

AKÉ ZDRAVOTNÍCTVO OČAKÁVAJÚ SLOVÁCI?



INESS, Bratislava, november 2022

Fotografia na obálke: Pixabay

Úvod

Špičková kvalita, finančná aj časová dostupnosť, pohodlné objednávanie, jasná komunikácia... Od zdravotníctva sa dá očakávať mnohé – ideálne všetkým všetko a zadarmo. Tušíme však, že také niečo je možné v Rajskej záhrade, ale nie v reálnom svete.

Aj verejné zdravotníctvo by malo pracovať s prioritami. Čo má väčšiu prioritu? Finančná alebo geografická dostupnosť? Kvalita alebo kvantita? Čo by malo byť jednoznačne zadarmo a naopak, za čo si je slovenský pacient-poistenec-spotrebiteľ ochotný priplatiť?

V INESS sme sa rozhodli hľadať odpovede na tieto otázky aj prostredníctvom prieskumu. Výsledky a komentáre INESS k nim sú obsahom tejto publikácie.

Prieskum

Prieskum verejnej mienky uskutočnila agentúra FOCUS v dňoch 21.09. – 27.09.2022 formou osobných rozhovorov. Výberovú vzorku tvorilo 1009 respondentov, ktorí reprezentujú populáciu SR vo veku nad 18 rokov z hľadiska pohlavia, veku, vzdelania, národnosti, príjmov, politickej orientácie, veľkostných kategórií sídiel a krajského členenia. Respondenti dostali celkovo 7 otázok. Plné znenie otázky v podobe, v akej ju mali respondenti, je vždy v texte, v grafoch sme z priestorových dôvodov použili znenie zjednodušené.

01: Keď si spomeniete na posledných 12 mesiacov, ako často ste využili služby zdravotníctva, ako napr. návštevu lekára, či výber nejakého lieku na predpis?



Prvá otázka slúžila na vytvorenie si základnej predstavy o tom, ako často sú respondenti v interakcii so slovenským zdravotníctvom. Zhruba šestina opýtaných počas roka služby zdravotníctva nevyužila, tretina len výnimočne (1- až 2-krát ročne) a polovica častejšie, pričom zhruba desatina ľudí frekvenciu klasifikovala ako „neustále“. Intenzita využívania stúpala s vekom, s hranicou okolo 45 rokov, kedy výrazne začína klesať podiel ľudí, ktorí vôbec počas roka nevyužijú služby zdravotníctva.

Výrazne vyšší podiel mužov (19 %) oproti ženám (8,9 %) zdravotníctvo nevyužil vôbec, čo pravdepodobne súvisí s pravidelnými gynekologickými prehliadkami. Faktory vzdelanie a bydlisko sa vo frekvencii využívania zdravotníctva prakticky neprejavujú. Naopak, prejavuje sa príjem. Respondenti z domácností s vyšším čistým príjmom využívajú služby zdravotníctva menej ako tí s nižším príjmom, kam však zároveň spadá značná časť dôchodcov.

O2: Ku ktorému výroku by ste sa skôr priklonili?

Kľúčová otázka prieskumu (v ďalšom texte ju pre orientáciu budeme označovať ako „hlavná otázka“), mala ukázať, aký formát verejného zdravotníctva si respondenti predstavujú. Výroky boli dva:

A: „Všetci by mali mať bezplatný prístup ku akýmkoľvek zdravotníckym službám a liekom, aj keby to znamenalo nižšiu kvalitu a dlhšie čakacie doby.“

B: „Je dôležité, aby mal každý občan bezplatný prístup k liečbe ťažkých a chronických chorôb a to aj za cenu, že v prípade bežných chorôb (ako napr. viróza) si bude musieť za zdravotnícke služby doplácať.“



Prvý výrok sa prikláňa skôr ku „necielenému“ zdravotníctvu, ktoré z verejných zdrojov v plnej miere hradí akékoľvek služby zdravotníctva aj na úkor kvality a fyzickej dostupnosti. Druhý výrok smeruje skôr ku „prioritizujúcemu“, solidárnemu zdravotníctvu, ktorého hlavnou úlohou je v maximálnej miere pomôcť pacientom v ťažkých situáciách aj za cenu toho, že nebude plne hradieť „spotrebné“ služby.

Mierna prevaha respondentov (51 %) sa priklonila k „necielenému“ zdravotníctvu – kvantita bezplatnej liečby na úkor kvality modernej liečby ťažkých stavov. „Necielené“ zdravotníctvo viac preferujú muži (55,4 %) ako ženy (47,6 %) a tiež ľudia s nižším vzdelaním (tabuľka).

Tabuľka 1: Preferovaný model verejného zdravotníctva podľa vzdelania respondentov		
vzdelanie (celá vzorka)	necielené	prioritizujúce
základné/ neukončené základné	56,9 %	34,6 %
stredoškolské bez maturity (vyučení/á)	52,9 %	41,6 %
stredoškolské s maturitou	49,6 %	43,5 %
vysokoškolské	49,2 %	47,2 %

Zaujímavé boli tiež výsledky naprieč vekovými kategóriami. K „necielenému“ zdravotníctvu sa výraznejšie prikláňali najmladší a najstarší respondenti, naopak, pri ľuďoch okolo 40-tych prevládalo „prioritizujúce“ zdravotníctvo. Našou hypotézou pre túto vekovú kategóriu je, že sa tu stretá kariérny vrchol (a teda aj vyššie príjmy) s prvými chronickejšími zdravotnými problémami.

Tabuľka 2: Preferovaný model verejného zdravotníctva podľa veku respondentov		
vek	necielené	prioritizujúce
18 - 24 rokov	52,4 %	38,8 %
25 - 34 rokov	50,5 %	44,1 %
35 - 44 rokov	47,1 %	49,6 %
45 - 54 rokov	52,1 %	41,1 %
55 - 64 rokov	47,3 %	44,9 %
65 a viac rokov	58,3 %	35,9 %

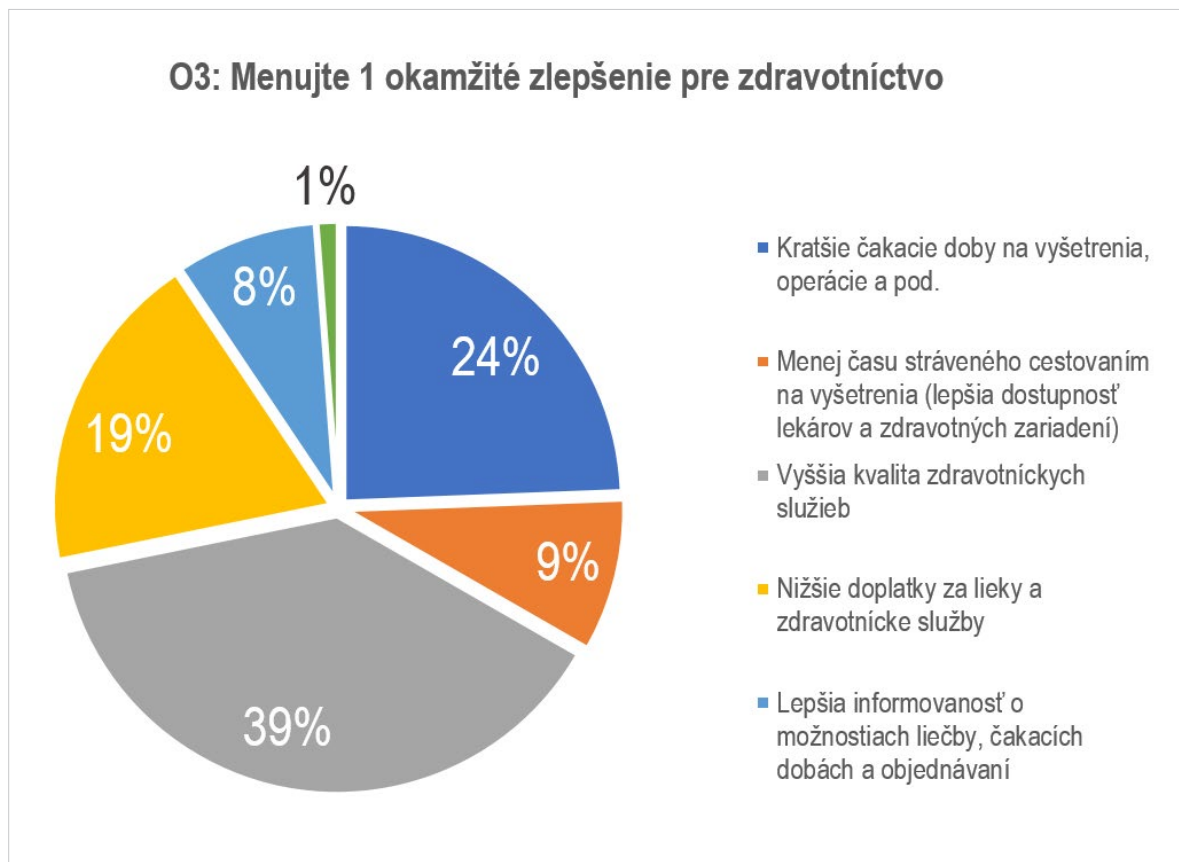
Jedno veľké prekvapenie sa objavilo pri triedení odpovedí podľa podpory politických strán. „Necielené“ zdravotníctvo malo podľa predpokladov väčšiu podporu u strán ako SMER-SD alebo HLAS-SD, menšiu (ale stále mierne prevažujúcu) u SaS či OĽaNO. „Prioritizujúce“ zdravotníctvo však bolo jednoznačne dominantné (65,2 % vs 32,1 %) u voličov Progresívneho Slovenska.

Za zmienku stojí, že viac ako tretina (37 %) voličov SMERu-SD, ĽSNS, Republiky a HLASu-SD sa prikláňala skôr ku „prioritizujúcej“ (kvalitná liečba ťažkých stavov na úkor kvantity spotrebnej liečby) verejnej úlohe zdravotníctva. To naznačuje, že aj medzi voličmi týchto strán existuje nie zanedbateľná časť s náklonom ku zmene.

Dve podobne veľké skupiny občanov majú navzájom protichodnú predstavu o zdravotníctve. Takáto rozpoltenosť sa prejavuje aj v smerovaní zdravotníckych politík, ktoré sa snaží splniť prianie oboch skupín - mať aj kvalitu, aj kvantitu. To však nie je možné a vedie to k strate smerovania a potácaniu sa celého sektora na mieste.

O3: Ak by ste si mohli vybrať len jedno okamžité zlepšenie pre slovenské zdravotníctvo, ktoré by to bolo?

Túto otázku by sme mohli reformulovať aj ako otázku na najväčšiu „boľáčku“ slovenského zdravotníctva.



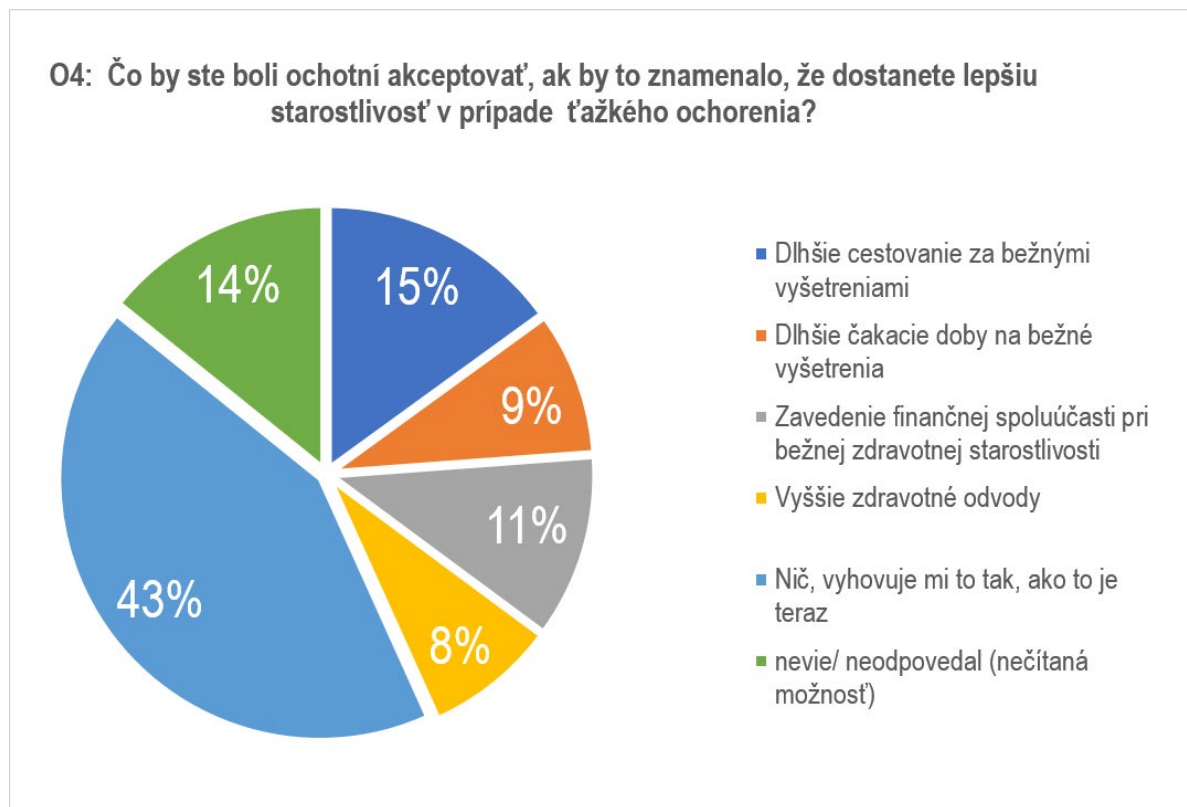
Z prieskumu vyplynulo pomenovanie dominantného problému – kvality zdravotníckych služieb. Až 39 % respondentov by chcelo okamžité zlepšenie práve tu. Druhou voľbou s 24 % boli kratšie čakacie doby. Až na treťom mieste sa objavili finančné doplatky. Napriek mediálnym ohlasom možného zatvárania oddelení, len 9 % respondentov si ako najdôležitejšie zlepšenie vybralo menej času stráveného dochádzaním za zdravotnou starostlivosťou. Podobne veľká skupina (8 %) považuje za kľúčový problém informovanosť.

Výsledky v podskupinách s miernymi odchýlkami kopírovali odpovede celej vzorky. Dôraz na kvalitu je veľmi silný u ľudí vo veku 45 - 54 rokov (50 %) a u obyvateľov Bratislavy a Košíc (51,4 %). Otázka poplatkov je významná pre ľudí vo veku 65+ (26,4 %), či so základným vzdelaním (25 %). Na dochádzanie sú najviac citliví voliči KDH (20,3 %), čo môže byť dané ich väčšou lokalizáciou na hornatom severe Slovenska.

Táto otázka mierne narúša rozpoltenosť spoločnosti vyplývajúcu z hlavnej otázky. Jasná dominancia respondentov si želá kvalitu a kratšie čakacie doby (spolu 63 %), finančné náklady sú menej dôležité. Vychádzame tu však z predpokladu, že kratšie čakacie doby dosiahne skôr prioritizujúce zdravotníctvo (napríklad zavedením poplatkov, vstupných brán v podobe povinných konzultácií a iného triedenia podľa závažnosti). Teoreticky je však možné znížiť čakacie doby aj v modeli necieleného zdravotníctva znížením kvality, napríklad skrátením konzultačného času lekára času na 1 pacienta.

04: Čo z tohto zoznamu by ste boli ochotní najviac akceptovať, ak by to znamenalo, že dostanete lepšiu zdravotnú starostlivosť v prípade rakoviny, alebo iného ťažkého ochorenia?

Politici radi sľubujú, no málokedy vyčísľujú náklady svojich sľubov. Štvrtá otázka respondentov nútila k zamysleniu, čo (a či) by boli ochotní obetovať za lepšiu liečbu vážnych ochorení. Inými slovami, akú výmenu by boli ochotní spraviť za lepšie „prioritizujúce“ zdravotníctvo. Podobne ako pri ďalších otázkach, aj tu bola možná len jedna odpoveď.



Dominantnej skupine 43 % respondentov súčasný stav vyhovuje a za lepšiu starostlivosť pri ťažkom ochorení by neobetovali nič. Ďalších 14 % sa nedokázalo vyjadriť. Zvyšok respondentov bol ochotný pre lepšiu liečbu závažných ochorení niečo obetovať. Najčastejšie dlhšie cestovanie (15 %), finančnú spoluúčasť (11 %), dlhšie čakanie (9 %) a vyššie odvody (8 %). Neprekvapujúcim výsledkom odpovedí je väčšia ochota platiť spoluúčasť, ako platiť vyššie odvody. Človek prirodzene preferuje platbu za konkrétnu službu či potrebu, ako platbu za neistú dostupnosť (niekedy nepredvídateľného) systému.

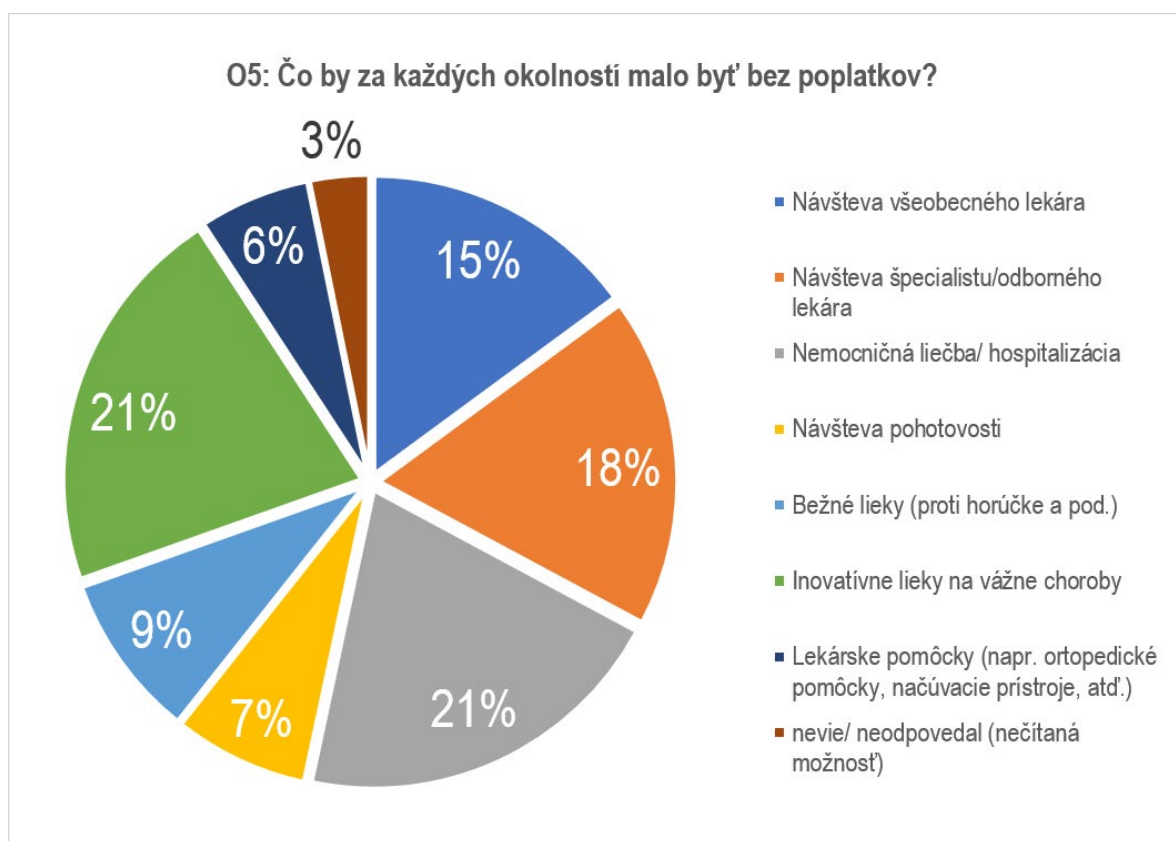
Pri tejto otázke sme narazili už na pomerne značné rozdiely medzi jednotlivými podskupinami respondentov. Súčasný nastavenie najviac vyhovuje ľuďom so základným vzdelaním (58,7 %), s čistými príjmami na domácnosť 800 – 1200 € (51,3 %) a z Trnavského kraja (53,7 %). Naopak, najmenej fanúšikov súčasného rozloženia priorít v zdravotníctve je medzi voličmi Progresívneho Slovenska (25,3 %), vysokoškolsky vzdelanými respondentmi (33 %) a medzi podnikateľmi a živnostníkmi (30,6 %). Aj pri tejto otázke platí, že najviac vyčnievajú ľudia vo veku okolo 40 rokov, z ktorých len 35,8 % by ponechalo súčasný stav.

Ochota platiť spoluúčasť výmenou za lepšiu liečbu je vyššia u voličov PS, SaS ale aj KDĽ, nulová u voličov Republiky. Tu však treba rátať s faktom, že medzi voličmi PS a SaS bude menej nízkopríjmových. Ľudia s vyšším príjmom sú ochotní viac cestovať, neplatí to však na ochotu viac čakať, ktorá je pri všetkých skupinách podobne nízka.

Nemalá časť voličov si nevie, alebo nechce predstavovať alternatívy súčasného systému. Zotrvačnosť a neochota stanoviť si priority sa následne reflektuje aj vo vládných politikách. Zmeny sa väčšinou nedajú robiť tak, aby nikoho nezaboleli. Ak sa na výsledky pozrieme z opačnej strany, po odrátaní odpovedí „neviem“ by iné nastavenie priorít v zdravotníctve by prijala až polovica ľudí.

O5: Ak by ste mali z nasledujúcich častí zdravotníckej starostlivosti vybrať jednu, ktorá by za každých okolností mala byť bez poplatkov, teda poskytovaná zdarma, ktorá by to bola?

Pri piatej otázke sme skúmali rezistenciu voči poplatkom v zdravotníctve. Respondenti mali vybrať jednu možnosť, pri ktorej by poplatky za žiadnych okolností nemali existovať.



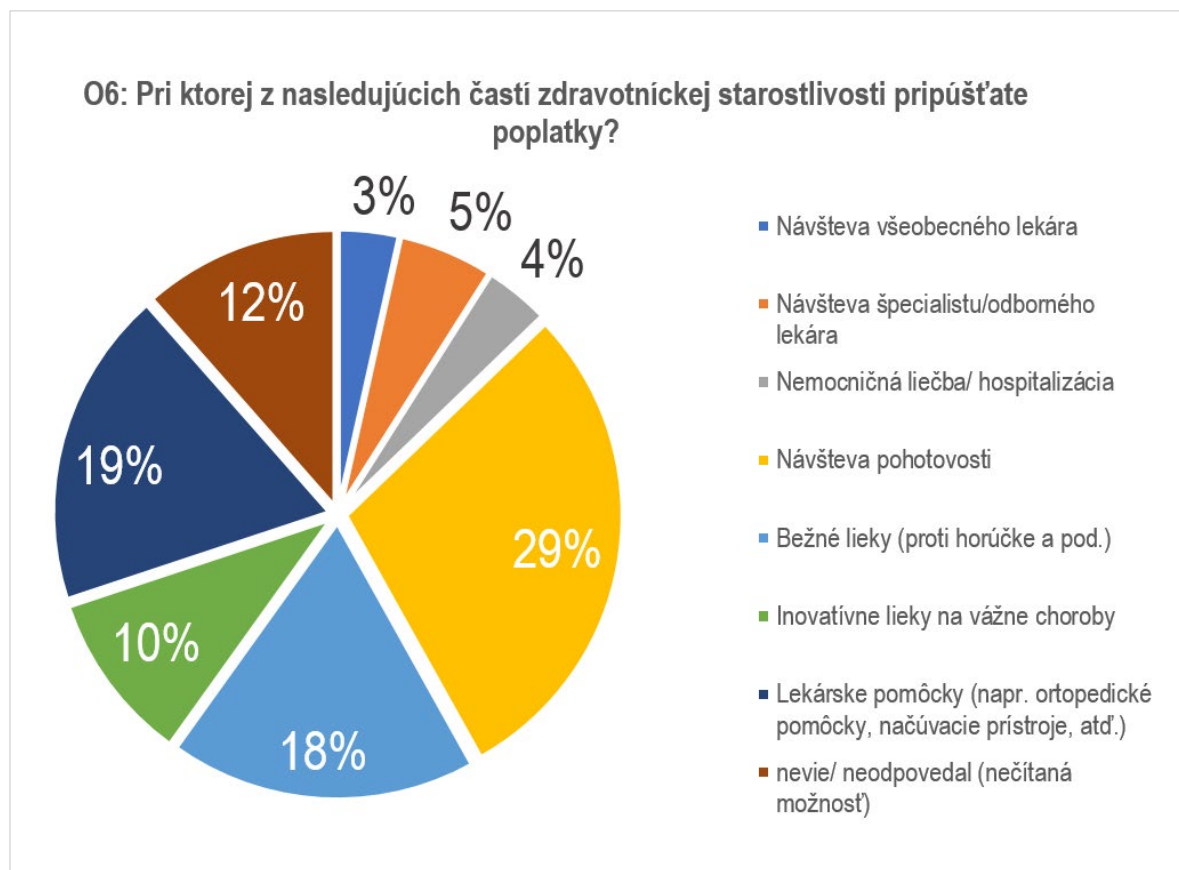
Odpovede na túto otázku patrili k najrôznorodnejším. Rovnaký podiel respondentov (21 %) si vybral inovatívne lieky a nemocničnú liečbu. V tesnom závese (18 %) je návšteva špecialistu, pri všeobecných lekároch vzbudzujú poplatky prudkú nevôľu o trochu menej (15 %) opýtaných. Menej ako 10 % respondentov zásadne odmieta platby pri bežných liekoch (9 %), pohotovosti (7 %) a zdravotníckych pomôckach (6 %). Rozdelenie odpovedí naprieč rôznymi podskupinami respondentov je podobná.

Respondenti nechcú poplatky najmä v oblastiach, ktoré sú skôr spájané s vážnymi stavmi (inovatívne lieky, nemocničná liečba). Rozdiel medzi necieleným a prioritizujúcim modelom verejného zdravotníctva však spočíva najmä v (ne)vážení dopadov na život jednotlivca.

Plienky sú „bežná“ pár centové položka, no v prípade ťažko chorého inkontinentného pacienta sa vďaka veľkej spotrebe stávajú veľkou záťažou. **Preto sa pri poplatkoch v prípade prioritizujúceho zdravotníctva aplikujú nástroje v podobe stropov a výnimiek.**

O6: Naopak, pri ktorej z nasledujúcich častí zdravotníckej starostlivosti pripúšťate poplatky, kde by Vám to najmenej prekážalo?

Otázka bola zrkadlovým obrazom predchádzajúcej, keď hľadala odpoveď na otázku, v ktorej oblasti by respondent poplatky najmenej boleli.

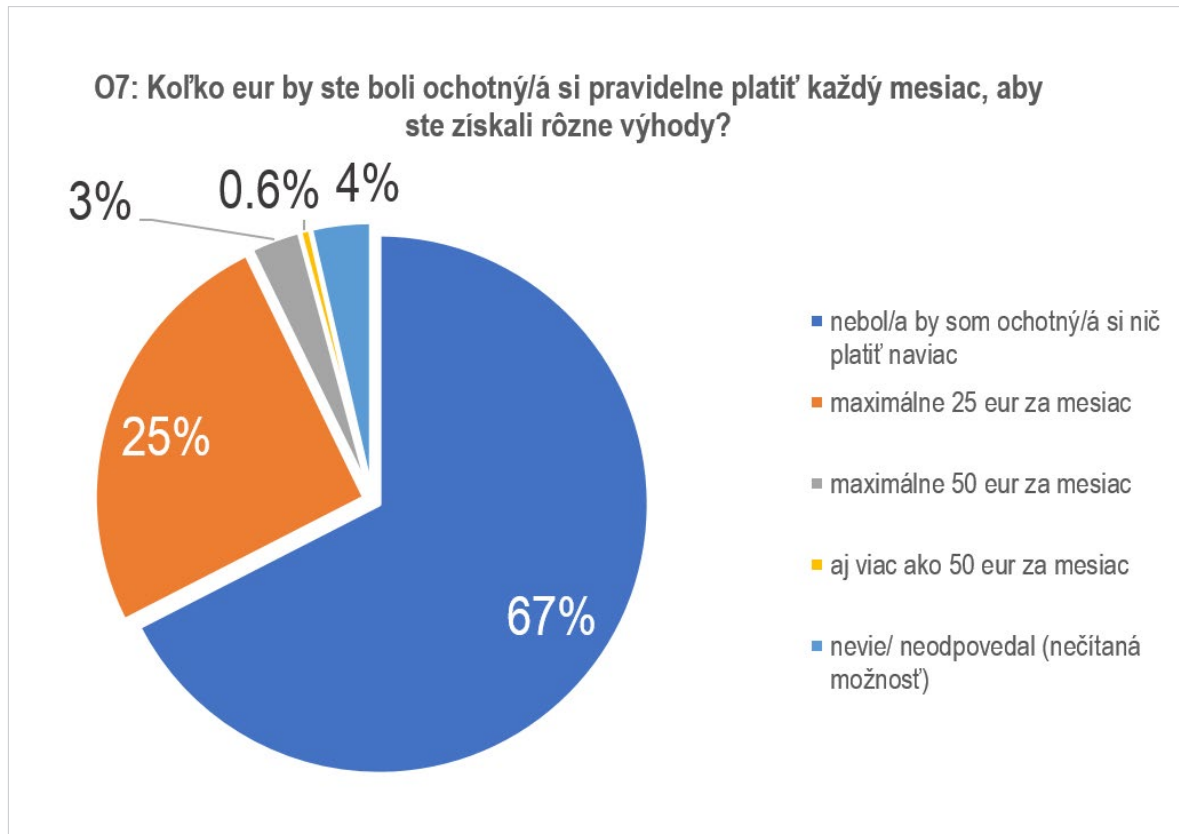


Takmer tretine respondentov (29 %) najmenej prekážajú poplatky pri návšteve pohotovosti. Čitateľom pripomínáme, že návšteva pohotovosti je už teraz na Slovensku spoplatnená sumou 10€. Zhruba v 19 % odpovedí najmenej prekážajú poplatky pri zdravotníckych pomôckach a 18 % má najmenší problém s poplatkami za bežné lieky. Poplatok pri inovatívnych liekoch najmenej prekáža 10 % respondentov. Návšteva špecialistu (5 %), nemocničná liečba (4 %) a návšteva všeobecného lekára (3 %) sa ocitli na chvoste „popularity“ z pohľadu možných poplatkov. Respondenti tak boli pri otázkach 5 a 6 viac-menej konzistentní vo svojich odpovediach. Aj pri tejto otázke bola štruktúra odpovedí naprieč podskupinami respondentov značne podobná.

Zaujímavosťou je, že oproti predchádzajúcej otázke oveľa viac respondentov (12 %) nevedelo, alebo nechcelo odpovedať. O tom, kde nechcem poplatok sa rozmýšľa a rozpráva o dosť ľahšie, ako o tom, kde poplatky pripúšťam. Aj toto sa odráža v politikách, keď veľa politikov hovorí o tom, čo musí byť „zadarmo“, ale minimum spomenie to, kde by poplatky zaviedli.

07: Koľko eur by ste boli ochotný/á si pravidelne platiť každý mesiac, aby ste v prípade, keď to budete potrebovať, získali výhody v podobe kratších čakacích dôb na vyšetrenie, lepšieho výberu lekárov a konzultácií, či preplatenia niektorých zdravotníckych služieb, za ktoré je potrebné si doplácať?

Posledná otázka prieskumu sa pýtala na ochotu dodatočnej spoluúčasti na nákladoch zdravotnej starostlivosti. Môžeme ju zjednodušene brať aj ako otázku sledujúcu ochotu priplatiť si za nadštandard, hoci ten v otázke je definovaný pomerne široko.



Zhruba dve tretiny respondentov nie sú ochotné si pravidelne priplácať nič. Štvrtina respondentov má limit maximálne 25 eur mesačne, 3 % by si priplatilo do 50 eur a len 0,6 % viac ako 50 eur mesačne.

Pri tejto otázke nájdeme v štruktúre odpovedí značné rozdiely. Najmenšiu skupinu tých, ktorí sú ochotní pravidelne priplatiť za lepšie služby (suma troch odpovedí do 25€, do 50€ a nad 50€) tvoria ľudia so základným vzdelaním (12,6 %), nad 65 rokov (16 %), s najnižším príjmom (15,1 %).

Naopak, najväčšia ochota pravidelne si priplácať je u ľudí vo veku okolo 30 rokov (38,5 %), s vysokoškolským vzdelaním (40 %) a s vyššími príjmami (38,3 %). V týchto skupinách podľa očakávania ochota kúpenia si lepších služieb kopíruje socioekonomický status. Rozdiely sa prejavujú v prípade krajov, kedy trochu prekvapujúco Banskobystričania (38 %) sú skôr ochotní priplatiť si ako Bratislavčania (33,5 %). Vysvetľujúcu hypotézu necháme na čitateľovi.

Prekvapením nie je nízka ochota priplácať si za lepšie služby u voličov SMERu-SD (11,2 %), Republiky (13,9 %) a KDH (17,2 %), ani naopak vysoká ochota voličov PS (50,2 %) a SaS (42 %). Zaujímavá je však relatívne vysoká ochota voličov HLASu-SD (29,7 %) a ešte vyššia voličov OĽANO (42,2 %) a SME RODINA (45,2 %), čím dokonca prekonal aj voličov SaS.

Z výsledkov vyplýva, že zhruba 29 % dospeléj populácie na Slovensku (cca 1,3 milióna ľudí z 4,4 milióna) je ochotných priplatiť si za lepšie služby v zdravotníctve. V maximalistickom scenári

(platba na hornej hranici ochoty, pre skupinu „nad 50 €“ sme zvolili sumu 75 €) **táto ochota reprezentuje trh vo veľkosti zhruba 440 miliónov eur ročne.** Táto suma by mohla predstavovať dodatočný zdroj financií v slovenskom zdravotníctve.

Pre ilustráciu, na rok 2023 sú rozpočtované výdavky na lieky 1,3 miliardy eur, na ústavnú zdravotnú starostlivosť (nemocnice) 2,5 miliardy, na ambulantných lekárov (všeobecní + špecialisti) 1,5 miliardy eur.

Aké zdravotníctvo očakávajú mladí ekonómovia?

Prieskum sme vykonali aj na účastníkoch nášho 4-dňového seminára Ekonomický Basecamp v októbri 2022. Zúčastnilo sa ho 19 stredoškolákov a 12 vysokoškolákov, všetci s aktívnym záujmom o ekonomiu, viacerí boli nedávnymi účastníkmi Ekonomickej olympiády. Jedná sa teda o značne špecifickú vzorku, výsledky nemožno považovať za reprezentatívne. Zistili sme, že:

- Aj mladí ľudia prichádzajú do kontaktu so zdravotníctvom. Iba jediný respondent nevyužil žiadne zdravotné služby za posledný rok ani raz, až 63 % ich využilo niekoľkokrát počas roka.
- Pri hlavnej otázke bol takmer jednohlasný konsenzus. 90 % opýtaných sa stotožňuje skôr s verziou „prioritizujúceho“ zdravotníctva, dvaja nevedeli a len jediný sa priklonil k „necielenej“ verzii.
- Ako jedno okamžité zlepšenie slovenského zdravotníctva si 52 % vybralo kratšie čakacie doby, 42 % vyššiu kvalitu, dochádzanie a nižšie poplatky nepovažoval za prioritu nikto.
- Zhruba 39 % respondentov si vedelo predstaviť finančnú spoluúčasť výmenou za lepšiu kvalitu, 26 % by obetovalo dlhšie cestovanie, 16 % vyššie odvody, 6 % dlhšie čakacie doby a 6 % by súčasný stav v duchu otázky nemenili.
- Bez poplatkov by podľa nich za každých okolností mala byť návšteva pohotovosti (23 %), čo je odlišný výsledok v porovnaní s hlavným prieskumom. Pre 19 % by vždy bez poplatku mala byť návšteva všeobecného lekára, pre 16 % pobyt v nemocnici a rovnako pre 16 % inovatívne lieky, 10 % by chcelo mať špecialistu vždy bez poplatkov, 6 % opýtaných bežné lieky a len pre 3 % sú na vrchole zdravotné pomôcky.
- Naopak, najmenej im prekážali poplatky pri bežných liekoch (26 %), špecialistoch (19 %) a inovatívnych liekoch (19 %), nemocniciach (13 %), pomôckach (10 %) a pohotovosti (3 %).
- Priplatiť si za výhody nebolo ochotných 10 %, 32 % by priplatilo mesačne sumu do 25 €, 29 % do 50 € a 19 % aj nad 50€. Pripomíname však, že vzhľadom k veku nemalá časť účastníkov nemala vlastné stabilné príjmy a neplatí „vlastné“ zdravotné odvody.

Výsledky tejto skupiny sa zásadne líšili od priemeru v hlavnom prieskume jasnou podporou „prioritizujúceho“ verejného zdravotníctva, vyššou ochotou robiť hodnotové rozhodnutia „niečo za niečo“ aj ochotou priplácať si za dodatočné služby.

Budúcnosť zdravotníctva

Väčšina verejných zdravotníckych systémov vo vyspelých štátoch dopláca na dva fenomény. Jedným je zvyšovanie priemerného veku obyvateľstva, čo so sebou na jednej strane prináša väčší počet pacientov a na druhej strane znižuje dostupnosť ľudskej práce starnúcich zdravotníkov, ktorá je pre zdravotníctvo kľúčovým vstupom. Druhým fenoménom je posúvanie technologických možností a s tým aj očakávaní pacientov na dostupnosť modernej a účinnej (ale zároveň drahej) liečby.

Starnutím sú postihnuté aj iné sociálne schémy vo svete, najmä dôchodkové systémy. Kým však dôchodkové systémy je možné pomerne jednoducho regulovať vďaka tomu, že je jasne zadefinovaná nároková dávka zo systému (mesačný dôchodok), v zdravotníctve je to inak. Na jednej strane existuje prakticky neobmedzený nárok pacienta a teda rastúce náklady, na strane druhej stoja príjmy sektora, ktoré sú ukotvené v daniach/odvodoch a za týmito nákladmi často nestíhajú rásť. Táto diera vo financovaní zdravotníctva sa prejavuje buď skryto (kapitálový a finančný dlh) ale aj zjavnejšie (čakacie doby, nedostupnosť niektorých služieb).

Za najpravdepodobnejší scenár pre budúcnosť slovenského zdravotníctva v prípade neexistencie hĺbkových reforiem považujeme postupný vznik dvojkoľajného zdravotného systému. Časť zdravotníctva je „spotrebná“. Týka sa bežných každodenných problémov, ktoré nepredstavujú pre väčšinu ľudí ani zdravotnú, ani ekonomickú katastrofu. Sú rutinnou spotrebou služieb. V tomto „spotrebnom“ zdravotníctve je veľký potenciál na prílev kapitálu a rozvoj efektívnejšieho poskytovania služieb. Je tu veľký presah do iných „komerčných“ sfér života – wellness, stravovania, finančného plánovania, IT služieb... Rastúca kúpna sila obyvateľov sa spojí s rastúcimi dopytom po zdravotných službách, no na druhej strane bude stáť klesajúca schopnosť verejného systému tento dopyt uspokojiť z kvalitatívneho aj kvantitatívneho hľadiska. To povedie k postupnému rozvoju komerčných zdravotníckych služieb (a s nimi spojených finančných nástrojov – poisťok, sporení, členských sietí...), ku ktorým budú emigrovať spotrebitelia s dostatočnou kúpnu silou a bez existujúcich ťažkých diagnóz. Vo verejnom systéme na druhej koľaji ostanú uväznení tí, ktorým kombinácia kúpnej sily a závažnosti diagnóz neumožní hľadať plne komerčnú alternatívu.

Je možné medzi týmito dvoma svetmi hľadať prepojenie. Chuť spotrebiteľov investovať do zdravotníctva z vlastných peňaženiek môže byť využitá na budovanie dodatočných kapacít, ktoré môžu slúžiť komerčným klientom, ale aj tým, za ktorých zaplatí verejný systém. Zisková príležitosť v kombinácii s konkurenciou je lákadlom pre podnikateľské nápady, ktoré povedú k vyššej efektívnosti, škálovateľnosti a väčšej orientácii na pacienta-spotrebiteľa.

Štát je v prioritizujúcom scenári zárukou štandardu v zdravotníctve, ktorý podrží ľudí v situáciách, ktoré ich devastujú zdravotne, ekonomicky a sociálne. Štát predstavuje „ručiteľa“ katastrofického zdravotníctva, kde je veľký presah aj do ďalších sfér kontrolovaných štátom, najmä do sociálneho systému.

Úlohou regulátora je určiť nárok v zdravotníctve a vytýčiť tým jednotlivé ihriská. Vo svete, kde existuje Rolls-Royce, jazdí väčšina ľudí v Octavii. To platí aj pre zdravotníctvo. Aj v zdravotníctve treba robiť cost-benefit analýzu, rozmyšľať nad obetovanými príležitosťami, finančnou udržateľnosťou, spoluzodpovednosťou. Jedným slovom - prioritizovať.

Záver

Sme si vedomí, že každý prieskum je len rozmazanou fotkou reality. Respondenti sú ovplyvnení formuláciou otázky, preddefinovanými odpoveďami, aj svojou snahou upraviť obraz svojej osoby v očiach anketára aj samého seba. Najlepším obrazom skutočných preferencií je správanie sa ľudí na trhu. Napriek tomu, prieskum vrhá svetlo a pomáha nám pochopiť aspoň základné črty názorového spektra Slovákov.

Výsledky prieskumu naznačujú, že aj v otázkach služieb verejného zdravotníctva je názor Slovákov rozpoltený na dve podobne veľké časti. Jedna požaduje bezplatnosť, nechce meniť zabehané zvyklosti a pravidlá a nerada verejne robí hodnotové úsudky o jednotlivých službách a podmienkach v zdravotníctve. Druhá časť obyvateľov signalizuje výraznú potrebu vyššej kvality, chce solidárnu pomoc prioritne ťažkých situáciách a je ochotná uvažovať nad ústupkami v iných oblastiach, vrátane finančnej, ak túto kvalitu dostane.

Takéto rozdelenie názorov je reflektované v politickej neochote robiť zásadnejšie reformy v zdravotníctve, ktorej svedkami sme už dve dekády. Nechať „všetko po starom“ však nie je možné, nezodpovedá to ekonomickej realite. Nečinnosť posilňuje scenár budúcnosti, v ktorom časť obyvateľstva, túžiaca po vyššej kvalite, bude z verejného systému postupne utekať za službami do súkromnej sféry a do zahraničia.

Vzhľadom na to, že celé generácie žijú v prostredí „bezplatného“ zdravotníctva, že táto téma je politické tabu, že pacient má univerzálny nárok na všetko a bez vlastnej zodpovednosti, sú výsledky prieskumu prekvapujúce. Zhruba polovica obyvateľov je ochotná hľadať v zdravotníctve priority a uvažuje o finančnej spoluúčasti. To umožňuje otvoriť diskusiu o nároku, nadštandarde, či systéme nominálneho poistenia.

Zhrnutie výsledkov

V prieskume sme overovali názor obyvateľov Slovenska na hlavnú úlohu verejného zdravotníctva, priority, ochotu uvažovať nad nákladmi kvality či ochotu kupovať si dodatočné služby. Hlavnou otázkou bolo porovnanie príklonu k „necielenému“ (kvantita bežnej liečby na úkor kvality liečby ťažkých stavov) verejnému zdravotníctvu, alebo „prioritizujúcemu“ (kvalita liečby ťažkých stavov na úkor kvantity bežnej liečby) verejnému zdravotníctvu.

- **Dve podobne veľké skupiny občanov majú navzájom protichodnú predstavu o zdravotníctve. Takáto rozpoltenosť sa prejavuje aj v smerovaní zdravotníckych politik, ktoré sa snaží splniť pranie oboch skupín - mať aj kvalitu, aj kvantitu.**
- **Jasná dominancia respondentov si želá kvalitu a kratšie čakacie doby (spolu 63 %), finančné náklady sú menej dôležité.**
- **Iné nastavenie priorít v zdravotníctve oproti dnešku by prijala až polovica rozhodnutých ľudí.**
- **Takmer tretina dospelaj populácie je ochotná priplatiť si za lepšie služby v zdravotníctve.**
- **Táto ochota reprezentuje trh vo veľkosti zhruba 440 miliónov eur ročne.**

Stručné výsledky prieskumu:

- Mierna prevaha respondentov (51 %) sa priklonila k „necielenému“ verejnému zdravotníctvu – kvantita na úkor kvality.
- K „necielenému“ verejnému zdravotníctvu sa výraznejšie prikláňali najmladší a najstarší respondenti, naopak, pri ľuďoch v strednom veku prevládalo „prioritizujúce“ zdravotníctvo.
- „Necielené“ zdravotníctvo malo väčšiu podporu u strán ako SMER-SD alebo HLAS-SD, menšiu (ale stále mierne prevažujúcu) u SaS či OĽaNO. „Prioritizujúce“ zdravotníctvo však bolo jednoznačne dominantné (65,2 % vs 32,1 %) u voličov Progresívneho Slovenska.
- Celkovo však rozdiely medzi oboma skupinami neboli dramaticky veľké ani z pohľadu veku, bydliska, príjmov, väčšie rozdiely boli len v prípade vyššie spomenutých politických preferencií.
- Až 39 % respondentov by chcelo okamžité zlepšenie kvality zdravotníctva a 24 % kratšie čakacie doby. Až na treťom mieste sa objavili nižšie finančné doplatky, ktoré ako najväčší problém dnešného zdravotníctva zvolilo 19 % respondentov.
- Len 9 % respondentov si ako najdôležitejšie zlepšenie súčasného zdravotníctva vybralo menej času stráveného dochádzaním za zdravotnou starostlivosťou.
- Akú výmenu by boli ľudia ochotní spraviť za lepšie „prioritizujúce“ zdravotníctvo? Zhruba 43 % respondentom súčasný stav vyhovuje a 14 % sa nevyjadrilo. Zvyšok respondentov bolo ochotných pre lepšiu liečbu (prioritizáciu) závažných ochorení niečo obetovať - dlhšie cestovanie (15 %), finančnú spoluúčasť (11 %), dlhšie čakanie (9 %) a vyššie odvody (8 %).
- Ochota platiť pravidelnú mesačnú spoluúčasť výmenou za lepšiu liečbu je vyššia u voličov PS, SaS a KDH, nulová u voličov Republiky.
- Ľudia s vyšším príjmom sú ochotní viac cestovať, neplatí to však na ochotu viac čakať, ktorá je pri všetkých skupinách podobne nízka.
- Zhodne po 21 % opýtaných si myslí, že vždy bez poplatkov by mali byť inovatívne lieky a nemocničná liečba. Menej ako 10 % respondentov zásadne odmieta platby pri bežných liekoch (9 %), pohotovosti (7 %) a zdravotníckych pomôckach (6 %).
- Takmer tretina respondentov (29 %) najmenej prekážajú poplatky pri návšteve pohotovosti. Zhruba 19 % najmenej prekážajú poplatky pri zdravotníckych pomôckach a 18 % má najmenší problém s poplatkami za bežné lieky.
- Na otázku ohľadom ochoty platiť mesačné platby za dodatočné služby zhruba dve tretiny respondentov odpovedali, že nie sú ochotní si priplácať nič. Štvrtina respondentov je ochotná priplatiť maximálne 25 eur mesačne, 3 % by si priplatilo do 50 eur a len 0,6 % viac ako 50 eur mesačne.

O autorovi



Martin Vlachynský pôsobí ako analytik INESS od roku 2012. Vyštudoval na Ekonomicko-správnú fakultu MU v Brne, následne absolvoval štúdium na University of Aberdeen. Zaoberá sa hospodárskou politikou, podnikateľským prostredím a konkurencieschopnosťou, najmä v zdravotníctve a energetike.

Činnosť INESS podporili aj zdravotné poisťovne Dôvera a Union.

Vydal: INESS – Inštitút ekonomických a spoločenských analýz
www.iness.sk

Autori: Martin Vlachynský
Grafický dizajn: INESS
Rok vydania: 2022

Kontakt:

Martin Vlachynský
martin.vlachynsky@iness.sk

Ďalšie publikácie z oblasti zdravotníctva



Tieto a aj všetky ostatné publikácie nájdete vo formáte PDF na webe zdravotnictvo.iness.sk v sekcii Publikácie.

