

Tlačová správa

23. jún 2015

INEKO predstavuje analýzu „Ako Slovensko zaplatí za neliečenie zdravotníctva“

Slovensko zaostáva za susedmi aj vyspelým svetom v dĺžke a kvalite života a súčasne čelí hrozbe prudko rastúceho deficitu v zdravotníctve. Do roku 2060 môže deficit podľa výpočtov INEKO narásť až na 2 % HDP a vytvoriť tak nový dlh až na úrovni 73 % HDP. Riešenia nemožno odkladať. Slovensko potrebuje zásadne zvýšiť efektívnosť výdavkov, zlepšiť prevenciu chronických chorôb a postupne zavádzať regulovanú spoluúčasť pacientov. Inak sa nevyhne zaostávaniu v kvalite života a živelnému šíreniu poplatkov aj neformálnych platieb pacientov. To sú hlavné závery analýzy, ktorú dnes zverejnil inštitút INEKO.

Za uplynulých 5 rokov (2008 – 2013) podiel poistencov vo veku 65 a viac rokov na čerpaní zdrojov verejného zdravotného poistenia vzrástol z 31 % na 35 %, a to ich podiel na počte poistencov stúpol len o 1,3 percentného bodu. V nadchádzajúcich 11 rokoch (2015 až 2025) sa očakáva dvakrát rýchlejší rast podielu seniorov – až o 2,6 percentného bodu za každých 5 rokov. 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.

Zavedenie regulovanej spoluúčasti pacientov na hradení výdavkov za ambulantnú i nemocničnú starostlivosť má najlepšie predpoklady zaistiť dlhodobú udržateľnosť aj bez enormného zvýšenia daňovej záťaže alebo dramaticky negatívneho vplyvu na iné výdavky štátu, napríklad starobné dôchodky. Okrem dodatočných zdrojov pre zdravotníctvo má spoluúčasť potenciál eliminovať nadbytočné výkony (napríklad druhý najvyšší počet návštev lekára v EÚ), obmedziť nadbytočnú preskripciu liečiv (tretí najvyšší pomer výdavkov na lieky k HDP v EÚ – po Grécku a Maďarsku), a tiež zvýšiť ochotu ľudí obmedziť rizikové faktory životného štýlu – k hrozbe zdravotných ťažkostí by pribudla aj hrozba finančnej záťaže.

Rozhodujúci podiel zdrojov verejného zdravotného poistenia odčerpávajú chronické choroby a Slovensko v medzinárodných porovnaniach vyčnieva práve rozšírenosťou, včasným nástupom i následkami chorôb ovplyvniteľných životným štýlom. Plošná spoluúčasť s ochrannými stropmi proti neúmerne vysokým výdavkom má zároveň potenciál výrazne obmedziť platby „pomimo“, ktoré doteraz motivácie v zdravotníctve krivia a pri ktorých žiadna sociálna ochrana neexistuje.

Napriek ilúzii tzv. bezplatného zdravotníctva zaplatia domácnosti v SR za zdravotnícke tovary a služby priamo zhruba miliardu eur ročne. Väčšinu z tejto sumy utratia v lekárňach, prevažne za

voľnopredajné liečivá (registrované i neregistrované). Spolu s dominujúcimi verejnými výdavkami spotrebuje zdravotníctvo na Slovensku zdroje vo výške takmer 8 % HDP, čo je spolu s ČR najviac v rámci V4. Napriek tomu sa stredná dĺžka života v SR predlžuje za ostatné dve dekády najpomalšie spomedzi krajín V4.

Tzv. odvrátiteľná úmrtnosť (výskyt predčasných úmrtí, ktoré by nemali nastať pri adekvátnej liečbe) patrí k najvyšším v EÚ a po Maďarsku je druhá najhoršia v rámci OECD. Výrazne lepšie výsledky dosahuje ČR s porovnateľnými a Poľsko dokonca s nižšími výdavkami na zdravotnú starostlivosť. Najviac k tomu prispieva včasný nástup chorôb srdca a ciev v SR, ako aj fakt, že napriek enormnému rastu spotreby liečiv pre kardiakov za uplynulé desaťročie sa Slovensko ani nepriblížilo k výrazným poklesom mortality na choroby srdca a ciev, ktoré dosiahla väčšina krajín OECD.

Ešte horšiu pozíciu má Slovensko v porovnaníach kvality zdravia počas života. Obyvatelia SR prežívajú spolu s Lotyšmi najmenej rokov života v zdraví spomedzi 28 krajín EÚ (54 rokov – o 7 rokov kvalitného života menej ako je priemer EÚ, až o 15 rokov menej ako v Nórsku). Zo seniorov vo veku 65 a viac rokov na Slovensku až 78 % (najviac v EÚ) udáva dlhodobé obmedzenia v denných aktivitách. 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.

Analýza je určená odbornej verejnosti, novinárom a politikom zaujímajúcim 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.

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

Viac informácií k analýze:

Ján Kovalčík, analytik INEKO, kovalcik@ineko.sk

Príloha: Súhrn najdôležitejších zistení analýzy

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 porovnostiach 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. Najfrekventovanejšie 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 ukrajújú 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 striedamejšie 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 vykazuje 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 zaťažujú vyše 10-tisíc poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, sú výstupy väčšiny zisťovaní k dispozícii iba na vyžiadanie, bez časových radov porovnateľných údajov. Využiteľnosť údajov je tak značne limitovaná. Navyše za mnoho kvalitatívnych indikátorov sa dáta vôbec nezberajú. V porovnostiach 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 dopĺňať zdroje dodatočnými príjmami a zvyšovať efektívnosť ich využívania.

Variant sanovania deficitu z daní by si vyžiadal 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 zhltnulo 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 Univerzitnej 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. Príveľa 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 generičnú 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 dovŕši 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 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 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 zmenšovať priestor na nehospodárnosť v systéme zdravotnej starostlivosti.