

AKO SLOVENSKO ZAPLATÍ ZA NELIEČENIE ZDRAVOTNÍCTVA

ANALÝZA ZDRAVOTNÉHO STAVU OBYVATEĽSTVA,
FAKTOROV KTORÉ HO OVPLYVŇUJÚ A DLHODOBÝCH VYHLIADOK
FINANČNEJ UDRŽATEĽNOSTI ZDRAVOTNÍCTVA V SR

INEKO

INŠTITÚT PRE EKONOMICKÉ A SOCIÁLNE REFORMY

JÚN 2015



AUTORI

Ján Kovalčík (kapitoly 1, 2, 4, 5)

Matej Tunega (kapitola 3)

EDITOR

Peter Goliaš

INEKO je mimovládna nezisková organizácia, ktorá podporuje ekonomické a sociálne reformy s cieľom odstraňovať prekážky dlhodobého pozitívneho vývoja slovenskej ekonomiky a spoločnosti.

UPOZORNENIE

Autori majú ekonomické, resp. matematické a nie medicínske vzdelanie, niektoré výrazy preto nemusia byť plne v súlade s medicínskou terminológiou.

POĎAKOVANIE

Autori ďakujú pracovníkom Štatistického úradu SR a Národného centra zdravotníckych informácií za konzultácie k údajom zo štatistických zisťovaní, ako aj Zdravotnej poisťovni Dôvera za cenné dáta o počtoch pacientov a nákladoch podľa jednotlivých diagnóz a vekových skupín.

Zároveň ďakujú za cenné podnety a pripomienky k analýze Anne Barákovej, Petrovi Celecovi, Marianovi Faktorovi, Martinovi Filkovi, Tiborovi Hlavatému, Adamovi Hochelovi, Kataríne Kafkovej, Gabrielovi Kamenskému, Michaele Laktišovej, Lubošovi Lopatkovi, Elene Májekovej, Viliamovi Novotnému, Ludovítovi Ódorovi, Ladislavovi Pásztorovi, Darine Sedlákovej, Martinovi Smatanovi, Henriete Tulejovej, Rudolfovi Zajacovi a Dušanovi Zacharovi. Vzhľadom na časové obmedzenia a limitovaný rozpočet bolo možné zapracovať len časť pripomienok. Zodpovednosť za prípadné chyby nesú autori analýzy.

Analýza vznikla z iniciatívy Mariana Faktora, experta KDH na zdravotníctvo a bola financovaná z grantu Nadácie Antona Tunegu.

OBSAH

ÚVOD	7
SÚHRN NAJDÔLEŽITEJŠÍCH ZISTENÍ	9
1. ZDRAVOTNÝ STAV POPULÁCIE SLOVENSKA V POROVNANÍ S MINULOSŤOU I SO STAVOM V KRAJINÁCH EÚ A OECD	14
1.1 Dĺžka života sa za niekoľko generácií zdvojnásobila	14
1.2 Odvratiteľná úmrtnosť na Slovensku patrí k najvyšším v EÚ	17
1.3 Obyvatelia SR žijú najmenej rokov zdravého života v OECD i v rámci EÚ	20
2. KLÚČOVÉ FAKTORY VYSVETLUJÚCE NEGATÍVNE VÝSLEDKY SR V POROVNANIACH A ICH NÁSLEDKY	23
2.1 Na čo zomierame a v akej miere	24
2.2 Čo predčasnú chorobnosť i úmrtnosť spôsobuje	29
3. PROGNOZA DEFICITU V ZDRAVOTNÍCTVE A MOŽNOSTI JEHO KRYTIA	38
3.1 Metodika	39
3.2 Vývoj deficitu pri nezmenených politikách	42
3.3 Možnosti krytia deficitu	43
4. VYHLIADKY PACIENTOV A POSKYTOVATEĽOV ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI PRI PREŽÍVANÍ ZDRAVOTNÍCTVA BEZ ZÁSADNÝCH REFORIEM	50
4.1 Živelné zapájanie priamych platieb	50
4.2 Neefektívne využívanie a zanedbávaný rozvoj ľudských a technických kapacít v zdravotníctve	53
4.3 Rastúca záťaž z titulu rozširovania chronických diagnóz – kumulácia vplyvu zanedbanej prevencie a starnutia	58
4.4 Slovenské anomálie vo využívaní zdrojov a ich následky	64
4.5 Liečba alebo ďalšie chradnutie zdravotníctva	66
5. ODPORÚČANIA	68
PRÍLOHA - RECENZIE	72

ÚVOD

Cieľom analýzy je ukázať, čo hrozí, ak zdravotníctvo nebudeme reformovať. Pozrieme sa, ako sa vyvíja zdravotný stav populácie Slovenska v porovnaní so zahraničím, ponúkneme možné vysvetlenia nepriaznivého stavu analýzou dostupných údajov o determinantoch zdravia, predstavíme dlhodobé prognózy finančnej bilancie zdravotníctva, vyčíslime rôzne varianty krytia hroziaceho deficitu, načrtneme vyhliadky pacientov a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pri prežívaní zdravotníctva bez zásadných zmien a na záver predstavíme hlavné odporúčania INEKO na potrebné reformy.

Analýza je určená odbornej verejnosti, novinárom a politikom zaujímavým sa o reformy zdravotníctva ako aj o dlhodobú udržateľnosť verejných financií. Má však ambíciu osloviť aj laikov a byť prínosom do širšej spoločenskej diskusie o zdraví a zdravotníctve, čomu zodpovedá odľahčený jazyk (odborníkov upozorňujeme, že nejde o vedeckú prácu).

SÚHRN NAJDÔLEŽITEJŠÍCH ZISTENÍ

ZDRAVOTNÝ STAV

Slováci spolu s Lotyšmi žijú najmenej rokov zdravého života spomedzi 28 krajín Európskej únie. Ženy i mužov, ktorí práve dovŕšili 50 rokov veku, čaká len vyše 11 rokov života v zdraví. Priemer EÚ sa už blíži k 18 rokom, päťdesiatročných Nórov čaká ešte 25 rokov života bez obmedzenia mobility. Predčasne podlomené zdravie väčšiny Slovákov sa premieta aj do predčasného vnímania staroby a horšieho pracovného uplatnenia na sklonku aktívneho veku. Podľa celoeurópskeho prieskumu Eurobarometer z roku 2011 začínajú byť ľudia na Slovensku považovaní za starých už vo veku 57,7 roka (najmladší starci v EÚ), v Holandsku až po dovŕšení 70 rokov.

Tým, ktorí sa už dožili 65 rokov, zostávajú na Slovensku v priemere iba 4 roky života v zdraví, čo je menej aj oproti krajinám s nižšími výdavkami na zdravotnú starostlivosť. V Česku a Poľsku žijú takíto seniori v zdraví vyše 8 rokov, v Nórsku ich čaká ešte 15 rokov života bez obmedzenia aktivity.

Slovensko v medzinárodných porovnaníach vyčnieva najviac v chorobnosti i predčasnej úmrtnosti na preventabilné ochorenia. Stále až takmer polovica (45 %) úmrtí je dôsledkom chorôb obehovej sústavy, teda srdca a ciev. Kým inde sú na ústupe a v mnohých krajinách EÚ dnes spôsobujú o polovicu menej úmrtí než v roku 1990, na

Slovensku je zatiaľ zlepšenie nevýrazné a stále vyčnievajú mimoriadne vysoko. V prepočte na vekovo-štandardizovanú európsku populáciu zabijú vyše 700 ľudí na 100 000 obyvateľov, čo je dvoj- až trojnásobne viac ako vo väčšine krajín západnej a severnej Európy.

Pritom výdavky poisťovní na pacientov s chorobami srdca a ciev sú najvyššie spomedzi všetkých ochorení a patria tiež k najrýchlejšie rastúcim. Spotreba liekov na hypertenziu vyjadrená počtom denných dávok stúpila na Slovensku v uplynulej dekáde 2,3-násobne a liekov kompenzujúcich vysoký cholesterol až 9-násobne (patrí už k najvyšším v EÚ i OECD), čo by malo komplikáciám predchádzať. Napriek tomu počty hospitalizácií pre choroby srdca a ciev stúpajú dvakrát rýchlejšie ako pribúdajú ostatné hospitalizácie. Najfrekvencovanejšie diagnózy zo skupiny chorôb obehovej sústavy obsadili až 8 z prvých 20 priečok v rebríčku najčastejších príčin hospitalizácie za rok 2013. Ani to však neprináša výsledky, pokiaľ sa podceňuje prevencia. Dominujúce ischemické choroby srdca zapríčiňujú vyše 26 % úmrtí, čo je najviac spomedzi 34 krajín Organizácie pre hospodársku spoluprácu a rozvoj (OECD) - až trojnásobok priemeru! V rámci EÚ 28 je na tom ešte horšie iba Litva a v prípade mužov aj Lotyšsko. Menej

výrazne prevyšuje Slovensko priemer pri úmrtiach na cievne choroby mozgu, ktoré zavinia vyše desatinu všetkých úmrtí, aj tu je však najhoršie v OECD.

Menšie rozdiely medzi krajinami sú v mortalite na nádorové ochorenia (spôsobujú 25 % úmrtí), z ktorých väčšina sa nepovažuje za preventabilné. Aj tu Slovensko patrí k najhorším v OECD (je druhé po Maďarsku) aj v EÚ (tretie po Maďarsku a Chorvátsku). Úmrtnosť na rakovinu je dokonca mierne vyššia než bola začiatkom 90. rokov, hoci vo väčšine krajín odvtedy klesla. Neklesajúca úmrtnosť v SR je dôsledkom rastúcej morbidity (chorobnosti) na niektoré nádorové ochorenia. Slovensko najviac prevyšuje európsky priemer práve pri tých, ktorým sa dá sčasti predchádzať, keďže súvisia so životným štýlom. Platí to najmä o nádoroch ústnej dutiny a hltana u mužov (nadmerné pitie destilátov a fajčenie) a tiež nádoroch hrubého čreva a konečníka, pankreasu, žalúdka či žlčníka (stravovacie návyky). Pri väčšine z nich počty nových prípadov i úmrtnosť v SR patria k trom najvyšším zo 40 krajín Európy.

Ďalšou skupinou chronických diagnóz, na ktoré zomiera tretí najväčší počet Slovákov (6,2 %), sú nezhubné choroby tráviacej sústavy. Z 34 krajín OECD zapríčiňujú viac úmrtí iba v Mexiku a Maďarsku.

Z pohľadu výšky zdrojov čerpaných z verejného zdravotného poistenia sú taktiež v popredí chronické choroby, pričom ich podiel sa postupne zvyšuje. Podobne ako v úmrtnosti prvé dve priečky patria chorobám obehovej sústavy a nádorom, na tretej sú však choroby kĺbov a chrbta. Na tie sa bežne nezomiera, no o to viac ovplyvňujú kvalitu života (a ukrajujú z rokov života v zdraví). Náklady na ne patria k najrýchlejšie rastúcim. Na Slovensku postihujú viac ako tretinu populácie a spolu s chorobami srdca a ciev tvoria tandem najrozšírenejších chronických chorôb.

Bolesti chrbta a poruchy chrbtice či medzistavcových platničiek sú vôbec najčastejším chronickým problémom ľudí v ekonomicky aktívnom veku. Už vo veku 25-34 rokov postihuje okolo 20 % mužov i žien, vo veku nad 55 rokov sa týkajú takmer polovice žien a viac ako tretiny mužov. Sedavé zamestnanie totiž väčšina Slovákov nekompenzuje pravidelným cvičením či iným aktívnym pohybom. Ochabnuté svalstvo môže znamenať už od nízkeho veku preťažovanie a postupné poškodzovanie kostrového aparátu. Ak sa pridá aj nadváha, situáciu ďalej zhoršuje, a to najčastejšie u žien.

Okrem chrbta trpia aj kĺby, čo vedie vo vyššom veku k artrózam najmä veľkých kĺbov. Tie na rozdiel od iných chronických diagnóz nemusia znamenať trvalé obmedzenie, v pokročilejších štádiách sú riešením trvalé endoprotézy bedrového či kolenného kĺbu. Kým v krajinách EÚ v roku 2012 pripadalo na 100 000 obyvateľov v priemere 157

operácií s cieľom výmeny bedrového kĺbu, na Slovensku to bolo iba 95 takýchto zákrokov (v Maďarsku 137, v ČR 167, v Holandsku 216, v Rakúsku až 272). Údaje o náhradách kolenného kĺbu sa v SR ani nesledujú, podľa čiastkových údajov je ich dostupnosť takisto výrazne pod priemerom EÚ. To ilustruje, že v zákrokoch, kde nejde o záchranu života ale „iba“ o jeho kvalitu, Slovensko zatiaľ viditeľne zaostáva. Aj preto strácame na priemer EÚ v priemernom počte rokov života v zdraví podstatne viac než v strednej dĺžke dožitia.

DETERMINANTY ZDRAVIA

Rozhodujúci vplyv na zdravie majú podľa výskumných štúdií sociálno-ekonomická situácia jednotlivcov (najmä vzdelanie, zamestnanie, sociálne začlenenie alebo izolácia) a vzorce zdravotného správania. Zlé výsledky Slovenska najmä v preventabilných diagnózach podčiarkujú nedostatky vo vzdelávaní a prevencii. Rizikovým správaním totiž svoje zdravie ohrozuje stále priveľa občanov SR. Fajčiarov síce mierne ubudlo, no spotreba cigariet zostáva vysoká. O 29 % až 49 % menej cigariet na obyvateľa v porovnaní so SR ilustruje výrazne striedmejšie fajčenie v Kanade, USA, vo Veľkej Británii, Francúzsku či Švédsku, až o dve tretiny menej cigariet sa vyfajčí v Nórsku.

Celková spotreba alkoholu na Slovensku síce pozvoľne klesá, podľa odhadov WHO sa však stále blíži k 13 litrom čistého alkoholu (vrátane neregistrovaného) na obyvateľa vo veku 15 a viac rokov. Na globálnej mape spotreby alkoholu to znamená udržanie sa v najvyššej kategórii, spolu s Ruskom a časťou jeho bývalých satelitov. K nárazovému pitiu vysokých dávok alkoholu počas posledných 30 dní sa priznáva 28,6 % obyvateľov SR, čo je výrazne viac ako európsky priemer (16,5 %). Ešte viac Slovensko vyčnieva spotrebou tvrdého alkoholu – v roku 2010 tvoril až 46 % z celkovej spotreby čistého alkoholu, čo je podiel najvyšší v celej EÚ, porovnateľný skôr s Ukrajinou, Ruskom či Bieloruskom.

Pravdepodobne ešte väčšia časť populácie si ohrozuje zdravie stravou s nevhodnou skladbou tukov, nadpríjmom soli, cukrov i bielkovín a nedostatkom vlákniny (napr. 30 kg bravčového mäsa a iba 5 kg rýb či 1,5 kg strukovín na obyvateľa ročne, v rámci EÚ jeden z najnižších príjmov ovocia a zeleniny). Monitoring stravovacích preferencií detskej populácie preukázal viaceré nedostatky (najmä 2- až 4-násobné prekračovanie príjmu soli) aj v zariadeniach školského stravovania. Neoptimálne stravovacie stereotypy pravdepodobne prispievajú k tomu, že až 30 % populácie SR má diagnostikovaný vysoký krvný tlak (druhá najhoršia hodnota v EÚ, väčší výskyt

hypertenzie vykazujú iba Maďarsko). Obezitu alebo nadváhu má na Slovensku podľa odhadov WHO 64 % mužov a až 69 % žien vo veku nad 30 rokov.

Na Slovensku prevažujúce stravovacie návyky sú obzvlášť rizikové v kombinácii s nedostatkom pravidelného aktívneho pohybu. Podľa prieskumu Eurobarometer zameraného na šport a fyzickú aktivitu z obyvateľov vo veku 15 a viac rokov nikdy necvičí ani nešportuje 41 % obyvateľov SR a iba príležitostne (menej ako raz týždenne) ďalších 25 %. Žiadne alebo len zriedkavé cvičenie alebo športovú aktivitu tak priznáva spolu až 66 % obyvateľov. Podľa iného prieskumu k problematike aktívneho starnutia sa vo vekovej skupine 45 – 64 rokov venuje aktívnemu pohybu denne iba desatina žien a len o niečo viac mužov. Fyzická nečinnosť pritom výrazne zvyšuje riziko získania ochorení srdca a ciev či rakoviny, ako aj predčasného úmrtia, a to nielen v prípade ľudí s obezitou, čo preukázala aj štúdia výskumníkov z University of Cambridge.

Ďalším dôležitým determinantom zdravia je zdravotná starostlivosť. Tá kríva najmä pre neefektívne riadenie zo strany štátu, chýbajúce informácie o kvalite, efektívnosti a objeme nakupovanej starostlivosti, ako aj v dôsledku obmedzenej súťaže medzi poisťovňami i poskytovateľmi. Poisťovne nie sú dostatočne motivované resp. schopné efektívne ovplyvňovať sieť poskytovateľov a zvyšovať ich kvalitu. Z rovnakých dôvodov poskytovatelia nie sú dostatočne motivovaní ponúkať pacientom čo najväčšiu hodnotu za peniaze, t.j. čo najkvalitnejšiu starostlivosť za peniaze získané z verejného zdravotného poistenia.

Údaje využiteľné na hodnotenie efektívnosti a kvality zdravotnej starostlivosti na Slovensku sú nespoľahlivé (vrátane kľúčových dát o príčinách úmrtí) alebo úplne chýbajú aj na celonárodnej úrovni. Napriek veľkému počtu i rozsahu zisťovaní, ktoré zafažujú vyše 10-tisíc poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, sú výstupy väčšiny zisťovaní k dispozícii iba na vyžiadanie, bez časových radov porovnateľných údajov. Využitelnosť údajov je tak značne limitovaná. Navyše za mnoho kvalitatívnych indikátorov sa dáta vôbec nezbierajú. V porovnaníach OECD pri najzaujímavejších indikátoroch kvality či dostupnosti zdravotnej starostlivosti tak údaje za Slovensko väčšinou chýbajú (napríklad mortalita do 30 dní po infarkte alebo mozgovej porážke podľa pacientov, hospitalizácie s diabetes, komplikácie po chirurgických zákrokoch, trvalé náhrady kolenného kĺbu). To znemožňuje porovnávanie práve tam, kde je najpotrebnejšie a mohlo by viesť k užitočnej sebareflexii i dobre cieleným opatreniam.

FINANČNÉ VYHLIADKY ZDRAVOTNÍCTVA

Popri dôchodkovom systéme patrí zdravotníctvo medzi najrizikovejšie sektory z pohľadu dlhodobej udržateľnosti verejných financií. Aj finančnú bilanciu zdravotníctva v nasledujúcich desaťročiach bude negatívne ovplyvňovať starnutie obyvateľstva. Z predikcie verejných výdavkov zdravotníctva do roku 2060 od Rady pre rozpočtovú zodpovednosť a vlastného modelovania príjmov vyplýva, že pri nezmenených politikách narastie deficit do roku 2060 postupne na 2 % HDP v základnom scenári (resp. 1,7 až 2,6 % v optimistickom/pesimistickom scenári). Príjmy generované doterajším spôsobom tak nepokryjú 22 % až 31 % z verejných výdavkov na zdravotníctvo, čo sú napríklad celé výdavky na lôžkovú starostlivosť (prípadne celá ambulantná a diagnostická starostlivosť). Preto bude nutné doplniť zdroje dodatočnými príjmami a zvyšovať efektívnosť ich využívania.

Variant sanovania deficitu z daní by si vyžiadol postupné zvýšenie hornej sadzby DPH až na vyše 28 % v roku 2060 (a to bez zahrnutia negatívnych dynamických efektov na spotrebu a tým aj daňové výnosy). Ak by sme dopad ilustrovali na dnešných priemerných príjmoch, kúpyschopnosť priemerného dôchodcu by klesla o 240 eur a zamestnanca o vyše 400 eur ročne. Alternatívou s podobným výnosom len inak rozloženými dopadmi na jednotlivcov môže byť zvýšenie oboch sadzieb DPH a zároveň daní z príjmov na 23 % doplnené zdvojnásobením dane z nehnuteľností. Sanácia zdravotníctva z vyšších daní by bola na úkor udržateľnosti dôchodkov, keďže by vyčerpala hlavný (daňový) priestor na krytie rastúceho deficitu dôchodkového zabezpečenia.

Variant zvyšovania zdravotných odvodov by znamenal postupný nárast ich sadzby z aktuálnych 14 % postupne až na 24 %. Nedotkol by sa síce dôchodcov ani ľudí odkázaných na sociálne dávky, no zamestnanec s priemernou mzdou by ročne prišiel až o 850 eur (pri súčasných mzdách).

Pokrytie rastúceho deficitu na úkor iných výdavkov štátu by napríklad zhlto postupne až polovicu výdavkov na vzdelávanie alebo 20 % predpokladaných výdavkov na starobné dôchodky z prvého piliera. Variant krytia deficitu zvyšovaním štátneho dlhu by pri základnom výdavkovom scenári znamenal, že len samotné zdravotníctvo by do roku 2060 naakumulovalo nový dlh v objeme takmer 73 % HDP! To zodpovedá rozpočtu zdravotníctva na 10 rokov.

Najreálnejším východiskom sa zdá postupné zavádzanie a zvyšovanie spoluúčasti pacientov v zdravotníctve (aj na ambulantnú a nemocničnú starostlivosť) spolu s postupným zvyšovaním efektivity výberu odvodov, a to v kombinácii s následným miernejším zvyšovaním sadzieb odvodov alebo daní. Takýto variant

môže znížiť rizikové správanie ľudí i nadmernú spotrebu liekov a výkonov v zdravotníctve. Má teda najlepšie predpoklady zaistiť dlhodobú udržateľnosť aj bez enormného zvýšenia daňovej záťaže alebo dramaticky negatívneho vplyvu na iné výdavky štátu, napríklad starobné dôchodky. Tento variant predpokladá aj zavedenie stropov, ktoré by chránili ľudí pred neúnosnou finančnou záťažou. Spomedzi posudzovaných variantov by bol jeho celkový dopad na výdavky jednotlivcov najmenší.

Popri analyzovaných variantoch vidíme veľký priestor na zníženie deficitu tiež vo zvýšení efektívnosti zdravotníckeho systému (s dôrazom na meranie a zverejňovanie kvality a efektívnosti poisťovní i poskytovateľov), ako aj v osвете a aktívnych politikách zameraných na lepšiu životosprávu a prevenciu.

BEZPROSTREDNÉ HROZBY PRE PACIENTOV

Napriek zníženiu cien liekov vďaka referencovaniu (naviazaniu ceny lieku na úroveň štátov EÚ s najnižšími cenami) minulo Slovensko v roku 2012 na lieky a medicínsky materiál v prepočte na paritu kúpnej sily viac ako vynakladajú dve tretiny krajín EÚ. V pomere k výkonnosti ekonomiky to bolo až 2,1 % HDP, čo je po Maďarsku a Grécku tretí najvyšší podiel v EÚ (napr. v ČR je to 1,6 %, v Rakúsku 1,3 % a v Holandsku 1,0 %). Na Slovensku len z verejných výdavkov išlo na lieky a medicínsky materiál cca 1,4 % HDP, čo je v rámci EÚ druhá najvyššia hodnota po Grécku. Skladba celkových výdavkov na zdravotníctvo v SR sa tak líši od väčšiny krajín EÚ či OECD. Pri nezvyčajnej dominancii medicínskych tovarov, hlavne liekov (36 % v roku 2012 bol najvyšší podiel v EÚ) zostáva Slovensku najmenej zdrojov na lôžkovú starostlivosť (najnižší podiel v EÚ za rok 2012, podľa oficiálnych údajov iba 23 %).

Aj preto tretine nemocníc nezostáva z tržieb ani jediné euro na investície do obnovy či modernizácie a ďalšia najmenej tretina generuje takéto zdroje v nedostatočnej miere (menej ako 5 % tržieb). Výsledkom sú dlhodobó chátrajúce budovy a výrazne degradujúce vybavenie. Autori štúdie k zámeru novej Univerzitetnej nemocnice v Bratislave odhadli na makroúrovni „investičnú medzeru“ v porovnaní s Českou republikou na 137 mil. € ročne a v porovnaní s Rakúskom až na 441 mil. € ročne.

Kvalitu ambulantnej starostlivosti ohrozuje skôr jej kvantita. V SR pripadá na obyvateľa 11,2 návštev lekára ročne (po Maďarsku najviac v EÚ), priemer v krajinách OECD je iba 6,7 a v EÚ 6,6. Priveľa návštev znamená menej času lekára na jedného pacienta a s tým spojené riziká z pohľadu úspešnosti stanovenia diagnózy, primeranosti poučenia pacienta i celkovej úspešnosti následnej liečby.

Bezprostrednou hrozbou, ktorá sa výrazne prejaví už v tomto desaťročí, je starnutie všeobecných a zubných lekárov. Kým v roku 2003 bolo iba 9 % aktívnych lekárov vo veku 60 a viac rokov, v roku 2013 ich bolo už 21 %. Napríklad v Banskobystrickom kraji je vo veku 60+ až celá tretina všeobecných lekárov pre dospelých, ale aj pediatrov a gynekológov (v každej z odborností po 34 %). V horizonte 15 rokov hrozí niekde až dramatický úbytok lekárov. Vo veku nad 50 rokov je totiž v banskobystrickom kraji až 7 z 10 všeobecných lekárov pre dospelých a dokonca 8 z 10 pediatrov a gynekológov! Bez komplexu opatrení, ktoré by naštartovali zbrzdenu generacnú výmenu ambulantných lekárov v regiónoch, hrozí na viacerých miestach Slovenska zásadné zhoršenie dostupnosti primárnej zdravotnej starostlivosti.

Najvypuklejší je problém starnutia v stomatologickej starostlivosti. Kým v roku 2003 malo vek 60 a viac rokov 13 % zubných lekárov, v roku 2013 už 31 percent. Do roku 2020 postupne doľvi dôchodkový vek celá polovica z predvlani činných zubných lekárov. V regiónoch je to ešte horšie. Vlni malo 61 a viac rokov 37 % aktívnych zubárov v nitrianskom a až 41 % v banskobystrickom kraji. V niektorých okresoch je už teraz v dôchodkovom veku vyše polovica aktívnych zubárov, niekde ambulancie prežívajú len vďaka zubárom, ktorí pracujú aj vo veku nad 70 rokov.

LIEČBA ALEBO CHRADNUTIE

V pomere k iným sektorom (napr. školstvu) zdravotníctvo v SR utráca skôr nadpriemerne veľa. Podiel zdravotníctva na celkových výdavkoch vlády, resp. verejného sektora, dosahuje v SR už v súčasnosti 15 %, čo je v rámci EÚ nadpriemerná a v rámci nových členských štátov vôbec najvyššia hodnota. Ak napriek tomu na mnoho objektívnych potrieb v zdravotníctve zdroje chýbajú, treba ich v prvom rade hľadať vnútri systému. Hlavne na miestach, kde zo zdravotníctva neefektívne odtiekajú.

Ani o zdraví pacientov nerozhoduje suma peňazí, ktoré mňajú na lieky, ale dobre zvolená terapia, spolupráca pri liečbe a často tiež schopnosť vzdať sa škodlivých návykov a korigovať životosprávu. Podobne to bude so zdravotníctvom. Pri dobrej terapii – zásadnej revízii a náprave pravidiel tak, aby zaviedli zdravšie motivácie – má zdravotníctvo na Slovensku šancu sa liečiť i ozdraviť.

V prípade jej odkladania či odmietania bude pozvoľné chradnutie pokračovať. To negatívne pociťia súčasní i budúci pacienti, ako aj väčšina poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

ODPORÚČANIA

INEKO v závere predkladanej analýzy prináša vyše tri desiatky odporúčaní. Neponúkajú rozpracovanú terapiu, ktorá rýchlo vylieči všetky neduhy slovenského zdravotníctva. Ale ukazujú, čo všetko by úspešná terapia na zabezpečenie finančnej udržateľnosti zdravotníctva a zlepšenie zdravia populácie mohla (a mala) obsahovať.

K hlavným bodom patrí:

- odstránenie nedostatkov v systéme zberu údajov a nadväzne v kvalite informácií o zdraví populácie a o fungovaní zdravotníctva,
- meranie kvality a efektívnosti poskytovanej starostlivosti na úrovni jednotlivých poskytovateľov,
- sprehľadnenie informačných tokov medzi poskytovateľmi a poisťovňami (najmä zavedenie DRG)
- investovanie do primárnej prevencie a vzdelávania (zvýšiť zdravotnú uvedomelosť a obmedziť rozšírenie rizikového správania),
- zavedenie spoluúčasti pacientov pri ambulantnej i nemocničnej starostlivosti so stropmi na ochranu pred neúnosnými výdavkami,
- aktívne využívanie celej palety opatrení, ktorými sa dá znižovať priestor na nehospodárnosť v systéme zdravotnej starostlivosti.

KAPITOLA 1

ZDRAVOTNÝ STAV POPULÁCIE SLOVENSKA V POROVNANÍ S MINULOSŤOU I SO STAVOM V KRAJINÁCH EÚ A OECD

KAPITOLA 1.1

DĹŽKA ŽIVOTA SA ZA NIEKOĽKO GENERÁCIÍ ZDVOJNÁSOBILA

Najdlhšie sledovaným údajom, ktorý poskytuje súhrnnú informáciu o zdravotnom stave a perspektívach života populácie v rôznych krajinách, je priemerná očakávaná dĺžka života (vypočítava sa zo štatistík o zomrelých podľa veku a pohlavia). Ešte v druhej polovici 19. storočia čakalo vtedajších novorodencov v priemere okolo 40 rokov života, aj to len v bohatších krajinách Európy a nového sveta. Inde to bolo sotva 30 rokov života, a to ešte začiatkom 20. storočia.

Dnes sú to dvojnásobky. Najmä vďaka výraznému progresu v znižovaní dojčenskej úmrtnosti a celkovo rastúcej dostupnosti i kvalite zdravotnej starostlivosti čaká dnešných novorodencov v priemere dvojnásobný počet rokov života v porovnaní s tými, čo sa narodili na sklonku 19. storočia.

Očakávaný vek dožitia pri narodení v najvyspelejších krajinách prevyšuje 80 rokov, v najľudnatejších krajinách Ázie či v Latinskej Amerike sa pohybuje v rozmedzí od 65 do 75 rokov. Väčšina svetovej populácie tak má dnes perspektívu okolo 40 rokov života navyše. Len v najchudobnejších krajinách hlavne subsaharskej Afriky predstavuje doterajšie zlepšenie iba okolo 20 rokov.

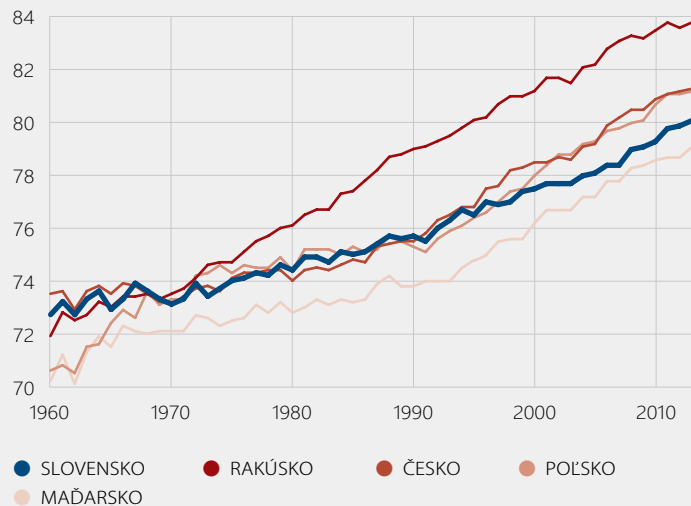
DESAŤROČIA STAGNÁCIE ZA ŽELEZNOU OPONOU A DOBIEHANIE ZMEŠKANÉHO

Jediným regiónom, ktorý v 20. storočí zažil dlhšie obdobie stagnácie strednej dĺžky života, bola východná Európa a bývalý Sovietsky zväz – v 60. až 90. rokoch. Slovensko a jeho susedia z V4 neboli výnimkou. Porovnanie s geograficky najbližším Rakúskom ilustruje výrazne odlišný vývoj na dvoch stranách železnej opony, ktorou sa komunistické režimy na desaťročia uzavreli pred demokratickým západom.

V prípade žien na Slovensku predpokladaná dĺžka života pri narodení za tri dekády (1960 až 1992) stúpila iba o 3 roky, v prípade mužov dokonca o jeden rok klesla. Príčin takejto mizérie bolo viacero.

GRAF 1: VÝVOJ STREDNEJ DĹŽKY ŽIVOTA ŽIEN

PRIEMERNÁ OČAKÁVANÁ DĹŽKA ŽIVOTA PRI NARODENÍ, V ROKOCH



PRAMEN: OECD HEALTH STATISTICS 2014, EUROSTAT

Kým krajiny západnej Európy znížili dojčenskú úmrtnosť pod 10 na 1000 živých pôrodov už v 70. a 80. rokoch, na Slovensku sa to podarilo až v roku 1997. Aj možnosti a úspešnosť liečby civilizačných chorôb sa zásadne zlepšili až po páde železnej opony, vďaka rýchlejšiemu transferu nových medicínskych poznatkov, väčšej dostupnosti moderných prístrojov i nových liečiv. Spolu s pôsobením iných vplyvov na zdravie populácie (napríklad výrazné obmedzenie znečisťovania životného prostredia) to prinieslo viditeľný progres v predlžovaní strednej dĺžky života v SR.

Za uplynulých 21 rokov (1992 – 2013) sa očakávaný vek žien pri narodení predlžoval v priemere o dva roky za desaťročie, teda dvakrát vyšším tempom ako v troch predchádzajúcich dekádach. Ešte výraznejší je progres u mužov, ktorých životné vyhliadky pri narodení sa – po stagnácii v 60. až 80. rokoch – zlepšujú od roku 1992 v priemere o 2,8 roka za desaťročie¹.

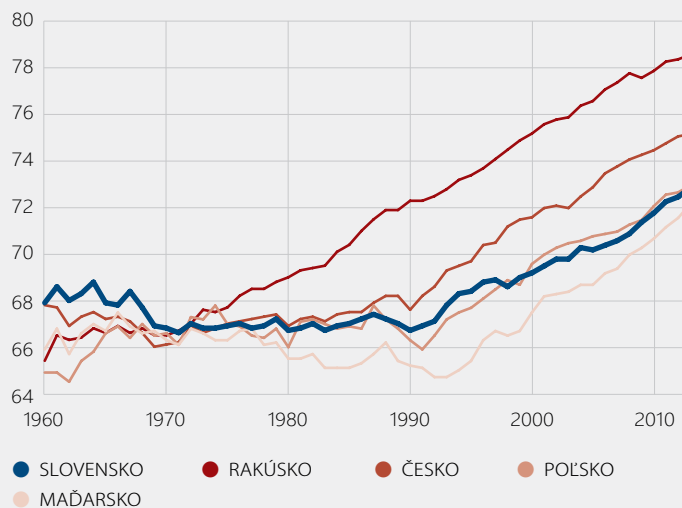
Na prvý pohľad sľubný vývoj.

V susedných krajinách však stredná dĺžka života rastie viditeľne rýchlejšie. Slovensko zaostáva čoraz viac už nielen za Rakúskom ale i za Českom, nechalo sa predbehnúť Poľskom a za uplynulé dve dekády sa k výsledkom Slovenska výrazne priblížilo aj vo V4 najhoršie Maďarsko. A nie je to tým, že by sa najbližší susedia SR zlepšovali v globálnom meradle mimoriadne rýchlo.

Ani porovnanie s dynamickým napredovaním celého klubu 34 krajín združených v Organizácii pre hospodársku spoluprácu a rozvoj (OECD) veľa dôvodov na spokojnosť nedáva. Zaostávanie strednej dĺžky života v SR za priemerom OECD sa dlho nezmenšovalo, naopak, odstup rástol a kulminoval až v roku 2007 na úrovni 3,5 roka v prípade žien, resp. 5,5 roka v prípade mužov². O dobiehaní sa teda dá hovoriť až od roku 2008, odvtedy sa podarilo zmenšiť odstupy cca o pol roka. Znamená to, že za päť rokov dobiehania

GRAF 2: VÝVOJ STREDNEJ DĹŽKY ŽIVOTA MUŽOV

PRIEMERNÁ OČAKÁVANÁ DĹŽKA ŽIVOTA PRI NARODENÍ, V ROKOCH



PRAMEN: OECD HEALTH STATISTICS 2014, EUROSTAT

1) V prípade žien ide o nárast zo 76,0 na 80,1 roka, v prípade mužov zo 67,1 na 72,9 roka (1992 – 2013). <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecd-health-statistics-2014-frequently-requested-data.htm>

2) Zaostávanie za priemerom EÚ dosiahlo u žien až 3,8 roka (2007), u mužov 5,4 roka (2006 – 2008)

Slovensko vymazalo iba zhoršenie za posledných päť rokov pred rokom 2007, a tak je aktuálny odstup za priemerom krajín OECD v strednej dĺžke života ešte stále väčší ako bol napríklad v 90. rokoch.

VYHLIADKY NOVORODENCOV

Priemerná očakávaná dĺžka života pri narodení na Slovensku v roku 2013 predstavovala u žien 80,1 roka. To je 3,2 roka pod priemerom EÚ, resp. 2,9 roka pod priemerom krajín OECD³ – o rok viac než v Maďarsku ale o viac ako rok menej ako v ČR či Poľsku. Bezmála o 4 roky menej ako v Rakúsku a o päť až šesť rokov menej ako vo Švajčiarsku, Taliansku, Francúzsku či Španielsku.

V prípade mužov je priemerná očakávaná dĺžka života na Slovensku iba 72,9 roka, čo je až o 5 rokov života menej ako priemer EÚ i OECD. Síce je to o 0,7 roka viac ako v Maďarsku, ale o 2,3 roka menej ako v ČR, bezmála o 6 rokov menej než v Rakúsku či Nemecku a o takmer osem rokov menej ako čaká priemerného Švajčiara.

U oboch pohlaví je Slovensko spomedzi 34 krajín OECD v päťke najslabších (horšie sú na tom len Mexiko, Turecko, Maďarsko a v prípade mužov aj Estónsko). V rámci Európskej únie je pozícia Slovenska o čosi lepšia – oproti OECD je v únii viac krajín z bývalého socialistického bloku, ktoré desaťročia stagnovali spoločne. Väčšina z nich po páde železnej opony začínala s ešte horšou východiskovou pozíciou ako SR (pobaltské štáty, Rumunsko, Maďarsko, Poľsko)⁴.

Ak by Slovensko dobiehalo priemer OECD v strednej dĺžke života tempom naznačeným od roku 2008, v prípade žien by sa mohlo vyrovnáť priemeru o 30 rokov. V prípade mužov o 50 rokov⁵. Najúspešnejšie krajiny Európy môžeme doterajším tempom dobiehať dvakrát dlhšie, teda 60, resp. 100 rokov. Či sa to podarí skôr alebo naopak nikdy, bude závisieť od schopnosti Slovenska dosahovať zlepšenia vo všetkých významných determinantoch zdravia popísaných v kapitole 2.2.

Stredná dĺžka života je významne ovplyvňovaná aj vzdelanosťou a životným štýlom. Napríklad Rómovia sa dožívajú v priemere nižšieho veku ako väčšinová populácia, čo sa premieta aj do súhrnných údajov za

SR a sčasti vysvetľuje zaostávanie Slovenska napríklad v porovnaní s ČR. Najvýraznejšie to vidno na doječenskej úmrtnosti, kde si často nevhodné hygienické a sociálne podmienky a návyky berú daň v podobe vyššej mortality. Hoci dáta o úmrtnosti dojčiat v rómskych komunitách nie sú k dispozícii, aj na úrovni okresov možno vidieť výrazné rozdiely. Porovnanie podielu rómskeho obyvateľstva na základe atlasu rómskych komunit⁶ a údajov o počtoch živonarodených detí a zomrelých do 1 roka z údajov Štatistického úradu SR za roky 2011 – 2013⁷ ukázalo vysokú závislosť (korelácia na úrovni 0,64) medzi podielom rómskej populácie a úmrtnosťou. V okresoch s viac ako 20-percentným podielom rómskej populácie zomiera pred dovŕšením 1 roka bezmála 10 (9,55) z 1000 živonarodených detí, čo je 2,5-násobok v porovnaní s okresmi, v ktorých je Rómov menej ako 10 %. V najhorších okresoch Trebišov a Stará Lubovňa zomiera do roka až 16, resp. 14 z tisíc živonarodených detí, čo je viac ako vykazujú Kosovo či Turecko, teda krajiny s najvyššou doječenskou úmrtnosťou v Európe.

Keďže natalita rómskej populácie je výrazne nadpriemerná (a teda zastúpenie Rómov v detskej populácii je podstatne vyššie než medzi seniori), práve doječenskú úmrtnosť za celú SR ovplyvňuje rómske etnikum podstatne viac než napríklad mortalitu seniorov. Aj preto je Slovensko v úmrtnosti dojčiat s hodnotou 5,4⁸ na 1000 živonarodených detí druhé najhoršie spomedzi 24 európskych krajín OECD (po Turecku) a štvrté najhoršie v EÚ (po Rumunsku, Bulharsku a Lotyšsku). Zo susedných krajín o niečo lepšie výsledky majú Maďarsko (4,9) a Poľsko (4,6), výrazne lepšie vykazuje Rakúsko (3,4) a hlavne Česko (iba 2,6 úmrtí na 1000 živonarodených), ktoré sa už približuje k najlepším hodnotám z krajín severnej Európy (2,4 – 2,5).

PERSPEKTÍVY ŽIVOTA SENIOROV

Slovensko sa však umiestňuje nevelmi povzbudivo aj tam, kde je zatiaľ podiel Rómov v populácii nízky – v porovnaníach týkajúcich sa seniorov. Očakávaná dĺžka (zostávajúceho) života žien, ktoré v roku 2013 dovŕšili 65 rokov, predstavovala 18,8 roka a bola 2,5 roka pod priemerom EÚ, resp. 2,4 roka pod priemerom OECD. Rovnako starých mužov čaká v SR v priemere iba 14,7 roka

3) Údaje OECD za rok 2013 neboli do zverejnenia tejto analýzy k dispozícii, preto všetky porovnania s krajinami OECD v tejto podkapitole vychádzajú z údajov za rok 2012: <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecd-health-statistics-2014-frequently-requested-data.htm>

4) Dokumentujú to časové rady podľa krajín na http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index_en.htm

5) Za päť rokov (2008 – 2012) sa odstup SR od priemeru EÚ i OECD zmenšil o pol roka očakávanej dĺžky života. Stiahnutie zostávajúceho odstupu (3 roky u žien, 5 rokov u mužov) by pri takomto tempe trvalo 30 resp. 50 rokov.

6) Atlas rómskych komunit 2013: http://www.minv.sk/?atlas_2013

7) Štatistický úrad SR, Pohyb obyvateľstva v Slovenskej republike v roku 2013 (Prámené dielo), obdobie za roky 2012 a 2011

8) Priemer za roky 2011 – 2013, hodnoty za jednotlivé roky sa v SR pohybovali od 4,9 do 5,8 (údaje za porovnané krajiny sú priemery za roky 2011 – 2012)

života – o vyše tri roky menej ako je priemer EÚ i OECD. V oboch prípadoch je Slovensko tretie najhoršie spomedzi 34 členov zoskupenia ekonomicky najvyspelejších krajín sveta – menej života zostáva seniorom iba v Turecku a Maďarsku.

Za ostatné polstoročie – od roku 1960 do roku 2012 – sa perspektíva seniorov (získané roky) zlepšila na Slovensku vôbec najmenej v OECD. Muži získali navyše iba 1,5 roka a ženy 3,8 roka, priemerné zlepšenie v OECD je v prípade mužov 5 rokov, ženy si polepšili o celých 6 rokov.

Pohľad dozadu prezrádza, že začiatkom 60. rokov dvadsiateho storočia čakalo 65-ročných mužov na Slovensku vtedy nadpriemerných 13 až 13,5 roka života. Odtvtedy sa vyhlídky slovenských seniorov vzdialovali vyspelým krajinám, a to nielen v troch posledných dekádach izolácie v komunistickom bloku, ale aj bezmála dve dekády po jeho rozpade.

Zlepšenie v 90. rokoch prinieslo len veľmi pozvoľne predlžovanie zostávajúceho života seniorov, ktorí dovŕšili 65 rokov. Dlhý to nestačilo ani na vyrovnanie tempa, akým sa zlepšoval vyspelý svet. Odstup Slovenska od priemeru krajín OECD sa u mužov i žien prestal zväčšovať až v roku 2007. Až v tomto roku zároveň očakávaná dĺžka života 65-ročných mužov v SR prvýkrát prekonalala predtým najlepšiu hodnotu zo začiatku 60. rokov!

Dobiehať vyspelé krajiny v strednej dĺžke života teda krajina pod Tatrami ešte len začína. Ak má byť úspešná, potrebuje oveľa viac než len zvýšenie zdrojov na zdravotnú starostlivosť⁹⁾. Vyžiada si to komplex premyslených politík od vzdelávania detí a osvetvy adresovanej dospelým (počnúc lekármi a autoritami usmerňujúcimi zariadenia spoločného stravovania), cez včasné skriningy až po efektívnu, podľa výsledkov hodnotenú i financovanú zdravotnú starostlivosť.

KAPITOLA 1.2

ODVRÁTITEĽNÁ ÚMRTNOSŤ NA SLOVENSKU PATRÍ K NAJVYŠŠÍM V EÚ

Údaje o mortalite a nadväzne strednej dĺžke života sú k dispozícii za najdlhšie obdobie a zároveň sú spoľahlivo porovnateľné medzi krajinami. Ide však o hrubé indikátory, ktoré síce dobre ilustrujú celkové vyhlídky obyvateľov v rôznych krajinách, avšak nepostačujú na hodnotenie prínosu ich zdravotných systémov. Zďaleka nie všetky predčasné úmrtia totiž súvisia s dostupnosťou a účinnosťou zdravotnej starostlivosti. Preto vedci už desaťročia hľadajú spôsoby, ako merať veľkosť príspevku zdravotníckeho systému k zdraviu populácie.

Aj keď bolo vyvinutých viacero indikátorov, zatiaľ žiadny nedokáže komplexne vyjadriť efektívnosť a výkonnosť systémov zdravotnej starostlivosti.

K najviac rešpektovaným patrí koncept odvrátiteľnej úmrtnosti. Meria schopnosť zdravotníckeho systému predchádzať takým predčasným úmrtiam, ktorým sa dá predísť správnym zdravotníckym zásahom¹⁰⁾. Tento koncept má vysoký potenciál aj pre medzinárodné porovnanie efektivity zdravotníckych systémov, a to aj napriek niektorým obmedzeniam¹¹⁾.

Z dvoch typov odvrátiteľnej úmrtnosti nie sú zatiaľ dostupné porovnania preventabilnej úmrtnosti. Jestvujúce medzinárodné porovnania sa venujú úmrtnosti liečiteľnej, teda odvrátiteľnej v prípade poskytnutia kvalitnej zdravotnej starostlivosti. Podľa štúdie OECD¹²⁾ z roku 2011, ktorá porovnala vtedy dostupné údaje – za väčšinu

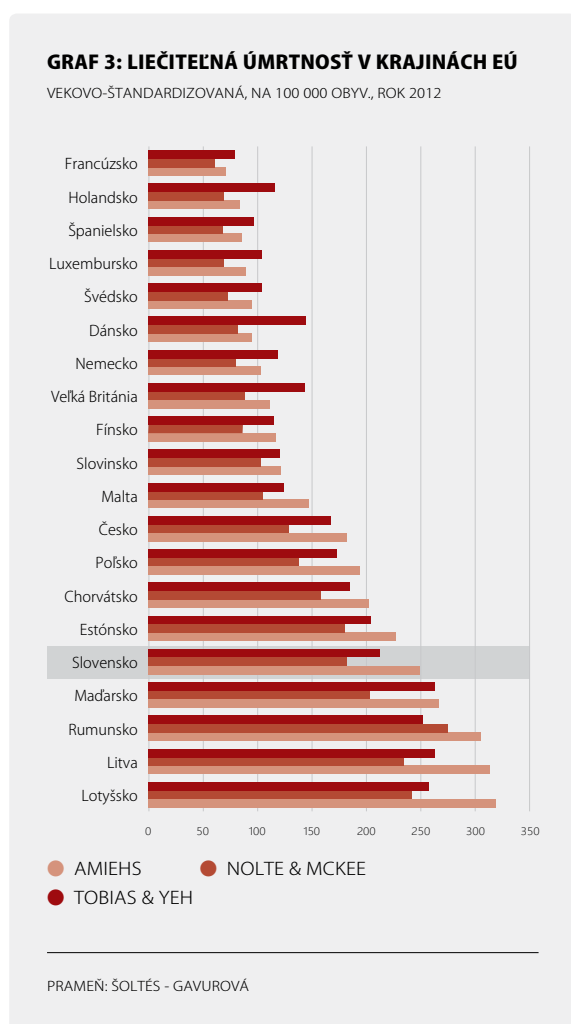
9) SR vykazuje podobnú strednú dĺžku života ako krajiny s nižšími výdavkami na zdravotníctvo a nižšiu v porovnaní s krajinami OECD s porovnateľnými výdavkami na zdravotníctvo v parite kúpnej sily (OECD 2013) <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>

10) Odvrátiteľnú úmrtnosť tvoria:
- Preventabilná úmrtnosť – počet takých úmrtí, pri ktorých by - na základe lekárskeho poznatku a technológií dostupných v čase smrti - všetky alebo väčšina úmrtí na dané choroby (v závislosti od vekovej hranice) nemala nastať v prípade efektívnych verejných zdravotníckych kampaní zameraných na prevenciu.
- Liečiteľná úmrtnosť – počet takých úmrtí, pri ktorých by - na základe lekárskeho poznatku a technológií dostupných v čase smrti - všetky alebo väčšina úmrtí na dané choroby (v závislosti od vekovej hranice) nemala nastať v prípade poskytnutia kvalitnej zdravotnej starostlivosti.

11) Napríklad obmedzená dostupnosť údajov (nie sú k dispozícii ani za všetky krajiny EÚ), rozdiely v kódovaní diagnóz a určovaní hlavnej príčiny smrti v jednotlivých krajinách, či citlivosť na zvolený zoznam príčin, ktoré experti zaradili medzi odvrátiteľné.

12) OECD Health Working Papers, Mortality Amenable to Health Care in 31 OECD Countries: Estimates and Methodological Issues; <http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP%282011%291&docLanguage=En>

krajín za roky 2005, 2006 alebo 2007 – vykazovalo Slovensko v polovici minulej dekády tretiu najvyššiu liečiteľnú úmrtnosť spomedzi 31 krajín OECD. Na diagnózy, ktoré sa považujú za úspešne manažovateľné zdravotnou starostlivosťou, zomieralo v SR predčasne dvakrát viac ľudí ako bol priemer OECD. Horšie výsledky malo len Estónsko a Maďarsko, naopak údaje za Poľsko a Česko boli o tretinu až polovicu nižšie. Novšie porovnanie za krajiny OECD nie je k dispozícii.



Aktuálnejší pohľad zameraný na krajiny Európskej únie prináša len tento rok publikovaná štúdia tandemu Šoltés - Gavurová z Ekonomickej fakulty Technickej univerzity v Košiciach¹³. Porovnali výsledky v krajinách EÚ na základe údajov za rok 2012, a to podľa troch vývojovo najaktuálnejších výberov liečiteľných diagnóz, ku ktorým dospeli rôzne vedecké tímy¹⁴ rozvíjajúce koncept odvrátiteľnej úmrtnosti. Vypočítali, že z 20 krajín EÚ, za ktoré je možné získať potrebné údaje, má Slovensko vo všetkých troch metodikách piatu najvyššiu vekovo-standardizovanú mieru liečiteľnej úmrtnosti. Horšie sú na tom iba Lotyšsko, Litva, Rumunsko a Maďarsko, teda výlučne krajiny s nižšími výdavkami na zdravotníctvo na obyvateľa vyjadrenými v parite kúpnej sily.

Novšia z uvedených štúdií sa pokúsila zmerať aj vývoj na Slovensku za obdobie rokov 2002 až 2013. Pri troch použitých metodikách pokles liečiteľnej úmrtnosti predstavoval od 16 % do 32 %. Porovnanie za rovnaké obdobie s vývojom v krajinách EÚ aktuálna štúdia neponúka, dá sa však porovnávať staršie a novšie výsledky krajín, ktoré sú členmi EÚ i OECD. Napríklad Estónsko, ktoré bolo v staršom porovnaní ešte najhoršie v OECD, je za rok 2012 už mierne lepšie v porovnaní so SR, čo indikuje rýchlejšie zlepšovanie Estónska v porovnaní s Maďarskom i Slovenskom. Aspoň odstup SR za Českom a Poľskom sa mierne zmenšil, zostáva však výrazný – liečiteľná úmrtnosť na Slovensku je v závislosti od použitej metodiky ešte o 23 % až 41 % vyššia. Výrazne lepšie výsledky dosahuje ČR s porovnateľnými a Poľsko dokonca s nižšími výdavkami na zdravotnú starostlivosť.

Štúdia Šoltésa a Gavurovej pritom preukázala významnú závislosť medzi dostupnými zdrojmi na poskytovanie zdravotnej starostlivosti a výsledkami odvrátiteľnej, konkrétne liečiteľnej úmrtnosti v dvadsiatich porovnávaných krajinách¹⁵. Grafické zobrazenie ukazuje, že Slovensko je výrazne nad osou vyjadrujúcou závislosť uvedených parametrov, čo znamená výrazne horšie výsledky ako by zodpovedalo objemu vynakladaných výdavkov na zdravotníctvo. Naopak Poľsko, Chorvátsko či Estónsko vykazujú nižšiu liečiteľnú úmrtnosť aj s nižšími výdavkami v porovnaní so Slovenskom. Výrazne nižšiu odvrátiteľnú úmrtnosť zasa prezentujú Česko a Slovinsko, a to s výdavkami iba o málo vyššími v porovnaní so SR.

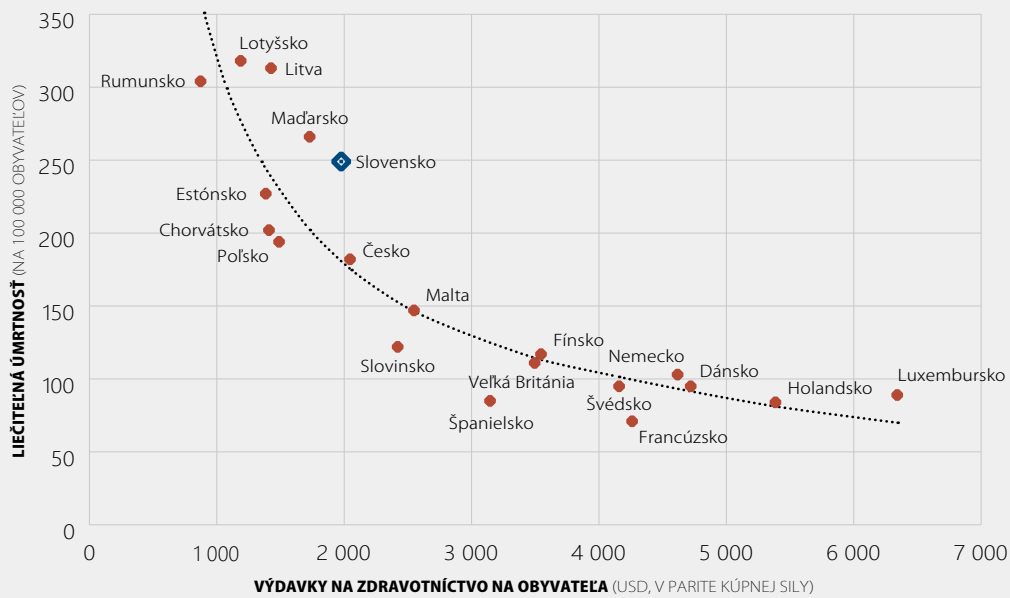
13) Šoltés - Gavurová, Quantification and Comparison of Avoidable Mortality – Causal Relations and Modification of Concepts; Technological and Economic Development of Economy, 2015

14) Nolte and McKee (2008), Tobias and Yeh - ICD 10 (2009) a AMIEHS (2011)

15) R² vyjadrujúce mieru závislosti výsledkov od výdavkov dosiahla pri troch metodikách hodnoty od 0,70 do 0,87

GRAF 4: LIEČITEĽNÁ ÚMRTNOSŤ VS VÝDAVKY NA ZDRAVOTNÍCTVO NA OBYVATEĽA

2012, METODIKA AMIEHS



PRAMEN: ŠOLTÉS - GAVUROVÁ

KAPITOLA 1.3

SLOVENSKO VYKAZUJE NAJMEŇ ROKOV ZDRAVÉHO ŽIVOTA V OECD I V RÁMCI EÚ

Jedným z nedostatkov koncepcie odvrátiteľnej úmrtnosti je fakt, že neberie do úvahy zlepšenia v kvalite života. Mnoho zdravotníckych intervencií sa pritom nezameriava na predĺženie života, ale skôr na zlepšenie jeho kvality (napr. operácie šedého zákalu, náhrady bedrového či kolenného kĺbu, starostlivosť o dlhodobu chorých a pod.). Preto odborníci odporúčajú kombinovať ukazovateľ odvrátiteľnej úmrtnosti s ďalšími výstupnými indikátormi, ktoré majú potenciál zohľadňovať rozdiely ako aj zmeny v kvalite života. Žiaľ, ani tu nie je pozícia Slovenska lepšia, skôr naopak.

Nevyhnutnosť komplexných politík v záujme zlepšovania zdravotného stavu populácie azda najviac podčiarkuje katastrofálna pozícia SR v porovnaní krajín na základe počtu rokov života v zdraví (Healthy Life Years – HLY). Tento indikátor ukazuje perspektívu v rokoch života bez obmedzenia aktivity. Slovensko vykazuje spolu s Lotyšskom najhoršie výsledky v rámci Európskej únie.¹⁶

NA PRIEMER EÚ STRÁCAME 7 ROKOV ZDRAVIA

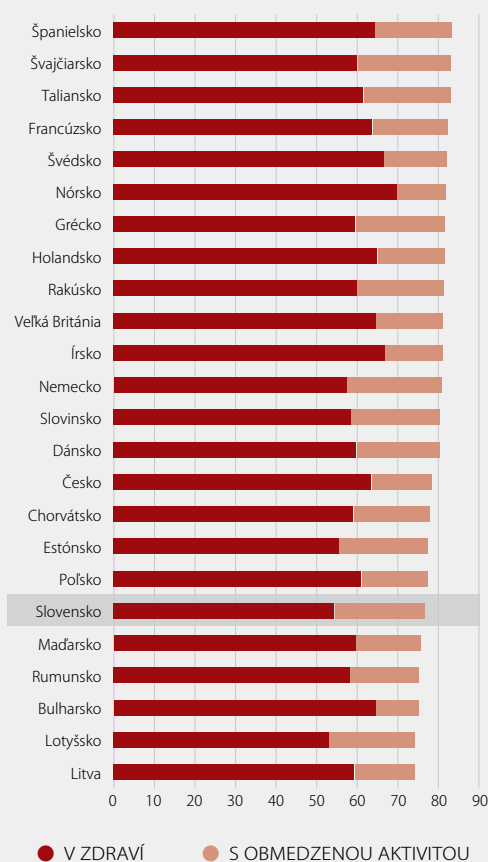
Slovenských novorodencov čaká podľa najnovších dostupných údajov za rok 2013 v priemere len o čosi viac ako 54 rokov života v zdraví. Je to o 7 rokov kvalitného života menej ako je priemer EÚ, resp. o 5 až 9 rokov menej ako v susedných krajinách V4. V porovnaní s Nórskom prežívajú ženy v SR o celých 14 rokov a muži o vyše 16 rokov života v zdraví menej.

16) Indikátor HLY (Healthy Life Years) je tvorený z objektívnych údajov o mortalite a z výsledkov prieskumov mapujúcich subjektívne vnímanie zdravia, pri ktorých nie je možné zabezpečiť úplnú porovnateľnosť medzi krajinami. Zaisťujú komparabilitu sa však nedarí ani pri indikátoroch, ktoré vychádzajú z medicínskych údajov (napr. DALY – Disability-Adjusted Life Years). HLY preto nateraz zostáva najpoužívanejším súhrnným indikátorom zdravia populácie, a to v medzinárodných porovnaníach i v dokumentoch vlády SR.
Doplnené 24. júna 2015: Podľa sociológa Miloslava Bahnu sú výsledky Slovenska negatívne ovplyvnené nepresným prekladom otázky k dlhodobým obmedzeniam v denných aktivitách, ktorej odpovede vstupujú do výpočtu HLY - <https://dennikn.sk/80163/slovensko-zdrave-roky-stratene-v-preklade/>. Ak je to pravda, Ministerstvo zdravotníctva SR malo (a stále môže) zjednať nápravu, keďže prieskum sa realizuje každý rok.

Predčasný nástup chorôb obmedzujúcich aktivitu znamená na Slovensku podstatne väčšiu časť života s obmedzeniami. V priemere 18 rokov pre mužov a až 26 rokov života s obmedzeniami aktivity z titulu zdravotného stavu pre ženy. Aspoň tak to podľa medzinárodne používanej metodiky vychádza z dostupných dát o zdraví slovenskej populácie.

GRAF 5: OČAKÁVANÁ STREDNÁ DĹŽKA ŽIVOTA PRI NARODENÍ¹⁾

2013, V ROKOCH



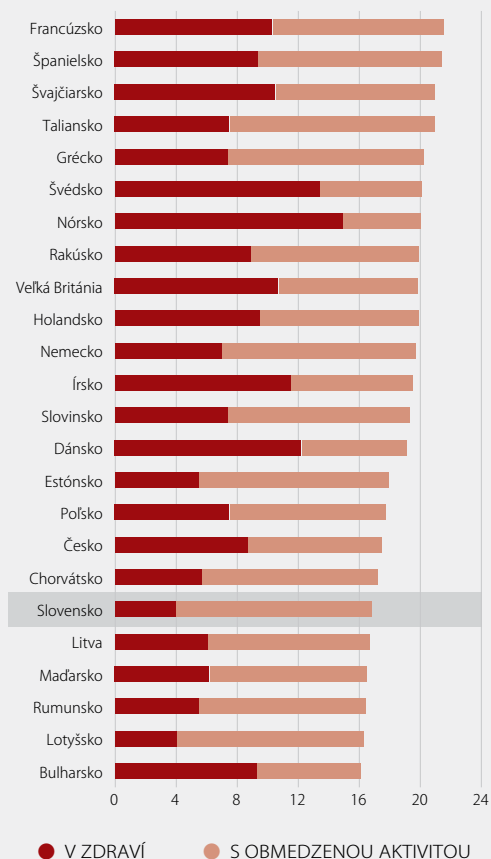
1) ÚDAJE V GRAFE ILUSTRUJÚ PRIEMER HODNÔT ZA MUŽOV A ŽENY

PRAMEŇ: EUROSTAT STATISTICS DATABASE

Mužom a ženám, ktorí sa už dožili 65 rokov, zostáva na Slovensku v priemere 14,7 resp. 18,8 roka života. Avšak z toho iba 4,2 resp. 3,7 roka v zdraví, čo je spolu s Lotyšskom najhoršia perspektíva v celej EÚ. Znamená to mimoriadne vážne dôsledky pre kvalitu života, a to pre celú rodinu i národné hospodárstvo, prinajmenšom niektoré odvetvia. Namiesto aktívneho užívania si dôchodku na Slovensku príliš skoro nastupuje prežívanie.

GRAF 6: OČAKÁVANÁ STREDNÁ DĹŽKA ŽIVOTA VO VEKU 65 ROKOV¹

2013, V ROKOCH



1) ÚDAJE V GRAFE ILUSTRUJÚ PRIEMER HODNÔT ZA MUŽOV A ŽENY, NEZOHLADŇUJÚ NÍŽŠÍ PODIEL MUŽOV V POPULÁCII, KTORÁ SA DOŽILA 65 ROKOV

PRAMEŇ: EUROSTAT STATISTICS DATABASE

V Rakúsku či Švajčiarsku hrajú napríklad v ekonomike cestovného ruchu dôležitú úlohu aktívni dôchodcovia. Využívajú nižšie ceny v mimosezóne, čím vyťažujú voľné kapacity. Na Slovensku je podobne aktívnych dôchodcov zatiaľ príliš málo. Nemôžu za to len nižšie dôchodky ale možno v ešte väčšej miere podlomené zdravie, nezriedka aj obmedzená mobilita, už pred 70-kou.

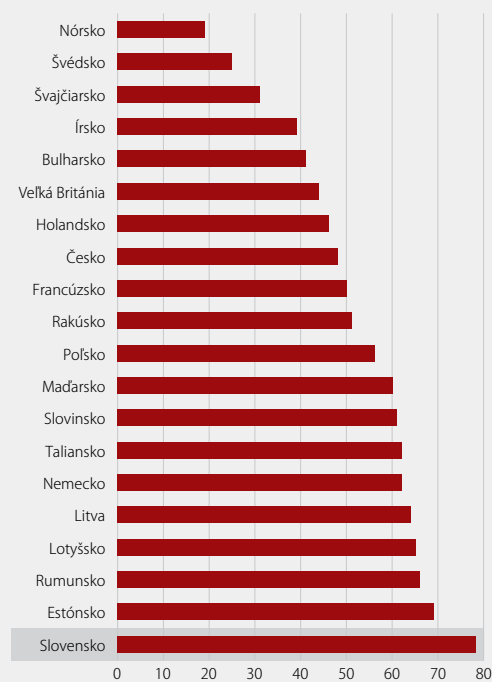
Podľa údajov Eurostatu zo seniorov vo veku 65 a viac rokov na Slovensku až 78 % udáva dlhodobé obmedzenia v denných aktivitách. To je jasne najhorší výsledok v celej EÚ. Podiel seniorov, ktorí môžu naďalej žiť plnohodnotný život, je tak v SR sotva polovičný v porovnaní s Českom, Poľskom, Rakúskom či Maďarskom a menej ako štvrtinový v porovnaní s Nórskom, Švédskom či Švajčiarskom.

Slovenskí dôchodcovia si tak zaslúžený odpočinok len zriedka aktívne užívajú, častejšie tento vek s problémami prežívajú (v priemere vyše 13 rokov s obmedzením aktivity). Veľmi často už bez manžela, keďže pred dovŕšením dôchodkového veku 62 rokov zomiera na Slovensku až 2,5-krát viac mužov ako žien.

Dá sa preto očakávať, že slovenskí dôchodcovia dávajú v porovnaní so zdravšími rovesníkmi v zahraničí menej práce penziónom, reštauráciám, kúpeľom či iným poskytovateľom služieb spojených s rekreáciou. Dôchodky viacerých seniorov skôr živia farmaceutický biznis. Tí vitálnejší si ešte dokážu pomôcť sami či navzájom, nemálo seniorov však už v relatívne nízkom veku potrebuje domácu opateru. Tá je často ďalším bremenom pre príbuzných, ktorí sú neraz ešte v aktívnom veku.

GRAF 7: PODIEL ĽUDÍ VO VEKU 65+ DEKLARUJÚCICH DLHODOBÉ OBMEDZENIA V DENNÝCH AKTIVITÁCH

%, ROK 2012 ALEBO POSLEDNÉ DOSTUPNÉ ÚDAJE



PRAMEŇ: EUROSTAT, HEALTH STATUS INDICATORS

Na porovnanie: aj najbližší susedia SR z bývalého východného bloku vykazujú významne lepšie vyhliadky seniorov – v Maďarsku vyše 6 rokov, v Česku a Poľsku okolo 8 rokov života v zdraví. Ide pritom o krajiny s porovnateľnými alebo nižšími výdavkami na zdravotníctvo na obyvateľa (v parite kúpnej sily). Priemer EÚ je 8,5 roka,

mierne nad ním je napríklad susedné Rakúsko. V najlepšom zdraví sa udržiavajú Nóri, ktorých po 65-ke čaká ešte okolo 15 rokov života bez obmedzenia aktivity – takmer štvornásobok v porovnaní s rovnako starými obyvateľmi Slovenska. Takýto rozdiel samozrejme cítiť. V rodinách, komunitách i celej ekonomike.

BIEDNE VYHLIADKY SLOVÁKOV V STREDNOM VEKU

Pre mladých či ľudí v strednom veku sú toto čísla, ktoré sa týkajú inej generácie. Preto ešte jedno porovnanie pre strednú generáciu, resp. všetkých, ktorí majú do dôchodku ešte ďaleko, no 50-ku už na dohľad. Podľa celoeurópskeho prieskumu Eurobarometer¹⁷, uskutočneného v roku 2011, začínajú byť ľudia považovaní za starých v priemere vo veku 64 rokov. V Holandsku až po dovŕšení 70-ky, na Slovensku už vo veku 57,7 roka!

Podľa odpovedí respondentov má Slovensko najmladších starcov v Európe. Hoci sa Slováci v priemere dožívajú nižšieho veku než obyvatelia väčšiny krajín EÚ alebo OECD, odstup za priemerom predstavuje len 3 roky u žien a 4-5 rokov u mužov, čo nevysvetľuje výraznejší rozdiel vo vnímaní veku začínajúcej staroby. Odpoveď treba opäť hľadať v skoršom nástupe zdravotných problémov, ktoré veľkej časti populácie znemožňujú plnohodnotný, kvalitný život už pred dovŕšením dôchodkového veku.

Ženy i mužov, ktorí práve dovŕšili 50 rokov veku, čaká na Slovensku podľa údajov Eurostatu len vyše 11 rokov života v zdraví. V prípade žien je to najmenej z 28 krajín EÚ. V prípade mužov je to druhá najhoršia hodnota – ešte o málo horšie vyhladky ako Slováci majú Lotyší. Priemer EÚ sa už blíži k 18 rokom, vo väčšine krajín západnej Európy je to od 19 do 21 rokov a päťdesiatročných Nórov čaká ešte celých 25 rokov života bez významného obmedzenia mobility. Predčasne podlomené zdravie väčšiny Slovákov sa teda zákonite premieta aj do predčasného vnímania staroby.

17) http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_378_en.pdf

KAPITOLA 2

KLÚČOVÉ FAKTORY VYSVETĽUJÚCE NEGATÍVNE VÝSLEDKY SR V POROVNANIACH A ICH NÁSLEDKY

Ludské zdravie je ovplyvňované množstvom faktorov. Ich významnosť nie je možné odmerať, resp. testovať v laboratórnych podmienkach. Výskum v tejto oblasti preto vyžaduje dlhodobé sledovanie početných súborov ľudí (zdravých i chorých) a je časovo, organizačne i finančne náročný. Na Slovensku sa robí len minimálne, preto je nemožné nájsť jednoznačné, vedecky podložené odpovede na to, prečo odvrátiteľná úmrtnosť v SR patrí k najvyšším v EÚ alebo čo spôsobuje najnižší počet rokov prežitých v zdraví. Napriek tomu považujeme za mimoriadne dôležité hľadať pravdepodobné vysvetlenia a ponúkať ich ako podnety na zamyslenie, korekciu vzorcov zdravotného správania v rodinách, školách či na pracoviskách, či pozdvihnutie primárnej prevencie na jeden z prioritných nástrojov zdravotnej politiky. Práve odklon od rizikového správania má totiž potenciál významne predĺžiť roky života v zdraví. Zároveň by mohol sčasti eliminovať hroziaci rast deficitu vo financovaní zdravotnej starostlivosti, ktorý vyplýva zo starnutia populácie a rozširovania chronických chorôb.

V tejto kapitole sú prezentované súvislosti medzi stavom zdravia a jeho determinantmi, ktoré na základe nám dostupných informácií považujeme za vysoko pravdepodobné a významné. Upozorňujeme, že ide neraz o hypotézy, ktorých overenie je mimo našich možností.

Príčin výrazne kratšieho života v zdraví a vysokej odvrátiteľnej úmrtnosti je viacero, pravdepodobne najdôležitejšou je zlá životospráva. Mimoriadne veľká časť populácie SR vo veku nad 45 rokov necvičí, resp. nemá pravidelnú pohybovú aktivitu na potrebnej úrovni¹⁸. Takýto životný štýl nielenže nepomáha eliminovať účinky stresu, ktorý negatívne pôsobí na zdravie, ale tiež zhoršuje následky nevyváženého stravovania (nevhodná skladba tukov, nadpríjem cukrov, soli i bielkovín, výrazný nedostatok vlákniny – napríklad zeleninu má denne v jedálnom lístku iba polovica populácie SR¹⁹). To spolu s ďalšími faktormi popísanými v druhej časti tejto kapitoly prispieva k mimoriadne vysokej morbidite (chorobnosti) i mortalite na srdcovocievne choroby, ale aj na ochorenia tráviacej sústavy či tie nádorové ochorenia, ktoré s nevhodnou životosprávou úzko súvisia (napr. rakovina hrubého čreva i ďalších orgánov tráviacej sústavy). Vysoká chorobnosť mužov i žien už v pred dôchodkovom veku znižuje aj ich atraktivitu na trhu práce, čo je zdrojom ďalších stresov negatívne vplyvajúcich na zdravie.

18) Prieskum Inštitútu pre verejné otázky k problematike aktívneho starnutia, 2012: <http://www.ivo.sk/7241/sk/publikacie/stvrty-rozmer-tretieho-veku-desat-kapitol-o-aktivnom-starnuti>

19) European Health Interview Survey 2008, http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index_en.htm

A nezriedka vedie k nadmernej konzumácii alkoholu či ďalším prejavom rizikového správania ešte zhoršujúcim zdravotné vyhliadky konkrétneho jednotlivca a zvyšujúcim záťaž pre systém financovania zdravotnej starostlivosti.

To všetko sa pravdepodobne spolupodieľa aj na predčasnej mortalite. Vyše 37 % zomrelých na Slovensku v rokoch 2011 a 2012 malo menej ako 70 rokov. Až 23 % tvorili muži a ženy pred dosiahnutím dôchodkového veku (<62)²⁰. V prípade mužov je pritom predčasná mortalita v porovnaní so ženami viac ako dvojnásobná. Až 50 % zomrelých mužov (24 % žien) nedovršilo 70 rokov. Bezmála 32 % mužov (14 % žien) zomrelo skôr ako by dovŕšili dôchodkový vek 62 rokov.²¹

KAPITOLA 2.1

NA ČO ZOMIERAME A V AKEJ MIERE

Kde teda robíme na Slovensku chybu? Čo Slovákovi ubera roky života a najskôr spomedzi všetkých obyvateľov Európskej únie z nás robí starcov, ktorých choroba limituje v každodenných aktivitách?

Najprv sa pozrieme na príčiny mortality, vnesieme viac svetla do zverejňovaných údajov a vysvetlíme disproporcie, ktoré ľahko zmätú väčšinu užívateľov (zmiatli dokonca aj pracovníkov Národného centra zdravotníckych informácií²²). Porovnáme údaje o najčastejších príčinách úmrtia s krajinami EÚ či OECD a budeme hľadať kľúčové faktory vysvetľujúce výrazné rozdiely najmä tam, kde Slovensko najviac zaostáva, resp. vyniká v negatívnom smere.

Zabijakom číslo jeden sú naďalej choroby obehovej sústavy, teda srdca a ciev. Tie sú v popredí v celej Európe, no kým vo väčšine krajín už výrazne ustupujú a v mnohých krajinách EÚ dnes spôsobujú o polovicu menej úmrtí než v roku 2000²³, na Slovensku dosiaľ vyčnievajú mimoriadne vysoko (pozri nižšie). Šťasti pre skreslené vykazovanie, ale v rozhodujúcej miere oprávnené.

Pripisovanie vyše 50 percent všetkých úmrtí chorobám srdca a ciev bolo už dlhšie spochybňované ako nezodpovedajúce realite. V roku 2011 to preukázala aj analytická štúdia „Objektívizácia príčin smrti a relevantnosti štatistických údajov v listoch o prehliadke mŕtveho“.²⁴ Okrem iného dospela k záveru, že „v listoch o prehliadke mŕtveho chýbajú v nemalom percente informácie aj o závažných chorobách, akými sú napr. zhubné nádory, na dôsledky ktorých pacient bezprostredne zomiera“. Aj v takýchto prípadoch býva neraz uvedená ako príčina „zlyhanie srdca, resp. ischemická choroba srdca“.

20) Údaje v tomto odseku sú prepočítami autora z databázy zomrelých Štatistického úradu SR

21) Neznamená to, že až 31 % mužov sa nedoživa veku 62 rokov, uvedené podiely sú vyššie aj preto, lebo v predčísanom veku sú aktuálne populačne silnejšie ročníky ako vo veku 62+, resp. 70+

22) <http://www.nczisk.sk/Aktuality/Pages/Udaje-OECD.aspx>

23) Mortalita na tieto ochorenia klesla vo väčšine krajín EÚ i OECD o desiatky percent, v mnohých krajinách o viac ako polovicu, vid: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>, str. 29

24) http://www.nczisk.sk/Documents/medzinar_spolupraca/objektivizacia.pdf

Zistené nedostatky boli podnetom pre komplexnú revíziu dát o príčinách úmrtia²⁵ za roky 2011 a 2012 v réžii Národného centra zdravotníckych informácií (NCZI). Išlo o opravy kódov pre štatistické spracovanie nekorešpondujúcich s textom pri výbere hlavnej príčiny smrti, a najmä upresňovanie sporných alebo nedostatočných údajov v listoch o prehľadke mŕtveho z viacerých kontrolných zdrojov (zdravotné registre, databáza hospitalizovaných, konzultácie so špecialistami). Revidované údaje sú k dispozícii so značným oneskorením a len za roky 2011 a 2012, preto treba mať na zreteli, že:

- vo väčšine publikácií NCZI a ŠÚ SR sú naďalej (aj za roky 2011 a 2012) uvádzané pôvodné, skreslené údaje,
- revidované dáta nie sú korektne porovnateľné s údajmi do roku 2010, ktoré sú k dispozícii (a teda aj v medzinárodných databázach figurujú) iba v neopravenej štruktúre,
- revízia na diaľku a s časovým odstupom nemôže zabezpečiť úplnú korektnosť dát, mala len identifikovať problémy, ktoré je potrebné systémovo riešiť v gescii Ministerstva zdravotníctva SR v spolupráci s Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS).

Napriek uvedenému ide o zatiaľ najspoľahlivejšie údaje o príčinách mortality v SR. Preto v tejto analýze pracujeme s databázou revidovaných údajov, ktorú INEKO získalo od Štatistického úradu SR.

Podľa oficiálnej štatistiky zostavovanej z listov o prehľadke mŕtveho uviedli lekári v rokoch 2011 a 2012 ako príčinu niektorých z chorôb obehovej sústavy až v 53 percentách úmrtí. Po kontrole a revízii na základe údajov o zomrelých zo zdravotných registrov či databáz hospitalizovaných opravilo NCZI primárnu príčinu smrti pri tisícich osobách. Ukázalo sa, že choroby srdca a ciev zapríčinili v roku 2011 „iba“ 45,7 % zo všetkých úmrtí a o rok neskôr rovných 45 % (bezmála 24-tisíc).

Druhým najväčším zabijakom na Slovensku je zatiaľ s výrazným odstupom rakovina. Ročne si vyžiada cca 13-tisíc životov, čo je 25 % všetkých úmrtí. Aj ďalšie príčiny úmrtí ovplyvnila revízia podstatne, keď premiešala ich poradie. Vyše tritisíc úmrtí ročne pripadá na vonkajšie príčiny (najmä následky rôznych poranení) s podielom 6,5 %, a tiež choroby tráviacej sústavy (6,2 %) a choroby dýchacej sústavy (5,8 %).

Opravené údaje ešte výraznejšie menia pohľad na mortalitu priamo zapríčinenú následkami fajčenia či nadmerného pitia alkoholu. Skutočná úmrtnosť na chronickú obštrukčnú chorobu pľúc sa v roku 2012 ukázala po revízii o dve tretiny vyššia oproti pôvodným štatistikám. Úmrtnosť na špecifické diagnózy zapríčinené chronickou konzumáciou alkoholu bola podľa zistení NCZI vyše dvojnásobná oproti štatistikám z hlásení lekárov (bez zahrnutia chorôb, kde sú cigarety či alkohol len jedným z viacerých rizikových faktorov a teda spoluvinníkov). O viac ako polovicu stúpila po revízii za rok 2012 tiež vekovo-šandardizovaná úmrtnosť na diabetes mellitus.²⁶

Výrazné zmeny v údajoch o príčinách úmrtí na Slovensku, ktoré priniesli revízie, ešte viac podčiarkujú potrebu systémových opatrení, ktoré by zabezpečili zásadne vyššiu spoľahlivosť údajov zo samotných hlásení o úmrtí. Ide o rozhodujúci zdroj primárnych údajov o výsledkoch zdravotníctva, z ktorého vychádzajú široko využívané a medzinárodne porovnávané výsledkové indikátory. Preto dodatočné opravy nateraz vznikajúce vďaka nasadeniu niekoľkých pracovníkov NCZI možno považovať len za dočasné a značne nedokonalé riešenie. Dovtedy, kým ÚDZS a ministerstvo zdravotníctva neurobia potrebné kroky vo vzťahu k lekárom, ktorí majú poverenie úradu na vykonávanie prehliadky mŕtveho (efektívnejšie školenia a usmernenia, rýchly prístup k záznamom pacienta, príp. aspoň registrom osôb liečených na vybrané choroby, kontrola a postihy za opakovane chybné hlásenia).

VEKOVÝ ŠTANDARDIZOVANÉ ÚDAJE SLOVENSKU NELICHOTIA

V medzinárodných porovnaníach sa porovnávajú počty úmrtí najčastejšie na 100 000 obyvateľov, avšak prepočítané na vekovo-šandardizovanú populáciu. Takto sa zabezpečuje korektnejšie porovnanie krajín, v ktorých početne prevládajú mladšie vekové skupiny, s krajinami s vysokým podielom seniorov a prirodzene vyššou mortalitou.

Na Slovensku najsilnejšie populačné ročníky narodené v 70. a 80. rokoch sú ešte prevažne vo veku <40 rokov a ani populačná vlna z 50. rokov nie je vo veku, v akom sa v Európe bežne zomiera. Preto sú údaje o úmrtiach za SR po prepočte na vekovú skladbu typickú v Európskej únii výrazne vyššie. Za rok 2011 uvádza

25) „Choroba alebo úraz, ktoré spôsobili sled patologických udalostí vedúcich priamo k smrti ...“ (z definície príčiny úmrtia podľa WHO)

26) Národné centrum zdravotníckych informácií, 2015; http://www.nczisk.sk/Documents/nzr/prezentacie/priciny_smrti_2015.pdf

Eurostat celkovú vekovo-štandardizovanú mortalitu v SR až 1470 na 100 000 obyvateľov, čo je 1,5-násobok hrubej mortality, teda počtu skutočných úmrtí (969).

V nasledujúcich rokoch a desaťročiach budú skutočné počty úmrtí v SR zákonite stúpať, primerane rastúcemu počtu seniorov. Prepočítané údaje už dnes ukazujú, aká úmrtnosť Slovensko čaká, keď bude seniorov podstatne viac. Ak sa dovedy nezlepší starostlivosť o zdravie – zo strany jednotlivcov, rodín, štátu i ďalších aktérov významne ovplyvňujúcich pôsobenie pre zdravie rizikových faktorov – a tiež adekvátnosť preventívnej a liečebnej zdravotnej starostlivosti. Porovnanie s ostatnými krajinami EÚ či OECD ukazuje enormný priestor na zlepšovanie, len ho treba využiť účinnými politikami v oblasti osvetly, prevencie, včasnej diagnostiky i terapie.

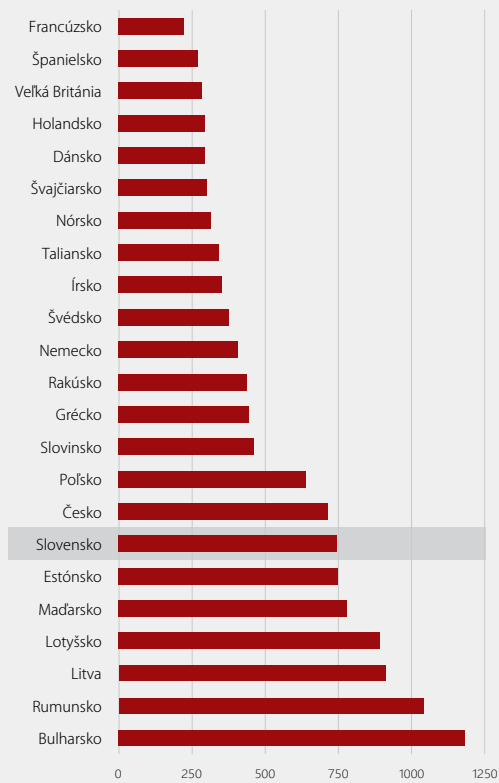
PREVENTABILNÍ ZABIJACI V SR VÝRAZNE DOMINUJÚ

Najrozšírenejšie choroby obehovej sústavy, teda srdca a ciev, na Slovensku zabíjajú v prepočte na vekovo-štandardizovanú európsku populáciu až 744 ľudí na 100 000 obyvateľov (revidovaný údaj za rok 2011), čo je dvoj- až trojnásobne viac ako vo väčšine krajín západnej a severnej Európy. Vo Švédsku im podľahne 376, v Nórsku 315, v Holandsku 293 a vo Francúzsku iba 223 ľudí zo 100 000 obyvateľov.²⁷ Revidované údaje odpútali Slovensko od balkánskych a pobaltských krajín (najhorších v EÚ) a znamenali vylepšenie jeho pozície na úroveň Maďarska či Česka, s odstupom za Poľskom, ktoré už vykazuje o stovku prepočítaných úmrtí menej.

Výrazne lepšie možnosti záchranu akútnych pacientov priniesli aj v SR výrazný pokles úmrtí na akútne infarkt myokardu²⁸. Ischemické choroby srdca spolu však naďalej spôsobujú vyše štvrtinu všetkých úmrtí na Slovensku. V prepočte na 100 000 obyvateľov vôbec najviac spomedzi 34 krajín OECD (až trojnásobok priemeru!), v rámci EÚ 28 je na tom ešte horšie iba Litva a v prípade mužov aj Lotyšsko. Menej výrazne prevyšuje Slovensko priemer pri úmrtiach na cievne choroby mozgu, ktoré zavinia vyše desatinu všetkých úmrtí, aj tu je však najhoršie v rámci OECD.²⁹

GRAF 8: ÚMRTNOSŤ NA KARDIOVASKULÁRNE OCHORENIA

2011, NA 100 000 OBYVATEĽOV, VEKOVO-ŠTANDARDIZOVANÉ ÚDAJE



PRAMEŇ: EURÓPSKA KOMISIA, EUROPEAN CORE HEALTH INDICATORS

Choroby srdca a ciev sú všeobecne považované za vysoko preventabilné a nimi spôsobené úmrtia za odvrátiteľné (prinajmenšom v aktívnom a začínajúcom dôchodkovom veku). To potvrdzuje aj mimoriadne výrazné zníženie mortality za dve dekády od roku 1990 do roku 2011 vo väčšine krajín západnej Európy. V rámci OECD dokázalo 7 z 10 krajín redukovať úmrtnosť na ischemickú chorobu srdca o viac ako 40 % (susedné Česko o 41 %, Holandsko o 69 %, Dánsko až o 77 %). V prípade cievnych chorôb mozgu podobne imponujúce zlepšenia (o 40 – 74 %) dosiahlo až 9 z 10 členských krajín OECD.³⁰ V uvedených porovnaníach – pred revíziou príčin smrti – vykázalo Slovensko iba stagnáciu, v prípade ischemickej choroby srdca dokonca nárast počtu úmrtí. Na základe rozsahu zmien v revidovaných dátach sa dá odhadovať, že aj po

27) Európska komisia, European Core Health Indicators; http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index_en.htm

28) Za obdobie 1992 – 2010 vo vekových skupinách od 25 do 44 rokov až o cca 75 %, vo vyšších vekových skupinách úmrtia na infarkt ubudli menej výrazne

29) OECD (2014), Health at a Glance: Europe 2014, OECD Publishing, str. 23; http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2014_en.pdf

30) OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing, str. 29; <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>

ich zohľadnení Slovensko vykáže sotva 10-percentné zlepšenie mortality na ischemickú chorobu srdca a nanajvýš 20-percentné na cievne choroby mozgu.³¹

Rozdiel medzi úmrtnosťou na uvedené diagnózy vo Francúzsku, Holandsku, či Španielsku na jednej strane a Slovenskom či ďalšími krajinami bývalého socialistického bloku na druhej strane je teda naďalej priepastný. Na možné príčiny sa pozrieme nižšie.

Podstatne menšie sú rozdiely v mortalite na nádorové ochorenia, z ktorých sa väčšina nepovažuje za preventabilné. Aj tu Slovensko patrí k najhorším v OECD (je druhé po Maďarsku) aj v EÚ (tretie po Maďarsku a Chorvátsku). Priemerný počet úmrtí v SR na 100 000 obyvateľov prevyšuje o pätinu priemer OECD.

Najúspešnejším krajinám sa za ostatné dve dekády (1990 – 2011) podarilo znížiť počet úmrtí na rakovinu najviac o štvrtinu, teda výrazne menej než pri chorobách srdca a ciev. Slovensko sa do roku 2010 radilo do skupiny s iba nepatrným zlepšením³², realita je žiaľ ešte horšia.

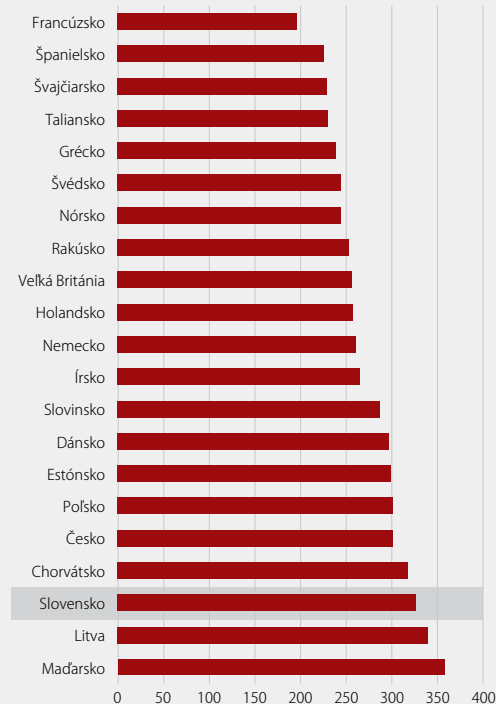
Revidované údaje za rok 2011 ukázali, že úmrtnosť na rakovinu v SR je dokonca mierne vyššia než bola začiatkom 90. rokov. Pritom pokrok v liečbe a najmä včasnejšia diagnostika nádorových ochorení za toto obdobie zlepšil šance na prežitie pacientov s diagnostikovanými nádormi. Prinajmenšom tých, ktorí využili možnosti včasného skríningu a nádory im boli zachytené a liečené v skorších štádiách. Dôvody neklesajúcej úmrtnosti by mali byť analyzované, identifikované a v rámci možností eliminované konkrétnymi opatreniami zdravotnej politiky, v skutočnosti sa to v potrebnej miere nedeje. Dokonca nie je adekvátne zabezpečený ani zber údajov – posledné komplexné dáta o incidencii (počte nových prípadov) nádorových ochorení sú v SR k dispozícii za rok 2008.

Zo starších údajov i z novších odhadov Medzinárodnej agentúry pre výskum rakoviny je zrejmé, že aj medzi nádorovými ochoreniami Slovensko najviac prevyšuje európsky priemer práve pri tých, ktorým možno predchádzať, keďže súvisia so životným štýlom, najmä stravovacími návykmi. Platí to najmä o rakovine ústnej dutiny a hltana u mužov³³ (nadmerná konzumácia destilátov v kombinácii s fajčením) a tiež nádoroch hrubého čreva a konečníka³⁴, pankreasu, žalúdka či žlčníka – pri väčšine

z nich počty nových prípadov i úmrtnosť v SR patria k trom najvyšším spomedzi 40 krajín Európy. Zhubné ochorenie niektorého z orgánov tráviacej sústavy postihuje častejšie mužov.

GRAF 9: ÚMRTNOSŤ NA RAKOVINU

2011, NA 100 000 OBYVATEĽOV, VEKOVO-STANDARDIZOVANÉ ÚDAJE



PRAMEŇ: EURÓPSKA KOMISIA, EUROPEAN CORE HEALTH INDICATORS

Pravdepodobne jediným z preventabilných nádorových ochorení, ktorého výskyt i následky v SR neprevyšujú európsky priemer, je rakovina pľúc. Najmä vďaka ženám. Muži totiž trpia zhubnými nádormi priedušiek a pľúc o málo viac ako je priemer EÚ (menej ako väčšina východoeurópanov ale viac ako muži v krajinách západnej a severnej Európy). Naopak v prípade slovenských žien je táto diagnóza zriedkavejšia ako je európsky priemer, keďže v ženskej populácii bol podiel fajčiarok dlho sotva polovičný v porovnaní s mužmi a nižší aj v porovnaní so

31) Za dlhšie obdobie rokov 1980 – 2010 klesla v SR úmrtnosť na všetky choroby obehovej sústavy spolu o takmer 26 % (muži) resp. o vyše 30 % (ženy)

32) OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing, str. 31; <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>

33) Druhá najvyššia incidencia i mortalita v Európe; <http://eco.iarc.fr/EUCAN/Cancer.aspx?Cancer=1>

34) Najvyššia incidencia a tretia najvyššia mortalita v Európe; <http://eco.iarc.fr/EUCAN/Cancer.aspx?Cancer=10>

ženami v západnej Európe. V tínedžerskom veku však aj na Slovensku výskyt fajčenia u dievčat rastie a už sa vyrovnal chlapcom³⁵.

Zostáva veriť, že nepovedie k trvalým návykom a vyrovnaniu sa mužom aj v dlhodobom fajčení, čo by znamenalo nasledovanie západnej Európy práve tam, kde je najhorším vzorom.

Keď nepočítame veľmi rozmanitú skupinu tzv. vonkajších príčin smrti, skupinou chronických diagnóz s tretím najvyšším počtom zapríčinených úmrtí sú v SR choroby tráviacej sústavy (iné ako nádorové). Hoci sa im pripisuje iba 6,2 % úmrtí, v prepočte na 100 000 obyvateľov je to 60 stratených životov ročne, teda opäť výrazný nadpriemer. Z 34 krajín OECD je na tom horšie iba Mexiko a Maďarsko.

STRATENÉ ROKY

Veľmi dobrým súhrnným indikátorom sú tzv. stratené roky života vo veku 0-69 rokov. Hovorí nielen o tom, koľko ľudí zomiera na ktoré diagnózy, ale tiež nakoľko predčasne pred dovŕšením 70 rokov. Každý takýto rok je stratou nielen pre zomrelého, ale aj pre rodinu (strata životného partnera, rodiča, neraz aj živiťela), komunitu, pri úmrtí v aktívnom veku tiež pre zamestnávateľa i štát (výpadok daní, niekedy aj odkázanosť pozostalých na dávky).

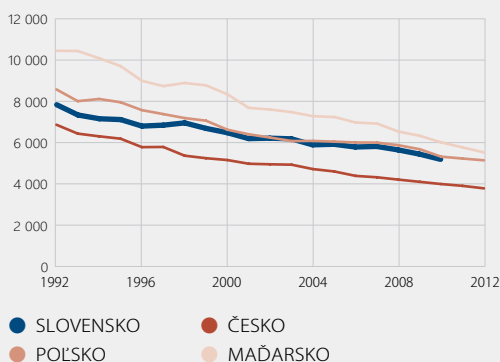
Podľa údajov z databázy OECD stráca Slovensko na 100 000 obyvateľov ročne cca 5-tisíc potenciálnych rokov života. V hospodársky najrozvinutejších krajinách sveta sa tieto straty pohybujú spravidla okolo 3-tisíc rokov. Slovensko síce ide správnym smerom, keď oproti roku 1993 stráca už o tretinu rokov života menej. Susedné krajiny sa však zlepšujú rýchlejšie. Odstup SR za Českom pozvoľne narastá, a zo susedov s horšou východiskovou pozíciou sa Poľsko na úroveň Slovenska už dotiahlo a Maďarsko sa výrazne doťahuje.

Z celkového počtu stratených rokov v dôsledku predčasných úmrtí na Slovensku podľa údajov OECD za rok 2010 ide takmer 25 % na vrub nádorov a 23 % na konto chorôb srdca a ciev (zabíjajú síce viac ale v neskoršom veku). Vonkajšie príčiny smrti môžu za takmer 20 % stratených rokov a bežná 10 % ide na konto chorôb tráviacej sústavy -- okrem nádorov. Novšie údaje za roky

2011 a 2012 vychádzajúce z nedávno revidovaných príčin úmrtí ešte v databáze OECD nefigurujú. Dá sa očakávať, že po ich doplnení podiel nádorov, vonkajších príčin i chorôb tráviacej sústavy na stratených rokoch v SR stúpne, naopak podiel chorôb srdca a ciev klesne.

GRAF 10: STRATENÉ ROKY ŽIVOTA

NA 100 000 OBYV. VO VEKU 0-69



PRAMEŇ: OECD.STAT

35) Podľa medzinárodnej štúdie ESPAD, ktorá mapuje fajčenie, užívanie alkoholu a drog u študentov vo veku 15 - 16 rokov, na Slovensku v roku 2011 priznalo fajčenie počas ostatných 30 dní až 38 % chlapcov a 39 % dievčat (5. najvyšší podiel z 36 porovnávaných krajín). K opitosti v uplynulých 30 dňoch sa priznalo až 26 % chlapcov a 21 % dievčat (spolu 4. najvyšší podiel z 36 krajín). The 2011 ESPAD Report, str. 67 a 78: http://www.espad.org/uploads/espad_reports/2011/the_2011_espad_report_full_2012_10_29.pdf

KAPITOLA 2.2

ČO PREDČASNÚ CHOROBNOSŤ I ÚMRTNOSŤ SPÔSOBUJE

Pomenovať hlavné skupiny determinantov zdravia a odhadnúť, akou váhou ho ovplyvňujú, sa pokúšalo viacero vedeckých inštitúcií. Veľmi dobrý prehľad rôznych prístupov a ich vývoja za ostatné desaťročia priniesol v roku 2010 tím autorov z Population Health Institute University of Wisconsin³⁶.

Porovnávané doteraz publikované štúdie skúmali determinanty zdravia rôznymi spôsobmi a dospeli k značne rozdielnym mieram (percentám) vplyvu. Žiadna však nezistila, že by zdravie najväčšou mierou ovplyvňovali genetické predispozície, dostupnosť a kvalita zdravotnej starostlivosti či environmentálne faktory. Rozhodujúci vplyv na zdravie majú podľa výskumných štúdií tieto dve skupiny faktorov:

- sociálno-ekonomická situácia jednotlivcov – najmä vzdelanie, zamestnanie a príjem, sociálne začlenenie alebo izolácia, deti v ohrození či násilná kriminalita,
- vzorce zdravotného správania - fajčenie, stravovacie návyky, cvičenie/pohybová aktivita, užívanie alkoholu, sexuálne správanie či šoférovanie.

Tieto dve skupiny faktorov ovplyvňujú zdravie spolu cca 70 percentami (podľa rôznych prístupov od 64 % až do 82 %)³⁷.

Štúdia University of Wisconsin však v závere nabáda nepodceňovať úlohu zdravotníctva. Hoci podľa výskumov klinická starostlivosť sama má menší vplyv na výsledky v oblasti zdravia, sektor zdravotnej starostlivosti môže vplývať aj na zdravotné správanie jednotlivcov. Na Slovensku sa dá konštatovať, že príležitosť choroby nielen liečiť ale aktívne im predchádzať tunajšie zdravotníctvo zatiaľ takmer nevyužíva, keď nepočítame zábery z rôznych

vládou schválených dokumentov, ktoré nakoniec zostali len na papieri (bez adekvátneho finančného krytia, s veľmi limitovanou realizáciou a dosahom).

V nasledujúcej časti predstavíme najdôležitejšie závery analýzy INEKO z roku 2013, ktorá sa otázke determinantov zdravia venovala v kontexte porovnávania efektívnosti zdravotných systémov v rôznych krajinách. Následne sa pozrieme detailnejšie práve na hlavné rizikové faktory v správaní jednotlivcov a intenzitu, v akej ich možno pozorovať v slovenskej populácii a v iných krajinách EÚ. Kapitulu uzatvorí stručné zhodnotenie predpokladov efektívnej zdravotnej starostlivosti, ktorými sú najmä dobre nastavené motivácie pre všetkých aktérov.

CHUDOBA A ZLÉ ŽIVOTNÉ PODMIENKY

Ako hlavnú príčinu zaostávania Slovenska vo výsledkových ukazovateľoch zdravotníctva identifikovala analýza INEKO³⁸ z roku 2013 mieru chudoby, teda podiel obyvateľov žijúcich v zlých životných podmienkach. V predmetnej analýze sa INEKO venovalo porovnaniu efektívnosti zdravotníctva v SR a zdravotníckych systémov v ostatných porovnateľných krajinách (V4, EÚ). Efektívnosť pritom bola pre jednotlivé krajiny odhadovaná ako rozdiel medzi „vstupmi“ zdravotníctva v danej krajine (napr. výdavky na zdravotnú starostlivosť na obyvateľa, miera nezamestnanosti, miera chudoby, priemerný vek odchodu do dôchodku, príjmová nerovnosť, úroveň vzdelania, členstvo v bývalom východnom bloku, spotreba alkoholu, tabaku či podiel populácie s obezitou) a jeho výstupmi (priemerná očakávaná dĺžka života, početnosť úmrtí podľa niektorých diagnóz, dojčenská úmrtnosť či priemerná dĺžka hospitalizácie).

Výsledky ukázali, že slovenské zdravotníctvo nemá výrazne nižšiu či vyššiu efektívnosť ako zdravotnícke systémy v porovnateľných krajinách. Presnejšie, výsledky záviseli od použitého prístupu – ak pri modelovaní vôbec nebola zohľadnená existujúca miera chudoby, ktorá je naprieč krajinami rôzna, vyšlo slovenské zdravotníctvo ako podpriemerne efektívne. Ak však bol model rozšírený a spresnený pridávaním štatistík, ktoré viac či menej dokážu aproximovať rozsah chudoby (ako napríklad údaje o príjmoch a životných podmienkach domácností či údaje o podieloch rómskych populácií), slovenské zdravotníctvo sa začalo javiť pri porovnaní s ostatnými krajinami V4 či celej EÚ ako podobne efektívne. Podstatou tohto javu je, že chudobní ľudia žijú vo výrazne horšom prostredí

36) <https://uwphi.pophealth.wisc.edu/publications/other/different-perspectives-for-assigning-weights-to-determinants-of-health.pdf>

37) Genetické faktory väčšinou nie sú zohľadnené ako prinajmenšom nateraz nemerateľné a neovplyviteľné, avšak aj štúdie zohľadňujúce generické predispozície ako samostatný faktor pripisujú sociálno-ekonomickým faktorom a vzorcom správania jednotlivcov výrazne nadpolovičnú váhu.

38) Analýzu možno nájsť na adrese: http://www.i-health.sk/analyzy/1412_sirsi-pohlad-na-efektivnost-slovenskeho-zdravotnictva (INEKO, 2014, Širší pohľad na efektívnosť slovenského zdravotníctva)

a podmienkach, čo sa často premieta aj do výrazne neoptimálneho zdravotného správania. Niektorí tiež majú horší prístup k zdravotnej starostlivosti, a to v konečnom dôsledku vedie k ich zhoršenému zdraviu vrátane kratšej očakávanej dĺžky dožitia³⁹.

Analýza ďalej ukázala, že občania SR majú v priemere jeden z najhorších zdravotných stavov spomedzi všetkých krajín OECD, a to napriek výraznému zlepšeniu v posledných desiatich sledovaných rokoch (2001 až 2010). Ponúkajú sa dve hlavné oblasti, v ktorých možno dosiahnuť zlepšenie. Prvou sú samotné vstupy zdravotníctva, ktoré možno rôznym spôsobom zlepšovať. Predovšetkým ide o odstraňovanie chudoby a zvýšenie zdravotnej uvedomelosti s cieľom dosiahnuť menšie vystavovanie sa rizikovým faktorom a zlepšenie zdravotného stavu celej populácie a obzvlášť občanov žijúcich v horších životných podmienkach, resp. rómskej populácie. Druhou oblasťou je efektívnosť zdravotnej starostlivosti, v ktorej napriek priemerným výsledkom stále existuje veľký priestor na jej zvyšovanie (o efektívnosti v zdravotníctve viac v závere tejto kapitoly).

FAJČENIE

Fajčenie je azda najznámejším rizikovým faktorom viacerých civilizačných chorôb. Keďže tento neuhodnotený zdravotie nielen aktívnych fajčiarov ale aj ľudí v ich blízkosti (pasívne fajčenie), prestáva byť spoločensky široko tolerovaný. Viaceré ekonomické, marketingové i legislatívne opatrenia odrádzajúce od fajčenia prijaté v ostatnej dekáde v mnohých krajinách Európy prinášajú síce nie rapidny, ale viditeľný úbytok denných fajčiarov na kontinente, ktorý stále fajčí viac ako väčšina sveta.

Podľa Európskeho zisťovania o zdraví (EHIS) v roku 2009 fajčilo na Slovensku vyše 37 % mužov a 20 % žien vo veku 15 a viac rokov. Väčšina z nich (68 %) fajčila denne, priemerný počet cigariet predstavoval 14,7 za deň. Podobný výskyt fajčenia v SR prezentujú aj odhady WHO, podľa ktorých v roku 2011⁴⁰ fajčilo z populácie nad 15 rokov až 39 % mužov a 19 % žien, väčšinou denne (cca 80 % fajčiarov). V rámci Európy ide o priemerné hodnoty. V krajinách strednej a juhovýchodnej Európy spravidla fajčí

väčší podiel dospelých populácie (Rakúsko, Grécko, Bulharsko i Česko patria do Top 10 vo svete), v Škandinávii i časti krajín západnej Európy je aktívnych fajčiarov menej.⁴¹

Nadpriemerné hodnoty vykazuje Slovensko v počte vyfajčených cigariet na obyvateľa vo veku 15 a viac rokov. Nekonkuruje síce Bielorusku, Rusku, Belgicku či Grécku, viditeľne vyššiu spotrebu cigariet vykazujú i najbližší susedia (najmä Česko a Rakúsko). Na pomery strednej a juhovýchodnej Európy bežná spotreba v SR (vyše 1600 cigariet na osobu a rok) však výrazne prevyšuje nielen spotrebu cigariet v krajinách Škandinávie (vo Švédsku je polovičná, v Nórsku iba tretinová). O 29 % až 49 % menej cigariet na obyvateľa v porovnaní so SR ilustruje výrazne striedomejšie fajčenie aj v Kanade, USA, vo Veľkej Británii či Francúzsku⁴².

Ak prepočítame spotrebu cigariet na počet pravidelných fajčiarov, intenzita fajčenia na Slovensku je o málo nižšia oproti Česku, ale výrazne vyššia napríklad oproti Rakúsku (o tretinu), Veľkej Británii (o polovicu) či Francúzsku (až dvojnásobne).

Rozšírené a intenzívne fajčenie v predchádzajúcich dekádach na Slovensku najmä v mužskej populácii sa pravdepodobne podpisuje pod vyššiu predčasnú úmrtnosť na chronickú obštrukčnú chorobu pľúc, rakovinu a choroby obehovej sústavy.

Doteraz lepšie výsledky žien tiež nemusia byť trvalé. Úrad verejného zdravotníctva SR upozorňuje, že podľa prieskumov ESPAD (Európsky školský prieskum o alkohole a iných drogách) sa na Slovensku stráca rozdiel v pravidelnom fajčení medzi chlapcami a dievčatami vo veku cca 16 rokov. K dennému fajčeniu sa v roku 2003 priznalo 28 % a v roku 2011 už takmer 34 % dievčat (u chlapcov zastúpenie denných fajčiarov stúplo nepatrne na vyše 36 percent)⁴³. K fajčeniu počas posledných 30 dní sa priznalo až 39 % z respondentov, čo Slovensko radí do najhoršej päťky z 36 krajín zapojených v prieskume⁴⁴.

ALKOHOL

Ďalším známym rizikovým faktorom je pitie alkoholu. Na Slovensku zatiaľ zostáva široko akceptovaným fenoménom. Za čudné a spoločensky nevhodné sa

39) INEKO, 2014, Širší pohľad na efektívnosť slovenského zdravotníctva, http://www.i-health.sk/analyzy/1412_sirsi_pohlad-na-efektivnost-slovenskeho-zdravotnictva

40) http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/appendix_x/en/

41) OECD uvádza za väčšinu krajín nižšie podiely denných fajčiarov a pozíciu SR mierne lepšiu ako priemer EÚ, najlepšiu v regióne, viac: http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2014_en.pdf

42) <http://www.tobaccoatlas.org/topic/cigarette-use-globally/>

43) http://www.uvzsr.sk/docs/info/podpora/Aktualizacia_Narodneho_programu_podpory_zdravicia_2014.pdf

44) Podľa ESPAD 2011 fajčenie v posledných 30 dňoch priznalo v priemere 28 % Európanov vo veku 15-16 rokov, najviac v Lotyšsku (43 %), Česku (42 %), Chorvátsku (41 %), Bulharsku a Slovensku (39 %); <http://www.espad.org/en/reports--documents/espad-reports/>

považuje skôr odmietnutie pohárika než pitie alkoholu. To vystavuje zvýšenému riziku najmä jedincov, ktorí majú väčší sklon k závislostiam a ľahko prejdú k pravidelnému a nestriedmemu pitiu. Hoci ľudia po alkohole neraz siahajú s cieľom uvoľniť stres po práci či v ťažkej životnej situácii, následný alkoholizmus sa stáva trvalým zdrojom stresov pre postihnutého jednotlivca (prepustenie z práce, vylúčenie zo spoločnosti) i pre jeho rodinu a komunitu, neraz zo závažnými zdravotnými následkami.

Celková spotreba alkoholu na Slovensku v rokoch 2008 – 2010 predstavovala 13 litrov čistého alkoholu (vrátane neregistrovaného) na obyvateľa vo veku 15 a viac rokov⁴⁵. Podľa Globálnej správy o alkohole a zdraví 2014, ktorú vydala WHO, to je pokles o 0,7 litra oproti obdobiu rokov 2003 – 2005, ale stále o 2,1 litra čistého alkoholu na obyvateľa viac ako je európsky priemer. Na globálnej mape spotreby alkoholu to znamená udržanie sa v najvyššej kategórii, spolu s Ruskom a časťou jeho bývalých satelitov⁴⁶.

Podobnú celkovú spotrebu čistého alkoholu ako SR vykazujú aj ostatné krajiny V4, významne nižšia je spomedzi susedných krajín iba v Rakúsku (10,3 litra na obyvateľa vo veku 15+). Slovensko však aj medzi susedmi vyčnieva vysokou spotrebou tvrdého alkoholu. V roku 2010 tvoril až 46 % z celkovej spotreby čistého alkoholu, čo je podiel najvyšší v celej EÚ a porovnateľný skôr s Ukrajinou, Ruskom či Bieloruskom. V Poľsku liehoviny tvoria sotva 36 %, v Maďarsku 34 %, v Česku 26 % a v Rakúsku iba 14 % úhrnnej spotreby.

Slovensko patrí medzi krajiny s vysokým rozšírením nárazového pitia vysokých dávok alkoholu, ktoré sa definuje konzumáciou viac ako 60 gramov čistého alkoholu (=2 dcl 40 %-ných liehovín alebo 2 litre 12-stupňového piva alebo fľaša vína) aspoň raz za posledných 30 dní. K takémuto pitiu sa priznáva 28,6 % obyvateľov SR vo veku 15 a viac rokov, čo je síce podstatne menej ako napríklad v Česku či Rakúsku (takmer 39 – 40 %), ale výrazne viac ako európsky priemer (16,5 %).

Skutočný rozsah dôsledkov konzumácie alkoholu na zdravie populácie v SR pritom nie je možné odhadnúť ani na základe údajov o morbidite. Tie môžu paradoxne skôr navádzať k podceňovaniu tohto determinantu zdravia. Napríklad počty pacientov s fetálnym alkoholovým syndrómom sú na Slovensku podľa oficiálnych údajov

mizivé. Diagnostika tohto neraz celoživotného postihnutia zapríčineného pitím alkoholu matky počas tehotenstva (aj v malom množstve) sa totiž len začína tvoriť⁴⁷.

VYSOKÝ KRVNÝ TLAK

Krvný tlak je výsledkom pôsobenia iných primárnych determinantov zdravia, ako sú fajčenie, alkohol, stres, strava či pohybová aktivita. Jeho trvalo zvýšené hodnoty (potvrdené pri opakovaných meraniach) sa už považujú za ochorenie, napriek tomu sa nezriedka uvádza medzi rizikovými faktormi i determinantmi zdravia. Na rozdiel od väčšiny iných determinantov je ľahko merateľný a porovnateľný, poskytuje tak dostupnú a pritom dôležitú (i keď nie komplexnú) informáciu o tom, ako sa spolupôsobenie komplexu primárnych faktorov ovplyvňujúci zdravie konkrétneho jednotlivca už prejavuje na jeho zdraví. Zároveň ukazuje, aká časť populácie čelí riziku ďalších zdravotných komplikácií súvisiacich s hypertenziou.

Podľa Európskeho zisťovania o zdraví (EHIS) malo v roku 2009 diagnostikovaný vysoký krvný tlak až takmer 30 % populácie SR. Spomedzi 19 európskych krajín, ktoré sa zúčastnili prvej vlny EHIS, je to druhá najhoršia hodnota (väčší výskyt hypertenzie vykazuje iba Maďarsko). Tretie je Nemecko s podielom vyše 27 %, naopak najmenej hypertenzie vykazuje Francúzsko (necelých 15 %).⁴⁸

To sa premieta aj do zásadne odlišnej mortality na ischemickú chorobu srdca a cievne choroby mozgu, teda dve hlavné skupiny kardiovaskulárnych ochorení. Francúzsko je najlepšie v Európe s iba 113 úmrtiami na 100 000 obyvateľov ročne, v Nemecku tieto ochorenia zabijú dvakrát viac ľudí. Na Slovensku aktuálne zomiera na tieto choroby trikrát viac ľudí, a to aj napriek zatiaľ priaznivejšej vekovej skladbe obyvateľstva. Korektnejšie porovnanie po prepočítaní na vekovo štandardizovanú populáciu ukazuje až päťnásobne viac úmrtí v porovnaní s Francúzskom.

Čím to je? Francúzsko vykazuje vyšší podiel fajčiarov (aj keď s nižšou spotrebou cigariet) ako Nemecko či Slovensko, fajčenie teda diametrálne rozdiely v mortalite nevysvetľuje. Ani pohľad na priemernú spotrebu alkoholu, hoci menej tvrdého alkoholu a viac vína vo Francúzsku môže k lepším výsledkom krajiny Galského kohúta čiastočne prispievať. Najvýraznejšie rozdiely medzi

45) Svetová zdravotnícka organizácia, Global status report on alcohol and health 2014: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/

46) http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_consumption_percapita_2010.png?ua=1

47) Nosková, Manažment Centra diagnostiky, terapie a prevencie FAS, 2014: <http://kongresruzomberok.wix.com/fascentrum>

48) Európska komisia, European Core Health Indicators http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/echi_43.html#main?KeepThis=true&TB_iframe=true&height=650&width=920

Francúzskom a Nemeckom (i väčšinou krajín strednej Európy) sú však inde. Hoci nie sú k dispozícii vedecké výskumy, ktoré by na to dávali vyčerpávajúce odpovede, predpokladáme, že výrazné rozdiely v zdraví môžu súvisieť s rozdielmi v pôsobení stresov ako aj v stravovacích zvyklostiach.

STRES

Sčasti rozdiely vidieť – ťažšie už merať – v prístupe k životu a k stresovým situáciám. Najmä v pripúšťaní si stresu a v schopnosti jeho včasného a zdravého ventilovania (spontánnymi prejavmi, pravidelným športovaním, či inou fyzickou aktivitou).

Spontánnejšia a skôr bezstarostná mentalita môže byť jeden z dôležitých faktorov dlhovekosti Francúzov, ale aj Talianov, Španielov či Grékov. Takáto mentalita však nie je typická pre národy severnej či strednej Európy, dá sa teda predpokladať, že tieto musia (resp. potrebujú) negatívne účinky stresu podstatne viac ventilovať a eliminovať pravidelným športovaním či inou fyzickou aktivitou.

Žiaľ, najzdravšie formy ventilovania stresu väčšina Európanov pravidelne nevyužíva. Podľa prieskumu Eurobarometer zameraného na šport a fyzickú aktivitu⁴⁹ z obyvateľov EÚ vo veku 15 a viac rokov pravidelne (aspoň raz týždenne) športuje alebo cvičí len 41 % (v SR iba 34 %) ľudí. V rámci EÚ sú pritom jasne najaktívnejšie populácie škandinávskych krajín, kde sa podiel športovo aktívnej populácie pohybuje od 66 do 70 %.

Dá sa predpokladať, že obzvlášť negatívne na zdravie účinkuje dlhodobý pôsobiaci stres a stavy úzkosti. Príčin môže byť mnoho, k dobre merateľným a medzinárodne porovnateľným patrí napríklad miera nezamestnanosti (v SR patrí dlhodobu k najvyšším v EÚ). Strata zamestnania, neúspechy v hľadaní nového uplatnenia a ich bezprostredné či ešte hroziace následky traumatizujú mnoho žiteľov rodín.

STRAVOVACIE ZVYKLOSTI

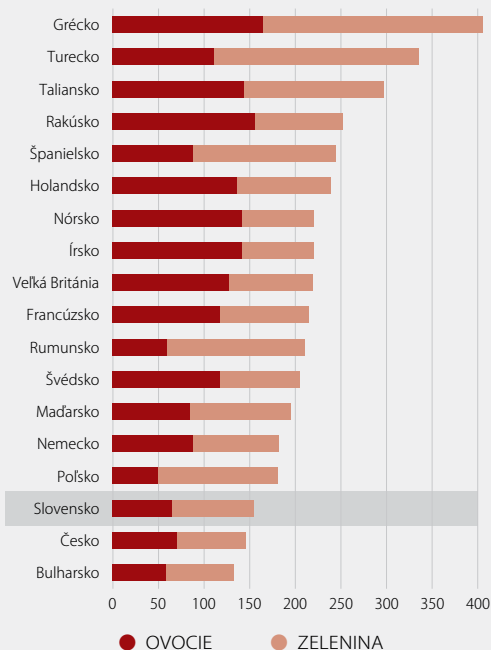
Pravdepodobne najvýznamnejšiu úlohu zohrávajú výrazné rozdiely v stravovacích zvyklostiach. Kardiológovia odporúčajú popri pravidelnej fyzickej aktivite tzv. stredomorskú stravu⁵⁰, ktorú charakterizuje:

- bohatý príjem rastlinných potravín – zeleniny, olivového oleja ako hlavného zdroja tuku, strukovín, celozrnných obilnín a čerstvého ovocia ako typického denného dezertu,
- stredná až vysoká konzumácia rýb,
- mierna/striedma konzumácia hydiny, vajec (0-4 týždenne), mliečnych výrobkov (väčšinou ako syr a jogurt) a vína,
- nízke množstvo červeného mäsa.

Žiaľ, na jedálnom lístku väčšiny Slovákov i ďalších Stredoeurópanov majú celozrnné obilniny, strukoviny, olivový olej, ryby, zelenina i čerstvé ovocie skôr okrajové zastúpenie. Namiesto toho dominuje bravčové mäso, ktorého neveľmi priaznivý vplyv na zdravie ešte zhoršuje vysoký príjem soli a naopak nedostatočný príjem zeleniny⁵¹ či iných zdrojov vlákniny.

GRAF 11: SPOTREBA OVOCIA A ZELENINY

ROK 2007, KG NA OBYVATEĽA



PRAMEŇ: FAOSTAT DATABASE; OECD HEALTH DATA 2010

49) Európska komisia, Special Eurobarometer 412: Sport and physical activity (2014); http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_412_en.pdf

50) Strava typická pre Krétu, väčšinu ostatného Grécka a južné Taliansko v období 60-tych rokov 20. storočia. http://en.wikipedia.org/wiki/Mediterranean_diet

51) Aspoň raz denne konzumuje zeleninu alebo šalát iba 51 % obyvateľov Slovenska, čo je druhý najnižší podiel z 19 európskych krajín, v ktorých sa v rokoch 2008 - 2009 uskutočnil prvý prieskum EHIS (European Health Interview Survey), výsledky druhého za rok 2014 budú k dispozícii až v druhom polroku 2015.

Svetovou zdravotníckou organizáciou i národným Úradom verejného zdravotníctva SR odporúčané výživové dávky⁵² sú na Slovensku vysoko prekračované v príjme soli, škodlivých druhov tukov i bielkovín. Naopak za odporúčaniami výrazne zaostáva spotreba vlákniny. A to aj tam, kde je priama ingerencia štátu – v školskom stravovaní.

Preukázal to napríklad monitoring stravovacích zvyklostí a výživových preferencií vybranej populácie detí SR, ktorý realizovali regionálne pracoviská Úradu verejného zdravotníctva SR v rokoch 2009 – 2013 postupne pre 4 vekové skupiny od škôlkarov až po adolescentov (od 2 do 18 rokov).⁵³ Analýzou laboratórnych rozborov vzoriek stráv odobratých v zariadeniach pre deti a mládež okrem iného zistili mierne prekračovanie odporúčaných výživových dávok tukov a výrazné prekračovanie dávok bielkovín (od 60 % po viac ako 100 %). „Zvýšený príjem bielkovín sa výrazným spôsobom podieľal aj na nedodržíaní odporúčaného podielu ostatných hlavných živín na energetickej hodnote potravy vo všetkých sledovaných súboroch detí,“ konštatuje sa v hlavných zistenia štúdie.

Alarmujúcim zistením bolo vysoké prekročenie odporúčaných limitov pre príjem soli, keď v odobratých vzorkách stráv bolo už v zariadeniach pre deti predškolského veku viac soli ako sa odporúča dospeléj populácii. Odporúčaný príjem soli pre deti predškolského veku bol prekračovaný v priemere o vyše 200 %, teda až trojnásobne! Závažnosť tohto problému potvrdili aj zistenia v troch vekových skupinách školákov. Obsah soli vo vzorke stráv v súbore detí všetkých sledovaných vekových kategórií viac násobne (2,5 až 4 a viac) prevyšoval jestvujúce denné odporúčania príjmu. „Ak vezmeme do úvahy aj udávané stravovacie návyky detí z dotazníkového prieskumu, kde významne s vekom stúpa percento detí ktoré udávali, že si zakaždým jedlo dosávajú – a to z 1,8 % sledovaného súboru detí predškolského veku cez 2,8 % detí mladšieho školského veku, 9,72 % detí staršieho školského veku po 17,05 % detí dospelujúceho veku, je možné príjem soli do detského a dospelujúceho organizmu považovať za alarmujúci,“ konštatujú autori štúdie.

Jedálne v škôlkach a školách spoluformujú stravovacie návyky väčšiny populácie v detskom a dospelujúcom veku, pričom na rozdiel od väčšiny iných krajín sa v mimoriadne vysokej miere riadia receptúrami Ministerstva zdravotníctva SR. Žiaľ, tie sa oproti minulým

desaťročiam zatiaľ zmenili len málo. Z nich zostavené jedálne lístky tak odporúčaným výživovým dávkam a optimálnej skladbe stravy zjavne nezodpovedajú. Veľký potenciál prispieť k potrebnej zmene stravovacích návykov a zlepšeniu verejného zdravia cez mladú generáciu tak zostáva nevyužitý.⁵⁴

Pohľad na ročnú spotrebu vybraných druhov potravín na obyvateľa SR dáva jednu z pravdepodobných odpovedí na to, prečo na Slovensku do mnohých rodín prichádzajú civilizačné choroby i smrť predčasne.

Napríklad celková spotreba mäsa v SR vrátane rýb predstavuje cca 58 kg na osobu, čo neprevyšuje odporúčaný príjem a v rámci EÚ predstavuje dokonca podpriemer. Horšie je to so skladbou spotreby mäsa. Až 53%-ný podiel tvorí najmenej zdravé bravčové. Spolu s hydinou tvoria až 82 % spotreby mäsa. Naopak podiel hovädzieho mäsa sa za ostatné dve desaťročia stenčil o dve tretiny na 7,5 %, divina tvorí 1,4 %. Najvhodnejšie telacie, jahňacie či kráľčie v spotrebe takmer nefigurujú (spolu desiatiny percenta)⁵⁵. Podiel odborníkmi odporúčaných rýb tvorí sotva 9 percent. Skromných 5 kilogramov rýb na osobu ročne je sotva polovica v porovnaní s Českom, Rakúskom či Poľskom, necelá štvrtina v porovnaní s priemerom EÚ. Francúzi skonzumujú 6-krát viac, Španieli a Nóri až 8-krát viac rýb na osobu ako Slováci.⁵⁶

Tradičné vysvetlenie je – cena. Hydina a bravčové mäso sú najlacnejšie, a tak sa najľahšie zmestia do rozpočtu domácnosti i závodnej či školskej jedálne. Pozrime sa teda aj na strukoviny, ktoré sú popri mäse ďalším významným zdrojom bielkovín. Lacnejším, takže jeho spotreba by mala podobne ako v prípade hydiny výrazne stúpať. Aká je realita? Podľa údajov Štatistického úradu SR spotreba strukovín na Slovensku nerastie, naopak pozvoľne klesá. V ostatných rokoch sa pohybuje na úrovni okolo 1,5 kilogramu na osobu za rok (fazule, šošovice, hrachu i ďalších strukovín spolu). To sú 4 gramy na osobu a deň, alebo 120 gramov (= 1 strukovinové jedlo) za mesiac!

Aj kuchynskej soli sa na Slovensku spotrebúje niekoľkonásobne viac ako strukovín – od 6 do 7 kilogramov na osobu ročne. Ak budeme predpokladať, že 80 % z nej sa skonzumuje, znamená to 13 – 15 gramov na osobu a deň, čo je bezmála trojnásobok odporúčanej dennej dávky pre dospelých (5 gramov). Nadpríjem soli je jedným z hlavných rizikových faktorov kardiovaskulárnych chorôb.

52) http://www.uvzsr.sk/docs/info/hv/OVD_pre_SR.pdf

53) Úrad verejného zdravotníctva SR, Monitoring stravovacích zvyklostí a výživových preferencií vybranej populácie detí SR a hodnotenie expozície vybraných rizík spojených s konzumáciou jedál, 2009 – 2013; http://www.ruvzsr.sk/monitoring_stravovacich_zvyklosti_a_vyivovych_pre.html

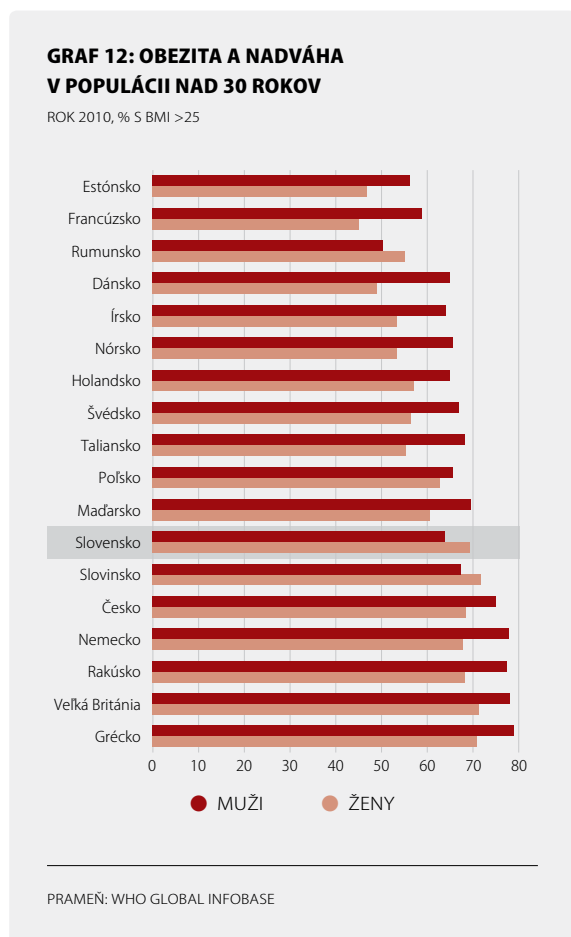
54) Aj vo vekovej skupine 15 – 24 ročných uviedla dennú konzumáciu zeleniny iba polovica respondentov EHS

55) Štatistický úrad SR, databáza SLOVSTAT

56) Ešte nižšiu spotrebu rýb ako Slovensko vykazujú v EÚ iba Maďarsko, Bulharsko a Rumunsko, teda krajiny s najnižšou strednou dĺžkou života v celej Európskej únii.

Podľa štúdie vedcov z University of Harvard, University of Washington a londýnskej Imperial College, zverejnenej v decembri 2013, sa celosvetovo najvyšší príjem soli vyskytuje v oblastiach ležiacich pozdĺž starej Hodvábnej cesty – z východnej Ázie, cez strednú Áziu do východnej Európy a na Blízky východ. Pretože väčšina z týchto populácií zároveň vyniká vysokou mierou kardiovaskulárnych ochorení i úmrtí, programy zamerané na zníženie spotreby soli majú podľa vedcov veľký potenciál zlepšiť zdravie populácií.⁵⁷

Zníženie príjmu soli (resp. sodíka) sa stalo vysokou prioritou globálnych politík cielených na oblasť neprenosných chorôb. Ich efektívnemu nastaveniu vo väčšine krajín bráni nedostatok informácií o príjme soli podľa veku a pohlavia.



Nadspotreba soli a celkovo neoptimálne stravovacie stereotypy v kombinácii s nedostatkom fyzickej aktivity (popísaným nižšie) si vyberajú svoju daň. Nielen viditeľnú

57) <http://www.cam.ac.uk/research/news/first-estimates-of-country-specific-global-salt-intake-identified>

vo forme obezity a nadváhy, ktorú má na Slovensku podľa odhadov WHO 64 % mužov a až 69 % žien vo veku nad 30 rokov⁵⁸, ale aj skrytú vo forme potichu sa rozvíjajúcich chronických, nezriedka až fatálnych ochorení. Podstatná časť populácie potom platí predčasne zhoršenou kvalitou života (hypertenzia, ateroskleróza, získaný diabetes, ochorenia kĺbov, nádorové a iné ochorenia orgánov tráviacej sústavy) a dlhodobou odkázanosťou na farmakoterapiu. Tá umožňuje ochorenie aspoň kontrolovať, keďže na vyliečenie je spravidla neskoro, prípadne je nereálne pre neochotu pacientov včas korigovať návyky, ktoré ich zdravie poškodzujú.

Osveta a poradenstvo pri zmene stravovacích stereotypov na Slovensku nefunguje. Väčšinou totiž začína aj končí niekoľkými vetami o tom, čo treba obmedziť (nezriedka z úst lekára s nadváhou, ktorý sám nie je najlepším vzorom). Keďže zmena výživy môže zachraňovať tisíce životov a šetriť milióny eur, táto oblasť priam volá po aktívnejšom prístupe zdravotných poisťovní, ale i regionálnych úradov verejného zdravotníctva, a tiež škôl zabezpečujúcich vzdelávanie lekárov a zdravotných sestier.

Celoživotné stereotypy v stravovaní sa nemenia ľahko. No lepšia dostupnosť informácií o zdravších alternatívach nevhodných potravín, a tiež možností vidieť a ochutnať ako sa dajú pripraviť, by k zmene pomohla viacerým. V lepšom prípade skôr, než príde budiček vo forme prvého infarktu, cievnnej mozgovej príhody, či karcinómu hrubého čreva alebo konečníka⁵⁹.

NEDOSTATOK AKTÍVNEHO POHYBU

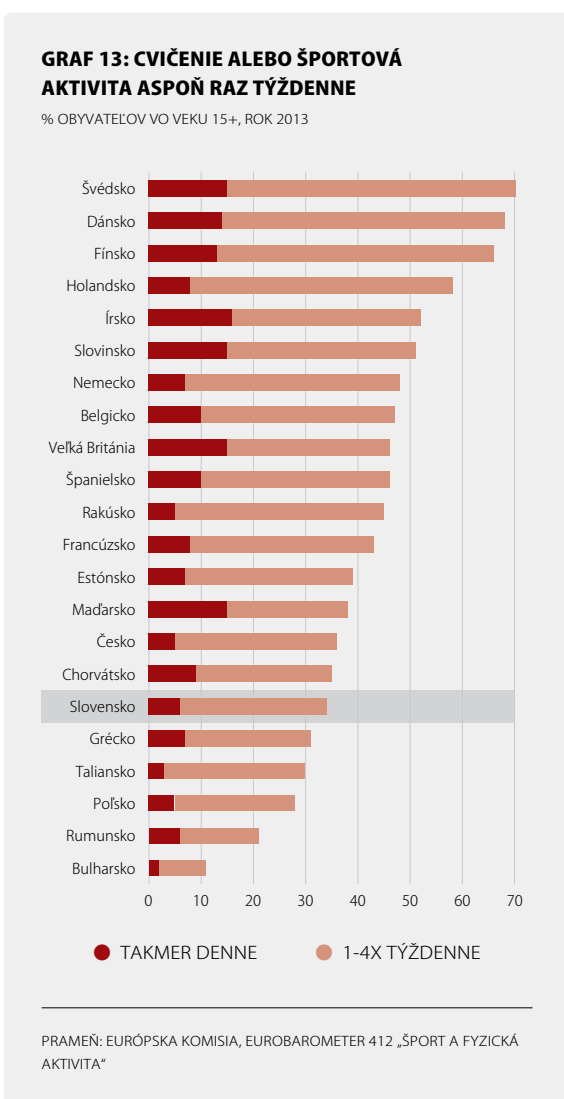
Na Slovensku prevažujúce stravovacie návyky sú obzvlášť rizikové v kombinácii s pasivitou, teda nedostatkom pravidelného aktívneho pohybu. Podľa prieskumu Eurobarometer zameraného na šport a fyzickú aktivitu⁶⁰

58) Výskyt nadváhy a obezity v mužskej populácii je zhruba na úrovni priemeru, v ženskej populácii nad 30 rokov je nadpriemerný (v porovnaní s vyše 50 štátmi európskeho regiónu, do ktorého WHO radí aj všetky štáty bývalého Sovietskeho zväzu; <https://apps.who.int/infobase/Comparisons.aspx>)
Podľa údajov z Európskeho zisťovania o zdraví z roku 2008 malo z celej dospeléj populácie (18+) nadváhu alebo obezitu 59 % mužov a iba 43 % žien (vo vekových skupinách od 18 do 44 rokov patria hodnoty u žien k najnižším spomedzi 19 porovnávaných krajín, naopak od 45 a najmä od 65 rokov patrila už k najvyšším);
http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics

59) Počty nových prípadov rakoviny hrubého čreva a konečníka ako aj pankreasu na 100 000 obyvateľov za rok 2012 radia Slovensko na 1. miesto v Európe a 2. vo svete (v prepočte na vekovo-standarizovanú populáciu) <http://eco.iarc.fr/EUCAN/Cancer.aspx?Cancer=10>
<http://www.wcrf.org/int/cancer-facts-figures/data-specific-cancers/colorectal-cancer-statistics>

60) Európska komisia, Special Eurobarometer 412: Sport and physical activity (2014); http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_412_en.pdf

z obyvateľov vo veku 15 a viac rokov nikdy necvičí ani nešportuje 41 % obyvateľov SR a iba príležitostne (menej ako raz týždenne) ďalších 25 %. Žiadne alebo len zriedkavé cvičenie alebo športovú aktivitu tak priznáva spolu až 66 % obyvateľov SR. V Poľsku je to až 70 %, v Česku 64 %, v Maďarsku 62 %, v Rakúsku 55 %. V Škandinávii je podiel obyvateľov, ktorí pravidelne necvičia ani nešportujú, v porovnaní so SR sotva polovičný (a naopak v grafe ilustrovaný podiel pravidelne športujúcich je v severovýchodných štátoch až dvojnásobný).



Pohľad na efektívnosť pohybových aktivít (nielen športových) ponúkajú výsledky skríningu EHES, ktorého národná štúdia bola realizovaná na prelome rokov 2011 a 2012 v rámci Národného programu prevencie ochorení srdca a ciev. Okrem iného ukázala, že z bežných dvetisíc zapojených respondentov malo efektívnu pohybovú aktivitu – opakujúcu sa aspoň 3x do týždňa, strednej alebo ťažkej

intenzity, so zadýchaním, zrýchlením pulzu, rozhybaním svalov celého tela a následnou únavou – len 25 % žien a 37 % mužov.⁶¹

Pohľad na ľudí vo vyššom aktívnom veku priniesol prieskum Inštitútu pre verejné otázky z roku 2012 k problematike aktívneho starnutia. Vo vekovej skupine 45 – 64 rokov, ktorá už je priamo ohrozená civilizačnými chorobami i predčasnou mortalitou, sa športu alebo aktívnemu pohybu venuje denne iba desatina žien a len o málo väčší podiel mužov. Ďalšia štvrtina žien a tretina mužov uvádza frekvenciu 1- až 2-krát týždenne alebo mesačne. Až dve tretiny žien a polovica mužov priznáva, že aktívny pohyb vykonáva ešte zriedkavejšie alebo nikdy.⁶² Mierne lepšie hodnoty vykazuje vysokoškolsky vzdelaná populácia, naopak ešte horšie sú v populácii so základným vzdelaním, prípadne stredoškolským bez maturity.

Fyzická nečinnosť pritom výrazne zvyšuje riziko získania ochorenia srdca či rakoviny, ako aj predčasného úmrtia, a to nielen v prípade ľudí s obezitou. Preukázala to aj štúdia vedená výskumníkmi z University of Cambridge.⁶³ Na meranie väzby medzi nedostatkom telesnej aktivity a predčasnou smrťou, a tiež interakcie s obezitou, analyzovali dáta za 334-tisíc mužov a žien z celej Európy, ktorí sa zúčastňujú na štúdiu EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition). V rokoch 1992 až 2000 im merali výšku, váhu a obvod pásu, údaje dopĺňali odhadom úrovne fyzickej aktivity. Účastníci potom boli sledovaní po dobu 12 rokov, počas ktorých zomrelo vyše 21-tisíc účastníkov. Výsledky štúdie boli zverejnené v januári 2015 v časopise American Journal of Clinical Exercise.

Vedci zistili, že najväčší rozdiel v riziku predčasného úmrtia je medzi neaktívnou a mierne aktívnou skupinou. Predpokladajú, že už 20 minút svižnej chôdze každý deň môže znížiť riziko predčasnej smrti o 16 – 30 % (najväčší prínos bol u jedincov s normálnou hmotnosťou). Z najnovších údajov o úmrtí v Európe vedci odhadujú, že kým 3,7 % všetkých úmrtí z radov európskych mužov a žien možno pripísať obezite (BMI >30), dvojnásobne väčší podiel

61) Správa o zdravotnom stave obyvateľstva SR za roky 2009 – 2011, str. 64; http://www.uvzsr.sk/docs/info/podpora/Sprava_o_zdravotnom_stave_obyvateľstva_SR_za_roky_2009_2011.pdf

62) Prieskum Inštitútu pre verejné otázky k problematike aktívneho starnutia, 2012; <http://www.ivo.sk/7241/sk/publikacie/stvirty-rozmer-tretieho-veku-desat-kapitol-o-aktivnom-starnuti>

63) University of Cambridge, Medical Research Council Epidemiology Unit, 2015: Activity and all-cause mortality across levels of overall and abdominal adiposity in European men and women: the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition Study (EPIC); <http://www.cam.ac.uk/research/news/lack-of-exercise-responsible-for-twice-as-many-deaths-as-obesity>

(vyše 7,3 % úmrtí) môže byť pripísaný fyzickej nečinnosti. Preukázané prínosy fyzickej aktivity pre zdravie by z nej mali robiť dôležitú súčasť každodenného života.

Vedci konštatujú, že sa treba naďalej usilovať o zníženie výskytu obezity, ale intervencie v oblasti verejného zdravia, ktoré povzbudia ľudí urobiť malé ale dosiahnuteľné zmeny telesnej aktivity, môžu mať významný prínos a zároveň byť udržateľné.

Naopak, na Slovensku zatiaľ prevažujúce rizikové správanie je vhodnou živnou pôdou pre rozvoj nielen kardiovaskulárnych ochorení, ale aj diabetes, osteoporózy, bolestí chrbta, degeneratívnych poškodení kĺbov (artrózy), či niektorých druhov rakoviny.

CHÝBAJÚCA MOTIVÁCIA K ZODPOVEDNOSTI

V neposlednom rade chýbajú ekonomické motivácie, čo je hlavne dôsledkom nesprávne chápanej solidarity v systéme verejného zdravotného poistenia. Na základe aktuálnej legislatívy povinné odvody do zdravotných poisťovní ani v minimálnej miere nezohľadňujú, či sa poistenec pre zdravie rizikovým faktorom vyhýba alebo svoje zdravie dlhodobo poškodzuje. Rizikovosť správania stále nehrá žiadnu rolu ani na strane výdavkov poisťovní. A nielen tam, kde ide o nákladnejšie, život zachraňujúce zákroky, kde je zníženie úhrad pacientom s rizikovým životným štýlom ťažko uplatniteľné a spoločensky prakticky nepriechodné. Priestor na odmenenie zodpovedného či penalizáciu rizikového správania sa nevyužíva ani tam, kde ide o dlhodobú terapiu iba zmierňujúcu následky rizikového správania a progresívne nastavená spoluúčasť by mohla aspoň časť pacientov primäť k potrebnej zmene postoja.

Napríklad lieky na vysoký cholesterol či vysoký krvný tlak sú z verejného zdravotného poistenia hradené každému rovnako, bez ohľadu na to, či pacient spolupracuje alebo všetky odporúčania ignoruje a spolieha sa výlučne na medikamentóznú liečbu (alebo skôr tlmenie nežiaducich následkov rizikového správania). Ak by pacientom hrozilo zo strany zdravotnej poisťovne vymáhanie refundácie nákladov na hospitalizáciu potom, čo nespocoval v liečbe (neupustenie od škodlivých návykov, prenášanie zodpovednosti za vlastné zdravie na tabletky), pre mnoho ľudí by to znamenalo efektívnejšiu hrozbu než sú ich zdravotné komplikácie a potreba hospitalizácie.

Zdroje vynakladané na stabilizáciu chorôb zapríčinených – a nezriedka ďalej zhoršovaných nevhodným stravovaním, fajčením či alkoholom – zákonite chýbajú inde. Napríklad na systematickejšiu prevenciu, včasný a pri vybraných diagnózach plošný (pozyvaci) skrining niektorých nádorových ochorení, monitoring liečby či nákladnejšiu terapiu pre iných pacientov. Napríklad takých,

ktorých choroba nie je fatálna, ale obmedzujúca. Napríklad bez včasnej výmeny bedrového či kolenného kĺbu alebo inej potrebnej liečby zbytočne prichádzajú o mnoho rokov kvalitného života.

NEEFEKTÍVNOSŤ A ZLE NASTAVENÉ MOTIVÁCIE V ZDRAVOTNÍCTVE

Predčasnú chorobnosť, zhoršenú kvalitu života i úmrtnosť samozrejme nemalou mierou ovplyvňuje aj úroveň zdravotnej starostlivosti. Pod ňu sa negatívne podpisuje prežívajúce financovanie poskytovateľov na báze kvantity, teda počtu pacientov, výkonov či hospitalizácií.

Slabý dôraz na kvalitu a efektívnosť zdravotnej starostlivosti (meranie a zverejňovanie indikátorov) umožňuje úspešne prežívať, ba i prosperovať aj tým, ktorí neodvádzajú kvalitnú prácu, hoci títo výsledky pacientov i celého zdravotníctva nezlepšujú, ale skôr zhoršujú. Zle nastavené motivácie poskytovateľov a čiastočne aj poisťovní nezriedka vedú k nadmernému predpisovaniu a užívaniu liekov ako aj k nakupovaniu prístrojov a využívaniu diagnostických či liečebných postupov nielen na základe objektívnej potreby a uplatňovania dobrej praxe.

Zo systému tak neefektívne odtekajú zdroje, ktoré chýbajú na zabezpečenie objektívnych potrieb či riadne dofinancovanie podhodnotených výkonov. Jedným z dôsledkov je potom často horšia ekonomická situácia tých lekárov či zariadení, ktorí sa koncentrujú na poskytovanie primeranej a kvalitnej starostlivosti.

To, že existuje veľký priestor na zvyšovanie efektívnosti zdravotníctva v SR, dobre vidieť napríklad pri porovnaní so susednou Českou republikou, ktorá dosahuje v rámci EÚ nadpriemernú efektívnosť⁶⁴. Toto tvrdenie zároveň potvrdzujú aj práce INEKO a Transparency International Slovensko⁶⁵, ktoré identifikovali veľký zdroj neefektívnosti v oblasti obstarávania v zdravotníctve. Dokumentuje to veľmi nízka miera súťaživosti v tendroch, výrazne nižšia aj v porovnaní s Českom⁶⁶. Ďalším znakom neefektívnosti je aj nadspotreba liekov.

64) INEKO, 2014, Širší pohľad na efektívnosť slovenského zdravotníctva, http://www.i-health.sk/analyzy/1412_sirsi-pohlad-na-efektivnost-slovenskeho-zdravotnictva

65) INEKO a Transparency International Slovensko, 2014, Vo veľkých nemocničných tendroch sa súťaží málo Analýza verejného obstarávania slovenských nemocníc v rokoch 2012-2014, <http://www.transparency.sk/wp-content/uploads/2014/12/Analiza-tendrov-nemocnic-2014.pdf>

66) INEKO, 2013, Ako sa súťaží v nemocničných tendroch v SR a ČR – porovnanie, http://www.i-health.sk/analyzy/1359_ako-sa-sutazi-v-nemocnicnych-tendroch-v-sr-a-cr-porovnanie

Zdravotníctvo je oproti iným sektorom výnimočne vysokou informačnou nerovnosťou, keď poskytovatelia majú často oveľa lepšie informácie o kvalite a objeme poskytovanej starostlivosti ako tí, čo za ňu platia, teda pacienti a poisťovne. Rizikom tak je, že za poskytnuté tovary a služby platia neprimerane veľa, resp. že dochádza k nadmernej spotrebe zdravotníckej starostlivosti. Preto je nevyhnutné znižovať informačné nerovnosti a skvalitňovať tok informácií. Realitou na Slovensku je však stále nedostatok kvalitných informácií o produkte, t.j. predovšetkým o cene (nákladoch), objeme a kvalite poskytovanej starostlivosti. Bez kvalitných informácií nemôže fungovať ani súťaž, ktorá je dôležitým predpokladom zvyšovania efektívnosti:

- Ak poisťovne nepoznajú produkt, ktorý kupujú od poskytovateľov, nemôžu navzájom súťažiť v jeho parametroch (cena, kvalita, objem). Rovnako nemôžu finančne motivovať poskytovateľov k zvyšovaniu kvality a efektívnosti.
- Ak si poisťovne nevedia porovnať poisťovne ako aj poskytovateľov podľa nimi preferovaných parametrov, nevedia si medzi nimi vyberať a teda ani vytvárať tlak na ich zlepšovanie a tým pádom aj súťaž medzi nimi.

Napriek tomu, že na slovenskom trhu pôsobia popri verejnej aj dve súkromné zdravotné poisťovne a popri väčšine štátom vlastnených nemocníc aj súkromné nemocnice, je súťaž medzi nimi výrazne obmedzená a to najmä z týchto dôvodov:

- Malý počet poisťovní a vysoká koncentrácia na poisťovnom trhu. Dominantné postavenie Všeobecnej zdravotnej poisťovne zužuje priestor pre menšie poisťovne dohadovať výhodnejšie zmluvné podmienky. Priestor na súťaž zužuje aj vysoká koncentrácia na trhu najmä najväčších poskytovateľov – fakultných nemocníc. Oligopolistická štruktúra trhu poisťovní a regionálne monopoly najmä veľkých poskytovateľov zvyšuje riziko vyberania renty (t.j. rozdeľovanie existujúceho bohatstva bez tvorby pridanej hodnoty) a kolúzných (t.j. skrytých) dohôd napríklad o platbách poskytovateľom.
- Prevládajúce štátne vlastníctvo na poisťovnom trhu aj trhu poskytovateľov. Dôsledkom je chýbajúce know-how aj kultúra súkromných investorov, ktorí majú skúsenosti napríklad z fungujúcej súťaže na zahraničných trhoch. Štát je okrem toho v konflikte záujmov, keď vlastní najväčšiu poisťovňu aj

najväčších poskytovateľov (je tiež regulátorom), čo bráni efektívnemu riadeniu a v minulosti to už viedlo k uprednostňovaniu štátnych nemocníc pri platbách.

- Nemožnosť poisťovní odlišiť sa vo výške poisťných platieb.
- Široko a nejasne definovaný základný balík zdravotnej starostlivosti. Štát presne nevy vymedzuje tovary a služby preplácané z verejných zdrojov, nedostatočná je aj regulácia časovej dostupnosti (napr. čakacích radov alebo maximálnej doby dopravy pacienta do daného zdravotníckeho zariadenia). Dôsledkom je nedostatočná možnosť poisťovní odlišiť sa v štruktúre poskytovaných benefitov, neistá pozícia pacientov i poskytovateľov pri vymáhaní zákonných nárokov.
- Chýbajúce diagnostické a liečebné štandardy. Dôsledkom je zvýšené riziko neodôvodnene rozdielneho postupu rôznych lekárov pri rovnakej diagnóze, ako aj rozšírenie tzv. defenzívnej medicíny, t.j. poskytovania nadmernej (aj nepotrebnnej) starostlivosti s cieľom vyhnúť sa prípadným problémom pri komplikáciách a neskorších sťažnostiach pacientov.
- Silný dôraz regulácie na vstupy (napr. požiadavky na minimálnu sieť poskytovateľov, ich materiálne a personálne vybavenie) a nízky dôraz na výstupy (napr. časová dostupnosť, kvalita a objem poskytnutej starostlivosti, atď.).
- Časté a nekonzistentné regulačné zásahy štátu. Príkladom je umožnenie tvorby a slobodného použitia zisku zdravotných poisťovní reformou v roku 2004, následne zákaz vyplácať zisk akcionárom prijatý v roku 2007 a zrušenie tohto zákazu v roku 2011 podmienené dodržiavaním čakacích lehôt pri vybraných diagnózach.

V dôsledku chýbajúcich informácií o kvalite, efektívnosti a objeme nakupovanej starostlivosti ako aj v dôsledku obmedzenej súťaže poisťovne nie sú dostatočne motivované resp. schopné efektívne ovplyvňovať sieť poskytovateľov a zvyšovať ich kvalitu. Z rovnakých dôvodov poskytovatelia nie sú dostatočne motivovaní ponúkať pacientom čo najväčšiu hodnotu za peniaze, t.j. v tomto prípade čo najkvalitnejšiu starostlivosť za peniaze získané z verejného zdravotného poistenia.

KAPITOLA 3

PROGNÓZA DEFICITU V ZDRAVOTNÍCTVE A MOŽNOSTI JEHO KRYTIA

Relatívne zlý zdravotný stav obyvateľstva na Slovensku ako aj neefektívnosti vnútri zdravotníckeho systému majú priamy vplyv na výšku nákladov na zdravotnú starostlivosť a tým aj na problémy s finančnou stabilitou zdravotníctva. Navyše, tento stav bude v budúcnosti výrazne zhoršovať starnutie obyvateľstva.

Vážnosť situácie opisuje Rada pre rozpočtovú zodpovednosť (RRZ) vo svojej Správe o dlhodobej udržateľnosti verejných financií⁶⁷ takto: „Po reforme dôchodkových systémov patrí zdravotníctvo a dlhodobá starostlivosť medzi najvýznamnejšie oblasti verejných výdavkov, ktoré sú ovplyvňované demografickými zmenami. V horizonte päťdesiatich rokov sa očakáva v prípade zdravotníctva najväčší absolútny nárast (výdavkov za rok) o 1,5 % HDP, kým v prípade dlhodobej starostlivosti nárast výdavkov o 0,4 % HDP predstavuje najväčšiu relatívnu zmenu (+133 %)“.

V tejto kapitole sa preto pozrieme na dlhodobé prognózy bilancie zdravotníctva a na možnosti riešenia hrozby prudko rastúceho deficitu.

MOŽNOSTI MODELOVANIA

Na modelovanie budúcich príjmov zdravotných poisťovní je možné použiť dva rôzne základné prístupy. Prvým z nich je mikroprístup, pri ktorom sa (zjednodušene) možno k celkovej sume výberu zdravotných odvodov za 1 rok dopočítať na základe údajov:

- o počte ekonomicky aktívnych ľudí v jednotlivých (napr. vekových) kohortách,
- o stave ich zamestnanosti resp. nezamestnanosti (podiel ľudí v každej z kohort),
- o distribúcii príjmov pre jednotlivé formy práce (pracovná zmluva, SZČ a pod.) podľa veku.

Pre prvý prístup však nie sú k dispozícii verejne dostupné údaje, ktoré by umožnili s dostatočnou presnosťou takto príjmy predikovať – chýbajú najmä údaje o distribúcii príjmov. Ostáva druhý prístup, ktorého základom je využitie aktuálnych údajov o výbere zdravotných odvodov (vybratý

67) <http://www.rozpocetovarada.sk/svk/rozpocet/237/sprava-o-dlhodobej-udrzatelnosti-verejnych-financii-april-2014>

objem v roku 2014⁶⁸ a efektívnosť výberu za rok 2013^{69,70}). Na ich základe ďalej možno predikovať vývoj výberu odvodov v budúcnosti, pričom výsledná predikcia závisí od demografických projekcií⁷¹, odráža očakávané zmeny v makroekonomických veličinách⁷² (prognóza vývoja HDP, miezd či nezamestnanosti) a je tiež funkciou vybraných vstupných parametrov ako napr. nastavenia sadzieb odvodov do zdravotných poisťovní, či predpokladanej efektívnosti výberu odvodov v budúcnosti (tieto parametre možno stanoviť arbitrárne).

Zostavenie prognózy o príjmoch pre oblasť zdravotníctva v horizonte najbližších približne 50 rokov⁷³ umožňuje ich porovnanie s predikciou výdavkov na toto obdobie od RRZ. Vďaka tomu máme k dispozícii informáciu o predpokladaných deficitoch, ktoré systém bude v budúcnosti vytvárať. Je dôležité vedieť najmä to, čo nás čaká, ak by sme nenechali žiadnu politiku (napr. parametre systému).

K dispozícii sú pritom viaceré výdavkové scenáre pre zdravotníctvo. RRZ zostavuje štyri základné scenáre. Prvý je založený na metodike nákladových profilov – tento prístup je najviac využívaný⁷⁴, keďže má relatívne najnižšie nároky na vstupné údaje. RRZ však pripravila aj ambicióznejšie predikcie, a to na základe vlastného mikrosimulačného modelu, ktorý využíva individuálne údaje za všetkých poistencov v SR. Tento prístup je pružnejší a umožňuje získanie presnejších predpovedí. RRZ v rámci tohto prístupu zostavuje okrem základného scenára aj optimistický a rizikový scenár, ktoré určujú hornú a dolnú hranicu toho, kde by sa výdavky v budúcnosti pravdepodobne mali nachádzať.

KAPITOLA 3.1

METODIKA

Makroekonomické prognózy RRZ sú po roku 2020 z väčšej časti dostupné iba za vybrané roky (napr. pre roky 2030, 2040, 2050 a 2060). V takomto prípade sme údaje za jednotlivé roky vnútri desaťročných intervalov získali interpoláciou najbližších dostupných údajov.

Rada pre rozpočtovú zodpovednosť zdefinovala celkové výdavky v zdravotníctve pomocou funkčnej klasifikácie COFOG, kde jedna z desiatich tried výdavkov verejnej správy predstavuje práve výdavky do oblasti zdravotníctva. Celková výška výdavkov vo východiskovom roku je približne na úrovni výdavkov predpokladaných v projekciách pracovnej skupiny AWG⁷⁵. Výhodou použitia klasifikácie COFOG je možnosť štruktúrovania týchto výdavkov podľa ekonomickej rozpočtovej klasifikácie pre potreby strednodobej časti základného scenára ako aj vyčlenenie položiek vstupujúcich do dlhodobého modelu. Odhadované výdavky verejnej správy v oblasti zdravotníctva dosiahli v rokoch 2013 a 2014 podľa RRZ úroveň 6,4 % HDP – z hľadiska štruktúry viac ako 80 % tvorili výdavky zdravotných poisťovní na financovanie zdravotnej starostlivosti – tieto výdavky priamo súvisia s potrebou pokrytia zvýšených nákladov z dôvodu demografických zmien v budúcnosti, a preto predstavujú vstup do dlhodobého modelu RRZ. Zvyšná časť verejných výdavkov (menej ako 20 %) súvisí podľa RRZ s výdavkami ostatných inštitúcií pôsobiacich v oblasti zdravotníctva (administratíva, podporné činnosti), preto sa tieto výdavky zostavili na základe pravidiel pre zostavenie základného scenára používaných aj pri ostatných výdavkoch nesúvisiacich s demografiou (táto časť výdavkov znižuje východiskovú hodnotu výdavkov vstupujúcich do dlhodobého modelu výdavkov na zdravotníctvo)⁷⁶.

Projekcia RRZ počíta s tromi scenármi založenými na mikro-simulácii: základným, optimistickým a rizikovým, ktoré sa líšia podľa toho, v akej miere budú výdavky v budúcnosti ťahané inými faktormi ako sú demografia

68) Ministerstvo financií SR, <http://www.finance.gov.sk/Default.aspx?CatID=10084>

69) Údaj za rok 2014 ešte nebol v čase prípravy analýzy k dispozícii. Pre zjednodušenie uvažujeme, že za rok 2014 je efektívnosť rovnaká ako v roku 2013 a že všetky poisťovne dosahujú rovnakú efektívnosť ako VszP. Jedná sa o úspešnosť výberu bežných odvodov voči predpisu poistného, teda bez zahrnutia výberu dlžného poistného z predchádzajúcich období.

70) Zdroje: Všeobecná zdravotná poisťovňa (VszP), https://www.vszp.sk/files/Vyr_spr_vs_2013_2.pdf a HPI, <http://www.hpi.sk/2014/12/odvodovy-bonus-v-kontexte-reformy-verejneho-zdravotneho-poistenia>

71) Európska komisia, http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/ee-2012-2_en.pdf

72) RRZ, <http://www.rozpoctovarada.sk/svk/rozpocet/237/sprava-o-dlhodobej-udrzatelnosti-verejnych-financi-april-2014>

73) Cieľom je zostaviť najdlhšiu možnú prognózu, obmedzením je dostupnosť dát (limitujúce sú demografické prognózy Európskej komisie, ktoré sú k dispozícii po rok 2060)

74) Na predikcie využíva tento prístup aj Európska komisia

75) Ageing working group (AWG) – pracovná skupina Európskej komisie zaoberajúca sa vplyvom starnutia obyvateľstva na verejné financie v dlhodobom horizonte

76) RRZ, Správa o dlhodobej udržateľnosti verejných financií, 2014, <http://www.rozpoctovarada.sk/svk/rozpocet/237/sprava-o-dlhodobej-udrzatelnosti-verejnych-financi-april-2014>

a bežný ekonomický rast. Skúsenosti z minulosti ukazujú, že výdavky na zdravotníctvo rástli rýchlejšie ako nominálne HDP, resp. príjmy obyvateľstva. Zdravotníctvo sa tak správa ako luxusný statok, pričom v konvergujúcich krajinách bude tento efekt pravdepodobne významnejší. Optimistický scenár predpokladá, že pri nezmenených ostatných parametroch je rast medziročných výdavkov na jednu osobu v rovnakom veku rovný rastu HDP. Základný scenár predpokladá elasticitu klesajúcu z približne 1,1 na 1 v roku 2060, rizikový scenár predpokladá elasticitu v roku 2013 na úrovni približne 1,3, pričom rovnako klesá k 1 v roku 2060⁷⁷. Napokon, RRZ zostavuje projekciu ešte aj na základe štvrtého scenára – ten je založený na metodike nákladových profilov. Jedná sa však o starší prístup, ktorý nedokáže tak dobre využiť dostupné údaje o poisťencoch od zdravotných poisťovní, preto sa mu nebudeme v tejto analýze zvlášť venovať (výsledky súvisiace s týmto prístupom však možno nájsť v priložených tabuľkách a grafe).

Budúce príjmy pre oblasť zdravotníctva modelujeme na základe dostupných údajov za rok 2014, podľa ktorých výber poisťného od pracujúcich predstavoval 3,7 % HDP a ostatné príjmy boli na úrovni 2,7 % HDP⁷⁸. Väčšinu z ostatných príjmov tvorí poisťné, ktoré platí štát za svojich poisťencov (deti, študenti, dôchodcovia a nezamestnaní pravidelne dochádzajúci na Úrad práce). Celkové príjmy predstavovali 6,4 % HDP – zdanlivo teda boli v rovnováhe s výdavkami. Problémom však je, že v skutočnosti nemocnice každý rok vytvárajú dlh, ktorý sa nepremieta do oficiálnych údajov o výdavkoch zdravotníctva (dôvodom je, že výdavky sa merajú na základe výkonov, ktoré nemocniciam preplácajú zdravotné poisťovne – štatistiky o výdavkoch teda odrážajú výdavky zdravotných poisťovní, a nie zdravotníckych zariadení). Nemocnice ale neohospodária vyrovnané a vytvárajú tak dlh, ktorý býva raz za niekoľko rokov splatený z verejných financií. Iba za rok 2014 vytvorili dlh⁷⁹ na úrovni 93,49 miliónov eur⁸⁰, čo predstavuje 0,13 % HDP (teda približne 2 % všetkých verejných výdavkov na zdravotníctvo). Keďže sa jedná o dodatočné zdroje z verejných financií, ktoré plynú do

oblasti zdravotníctva, je spravodlivé a správne ich zahrnúť nielen do súčasných štatistík, ale aj do výdavkových prognóz. Pre účely našej analýzy budeme predpokladať pre každý z rokov 2015 až 2060 dodatočné výdavky na rovnakej úrovni v porovnaní s HDP ako boli v roku 2014 (0,13 % HDP). Vďaka zahrnutiu týchto výdavkov model správne indikuje, že systém je mierne deficitný už aj v roku 2014.

Podstatným prvkom pri predikcii budúcich príjmov je identifikácia tej ich časti, ktorá závisí od demografie. Sem patria nielen získané odvody od pracujúcej populácie, ale aj odvody platené štátom za „svojich“ poisťencov. Vzhľadom na to, že štát platí za každého svojho poisťenca iba približne tretinu toho, čo odvádza zamestnanec s priemernou mzdou, je dôležité zahrnúť to, ako sa v budúcnosti bude meniť pomer medzi pracujúcimi a ostatnou populáciou. Okrem toho nezávisle modelujeme aj skupinu dobrovoľne nezamestnaných, ktorí sú samoplátcami zdravotných odvodov⁸¹. Príjmy za všetky tieto skupiny idú ďalej do zdravotníctva cez zdravotné poisťovne a platí, že tieto prostriedky tvoria viac ako 80 % z objemu verejných peňazí, ktoré sa spotrebujú v zdravotníctve v SR – práve táto časť príjmov bude v budúcnosti výrazne ovplyvňovaná demografiou. Zvyšná časť príjmov súvisí s výdavkami ostatných inštitúcií pôsobiacich v tejto oblasti, a to najmä s administratívou a podpornými činnosťami⁸² (rovnako ako RRZ ich považujeme za nezávislé od demografie).

V roku 2014 predstavoval výber zdravotného poisťného od pracujúcich 2,75 miliardy eur (3,7 % z HDP na úrovni 74,4 mld. eur v bežných cenách). Podieľalo sa na ňom celkovo 2,36 milióna zamestnancov, živnostníkov a dohodárov. Na jedného pracujúceho tak pripadalo zaplatených priemerne 1 166 eur za rok. Pri sadzbe odvodov na úrovni 14 %⁸³ z hrubej mzdy a efektívnosti výberu odvodov rovnej 96,6 % predstavuje teda priemerný vymeriavací základ 718 eur mesačne. Táto suma je nižšia ako priemerná mesačná hrubá mzda v hospodárstve za rok 2014 (približne 845 eur) najmä z troch dôvodov:

- časť populácie (napr. zdravotne ťažko postihnutí, poberatelia invalidného dôchodku) odvádza nižšiu sadzbu na úrovni 7 %,

77) RRZ, Správa o dlhodobej udržateľnosti verejných financií, 2014, <http://www.rozpocetvarada.sk/svk/rozpocet/237/sprava-o-dlhodobej-udrzatelnosti-verejnych-financii-april-2014>

78) Ministerstvo financií SR, Návrh rozpočtu verejnej správy na roky 2015 až 2017 (schválený NR SR) – príloha č. 5 (implicitné záväzky), <http://www.finance.gov.sk/Default.aspx?CatID=10084>

79) Dlh sa meria ako záväzky po lehote splatnosti, a to spoločne za zdravotnícke zariadenia (ZZ) v pôsobnosti MZ SR, ZZ v pôsobnosti MV SR a MO SR, ZZ delimitované na obce a VÚC a niektoré ďalšie (pre presnú definíciu a zoznam kategórií ZZ pozri http://www.rokovanie.sk/File.aspx/ViewDocumentHtml/Mater-Dokum-185112?prefixFile=m_)

80) Rokovanie vlády SR, http://www.rokovanie.sk/File.aspx/ViewDocumentHtml/Mater-Dokum-185112?prefixFile=m_

81) Predpokladáme, že dobrovoľne nezamestnaní platia odvody z minimálneho vymeriavacieho základu

82) RRZ, Správa o dlhodobej udržateľnosti verejných financií, 2014, <http://www.rozpocetvarada.sk/svk/rozpocet/237/sprava-o-dlhodobej-udrzatelnosti-verejnych-financii-april-2014>

83) Súčet sadzby zdravotného odvodu zamestnávateľa (10 %) a zamestnanca (4 %)

- živnostníci platia zväčša z minimálneho vymeriavacieho základu⁸⁴ a
- ľudia s veľmi vysokým príjmom neplatia odvody z celého príjmu (iba z maximálneho vymeriavacieho základu vo výške 5-násobku priemernej mzdy), pričom štatistickú priemernú mzdu v krajine zvyšuje celý ich príjem.

potrebné opatrenia na to, aby oblasť zdravotníctva netvorila v budúcnosti deficitu napriek nepriaznivému demografickému vývoju, ktorý Slovensko čaká v budúcnosti.

Príjmy od pracujúcich do budúcnosti modelujeme na základe prognózy o tom, koľko pracujúcich bude na Slovensku v najbližších päťdesiatich rokoch (tieto odhady závisia od demografie, predpokladov migrácie a od očakávaní o vývoji zamestnanosti). Priemerný vymeriavací základ každý rok valorizujeme podľa predpokladaného rastu miezd⁸⁵. V základnom scenári uvažujeme nezmenené politiky na príjmovej strane, teda ponechanie odvodových sadzieb na úrovni 14 % z hrubej mzdy a rovnakú efektívitu výberu odvodov počas celého sledovaného časového horizontu.

Pri skupine dobrovoľne nezamestnaných (približne 27 tisíc osôb v roku 2014) predpokladáme odvádzanie odvodov z minimálneho vymeriavacieho základu, teda v celkovej výške 676 eur za osobu a rok. Napokon, pri poistencoch štátu, ktorých je podľa návrhu rozpočtu verejnej správy 3,117 milióna (predpoklad pre roky 2014 až 2016), vychádza zaplatené poistné na úrovni 386 eur za rok (celkový rozpočtovaný objem prostriedkov predstavoval 1,204 mld. eur)⁸⁶. Keďže odvádzané odvody za obe tieto skupiny sú naviazané na priemernú mzdu v hospodárstve, takisto do ďalších rokov očakávané odvedené sumy zvyšujeme o predpokladaný rast miezd v každom roku.

A úplne na záver, ostatné príjmy, ktoré nesúvisia s demografiou, zvyšujeme medziročne o prognózovaný rast HDP. Tento predpoklad preberáme od ministerstva financií, ktoré predpokladá, že ostatné príjmy budú na tej istej úrovni v porovnaní s HDP počas celého sledovaného horizontu.

Sčítaním všetkých uvedených príjmov získame predikciu príjmov, ktorú následne môžeme porovnávať s predpokladaným vývojom výdavkov. V časti týkajúcej sa výsledkov porovnáme rôzne scenáre a identifikujeme

84) Až 90 % živnostníkov platí odvody z minimálneho vymeriavacieho základu, ktorý napr. v roku 2014 bol na úrovni 402,5 eura za mesiac; zdroj: <http://www.etrend.sk/podnikanie/a-mame-to-tu-opat-treba-platit-vyssie-socialne-a-zdravotne-odvody.html>

85) Projekciu rastu HDP a miezd preberáme zo Správy o dlhodobej udržateľnosti verejných financií od RRZ, pričom autorom dlhodobej časti prognóz (údaje za roky 2018 až 2060) je AWG; zdroj: <http://www.rozpocetvarada.sk/svk/rozpocet/237/sprava-o-dlhodobej-udrzatelnosti-verejnych-financii-april-2014>

86) Ministerstvo financií SR, <http://www.finance.gov.sk/Default.aspx?CatID=9509>

KAPITOLA 3.2

VÝVOJ DEFICITU PRI NEZMENENÝCH POLITIKÁCH

Základný scenár predikcie výdavkov od RRZ navýšený o reálne zadlžovanie nemocníc⁸⁷ predpokladá verejné výdavky na zdravotníctvo za rok 2014 na úrovni 6,49 % HDP a ich postupný nárast až na úroveň 7,89 % HDP v roku 2060. Celkový nárast výdavkov medzi rokmi 2014 a 2060 pri základnom scenári teda dosahuje 1,40 % HDP⁸⁸. RRZ zostavuje okrem základného scenára aj optimistický a rizikový scenár vývoja výdavkov v slovenskom zdravotníctve – tieto scenáre vychádzajú z rovnakého štartovacieho bodu ako základný scenár (všetky scenáre uvažujú rovnakú úroveň výdavkov v roku 2014). Po ich navýšení o reálne zadlžovanie nemocníc dostávame nasledovné prognózy výdavkov pre rok 2060 – optimistický scenár predpokladá „iba“ 7,59 % HDP a rizikový, naopak, až na 8,53 % HDP.

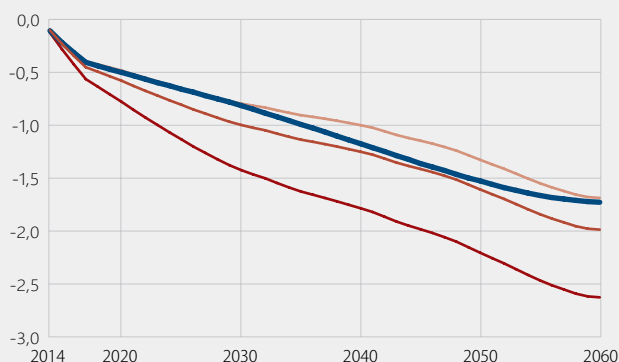
Zároveň však možno očakávať do budúcnosti aj znižovanie príjmov, kvôli čomu sa bude obojstranne zväčšovať rozdiel medzi výdavkami a príjmami (deficit bude výrazne rásť). Ústredným dôvodom poklesu príjmov je najmä demografia, keď sa najmä po roku 2030 výrazne začne zvyšovať pomer medzi počtom ľudí v poproduktívnom veku voči populácii v produktívnom veku. V skorších rokoch zohráva efekt tiež makroekonomická prognóza, podľa ktorej má rast miezd v rokoch 2014 až 2017 výrazne zaostávať za rastom HDP (priemerne o 1,2 percentuálneho bodu v každom roku počas tohto štvorročného obdobia)⁸⁹. Keďže príjmy zdravotníctva sú z podstatnej časti naviazané na rast miezd (cez odvody), budú sa príjmy zdravotníctva vyjadrené v pomere k HDP postupne znižovať (vzhľadom na rýchlejšie rastúce HDP).

Tento efekt bude v malej miere pokračovať až do roku 2025, zaostávanie miezd za rastom HDP sa však bude pohybovať už iba na úrovni okolo 0,1 percentuálneho bodu HDP za rok. Naopak, v rokoch 2026 až 2060 sa situácia podľa prognóz AWG otočí a reálne mzdy budú rásť rýchlejšie ako HDP v stálych cenách (rozdiel sa bude postupne zvyšovať až na úroveň 0,5 percentuálneho bodu HDP v roku 2060). Vyšší rast miezd teda bude mať od roku 2026 mierne priaznivý efekt, ale i tak preváži vplyv demografie, ktorá spôsobí, že príjmy zdravotníctva v pomere k HDP budú v dlhodobom horizonte predsa len klesať (z dôvodu klesajúceho podielu ľudí v produktívnom veku, ktorí odvádzajú najviac odvodov).

Vo výsledku očakávame (pri nezmenených politikách), že súčasné príjmy vo výške 6,40 % HDP (2014) najprv relatívne rýchlo poklesnú na úroveň 6,19 % HDP v roku 2017 (dôvodom je vyššie spomínaný výrazný rozdiel medzi rastom HDP a rastom miezd). Príjmy následne

GRAF 14: DEFICIT V OBLASTI ZDRAVOTNÍCTVA V ROKOCH 2014 AŽ 2060

% HDP, RÔZNE SCENÁRE



- METODIKA NÁKLADOVÝCH PROFILOV
- MIKRO-SIMULÁCIA, OPTIMISTICKÝ SCENÁR
- MIKRO-SIMULÁCIA, ZÁKLADNÝ SCENÁR
- MIKRO-SIMULÁCIA, PESIMISTICKÝ SCENÁR

PRAMEŇ: VLASTNÝ PREPOČET NA ZÁKLADE ÚDAJOV EURÓPSKEJ KOMISIE, MINISTERSTVA FINANCIÍ SR A RADY PRE ROZPOČTOVÚ ZODPOVEDNOSŤ

zotrývajú na tejto, resp. takmer úplne rovnakej úrovni v pomere k HDP až do roku 2031. Od roku 2032 až do roku 2060 by mal nasledovať postupný pomalý pokles príjmov o približne 0,01 % HDP za rok, a to na úroveň 5,89 % HDP v roku 2060.

Pri základnom príjmovom a výdavkovom scenári teda dosiahne deficit systému v roku 2060 úroveň presne dvoch percent HDP. Pri pesimistickom scenári by to bolo až

87) Predpokladáme priebežné zadlžovanie nemocníc na úrovni 0,13 % HDP ročne, viď sekcia „Metodika“

88) Zdroj: vlastný prepočet a RRZ (Správa o dlhodobej udržateľnosti verejných financií), <http://www.rozpocetovaras.sk/svk/rozpocet/237/sprava-o-dlhodobej-udrzatelnosti-verejnych-financi-2014>

89) Ide o porovnanie reálneho rastu HDP s reálnym rastom miezd (pri porovnaní nominálnych rastov by rozdiel vyšiel o trochu väčší)

2,64 % HDP, pri optimistickom 1,70 % HDP. Celú prognózu príjmov, výdavkov a deficitu v systéme (pri rôznych scenároch) možno nájsť v tabuľke 1. Vizualizáciu deficitov prikladáme v grafe (podľa všetkých scenárov).

Príjmy generované doterajším spôsobom tak v roku 2060 nepokryjú 22 % až 31 % z verejných výdavkov na zdravotníctvo, čo sú napríklad celé výdavky na lôžkovú starostlivosť (prípadne celá ambulantná a diagnostická starostlivosť). Preto bude nutné dopĺňať zdroje v rastúcej miere dodatočnými príjmami.

Ďalším aspektom, na ktorý nemožno zabudnúť, je, že slovenské zdravotníctvo navyše pociťuje aj dlhodobý nedostatok investícií – inak povedané pre veľkú časť budov a vybavenia platí, že sú nedostatočne obnovované (chátrajú). Táto investičná medzera bola odhadnutá v rámci štúdie uskutočniteľnosti, ktorá súvisí s vybudovaním „PPP“ univerzitnej nemocnice v Bratislave⁹⁰, nasledovne: „Pri výpočtoch na makroúrovni sa v porovnaní s Českou republikou odhaduje „investičná medzera“ na úrovni 137 mil. eur ročne a v porovnaní s Rakúskom až na 441 mil. eur ročne“. Túto medzeru v rámci našich prognóz nezohľadňujeme, preto výsledné prognózy považujeme za konzervatívne.

KAPITOLA 3.3

MOŽNOSTI KRYTIA DEFICITU

Možností, ako sa vysporiadať s očakávaným deficitom, je viacero. Okrem zvyšovania zdravotných odvodov je možné znížiť výdavky v zdravotníctve, zefektívniť celý systém, zvyšovať dane, prípadne zaviesť spoluúčasť pacientov pri liekoch alebo zdravotníckych výkonoch.

VARIANT 1 – RAST ODVODOVÝCH SADZIEB

Ak by sme chceli problém vyriešiť iba postupným zvyšovaním zdravotných odvodov⁹¹ (tak, aby systém netvoril deficit⁹²), bolo by potrebné v priebehu nasledujúcich dvadsiatich rokov zvyšovať sadzbu zdravotných odvodov nasledovne: zo 14 % na 15 % ešte v roku 2015, na 16 % v roku 2017, na 17 % v roku 2020 a na 18 % v roku 2025. Situácia by sa však (najmä vzhľadom na demografiu) aj ďalej zhoršovala – ďalšie zvyšovanie sadzby o jeden percentuálny bod by muselo nasledovať v rokoch 2032, 2039, 2045, 2050, 2053 a 2058 (na finálnych 24 %)⁹³.

Pre lepšiu predstavu pripájame úvahu o tom, ako by takéto zvýšenie sadzby zdravotných odvodov zasiahlo zamestnanca s priemernou mzdou žijúceho v súčasnosti (v roku 2015). Ak by sme plné zvýšenie sadzby (z 14 % na 24 %) premietli na modelového zamestnanca s priemernou mzdou na úrovni 874 eur⁹⁴, výsledkom by bola nižšia čistá mzda zamestnanca o 21 eur mesačne (pokles z 673 na 652 eur) – to predstavuje ročný pokles čistého príjmu o 254 eur. Zároveň by náklady stúpili aj zamestnávateľovi, a to mesačne za každého takéhoto zamestnanca o 61 eur (cena práce za mesiac by sa zvýšila z 1 181 na 1 242 eur). Tento príklad vychádza z predpokladu, že by sa zachoval súčasný

91) Zvyšovaním odvodov myslíme zvyšovanie odvodovej sadzby pre pracujúcich (vrátane tých, ktorí platia polovičnú sadzbu); naopak, predpokladáme, že sadzba pre poistencov štátu ostane v budúcnosti na rovnakej úrovni, ako bola platná v roku 2014

92) V jednotlivých rokoch je prípustná tvorba malých deficitov či prebytkov, predpoklad však je, že sa dlhodobo budú kompenzovať, a teda v roku 2060 bude kumulatívny dlh zdravotníctva rovný alebo veľmi blízky nule

93) Predpokladáme, že zvýšenie sadzby o každý percentuálny bod spôsobí zhoršenie úspešnosti výberu odvodov o 0,5 percentuálneho bodu (zjednodušená aplikácia Lafferovej krivky)

94) Odhad priemernej hrubej mesačnej mzdy za rok 2015 na základe skutočnej priemernej mzdy v hospodárstve v roku 2013 (824 eur podľa ŠÚ SR) zvýšenej o predpokladaný rast miezd za roky 2014 a 2015 (podľa RRZ)

90) Štúdiu možno nájsť na adrese: <http://www.health.gov.sk/Zdroje/?Sources/dokumenty/mzsr/Zaverecna-sprava.pdf>

TAB. 1: POROVNANIE PRÍJMOV, VÝDAVKOV A DEFICITU V OBLASTI ZDRAVOTNÍCTVA V ROKOCH 2014 AŽ 2060

Položka (% HDP)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Príjmy zdravotníctva spolu	6,40 %	6,32 %	6,25 %	6,19 %	6,19 %	6,19 %	6,19 %	6,19 %
Výdavky zdr., metodika nákladových profilov	6,50 %	6,53 %	6,56 %	6,59 %	6,62 %	6,65 %	6,69 %	6,72 %
Výdavky zdr., mikro-simulácia, optimistický scenár	6,48 %	6,51 %	6,55 %	6,58 %	6,61 %	6,64 %	6,67 %	6,71 %
Výdavky zdr., mikro-simulácia, základný scenár	6,49 %	6,54 %	6,59 %	6,64 %	6,68 %	6,72 %	6,77 %	6,82 %
Výdavky zdr., mikro-simulácia, rizikový scenár	6,51 %	6,59 %	6,67 %	6,75 %	6,82 %	6,89 %	6,96 %	7,04 %
Prebytok/deficit zdr., metodika nákladových profilov	-0,10 %	-0,21 %	-0,31 %	-0,40 %	-0,43 %	-0,47 %	-0,50 %	-0,53 %
Prebytok/deficit zdr., mikro-simulácia, optimistický scenár	-0,08 %	-0,20 %	-0,30 %	-0,39 %	-0,42 %	-0,45 %	-0,48 %	-0,51 %
Prebytok/deficit zdr., mikro-simulácia, základný scenár	-0,09 %	-0,22 %	-0,34 %	-0,45 %	-0,49 %	-0,53 %	-0,58 %	-0,62 %
Prebytok/deficit zdr., mikro-simulácia, rizikový scenár	-0,11 %	-0,27 %	-0,42 %	-0,56 %	-0,63 %	-0,70 %	-0,77 %	-0,85 %
Položka (% HDP)	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Príjmy zdravotníctva spolu	6,19 %	6,19 %	6,19 %	6,20 %	6,20 %	6,20 %	6,20 %	6,20 %
Výdavky zdr., metodika nákladových profilov	6,75 %	6,79 %	6,82 %	6,85 %	6,88 %	6,92 %	6,95 %	6,98 %
Výdavky zdr., mikro-simulácia, optimistický scenár	6,74 %	6,77 %	6,81 %	6,84 %	6,88 %	6,91 %	6,94 %	6,97 %
Výdavky zdr., mikro-simulácia, základný scenár	6,86 %	6,91 %	6,96 %	7,00 %	7,05 %	7,09 %	7,13 %	7,17 %
Výdavky zdr., mikro-simulácia, rizikový scenár	7,12 %	7,19 %	7,26 %	7,33 %	7,40 %	7,46 %	7,52 %	7,58 %
Prebytok/deficit zdr., metodika nákladových profilov	-0,56 %	-0,59 %	-0,62 %	-0,66 %	-0,68 %	-0,72 %	-0,75 %	-0,78 %
Prebytok/deficit zdr., mikro-simulácia, optimistický scenár	-0,55 %	-0,58 %	-0,62 %	-0,65 %	-0,68 %	-0,71 %	-0,74 %	-0,77 %
Prebytok/deficit zdr., mikro-simulácia, základný scenár	-0,67 %	-0,72 %	-0,76 %	-0,80 %	-0,85 %	-0,89 %	-0,93 %	-0,97 %
Prebytok/deficit zdr., mikro-simulácia, rizikový scenár	-0,92 %	-0,99 %	-1,07 %	-1,13 %	-1,20 %	-1,26 %	-1,32 %	-1,38 %
Položka (% HDP)	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037
Príjmy zdravotníctva spolu	6,20 %	6,19 %	6,18 %	6,18 %	6,17 %	6,16 %	6,15 %	6,13 %
Výdavky zdr., metodika nákladových profilov	7,01 %	7,04 %	7,07 %	7,10 %	7,12 %	7,15 %	7,17 %	7,20 %
Výdavky zdr., mikro-simulácia, optimistický scenár	6,99 %	7,01 %	7,02 %	7,04 %	7,05 %	7,06 %	7,07 %	7,07 %
Výdavky zdr., mikro-simulácia, základný scenár	7,20 %	7,22 %	7,23 %	7,26 %	7,28 %	7,29 %	7,30 %	7,31 %
Výdavky zdr., mikro-simulácia, rizikový scenár	7,62 %	7,66 %	7,69 %	7,72 %	7,76 %	7,79 %	7,80 %	7,82 %
Prebytok/deficit zdr., metodika nákladových profilov	-0,81 %	-0,85 %	-0,89 %	-0,92 %	-0,96 %	-0,99 %	-1,03 %	-1,07 %
Prebytok/deficit zdr., mikro-simulácia, optimistický scenár	-0,79 %	-0,81 %	-0,83 %	-0,86 %	-0,88 %	-0,91 %	-0,92 %	-0,94 %
Prebytok/deficit zdr., mikro-simulácia, základný scenár	-1,00 %	-1,02 %	-1,05 %	-1,08 %	-1,11 %	-1,14 %	-1,16 %	-1,18 %
Prebytok/deficit zdr., mikro-simulácia, rizikový scenár	-1,42 %	-1,47 %	-1,50 %	-1,55 %	-1,59 %	-1,63 %	-1,66 %	-1,69 %
Položka (% HDP)	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045
Príjmy zdravotníctva spolu	6,12 %	6,11 %	6,10 %	6,08 %	6,07 %	6,06 %	6,04 %	6,03 %
Výdavky zdr., metodika nákladových profilov	7,23 %	7,25 %	7,28 %	7,30 %	7,32 %	7,35 %	7,37 %	7,40 %
Výdavky zdr., mikro-simulácia, optimistický scenár	7,08 %	7,09 %	7,10 %	7,11 %	7,13 %	7,15 %	7,17 %	7,18 %
Výdavky zdr., mikro-simulácia, základný scenár	7,32 %	7,34 %	7,35 %	7,37 %	7,39 %	7,42 %	7,43 %	7,45 %
Výdavky zdr., mikro-simulácia, rizikový scenár	7,84 %	7,86 %	7,89 %	7,91 %	7,94 %	7,97 %	8,00 %	8,02 %
Prebytok/deficit zdr., metodika nákladových profilov	-1,11 %	-1,14 %	-1,18 %	-1,22 %	-1,25 %	-1,29 %	-1,33 %	-1,37 %
Prebytok/deficit zdr., mikro-simulácia, optimistický scenár	-0,96 %	-0,98 %	-1,00 %	-1,03 %	-1,06 %	-1,10 %	-1,12 %	-1,15 %
Prebytok/deficit zdr., mikro-simulácia, základný scenár	-1,20 %	-1,23 %	-1,25 %	-1,28 %	-1,32 %	-1,36 %	-1,39 %	-1,42 %
Prebytok/deficit zdr., mikro-simulácia, rizikový scenár	-1,72 %	-1,76 %	-1,79 %	-1,82 %	-1,87 %	-1,92 %	-1,95 %	-1,99 %
Položka (% HDP)	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053
Príjmy zdravotníctva spolu	6,02 %	6,01 %	5,99 %	5,98 %	5,97 %	5,96 %	5,95 %	5,94 %
Výdavky zdr., metodika nákladových profilov	7,42 %	7,44 %	7,47 %	7,49 %	7,50 %	7,53 %	7,55 %	7,56 %
Výdavky zdr., mikro-simulácia, optimistický scenár	7,20 %	7,22 %	7,24 %	7,27 %	7,30 %	7,33 %	7,37 %	7,40 %
Výdavky zdr., mikro-simulácia, základný scenár	7,47 %	7,49 %	7,51 %	7,55 %	7,58 %	7,62 %	7,65 %	7,69 %
Výdavky zdr., mikro-simulácia, rizikový scenár	8,04 %	8,07 %	8,10 %	8,14 %	8,18 %	8,22 %	8,26 %	8,31 %
Prebytok/deficit zdr., metodika nákladových profilov	-1,40 %	-1,44 %	-1,47 %	-1,51 %	-1,54 %	-1,57 %	-1,60 %	-1,63 %
Prebytok/deficit zdr., mikro-simulácia, optimistický scenár	-1,18 %	-1,21 %	-1,25 %	-1,29 %	-1,33 %	-1,38 %	-1,42 %	-1,47 %
Prebytok/deficit zdr., mikro-simulácia, základný scenár	-1,45 %	-1,48 %	-1,52 %	-1,57 %	-1,61 %	-1,66 %	-1,70 %	-1,75 %
Prebytok/deficit zdr., mikro-simulácia, rizikový scenár	-2,02 %	-2,06 %	-2,11 %	-2,16 %	-2,21 %	-2,26 %	-2,31 %	-2,37 %
Položka (% HDP)	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	
Príjmy zdravotníctva spolu	5,93 %	5,92 %	5,91 %	5,91 %	5,90 %	5,90 %	5,89 %	
Výdavky zdr., metodika nákladových profilov	7,58 %	7,59 %	7,61 %	7,61 %	7,62 %	7,63 %	7,63 %	
Výdavky zdr., mikro-simulácia, optimistický scenár	7,44 %	7,48 %	7,51 %	7,54 %	7,57 %	7,59 %	7,59 %	
Výdavky zdr., mikro-simulácia, základný scenár	7,73 %	7,77 %	7,81 %	7,84 %	7,87 %	7,89 %	7,89 %	
Výdavky zdr., mikro-simulácia, rizikový scenár	8,35 %	8,40 %	8,43 %	8,47 %	8,50 %	8,52 %	8,53 %	
Prebytok/deficit zdr., metodika nákladových profilov	-1,65 %	-1,67 %	-1,69 %	-1,71 %	-1,72 %	-1,73 %	-1,74 %	
Prebytok/deficit zdr., mikro-simulácia, optimistický scenár	-1,51 %	-1,56 %	-1,60 %	-1,63 %	-1,67 %	-1,69 %	-1,70 %	
Prebytok/deficit zdr., mikro-simulácia, základný scenár	-1,80 %	-1,85 %	-1,89 %	-1,93 %	-1,97 %	-1,99 %	-2,00 %	
Prebytok/deficit zdr., mikro-simulácia, rizikový scenár	-2,42 %	-2,48 %	-2,52 %	-2,56 %	-2,60 %	-2,63 %	-2,64 %	

PRAMEŇ: VLASTNÝ PREPOČET NA ZÁKLADE ÚDAJOV EURÓPSKEJ KOMISIE, MINISTERSTVA FINANCIÍ SR A RADY PRE ROZPOČTOVÚ ZODPOVEDNOSŤ

pomer rozdelenia zdravotného odvodu medzi zamestnanca a zamestnávateľa – teda, že súčasný pomer 4 ku 10 by stúpil na 7 ku 17⁹⁵. Ak by sme však uvážili hraničný príklad, pri ktorom by celú dodatočnú záťaž znášali zamestnanci (pomer rozdelenia odvodov by sa zmenil z 4 ku 10 na 14 ku 10 – teda náklady zamestnávateľov by nestúpili, aby to neohrozilo zamestnanosť), výpadok v čistom príjme zamestnanca by dosiahol až 70 eur mesačne (849 eur za rok). Čistá mzda by v tomto prípade by klesla o vyše 10 % na 603 eur. Zdôrazňujeme, že oba príklady sú hypotetické, keďže v súčasnosti ešte nie je potrebné mať sadzbu na úrovni 24 %. Slúžia na ilustráciu toho, aký dopad na ľudí by malo prípadné výrazné zvýšenie sadzby zdravotných odvodov (potrebné v roku 2060), len s rozdielom, že tento dopad pre lepšiu názornosť ilustrujeme na zamestnancovi s priemernou mzdou žijúcom v súčasnosti (v roku 2015).

V rámci tohto variantu sme vzali do úvahy predpoklad, že rastúca sadzba odvodov povedie k zhoršenému výberu odvodov, avšak ešte stále abstrahujeme od skutočnosti, že každé zvýšenie zaťaženia práce dodatočnými daňami či odvodmi má v nejakej miere ako následok navyše aj spomalenie ekonomickej aktivity v krajine. Mieru tohto spomalenia neodhadujeme, možno však predpokladať, že pri zvýšení sadzby zdravotných odvodov zo 14 % na 24 % by bol tento vplyv podstatný. V konečnom dôsledku by teda ani sadzba na úrovni 24 % nemusela byť postačujúca, keďže báza, z ktorej sa odvody počítajú, by napokon bola v skutočnosti nižšia. V tejto súvislosti dodávame, že autori analýzy považujú takýto variant riešenia deficitu v zdravotníctve za veľmi nepravdepodobný – radikálne zvyšovanie odvodových sadzieb nepovažujeme za účinné, a teda ani reálne. Preto uvádzame tento variant skôr ako ilustráciu, pričom cieľom je upozorniť na vážnosť situácie, ak sa deficit v zdravotníctve nezačne komplexne a včas riešiť.

VARIANT 2.1 – SPOLUÚČASŤ (BEZ ZOHľadNENIA POZITívNEHO DYNAMICKÉHO EFEKTU) + ZVYŠOVANIE EFEKTIVITY VÝBERU ZDRAVOTNÝCH ODVODOV + NESKORŠÍ RAST ODVODOV

Ako kompromisné riešenie sa ponúka postupné zavádzanie a zvyšovanie spoluúčasti pacientov v zdravotníctve spolu s dôrazom na postupné zvyšovanie efektivity výberu

odvodov⁹⁶, a to v kombinácii s následným miernejším zvyšovaním sadzieb odvodov (počnúc rokom 2024). V tomto variante zatiaľ nezahŕňame predpoklad, že zavedenie spoluúčasti bude mať pozitívny vplyv vďaka poklesu spotreby v zdravotníctve – ten pridávame až v nasledujúcom variante.

Ak by bola už od roku 2015 zavedená spoluúčasť pacientov na výdavky na zdravotnú starostlivosť v ambulantnej a ústavnej sfére a na tzv. spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SValZ) s ochrannými stropmi^{97,98}, a ak by sa podarilo zvýšiť efektívnosť výberu odvodov (napr. v roku 2015 na 97,4 %), postačilo by nasledovné zvyšovanie spoluúčasti s následným zvyšovaním sadzieb odvodov: po zavedení spoluúčasti od roku 2015 vo vyššie uvedených oblastiach vo výške 5 % by bolo potrebné jej zvyšovanie počas nasledujúcich 4 rokov o ďalších 5 percentuálnych bodov v každom roku – teda jej zvýšenie na 10 % od roku 2016, 15 % od roku 2017, 20 % od roku 2018 a napokon 25 % od roku 2019 (zatiaľ neuvažujeme s možnosťou vyššej spoluúčasti). V takomto prípade by bolo neskôr potrebné následné zvyšovanie sadzby zdravotných odvodov: zo 14 % na 15 % v roku 2024, 16 % v roku 2032, 17 % v roku 2042, 18 % v roku 2049, 19 % v roku 2053 a 20 % v roku 2059.

V tejto súvislosti dodávame, že dopad zavedenia spoluúčasti na domácnosti by mal byť zmiernený nielen súčasným zavedením ochranných stropov, ale aj tým, že samotné zavedenie spoluúčasti pravdepodobne povedie k vytesneniu resp. obmedzeniu neformálnych platieb v zdravotníctve.

95) Uvedené číselné hodnoty predstavujú sadzby v percentách, pričom prvá z dvojice hodnôt sa týka zamestnanca a druhá zamestnávateľa (základom pre výpočet odvodov je hrubá mzda)

96) K úrovni 99 %, za predpokladu, že každý rok by sa podarilo efektívnosť zvýšiť o tretinu rozdielu medzi 99 % a doterajšou efektívnosťou výberu (za predchádzajúci rok)

97) Súčasťou opatrenia je zavedenie ochranných stropov pre chudobných a pre finančne náročné výkony - predpoklad INEKO pre zjednodušenie je, že ak by bola zavedená spoluúčasť napr. na úrovni 5 % (spolu so zavedením ochranných stropov vo vhodnej výške), dosiahol by sa pokles verejných výdavkov na zdravotníctvo (konkrétne na ambulantnú a ústavnú starostlivosť a na SValZ) o 65 % zo spoluúčasti, teda v uvedenom prípade o 3,25 % (pri 10 % spoluúčasti predpokladáme pokles výdavkov o 60 % z 10 %, teda celkovo o 6 %; pri 15 % spoluúčasti o 55 % z 15 % = 8,25 %; pri 20 % spoluúčasti o 50 % z 20 % = 10 %; a pri 25 % spoluúčasti tiež o 50 % ale z 25 % = 12,50 %); poznámka: možno predpokladať, že ekonomický prínos spoluúčasti bude redukovaný stropmi inak pri ambulantnej sfére, inak pri ústavnej starostlivosti a inak pri SValZ, pre zjednodušenie však predpokladáme rovnakú redukciu prínosu vo všetkých oblastiach

98) Podobné opatrenie, ktoré bolo zdrojom inšpirácie, možno nájsť tu: INEKO, Databáza konsolidačných opatrení, <http://konsolidacia.ineko.sk/opatrenie/?o=144>

VARIANT 2.2 – SPOLUÚČASŤ (S POZITÍVNYM DYNAMICKÝM EFEKTOM) + OBMEDZENIE NADSPOTREBY LIEKOV + ZVYŠOVANIE EFEKTIVITY VÝBERU ZDRAVOTNÝCH ODVODOV + MINIMÁLNY RAST ODVODOV

Predchádzajúci variant „2.1“ však považujeme za prehnane konzervatívny, keďže možno predpokladať, že v skutočnosti by zavedenie spoluúčasti pre pacientov malo mať výrazne pozitívny efekt na zvyšovanie efektívnosti slovenského zdravotníctva (nevyžadovanie/neakceptovanie nadbytočných liekov či výkonov, ekonomický tlak na obmedzenie rizikového správania pacientov, čiastočné zníženie chorobnosti na preventabilné ochorenia a pod.).

Ak by sme predpokladali, že zavedenie spoluúčasti vo vzťahu k zdravotnej starostlivosti v ambulantnej a ústavnej sfére a k SValZ na úrovni 5 % by dokázalo implikovať pokles spotreby (výdavkov) v daných oblastiach o 5 % a pri spoluúčasti na úrovni 25 % až o 10 %⁹⁹ a zároveň by pomohlo obmedziť nadspotrebu liekov¹⁰⁰, postačilo by po zavedení spoluúčasti vo výške 5 % od roku 2015 jej zvýšenie na 10 % až od roku 2024, 15 % od roku 2029, 20 % od roku 2033 a 25 % od roku 2039. Až potom by bol potrebný nárast odvodovej sadzby zo 14 % na 15 % v roku 2046 a konečných 16 % v roku 2053.

Priemerný dopad na jednotlivcov možno odhadovať z priemerných úhrad zdravotných poisťovní za poistencov v rôznych vekových skupinách (sú uvedené v podkapitole 4.3.). Zavedenie maximálnej uvažovanej, teda 25 %-nej spoluúčasti by zvýšilo výdavky jednotlivcov od roku 2039 v priemere o 17 % z úhrad zdravotných poisťovní, keďže tie zahŕňajú aj úhrady za lieky a zdravotné pomôcky, pri ktorých pacienti spoluúčast už platia. Výdavky zamestnancov by tak pri najvyššej uvažovanej spoluúčasti stúpili v priemere o cca 50 eur ročne v nižšom a 120 – 170 eur vo vyššom aktívnom veku. Priemerný dopad na výdavky dôchodcov by takýmto prepočtom vyšiel na 200 – 300 eur ročne, práve v tejto skupine by však boli skutočné dopady výrazne redukované ochrannými stropmi. Uvedené údaje sú len orientačné, skutočné dopady môžu byť podľa využívania zdravotnej starostlivosti vyššie alebo naopak blízke nule.

Najvýznamnejšie by boli dopady na pacientov s potrebou hospitalizácie. Na ilustráciu môžeme uviesť, že 20-percentná spoluúčast by pri cenách dvoch najväčších zdravotných poisťovní za hospitalizáciu na rok 2015 znamenala napríklad: 176 – 376 eur za pôrod (platby poisťovní sa líšia, vyššie sú v prípade univerzitných a fakultných nemocníc), 132 – 276 eur za hospitalizáciu a s ňou spojené vyšetrenia na pneumológii, 114 – 260 eur na oddelení vnútorného lekárstva, 200 – 476 eur na onkológii, 168 – 532 eur na ortopédii alebo 114 – 280 eur na urológii. Uvedené orientačné spoluúčasti by sa v prípade ekonomicky slabších jednotlivcov redukovali uplatnením ochranných stropov.

Predpokladáme, že ďalšie úspory by bolo možné dosiahnuť v mnohých iných oblastiach v zdravotníctve, napríklad lepším riadením nemocníc. Ťažko sa však kvantifikujú, preto s nimi nateraz nepracujeme. Len dodávame, že napr. v štúdií súvisiacej s výstavbou novej „PPP“ nemocnice v Bratislave autori predpokladajú, že v prípade nahradenia štyroch bratislavských nemocníc jednou novou možno dosiahnuť zvýšenie efektivity až o 25 %¹⁰¹ – v uvedenom prípade je predpokladom veľká investícia do výstavby novej nemocnice, čiže takéto zvýšenie efektivity by nebolo zadarmo.

Ak by sa ukázalo, že pozitívne dynamické efekty vyplývajúce zo zavedenia spoluúčasti by boli výraznejšie ako predpokladáme, bolo by možné využiť ich napr. na zníženie investičnej medzery spomenutej v predchádzajúcej časti tejto kapitoly.

VARIANT 3.1 – ZVÝŠENIE HORNEJ SADZBY DPH

Ďalšou možnosťou, ak by chcel štát získať dodatočné prostriedky a dotovať deficit zdravotníctva napr. vyššími platbami za poistencov štátu, je zvýšenie DPH. V takom prípade by bolo potrebné zvýšiť hornú sadzbu DPH¹⁰² do roku 2060 plošne až o 8,15 percentuálneho bodu¹⁰³, teda z 20 % na 28,15 %. Prepočet nezahŕňa negatívne dynamické efekty na rast ekonomiky.

99) Predpokladáme, že medzi uvedenými hodnotami by spotreba (v závislosti od spoluúčasti) klesala lineárne

100) Predpokladáme, že zavedenie spoluúčasti pacientov na výdavky na zdravotnú starostlivosť v ambulantnej a ústavnej sfére a na SValZ povedie aj k zníženiu spotreby liekov, resp. k obmedzeniu ich nadspotreby – konkrétne predpokladáme, že spotreba liekov na obyvateľa klesne prinajmenšom na úroveň spotreby v Českej republike, teda o 13,6 % – v roku 2012 sme totiž spotrebovali v prepočte na 1 obyvateľa lieky za 440 USD, zatiaľ čo v ČR dosiahla priemerná spotreba iba 380 USD (v cenách roku 2005 a v prepočte podľa parity kúpnej sily), zdroj: OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; pričom predpokladáme rovnomerné rozloženie úspory medzi poisťovne a pacientov a jej postupný nábeh, a to lineárne počas rokov 2016 až 2020

101) Štúdiu možno nájsť na adrese: <http://www.health.gov.sk/Zdroje/?Sources/dokumenty/mzsr/Zaverecna-sprava.pdf>

102) Horná sadzba DPH sa vzťahuje na všetky tovary a služby okrem kníh, liekov a medicínskych potrieb

103) Odhad vychádza z prepočtu IFP, v rámci ktorého bol odhadovaný efekt prípadného zvýšenia hornej sadzby DPH na príjmy verejných financií (uvažovali sa sadzby 21 resp. 22 % miesto súčasnej sadzby na úrovni 20 %). Prepočet IFP pritom predpokladal, že zvýšenie sadzby o každý ďalší percentuálny bod prinesie menší dodatočný prínos pre verejné financie (aplikácia Lafferovej krivky). Odhad o potrebnom zvýšení hornej sadzby DPH pre účely tejto analýzy sme dosiahli extrapolovaním odhadov IFP, a to s predpokladom, že výber bude naďalej klesať rovnakým tempom za každé ďalšie zvýšenie DPH o percentuálny bod ako v rámci intervalu 20 až 22 %; zdroj: INEKO, Databáza konsolidačných opatrení, <http://konsolidacia.ineko.sk/opatrenie/?o=147>

Všetky tovary a služby, ktorých by sa takéto zvýšenie DPH týkalo, by oproti súčasnému stavu zdraželi približne o 6,8 %. Ak by sme predpokladali, že takéto tovary a služby majú trojštvrťinový podiel na spotrebnom koši priemerného občana, náklady za celý súbor tovarov a služieb, ktorý takýto občan kupuje, by stúpili približne o 5 %. Kúpyschopnosť obyvateľov SR by tak plošne klesla práve o 5 %. Ak by zvýšenie DPH na vyše 28 % postihlo dnešných dôchodcov, s priemerným dôchodkom by si dôchodca mohol dovoliť kúpiť menej tovarov a služieb (o cca 20 eur mesačne, resp. 240 eur ročne) oproti stavu so súčasnou výškou DPH. Pri priemernom zamestnancovi by tento rozdiel predstavoval takmer 34 eur mesačne (404 eur ročne).

VARIANT 3.2 – ZVÝŠENIE VIACERÝCH DANÍ

Obdobnou alternatívou je zvýšenie viacerých daní súčasne – v tomto prípade by bolo potrebné (tiež postupne do roku 2060) zvýšiť sadzby daní nasledovne (vykonaných by muselo byť všetkých 5 bodov súčasne)¹⁰⁴:

- zrušiť dolnú sadzbu DPH na knihy, lieky a medicínske potreby,
- zjednotiť sadzbu DPH na všetky tovary a služby na úrovni 23 %¹⁰⁵,
- zvýšiť sadzbu dane z príjmu fyzických osôb z 19 % na 23 %¹⁰⁶,
- zvýšiť sadzbu dane z príjmu právnických osôb z 22 % na 23 %,
- zvýšiť sadzby daní z nehnuteľností na dvojnásobok.

Uvedené úpravy sadzieb by znamenali opätovný návrat k rovnej dani, avšak na úrovni 23 % (plus znásobenie daní z nehnuteľností).

Sanácia zdravotníctva z vyšších daní by bola na úkor udržateľnosti dôchodkov, keďže by vyčerpala hlavný (daňový) priestor na krytie rastúceho deficitu dôchodkového zabezpečenia.

VARIANT 4 – ZNÍŽENIE INÝCH VÝDAVKOV ŠTÁTU

Ďalšou možnosťou je krytie rastu výdavkov na zdravotníctvo na úkor iných výdavkov štátu. Výrazne uskromniť by sa musela väčšina rezortov, keďže nájsť potrebnú sumu v jedinej (hoci aj najväčšej) rozpočtovej kapitole je nereálne. Sanácia deficitu zdravotníctva by do roku 2060 postupne zhltila napríklad až polovicu výdavkov na vzdelávanie.

Najväčšou oblasťou verejných výdavkov je sociálne zabezpečenie. Zdravotníctvo bude priamo konkurovať rastúcej potrebe dotovania dôchodkov, ktorá sa taktiež výrazne prejaví v dlhodobom horizonte (rovnako v dôsledku zásadného zhoršovania pomeru ľudí v aktívnom veku k dôchodcom). Takáto cesta pokrývania deficitu zdravotníctva by pri základnom scenári znížila starobné dôchodky z prvého piliera v priemere viac ako o pätinu. Výpočet vychádza z predpokladu RRZ, podľa ktorého by verejné výdavky na penzie¹⁰⁷ mali v roku 2060 dosiahnuť úroveň 9,8 % HDP. Aby sme v plnej miere dokázali v roku 2060 financovať deficit v systéme zdravotníctva (2,00 % HDP), museli by dôchodky byť v tom čase plošne znížené až o 20,4 % – výdavky na penzie by tak nedosiahli 9,78 % ale 7,78 % HDP¹⁰⁸. Priebežná potreba plošného znížovania dôchodkov v prospech zdravotníctva je zachytená v tab. 2.

Na ilustráciu možno premietnuť dopad zníženia dôchodkov potrebného v roku 2060 (o 20,4 %) na priemerného dôchodcu žijúceho v súčasnosti. Priemerná výška vyplácaných starobných dôchodkov dosiahla ku koncu roka 2014 úroveň 400,18 eur. Ak by hypoteticky bolo plné zníženie dôchodkov (o 20,4 %) potrebné už v súčasnosti, výška priemerného dôchodku by bola o 81,6 eur nižšia, teda na úrovni iba 318,5 eur. Takúto časť dôchodku by bolo potrebné zobrať každému dôchodcovi, ak by už v súčasnosti zdravotníctvo tvorilo také deficity, aké mu prognózujeme na rok 2060.

VARIANT 5 – RAST VEREJNÉHO DLHU

Ďalšou alternatívou na porovnanie je úvaha, ako by deficit v zdravotníctve prispel k nárastu verejného dlhu za predpokladu, že celý deficit pôjde na ťarchu verejného dlhu (bez vykonávania iných opatrení). Pri základnom výdavkovom scenári by len samotné zdravotníctvo

104) Táto sada úprav bola inšpirovaná Databázou konsolidačných opatrení INEKO, avšak jednotlivé opatrenia bolo ešte potrebné extrapolovať na vyššie sadzby, aby bolo možné dosiahnuť potrebnú úsporu (efekt Lafferovej krivky bol zahrnutý); zdroj: INEKO, Databáza konsolidačných opatrení, <http://konsolidacia.ineko.sk/opatrenia/>

105) Sadzba DPH na knihy, lieky a medicínske potreby by sa tak zvýšila z 10 % na 23 % a pre ostatné tovary a služby z 20 % na 23 %

106) Pre zjednodušenie systému súčasne predpokladáme aj zánik tzv. miliónárskej sadzby dane (sadzba 25 %)

107) Bez systému výsluhového zabezpečenia jednotlivých silových rezortov

108) Je potrebné upozorniť, že dôchodkový systém tiež vytvára a aj v budúcnosti (podobne ako zdravotníctvo) bude vytvárať deficity – systém teda bude potrebné ďalej upravovať, keďže nie je udržateľný. Plošným znížením dôchodkov z prvého piliera o 21,4 % znížime výdavky dôchodkového systému o 2,1 % HDP (v prospech zdravotníctva), avšak nevyriešime ním deficity v samotnom dôchodkovom systéme (viď projekcie RRZ).

TAB. 2: PRIEBEŽNÁ POTREBA PLOŠNÉHO ZNIŽOVANIA DÔCHODKOV NA KRYTIE DEFICITU ZDRAVOTNÍCTVA V ROKOCH 2014 AŽ 2060

PRI ZÁKLADNOM MIKRO-SIMULAČNOM SCENÁRI

Zníženie dôchodkov oproti predpokladanému nároku z 1. piliera (%)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
hodnota	1,10 %	2,65 %	4,05 %	5,37 %	5,89 %	6,46 %	7,03 %	7,66 %
Zníženie dôchodkov oproti predpokladanému nároku z 1. piliera (%)	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
hodnota	8,34 %	8,97 %	9,60 %	10,15 %	10,75 %	11,26 %	11,76 %	12,29 %
Zníženie dôchodkov oproti predpokladanému nároku z 1. piliera (%)	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037
hodnota	12,74 %	13,09 %	13,34 %	13,70 %	14,02 %	14,26 %	14,46 %	14,71 %
Zníženie dôchodkov oproti predpokladanému nároku z 1. piliera (%)	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045
hodnota	14,88 %	15,06 %	15,23 %	15,43 %	15,73 %	16,01 %	16,28 %	16,59 %
Zníženie dôchodkov oproti predpokladanému nároku z 1. piliera (%)	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053
hodnota	16,83 %	17,07 %	17,34 %	17,70 %	18,03 %	18,31 %	18,68 %	19,17 %
Zníženie dôchodkov oproti predpokladanému nároku z 1. piliera (%)	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	
hodnota	19,52 %	19,80 %	20,01 %	20,20 %	20,41 %	20,49 %	20,43 %	

POZNÁMKA: JEDNÁ SA O POTREBU PRIEBEŽNÉHO ZNIŽOVANIA DÔCHODKOV – TEDA KAŽDÝ ROK BY BOLO POTREBNÉ UPRAVOVAŤ VÝŠKU DÔCHODKOV PODĽA UVEDENÝCH HODNÔT. AK CHCEME DEFICIT V ZDRAVOTNÍCTVE FINANČOVAŤ PLOŠNÝM ZNIŽOVANÍM DÔCHODKOV, NAPR. UŽ V ROKU 2015 BY BOLO POTREBNÉ VYPLÁČAŤ O 2,65 % NIŽŠIE DÔCHODKY OPROTI BEŽNÝM NÁROKOM, V ROKU 2016 UŽ O 4,05 % NIŽŠIE (OPROTÍ PÔVODNE KALKULOVANEJ VÝŠKE DÔCHODKOV V ROKU 2016), ATĎ. UVEDENÉ HODNOTY TEDA VŽDY VYPOVEDAJÚ O TOM, O KOĽKO NIŽŠIE DÔCHODKY BY BOLO POTREBNÉ V DANOM ROKU VYPLÁČAŤ OPROTI NÁROKOM, KTORÉ SÚ PRE DANÝ ROK PREDPOKLADANÉ PRI NEZMENENÝCH POLITIKÁCH.

PRAMEŇ: VLASTNÝ PREPOČET NA ZÁKLADE ÚDAJOV EURÓPSKEJ KOMISIE, MINISTERSTVA FINANCIÍ SR A RADY PRE ROZPOČTOVÚ ZODPOVEDNOSŤ

naakumulovalo do roku 2060 dlh v objeme takmer 73 % HDP (suma deficitov za roky 2014 až 2060 predstavuje viac ako 55 % HDP roku 2060, zvyšných 18 % HDP by bol príspevok súvisiacich úrokov za celé obdobie do roku 2060). Spolu to zodpovedá celému rozpočtu zdravotníctva na 10 rokov.

Na ilustráciu: za rok 2060 by HDP Slovenska mal dosiahnuť približne 439 miliárd eur (pri populácii 5,103 milióna obyvateľov). Ak by pri týchto predpokladoch zdravotníctvo naakumulovalo do roku 2060 dlh v objeme 73 % HDP, znamenalo by to takmer 63 tisíc eur verejného dlhu v cenách roku 2060 „na pleciah“ každého občana (a to iba za oblasť zdravotníctva). Poznámka: pri súčasnom HDP a počte obyvateľov (v roku 2015) predstavuje 73 % HDP po prepočítaní na jedného obyvateľa 10,34 tisíce eur.

Postupnú kumuláciu dlhu vytvoreného zdravotníctvom, a to pre všetky výdavkové scenáre, si možno prezrieť v tabuľke 3.

VARIANT 6 – HORŠIA DOSTUPNOSŤ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Poslednou alternatívou je prispôsobenie verejných výdavkov v zdravotníctve dostupným príjmom. Pri takejto alternatíve by nevznikal deficit, no výrazne by museli klesnúť výdavky plynúce do zdravotníctva, čo by sa prejavilo zhoršením dostupnosti a/alebo kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Konkrétne, napr. do roku 2060 by museli verejné výdavky byť nižšie o viac ako štvrtinu oproti základnému scenáru (tak, aby pri príjmoch

na úrovni 5,89 % HDP nedosiahli výdavky až 7,89 % HDP, ale len 5,89 % HDP). Pri takto výraznom znížení výdavkov možno predpokladať podstatné zhoršenie výsledkov slovenského zdravotníctva a navyše možno predpokladať aj ďalší neželaný efekt v podobe rastu korupcie v zdravotníctve (napr. s cieľom dostať sa na vyššie priečky v čakacích poradníkoch na príslušnú liečbu, atď.).

ZÁVER

Najpravdepodobnejším východiskom sa zdá skombinovanie viacerých z vyššie uvedených opatrení – napr. zavedenia spoluúčasti a nadväzného zníženia spotreby, a to v spojení s miernym zvýšením sadzieb odvodov a s úsilím zvýšiť efektívnosť ich výberu (viď variant 2.2), či zvýšením niektorých daní (viď variant 3). Ďalšou alternatívou je kombinácia týchto opatrení s obmedzením niektorých ďalších výdavkov štátu (ktoré neboli predmetom tejto analýzy).

Popri analyzovaných variantoch vidíme významný priestor na zníženie deficitu aj vo zvýšení efektívnosti zdravotníckeho systému (s dôrazom na meranie a zverejňovanie kvality a efektívnosti poisťovní aj poskytovateľov), v osвете zameranej na lepšiu životosprávu a prevenciu ako aj v cieleňom monitoringu zdravotného stavu a dodržiavania hygienických štandardov najmä v rizikových komunitách.

TAB. 3: KUMULÁCIA DLHU VYTVORENÉHO ZDRAVOTNÍCTVOM V ROKOCH 2014 AŽ 2060

Položka (% HDP)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Kumulatívny dlh, metodika nákladových profilov	0,10 %	0,30 %	0,60 %	0,99 %	1,42 %	1,88 %	2,38 %	2,91 %
Kumulatívny dlh, mikro-simulácia, optimistický scenár	0,08 %	0,28 %	0,57 %	0,95 %	1,36 %	1,80 %	2,28 %	2,80 %
Kumulatívny dlh, mikro-simulácia, základný scenár	0,09 %	0,31 %	0,64 %	1,08 %	1,56 %	2,09 %	2,66 %	3,29 %
Kumulatívny dlh, mikro-simulácia, rizikový scenár	0,11 %	0,38 %	0,79 %	1,34 %	1,95 %	2,65 %	3,43 %	4,28 %
Položka (% HDP)	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Kumulatívny dlh, metodika nákladových profilov	3,48 %	4,08 %	4,72 %	5,41 %	6,13 %	6,89 %	7,70 %	8,56 %
Kumulatívny dlh, mikro-simulácia, optimistický scenár	3,36 %	3,95 %	4,58 %	5,25 %	5,97 %	6,73 %	7,53 %	8,37 %
Kumulatívny dlh, mikro-simulácia, základný scenár	3,97 %	4,70 %	5,48 %	6,32 %	7,21 %	8,15 %	9,15 %	10,21 %
Kumulatívny dlh, mikro-simulácia, rizikový scenár	5,22 %	6,23 %	7,32 %	8,50 %	9,75 %	11,09 %	12,51 %	14,01 %
Položka (% HDP)	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037
Kumulatívny dlh, metodika nákladových profilov	9,47 %	10,42 %	11,43 %	12,48 %	13,59 %	14,75 %	15,96 %	17,23 %
Kumulatívny dlh, mikro-simulácia, optimistický scenár	9,26 %	10,18 %	11,12 %	12,11 %	13,14 %	14,21 %	15,31 %	16,45 %
Kumulatívny dlh, mikro-simulácia, základný scenár	11,32 %	12,47 %	13,66 %	14,90 %	16,19 %	17,53 %	18,91 %	20,33 %
Kumulatívny dlh, mikro-simulácia, rizikový scenár	15,59 %	17,23 %	18,93 %	20,70 %	22,54 %	24,44 %	26,41 %	28,44 %
Položka (% HDP)	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045
Kumulatívny dlh, metodika nákladových profilov	18,57 %	19,96 %	21,41 %	22,92 %	24,50 %	26,15 %	27,86 %	29,65 %
Kumulatívny dlh, mikro-simulácia, optimistický scenár	17,62 %	18,84 %	20,10 %	21,40 %	22,77 %	24,19 %	25,67 %	27,21 %
Kumulatívny dlh, mikro-simulácia, základný scenár	21,80 %	23,32 %	24,89 %	26,52 %	28,21 %	29,98 %	31,81 %	33,70 %
Kumulatívny dlh, mikro-simulácia, rizikový scenár	30,53 %	32,70 %	34,93 %	37,24 %	39,64 %	42,12 %	44,70 %	47,36 %
Položka (% HDP)	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053
Kumulatívny dlh, metodika nákladových profilov	31,50 %	33,42 %	35,42 %	37,50 %	39,65 %	41,87 %	44,18 %	46,56 %
Kumulatívny dlh, mikro-simulácia, optimistický scenár	28,80 %	30,45 %	32,18 %	33,99 %	35,87 %	37,85 %	39,90 %	42,05 %
Kumulatívny dlh, mikro-simulácia, základný scenár	35,66 %	37,70 %	39,82 %	42,02 %	44,32 %	46,71 %	49,21 %	51,80 %
Kumulatívny dlh, mikro-simulácia, rizikový scenár	50,10 %	52,94 %	55,88 %	58,94 %	62,11 %	65,40 %	68,82 %	72,37 %
Položka (% HDP)	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	
Kumulatívny dlh, metodika nákladových profilov	49,02 %	51,56 %	54,18 %	56,87 %	59,65 %	62,50 %	65,42 %	
Kumulatívny dlh, mikro-simulácia, optimistický scenár	44,30 %	46,64 %	49,07 %	51,60 %	54,22 %	56,92 %	59,70 %	
Kumulatívny dlh, mikro-simulácia, základný scenár	54,51 %	57,32 %	60,24 %	63,26 %	66,40 %	69,63 %	72,95 %	
Kumulatívny dlh, mikro-simulácia, rizikový scenár	76,05 %	79,87 %	83,82 %	87,91 %	92,13 %	96,48 %	100,95 %	

PRAMEN: VLASTNÝ PREPOČET NA ZÁKLADE ÚDAJOV EURÓPSKEJ KOMISIE, MINISTERSTVA FINANCIÍ SR A RADY PRE ROZPOČTOVÚ ZODPOVEDNOSŤ

KAPITOLA 4

VYHLIADKY PACIENTOV A POSKYTOVATEĽOV ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI PRI PREŽÍVANÍ ZDRAVOTNÍCTVA BEZ ZÁSADNÝCH REFORIEM

KAPITOLA 4.1

ŽIVELNÉ ZAPÁJANIE PRIAMYCH PLATIEB

Verejné i súkromné výdavky na zdravotníctvo spolu v SR sú v ostatných rokoch vykazované na úrovni cca 8 percent hrubého domáceho produktu (HDP). Mierne zaostávajú za priemerom krajín OECD (9,3 % za rok 2012), no sú spolu s Maďarskom najvyššie vo V4 (v Česku 7,5 %, v Poľsku 6,8 % HDP). Ešte začiatkom minulej dekády sa pritom pohybovali pod úrovňou šesť percent a boli vo višegrádskej skupine najnižšie spolu s Poľskom. Potom prišiel strmý rast. V aktuálnom desaťročí nasledovalo výrazné spomalenie rastu výdavkov, najmä vďaka úsporám výdavkov na lieky po zavedení referencovania, teda naviazania na najnižšie ceny rovnakých liečiv v krajinách EÚ.

V prepočte na paritu kúpnej sily išlo na zdravotníctvo SR v roku 2012 o 40 % menej výdavkov na obyvateľa ako bol priemer OECD. Zároveň však spolu s ČR najviac v rámci V4 – o 14 % viac v porovnaní s Maďarskom

a až o 37 % viac oproti zdravotníckym výdavkom na hlavu v Poľsku. Tak to aspoň vyznieva z oficiálnych, medzinárodne porovnávaných údajov¹⁰⁹, vzhľadom k nižšiemu popísanému nadhodnoteniu je realita v SR zrejme o niečo nižšia.

Podiel priamych platieb obyvateľstva vykazuje OECD z údajov dodaných národnými autoritami na úrovni 15 % v ČR ale až 28 % v Maďarsku. V prípade Slovenska i Poľska je to okolo 22 percent, čo je mierne nad priemerom všetkých krajín OECD. Slovenské údaje však dlho boli a sčasti doteraz sú vyššie ako realita priamych platieb v tunajšom zdravotníctve. V nasledujúcej časti sa pokúsime vysvetliť hlavné príčiny a odhadnúť mieru nadhodnotenia.

VYKAZOVANÉ ÚDAJE A REALITA PRIAMYCH PLATIEB

Najprv však jedno upozornenie k starším údajom. Výdavky domácností za SR v OECD Health Statistics sú do roku 2009 navýšené zhruba o tretinu oproti údajom od roku 2010, pretože boli nesprávne reportované v domácom koncepte, teda vrátane nerezidentov. Od roku 2010 už Štatistický

109) <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecd-health-statistics-2014-frequently-requested-data.htm>

úrad SR správne posielala dáta v národnom koncepte, staršie údaje však dosiaľ neboli opravené. To skresľuje údaje v časovom rade za SR v medzinárodných porovnaníach. Preto výrazný pokles vykázaných hotovostných platieb a dokonca aj celkových výdavkov na zdravotníctvo v roku 2010 neodráža realitu. V skutočnosti priame platby obyvateľstva na starostlivosť o zdravie kontinuálne rastú, len od roku 2010 už oveľa pomalšie ako do roku 2009.

Aj po tejto oprave zostávajú vykazované výdavky domácností na zdravotníctvo v SR pravdepodobne nadhodnotené. Dôvodom je značne nedokonalý spôsob ich odvodzovania zo všeobecných výberových zisťovaní o tržbách v maloobchode, ktorý zatiaľ používa ŠÚ SR, a to bez využitia dostupných zisťovaní za sektor zdravotníctva. Pozrieme sa teda aj na iné využiteľné zisťovania, ktoré môžu byť zdrojom reálnejších údajov.

Zdravotné poisťovne, lekárne a výdajne zdravotníckych pomôcok povinne vyplňajú výkazy pre Národné centrum zdravotníckych informácií (NCZI). Z nich vyplýva, že suma doplatkov pacientov za lieky v roku 2013 predstavovala 149 mil. eur (úhrada poisťovní za lieky tvorila až 825 mil. eur). Spolu s doplatkami za diietetické

potraviny a zdravotné pomôcky pacienti doplácali spolu 156 mil. eur.¹¹⁰ Tieto údaje sú z výkazov troch zdravotných poisťovní a ako jediné z údajov NCZI sú úplné.

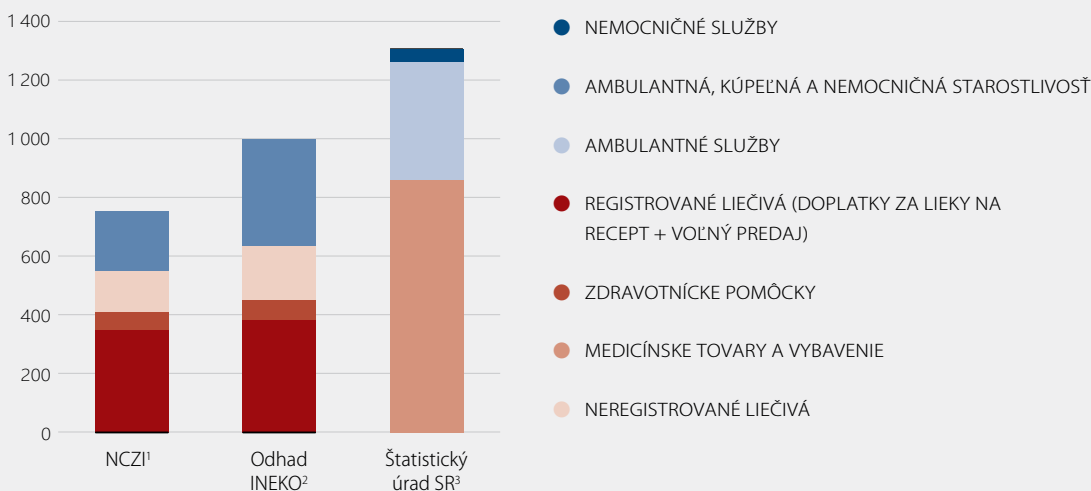
Za nákup voľnopredajných liekov (lieky predané bez receptu občanom) uhradili domácnosti podľa NCZI takmer 147 mil. eur. Na dopyt ohľadne návratnosti výkazov z lekární NCZI uviedlo, že za rok 2013 výkaz vyplnilo 88 % z bežných dvetisíc lekární. Keďže NCZI chýbajúce údaje nedoplňa odhadmi, zverejnený údaj je potrebné korigovať. Ak predpokladáme, že chýbajú údaje za priemerne veľké lekárne, voľný predaj registrovaných liekov po dopočte predstavuje 166 miliónov eur. Spolu s doplatkami za lieky na recept tak mohli domácnosti na registrované liečivá minúť v lekárnach 315 mil. eur.

O niečo vyšší údaj ponúka iný výkaz NCZI o ekonomike organizácií v zdravotníctve. Hoci ho vyplnilo menej lekární (cca 1600), zahŕňa aj ambulancie, nemocničné pracoviská a výdajne zdravotných pomôcok. S nimi suma tržieb od obyvateľstva za lieky predstavuje 348 mil. eur a za zdravotné pomôcky takmer 62 mil. €.

Ďalších 140 mil. € tvorili tržby za doplnkový sortiment lekární, kde patria všetky prípravky bez tzv. ŠÚKL kódu. Registráciu na Štátnom ústave pre kontrolu

GRAF 15: RÔZNE ÚDAJE O PRIAMÝCH PLATBÁCH DOMÁCNOSTÍ ZA ZDRAVOTNÚ STAROSTLIVOSŤ

2013, MIL. EUR



1) ÚDAJE NÁRODNÉHO CENTRA ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ Z VÝKAZOV O EKONOMIKE ORGANIZÁCIÍ V ZDRAVOTNÍCTVE, NEOBSAHUJÚ DOPOČTY ZA SPRÁVODAJSKÉ JEDNOTKY, KTORÉ NEPOSKYTLI ÚDAJE ANI ODHAD NEFORMÁLNYCH PLATIEB

2) ÚDAJE NCZI ZVÝŠENÉ O ODHAD ZA SUBJEKTY, KTORÉ NCZI NEPOSKYTLI ÚDAJE + ODHAD NEFORMÁLNYCH PLATIEB ZA AMB. A NEMOCNIČNÉ SLUŽBY

3) ODVODENÉ ZO ZISŤOVANÍ O MALOOBCHODNOM OBRATE, VRÁTANE ODHADU NEFORMÁLNYCH PLATIEB, PRAVDEPODOBNE NADHODNOTENÉ

PRAMEN: NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ, ŠTATISTICKÝ ÚRAD SR, PREPOČTY INEKO

110) Národné centrum zdravotníckych informácií. Spotreba liekov a zdravotníckych pomôcok v SR 2013; <http://www.nczisk.sk/Documents/publikacie/2013/sp1401.pdf>

liečiv (ŠÚKL) nemá podstatná časť fytofarmák, teda liečiv na prírodnej báze často využívaných napríklad pri liečbe dýchacích ciest (napr. sirupy proti kašľu), ako aj predávaných vitamínov, probiotík či iných doplnkov výživy. Hoci výrobcom deklarovaný obsah bylenných extraktov, vitamínov či minerálov v takýchto prípadoch nie je overený kontrolnou autoritou, väčšina spotrebiteľov to nevníma a nakupuje aj túto časť sortimentu lekární v spojitosti so starostlivosťou o zdravie (či už ide o súčasť liečby odporúčenej lekárom, samoliečbu alebo prevenciu). Preto považujeme za opodstatnené aj takéto výdavky považovať za výdavky domácností na zdravotnú starostlivosť.

Spolu za lieky, zdravotnícke pomôcky a doplnkové sortiment lekární nahlásili spravodajské jednotky Národnému centru zdravotníckych informácií tržby od obyvateľstva v objeme 551 miliónov eur. Ďalších 203 mil. € pripadá na iné tržby od obyvateľstva, z čoho vyše štvrtina sú tržby za fyziatriu, balneológiu a liečebnú rehabilitáciu a štvrtina tržby stomatólogov. Zostávajúcích bezmála sto miliónov eur tvoria iné tržby lekární, výdajní zdravotníckych či ortopedických pomôcok, a tiež ambulancií či nemocníc (evidované platby od pacientov).

Výkazy o ekonomike organizácií v zdravotníctve, z ktorých sú vyššie uvedené údaje, v roku 2013 vyplnilo 97 % nemocníc a 79 % z ďalších vyše 12 tisíc poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Skutočné tržby všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti od obyvateľstva tak boli určite vyššie ako vykázaných 754 mil. €. Dá sa predpokladať, že na oficiálne platby domácnosti vynaložili spolu 850 – 900 miliónov eur.

V prepočte na jedného občana SR to je – okrem povinných odvodov na zdravotné poistenie – okolo 160 eur priamych platieb ročne (bez neformálnych platieb). Na štvorčlennú domácnosť cca 640 eur za rok. Z toho viac ako polovicu utratia domácnosti v lekárňach, prevažne za voľnopredajný sortiment.

Štatistický úrad SR dospel na základe doteraz používaných prepočtov k vyššej celkovej sume výdavkov domácností na zdravotníctvo, spolu až 1,3 miliardy eur (3,2 % z celkovej konečnej spotreby domácností). Z toho 856 mil. € majú tvoriť výdavky obyvateľstva na medicínske produkty, pomôcky a vybavenie, cca 402 mil. € ambulatná starostlivosť a 44 mil. € platby za služby v nemocniciach. V prepočte na jedného občana SR by to znamenalo 240 eur výdavkov na zdravotníctvo ročne. Na štvorčlennú domácnosť cca 960 eur za rok.

Ak by sme údaje ŠÚ SR porovnávali s vyššie uvedenými údajmi z výkazov pre NCZI, javili by sa ako nadhodnotené o zhruba polovicu. V medzinárodne porovnávaných oficiálnych štatistikách, ktoré za SR zostavuje práve Štatistický úrad, sa však uvažuje aj

s neoficiálnymi platbami. Ich celkový objem v zdravotníctve možno len ťažko odhadnúť, na základe všeobecne vnímaného rozšíreného výskytu neoficiálnych platieb na Slovensku práve v zdravotníctve sa dá predpokladať, že nie je zanedbateľný.

NEFORMÁLNE PLATBY

Podľa prieskumu agentúry Focus pre Transparency International Slovensko zo začiatku roka 2015 na reprezentatívnej vzorke vyše 1000 respondentov vo veku 18+ dalo za posledné dva roky zdravotníckym pracovníkom okrem oficiálnej platby aj niečo „pomimo“ takmer 22 % opýtaných. Prieskum nezisťoval úhrnnú hodnotu takýchto plnení za rok, iba výšku naposledy poskytnutého plnenia „pomimo“. Ak by to u každého bola len jedna platba ročne v intervale, ktorý označil, v prepočte na celú populáciu by to predstavovalo cca 35 – 70 mil. eur ročne. Predpokladáme, že časť respondentov poskytla najmä menšie platby, dary či pozornosti viackrát za rok, niektorí naopak iba raz za ostatné dva roky. Navyše je pravdepodobné, že v niektorých prípadoch hodnota poslednej platby (ktorej sa týkala otázka o jej výške) nebola najvyššia, akú poskytli.

Z uvedeného odhadujeme, že reálny objem neformálnych platieb či iných plnení v zdravotníctve od pacientov sa môže pohybovať zhruba na úrovni 100 mil. eur ročne (19 eur na občana). Z celkových výdavkov na zdravotníctvo tak neformálne platby pacientov môžu tvoriť cca dve percentá. Z výdavkov domácností na zdravotnú starostlivosť je to zhruba desatina, keďže na oficiálnych platbách zaplatia občania spolu 9-násobne viac. No kým väčšinu oficiálnych platieb domácnosti zaplatia v lekárňach, neformálne plnenia sa koncentrujú v ambulatnej a nemocničnej starostlivosti. V nej sú oficiálne vykázané príjmy zdravotníckych zariadení od obyvateľstva (podľa údajov NCZI) iba dvakrát vyššie ako vyššie odhadnutý objem plnení „pomimo“. Neevidované platby, dary či pozornosti tak pravdepodobne tvoria až tretinu výdavkov domácností za ambulatnú a nemocničnú starostlivosť v SR.

Ak predpokladáme, že objem neformálnych platieb pacientov dosahuje 100 miliónov eur ročne, vykazované údaje ŠÚ SR o celkových výdavkoch domácností na starostlivosť o zdravie môžu byť oproti realite nadhodnotené približne o tretinu.

SPOLUFINANCOVANIE NIELEN NA LIEKY

Ak je tento predpoklad správny, nižšie sú – oproti vykazovaným – aj celkové výdavky na zdravotníctvo. Ich skutočný podiel na HDP potom nedosahuje oficiálnych vyše 8 percent ale pravdepodobne sa pohybuje okolo 7,5 %,

teda na podobnej úrovni ako v Česku. Ani výdavky na obyvateľa v parite kúpnej sily zrejme nedosahujú v rámci V4 najvyššiu ale iba priemernú úroveň. Skutočný podiel hotovostných platieb po odrátaní ich pravdepodobného nadhodnotenia nepredstavuje 22 % ale iba okolo 17 % celkových výdavkov na zdravotníctvo, je teda výrazne nižší nielen oproti Maďarsku ale i Poľsku a iba mierne prevyšuje realitu v Česku.

Z vyššie uvedených údajov okrem iného vyplýva, že obyvatelia SR minú iba v lekárňach na voľnopredajné lieky a doplnkový sortiment viac ako na všetku ambulatnú a nemocničnú starostlivosť spolu (bez neoficiálnych platieb). Dá sa teda predpokladať, že podstatná časť populácie je pripravená vyčleniť na starostlivosť o zdravie viac výdavkov ako sa od nich pri súčasnom systéme financovania zdravotníctva vyžaduje. V súčasnosti z toho benefitujú najmä:

- lekárne, výrobcovia a distribútori voľnopredajných liečiv a doplnkov výživy,
- časť lekárov, ktorá si pýta (alebo neodmieta) neformálne platby či iné plnenia,
- úzky okruh poskytovateľov nadštandardnej alebo aspoň k zákazníkovi prívetivejšej ambulatnej starostlivosti.

Otázkou zostáva, či a kedy sa tvorcom zdravotnej politiky podarí zapojiť rastúci potenciál súkromných zdrojov do aspoň symbolického spolufinancovania (a teda aj vnímania nákladov) podstatnej časti ambulatnej a nemocničnej starostlivosti. Pravdepodobne najúčinnnejšie – nielen z pohľadu krytia deficitu ale aj v záujme zlepšovania zdravia obyvateľstva – by bolo zavedenie spoluúčasti s možnosťou účinnej motivácie klienta k menej rizikóvemu správaniu (napr. zníženie spoluúčasti alebo nižšie stropy v prípade dodržiavania pravidiel/odporúčaní).

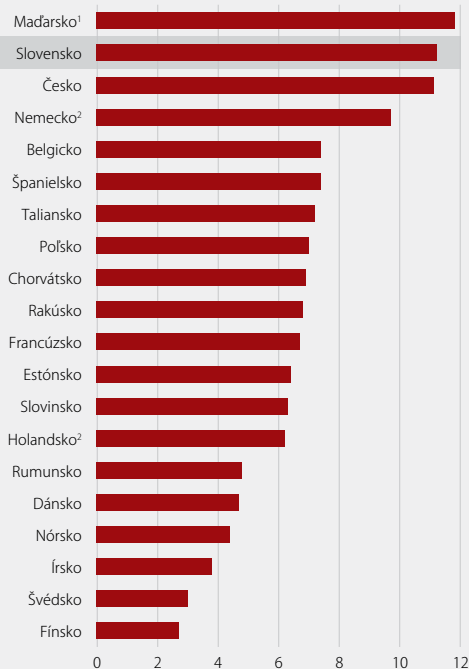
KAPITOLA 4.2

NEEFEKTÍVNE VYUŽÍVANIE A ZANEDBÁVANÝ ROZVOJ ĽUDSKÝCH A TECHNICKÝCH KAPACÍT V ZDRAVOTNÍCTVE

Podľa údajov OECD pripadalo na Slovensku v roku 2012 na obyvateľa v priemere 11,2 návštevy lekára ročne, čo je spolu s Maďarskom a Českom najviac v Európskej únii. Napriek poklesu v minulej dekáde ide naďalej o vysoko

**GRAF 16: POČET KONZULTÁCIÍ S LEKÁROM
NA OBYVATEĽA ROČNE**

ROK 2012



- 1) VRÁTANE DIAGNOSTICKÝCH VÝŠETRENÍ (AKO CT ČI MR), ČO VEDIE K NADHODNOTENIU ÚDAJA ZA MAĎARSKO
- 2) V NEMECKU SA V PRÍPADE OPAKOVANÝCH NÁVŠTEV JEDNÉHO LEKÁRA POČAS 3 MESIACOV POČÍTA IBA PRVÁ NÁVŠTEVA, V HOLANDSKU NIE JE ZAPOČÍTANÁ STAROSTLIVOSŤ O MATKY A DETI, ČO VEDIE K PODHODNOTENIU ÚDAJOV

PRAMEŇ: OECD HEALTH STATISTICS 2014

nadpriemernú hodnotu, keď priemer v krajinách OECD predstavuje 6,7 konzultácií a v EÚ iba 6,6 konzultácií s lekárom ročne¹¹¹.

KVANTITA NA ÚKOR KVALITY

V priemere tak na jedného lekára v SR pripadá až 3328 vyšetrení, resp. konzultácií ročne, čo je o dve tretiny viac ako je priemer EÚ (cca 2000 konzultácií). To znamená až 15 pacientov na jeden pracovný deň¹¹² (priemer EÚ je 9). Keďže údaje sú prepočítané na všetkých lekárov, je prirodzené že priemer v prípade ambulantných lekárov je vyšší, v niektorých prípadoch aj násobne vyšší.

Výsledkom sú nielen plné čakárne, dlhé čakanie na termín vyšetrenia alebo čakanie na mieste (v horšom prípade oboje). Ešte vážnejšími negatívami pre samotnú kvalitu lekárskej starostlivosti sú pásový prístup, krátky čas venovaný jednému pacientovi, často nedostatočná komunikácia. Takéto podmienky sa javia ako rizikové aj z pohľadu úspešnosti stanovenia diagnózy, primeranosti poučenia pacienta i celkovej úspešnosti následnej liečby.

Doterajší systém financovania zdravotnej starostlivosti však hodnotí (a odmeňuje) poskytovateľov zdravotnej starostlivosti – ambulantnej i ústavnej – dominantne podľa kvantity, nie kvality poskytovanej starostlivosti. Má to celý rad negatívnych dôsledkov, vrátane postupnej demoralizácie lekárov, ktorí sa presvedčujú o tom, že za kvalitnejší výkon nedostanú prémie (vyššie ohodnotenie). Naopak nezriedka sú na tom ekonomicky horšie v porovnaní s pragmatikmi, ktorí zlé nastavenia v systéme financovania aktívne využívajú.

Ďalším dôsledkom je nedostatočný záujem poskytovateľov zdravotnej starostlivosti – najmä štátnych nemocníc so zabezpečeným prísunom zdrojov z verejného zdravotného poistenia – o získavanie najkvalitnejších ľudí z trhu práce. Ilustruje to aj nízky počet pracovných ponúk na najväčšom pracovnom portáli Profesia. Celkovo na ňom zamestnávateľia ponúkajú ročne bezmála stotisíc pracovných miest na Slovensku, čo je cca 5 % z celkovej zamestnanosti¹¹³ v SR. V zdravotníctve je tento podiel výrazne nižší. V rokoch 2012 až 2014 mohli lekári a zdravotné sestry spolu nájsť na Profesii ročne od 600 do

bezmála 800 ponúk s miestom výkonu práce na Slovensku, čo predstavuje 1,2 až 1,6 % z cca 50-tisíc lekárov a sestier v slovenskom zdravotníctve.

Mimoriadne málo otvorene komunikujú voľné miesta štátne zariadenia. Z 57 nemocníc a iných zdravotníckych zariadení vo vlastníctve štátu alebo samospráv, ktoré majú spolu viac ako 40-tisíc zamestnancov¹¹⁴, sa v rokoch 2013 a 2014 objavilo na Profesii iba 81 a 73 ponúk (pre zdravotnícke a obslužné profesie spolu). To predstavuje sotva 0,20 % resp. 0,18 % z celkového stavu ich zamestnancov. Napriek tomu, že jeden pracovný portál (hoci najväčší) nie je jedinou možnosťou ako komunikovať ponuku voľného miesta, rozdiel medzi 5 % v celej ekonomike a sotva 0,2 % v štátnych nemocniciach je priepastný. Indikuje, že naozaj otvorený výber so širokým oslovením záujemcov o voľné miesta s cieľom získať najkvalitnejšieho lekára či iného zamestnanca je v štátnych a samosprávnych nemocniciach skôr výnimkou ako pravidlom.

Nezavedenie systému zdravých motivácií bude väčšinu pacientov naďalej stáť veľa času stráveného čakaním na vyšetrenie, nedostatočnú komunikáciu s lekárom, v niektorých prípadoch aj oneskorené či nesprávne stanovenie diagnózy a terapie. S negatívnymi dôsledkami z pohľadu vyhlíadok pacienta i nákladov zo systému verejného zdravotného poistenia.

Údaje využiteľné na hodnotenie kvality zdravotnej starostlivosti takmer úplne absentujú aj vo väčšine štatistických výkazov, ktoré spravuje NCZI a ktoré sú zdrojmi dát na celonárodnej úrovni. Napriek veľkému počtu i rozsahu zisťovaní nesledujú z kvalitatívnych indikátorov ani tie, ktoré sa v zahraničí už roky vyhodnocujú. V porovnaníach OECD pri najzaujímavejších indikátoroch kvality či dostupnosti zdravotnej starostlivosti¹¹⁵ údaje za Slovensko väčšinou chýbajú. NCZI to vysvetľuje tým, že nedostalo požiadavky zo strany Ministerstva zdravotníctva SR alebo jeho hlavných odborníkov pre konkrétne odbornosti. Kvalitné dáta teda zrejme naďalej nie sú prioritou.

Aj z údajov, ktoré NCZI zbiera, sú výstupy väčšinou k dispozícii iba na vyžiadanie, po jednotlivých rokoch (bez časového radu porovnateľných údajov). Využiteľnosť údajov

111) OECD (2014), Health at a Glance: Europe 2014, OECD Publishing, str. 64-65; http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2014_en.pdf

112) Na účely prepočtu sme počet pracovných dní v kalendárnom roku (250) znížili o 28 dní (na dovolenku, práceneschopnosť a študijné voľno spolu)

113) Vhodnejšie by bolo porovnávať s počtom ročne obsadzovaných miest, takéto údaje však nie sú k dispozícii

114) Údaje vychádzajú z Registra organizácií Štatistického úradu SR, údajov o počtoch zamestnancov z databázy TREND Analyses a vlastných korekcií (napr. vypustenie nemocníc, ktoré už majú súkromného prevádzkovateľa)

115) Napríklad mortalita do 30 dní po infarkte alebo mozgovej porážke podľa pacientov, hospitalizácie s diabetes, komplikácie po chirurgických zákrokoch, 5-ročná miera prežitia pri rakovinových diagnózach, skúsenosti pacientov s ambulatnou starostlivosťou, čakacie lehoty na operáciu šedého zákalu, počet výmen kolenného kľbu, podiely hlavných kategórií diagnóz na výdavkoch nemocníc, podiel výdavkov na hospitalizovaných pacientov vo veku 65+ a iné

je tak limitovaná a skutočné využívanie pravdepodobne malé, neadekvátne veľkému rozsahu zbieraných údajov a záťaži pre vyše 10-tisíc spravodajských jednotiek – poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v SR. Práčne zbierané údaje tak neprispievajú k lepšej identifikácii príčin problémov v slovenskom zdravotníctve a ich riešeniu ani zďaleka tak, ako by mohli.

DLHODOBO ZANEDBÁVANÁ ÚDRŽBA

Výraznou slabinou slovenského zdravotníctva je mimoriadne zlý stav infraštruktúry nemocníc. Ten nepriaznivo pôsobí na pacientov i pracovníkov nemocníc a v nich pôsobiaciach ambulanciách.

Popri rastúcich záväzkoch štátnych nemocníc po lehote splatnosti predstavuje dlhodobu podfinancovanú údržbu a odkladané investície ďalší významný deficit (a skryto kumulovaný dlh) v slovenskom zdravotníctve. Na rozdiel od explicitného dlhu štátnych nemocníc, ktorý sa riadne eviduje, investičný dlh sa nikde nevyčísluje ani neeviduje. Kým so záväzkami po lehote splatnosti pomôže štátnym nemocniciam raz za niekoľko rokov vláda oddĺžením (štátnou pomocou), skrytý investičný dlh sa kumuluje už desaťročia a štátna pomoc z neho rieši len malé fragmenty, najčastejšie investíciami z eurofondov či inými jednorazovými dotáciami. Systematické riešenie nielenže doteraz neprišlo, ale nič nenasvedčuje, že by ho rezort zdravotníctva hľadal. Aktuálny zámer postaviť novú nemocnicu v Bratislave formou PPP projektu síce túto tému konečne otvára, ale nerieši situáciu na ostatnom Slovensku. Štúdia, ktorú si k tomuto zámeru dalo spracovať Ministerstvo zdravotníctva SR, konštatuje, že infraštruktúra slovenských nemocníc je v súčasnej podobe ekonomicky neudržateľná. Slovenské nemocnice nedosahujú medzinárodné štandardy a väčšina nemocníc disponuje príliš veľkými plochami s veľkým počtom budov. Tie sú navyše staré a v zlom technickom stave (už v roku 2004 mali štátne nemocnice v priemere 34,5 roka, odvtedy sa žiadna nová nepostavila).

Pri výpočtoch na makroúrovni odhadli autori štúdie „investičnú medzeru“ v porovnaní s Českou republikou na 137 mil. € ročne a v porovnaní s Rakúskom až na 441 mil. € ročne. Vychádzali z toho, že Slovensko vynaložilo 2,2 tis. € na tvorbu hrubého kapitálu na jednu zamestnanú osobu v zdravotníctve (v roku 2012), čo je menej ako sa vynaložilo v Českej republike (3,1 tis. €) a výrazne menej ako vynakladá Rakúsko (6,9 tis. €).¹¹⁶ Štúdia tiež zdôrazňuje

potrebu zmeny paradigmy, konkrétne koncept rozvoja nových moderných nemocníc zameraných na potreby pacienta s významným znížením kapacity jednotiek lôžkovej starostlivosti a výrazným zvýšením kvality, bezpečnosti a ich využitia. Investícia do novej Univerzitnej nemocnice v Bratislave bude mať podľa autorov markantný význam z pohľadu zmeny paradigmy poskytovania zdravotnej starostlivosti na Slovensku. Kľúčovými prioritami sú:

- zabezpečenie oveľa vyššej produktivity (viac výkonov pri súčasnom zachovaní výšky nákladov),
- v udržateľnej kvalite (poskytovania zdravotnej starostlivosti),
- pri dodržaní zásady flexibility tak, aby integrované zariadenia a služby boli schopné reagovať na zmeny demografického vývoja a epidemiologicke.

NULA NA INVESTÍCIE V TRETINE NEMOCNÍC

S uvedeným sa dá súhlasiť. Investície do nových nemocníc – ak nemá zostať len pri jednej v Bratislave – sú však podmienené návratnosťou. To okrem iného znamená podstatne dlhšie ako ročné zmluvy so zdravotnými poisťovňami a hlavne – zásadnú kvalitatívnu zmenu v systéme financovania zdravotnej starostlivosti. V prospech merania a hodnotenia kvalitatívnych výsledkov poskytovanej starostlivosti, a nadväzne platenia za kvalitu namiesto doteraz vysoko prevažujúcej kvantity.

Pohľad na ekonomiku podstatnej časti nemocníc na Slovensku prezrádza, že v súčasnosti iba malá časť z nich generuje ako-tak adekvátne zdroje na investície. Spomedzi 50 nemocníc, za ktoré sú verejne dostupné údaje o hospodárení za roky 2013 a 2012¹¹⁷, iba tretine zostáva z objemu tržieb aspoň 5 % na obnovu a modernizáciu majetku (suma zisku po zdanení a odpisov, priemer za dva roky).

Naopak až tretina nemocníc si za dva roky nezarobila na obnovu prístrojového vybavenia či budov ani cent. Ich nákladná prevádzka a straty konzumujú celú hodnotu odpisov, teda zdrojov, ktoré majú slúžiť na aspoň jednoduchú reprodukciu majetku. V tejto skupine dominujú veľké univerzitné, fakultné a iné štátne nemocnice. To neznamena, že vôbec neinvestovali, no robia tak výlučne z dotácií alebo za cenu prehlbenia dlhu, ktorý z vlastnej činnosti nevedia splatiť.

116) Štúdia uskutočniteľnosti projektu novej Univerzitnej nemocnice v Bratislave – záverečná správa, str. 14-15; <http://www.health.gov.sk/Zdroje?/Sources/dokumenty/mzsr/Zaverecna-sprava.pdf>

117) TREND TOP v zdravotníctve 2014 a databáza TREND Analyses

INEKO v závere roku 2014 oslovilo predstaviteľov všetkých lôžkových zdravotníckych zariadení s dotazníkom, v ktorom sa okrem iného pýtalo, ako by rozdelili prípadné dodatočné zdroje, ak by mali každoročne k dispozícii navyše 10 % finančných zdrojov pri rovnakom objeme výkonov. Z troch desiatok nemocníc a liečební, ktoré do januára 2015 odpovedali, by väčšina použila najväčšiu časť nových zdrojov práve na investície – do prístrojov, budov aj ich vybavenia.

Medzi najviac potrebnými nemocnice uvádzali najčastejšie investície do zateplenia a tepelného hospodárstva budov, rekonštrukcie operačných sál a výmeny rozvodov. Popri vlastných zdrojoch ich financovanie najčastejšie závisí od pomoci zriaďovateľa, získania eurofondov či darov. Je teda pravdepodobné, že väčšina potrebných – a nezriedka už naliehavých – rekonštrukcií a iných investícií je odsúdená na ďalšie roky čakania.

Ministerstvo zdravotníctva SR v roku 2013 v informácii pre vládu SR¹¹⁸ konštatovalo, že vzhľadom k zastaranosti infraštruktúry a nevyhovujúcemu logistickému usporiadaniu nemocníc sú možnosti zvyšovania ich produktivity rekonštrukciami existujúcich budov takmer vyčerpané. „Preto je potrebné priniesť koncept postupnej výstavby nových moderných nemocníc,“ píše ministerstvo v materiáli, ktorý zároveň odhadol sumu investičných potrieb na 3,94 miliardy eur¹¹⁹.

DOSTUPNOSŤ STAROSTLIVOSTI V OHROZENÍ

Jednou z mála dobrých správ pre potenciálnych pacientov na Slovensku je naďalej vysoká dostupnosť zdravotnej starostlivosti, a to prakticky na celom území krajiny. Za všeobecným lekárom či zubárom netreba cestovať vôbec alebo len minimálne, k špecialistovi alebo do najbližšej nemocnice to takisto drvivá väčšina ľudí nemá ďaleko (čo súvisí s naďalej relatívne hustou sieťou nemocníc s poliklinikami).

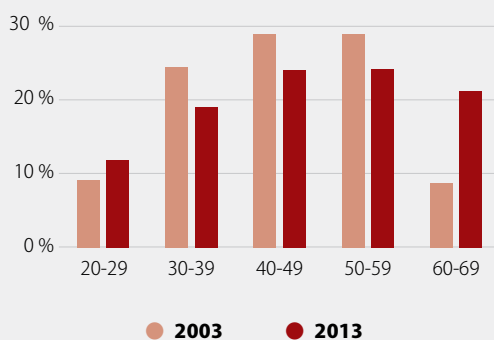
Potreba hľadania úspor na pokrytie vznikajúceho otvoreného i skrytého deficitu v zdravotníctve, ktorý sa bude ďalej zvyšovať spolu so starnutím populácie, si však zákonite vyžiada koncentráciu výkonov na menší počet

efektívnejších pracovísk. Redukcia oddelení a nutné zúženie palety ponúkaných odborností sa dotkne v najväčšej miere menších regionálnych nemocníc.

Nielen ekonomické ale aj demografické dôvody však v niektorých regiónoch Slovenska negatívne ovplyvnia dostupnosť lekárskej starostlivosti. Vráťane primárnej ambulantnej. Starnutie lekárov a najmä zubárov totiž kompetentné inštitúcie začínajú riešiť značne oneskorene a zatiaľ nič nenasvedčuje tomu, že adekvátne.

Údaje NCZI o vekovej štruktúre zamestnancov v zdravotníctve prezrádzajú, že kým v roku 2003 bolo iba 9 % aktívnych lekárov vo veku 60 a viac rokov, v roku 2013 ich bolo už 21 %. V dôchodkovom veku alebo na jeho prahu je tak už vyše pätina všetkých lekárov.

GRAF 17: VEK LEKÁROV NA SLOVENSKU



PRAMEŇ: NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ

V minulej dekáde zmenený systém atestácií znamená, že absolventi medicíny môžu získať atestáciu o niekoľko rokov neskôr než bývalo zvykom v minulosti. To spolu s ďalšími okolnosťami značne zbrzdilo generačnú obmenu najmä v ambulanciách všeobecných lekárov, kde je zastúpenie mladších ročníkov ešte slabšie než v celom súbore lekárov.

Pacienti, ktorých lekár je už na prahu dôchodkového veku, tak nemajú istotu, či po jeho odchode ambulanciu niekto prevezme. Na ilustráciu – v Banskobystrickom kraji je vo veku 60+ až celá tretina všeobecných lekárov pre dospelých, ale aj pediatrov a gynekológov (v každej z odborností po 34 %) ¹²⁰. Rušenie ambulancií a spájanie obvodov tak v nasledujúcich rokoch zrejme nebude výnimkou. Časť pacientov najmä na vidieku

118) Informácia o stave investícií v akútnej lôžkovej zdravotnej starostlivosti na Slovensku a zámer realizácie výstavby novej nemocnice v Bratislave <http://www.rokovania.sk/Rokovanie.aspx/BodRokovaniaDetail?idMaterial=22607>

119) Použitím benchmarkov krajín OECD v oblasti počtu hospitalizácií, priemernej obľobnosti a priemernej dĺžky hospitalizácie bola identifikovaná potreba približne 14 000 akútnych lôžok. Na základe požadovaného počtu m² pre jedno lôžko, ceny za výstavbu jedného m² a životnosti nemocnice na úrovni 35 rokov MZ SR dospelo k sume 3,94 mld. €

120) Údaje poskytnuté oddelením zdravotníctva Banskobystrického samosprávneho kraja

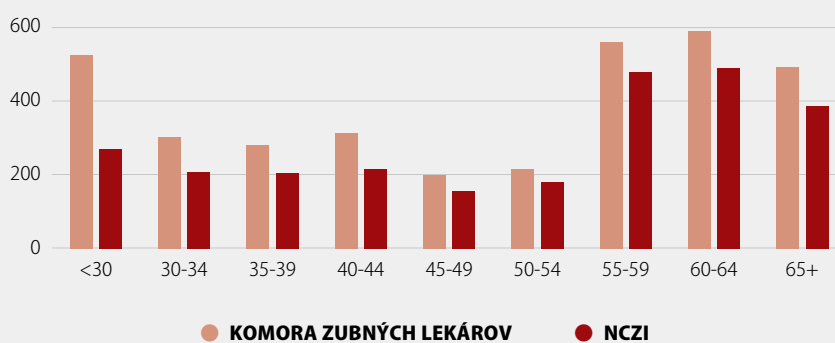
zrejme neminú ešte plnšie čakárne v ambulanciách preťažených lekárov, ktorí budú musieť obslúžiť výrazne väčší ako optimálny okruh pacientov.

Mierny úbytok pediatrov či gynekológov najmä v regiónoch s nízkou pôrodnosťou ešte nutne neveští pohromu. V horizonte 15 rokov však hrozí niekde až dramatický úbytok lekárov. Vo veku nad 50 rokov je totiž v Banskobystrickom kraji až 7 z 10 všeobecných lekárov pre dospelých a dokonca 8 z 10 pediatrov a gynekológov! Bez komplexu opatrení, ktorý by naštartovali zbrzdenu generičnú výmenu ambulantných lekárov v regiónoch, hrozí na viacerých miestach Slovenska zásadné zhoršenie dostupnosti primárnej zdravotnej starostlivosti.

K ZUBÁROVI SA BUDE DOCHÁDZAŤ DO OKRESNÉHO MESTA

Najvypuklejší je problém starnutia v stomatologickej starostlivosti. Podľa údajov NCZI malo v roku 2003 vek 60 a viac rokov 13 % zubných lekárov, v roku 2013 už hrozivých 31 percent. Ďalších vyše 20 % tvorí najpočetnejšia generácia zubárov, ktorí mali predvlni 55 – 59 rokov. Do roku 2020 teda postupne dovŕši dôchodkový vek celá polovica (1350) z predvlni činných zubných lekárov evidovaných NCZI.

GRAF 18: VEK ZUBNÝCH LEKÁROV NA SLOVENSKU



PRAMEN: SLOVENSKÁ KOMORA ZUBNÝCH LEKÁROV, NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ

Úplnejšiu evidenciu s až o tretinu vyšším celkovým počtom má Slovenská komora zubných lekárov. Ani jej údaje nie sú ideálne, keďže registruje všetkých zubárov – vrátane takých, čo vykonávajú prax iba sporadicky. Veková štruktúra je však podobná. Podľa údajov komory bolo v závere minulého roku 31 % registrovaných zubných lekárov vo veku 61 a viac rokov (čo znamená, že už dosiahli alebo v roku 2015 dosiahnu dôchodkový vek).

Spolu so skupinou 56 a viac ročných dovŕši do roku 2020 dôchodkový vek až 47 percent (vyše 1600) z aktuálne registrovaných zubárov.

Našťastie podstatná časť z nich nevešia remeslo na klinec vo veku 62 rokov, o čom svedčí už dnes bezmála päťsto registrovaných zubárov vo veku nad 65 rokov. Zubné lekárstvo sa teda na Slovensku zrejme stáva profesiou s najväčším podielom pracujúcich dôchodcov. Zďaleka nie všetci však môžu a chcú aj v takomto veku vykonávať prax v rovnakom rozsahu ako to zvládali kedysi.

Spoliehanie sa na nadsľuhujúcich dôchodcov má svoje limity (nevydržia večne) i negatíva (už teraz toho viacerí zvládajú menej). Dokresľujú to aj skúsenosti niektorých stomatológov z ambulancií, ktoré majú vykonávať náročnejšie zákroky vo svojej spádovej oblasti. Niektorí zaznamenávajú citeľný nárast počtu prípadov, kedy k nim kolegovia posúvajú aj relatívne banálne výkony, ktoré by mali byť zvládnuté na každom primárnom pracovisku.

Na kritickú vekovú štruktúru zubných lekárov našťastie aspoň oneskorene zareagovali niektoré vzdelávacie inštitúcie. K pôvodným dvom fakultám ponúkajúcim vzdelanie v odbore zubné lekárstvo (lekárske fakulty Univerzity Komenského v Bratislave a Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach) sa v ostatných rokoch pridali aj Jesseniova lekárska fakulta UK v Martine

a Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave. Na ich prvých absolventov bude treba ešte niekoľko rokov počkať.

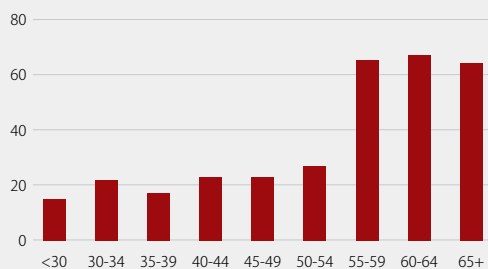
Nateraz teda generačná obmena závisí od počtu absolventov LF UK v Bratislave (slovenských mierne pribudlo na 40 ročne, oveľa výraznejšie zvýšila počty zahraničných študentov) a LF UPJŠ v Košiciach, ktorá po útlme pred desaťročím výrazne zvýšila počty študentov a v uplynulých

štyroch rokoch mala vždy vyše 50 absolventov. Situáciu pomáhajú zachraňovať aj slovenskí absolventi zubného lekárstva na univerzitách v susednej ČR. Aj vďaka nim komora eviduje v ostatnom období vyššie počty nových registrácií, predvlni 121 a minulý rok do novembra už 135 (z toho 38 zo zahraničia).

Zvyšujúce sa počty nových absolventov sú nádejou, že nedostatok zubárov nebude čoskoro celoslovenským problémom. Mnohé regióny ho však s istotou pocítia, niektoré už v najbližších rokoch. Podľa registra Slovenskej komory zubných lekárov má v Nitrianskom kraji vek 61 a viac rokov už 37 % a v Banskobystrickom kraji až 41 % z aktívnych zubárov. A to do priemeru vstupujú aj krajské mestá, kde vďaka väčšej bonite pacientov zostáva najväčšia časť mladých stomatológov.

Naopak v prevažne vidieckych okresoch situácia začína byť alarmujúca. V rámci Banskobystrického samosprávneho kraja sú už štyri okresy, kde je v dôchodkovom veku viac ako polovica aktívnych zubárov (Brezno, Krupina, Veľký Krtíš a Banská Štiavnica). V troch okresoch majú traja z desiatich zubárov už viac ako 65 rokov. V celom kraji evidujú dokonca 17 aktívnych zubárov vo veku nad 70 rokov.

GRAF 19: VEK ZUBNÝCH LEKÁROV V BANSKOBYSTRICKOM KRAJI



PRAMEŇ: SLOVENSKÁ KOMORA ZUBNÝCH LEKÁROV

Mladší zubní lekári sa menej bonitným regiónom spravidla vyhýbajú, čo súvisí s podstatne menším priestorom na inkasovanie doplatkov od pacientov oproti krajským metropolám. Ak sa v krátkom čase nepodarí nastaviť ekonomické motivácie, ktoré by to aspoň sčasti kompenzovali, zubné ambulancie vo veľkých obciach či menších mestečkách postupne skončia. Pacienti na vidieku sa buď naučia dochádzať k zubárovi do okresného mesta (a popri cestovnom počítať aj s vyšším doplatkom než zvykli platiť u pôvodného zubára), alebo v horšom prípade obmedzia využívanie zubárskej starostlivosti na úplné minimum.

KAPITOLA 4.3

RASTÚCA ZÁŤAŽ Z TITULU ROZŠIROVANIA CHRONICKÝCH DIAGNÓZ – KUMULÁCIA VPLYVU ZANEDBANEJ PREVENČIE A STARNUTIA

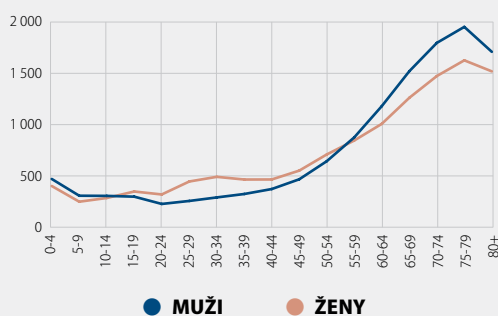
Financovanie zdravotnej starostlivosti v SR v rozhodujúcej miere zabezpečujú zdroje verejného zdravotného poistenia. Sú tvorené povinnými odvodmi ekonomicky činného obyvateľstva a platbami štátu za ekonomicky neaktívnych poistencov. Cez tri zdravotné poisťovne tečie vyše 80 % verejných a dve tretiny všetkých výdavkov smerujúcich do zdravotníctva. Štruktúra ich výdavkov si teda zaslúži pozornosť – je pravdepodobne najlepším zdrojom informácií o tom, ako sa náklady vyvíjajú s vekom, a tiež o tom, ktoré diagnózy odčerpávajú zo systému najviac zdrojov.

VÄČŠINA PRÍRASTKU NÁKLADOV UŽ IDE NA SENIOROV

Úhrady poisťovní za zdravotnú starostlivosť o ženy sú oproti mužom vyššie v aktívnom, najmä v reprodukčnom veku. Neskôr výrazne rastú, po 60-ke už preyšujú tisíc eur ročne a pred 80-kou kulminujú na vyše 1600 eurách. Ešte strmšie s vekom rastú náklady na zdravotnú starostlivosť o mužov.

GRAF 20: ÚHRADY ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ ZA MUŽOV A ŽENY PODĚA VEKU

ROK 2013, EUR NA 1 POISTENCA

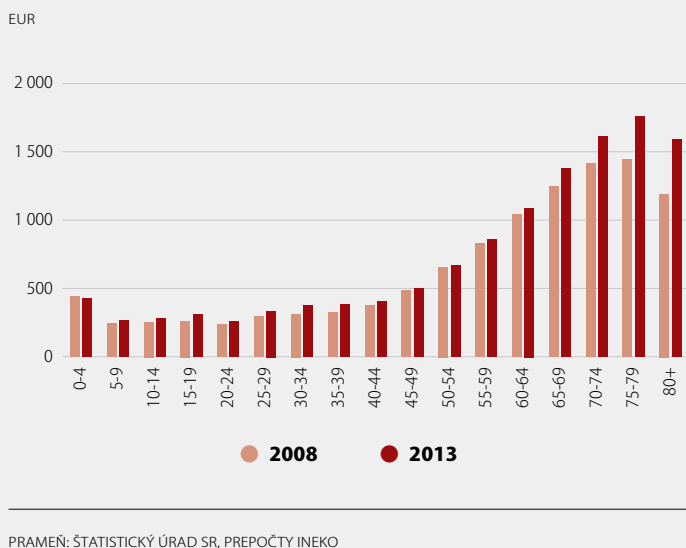


PRAMEŇ: ŠTATISTICKÝ ÚRAD SR, PREPOČTY INEKO

Z údajov ŠÚ SR od zdravotných poisťovní za roky 2008 – 2013 sa dá vypočítať, že najnižšie úhrady pripadajú na mladých mužov vo veku 20-24 rokov, najvyššie na seniorov vo veku 75-79 rokov. Kým mladíci vo veku vysokoškolákov v roku 2013 vyčerpali v priemere 215 eur, na jedného muža pred 80-kou pripadalo až 1964 eur úhrad z verejného zdravotného poistenia (deväťnásobne viac).

Tento vplyv ešte zosilňuje skutočnosť, že rast nákladov s vekom sa vďaka možnostiam, ktoré ponúka súčasná medicína, postupne zvyrazňuje. Ilustruje to porovnanie priemerných nákladov podľa vekových kohort (za ženy a mužov spolu) za roky 2008 a 2013. Najvyššie nárasty úhrad na 1 poistenca sú práve v najvyšších vekových skupinách.

GRAF 21: PRIEMERNÉ ÚHRADY NA POISTENCA PODĽA VEKU V ROKOCH 2008 A 2013



Vďaka predlžovaniu priemernej dĺžky dožitia sa podiel seniorov v populácii SR zvyšuje. Na ilustráciu uvádzame, ako sa už mierny nárast podielu ľudí v poproduktívnom veku v období rokov 2008 až 2013 premietol do nákladov. Za päť rokov sa podiel poistencov vo veku 65 a viac rokov zvýšil o 1,3 percentného bodu (z 12,9 % na 14,2 %), no ich podiel na čerpaní zdrojov všeobecného zdravotného poistenia stúpol až o 3,9 percentného bodu (z 30,9 % na 34,8 %).

Zatiaľ čo suma nákladov na poistencov mladších ako 65 rokov stúpala za päť rokov spolu o 8 %, v skupine 65+ to bolo až o 28,7 %. Mierny rast podielu seniorov spolu s výrazným rastom nákladov na 1 poistenca vo veku 65+ znamenal, že 14 % poistencov spotrebovalo až 62 percent z celkového absolútneho prírastku nákladov poisťovní na zdravotnú starostlivosť za obdobie 2008 až 2013. Aj toto

je cena za to, že väčšina Slovákov a Sloveniek si vek nad 65 rokov neužíva v dobrom zdraví, ale prežíva so zdravotnými obmedzeniami, neraz v trvalej odkázanosti na zdravotnícke tovary a služby.

V nadchádzajúcich 11 rokoch (2015 až 2025) sa očakáva dvakrát rýchlejší rast podielu obyvateľstva SR vo veku 65 a viac rokov. Zastúpenie seniorov má stúpať až o 2,6 percentného bodu za každých 5 rokov (v porovnaní s 1,3 bodu v období 2008 až 2013). Tlak na rast nákladov môže byť enormný. Jeho zvládnutie si vyžiada komplex systémových opatrení v rámci zdravotnej politiky a úspešné obmedzenie neefektívneho vynakladania zdrojov v dôsledku zle nastavených motivácií.

CHRONICKÉ CHOROBY - VÝRAZNE RASTÚCE BREMENO

Zdravotné poisťovne reportujú Štatistickému úradu SR údaje o nákladoch aj v členení podľa skupín diagnóz (21 kapitol Medzinárodnej klasifikácie chorôb). Tieto údaje ukazujú, že najväčšiu záťaž predstavujú chronické ochorenia, vyžadujúce si dlhodobú liečbu. Náklady na ne výrazne rastú – s počtom diagnostikovaných a liečených pacientov, ako aj s dostupnosťou nových liečiv a medicínskych postupov. Ilustruje to porovnanie rokov 2008 a 2013.

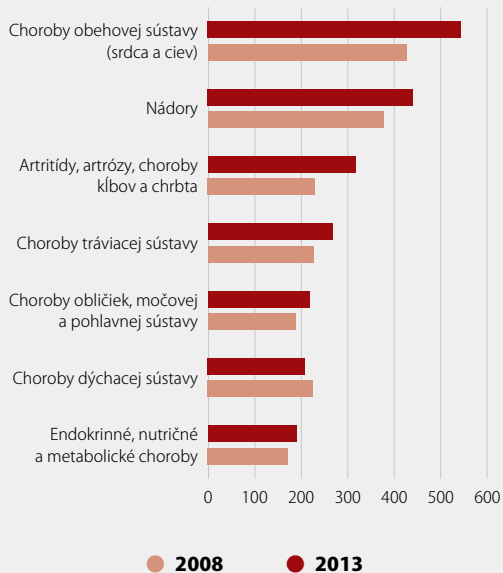
Zo siedmich skupín diagnóz, ktoré pohltia najviac zdrojov z verejného zdravotného poistenia, sú štyri takmer výlučne chronické: choroby srdca a ciev, nádory, choroby kĺbov a chrbta a metabolické choroby. V ostatných troch

je významné zastúpenie akútnych i chronických diagnóz: choroby tráviacej sústavy, choroby obličiek, močovej a pohlavnej sústavy a choroby dýchacej sústavy. Na základe podrobnejších údajov za jednotlivé diagnózy, ktoré pre potreby tejto analýzy poskytla Dôvera zdravotná poisťovňa (ZP Dôvera), možno konštatovať, že aj v týchto skupinách prevažujú náklady na chronické ochorenia (možno s výnimkou chorôb tráviacej sústavy, kde je z názvov niektorých diagnóz problematické jasne rozlíšiť, či majú chronickú povahu).

V skupine chorôb dýchacích ciest dominuje hlavne astma, vazomotorická a alergická nádcha či zdĺhavá obštrukčná pľúcna choroba. Hoci 2,5-násobne viac ľudí postihnú akútne zápaly dýchacích ciest, ktoré sú vôbec

**GRAF 22: SKUPINY DIAGNÓZ ODČERPÁVajúCE
NAJVÄČŠIE ZDROJE ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ**

MIL. EUR



PRAMEŇ: ŠTATISTICKÝ ÚRAD SR, PREPOČTY INEKO

najčastejšími ochoreniami (ročne postihnú vyše polovicu obyvateľov SR), aj tak chronické choroby vyčerpávajú väčší balík zdrojov.

Medzi chorobami obličiek, močovej a pohlavnej sústavy suverénne najnákladnejšiu diagnózu predstavuje chronické zlyhanie obličiek. Spolu s hyperpláziou (zväčšením) prostaty pohltia polovicu nákladov v tejto skupine, o druhú polovicu sa delí veľký počet prevažne zápalových diagnóz.

Medzi endokrinnými, nutričnými a metabolickými chorobami figurujú značne rozšírené poruchy metabolizmu, často zapríčinené nevhodným stravovaním (najmä hypercholesterolémia), ale aj choroby štítnej žľazy. Závažnosťou však výrazne dominuje diabetes mellitus (cukrovka) – odčerpáva celú polovicu nákladov v tejto skupine. A to nie sú započítané náklady spojené s niektorými komplikáciami, ktoré diabetes najmä v prípade oneskorenej alebo nedôslednej liečby sprevádzajú (mimoriadne nákladné je napríklad chronické zlyhávanie obličiek). V prípade ich sledovania a zarátania k prvotnému ochoreniu by sa skupina diagnóz, v ktorej dominuje diabetes, pravdepodobne posunula medzi päť najnákladnejších podľa celkových úhrad zdravotných poisťovní. Predpokladá sa pritom, že výskyt diabetes v populácii sa bude najmä v dôsledku nadmernej a nevyváženej výživy zvyšovať.

POHYBOVÁ SÚSTAVA DEGRADUJE PREDČASNE, ČASTEJŠIE U ŽIEN

Tretí najvyšší balík prostriedkov z verejného zdravotného poistenia smeruje na tzv. choroby svalovej a kostrovej sústavy a spojivového tkaniva, teda problémy pohybovej sústavy. Postihujú viac ako tretinu populácie a spolu s chorobami srdca a ciev tvoria tandem najrozšírejších chronických chorôb na Slovensku. Sú pravdepodobne hlavnými príčinami mimoriadne nízkeho počtu rokov života v zdraví (teda bez obmedzenia v každodenných aktivitách), podľa ktorého je Slovensko s odstupom najhoršie v EÚ i v rámci OECD (viac v kapitole 1.3).

Medzi chorobami pohybovej sústavy výrazne dominujú:

- dorzopatie, najmä bolesť chrbta a poruchy chrbtice či medzistavcových platničiek (až 41 % nákladov¹²¹ na túto skupinu),
- artrózy, teda degeneratívne poškodenia, a iné poruchy kĺbov (29 % nákladov),
- artritídy a artropatie, teda zápalové poškodenia kĺbov (12 %),
- poruchy hustoty a štruktúry kostí (11 %).

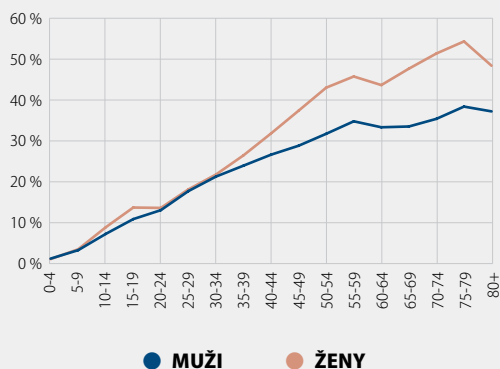
Bolesť chrbta a poruchy chrbtice či medzistavcových platničiek sú vôbec najčastejším chronickým problémom ľudí v ekonomicky aktívnom veku. Ich výskyt totiž podľa údajov ZP Dôvera rastie prakticky lineárne a už vo veku 25-34 rokov postihuje okolo 20 % mužov i žien. Po štyridsiatke podstatne rýchlejšie rastie výskyt takýchto problémov u žien – už od veku nad 55 rokov sa týkajú takmer polovice žien a viac ako tretiny mužov. Za povšimnutie stojí mierny ústup problémov vo vekovej kohorte 60-64 rokov, teda pri odchode do starobného dôchodku, neskôr však výskyt bolestí chrbta a platničiek ďalej stúpa.

Pravdepodobne hlavnými príčinami sú sedavé zamestnanie, ktoré väčšina Slovákov nekompenzuje pravidelným cvičením či iným aktívnym pohybom. Ochabnuté svalstvo znamená už od nízkeho veku preťažovanie a postupné poškodzovanie kostrového aparátu. Ak sa časom pridá aj nadváha, situáciu ďalej zhoršuje, a to najčastejšie u žien. Zreteľne to korešponduje s rozšírenejším výskytom nadváhy a zriedkavejším cvičením žien na Slovensku, prezentovaným v 2. kapitole tejto analýzy.

121) Údaje o štruktúre nákladov v rámci skupín diagnóz aj o počtoch pacientov v tejto časti vychádzajú z údajov ZP Dôvera, ktorá má 1,4 mil. poisťencov, čo je vyše štvrtina účastníkov verejného zdravotného poistenia v SR

GRAF 23: BOLESTI CHRBTI A PORUCHY MEDZISTAVCOVÝCH PLATNÍČIEK

ROK 2013, POISTENCI ZP DÓVERA

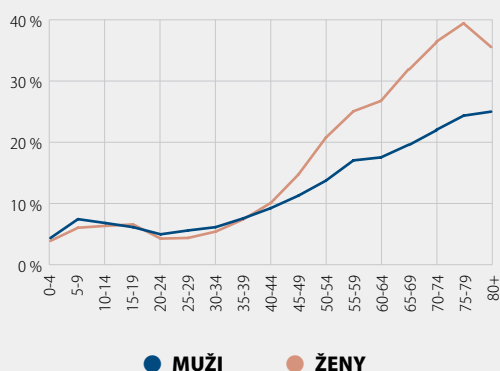


PRAMENI: DÓVERA ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA, PREPOČTY INEKO

Podobné dôvody, len s väčším akcentom na nadváhu, vysvetľujú aj poškodenia kĺbov. Tie väčšinou nastupujú neskôr – ako dôsledok postupnej degenerácie kĺbového väziva a chrupavky, najmä v prípade veľkých kĺbov. Prevládajú artrózy kolenného a bedrového kĺbu. Dlhú dobu sú bezpríznakové, a tak má až do veku 44 rokov artrózu diagnostikovanú menej ako desatina populácie. V neskoršom veku však jej výskyt rastie, a to obzvlášť prudko u žien. Na sklonku aktívneho veku artrózy postihujú už 18 % mužov a viac ako štvrtinu žien, okolo osemdesiatky sa týkajú už 4 z 10 žien.

GRAF 24: ARTRÓZY A INÉ POŠKODENIA KĹBOV

ROK 2013, POISTENCI ZP DÓVERA



PRAMENI: DÓVERA ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA, PREPOČTY INEKO

Artrózy významne znižujú kvalitu života, na rozdiel od iných chronických diagnóz však nemusia znamenať trvalé obmedzenie. V pokročilejších štádiách sú riešením kĺbové náhrady, ktoré sa vzhľadom k nákladnosti využívajú v najväčšej miere v ekonomicky najvyspelejších krajinách.

Kým v krajinách EÚ v roku 2012 pripadalo na 100 000 obyvateľov v priemere 157 operácií s cieľom výmeny bedrového kĺbu, na Slovensku to bolo iba 95 takýchto zákrokov (v Maďarsku 137, v ČR 167, v Holandsku 216, v Rakúsku až 272)¹²². Počet výmen kolenného kĺbu, ktoré sú ešte nákladnejšie, je v priemere o bezmála tretinu nižší, za SR údaje chýbajú. Napríklad v ZP Dóvera, kde počet hrazených implantácií trvalej endoprotézy (TEP) bedrového kĺbu prevyšuje slovenský priemer, je počet TEP kolenného kĺbu o vyše tretinu nižší. Ak je to podobne v ostatných zdravotných poisťovniach, zaostávanie SR je pri výmenách kolenného kĺbu podobné alebo ešte o niečo výraznejšie ako pri výmenách bedrového kĺbu.

Uvedené údaje ilustrujú, že v zákrokoch, kde nejde o záchranu života ale „iba“ o jeho kvalitu, Slovensko zatiaľ viditeľne zaostáva. Aj preto strácame na priemer EÚ v priemernom počte rokov života v zdraví podstatne viac než v strednej dĺžke dožitia. Dosiahnuť zásadné zlepšenie nebude ľahké ani lacné. Úhrady Všeobecnej zdravotnej poisťovne za implantáciu jednej trvalej endoprotézy (TEP) bedrového kĺbu sa pohybujú od 1 724 do 3 650 eur. V prípade TEP kolenného kĺbu je to od 3 075 eur do 4 325 eur. Zvýšenie ich dostupnosti by si vyžiadalo výrazne nadpriemerný rast nákladov (podstatne vyšší ako bol modelovaný v 3. kapitole), resp. zvýšenie efektívnosti vynakladania zdrojov (úspory) v iných oblastiach zdravotnej starostlivosti.

Zriedkavejšími chorobami pohybového aparátu sú artritídy (najmä reumatoidné). Postihujú menej ako 5 % štyridsiatnikov, po 60-ke nimi trpí cca 11 % mužov a 12-13 % žien. Oveľa výraznejší rozdiel medzi pohlaviami je pri poruchách hustoty a štruktúry kostí, ktoré sú typickými chorobami vyššieho veku. Osteoporóza sa týka len 5-7 % mužov, a to až v dôchodkovom veku. U žien má podobný výskyt už pred 50-kou, vo veku 65 – 80 rokov osteoporózou trpí až vyše 30 % žien. V tomto prípade ide o prirodzený dôsledok hormonálnych zmien po menopauze, ale aj nedostatku aktívneho pohybu a jeho potenciálu rednutie kostí oddialiť a spomaliť.

122) OECD (2014), Health at a Glance: Europe 2014, OECD Publishing, str. 81: http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2014_en.pdf

ÚSPEŠNOSŤ LIEČBY NÁDOROV ZNIŽUJE SLABÝ ZÁUJEM O SKRÍNINGOVÉ VYŠETRENIA

Druhý najvyšší balík prostriedkov z verejného zdravotného poistenia zhltnú nádorové ochorenia. Postihujú podstatne menej ľudí ako problémy pohybovej sústavy a v podstatne menšej miere sú preventabilné. Na Slovensku je však viditeľne nadpriemerný (v porovnaní so zahraničím) výskyt nádorov práve na orgánoch tráviacej sústavy, ktoré so životným štýlom, najmä nezdravým stravovaním súvisia a patria k tým, ktorým sa sčasti dá predchádzať (podrobnejšie v kapitole 2).

Z možností zlepšenia v tejto oblasti, ktoré Slovensko zatiaľ nevyužíva, stojí za zváženie najmä podpora zdravého životného štýlu (predchádzanie nádorom pľúc a tráviacej sústavy) a uplatnenie plošného skríningu s pozývaním poistencov v rizikovom veku na preventívne vyšetrenia. S cieľom včasného zachytenia nádorov hrubého čreva a v prípade žien aj krčka maternice a prsníkov, a to ešte v štádiu, kedy sú liečiteľné s vysokou úspešnosťou. Hoci skrínigové vyšetrenia poisťovne hradia už v súčasnosti, väčšina poistencov ich nevyužíva. Pri odhalení nádorov vo vyšších štádiách je liečba nákladnejšia a perspektíva pacientov podstatne horšia.

CIEVNE CHOROBY – LIEČENIE MUŽOV VYJDE DRAHŠIE, AJ TAK UMIERAJÚ SKÔR

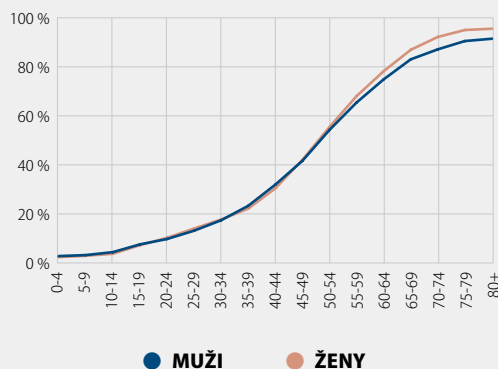
Na jasne vedúcej pozícii podľa výšky nákladov – a vo veku nad 40 rokov aj podľa počtu liečených pacientov – sú choroby obehovej sústavy, teda srdca a ciev. Najčastejšie ide o hypertenzné choroby, ischemické a iné choroby srdca, menej často lekári diagnostikujú aj aterosklerózu či cievne choroby mozgu.

Podľa údajov ZP Dôvera postihujú choroby srdca a ciev až tretinu z celkového počtu jej poistencov¹²³. S vekom tento podiel prudko rastie, a to už pomerne zavčasu. Z necelých 10 % u 20-24 ročných, na 31 % v prípade 40-44 ročných, 55 % (50-54 roční), 76 % (60-64 roční) až na 90 % po sedemdesiatke.

Výskyt kardiovaskulárnych chorôb v mužskej a ženskej populácii je na Slovensku veľmi podobný, aspoň podľa diagnostikovaných pacientov. Náklady na priemerného mužského pacienta sú pritom výrazne

GRAF 25: VÝSKYT CHORÔB SRDCA A CIEV PODĽA VEKU

ROK 2013, POISTENCI ZP DÓVERA



PRAMEŇ: DÓVERA ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA, PREPOČTY INEKO

vyššie oproti liečeným ženám¹²⁴ a zároveň zaznamenávajú väčšiu predčasnú úmrtnosť. Dôvodmi môže byť častejšie ignorovanie príznakov a oneskorená návšteva lekára (neskoré zistenie diagnózy), častejšia kombinácia viacerých rizikových faktorov zhoršujúcich vyhliadky pacienta, ale v porovnaní so ženami tiež menšia disciplína pri dodržiavaní predpísanej liečby a odporúčanej zmeny stravovacích návykov. To môže viesť k častejším a závažnejším komplikáciám, ktorých riešenie je nákladnejšie a nie vždy stačí na odvrátenie predčasnej smrti.

Náklady na túto skupinu najrozšírejších chronických chorôb prudko rástli najmä v minulej dekáde (do roku 2010), spolu s výrazným rastom dostupnosti liečiv a rapidným rastom ich užívania. Spotreba liekov na hypertenziu vyjadrená počtom denných dávok na 1000 obyvateľov stúpala od roku 2000 do roku 2011 na Slovensku 2,3-násobne. V prípade liekov kompenzujúcich vysoký cholesterol narástla až 9-násobne a patrí k najvyšším v EÚ i OECD¹²⁵. Znamená to výrazný rast podielu tzv. manažovaných pacientov, ktorých stav by mal byť stabilizovaný primeranou liečbou výrazne znižujúcou riziko život ohrozujúcich srdcových či cievnych príhod, prípadne iných komplikácií vyžadujúcich hospitalizáciu.

123) Ešte rozšírejší je výskyt zápalov dýchacích ciest a zubného kazu, tie sú však pre pacientov i pre zdroje verejného zdravotného poistenia len krátkodobou záťažou, výrazne menšou v porovnaní s chronickými chorobami, ktoré si vyžadujú dlhodobú liečbu.

124) ZP Dôvera uhradila v roku 2013 za mužského pacienta s chorobou srdca alebo ciev v priemere o 41 - 93 % vyššie náklady za zdravotnú starostlivosť ako v prípade žien v rovnakých vekových kohortách (od veku 35 rokov)

125) OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing, str. 103; <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>

Doterajšie výsledky sa však nejavajú ako uspokojivé. Z údajov Národného centra zdravotníckych informácií o počte hospitalizácií podľa diagnóz je zrejme, že choroby srdca a ciev (kódy diagnóz I00-I99) boli v roku 2013 dôvodom bežne 184 tisíc hospitalizácií. V porovnaní s rokom 2003 to znamená nárast o 18 %, čo je dvojnásobok tempa, akým pribúdali ostatné hospitalizácie. Najfrekvencovanejšie diagnózy zo skupiny chorôb obehovej sústavy – napríklad chronická ischemická choroba srdca, mozgový infarkt, srdcové zlyhanie, predsieňová fibrilácia, hypertenzia či akútne infarkt myokardu – obsadili až 8 z prvých 20 priečok v rebríčku najčastejších príčin hospitalizácie za rok 2013.

NÁKLADNOU LIEČBOU PREPLÁCAME ZANEDBÁVANÚ PREVENCIU

Výrazne rastúce náklady na pacientov s chorobami srdca a ciev (spolu za lieky, ambulantné vyšetrenia i hospitalizácie) doteraz priniesli iba nevýrazný pokles mortality na tieto choroby (jeden z najslabších v OECD, viď kapitola 2). Je tak zrejme, že slovenské zdravotníctvo v boji s najrozšírenejšou z chronických civilizačných chorôb zatiaľ zlyháva. Nájsť a eliminovať dôvody tohto stavu by malo byť jeho najvyššou prioritou.

Na základe dostupných údajov a porovnaní so zahraničím predpokladáme, že hlavným dôvodom zlyhávania je dlhodobé podceňovanie a zanedbávanie prevencie:

- primárnej - predchádzanie vzniku ochorení podporou zdravého životného štýlu,
- sekundárnej - skriningové programy na včasné zachytenie a liečbu chorôb,
- terciárnej - zmena životného štýlu a stravovacích návykov v záujme zlepšenia priebehu už získaného ochorenia.

Najmä primárna prevencia v SR citeľne chýba a zostáva na okraji pozornosti rezortu zdravotníctva. Z jeho rozpočtu nie sú vyčleňované zdroje ani na krytie vládou schválených národných programov (napr. Národný program podpory zdravia, Národný program prevencie ochorení srdca a ciev a ďalšie), a tak spravidla zostávajú v rovine zámerov, bez adekvátneho plnenia. Nie sú vytvorené ani legislatívne podmienky na to, aby primárnu prevenciu významnejšie financovali zdravotné poisťovne zo zdrojov verejného zdravotného poistenia. Nevyužíva sa tak značný potenciál predlžovania života v zdraví a tým aj šetrenia verejných zdrojov, ktoré prináša vzdelávanie a podpora zdravého životného štýlu v mnohých vyspelých krajinách.

Primárna prevencia na Slovensku sa paradoxne obmedzuje na aktivity Svetovej zdravotníckej organizácie a poradne zdravia na pracoviskách regionálnych úradov verejného zdravotníctva, pričom aj účasť Slovenska v medzinárodnom projekte CINDI (Countrywide Integrated Non-communicable Diseases Intervention Program) je pre nedostatok zdrojov obmedzená iba na dva okresy. Dosah je tak výrazne limitovaný a zďaleka nemôžu plniť úlohu plošnej (populačnej) intervenčnej stratégie, aká je v prípade najrozšírenejších chronických ochorení potrebná. Rovnako ju so značne limitovanými zdrojmi nedokážu nahradiť sporadické aktivity mimovládnych organizácií, aj keď viaceré sú nesporným prínosom. Biednu ponuku zdravotnej osvetly tak čiastočne supľujú médiá z vlastnej iniciatívy, a tiež farmaceutické spoločnosti, ktoré však už popritom zákonite sledujú vlastné komerčné ciele.

KAPITOLA 4.4

SLOVENSKÉ ANOMÁLIE VO VYUŽÍVANÍ ZDROJOV A ICH NÁSLEDKY

NA LIEKY DÁVAJÚ VIAC LEN MAĎARI A GRÉCI

Z pohľadu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti smeruje najviac zdrojov z verejného zdravotného poistenia do ústavnej starostlivosti, na druhom mieste sú úhrady za lieky na recepty. Odstup medzi nimi sa však zásadne mení. Kým v roku 2008 lekáreň zinkasovali len od poisťovní vyše miliardu eur, teda o sotva desatinu (100 mil. €) menej ako išlo na všetku ústavnú starostlivosť, v roku 2013 bol rozdiel medzi týmito skupinami výdavkov už štvornásobný.

GRAF 26: VÝDAVKY VZP PODĽA TYPU ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

MIL. €



1) Z ÚHRAD NA ÚSTAVNÚ STAROSTLIVOSŤ CCA 15 % PRIPADÁ NA AMBULANTNÚ STAROSTLIVOSŤ

PRAMEŇ: ŠTATISTICKÝ ÚRAD SR

Zavedenie referencovania cien liekov stlačilo ich ceny k najnižším v EÚ, čo prinieslo viditeľné úspory a umožnilo posilniť financovanie ostatných poskytovateľov.

Napriek tomu Slovensko minulo v roku 2012 na lieky a medicínsky materiál v prepočte na paritu kúpnej sily viac ako vynakladajú dve tretiny krajín EÚ. V pomere k výkonnosti ekonomiky to bolo až 2,1 % HDP, čo je po Maďarsku a Grécku tretí najvyšší podiel v EÚ (napríklad v ČR je to 1,6 %, v Rakúsku 1,3 % a v Holandsku 1,0 %, pričom priemer únie predstavuje 1,5 %) ¹²⁶. Na Slovensku len z verejných výdavkov išlo na lieky a medicínsky materiál 1,4 % HDP, čo je v EÚ druhá najvyššia hodnota po Grécku.

Celkové rozdelenie zdrojov v slovenskom zdravotníctve medzi poskytovateľov ukazujú až údaje zahŕňajúce priame platby obyvateľstva. Tie sú rozložené diametrálne odlišne v porovnaní s výdavkami zdravotných poisťovní. Výrazne v nich dominujú lieky a iné medicínske tovary, s veľkým odstupom nasleduje ambulantná starostlivosť a iba minimálne pacienti prispievajú na hradenie nemocničnej starostlivosti.

MENEJ NA NEMOCNICE NEDÁVAL V EÚ NIKTO

Nevyvážené celkové rozdelenie zdrojov v slovenskom zdravotníctve veľmi dobre ilustruje porovnanie skladby výdavkov na zdravotnú starostlivosť v krajinách EÚ. Z bežných výdavkov za rok 2012 – spolu verejných i súkromných – vykázalo Slovensko až 36-percentný podiel medicínskych tovarov (hlavne farmaceutík). Je to vôbec najvyšší podiel v rámci celej EÚ. Porovnateľne vysoký bol iba v Maďarsku (35 %), v Česku či Poľsku tvoril 25 %, v Rakúsku iba 16 percent. Vo Švajčiarsku a Nórsku utrácajú na farmaceutické a iné medicínske tovary dokonca len 11 % z celkových výdavkov na zdravie. ¹²⁷

Ak systém financovania zdravotníctva v SR umožní minúť takmer štyri eurá z desiatich na medicínske tovary, tak zdroje zákonite chýbajú inde. Pre ostatných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti to znamená menej zdrojov na ambulantnú, najmä však nemocničnú starostlivosť. Lekári, zdravotné sestry i pacienti sú tak naďalej nútení pracovať resp. liečiť sa v nedôstojných podmienkach chátrajúcich, nedostatočne udržiavaných

126) OECD (2014), Health at a Glance: Europe 2014, OECD Publishing, str. 127; http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2014_en.pdf

127) OECD (2014), Health at a Glance: Europe 2014, OECD Publishing, str. 125; http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2014_en.pdf

budov. A nosiť si do nemocnice neraz aj elementárne hygienické potreby, ktoré prevádzkovateľ nedokáže finančne zabezpečiť.

Publikácia Health at Glance: Europe 2014 z dielne OECD ukazuje, že obeťou nadmerného utrácania za lieky v SR nie je ambulantná starostlivosť. Jej podiel na celkových bežných výdavkoch zdravotníctva (34 %) je v porovnaní s krajinami EÚ štandardný, v strednej Európe patrí k najvyšším. Podstatne skromnejšie zdroje tak zostávajú na lôžkové zariadenia. Podiel výdavkov na nemocničnú (lôžkovú) starostlivosť bol podľa údajov OECD ešte v roku 2012 na Slovensku úplne najnižší v únii (23 %). Aj v Maďarsku bol viditeľne vyšší (27 %), v Holandsku i Česku predstavoval 31 %, v Rakúsku i Poľsku až 36 percent.

Pre objektivitu treba doplniť, že údaje za SR môžu byť mierne skreslené v neprospech nemocničnej starostlivosti. Najmä v dôsledku navýšenia celkových výdavkov (nahodnotenými priamymi platbami obyvateľstva prevažne na medicínske tovary, popísané v podkapitole 4.1.), ako aj pre vyčleňovanie nákladov na tzv. špeciálne vyšetrovacie a liečebné zložky (CT, MR či laboratórne vyšetrenia), ktoré môžu byť v iných krajinách vo väčšej miere zahrnuté vo výdavkoch na nemocnice. V skutočnosti je teda podiel nemocníc z celkových výdavkov na zdravotnú starostlivosť v SR určite vyšší ako 23 %, na jeho presné vyčíslenie však nie sú k dispozícii spoľahlivé údaje. Predpokladáme, že korekcia by zmazala výrazný odstup Slovenska aj za krajinami s najnižším podielom výdavkov na nemocničnú starostlivosť, nestačila by však na posun v poradí s údajmi za rok 2012. V ostatných rokoch však dochádza k citeľnému nárastu objemu zdrojov práve pre lôžkové zariadenia, takže aktuálny podiel nemocníc na zdrojoch v zdravotníctve v SR už nemusí byť najnižší v EÚ.

PREDRAŽENÉ NÁKUPY A NADSPOTREBA

Ceny väčšiny liečiv v SR by už vďaka referencovaniu mali patriť k najnižším v EÚ. Nadpriemerné výdavky za medicínske tovary – nielen v pomere k HDP ale aj na obyvateľa – teda spôsobuje niečo iné. Jedným z dôvodov môže byť nadmerné predpisovanie liekov. Ďalším je spôsob nákupu špeciálnych liečiv a medicínskeho materiálu v štátnych nemocniciach. Tým sa často darí vypísať súťaže tak, že dostanú jedinú ponuku¹²⁸, ktorú aj akceptujú.

Eliminácia nadmernej preskripcie liekov a predražených nákupov v nemocniciach sú nutnými predpokladmi na ceste k efektívnejšej alokácii zdrojov v slovenskom zdravotníctve.

Tretou oblasťou, ktorá si zaslúži zvýšenú pozornosť, sú svižne rastúce úhrady na tzv. spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (laboratórne, CT, MR a iné), kde za päť rokov suma úhrad stúpla až o 61 %. Tieto zložky tvoria hlavne diagnostickú a sčasti tiež liečebnú podporu ambulanciám i nemocniciam. V najväčšej miere ich pracujú zasobujú špecializované ambulance.

Keďže včasná a dôsledná diagnostika je dôležitým predpokladom účinnej a efektívnej liečby, uvedený rast nemusí byť nutne problematický. Rizikom však môže byť veľkorysé nastavenie úhrad zdravotných poisťovní napríklad za CT vyšetrenia, čo indikujú napríklad údaje NCZI o ekonomike organizácií v zdravotníctve i vysoký počet nemocníc plánujúcich nákup CT prístrojov. Je preto mimoriadne dôležité zabezpečiť účinnú kontrolu primeranosti ich využívania. A tiež reflektovanie klesajúcich tržových cien CT prístrojov vo výške úhrad, aby nevznikli škodlivé motivácie pre poskytovateľov a priestor na predražené, či s ohľadom na už existujúce kapacity nadbytočné nákupy.

Podiel zdravotníctva na celkových výdavkoch vlády, resp. verejného sektora, dosahuje v SR už v súčasnosti 15 %, čo je v rámci EÚ nadpriemerná hodnota. Podobné či vyššie sú obvyklé v bohatších krajinách západnej a severnej Európy s vyšším podielom staršej populácie. Podľa údajov OECD¹²⁹ dosahuje z nových členských krajín EÚ podobnú hodnotu iba Česko (14 %), inde zdravotníctvo z verejných zdrojov dostáva menej. V rámci V4 to je v Poľsku 11 % a v Maďarsku iba 10 %.

128) INEKO a Transparency International Slovensko, 2014, Vo veľkých nemocničných tendroch sa súťaží málo Analýza verejného obstarávania slovenských nemocníc v rokoch 2012-2014, <http://www.transparency.sk/wp-content/uploads/2014/12/Analýza-tendrov-nemocnic-2014.pdf>

129) OECD (2014), Health at a Glance: Europe 2014, OECD Publishing, str. 129; http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2014_en.pdf

KAPITOLA 4.5

LIEČBA ALEBO ĎALŠIE CHRADNUTIE ZDRAVOTNÍCTVA

V pomere k iným sektorom (napr. školstvu) tak zdravotníctvo ako celok na Slovensku utráca skôr nadpriemerne veľa (v porovnaní s krajinami EÚ). Ak napriek tomu na mnoho objektívnych potrieb v zdravotníctve zdroje chýbajú, treba ich v prvom rade hľadať vnútri systému. Hlavne na miestach, kde zo zdravotníctva neefektívne odtekajú.

Ani o zdraví pacientov nerozhoduje suma peňazí, ktoré mŕňajú na lieky, ale dobre zvolená terapia, spolupráca pri liečbe a často tiež schopnosť vzdať sa škodlivých návykov a korigovať životosprávu. Podobne to bude so zdravotníctvom. Pri dobrej terapii – zásadnej revízii a náprave pravidiel tak, aby zaviedli zdravšie motivácie – má zdravotníctvo na Slovensku šancu sa liečiť i ozdraviť.

V prípade jej odkladania či odmietania bude pozvoľné chradnutie pokračovať. To negatívne pociatia súčasní i budúci pacienti, ako aj väčšina poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

V prípade odkladania reforiem sa pacienti môžu pripraviť na:

- trvajúce zaostávanie Slovenska v strednej dĺžke života a obzvlášť v dĺžke života v zdraví oproti väčšine krajín EÚ a OECD (chronické choroby/ťažkosti už od nízkeho veku, predčasné zomieranie na choroby, ktorým sa dá predísť),
- rastúce zameranie poskytovateľov na kvantitu (počty pacientov, výkonov, hospitalizácií), podľa ktorej sú platení, nie na kvalitu (výsledky), ktorá sa riadne nekontroluje a nezohľadňuje,
- stagnáciu či dokonca zhoršovanie kvality nemocničnej starostlivosti,
- zhoršenú dostupnosť náročnejších zákrokov, uprednostňovanie takých, ktoré sa nemocnici pri rovnakej platbe za hospitalizáciu viac vyplatia,
- riziko, že natrafia na nekvalitného lekára, ktorému systém napriek zlým výsledkom poskytovanej starostlivosti liečby dovoľuje prosperovať,

- útek ambulantných lekárov z chátrajúcich polikliník a koniec dostupnosti komplexnej ponuky špecializovaných ambulancií pod jednou strechou,
- zhoršovanie dostupnosti ambulantnej i nemocničnej starostlivosti, obzvlášť v regiónoch so slabšou kúpyschopnosťou a menším potenciálom inkasovania doplatkov od pacientov,
- využívanie moderných diagnostických prístrojov nielen na základe objektívnej potreby pre pacienta ale s ohľadom na atraktivnosť ich preplácania poisťovňami,
- predlžovanie čakacích lehôt na vybrané zákroky,
- pretrvávajúce podmienok bez jasne definovaného nároku pacienta,
- šírenie neformálnych platieb,
- nezavádzanie (či oneskorené zavádzanie) nových liečebných postupov, ktoré by mohli viac zlepšiť kvalitu života, prípadne ich obmedzené zavádzanie a podmieňovanie neformálnymi platbami,
- pribúdanie epidémií, ak nedôjde k zmene návykov v segregovaných rómskych komunitách s expandujúcou populáciou.

Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti sa môžu pripraviť na:

- pokračujúce financovanie na základe kvantity (počtu hospitalizácií, ambulantných výkonov) väčšinou bez zohľadnenia náročnosti, ako aj kvality poskytnutej starostlivosti a výsledkov pre pacienta,
- ďalšie zvyšovanie vnútorného dlhu nemocníc a zhoršovanie pracovného prostredia,
- zhoršovanie platobnej schopnosti a s tým súvisiace výpadky dodávok rôznych vstupov,
- zužovanie okruhu výkonov plne hrazených z verejného zdravotného poistenia – potreba hľadať vo väčšej miere komerčných klientov (samoplatiteľov),
- nezavádzanie (neuhádzanie) nových medicínskych postupov a technológií (prípadne len živelne, bez pravidiel),
- redukciu (nezazmluvňovanie) niektorých oddelení v regionálnych nemocniciach a následné problémy s financovaním prevádzky neprimerane veľkých budov,

- neschopnosť zabezpečiť atraktívne platové podmienky,
- odchod kvalitného personálu do zahraničia,
- znižovanie atraktivity zdravotníckych profesií a nižšiu kvalitu študentov hlásiacich sa na štúdium medicíny a ďalších zdravotníckych odborov.

Čím skôr k narovnaní pokrivených motivácií v zdravotníctve dôjde, tým reálnejšia je šanca na minimalizáciu vyššie uvedených dopadov. Rastúca chorobnosť na viaceré chronické ochorenia a dlhodobá finančná záťaž s nimi spojená sa totiž prejaví podstatne skôr než Slovensko naplno pocíti tlak z titulu starnutia populácie modelovaný v 3. kapitole.

KAPITOLA 5

ODPORÚČANIA

V záujme zlepšiť zdravotný stav obyvateľov SR a priblížiť ho k najúspešnejším krajinám ako aj v záujme zabezpečiť dlhodobú finančnú stabilitu zdravotníctva INEKO odporúča:

DÁTOVÁ ZÁKLADŇA A JEJ VYUŽÍVANIE

1 Odstrániť nedostatky v systéme zberu údajov a nadväzne v kvalite štatistických informácií o zdraví populácie a o fungovaní zdravotníctva. Zabezpečiť spoľahlivé údaje o príčinách mortality, o morbidite a o financovaní zdravotnej starostlivosti, ako aj o indikátoroch kvality, ktoré by umožnili lepšie porovnanie s krajinami EÚ či OECD a spoľahlivo ukázali, kde má Slovensko najväčší priestor na zlepšovanie. Zaviesť sledovanie dát aj samostatne za nerómsku a rómsku populáciu, prípadne tiež segregované komunity, a tak vytvoriť predpoklady na lepšiu identifikáciu konkrétnych problémov, prijímanie adresnejších opatrení a meranie ich účinnosti.

2 Zverejňovať na internete agregátne údaje (štatistiky) zo všetkých štvrtročných a ročných výkazov, ktoré tisícky poskytovateľov zdravotnej starostlivosti zasielajú Národnému centru zdravotníckych informácií (zatiaľ sú dostupné len na vyžiadanie, za jednotlivé roky – bez

časových radov). Zverejňovanie by spolu s jednoduchším a širším využívaním údajov odbornou verejnosťou prinieslo aj vyššiu ochotu spravodajských jednotiek údaje reportovať (nateraz nevidia výstupy ani praktickú využiteľnosť). Zároveň by umožnilo postupné skvalitnenie údajovej základne pre rezort zdravotníctva (užívatelia môžu upozorniť na nízku dôveryhodnosť niektorých dát v oblasti, ktorej sa venujú, a potrebu vyjasnenia metodiky).

3 Zvýšiť pozornosť venovanú vyhodnocovaniu údajov a ich porovnávaniu so zahraničím, najmä so susednými krajinami a so „smart countries“. Vytvárať tak priestor na hodnotenie jednotlivých oblastí a čiastkových politík v zdravotníctve na základe objektívnych údajov (nielen pocitov) a hlavne prinášanie riešení inšpirovaných dobrým poznaním zahraničných skúseností (nielen potrebou nejako reagovať na verejnou vnímaný problém).

4 Pravidelne merať a zverejňovať kvalitu a efektívnosť jednotlivých zdravotných poisťovní aj poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Zostavovať rebríčky podľa spoľahlivých a medzinárodne uznávaných ukazovateľov s možnosťou strojového spracovania podkladových dát. Financovanie poskytovateľov upraviť podľa výsledkov kvality a efektívnosti s cieľom zmeniť ich motivácie

k dosahovaniu lepších výsledkov a optimalizovať sieť poskytovateľov.

PREVENICA (OSVETA, VZDELÁVANIE)

5 V súlade s názvom rezortu „zdravotníctva“ venovať adekvátnu pozornosť nielen chorým ale aj zatiaľ zdravým. V záujme starostlivosti o zdravie celej populácie podporovať primárnu prevenciu s dôrazom na podporu zdravého životného štýlu a elimináciu rizikových faktorov najrozšírenejších chronických chorôb v SR, a to nielen v rovine deklarácií a schvaľovania programov prevencie ale aj zabezpečením zdrojov na ich uskutočňovanie (v ostatných rokoch zostávajú iba na papieri, bez zdrojového krytia). Ak štát nemá kapacity na tvorbu a realizáciu aktivít, ktorými by účinne plnil programy prevencie, prípadne v tom nevie byť dostatočne efektívny, vytvoriť grantovú schému na podporu zdraviu prospešných projektov.

6 Úpravou legislatívy umožniť zdravotným poisťovniam, aby programy primárnej prevencie cielenej na zatiaľ zdravých i terciárnej prevencie pre chronicky chorých (zmena návykov zhoršujúcich priebeh už získaného ochorenia) mohli financovať rovnako ako sekundárnu prevenciu (skriningové vyšetrenia) či liečebnú starostlivosť. Napríklad umožniť vytváranie/podporu motivačných programov na podporu zmeny životného štýlu (nielen u chronicky chorých – znižovanie nadváhy či vystavovania sa ďalším rizikovým faktorom. Ide o efektívny spôsob ako znižovať rozšírenie chronických chorôb, zmierňovať ich následky a redukovať riziko nezvládnuteľného rastu výdavkov a deficitu zdravotníctva.

7 Zvýšiť zdravotnú gramotnosť populácie. Výrazne zintenzívniť osvetu o zdravom životnom štýle a prevencii najrozšírenejších ochorení, vrátane potrebných úprav v obsahu vzdelávania (zavedenia výchovy ku zdraviu) už na základných školách.

8 Zosúladiť receptúry a iné usmernenia pre zariadenia spoločného stravovania detí v predškolskom a školskom veku so zásadami zdravej výživy a odporúčanými výživovými dávkami pre obyvateľstvo v SR v príslušných vekových skupinách.

9 Zabezpečiť ďalšie vzdelávanie pracovníkov zariadení spoločného stravovania (najmä školských a závodných jedální) v otázkach zdravej výživy a odporúčaní pre nutrične vyváženú stravu.

10 Odstraňovať chudobu a sústrediť sa na zlepšenie zdravotného stavu občanov žijúcich v horších životných podmienkach, resp. rómskej populácie. Pri boji s chudobou pokračovať v znižovaní odvodov pre ľudí s nízkym príjmom a v posilňovaní súbehu dávok v hmotnej núdzi a príjmu z práce tak, aby sa aj pri nízkom príjme či poberaní sociálnych dávok viac oplatilo pracovať.

11 Pravidelný monitoring zdravotného stavu a dodržiavania hygienických štandardov cieliť priamo na rizikové komunity, teda ľudí žijúcich v horších životných podmienkach. Pre takéto komunity zabezpečiť osvetu o ich hlavných rizikových faktoroch spôsobom, ktorému dokážu účinne porozumieť.

NASTAVENIE ZDRAVÝCH MOTIVÁCIÍ

12 Posilniť vedomie o právach pacientov (napríklad povinným informovaním pacienta odovzdaním letáka na začiatku každej hospitalizácie) a kontrolovať dodržiavanie týchto práv. Informovanejší pacienti dokážu lepšie vymáhať svoje práva, čo bude nútiť poskytovateľov k zaisteniu kvality a zníženiu chybovosti.

13 Zaviesť spoluúčasť pacienta vo forme percenta z účtovanej ceny, resp. z maximálnej ceny regulovanej štátom. Umožniť vyberať paušálne regulačné poplatky pri návšteve lekára či hospitalizácii. Zavedením formálnych platieb a spoluúčastí vytesniť väčšinu neformálnych platieb a zabezpečiť tak, aby zdroje od občanov nešli mimo systém prevažne k úzkej skupine lekárov ale prispeli k riadnemu dofinancovaniu systému zdravotnej starostlivosti.

14 Spoluúčasť a priame platby zavádzať súčasne s limitmi/stropmi pre maximálne výdavky v hotovosti, ktorých cieľom by mala byť ochrana najmä sociálne slabších, chronicky chorých a starších pacientov pred neúnosnými výdavkami v hotovosti. Vďaka stropom môže byť formálna spoluúčasť menšou záťažou práve pre chudobných a chorých, ktorí v súčasnom systéme najčastejšie platia neformálne platby, a to bez ochranných stropov.

15 Poisťovne ako nákupcovia zdravotnej starostlivosti by mali niesť vyššiu zodpovednosť za jej kvalitu. Vytvoriť legislatívne prostredie, ktoré umožní poisťovniam v spolupráci s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti vytvárať programy manažmentu pre chronicky chorých a zdieľať k tomu potrebné dáta, najmä klinické údaje

(výsledky vyšetrení) a osobné údaje poistencov (fajčenie, váha a pod.).

16 Vytvoriť podmienky, aby poisťovne mohli postupne zohľadňovať niektoré rizikové faktory vo výške poisťného pre jednotlivých poistencov, napr. zavedením bonusov a malusov za zodpovedné alebo naopak rizikové správanie. V prvej fáze by poisťovne mohli napríklad diferencovať ľudí, ktorí absolvujú a neabsolvujú preventívne vyšetrenia, fajčiarov a nefajčiarov, ľudí s nadváhou a obezitou, ľudí s iným rizikovým správaním – drogy, alkohol, atď.

17 Zatraktívniť profesiu všeobecných lekárov, aby sa stala výzvou pre mladých lekárov, a to systémovými opatreniami, vrátane racionálnejšej delby práce v zdravotníctve. Upraviť indikačné a preskripčné obmedzenia s cieľom posilniť kompetencie všeobecných lekárov, zdravotných sestier, nutričných terapeutov a klinických farmaceutov pri liečbe chronicky chorých. Umožniť tak prenesenie niektorých rutinných výkonov z lekárov na zdravotné sestry a niektorých výkonov špecializovaných ambulancií na všeobecných lekárov – inšpirovať sa príkladmi osvedčenými už v iných krajinách.

REGULÁCIA

18 Pri regulácii posilniť dôraz na výstupy a súčasne uvoľniť reguláciu vstupov. Štát by mal postupne uvoľňovať podmienky na personálne a materiálne vybavenie poskytovateľov a zamerať sa na presnejšie definovanie základného balíka zdravotnej starostlivosti. Vráťane diagnostických a liečebných štandardov, detailných požiadaviek na poskytnutie služieb (napr. maximálne čakacie doby), ako aj merania kvality a efektívnosti liečby.

19 Zdravotné poisťovne regulovať cez požiadavky na dostupnosť, nie vyžadovaním plošného uzatvárania zmlúv s poskytovateľmi, pri ktorom nie je možný dostatočný tlak na efektívnosť. Zrušiť tzv. koncovú sieť nemocníc, t.j. zoznam všetkých štátnych ústavných zariadení, s ktorými musia zdravotné poisťovne uzavrieť zmluvu. Zdravotné poisťovne by mali byť zodpovedné za kontrahovanie takej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, kde budú dodržané indikátory kvality, maximálne čakacie doby a väčšina pacientov nebude cestovať dlhšie ako stanovený čas pre jednotlivé odbornosti.

20 Presnejšou definíciou základného balíka a zavedením diagnostických a liečebných

štandardov umožniť jasnejšie rozlíšenie zákonných nárokov a ich účinnejšie vymáhanie. Zníži sa tým aj motivácia vykonávať tzv. defenzívnu medicínu, t.j. poskytovanie nadmernej (aj nepotrebnnej) starostlivosti s cieľom vyhnúť sa prípadným problémom pri komplikáciách a neskorších ťažnostiach pacientov. Zároveň sa obmedzí šedá zóna – vyjasnenie nárokov z verejného zdravotného poistenia a legalizácia platieb za ostatné služby vytvorí podmienky na vznik a rozvoj nepovinného doplnkového poistenia a výrazne obmedzí priestor na neformálne platby a iné plnenia „pomimo“.

ZMENŠOVANIE PRIESTORU NA NEHOSPODÁRNOSŤ

21 Zaviesť transparentné účtovanie poskytnutých tovarov a služieb tak, aby pacient pri každom čerpaní videl, za čo a koľko platí priamo a čo za neho platí poisťovňa.

22 Pravidelne porovnávať ceny veľkých ako aj najčastejšie sa opakujúcich nákupov štátnych, resp. samosprávami ovládaných nemocníc, s cenami, za ktoré nakupujú nemocnice súkromných prevádzkovateľov, ako aj s cenami v zahraničí. Cenové porovnania by mali brať do úvahy dôležité parametre nakupovaných tovarov či služieb a slúžiť tak nemocniciam ako pomôcka pre efektívne nákupy. Komplexné informácie o cenových porovnaniach by zároveň mali byť voľne dostupné, čo zvýši možnosti dohliadať na hospodárenie nemocníc. Obmedzil by sa tým priestor pre výrazne nehospodárne nákupy v štátnych nemocniciach. Zverejnenie by malo byť realizované spôsobom umožňujúcim ľahkú zrozumiteľnosť údajov aj ich strojové spracovanie bez predchádzajúcich manuálnych úprav.

23 Presadiť vyššiu otvorenosť nemocníc verejnej kontrole. Nemocnice spadajúce pod ministerstvo zdravotníctva by mali zverejňovať zmluvy ale aj dokumenty verejného obstarávania v plnej miere, v dobrej kvalite, a najmä v užívateľsky priateľskej forme, aby sa dalo v nich ľahko vyhľadávať a pracovať s nimi. Lepšie by mali informovať aj o svojich hospodárskych výsledkoch a fungovaní.

24 Zaviesť elektronické predpisovanie liekov umožňujúce kontrolu v reálnom čase. Monitorovať a vyhodnocovať predpisové praktiky lekárov. Porovnávať ich aj v kontexte s informáciami o všetkých druhoch príjmov a iných benefitov, ktorými sa lekárov snažia ovplyvňovať farmaceutické spoločnosti a ktorých hodnotu

by tieto mali nahlasovať za jednotlivých lekárov. Sfunkčniť monitoring a vymáhanie povinnej generickej preskripcie aj substitúcie, zrozumiteľnejšie informovať pacientov o alternatívach a motivovať ich k využívaniu generík.

25 Zverejňovať údaje o výdavkoch zdravotných poisťovní na liečbu finančne najnáročnejších diagnóz, vrátane sprístupnenia anonymizovaných individuálnych údajov na analytické účely. Údaje majú umožniť hľadať úspory napr. zefektívňovaním liečebných postupov.

26 Zaviesť jednotné pravidlá pre definovanie produktu, ktorý poisťovne kupujú od poskytovateľov. Pre ambulantné zariadenia ide o zabezpečenie aktualizovaného katalógu výkonov, pre lôžkové zariadenia najmä o zavedenie systému DRG, ktorý zatriedi hospitalizácie do skupín podľa diagnóz a súvisiacich diagnostických a liečebných výkonov. Nadväzne pokračovať v spresňovaní mechanizmu prerozdelenia zdrojov medzi poisťovňami tak, aby čo najlepšie zohľadňoval ich rozdielne výdavky spôsobené rozdielnym rizikom poistných kmeňov.

27 Dbieť, aby sa systém referencovania cien k najnižším v EÚ neobchádzal neprimerane rýchlym zaraďovaním nových liečiv, ktoré ešte väčšina krajín na trh nepustila, a zatiaľ sú len v bohatých krajinách s vysokými cenami.

28 Pri zavádzaní nielen nových liekov, ale aj zdravotníckych pomôcok, postupov (výkonov) či technológií do systému úhrad z verejného zdravotného poistenia počítať a zverejňovať aj efektívnosť (hodnota za peniaze) a dopady na verejné financie, napríklad prostredníctvom špecializovanej HTA (Health Technology Assessment) agentúry. Hodnotiť aj efektívnosť existujúcich (skôr zavedených) technológií a postupov, čím sa zabezpečí tlak na ich postupné zlacňovanie. Napríklad posúdiť efektívnosť zvýšenia dostupnosti trvalých endoprotéz kolenného a bedrového kĺbu, prípadne širšieho využívania ďalších zákrokov dlhodobo zlepšujúcich kvalitu života pacientov.

29 Na stránkach ministerstva automaticky zverejňovať informácie o konfliktoch záujmov členov poradných orgánov spolu s informáciou, ako budú minimalizované možné negatívne dopady vyplývajúce z konfliktu záujmov. Videozáznamy resp. priame prenosy zo zasadnutí kategorizačnej komisie archivovať a zverejňovať.

30 Zverejniť a zdôvodniť prípady, kedy sa rozhodnutie ministerstva odlišuje od odporúčania kategorizačnej komisie alebo kategorizačnej rady.

31 Vo všetkých nemocniciach zaviesť výkazníctvo na aktuálnej báze podľa vzoru akciových spoločností. Vo veľkých nemocniciach overovať účtovné závierky auditorom a tieto zverejňovať na web stránke nemocnic.

32 Zavádzať tvrdé rozpočtové pravidlá (vrátane umožnenia konkurzov a exekúcií) pre hospodárenie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

33 Vyberať za manažérov štátnych nemocníc a iných zdravotníckych zariadení odborníkov na základe transparentného verejného výberového konania. Posilniť nezávislosť Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS) nemožnosťou odvolať jeho predsedu de facto z akéhokoľvek dôvodu.

34 Dokončiť transformáciu štátnych nemocníc na akciové spoločnosti a v transparentných tendroch umožniť vstup súkromného kapitálu do nich – strategickí investori môžu priniesť do nemocníc lepšie (dlhodobo udržateľné) hospodárenie, vyššiu kultúru aj know-how. Privatizácia musí ísť ruka v ruku s vytvorením kvalitného regulačného rámca (vrátane systému merania kvality a efektívnosti poisťovní aj poskytovateľov), aby sa nezhoršila ale naopak zlepšila kvalita a dostupnosť poskytovanej zdravotnej starostlivosti pre pacientov.

PRÍLOHA - RECENZIE

MARIAN FAKTOR

EXPERT KDĤ NA ZDRAVOTNÍCTVO

Viac ako diskutovať k jednotlivým častiam analýzy Ako Slovensko zaplatí za neliečenie zdravotníctva by som touto cestou chcel v prvom rade vyzdvihnúť fakt, že táto analýza vôbec vznikla a že jej autori naozaj na vysokej úrovni a do hĺbky dokázali rozobrať a pomenovať riziká, ktorým slovenské zdravotníctvo čelí alebo bude musieť čeliť v najbližších rokoch.

To, čo je veľmi dôležité, a čo na Slovensku v súčasnosti chýba je diskusia o základnom smerovaní slovenského zdravotníctva. A to je dôvodom častých a nekoncepčných zmien, ktoré poškodzujú výkonnosť akéhokoľvek systému. Práve odborná diskusia je predpokladom širokej zhody v zásadných otázkach. Účastníkmi diskusie majú byť pacienti, lekári, zdravotnícky pracovníci, odborníci a v neposlednom rade politici.

Je mimoriadne dôležité vedieť, ako politické rozhodnutia, ktoré robíme dnes, môžu ovplyvniť život obyvateľov na desaťročia dopredu. A naopak, pokiaľ máme predstavu o tom, kam smerujeme, je potrebné sa k tomu zodpovedne postaviť už dnes.

Analýza INEKO Ako Slovensko zaplatí za neliečenie zdravotníctva splnila svoju neľahkú úlohu poukázať na možné problémy, s ktorými sa naše zdravotníctvo bude v najbližších rokoch stretávať čím ďalej, tým viac. A keďže rok 2060 nie je až takou vzdialenou budúcnosťou, ako by sa na prvý pohľad mohlo zdať, odpovede na otázky, ktoré otvorila táto štúdia treba začať intenzívne hľadať už dnes.

Je úlohou odborníkov nadviazať na túto štúdiu a navrhnúť efektívne riešenia na zabezpečenie kvalitnej a dostupnej zdravotnej starostlivosti pre ďalšie generácie.

Vo veľkej miere sa s autormi analýzy zhodujem a základnými piliermi tohto systému by mali byť:

- Definícia nároku pacienta na zdravotnícke služby hrazené z verejného zdravotného poistenia. Nárok pacienta musí byť jednoznačný, zrozumiteľný a vymožitelný.
- Zabezpečenie udržateľného financovania zdravotníctva s jasnou definíciou spoluúčasti a ochranného limitu sociálne slabších občanov.

- Jasná definícia zodpovednosti jednotlivých subjektov v systéme zdravotnej starostlivosti, ktorý zahŕňa štát, zdravotné poisťovne, poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ale aj samotných pacientov. Zodpovednosť musí byť sprevádzaná motivačnými faktormi, ktoré vedú k zodpovednejšiemu správaniu a vytváraniu pridanej hodnoty v systéme.
- Transparentné prostredie s vysokou mierou verejnej kontroly, ktoré je zároveň otvorené k novým poznatkom a technologickým inováciám, ktoré prinášajú pridanú hodnotu pre pacientov.
- Práve zhoda a následné opatrenia v týchto oblastiach nám umožnia vytvárať moderné a zdravé zdravotníctvo, ktoré pacienti prinesie:
- Dostupné a kvalitné zdravotné služby, vedúce vo svojich dôsledkoch k zlepšeniu zdravotného stavu obyvateľstva;
- Ochranu rozpočtov rodín a jednotlivcov (rovnako ako verejných financií) pred neodôvodnenými výdavkami na zdravotníctvo;
- Spokojnosť založenú na možnosti voľby a rešpektovaní ich individuálnych potrieb.

Na to, aby sme tieto riešenia dokázali presadiť a udržať ich smerovanie, je potrebná široká odborná diskusia a politický konsenzus.

Som presvedčený, že analýza INEKO je na to dobrým odrazovým mostíkom.

KATARÍNA KAFKOVÁ

PREZIDENTKA ASOCIÁCIE NA OCHRANU PRÁV PACIENTOV SR

(posudok k pracovnej verzii analýzy z apríla 2015)

Ide po dlhom období o prvú prácu, ktorá sa venuje širokému okruhu problémov slovenského zdravotníctva po uplynutí desiatich rokov od Zajacovej reformy. Je to práca, ktorá je vhodná na poskytnutie nielen odbornej verejnosti, politikom a novinárom, ale mala by byť určená najmä širokej verejnosti.

Práve široká verejnosť má právo na čo najviac informácií, aby si svoje osobné skúsenosti konfrontovala s makropohľadom. Aj keď stav nášho zdravotníctva nie je z pohľadu autorov práve lichotivý, stále ešte máme priestor na celospoločenskú diskusiu do prijatia konsenzu, akou cestou sa bude naše zdravotníctvo v najbližších rokoch a desaťročiach uberať. Je to práve spotrebiteľ služieb, v tomto prípade pacient, či potenciálny pacient, ktorý by mal byť aktívnym účastníkom pri rozhodovacom procese a ktorý by mal prijať tiež svoju zodpovednosť v smerovaní a vo fungovaní zdravotníctva s priebežným vyhodnocovaním jeho výsledkov. Jeho zastúpenie v prijatí zodpovednosti za stav zdravotníctva je aj v súlade s Európskou chartou práv pacientov, ktorá presadzuje nevyhnutnú potrebu občianskej účasti vo veciach verejných, ktorú sú povinní rešpektovať politici a inštitúcie.

Materiál veľmi komplexne pojednáva o zdravotnom stave populácie, a to z viacerých pohľadov. Osobitnú pozornosť by si však zaslúžilo samostatné posúdenie rómskej a nerómskej populácie, aby boli správne identifikované zdravotné potreby, ako aj riziká jednotlivých skupín obyvateľstva s následnou prípravou špecifickej štátnej zdravotnej politiky orientovanej na zistenia u oboch populácií.

Zvláštnu pozornosť je potrebné z dlhodobého horizontu venovať aj seniorom. Ako sa konštatuje v samotnej práci, demografický vývoj so sebou prináša viaceré riziká. Preto je nevyhnutné venovať sa skupine pacientov, ktorí vyžadujú dlhodobú kombinovanú zdravotno – sociálnu starostlivosť. A to nielen v ústavnej starostlivosti, kam môžeme dnes zaradiť už aj poskytovateľov sociálnych služieb. Do pozornosti je potrebné zahrnúť aj zmenu pretrvávajúcej dogmy o pôsobení len zdravotníckych

pracovníkov z zdravotníctve. Je vhodné začať so začleňovaním profesionálnych opatrovateľov aj do systému zdravotníckych služieb.

Časť o prognóze deficitu v zdravotníctve a o možnostiach jeho krytia je pomerne podrobne spracovaná. Autor vychádza z dostupných informácií a údajov a modeluje viacero možností riešenia. Je podstatné, aby najmä táto kapitola bola predstavená a komunikovaná so širokou verejnosťou a súčasne aby boli komunikované aj nástroje na zmiernenie prognóz potreby dramatického zvyšovania poisťného, či spoluúčasti, ktoré sú v rukách samotných spotrebiteľov zdravotnej starostlivosti.

Je potrebné zapojiť širokú verejnosť do diskusie o stave zdravotníctva a starostlivo vysvetlovať, že zmysluplné systémové opatrenia a nástroje sú plne opodstatnené. Z hľadiska demografického vývoja na Slovensku je potrebné uplatniť celospoločenský tlak na ich zavádzanie, nastavenie a zaviesť účinnú celospoločenskú kontrolu ich plnenia, a to bez ohľadu na politickú stranu, ktorá zdravotníctvo v tom ktorom čase riadi.

Práca „Ako Slovensko pocíti neliečenie zdravotníctva“ autorov Jána Kovalčíka a Mateja Tunegu, INEKO považujem za jednoznačný prínos pre všetky, ktorým zdravotníctvo a jeho ďalší vývoj nie sú ľahostajnými. Ide o veľmi dobre a komplexne spracovaný materiál, ktorý reálne poukazuje na dôsledky starnutia populácie, či na rezervy v efektívite využívania dostupných finančných zdrojov. Aj keď práca neobsahuje konkrétne vedecké dokazovania, čo nebolo ani jej cieľom, komplexne ukazuje na hlavné problémy slovenského zdravotníctva. Preto by mala byť čo najširšie dostupná, aby evokovala tie správne diskusie politikov so širokou verejnosťou pred prijímaním riešení a smerovaní zdravotníctva.

VILIAM NOVOTNÝ

POSLANEC NÁRODNEJ RADY SR

(posudok k pracovnej verzii analýzy z apríla 2015)

Veľmi dobrá práca autorov odhaľuje na objektívnych štatistických porovnaníach skutočný stav slovenského zdravotníctva a jeho vyhliadky na najbližších 50 rokov. Autori na základe precíznej analýzy navrhujú celkovo 32 opatrení, ktoré by mohli viesť k „ozdraveniu nášho zdravotníctva“.

Analýza konštatuje smutné štatistické skutočnosti. Slováci v priemere žijú najmenej rokov zdravého života spomedzi 28 krajín Európskej únie. Žijeme kratšie a sme viac chorí. Obdobie stagnácie strednej dĺžky života, ktoré je dedičstvom posledných 30 rokov socializmu, sa podarilo v skutočnosti prelomiť len prednedávnom. Vypelú Európu pozvoľna dobiehame až od roku 2008.

Práca však veľmi dobre poukazuje na to, že až 70% zdravia majú ľudia vo svojich rukách. Zlá životospráva, chýbajúca pohybová aktivita, nevhodné stravovanie, alkohol, fajčenie a chudoba, sú determinanty, ktoré ovplyvňujú zdravie 2,5-násobne viac ako zdravotníctvo.

Aby toho nebolo málo, analýza odhaľuje, že slovenskí pacienti majú k dispozícii málo efektívny systém zdravotnej starostlivosti. Aj keď naň mŕime až 7,5% HDP, z čoho je 17% hotovostných platieb (upresnenie hodnôt OECD autormi), väčšina pacientov aj zdravotníkov je s ním nespokojná. Dominuje v ňom totiž kvantita nad kvalitou, štátna regulácia, chýbajúca motivácia poskytovateľov zo strany zdravotných poisťovní na základe výsledkov, chýbajúca motivácia zdravotníkov šetriť vzácne zdroje a pacientov správať sa zodpovedne k vlastnému zdraviu.

Dlhé čakanie, nejasný nárok, množstvo zbytočných vyšetrení, jedny z najvyšších nákladov na lieky, nedofinancované nemocnice, predražené a chaoticky nakupované prístroje, obrovský modernizačný dlh, podráždení a unavení zdravotníci tlačení zamestnávateľom do kvantity a nie kvality liečby, starnúci ambulantní lekári. Asi takto vyzerá zdravotníctvo na Slovensku, čo analýza veľmi precízne objektívizuje.

Slovenské zdravotníctvo dokonca zlyháva vo svojom základnom poslaní, v zlepšovaní zdravotného stavu ľudí. Napriek obrovským každoročným investíciám do liečby chorôb srdca a ciev, a vybudovaniu moderných kardiocentier, chorobnosť a úmrtnosť na tieto choroby

stagnuje. Slovenské zdravotníctvo, na rozdiel od väčšiny vyspelých krajín EÚ a OECD, v boji s najrozšírenejšou civilizačnou chorobou – ischemickou chorobou srdca, zlyháva. Rozhodujúcou príčinou je absolútne zanedbaná prevencia. Výsledkom je, že nákladnou liečbou preplácame zanedbávanú prevenciu, no nevedie to k efektu.

Autori upozorňujú, že okrem relatívne zlého zdravotného stavu obyvateľstva a neefektívnosti zdravotníckeho systému bude v budúcnosti zvyšovať tlak na nárast zdrojov v zdravotníctve starnutie obyvateľstva. Navrhujú preto niekoľko alternatív, ako reálne narastajúcu potrebu zdrojov odhadovanú na 2% HDP do roku 2060 vykryť.

Autorom sa zdá byť najreálnejším postupné zavádzanie a zvyšovanie spoluúčasti pacientov v zdravotníctve spolu s postupným zvyšovaním efektivity výberu odvodov, a to v kombinácii s následným miernejším zvyšovaním sadzieb odvodov alebo daní. Samozrejme s odstraňovaním vnútornej neefektívnosti systému.

Zväzil by som možno ako alternatívu zúženie rozsahu zdravotnej starostlivosti plnej hradenej z verejného zdravotného poistenia v kombinácii s poistnými plánmi. Umožnilo by to poisťencom vybrať si v rámci svojej poisťky okrem povinného solidárneho balíka aj tú časť starostlivosti, ktorá je pre nich dôležitá a za zvyšok doplácať. Umožnilo by to poisťovníam efektívnu súťaž poisťnými plánmi o poisťencov.

Analýza podľa môjho názoru presne pomenováva príčiny neefektívnosti zdravotníctva a pomerne zlého zdravotného stavu obyvateľstva. Modeluje ďalší vývoj v zdravotníctve v najbližších rokoch, ako aj finančné potreby vo vzťahu k zlému demografickému vývoju. Viac ako súbor možných riešení, ktoré analýza precízne vymenováva, je ale dôležitá vôľa ich realizovať. Je jasné, že bez zásadných systémových zmien v zdravotníctve, dlhodobej starostlivosti a dôchodkovom poistení budú tieto v najbližších 50 rokoch, pri súčasnom nastavení, neudržateľné.

HENRIETA TULEJOVÁ

ŠPECIALISTKA ODB. STRATEGICKÉHO
PLÁNOVANIA, DÓVERA ZDRAVOTNÁ
POISŤOVŇA, A.S.

(posudok k pracovnej verzii analýzy z apríla 2015)

INEKO si dalo vo svojej publikácii ambiciózne a veľmi aktuálny cieľ komplexne zhodnotiť dopady nereformovania zdravotníctva, hlavne z pohľadu udržateľnosti jeho financovania a vývoja zdravotného stavu obyvateľstva.

Autori odviedli veľmi kvalitnú prácu pri zhodnotení aktuálneho zdravotného stavu slovenského obyvateľstva v porovnaní s krajinami EÚ a OECD. Bohužiaľ Slovensko obsadzuje „vrcholné pozície“ ako jedno z najhorších v mnohých parametroch od dĺžky dožitia pri narodení či vo veku 65 rokov cez mieru úmrtnosti na preventabilné ochorenia ako sú srdcovocievne choroby až po zbytočne vysokú záťaž chronických chorôb na kvalitu života Slovákov. Veľkým prínosom práce je, že sa pokúša pomenovať skutočné príčiny tohto neutešeného stavu od neefektívnosti systému zdravotníctva až po zlý životný štýl Slovákov. Táto časť by bola ešte prínosnejšou, keby bola doplnená o konkrétne príklady zo zahraničia, napr. ohľadom nástrojov na zníženie úmrtnosti na kardiovaskulárne ochorenia.

V ďalšej časti sa autori snažia o prognózu deficitu v zdravotníctve, ktoré vychádzajú z výdavkových scenárov pre zdravotníctvo Rady pre rozpočtovú zodpovednosť. Z popisu metodiky nie je jasné, ako bola využitá rozsiahla práca Európskej komisie pri prognózovaní rastu nákladov na zdravotníctvo, ktorá počíta s viacerými vplyvmi na rast nákladov – od vplyvu demografie zdravotného stavu až po dopad konvergencie nákladov a odmien v zdravotníctve k ostatným krajinám EÚ. Z hľadiska vplyvu zdravotného stavu na náklady zdravotníctva, je pre Slovensko vzhľadom na negatívne parametre zdravotného stavu potrebné uvažovať so scenárom expanzie morbidity. To znamená, že dodatočné roky sa obyvatelia dožijú v horšom zdravotnom stave a budú spotrebúvať aj viac zdravotnej starostlivosti. Zároveň sa zhorší miera ekonomickej závislosti a starších (= čerpajúcich zdravotnú starostlivosť viac) bude v populácii percentuálne viac ako doteraz. Užitočné by bolo zrovnanie týchto prognóz s 2 existujúcimi prognózami Európskej komisie z r. 2009 a 2012.

Modelované scenáre počítajú len s verejnými výdavkami na zdravotníctvo a nezohľadňujú vysoké priame (formálne i neformálne) platby, ktoré sú podľa anekdot obyvatelstva ale aj reakcie poskytovateľov na nedávnu legislatívnu zmenu v tejto oblasti, významným zdrojom zdravotníctva. Autori sa vo svojej štúdií pokúšajú o zhodnotenie dostupných štatistík k uvedenej téme a poukazujú na možné nedostatky v metodike. Z uvedeného však nie je zrejmé, v čom je problém ani na čom autori zakladajú svoje odhady ohľadom výšky spoluúčasti, ktoré sú v rozpore s tvrdeniami pacientov a lekárov. Prínosom by bol nepochybne konkrétny návrh na zlepšenie metodiky štatistického vykazovania.

Pri zhodnotení dopadu zmien financovania by bolo užitočné zohľadniť pozitívny dopad z nahradenia neformálnej spoluúčasti formálnou. Neriešenie financovania zdravotníctva bude mať pravdepodobne za následok ďalšie zvyšovanie neformálnej spoluúčasti obyvateľstva a zhoršovanie dostupnosti k zdravotnej starostlivosti pre tých, ktorí to najviac potrebujú. Nevýhodou neformálnych poplatkov je aj to, že sa nepremietajú priamo do zlepšovania kvality zdravotnej starostlivosti alebo investície do vybavenia. Ústavou garantované právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť tak bude len bezobsažnou papierovou deklaráciou. Výhodou formálnej spoluúčasti je, že sa rovnomerne rozkladá na všetkých obyvateľov. Umožňuje zaviesť ochranné stropy na maximálnu spoluúčasť a je tak významne sociálnejšia ako solidárnejšia ako dnešný stav kedy de jure majú všetci na papieri garantovanú bezplatnú zdravotnú starostlivosť ale de facto chorí a chudobní platia pravdepodobne významné vyššie percento svojho príjmu na to, aby dostali bazálnu starostlivosť.

V časti opatrení navrhujú autori množstvo užitočných opatrení nielen k financovaniu zdravotníctva ale celkovo aj k jeho organizácii. Bolo by užitočné zoradiť tieto opatrenia od tých, čo prinášajú rýchly efekt po opatrenia s dlhodobjším prínosom vo vzťahu k zdravotnému stavu alebo udržateľnosti financovania. Taktiež by bolo užitočné zhodnotiť presaditeľnosť jednotlivých opatrení a navrhnúť podporné argumenty. Na niektoré opatrenia, ako napr. programy starostlivosti o zdravých alebo management pre chronicky chorých sú potrebné pomerne jednoduché legislatívne úpravy. Ako už bolo preukázané niekoľkokrát v histórii slovenského zdravotníctva napr. pri súťaži o kratšie čakacie lehoty, pokiaľ existuje vhodné prostredie, inovatívni poskytovatelia a poisťovní vytvoria hodnotu pre pacientov a teda aj zlepšenie zdravotného stavu.

Presaditeľnosť niektorých opatrení, ako napr. spoluúčasti, ktorá sa ekonómovi môže zdať absolútnou nevyhnutnosťou je z pohľadu pacienta a politika veľkým

zlom znižujúcim dostupnosť starostlivosti. Preto je potrebné dokázať, že dnešný systém je nielen neudržateľný ale aj nesolidárny a nesociálny, t.j. ubližuje chronicky chorým a chudobným. A zároveň navrhnúť riešenie, ktoré je presaditeľné, napr. namiesto percentuálnej spoluúčasti na všetko pracovať podľa vzoru Holandska s odpočítateľnou položkou (tzv. deductible), kedy každý poistenec zaplatí prvých x EUR nákladov na svoju zdravotnú starostlivosť s výnimkou prevencie a primárnej starostlivosti. Výhodou odpočítateľnej položky je niekoľko. Je administratívne nenáročná, lebo ju vyberajú od poistencov poisťovne, ktoré majú vybudovaný administratívny aparát na výber odvodov. Okrem toho nie je potrebné zverejňovať a regulovať cenníky poskytovateľov na zdravotnú starostlivosť, ale používajú sa ceny dohodnuté medzi poskytovateľmi a poisťovňami. A mimochodom, v Holandsku sa ju podarilo presadiť hoci téma spoluúčasti bola v Holandsku dlhodobo veľmi nepopulárna.

Publikácia INEKO je dôležitým krokom v diskusii o neudržateľnosti systému zdravotníctva na Slovensku.

