

Poplatky v zdravotníctve - ponuka a dopyt

27.6.2026 - Martin Vlachynský | INESS - Inštitút ekonomických a spoločenských analýz

Opoziční poslanci predložili v polovici mája do parlamentu návrh zákona o poplatkoch v zdravotníctve. O pár dní neskôr prišiel zase signál z ministerstva, že chystajú zmenu takzvaných doplnkových ordinačných hodín, pravdepodobne práve v súvislosti s témou poplatkov.

Poplatky sa riešia na každej druhej zdravotníckej konferencii a nie je tajomstvo, že za dverami ministerstva sa témou dlhodobo zaoberajú. O poplatkoch vyšlo viacero odborných publikácií, najmä od tímu Henriety Tulejovej z Advance Institute (najnovšia v decembri 2025) a od tímu Petra Pažitného (jún 2025). V apríli 2026 na tému poplatkov zatlačil aj ombudsman. Politické riešenie však stále neuzrelo.

Téma je technicky už dobre podchytená a spracovaná. Preto chcem v tomto komentári pridať ekonomické vysvetlenie, prečo sa zmena rodí tak ťažko.

Vyčleň, zreguluj, zakáž

Väčšina doteraz ponúknutých riešení problému poplatkov má podobný prístup: „vyčleň, zreguluj, zakáž“. Spočíva v triáži poplatkov v zdravotníctve. V prvej vyčlenenej skupine sú poplatky bez obmedzení. Tie sa týkajú napríklad skrášľovacích zákrokov, či niektorých administratívnych úkonov (potvrdenia). Tu panuje takmer univerzálna zhoda a nie je politicky čo riešiť.

Druhú kategóriu poplatkov môžeme nazvať finančná spoluúčasť pacientov s plošne regulovanými poplatkami. Tu už zhoda nepanuje. Niektorí takúto kategóriu nechcú vidieť vôbec (žiadna legálna spoluúčasť pacienta) a skáču tak rovno do tretej kategórie. Iní zase presadzujú univerzálny motivačný poplatok (napríklad 3 eurá za návštevu ambulancie). Sofistikovanejšie riešenia dopĺňajú túto vrstvu poplatkov o ročné stropy a ochranné limity na korigovanie sociálnych dopadov, podobne ako pri doplatkoch za lieky.

Tretou kategóriou sú aktivity poskytovateľov s jednoznačne zakázanou finančnou spoluúčasťou pacienta.

Následným krokom je represia voči poskytovateľom: „Poplatky vám pod hrozbou pokuty a iných sankcií zakazujeme, okrem veľmi úzko definovaných výnimiek.“ Tento krok vychádza z logiky dnes existujúcich zákonov a krátkodobo naozaj môže pomôcť potlačiť poplatky v ambulanciách. Podobnou cestou sa vydala ešte minulá česká vláda, keď s platnosťou od januára tohto roka sprísnila podmienky a tresty za nedovolené poplatky v zdravotníctve.

Je to logický postup, ktorému sa dá vytknúť len jedna vec – z dlhodobého hľadiska prístup „vyčleň, zreguluj, zakáž“ nereflektuje skutočný dôvod existencie poplatkov. Tým nie je „chudoba“ ambulancií. Áno, niektoré lekárske špecializácie majú v niektorých regiónoch skutočne ekonomicky ťažký život. Ale ak by ste hľadali závislosť medzi mierou vyberania poplatkov a ekonomickou situáciou ambulancie, nenašli by ste ju.

V skutočnosti je dôvodom existencie poplatkov stret ponuky a dopytu. Ambulancie nie sú jednoliate komodity. Po niektorých je vyšší dopyt, ako po iných – pretože majú žiadanejšieho lekára, žiadanejšiu odbornosť, lepšie povesti, viac mašín, krajšiu čakáreň, lepšiu dostupnosť. Prípadne smerujú svoju ponuku na určitý segment pacientov a zdravotných problémov.

Vyšší dopyt vytvára priestor na dodatočné platby. Pokojne ich nazvime „šedý trh“. Situácia s poplatkami nie je totiž ničím iným, ako klasickým výsledkom centrálného plánovania. Rozpočet, respektíve programová vyhláška určuje sumu, ktorú majú poisťovne zaplatiť ambulanciám. Ak je táto suma 100, ale trhová cena za služby ambulancií je 120, vytvára to priestor na šedý trh vo výške 20.

Ak poplatky natvrdo zakážeme, čo sa z pohľadu ponuky zdravotnej starostlivosti zmení? Bude viac ordinačných hodín, viac ambulantných lekárov, viac ošetrovaných pacientov, lepšie služby? Nie, prinajlepšom ich ostane rovnako. V horšom prípade to časť starších lekárov zabalí, časť odíde do plne komerčnej praxe, časť do nemocníc, časť do zahraničia. Zároveň zo sektora ubudne časť kapitálu, ktorý do neho v podobe poplatkov priteká dnes.

Hĺbkové riešenie

Lenže súčasný stav je v nesúlade s úmyslom existujúcich zákonov a treba si priznať, že tento stav je spoločensky dlhodobo neudržateľný. Prechod na kompletne liberalizovaný trh zdravotných služieb nie je na programe dňa. Potrebujeme nakrmiť vlka a zachrániť kozu.

Ako by sa reformátor postavil k otázke nesúladu dopytu a ponuky? Jedna možnosť spočíva vo vytvorení dvojvrstvovej ambulantnej siete. Prvá vrstvu predstavujú ambulancie s plným hradením z verejných zdrojov a bez poplatkov, respektíve len s plošnou motivačnou spoluúčasťou v jednotkách eur a s ochrannými limitmi. Druhá vrstvu tvoria ambulancie s čiastočnou úhradou a s voľnejším nastavením ceny. Nemusíme sa pritom baviť o dvoch fyzicky odlišných vrstvách. Rozdiel môže spočívať len v zmluvách – tá istá ambulancia tak môže byť v oboch vrstvách naraz.

Konkrétna realizácia môže vyzeráť ako napríklad v Holandsku, kde sú ambulancie v rámci zmluvnej siete zdravotnej poisťovne s plnou úhradou (okrem regulačného poplatku) a ambulancie mimo zmluvnú sieť, v ktorých poisťovňa hradí nejakú časť (typicky okolo 70 %) svojho bodového paušálu a zvyšok si dopláca pacient.

Druhým modelom je Singapur, kde prvú vrstvu predstavujú verejné (nemocničné) ambulancie a zmluvné ambulancie, ktoré dostávajú priamu podporu od štátu a účtujú regulované (podtrhové) ceny. Druhá vrstvu tvoria ambulancie účtujúce si trhovú cenu. Pacient si môže vybrať verejnú ambulanciu s regulovanou (napríklad nulovou) cenou a súkromnú ambulanciu.

Tretím príkladom je Rakúsko, kde je prvá vrstva podobná našej (sieť ambulancií s plnou úhradou poisťovne) a druhá vrstva predstavujú ambulancie mimo sieť účtujúce pacientom trhovú cenu. Pacienti si nejakú časť môžu dať späť preplatiť zdravotnej poisťovni, väčšinou sa ale využíva doplnkové zdravotné poistenie, ktoré má asi tretina Rakúšanov.

Kľúčovou úlohou pre regulátora je nastaviť pravidlá tak, aby obe vrstvy dávali zmysel a jedna nebola v realite len prázdnu škrupinkou. Inak napísané. Nevyhnutnou súčasťou takejto reformy je preto lepšia definícia nároku pacienta a jeho vymáhanie. V Holandsku plnia túto úlohu *treeknormen* – dohoda sektora na maximálnych čakacích dobách pri neakútnej starostlivosti.

Potreba zdefinovať lepšie parametre systému z hľadiska pacienta je na Slovensku univerzálna, netýka sa len problematiky poplatkov. Je preto vhodným začiatočným bodom zmien.

blog SME, 27.6.2026

<https://iness.sk/poplatky-v-zdravotnictve-ponuka-a-dopyt>