

Tento projekt sa realizuje vďaka podpore z Európskeho sociálneho fondu a Európskeho fondu regionálneho rozvoja v rámci Operačného programu Ľudské zdroje.

[www.esf.gov.sk](http://www.esf.gov.sk)

[www.employment.gov.sk](http://www.employment.gov.sk)

[www.ia.gov.sk](http://www.ia.gov.sk)

## ZDRAVOTNÉ POISTENIE – ZDRAVOTNÁ DAŇ. FINANCOVANIE A FUNGOVANIE SYSTÉMU ZDRAVOTNÉHO POISTENIA.

Kolektív autorov KOZ SR, 2022

## NÁRODNÝ PROJEKT

# Podpora kvality sociálneho dialógu

Typ projektu: Neinvestičný

Termín realizácie projektu: 07/2018 – 11/2023

ITMS projektu: 312031V749

Autorský kolektív :

Ing. Anna Golianová, MBA – garantka výstupu

Ing. Mgr. Irena Galádová, MBA

JUDr. Andrea Jandzíková Lukáčová

JUDr. Miroslav Kováč, MBA

JUDr. Ján Novák, MPH

Autorské dielo bolo vypracované v rámci hlavnej aktivity „Posilnenie odborných a analytických kapacít sociálnych partnerov, budovanie infraštruktúry a komunikačnej platformy sociálneho dialógu a rozvoja sociálneho partnerstva na národnej a medzinárodnej úrovni“ v rámci podaktivity 1.1 Posilnenie kapacít sociálnych partnerov prostredníctvom analytickej činnosti Národného projektu Podpora kvality sociálneho dialógu expertným tímom sociálneho partnera Konfederácie odborových zväzov Slovenskej republiky. Vyjadruje názory a postoje sociálneho partnera na predmetnú tému. Autorské dielo nevyjadruje názory ani postoje prijímateľa projektu a bolo schválené Riadiacim výborom Národného projektu Podpora kvality sociálneho dialógu.

## OBSAH

ÚVOD .....	14
<b>1. Zdravotné poistenie – súčasný stav riešenej problematiky .....</b>	<b>17</b>
1.1. <i>Liberálny model</i> .....	19
1.1.1. História liberálneho modelu zdravotného poistenia .....	19
1.1.2. Základná charakteristika liberálneho modelu zdravotného poistenia .....	20
1.1.3. Liberálny model zdravotného poistenia vo svete .....	22
1.2. <i>Bismarckov model</i> .....	25
1.2.1. Bismarckov model - štruktúra a charakteristika .....	28
1.2.2. Bismarckov model - národné zdravotné systémy vo svete .....	31
1.3. <i>Beveridgeov model</i> .....	32
1.3.1. Úvod do problematiky, zadefinovanie pojmu, charakteristika .....	32
1.3.2. Historický prierez – súvislosti .....	35
1.4. <i>Semaškov model</i> .....	38
1.4.1. Vývoj – vznik Semaškovho modelu .....	38
1.4.2. Podstata Semaškovho modelu .....	38
1.4.3. Krajiny, ktoré využívajú Semaškov model v zdravotníctve .....	39
1.5. <i>Vývoj systému financovania zdravotníctva na Slovensku</i> .....	40
1.5.1. Obdobie Rakúsko-Uhorska a 1. Československej republiky – Bismarckov model	41
1.5.2. Obdobie socializmu (po roku 1948) – Semaškov model .....	43
1.5.3. Obdobie po roku 1989 – Bismarckov model .....	44
<b>2. Metodológia a ciele .....</b>	<b>49</b>
2.1. <i>Sociálno ekonomické hodnotenie</i> .....	49
1.5.4. Kvantitatívna metodológia .....	49
1.5.5. Kvalitatívna metodológia .....	50



1.6.	<i>Stanovenie cieľov</i> .....	51
<b>3.</b>	<b>HODNOTENIE SYSTÉMOV ZDRAVOTNÍCTVA VO VYBRANÝCH KRAJINÁCH</b> .....	<b>54</b>
3.1.	<i>Bismarckov model – Poľsko</i> .....	55
3.1.1.	Všeobecná charakteristika modelu zdravotného poistenia v Poľsku .....	55
3.1.2.	Charakteristika modelu zdravotného poistenia v Poľsku prostredníctvom vybraných neekonomických a ekonomických ukazovateľov .....	57
3.2.	<i>Bismarckov model – Maďarsko</i> .....	63
3.2.1.	Všeobecná charakteristika modelu zdravotného poistenia v Maďarsku.....	64
3.2.2.	Charakteristika modelu zdravotného poistenia v Maďarsku prostredníctvom vybraných neekonomických a ekonomických ukazovateľov .....	65
3.3.	<i>Bismarckov model - Česká republika</i> .....	70
3.3.1.	Všeobecná charakteristika modelu financovania zdravotníctva v Českej republike 71	
3.3.2.	Charakteristika modelu financovania zdravotníctva v Českej republike prostredníctvom vybraných neekonomických a ekonomických ukazovateľov .....	74
3.4.	<i>Bismarckov model - Holandsko</i> .....	80
3.4.1.	Všeobecná charakteristika modelu zdravotného poistenia (financovania zdravotníctva) v Holandsku .....	80
3.4.2.	Charakteristika modelu financovania zdravotníctva v Holandsku prostredníctvom vybraných neekonomických a ekonomických ukazovateľov .....	82
3.5.	<i>Bismarckov model - Nemecko</i> .....	88
3.5.1.	Financovanie zdravotného systému.....	92
3.5.2.	Charakteristika modelu zdravotného poistenia v Nemecku prostredníctvom vybraných neekonomických a ekonomických ukazovateľov .....	100
3.6.	<i>Bismarckov model – Slovinsko</i> .....	103
3.6.1.	Financovanie zdravotného poistenia .....	103

3.6.2.	Vybrané špecifiká v systéme poskytovania zdravotnej starostlivosti.....	107
3.7.	<i>Beveridgeov model – Veľká Británia/Anglicko</i> .....	110
3.7.1.	Verejné versus súkromné zdravotné poistenie.....	112
3.7.2.	Charakteristika modelu zdravotného systému prostredníctvom vybraných neekonomických a ekonomických ukazovateľov .....	114
3.8.	<i>Beveridgeov model - Nórsko</i> .....	120
3.8.1.	Pravidlá zdravotného poistenia .....	122
3.8.1.	Charakteristika modelu zdravotného systému prostredníctvom vybraných neekonomických a ekonomických ukazovateľov .....	123
3.9.	<i>Liberálny model - Singapur</i> .....	130
3.9.1.	Všeobecná charakteristika modelu zdravotného poistenia v Singapore.....	131
3.9.2.	Charakteristika modelu zdravotného poistenia v Singapure prostredníctvom vybraných neekonomických a ekonomických ukazovateľov .....	133
3.10.	<i>Liberálny model - USA</i> .....	137
3.10.1.	Všeobecná charakteristika modelu zdravotného poistenia v USA .....	138
3.10.2.	Charakteristika modelu zdravotného poistenia v USA prostredníctvom vybraných neekonomických a ekonomických ukazovateľov .....	140
<b>4.</b>	<b>Slovenské zdravotné poistenie</b> .....	<b>146</b>
4.1.	<i>Princíp vzájomnosti a solidarity</i> .....	149
4.2.	<i>Verejné zdravotné poistenie</i> .....	150
4.3.	<i>Legislatívny rámec</i> .....	152
4.4.	<i>Príjmy v zdravotníctve</i> .....	153
4.4.1.	Všeobecne o príjmoch v slovenskom zdravotníctve .....	154
4.4.2.	Príjmy v slovenskom zdravotníctve a ich základná právna úprava .....	155
4.4.3.	Pohľad na príjmy v slovenskom zdravotníctve cez makročísła .....	156

4.4.4. Porovnanie vybraných ekonomických ukazovateľov ovplyvňujúcich výšku príjmov v zdravotníctve.....	158
4.4.5. Výška celkových disponibilných zdrojov .....	159
4.4.6. Celkové zaplatené poisťné .....	160
4.4.7. Súkromné zdroje vo financovaní zdravotníctva.....	161
4.5. Výdavky na zdravotníctvo .....	162
4.5.1. Výdavky na zdravotníctvo z pohľadu zdrojov .....	163
4.5.2. Výdavky na zdravotníctvo podľa funkcie .....	168
4.5.3. Charakteristika modelu zdravotného systému prostredníctvom vybraných neekonomických ukazovateľov .....	170
4.6. Zdravotnícke reformy v SR a ich vplyv na hodnotiace ukazovatele .....	179
<b>5. Zdravotné poistenie – zdravotná daň. Financovanie a fungovanie systému zdravotného poistenia .....</b>	<b>195</b>
<b>ZÁVER.....</b>	<b>217</b>
<b>ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV.....</b>	<b>222</b>



## Zoznam grafov

Graf č. 1: Dojčenská úmrtnosť Poľsko .....	58
Graf č. 2: Stredná dĺžka života pri narodení Poľsko .....	59
Graf č. 3: Dožitie v zdraví Poľsko .....	60
Graf č. 4: Odvrátiteľná úmrtnosť Poľsko .....	61
Graf č. 5: Podiel výdavkov na zdravotníctvo na HDP - Poľsko.....	62
Graf. č. 6: Priame platby pacientov - Poľsko .....	63
Graf č. 7: Dojčenská úmrtnosť v Maďarsku.....	65
Graf č. 8: Stredná dĺžka života pri narodení Maďarsko.....	66
Graf č. 9: Dožitie v zdraví - Maďarsko .....	67
Graf č. 10: Odvrátiteľná úmrtnosť - Maďarsko .....	68
Graf č. 11: Podiel výdavkov na zdravotníctvo na HDP – Maďarsko .....	69
Graf č. 12: Priame platby pacientov - Maďarsko .....	70
Graf č. 13: Dojčenská úmrtnosť v Českej republike .....	74
Graf č. 14: Stredná dĺžka života pri narodení v Českej republike.....	75
Graf č. 15: Dožitie v zdraví – Česká republika .....	76
Graf č. 16: Odvrátiteľné úmrtia – Česká republika.....	77
Graf č. 17: Podiel výdavkov na zdravotníctvo – Česká republika.....	78
Graf č. 18: Priame platby pacientov – Česká republika .....	79
Graf č. 19: Dojčenská úmrtnosť v Holandsku .....	83
Graf č. 20: Stredná dĺžka života pri narodení v Holandsku .....	84
Graf č. 21: Dožitie v zdraví - Holandsko .....	85
Graf č. 22: Odvrátiteľné úmrtia - Holandsko.....	86
Graf č. 23: Podiel výdavkov na zdravotníctvo v Holandsku .....	87
Graf č. 24: Priame platby pacientov v Holandsku .....	88
Graf č. 25: Vývoj počtu zdravotných poisťovní v Nemecku v rokoch 1970 - 2022 .....	89
Graf č. 26: Príjmy a výdavky na zdravotníctvo v Nemecku .....	93



Graf č. 27: Počet odvrátiteľných úmrtí v Nemecku.....	101
Graf č. 28: Očakávaná priemerná doba dožitia - Nemecko .....	102
Graf č. 29: Dojčenská úmrtnosť v Nemecku.....	102
Graf č. 30: Zloženie výdavkov na zdravotnú starostlivosť v Slovinsku (r. 2020) .....	106
Graf č. 31: Dojčenská úmrtnosť - Slovinsko .....	108
Graf č. 32: Očakávaná priemerná doba dožitia.....	109
Graf č. 33: Počet odvrátiteľných úmrtí – Slovinsko.....	109
Graf č. 34: Pokrytie obyvateľstva zdravotným poistením .....	112
Graf č. 35: Dojčenská úmrtnosť - Anglicko .....	116
Graf č. 36: Očakávaná dĺžka života.....	117
Graf č. 37: Roky prežité v zdraví - Anglicko .....	118
Graf č. 38: Odvrátiteľné úmrtia .....	119
Graf č. 39: Výdavky na zdravotníctvo z HDP .....	119
Graf č. 40: Priame platby na zdravotníctvo.....	120
Graf č. 41: Dojčenská úmrtnosť v Nórsku .....	124
Graf č. 42: Očakávaná dĺžka života v Nórsku.....	125
Graf č. 43: Roky prežité v zdraví - Nórsko .....	127
Graf č. 44: Odvrátiteľné úmrtia – Nórsko.....	128
Graf č. 45: Podiel HDP na zdravotníctvo .....	129
Graf č. 46: Priame platby v zdravotníctve v Nórsku .....	130
Graf č. 47 : Dojčenská úmrtnosť Singapur.....	134
Graf č. 48: Stredná dĺžka života pri narodení - Singapur.....	134
Graf č. 49: Dožitie v zdraví.....	135
Graf č. 50: Podiel výdavkov na zdravotníctvo z HDP.....	136
Graf č. 51: Priame platby pacientov - Singapur.....	137
Graf č. 52: Dojčenská úmrtnosť v USA .....	141
Graf č. 53: Stredná dĺžka života pri narodení.....	141
Graf č. 54: Dožitie v zdraví - USA.....	142

Graf č. 55: Odvratiteľná úmrtnosť v USA .....	143
Graf č. 56: Podiel výdavkov na zdravotníctvo na HDP USA.....	144
Graf č. 57: Priame platby pacientov - USA .....	145
Graf č. 58: Podiel verejných výdavkov na zdravotníctvo na HDP v EU .....	148
Graf č. 59: Výška celkových disponibilných zdrojov v zdravotníctve na Slovensku .....	160
Graf č. 60: Zaplatené poistné na verejné zdravotné poistenie v SR .....	161
Graf č. 61: Súkromné zdroje v zdravotníctve v SR .....	162
Graf č. 62 Verejné výdavky na zdravotníctvo na Slovensku.....	163
Graf č. 63: Výdavky domácností na zdravotníctvo na Slovensku.....	164
Graf č. 64: Priame platby pacientov (porovnanie 3 krajín) .....	165
Graf č. 65: Výdavky na zdravotníctvo na 1 obyvateľa v EUR.....	166
Graf č. 65: Výdavky na zdravotníctvo – podiel na HDP Slovensko.....	168
Graf č. 66: Podiel jednotlivých druhov výdavkov na celkových výdavkoch na zdravotníctvo.....	169
Graf č. 67: Vývoj strednej dĺžky života pri narodení na Slovensku .....	171
Graf č. 68: Stredná dĺžka života pri narodení – porovnanie krajín V4 .....	172
Graf č. 69: Dožitie v zdraví na Slovensku.....	173
Graf. č 70: Dožitie v zdraví v krajinách EU.....	174
Graf č. 71: Odvratiteľné úmrtia v krajinách EU .....	175
Graf č. 72: Dojčenská úmrtnosť - Slovensko .....	176
Graf č. 73: Dojčenská úmrtnosť v krajinách V4 .....	178
Graf č. 74: Podiel HDP na financovaní zdravotníctva – porovnanie .....	185
Graf č. 75: Počet odvrátiteľných úmrtí – POROVNANIE.....	194
Graf č. 76: Priemerné celkové výdavky na zdravotníctvo .....	196
Graf č. 77: Odvratiteľné úmrtia – priemerné hodnoty .....	202
Graf č. 78: Priemerná dojčenská úmrtnosť – priemerné hodnoty.....	204
Graf č. 79: Očakávaná doba dožitia – priemerné hodnoty .....	205

## Zoznam obrázkov

Obrázok č. 1: podiel výdavkov na zdravotníctvo na HDP .....	23
Obrázok č. 2: Pohľad na Európu podľa systémov zdravotného poistenia .....	36
Obrázok č. 3: Očakávaná dĺžka života – poradie krajín .....	126
Obrázok č. 4: Očakávaná dĺžka života v rokoch – porovnanie vybratých krajín .....	167
Obrázok č. 5: Stredná dĺžka života pri narodení – prehľad krajín podľa OECD.....	170
Obrázok č. 6: Dojčenská úmrtnosť na Slovensku .....	177
Obrázok č. 7: Miera zadlžovania a vývoj pohľadávok ZP .....	181
Obrázok č. 8: Systém zdravotníctva na Slovensku .....	187
Obrázok č. 9: Vývoj vekovej štruktúry sestier .....	189
Obrázok č. 10: Vývoj vekovej štruktúry lekárov .....	190
Obrázok č. 11: Podiel výdavkov na zdravotníctvo z HDP .....	197
Obrázok č. 12: Priemerná doba života v relatívnom zdraví a náklady na zdravotníctvo.....	199
Obrázok č. 13: Počet odvrátiteľných úmrtí .....	201



## Zoznam tabuliek

Tabuľka č. 1: Výhody a nevýhody liberálneho modelu zdravotníctva .....	22
Tabuľka č. 2: Porovnanie vybraných národných zdravotných systémov v číslach.....	34
Tabuľka č. 3: Minimálne množstvo realizovaných výkonov v jednej nemocnici za rok .....	97
Tabuľka č. 4 : Výška celkových disponibilných zdrojov v zdravotníctve v tis. Eur.....	159
Tabuľka č. 5: Zaplatené poistné na verejné zdravotné poistenie v SR (v tis. Eur) .....	160
Tabuľka č. 6: Súkromné zdroje v zdravotníctve v SR (v tis. Eur) .....	161

## Zoznam skratiek a značiek

BEV – Beveridgov systém

BIS – Bismarckov systém

CMCS - programy zdravotného poistenia financovaného štátom v USA (Centrum pre Medicaid a CHIP Services)

DZP – dobrovoľné doplnkové zdravotné poistenie v Slovinsku

GKV - Gesetzliche Krankenversicherung - zákonné zdravotné poistenie v Nemecku

HDP – Hrubý domáci produkt (GDP ang.)

IZPS – Inštitút zdravotného poistenia Slovinska (poskytuje všeobecné povinné poistenie)

KVdR - Krankenversicherung den Renter - Režim zdravotného poistenia dôchodcov v Nemecku

MZ SR – Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky

NFZ – Národný fond zdravia v Poľsku (Narodowy Funduzs Zdrowia)

NHS – systém univerzálnej zdravotnej starostlivosti vo Veľkej Británii (National Health Service)

OECD – Organizácia pre hospodársku spoluprácu a rozvoj (Organisation for Economic Co-operation and Development)

PKV – Private Krankenversicherung, súkromné zdravotné poistenie v Nemecku

SSN - Systém zdravotnej starostlivosti v Taliansku (Servizio Sanitario Nazionale)

SZP – Spoločná zdravotná poisťovňa

ŠZM – špeciálny zdravotnícky materiál

UDZS – Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou

ÚNZ – Ústav národného zdravia (krajské alebo okresné úrovne v časoch ČSSR)

VŠZP – Všeobecná zdravotná poisťovňa

WHO – Svetová zdravotnícka organizácia (World Health Organisation)

ZP – Zdravotná poisťovňa

## ÚVOD

Predpokladom dobre fungujúcej spoločnosti je kvalitné zdravotníctvo, ktorého podstatou je poskytovanie zdravotníckych služieb a systém ich financovania. Systémy financovania zdravotnej starostlivosti sú rozmanité, vychádzajú z rozpočtových obmedzení krajiny, sú predmetom politických a spoločenských rozhodnutí. Zdrojom financovania môžu byť dane, zdravotné odvody, doplnkové zdravotné poistenie alebo ich kombinácia.

V rámci krajín Európskej únie fungujú rôzne systémy financovania zdravotníctva – verejné zdravotné poistenie, súkromné zdravotné poistenie, daňový systém. Rozsah povinného zdravotného poistenia a služieb z neho hradených je spravidla vymedzený zákonom alebo inými všeobecne záväznými predpismi.

V podmienkach Slovenskej republiky je zdravotníctvo financované prostredníctvom verejného zdravotného poistenia, ktorého právnu úpravu nachádzame predovšetkým v zákone č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Na Slovensku, ale aj v iných krajinách, dochádza za posledné desaťročia k pomerne rýchlemu nárastu výdavkov na zdravotnú starostlivosť v porovnaní s ekonomickým rastom. Uvedená skutočnosť si vyžaduje riešenie viacerých problémov, akými sú výška zdrojov a ich získavanie, prerozdelenie, alokovanie a ich efektívne použitie. Na Slovensku sa znižuje platba štátu za svojich poistencov, pričom rastie počet ekonomicky neaktívnych poistencov. Rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti hradenej z povinného zdravotného poistenia nie je krytý zdrojmi, čím dochádza k neustálemu zadlžovaniu najmä štátnych zdravotníckych zariadení. Tieto však, v porovnaní so súkromnými zdravotníckymi zariadeniami, poskytujú celý komplex zdravotníckych služieb vrátane finančne náročných zdravotných výkonov. Na druhej strane u mnohých z nich boli delimitované finančne lukratívne činnosti, ako sú záchranná



zdravotná služba, niektoré pracoviská spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, akými sú mikrobiológia, biochémia, histologické pracoviská, zobrazovacie zariadenia CT a MR. Uvedené skutočnosti vedú zdravotnícke zariadenia k hľadaniu zdrojových možností formou rôznych doplatkov, čo nie je vždy v súlade s platnými právnymi normami a naša právna úprava je v tomto smere dosť vágna.

Cieľom analytického výstupu je analýza a rozbor financovania zdravotníctva v rôznych systémoch, zhodnotenie postavenia a úrovne zdravotného systému v medzinárodnom meradle a navrhnutie prípadných zmien v súčasnom spôsobe financovania zdravotníctva na Slovensku. Výsledkom analytického výstupu je dokument mapujúci systém zdravotného poistenia a vysvetlenie princípu zabezpečenia spravodlivosti každému jednotlivcovi v systéme v prípade potreby čerpať zdravotné služby.

V kontexte zadania analytického výstupu sú koncipované aj jednotlivé kapitoly.

Prvá kapitola je zameraná na predstavenie jednotlivých systémov financovania zdravotníctva, ich vývoj a podstata ich fungovania. Samostatná podkapitola je venovaná vývoju systému financovania zdravotníctva na Slovensku.

V druhej kapitole je popísaná metodológia v kontexte využitia kombinácie kvantitatívnych a kvalitatívnych metód. Najčastejšie využívané spôsoby na dosiahnutie stanoveného cieľa sme využili metódy: analýzy, syntézy, analógie, komparácie, popisnú metódu, rešerš legislatívnych, internetových a dokumentárnych zdrojov.

V tretej kapitole sa venujeme analýze jednotlivých systémov financovania zdravotníctva na príklade vybraných krajín, v ktorých sa konkrétny model financovania aplikuje. Zmapujeme vybrané ekonomické a neekonomické ukazovatele v Poľsku, Maďarsku, Českej republike, Holandsku, Nemecku, Slovinsku, Anglicku, Nórsku, Singapore a USA.

V štvrtej kapitole podrobne analyzujeme systém financovania zdravotníctva na Slovensku po roku 1989, najmä však súčasný stav s ohľadom na vybrané ekonomické a neekonomické

ukazovatele predtým podrobne preskúmané v rôznych systémoch zdravotnej starostlivosti, príjmy a výdavky v zdravotníctve a vplyv reforiem zdravotníctva na fungovanie, kvalitu a potencionálne zlepšovanie sledovaných indikátorov.

Piata kapitola je venovaná návrhom riešenia problémov v oblasti financovania zdravotníctva na Slovensku v oblasti zdrojov, ich alokácie a efektívneho použitia.

## 1. ZDRAVOTNÉ POISTENIE – SÚČASNÝ STAV RIEŠENEJ PROBLEMATIKY

Podľa OSN je na zemi 196 štátov a každý z nich má nejaký systém zdravotníctva v zásade sa odvíjajúcich od štyroch základných zdravotníckych modelov (Liberálny, Bismarckov, Beveridgeov, Semaškov) s rôznou intenzitou vplyvu determinantov typických pre jednotlivé modely zdravotníckych systémov.

Citát kanadsko-amerického ekonóma Johna Kennetha Gailbraitha „sociálne zabezpečenie v Európe je jeden z najväčších úspechov našej civilizácie“ v nás môže vyvolať dojem spokojnosti, že žijeme v Európe. Veď pocit istoty, či zaistenia (poistenia) v čase nepohody, nedostatku, straty blízkeho či vlastného zdravia je veľmi dôležitý a vytvára v obyvateľoch štátu veľmi silný pocit spolupatričnosti ku spoločnosti a dôveru voči štátu, de facto aj jej predstaviteľom.

Sociálny systém štátu je závislý od sociálnej politiky krajiny. Zároveň má viac nástrojov na hľadanie sociálnej spravodlivosti a hlavne sociálnej udržateľnosti fungovania štátu. Zdravotné poistenie je významným nástrojom, ktorý prispel k sociálnej spravodlivosti.

Pred cca 15 rokmi bola vo väčšine vyspelých krajín finančná kríza a následne aj recesia. Koniec tohto stavu je určite v nedohľadne, pretože zdravotná kríza - spôsobená vírusom COVID19 a následne hospodárskou krízou, ktorá v predchádzajúcom roku (2021) už začala súbežne so zdravotnou krízou a prináša nekonečnú reťaz problémov v hospodárení štátu, firmy, jednotlivca. Medzinárodný menový fond a aj ostatné medzinárodné finančné inštitúcie potenciované vyhláseniami centrálnych bánk a ministerstiev financií nás uisťujú, že po odznení vírusovej epidémie dôjde k oživeniu ekonomiky a koncom roku 2022 a najpozdejšie začiatkom roka 2023 dôjde k oživeniu ekonomiky (táto “prognóza” sa v ročnom intervale posúva o polroka ďalej). Javí sa, že s týmto scenárom musíme počítať dlhodobo. Pokiaľ je stagnácia ekonomiky dlhodobá, tak sa dostáva do problémov celý zdravotný a sociálny segment. Jednotlivé ministerstvá spomenutých okruhov, ktoré sú koncepcie tvorcom fungovania



rezortu si dobre uvedomujú, že tieto rezorty sú dosť finančne poddimenzované aj v časoch hospodárskeho rastu, preto je dôležité monitorovať ich fungovanie, zasahovať do neho – ak je to potrebné a regulovať finančné toky. Kolaps zdravotného a sociálneho systému štátu by vážne narušil schopnosť štátu plniť svoje funkcie. Pritom tieto rezorty sú najzraniteľnejšie a zároveň im je venovaná najmenšia pozornosť. Sú to paradoxy konzumnej spoločnosti založenej na dostatku.

Ozorovský, V. a Vojteková, I. uvádzajú vo svojej publikácii Zdravotnícky manažment a financovanie (2016, s. 27), že „zdravotníctvo ako systém je rozsiahlym spoločenským, politickým a ekonomickým problémom na celom svete“. Preto sú na celom svete snahy reformovať doteraz zaužívané spôsoby fungovania zdravotníctva. Rôzne záujmové a lobistické skupiny ovplyvňujú takéto stratégie na všetkých úrovniach od odborných autorít, cez stavovské organizácie, parlamenty či vlády. Cieľom snaženia všetkých zúčastnených by malo byť dosiahnuť základné ciele: udržanie zdravia obyvateľstva, liečba chorých a ekonomická udržateľnosť.

Ako už vyplýva z vyššie uvedeného, každý štát sa angažuje v sociálnej oblasti (ktorej súčasťou je aj zdravotníctvo) prostredníctvom redistribučných aktivít, t.j. transferových platieb na verejné výdavky. Sociálne veci a zdravotníctvo sú oblasťou, kde výrazne rastie potreba zvyšovania verejných výdavkov. Dôvody sú vo všetkých krajinách rovnaké (napriek rôznym systémom vyplývajúcich z modelov sociálneho a zdravotného zabezpečenia) a to zhoršovanie zdravotného stavu obyvateľstva potenciovanej prebiehajúcou epidémiou ochorenia na koronavírus, ďalej vznik nových liečebných technológií, drahších liekov a nových vakcín. Tak ako uvádza vo svojej publikácii Verejné financie (Medveď, Nemeč, Orviská, Zimková, 2005, s. 74) ak nenájde účinné nástroje k limitovaniu rozsahu výdavkov na zdravotníctvo, tak bude narastať tlak na verejné zdroje.

Zdravotný systém (WHO, 2000) „má niekoľko kľúčových funkcií: poskytovanie zdravotníckych služieb, vytváranie ľudských a materiálnych zdrojov, vytváranie a kumulácia finančných prostriedkov na zaplatenie zdravotnej starostlivosti a tvorba pravidiel (reštrikcie štátu) na

udržanie existujúceho systému a strategické smerovanie všetkých účastníkov systému“. K tomu je nutné dodať aj to, že „jednotlivé vlády štátov sú zodpovedné za správcovstvo zdravotníckych systémov a vytváranie pravidiel hry pre strategické nasmerovanie všetkých aktérov“ (Ondruš, 2014, s. 11). Podľa prístupu k uvedeným jednotlivým funkciám zdravotných systémov môžeme spoľahlivo určiť, aký typ modelu fungovania zdravotníctva je v konkrétnej krajine. V nasledujúcich podkapitolách popíšeme jednotlivé systémy (modely) detailnejšie.

#### 4.1. LIBERÁLNY MODEL

Liberálny model je spomedzi modelov zdravotného poistenia modelom, ktorý v priestore európskeho kontinentu nie je veľmi zastúpený.

##### 1.1.1. História liberálneho modelu zdravotného poistenia

Základy liberálneho modelu zdravotného poistenia možno spojiť s históriou USA. Väčšina tých, ktorí pricestovali do USA, prišli najmä s vidinou „mať sa lepšie“, ale boli odkázaní sami na seba. Táto samostatnosť v každej oblasti života znamenala ešte väčšiu zodpovednosť za samého seba. Takáto individuálna zodpovednosť nedávala po dlhú dobu dôvod k poisteniu vychádzajúceho z princípu rozdelenia rizika na celú skupinu ľudí. Po veľkej hospodárskej kríze, kedy sa prevažná časť zdravotnej starostlivosti platila priamou úhradou, začali v 30-tych rokoch vznikať prvé myšlienky sociálnych fondov, ktoré však v jednotlivých dekádach (s ohľadom na fakt, ktorá „politická skupina“ viedla krajinu cez post prezidenta) boli postupne menené najmä vo výške ich krytia ako aj v osobnom rozsahu poistenia. Rozvojom ekonomiky, zvyšovaním počtu obyvateľov a ďalšími faktormi sa stával systém financovania z rozpočtu štátu čoraz nákladnejší a neudržateľnejší. Z uvedených dôvodov sa systém priamej platby, príp. systém osobnej zodpovednosti za úhradu zdravotnej starostlivosti, stal základnou črtou tohto modelu zdravotného poistenia.

### 1.1.2. Základná charakteristika liberálneho modelu zdravotného poistenia

Ako uvádzajú Ozorovský a kol. (2016), hlavnou myšlienkou liberálneho modelu je individuálna zodpovednosť obyvateľov za svoje zdravie, kedy štát nie je garantom dostupnej zdravotnej starostlivosti pre všetkých. Vzhľadom na uvedené možno uviesť, že v tomto modeli je potrebné pozeráť na zdravotnú starostlivosť ako na službu, ktorá podlieha trhovému mechanizmu, a teda je predmetom vzájomnej korelácie ponuky a dopytu a je nevyhnutne založená na princípe kúpy a predaja.

Štátne zásahy v liberálnom modeli sú zriedkavé a uskutočňujú sa iba v kritických situáciách, kedy sú ohrozené početné skupiny obyvateľov (epidémie, živelné pohromy a iné). Liberálny model sa vyznačuje minimálnym až nulovým podielom verejných zdrojov a zdravotná starostlivosť je hradená priamymi platbami od samotných pacientov alebo od súkromných poisťovní (Šulcová a kol. 2012). Na financovaní sa podieľa občan, ktorého dobrovoľné poistenie vytvára cez investovanie výnos súkromných zdravotných poisťovní, z ktorého je následne hradená zdravotná starostlivosť. Ondruš (2014, s. 14) tvrdí, že súkromné poisťovne si pred podpísaním zmluvy zisťujú v akom stave sa nachádza zdravie klienta a ak je jeho stav rizikový, tak poistencovi nemusia zmluvu uzatvoriť. Výrazným prvkom tohto modelu je malé pokrytie obyvateľstva zdravotným poistením s veľkým počtom nepoistených obyvateľov v spojení s prevahou súkromných - neštátnych poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. V súkromnom zdravotnom si poistné platí každý sám a výška poistenia je určená zdravotným rizikom, ktoré osoba nesie (napr. fajčiari, obézni ľudia, diabetici a osoby s vrodenými poruchami a chorobami sú považované za nositeľov vysokého rizika a tak platia vyššie poistné ako ostatní poistenci).

Medzi hlavné princípy liberálneho modelu, patrí najmä:

- a) individuálna zodpovednosť jednotlivca za svoje zdravie,
- b) dobrovoľnosť zdravotného poistenia,
- c) zdravotná starostlivosť nie je garantovaná štátom a predstavuje službu s trhovou cenou,



- d) solidarita je braná ako dobrovoľný a štátom neorganizovaný akt,
- e) štát len vytvára základné legislatívne predpoklady fungovania tohto systému a nezasahuje do vzťahu slobodných subjektov (slobodná voľba poisťovne, zdravotného zariadenia a lekára, lekári vykonávajú činnosť na základe súkromného podnikania, súkromné zariadenia vykonávajú svoju činnosť v konkurenčnom prostredí (Stanek a Pechová 2010).

Ako každý model, aj ten liberálny má svoje výhody a nevýhody, ktoré môžeme zhrnúť nasledovne:

TABUĽKA Č. 1: VÝHODY A NEVÝHODY LIBERÁLNEHO MODELU ZDRAVOTNÍCTVA

Výhody	Nevýhody
vysoká kvalita poskytovanej zdravotnej starostlivosti, jej pravidelné vyhodnocovanie a	sociálna nerovnosť (značná časť populácie nie vôbec zdravotne poistená)
väčšie množstvo finančných prostriedkov pre vedu a výskum	žiadna regulácia cien zdravotných výkonov, liekov a zdravotníckych pomôcok
uplatňovanie nových technológií, inovácií a výsledkov výskumov v praxi	skupiny obyvateľov, ktoré nie sú vôbec poistené
vysoké príjmy lekárov a zdravotníckych pracovníkov	riziko ekonomického ohrozenia jednotlivca a rodiny v prípade vzniku závažných ochorení
maximálna liberálnosť pri výbere poisťovne, lekára, či zdravotníckeho zariadenia	solventnejší pacienti majú prednosť pred menej solventnými
výrazná konkurencia medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti	nižšia dostupnosť základnej zdravotnej starostlivosti z dôvodu zazmluvnenia len niektorých poskytovateľov ZS
	slabá preventívna starostlivosť

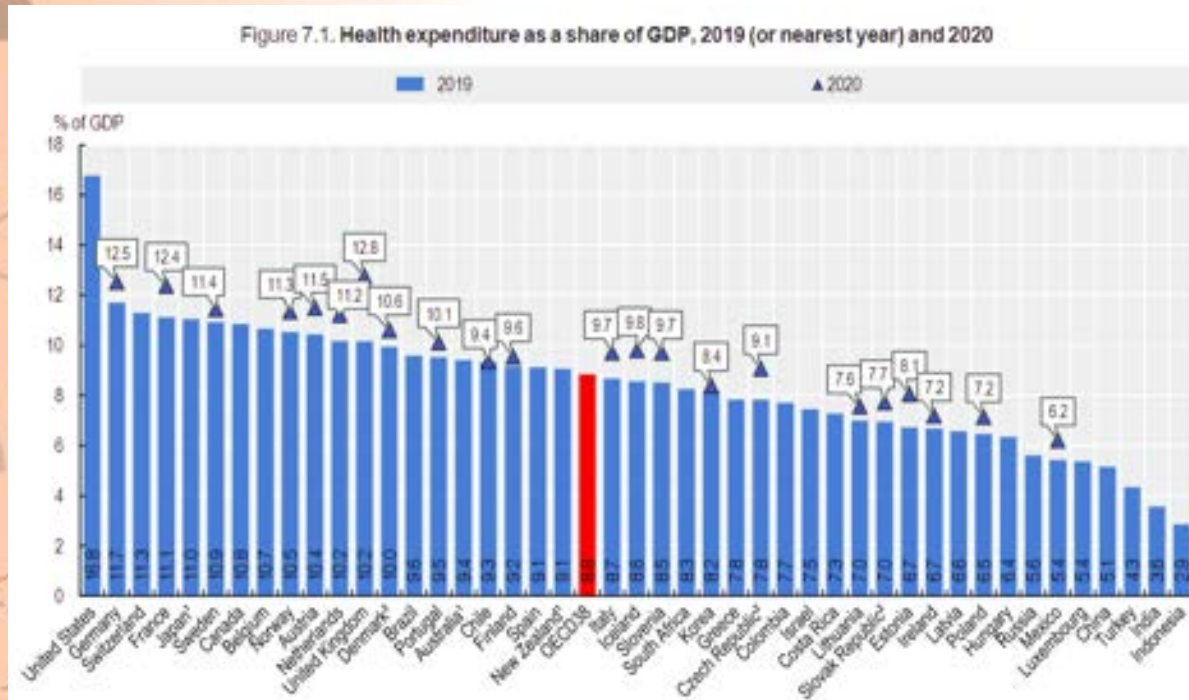
Zdroj: autori

### 1.1.3. Liberálny model zdravotného poistenia vo svete

Liberálny model je v prevažnej miere uplatňovaný v Spojených štátoch amerických. Žiaľ, vo svojej čistej podobe sa objavuje aj v najchudobnejších krajinách sveta (najmä v podobe priamych platieb) - je to dané najmä neschopnosťou vlád týchto krajín prijať potrebnú legislatívu ako aj v dôsledku nedostatočných finančných prostriedkov v rámci ich rozpočtov.

Výdavky na zdravotníctvo dosahujú v Spojených štátoch pravidelne absolútne najvyššiu hodnotu spomedzi všetkých krajín OECD – v roku 2019 to bolo 16,8 % HDP, v roku 2020 to bolo 19,7 % (pozri údaje v obrázku 1 nižšie). Vo všeobecnosti je takto postavený „trhový model“ vhodnejší do silnejších ekonomík s vysokým HDP a solventnejšími obyvateľmi.

OBRÁZOK Č. 1: PODIEL VÝDAVKOV NA ZDRAVOTNÍCTVO NA HDP



Zdroj: OECD, 2021

V trhovej oblasti USA je ponúkaných mnoho produktov tisíckami poskytovateľov poistenia. Medzi najvýznamnejšie (nie však jediné) patria programy ako Medicare a Medicaid, čo sú bezplatné systémy zdravotnej starostlivosti v USA, ktoré poskytujú základnú zdravotnú starostlivosť najzraniteľnejším skupinám obyvateľstva.

Medicare je považovaný za program, ktorý zabezpečuje sociálno-zdravotné poistenie pre:

- osoby vo veku 65 rokov alebo starších,
- osoby mladšie ako 65 rokov s určitým postihnutím,



- ľudí všetkých vekových kategórií s ochorením obličiek v konečnom štádiu (trvalé zlyhanie obličiek vyžadujúce dialýzu alebo transplantáciu obličiek).

Na druhej strane Medicaid je federálny vládny program, ktorý podporuje osoby s nízkymi príjmami (Ondruš 2014, s. 14 - 15). Pre etablovanie tohto systému bolo vytvorené tzv. Centrum pre Medicaid a CHIP Services (skr. CMCS). CMCS slúži ako ústredný bod pre všetky národné programové politiky a operácie pre tri dôležité programy zdravotného poistenia financované štátom:

- Medicaid

Poskytuje zdravotné poistenie ľuďom s nízkymi príjmami a je jedným z najväčších platiteľov zdravotnej starostlivosti v Spojených štátoch.

- Program detského zdravotného poistenia (CHIP)

Poskytuje federálne zodpovedajúce finančné prostriedky štátom na poskytovanie zdravotného poistenia deťom v rodinách s príjmami príliš vysokými na to, aby sa kvalifikovali na Medicaid, ale ktorí si nemôžu dovoliť súkromné pokrytie zdravotnej starostlivosti.

- Základný zdravotný program (BHP)

Umožňuje štátom možnosť poskytovať cenovo dostupné pokrytie a lepšiu kontinuitu starostlivosti o ľudí, ktorých príjem kolíše nad a pod úrovňou oprávnenosti Medicaid a CHIP.

V európskom priestore bol liberálny model zdravotného poistenia etablovaný vo Švajčiarsku, avšak prijatím spolkového zákona o zdravotnom poistení (Bundesgesetz über die Krankenversicherung - KVG) pre základné zdravotné poistenie bol tento model s účinnosťou od 1.1.1996 nahradený.

Okrem vyššie uvedeného systému súkromného poistenia (USA) môžeme do liberálneho modelu zaradiť aj model individuálnych účtov zdravotného sporenia v Singapure, ktorý je charakteristický vysokou efektívnosťou využívania zdrojov, vysokou kvalitou poskytovanej

zdravotnej starostlivosti a nízkou spoluúčasťou štátu. V Singapore je zavedený tzv. systém individuálnych účtov zdravotného sporenia, v ktorom rozhodovacie právomoci dotýkajúce sa liečby sú v rukách lekárov a pacientov. Namiesto štátom financovanej schémy alebo schémy založenej na poistení, Singapurčania si sporia peniaze na účtoch určených na osobnú zdravotnú starostlivosť. V kombinácii s nízkou nákladovým poistným krytím vážnych chorôb si výdavky na zdravotnú starostlivosť riadi každý jednotlivec spolu so svojím lekárom. Keď niekto potrebuje zdravotnú starostlivosť, ide priamo k poskytovateľovi, ktorého si vybral. Za liečenie zaplatí z úspor zo svojho účtu. V prípade, že by vážne ochorenie spôsobilo vyčerpanie tohto účtu, náklady uhradí systém poistenia vážnych chorôb. Poistenie vážnych chorôb sa od tradičného zdravotného poistenia líši v tom, že sa nevyužíva pri každej návšteve odborného zdravotníckeho zariadenia. V súčasnosti v Singapore funguje až 18 schém financovania zdravotnej starostlivosti a jej dotácií, ktoré sú závislé od toho, či je osoba (jedinec) cudzincom alebo nie je, ďalej od veku, ako aj od rozsahu zdravotnej starostlivosti, na ktorú sa má vzťahovať.

#### 4.2. BISMARCKOV MODEL

V roku 2022 to bude takmer 140 rokov, kedy bol ríšskym nemeckým parlamentom prijatý prvý zo zákonov, ktorými sa uzákonila schéma povinného zdravotného poistenia určená pre pracujúcich robotníkov. Dňa 15. júna 1883, pod vedením nemeckého ríšskeho kancelára Bismarcka, odštartovala epocha štátom regulovaných sociálnych a zdravotných opatrení, ktorá presiahla v krátkom čase hranice Nemeckej ríše a položila základy moderných sociálnych opatrení, ktoré dnes poznáme ako sociálne a zdravotné vecné dávky, resp. sociálne zabezpečenie (Badenschier, 2019, str. 2).

Schéma verejného zdravotného a sociálneho systému nevznikla v Nemeckej ríši na zelenej lúke, ale ako pragmatický dôsledok industrializácie spoločnosti a silnejúcim nespokojným hlasom sociálnych vrstiev obyvateľstva, tzv. pracujúcej vrstvy, ktorej hlas prezentovali sociálne politické strany, cirkev a rôzne spolky obyvateľstva. (Scheubel, 2013, s. 78). Dvanásť hodín

práce denne, dokonca aj v nedeľu, žiadne opatrenia bezpečnosti práce, žiadne plnenie v prípade úrazu, choroby. Pracujúci nemal nárok na mzdu v prípade choroby alebo ak nemohol z iných dôvodov nastúpiť do práce. Detská práca nebola žiadnou výnimkou. Rovnako ako vláde, aj majiteľom výrobných podnikov bolo zrejmé, že je nevyhnutné zaviesť také opatrenia, ktoré nepoškodia zamestnávateľov, ale prinesú pre pracujúcich výhody a opatrenia, ktoré by zmiernili tlak nespokojnosti širokých mas obyvatelstva. Vtedajšia vláda bola v politickom boji so sociálne orientovanými politickými stranami, preto zavedením reforiem v oblasti sociálneho a zdravotného poistenia chcela masu pracujúcich prikloniť na svoju stranu. (Badenschier, 2019, s. 2). Zavedenie reforiem zdravotného a sociálneho zabezpečenia je z dnešného pohľadu možné vnímať podľa historika Johnatana Stienberga, autora knihy Bismarck: Život, ako kalkul, ktorý nemal nič spoločné so sociálnym zabezpečením, ale bol to istý druh úplatku, aby volič sociálno-demokratických strán opustil ideu socializmu, v ktorom Bismarck videl úhlavného nepriateľa. (Steinberg, 2011, s. 19) Systém, ktorý predstavuje Bismarckova poisťná schéma, má svoje základy v spolkoch vzájomnosti, či bankských kasách, ktoré boli rozšírené v jednotlivých častiach Európskych krajín, avšak ich pôsobnosť bola výlučne lokálna a nemala formu verejných opatrení – zákonnú reguláciu. Takto možno spomenúť talianske mestské štáty, ktoré už v 14. storočí prijímali opatrenia na zastavenie šírenia morových epidémii formou karantény, pričom v tejto súvislosti podporne pôsobili fondy vzájomnosti, ktoré vzájomné príspevky členov rozdeľovali v prípade potreby postihnutým členom spolku. V českých krajinách hovoríme napr. o tzv. Knappschaftskassen, ktorej členmi boli baníci a spoločne prispievali do centrálnej kasy. Tieto finančné prostriedky slúžili na financovanie nemocníc pre baníkov a zdravotnej starostlivosti aj pre vdovy, siroty po baníkoch zomrelých pri pracovných úrazoch (Boissoneault, 2017, s. 4). Bismarckova poisťná schéma zdravotného poistenia zavedená v roku 1883 sa vzťahovala výlučne na pracujúcich v priemysle, v pozícii robotníkov. Podiel povinnej platby poisťného v 2/3 znášal zamestnanec, v 1/3 prispieval zamestnávateľ a celkový ročný príjem poisťného zamestnanca nemohol presiahnuť 2000 mariek. Takto nastavený systém povinného verejného zdravotného poistenia pokrýval len 10% celkového obyvateľstva (Scheubel, 2013, s. 80). Výhody poistenia spočívali v



bezplatnom lekárskom ošetrovaní, úhrade liekov, náhrade mzdy v prípade práceneschopnosti, či príspevku pre nezaopatrených rodinných príslušníkov, ak poistený zamestnanec v prípade úrazu zomrel. Poistenie v uvedenom rozsahu zabezpečovali autonómne miestne zdravotné poisťovne, pričom práve tieto zákonné opatrenia predstavovali základnú schému pre vznik verejných zdravotných poisťovní v industriálnom období. Nevýhodou tohto poistenia bola nielen relatívne nízka účasť obyvateľstva, na ktoré sa vzťahovalo, ale aj rôzne výluky, ktoré krátili nároky poistenca (napr. v prípade úrazu musel zamestnanec dokázať, že úraz bol zavinený zamestnávateľom) (Scheubel, 2013, s. 80). V roku 1884 bolo zavedené povinné úrazové poistenie, ktoré garantovalo okrem lekárskeho ošetrovania v prípade úrazu aj náhradu mzdy a v prípade úmrtia aj poistné plnenie pre pozostalých. Za významné možno považovať vecnú pôsobnosť - rozšírenie na zamestnancov, robotníkov v továrňach, baníctve, lomoch, pracovníkov v lesníctve a poľnohospodárstve. Pre plnenie z poistenia sa odstránila povinnosť dokázať zavinenie zamestnávateľa. Základný rozdiel oproti zdravotnému poisteniu bol vo forme správy poistenia, ktoré na rozdiel od zdravotných poisťovní mala zabezpečovať ríša, teda štát (Schmitz, 2020, s. 3). Ďalším rozdielom bolo, že príspevky na úrazové poistenie znášal výlučne zamestnávateľ, ktorý sa tak nepriamo zbavil osobnej zodpovednosti za úraz. Príspevky zamestnávateľov sa líšili podľa rizikovosti daného výkonu práce, pričom menej rizikové podniky odvádzali do spoločného fondu menej a naopak (Müller, 2004, s. 192). Aby sme mohli správne pochopiť prijímané opatrenia v kontexte doby, uvádzame, že životné minimum pruskej rodiny na jeden týždeň predstavovalo 25 mariek. Vyplácané sociálne dávky pri práceneschopnosti boli 2 marky denne. Takže uvedené dávky nedokázali ochrániť pred chudobou, ale pracujúcim priniesli prístup k zdravotnej starostlivosti, zákaz detskej práce do 12 rokov, príspevky v prípade práceneschopnosti a celoštátnu kontrolu dodržiavania predpisov v závodoch (Badenschier, 2019, s. 2).

Zjavne museli uvedené reformy pozitívne vplývať na politiku vtedajšej vlády, pretože už v roku 1887 bola predstavená schéma invalidného a starobného dôchodku, hoci pravidlá pre jeho získanie nebolo takmer možné splniť (30 rokov nepretržitého poistenia, v kontexte priemernej

dĺžky života, ktorá bola v roku 1867 -32,5 roka a v roku 1890 - 42,3 roka). Seriózne pravidlá invalidného dôchodkového poistenia boli prijaté v roku 1899, ktoré predpokladali 10 rokov účasti na poistení. (Scheubel, 2013, s. 84). Uvedenými reformami nedošlo ku skráteniu pracovnej doby, ani nebola stanovená minimálna mzda, no čiastočne znížili sociálny tlak v spoločnosti. Samotný koncept poistenia, ako vidíme, mal mnoho úskalí, avšak nie všetky boli spôsobené politickými rozhodnutiami. Príkladom objektívnej prekážky pre plošné rozšírenie v obyvateľstve predstavovala forma vtedajšej výplaty, či mzdy. Nebolo výnimkou, že zamestnanci v poľnohospodárstve, robotníci vo fabrikách, či domáci sluhovia dostávali odmenu v podobe tovaru, ktorý vyrábali, či v plodinách, ktoré pestovali. Práve nástup industrializácie, nárast mestského obyvateľstva a relatívne odmeňovanie prispeli k rozširovaniu poistenia medzi obyvateľstvom z pôvodne poistených 4,3 mil. obyvateľov v roku 1885, na 13,6 mil. obyvateľstva v roku 1913. Prijatím sociálnych zákonov, aké nemali obdobu vo vtedajšej Európe a ani v USA, sa prispelo aj k zmierneniu silnej vystáhovaleckej vlny Nemcov do USA, z konca 90. tých rokov 19. storočia, kedy opustilo vlasť viac ako 1 mil. obyvateľov (Müller, 2004, s. 193). Na porovnanie je možné uviesť, že fondy vzájomnosti (obdoba sociálneho poistenia) napr. v USA začali vznikať síce už v 70. rokoch 19. storočia, avšak zďaleka nepokrývali rozsah poistenia ako v Bismarckovom Nemecku. V dôsledku prijatých sociálnych zákonov v Nemecku bol zaznamenaný významný nárast ekonomiky štátu, počet ekonomicko-aktívneho obyvateľstva rástol, migrácia do iných štátov bola v útlme a dostupnosť a rozšírenie zdravotnej starostlivosti prispelo k celkovému zlepšeniu stavu obyvateľstva, významne klesla úmrtnosť robotníkov a neporovnateľne sa zvýšila dostupnosť zdravotnej starostlivosti medzi bežným obyvateľstvom (Boissoneault, 2017, s. 6).

#### 1.1.4. Bismarckov model - štruktúra a charakteristika

Nemecký systém zdravotného poistenia predstavuje archetyp systému zdravotnej starostlivosti, ktorý je všeobecne známy ako Bismarckov model. V ďalších desaťročiach nasledujúcich po jeho založení, slúžil ako vzor pre mnohé ďalšie krajiny, ktoré zavádzali svoje vlastné zdravotné systémy. Rozšíril sa prevažne v kontinentálnej západnej a strednej Európe,

avšak prvky tohto systému sú aj v krajinách Ázie a Latinskej Ameriky. Celkovo dnes ho zaraďujeme medzi jeden z hlavných klasických modelov – systémov financovania zdravotnej starostlivosti v krajinách sveta. Každá krajina, ktorá bola ovplyvnená Bismarckovým modelom financovania však implementovala do pravidiel financovania svoje národné špecifiká a osobitosti, preto tento model nie je v jednotlivých krajinách úplne identický (Palier, 2010, s. 4).

Zavádzanie verejného zdravotného poistenia v jednotlivých krajinách bolo vždy väčšinou postupné a rozlišovali sa povolania, resp. kategórie obyvateľstva, na ktoré sa zdravotné poistenie malo vzťahovať a ktorí obyvatelia ho mali platiť.

Napríklad v Nemecku povinné poistenie robotníkov vzniklo v roku 1883, poľnohospodárski pracovníci získali zdravotné poistenie v roku 1911, rodinní príslušníci boli pripoistení v roku 1930, dôchodcovia získali verejné zdravotné poistenie v roku 1941 a poľnohospodári získali účasť na verejnom zdravotnom poistení až v roku 1971 (Scholkopf-Pressel, 2017, s. 10). Paradoxom je, že prevažná väčšina krajín strednej a západnej Európy dosahuje aktuálne takmer 100% podiel obyvateľstva, na ktorého sa vzťahuje verejné zdravotné poistenie, pričom v Nemecku bolo povinné poistenie v štátnom, či súkromnom zdravotnom poistení zavedené až po veľkej reforme v roku 2007 (Spahn, 2020, s. 8).

Napriek špecifikám, za základné prvky Bismarckovho modelu považujeme:

1.) Z administratívneho pohľadu sa jedná o decentralizovaný systém financovania zdravotnej starostlivosti, ktorý zabezpečujú osobitné inštitúcie (napr. zdravotná poisťovňa, príp. viac zdravotných poisťovní). Ide o formu samosprávy, ktorá má zákonom vymedzené pravidlá. Samotná úloha zabezpečiť zdravotnú starostlivosť obyvateľstvu patrí štátu, najmä za účelom udržania sociálnej spravodlivosti. Štát túto samosprávu vytvára prostredníctvom špeciálnych inštitúcií, ktoré majú za úlohu kumulovať a rozdeľovať zdroje. Medzi tieto inštitúcie okrem zdravotných poisťovní zaraďujeme súkromné zdravotné poisťovne, združenia, komory, orgány



verejného práva, orgány dohľadu a iné. Týmto orgánom deleguje štát právomoc rozhodovať a prijímať rozhodnutia (Hodek, 2020, s. 33).

2.) Z hľadiska financovania je systém založený na spolufinancovaní obyvateľstvom – platiteľmi poistného, zamestnávateľmi a štátom, ktorý uhrádza za osobitné skupiny obyvateľstva. V tomto prípade sú odvody určené normou spoločnou pre všetkých členov spoločnosti a nezávisia od ich zdravotného stavu. Služby zdravotnej starostlivosti sú rozdeľované na základe lekárskej určenej potreby, ale financovanie je založené na finančných možnostiach dosahovaných z príjmu obyvateľstva. Medzi výškou príspevku a rozsahom zdravotnej starostlivosti nie je žiadna súvislosť.

3.) Z hľadiska zásluhovosti ide o solidárny systém. Cieľom je pokrytie čo najväčšieho počtu obyvateľstva krajiny, pričom plnenie poskytnuté poistencom sa spotrebuje solidárne pri liečbe iného člena spoločnosti a naopak. Ústrednou myšlienkou je zabezpečenie komunitnej solidarity, v ktorej sa jej členovia vzájomne podporujú. Riziko z choroby jednotlivca znášajú všetci poistenci. Každý poistenec má nárok na rovnaké nevyhnutné služby. Nezáleží na tom, aký má vysoký príjem a koľko do spoločného odvodového systému poskytol zdrojov.

4.) Regulácia zdravotného poistenia zákonom predstavuje povinnú účasť členov spoločnosti, ktorej rozsah určuje právna norma.

5.) Princíp subsidiarity v uvedenom modeli financovania predstavuje schému, že solidarita spoločenstva nemôže úplne nahradiť osobnú zodpovednosť a svojpomoc človeka. Prejavuje sa to napr. v tom, že triviálne lieky sú vyňaté z úhrady poisťovňou. V niektorých krajinách je pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vyžadovaná určitá forma spoluúčasti.

6.) Princíp primeranosti a účinnosti predstavuje rozsah čerpania zdravotnej starostlivosti na základe verejného zdravotného poistenia, pričom liečba má byť dostatočná, primeraná, hospodárna a nemala by prekračovať nevyhnutnú mieru. Tento princíp je však často diskutovanou otázkou, nakoľko tu narážajú očakávania pacientov na finančné a technické možnosti systému poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Práve touto oblasťou primeranosti

a spravodlivosti verejného zdravotného poistenia a poskytovania zdravotnej starostlivosti sa budeme zaoberať v nasledovných kapitolách tejto analytickej práce (High Level Overview of Major International Models, 2020).

#### **1.1.5. Bismarckov model - národné zdravotné systémy vo svete**

Z geografického hľadiska sa Bismarckov model uplatňuje najmä v kontinentálnej strednej a západnej Európe (Nemecko, Francúzsko, Rakúsko, krajiny V4, Rumunsko, Bulharsko, Grécko, Slovinsko), v krajinách Južnej Ameriky, Japonsku, Južnej Kórei, Kirgizsku, či Moldavsku. V krajinách, v ktorých sa rozšíril, z hľadiska silných stránok sa systém vyznačuje predovšetkým dostupnosťou a širokým pokrytím obyvateľstva. Pluralita zdravotných poisťovní a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti prináša výhody pre poistencov. Systém je diverzifikovaný a nie je závislý v prevažnej miere zo zdrojov štátu, hoci štát zohráva vo väčšine štátov významného prispievateľa do systému za ekonomicky neaktívnych členov spoločnosti. Model financovania pokrýva úhradu zdravotnej starostlivosti nielen v štátnych, ale aj u súkromných poskytovateľoch (Manoguan a kol. 2010, s. 17). Z hľadiska slabých stránok, za hlavné výzvy a nedostatky systému sa vo všeobecnosti považuje neprehľadnosť úhradových mechanizmov, prelínanie úhrad verejným a súkromným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Prepojenie odvodov zo mzdy nemá logický súvis na novo vznikajúce a zvyšujúce sa náklady na zdravotnú starostlivosť, predovšetkým s ohľadom na starnutie populácie, teda objem vložených finančných prostriedkov v systéme je závislý na výške dosahovaných príjmov v spoločnosti, pričom neodzrkadľuje reálnu spotrebu a potrebu zdravotného sektoru (Palier, 2010, s. 379).

Uvedené vymedzenie Bismarckovho systému je potrebné vykladať viac extenzívne, nakoľko poslednom desaťročí sa jeho význam v jednotlivých krajinách postupne znižuje. Krajiny strednej a západnej Európy reformami zdravotníckych systémov reagujú na ekonomické a demografické výzvy. Hovoríme o starnutí obyvateľstva, zmeny v počte ekonomicko-aktívnych obyvateľov, zvyšovanie nákladov na modernú a sofistikovanú liečbu, prirodzené predlžovanie stredného veku dožitia, znižovanie počtu pracovníkov v zdravotníctve a potom aj také výzvy,

akými sú mimoriadne zdravotnícke výzvy, akou je napr. pandémie Covid19. Význam sadzby odvodov zo mzdy, ako hlavného piliera Bismarckovho systému, postupne klesá. Hoci táto sadzba, vzhľadom na zvyšujúce sa príjmy obyvateľstva, stúpa, avšak nie je relevantným ukazovateľom hodnotenia výkonnosti zdravotníctva. Výkonnosť zdravotníctva môžeme hodnotiť cez podiel vynaložených nákladov na zdravotnú starostlivosť v pomere k HDP (Palier, 2010, s. 12).

#### 4.3. BEVERIDGEOV MODEL

Zdravotné systémy zavedené v Európe sú založené na univerzálnosti, solidarite a rovnosti. Podľa WHO každý zdravotný systém má tri základné ciele: zlepšiť zdravotný stav pacienta, optimalizovať jeho skúsenosti a vykonávať procedúry s najlepšimi možnými zdrojmi financovania.

Tak ako v prípade iných spoločenských inštitucionálnych štruktúr, na svete existuje široká škála zdravotných systémov, pričom tieto majú tendenciu odrážať históriu, kultúru a ekonomiku štátov, v ktorých sa vyvíjajú, resp. používajú.

##### 1.1.6. Úvod do problematiky, zadefinovanie pojmu, charakteristika

Hoci z praktického náhľadu majú všetky zdravotnícke systémy spoločné prvky, jednotlivé krajiny navrhujú a vyvíjajú systémy v súlade s im vlastnými nuansami – ekonomickými možnosťami, zdrojmi a potrebami. Síce majú jednotlivé krajiny určité rozdiely v kreovaní, fungovaní, či plusoch a mínusoch ich zdravotníckych systémov, z globálneho náhľadu majú tendencie nasledovať všeobecné vzorce, ktoré pozostávajú zo štyroch hlavných modelov fungovania zdravotnej starostlivosti, ktoré tvoria platformu pre prevažnú väčšinu systémov zdravotnej starostlivosti na celom svete. Jedným z nich je model Beveridge, pomenovaný po britskom ekonómovi Williamovi Beveridgeovi, niekde označovaný ako sociálne-demokratický model.



Základnými charakteristikami tohto modelu podľa Ondruša (2014, s. 124) sú:

- je financovaný zo štátneho rozpočtu, ergo daní občanov,
- existuje jeho verejná kontrola,
- pokrytie dostupnej zdravotnej starostlivosti je úplné (pre všetkých občanov),
- jednotná, organizovaná schéma,
- možnosť plateného pripoistenia, ktoré zabezpečuje služby na vyššej úrovni,
- bezplatný prístup k zdravotníckym službám, zahŕňajúcim prevenciu, diagnózu a liečbu.

Beveridgov systém Národnej zdravotnej služby zodpovedá sociálne-demokratickému sociálnemu modelu. Patrí medzi i dnes najčastejšie používaný systém financovania zdravotnej starostlivosti v krajinách OECD, čo je možné pripísať v priemere nižším nákladom pri poskytovaní základnej zdravotnej starostlivosti – v porovnaní s inými používanými sociálnymi modelmi. Tento model financovania verejnej zdravotnej starostlivosti sa zaobíde bez akejkoľvek účelovej zdravotnej dane, čo samo o sebe predstavuje významnú nákladovú úsporu.

Jedná sa o model s univerzálnymi dávkami, univerzálnym zdravotným poistením a univerzálnou zdravotnou starostlivosťou. Pomenovanie, ktoré je s ním spojené - národná zdravotná služba teda predstavuje verejnú sieť s celoštátnym dosahom. Štát vystupuje ako jediný platca a z uvedeného dôvodu sú zdravotnícke zariadenia vo vlastníctve štátu, rovnako zdravotnícky personál je, až na výnimky, štátnymi zamestnanci. Štát rovnako vystupuje v pozícii garanta, ktorý kontroluje správnosť poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Samozrejme, privátne platby za poskytnuté služby v segmente zdravotníctva sú možné, v systéme existujú aj privátni lekári. Avšak, ako odvrátenú stranu nemožno nespomenúť s tým súvisiace riziká vzniku dvojtriednej spoločnosti v rámci úrovne poskytovaných služieb, za poplatok. Najväčšou výhodou pri Beveridgeho modeli je získavanie finančných prostriedkov z viacerých diverzifikovaných zdrojov, z ktorých je možné pokrytie celej populácie. So zvyšovaním ekonomického rastu sa predpokladá aj nárast finančných prostriedkov do zdravotníctva.

Nevýhodou daného systému financovania zdravotníctva je fakt, že zdravotníctvo je len jednou z oblastí, kde plynú zdroje zo štátneho rozpočtu. Preto aj výška finančných prostriedkov plynúca do systému zdravotníctva je závislá od politických rozhodnutí vlády, či záujmových skupín. Systém je tiež spojený s vysokou mierou byrokracie a administratívnej záťaže. Dobrovoľné pripistenie sa používa ako doplnkový spôsob financovania v komerčných poisťovniach, pre poistencov, ktorí majú záujem a prostriedky na získanie dodatočných zdravotníckych služieb. Pri tomto systéme však možno predpokladať, že zvyšovaním ekonomického rastu a príjmov štátneho rozpočtu sa adekvátne zvýšia aj prostriedky prerozdelené do oblasti zdravotníctva, následkom čoho sa môže zvýšiť aj kvalita poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

TABUĽKA Č. 2: POROVNANIE VYBRANÝCH NÁRODNÝCH ZDRAVOTNÝCH SYSTÉMOV V ČÍSLACH

Krajina	Populácia/ Model (2019)	%Populácie, ktoré pokryva platby za z. systém	Súčet minutých prostriedko v per capita v \$ (2019)	Platby z vlastného vrecka v \$ (2019)	Podiel platieb v zdravotníc tve na HDP v % (2019)	Očakávaná dĺžka života pri narodení v r.	Dojčenská úmrtnosť na 1000 živonaroden ých detí
Rakúsko	9 006 000 /BIS	100 %	5705,10	927	10,434%	81,6	2,9
Kanada	37 742 000/ BEV	100%	5370,40	753	10,844%	82,2	4,4
Česko	10 709 000/ BIS	100%	3417,50	261	7,835%	79,1	3
Dánsko	5 792 000/B EV	100%	5477,60	851	9,956%	81,3	3
Francúzsko	65 274 000/ BEV	100%	5274,30	416	11,11%	82,5	3,8
Nemecko	83 784 000/ BIS	100%	6518	691	11,697%	81,7	3,2
Taliansko	60 462 000/ BEV	100%	3653,40	677	8,669%	83	2,4
Holandsko	17 135 000/ BIS	100%	3403	564	10,165%	81,8	3,6
Španielsko	46 755 000/ BEV	100%	3600,30	591	9,132%	83,2	2,6

Švédsko	10 099 000/ BEV	100%	5551,90	787	10,9%	82,4	2,1
UK	67 886 000/ BEV	100%	4500	685	10,154%	81,4	3,7
US	331 003 000	90%	10948,50	1235	16,767%	78,5	5,7 (2018)

Zdroj: autori

### 1.1.7. Historický prierez – súvislosti

Beveridgov model financovania zdravotníctva je pomenovaný po anglickom právnikovi - Sirovi Williamovi Beveridge, ktorý v roku 1942 publikoval výsledok práce – správu s názvom „Sociálne poistenie a pridružené služby“, ktorá poskytla plán sociálnej politiky v povojnovej Británii. V dotknutej správe vláde odporučil, aby našla spôsoby boja proti piatim „obrovským zlám“ ako sú záhaľka, choroba, špina, chudoba a nevzdelanosť.

Predmetná správa obsahovala konkrétne návrhy na vytvorenie komplexného systému sociálneho poistenia. Zahŕňala integráciu formulárov sociálneho poistenia, vytvorenie všeobecnej zdravotnej služby, vrátane úrazového poistenia na pracovisku, udržania vysokej a stabilnej zamestnanosti a naopak, model na zabránenie nezamestnanosti. Predmetné návrhy sa stali základom britskej povojnovej sociálnej poistnej schémy. Beveridgeovou myšlienkou bolo použiť univerzálne dávky na odstránenie chudoby spôsobenej určitými nepredvídateľnými udalosťami, ako je nezamestnanosť alebo zdravotné postihnutie.

V roku 1945 Labouristická strana porazila vo všeobecných voľbách Konzervatívnu stranu Winstona Churchilla. Nový premiér Clement Attlee oznámil, že zavedie sociálny štát načrtnutý v Beveridgeovej správe z roku 1942. Toto rozhodnutie zahŕňalo zriadenie národnej zdravotnej služby v roku 1948 s bezplatnou zdravotnou starostlivosťou pre všetkých. Zaviedol sa aj národný systém dávok na poskytovanie sociálneho zabezpečenia, aby bolo obyvateľstvo chránené od „kolísky až po hrob“.



Nasledujúci obrázok zobrazuje krajiny v rámci Európy, ktoré sa riadia tým – ktorým modelom financovania zdravotníctva. Tmavá farba znázorňuje krajiny so systémom Beveridge, bledšia farba krajiny so systémom Bismarck.

Na nasledujúcom obrázku sú zobrazené štáty Európy farebne odlišené podľa modelu financovania zdravotníctva. Tmavou farbou sú označené krajiny, v ktorých sa aplikuje Beveridgeov model financovania a svetlou farbou krajiny s Bismarckovým modelom financovania zdravotníctva.

OBRAZOK Č. 2: POHLAD NA EURÓPU PODĽA SYSTÉMOV ZDRAVOTNÉHO POISTENIA



World Data Bank, 2022.

Medzi krajiny, v ktorých sa aplikuje spomínaný Beveridgeov model financovania zdravotníctva, patria: Spojené kráľovstvo, Kanadu, Fínsko, Taliansko, Španielsko, Dánsko, Nový Zéland a ďalšie.

Veľká Británia má vládou podporovaný systém univerzálnej zdravotnej starostlivosti s názvom National Health Service (NHS). NHS pozostáva zo série verejne financovaných systémov

zdravotnej starostlivosti, v závislosti od regiónu. Občania majú nárok na zdravotnú starostlivosť v rámci tohto systému, ale rovnako majú možnosť zakúpiť si súkromné zdravotné pripoistenie. Zdravotnícky systém Veľkej Británie je podľa štúdií jedným zo siedmich najúčinnejších na svete v rámci vyspelých krajín. Nevýhodou sú dlhé čakacie lehoty. NHS bola zriadená zákonom v roku 1948 ako výsledok snahy vtedajšej britskej vlády riešiť nespokojnosť obyvateľstva so zdravotníctvom ako takým. Britská NHS, postavená na rovnakých princípoch, avšak fungujúca v inom politickom, ekonomickom a sociálnom systéme než československé zdravotníctvo pred rokom 1992, sa v očiach britských občanov osvedčila. Rovnaký, bezplatný prístup celého obyvateľstva ku zdravotnej starostlivosti s dôrazom na odstraňovanie nerovností zostáva dôležitým strategickým princípom, o ktorý sa NHS opiera. NHS je nielen platiteľom zdravotnej starostlivosti, predstavuje aj štátneho zamestnávateľa poskytovateľov samotných. Takmer všetci nemocniční lekári a sestry sú zamestnancami štátu.

Finančná spoluúčasť občanov na zdravotnej starostlivosti je nízka, tvoria ju najmä poplatky za recepty, spoluúčasť na zubných ošetrovaniach vo výške 80% z ceny ošetrenia a iné platby. Poplatky sa nevyberajú od detí, tehotných žien, dojčiacich matiek, nízkopříjmových skupín a seniorov. Antikoncepcia je bezplatná.

Súkromné zdravotnícke služby existujú mimo rámca NHS a majú výlučne doplnkový charakter, výdavky v súkromnom sektore tvoria približne 15 -18 % z celkových výdavkov na zdravotníctvo. Zdrojom je najmä súkromné zdravotné poistenie, ktoré sa dotýka prevažne vyšších príjmových skupín.

Systém zdravotnej starostlivosti v Taliansku predstavuje regionálna národná zdravotná služba známa ako Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Poskytuje univerzálne pokrytie občanom a obyvateľom, pričom verejná zdravotná starostlivosť je zväčša bezplatná. Ošetrenia, ktoré sú hrazené z verejného systému, resp. s malým doplatkom, zahŕňajú testy, lieky, operácie, neodkladnú zdravotnú starostlivosť, návštevy rodinného lekára a lekársku pomoc poskytovanú pediatrami a podobne. Okrem toho sú k dispozícii aj lieky, ambulantné a zubné

ošetrenia. Verejné zdravotnícke zariadenia v Taliansku sa však líšia kvalitou v závislosti od regiónu.

#### 4.4. SEMAŠKOV MODEL

V 20. storočí v medzivojnovom období v Sovietskom zväze vytvoril a zaviedol Nikolaj Alexandrovič Semaško špecifický model, ktorý je nazvaný po svojom autorovi.

##### 1.1.8. Vývoj – vznik Semaškovho modelu

Prvá svetová vojna, októbrová revolúcia a masové epidémie (napr. týfusom sa nakazilo 20 – 30 miliónov ľudí a umrelo viac ako 3 milióny ľudí) mali devastačný vplyv v krajine na zdravotný stav Rusov (Pažitný, 2020, str. 25). Kvalita života a nedostupná zdravotná starostlivosť v korelácii so zlým zdravotným stavom bol ideálny predpoklad pre zavedenie (v tom období) nového modelu systému zdravotníctva.

##### 1.1.9. Podstata Semaškovho modelu

Tento systém bol vytvorený tak, aby vyhovoval základnej idei - centrálnej kontrole štátu. Zároveň naplňal základné myšlienky a princípy:

- vláda je zodpovedná za zdravie občanov,
- univerzálne neobmedzený prístup k bezplatným službám,
- prístup založený na prevencii k „spoločenským chorobám“,
- kvalitná zdravotná starostlivosť poskytovaná profesionálmi,
- úzko spätá medicínska veda a prax,
- kontinuálne prepojenie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti od podpory zdravia, liečby po rehabilitáciu (Pažitný, 2020, str. 25).

Centrálna kontrola zdravotného systému a aj samotné poskytovanie zdravotnej starostlivosti bolo financované zo všeobecných daní a bolo súčasťou národného plánu. Zdravotníci boli zamestnancami štátu. Hlavná úloha zdravotnej politiky sa orientovala na zvyšovanie počtu nemocničných lôžok a zdravotníkov.



**Výhody systému:**

- koncept národného verejného zdravotníctva,
- intenzívny epidemiologický monitoring,
- „hygienická“ medicína a prevencia, očkovania a systematické zdravotné kontroly detí a pracujúcich viedli k likvidácii komunitných ochorení,
- zabezpečenie zdravotnej starostlivosti komplexne pre veľkú časť populácie,
- nízka byrokratická záťaž systému.

**Nevýhody systému:**

- Finančné podhodnotenie zdravotníckych pracovníkov (zdravotnícke povolania boli obsadzované hlavne ženami a z pohľadu spoločnosti boli považovaní zdravotníci za neproduktívny sektor; tento pohľad sa z dlhodobého hľadiska stal tradíciou mzdového nedocenenia).
- Plánovací systém zotrvačnosťou viedol k nesprávnym alokáciám zdrojov a systém narážal na nárast civilizačných ochorení v dôsledku zlepšovania životnej úrovne.
- Nedostatočná zdravotná starostlivosť v liečbe chronických ochorení (onkologických, kardiovaskulárnych a i.) oproti západným krajinám v dôsledku technologického zaostávania v špecializovaných diagnostických nástrojoch a metódach (CT, MR, RDG, monitory, kolonoskopy, cystoskopy), zároveň nedostatok spotrebného zdravotníckeho materiálu, namiesto silikónového materiálu gumený a pod.) Lieky, kontrastné látky a iné druhy liečiv boli hlavne z produkcie Rady vzájomnej hospodárskej pomoci socialistického bloku. Novinky, inovatívne lieky a moderné technológie mali omeškanie niekedy aj 10-15 rokov.

**1.1.10. Krajiny, ktoré využívajú Semaškov model v zdravotníctve**

Pri zmene politického systému na Slovensku a transformácii ekonomiky vyhodnotili predstavitelia ČSFR Semaškov model ako 40 ročný neúspešný experiment Sovietskej

organizácie zdravotníctva. Vznikom Slovenskej republiky bol na Slovensku zavedený Bismarckov model zdravotného poistenia. Obdobný osud fungovania zdravotníctva nasledoval takmer vo všetkých bývalých socialistických krajinách.

Dodnes funguje Semaškov model na Kube a v niektorých bývalých socialistických republikách bývalého ZSSR. Azerbajdžan a Kazachstan v posledných rokoch zavádzajú aj kombináciu Semaškovho modelu s prvkami veľmi jednoduchého poistenia.

Zaujímavosťou je, že zdravotníctvo na Kube sa považuje za jedno z najlepších na svete. Zdravotný stav obyvateľov Kuby je lepší dokonca aj v porovnaní s oveľa bohatšími krajinami. Kuba má nižšiu detskú úmrtnosť ako USA a rovnakú priemernú dĺžku života obyvateľstva, hoci na zdravotníctvo v priemere vynakladá oveľa menej peňazí (v prepočte na jedného obyvateľa). Na Kube pripadá na 1000 obyvateľov 8 lekárov, pre porovnanie v USA pripadá na 1000 obyvateľov 2,5 lekárskeho miesta a vo Veľkej Británii 2,7. Zdravotníctvo je založené na prevencii. Obyvateľstvo je rozdelené do kategórií podľa zdravotného rizika. Pre všetkých zdravých sú povinné ročné zdravotné preventívne prehliadky. Pre Kubáncov, ktorí fajčia, alebo holdujú alkoholu, sú diabetici, onkologickí pacienti, či kardiologickí pacienti je frekvencia prevencie častejšia. Cieľom je predísť ochoreniu alebo ho podchytiť v počiatočnom štádiu a úspešne liečiť. Táto filozofia zabezpečuje nižšiu potrebu finančných prostriedkov na zdravotnú starostlivosť. Zaujímavé je, že Kubánci si na povinnosti podrobiť sa zdravotnému preventívnemu vyšetreniu zvykli.

#### 4.5. VÝVOJ SYSTÉMU FINANCOVANIA ZDRAVOTNÍCTVA NA SLOVENSKU

Systémy financovania zdravotníctva sú v jednotlivých krajinách odlišné. Sú medzi nimi rozdiely, najmä v spôsobe ich financovania, riadenia, organizácie, či regulácie. Cieľom každého jedného z nich je predovšetkým zlepšovanie zdravotného stavu obyvateľstva tej-ktorej krajiny, čo priamo súvisí s riešením otázky prioritizácie uspokojovania zdravotníckych potrieb. Trh v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti je veľmi špecifický a v každej krajine iný. Každá

krajina má vlastný systém financovania a organizovania systému zdravotníctva, pričom finančná udržateľnosť je jedným z hlavných problémov jednotlivých krajín.

Zdrojom financovania môžu byť dane, zdravotné odvody, doplnkové zdravotné poistenie, alebo ich kombinácia. To, akým spôsobom štát financuje svoje zdravotníctvo, ako sa rozhodne získať zdroje pre financovanie zdravotných potrieb svojich pacientov je v kompetencii vlády jednotlivej krajiny. Spoločenské zriadenie determinovalo aj systémy financovania zdravotníctva na Slovensku a môžeme ich rozdeliť do 3 etáp:

1. obdobie Rakúsko-Uhorska a obdobie prevej Československej republiky – Bismarckov model sociálneho a zdravotného zabezpečenia
2. obdobie socializmu – Semaškov model financovania zdravotnej starostlivosti
3. obdobie po roku 1989 – opätovné zavedenie Bismarckovho modelu

#### **1.1.11. Obdobie Rakúsko-Uhorska a 1. Československej republiky – Bismarckov model**

Bismarckov systém sociálneho a zdravotného poistenia bol na Slovensku zavedený v 19. storočí v rámci Rakúsko-Uhorska. V štátnych podnikoch existovalo určité sociálne zabezpečenie robotníkov počas choroby. Štát tiež zabezpečoval pre svojich zamestnancov lekársku starostlivosť. Zákonné riešenie priniesol rok 1889, kedy bol prijatý zákon o nemocenskom a úrazovom poistení zamestnancov. Následne v roku 1891 bol prijatý zákon o povinnom poistení remeselníckeho a priemyselného robotníctva. V roku 1900 bolo uzákonené úrazové poistenie poľnohospodárskych robotníkov. V roku 1906 zákon upravil penzijné poistenie len súkromných úradníkov a zriadencov. Od roku 1917 mohli byť poistení aj rodinní príslušníci priemyselných robotníkov (Kováč, 2009).

Vzhľadom k tomu, že systém sociálneho zabezpečenia bol značne roztrieštený, v roku 1919 dochádza k zjednocovaniu, a to prijatím zákona 268/1919 Zb., ktorý riešil nemocenské a úrazové poistenie všetkých osôb, ktoré vykonávali práce a služby na základe pracovného



a služobného alebo učňovského pomeru. Na základe uvedeného zákona bola zriadená Zemská úradovňa pre poisťovanie robotníkov na Slovensku v Bratislave, ktorá zabezpečovala nemocenské a úrazové poistenie. Následne zákon č. 221/1924 Zb. o poistení zamestnancov pre prípad choroby, invalidity a staroby upravil od 1. 1. 1926 nemocenské, invalidné a starobné poistenia, a to aj pre robotníkov. Poistenec mal 52 týždňov nárok na bezplatnú lekársku starostlivosť, lieky a iné liečebné pomôcky. Nemocenské dávky boli vyplácané od štvrtého dňa choroby. Výška poistného bola vo výške približne 5% priemernej mzdy a v rovnakom pomere ho platil poistenec ako aj jeho zamestnávateľ. Poistením boli krytí aj rodinní príslušníci poistencov. V rámci rezortu ministerstva sociálnej starostlivosti vznikla Ústredná sociálna poisťovňa, ktorá koordinovala činnosť okresných nemocenských poisťovní a celého poisťovacieho systému. V roku 1925 bol prijatý zákon o nemocenskom poistení verejných štátnych zamestnancov.

Systém sociálneho poistenia, ktorý pokrýval nemocenské, úrazové, invalidné a starobné poistenie väčšiny obyvateľstva, bol dosť komplikovaný a sociálne nevyvážený. Bol neprehľadný z hľadiska právnej úpravy ako aj množstva poisťovacích spoločností, ktoré poskytovali rôzny rozsah poistenia podľa rizík, profesií a sociálnych skupín (Kováč, 2003).

Uvádzaný stav pretrvával až do roku 1948, kedy bol prijatý Zákon č. 99/1948 Zb. o národnom poistení, ktorý zjednotil roztrieštené poistenie a odstránil rozdiely v nárokoch rôznych sociálnych skupín. Upravil systém nemocenského poistenia, dôchodkového zabezpečenia zamestnancov, družstevných roľníkov a napokon aj samostatne hospodáriacich občanov. Na jeho základe sa poskytovala bezplatná preventívna a liečebná starostlivosť.

Výkon národného poistenia zabezpečovala Ústredná národná poisťovňa v Prahe a Národná poisťovňa v Bratislave. V jednotlivých okresoch zabezpečovali činnosť okresné národné poisťovne. Ústredná národná poisťovňa uzatvorila v júli 1948 s lekáorskými organizáciami zmluvy na zabezpečovanie lekárskej služby a poskytovanie lekárskej pomoci. V septembri 1948 bol v schválený Liečebný poriadok, ktorý upravil poskytovanie vecných a peňažných dávok poistencom. Vymedzil vecné a peňažné dávky nemocenského poistenia. Liečebný

poriadok taktiež definoval pravidlá slobodnej voľby praktických a odborných lekárov, postup pri uplatňovaní nároku na lekárske ošetrovanie v mimo ústavnej starostlivosti. Stomatologické výkony boli rozdelené na bezplatné a tie, ktoré poisťovňa nehradila alebo hradila úplne alebo čiastočne na základe písomného návrhu a rozpočtu. Taktiež stanovil pravidlá predpisovania a vydávania liekov vydaním Smernice pre účelné a hodnotné predpisovanie liekov (Kováč, 2009).

### 1.1.12. Obdobie socializmu (po roku 1948) – Semaškov model

Komunistický prevrat vo februári 1948 znamenal nastolenie totalitného komunistického režimu v spoločnosti. V uvedenom roku boli prijaté zákony, na základe ktorých boli znárodnené prírodné liečivé zdroje, kúpeľný a iný majetok, ktorý bol prevedený do vlastníctva Ústrednej národnej poisťovne. Zákomom boli tiež zoštátnené liečebné a ošetrovacie ústavy.

Zákomom č. 102/1951 Zb. o prebudovaní národného poistenia a zákomom č. 103/1951 Zb. o jednotnej preventívnej a liečebnej starostlivosti došlo postupne k likvidácii systému národného poistenia. Od 1. 1. 1952 bolo z pôvodného národného poistenia vyčlenené nemocenské poistenie a dôchodkové zabezpečenie. V roku 1952 zaniká krytie výdavkov zdravotníctva z prostriedkov národného poistenia (Kováč, 2003). Týmto krokom sa v zdravotníctve stratili všetky znaky poisťového systému a nastúpil model klasického socialistického rozpočtu – tzv. Semaškov model, kde hlavným zdrojom financovania zdravotníctva bol štátny rozpočet.

Primárnym zdrojom financovania zdravotníckych služieb boli dane smerujúce do štátneho rozpočtu. Zdravotná starostlivosť bola poskytovaná bezplatne a znárodnení poskytovatelia zdravotnej starostlivosti boli zaradení do krajských a okresných ústavov národného zdravia. Pod ústavy národného zdravia boli začlenené hygienické stanice, všetky územné i závodné liečebno-preventívne zariadenia, ústavné zariadenia, zariadenia lekárenskej služby a zdravotnícke školy (Benčo, Medveď, Kuvíková, 1988). Tieto inštitúcie boli v prevažnej väčšine

rozpočtovými organizáciami. Po odbornej stránke boli riadené ministerstvom zdravotníctva a sociálnych vecí a po ekonomickej stránke bývalými národnými výbormi.

Zdravotnícke zariadenia boli financované na základe rozpočtu, ktorý im bol určený národným výborom. Boli súčasťou ústavov národného zdravia (ďalej len ÚNZ), ktoré boli svojimi príjmami a výdavkami napojené na štátny rozpočet a to prostredníctvom rozpočtu svojho nadriadeného orgánu – buď okresného alebo krajského národného výboru (ďalej len NV).

Príslušný národný výbor určil finančné ukazovatele a záväzné limity pre zostavenie rozpočtu príjmov a výdavkov. Návrh rozpočtu predkladali ÚNZ na schválenie národnému výboru, ktorý rozpočet preskúmal, prípadne upravil a nakoniec schválil. Na základe schváleného rozpočtu národný výbor pridelil finančné prostriedky celému ÚNZ, ktorý ich následne rozdelil medzi jednotlivé organizačné zložky na základe ich vlastného rozpočtu.

Finančné prostriedky v rozpočte boli rozpísané na rozpočtové položky, pričom nebolo možné, v prípade nedočerpania v jednej položke, presunúť prostriedky do inej položky. V prípade ich nevyčerpania do konca rozpočtového roka sa neprevádzali do budúceho roka a museli ich ÚNZ odvieť do rozpočtu zriaďovateľa, čím dochádzalo k neefektívnemu využívaniu pridelených prostriedkov jednotlivými organizačnými zložkami (nákladovými strediskami). Mnohokrát čerpanie prostriedkov nebolo podriadené skutočným potrebám zdravotníckych organizácií, ale tomu čo bolo momentálne možné kúpiť za pridelené prostriedky (aby neprepadli), neberúc do úvahy cenu a ani kvalitu, napr. zdravotníckej techniky.

### **1.1.13. Obdobie po roku 1989 – Bismarckov model**

Po rozpade Sovietskeho zväzu a zmene režimu spoločenského zriadenia došlo k zmenám aj v oblasti systému financovania zdravotníctva. Nový systém financovania mal odstrániť závislosť zdravotníctva od jediného zdroja – štátneho rozpočtu. Systém národnej zdravotníckej služby začal postupne nahrádzať poisťný systém. Postupne sa začalo prechádzať od centralizovaného



spôsobu financovania z príjmov štátneho rozpočtu, tzn. z daní a ostatných verejných príjmov na financovanie zdravotníctva z poistných odvodov zdravotného poistenia (Kováč, 2009).

V období prechodu – v roku 1991 boli zdravotnícke zariadenia priamo riadené ministerstvom zdravotníctva, ktoré zabezpečovalo aj ich dočasné financovanie zo štátneho rozpočtu prostredníctvom svojich detašovaných pracovísk - regionálnych zdravotných a finančných správ (ďalej RZFS). Tie sa k 1. 1. 1992 transformovali na Ústav pre zavedenie zdravotného poistenia, ktorý už začal zdravotníckym zariadeniam prideľovať finančné prostriedky podľa dosiahnutých výsledkov. Poistný systém sa začal rozvíjať až po 1. 1. 1993, kedy vstúpila do platnosti daňová reforma.

V roku 1993 bol prijatý Zákon č. 7/1993 Z. z. o zriadení Národnej poisťovne (ďalej len NP) a o financovaní zdravotného poistenia, nemocenského poistenia a dôchodkového poistenia a zákon č. 9/1993 Z. z. o zdravotnom poistení a hospodárení s Fondom zdravotného poistenia, ktorý vymedzil osobný rozsah zdravotného poistenia, práva a povinnosti poistencov. Upravoval oblasť zmluvných vzťahov s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, hospodárenie fondu zdravotného poistenia.

Národná poisťovňa predstavovala samostatnú verejnoprávnú inštitúciu, ktorej úlohou bolo vykonávať zdravotné, nemocenské a dôchodkové poistenie. Na úrovni okresov mala NP pobočky nazývané ako Regionálne národné poisťovne, ktoré spravovali fond zdravotného poistenia, dôchodkového a nemocenského poistenia. Uvedený model organizácie všetkých troch zložiek kopíroval organizáciu systému pred rokom 1948.

Netrvalo však dlho a v komunikácii medzi Správami fondov NP (nemocenského, dôchodkového a zdravotného poistenia) začalo dochádzať ku komunikačným problémom. Argumentácia o špecifickosti zdravotnej starostlivosti v niektorých rezortoch a jej financovaní spolu s počiatočným účelom vniesť pluralitu do zdravotného poistenia, viedlo k vzniku zákona č. 276/1993 Z. z. o Poisťovni Ministerstva vnútra Slovenskej republiky, zákona č. 92/1994 Z. z. o Vojenskej zdravotnej poisťovni a zákona č. 201/1994 Z. z. o Železničiarkej zdravotnej

poisťovni (Kováč, 2003). K zásadným legislatívnym zmenám prišlo v roku 1994, keď Ústavný súd Slovenskej republiky rozhodol o neústavnosti Nariadenia vlády Slovenskej republiky č. 220/1993 Z. z., ktorým bol vydaný Liečebný poriadok a Vyhlášky Ministerstva zdravotníctva č. 221/1993 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrad poisťovne za poskytnutú zdravotnú starostlivosť zmluvným zdravotníckym zariadeniam. Na základe týchto skutočností boli prijaté nasledujúce zákony:

- Zákon č. 273/1994 Z. z. o zdravotnom poistení, financovaní zdravotného poistenia, o zriadení Všeobecnej zdravotnej poisťovne a o zriaďovaní rezortných, odvetvových, podnikových a občianskych zdravotných poisťovní
- Zákon č. 274/1994 Z. z. o Sociálnej poisťovni, na základe ktorého sa odčlenilo zdravotné poistenie od nemocenského poistenia a dôchodkového zabezpečenia.
- Zákon č. 277/1994 Z. z. o zdravotnej starostlivosti
- Zákon č. 98/1995 Z. z. o Liečebnom poriadku (Kováč, 2009, str. 18).

Aj keď na základe spomínaných zákonných úprav boli vytvorené podmienky na zabezpečenie plurality v zdravotnom poistení, pri jej účinnom zavedení absentoval dostatočný spoločensko-zdravotnícko-politický základ. 90-te roky priniesli rozmach v zakladaní nových zdravotných poisťovní, ktorých hlavnou úlohou bolo zabezpečiť výkon zdravotného poistenia. Nie však všetky boli na túto úlohu dostatočne pripravené, o čom svedčí aj fakt, že v rozmedzí rokov 1993 – 2005 pôsobilo na slovenskom trhu 21 zdravotných poisťovní, avšak v súčasnosti pôsobia na trhu už len tri zdravotné poisťovne (Kováč, 2009). Zdravotníctvo počas celého obdobia zápasilo predovšetkým s nedostatkom zdrojov, príčinou čoho boli nízke platby štátu za svojich poistencov, neodvádzanie poistného zo strany zamestnávateľov, nevyožiteľnosť pohľadávok na strane zdravotných poisťovní, nakoľko sa mnohí platitelia dostali do konkurzných konaní z dôvodu platobnej neschopnosti, neobmedzený rozsah zdravotníckych služieb hradených z povinného zdravotného poistenia. Vonkajší dlh systému zdravotníctva voči dodávateľom dosahoval takmer 30 mld. korún, pričom vnútorný dlh zdravotníctva (opotrebenie techniky, zariadení a budov) presahoval 50 mld. Korún (Zachar, 2013). Uvedený

stav zdravotníctva bol pre vtedajšiu vládnucu moc podnetom k reforme v zdravotníctve. V roku 2004 bolo prijatých 6 tzv. reformných zákonov.

- Zákon 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov
- Zákon 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti
- Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov
- Zákon č. 579/2004 Z. z. o záchranej zdravotnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov
- Zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov
- Zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Hlavným cieľom reformy zdravotníctva ministra Zajaca v situácii obmedzených zdrojov, rastúcich nárokov a očakávaní občanov a stále sa novo tvoriacich a narastajúcich dlhov bolo vybalansovanie zdrojov a výdavkov v zdravotníctve zvýšením efektívnosti systému (na strane ponuky), mobilizáciou zdrojov zvýšením spoluúčasti pacienta (na strane zdrojov) a upravením očakávaní ľudí (na strane dopytu) (Zachar, 2013). Kľúčovými prvkami reformy bolo:

- zdefinovanie rozsahu služieb hradených z povinného zdravotného poistenia,
- zdefinovanie služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a možnosť výberu poplatkov,
- zmena v prerozdelení poisťného,
- ročné zúčtovanie zdravotného poistenia,



- možnosť zmeniť zdravotnú poisťovňu len 1xročne, vždy k 1. 1.,
- transformácia zdravotných poisťovní na akciové spoločnosti,
- transformácia niektorých nemocníc na akciové spoločnosti.

Avšak ani táto reforma nepriniesla očakávané výsledky. Zdravotníctvo neustále zápasí s nedostatkom zdrojov, čo sa prejavuje v nespokojnosti obyvateľov ako aj zdravotníckych pracovníkov.

Tento projekt sa realizuje vďaka podpore z Európskeho sociálneho fondu a Európskeho fondu regionálneho rozvoja v rámci Operačného programu Ľudské zdroje.

## 2. METODOLÓGIA A CIELE

Metodológiou je všeobecný prístup ku skúmaniu výskumných tém. Pri výbere prístupu by sme preto mali pri výbere metód zohľadňovať uvažovanú stratégiu výskumu (Silverman, 2005, s. 100), pretože naša metodológia ovplyvní to, ktoré metódy budeme používať, spôsob akým ich použijeme. Pri kvantitatívnom výskume sa zvyčajne definuje súbor premenných a metód využitím už existujúcich a overených nástrojov na meranie.

Pri kvalitatívnom výskume je celá škála možností a je na autoroch ako využijú vopred definované metódy a nástroje na ich meranie.

Zatiaľ čo kvantitatívne metódy poskytujú empirické údaje a výsledky, z hľadiska logických súvislostí nemusia mať jasnú odpoveď na otázku prečo a ako došlo ku zamýšľaným a nezamýšľaným dopadom intervencií.

### 2.1. SOCIÁLNO EKONOMICKÉ HODNOTENIE

Analýze cieľov predchádza rešerš relevantnej literatúry, jej štúdium a využitie informácií pri definovaní jednotlivých modelov vo svete. Pri spracovaní krajín sveta vybraných autormi tak, aby bola obsiahnutá široká paleta prístupov k modelom zdravotných systémov, budú hodnotené kvalitatívne parametre pomocou kvantifikovaných hodnôt získaných z medzinárodných databáz on-line z verejne dostupných zdrojov na internete (napr. WHO, OECD a pod.).

Vzhľadom na kontext zadania práce je nevyhnutné pri metodológii použiť kombináciu kvantitatívnych a kvalitatívnych metód.

#### 2.1.1 Kvantitatívna metodológia

Pri spracovaní projektu boli využité znaky klasickej kvantitatívnej metodológie, ako je vyčlenenie skúmaného javu zo širšieho odborného kontextu zdravotníckeho zisťovania

redukciou na základné elementy z číselných údajov, s hľadáním kauzálnych vzťahov. Kvantitatívne boli posudzované determinanty - **ukazovatele výkonnosti zdravotného systému**, pretože podľa viacerých odborných publikácií, ako aj internetových zdrojov, sú základné komparátory výkonnosti zdravotnej starostlivosti nasledovné:

- dožitie,
- odvrátiteľná úmrtnosť,
- dožitie v zdraví,
- dožčenská úmrtnosť.

Existujú štúdie obohatené ešte o ďalšie faktory, ako napr. porovnávanie pomeru počtu lekárov a sestier na počet obyvateľov a podobne. Ďalšou dimenziou pohľadu na zdravotníctvo je preskúmanie základných ekonomických faktorov:

- podiel výdavkov zdravotníctva na HDP,
- platby pacientov mimo zdravotnícky systém – priame platby.

Celkovo bude predmetom kvantitatívneho preskúmania fungovanie modelov zdravotníctva v rôznych krajinách všetkých známych modelov (Beveridgeov, Bismarckov, Semaškov, Liberálny) v situačnom pohľade odborného názoru jednotlivých členov pracovného tímu.

### 2.1.2 Kvalitatívna metodológia

Autori spracovali predvýskum a orientačný výskum pri formulovaní témy z dôvodu dôkladného zmapovania terénu a sledovania premenných pred kvantitatívnym výskumom, aby tak dosiahli zmysuplné formulácie zisťovania. Pri zložitejších výskumných projektoch sa zdá, že kvalitatívny prístup pomáha pri zhodnocovaní výskumného projektu, zhodnocovaní metód a dopadu.

Medzi najpodstatnejšie kvalitatívne prístupy, ktoré boli využité pri tvorbe projektu patrí **deskripcia a otvorenosť** v procese tzv. horizontalizácie, teda skúmanie nie veľkého počtu



parametrov a prípadov do hĺbky. Uvedený prístup ilustruje, ako sa má nazerať na fenomény – javy tak, aby mali rovnaký význam a výklad a aby sa tým obmedzila predpojatosť výskumníka a zvýšila miera objektivity poznania.

**Pri interpretácii výsledkov a kontrole metód** treba výskumnú situáciu chápať interaktívne a procesuálne (v podstate medzi riešiteľom a predmetom výskumu, vrátane sebareflexie riešiteľa). Sebareflexia riešiteľa, ako forma kontroly, je pri kvalitatívnom skúmaní veľmi dôležitá. Je to akási obdoba kontroly pri použití kvantitatívnych metód. Ďalším využitým kvalitatívnym prístupom je **zovšeobecnenie po krokoch**, spravidla argumentatívne zovšeobecňovanie na základe indukcie, ktoré je v kontexte platné. Na záver je nutné spomenúť ešte **validitu** (pravdivo prezentovaný skúmaný jav a zdôvodniteľný) a **reliabilitu výskumu** (vzťah medzi vlastnosťou a informáciou o nej), teda platnosť a spoľahlivosť dosiahnutého zisťovania.

Kvalitatívny výskum sa využíva pri odhaľovaní trendov v myslení, názoroch aktérov a hlbšom pochopení faktorov, ktoré dotvárajú, alebo len ovplyvňujú skúmaný problém.

## 2.2 Stanovenie cieľov

Základným východiskom pre spracovanie projektu je skúmanie systémov financovania zdravotnej starostlivosti na Slovensku v historických súvislostiach až po súčasnosť. Súbežne bude popísaný systém zdravotného poistenia na Slovensku, legislatívny rámec a samotné základné princípy zdravotného poistenia.

**Hlavným cieľom** analytického výstupu je analýza a rozbor financovania zdravotníctva v rôznych systémoch a navrhnutie prípadných zmien v súčasnom spôsobe financovania.

**Čiastkový odborný cieľ** – vypracovanie analytických podkladov pre návrh zmien v systéme financovania zdravotníctva.

**Očakávaný výsledok** analytického výstupu je zmapovanie financovania a fungovania systému zdravotného poistenia a vysvetlenie **princípu zabezpečenia spravodlivosti** každému jednotlivcovi v systéme v prípade potreby čerpať zdravotné služby.

**Zdôvodnenie potreby (opodstatnenosti)** - spracovanie projektu využívania rôznych modelov fungovania zdravotníctva v jeho rôznych modifikáciách financovania a systémového zabezpečenia zdrojov.

Vychádzajúc z vyššie uvedených cieľov a očakávaného výsledku, čo je zadané v dokumente AV NP Podpora kvality sociálneho dialógu a zdôvodnenia potreby, bude projekt spracovaný nasledovne:

1. Zmapovanie systémov financovania zdravotníctva vo svete podľa jednotlivých modelov vrátane popisov historických súvislostí vývoja daných systémov.

2. Hodnotenie systémov zdravotníctva vo vybraných krajinách sveta s dôrazom na krajiny Európy:

- krajiny, ktoré majú systém zdravotného poistenia, napr. Nemecko, Slovinsko, Holandsko, Poľsko, Česká republika ,
- krajiny, kde je zdravotná starostlivosť financovaná prostredníctvom daní, napr. Veľká Británia, Nórsko,
- štáty, kde funguje liberálny model – USA a Singapur.

3. Analýza systému financovania zdravotníctva na Slovensku, kde sa budeme podrobne venovať verejnému zdravotnému poisteniu, analyzovať systém z hľadiska príjmov, výdavkov, jeho fungovanie a úroveň z pohľadu vybraných ekonomických a neekonomických ukazovateľov. Samostatnou časťou budú zdravotnícke reformy na Slovensku a zhodnotenie ich vplyvu na fungovanie a financovanie zdravotníctva .

4. Zdravotné poistenie - zdravotná daň - kde na základe predchádzajúcich analýz systémov financovania a fungovanie zdravotníctva porovnávajúc jednotlivé neekonomické (dojčenská úmrtnosť, stredná dĺžka života pri narodení, dožitie v zdraví, odvrátiteľná úmrtnosť) a ekonomické ukazovatele (podiel výdavkov na zdravotníctvo na HDP krajiny a priame platby pacientov mimo zdravotného poistenia) poukážeme na negatíva súčasného systému financovania zdravotníctva a jeho dopady na zdravie obyvateľstva SR. Poukážeme na oblasti, ktoré je potrebné reformovať, čo by mohlo mať pozitívny dopad na fungovanie a úroveň zdravotníctva na Slovensku. Ide o oblasť zdrojov, kde by bola potrebná zmena legislatívy, napr. v určení minimálnej výšky poistného nielen pre SZČO, prehodnotenie platby, resp. výšky platby štátu za svojich poistencov, zavedenie pripoistenia, prehodnotenie rozsahu zdravotnej starostlivosti hradenej z povinného zdravotného poistenia.



### 3. HODNOTENIE SYSTÉMOV ZDRAVOTNÍCTVA VO VYBRANÝCH KRAJINÁCH

Podstatným zdrojom údajov hodnotenia zdravotného stavu obyvateľstva je štatistika. Má svoje výhody, nevýhody a obmedzenia. Svetová zdravotnícka organizácia monitoruje štatistické údaje už dlhé roky a tieto údaje sa stali východiskovými aj pre náš projekt. Je potrebné podotknúť, že zdravotníctvo ovplyvňuje zdravotný stav obyvateľstva na cca 35%, ostatné vplyvy spadajú pod iné rezorty v hospodárstve (kvalita životného prostredia, kvalita potravín a i.), celospoločenskú situáciu, osobnú starostlivosť človeka o zdravie a bio-psycho-somatické faktory.

Po druhej svetovej vojne sledujeme dve odlišné etapy. Prvých cca 60 rokov sledujeme samé pozitívne zmeny (výrazné zlepšenie zdravotného stavu detskej populácie, zníženie detskej a dojčenskej úmrtnosti, pokles ochorení, zlepšenie fyzického a duševného vývoja detí, zvyšovanie priemerného veku dožitia, znižovanie úmrtnosti u osôb v produktívnom veku, úspechy v boji s infekčnými ochoreniami). V druhej etape do súčasnosti sledujeme nepriaznivý stav nárastu civilizačných ochorení, nižšej hodnoty strednej dĺžky života a pod.

Cieľom zdravotnej politiky je zodpovedať na otázku, ako systémovo zabezpečiť zdroje a zároveň ich efektívne použiť pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Každý štát má svoju vlastnú zdravotnú politiku a na financovanie zdravotníctva využíva (v závislosti od zavedeného systému) dane, odvody na zdravotné poistenie, doplnkové zdravotné poistenie a rôznu mieru kombinácie medzi nimi. V popredí záujmu je efektívne vynakladanie zdrojov a hľadanie nástrojov na účinné ovplyvňovanie zdravotných systémov.

Zdravotnícke systémy sú posudzované rôznymi výkonnosťnými parametrami, ako je napr. dojčenská úmrtnosť, stredná dĺžka života pri narodení, dožitie v zdraví, odvrátiteľná úmrtnosť. Tieto ukazovatele sú výkonné a oznamujú dôležité informácie o zdraví obyvateľstva, sú pomocné pri plánovaní budúcich cieľov a identifikácii kritérií. Budeme ich mapovať naprieč rôznymi systémami v konkrétnych štátoch. Aby bolo možné kvalitne posúdiť

zdravotné systémy, doplnili sme ekonomické ukazovatele o: podiel výdavkov zdravotníctva na HDP krajiny a priame platby pacientov mimo zdravotného poistenia.

### 3.1. BISMARCKOV MODEL – POĽSKO

Vo všetkých okolitých krajinách sú obdobné problémy v zdravotníctve, bez ohľadu na systém. Poľsko má zavedený Bismarckov model v zdravotníctve, ktorý zahŕňa zdravotné poistenie podobne, ako ho poznáme na Slovensku a existuje tam rozvinutý systém verejnej a súkromnej zdravotnej, sociálnej a doplnkovej súkromnej zdravotnej starostlivosti. Tak ako v iných krajinách bývalého „východného bloku“, prebehla v Poľsku reforma zdravotníctva, ktorá bola trhovo orientovaná. Vláda sa snaží nepretržite od roku 2011 legislatívnou formou riešiť zadlžovanie nemocníc ich komercionalizáciou.

V Poľsku je ministerstvo zdravotníctva zodpovedné za organizáciu poľského zdravotného systému, poskytovanie zdravotnej starostlivosti u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorých aj priamo financuje. Ďalej Ministerstvo zdravotníctva Poľska zodpovedá za implementáciu zdravotných programov a verejných zdravotných programov, ktoré sa týkajú napríklad výchovy zdravotníckych pracovníkov, financovania lekárskej techniky a monitoringu štandardov zdravotnej starostlivosti.

#### 3.1.1. Všeobecná charakteristika modelu zdravotného poistenia v Poľsku

Poľský systém je decentralizovaný, založený na povinnom zdravotnom poistení, na kombinácii verejného a súkromného financovania. Hlavný zdroj peňazí na verejné výdavky je z povinného sociálneho zdravotného poistenia. Kompetencie v riadení a financovaní systému sú rozdelené medzi územné samosprávy, Národný fond zdravia („Narodowy Funduzs Zdrowia“, ďalej len „NFZ“) a ministerstvo zdravotníctva (Ondruš, Svetové zdravotnícke systémy, 2014, s. 95). NFZ zodpovedá za poistenie, financovanie zdravotnej starostlivosti poistencom, koordinuje uzatváranie zmlúv s verejnými aj neverejnými poskytovateľmi zdravotníckych služieb.

Neverejnými poskytovateľmi v Poľsku sú poskytovatelia ambulantnej starostlivosti (primárnej a špecializovanej zdravotnej starostlivosti). Verejnými poskytovateľmi sú hlavne terapeutické služby, teda ústavná zdravotná starostlivosť (podľa slovenskej terminológie). Súkromní podnikatelia sú naprieč celým spektrom zdravotníckych služieb. V niektorých segmentoch v zanedbateľnom zastúpení.

Povinné zdravotné poistenie sa vzťahuje na každého, kto podlieha povinnosti zdravotného poistenia (napr. zamestnanec, osoba, ktorá podniká, dôchodca, nezamestnaný), prípadne je rodinným príslušníkom poistenca a bol nahlásený na poistenie. V Poľsku existuje tzv. „rodinné poistenie“, vtedy postavenie rodinného príslušníka oslobodzuje od povinnosti osobu zdravotne poistiť osobitne, tak ako to poznáme v slovenskom systéme zdravotného poistenia. Povinne na zdravotné poistenie nahlasuje rodič, prípadne starý rodič dieťaťa a zároveň musí oznámiť svojmu platiteľovi poistného rovnakú informáciu. Platiteľom poistného je:

- zamestnávateľ – v prípade zamestnanca,
- škola – v prípade študenta,
- úrad práce – v prípade nezamestnanej osoby,
- sám podnikateľ, v prípade, že osoba podniká.

Aj v prípade, že nahlásený poistenec nemá zaplatené poistné má nárok na zdravotnú starostlivosť a s ňou súvisiace dávky.

Občan Poľska, ktorý nie je zdravotne poistený z vyššie uvedených dôvodov (zamestnanec ukončil pracovný pomer, a obdobne študent, podnikateľ, nezamestnaný), prípadne osoba, ktorá stratila postavenie rodinného príslušníka, sa môže poistiť dobrovoľne. Ale ak má nízky príjem, tak nárok na dávky zdravotnej starostlivosti môže získať na základe rozhodnutia starostu obce, v ktorej žije. Všetky poistené osoby platia rovnakú výšku príspevkov povinného alebo dobrovoľného poistenia. Poistné na zdravotné poistenie je mesačné a nedeliteľné, predstavuje 9% z vymeriavacieho základu poistného.



Za podmienok, ktoré sú stanovené v legislatíve - *zákone o zdravotníckych službách financovaných z verejných prostriedkov* je kompetentný minister alebo NFZ povinný financovať zdravotnícke služby z verejných zdrojov. Poskytnuté služby zdravotnej starostlivosti poistencom sa financujú hlavne z poistného na zdravotné poistenie. Zaobchádzanie s inými osobami ako s poistencami, ktorí majú právo na služby zdravotnej starostlivosti financované z verejných prostriedkov, je financované zo štátneho rozpočtu. (Profibaza, 2022)

### 3.1.2. Charakteristika modelu zdravotného poistenia v Poľsku prostredníctvom vybraných neekonomických a ekonomických ukazovateľov

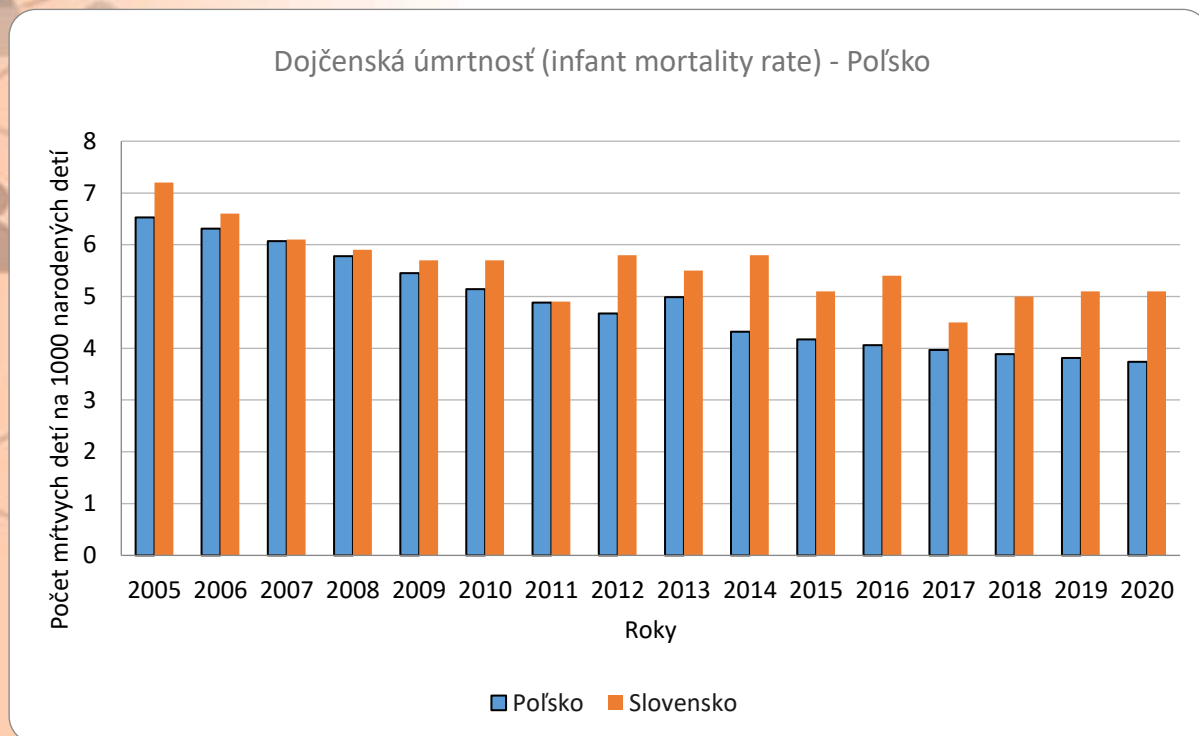
Zdrojom údajov predkladaných v nasledujúcich podkapitolách sú databázy OECD a WHO.

#### Dojčenská úmrtnosť

Parameter počet úmrtí dojčiat na 1000 obyvateľov v Poľsku za posledných 50 rokov klesol z 28,55 na 3,72. Tento pokles je významný a možno ho označiť aj za civilizačnú zmenu, ktorá dostala Poľsko na úroveň vyspelých krajín. Je to hlavne dôsledok aplikácie medicínskej vedy a techniky. Pre porovnanie je koeficient na Slovensku 4,69.

V štátoch Afriky, kde dojčenská úmrtnosť osciluje okolo 200 na 1000 obyvateľov (max. 270 Sierra Leone) dochádza k vysokej úmrtnosti hlavne z odvrátiteľných dôvodov ako je podvýživa, nedostatok čistej pitnej vody a hygienických zariadení, pripisuje sa im zhruba polovica. Druhá polovica je podmienená nedostatočnou zdravotnou starostlivosťou o deti a matky.

GRAF Č. 1: DOJČENSKÁ ÚMRTNOSŤ POĽSKO



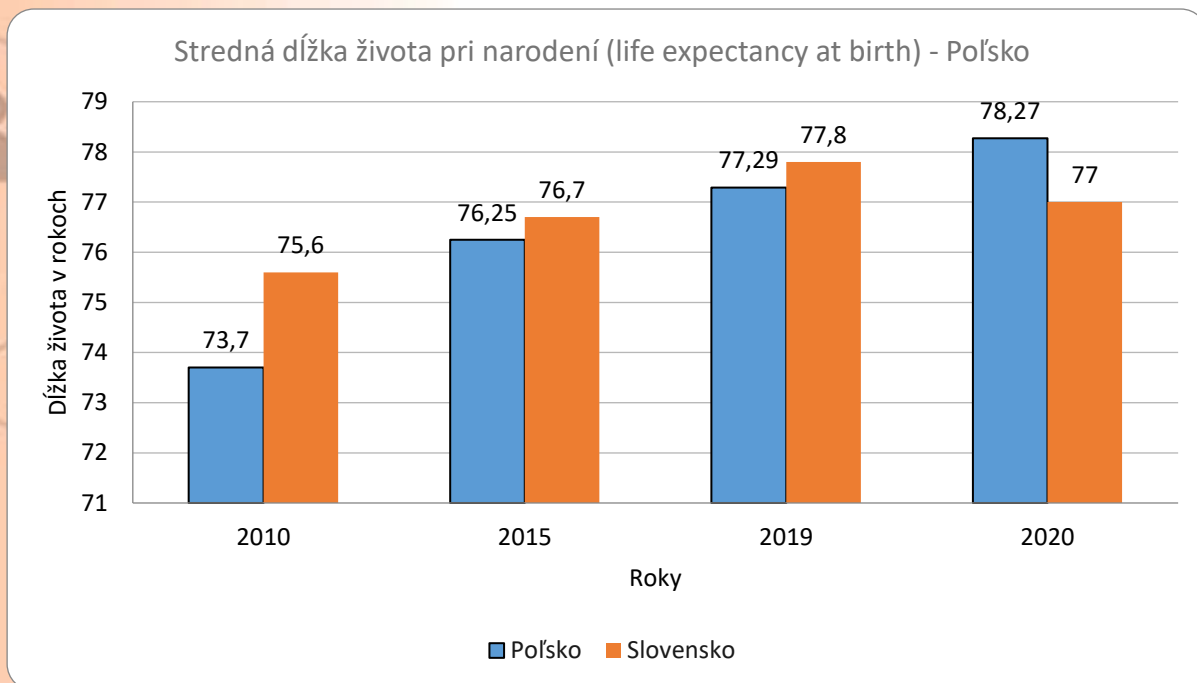
Zdroj: WHO, 2020

### Stredná dĺžka života pri narodení

Štatistické údaje WHO strednej dĺžky života pri narodení v Poľsku sa zmenili za posledných 10 rokov len mierne zo 73,7 v roku 2010 na 78,27 v roku 2020. Tento trend je vo všetkých rozvinutých krajinách sveta. Je možné, že mierne rozkolíše vplyvom pandémie Covid19. Existuje aj opačný extrém, v krajiny kde očakávaná stredná dĺžka dožitia klesá. V týchto štátoch sú, resp. boli vojenské konflikty (Sýria, Somálsko, Afganistan, či Líbia). V Sýrii klesol tento údaj od roku 2010 zo 74 rokov na 64 rokov.

V údajoch Eurostatu je zaujímavá informácia, že v roku 2019 bola viac než jedna pätina (20,3 %) obyvateľov EÚ27 vo vekovej skupine 65 a viac rokov. (Eurostat, 2020)

GRAF Č. 2: STREDNÁ DĹŽKA ŽIVOTA PRI NARODENÍ POĽSKO



Zdroj: WHO, 2021

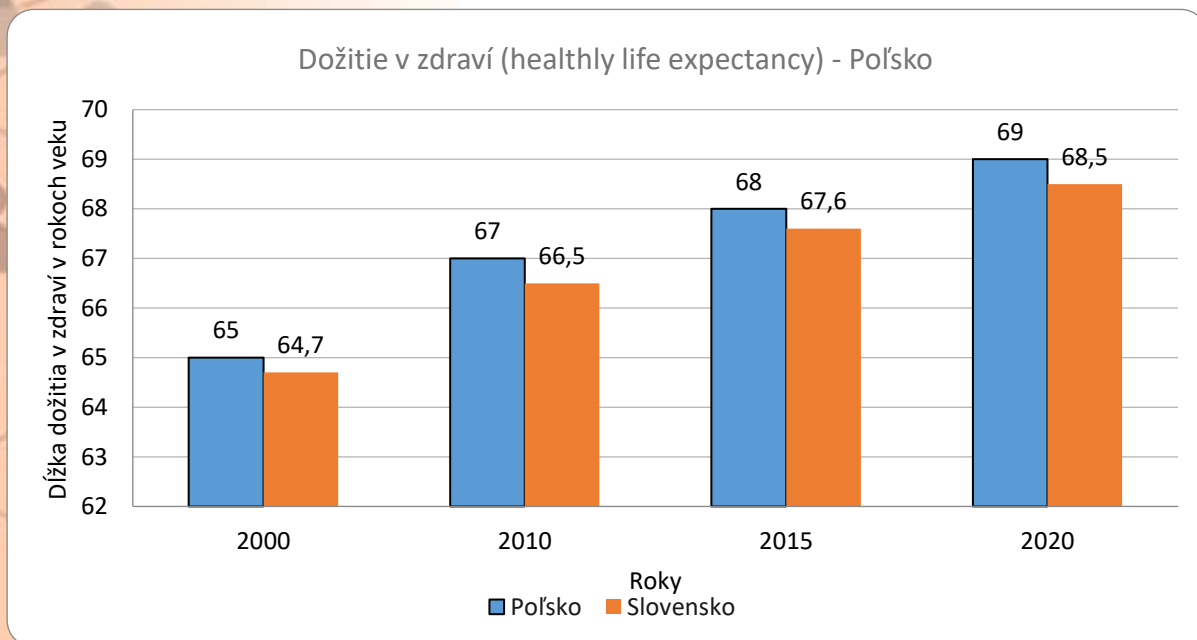
### Dožitie v zdraví

Dožitie v zdraví je ukazovateľ, ktorý by mal odpovedať na otázku, či s dĺžkou života sa predlžuje aj doba života prežitá v dobrom zdraví. Niektoré výskumy sa zaoberajú hodnotením dimenzie kvality života ku kvantite odžitého života (EHLEIS, Národné správy, 2016)

Poľské údaje ukazovateľa dožitia v zdraví majú rastúci trend. V roku 2000 bol na úrovni 65 rokov, v roku 2010 to bolo 67 rokov a každých 5 rokov sa dožitie v zdraví zvyšuje o 1 rok na súčasných 69 rokov.



GRAF Č. 3: DOŽITIE V ZDRAVÍ POĽSKO



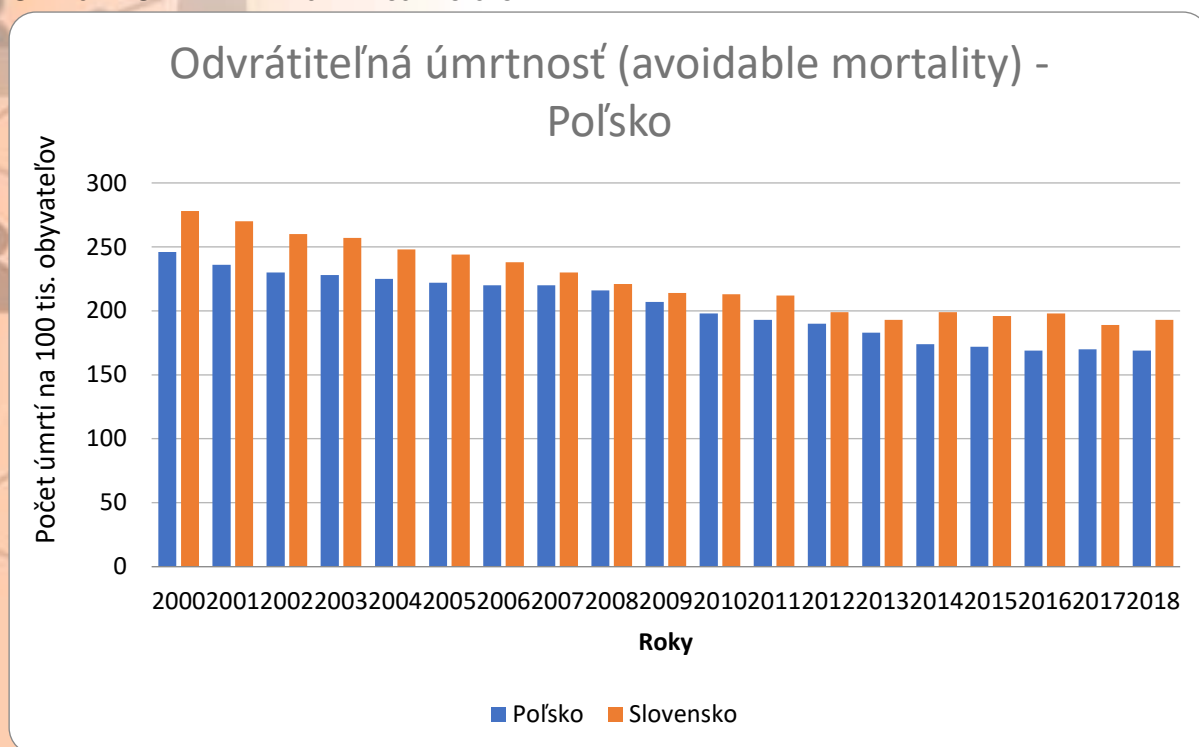
Zdroj: WHO, 2020

### Odvrátiteľná úmrtnosť

Zisťovania odvrátiteľných úmrtí je hlavným ukazovateľom stavu zdravotníctva. Odvrátiteľnými sú tie, ktorým sa dalo predísť včasnou diagnostikou a efektívnou liečbou. Pre účely tohto projektu sme údaje čerpali z databáz OECD. Hodnoty v Poľsku sú klesajúceho trendu od roku 2000, kedy to bolo 246 odvrátiteľných úmrtí na 100 tis. obyvateľov na 169 úmrtí v roku 2018 na 100 tis. obyvateľov. 169 úmrtí na 100 tisíc obyvateľov, je viac ako dvojnásobok priemeru krajín EÚ15 s priemerom 76 úmrtí.

„Najčastejšími odvrátiteľnými príčinami úmrtia v krajinách EU sú ischemické choroby srdca, cievne mozgové ochorenia a niektoré formy rakoviny.“ (SME INDEX, 2019)

GRAF Č. 4: ODVRÁTITELNÁ ÚMRTNOSŤ POĽSKO



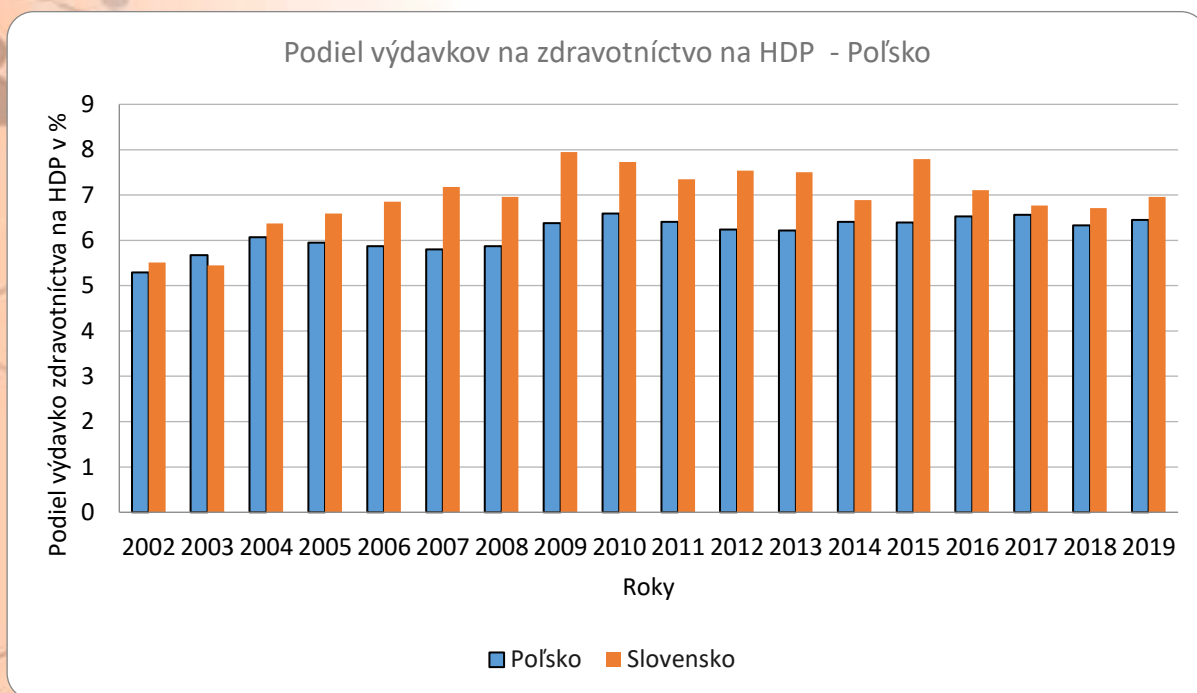
Zdroj: OECD, 2022

### Podiel výdavkov zdravotníctva na HDP krajiny (health expenditure as a share of GDP)

Podiel hrubého domáceho produktu, ktorý Poľsko dalo v priebehu rokov 2002 – 2019 bol v rozpätí 5,2 – 6,6% HDP. Poľsko sa radí na piate miesto krajín EU s najnižším podielom výdavkov zdravotníctva na HDP. Nižšie % HDP má už len Litva, Cyprus, Lotyšsko a Rumunsku. Je zaujímavé, že Litva a Lotyšsko majú takmer dvojnásobný pomer verejných výdavkov na zdravotníctvo v tých istých rokoch. Verejné výdavky na zdravotníctvo sú najväčšou a najrýchlejšie rastúcou položkou verejných výdavkov. Kombinácia ukazovateľov % HDP a % verejných výdavkov na zdravotníctvo lepšie umožňuje pochopiť skutočné verejné výdavky na zdravotníctvo v tých istých rokoch. Hodnoty na obyvateľa poskytujú ďalšie informácie, ktoré umožňujú posúdenie trendov. Napr. ak sa výdavky na zdravotníctvo zvýšia ako podiel HDP

a znížia na obyvateľa, je pravdepodobné, že HDP krajiny klesá rýchlejšie ako výdavky na zdravotníctvo (Európska Komisia, 2019).

GRAF Č. 5: PODIEL VÝDAVKOV NA ZDRAVOTNÍCTVO NA HDP - POĽSKO



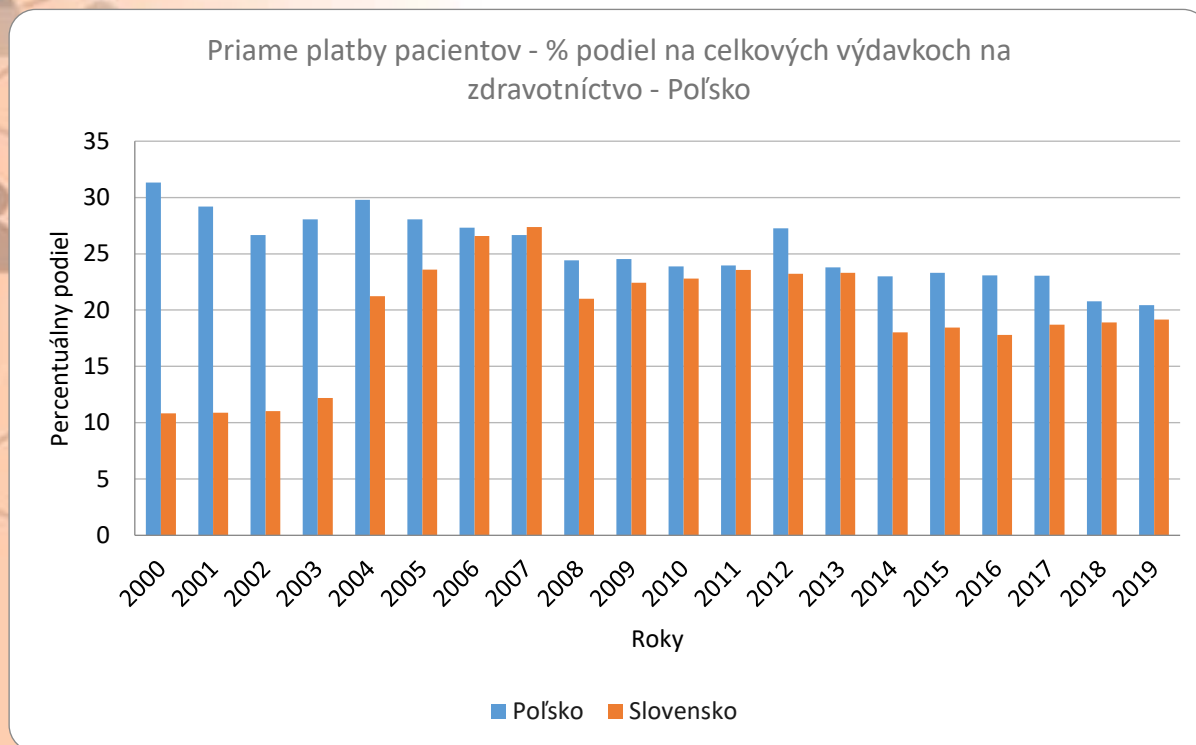
Zdroj: WHO, 2021

### Priame platby pacientov mimo zdravotného poistenia (direct payments)

Krivka priamych platieb v Poľsku má klesajúci charakter. Kým v roku 2000 bola hodnota priamych platieb na úrovni 31,33 %, v roku 2019 bola na úrovni 20,44 %. Korelácia medzi výdavkami štátu a výdavkami na zdravotníctvo nie je žiadna. Poľsko sa radí ku krajinám s vysokým podielom priamych platieb pacientov napriek existujúcemu Bismarckovmu modelu, teda povinnému zdravotnému poisteniu. Z porovnávania údajov s inými krajinami získame obraz o výške poplatkov. O celkovom stave zdravotníctva tento koeficient nemá vypovedaciu schopnosť, kvôli rôznym systémom a rôznym verziám rovnakých systémov. V kombinácii s ostatnými údajmi nám dáva obraz o skladbe zdrojov financovania rezortu.



GRAF. Č. 6: PRIAME PLATBY PACIENTOV - POĽSKO



Zdroj: WHO, 2021

### 3.2. BISMARCKOV MODEL – MAĎARSKO

V Maďarsku je podľa ústavy zdravie jedným zo sociálnych práv. Zdravotnú starostlivosť v Maďarsku poskytujú štátni aj súkromní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti. Národný servis verejného zdravia a lekárske služby (Országos Tisztifőorvosi Hivatal) im udeľuje licenciu po splnení všetkých personálnych a materiálno-technických požiadaviek. Po získaní licencie už môže každý poskytovateľ zdravotnej starostlivosti oprávnene žiadať Národný fond zdravotného poistenia o dohodu o úhrade výdavkov z fondu zdravotného poistenia pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti pacientom. Zdravotná starostlivosť je poskytovaná pacientom zadarmo (EURES, 2022). Za nadštandardnú zdravotnú starostlivosť môže žiadať poskytovateľ zdravotnej starostlivosti úhradu aj od pacienta.

### 3.2.1. Všeobecná charakteristika modelu zdravotného poistenia v Maďarsku

V Maďarsku je len jeden druh zdravotného poistenia. V Bismarckovom systéme zabezpečuje zdravotné poistenie a preplácanie úkonov poskytovateľom zdravotnej starostlivosti tretia strana. V Maďarsku je jedna zdravotná poisťovňa, a to Národná zdravotná poisťovňa (niekedy nazývaná aj Národný fond správy zdravotného poistenia). Zriaďuje a kontroluje ju Ministerstvo pre národné zdroje. Informácie o nárokoch poistencov odovzdávajú Národnej zdravotnej poisťovni daňové úrady. Zdravotnú starostlivosť v Maďarsku poskytujú poskytovatelia zdravotnej starostlivosti. Nemocnice a ďalšie zdravotnícke zariadenia sú v zriaďovateľskej pôsobnosti (vo vlastníctve) regionálnej verejnej správy. Súkromný sektor je dominantnejší v oblasti farmácie a odborných ambulancií. Nevyhnutnosťou je to, aby mali uzatvorenú zmluvu s Národnou zdravotnou poisťovňou.

Hoci hlavným princípom zdravotného poistenia a poskytovania zdravotnej starostlivosti v tejto krajine je jej bezplatnosť, stretávame sa s rôznymi doplatkami za ošetrenia alebo lieky. Lieky sú poskytované ako súčasť hospitalizácie bezplatne, ak sú poskytované mimo hospitalizácie, poistenec si zaplatí spoluúčasť. Výška je závislá od druhu lieku (Národný portál zdravia, 2016).

Povinne poistený je každý, kto je ekonomicky aktívny (zamestnanec, živnostník) alebo kto je poistencom štátu (študent, člen cirkvi, občan, ktorý aktuálne poberá nemocenské dávky, sociálne dávky, tehotné ženy, ženy na materskej, dôchodcovia a pod.). Povinne poistení sú účastníkmi systému zdravotného poistenia a môžu čerpať všetky nároky, ktoré im zo zdravotného poistenia vyplývajú. Ak občan nezapadá do žiadnej kategórie poistenia, tak si ako samoplatca zaplatí mesačne 6810 HUF (16,30€) zdravotné poistenie a je účastníkom systému.

Zaujímavosťou v Maďarsku je daň z verejného zdravia, ktorá sa vyberá z cien jedál s vysokým obsahom cukru, soli a kofeínu. Takto vyzbieraná daň sa používa na financovanie zdravotníctva.

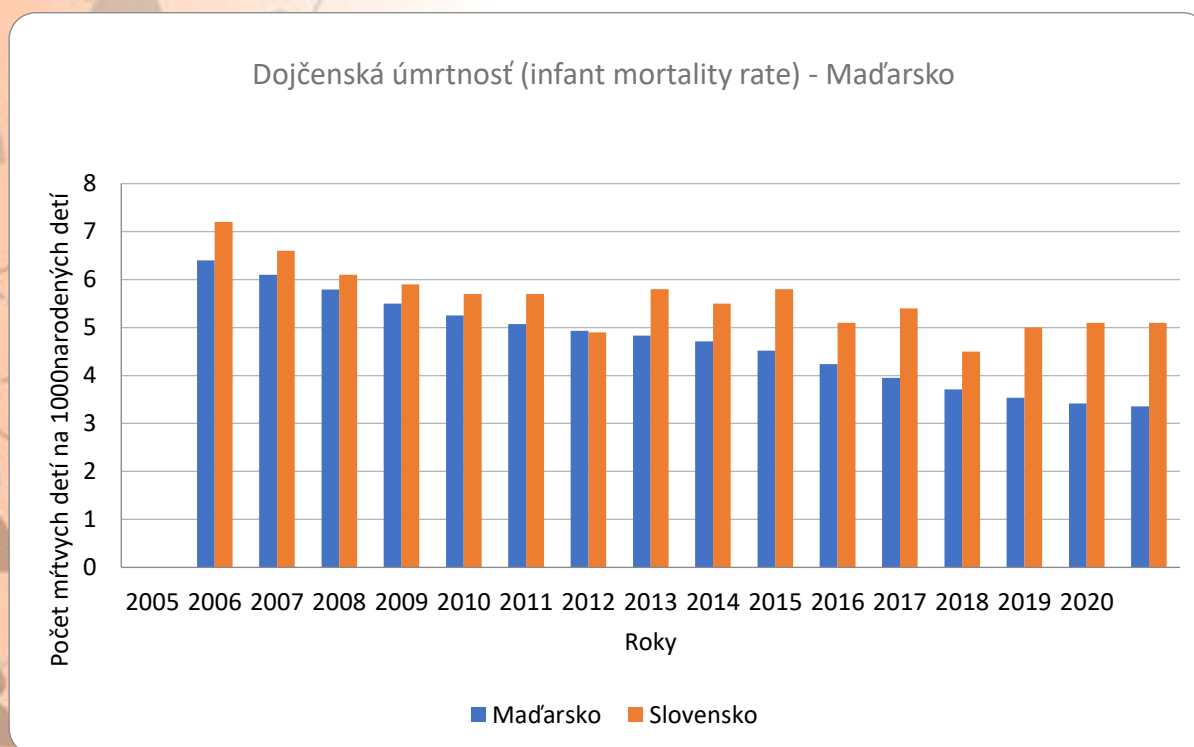
### 3.2.2. Charakteristika modelu zdravotného poistenia v Maďarsku prostredníctvom vybraných neekonomických a ekonomických ukazovateľov

Zdrojom údajov predkladaných v nasledujúcich podkapitolách sú databázy OECD a WHO.

#### Dojčenská úmrtnosť

Parameter počet úmrtí dojčiat na 1000 obyvateľov Maďarska za posledných 50 rokov klesol z 34,71 na 3,36. Tento civilizačný pokles je dôsledok využívania poznatkov medicínskej vedy a medicínskej techniky. Najvýraznejší pokles úmrtí dojčiat bol zaznamenaný v 80. rokoch dvadsiateho storočia.

GRAF Č. 7: DOJČENSKÁ ÚMRTNOSŤ V MAĎARSKU



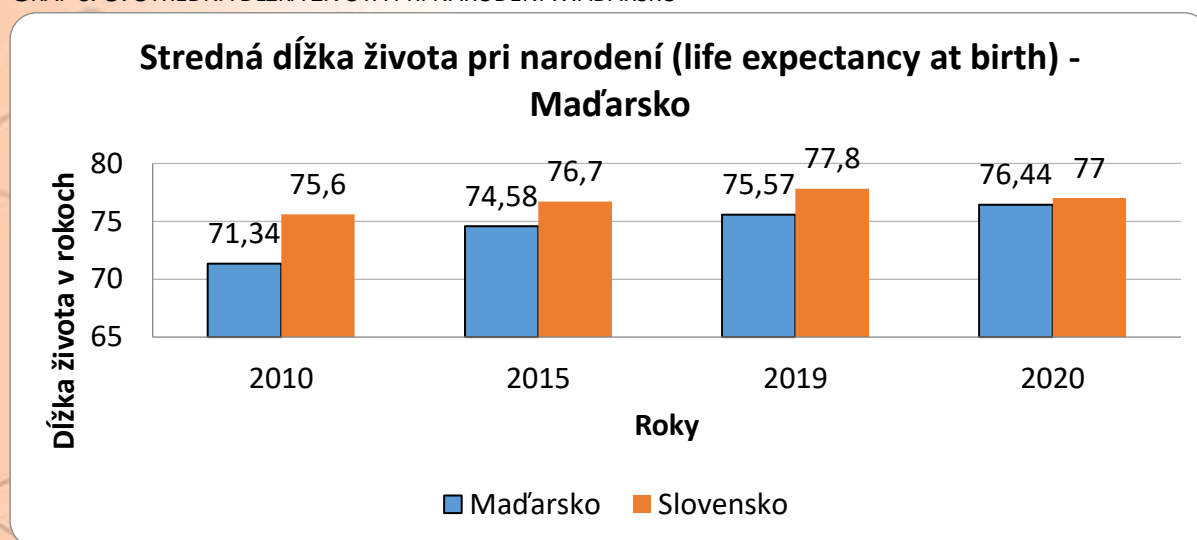
Zdroj: WHO, 2021



## Stredná dĺžka života pri narodení

Štatistické údaje WHO strednej dĺžky života pri narodení v Maďarsku sa zmenili za posledných 10 rokov len mierne zo 71,34 v roku 2010 na 76,44 v roku 2020. Maďarsko je na 61. mieste vo svete, od najrozvinutejších ho oddeľuje 3,5 roka.

GRAF Č. 8: STREDNÁ DĹŽKA ŽIVOTA PRI NARODENÍ MAĎARSKO

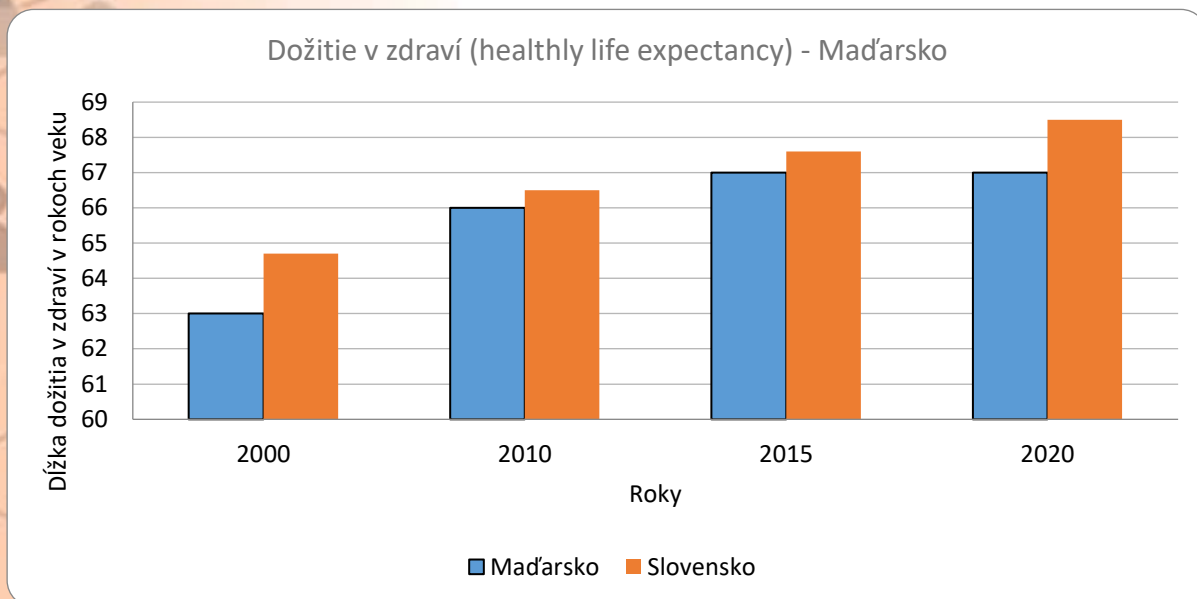


Zdroj: WHO, 2021

## Dožitie v zdraví

Údaje WHO mapujú dĺžku dožitia v zdraví na celom svete. Maďarskí obyvatelia sa v zdraví dožívajú 67 rokov. Pred dvadsiatimi rokmi, v roku 2000, bol tento ukazovateľ 63 rokov. V roku 2010 bol 65 rokov, v roku 2015 hodnota 67 rokov. V roku 2020 zostal na rovnakej úrovni 67 rokov. Ukazovateľ hodnoty dožitia v zdraví je dôležitým z pohľadu zdravotného stavu populácie.

GRAF Č. 9: DOŽITIE V ZDRAVÍ - MAĎARSKO

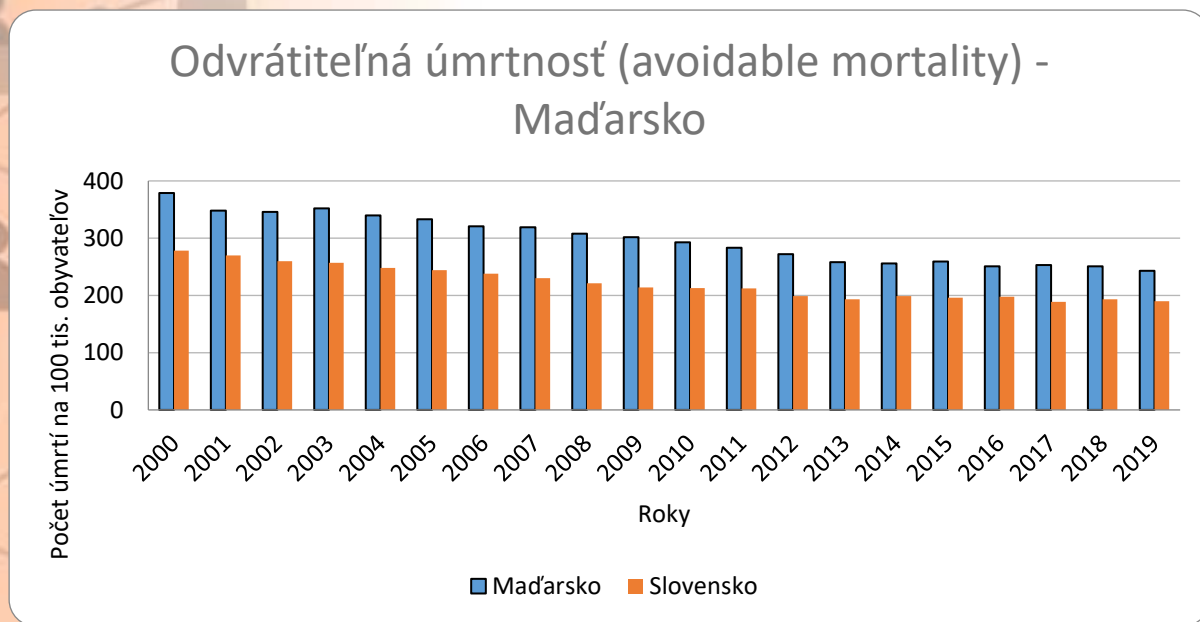


Zdroj: WHO, 2020

### Odvrátiteľná úmrtnosť

V Maďarsku je nepravidelný trend poklesu odvrátiteľných úmrtí. Napríklad v roku 2000 pripadalo na 100 tisíc. obyvateľov 379 odvrátiteľných úmrtí, v roku 2010 to bolo 293 a v roku 2020 počet 243 odvrátiteľných úmrtí na 100 tisíc obyvateľov podľa databázy OECD. Vysoký počet odvrátiteľných úmrtí svedčí o zlyhávaní štátnej politiky v oblasti verejného zdravia, životného štýlu obyvateľov, socioekonomických faktorov a redukcie rizikových aspektov. Štát má využiť svoje právomoci v primárnom kontakte prostredníctvom prevencie, projektov kampaní učiacich žiť zdravo, úpravy legislatívy, zdravotného poistenia – motiváciou viesť k eliminácii rizikového správania, edukáciou v školách a pod.

GRAF Č. 10: ODVRÁTITELNÁ ÚMRTNOSŤ - MAĎARSKO



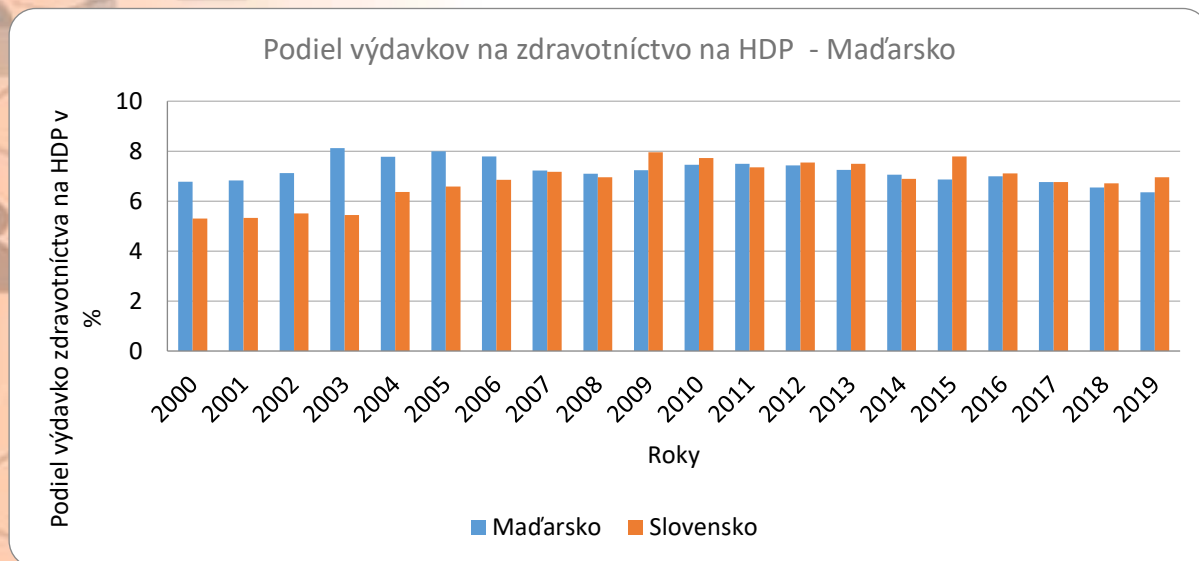
Zdroj: OECD, 2022

### Podiel výdavkov zdravotníctva na HDP krajiny (health expenditure as a share of GDP)

Podiel hrubého domáceho produktu, ktorý v Maďarsku v roku 2019 bol 6,35% na HDP a bol najnižší za posledných 20 rokov. Rozdiely v jednotlivých rokoch vôbec nie sú významné. Pohybujú sa od 6,35 do 8,12 nepravidelne bez jasného trendu.



GRAF Č. 11: PODIEL VÝDAVKOV NA ZDRAVOTNÍCTVO NA HDP – MAĎARSKO

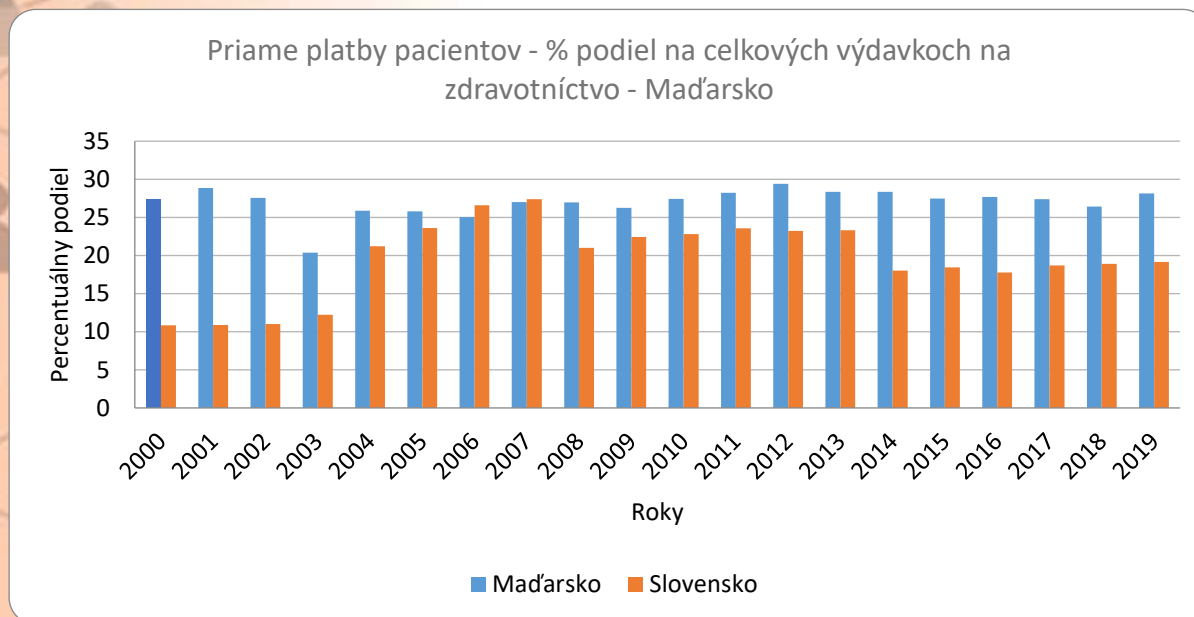


Zdroj: WHO, 2021

### Priame platby pacientov mimo zdravotného poistenia (direct payments)

Krivka priamych platieb v Maďarsku je rozkolísaná bez súvislosti s krivkou podielu výdavkov zdravotníctva na HDP. Hodnota priamych platieb sa za posledných takmer 20 rokov pohybuje od 20,39% - 29,4%. Sú to priemerné hodnoty v rámci OECD.

GRAF Č. 12: PRIAME PLATBY PACIENTOV - MAĎARSKO



Zdroj: WHO, 2021

### 3.3. BISMARCKOV MODEL - ČESKÁ REPUBLIKA

Vývoj systému financovania zdravotníctva v Českej republike (ďalej len ČR) bol do roku 1989 identický so systémom zdravotníctva na Slovensku.

Po politických zmenách v roku 1989 došlo k zmenám aj v systéme financovania zdravotníctva, kedy Semaškov model bol nahradený európskym pluralitným systémom. V 90-tych rokoch boli prijaté zákony upravujúce verejné zdravotné poistenie a zákony o zriadení Všeobecnej zdravotnej poisťovne ČR (ďalej len VZP ČR) a o zriadení rezortných, odborových, podnikových a ďalších zdravotných poisťovní. V súčasnosti v Českej republike vykonáva zdravotné poistenie 7 zdravotných poisťovní (Humanet, Zdravotné poistenie v ČR, 2016), ktoré na rozdiel od Slovenskej republiky (ďalej len SR) nie sú akciovými spoločnosťami, ale sú verejnoprávnymi, neziskovými organizáciami. Povolenia na vykonávanie zdravotného poistenia vydáva Ministerstvo zdravotníctva ČR po predchádzajúcom vyjadrení Ministerstva financií ČR. Zriaďovateľom všetkých zdravotných poisťovní je Ministerstvo zdravotníctva ČR. Zdravotné poisťovne hospodária so zverenými finančnými prostriedkami prostredníctvom fondov –

základný fond, prevádzkový fond, fond prevencie, rezervný fond (model podobný modelu, ktorý platil na Slovensku do tzv. „Zajacovej“ reformy v r. 2004) podľa zákona ČR 551/1991 Zb. o Všeobecnej zdravotnej poisťovni ČR a zákon č. 280/1992 Zb. o rezortných, odborových, podnikových a ďalších zdravotných poisťovniach. Zdravotné poisťovne predkladajú ministerstvu zdravotníctva na schválenie poistný plán na nasledujúci rok a účtovnú závierku a výročnú správu za predchádzajúci rok. Po vyjadrení vlády sú tieto dokumenty schvaľované Poslaneckou snemovňou. Okrem povinného zdravotného poistenia môžu zdravotné poisťovne vykonávať aj zmluvné poistenie a pripoistenie (Glova – Gavurová, 2013).

Právne normy v oblasti zdravotníctva vychádzajú z Listiny základných práv a slobôd, kde v článku 31 sa hovorí: „Každý má právo na ochranu zdravia. Občania majú na základe verejného poistenia právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotné pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon“ (Ústavný zákon č. 162/1998 Sb., ktorým sa mení Listina základných práv a slobod).

### **3.3.1. Všeobecná charakteristika modelu financovania zdravotníctva v Českej republike**

Zdravotne poistený je každý občan ČR. Zdravotné poistenie vzniká narodením, uzatvorením pracovnej zmluvy alebo získaním trvalého pobytu na území ČR. Verejné zdravotné poistenie je založené na princípe solidarity, slobodnej voľby zdravotnej poisťovne, slobodnej voľbe lekára a zdravotníckeho zariadenia. Zdravotná starostlivosť je dostupná pre všetkých poistencov.

Zdrojmi financovania zdravotníctva sú: verejné zdravotné poistenie, štátny rozpočet a rozpočty územných orgánov a súkromné zdroje – finančná spoluúčasť pacientov a priame úhrady. Výška príjmu do systému zdravotného poistenia je závislá na ekonomickom, demografickom a sociálnom vývoji ČR. (GLOVA – GAVUROVÁ, 2013).

Hlavnou činnosťou zdravotných poisťovní je verejné zdravotné poistenie. Výška poistného je definovaná zákonom o poistnom na všeobecné zdravotné poistenie a v súčasnosti je vo výške 13,5% vymeriavacieho základu. Pre zamestnanca je vymeriavacím základom hrubá mzda,



z ktorej zamestnanec odvádza 4,5% prostredníctvom svojho zamestnávateľa a 9% platí zamestnávateľ za zamestnanca. Minimálny vymeriavací základ zamestnanca, resp. zamestnávateľa je naviazaný na sumu minimálnej mzdy. Minimálny vymeriavací základ pre SZČO je 50% priemernej mesačnej mzdy v národnom hospodárstve.

Štát je platcom poistného za nezaopatrené deti, poberateľov dôchodkov z dôchodkového poistenia, poberateľov rodičovského príspevku, osoby poberajúce peňažnú pomoc v materstve, uchádzačov o zamestnanie, osoby poberajúce dávky sociálnej starostlivosti dôvodu sociálnej odkázanosti, osoby vo väzbe, či výkonu trestu a ďalší. Pre osoby, ktoré nie sú zamestnané, nie sú SZČO, nie je za nich platiteľom štát, tak vymeriavacím základom je minimálna mzda. Štát okrem platby za poistencov štátu financuje cez štátny rozpočet lôžkové zariadenia dlhodobej starostlivosti, výdaje na správu systému zdravotníctva, investičné výdavky na nákup a modernizáciu prístrojového vybavenia, na výstavbu a rekonštrukciu zdravotníckych zariadení, výdavky na výskum a vývoj a na vzdelávanie zdravotníckeho personálu. Územné samosprávne celky sa podieľajú na financovaní investičných projektov v nimi zriaďovaných zdravotníckych zariadeniach, dotáciami na podporu zdravotníckych zariadení v ich zriaďovateľskej pôsobnosti, ako aj poskytujú príspevok v prípade stratového hospodárenia nimi zriadenej príspevkovej organizácii (Pejchl, 2021).

Medzi súkromné zdroje možno zahrnúť priame platby od pacientov (poistencov), súkromné zdravotné poistenie, prostriedky od neziskových organizácií a podnikov, ktoré poskytujú závodnú preventívnu starostlivosť.

Z dôvodu zabezpečenia spravodlivosti v oblasti výberu poistného, kde výška príjmov z titulu výberu poistného je ovplyvnená štruktúrou poistného kmeňa, každý mesiac dochádza medzi jednotlivými poisťovňami k prerozdeleniu poistného, a to podľa nákladových indexov vekových skupín a farmaceuticko-nákladových skupín a podľa nákladných hradených služieb (§§ 20 a 21 Zákona 592/1992 Zb.). Prerozdelenie, na rozdiel od SR, zabezpečuje Všeobecná zdravotná poisťovňa pomocou na to určeného špeciálneho účtu. Taktiež sa prerozdeľuje

financovanie zvlášť nákladnej zdravotnej starostlivosti, čo presne upravuje zákon Českej národnej rady č. 592/1992 Zb. o poistnom na verejné zdravotné poistenie.

Otázku poskytovania zdravotnej starostlivosti za plnú alebo čiastočnú úhradu upravuje §15 zákona o verejnom zdravotnom poistení č. 47/1997 Zb., ktorý vymedzuje čo nie je hrazené, resp. čiastočne hrazené z povinného zdravotného poistenia a za akých podmienok. Spoluúčasť pacienta je pri úhradách vybraných liekov, niektorých stomatologických výkonov, príplatky za nadštandardné zdravotnícke výkony a služby (napr. v nemocniciach nadštandardne vybavené izby), kúpeľné pobyty, či regulačné poplatky za pohotovostné služby. Súkromné zdroje tvoria cca 1/6 výdavkov na zdravotníctvo a z toho cca 78 % tvoria platby poistencov, čo je cca 13 % z celkových výdavkov na zdravotníctvo.

Súkromné zdravotné poistenie je aj v ČR veľmi výnimočné a jeho podiel na celkových výdavkoch zdravotníctva predstavuje cca 0,14 %, nakoľko nie je možné si pripoistiť bežnú alebo nadštandardnú zdravotnú starostlivosť, ale len poistenie si výpadku príjmu v dôsledku úrazu alebo choroby. Regulačné poplatky boli zavedené za účelom regulácie spotreby zdravotníckych služieb, resp. čerpania zdravotnej starostlivosti (Pejchl, 2021). Zdravotné poisťovne si môžu tvoriť aj fond prevencie, z ktorého môžu svojim poistencom hradiť výkony, ktoré nie sú hrazené z povinného zdravotného poistenia. Sú to zdravotnícke služby, pri ktorých je preukázateľný preventívny, diagnostický alebo liečebný efekt a ktoré sú poskytované poistencom v súvislosti s ich existujúcim alebo potencionálnym ochorením. Tento fond je tvorený predovšetkým z pokút a penále a prirážok k poistnému a minimálnym prídelom zo základného fondu. Uvažuje sa tiež nad tým, že v budúcnosti by mohli byť do tohto fondu prevedené nevyčerpané finančné prostriedky prevádzkového fondu (Ministerstvo zdravotníctva ČR, 2022).

Zmluvy medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti sa riadi rámcovou zmluvou, ktorá je výsledkom dohodovacieho konania medzi zástupcami zväzu poisťovní a združeniami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (Pejchl, 2021). Pokiaľ ide

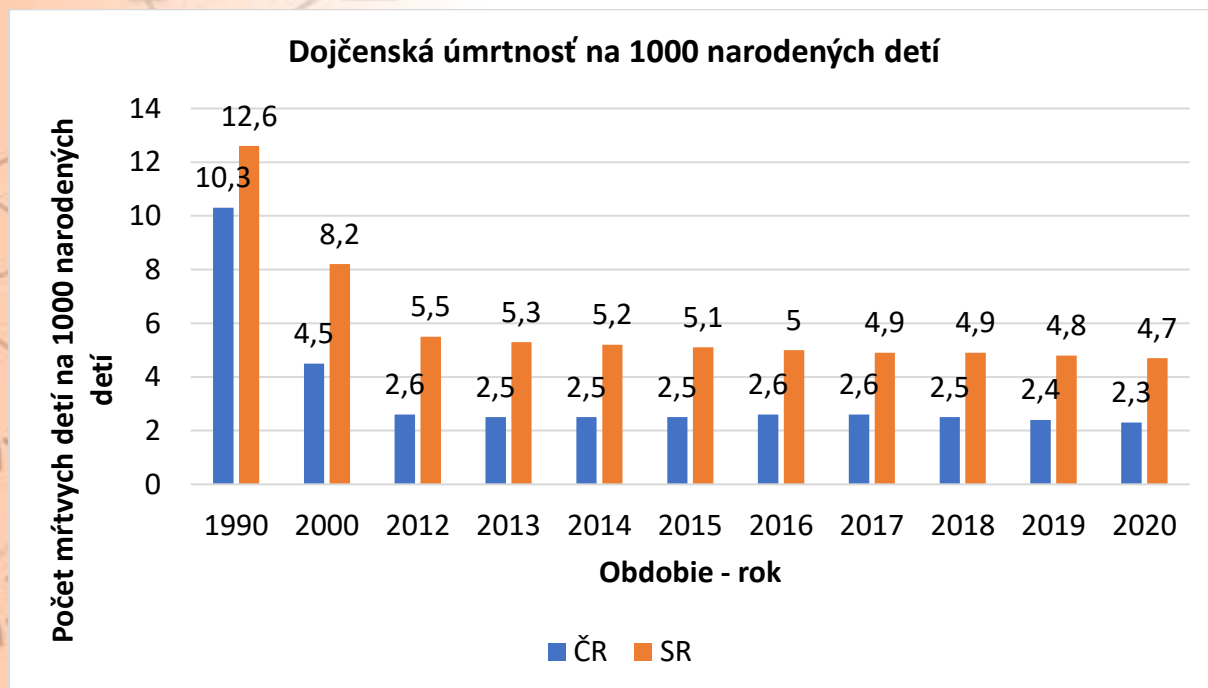
o mechanizmy úhrad za poskytnutú zdravotnú starostlivosť, tie sú veľmi podobné úhradovým mechanizmom, ktoré sú platné v SR.

### 3.3.2. Charakteristika modelu financovania zdravotníctva v Českej republike prostredníctvom vybraných neekonomických a ekonomických ukazovateľov

Úroveň zdravotníctva je determinovaná viacerými faktormi, avšak je to predovšetkým ekonomický rast krajiny. Taktiež úroveň, na ktorej sa nachádza zdravotníctvo, má vplyv na rozvoj ekonomiky a hospodárstva tej ktorej krajiny. Pre porovnanie jednotlivých zdravotníckych systémov sme použili nasledovné ukazovatele.

#### Dojčenská úmrtnosť

GRAF Č. 13: DOJČENSKÁ ÚMRTNOSŤ V ČESKEJ REPUBLIKE



Zdroj: WHO, 2020

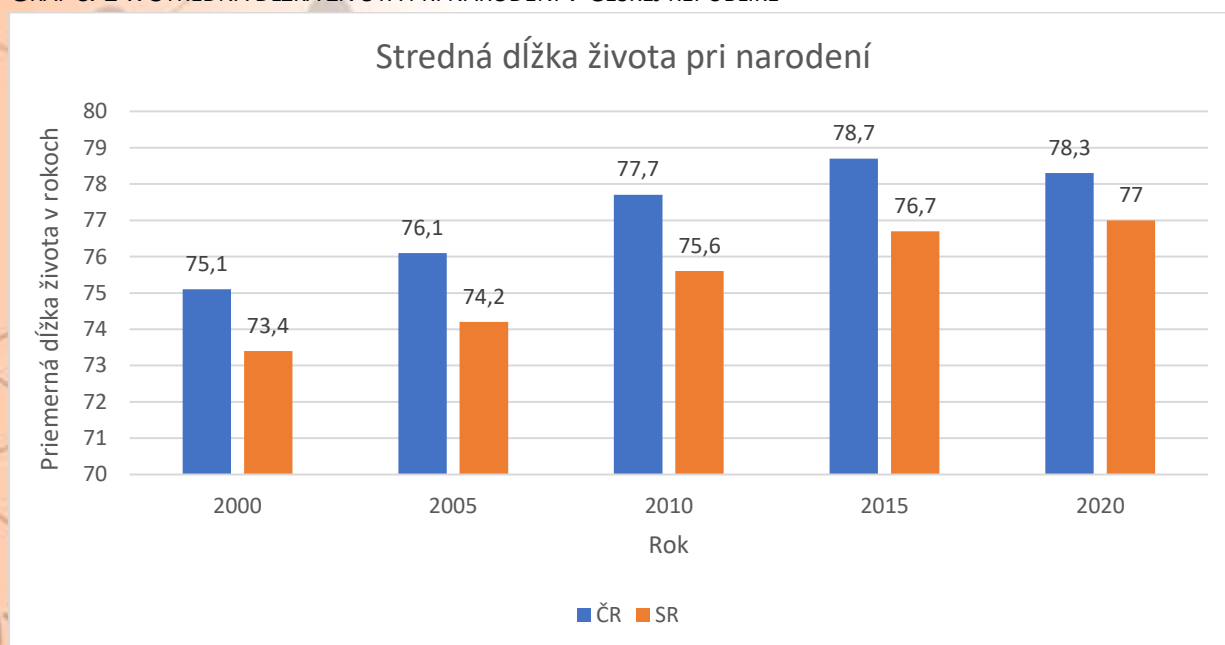


Dojčenská úmrtnosť od roku 1990 výrazne klesla. V roku 2020 umrelo o 8 detí menej na 1000 narodených detí v porovnaní s rokom 1990. Dojčenská úmrtnosť v Českej republike je takmer o polovicu nižšia, ako je na Slovensku.

### Stredná dĺžka života pri narodení

Na základe údajov OECD možno konštatovať, že stredná dĺžka života pri narodení sa v Českej republike predlžuje v intervale piatich rokov o cca 1 rok života.

GRAF Č. 14: STREDNÁ DĹŽKA ŽIVOTA PRI NARODENÍ V ČESKEJ REPUBLIKE

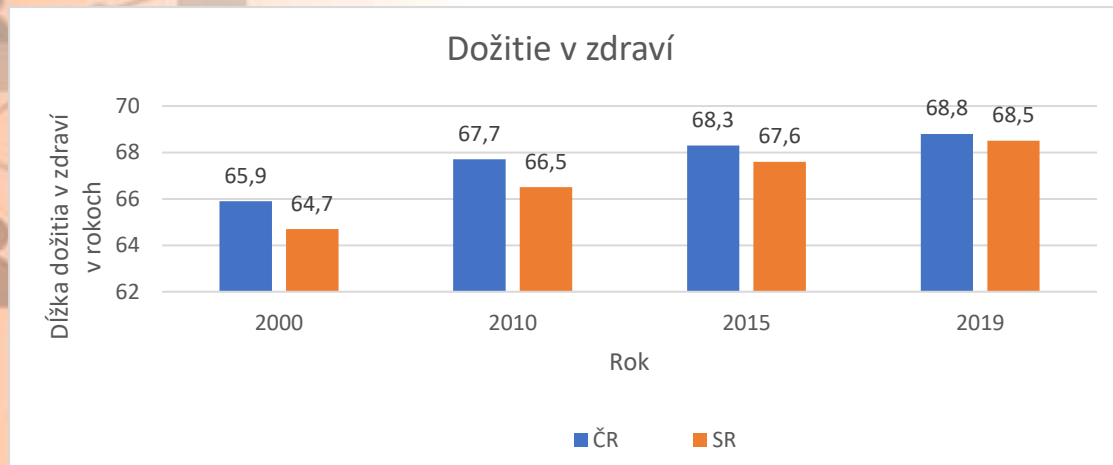


Zdroj: OECD, 2021

### Dožitie v zdraví

Z uvedeného grafu je zrejmé, že sa predlžujú roky života, ktoré prežívajú obyvatelia ČR v zdraví a od r. 2000 sa predĺžili roky života prežité takmer o 3 roky.

GRAF Č. 15: DOŽITIE V ZDRAVÍ – ČESKÁ REPUBLIKA



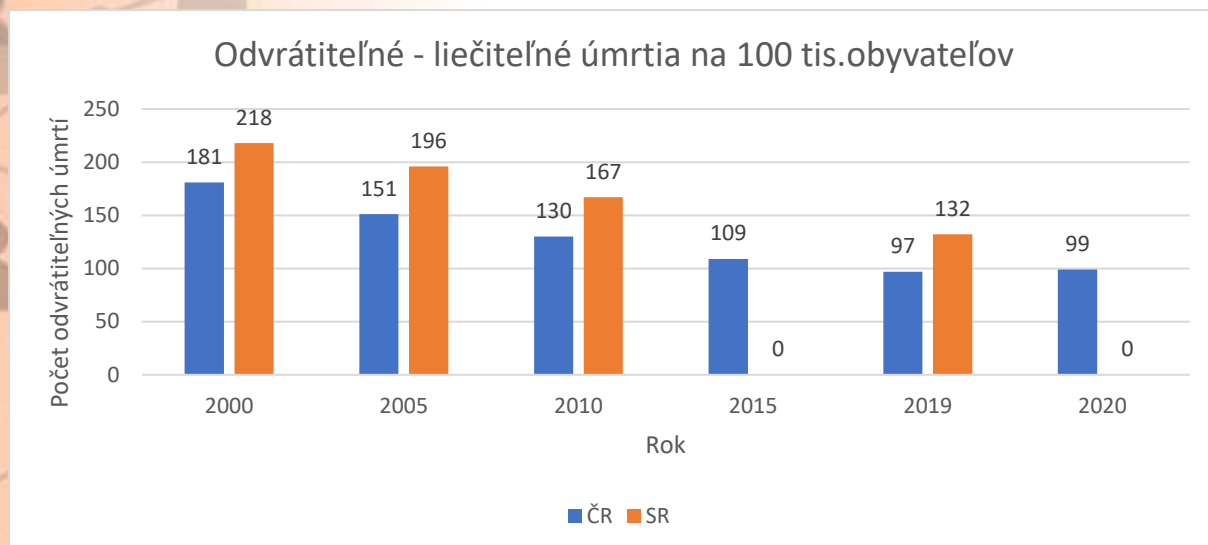
Zdroj: WHO, 2021

### Odvratiteľná úmrtnosť

OECD definuje dva druhy odvrátiteľných úmrtí: **predchádzateľné úmrtia** (angl. „preventable“) – sú myslené úmrtia, ktorým sa dalo predísť prevenciou a efektívnou politikou verejného zdravia a **liečiteľné úmrtia** (angl. „treatable“) – počet úmrtí, ktorým sa dalo predísť poskytnutím včasnej a dostatočnej zdravotnej starostlivosti (Leško, 2020).

Kvalitu zdravotníckeho systému možno okrem iného hodnotiť práve cez indikátor liečiteľnej odvrátiteľnej úmrtnosti. V našom grafe uvádzame odvrátiteľné (liečiteľné) úmrtia.

GRAF Č. 16: ODVRÁTITELNÉ ÚMRTIA – ČESKÁ REPUBLIKA



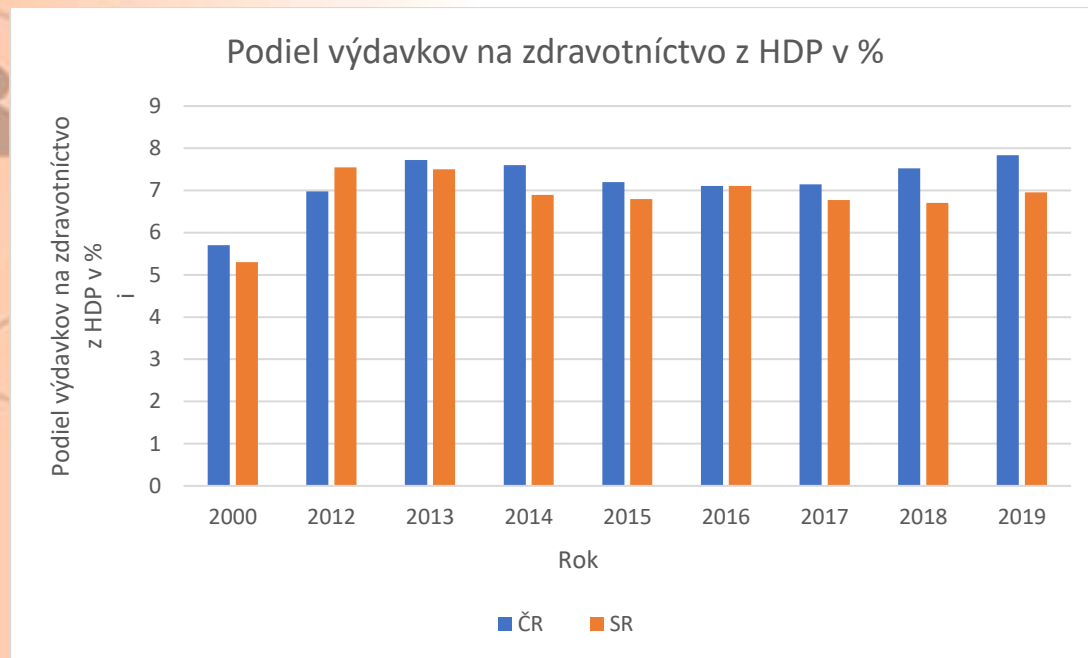
Zdroj: OECD, 2021

Na základe údajov o počte odvrátiteľných úmrtí, ako aj z predchádzajúcich údajov vo vyššie uvedených grafoch, je možné konštatovať, že úroveň zdravotníctva v ČR rastie. Počet odvrátiteľných úmrtí na 100 tisíc obyvateľov, ktorí predčasne umreli v dôsledku neposkytnutej a nedostatočnej zdravotnej starostlivosti sa v roku 2020 znížil oproti roku 2000 takmer o polovicu (46 %) a na Slovensku o 39 %. V uvedenom grafe neuvádzame údaj o odvrátiteľných liečiteľných úmrtiach v SR v roku 2015 a 2019, nakoľko v databáze OECD sa tento údaj nenachádzal (bol uvedený len údaj o celkových odvrátiteľných úmrtiach).



## Podiel výdavkov na zdravotníctvo na HDP Českej republiky

GRAF Č. 17: PODIEL VÝDAVKOV NA ZDRAVOTNÍCTVO – ČESKÁ REPUBLIKA

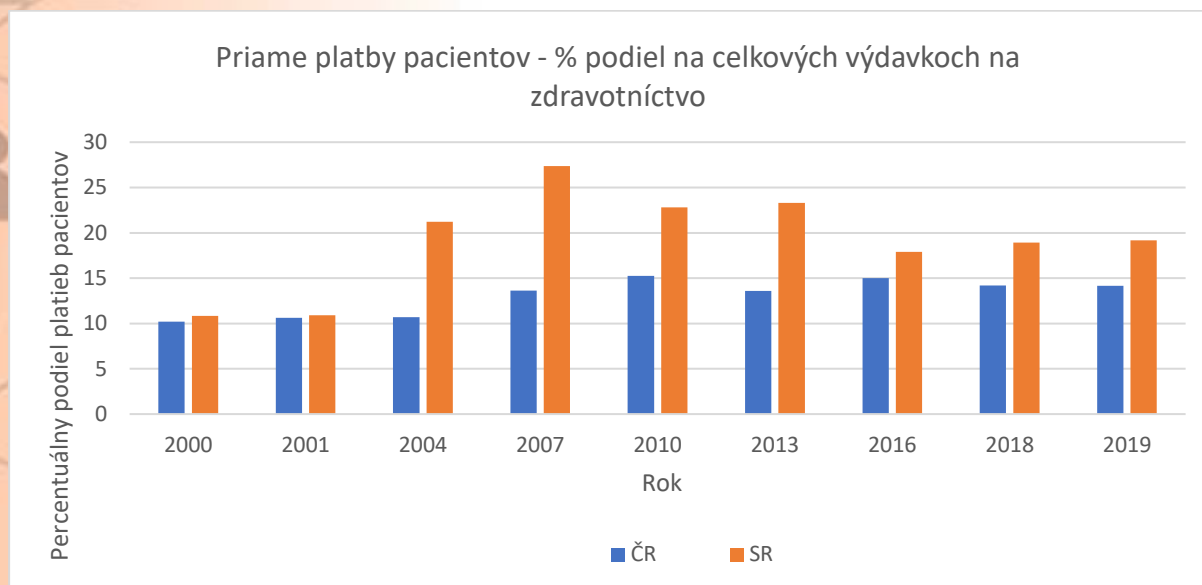


Zdroj: Svetová banka, 2022

V období od roku 2000 do roku 2019 dochádza k nárastu výdavkov na zdravotníctvo, s výnimkou rokov 2015 – 2017, kedy pozorujeme pokles výdavkov a ich stagnáciu. V roku 2019 predstavovali celkové výdavky podľa dát Svetovej banky 7,83 % HPD, čo je o 2,13 percentuálneho bodu viac ako v roku 2000.

## Priame platby pacientov mimo zdravotného poistenia

GRAF Č. 18: PRIAME PLATBY PACIENTOV – ČESKÁ REPUBLIKA



Zdroj: Svetová banka, 2022

Na základe údajov uvedených v grafe možno konštatovať, že podiel výdavkov domácností na zdravotníctvo na celkových výdavkoch na zdravotníctvo bolo v Českej republike porovnateľné so Slovenskou republikou do roku 2004. V roku 2004 na Slovensku dochádza k výraznému navýšeniu podielu výdavkov domácností na celkových výdavkoch, a to z dôvodu aplikácie reformy zdravotníctva z dielne bývalého ministra zdravotníctva MUDr. Zajaca. Tento jav možno pozorovať v Českej republike od roku 2007, čo bolo zapríčinené reformou ovplyvnenou myšlienkami p. Pažitného, ktorý bol spoluautorom tzv. Zajacovej reformy na Slovensku. Avšak v porovnaní so Slovenskom sú výdavky obyvateľstva v Českej republike v porovnaní so Slovenskou republikou nižšie.

### 3.4. BISMARCKOV MODEL - HOLANDSKO

System financovania zdravotnej starostlivosti v Holandsku prešiel za posledné roky podstatnými zmenami, na základe ktorých došlo k zníženiu vplyvu štátu na zdravotníctvo. Štát prestal byť nákupcom a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a stal sa regulátorom, to znamená, že štát určí základné pravidlá a kontroluje ich dodržiavanie. K 1. januáru 2006 bol prijatý Zákon o zdravotnom poistení, na základe ktorého došlo k zjednoteniu štátneho a súkromného zdravotného poistenia na súkromný systém.

#### 3.4.1. Všeobecná charakteristika modelu zdravotného poistenia (financovania zdravotníctva) v Holandsku

Každý obyvateľ starší ako 18 rokov sa musí poistiť v jednej zo súkromných zdravotných poisťovní. Zdravotné poistenie v Holandsku existuje v troch úrovniach:

##### 1. základné zdravotné poistenie (tzv. nominálne poistné):

- zabezpečujú súkromné zdravotné poisťovne,
- zakúpiť si ho je povinný každý obyvateľ nad 18 rokov v jednej zo súkromných poisťovní
- povinnosť zakúpiť si nominálne poistné platí aj pre neaktívnych obyvateľov – dôchodcov, študentov a nezamestnaných. Tieto skupiny obyvateľov štát podporuje formou zdravotnej dávky, za ktorú si kúpia zdravotné poistenie.
- pokrýva „starostlivosť s výhľadom na uzdravenie“,
- poistené 98 % populácie,
- pokrýva 45 % výdavkov na zdravotnú starostlivosť.
- Zdravotná poisťovňa cez nominálne poistné má možnosť odlíšiť sa od svojich konkurentov, a to na základe ceny poistného a množstva a kvality nakupovanej zdravotnej starostlivosti pre svojich poistencov.
- Nominálne poistné zlepšuje predstavu poistenca o výške nákladov za zdravotnú starostlivosť a motivuje ho správať sa ekonomicky.



2. zdravotný odvod - je stanovený ako percento z príjmu – základná sadzba je 6,95% a platí ho zamestnávateľ za zamestnancov. V prípade SZČO je to 5,7 %.

- Platia obyvatelia, ktorí poberajú sociálne dávky, platia odvod vo výške 5,7 % prostredníctvom daní do Fondu zdravotného poistenia.
- Prostriedky zo zdravotného odvodu sa odvádzajú do Fondu zdravotného poistenia, ktorý ich následne prerozdeľuje finančné prostriedky do zdravotných poisťovní na základe rizikovosti poistencov.
- Tvorí 50 % zdrojov.

### 3. „vlastné riziko“ (tzv. prvotná spoluúčasť)

Povinnú spoluúčasť v určenej nominálnej hodnote, ktorá v roku 2019 bola vo výške 385 €, si platí každý občan nad 18 rokov. To znamená, že v danom roku si poistenec hradí zdravotnú starostlivosť z „vlastného vrecka“ – zo sumy 385 €, z tzv. spoluúčasti. Výnimkou je návšteva všeobecného lekára alebo starostlivosť o matku a dieťa, kedy si nečerpá z uvedeného „kreditu“.

Cieľom tejto spoluúčasti je zvýšiť povedomie pacienta o nákladoch na zdravotnú starostlivosť a na druhej strane odradiť pacienta od zbytočného čerpania zdravotnej starostlivosti.

Ponuka zdravotnej starostlivosti pozostáva zo základného balíka a benefitov z doplnkového poistenia.

**Základný balík** je zákonom definovaný rozsah zdravotnej starostlivosti, ktorý je garantovaný na základe základného zdravotného poistenia a je rovnaký u všetkých poisťovní. Cena základného balíka medzi jednotlivými poisťovňami sa však líši, nakoľko poisťovne majú možnosť individuálne dojednávať podmienky s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.

Do základného balíka patrí najdôležitejšia zdravotná starostlivosť – návšteva všeobecného lekára, špecialistu, ústavná zdravotná starostlivosť, krvné testy, starostlivosť o duševné

zdravie, starostlivosť o matku a dieťa, lieky na lekárske predpis, dentálna starostlivosť pre poistencov do 18 rokov a z časti aj dentálna starostlivosť pre dospelých a iné.

Nad rámec základného balíka si môže poistenec kúpiť v ľubovoľnej zdravotnej poisťovni dobrovoľné doplnkové zdravotné poistenie. Toto poistenie využívajú poistenci najmä na dentálnu starostlivosť, príspevok na okuliare, alternatívnu medicínu a zdravotnú starostlivosť v zahraničí. Možnosť pripoistenia využíva približne 85 % poistencov.

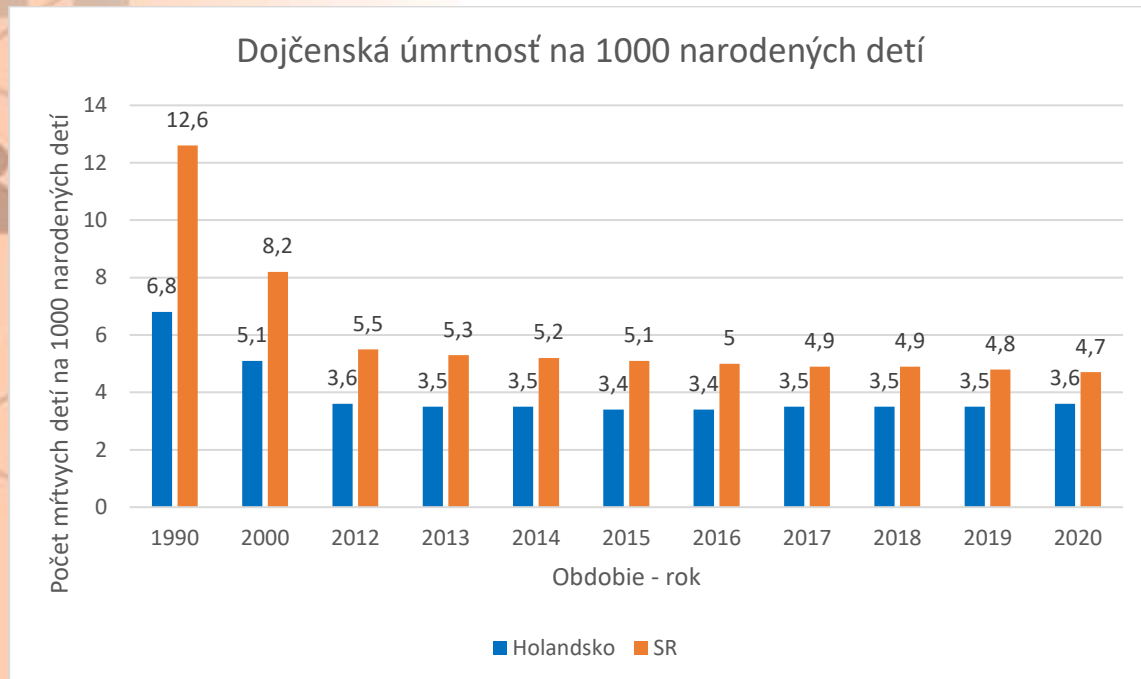
Holandsko má základný balík zdravotnej starostlivosti jasne legislatívne vymedzený tzv. negatívnym spôsobom, čo znamená, že má jednoznačne zadané, čo je vylúčené z úhrady z povinného zdravotného poistenia, na ktoré si môže poistenec kúpiť dobrovoľné zdravotné poistenie (Revízia výdavkov na zdravotníctvo II. Záverečná správa, 2019).

### **3.4.2. Charakteristika modelu financovania zdravotníctva v Holandsku prostredníctvom vybraných neekonomických a ekonomických ukazovateľov**

Kvôli porovnaniu jednotlivých systémov financovania zdravotníctva, resp. úrovne zdravotníctva vybraných krajín, ktoré porovnávame v našej práci, uvádzame v grafoch sledované a porovnávané ukazovatele týkajúce sa Holandska.

## Dojčenská úmrtnosť

GRAF Č. 19: DOJČENSKÁ ÚMRTNOSŤ V HOLANDSKU



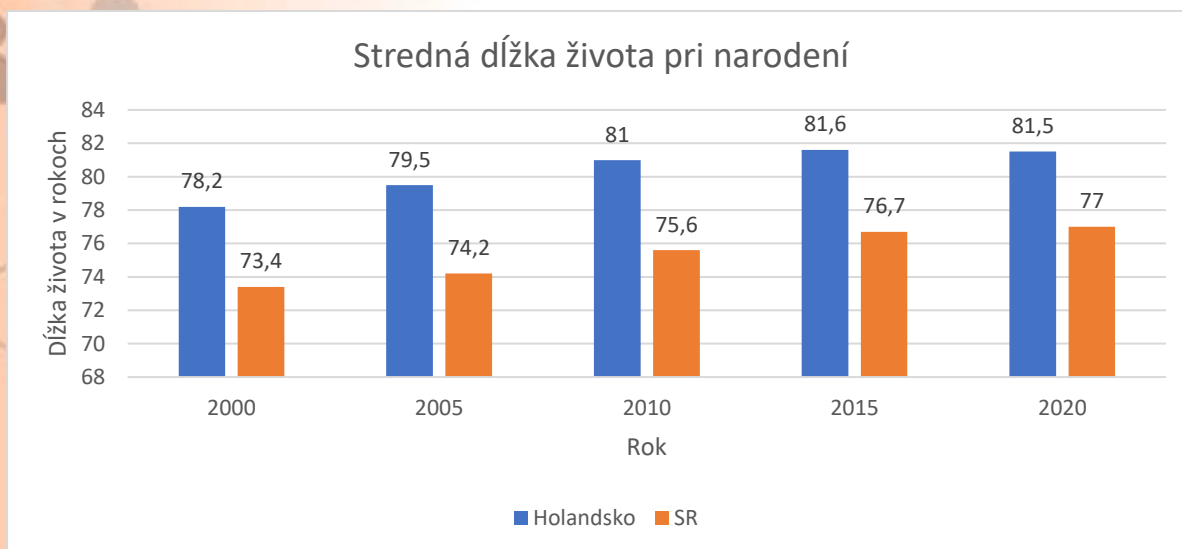
Zdroj dát: Svetová banka, 2022

Na základe údajov zobrazených v grafe možno konštatovať, že úmrtnosť dojčiat na 1000 narodených detí v Holandsku klesla v roku 2020 v porovnaní s rokom 1990 takmer o polovicu. Od roku 2012 sa dojčenská úmrtnosť na 1000 narodených detí nemení a v konštantnej hodnote - 3,5 dojčenských úmrtí na 1000 narodených detí.



## Stredná dĺžka života pri narodení

GRAF Č. 20: STREDNÁ DĹŽKA ŽIVOTA PRI NARODENÍ V HOLANDSKU

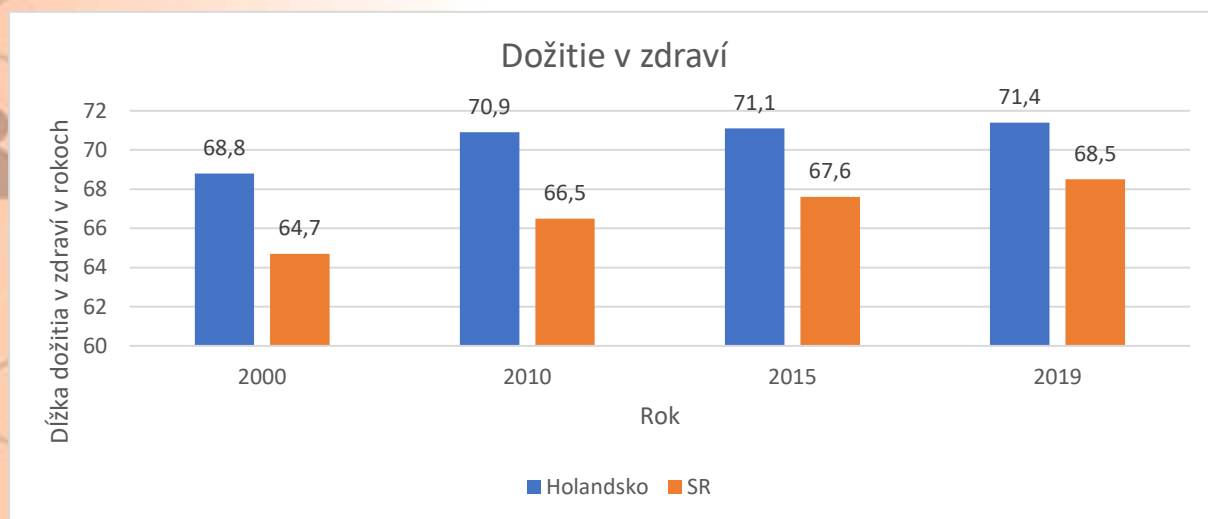


Zdroj: OECD, 2021

Stredná dĺžka života pri narodení obyvateľov v Holandsku vzrástla od roku 2000 o 2,8 roka za desaťročie. Od roku 2010 sa priemerná dĺžka života výrazne nezvyšuje. Je to o 0,5 roka za posledných 10 rokov. V porovnaní so Slovenskom je však priemerná dĺžka života obyvateľov Holandska v roku 2020 o 4,5 roka dlhšia.

## Dožitie v zdraví

GRAF Č. 21: DOŽITIE V ZDRAVÍ - HOLANDSKO



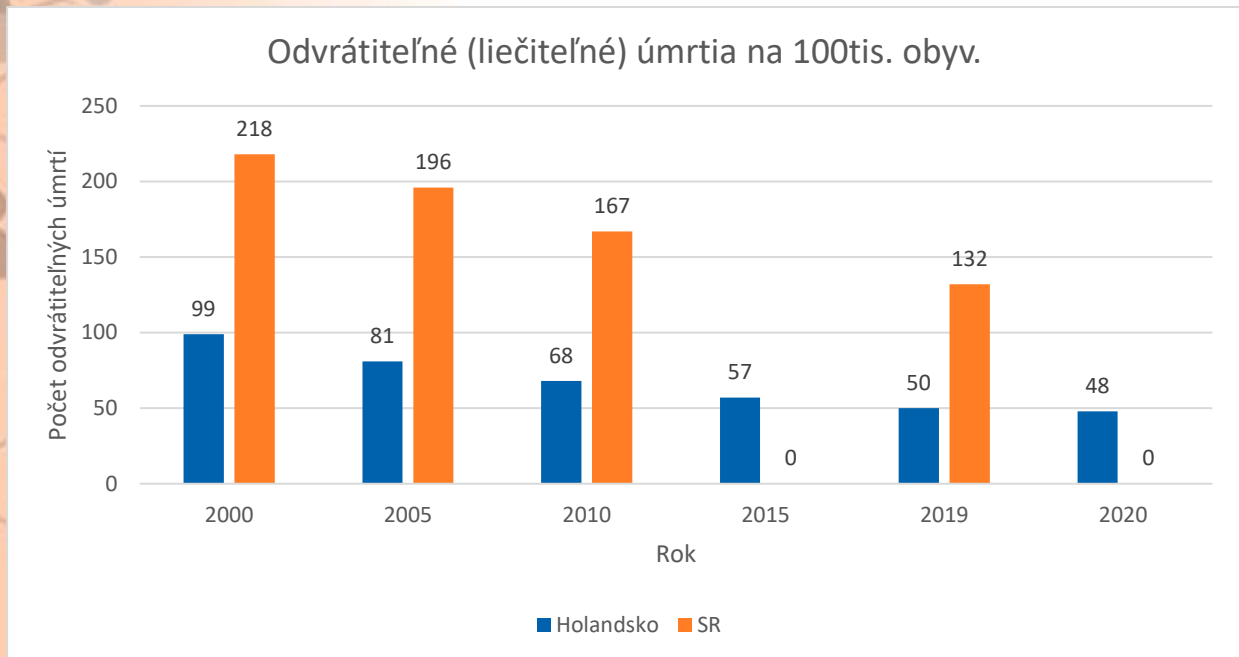
Zdroj: WHO, 2020

Z uvedeného grafu je zrejmé, že obyvatelia Holandska, v porovnaní so Slovákmi, prežívajú svoj život v zdraví v priemere o 3 roky dlhšie.

## Odvrátiteľná úmrtnosť

OECD definuje dva druhy odvrátiteľných úmrtí, ktoré sme už definovali v predchádzajúcej kapitole. V grafe (nižšie) uvádzame odvrátiteľné (liečiteľné) úmrtia.

GRAF Č. 22: ODVRÁTITELNÉ ÚMRTIA – HOLANDSKO



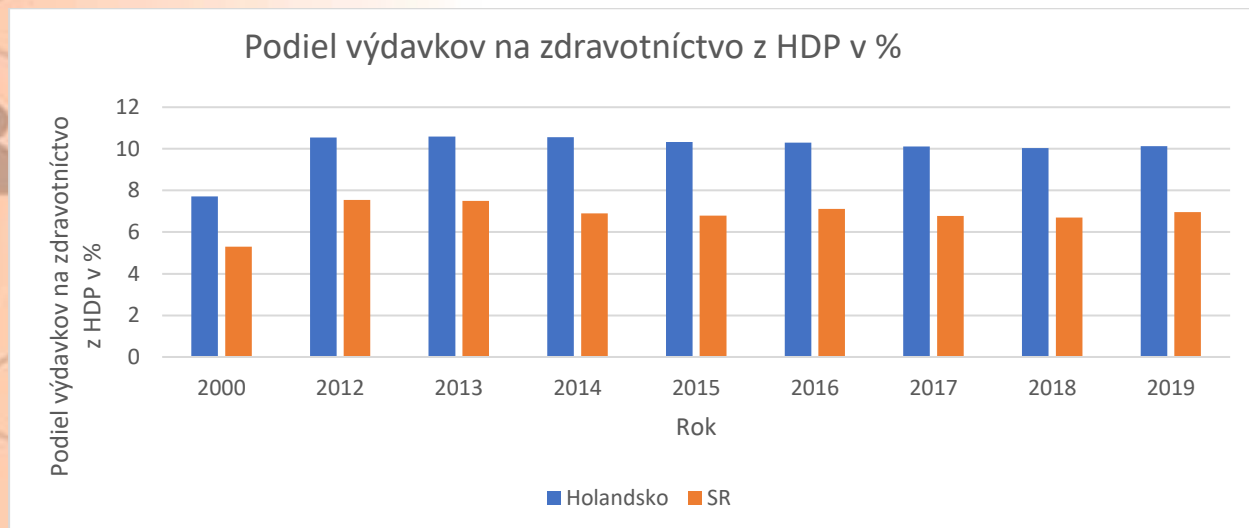
Zdroj: OECD, 2021

Počet odvrátiteľných úmrtí z pohľadu liečiteľnosti chorôb je v Holandsku takmer o viac ako polovicu nižšia ako na Slovensku (Pozn.: v prípade Slovenska sa údaj o odvrátiteľných liečiteľných úmrtiach v databáze OECD nenachádzal).



## Podiel výdavkov na zdravotníctvo z HDP Holandska

Graf č. 23: Podiel výdavkov na zdravotníctvo v Holandsku

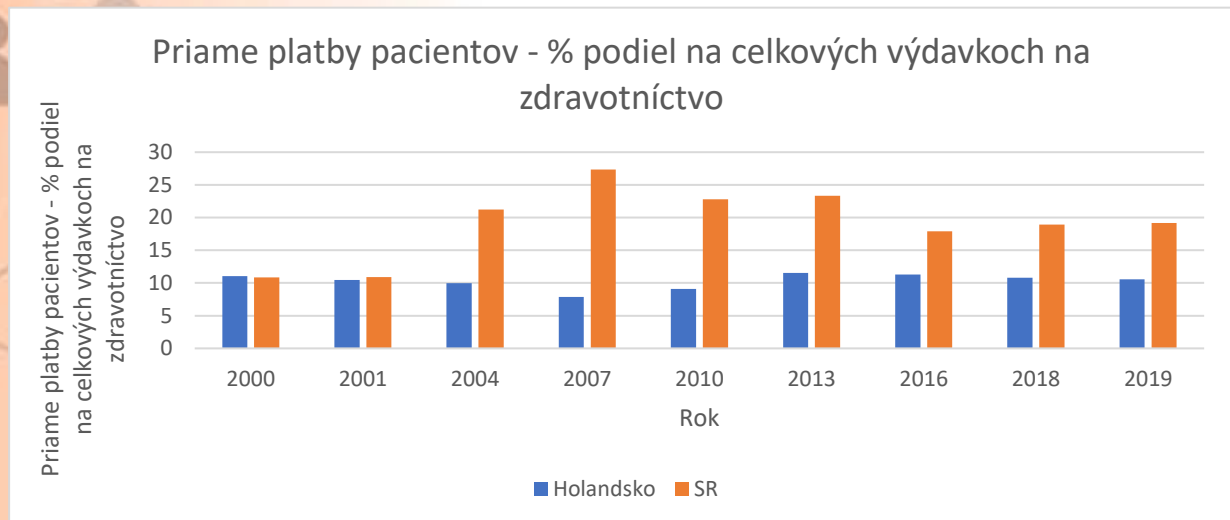


Zdroj: Svetová banka, 2021

O kvalite holandského zdravotníctva hovorí aj uvedený ukazovateľ, kde percento výdavkov na zdravotníctvo z HDP tvorí 10,13% v roku 2019 a na Slovensku je to len necelých 7%.

## Priame platby pacientov mimo zdravotného poistenia

GRAF Č. 24: PRIAME PLATBY PACIENTOV V HOLANDSKU



Zdroj: Svetová banka, 2021

Je zaujímavé, že podiel priamych platieb pacientov mimo zdravotného poistenia je v Holandsku na približne rovnakej úrovni od roku 2000. Avšak na Slovensku priame platby, napriek tak široko zadanému rozsahu služieb poskytovaných z povinného zdravotného poistenia, od roku 2004 významne rastú.

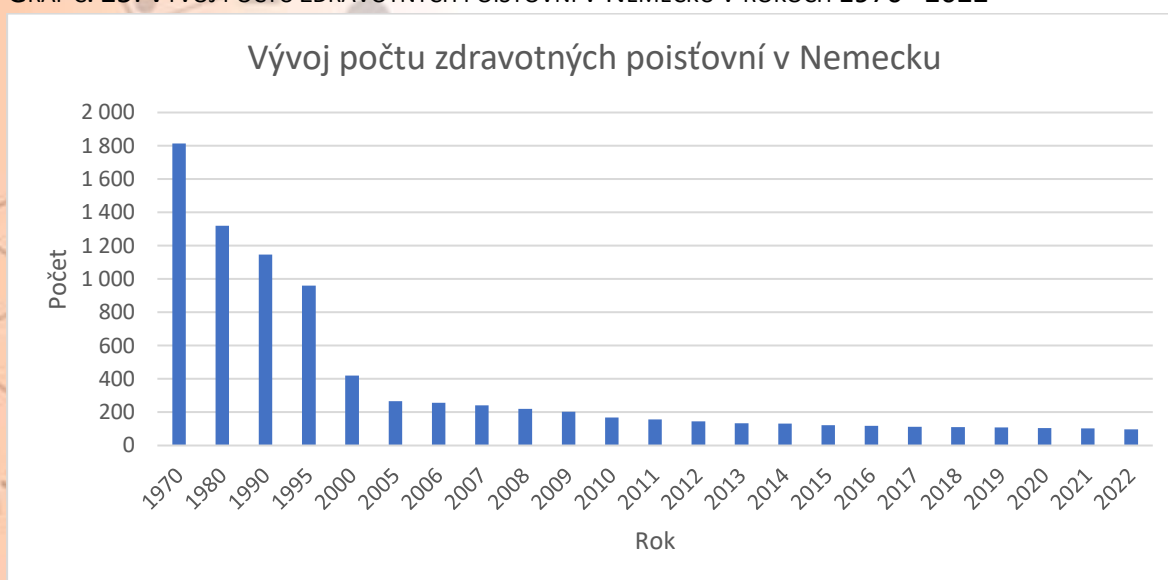
### 3.5. BISMARCKOV MODEL - NEMECKO

Nemecký systém verejného zdravotného poistenia predstavuje unikátne spojenie štátom regulovaného verejného a súkromného financovania. Popri sebe fungujú dva samostatné systémy financovania zdravotnej starostlivosti, a to zákonné zdravotné poisťovne (GKV - Gesetzliche Krankenversicherung) a súkromné zdravotné poisťovne (PKV - Private Krankenversicherung). Hoci by sme chceli, pre lepšiu predstavu, uplatniť analógiu so

systémom financovania zdravotníctva v SR, nemecký model je príliš špecifický a má mnohé osobitosti, ktoré v SR nemajú ekvivalent.

Základný pilier financovania zdravotníctva predstavujú súkromné zdravotné poisťovne, ktoré majú históriu vzniku od počiatku zdravotného systému v roku 1883. V roku 1970 v Nemecku pôsobilo 1815 súkromných zdravotných poisťovní, aktuálne ich počet klesol o takmer 90% na 103 (GKV) a 40 (PKV) v roku 2021 a ich pokles bude trendom aj v najbližšom období a to najmä z dôvodu hospodárnosti a efektívnosti prevádzkových nákladov. Účasť pre všetkých obyvateľov na verejnom zdravotnom poistení je povinná od roku 2009 (takmer jedna z posledných krajín sveta, ktorá zaviedla povinné pre obyvateľov zdravotné poistenie plošne) (Private Krankenversicherung (PKV) – Vergleich, 2020).

GRAF Č. 25: VÝVOJ POČTU ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ V NEMECKU V ROKOCH 1970 - 2022



Zdroj: STATISTA, 2022

Duálny systém verejného zdravotného poistenia – zákonné zdravotné poistenie vs. súkromné zdravotné poistenie

GKV predstavuje základné zákonné zdravotné poistenie, ktoré môžeme porovnať so systémom zdravotného poistenia v SR (hoci ho poskytuje množstvo súkromných zdravotných



poisťovní, rozsah poistného je pre platiteľov poistného rovnaký, sadzba poistného je daná zákonom, pokrýva aj ekonomicky neaktívnych obyvateľov, princíp solidarity). Na druhej strane PKV je síce rovnako verejné zdravotné poistenie, avšak má istú úroveň exkluzivity. Vstúpiť do PKV môžu živnostníci, štátni zamestnanci (nezohľadňuje sa príjem) a zamestnanci, ktorí dosahujú ročný príjem min. 64 350 EUR (limit platný v roku 2021). PKV ponúka približne 40 súkromných zdravotných poisťovní a ich poistný kmeň predstavuje takmer 9 miliónov platiteľov. Svojim členom poskytuje vo všeobecnosti kratšie čakacie doby, záruku včasných zákrokov a množstvo doplnkových balíkov (zdravý životný štýl, preventívne programy, individuálne konzultácie a iné). Poistenie vzniká na základe zmluvy. Sadzba poistného nezávisí od výšky mzdy, ale je určená individuálne vypočítanou taxou. Platiteľ absolvuje vstupnú zdravotnú prehliadku a konzultáciu. Poistenie nie je možné v zásade uplatniť na iných členov rodiny, ale výlučne len na platiteľa poistného (výnimku majú štátni zamestnanci, u ktorých sa poistenie vzťahuje aj na nepracujúcich rodinných príslušníkov. Limitom je však plnenie v rozsahu 50 - 80 % celkových nákladov). Taktiež existujú súkromné rodinné tarify, ktoré hoci sa musia platiť, ich cena je relatívne prijateľná. Pri celkovej sadzbe poistného sa zohľadňuje predovšetkým vek, dĺžka poistenia a celkový zdravotný stav. Vo všeobecnosti je možné takéto poistenie porovnať napríklad s havarijným poistením vozidiel v SR. Veľmi efektívne sa pracuje s balíkmi poistenia, ktoré sú dostupné a to vo forme kompaktných taríf, ale aj modulárnych taríf, kedy si platiteľ vie navoliť jednotlivé pripoistenia a rozsah ich plnenia v EUR. Základná vstupná tarifa napr. pre živnostníka predstavuje mesačnú sadzbu od 200 EUR, pre zamestnancov sa ceny pohybujú od 150 EUR mesačne. Rozsah hrađených zdravotných služieb je porovnateľný s GKV poistením. Na opačnej strane týchto taríf stoja prémiové balíčky, kde sa mesačná tarifa pre živnostníkov začína od 500 EUR a pre zamestnancov od 250 EUR. Zahŕňa najlepšie lekárske konzultácie, najkomplexnejšiu škálu služieb. Tarifa mesačnej sadzby sa odvíja predovšetkým od fyzického veku platiteľa, pričom rozdiel medzi 30 a 50 ročným platiteľom je viac ako 100%. Teda, čím ma platiteľ vyšší vek, tým je sadzba poistenia vyššia. V uvedenom systéme sa nevyskytuje princíp solidarity. Poistenie sa uzatvára na dobu určitú a nie je možné z neho kedykoľvek vystúpiť. Naopak vo veku nad 55 rokov nie je možné do PKV

systému vstúpiť. Motivujúcim k účasti sú najmä krátke čakacie lehoty, konzultácie so špecialistami a garancia konzultácií hlavným lekárom, ubytovanie vo VIP izbách, výber stravy, rozsiahle príspevky na prevenciu a najvyššie poistné krytia v EUR. Izolovane je PKV systém relatívne stabilný, finančne nezávislý a vedený hospodárne. Motivátorom je dosahovanie zisku a klientska spokojnosť (Private Krankenversicherung (PKV) – Vergleich, 2020). Naopak tento systém čelí kritike pre vytváranie dvojakého prístupu k pacientom, pričom poistenci GKV v konkrétnej situácii môžu byť považovaní za pacientov druhej kategórie. Nie je preto zvláštnosťou, že niektoré odborné kruhy, ako aj významné nemecké politické strany (napr. politické strany ako SPD a Zelení), uvažujú o možnosti postupného útlmu PKV a jeho postupnej konklúzie s GKV, pričom by sa vytvoril nový konštrukt KV (Krankenversicherung), jednotné zdravotné poistenie v medziach zákona, poskytované súkromnými zdravotnými poisťovňami (Krusenbaum, 2020, s. 21).

Približne 72,8 milióna ľudí bolo v roku 2021 poistených v nemeckom zákonnom zdravotnom poistení. Úlohou GKV je udržiavať, obnovovať a zlepšovať zdravotný stav svojich poistencov, pričom všetci poistenci majú zásadne rovnaký nárok na dávky (približne 95 % poistného krytia je rovnaký pre všetkých poistencov GKV systému). GKV systém je financovaný podľa princípu solidarity z príspevkov svojich členov. Rozhodujúce tu však nie je individuálne riziko ochorenia, ale výlučne ekonomická výkonnosť poistenca. V roku 2021 predstavovali celkové výdavky zákonného zdravotného poistenia približne 274 miliárd eur. Pre porovnanie, v roku 2010 celkové náklady boli o 100 miliárd eur nižšie. Rozsah plnenia obsahuje prevažnú časť kľúčových zdravotných výkonov, akou je bežná liečba u obvodného lekára a špecialistov, liečba a pobyt v nemocnici, ošetrenia u zubára, doplnkové služby pre tehotné, pôrodné úkony, preventívne výkony a očkovania, liečba chronických ochorení a zdravotnícky materiál, kompenzačné a zdravotnícke pomôcky (Private Krankenversicherung (PKV) – Vergleich, 2020).

### 3.5.1. Financovanie zdravotného systému

GKV poisťovne sú finančne a organizačne samostatné, podliehajú však štátnemu dozoru. Fond zdravotného poistenia zodpovedá za spravodlivé rozdelenie finančných nákladov na liečbu. Poisťovne vyberú príspevky od svojich poistencov, sumu týchto platieb „poskytnú“ fondu, ktorý podľa zložitých kritérií rozdelí takto akumulované prostriedky do jednotlivých GKV poisťovní a to s prihliadnutím na zloženie poistného kmeňa.. Financovanie GKV je založené na príspevkoch platiteľov poistného, pričom sadzba zákonného poistenia má trojakú štruktúru. Prvú sadzbu platí zamestnávateľ (7,3 %), druhú časť zamestnanec (7,3 %), odvíja sa z hrubého príjmu, treťou zložkou je variabilná zložka sadzby (od 0,3 % do 1,7 %, pričom priemerná variabilná sadzba bola do roku 2021 na úrovni 1,1 %). Tretia zložka vytvára konkurenčný priestor pre GKV. V rozsahu tretej zložky sadzby sa odlišujú celkové náklady na mesačný odvod platiteľa poistného, pričom v rámci roku je takýto rozdiel v stovkách eur. Za tento finančný rozdiel v mesačnom odvode vie platiteľ získať rôzne benefity a doplnkové plnenia. GKV sa organizačne členia na cechové (6), všeobecné miestne (11), náhradné (6) a podnikové (84). Postupnými reformami sa otvorili GKV inštitúcie pre všetkých obyvateľov, bez obmedzenia regionálneho, či statusového (okrem poľnohospodárskych ZP, kde je obmedzené členstvo výlučne len pre osoby pracujúce v poľnohospodárstve a ich rodinných príslušníkov). Lexikon AOK – Krankenkassenwahlrecht, 2022).



GRAF Č. 26: PRÍJMY A VÝDAVKY NA ZDRAVOTNÍCTVO V NEMECKU



Zdroj: OECD, 2022

V roku 2019 sa zaviedla povinnosť zamestnávateľa uhradiť 50 % z tretej pomernej časti sadzby poisťného. Z dôvodu nárastu nákladov pri riešení pandémie COVID19 sa v roku 2022 zvýšila variabilná tarifa GKV v priemere na 2,5 % (Daten zum Gesundheitswesen: Finanzierung, 2022).

### Špecifiká financovania nemeckého zdravotníctva

Významným špecifikom GKV je, že odvody na zdravotné poistenie hradia aj dôchodcovia v sadzbe poisťného ako zamestnanec, t.j. 7,3 % z hrubého výmeru dôchodkovej dávky, zvyšnú časť sadzby 7,3% platí štát z dôchodkového sociálneho poistenia. Režim zdravotného poistenia dôchodcov (KVdR – Kranksenversicherung den Renter) sa vzťahuje na dôchodcov, ktorým vznikol nárok na dôchodkové dávky zo sociálneho poistenia (starobný, vdovský, invalidný, zo zahraničia, iné). Výhodou tejto formy poistenia je, že dôchodca platí odvod na zdravotné poistenie „len“ z troch príjmov a to zo samotnej dôchodkovej dávky, iného dosahovaného príjmu (napr. zo zamestnania, či SZČO, ktoré vykonáva ako dôchodca) a z dôchodkového pripoistenia – penzijné fondy. Z odvodovej povinnosti je oslobodený iný kapitálový príjem. Aby

takúto výhodu získal, trvanie GKV počas aktívneho života musí trvať aspoň 90% od prvého zamestnania do vzniku nároku na dôchodok (Gesetzliche Krankenversicherung für Rentner (KVdR), 2022).

V prípade SZČO, či iných osôb (napr. slobodných povolání, športovcov, umelcov, dobrovoľne nezamestnaných) sa vyžaduje, aby jej vznikol nárok na dôchodok, a teda aspoň 5 rokov odvádzali odvody do systému zákonného dôchodkového poistenia (Rieder, 2022, s. 2).

Ak osobe nevznikol nárok na dôchodok, nachádza sa v režime tzv. dobrovoľného zdravotného poistenia. Odvod na zdravotné poistenie musí uhradiť v čase mesačnej splatnosti a v plnej výške, pričom do vymeriavacieho základu pre určenie výšky odvodu vstupujú príjmy, okrem vyššie uvedených, aj z prenájmu, z dividend, súkromných dôchodkových dávok. Takéto poistenie je výrazne finančne náročné, avšak výhodou je, že pokiaľ so spätnou účinnosťou dôchodok bude priznaný, polovicu zaplatených odvodov môže platiteľ – dôchodca žiadať späť (Rieder, 2022, s. 2). Tretiu časť odvodu (osobitnú tarifu), ktorej výšku si určuje každá poisťovňa samostatne (tzv. rozdielová sadzba), znášajú dôchodcovia bez rozdielu druhu dôchodkového poistenia.

GKV poskytuje možnosť rodinného poistenia a to pre osoby v domácnosti, ktoré nemajú príjem (povolené je privyrobenie si do sumy max. 450 EUR, resp. SZČO max. do 435 EUR), pre deti do 23 rokov života, pokiaľ nepracujú, príp. do 25 roku života, ak študujú (Rieder, 2022, s. 2).

KVdS- Krankenversicherung der Studenten (zdravotné poistenie študentov) – Študent má nárok byť bezplatne zdravotne poistený v režime všeobecného rodinného poistenia GKV prostredníctvom svojich rodičov. Ak však takýto status nemá, resp. prekročí vek 25 rokov, môže využiť KVdS, pričom musí mesačne uhrádzať minimálnu tarifu poistenia v sume cca 76,85 EUR a alikvotný príspevok podľa vybranej ZP. V podstate ide o to, že študent môže byť bezplatne poistený v rodinnom poistení len v prípade, že aspoň jeden z rodičov má GKV štatút. Ak by obaja rodičia disponovali PKV štatútom, študent takýchto rodičov si musí odvody na ZP

platiť sám. Bez ohľadu na zvolený režim, KVdS nie je možné použiť po 30. roku života (Krankenversicherung der Studenten, 2022).

Všetky uvedené formy verejného zdravotného poistenia sú doplnené v mesačných sadzbách o tzv. poistenie dlhodobej starostlivosti (PV - Pflegeversicherung). Ide o povinné zmluvné poistenie zavedené od roku 1995, vychádzajúce zo zdravotného poistenia a organizované v GKV aj PKV a jeho účasť je uzatvorením verejného zdravotného poistenia automatická. Sadzba poistného sa pripočítava k sadzbe základnej tarify poistného a je stanovená zákonom vo výške 3,05 %, a pre bezdetné osoby 3,3 %. Z tohto poistenia sa uhrádzajú predovšetkým peňažné náklady na celodennú starostlivosť, ošetrovateľské služby, denné stacionáre a zdravotné pomôcky dlhodobej starostlivosti, akými sú posteľe, podložky do postelí, jednorazové rukavice, dezinfekčné prostriedky a iné (Soziale Pflegeversicherung, 2022).

V oblasti poplatkov v zdravotníctve - poistený platiteľ (GKV aj PKV), musí v každom kalendárnom štvrtroku uhradiť osobitný poplatok (Praxisgebür – ekvivalent kapitačného poplatku v SR), 10 EUR za každú počiatočnú návštevu u lekára a zubného lekára (výnimka z tejto povinnosti je, ak sa jedná o plánovanú preventívnu prehliadku alebo o návštevu na odporúčenie všeobecného lekára). V oblasti doplatkov za lieky spravidla sa každý liek kupovaný v lekárni na predpis pripláca 10% z predajnej ceny, minimálne 5 EUR a maximálne 10 EUR, pričom poplatok nesmie presiahnuť kúpnu cenu lieku. Rovnaký princíp doplatkov platí aj pre zdravotné pomôcky. Osobitne poukazujeme na reformnú zmenu, ktorá umožňuje vydávať v lekárni pacientom jednotlivé tablety, či liečivá v kusovom množstve, aby sa zabránilo plytvaniu. Celkovo výrazne rýchlo narastajú náklady na lieky a to najmä na lieky chronických ochorení, pri ktorých sa predpokladá dlhodobé užívanie, ale predovšetkým pri vysoko inovatívnych liekoch. Pre zvýšenie hospodárnosti sa preto navrhuje, aby tieto vysoko nákladové lieky bolo možné indikovať vo vopred určených expertných zariadeniach, ktoré majú najlepšiu skúsenosť a sú garanciou odborného a komplexného posúdenia zvolenej liečby. V oblasti dostupnosti liekov a výpadkoch v distribúcii sa navrhuje, aby sa pri



obstarávaní liekov umožnilo legislatívne pri verejnom obstarávaní vybrať zo súťaže „viacero“ dodávateľov, ktorí by subsidiárne garantovali dostupnosť určených liekov (Elsner-Klemens, 2021 s. 42).

Pri hospitalizácii sa vyberá poplatok pri GKV poistení za každý deň, 10 EUR (plánovaná zdravotná nemocničná starostlivosť). Hoci sa v rozsahu GKV nachádza úhrada stomatologických výkonov, je to porovnateľné so situáciou v SR, kde sa za množstvo špecifických úkonov u zubára doplácajú nemalé finančné príspevky. V Nemecku sú tieto doplatky významne vysoké. Systém preplácania nákladov u zubára však obsahuje prvky motivácie a zásluhovosti. V prípade zubnej protézy je zákonom definovaná fixná sadzba dotácie, ktorú poskytne poisťovňa pacientovi. Vo všeobecnosti táto dotácia pokrýva najviac 60 % celkových nákladov. Rozdiel v cene závisí predovšetkým od zvolenej ambulancie, estetických nárokov pacienta na prevedenie zákroku, či použitý materiál. Ak však pacient navštevuje preventívnu ročnú stomatologickú prehliadku a opečiatkuje si „dochádzkový list“ aspoň 5 po sebe idúcich rokov, fixná dotácia zo strany poisťovne narastie na 70%, ak má pacient 10 rokov absolvovanej prevencie, dotácia narastie až na 75 % (Festzuschuss und Eigenanteil, 2022). Nakoľko aj napriek poskytnutým dotáciám sú uvedené zákroky mimoriadne finančne nákladné, za určitých podmienok sa náklady z doplatku pacienta môžu uplatniť v daňovom priznaní ako „mimoriadny“ výdavok, čo má vplyv na zníženie dane z príjmu (Vaše práva sociálneho zabezpečenia v Nemecku, 2012).

Problematické sú, ako v SR aj v Nemecku, doplatky podľa individuálne vypracovaných sadzobníkov jednotlivých zubných ambulancií. Navrhuje sa, aby tieto doplatky boli zjednotené a pacient mal k nim vopred zabezpečený prístup (Elsner-Klemens, 2021 s. 38).

### **Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti**

V oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti je v systéme nemocníc zaradených 1702 zariadení s 2571 oddeleniami, čo sa v medzinárodnom porovnaní javí ako predimenzovaný počet. Až 65 % nemocníc sa radí do tzv. malých zariadení, s počtom lôžok <300, pričom ich

celková kapacita predstavuje v súčte len 28 % z celkovej kapacity lôžok. Rizikom je aj chýbajúca skúsenosť špecifických zákrokov, slabšie vybavenie a chýbajúce investičné prostriedky (Kliniken spezialisieren und konzentrieren, 2021).

Progresívny a vysoko objektívny princíp prirodzenej selekcie zdravotníckych zariadení predstavuje predpis o minimálnom množstve realizovaných výkonov v kalendárnom roku. Opatrenie slúži na ochranu zdravia, lepším manažmentom liečby pacienta a šetreniu nákladov s následnou zdravotnou starostlivosťou. Nakoľko sa tento systém javí ako vysoko efektívny, uvažuje sa o jeho rozšírení aj na iné diagnózy a operácie.

TABUĽKA Č. 3: MINIMÁLNE MNOŽSTVO REALIZOVANÝCH VÝKONOV V JEDNEJ NEMOCNICI ZA ROK

Zdravotnícky výkon	Ročný minimálny objem realizovaných výkonov v jednej nemocnici v roku 2022
Totálna endoprotéza kolena	50
Transplantácia obličky	25
Transplantácia kmeňových buniek	25
Transplantácia pečene	20
Starostlivosť o rizikového novorodenca – nízka pôrodná váha	14
Komplexná operácia pažeráka	10
Komplexná operácia pankreasu	10

Zdroj: VERBAND DER ERSATZKASEN, 2022

Rizikom nemocničnej ústavnej starostlivosti je demografický vývoj zamestnancov v zdravotníctve, predimenzovanie mestských oblastí nemocničnými zariadeniami a chýbajúce personálne a ambulantné kapacity vo vidieckych a menej atraktívnych oblastiach. Z doterajších skúsenosti sa reformne javí prístup, aby existovalo menšie množstvo vysoko špecializovaných centier komplexnej zdravotnej starostlivosti v koexistencii väčšieho počtu regionálnych zdravotných stredísk poskytujúcich bežnú a nenáročnú ambulantnú medicínu. Prirodzene, každá nemocnica nemusí poskytovať rovnaký rozsah služieb a zákrokov. Pandémia COVID19 ukázala, že špecifické a komplikované prípady končili v hlavných špeciálnych

zdravotníckych zariadeniach, ktoré sú oveľa lepšie vybavené materiálne aj personálne (Elsner-Klemens, 2021 s. 47).

V oblasti nemocničnej a ambulantnej zdravotnej starostlivosti je aktuálnou témou predovšetkým dostatočné zabezpečenie personálnych kapacít. Na jednej strane ide o vyťaženie aktuálnych personálnych kapacít (vysoká miera nadčasov, nízky záujem o prácu v oblasti zo strany domáceho obyvateľstva, profesné praktické obmedzenia v oblasti zdravotnej starostlivosti – rozsah kompetencií sestry, ošetrovateľa, asistenta, resp. iných osôb). Na druhej strane ide o zabezpečenie zdravotnej starostlivosti v odľahlejších vidieckych regiónoch. Zlepšenie situácie sa očakáva od zavedenia stimulov a podporných grantov, pre udržanie ambulancií v uvedených oblastiach, štipendiá pre študentov medicíny a finančné stimuly pre rezidentských lekárov v uvedených oblastiach, kompenzačné príplatky, investičné granty pre novo prichádzajúcich lekárov a lekárske praktické ordinácie, finančná podpora lekárov s rodinnými povinnosťami. Zároveň s poskytnutými stimulmi sa od lekárov očakáva, že budú ľahšie dostupný pre pacientov v regionálnych oblastiach, čomu má dopomôcť osobitným zákonom TSVG (Terminservice- und Versorgungsgesetz / Zákon o objednávaní a starostlivosti), ktorý zvýšil minimálny počet konzultačných hodín v ambulantnej starostlivosti z 20 na 25 hodín týždenne. Pacientom je od januára 2020 dostupná sieť kontaktných centier pôsobiacich na regionálnej úrovni v online / telefonickom formáte, prostredníctvom ktorých sa vedľa objednať na konzultačné hodiny a vyšetrenie v lokálnych ambulanciách (všeobecný lekár, oftamológ, gynekológ, ORL), stanovenie maximálnych čakacích lehôt pri určitých diagnózach (napr. akútne psychoterapeutické vyšetrenie nesmie presiahnuť 2 týždne, všeobecná detská prehliadka – max. 4 týždne), online konzultácie bez nutnosti návštevy ambulancie. Zároveň sú tieto služby lepšie a atraktívnejšie honorované (napr. ak všeobecný lekár vybaví urgentné vyšetrenie pre pacienta u špecialistu, môže si účtovať poplatok min. 10 EUR, ak kontaktné centrum vybaví urgentné ošetrenie u lekára, lekár dostane príplatok odstupňovaný podľa čakacej doby, ktorú poskytne pacientovi, v prípade, ak lekár prevezme nového pacienta, príp. počas konzultačných hodín poskytne zdravotnú službu – lekár dostane mimorozpočtový



príplatok). Na procesy zavádzané aj v ambulantnej starostlivosti vykonávajú dohľad externé spoločnosti pre kvalitu, ktoré určujú, či sú ciele napĺňané v požadovanom rozsahu a kvalite. Výsledky hodnotení sú transparentne pravidelne zverejňované a sú dostupné na internete (Der vdek-Pflegelotse - Suchportal für Pflegeeinrichtungen, 2022). V prospech pacienta jednoznačne vyplýva povinnosť GKV a PKV od roku 2021 poskytnúť poistencom elektronickú zdravotnú kartu (eGK – Elektronische Gesundheitskarte) a to ako prostredníctvom počítačovej aplikácie, aj prostredníctvom mobilnej smart aplikácie (ide o spojenie plastovej karty s elektronickým čipom, ktorá umožňuje okrem preukazovania identifikačných údajov aj prístup k zdravotnému záznamu pacienta. Táto iniciatíva sa rozvíja postupne od roku 2015). Nesporne tento systém prináša výhodu pre pacientov, ktorý má takto možnosť mať „svoje záznamy“ vždy po ruke, môže tak dlhodobo sledovať vývoj svojich zdravotných záznamov a mať tak lepší prehľad. Automatizovane nastavené procesy kontrolujú indikačné kritéria a softvérom riadené zosúladienie diagnóz a terapií má zabezpečiť, aby sa pacient vyhol duplicitnému vyšetreniu, či liečbe (Schmitt-Peters, 2021).

V prospech pracujúcich sa zaviedla povinnosť lekárov vydávať a odosielať doklad o práceneschopnosti výlučne len v elektronickej forme. Obdobná povinnosť je uložená aj v oblasti predpisovania liekov a zdravotných pomôcok (obdoba slovenského eReceptu). Nemecká podoba elektronickeho receptu je povinne celoštátne zavedená od januára 2022, pričom je prepojený celý reťazec vzťahov, od lekára až po výdaj lieku v lekární. Elektronickeú stránku výmeny informácií zabezpečuje eGBR (Elektronisches Gesundheitsberuferegister - obdoba slovenského Národného centra zdravotníckych informácií). V neposlednom rade, popri štátom regulovaných elektronickeých službách, vznikajú na úrovni odborných združení zdravotných fondov iniciatívy, akými sú vyhľadávacie portály pre domácu, stacionárnu, či lôžkovú dlhodobú starostlivosť, ktoré záujemcom poskytujú zrozumiteľným a interaktívnym spôsobom informácie o rozsahu poskytovaných služieb, ich geografickú lokalizáciu a možnosť konzultácií a umiestnení pacientov. Rovnako obsahujú informácie o poskytovanej kvalite služieb. Celkovo je v Nemecku takýchto zariadení vyše 30 tisíc (Schnellere Termine, mehr

Sprechstunden, bessere Angebote für gesetzlich Versicherte, 2022). V oblasti informatizácie je potrebné spomenúť také iniciatívy, ako je napr. DMP - štruktúrovaný liečebný program chronicky chorých pacientov. Uvedený program predstavuje jednoznačnú procesnú mapu pre pacienta, aby priamo z procesnej mapy ochorenia vedel pacient, ktoré vyšetrenia a u akých odborníkov musí absolvovať. Uvedené sa týka ochorení bronchiálnej astmy, rakoviny prsníka, chronickej obštrukčnej choroby pľúc, diabetes melitusu 1 a 2. typu, chronická bolesť chrbta, depresia, osteoporózy a iných. (Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) für chronisch Kranke, 2020) V neposlednom rade by sme radi spomenuli tému nedostatku sestier a iného zdravotného personálu. Zvedením akčného programu CAC - „concreted action care“, sa sleduje naplnenie personálnych, mzdových a legislatívnych opatrení. Výsledkom má byť zjednodušenie náboru a školenie zdravotníckych pracovníkov zo zahraničia, zvýšenie kompetencií jednotlivých zdravotníckych profesií, zvýšenie dôvery v ich kvalifikáciu. Rozvojom IT infraštruktúry sa sleduje odbremenenie byrokratickej a administratívnej záťaže zdravotníckeho personálu (Schwanenflüge, 2021, s. 3).

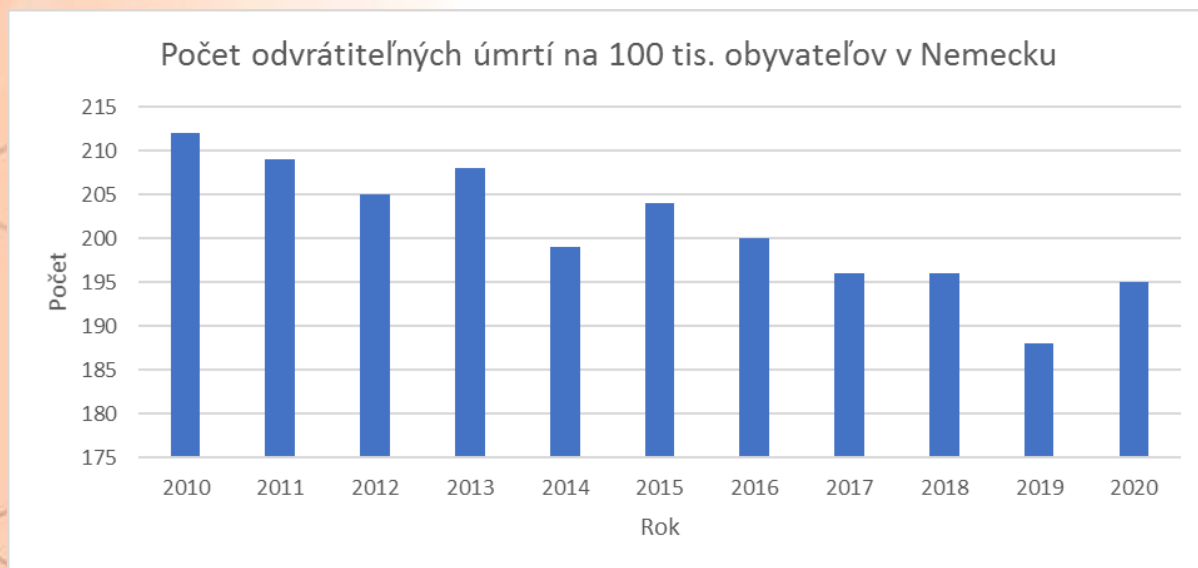
### **3.5.2. Charakteristika modelu zdravotného poistenia v Nemecku prostredníctvom vybraných neekonomických a ekonomických ukazovateľov**

Pri hodnotení kvality a výkonnosti nemeckého zdravotného systému v medzinárodnom meraní, ako aj prieskumov realizovaných v rámci nemeckého zdravotného systému, musíme jednoznačne prijať záver, že nemecký systém patrí medzi jeden z najlepších systémov na svete. Uvedené vyplýva z hodnotiacich kritérií, akými sú odvrátiteľné úmrtia, dožčenská úmrtnosť a stredná očakávaná dĺžka dožitia v zdraví.

Pre porovnanie, v SR sa pohybuje počet odvrátiteľných úmrtí, ktorým sa dá predísť preventívnymi opatreniami, v počte cca 298 v roku 2000, pričom v roku 2014 bol tento počet na úrovni 139. V oblasti očakávanej doby dožitia je rozdiel približne 3 roky v období rokov 2000 – 2014 a v dožčenskej a materskej úmrtnosti je rozdiel takmer 50 %.

Pre zhrnutie možno poukázať okrem zdravotníckych údajov aj na celkové výdavky štátu na zdravotníctvo v prepočte na jedného obyvateľa. Zatiaľ čo v Nemecku je na jedného obyvateľa vynaložených cca. 4 712 EUR (v roku 2018) (Spahn, 2018, s. ), v SR predstavuje tento ukazovateľ hodnotu len 2 290 EUR (Revízia výdavkov na zdravotníctvo – záverečná správa, 2019, s. 16).

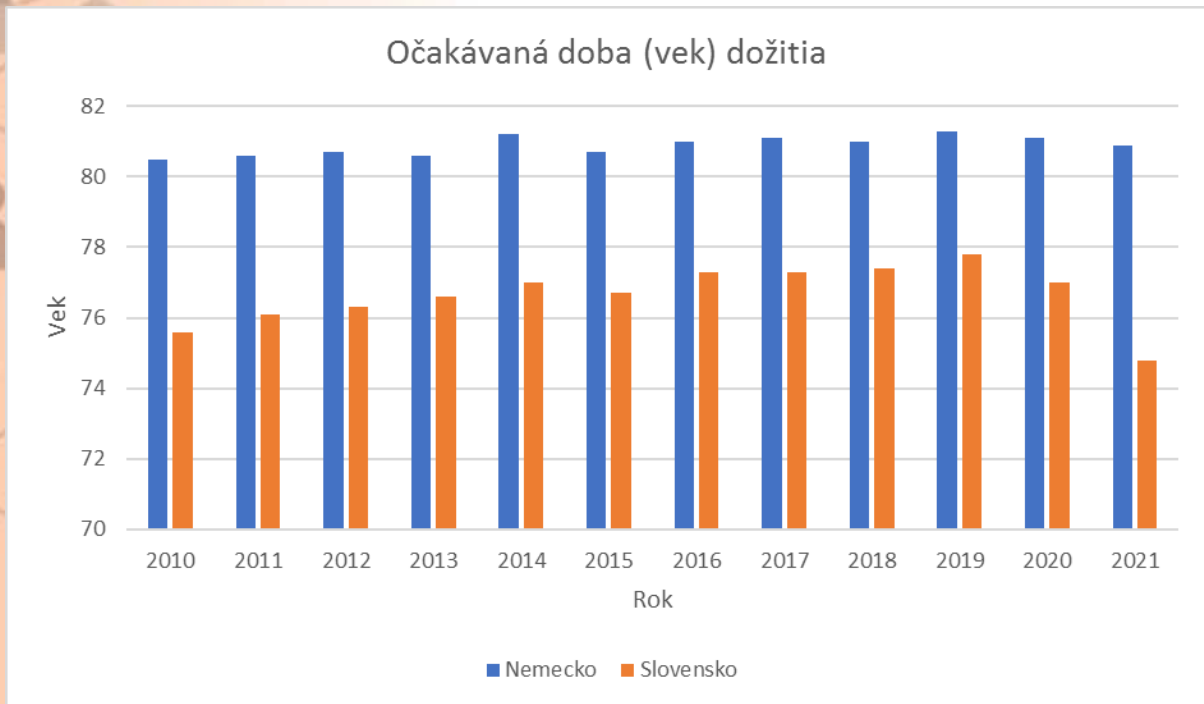
GRAF Č. 27: POČET ODVRÁTITEĽNÝCH ÚMRTÍ V NEMECKU



Zdroj: OECD, 2020



GRAF Č. 28: OČAKÁVANÁ PRIEMERNÁ DOBA DOŽITIA - NEMECKO



Zdroj: OECD, 2021

GRAF Č. 29: DOJČENSKÁ ÚMRTNOSŤ V NEMECKU



Zdroj: OECD, 2021

### 3.6. BISMARCKOV MODEL – SLOVINSKO.

Slovinsko má systém zdravotného poistenia založený na jednej verejnej poisťovni - Inštitúte zdravotného poistenia Slovinska (ďalej len: „IZPS“), ktorý poskytuje všeobecné povinné zdravotné poistenie. Účasť na zdravotnom poistení je v medziach zákona povinná. Trvalý pobyt je jedným z hlavných faktorov pre vznik nároku na zdravotné služby. V dôsledku toho je pokrytie takmer univerzálne a v roku 2019 bolo takto povinne poistených viac ako 99% populácie. Okrem toho väčšina obyvateľstva uzatvára doplnkové zdravotné poistenie najmä na úhradu spoluúčasti.

Zdravotné služby poskytujú verejní poskytovatelia (sieť centier zdravotnej starostlivosti na primárnej úrovni a nemocnice a ambulancie na sekundárnej úrovni), ako aj súkromní poskytovatelia, ktorí sú držiteľmi „koncesie“ na poskytovanie služieb financovaných z verejných zdrojov. Z hľadiska klasifikácie hovoríme o Bismarckovom modeli zdravotného systému založenom na jednom štátnom správcovi zdravotného poistenia, ktorý je podporne doplnený súkromnými zdravotnými poisťovňami, ktoré riešia preplatenie doplatkov spoluúčasti pacientov, ktoré tvoria v Slovinsku významný zdroj financovania zdravotníctva. (Petrič, Maresso, 2018, s. 2).

#### 3.6.1. Financovanie zdravotného poistenia

Koncepcia zdravotného systému Slovinska vychádza zo zásady, že tvorba príjmov v slovinskom zdravotníctve je v čase krízy menej spoľahlivá, keďže zdravotníctvo závisí najmä od príspevkov sociálneho zabezpečenia, ktoré závisia najmä od počtu zamestnaných a ich zárobkov a že finančné mechanizmy sú nedostatočné. Pre udržateľnosť systému sú od začiatku zavedené platby spoluúčasti pacientov, ktorí majú možnosť kompenzovať priame platby prostredníctvom dobrovoľného zdravotného poistenia, známe ako doplnkové zdravotné poistenie (ďalej len: „DZP“). DZP funguje ako súkromný systém preplácania nákladov, ktorý umožňuje všetkým poistencom vyhnúť sa veľkej časti priamych platieb (doplatkov). DZP bol predstavený v roku 1993 a stal sa populárnym, pretože pokrýva značnú časť doplatkov vyžadovaných v súvislosti so zdravotnou starostlivosťou. Spočiatku existovali dvaja

poskytovatelia DZP: štátny IZPS, ktorý je tiež právne zodpovedný za povinné zdravotné poistenie a Adriatic Slovenia, ako súkromná zdravotná poisťovňa. V roku 1998 musel IZPS oddeliť povinnú a dobrovoľnú časť svojej činnosti a vznikla nová všeobecná nezisková poisťovňa Vzajemna. Zvyšné príplatky mimo pokrytia DZP sú najmä za prístup k službám zdravotnej starostlivosti, ktoré nie sú zahrnuté v štandardnom balíku služieb. (Polin, Maresso, 2021, s. 17)

Všeobecne sú v krajinách EÚ identifikované mnohé riziká pre udržateľnosť systémov financovania verejného zdravotníctva, ktoré súvisia nielen s demografickými, ale aj s niektorými ďalšími (t. j. nedemografickými) faktormi, ako sú príjmy (sociálne/HDP alebo osobné príjmy/mzdy), rastúce očakávania obyvateľstva voči systému zdravotnej starostlivosti, nové medicínske technológie, inštitucionálne charakteristiky systémov zdravotnej starostlivosti a pod. (Sušelj, 2019, s. 69).

Verejne financované zdravotné poistenie je takmer univerzálne a ponúka širokú škálu výhod. Doplatky pacientov sa však vzťahujú na takmer všetky verejne financované zdravotnícke služby vo forme doplatkov spoluúčasti, pričom sadzby spoluúčasti sa pohybujú od 5 do 90 % z ceny služby. Samozrejme, z povinného platenia sú oslobodené osoby do 18 rokov (Kramer, 2016, s. 2).

DZP, ako sme už v úvode spomenuli, bolo zavedené v roku 1993 s cieľom diverzifikovať zdroje financovania zdravotníctva a udržať nízke verejné výdavky na zdravotníctvo. DZP vždy hralo výslovne doplnkovú úlohu, pokrývajúc užívateľské poplatky za verejne financované zdravotné benefity. Komplexné a takmer univerzálne krytie poskytované povinným zdravotným poistením a DZP ponecháva len malý priestor na vývoj iných produktov DZP.

DZP je financovaný z poistných platieb dobrovoľne poistených platiteľov. DZP sú povinné hradiť užívateľské poplatky za všetky verejne financované zdravotnícke služby. Doplnkové poistné je stanovené paušálne a je rovnaké pre každého, koho kryje ten istý poisťovateľ. Deti sú oslobodené od užívateľských poplatkov, a preto nepotrebujú doplnkové DZP. Ďalšie plány



DZP pokrývajú doplnkové služby a doplnkové výhody, ktoré nie sú financované z verejných zdrojov, vrátane niektorých služieb ponúkaných súkromnými poskytovateľmi (špecializovaná liečba, diagnostické testy a terapie na zníženie bolesti), nadštandardné vybavenie v nemocniciach a kúpeľoch, prepracovanejšie zdravotnícke pomôcky, lieky zahŕňajúce len nulovú alebo 10 % úhradu, nadštandardná starostlivosť v dentálnej starostlivosti, kozmetická chirurgia a peňažné dávky pri chorobe, pobyte v nemocnici alebo pri ošetrovaní dospelého člena rodiny alebo dieťaťa v predškolskom veku. (Aktuálne pri 2,5 mil. obyvateľoch Slovinska existujú 4 DZP: Adriatic Slovenia, Merkur, Zdravotná poisťovňa Triglav, Vzajemna. (Kramer, 2016, s. 4).

Poisťovatelia ponúkajúci doplnkové DZP, ktoré si na mesačnej báze platia poistenci. Pacient pri čerpaní zdravotnej starostlivosti uhradí sumu zákonnej spoluúčasti a následne si ju dá preplatiť v svojej DZP. V prípade iných produktov si DZP môžu dohodnúť s vybranými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti vlastné podmienky a ceny a priamo im preplácať poskytnuté služby. Špecifikom je, že čerpanie poistných plnení v prípade čerpania zdravotnej starostlivosti si určujú v zmysle zákona DZP samostatne, pričom pre objektivnosť treba povedať, že ak osoba uzatvorí DZP s poskytovateľom a náhle ochorie alebo sa jej stane úraz, vynaložené doplatky DZP uhradí v plnej miere. Naopak, ak vstúpi do DZP poistenia osoba, u ktorej je ochorenie diagnostikované a preukázané, tak nárok na čerpanie z poistenia má až po určitej dobe, aby systém nebol zneužívaný. (Kramer, 2016, s. 5)

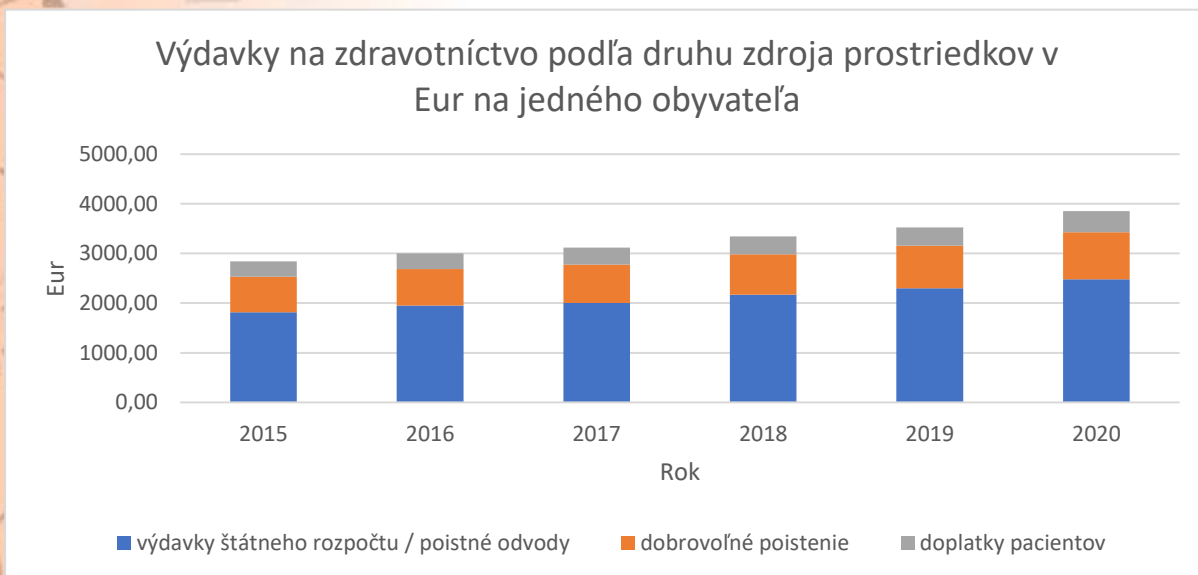
### **Systém doplatkov za výkony zdravotnej starostlivosti.**

Výška úhrad z verejného zdravotného poistenia je stanovená zákonom. Povinné poistenie zabezpečuje poistencom úhradu za zdravotné služby:

1. V pomere 100 % sumy výkonu, napr.: systematické a iné preventívne prehliadky detí, žiakov a študentov do 26 rokov, tehotných žien a iných dospelých podľa programu, okrem prehliadok ustanovených zákonom u zamestnávateľov, prevencia chorôb, skriningové programy a iné.

2. Aspoň 90 % hodnoty, napr.: rádioterapiu, dialýzu a iné urgentné náročnejšie diagnostické, liečebné a rehabilitačné výkony.
3. Aspoň 80 % hodnoty, napr.: služby súvisiace so zabezpečením a liečbou zníženej plodnosti a umelého oplodnenia.
4. Aspoň 70 % hodnoty, napr.: odborné ambulantné, nemocničné a kúpeľné služby ako pokračovanie nemocničnej liečby a nemedicínska časť starostlivosti v nemocnici a kúpeľoch ako pokračovanie nemocničnej liečby, zdravotnícke pomôcky súvisiace s liečbou úrazov mimo práce.
5. Aspoň 60 % hodnoty, napr.: nepohotovostné záchranné služby, poistenci, ktorí sú imobilní alebo potrebujú prevoz na dialýzu a z nej alebo v iných prípadoch, keď by preprava verejnou dopravou alebo autom ohrozovala ich zdravie alebo si vzhľadom na zdravotný stav pracovníka vyžadujú lekársky dohľad.
6. Maximálne do výšky 50 % hodnoty, napr.: lieky a potraviny na osobitné lekárske účely z priebežného zoznamu, protetické ošetrenie dospelých, zdravotnícke pomôcky na zlepšenie videnia pre dospelých.

GRAF Č. 30: ZLOŽENIE VÝDAVKOV NA ZDRAVOTNÚ STAROSTLIVOSŤ V SLOVINSKU (R. 2020)



Zdroj: OECD, 2021

V Slovinsku sú príspevky (platby) najväčším zdrojom príjmov na financovanie zdravotného systému. Sú upravené v zákone o zdravotnej starostlivosti a zdravotnom poistení. Sadzby príspevkov, ktoré sú založené na zamestnaní a vyberajú sa z hrubého príjmu, sa líšia podľa kategórie a skupiny poistencov. Zamestnanci platia 6,36 % zo svojho hrubého príjmu, zatiaľ čo zamestnávateľ platí 6,56 % za zdravotné poistenie, 0,53 % za úrazové poistenie a poistenie choroby z povolania (spolu sa na poistenca vyberie 13,45 % hrubého príjmu). Sadzby odvodov sú pre samostatne zárobkovo činné osoby rovnaké. Ich odvodový základ sa však rovná hrubému vymeriavaciemu základu, nemôže však byť nižší ako 60 % poslednej známej priemernej ročnej mzdy. Národný inštitút zamestnanosti (obdoba úradu práce) hradí príspevky na zdravotné poistenie za nezamestnaných, osoby bez príjmu, zajatcov a vojnových veteránov. Inštitút dôchodkového a invalidného poistenia (obdoba Sociálnej poisťovne) platí príspevky za dôchodcov (pri 5,96 % sadzbe príspevku z dôchodkov) mesačným prevodom do IZPS (Polin, Maresso, 2021, s. 69).

Tretím zdrojom financovania zdravotného systému v Slovinsku predstavujú tzv. out of pocket platby, tzv. priame úhrady pacientov, ktoré nie sú kryté ani DZP ani štátny poistením. Tento zdroj financovania predstavuje v Slovinsku približne 13 % a sú vynakladané prevažne na lieky, zdravotnícke pomôcky, ambulantnú starostlivosť, stomatologickú starostlivosť, a iné (Thomas, Thomson, Eventonis, 2015, s. 4).

### 3.6.2. Vybrané špecifiká v systéme poskytovania zdravotnej starostlivosti

Pacientom je zákonom garantovaná maximálna čakacia lehota na určité výkony (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, § 7 a § 9) Zároveň pacient má nárok, ak poskytovateľ by mal prekročiť maximálnu čakaciu lehotu na vyšetrenie, aby mu zabezpečil adekvátnu a porovnateľnú starostlivosť u iného poskytovateľa.



Zákon určuje formu objednávaní, ktorá je jednotná pre všetkých poskytovateľov. Taktiež v neposlednom rade je potrebné spomenúť tele-medicínske konzultácie, pričom ak sa pacient v stanovenom čase nedovolá, poskytovateľ je povinný zo zákona mu zavolať späť. Taktiež zákon upravuje povinnosť viesť čakacie zoznamy, pričom upravuje maximálne čakacie lehoty v stanovených oblastiach. (Zákon o zdravotnom varstve in zdravotnom zavarovaní, § 4)

K zvyšovaniu kvality celkovej zdravotnej starostlivosti prispieva aj elektronizácia, pričom sa zaviedla elektronická žiadanka a potvrdenie o PN, elektronické objednávanie k lekárom, elektronická požiadavka na predpis lieku, kompletne elektronizované služby pre platiteľov a poistencov ako sú prihlášky, výkazy, žiadosti, atď. (Sušelj, 2019, s. 25).

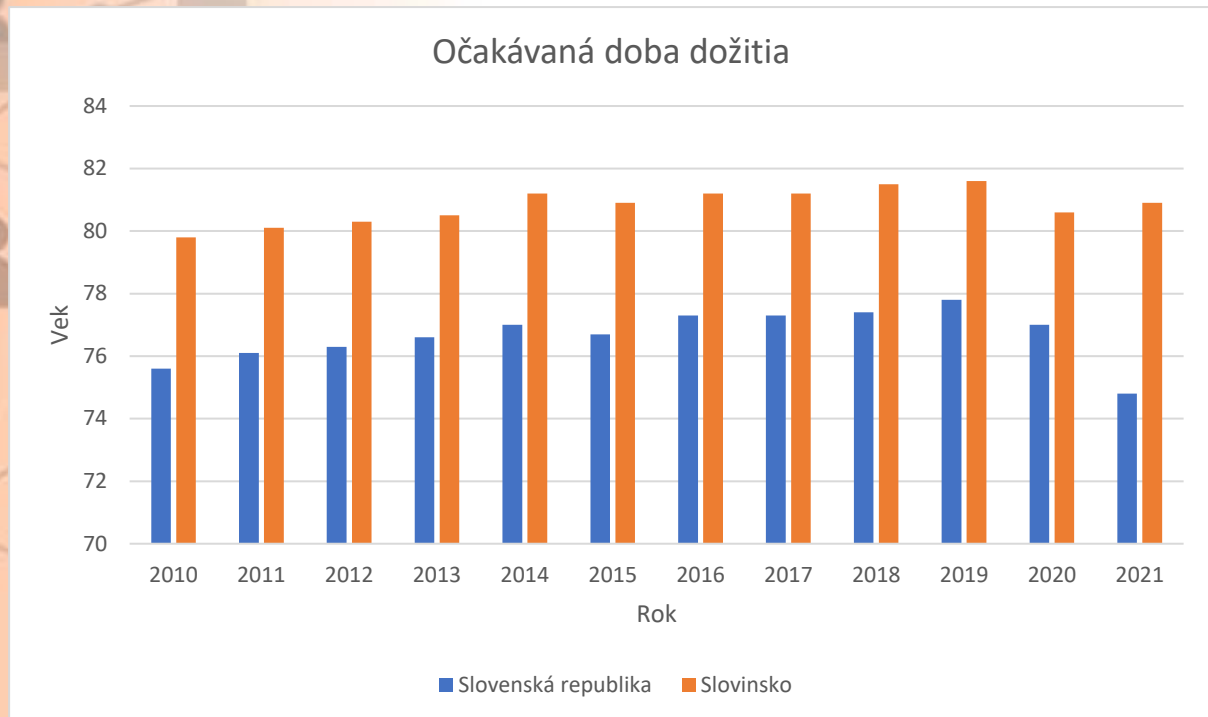
Uvedené opatrenia majú vplyv aj na celkový vývoj hlavných ukazovateľov, ktorých hodnotením sa zaoberáme aj v iných krajinách.

GRAF Č. 31: DOJČENSKÁ ÚMRTNOSŤ - SLOVINSKO



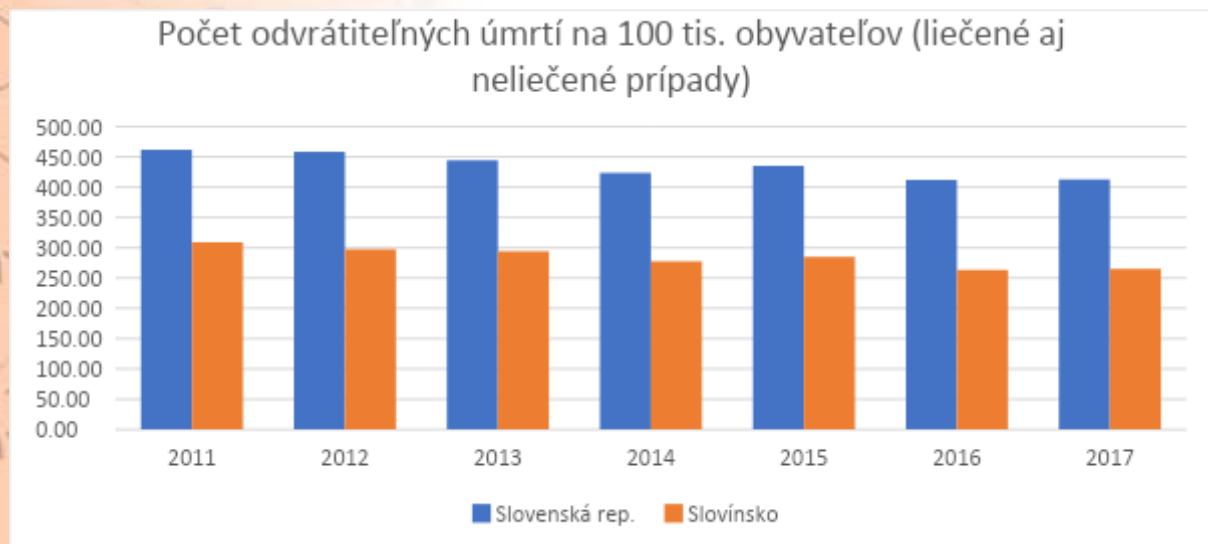
Zdroj: OECD, 2021

GRAF Č. 32: OČAKÁVANÁ PRIEMERNÁ DOBA DOŽITIA



Zdroj: OECD, 2021

GRAF Č. 33: POČET ODVRÁTITEĽNÝCH ÚMRTÍ – SLOVINSKO



Zdroj: EUROSTAT, 2020

Odvratiteľné úmrtia rating v EU v roku 2016, Slovinsko je na čele EU v pozitívnom zmysle slova. Rating je na nízkej úrovni, dokonca hodnota je lepšia ako v Nemecku. Uvedené je možné konštatovať aj pri ukazovateľoch uvedených vyššie v grafoch.

### 3.7. BEVERIDGEOV MODEL – VEĽKÁ BRITÁNIA/ANGLICKO

Britský zdravotný systém má charakter univerzálneho pokrytia od roku 1948, kedy vznikla National Health Service – Národná zdravotná služba (ďalej ako „NHS“). NHS bola zriadená zákonom - National Health Service Act z roku 1946 na základe odporúčacej správy pre parlament, ktorá bola z dielne Sira Williama Beveridge v roku 1942. Beveridgeova správa načrtla bezplatnú zdravotnú starostlivosť ako jeden z aspektov širšej reformy sociálneho zabezpečenia, ktorá má odstrániť nezamestnanosť, chudobu, choroby a zlepšiť vzdelanie. Podľa zákona z roku 1946 mal minister zdravotníctva povinnosť poskytovať komplexnú, bezplatnú zdravotnú službu, ktorá nahradila dobrovoľné poistenie a súkromné platby za poskytnutie zdravotnej starostlivosti. Samotná NHS pozostáva zo štyroch podskupín – každá riadi časť spojeného kráľovstva Veľkej Británie: NHS Anglicko, NHS Wales, NHS Škótsko a NHS Severné Írsko. Pre účely tohto výstupu sme analyzovali NHS Anglicko. Veľká Británia poskytuje verejnú zdravotnú starostlivosť všetkým občanom, t. j. 58 miliónom ľudí.

Všetci obyvatelia Anglicka majú automaticky nárok na bezplatnú verejnú zdravotnú starostlivosť prostredníctvom NHS, vrátane nemocničnej, ambulantnej starostlivosti a starostlivosti o duševné zdravie. Rozpočet národnej zdravotnej služby je financovaný predovšetkým prostredníctvom všeobecných daní (približne 18 % výberu z daní plynie na pokrytie zdravotníctva). Samotnú NHS kontroluje vládna agentúra NHS England, ktorá spadá pod Ministerstvo zdravotníctva. Táto dohliada a prideluje finančné prostriedky 191 skupinám Clinical Commissioning Groups, ktoré riadia a platia za poskytovanie starostlivosti na miestnej úrovni. Približne 10,5 percenta populácie Spojeného kráľovstva má dobrovoľné doplnkové poistenie, aby získalo rýchlejší prístup k voliteľnej starostlivosti.



Zodpovednosť za oblasť zdravotníctva ako takú a legislatívnu stránku v Anglicku má parlament, štátny tajomník pre zdravotníctvo a ministerstvo zdravotníctva. Ako sme uviedli vyššie, NHS kontroluje NHS England, nezávislý orgán financovaný vládou, ktorý funguje oddelene od ministerstva zdravotníctva.

Medzi jeho povinnosti patrí:

- hospodárenie s rozpočtom NHS,
- dohľad nad 191 miestnymi skupinami klinického poverenia (CCG), čo sú skupiny miestnych všeobecných lekárov (General Practice), ktorí plánujú, poverujú a platia za väčšinu nemocničných a komunitných služieb starostlivosti vo svojich oblastiach,
- priame objednávanie určitých typov starostlivosti vrátane primárnej starostlivosti v niektorých oblastiach, zubnej starostlivosti, liečby zriedkavých stavov a niektorých služieb verejného zdravotníctva (ako je napríklad očkovanie),
- pracovať na cieľoch uvedených v ročnom výkaze štátneho tajomníka pre zdravotníctvo, ktoré zahŕňajú ciele v oblasti účinnosti a zdravia,
- stanovenie strategického smerovania zdravotníckych informačných technológií vrátane rozvoja online služieb na rezervovanie termínov a stanovenie štandardov kvality pre elektronické vedenie zdravotnej dokumentácie a predpisovanie liekov.

Nemocnice a samotní poskytovatelia nie sú súkromné subjekty, všetky sú vlastnené vládou, rovnako ako poskytovatelia ošetrovateľskej starostlivosti, či iných komunitných služieb, tzv. trusty.

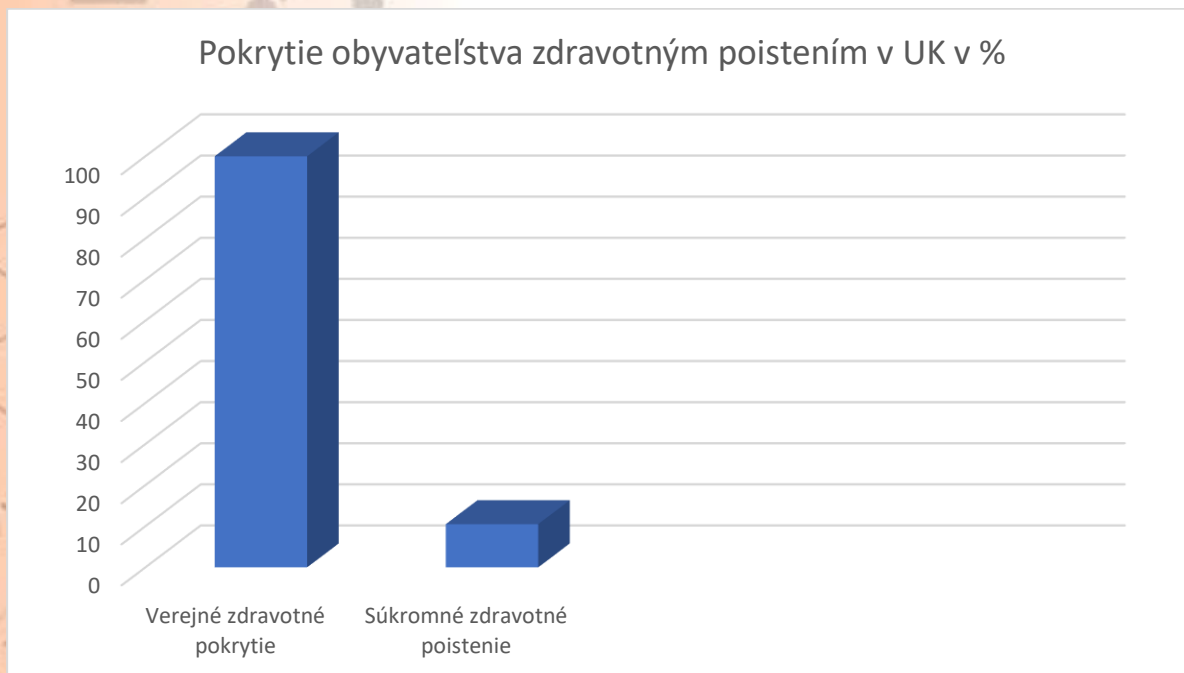
Medzi ďalšie dôležité vládne agentúry zapojené do systému zdravotnej starostlivosti patria:

- NHS Improvement, - udeľuje licenciu všetkým poskytovateľom starostlivosti financovanej NHS a môže vyšetřovať potenciálne porušenia pravidiel spolupráce a hospodárskej súťaže NHS, ako aj fúzie zahŕňajúce trusty nadácií NHS

- Komisia pre kvalitu zdravotnej starostlivosti - zabezpečuje základné štandardy bezpečnosti a kvality registráciou poskytovateľov a monitorovaním dosahovania štandardov starostlivosti,
- Národný inštitút pre špičkovú zdravotnú starostlivosť - National Institute for Health and Care Excellence - stanovuje usmernenia pre klinicky efektívnu liečbu a hodnotí nové zdravotnícke technológie z hľadiska ich účinnosti a nákladovej efektívnosti,
- Health Education England - ktorá vzdeláva zamestnancov NHS a iné.

### 3.7.1. Verejné versus súkromné zdravotné poistenie

GRAF Č. 34: POKRYTIE OBYVATEĽSTVA ZDRAVOTNÝM POISTENÍM



Zdroj: WHO, 2022

Pod verejné zdravotné poistenie spadá každý jeden občan Anglicka, prostredníctvom NHS. Pokrytie teda predstavuje 100 %, zatiaľ čo súkromné poistenie momentálne využíva približne 10 % občanov, najmä z dôvodu, že chcú poskytnutie zdravotnej starostlivosti rýchlejšie, či vo

väčšom a kvalitnejšom rozsahu. V roku 2016 tvorilo dobrovoľné súkromné zdravotné poistenie 3,3 percenta celkových výdavkov na zdravotné poistenie, z uvedeného vyplýva, že drvivá väčšina občanov využíva systém NHS.

Súkromné poistenie je možné získať prostredníctvom zamestnávateľa, ale poistku si možno kúpiť aj ako jednotliviec. Súkromné poistenie ponúka rýchlejší prístup k starostlivosti, súkromný výber špecialistov a lepšie vybavenie ambulancií, najmä pri voliteľných nemocničných procedúrach; väčšina poisťovacích spoločností však nepokrýva liečbu duševných ochorení, pôrodnické služby, pohotovostnú starostlivosť a lekára prvého kontaktu.

### Platby v rámci NHS

Presný rozsah služieb, na ktoré sa vzťahuje NHS, nie je doposiaľ definovaný zákonom ani legislatívou a pacienti nemajú možnosť vybrať si konkrétnu liečbu. Zákonnou povinnosťou ministra zdravotníctva je však zabezpečiť komplexné pokrytie poskytovaných služieb.

NHS prepláca:

- preventívne služby vrátane skríningov, imunizácie a očkovacích programov,
- ústavnú a ambulatnú nemocničnú starostlivosť,
- gynekologickú a pôrodnickú starostlivosť,
- lieky podávané v nemocnici,
- klinicky nevyhnutnú dentálnu starostlivosť,
- oftalmologickú starostlivosť,
- starostlivosť o duševné zdravie vrátane liečby porúch autistického spektra,
- paliatívnu starostlivosť,
- základné druhy dlhodobej starostlivosti,
- rehabilitáciu vrátane fyzioterapie,
- domáce návštevy komunitných sestier,



- invalidné vozíky, načúvacie pomôcky a iné zdravotnícke pomôcky pre tých, ktorí ich potrebujú.

Objem a rozsah týchto služieb určuje vláda. Služby sú prevažne bezplatné. Platby v rámci spoluúčasti u praktického lekára sa vzťahujú len na niektoré služby, ako je poskytovanie potvrdení, cestovné očkovanie a pod. Za lieky na predpis ambulantne sa platí spoluúčasť vo výške 8,80 GBP (12,50 USD) za jeden recept. Lieky predpísané v nemocniciach NHS sú zadarmo.

Služby zubného lekárstva NHS podliehajú spoluúčasti až do výšky 256,50 GBP (365,00 USD) za ošetrovanie. Tieto poplatky stanovuje na národnej úrovni ministerstvo zdravotníctva. Medzi ľudí, ktorí sú oslobodení od doplatkov za lieky na predpis, patria deti do 15 rokov, študenti denného štúdia vo veku 16 až 18 rokov, seniori vo veku 60 rokov alebo starší, nízkopříjmové skupiny, tehotné ženy a ženy, ktoré porodili v posledných 12 mesiacoch, onkologickí pacienti a pacienti s dlhodobou nepriaznivým zdravotným stavom.

Medzi ďalšie preplácané služby patrí starostlivosť o zuby a zrak. Mladí ľudia, študenti, tehotné a čerstvo tehotné ženy, väzni a osoby s nízkymi príjmami sú oslobodené od poplatkov. Testy ostroty zraku sú bezplatné pre mladých ľudí, ľudí nad 60 rokov a ľudí s nízkymi príjmami. Okrem toho môžu mladí ľudia a ľudia s nízkymi príjmami získať finančnú podporu na pokrytie nákladov na korekčné šošovky.

### **3.7.2. Charakteristika modelu zdravotného systému prostredníctvom vybraných neekonomických a ekonomických ukazovateľov**

#### **Dojčenská úmrtnosť**

Predmetný indikátor má vo Veľkej Británii dlhodobu klesajúcu tendenciu. Kým v roku 1990 bola dojčenská úmrtnosť na úrovni 7,9 úmrtia na 1000 živonarodených detí, v roku 2000 bolo

zaznamenaných 5,6 úmrtia. Od roku 2014 do roku 2020 sa trend pohybuje v rozmedzí 3,8 až 3,6 úmrtia na 1000 živonarodených. Miera teda zostáva relatívne stabilná.

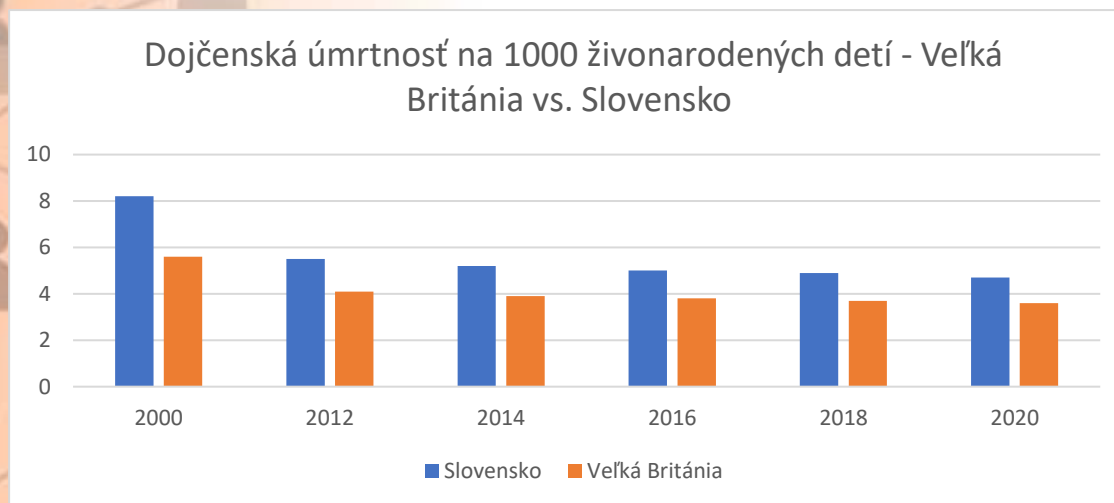
Celkový pokles dojčenskej úmrtnosti odráža všeobecné zlepšenie zdravotnej starostlivosti, ako aj konkrétne kroky súvisiace s lepšou perinatálnou, aj neonatálnou starostlivosťou. V rámci krajín OECD sa Veľká Británia radí na 27. priečku. Slovenská republika sa umiestnila na 32. pozícii. Veľká Británia, tak ako zvyšok sveta radí medzi najčastejšie príčiny úmrtnosti dojčiat vo svete nasledovné:

1. Novorodenecká encefalopatia, alebo problémy s funkciou mozgu po narodení. Neonatálna encefalopatia zvyčajne vzniká v dôsledku pôrodnej traumy alebo nedostatku kyslíka pre dieťa počas pôrodu,
2. Infekcie, najmä infekcie krvi,
3. Komplikácie predčasného pôrodu,
4. Infekcie dolných dýchacích ciest (ako je chrípka a zápal pľúc),
5. Hnačkové ochorenia.

Tento rebríček je priemerom pre celú detskú úmrtnosť od narodenia do veku 1 roka. Neodráža skutočnosť, že hlavné príčiny smrti u starších dojčiat sú iné ako u mladších dojčiat.

Päť hlavných príčin celosvetovej detskej úmrtnosti bolo v roku 2010 rovnakých ako v roku 1990. Úmrtia z určitých príčin však za tých 20 rokov dramaticky klesli. Najmä na infekcie dolných dýchacích ciest a hnačkové ochorenia zomrelo v roku 2010 oveľa menej detí ako v roku 1990 v celosvetovom meradle.

GRAF Č. 35: DOJČENSKÁ ÚMRTNOSŤ - ANGLICKO



Zdroj: OECD, 2021

Miera dojčenskej úmrtnosti klesá vo všetkých krajinách Organizácie pre hospodársku spoluprácu a rozvoj (OECD) od roku 2000. Veľká Británia má relatívne vysokú mieru dojčenskej úmrtnosti v porovnaní s inými krajinami OECD, s 3,8 úmrtiami na 1 000 živonarodených detí v roku 2020. Krajinou s najvyššou mierou dojčenskej úmrtnosti sú každoročne Spojené štáty americké, zatiaľ čo Japonsko a Fínsko majú najnižšie miery tohto ukazovateľa.

Jedným z Miléniových rozvojových cieľov OECD bolo znížiť detskú úmrtnosť o dve tretiny v rokoch 1990 až 2015. Podľa nich mala Veľká Británia do roku 2015 znížiť detskú úmrtnosť v roku 1990 zo 7,9 úmrtí na 1 000 živonarodených detí na 2,6. Veľkej Británii sa podarilo znížiť detskú úmrtnosť len o polovicu, na 3,9 úmrtí na 1 000 živonarodených detí, takže tento cieľ nespĺnilo. V roku 2015 boli Miléniové rozvojové ciele nahradené cieľmi trvalo udržateľného rozvoja, kde zdravie matiek a detí zostáva kľúčom k cieľu 3, „zabezpečiť zdravý život a podporovať blahobyt pre všetkých v každom veku“.

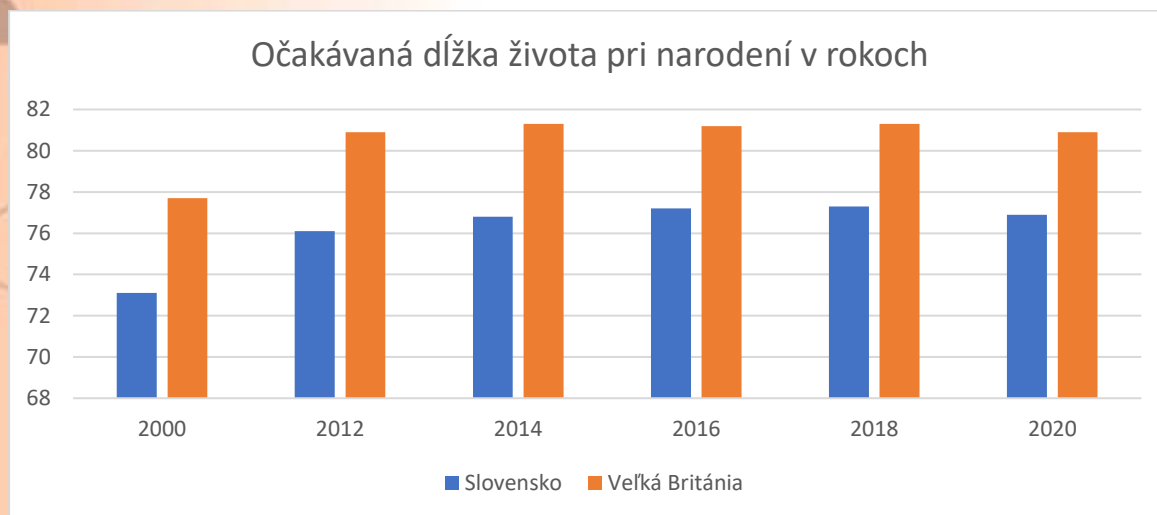
### Očakávaná dĺžka života pri narodení

Predmetný indikátor má vo Veľkej Británii stúpajúcu tendenciu, avšak v roku 2020 vidíme mierny pokles, ktorý mnohí autori pripisujú vplyvu pandémie Covid 19. Kým v roku 2000 bola



stredná dĺžka dožitia vo Veľkej Británii 77,7 roku, na Slovensku predstavovala 73,1 roka. Indikátor sa vo Veľkej Británii pohybuje okolo 80 rokov života, na Slovensku je to v priemere 77 rokov. Je badať diskrepanciu, ktorá je zapríčinená kvalitou zdravotnej starostlivosti, ale aj mnohými inými faktormi.

GRAF Č. 36: OČAKÁVANÁ DĹŽKA ŽIVOTA



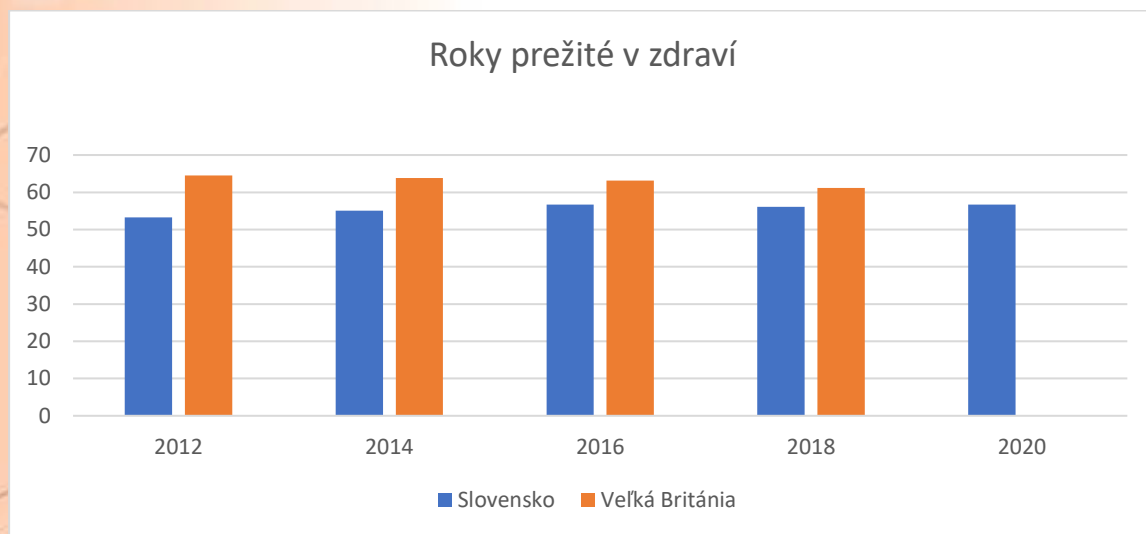
Zdroj: WHO, 2021

Viacere štúdie pripisovali pokles strednej dĺžky života v roku 2015 vo Veľkej Británii aj dôsledkom vládnych obmedzení na zdravotníctvo, sociálnu starostlivosť a iné verejné výdavky. Hoci pandémia Covid-19 v roku 2020 spôsobila pokles priemernej dĺžky života vo všetkých podskupinách populácie v Anglicku, mala nerovnaký vplyv na rôzne skupiny a prehĺbila nerovnosti v oblasti zdravia. Miera úmrtnosti na COVID-19 bola výrazne vyššia v znevýhodnenejších oblastiach v porovnaní s bohatšími oblasťami. Rozdiel v očakávanej dĺžke života medzi najviac a najmenej znevýhodneným podielom oblastí sa v roku 2021 zvýšil na 10,4 roka u mužov a 8,6 roka u žien, čo je o 1,1 a 0,7 roka viac ako v roku 2019.

## Dožitie v zdraví

Predmetný ukazovateľ – roky prežité v zdraví má vo Veľkej Británii stúpajúcu tendenciu, ktorá poukazuje na čoraz viac zlepšujúce sa zdravotníctvo, skoršiu diagnostiku chorôb a ich lepšiu liečiteľnosť. Rozdiel v rokoch prežitých v zdraví medzi Slovenskou republikou a Veľkou Britániou atakuje hranicu 6 rokov.

GRAF Č. 37: ROKY PREŽITÉ V ZDRAVÍ - ANGLICKO



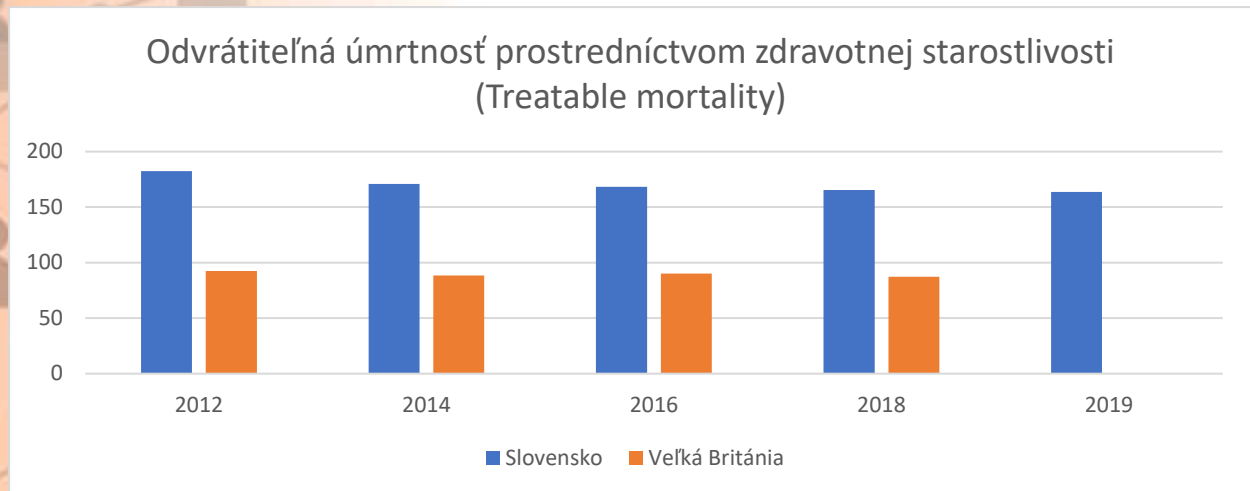
Zdroj: EUROSTAT, 2022

## Odvratiteľné úmrtia

V súlade s definíciami OECD a Eurostatu odvrátiteľnú úmrtnosť definujeme ako úmrtia, ktorým bolo možné predísť správnou zdravotnou starostlivosťou, ako aj včasnou a správnou intervenciou, pritom sa delí na preventabilnú (preventable) a odvrátiteľnú prostredníctvom zdravotnej starostlivosti (treatable).

Indikátor je základným faktorom používaným pri skúmaní prínosu systémov zdravotnej starostlivosti k zdravotným výsledkom. Počíta sa pre lepšiu porovnateľnosť rôzne veľkých krajín ako počet úmrtí na 100 000 obyvateľov.

GRAF Č. 38: ODVRÁTITELNÉ ÚMRTIA

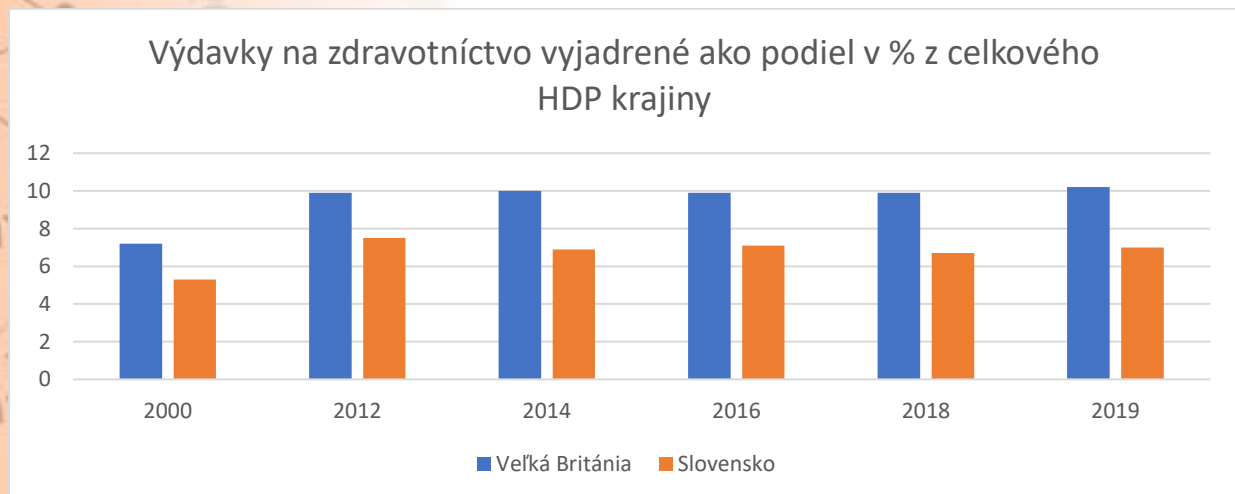


Zdroj: EUROSTAT, 2022

**Podiel výdavkov na zdravotníctvo z HDP**

Výdavky na zdravotníctvo vo Veľkej Británii, merané ako podiel na HDP krajiny sa od roku 2012 pohybujú na ustálenej hranici okolo 10%.

GRAF Č. 39: VÝDAVKY NA ZDRAVOTNÍCTVO Z HDP



Zdroj: OECD, 2020

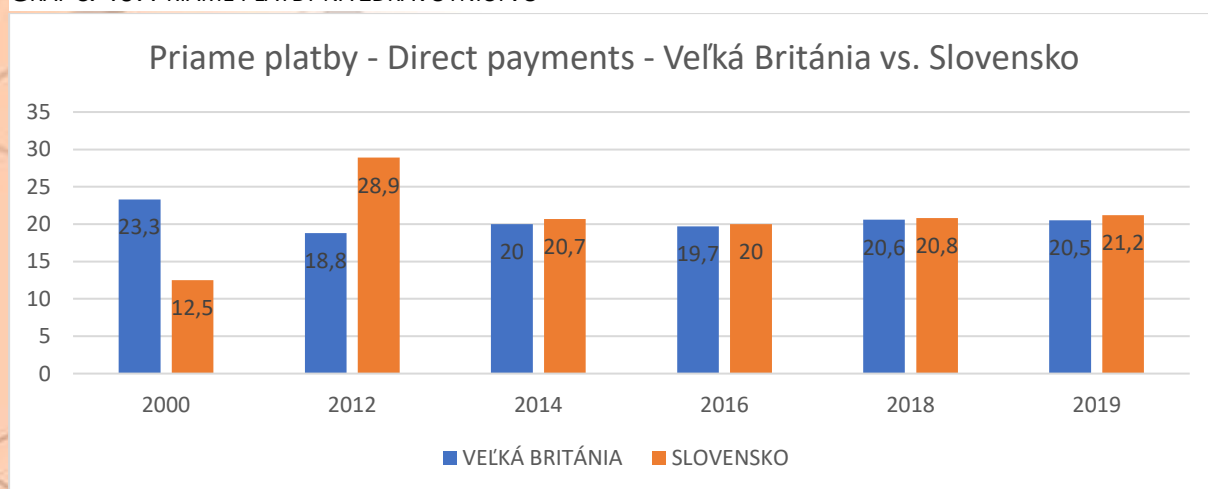
Tento projekt sa realizuje vďaka podpore z Európskeho sociálneho fondu a Európskeho fondu regionálneho rozvoja v rámci Operačného programu Ľudské zdroje.



## Priame platby na zdravotníctvo

Podľa databázy WHO sú domáce výdavky na zdravotníctvo definované ako podiel bežných výdavkov na zdravotníctvo financovaných z domácich súkromných zdrojov. Takéto výdavky môžu byť buď predplatené na dobrovoľné zdravotné poistenie, alebo priamo poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Počítajú sa v percentách ako podiel bežných výdavkov na zdravotníctvo.

GRAF Č. 40: PRIAME PLATBY NA ZDRAVOTNÍCTVO



Zdroj: OECD, 2021

### 3.8. BEVERIDGEOV MODEL - NÓRSKO

Nórsko má univerzálny, národný systém zdravotnej starostlivosti podľa Beveridgeovho modelu.

Systém je polo – decentralizovaný, centrálna vláda je zodpovedná za špeciálnu starostlivosť, ktorú zabezpečujú štyri hlavné zdravotnícke úrady v krajine (RHA), tieto vlastnia 20 nemocničných trustov. Obce sú zodpovedné najmä za primárnu zdravotnú starostlivosť.

Ministerstvo zdravotníctva a sociálnej starostlivosti je ako ústredný orgán štátnej správy zodpovedné za legislatívne smerovanie rezortu a následnú horizontálnu kontrolu prostredníctvom podriadených agentúr.

V krátkosti možno celý systém podeliť na úrovne:

- národná
- krajská
- komunálna (Obce).

Na národnej úrovni vláda, ako zástupca výkonnej moci, rozhoduje o všeobecných národných prioritách, zostavuje štátny rozpočet, ktorý následne schvaľuje parlament. Obdobne, ako v Slovenskej republike popri parlamente fungujú jednotlivé výbory, v rámci ktorých sa prerokúvajú návrhy legislatívnych aktov (aj zdravotnícky). Súčasne národnú úroveň reprezentuje Ministerstvo zdravotníctva a sociálnych služieb. Toto pripravuje legislatívu, dohliada na jej implementáciu s pomocou podriadenej agentúry: Direktorátu zdravia a iných.

Rada pre zdravotný dohľad (BOHH) je obdobou nášho Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Rovnako dohliada na správnosť poskytnutej zdravotnej, ošetrovateľskej a opatrovateľskej starostlivosti. Je podriadená Ministerstvu a pracuje prostredníctvom dohliadajúcich okresných lekárov. Ministerstvo je súčasne nadriadené množstvu podriadených agentúr.

Krajskú úroveň reprezentujú tzv. RHA (Regional Health Authorities): Regionálne zdravotnícke úrady. Sú štyri v celej krajine: Severný RHA, Centrálny RHA, Západný RHA a Juhovýchodný RHA. Tieto sú podriadené Ministerstvu a zároveň sú vlastníkami nemocníc, ktoré majú v správe. Sú zodpovedné za správne poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ktorá zahŕňa somatickú aj mentálnu starostlivosť, špecializovanú starostlivosť pre drogovu závislých a ďalšie špecializované pracoviská, ako sú laboratóriá, rádiologické a ambulantné služby. RHA sa podieľa aj na výskume a vzdelávaní.

Komunálnu úroveň reprezentujú obce, ktoré sú podobne ako na Slovensku zodpovedné za primárnu zdravotnú starostlivosť, vrátane rehabilitácie, ošetrovateľstva, či fyzioterapie. Poskytujú aj pohotovostnú službu.

Samotní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti sú združení v troch organizáciách. Lekári sú samostatné zárobkovo činné osoby, ktoré majú s obcami uzatvorené zmluvy a tým sú začlenené do verejného systému. Súkromní poskytovatelia predstavujú cca 10 % z celkového počtu. Súkromná sféra je dobre kontrolovaná a regulovaná.

Čo sa týka historického smerovania, terajšia štruktúra zdravotného systému v Nórsku sa začala formovať v druhej polovici dvadsiateho storočia, keď sa sformovali kľúčoví aktéri:

„Ministerstvo zdravotníctva“, „Národný poisťový systém“ (NIS), „Zdravotnícke riaditeľstvo“ a „Rada pre zdravotný dohľad“. Nórske zdravotníctvo zaznamenalo kľúčový rozmach v 50. až 70. rokoch minulého storočia, v rámci ekonomického rozmachu krajiny, popri objavení veľkých ropných zdrojov v Severnom mori.

Samotné nórske zdravotníctvo je postavené na princípe rovnakého prístupu pre všetkých občanov bez ohľadu na ich ekonomický status. Tento všeobecný cieľ je hlavnou črtou systému. Parlament krajiny je ako jediný zákonodarný orgán zodpovedný za prijímanie legislatívnych aktov – zákonov, ktoré rámujú a formujú celý systém zdravotníctva. Parlament ako taký kontroluje tzv. Kancelária hlavného audítora, ktorá dbá na zodpovedné nakladanie s verejnými financiami.

### 3.8.1. Pravidlá zdravotného poistenia

Škandinávske zdravotné systémy sú všeobecne známe ako Beveridgeho systémy riadené modelom decentralizovanej národnej služby, podľa vzoru Veľkej Británie, kde sa financovanie získava prevažne z daní občanov.

V Nórsku obdobu NHS predstavuje Národný poisťový systém – NIS. V zásade platí, že každý občan Nórska je príslušníkom NIS. NIS pokrýva širokú škálu platieb – dôchodky, sociálne dávky



a zdravotníckej platby. Úhrady zdravotníckych služieb riadi Helfo, správa zdravotníckej ekonomiky. Sociálnou kompetenciou Nórskej správy zdravotníckej ekonomiky (Helfo) je chrániť práva zainteresovaných strán v sektore zdravotníctva a súkromných osôb a poskytovať informácie a usmernenia týkajúce sa zdravotníckych služieb. Helfo spravuje platby pacientov udelené podľa zákona o národnom poistení (podpora spojená so zdravotnými službami), prispieva k dodržiavaniu a zabezpečuje samotné dodržiavanie práv pacientov.

Osobám, ktoré sú registrované v NIS, je bezplatne poskytovaná zdravotná starostlivosť vrátane hospitalizácii a liekov. V prípade poskytnutia starostlivosti mimo nemocníc je pacient povinný uhradiť časť nákladov. Existujú výnimky, ako mladiství, deti a podobne. Strop zdieľaných nákladov na zdravotnú starostlivosť určuje štát. Nórsky systém zdravotnej starostlivosti je jeden z najlepších na svete v zmysle viacerých zdrojov. Pomernými platbami za zdravotnú starostlivosť občania vedia, že táto nie je zadarmo a málokedy je zneužívaná.

### **3.8.1. Charakteristika modelu zdravotného systému prostredníctvom vybraných neekonomických a ekonomických ukazovateľov**

Premenné, ktoré v nasledujúcej kapitole skúmame a ktoré poukazujú na úroveň zdravotníctva tej - ktorej krajiny sú vopred definované ukazovatele zdravotníckeho a ekonomického charakteru.

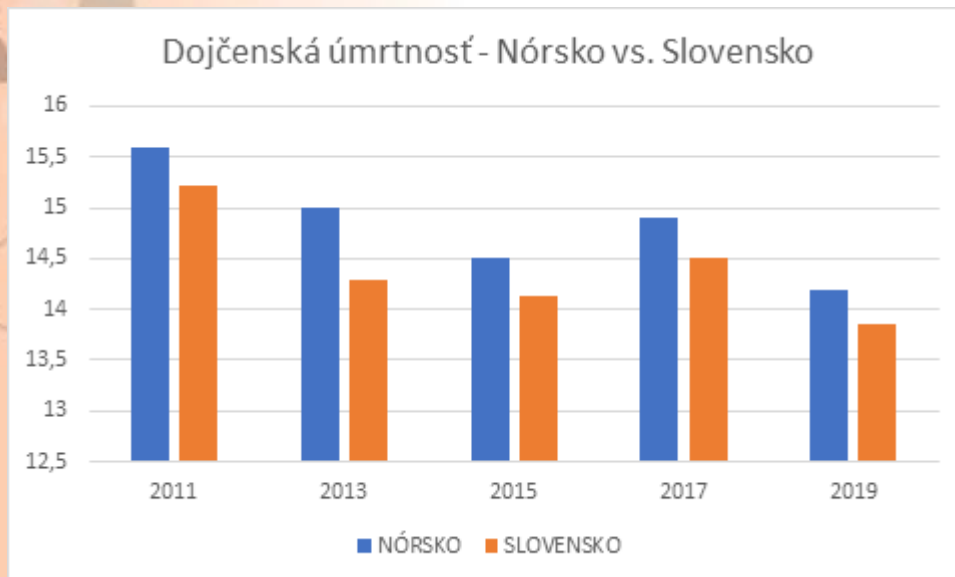
#### **Dojčenská úmrtnosť**

Dojčenská úmrtnosť je definovaná ako smrť dieťaťa pred jeho prvými narodeninami. Miera dojčenskej úmrtnosti je meraná ako počet úmrtí dojčiat na každých 1 000 živonarodených detí v predmetnom roku. Okrem toho, že táto informácia poskytuje kľúčové informácie o zdraví matiek a dojčiat, dojčenská úmrtnosť je dôležitým ukazovateľom celkového zdravia spoločnosti v krajine. Z toho dôvodu je vhodným ukazovateľom kvality a vyspelosti zdravotníctva.

Predmetný ukazovateľ dojčenskej úmrtnosti má v Nórsku dlhodobu klesajúcu tendenciu. Kým v roku 2005 pripadlo na 1000 živonarodených detí úmrtie 3,3 dieťaťa, v roku 2010 to bolo

úmrtie 2,7 dieťaťa. V roku 2010 to bolo úmrtie 2,7 dieťaťa, v roku 2014 už pokles na úmrtie 2,3 dieťaťa. V roku 2018 predstavovala dojčenská úmrtnosť v Nórsku 2 úmrtia na 1000 živonarodených, v roku 2020 už len úmrtie 1,8 dieťaťa.

GRAF Č. 41: DOJČENSKÁ ÚMRTNOSŤ V NÓRSKU



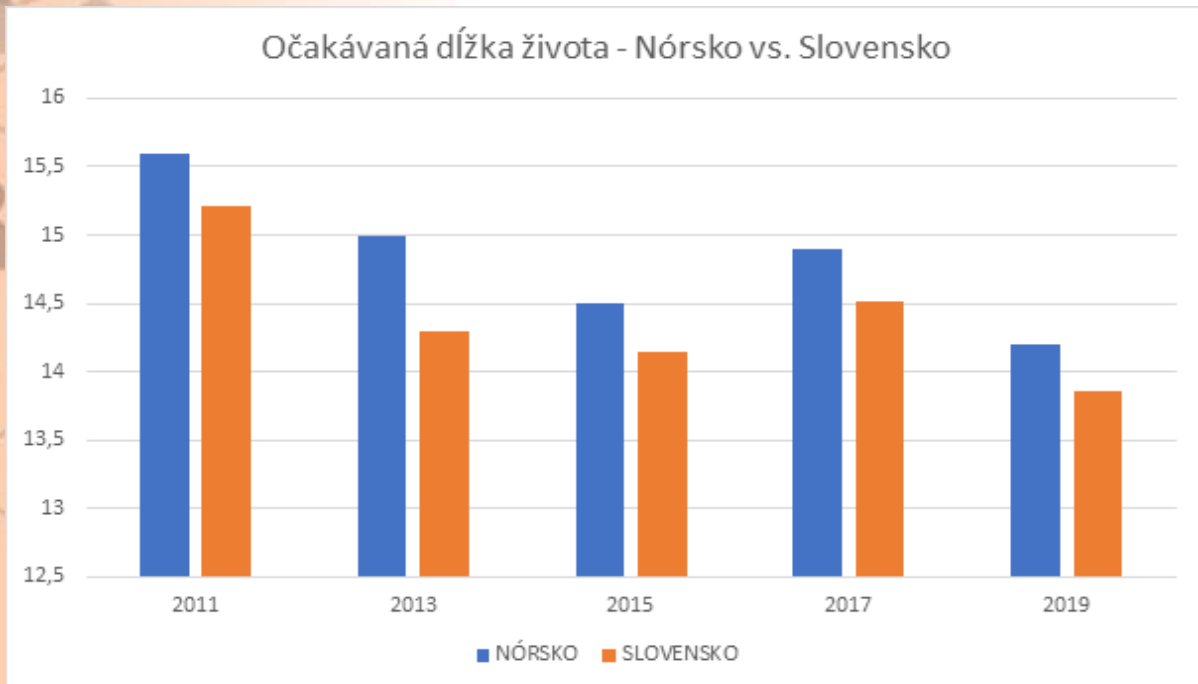
Zdroj: WHO, 2021

Tieto výsledky radia Nórsko do TOP 4 krajín v rámci OECD, ako aj v rámci svetového rebríčka.

### Predpokladaná dĺžka života pri narodení

Stredná dĺžka života pri narodení odráža celkovú úroveň úmrtnosti populácie. Podľa OECD predstavuje priemerný počet rokov, ktorý možno u novorodenca očakávať ak by prežil život, ktorý je determinovaný ukazovateľmi tej – ktorej krajiny v čase jeho narodenia, v rámci geografickej polohy, či územia a jeho pohlavia.

GRAF Č. 42: OČAKÁVANÁ DĹŽKA ŽIVOTA V NÓRSKU



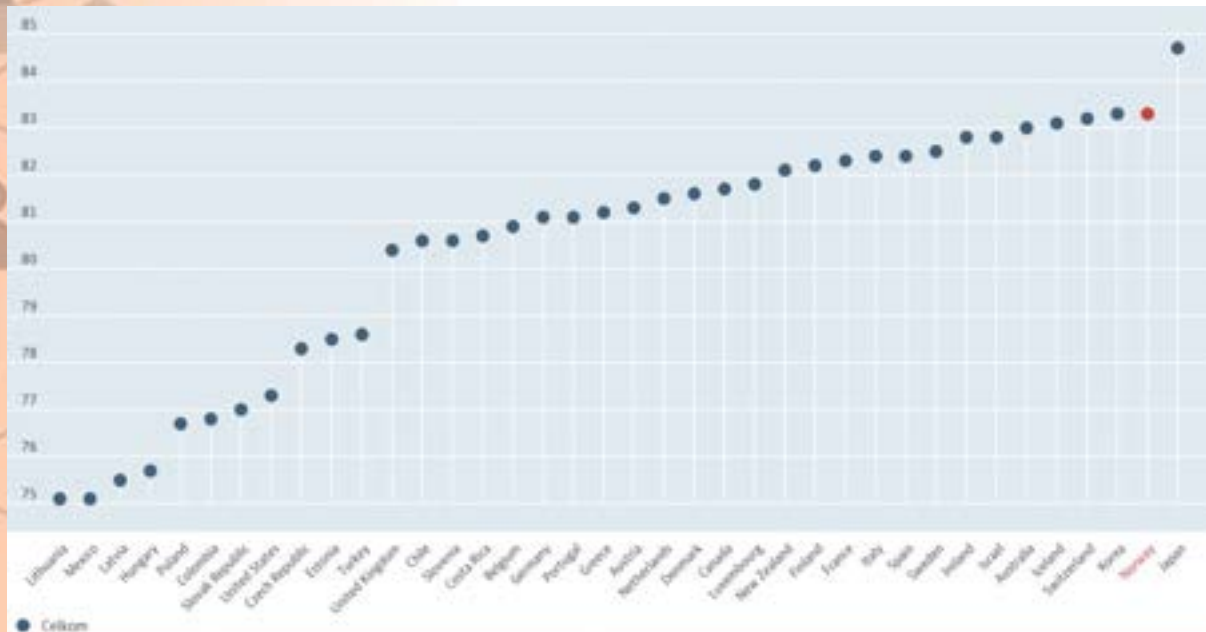
Zdroj WHO, 2021

Nórsko má v predmetnom ukazovateli tendenciu predlžovania očakávanej dĺžky života, čo poukazuje na vysokú životnú úroveň obyvateľstva. Kým v roku 2000 bola predpokladaná dĺžka života 78,6 roka, v roku 2011 to už bolo 81,3 roka. V roku 2015 bola predpokladaná dĺžka života 82,3 roka, v roku 2019 82,9 roka. V rámci hodnotenia roku 2020 je potrebné brať do úvahy vplyv pandémie Covid19 na úmrtnosť, v predmetnom roku bola predpokladaná dĺžka života priemerného Nóra 82,3 roka.

Čo sa týka umiestnenia v rámci krajín OECD, Nórsko sa v dotknutom ukazovateli zaradilo spolu s Južnou Kóreou na 2. miesto, ihneď po Japonsku. Vo svetovom rebríčku mu patrí 10. miesto.



OBRÁZOK Č. 3: OČAKÁVANÁ DĹŽKA ŽIVOTA – PORADIE KRAJÍN



Zdroj: OECD, 2022

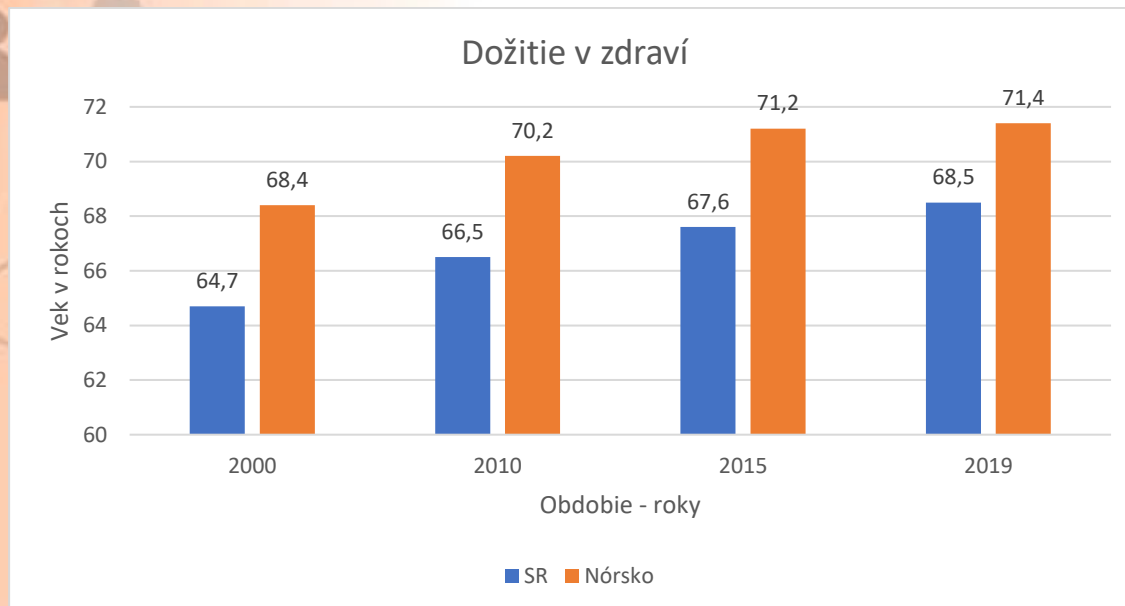
### Dožitie v zdraví

Ukazovateľ očakávaných rokov zdravého života (Healthy Life Years - HLY), známy aj ako stredná dĺžka života bez zdravotného postihnutia alebo Sullivan Index, je európsky štrukturálny ukazovateľ vypočítaný Eurostatom.

Predstavuje jednu zo súhrnných mierok zdravia populácie, známu ako očakávaná dĺžka zdravého života, pričom táto kombinuje údaje o úmrtnosti a chorobnosti, aby reprezentovala celkové zdravie populácie na jedinom ukazovateli. HLY meria počet rokov, v rámci ktorých sa očakáva, že osoba v určitom veku prežije bez výrazných zdravotných ťažkostí. Indikátor meria dva druhy dát – očakávané roky zdravého života ihneď pri narodení (jar života), a zostávajúce roky zdravého života vo veku 65 rokov (jeseň života). Pre účely tohto analytického dokumentu meriame prvý faktor – zostávajúce roky zdravého života ihneď pri narodení.

V roku 2000 bola v Nórsku očakávaná dĺžka rokov života prežitých v zdraví 68,4 roka, v roku 2010 to bolo 70,2 roka. Badáme stúpajúcu tendenciu zdravo prežitých rokov života. V roku 2015 to bolo 71,2 roka, v roku 2019 71,4 roka.

GRAF Č. 43: ROKY PREŽITÉ V ZDRAVÍ - NÓRSKO

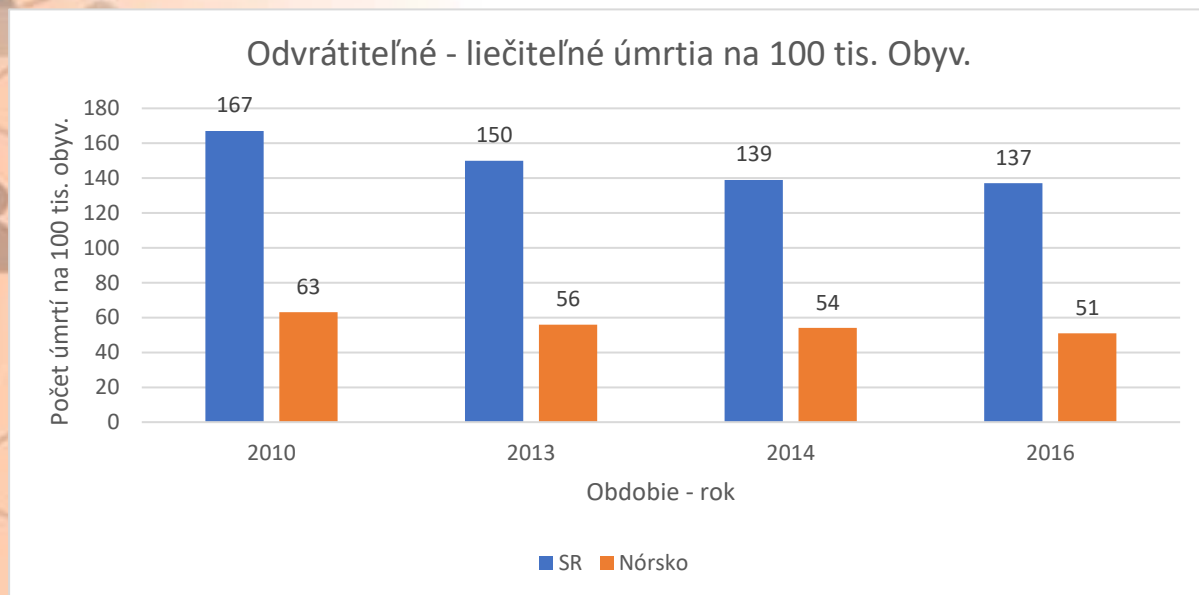


Zdroj: EUROSTAT, 2022

### Odvrátiteľná úmrtnosť

Nórsko vo všeobecnosti vykazuje v oblasti zdravotníctva vynikajúce čísla, čo svedčí o vysokej vyspelosti zdravotníctva. Čo sa týka odvrátiteľnej úmrtnosti prostredníctvom zdravotnej starostlivosti, ktorej sa v tejto podtému venujeme, (hoci preventívna je tiež podstatná, poukazuje na životný štýl a intervenciu verejného zdravotníctva krajiny). V porovnaní so Slovenskou republikou sa jedná o tretinové čísla.

GRAF Č. 44: ODVRÁTITELNÉ ÚMRTIA – NÓRSKO



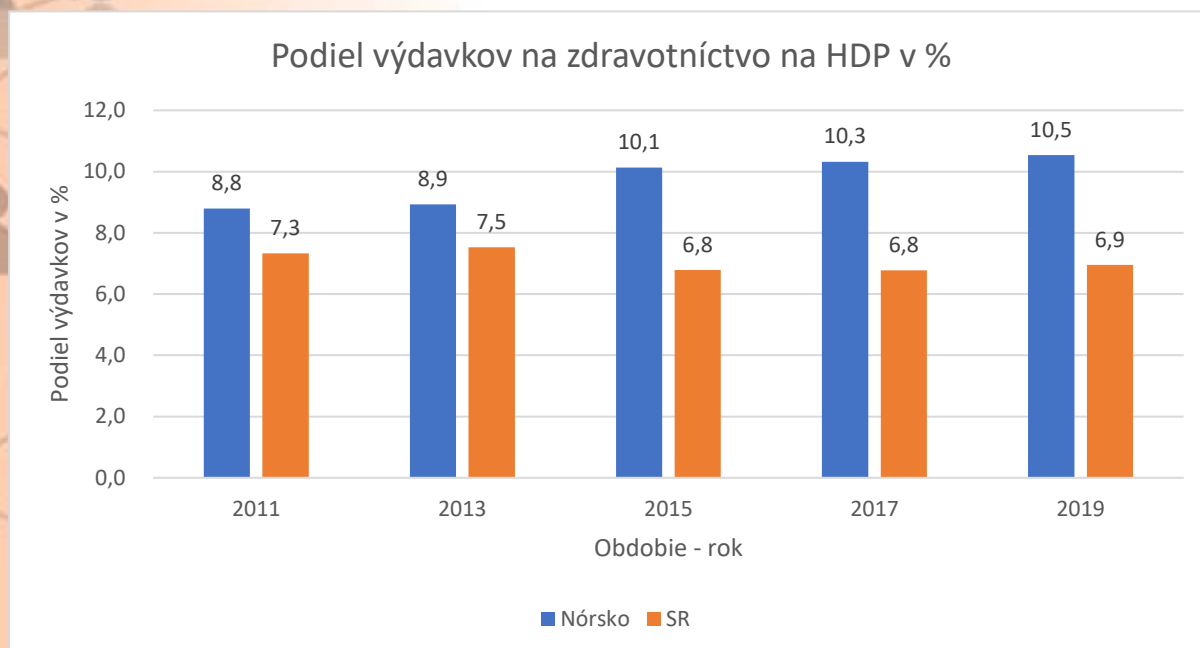
Zdroj: OECD, 2021

### Podiel výdavkov na zdravotníctvo na HDP

Výdavky (celkom, nielen verejné) na zdravotníctvo v Nórsku majú stúpajúcu tendenciu, ako nám zobrazuje graf č. 45, a v roku 2019 dosiahli hodnotu 10, 5%. Nórsko sa v rámci predmetného ukazovateľa radí medzi najrozvinutejšie ekonomiky spomedzi krajín OECD. Nórsko sa v rámci predmetného ukazovateľa radí medzi najrozvinutejšie ekonomiky spomedzi krajín OECD.



GRAF Č. 45: PODIEL HDP NA ZDRAVOTNÍCTVO



Zdroj: Svetová banka, 2022

### Domáce výdavky na zdravotníctvo

Podľa databázy WHO sú domáce výdavky na zdravotníctvo definované ako podiel bežných výdavkov na zdravotníctvo financovaných z domácich súkromných zdrojov. Domáce súkromné zdroje zahŕňajú prostriedky od domácností, korporácií a neziskových organizácií. Takéto výdavky môžu byť buď predplatené na dobrovoľné zdravotné poistenie, alebo priamo poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Počítajú sa v percentách ako podiel bežných výdavkov na zdravotníctvo. V Nórsku sa dlhodobý trend pohybuje medzi 14 – 15 % bežných výdavkov. Výdavky na zdravotnú starostlivosť v Nórsku, sú v súčasnosti na úrovni 6 187 amerických dolárov na osobu. Na Slovensku výdavky oscilujú medzi 18-19 %.

GRAF Č. 46: PRIAME PLATBY V ZDRAVOTNÍCTVE V NÓRSKU



Zdroj: Svetová banka, 2022

### 3.9. LIBERÁLNY MODEL - SINGAPUR

Singapur je jedným z najdôležitejších obchodných centier na svete, štvrtým najväčším finančným centrom sveta a jeho prístav je najvyťaženejší a druhý najväčší na svete. Jeho globalizovaná a diverzifikovaná ekonomika do značnej miery závisí na obchode, najmä na manufaktúrach, ktoré tvoria asi 30 % singapurského HDP (2014). Singapur sa nachádza vysoko v medzinárodných rebríčkoch, pokiaľ ide o životnú úroveň, vzdelanie, zdravotnú starostlivosť a ekonomickú konkurencieschopnosť. Singapur má jeden z najvyšších príjmov na osobu a je to jedna z najlepších krajín sveta, čo sa týka celkovej dĺžky života obyvateľov. Singapur je v súčasnosti jedinou ázijskou krajinou s najvyšším hodnotením AAA zo všetkých troch hodnotiacich odborov, teda Standard & Poor's, Moody's a Fitch Ratings.

### 3.9.1. Všeobecná charakteristika modelu zdravotného poistenia v Singapore

Ministerstvo zdravotníctva dohliada na zdravotnú starostlivosť, ktorej poskytovanie je rozdelené medzi verejný a privátny sektor, pričom väčšina primárnej starostlivosti je poskytovaná privátnymi a väčšina nemocničnej verejnými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Singapur má sieť privátnych a verejných nemocníc, kliník a polikliník v primárnej starostlivosti (Ondruš, Svetové zdravotnícke systémy v čase globalizácie, 2014, s. 237).

Singapurský systém zdravotnej starostlivosti sa často radí medzi najlepšie na svete a vďaka svojim pozoruhodným výsledkom ho obdivuje mnoho ďalších krajín po celom svete. Základná starostlivosť vo vládných nemocniciach je silne dotovaná a niekedy je pre singapurských občanov dokonca bezplatná, pričom luxusnejšia starostlivosť v súkromných izbách je spoplatnená. Zamestnanci v Singapure vkladajú približne 37 percent svojich miezd na povinné sporiace účty, ktoré môžu minúť na zdravotnú starostlivosť, bývanie, vzdelávanie a poistenie, pričom časť z nich prispievajú ich zamestnávateľia.

Singapurské verejné zdravotníctvo je financované z „daní“, ktoré pokrývajú len asi jednu štvrtinu celkových nákladov na zdravotnú starostlivosť. Fyzické osoby a ich zamestnávateľia preto doplácajú zvyšok vo forme poistenia a sporenia. Ako už bolo spomínané, v Singapure aktuálne funguje až 18 schém financovania zdravotnej starostlivosti a jej dotácií, ktoré sú závislé od toho, či ste / nie ste cudzinec, od veku ako aj od rozsahu zdravotnej starostlivosti, na ktorú sa má vzťahovať. Základná štruktúra systému verejného zdravotného poistenia je postavená najmä na systémoch:

- a) MediShield Life - je systém základného zdravotného poistenia, ktorý pomáha všetkým občanom Singapuru a osobám s trvalým pobytom platiť za veľké nemocničné účty a vybrané nákladné ambulantné ošetrenia. Dávky sú dimenzované na dotovanú liečbu vo verejných nemocniciach.
- b) CareShield Life - je nový základný systém poistenia dlhodobej starostlivosti, ktorý funguje od r. 2020 a vyznačuje sa vyššími výplatami, aby poskytli lepšiu ochranu a



istotu proti neistote budúcich nákladov na dlhodobú starostlivosť, ak sa klient stane ťažko zdravotne postihnutým.

- c) Medisave - je národný zdravotný sporiaci systém, ktorý pomáha jednotlivcovi odložiť časť svojho príjmu na Medisave účet, ktorý rastie s úrokmi. Môže sa použiť na úhradu schválených výdavkov na zdravotnú starostlivosť počas celého života jednotlivca, najmä po odchode do dôchodku.
- d) Medifund - je nadačný fond zriadený vládou na pomoc núdznym obyvateľom Singapuru, ktorí potrebujú ďalšiu pomoc s ich zostávajúce účty po prijatí vládnych dotácií a čerpaní iných platobných prostriedkov vrátane MediShield Life, súkromných integrovaných plánov štítu (IP), MediSave a hotovosti.
- e) a ďalšie ako napr. Screen for Life (výhodnejšie podmienky pre vybrané skriningové vyšetrenia); IDAPE (program poskytujúci finančnú pomoc núdznym a zdravotne postihnutým starším Singapurčanom, ktorí nemali nárok na vstup do ElderShield, keď bol spustený v roku 2002, pretože prekročili maximálny vstupný vek alebo už predtým boli zdravotne postihnutí) a pod.

Medishield a Medisave sú jadrom singapurského systému zdravotného poistenia. Občania a osoby s trvalým pobytom platia bežné výdavky zo svojho účtu Medisave, a ak sa veci zhoršia natoľko, že dosiahnu svoju odpočítateľnú položku, začnú používať účet Medishield. Ak však nemajú registrovaný trvalý pobyt, nemajú nárok na žiadnu vládnu pomoc týkajúcu sa zdravotnej starostlivosti, vrátane krytia MediShield Life. Nielenže si nemôžu užívať dotované ceny zdravotnej starostlivosti, ale ak nemajú súkromné zdravotné poistenie, budú musieť za ošetrovanie a návštevy lekára platiť z vlastného vrecka.

### 3.9.2. Charakteristika modelu zdravotného poistenia v Singapore prostredníctvom vybraných neekonomických a ekonomických ukazovateľov

Užitočným zdrojom dát pri hodnotení a následnom porovnávaní zdravia, zdravotných systémov a zdravotníctva sú databázy OECD, WHO a Svetovej banky. Zber a databázy údajov týchto vybraných organizácií majú za cieľ dosiahnuť čo najvyššiu porovnateľnosť hodnotených údajov medzi krajinami, prípadne ich vývoj na časovej osi. Premenné, ktorými sa budeme venovať pri hodnotení singapurského systému, sú:

a) neekonomické ukazovatele:

- dojčenská úmrtnosť (infant mortality rate)
- stredná dĺžka života pri narodení (life expectancy at birth)
- dožitie v zdraví (healthy life expectancy),
- odvrátiteľná úmrtnosť (avoidable mortality),

b) ekonomické ukazovatele:

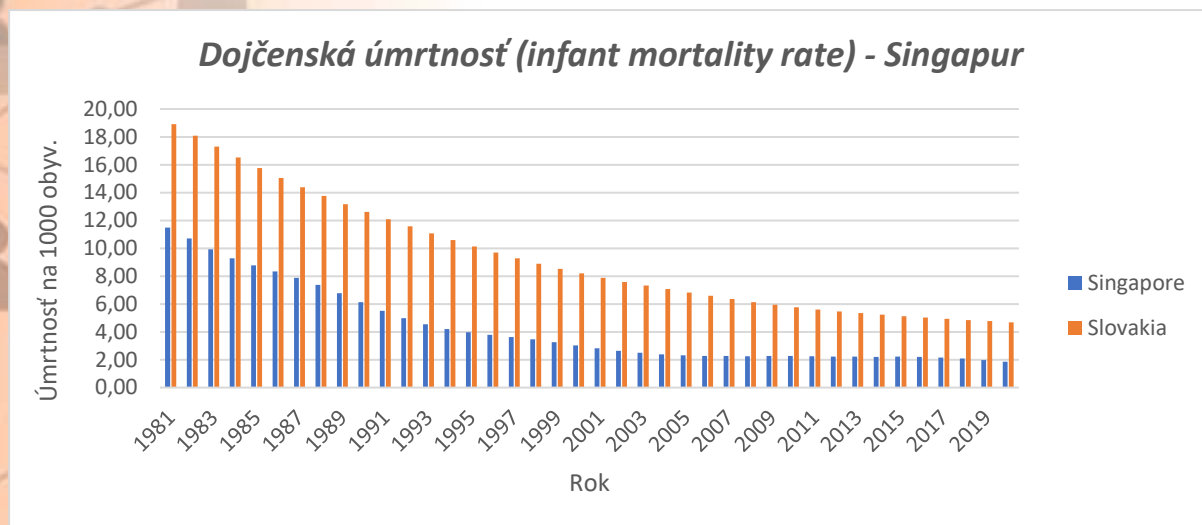
- podiel výdavkov zdravotníctva na HDP krajiny (health expenditure as a share of GDP) a
- priame platby pacientov mimo zdravotného poistenia (direct payments).

Charakteristika modelu zdravotného poistenia v Singapore prostredníctvom vybraných neekonomických ukazovateľov.

#### Dojčenská úmrtnosť

Podľa údajov WHO sa úroveň dojčenskej úmrtnosti v Singapore za posledné obdobie výrazne zlepšila. Kým v roku 1972 bol tento ukazovateľ na úrovni 19,48 úmrtí na 1000 obyvateľov, v roku 2020 bola už na úrovni 1,85 úmrtí na 1000 obyvateľov. Priemerná hodnota za posledných 50 rokov bola na úrovni 6,15 úmrtí na 1000 obyvateľov. V tomto ukazovateli sa Singapur radí na 7. priečku najlepších štátov (za Island, San Marino, Estónsko, Slovinsko, Nórsko a Japonsko).

GRAF Č. 47 : DOJČENSKÁ ÚMRTNOSŤ SINGAPUR

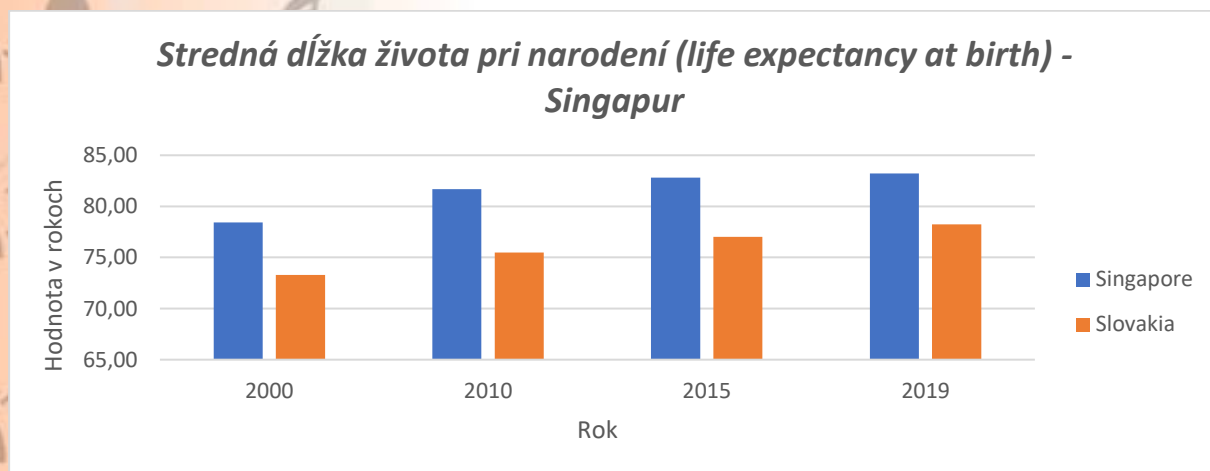


Zdroj: WHO, 2021

### Stredná dĺžka života pri narodení

Podľa údajov WHO sa stredná dĺžka života pri narodení v Singapure za posledných 20 rokov rovnako zlepšila. Kým v roku 2000 bol tento ukazovateľ na úrovni 78,44 rokov, v roku 2019 bol na úrovni 83,22 rokov. S takouto úrovňou tohto ukazovateľa sa Singapur radí na svetovú špičku, kedy lepšie hodnoty dosahujú už iba 4 krajiny na svete (Španielsko, Kórejská republika, Švajčiarsko a Japonsko).

GRAF Č. 48: STREDNÁ DĹŽKA ŽIVOTA PRI NARODENÍ - SINGAPUR



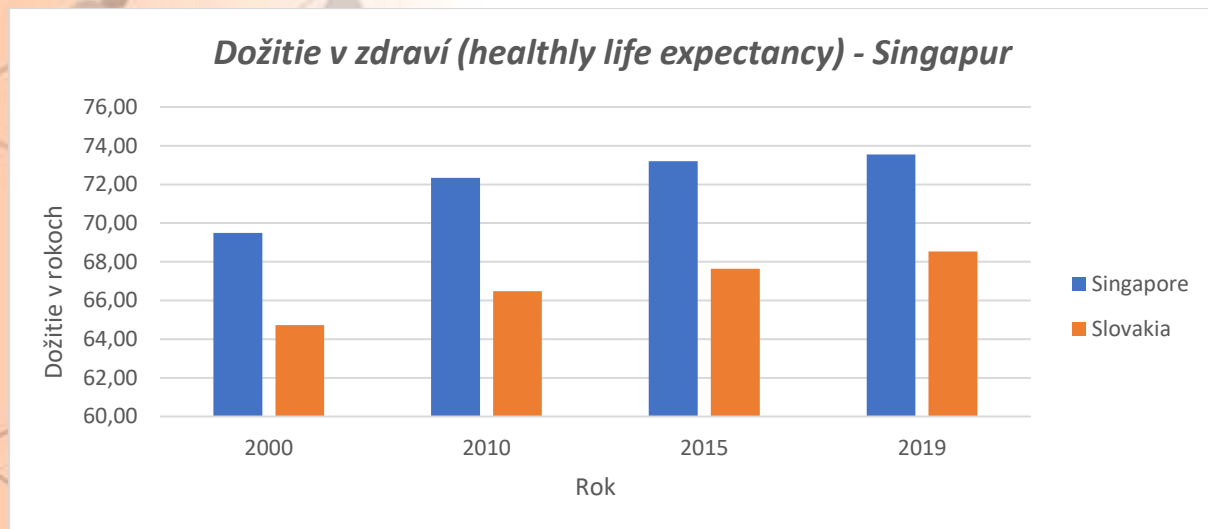
Zdroj: WHO, 2021



## Dožitie v zdraví

Zdravotná politika Singapuru z posledných dekád prináša úspech tomuto štátu aj pri ukazovateli dožitie v zdraví. Kým v roku 2000 bol tento ukazovateľ na úrovni 69,49 rokov, v roku 2019 bol na úrovni 73,55 rokov. S takouto úrovňou tohto ukazovateľa sa Singapur radí opätovne na svetovú špičku, kedy lepšiu hodnotu dosahuje už iba Japonsko s hodnotou 74,09 rokov.

GRAF Č. 49: DOŽITIE V ZDRAVÍ



Zdroj: WHO, 2021

## Odvratiteľná úmrtnosť

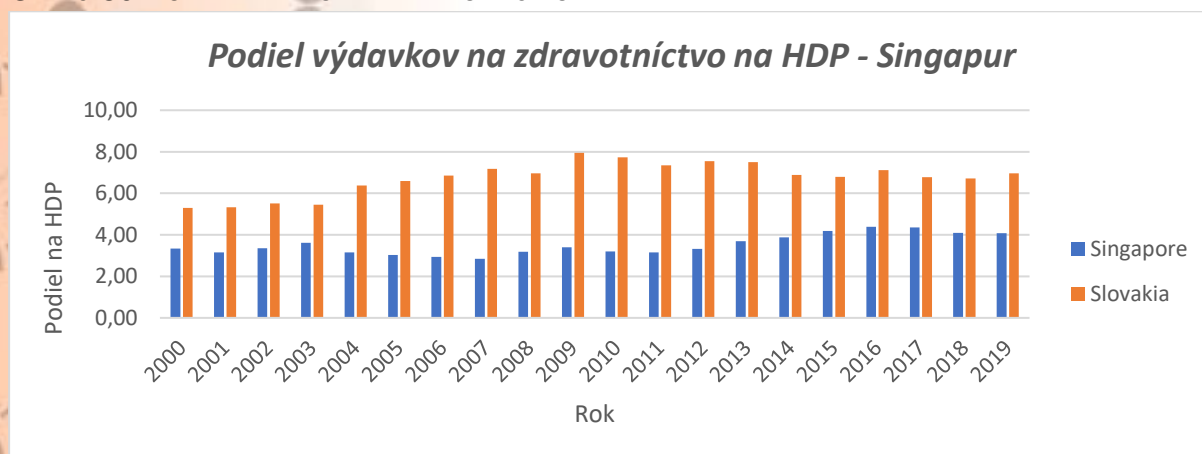
Ukazovateľ odvrátiteľnej úmrtnosti, teda tej, ktorej sa dá predísť, poskytuje jeden zo základných bodov, ktorými možno posúdiť účinnosť systémov verejného zdravia a zdravotnej starostlivosti pri znižovaní predčasných úmrtí na rôzne choroby a zranenia. Hoci systém zdravotnej starostlivosti, zdravotného poistenia resp. sporenia, ako aj systém zdravotnej štatistiky je zo strany ministerstva zdravotníctva Singapuru prepracovaný, informácia o odvrátiteľnej úmrtnosti nie je dostupná ani na WHO, ani OECD ani na stránke singapurského ministerstva zdravotníctva. Z uvedeného dôvodu nie je tento údaj pri tomto systéme spracovaný.

Charakteristika modelu zdravotného poistenia v Singapure prostredníctvom vybraných neekonomických ukazovateľov

### Podiel výdavkov zdravotníctva na HDP krajiny (health expenditure as a share of GDP)

Sledovanie výdavkov na zdravotníctvo a ich podielu na HDP krajiny poskytuje údaj o úrovni zdrojov smerovaných do zdravotníctva v porovnaní s inými spôsobmi použitia financií v hospodárstve. Ukazuje dôležitosť sektora zdravotníctva v celej ekonomike a naznačuje spoločenskú prioritu, ktorá sa zdraviu pripisuje v peňažnom vyjadrení. Priemerná hodnota za posledných 20 rokov bola v Singapure na úrovni 3,52 %, čo je v porovnaní s vyššie uvedenými neekonomickými ukazovateľmi, ktoré boli na popredných svetových priečkach číslo, dokazujúce jednak vysokú kvalitu zdravotnej starostlivosti v pomere k vloženým zdrojom štátu na strane jednej, ale zároveň vysoký podiel spoluúčasti pacientov, najmä formou poistenia, sporenia alebo aj priamych platieb na fungovaní zdravotného systému. S uvedeným % sa Singapur z pohľadu „čo najnižšieho podielu takýchto výdavkov“ radí (podľa údajov z roku 2019) na 41. priečku sveta.

GRAF Č. 50: PODIEL VÝDAVKOV NA ZDRAVOTNÍCTVO Z HDP



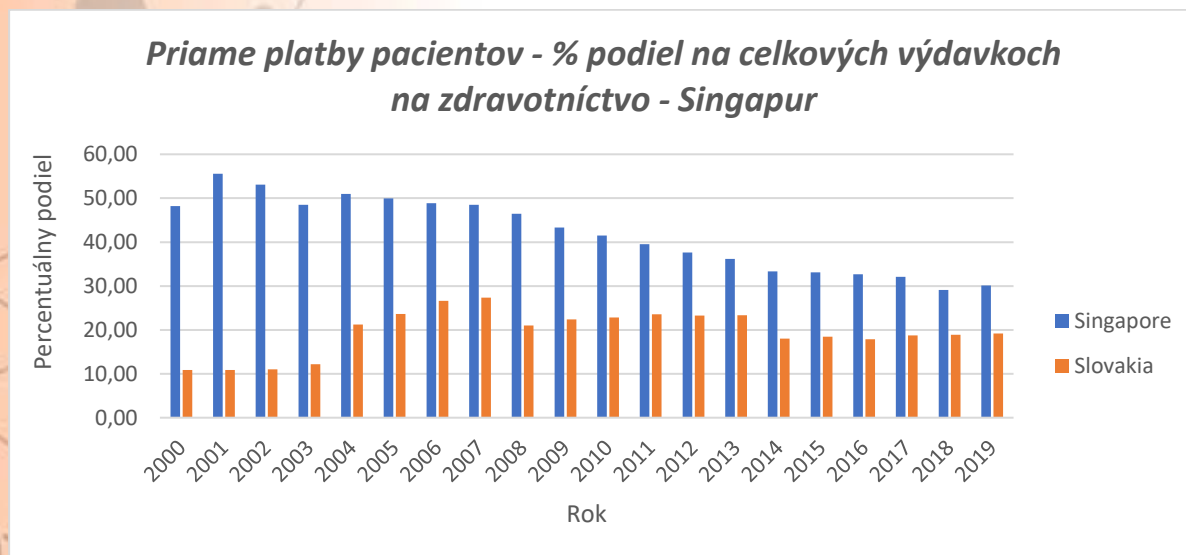
Zdroj: WHO, 2021

Tento projekt sa realizuje vďaka podpore z Európskeho sociálneho fondu a Európskeho fondu regionálneho rozvoja v rámci Operačného programu Ľudské zdroje.

### Priame platby pacientov mimo zdravotného poistenia (direct payments)

Tento ukazovateľ odhaduje, koľko domácnosti v jednotlivých krajinách vynakladajú na zdravie priamo z vrecka mimo systém zdravotného poistenia. Inak povedané, odhaduje podiel „vlastného vrecka“ na celkových bežných výdavkoch na zdravotníctvo. Trend priamych platieb v Singapore má klesajúci charakter, čo pri nie vysokom podiele výdavkov štátu na zdravotníctvo na HDP krajiny znamená, že bremeno výdavkov na zdravotnú starostlivosť je cez priame platby a systém poistenia a sporenia v Singapore najmä na pleciach pacientov. Z celosvetového pohľadu sa v tomto ukazovateli nachádza Singapur v strede.

GRAF Č. 51: PRIAME PLATBY PACIENTOV - SINGAPUR



Zdroj: WHO, 2020

### 3.10. LIBERÁLNY MODEL - USA

Spojené štáty americké patria medzi krajiny paradoxov. Na strane jednej majú jednu z najvyšších výdavkov na zdravotníctvo v pomere k HDP, na strane druhej z pohľadu kvality zdravotníckych systémov však nepatria k špičke. Napriek tomu sú USA krajinou s najrozšírenejším využívaním moderných medicínskych technológií.



V USA neexistuje univerzálny zdravotný systém zabezpečujúci starostlivosť pre všetkých obyvateľov. Niektoré štáty však v minulosti vyvíjali iniciatívu smerom k univerzálnemu systému, napríklad zavedením povinného zdravotného poistenia, ktoré chudobným dotuje štát. Vláda USA financuje z daní zdravotnú starostlivosť pre obyvateľov, a to najmä pre ľudí nad 65 rokov a zdravotne postihnutých (Medicare), chudobných (Medicaid), pre deti z rodín s nízkym príjmom (Children's Health Insurance Program), ako aj pre vojenských veteránov (Veterans Health Administration) a ľudí v aktívnej vojenskej službe (Tricare). (Wikipédia, 2022)

### 3.10.1. Všeobecná charakteristika modelu zdravotného poistenia v USA

Systém zdravotnej starostlivosti v Spojených štátoch je charakteristický tým, že nemá žiaden centrálny riadiaci orgán, je minimálne integrovaný a koordinovaný, je orientovaný na akútnu zdravotnú starostlivosť s využívaním moderných technológií s vysokými nákladmi, nerovnou dostupnosťou a priemernými výsledkami v nedokonalých trhovách podmienkach. (Ondruš, Svetové zdravotnícke systémy v čase globalizácie, 2014, s. 258).

Štát nezabezpečuje zdravotnú starostlivosť pre všetkých obyvateľov a namiesto jednej štátnej zdravotnej poisťovne má USA viac ako 1 000 súkromných poisťovní. Vo financovaní prevažuje súkromný sektor nad verejným s tým, že súkromné financovanie pokrýva 55 % a verejné financovanie 45 % celkových nákladov na zdravotnú starostlivosť. Dôležitá je skutočnosť, že zdravotné poistenie je individuálnou záležitosťou každého jednotlivca a nie je povinné. Základná štruktúra systému zdravotného poistenia je postavená najmä na týchto základných systémoch:

- a) Poistenie prostredníctvom zamestnávateľa – tento model využíva viac ako 49 % ľudí. Ak má zamestnávateľ viac ako 50 zamestnancov, je povinný im poskytovať možnosť zdravotného poistenia. V praxi je systém nastavený zväčša tak, že firma má svojho brokera, ktorý vyjednáva podmienky poistenia pre firmu a jej zamestnancov a firma podpíše zmluvu s vybranou poisťovňou. Poistenie často firmy ponúkajú aj ako firemné

- a) motivačné benefity pre zamestnancov. Zamestnanci tak môžu poistiť seba, ale aj svoju najbližšiu rodinu.
- b) Individuálne poistenie – ak má zamestnávateľ menej ako 50 zamestnancov, nemusí poskytovať možnosť zdravotného poistenia (stále si ju však môže nechať ako motivačný benefit). V takomto prípade si zväčša zamestnanec musí nájsť individuálne poistenie sám. Celkovo je individuálne poistených cca 9 % obyvateľov.
- c) Medicare - je zdravotné poistenie pre ľudí vo veku 65 rokov a starších. Je to program jedného platcu, ktorým je vláda. Tá vykonáva úlohu poisťovateľa aj platcu za poskytnuté výkony (Ondruš, Svetové zdravotnícke systémy v čase globalizácie, 2014, s. 259). Prvýkrát vzniká osobe nárok na registráciu do Medicare 3 mesiace pred dovŕšením 65. roku života. Nárok môže vzniknúť aj skôr (napr. ak má osoba zdravotné postihnutie, konečné štádium renálnej choroby (ESRD) alebo ALS (tiež nazývanú Lou Gehrigova choroba). V rámci Medicare je vnútorne tvorená rôznymi časťami, z ktorých sú čerpané zdroje na jednotlivé výkony. Základné sú časť A (určená na pokrytie nemocničnej starostlivosti) a časť B (určená na pokrytie ambulantnej starostlivosti). Časť D je určená na pokrytie nákladov spojených s preskripciou liekov. Tieto 3 sú pevnou súčasťou Medicare. Časť C je označovaná ako „advantage“ t. j. doplnková. Cez Medicare je poistených cca 14 % ľudí.
- d) Medicaid - poskytuje zdravotné pokrytie miliónom Američanov vrátane oprávnených dospelých s nízkym príjmom, detí, tehotných žien, starších dospelých a ľudí so zdravotným postihnutím. V percentuálnom vyjadrení ide o cca 19 % obyvateľov. Medicaid je spravovaný štátmi podľa federálnych požiadaviek. Program je financovaný spoločne štátmi a federálnou vládou.
- e) ďalšie ako napr. Veterans Health Administration (VHA) (ide o financovanie zdravotnej starostlivosti poskytovanej veteránom); SCHIP (program poskytujúci zdravotné poistenie deťom z nepoistených rodín); Tricare (financovanie zdravotnej starostlivosti osôb v aktívnej vojenskej službe) a pod.
- f) nakoniec, cca 9 % obyvateľov Spojených štátov nie je poistených.

Reforma zvaná Obamacare (Patient Protection and Affordable Care Act), z roku 2010, zreguloval prístup k zdravotnému poisteniu. Zmyslom zákona bolo zvýšiť dostupnosť zdravotného poistenia pre chudobnejšie vrstvy obyvateľstva. Zákon okrem iného zakazuje firmám, ktoré zabezpečujú zdravotné poistenie, akúkoľvek diskrimináciu – posudzovať výšku zdravotnej poisťky klienta podľa jeho predchádzajúceho zdravotného stavu či na základe pohlavia, ako bolo doteraz bežné, a preto bolo zdravotné poistenie v podstate nedostupné pre vážne chorých a sociálne slabších občanov.

### **3.10.2. Charakteristika modelu zdravotného poistenia v USA prostredníctvom vybraných neekonomických a ekonomických ukazovateľov**

Za zdroj dát pri hodnotení a následnom porovnávaní zdravia, zdravotných systémov a zdravotníctva využijeme databázy OECD, WHO a Svetovej banky.

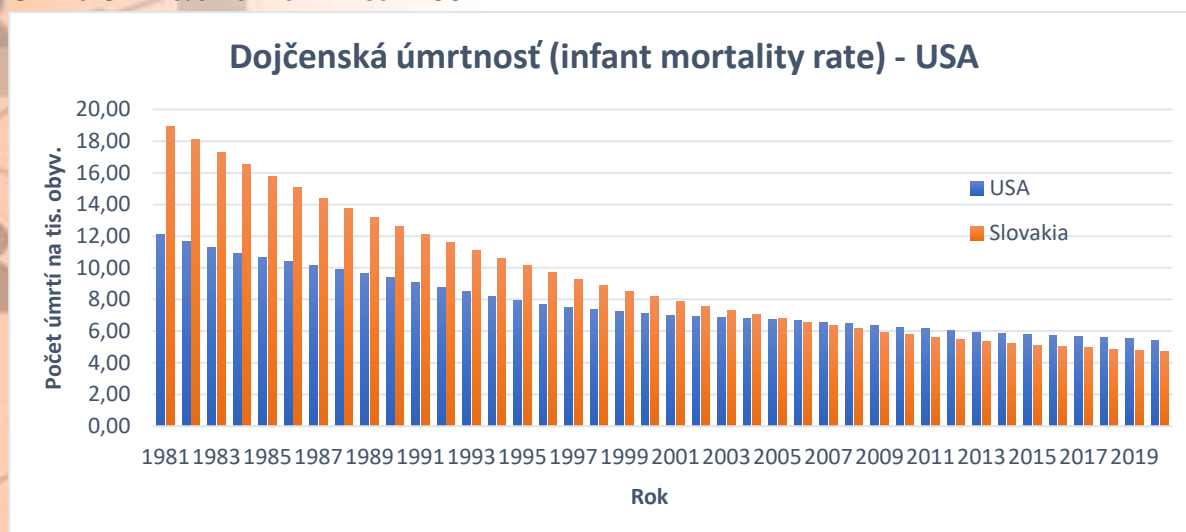
Charakteristika modelu zdravotného poistenia v USA prostredníctvom vybraných neekonomických ukazovateľov

#### **Dojčenská úmrtnosť**

Podľa údajov WHO sa úroveň dojčenskej úmrtnosti v USA zlepšila. Kým v roku 1972 bol tento ukazovateľ na úrovni 18,30 úmrtí na 1000 obyvateľov, v roku 2020 bola hodnota dojčenskej úmrtnosti už na úrovni 5,44 úmrtí na 1000 obyvateľov. Priemerná hodnota za posledných 50 rokov bola na úrovni 9,14 úmrtí na 1000 obyvateľov. V tomto ukazovateli sa USA radia na 50. priečku vo svete (WHO, 2022).



GRAF Č. 52: DOJČENSKÁ ÚMRTNOSŤ V USA

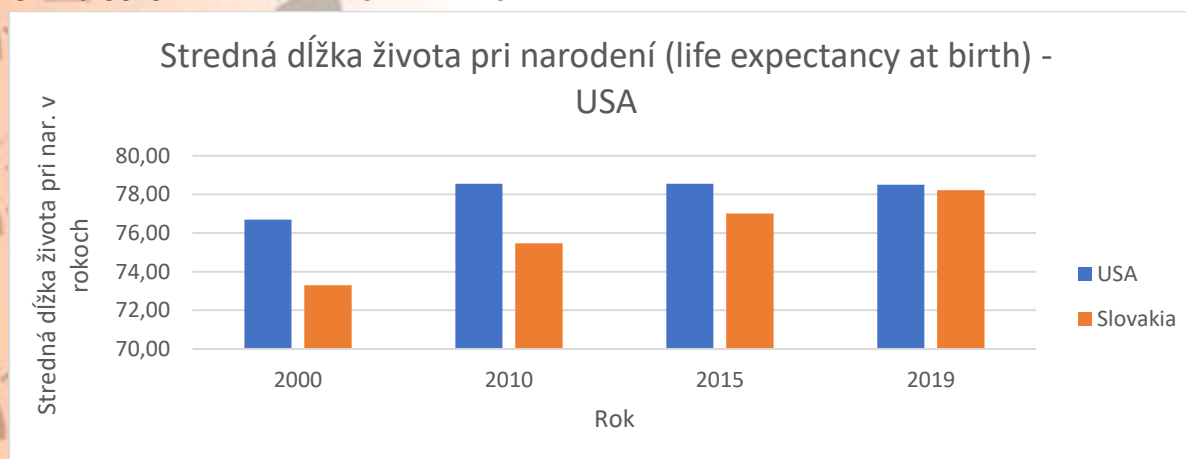


Zdroj: WHO, 2021

### Stredná dĺžka života pri narodení

Podľa údajov WHO sa stredná dĺžka života pri narodení v USA za posledných 20 rokov rovnako zlepšila, hoci nejde v zásade o veľký skok. Najvýraznejší pozitívny posun bol medzi rokmi 2000 až 2010. Naopak, medzi rokmi 2015 až 2019 došlo k skráteniu strednej dĺžky života pri narodení o 0,06. Kým v roku 2000 bol tento ukazovateľ na úrovni 76,69 rokov, v roku 2019 bol na úrovni 78,5 rokov. S takouto úrovňou tohto ukazovateľa sa USA radia na pozíciu 40. najlepšej krajiny na svete (WHO, 2022).

GRAF Č. 53: STREDNÁ DĹŽKA ŽIVOTA PRI NARODENÍ

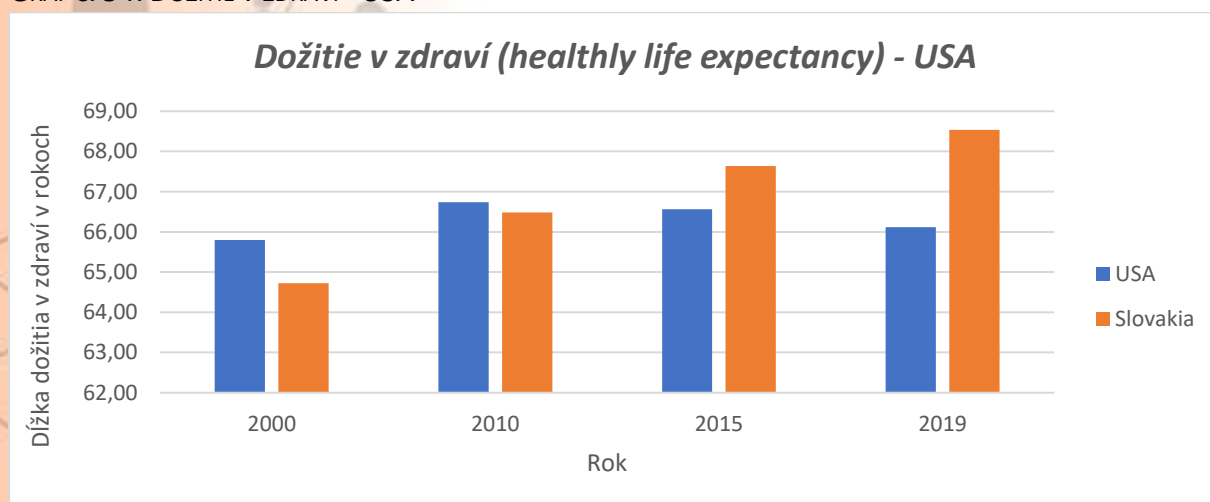


Zdroj: WHO, 2022

## Dožitie v zdraví

Zdravotná politika USA z posledných dekád, pokiaľ ide o ukazovateľ dožitia v zdraví, neprináša želaný úspech. Kým v roku 2000 bol tento ukazovateľ na úrovni 65,80 rokov, v roku 2019 bol na úrovni 66,12 rokov. Dôležitý je ale fakt, že ako pri predchádzajúcom ukazovateli stredná dĺžka života po narodení, aj pri dožití v zdraví zaznamenávajú v USA od r. 2010 postupné zhoršovanie. S takouto úrovňou tohto ukazovateľa sa USA radia na 68. priečku na svete, v rámci štátov amerického kontinentu na 14. miesto, keď tento ukazovateľ majú lepší aj štáty ako Jamajka, Trinidad a Tobago alebo Barbados (WHO, 2022).

GRAF Č. 54: DOŽITIE V ZDRAVÍ - USA

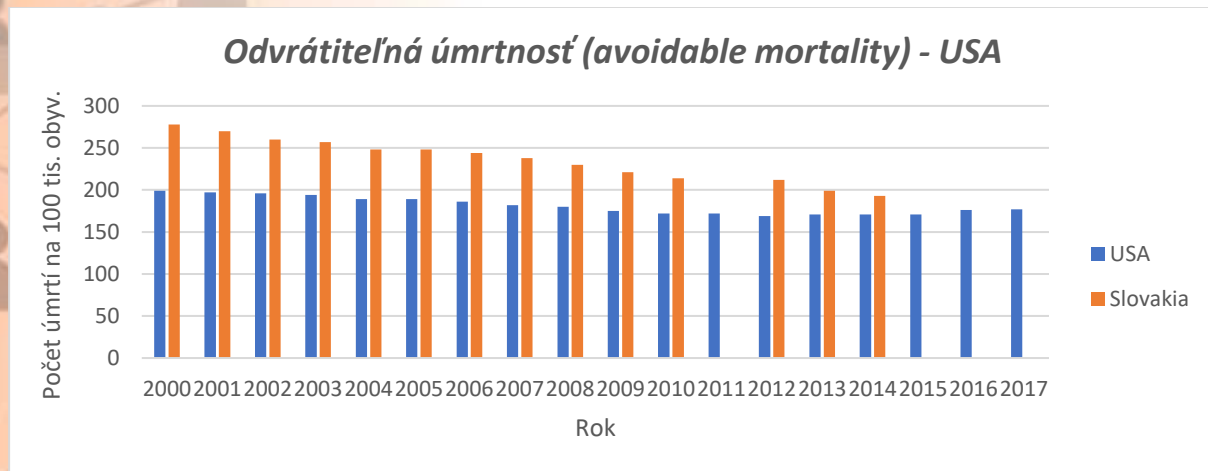


Zdroj: WHO, 2022

## Odvrátiteľná úmrtnosť

Podľa údajov OECD sa odvrátiteľná úmrtnosť v USA od r. 2000 do r. 2017 mierne zlepšila. Od r. 2015 však opäť vidieť negatívny trend rastu. Kým v roku 2000 bol tento ukazovateľ na úrovni 199 úmrtí na 100 tis. obyvateľov, v roku 2017 bol na úrovni 177 úmrtí. S takouto úrovňou tohto ukazovateľa sa USA radia na pozíciu 25. priečku spomedzi 38 krajín hodnotených v rámci OECD. (OECD, 2022)

GRAF Č. 55: ODVRÁTITELNÁ ÚMRTNOSŤ V USA



Zdroj: OECD, 2020

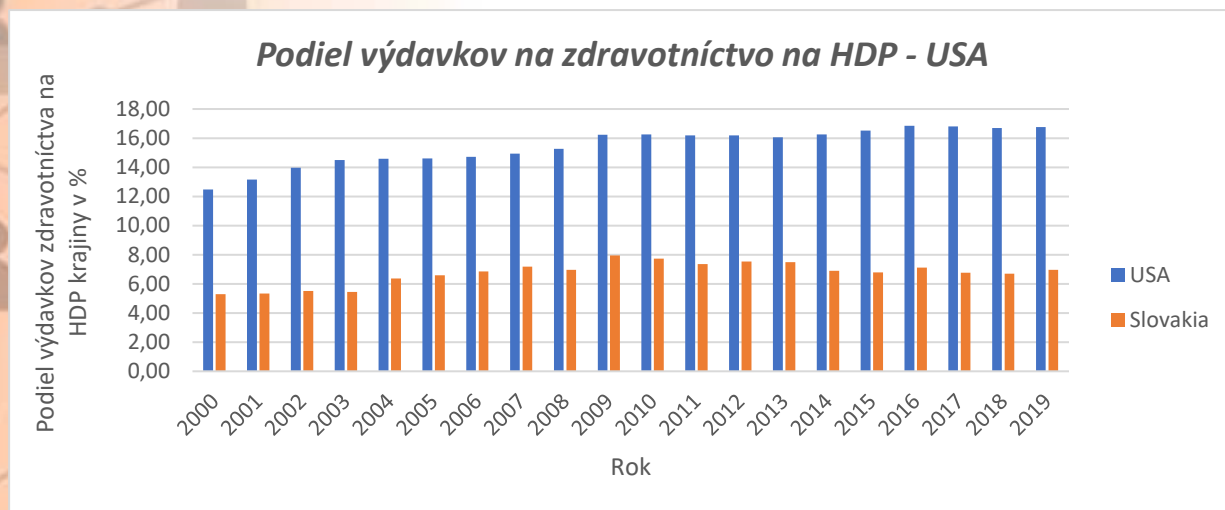
*Charakteristika modelu zdravotného poistenia v USA prostredníctvom vybraných neekonomických ukazovateľov*

#### **Podiel výdavkov zdravotníctva na HDP krajiny (health expenditure as a share of GDP)**

Priemerná hodnota za posledných 20 rokov bola v USA na úrovni 15,45 %, čo je v porovnaní s vyššie uvedenými neekonomickými ukazovateľmi nie príliš uspokojivé číslo. Neuspokojivé preto, lebo kým neekonomické ukazovatele sa skôr zhoršovali, podiel výdavkov zdravotníctva na HDP krajiny stále rastie, príp. v posledných rokoch mierne kulminuje. V roku 2019 predstavoval podiel výdavkov zdravotníctva na HDP krajiny v USA 16,77 % čo ho radí (podľa štatistiky WHO) na 2. priečku sveta (pozn. pred USA je už len malý štát v Oceánii s názvom Tuvalu, ktorý síce dáva cca 24 %, avšak má necelých 12 tis. obyvateľov a výška HDP predstavuje 12,2 mil. USD). Dá sa teda konštatovať, že USA majú celosvetovo najväčší podiel výdavkov zdravotníctva na HDP krajiny. Otázna je teda efektivita zdrojov a „predraženosť“ systému zdravotníctva v USA. (WHO, 2022)



GRAF Č. 56: PODIEL VÝDAVKOV NA ZDRAVOTNÍCTVO NA HDP USA

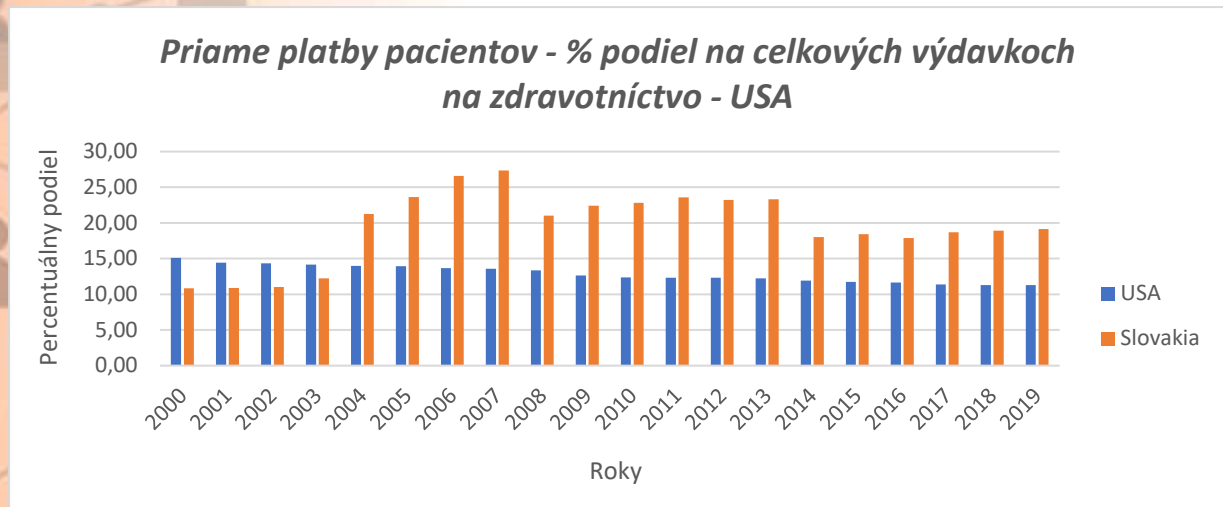


Zdroj: WHO, 2021

### Priame platby pacientov mimo zdravotného poistenia (direct payments)

Trend priamych platieb v USA má klesajúci charakter. Kým v roku 2000 bola hodnota priamych platieb na úrovni 15,11 %, v roku 2019 bola na úrovni 11,31 %. Tu možno hľadať priamu úmeru, že s rastúcimi výdavkami štátu na zdravotníctvo klesá podiel priamych platieb obyvateľov. Za posledných 20 rokov bola priemerná výška priamych platieb na úrovni 12,89 %. Celkovo môžeme z pohľadu tohto ukazovateľa zaradiť USA na 27. priečku spomedzi všetkých štátov hodnotených WHO s najnižším % priamych platieb v zdravotníctve.

GRAF Č. 57: PRIAME PLATBY PACIENTOV - USA



Zdroj: WHO, 2021

#### 4. SLOVENSKÉ ZDRAVOTNÉ POISTENIE

Organizačné usporiadanie zdravotného poistenia prešlo z hľadiska medzinárodného porovnania historicky odlišnú cestu v Európe a v USA. Príčiny odlišného vývoja je možné definovať najmä v rozdielnom sociálno–ekonomickom rozvoji, ako aj v rozdielom chápaní vývoja ľudských hodnôt, ktoré zákonite determinujú politické rozhodnutia v tej – ktorej krajine. Zatiaľ čo v USA bola hlavným impulzom pre vznik súkromného poistenia snaha zaistiť príjmy poskytovateľov v období hospodárskej krízy v 30. rokoch minulého storočia, v Európe bol vznik systému iniciovaný na báze solidarity medzi skupinami obyvateľstva s nerovnakými príjmami. V mnohých štátoch tak došlo historicky ku vzniku zmiešaných systémov, s rôznymi platobnými schopnosťami a možnosťami, čo demonštrujú najmä ukazovatele ekonomického charakteru, používané najčastejšie: Podiel sektoru zdravotníctva tej – ktorej krajiny na HDP (GDP), a Out of pocket payments, teda priamu platbu za poskytnutie zdravotnej starostlivosti, alebo služby.

Ako aj v ostatných členských štátoch EÚ, systém zdravotníctva na Slovensku čelí silným a rastúcim fiškálnym tlakom, ktoré sú spojené so starnutím populácie a technologickými zmenami v kontexte už beztak vysokých verejných výdavkov a pokračujúcej potrebe fiškálnych konsolidácií.

Z uvedeného dôvodu je nutné, aby bol zdravotnícky systém krajiny viac nákladovo efektívny, prístupný a schopný zabezpečiť fungujúce zdravotníctvo, vedúce ku zdravému obyvateľstvu. Čo v konečnom dôsledku znamená dlhší život obyvateľov v kontexte starnutia, dostatok pracovných síl a z toho vyplývajúci ekonomický rast a s ním súvisiacu prosperitu krajiny.

Domáce aj medzinárodné hodnotenia systému zdravotníctva na Slovensku poukazujú na značné výzvy, súvisiace s jeho nákladovou efektívnosťou. Rôzne analýzy ukazujú, že existuje priestor na zlepšenie výsledkov slovenského zdravotníctva prostredníctvom lepšieho



prideľovania verejných zdrojov (konsolidácie), bez zníženia kvality poskytovania služieb (Európska Komisia, 2017).

Slovenské zdravotníctvo je založené na povinnom systéme zdravotného poistenia, prevádzkovanom pluralitne tromi zdravotnými poisťovňami. Tieto spravujú základný finančný balík a poskytujú univerzálne pokrytie zdravotnej starostlivosti. Zdravotné poisťovne majú v súlade s príslušnou legislatívou povinnosť zabezpečiť zmluvy s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a vyjednávať kvalitu, ceny a objemy služieb. Slovenské ministerstvo zdravotníctva zohráva ústrednú úlohu pri riadení zdravotníckeho systému vo všeobecnosti. Samotný dohľad nad prácou zdravotných poisťovní zabezpečuje Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v súlade s kompetenčnými zákonmi. Zdravotný stav slovenskej populácie všeobecne zaostáva za priemerom EÚ (viď predchádzajúce kapitoly).

Podľa Ústavy Slovenskej republiky majú mať všetci obyvatelia Slovenska zabezpečený bezplatný prístup k zdravotnej starostlivosti, k základným službám, ktoré sú hradené z verejného zdravotného poistenia

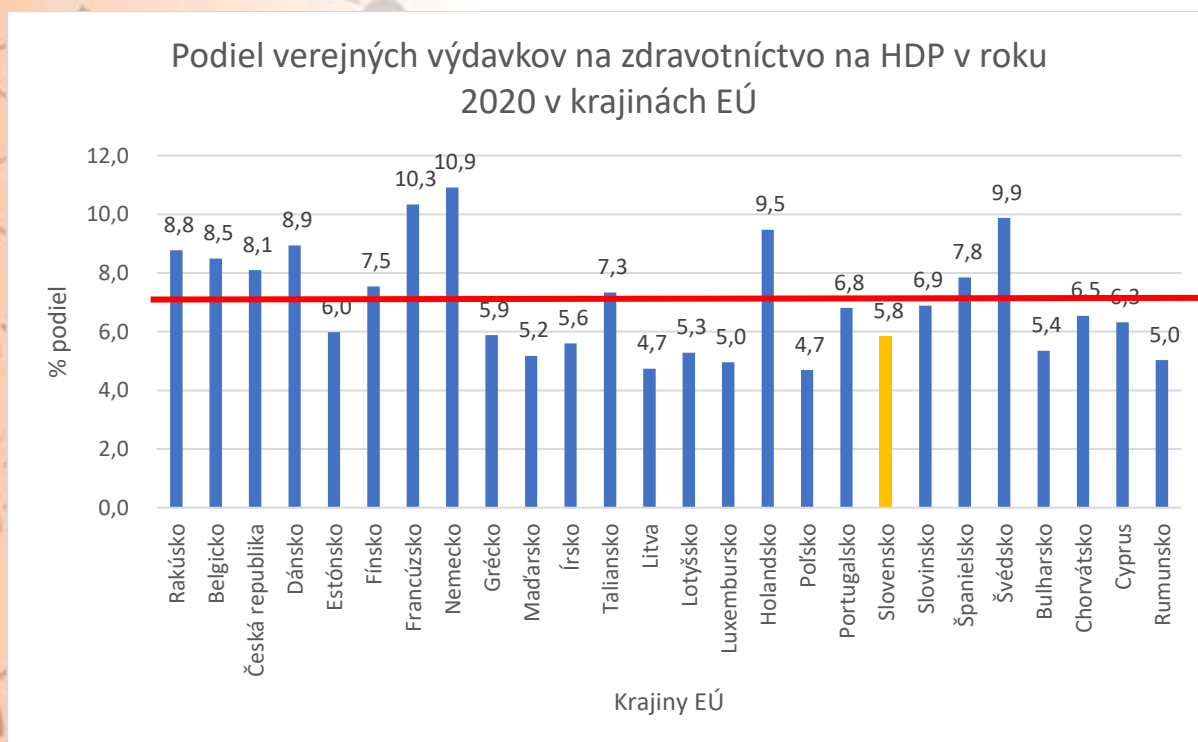
Zdravotné poistenie je kľúčovým faktorom k financovaniu zdravotníctva. Všetci jednotlivci, občania Slovenskej republiky, prispievajú do poisťovacieho systému, aby im v budúcnosti bola uhradená zdravotná starostlivosť pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Verejné zdroje tvorili v roku 2013 podľa údajov WHO 80 % celkových výdavkov na zdravotníctvo v slovenskom zdravotníctve. Hlavným zdrojom príjmov systému sú príspevky zamestnancov a zamestnávateľov, samostatne zárobkovo činných osôb, dobrovoľne nezamestnaných, príspevky financované z verejných zdrojov v mene poistencov štátu a dividendy.

Poistencov štátu je pojem používaný pre významnú skupinu prevažne ekonomicky neaktívnych osôb, za ktoré platí príspevky štát (deti, študenti, rodičia na RD, dôchodcovia, zdravotne postihnutí a pod). Pomer príjmov od poistencov štátu k príjmom ostatných skupín je 30:70. Jedným z opatrení reforiem v zdravotníctve z roku 2004 bolo zavedenie pevného vzorca na

výpočet výšky odvodov štátu. Ten bol pomerne jednoduchý – ako vymeriavací základ sa použila priemerná mzda spred dvoch rokov, na ktorú sa uplatnila sadzba 4 %, a to celé sa vynásobilo počtom poistencov štátu. Ako bolo zdôvodnené v koncepcii poskytovania zdravotnej starostlivosti v SR z decembra 2003: „Cieľom reformy zdravotníctva je stabilizácia podmienok zdravotného poistenia.“ (AmCham Slovakia: Zdravá budúcnosť, 2021). Povinne vyberané zdravotné odvody plynú do zdravotných poisťovní a prerozdeľujú sa podľa schémy prispôsobenia riziku. Táto schéma sa upravuje podľa veku, pohlavia, ekonomickej aktivity a pod (Zákon č. 581/2004 Z. z). Na základe správy Európskej komisie z roku 2018 o starnutí Slovensko čelí dlhodobu náročným projekciám vývoja výdavkov na zdravotnú starostlivosť. Samotná úroveň Slovenska v rámci verejných výdavkov na zdravotnú starostlivosť je dlhodobu pod priemerom krajín EÚ. V roku 2020 bola pod priemerom EÚ na úrovni 5,8 % HDP, pričom priemer krajín EÚ je 7,02 %. Na Slovensku sa však predpokladá nárast o 1,2 percentuálneho bodu v zdravotníctve v pomere výdavkov ku HDP do roku 2070.

GRAF Č. 58: PODIEL VEREJNÝCH VÝDAVKOV NA ZDRAVOTNÍCTVO NA HDP V EÚ



Zdroj dát: OECD 2021

#### 4.6. PRINCÍP VZÁJOMNOSTI A SOLIDARITY

System zdravotného poistenia na Slovensku je vytvorený na princípe vzájomnosti a solidarity. Princíp vzájomnosti vyjadruje systematické a pravidelné odvádzanie platieb povinnými subjektmi na zdravotné poistenie, z ktorého je prerozdelené hradenie zdravotnej starostlivosti. Princíp solidarity je veľmi úzko prepojený s princípom vzájomnosti. Človek, ktorý potrebuje zdravotnú starostlivosť si ju neuhrádza vtedy, keď potrebuje, ale je odkázaný aj na druhých. Solidarita je mierou spolupatričnosti, ktorá vyjadruje zhromažďovanie finančných prostriedkov a následné prerozdelenie so zreteľom na sociálnu spravodlivosť. V zdravotnom poistení sa uplatňuje absolútna solidarita, tá sa vyjadruje zásadou „každému rovnako“ podľa „jeho potrieb“. Každý povinný subjekt musí odvádzať zdravotné poistenie zdravotnej poisťovni preto, aby mal vtedy, keď to bude potrebovať zabezpečenú zdravotnú starostlivosť. Princíp solidarity má časový rozmer a objemový rozmer. Časový rozmer je v podstate o tom, že dnes si platím pre potenciálne riziko v budúcnosti a mnou zaplatené peniaze sa používajú pre druhých. Tzv. objemový rozmer je pohľad na zdravotné poistenie z hľadiska solidarity bohatších s chudobnými. Každý platí určité stanovené percento zo svojho príjmu.

V súkromnom poistení poznáme tzv. index osobného rizika. Tento sa do zdravotného poistenia premieta v príjmovej časti priamo zvýšením platby, t. j. určitého percenta z príjmu jedinca podľa individualizovanej miery rizika (napr. chronické ochorenia, obezita, fajčenie, alkoholizmus, narkómia a pod). V celospoločenskom meradle sa uplatňuje solidarita medzi zdravotnými poisťovňami, je k tomu vytvorený systém - prerozdeľovací mechanizmus.

Prerozdeľovací mechanizmus zabezpečuje spravodlivé rozdeľovanie zdrojov medzi poisťovňami na základe nákladovosti ich vlastného poistného kmeňa. Je založený na lineárnej regresii, parametrami sú demografické indexy, príznaky chronických ochorení a aj indexy individuálnych nákladov za predošlé obdobie. Prerozdeľovací mechanizmus je dôležitým aspektom systému zdravotného poistenia na Slovensku tak, aby zabezpečil dostatočné zdroje pre poisťovne aj pri nákladných poistencoch.



#### 4.7. VEREJNÉ ZDRAVOTNÉ POISTENIE

Verejné zdravotné poistenie predstavuje solidárny systém, ktorého hlavným účelom je úhrada zdravotnej starostlivosti (realizácia základného práva na bezplatnú zdravotnú starostlivosť podľa článku 40 Ústavy SR). Verejné zdravotné poistenie predstavuje súhrn verejných zdrojov – finančných prostriedkov, ktoré sú primárne určené na úhradu zdravotnej starostlivosti a zdravotné poisťovne sú správcami verejných prostriedkov.

Verejné zdravotné poistenie, jeho vznik, zánik, rozsah, podmienky, práva a povinnosti sú upravené v Zákone č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len zákon o zdravotnom poistení):

Osobný rozsah, vznik a zánik verejného zdravotného poistenia je definovaný v §§ 3 – 5 Zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení.

Zdravotné poistenie vzniká narodením, ak ide o fyzickú osobu s miestom trvalého pobytu na Slovensku alebo o nezaopatreného rodinného príslušníka, ktorý sa poistencovi narodil v inom členskom štáte.

Povinne verejne zdravotne poistená je osoba, ktorá má trvalý pobyt na území SR. V tomto prípade verejné zdravotné poistenie vzniká:

- narodením
- získaním trvalého pobytu na území SR
- zánikom zdravotného poistenia na území štátu, v ktorom mal sídlo zamestnávateľ
- zánikom SZČO v cudzine
- zánikom zdravotného poistenia v cudzine osobe, ktorá sa dlhodobo zdržiavala v cudzine (viac ako 6 mesiacov).

Povinne verejne zdravotne poistená je aj osoba, ktorá nemá trvalý pobyt na území SR. V tomto prípade verejné zdravotné poistenie vzniká:

- zamestnanec cudzí štátny príslušník, ktorý nie je zdravotne poistený v inom členskom štáte EÚ a je zamestnaný u zamestnávateľa so sídlom na území SR
- SZČO cudzí štátny príslušník – ak vykonáva činnosť na území SR a nie je poistený v inom členskom štáte EÚ
- azylant
- zahraničný študent, ktorý študuje na území SR na základe medzinárodnej zmluvy

Na Slovensku vykonávajú verejné zdravotné poistenie tri zdravotné poisťovne:

- Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.
- Dôvera zdravotná poisťovňa, a.s.
- Union zdravotná poisťovňa, a.s.

Poistenec má právo podať prihlášku na verejné zdravotné poistenie len v jednej poisťovni podľa svojho slobodného výberu. Prihlášku má možnosť podať do 30. septembra bežného kalendárneho roku s tým, že poistencom novej zdravotnej poisťovne sa poistenec stane od 1. januára nasledujúceho roka.

Zdravotná poisťovňa má právo odmietnuť prijatie prihlášky len v dvoch prípadoch:

- Keď bola prihláška skôr podaná v inej zdravotnej poisťovni.
- Keď bola prihláška podaná po stanovenom termíne, t. j. do 30. septembra.

Okrem osobného rozsahu zákon o zdravotnom poistení v § 11 definuje platiteľov poistného, ktorými sú:

- zamestnanec,
- samostatne zárobkovo činná osoba,
- zamestnávateľ,
- štát,
- platiteľ dividend
- samoplatca.

#### 4.8. LEGISLATÍVNY RÁMEC

Právne vzťahy, ktoré vznikajú v súvislosti so zdravotným poistením sa riadia Zákonom č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Vzťahy, ktoré s výkonom verejného zdravotného poistenia súvisia sú obsiahnuté v mnohých formálnych prameňoch práva:

- Zákon 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov
- Zákon 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti
- Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov
- Zákon č. 579/2004 Z. z. o záchrannej zdravotnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov
- Zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov
- Nariadenie vlády SR č. 777/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Zoznam chorôb, pri ktorých sa zdravotné výkony čiastočne uhrádzajú alebo sa neuhrádzajú na základe verejného zdravotného poistenia
- Vyhláška Ministerstva zdravotníctva SR č. 247/2008 Z. z., ktorou sa upravujú postupy, spôsoby a ďalšie podrobné pravidlá pre duálne zobrazovanie a prepočty zaokrúhľovania a vykazovania peňažných údajov pre oblasť zdravotníctva
- Zákon č. 392/2020 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 581/2004 o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení



niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony

- Zákon 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov
- Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky 507/2005 Z. z., ktorou sa upravujú podrobnosti o povoľovaní terapeutického použitia hromadne vyrábaných liekov, ktoré nepodliehajú registrácii, podrobnostiach o ich úhrade na základe verejného zdravotného poistenia a i.

#### 4.9. PRÍJMY V ZDRAVOTNÍCTVE

Cieľom každého zdravotného systému je zabezpečiť, aby celkové náklady za služby zdravotnej starostlivosti boli dostatočne finančne kryté zo zdrojov poistencov, ktorí tieto služby využívajú a zároveň primerane a udržateľne dofinancované zo strany štátu. Na dosiahnutie a zabezpečenie tohto cieľa je však potrebné naakumulovať dostatočné množstvo zdrojov. Otázkou financovania zdravotníctva a zabezpečenia dostatku zdrojov preto môžeme chápať v užšom a širšom slova zmysle:

V širšom slova zmysle pod financovaním zdravotníctva rozumieme získavanie zdrojov, zhromažďovanie zdrojov a ich používanie na zabezpečenie (nákup) zdravotnej starostlivosti, v užšom slova zmysle pod financovaním zdravotníctva rozumieme získavanie zdrojov.

Keďže pod širším významom financovania v zdravotníctve sa v istom uhle pohľadu dá hovoriť aj o výdavkoch, pri spracovaní problematiky príjmov v zdravotníctve ich budeme chápať najmä v užšom význame financovania zdravotníctva vrátane ich zhromažďovania.

#### 4.9.1. Všeobecne o príjmoch v slovenskom zdravotníctve

Systém zdravotnej starostlivosti na Slovensku je založený na princípoch univerzálneho prístupu k zdravotnej starostlivosti, povinného zdravotného poistenia a základných balíkov zdravotnej starostlivosti hradených z verejného zdravotného poistenia. Okrem určitých výnimiek je zdravotná starostlivosť poskytovaná poisteným osobám bezplatne formou nepeňažného plnenia (hradí ho príslušná zdravotná poisťovňa).

Všeobecne možno povedať, že finančné prostriedky ako príjmy prúdia do zdravotníctva od jednotlivcov (fyzických osôb alebo samostatne zárobkovo činných osôb), ako aj zamestnávateľov, ktorí sú povinní prispievať do zdravotného systému v rôznych formách – dane, zdravotné odvody, nominálne poistné a iné, v závislosti od platnej legislatívy.

Najdôležitejším zdrojom financovania na Slovensku je verejné zdravotné poistenie. Ministerstvo zdravotníctva okrem toho každoročne vyčleňuje časť prostriedkov zo štátneho rozpočtu na financovanie poistencov štátu, prevádzku zariadení v pôsobnosti ministerstva zdravotníctva, realizáciu preventívnych plánov, investície do obnovy infraštruktúry lôžkových zariadení ako aj ambulantného sektoru.

Zdrojom finančných prostriedkov v slovenskom systéme sú zdravotné odvody zamestnancov a zamestnávateľov, teda prostriedky, ktoré sú naviazané na príjmy z práce. Keďže len tieto príjmy sú nedostatočné na pokrytie všetkých výdavkov zdravotníctva, tak systém je dopĺňaný zdrojmi zo štátneho rozpočtu, najmä ako „náhrada“ za odvody nezamestnaných, dôchodcov a iných osôb, za ktorých v zmysle platnej legislatívy platí „platí odvody“ štát. Na Slovensku vyberajú zdravotné odvody tri zdravotné poisťovne, jedna štátna (Všeobecná zdravotná poisťovňa) a dve súkromné poisťovne (Dôvera a Union).

Alokácia zdrojov verejným a súkromným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti sa následne uskutočňuje na základe zmluvného vzťahu, ktorý určuje výšku platieb, charakter služieb a ich kvalitu. Práve tento spôsob vysvetľuje priamy vzťah medzi odvádzaním odvodov a následným

financovaním zdravotnej starostlivosti z tých istých prostriedkov, ktoré zároveň nemôžu (nemali by) byť využité v inom rezorte než v rezorte zdravotníctva.

Systém zdravotného poistenia je najrozšírenejším v krajinách OECD, teda v ekonomicky najrozvinutejších krajinách sveta. Dôvodom je, že tento systém by bolo ťažké implementovať v krajinách s nízkym ekonomickým rastom, pretože systém by nedokázal akumulovať dostatok zdrojov na financovanie výdavkov zdravotníctva (HPI, 2022).

Podobne ako v iných európskych krajinách je súčasný systém zdravotného poistenia v SR založený na princípe solidarity, plurality, rovnosti, autonómie, kontrolnej úlohe štátu a verejnoprávnosti. Oddelenie systémov zdravotného a sociálneho poistenia závisí od úplne odlišných princípov, na ktorých sú oba systémy založené. Pri poskytovaní ZS a jej financovaní je základným princípom princíp absolútnej solidarity. V oblasti nemocenského poistenia a dôchodkového poistenia platí zásada sociálnej solidarity. Rozdiel medzi systémom zdravotného poistenia a systémom sociálneho poistenia je zrejmý tiež z ekonomického hľadiska. V oblasti sociálneho poistenia poskytovanie peňažných dávok priamo súvisí s dosiahnutým príjmom, v oblasti zdravotného poistenia pri poskytovaní vecných dávok takáto súvislosť nie je (Glova, 2013, s. 32).

#### **4.9.2. Príjmy v slovenskom zdravotníctve a ich základná právna úprava**

Základným predpokladom fungovania systému zdravotného poistenia ako základného kameňa príjmov zdravotníctva je čl. 40 Ústavy Slovenskej republiky, v zmysle ktorého majú občania, na základe zdravotného poistenia, právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon. Na základe tohto splnomocnenia je hlavným pilierom právnej úpravy príjmov v zdravotníctve zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, ktorý upravuje zdravotné



poistenie, právne vzťahy vznikajúce na základe zdravotného poistenia a prerozdelenie poistného na verejné zdravotné poistenie.

Okrem výberu poistného má vplyv na stav finančných prostriedkov v segmente zdravotníctva aj prerozdelenie (mesačné alebo ročné) poistného, ale najmä výška úhrady štátu za poistencov štátu.

#### 4.9.3. Pohľad na príjmy v slovenskom zdravotníctve cez makročísła

V roku 2022 je predpoklad, že cez systém zdravotníctva pretečú zdroje v celkovej hodnote cca 6 miliárd Eur s tým, že do zdravotnej starostlivosti sa investuje cca 7,7 % HDP. Celkový hospodársky vývoj SR ovplyvňuje aj výšku disponibilných zdrojov v zdravotníctve, ktoré sú závislé od hospodárskeho vývoja, zásahov politických rozhodnutí a legislatívnych zmien. Tieto zdroje sú tvorené:

- a) verejnými zdrojmi, ktorými bolo zaplatené poistné všetkými platiteľmi poistného,
- b) ostatnými zdrojmi, plynúcimi do rozpočtu zdravotníckych zariadení, ktoré sú súčasťou verejnej správy a
- c) súkromnými zdrojmi, ktorými boli výdavky obyvateľstva za tovary a služby v oblasti zdravotníctva, ktoré neboli hradené z verejných zdrojov.

Celkové disponibilné zdroje v zdravotníctve vzrástli v roku 2021 v porovnaní s predchádzajúcim rokom o 494 mil. eur, čo predstavuje nárast o takmer 8 %. Tento nárast bol tvorený predovšetkým nárastom poistného zaplateného v rámci verejného zdravotného poistenia (391 mil. eur).

Podiel disponibilných zdrojov v zdravotníctve na HDP mierne vzrástol na 7,1 %. Najvýznamnejšia časť disponibilných zdrojov v zdravotníctve je poistné zaplatené v rámci verejného zdravotného poistenia, ktoré v roku 2021 stúplo na 5 627 mil. eur, čo predstavuje, v súlade s rastom ekonomiky, nárast o 391 mil. eur. Väčšina medziročného nárastu pochádza z poistného plateného ostatnými platiteľmi poistného, predovšetkým ekonomicky aktívnymi

poistencami. V súlade s rastom miezd vzrástlo poistné zaplatené ostatnými platiteľmi o 266 mil. eur na 4 335 mil. eur. Platba štátu za jeho poistencov vzrástla o 125 mil. eur na 1 292 mil. eur.

Celkový počet poistencov bol k 31. 12. 2021 na úrovni 5 167 379 poistencov, čo predstavuje medziročne pokles o 3 985 poistencov. Počet poistencov štátu bol k 31. 12. 2021 na úrovni 2 930 411 (medziročný pokles o 1,1 %) a počet ekonomicky aktívnych poistencov bol na úrovni 2 236 968 poistencov (medziročný nárast o 1,3 %). Priemerná mesačná platba poistného plateného ekonomicky aktívnym poistencom (plateného formou odvodu na zdravotné poistenie) bola 161,45 eur. Priemerná mesačná platba za jedného poistenca štátu bola 36,74 eur.

Súkromné zdroje predstavujú výdavky obyvateľstva na zdravotnú starostlivosť nehradenú v rámci verejného zdravotného poistenia. Tieto zdroje v roku 2021 medziročne narástli o 9,2 % a v roku 2021 doplatili pacienti na zdravotnú starostlivosť cca 1 231 mil. eur. (UDSZ, 2022)

Počet poistencov sa v roku 2021 v porovnaní s predchádzajúcim rokom výrazne nezmenil. Z celkového počtu 5 167 379 poistencov bolo 43 % ekonomicky aktívnych, za 57 % poistencov platil poistné štát. Ide najmä o dôchodcov, deti, študentov, matky na materskej a rodičovskej dovolenke a nezamestnaných evidovaných na úrade práce. Z pohľadu príjmov do zdravotného systému je však situácia odlišná. 43 % ekonomicky aktívnych poistencov prispieva formou odvodov do zdravotného systému 77 % jeho celkových príjmov. Poistné za poistencov štátu je hradené zo štátneho rozpočtu, na ktorý prispievajú všetci pracujúci a firmy prostredníctvom odvodov a daní. Dalo by sa teda povedať, že celých takmer 6 mld. eur sa ročne vyzbiera na zdravotníctvo od zamestnancov a zamestnávateľov, pracujúcich ľudí a podnikateľov. (UDZS, 2022)

Disponibilné zdroje v zdravotníctve v roku 2020 medziročne vzrástli o 107,20 mil. eur, čo predstavoval nárast o 1,69 %. Zaplatené poistné vzrástlo o 0,14 %, pričom platba štátu za jeho poistencov poklesla v porovnaní s rokom 2019 o 2,97 %. V prípade ostatných platiteľov došlo

k nárastu o 1,08 %. Verejné zdroje zaznamenali oproti roku 2019 nárast o 33,41 mil. eur, čo je zvýšenie o 0,63 %. Ostatné verejné zdroje, ktorými sú výdavky plynúce do zdravotníckych zariadení, ktoré sú súčasťou verejnej správy, boli rozpočtované v objeme vyššom o cca 27,57 %. V prípade súkromných zdrojov, ktorými boli výdavky obyvateľstva do zdravotníctva nehradeného z verejných zdrojov, došlo k ich zvýšeniu o 7,00 %. Platba štátu za jej poistencov v roku 2020 bola v porovnaní s rokom 2019 nižšia o 35,77 mil. eur, čo predstavuje pokles o 2,97 %. Od 1. 1. 2020 došlo k legislatívnej zmene, na základe ktorej došlo k úprave platby štátu za jeho poistencov. Na základe uvedeného predstavovala v roku 2020 priemerná mesačná platba štátu za jeho poistenca 32,42 eur. V porovnaní s rokom 2019, kedy bola priemerná úhrada štátu vo výške 34,34 eur, štát uhradil mesačne za svojho poistenca menej o 1,92 eur. V roku 2020 evidovali zdravotné poisťovne poistencov štátu spolu v počte 2 999 785. V porovnaní s rokom 2019 došlo k nárastu poistencov štátu zdravotných poisťovní spolu o 98 053 poistencov. (UDZS, 2022)

#### **4.9.4. Porovnanie vybraných ekonomických ukazovateľov ovplyvňujúcich výšku príjmov v zdravotníctve**

Vo financiách ovplyvňujúcich fungovanie zdravotníctva sa prelína viacero ukazovateľov, ktorých vývoj na časovej osi za posledné desaťročie formoval stav a kvalitu poskytovanej ZS v SR. Pre porovnanie boli vybrané nasledovné ukazovatele:

- a) výška celkových disponibilných zdrojov v zdravotníctve,
- b) celkové zaplatené poistné a v rámci toho podiel platiteľov poistného a podiel štátu za poistencov štátu a
- c) súkromné zdroje vo financovaní zdravotníctva.



#### 4.9.5. Výška celkových disponibilných zdrojov

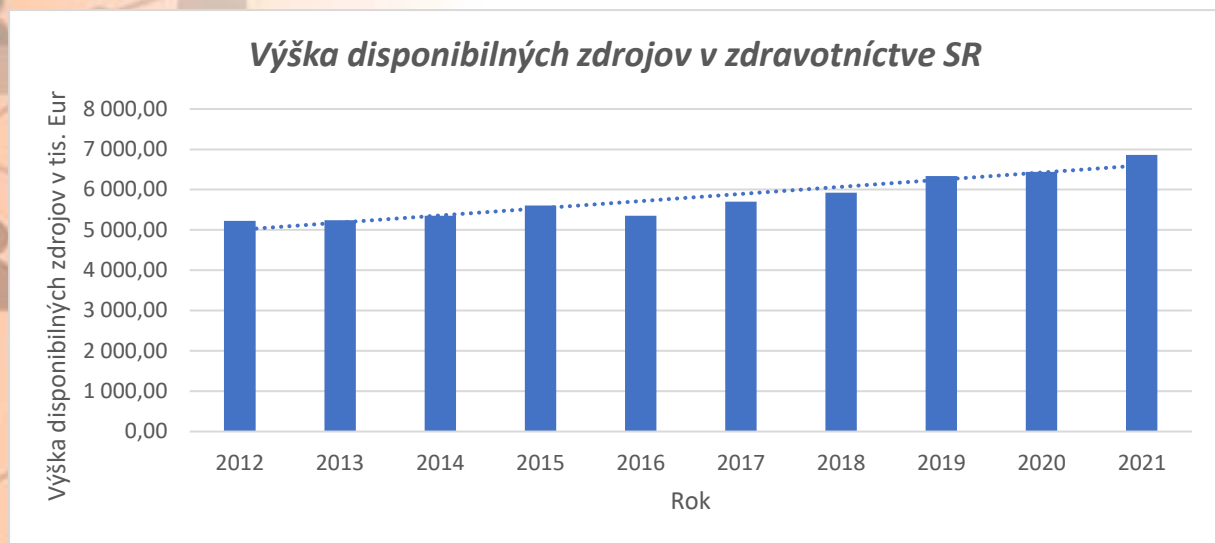
Disponibilné zdroje v zdravotníctve sú tvorené verejnými zdrojmi, ktorými bolo zaplatené poistné všetkými platiteľmi poistného v zmysle platnej legislatívy, ostatnými zdrojmi, plynúcimi do rozpočtu zdravotníckych zariadení, ktoré sú súčasťou verejnej správy a súkromnými zdrojmi, ktorými boli výdavky obyvateľstva za tovary a služby v oblasti zdravotníctva, ktoré neboli hradené z verejných zdrojov (UDZS, 2022). Priemerná hodnota celkových disponibilných zdrojov za posledných 10 rokov bola na úrovni 5 754,75 mil. Eur, pričom trend má stúpajúci charakter.

TABUĽKA Č. 4 : VÝŠKA CELKOVÝCH DISPONIBILNÝCH ZDROJOV V ZDRAVOTNÍCTVE V TIS. EUR

Rok	Výška disponibilných zdrojov (v tis. Eur)
2012	5 229,40
2013	5 242,30
2014	5 351,40
2015	5 604,40
2016	5 354,50
2017	5 700,55
2018	5 926,18
2019	6 333,90
2020	6 441,10
2021	6 858,00

Zdroj: UDZS, 2022

GRAF Č. 59: VÝŠKA CELKOVÝCH DISPONIBILNÝCH ZDROJOV V ZDRAVOTNÍCTVE NA SLOVENSKU



Zdroj: UDZS, 2022

#### 4.9.6. Celkové zaplatené poistné

Celkové zaplatené poistné v sebe zahŕňa zdroje zdravotníctva prameniace zo zákonného výberu poistného na verejné zdravotné poistenie v zmysle platnej legislatívy, a to jednak zo strany ekonomicky aktívnych osôb (zamestnanci, SZČO) a zamestnávateľov, ako aj zo strany štátu za poistencov štátu (nezamestnaní, dôchodcovia, nezaopatrené deti a pod.). Z nižšie uvedených údajov vyplýva, že trend výberu celkovo zaplateného poistného má rastúci charakter s tým, že vnútorný pomer medzi štátom a ostatnými platiteľmi má kolísavý trend. Priemerná hodnota zaplateného celkového poistného na verejné zdravotné poistenie za sledované obdobie posledných 10 rokov bola na úrovni 4 564,89 mil. Eur.

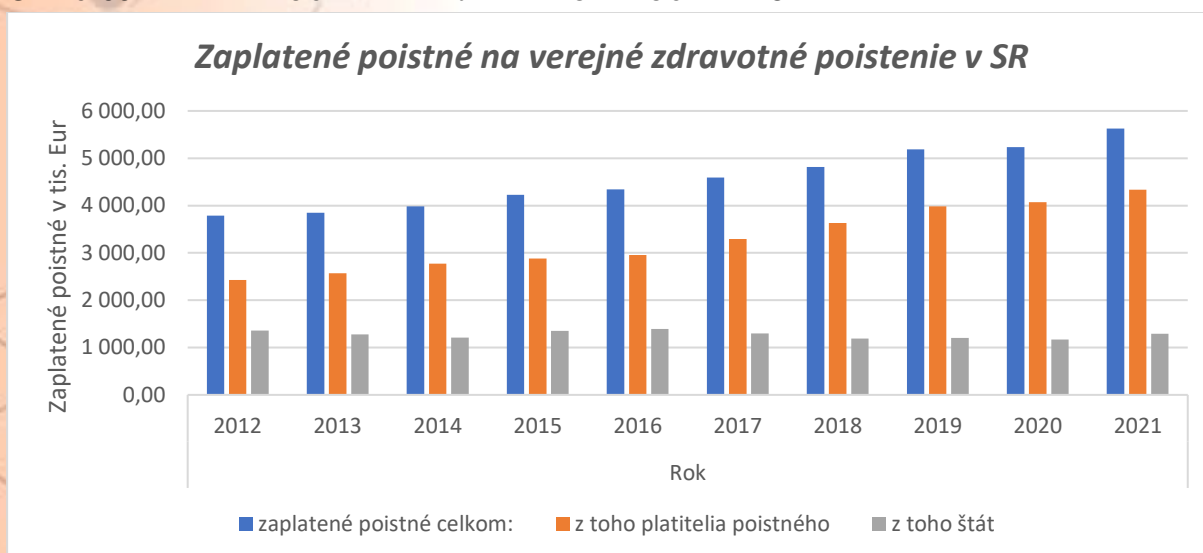
TABUĽKA Č. 5: ZAPLATENÉ POISTNÉ NA VEREJNÉ ZDRAVOTNÉ POISTENIE V SR (V TIS. EUR)

Rok	Ukazovateľ		
	zaplatené poistné celkom	z toho platitelia poistného	z toho štát
2012	3 786,00	2 427,80	1 358,20
2013	3 849,80	2 573,00	1 276,80

2014	3 981,50	2 770,00	1 211,50
2015	4 228,90	2 880,00	1 348,90
2016	4 344,70	2 952,60	1 392,10
2017	4 591,40	3 292,10	1 299,30
2018	4 818,90	3 629,90	1 189,00
2019	5 184,70	3 981,90	1 202,80
2020	5 236,20	4 069,20	1 167,00
2021	5 626,80	4 334,70	1 292,10

Zdroj: UDZS, 2022

GRAF Č. 60: ZAPLATENÉ POISTNÉ NA VEREJNÉ ZDRAVOTNÉ POISTENIE V SR



Zdroj: UDZS, 2022

#### 4.9.7. Súkromné zdroje vo financovaní zdravotníctva

Súkromné zdroje predstavujú výdavky obyvateľstva na zdravotnú starostlivosť nehradenú v rámci verejného zdravotného poistenia. Trend tých zdrojov je v posledných rokoch stúpajúci, pričom priemerná hodnota za sledované obdobie (ako vyššie) je na úrovni 1 165,44 mil. Eur.

TABUĽKA Č. 6: SÚKROMNÉ ZDROJE V ZDRAVOTNÍCTVE V SR (V TIS. EUR)

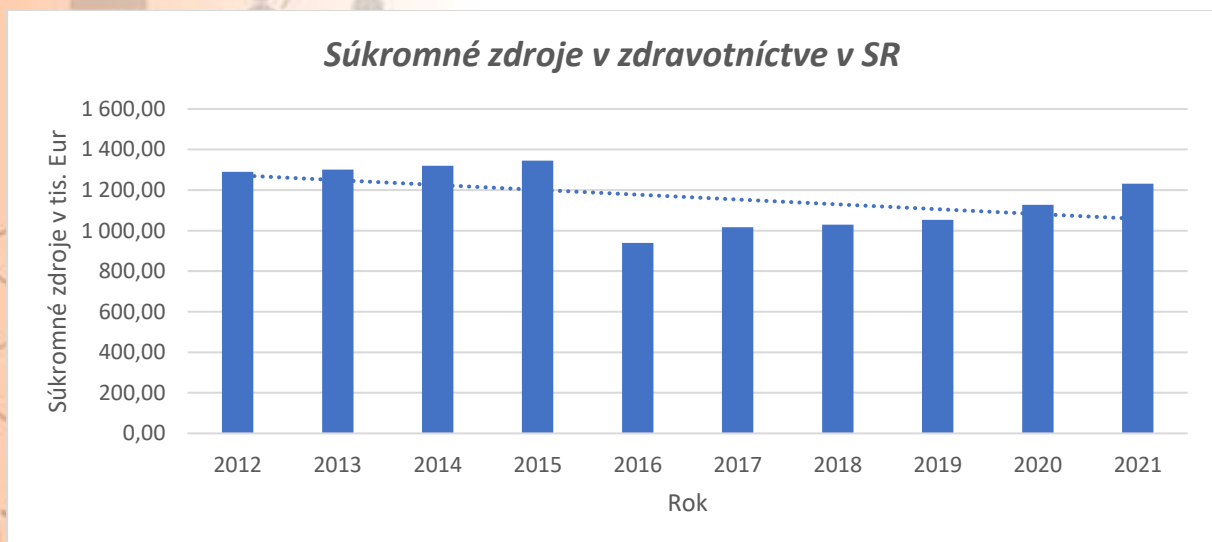
Rok	Výška súkromných zdrojov (v tis. Eur)
2012	1 289,40



2013	1 301,20
2014	1 319,90
2015	1 345,50
2016	938,80
2017	1 017,15
2018	1 029,78
2019	1 053,83
2020	1 127,59
2021	1 231,20

Zdroj: UDZS, 2022

GRAF Č. 61: SÚKROMNÉ ZDROJE V ZDRAVOTNÍCTVE V SR



Zdroj: UDZS, 2022

#### 4.10. VÝDAVKY NA ZDRAVOTNÍCTVO

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti je vo veľkej miere vnímané v kontexte čl. 40 Ústavy Slovenskej republiky, že každý občan má právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon. Avšak zákon č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia

a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti jednoznačne nevymedzuje, čo je hrazené z povinného zdravotného poistenia a čo si hradí pacient. Jednoznačné je to iba v prípade stomatológie.

#### 4.10.1. Výdavky na zdravotníctvo z pohľadu zdrojov

Výdavky do zdravotníctva neustále rastú, čo dokumentujú aj nasledujúce grafy za obdobie rokov 2000 – 2020 (výdavky plynúce z povinného zdravotného poistenia a platba štátu za svojich poistencov). V uvedených hodnotách nie sú však započítané výdaje obyvateľov – doplatky za lieky, zdravotnícke pomôcky, výkony a pod.

Výdaje na zdravotníctvo za uvedené obdobie, t. j. od roku 2000 do roku 2020 vzrástli o 258,92%, pričom najvýraznejší nárast bol zaznamenaný po roku 2004, kedy došlo k aplikácii tzv. Zajacovej reformy.

GRAF Č. 62 VEREJNÉ VÝDAVKY NA ZDRAVOTNÍCTVO NA SLOVENSKU



Zdroj: OECD, 2021

Výrazne rastú výdavky plynúce z povinného zdravotného poistenia od ekonomicky aktívneho obyvateľstva. Každoročne dochádza k úprave minimálneho vymeriavacieho základu, ktorý sa odvíja od výšky minimálnej mzdy na príslušné obdobie. Avšak platba štátu za svojich poistencov sa znižuje. V minulosti bola platba štátu stanovená ako percento z pomernej časti minimálnej mzdy. V zmysle § 13 ods. 13 zákona o 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov je platba štátu za svojich poistencov na rok 2022 určená zákonom o štátnom rozpočte ako pevná suma výdavku zo štátneho rozpočtu. V prípade zvyšujúceho sa počtu poistencov štátu, tak klesá platba štátu na jedného poistenca.

Úmerne uvedenému rastu verejných výdavkov na zdravotníctvo rastú aj výdavky domácností (tzv. z vlastného vrecka) na zdravotnú starostlivosť vid'. Graf. č. 63.

GRAF Č. 63: VÝDAVKY DOMÁCNOSTÍ NA ZDRAVOTNÍCTVO NA SLOVENSKU



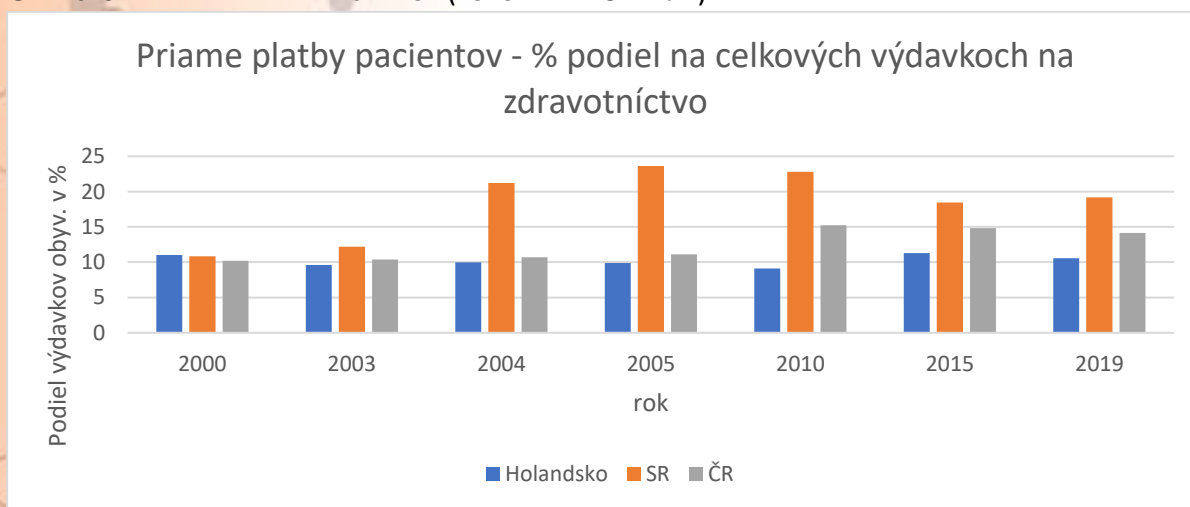
Zdroj: OECD, 2022

Je veľmi zaujímavé, že napriek širokému rozsahu zdravotnej starostlivosti hradenej z povinného zdravotného poistenia narastajú výdavky obyvateľov z „vlastného vrecka“. Pre porovnanie v nasledujúcom grafe uvádzame percentuálny podiel priamych platieb pacientov



na celkových výdavkoch na zdravotníctvo, kde sú výdavky obyvateľov Slovenska výrazne vyššie ako v prípade napr. Holandska a sú vyššie aj v porovnaní s Českou republikou. K uvedenému nárastu došlo po roku 2004, po realizácii tzv. Zajacovej reformy. Príčinou uvedeného je nejednoznačné zadenovanie služieb hrađených z povinného zdravotného poistenia, resp. nie je jednoznačne zadenované, ktoré služby nie sú hrađené z povinného zdravotného poistenia, tak ako je to napr. v Holandsku.

GRAF Č. 64: PRIAME PLATBY PACIENTOV (POROVNANIE 3 KRAJÍN)

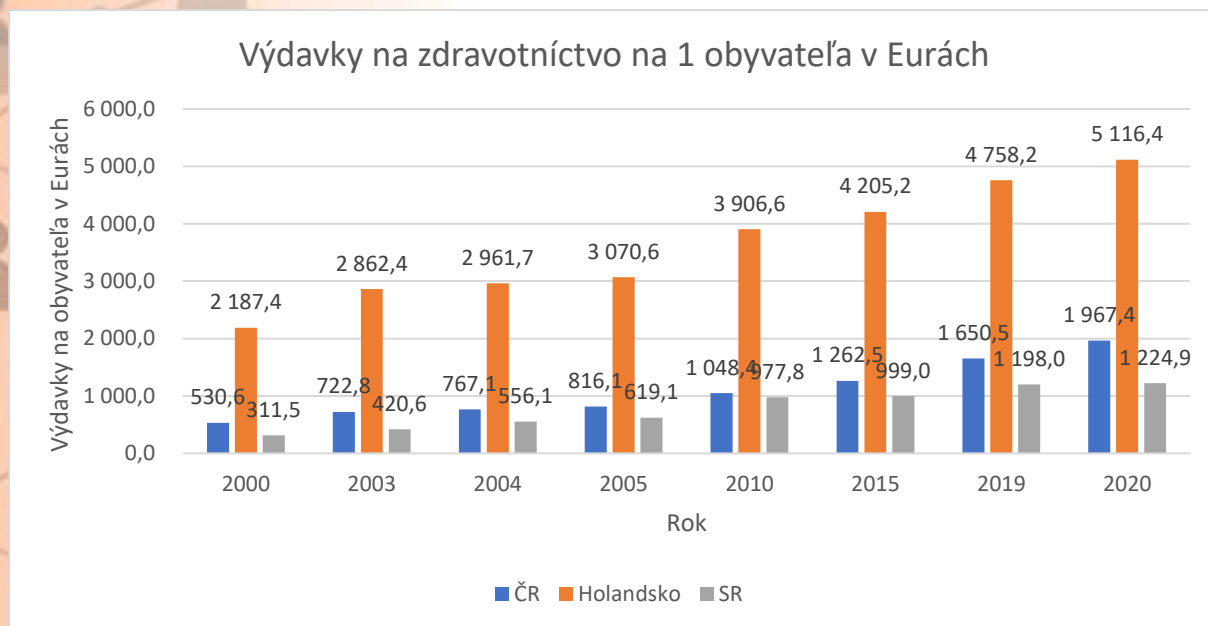


Zdroj: OECD, 2022

Napriek vysokému nárastu výdavkov od roku 2000, sú výdavky na jedného obyvateľa, v porovnaní s Holandskom a Českou republikou, nižšie – čo dokumentuje graf č. 65.

Z pohľadu dlhodobej perspektívy, budú výdavky na zdravotníctvo narastať v dôsledku starnutia populácie na Slovensku.

GRAF Č. 65: VÝDAVKY NA ZDRAVOTNÍCTVO NA 1 OBYVATEĽA V EUR

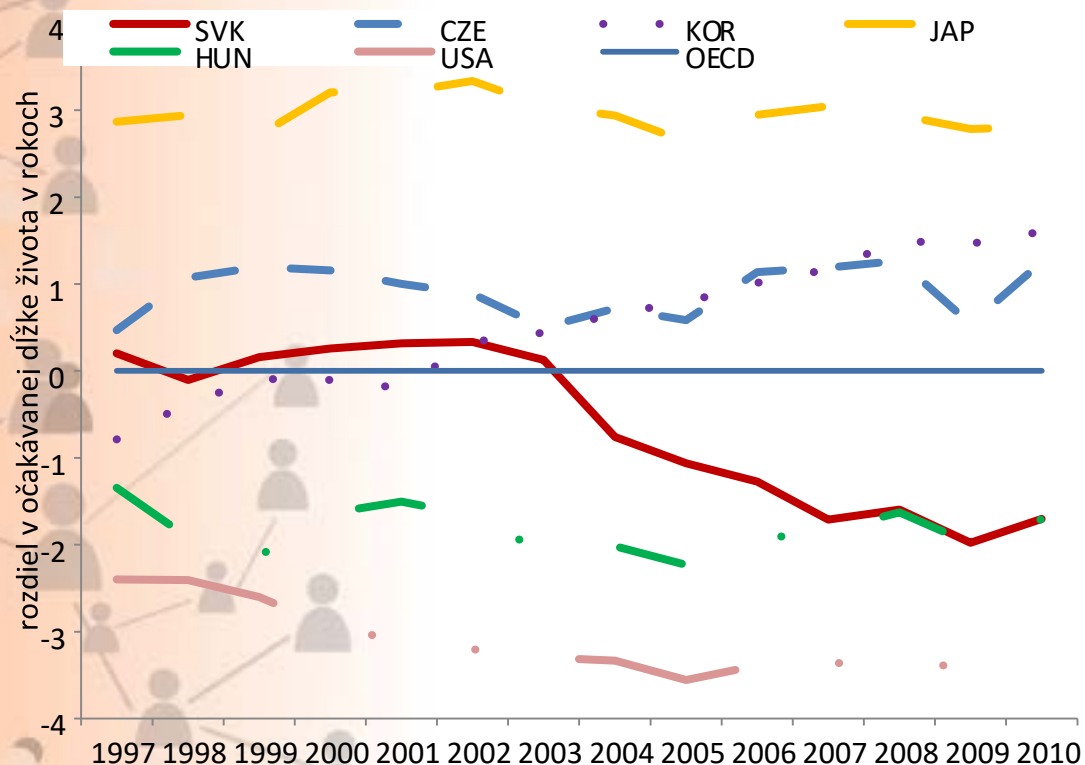


Zdroj: OECD, 2022

S rastúcimi výdavkami by mala priamo úmerne rásť aj efektívnosť zdravotníctva. Avšak v materiáli „Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014-2030“ je na základe štúdie MMF hodnotená výkonnosť slovenského zdravotníctva ako neefektívna a vzniká výrazný priestor pre znižovanie neefektívnosti.

Odhad efektívnosti je výsledok rozdielu medzi skutočnou hodnotou očakávanej dĺžky života v krajine a jej modelovanou hodnotou. Model, ktorý odhaduje vplyv faktorov štatisticky významne ovplyvňujúcich zdravie na očakávanú dĺžku života, berie do úvahy výdavky na zdravotníctvo, spotrebu alkoholu, nerovnosť bohatstva a postsocialistickú minulosť krajiny. Ľudia v krajinách s efektívnym zdravotníctvom žijú dlhšie a naopak v krajinách s menej efektívnym zdravotníctvom je dĺžka života obyvateľov kratšia. (Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 - 2030, 2014).

OBRÁZOK Č. 4: OČAKÁVANÁ DĹŽKA ŽIVOTA V ROKOCH – POROVNANIE VYBRATÝCH KRAJÍN



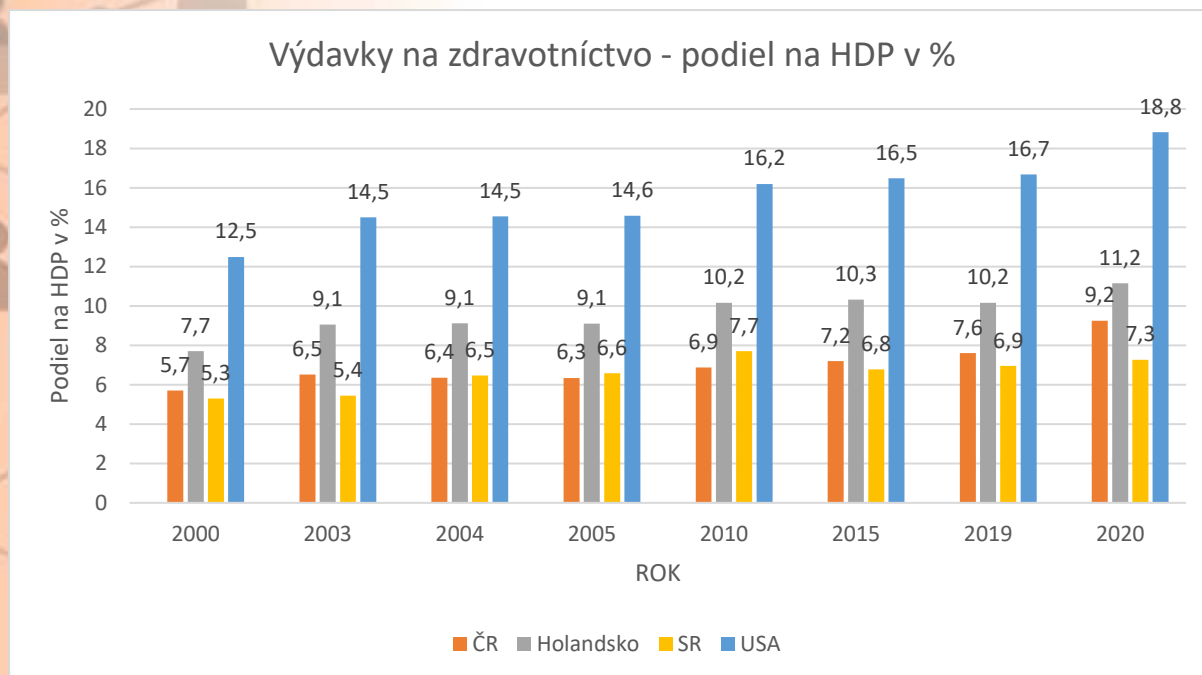
Zdroj: Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030, 2014

Z uvedeného je zrejmé, že Slovensko v efektívnosti zdravotníctva zaostáva za priemerom krajín OECD. V prípade, že by sme dosahovali efektívnosť priemeru OECD, mohli by sme sa pri súčasnom objeme zdrojov v zdravotníctve dožívať o dva roky dlhšie.

Avšak výška zdrojov, ktorá smeruje do zdravotníctva, nie je vždy priamo úmerná vývoju efektívnosti zdravotníctva tej-ktorej krajiny, čo dokumentuje graf č. 66. Ako je zrejmé z uvedeného grafu, USA, napriek najvyššiemu podielu výdavkov na zdravotníctvo na HDP z porovnávaných krajín, je najneefektívnejšie.



GRAF Č. 65: VÝDAVKY NA ZDRAVOTNÍCTVO – PODIEL NA HDP SLOVENSKO



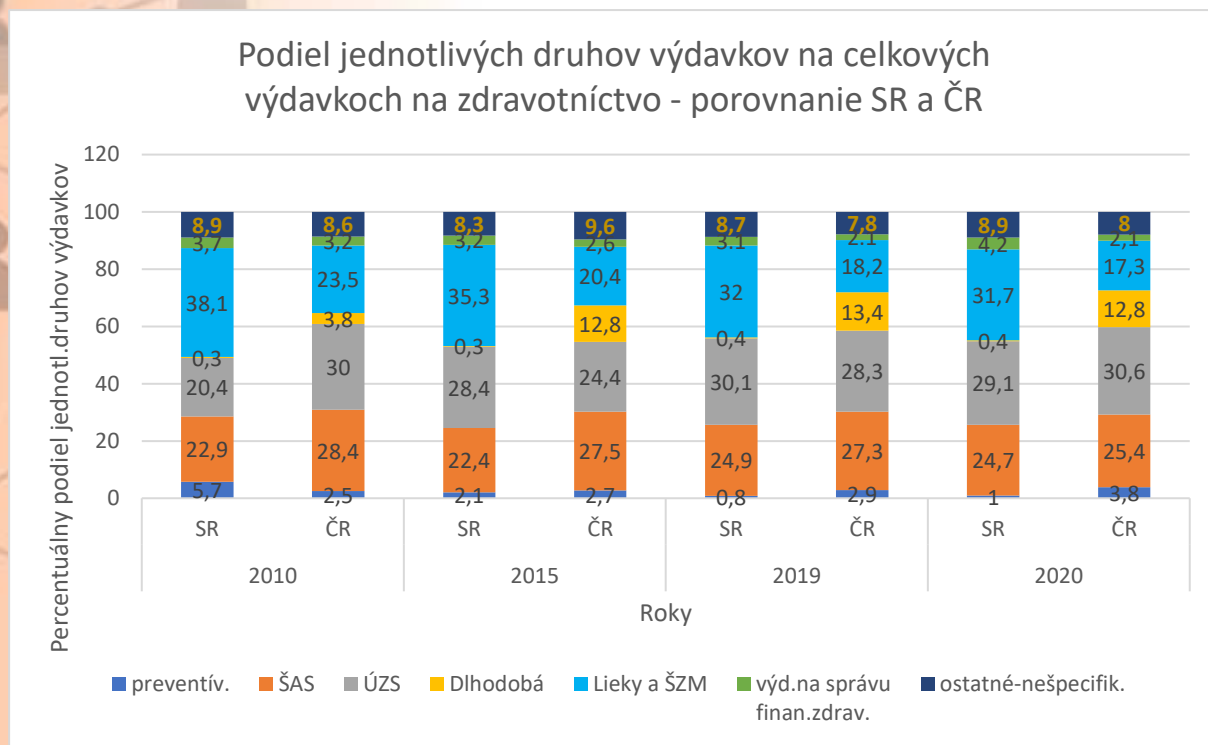
Zdroj: OECD, 2022

#### 4.10.2. Výdavky na zdravotníctvo podľa funkcie

V predchádzajúcej podkapitole sme rozobrali výdavky na zdravotníctvo z pohľadu zdrojov, z ktorých plynú.

V tejto podkapitole sa budeme venovať výdavkom podľa ich funkcie, resp. účelu, na ktorý sú vynakladané. Dôležitým ukazovateľom pri rozbere výdavkov na zdravotníctvo je ich distribúcia vzhľadom na ich funkciu. Prehľad výdavkov na jednotlivé druhy zdravotnej starostlivosti v Slovenskej a Českej republike v rokoch 2010, 2015, 2019 a 2020 nám ponúka nasledujúci graf.

GRAF Č. 66: PODIEL JEDNOTLIVÝCH DRUHOV VÝDAVKOV NA CELKOVÝCH VÝDAVKOCH NA ZDRAVOTNÍCTVO



Zdroj: OECD, 2022

Na základe údajov zobrazených v grafe môžeme konštatovať niekoľko zaujímavých skutočností v oblasti distribúcie zdrojov na jednotlivé druhy zdravotnej starostlivosti na Slovensku a v Českej republike.

Prvou je, že na Slovensku ide omnoho väčší podiel finančných prostriedkov na zabezpečenie zdravotníckeho materiálu a liekov ako v Českej republike. Na Slovensku podiel výdavkov na lieky a zdravotnícky materiál tvorí viac ako 1/3 celkových výdavkov na zdravotníctvo. Bolo by však zaujímavé skúmať, či je to spôsobené vysokou spotrebou liekov a zdravotníckych pomôcok alebo výrazne vyššími cenami. Uvedené porovnanie je veľmi náročné a to nielen časovo, ale aj po vecnej stránke a pre našu prácu nie je významné.

Druhým postrehom sú kriticky nízke výdavky na dlhodobú starostlivosť, ktoré netvoria ani 1% z celkových výdavkov na zdravotníctvo.

#### 4.10.3. Charakteristika modelu zdravotného systému prostredníctvom vybraných neekonomických ukazovateľov

V predchádzajúcej kapitole sme sa venovali ekonomickým ukazovateľom ovplyvňujúcim úroveň zdravotníctva na Slovensku. V tejto kapitole skúmame neekonomické ukazovatele, ktorými sú stredná dĺžka života pri narodení, resp. dožitie, dožitie v zdraví, odvrátiteľná úmrtnosť a dožičenská úmrtnosť, cez ktoré môžeme hodnotiť výkon a úroveň slovenského zdravotníctva.

#### Stredná dĺžka života pri narodení

V nižšie uvedenom obrázku sú údaje za rok 2020 (Írsko má údaje z roku 2019)

OBRÁZOK Č. 5: STREDNÁ DĹŽKA ŽIVOTA PRI NARODENÍ – PREHĽAD KRAJÍN PODĽA OECD



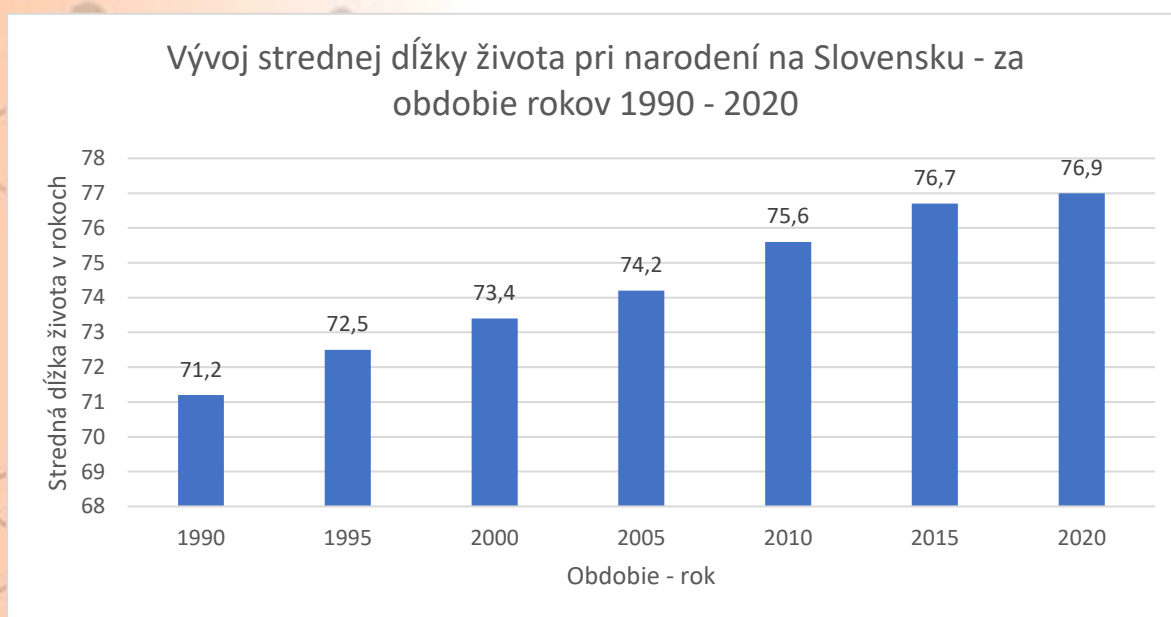
Zdroj: OECD, 2022

Stredná dĺžka života pri narodení je priemerný počet rokov, ktoré by prežilo novonarodené dieťa, ak by bolo vystavené súčasným podmienkam úmrtnosti počas zvyšku svojho života. Predstavuje dôležitý demografický ukazovateľ, ako aj základný syntetický ukazovateľ životných podmienok obyvateľstva a úmrtnostných pomerov. Pandémia COVID-19, ktorá začala v roku 2020, skrátila strednú dĺžku života pri narodení takmer v polovici členských



štátov EÚ. Najhoršie sú na tom z celej európskej dvadsaťsedmičky Slovensko a Bulharsko, kde sa predpokladaná dĺžka života skrátila o 2,2 roka v porovnaní s rokom 2020. Za nimi nasleduje Lotyšsko s poklesom o 2,1 roka a Estónsko so skrátením dožitia o dva roky. Vývoj strednej dĺžky života pri narodení v období rokov 1990 – 2020 je znázornený v grafe č. 67. Údaje za rok 2021 sa v databáze OECD nenachádzal.

GRAF Č. 67: VÝVOJ STREDNEJ DĹŽKY ŽIVOTA PRI NARODENÍ NA SLOVENSKU



Zdroj: OECD, 2022

Stredná dĺžka života vo všeobecnosti na Slovensku patrí medzi najkratšie v Európe. Rizikové faktory správania a environmentálne rizikové faktory prispievajú takmer k polovici všetkých úmrtí.

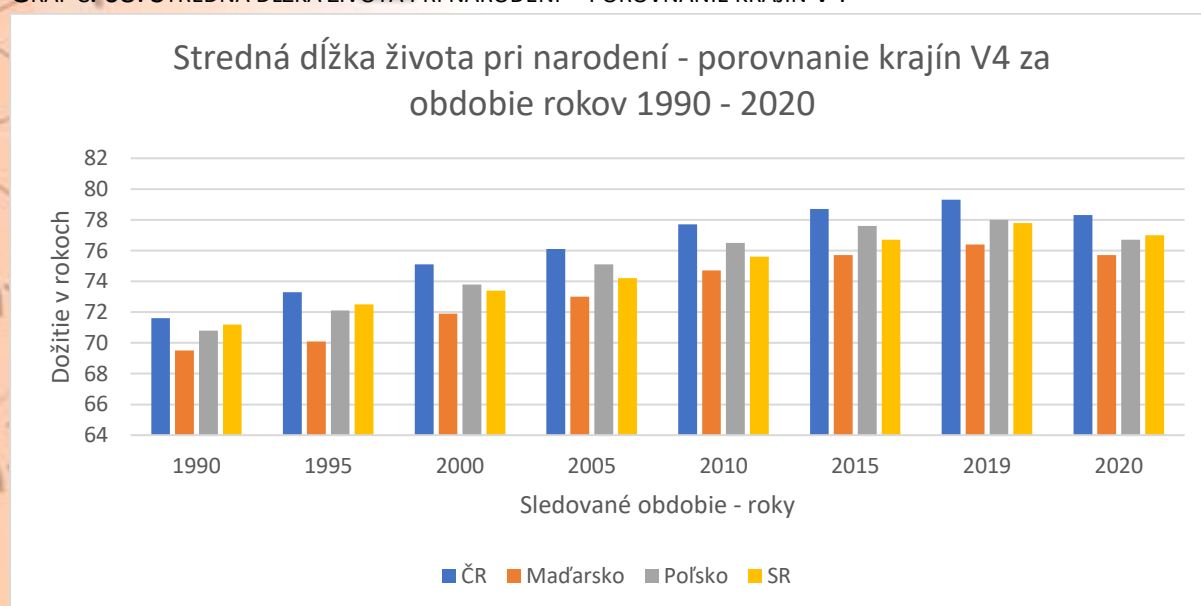
V priemere žijú ženy takmer o sedem rokov dlhšie ako muži: 80,4 roka v porovnaní so 73,5 roka. Tento rodový rozdiel je v porovnaní s priemerom EÚ výraznejší (5,6 roka) a prevažne odráža rozdiely vo vystavení sa rizikovým faktorom. Rozdiely v strednej dĺžke života existujú na základe pohlavia, ako aj sociálno-ekonomického postavenia. Vo veku 30 rokov žijú slovenskí

muži s vysokoškolským vzdelaním v priemere takmer o 15 rokov dlhšie než muži s najnižším vzdelaním. Ide o jeden z najväčších rozdielov v EÚ. Vzdelanostný rozdiel u žien je len polovičný, je však oveľa väčší než vo väčšine krajín EÚ. Tieto rozdiely sa dajú aspoň sčasti vysvetliť rozdielmi v životnom štýle a vystavení rizikovým faktorom vrátane vyšších podielov fajčiarov a horšej výživy u mužov a žien s nízkou úrovňou vzdelania. Takisto môžu súvisieť s rozdielmi v úrovniach príjmov a životných úrovniach. Rozdiely v strednej dĺžke života existujú aj na základe regiónu, keďže veľké rozdiely sú v sociálnych ukazovateľoch a ukazovateľoch týkajúcich sa trhu práce. (Európska komisia, State of Health in the EU: Zdravotný profil krajiny., 2021, s. 3.)

Ukazovatele akými sú úroveň nezamestnanosti, počet ľudí ohrozených chudobou a úrovne sociálneho vylúčenia, ako aj výsledky v oblasti vzdelávania týkajúce sa stredoškolských študentov sú v regiónoch východného Slovenska omnoho horšie ako v ostatných regiónoch Slovenska.

Porovnanie strednej dĺžky života pri narodení medzi krajinami V4 znázorňuje nasledovný graf:

GRAF Č. 68: STREDNÁ DĹŽKA ŽIVOTA PRI NARODENÍ – POROVNANIE KRAJÍN V4



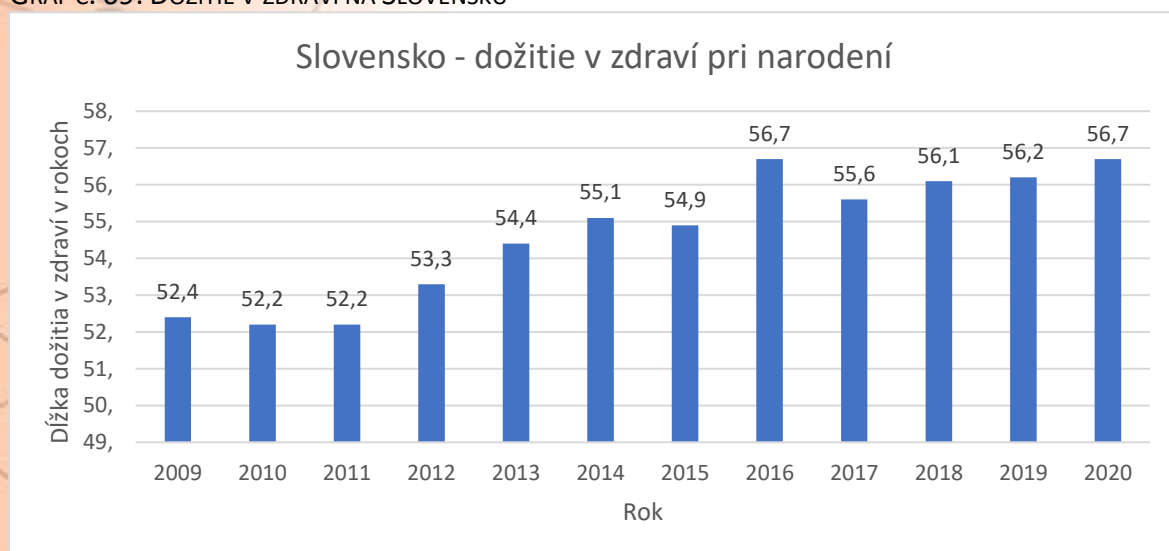
Zdroj: OECD, 2022

## Dožitie v zdraví

Roky zdravého života sú dôležitým meradlom relatívneho zdravia populácie v Európskej únii (EÚ). Parameter dožitie v zdraví je nezávislý od veľkosti populácie a od vekovej štruktúry a dovoľuje priame porovnávania rôznych populačných podskupín.

Vývoj priemernej dĺžky dožitia v zdraví je zobrazený v nasledujúcom grafe. Slovensko vo všeobecnosti vykazuje jednu z najnižších dĺžok dožitia v zdraví v Európe, čo je odrazom zdravotníctva, ako aj životného štýlu obyvateľstva.

GRAF Č. 69: DOŽITIE V ZDRAVÍ NA SLOVENSKU

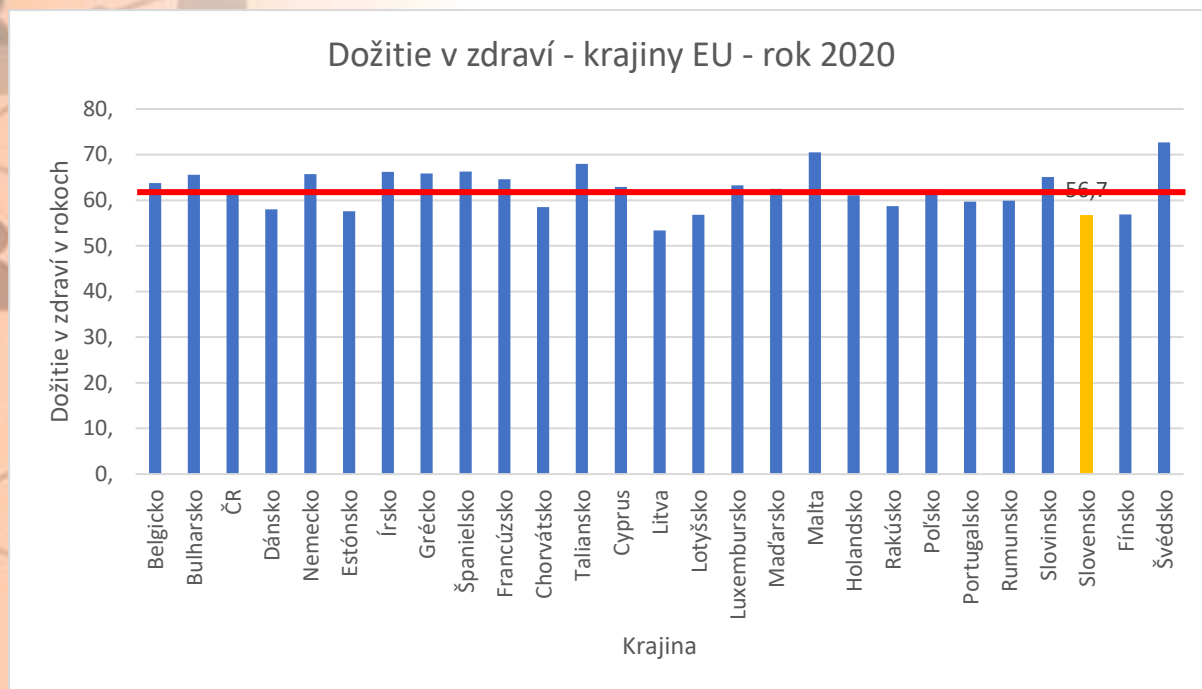


Zdroj: Eurostat, 2021

Nasledujúci graf porovnáva predmetný ukazovateľ v rámci krajín EÚ za rok 2020



GRAF. Č 70: DOŽITIE V ZDRAVÍ V KRAJINÁCH EU



Zdroj: Eurostat, 2022

### Odvratiteľná úmrtnosť

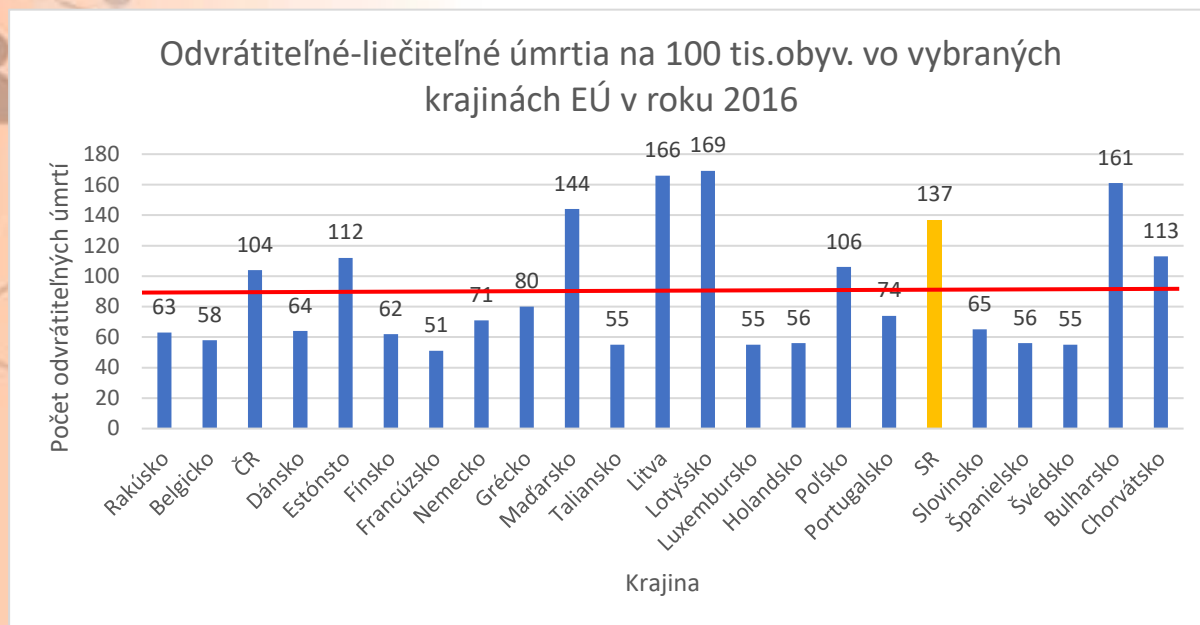
V prípade odvrátiteľných úmrtí patrí Slovensko medzi krajiny s vysokým počtom úmrtí, ktorým sa dalo predísť buď prevenciou a efektívnou politikou verejného zdravia alebo ku ktorým nemuselo dôjsť, keby bola poskytnutá dostatočná a kvalitná zdravotná starostlivosť. Najvýznamnejšou príčinou smrti zostávajú kardiovaskulárne ochorenia, ktorým by sa mohlo predísť zdravým životným štýlom a prevenciou.

Európska komisia vo svojom hodnotení jednotlivých zdravotníckych profilov krajín skonštatovala, že Slovensko mohlo *predísť značnému počtu úmrtí prostredníctvom lepšej prevencie a starostlivosti.*“ (Európska komisia, 2020).

Slovensko v tejto štatistike výrazne zaostáva za vybranými krajinami EÚ, čo dokumentujeme grafom č. 10, kde uvádzame počet odvrátiteľných – liečiteľných úmrtí na 100 tis. obyvateľov.

Práve uvedený indikátor liečiteľnej odvrátiteľnej úmrtnosti hovorí o kvalite zdravotníckeho systému.

GRAF Č. 71: ODVRÁTITELNÉ ÚMRTIA V KRAJINÁCH EÚ



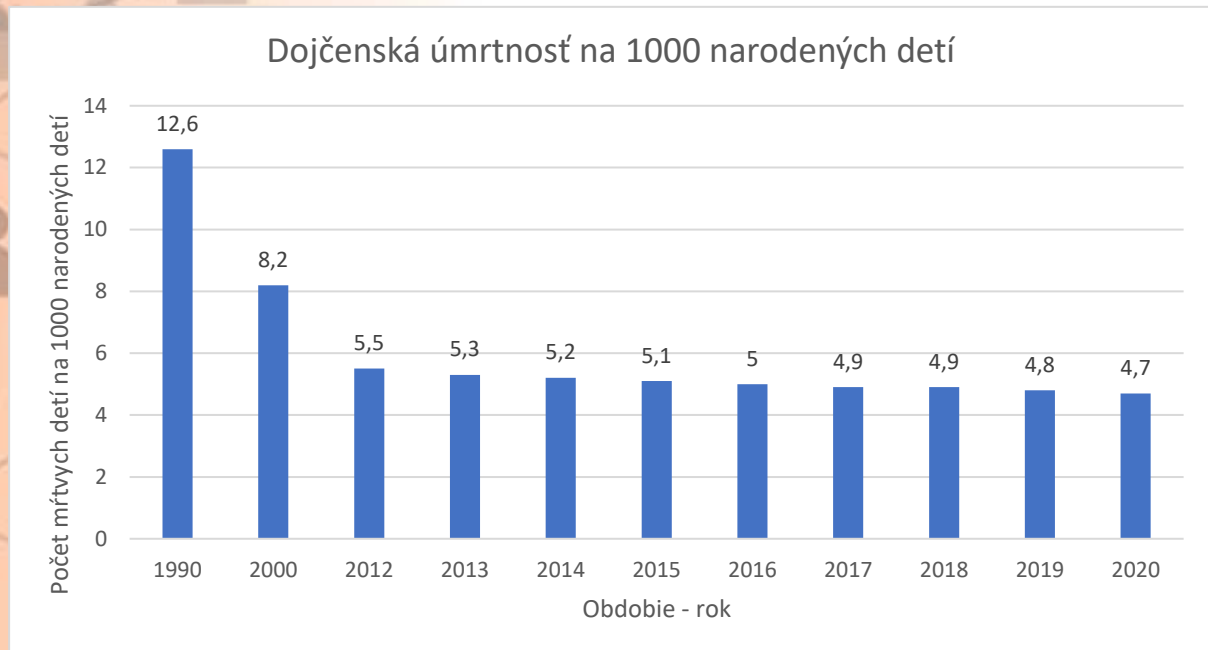
Zdroj: OECD, 2020

Údaje uvádzame za rok 2016, nakoľko údaje za aktuálnejšie obdobie sa v štatistike OECD pri niektorých krajinách neuvádzajú.

### Dojčenská úmrtnosť

Miera dojčenskej úmrtnosti je jedným z najdôležitejších ukazovateľov všeobecnej úrovne zdravia alebo blahobytu danej komunity a jej environmentálneho a socioekonomického rozvoja. V Slovenskej republike má predmetný ukazovateľ klesajúcu tendenciu. Kým v roku 1990 pripadalo na 1000 živonarodených detí 12,6 úmrtí, v roku 2000 to bolo 8,2 úmrtia. V roku 2015 bolo vykázaných 5,1 úmrtia, v roku 2020 to bolo 4,7 úmrtia. Od roku 1990 došlo k poklesu úmrtí dojčiat na 1000 narodených detí o 62,7%.

GRAF Č. 72: DOJČENSKÁ ÚMRTNOSŤ - SLOVENSKO



Zdroj: Svetová banka, 2022

Vysoká miera úmrtnosti dojčiat na 1000 narodených detí je najmä v rómskych komunitách. Slovensko má jednu z najväčších rómskych komunít v Európe. Táto populácia čelí sociálnemu vylúčeniu vo väčšine aspektov každodenného života a jej zdravotný stav je oveľa horší ako u ďalšej populácie. S tým súvisí aj vysoká dojčenská úmrtnosť na Slovensku, nakoľko jej súčasťou je nadmerná úmrtnosť rómskej menšiny, kde je ukazovateľ IMR viac ako dvojnásobný oproti národnému priemeru a takmer štvornásobný oproti priemeru EÚ. Miera novorodeneckej úmrtnosti jemne klesla z 3,2 ‰ v roku 2019 na 3,1 ‰ v roku 2020 a miera dojčenskej úmrtnosti zotrvala na takmer rovnakej úrovni 5,1 ‰. Najvyššia miera dojčenskej úmrtnosti je dlhodobo zaznamenávaná v regióne východného Slovenska, kde v Košickom kraji dosiahla hodnotu 9,5 ‰ a v Prešovskom kraji 8,1 ‰ v roku 2020. Najnižšia dojčenská úmrtnosť bola v Nitrianskom (1,7 ‰) a Trnavskom kraji (2,1 ‰). V priemere má rómska populácia na Slovensku taktiež kratšiu očakávanú dĺžku života pri narodení v porovnaní s bežnou populáciou a to o desať rokov pre mužov a sedem rokov pre ženy. (MZ SR, 2022)



Dojčenskú úmrtnosť podľa okresov znázorňuje nasledovný obrázok:

OBRÁZOK Č. 6: DOJČENSKÁ ÚMRTNOSŤ NA SLOVENSKU



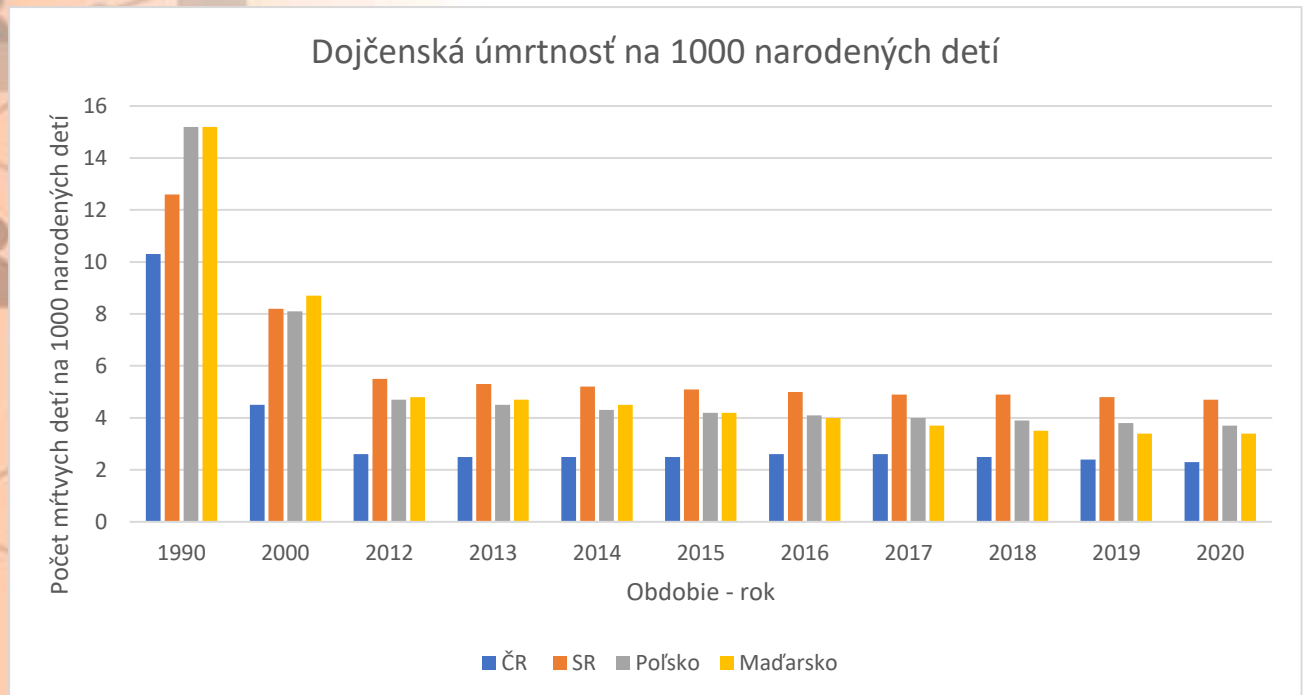
Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky, 2022

Je zrejmé, že dojčenská úmrtnosť v rámci Slovenskej republiky je najvyššia v okresoch s najväčšou mierou chudoby, ako aj s najhustejším osídlením rómskej populácie. Podľa výskumov Európskej Únie je miera dojčenskej úmrtnosti u rómskych detí oproti majoritnému obyvateľstvu až štvornásobná, čo odôvodňuje práve veľkou mierou chudoby.

Slovensko je spomedzi krajín V4 na poslednom mieste a to dlhodobo. Posledné štatistické údaje z roku 2020 ukazujú, že v danom roku bola dojčenská úmrtnosť na Slovensku 4,7 dieťaťa na 1000 živonarodených detí, Česká republika vykázala 2,3 dieťaťa, Poľsko 3,7 dieťaťa a Maďarsko 3,4.

Porovnanie predmetného ukazovateľa medzi krajinami V4 znázorňuje graf č. 73.

GRAF Č. 73: DOJČENSKÁ ÚMRTNOSŤ V KRAJINÁCH V4



Zdroj: Svetová banka, 2022

Záverom tejto podkapitoly môžeme konštatovať, že za obdobie rokov 1990 - 2020 došlo na Slovensku k zlepšeniu stavu zdravotníctva, ak ho hodnotíme cez vybrané indikátory kvality zdravotníctva, čo bolo podmienené zvyšovaním výdavkov na zdravotníctvo. Avšak výdavky na zdravotníctvo rastú rýchlejšie ako kvalita poskytovaných zdravotníckych služieb, resp. uvedené indikátory. Jednou z príčin, ktorú sme neuviedli v tejto kapitole a má dosah na kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti, je nedostatok zdravotníckeho personálu, ktorý z roka na rok rastie.

Dôležité je však uviesť, že kvalita zdravotníctva nie je jediný faktor, ktorý ovplyvňuje zdravie obyvateľstva. Dôležitú úlohu zohráva životný štýl, kvalita životného prostredia a tiež genetické predispozície. Dlhodobý názor WHO odhaduje, že vplyv zdravotnej starostlivosti má na zdravie jedinca váhu len 15%. Najvyššiu váhu má životný štýl – 40-50%.

#### 4.11. ZDRAVOTNÍCKE REFORMY V SR A ICH VPLYV NA HODNOTIACE UKAZOVATELE

Ak by sme si pozorne prečítali východiská, motívy a dôvody zdravotníckych reforiem z obdobia 90-tych rokov, miléniových alebo od roku 2015 až 2020, zistíme že bez ohľadu na obdobie, v ktorom sa tá či iná reforma zdravotníctva tvorila, prevažne každej zmene, ktorú môžeme charakterizovať ako reformnú, išlo o zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva, zvýšenie kvality poskytovanej starostlivosti, spokojnosti pacientov, efektívnosť vynakladania finančných prostriedkov a nastavenie takých platobných systémov a parametrov, aby sa dosiahla spravodlivá a efektívna deľba zdrojov v porovnaní s poskytovanými službami. Ak by tieto ciele splnili reformné snahy z predchádzajúcich rokov, rovnaké ciele by si neskoršie reformy mohli klásť o to ťažšie, keďže tie by už boli splnené. Reformou je možné pomenovať takú úpravu, ktorá má za cieľ uskutočniť výraznú úpravu pravidiel, navrhnutie a prijatie politickej stratégie a jej riešenie. Navonok sa reformná snaha má prejaviť rýchlou a významnou zmenou verejnej politiky cielený na nový kvalitatívny stav s dosahom na najširšie vrstvy obyvateľstva. (Zachar, s.2, 2013)

Reformy zdravotníctva v SR môžeme rozdeliť na obdobie od vzniku SR – kedy prebiehala nielen reformácia, ale predovšetkým transformácia inštitucionálneho fungovania štátu a hľadania rýchlych zmien v oblasti liberalizácie cien, privatizácie majetku. V druhej etape sa odohrávali zmeny vplyvom demokratizácie spoločnosti a integračnými snahami do európskych štruktúr koncom 90. rokov 20. storočia spojené s hľadaním manažmentu zdravotníctva ako takého a treťou fázou možno charakterizovať reformné snahy od roku 2014, ktoré už, s ohľadom na predchádzajúce alarmujúce negatívne skúsenosti s pokusmi o reformu, prinášajú pokus o posun zdravotníctva na úroveň vyspelých štátov sveta za pomoci implementácie aj za pomoci IT riešení. Celkovo pohľad verejnosti na stav zdravotníctva je v slovenských podmienkach významne polarizovaný. Stret záujmov jednotlivých aktérov predstavuje výpočet pokusov, omylov a revidovaní, aké zrejme v inom odvetví by sme len veľmi ťažko hľadali. Hoci reformné zmeny v jednotlivých etapách mohli niesť znaky rýchlej a významnej zmeny politiky štátu v oblasti zdravotníctva, našou snahou nie je ich charakterizovať slovami



ich tvorcov, ale prostredníctvom interpretácie cez hodnotiace kritéria ukazovateľov počtu odvrátiteľných úmrtí, vynakladanej sumy na zdravotníctvo a priemernej doby dĺžky dožitia a takisto aj ich prospech pre širokú verejnosť.

V prvej etape vývoja slovenského zdravotníctva, jeho smerovanie vychádzalo z koncepcie socialistického zdravotníctva, ktoré nieslo znaky veľkého počtu malých nemocníc, v každom okresnom meste. Organizačne podliehal celý zdravotný systém pod jedno ministerstvo a celé finančné krytie pochádzalo z úhrad štátu prostredníctvom Národnej poisťovne (Systém zdravotníctva vo fáze prechodu, Organizácia a riadenie str. 5).

Koncepcia vychádzala z troch stupňov nemocníc, kde krajské nemocnice mali všetky lekárske oddelenia, okresné mali 9 oddelení a mestské nemocnice mali 4. Táto koncepcia bola reformovaná postupnými krokmi predovšetkým v oblasti organizačnom usporiadaní vzťahov v zdravotníctve, privatizáciou ambulantnej starostlivosti, vznikom zdravotných poisťovní. V roku 1997 dosiahol počet zdravotných poisťovní v SR svoj vrchol, s počtom 13. Zavedené boli také mechanizmy ako Osobitný účet prerozdeľovania, ktorý od roku 1995 zabezpečoval distribúciu vybraného poistného z poisťovní s vysokým podielom aktívneho obyvateľstva do poisťovní s relatívne nevyhovujúcim kmeňom (najmä obyvateľstvo ekonomicky neaktívne, za ktoré platí poistné štát). (Pažitný, Zajac, s. 7, 2001)

Od roku 1995 bola ako forma odmeňovania praktických lekárov pre dospelých, deti a dorast a gynekológov zavedená kapitačná platba v kombinácii s bodovým oceňovaním výkonov. Od 1. 1. 1999 to už bola „čistá“ kapitačná platba. Špecialisti boli oceňovaní cez bodové ohodnotenie poskytnutých výkonov, kde cena bodu ako aj cena kapitácií bola určovaná Výmerom Ministerstva financií SR. Zdravotné poisťovne určili lekárom - špecialistom limit, do výšky ktorého mohli poskytnúť zdravotnú starostlivosť poistencom tej - ktorej zdravotnej poisťovne - strop preplatenia výkonov, tzn. zdravotné poisťovne si objednali u daného lekára objem výkonov, tzn. objem výkonov do ktorého sa musel „zmestiť“ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencom tej-ktorej poisťovne. Hovoríme o tzv. objednávaní výkonov zdravotnými poisťovňami. Lôžkové zariadenia mali zo strany zdravotnej poisťovne určený

finančný limit na ambulantnú a lôžkovú zložku, tzn. objem, do akého mohli nemocnice poskytovať zdravotnú starostlivosť poistencom konkrétnej zdravotnej poisťovne. Uvedený spôsob financovania generoval vysoké tzv. „nadlimity“, na ktoré poisťovne nemali zdrojové krytie, a preto v roku 1999 bol zavedený pre lôžkové zdravotnícke zariadenia tzv. prospektívny rozpočet. Išlo o pevne stanovenú mesačnú platbu, ktorá pokrývala vopred určený objem zdravotnej starostlivosti bez ohľadu na skutočný objem zdravotnej starostlivosti, ktorú nemocnica v danom období poskytla. To znamenalo, že v prípade prečerpania určeného objemu finančných prostriedkov stanovených prospektívnym rozpočtom, nemocnica dostala len objem, ktorý bol zmluvne dohodnutý a v prípade nedočerpania prospektívneho rozpočtu v danom mesiaci, jej takto vyčlenené prostriedky ostali k dispozícii. Uvedený nástroj financovania lôžkových zdravotníckych zariadení bol zvolený z dôvodu nedostatku zdrojov. Obdobie rokov 1995 až 2000 možno charakterizovať enormným nárastom zadlžovania zdravotníckych zariadení, ako aj enormným nárastom pohľadávok zdravotných poisťovní. Mesačne rástol dlh v zdravotníctve o takmer 700 mil. SK, pričom celkový dlh zdravotníctva predstavoval 33 % celkových ročných výdavkov na zdravotníctvo. (Zachar, s. 3, 2013)

OBRÁZOK Č. 7: MIERA ZADLŽOVANIA A VÝVOJ POHĽADÁVOK ZP



Zdroj: (Pažitný, Zajac, s. 11, 2001)

Jednou z hlavných príčin tohto negatívneho vývoja bol postup štátu v oblasti odvodu štátu za svojich poistencov, ktorý neodvážal zákonom určené sadzby, pričom poistencov štátu v dôsledku vysokej nezamestnanosti bolo takmer 3,3 mil. obyvateľstva. Rovnako tento dlh rástol aj v ďalších rokoch aj z dôvodu opodstatneného nárastu miezd v rezorte, avšak bez ich reálneho krytia na strane vstupov. V rokoch 1996 až 1998 boli výdavky rezortu zdravotníctva na úrovni v roku 1990 ale finančné prostriedky sa míňali na splácanie starých dlhov z minulosti. V zdravotníctve dominovala okrem neustáleho zadlžovania aj nízka efektívnosť využívania vynakladaných prostriedkov, ďalej mäkké rozpočtové obmedzenia, slabá výkonnosť systému a absencia nezávislých kontrolných mechanizmov (nezávislých auditov, spoločné pravidlá pre účtovanie) (Pažitný, Zajac. s. 14. 2001).

V roku 2000 bol aj pod tlakom verejnosti, ako aj vysokých politických špičiek (katastrofálna a nevydarená liečba slovenského prezidenta R. Schustera, ktorá si vyžiadala jeho transport do Rakúska a liečba rakúskymi lekármi), vypracovaná koncepcia reformy zdravotníctva pod názvom Analýza hospodárenia systému ZS a návrh opatrení na zlepšenie hospodárenia a finančnej situácie systému zdravotnej starostlivosti. Koncepcia priniesla pomenovanie problémov a príčin: zvýšenie finančných prostriedkov vynakladaných štátom na svojich poistencov, nárast podielu súkromných zdrojov v zdravotníctve, zvýšenie ekonomickej účasti občana na zdravotnej starostlivosti, zníženie rozsahu ZS financovanej z prostriedkov zdravotného poistenia, racionalizačné opatrenia v oblasti siete poskytovateľov a v počte lôžkových zariadení, doplnkové zdravotné poistenie, zavedenie jednodňovej zdravotnej starostlivosti, zníženie počtu akútnych lôžok, znižovanie spotreby liečiv a liekov, zamedzenie neefektívneho vynakladania liekov a ich preskripcie. Uvedený program, hoci obsahoval hlavné a nosné riešiteľné východiská, ostal nerealizovaný. (Zachar, s. 8, 2013). K celkovej deformácii ekonomických vzťahov prispel legislatívny zákaz exekúcií zdravotníckych zariadení a zdravotných poisťovní, ktorý v júli 2001 predstavoval oddialenie riešenia mega problému predĺženého zdravotníctva, ktorému hrozil úplný kolaps. Štát oddialil kolaps zdravotníctva procesom oddlžovania, pričom sa plánovalo z privatizácie využiť na tento účel takmer 9,5 mld.



SK. V decembri 2001 dlhovala štátna zdravotná poisťovňa VŠZP lekárňam za úhradu liekov vyše 6 mld. SK a voči lekárom a nemocniciam vyše 1 mld. SK. Uvedený stav ochrany pred exekúciami platil namiesto jedného roku až do roku 2005 a v časti pre štátne, krajské a obecné zdravotnícke zariadenia až do roku 2007.

Míľnikom v reformných snahách sa po roku 2001 stali najmä finančné racionalizačné opatrenia, akými boli zmena platobných mechanizmov, zmena kapitačných platieb, rozpätie hodnoty výkonnostného bodu (mohol sa zvýšiť, aj znížiť). Zdravotné poisťovne si vopred na max. 3 mesiace objednávali výkony, ktoré sú z finančného hľadiska schopné zafinancovať. Zaviedli sa tzv. limity, čakacie doby a poradovníky, ktorými sa predĺžili čakacie doby na vyšetrenia, čím sa zvýšilo riziko korupčného správania.

. Štát ponúkol a naplánoval 169 pôvodne štátnych zdravotníckych zariadení na privatizáciu, bezodplatný prevod na mestá a obce a VÚC (2003).

V období rokov 2003 až 2005 prešlo zdravotníctvo ďalšou vlnou reformných snáh, ktoré možno považovať za najrazantnejšie a najviac koncepcne pripravené. Na rozdiel od predošlých čiastkových a prevažne nekonceptných legislatívnych zmien z predošlých období, reforma zdravotníctva pod vedením ministra Zajaca predstavovala koncepciu celkovej reformy zdravotníctva. Zahŕňala všetky oblasti a vzťahy v zdravotnom sektore. Uvedená reforma polarizuje aktérov a má svojich zástancov, ako aj odporcov, ktorí na každej strane majú svoje argumenty.

Jej príbeh začal v roku 2002, kedy bola publikovaná tzv. modrá kniha, Stratégia reformy zdravotníctva – reálnej reformy pre občana. Autormi reformy sú P. Pažitný a R. Zajac. Na jej podklade dostala reforma reálny základ prijatím šestice zdravotníckych zákonov.

Zmeny sa udiali v rokoch 2002 až 2005 predovšetkým v oblasti:

- zavedenie služieb v poskytovaní ZS a možnosti ich spoplatnenia (možnosť vyberať poplatky,)

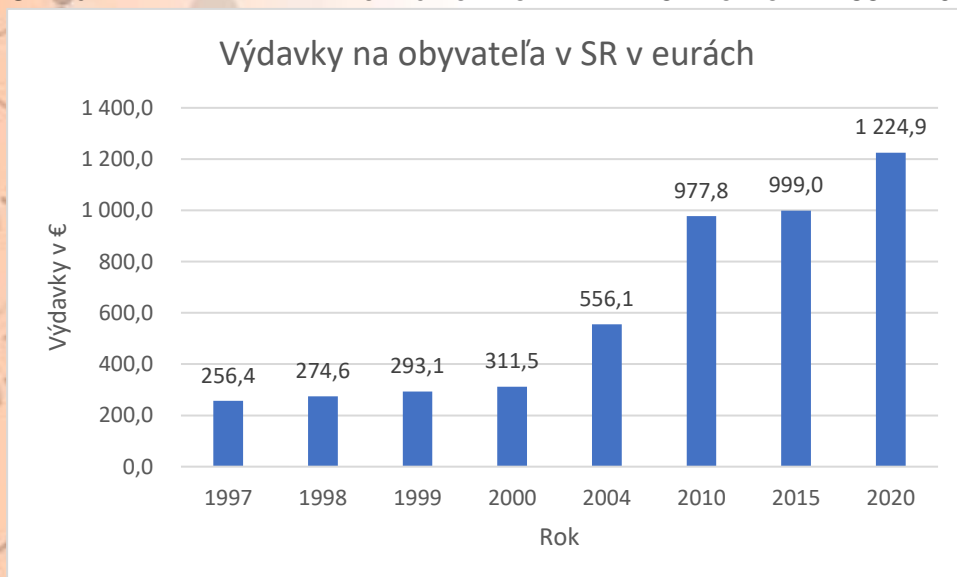
- naviazanie platieb štátu na počet ekonomicky neaktívnych poistencov a na priemernú mzdu ,
- negatívne vymedzenie pojmu poistenec štátu,
- ročné zúčtovanie zdravotného poistenia,
- zmena prerozdelenia poistného,
- liberalizácia siete (licencie a povolenia),
- nezávislý dohľad (vznik Úradu pre dohľad nad ZS),
- reforma záchranej zdravotnej služby,
- transformácia zdravotných poisťovní na akciové spoločnosti (sloboda kontrahovať poskytovateľov, pri dodržaní minimálnej siete),
- transformácia nemocníc na akciové spoločnosti (len čiastkovo – vybrané oddelenia),
- definovanie štandardného rozsahu ZS a nadštandardného rozsahu ZS.

Za spomenutie stojí, že hoci na začiatku bol legislatívny rámec predložený do parlamentu ako jeden celok, za 10 rokov bola šesťica zákonov novelizovaná viac ako 144-krát. Dodnes však systém verejného zdravotníctva v SR stojí v jeho základoch. Ústavný súd SR posudzoval niektoré otázky vyvolané prijatou reformou, pričom kritizované doplatky za zdravotnú starostlivosť potvrdil ako ústavne konformné, taktiež rozsah zdravotnej starostlivosti môže byť definovaný podzákonnými normami, zdravotné poisťovne neohrozujú garanciu poskytovania ZS. V roku 2003 v SR boli zavedené marginálne poplatky (ambulancia – 20 SK, doprava sanitkou 2 SK/ 1 KM, pobyt v nemocnici 50 SK / deň, vydanie lieku na lekársky predpis 20 SK). Uvedené poplatky mali za cieľ znížiť korupciu v zdravotníctve („ak si za niečo platím, nebudem ešte aj podplácať“), edukáciu obyvateľstva, že nič nie je zadarmo a každú vec musí niekto raz zaplatiť. V neposlednom rade išlo o snahu zvýšiť záujem obyvateľstva o starostlivosť o vlastné zdravie a predchádzanie chorobám. Dôsledkom bol pokles ambulantných návštev o 10 %, no vo všeobecnosti neprinesli želaný efekt a v dôsledku všeobecnej nespokojnosti boli po voľbách do NR SR v roku 2006 zrušené. (Szalay - Pažitný. 2013. s. 2). Zámerom reformy bola tiež transformácia štátnych nemocníc - príspevkových organizácií štátu - na akciové

spoločnosti. Tento plán sa realizoval len čiastkovo a privatizovalo sa len 14 dobre platených a ziskových odvetví zdravotníckych zariadení (dialýza, laboratóriá a diagnostické oddelenia) a nemocniciam ostali prevažne len „stratové“ lôžkové oddelenia. Nemocnice tretieho typu, vysoko špecializované ústavy a univerzitné (a fakultné ) nemocnice ostali v centrálnom štátnom riadení a ostatne nemocničné a zdravotnícke zariadenia prešli do rúk VÚC (nemocnice II. typu), príp. obcí (nemocnice I. typu) (Systém zdravotníctva vo fáze prechodu. 2015. s. 6). V uvedenom období vznikla národná transfúzna služba – ako štátna príspevková organizácia. Súčasťou štátnej administrácie zdravotníctva sa stali Úrad verejného zdravotníctva, Štátny ústav pre kontrolu liečiv, Operačné stredisko záchrannej zdravotnej služby, Národné centrum zdravotníckych informácií (od 2013), Národná transplantčná organizácia (od 2013).

O nedostatočnom krytí potrieb zdravotníctva nám hovorí aj podiel výdavkov na zdravotníctvo na HDP. V období rokov 1997-2003 výdavky na zdravotníctvo tvorili cca 5,4% HDP . V roku 2004 to už bolo 6,5%, v roku 2010 7,7% a v roku 2020 7,3%. Lepší obraz o výške výdavkov a ich raste nám poskytuje ukazovateľ výdavky na 1 obyvateľa v €, čo je zobrazené v grafe č. 74.

GRAF Č. 74: VÝDAVKY NA ZDRAVOTNÍCTVO NA OBYVATEĽA V SR V OBDOBÍ R. 1997 - 2020

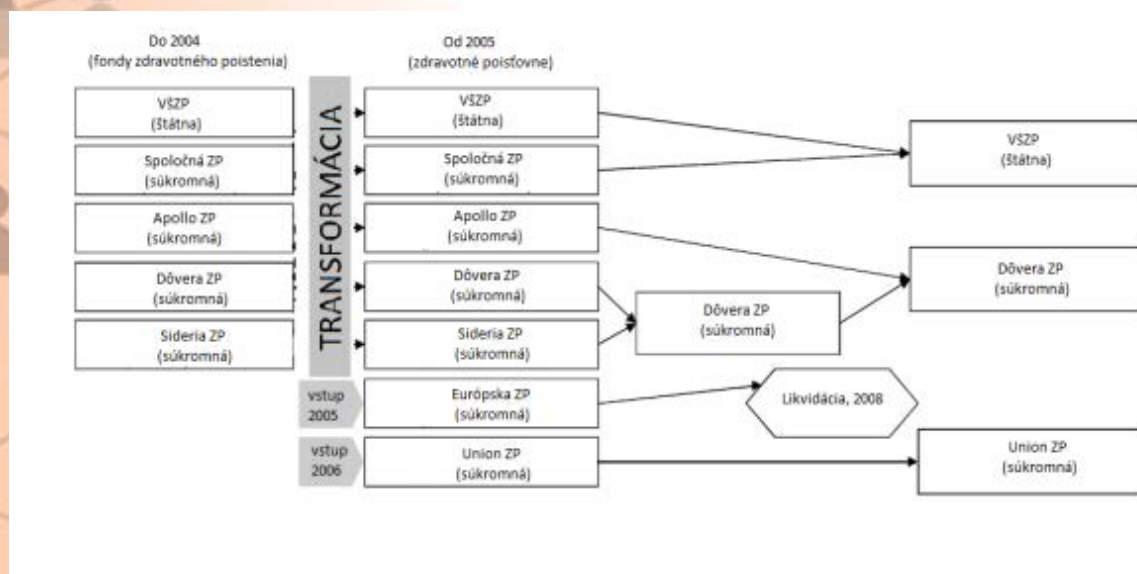


Zdroj: OECD, 2022



Súčasťou reformných opatrení bolo aj systematické oddĺženie systému spoločnosťou Veriteľ, a.s., ktorá skupovala pohľadávky voči zdravotníckym zariadeniam a zdravotným poisťovňam, pričom zlikvidovala dlhy vo výške 33,5 mld. SK, pri vynaložení 19,4 mld. SK, čo sa považuje za jeden z najlepších projektov v slovenskom zdravotnom systéme. V roku 2003 prešli do rúk VÚC niektoré nemocnice a zdravotnícke zariadenia. Legislatívny rámec umožnil, ako sme už spomenuli, transformáciu niektorých zariadení na akciové spoločnosti, iné boli prenajaté na určitý čas súkromným prevádzkovateľom, príp. bol umožnený vstup súkromných investorov do uvedených zariadení. Vznikli tak napr. mestské nemocnice, či nemocnice v správe nadnárodných zdravotníckych podnikateľských skupín. Po reforme zdravotníctva v roku 2004 sa dovtedy existujúce fondy verejného zdravotného poistenia (prevádzkované štátom alebo priemyselným sektorom) transformovali na akciové spoločnosti, oprávnené tvoriť zisk a vyplácať dividendy svojim akcionárom. Zdravotné poisťovne môžu vyplácať zisk akcionárom až po zabezpečení všetkých potrieb zdravotnej starostlivosti svojich poistencov. V priebehu troch rokov od reformy zdravotníctva vstúpili na trh dve nové, na zisk orientované zdravotné poisťovne, dve poisťovne sa zlúčili s cieľom konsolidovať svoje poistné kmene a jedna poisťovňa ukončila svoju činnosť v reakcii na zmenený regulačný rámec od roku 2008. S účinnosťou od začiatku uvedeného roka sa všetky zdravotné poisťovne stali povinné používať celý svoj zisk na nákup zdravotnej starostlivosti v nasledujúcom roku (zákaz tvorby zisku). Možnosť vytvárať zisk z verejného zdravotného poistenia bola opätovne zavedená po rozhodnutí Ústavného súdu SR v roku 2011. V roku 2012 vyhrala holandská zdravotná poisťovňa Achmea, vlastníka slovenskej zdravotnej poisťovne Union, medzinárodnú arbitráž proti Slovenskej republike. Na základe arbitrážneho rozhodnutia musela SR zaplatiť spoločnosti Achmea 25,5 mil. EUR ako odškodné za zákaz tvorby zisku v rokoch 2008 až 2011. (Systém zdravotníctva vo fáze prechodu, s. 24, 2015)

OBRÁZOK Č. 8: SYSTÉM ZDRAVOTNÍCTVA NA SLOVENSKU



Zdroj: (Systém zdravotníctva vo fáze prechodu , s. 24, 2015)

V roku 2011 došlo k čiastkovým reformným krokom, ktoré v praxi možno pozitívne hodnotiť – povinné zverejňovanie zmlúv zdravotných poisťovní s poskytovateľmi, posilnila sa pozícia riaditeľa ÚDZS, zrušili sa odporúčacie lístky k špecialistom (opäť zavedené), zaviedol sa horný maximálny limit na doplatky za lieky a dietetické potraviny pre ohrozenú skupinu obyvateľstva. Z dôvodu neexistencie regulačných a všeobecných pravidiel pre určovanie ceny za výkony v nemocniciach a ich cenotvorba je otvorená, vytvorila sa základná inštitucionálna základňa pre zavedenie DRG systému. DRG je mechanizmus úhrad v lôžkových zariadeniach, ktorý zohľadňuje medicínsko-ekonomické náročnosti výkonov. Zároveň sa reformovala lieková politika, nakoľko SR patrí v krajinách OECD na najvyššie priečky v oblasti nákladov na lieky. Sprísnil sa systém referencovania liekov. Pôvodné pravidlo pre cenotvorbu: cena v SR nemohla prekročiť priemer 6 najnižších cien v EÚ sa zmenila na: cena, ktorá nesmie prekročiť druhý najlacnejší liek v EÚ. V období rokov 2003 až 2006 prebiehala štvrtročná kategorizácia liekov, spoločné cenové a kategorizačné konanie, povinné zverejňovanie zápisníc zo zasadnutí komisií, pevné doplatky za lieky, centrálny nákup liekov. Od roku 2012 prebieha mesačná kategorizácia, elektronizácia procesu žiadostí o zaradenie do kategorizovaného zoznamu,

generická preskripcia, stanovenie maximálnych limitov na doplatky. V rámci liekovej politiky je potrebné uviesť, že šetrenie na liekoch využívaním generickej liečby má svoj význam aj dnes. V porovnaní s krajinami OECD SR patrí medzi krajiny, ktoré najviac používajú generické lieky (v roku 2019 to bolo v podiele 63 % z celkovo predaných liekov a 36 % z liekov predpísaných a preplácaných na základe zdravotného poistenia; priemer OECD je 53% z celkového počtu a 24 % z hradených liekov verejného zdravotného poistenia) (OECD, 2021).

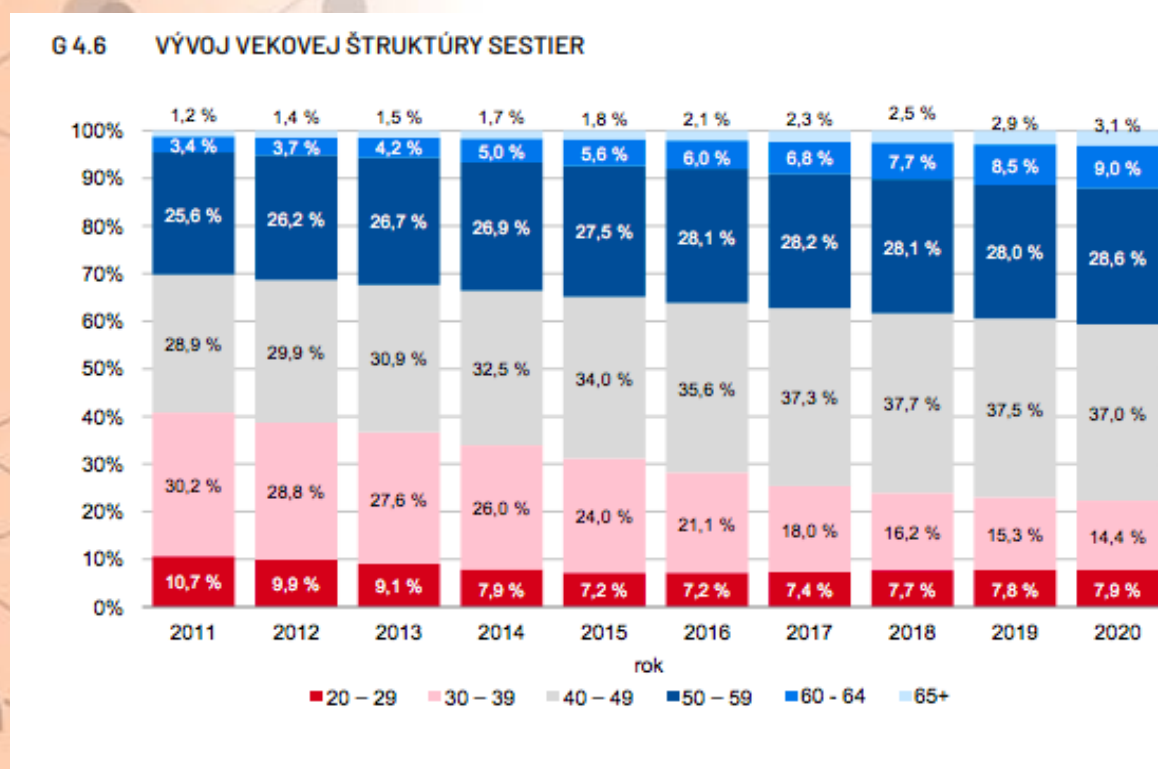
V rámci ŠZM došlo ku katalogizácii a zastropovaniu maximálnych úhrad za tieto materiály. V rámci efektívnosti sa zaviedla povinná generická preskripcia, t. j. lekárnik povinne musel ponúknuť lacnejšiu adekvátnu liekovú alternatívu. Systém umožnil vytváranie sietí lekární na úrovni kraja. Racionalizácia bola aj v oblasti lôžkovej časti, kde došlo zrušeniu zmlúv zo strany VŠZP na viac ako 3000 lôžkach. Ročné zúčtovanie zdravotného poistenia prešlo zo strany poistencov na plecia zdravotných poisťovní. Naopak rok 2011 v rámci reformy priniesol aj protest lekárov, pričom 2400 z nich podalo na protest okamžité výpovede. V jeho dôsledku bol prijatý zákon o minimálnych mzdových nárokoch lekárov a zdravotných sestier. Otvorené však v uvedenom čase ostalo jeho financovanie. Zavedením zákonnej podmienky minimálneho poistného kmeňa 300 tis. poistencov došlo k zlúčeniu prevažnej väčšiny zdravotných poisťovní, pričom tento proces zavŕšil štát v roku 2010 zlúčením dvoch štátnych zdravotných poisťovní a to Všeobecnej zdravotnej poisťovne a Spoločnej zdravotnej poisťovne.

Súčasťou reformných snáh bola aj obnova nemocníc. Na obdobie rokov 2007-2015 bol spustený Operačný program Zdravníctvo s cieľom riešiť medzery v investíciách do poskytovania zdravotníckych služieb. Operačný program v hodnote 193 miliónov EUR na modernizáciu nemocničnej infraštruktúry a 34 miliónov EUR vo forme spolufinancovania z iných vnútroštátnych zdrojov len minimálne prispel k naliehavo potrebnému kapitálu. Vplyv nového operačného programu na roky 2014 až 2020 s názvom Integrovaný regionálny operačný program, ktorého rozpočet predstavoval 300 miliónov EUR na kapitálové požiadavky ústavných a ambulantných poskytovateľov starostlivosti, bol takisto pomerne nevýrazný.



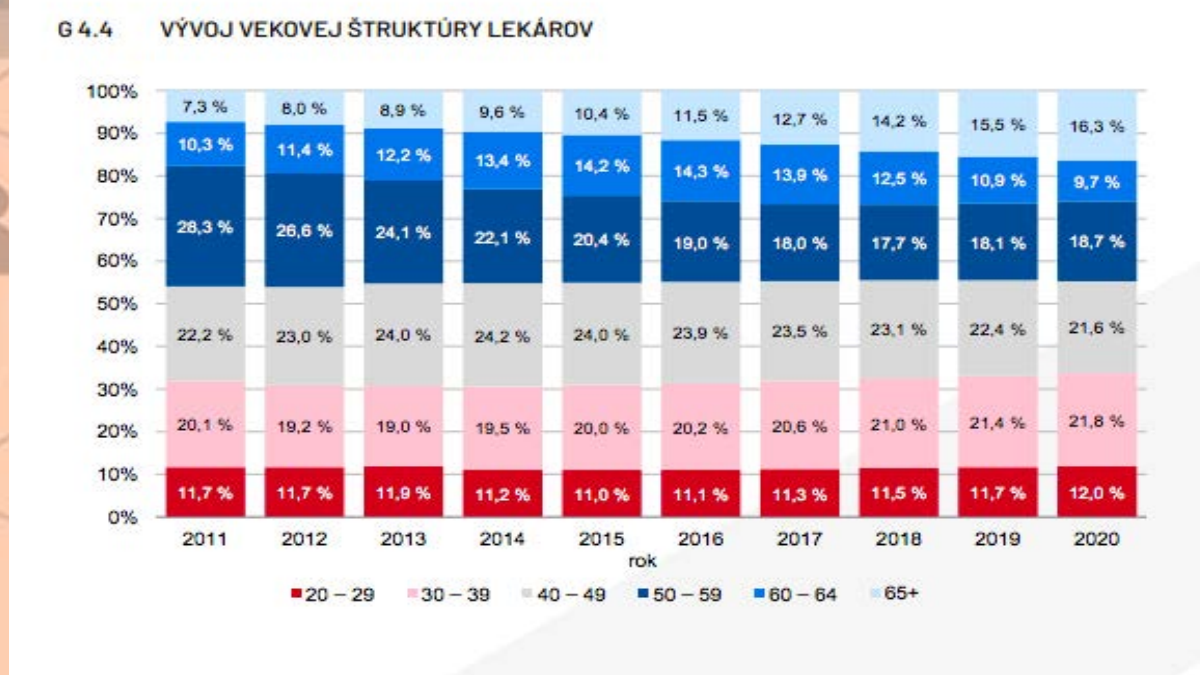
Technická infraštruktúra nemocníc na Slovensku je v mnohých prípadoch zastaraná. Podľa komplexného prieskumu MZ SR z roku 2004 bol priemerný vek slovenských nemocníc 34,5 roka. Odvtedy sa postavila len jedna nová nemocnica (Nemocnica svätého Michala v réžii Ministerstva vnútra SR za 50 miliónov EUR). Podľa aktualizácie MZ SR sa v roku 2015 priemerný vek zvýšil na viac ako 40 rokov a aktuálne je viac ako 50 rokov, v extrémnych prípadoch aj viac ako 100 rokov. (MZ SR, Plán obnovy a odolnosti, Komponent 11, s. 338, 2021).

OBRÁZOK Č. 9: VÝVOJ VEKOVEJ ŠTRUKTÚRY SESTIER



Zdroj: NZCI, 2021

OBRÁZOK Č. 10: VÝVOJ VEKOVEJ ŠTRUKTÚRY LEKÁROV



Zdroj: NZCI, 2020

V roku 2018 bola pripravená nová reforma zdravotníctva zameraná na stratifikáciu nemocníc, t.j. nemocnice podľa zámeru mali dostať povolenie vykonáva určitý druh zákrokov výlučne len pri dosahovaní minimálneho stanoveného počtu obdobných výkonov. Zo systému tak mali byť odstránené také pracoviská, ktorých minimálny požadovaný počet výkonov nedosiahne stanovenú hodnotu. Súčasťou reformy bola regionálna dostupnosť a centralizácia. Sieť nemocníc mala byť zmenená na lokálnu, regionálnu a národnú. Snahou bolo odstrániť neobsadené lôžka, zavedenie logického manažmentu pacienta a jeho adekvátny prevoz do zariadenia, ktoré reálne a v dostatočnom počte rieši uvedenú diagnózu. Súčasťou bola matica rozdelenia nemocníc a ich povinnosť poskytnúť určitú liečbu. Uvedená reforma sa nerealizovala, bola zastavená na základe politického rozhodnutia.

V najnovšom období rokov 2013 - 2020 však časť reformných snáh dostala zelenú, a to predovšetkým implementácia programu eZdravie, ktorý prináša elektronizáciu a zavedenie

registrov ako eVyšetrenie, eZdravie, eLab, eRecept, eMedikácia a elektronická zdravotná knižka. Práve v uvedenej oblasti vidíme, ako snaha o reformu a napredovanie predbehla reálne možnosti štátu, kapacity odborníkov zamestnaných v štátnych službách a technické možnosti a limity účastníkov procesu. Elektronická lieková knižka je využívaná len marginálne, takmer vôbec, prístup do nej je komplikovaný a nie užívateľsky atraktívny. Samotní lekári len v nízkej miere údaje do systému nahrávajú. Opačná situácia je v oblasti eRecept, ktorý bol úspešne zavedený do praxe a je využívaný širokou verejnosťou.

V období po roku 2021, kedy sa zdravotnícky systém otriasol po covid pandémie, je snahou aktuálnych politických aktérov presadiť novú reformu zdravotníctva, ktorá má naštartovať novú kvalitu poskytovania zdravotnej starostlivosti, vznik nových nemocníc a zavedenie centrálného riadenia najväčších štátnych nemocníc (Plán obnovy a udržateľnosti, s. 390). Kategorizácia a stratifikácia nemocníc by mala reálne nabehnúť v praxi od roku 2024. Reforma sa dotýka aj siete záchranných zdravotných služieb, poskytovateľov dlhodobej sociálnej a zdravotnej starostlivosti, poskytnutie väčších kompetencií lekárov prvého kontaktu, plné spustenie DRG úhradového mechanizmu a riešenie nedostatku zdravotníckeho personálu. Aktuálna reforma neplánuje zrušiť žiadnu z aktuálne prevádzkovaných nemocníc, no očakáva sa ich transformácia na liečebné ústavy, či iné špecializované zariadenia. Míľnikom mal byť zákonom určený profil každého zariadenia zahŕňajúce hodnotiace indikátory kvality, špeciálne materiálo-technické vybavenie, špeciálne personálne zabezpečenie, strop na maximálnu čakaciu dobu, minimálny rozsah výkonov, indikácie pre hospitalizáciu, profilizáciu nemocníc. Zmyslom navrhovanej právnej úpravy je, aby sa špecializovaná zdravotná starostlivosť a niektoré typy zdravotných výkonov, najmä invazívnych operačných zdravotných výkonov, koncentrovali do nemocníc, kde na ich poskytnutie majú zdravotnícki pracovníci potrebné zručnosti a skúsenosti, čím sa zabezpečí lepšia kvalita poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Sledovaným cieľom je zvýšenie bezpečnosti pacienta a tým zníženie odvrátiteľných úmrtí, kde je SR na chvoste krajín OECD (okrem toho aj v oblasti rehospitalizácií a reoperaácií) (Plán obnovy a odolnosti, Komponent 11, s. 391 )



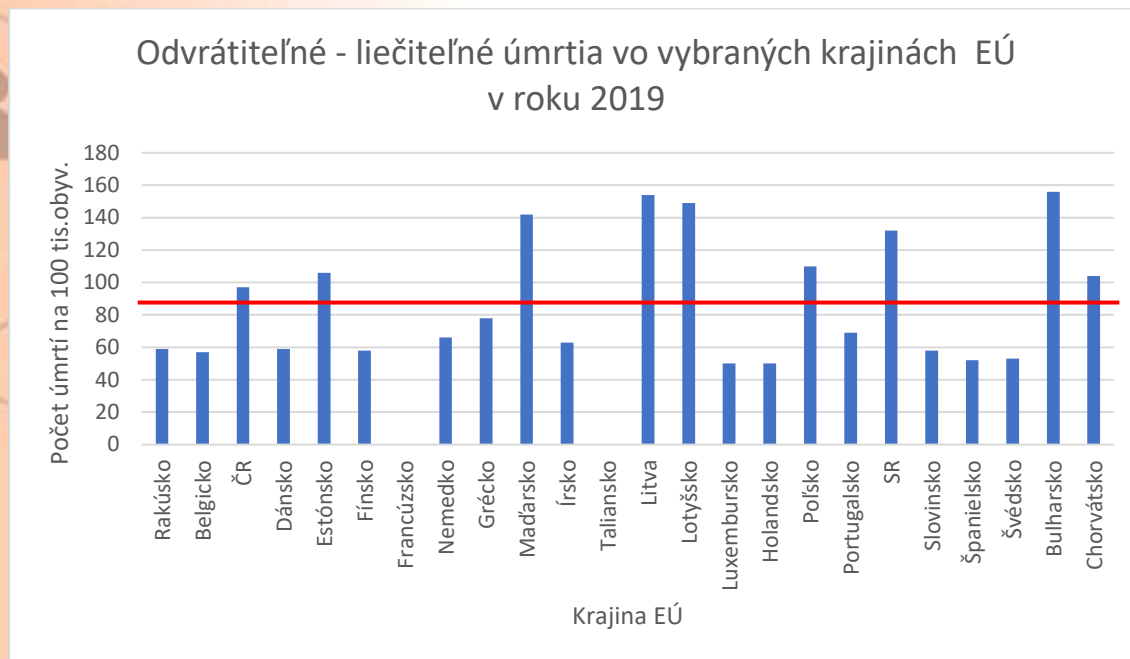
Z pôvodnej stratifikácie nemocníc v roku 2018 sa upustilo od pomenovania nemocníc na národné, komplexné či komunálne a zaviedlo sa číselné označenie 1 až 5. Nemocnice budú zaradené do jednej z piatich úrovní, kde vyššie číslo znamená vyššiu úroveň. Najviac bude nemocníc prvej a druhej úrovne. Každá nemocnica bude poskytovať komplexnú starostlivosť, ale bude rozlíšená z pohľadu toho, čo v nej bude poskytované a čo nie, teda z pohľadu typu alebo náročnosti výkonov. Čím vyššiu úroveň bude nemocnica mať, tým náročnejšiu zdravotnú starostlivosť bude poskytovať. Pre každú úroveň budú určené programy. Tie sa budú deliť na povinné, doplnkové a nepovinné, to znamená, čo má byť v ktorej nemocnici poskytnuté. Vo vyhláške je teda zoznam 63 programov (povinné, doplnkové alebo nepovinné) a definovaných je aj 1460 medicínskych služieb. Pre každý program sú stanovené indikátory kvality (v počte 540), špeciálne personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie. Vyhláška tiež stanovuje minimálne počty výkonov, či čakacie doby pre medicínske služby. Kompletný zoznam rozdelenia nemocníc do konkrétnych úrovní sa má predstaviť ku koncu roka 2022. Plán zahájenia poskytovania ZS podľa podmienok novej siete je od roku 2024. Vyhláškou MZ SR sa určia maximálne čakacie lehoty. Pacient by mal presne vedieť, kedy najneskôr sa dostane na operáciu, ktorú potrebuje. Aplikovať by sa mali začať od januára 2024. V prílohe 13 Vyhlášky MZ SR č. 316/2022 Z. z. o kategorizácii ústavnej starostlivosti sú jednotlivé medicínske služby rozdelené do skupín a pri každej je uvedená doba čakania. Celkovo budú vytvorené čakacie lehoty pre 614 medicínskych služieb a budú definované v rozmedzí od 7 do 365 dní. Ostatné medicínske služby sa budú považovať za akútne a musia byť vyriešené bezodkladne. Čakacie lehoty budú určené len pre zákroky, ktoré sa vykonávajú v nemocniciach. Transplantácie srdca, obličky, pečene alebo pľúc sú definované ako akútna zdravotná starostlivosť a pri nich nie je určená žiadna čakacia doba na poskytnutie zdravotnej starostlivosti, tzn. zdravotná starostlivosť sa musí poskytnúť ihneď.

Aplikáciou reforiem by malo dôjsť k zlepšeniu hodnôt indikátorov úrovne slovenského zdravotníctva. V hodnotiacich ukazovateľoch, ktoré sme porovnávali v predchádzajúcich kapitolách, sme v porovnaní so západnými krajinami Európy, na posledných priečkach.

Napríklad priemerný vek je v krajinách EÚ 80,9 rokov, v SR je to len 76,7 rokov. Ak by sme sa v prípade liečiteľných odvrátiteľných úmrtí (úmrtia, ktorým sa dá predísť včasnou a efektívnou liečbou) dostali na úroveň priemeru EÚ, tak by ročne na Slovensku prežilo o cca 4400 viac osôb ročne - graf č. 75. Uvedené ukazovatele sú výsledkom rôznych reforiem zdravotníctva SR. Hoci reformovanie zdravotníctva je témou dňa prakticky nepretržite, bez ohľadu na politické spektrum aktérov a v každých voľbách je zdravotníctvo terčom mnohých sľubov a návrhov, ako zmeniť nevyhovujúci stav, vidíme, že objektívne ukazovatele, akými sú odvrátiteľné úmrtia, stredná doba dožitia v relatívnom zdraví či výdavky HDP na zdravotníctvo oscilujú v relatívne podobných hodnotách celé roky. Ak si porovnáme reformy, ktoré hodnotíme s odstupom času ako kladné (napr. zmeny úhradových mechanizmov, ročné zúčtovanie zdravotného poistenia, generická preskripcia) a naopak ako nevydarené reformné snahy (privatizácia výnosných častí poskytovateľov, napr. dialýzy, laboratórií, diagnostických zariadení), je potrebné prijať záver, že v prevažnej miere sú reformy úspešné v tých oblastiach v ktorých ide o „šetrenie“ nákladov, nefinančné reformné zmeny /napr. eRecept, eLab,/ a naopak, kde je v pozadí reformy otázka zisku, peňazí a rozdeľovania zdrojov, tieto časti reforiem majú buď krátku životnosť (spravidla jedno volebné obdobie) alebo sú nastavené tak, aby vyhovovali neprimerane jednej časti aktérov týchto vzťahov. Uvedené tvrdenie vychádza aj zo skutočnosti, že vždy je reforma a jej implementácia závislá od politickej vôle a niekedy aj politického kalkulu. Ďalšiu slabinu reformných snáh vidíme v tom, že hoci boli pripravené v rôznych obdobiach analýzy na ozdravenie systému, vo finálnej podobe sa prijali buď výrazne tzv. jalové, príp. sa neprijali vôbec. V celom systéme zdravotníctva sa polarizujú názory aktérov na smerovanie tohto odvetvia, avšak celkové výsledky v porovnaní s krajinami OECD, či EÚ, nie sú pre SR pozitívne. V hodnotiacich ukazovateľoch sa pravidelne SR neumiestňuje na vyšších priečkach. Napriek vynakladaniu enormných finančných zdrojov nedosahujeme želané výsledky. Z vyššie uvedených údajov vyplýva, že pokiaľ by mala byť reforma udržateľná a v dlhodobom horizonte pozitívna, musí sa udiť v širšom časovom horizonte, ako je jedno volebné obdobie, najlepšie po širokej diskusii a vysvetľujúcich kampaniach a ideálne, aby to bolo v zhode naprieč celým politickým spektrom. Odpolitizovanie zdravotníctva by mohol byť

prvý krok k jeho uzdraveniu. Príkladom nízkej efektívnosti prijímaných zmien v zdravotných zákonoch je rozsah a početnosť novelizácií, ktorými zdravotnícke zákony prechádzajú.

GRAF Č. 75: POČET ODVRÁTITEĽNÝCH ÚMRTÍ – POROVNANIE



Zdroj: OECD, 2022

Pozn.: údaje Francúzska a Talianska sa v databáze OECD v uvedenom roku nenachádzali



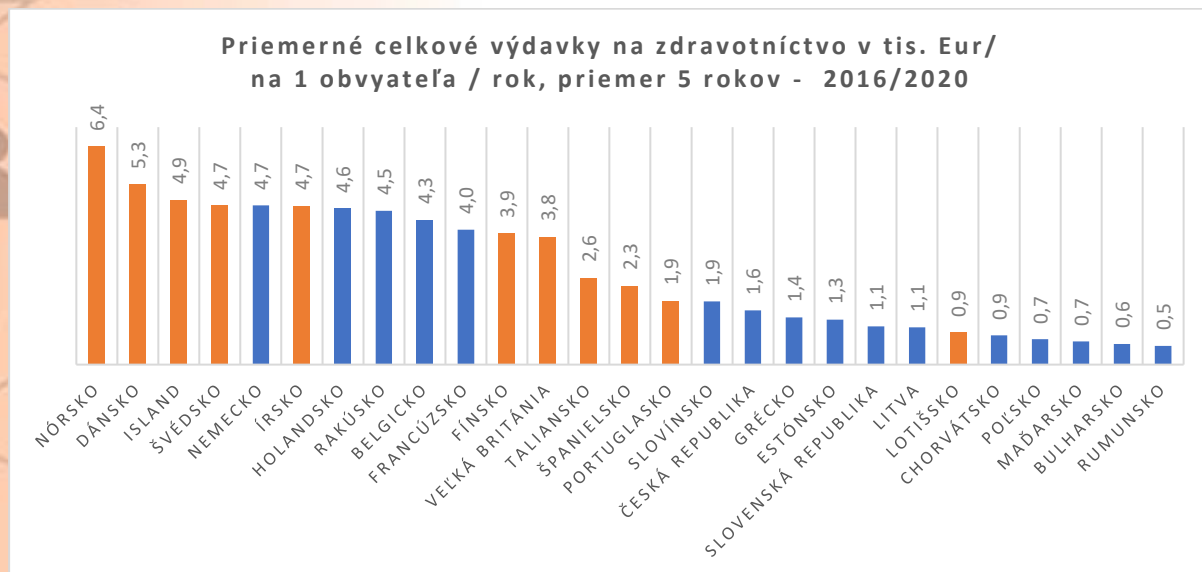
## 5. ZDRAVOTNÉ POISTENIE – ZDRAVOTNÁ DAŇ. FINANCOVANIE A FUNGOVANIE SYSTÉMU ZDRAVOTNÉHO POISTENIA

Zatiaľ čo vo svete vieme identifikovať približne štyri základné modely financovania, v krajinách EÚ hovoríme prevažne o dvoch – Bismarckov (ďalej len: „BIS“) a Beveridgeov systém (ďalej len: „BEV“). Uvedené rozdelenie je však značne intenzívne (zuzujúce) a musíme konštatovať, že po formálnej a štruktúrálnej stránke sú jednotlivé národné špecifiká uvedených modelov významne odlišujúce sa, hoci ich zaraďujeme do tej istej modelovej skupiny. Aktuálne zmenami a reformami prechádzajú obidva modely, nakoľko jednotlivé krajiny reagujú na zmeny predovšetkým vo vekovom zložení obyvateľstva a zvyšujúcim sa nákladom na zdravotníctvo, ako aj zmeny v geopolitickom prostredí (migrácia, civilizačné ochorenia, ohrozenie pandemiou).

Uvedeným výzvam čelí aj zdravotníctvo v SR, pričom značnou nevýhodou je, že ešte stále je v štádiu prerodu a transformácie a samotný systém, hoci sa inšpiroval modelmi financovania z vyspelých západných krajín EÚ, naďalej trpí na elementárne problémy transformujúcich sa ekonomík bývalého východného bloku (vysoká miera zadlženosti, nízka miera kvality poskytovaných služieb, vysoká miera korupcie, nízke povedomie o zdravom životnom štýle a s tým spojená nízka miera preventívnych programov, komplikovaný a neprehľadný systém financovania).

Z hlavných ekonomických ukazovateľov vyplýva, že systém v SR vynakladá na zdravotníctvo menej, o viac ako polovicu, prostriedkov, ako je priemer porovnávaných krajín EÚ. SR vynaložila priemerne na jedného obyvateľa sumu len 1 100Eur ročne, pričom priemer uvedených krajín je viac ako 2 800 EUR. Modrou farbou sú uvedené krajiny BIS systému, oranžovou farbou BEV systému.

GRAF Č. 76: PRIEMERNÉ CELKOVÉ VÝDAVKY NA ZDRAVOTNÍCTVO

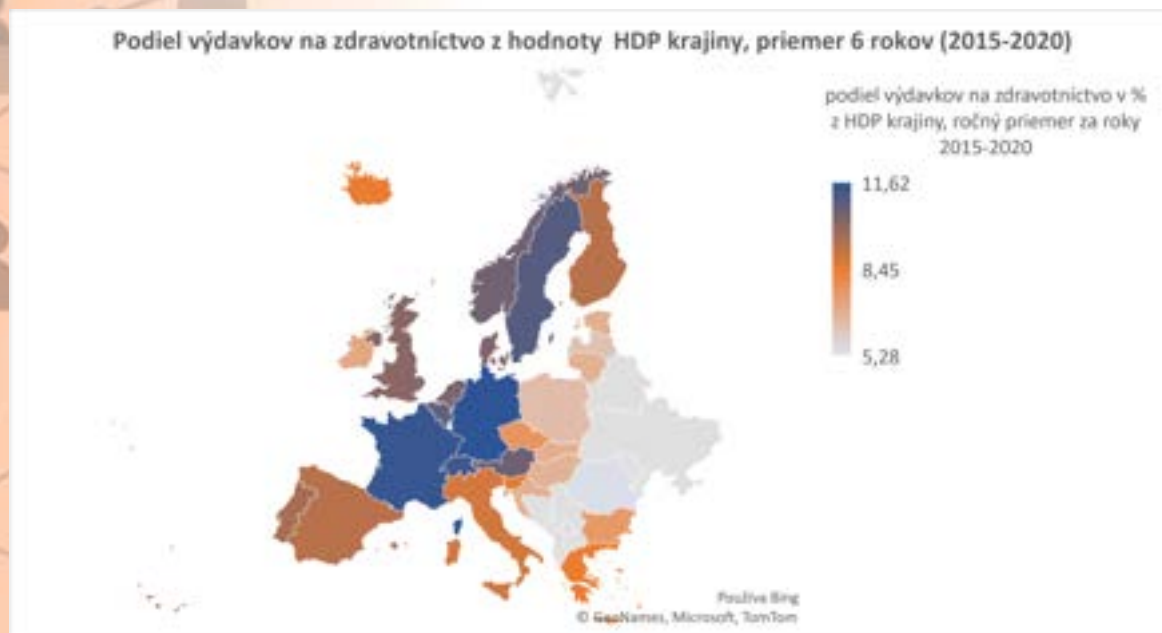


Zdroj: OECD, 2022

Výdavky na zdravotnú starostlivosť sa v rokoch 2015 – 2020 sa podieľali na HDP v priemere 6,09% ročne, pričom v krajinách západnej Európy tvorili výdavky na zdravotníctvo 10 – 12% HDP.

Hoci podiel výdavkov vynakladaných na zdravotníctvo na HDP má rastúcu tendenciu, nepostačuje to. Inovatívne technológie a liečebné postupy sú extrémne finančne náročné a počet spotrebiteľov zdravotnej starostlivosti, predovšetkým v najdrahšej časti spektra nákladov – osôb nad 65 rokov, neustále narastá v dôsledku starnutia populácie. Zároveň z uvedených údajov OECD vyplýva, že v európskych krajinách v BEV systéme sa výdavky na zdravotníctvo na HDP pohybujú v priemere 9% a v krajinách s BIS systémom financovania zdravotníctva je to približne 8%. Priemer BIS je však do značnej miery ovplyvnený skutočnosťou, že do jeho priemeru sa započítava prevažná väčšina menej ekonomicky rozvinutých krajín (stredná a východná Európa), kde sa podiel výdavkov na HDP a v krajinách, ako napr. Nemecko a Francúzsko, je to viac ako 10%.

OBRÁZOK Č. 11: PODIEL VÝDAVKOV NA ZDRAVOTNÍCTVO Z HDP



Zdroj:

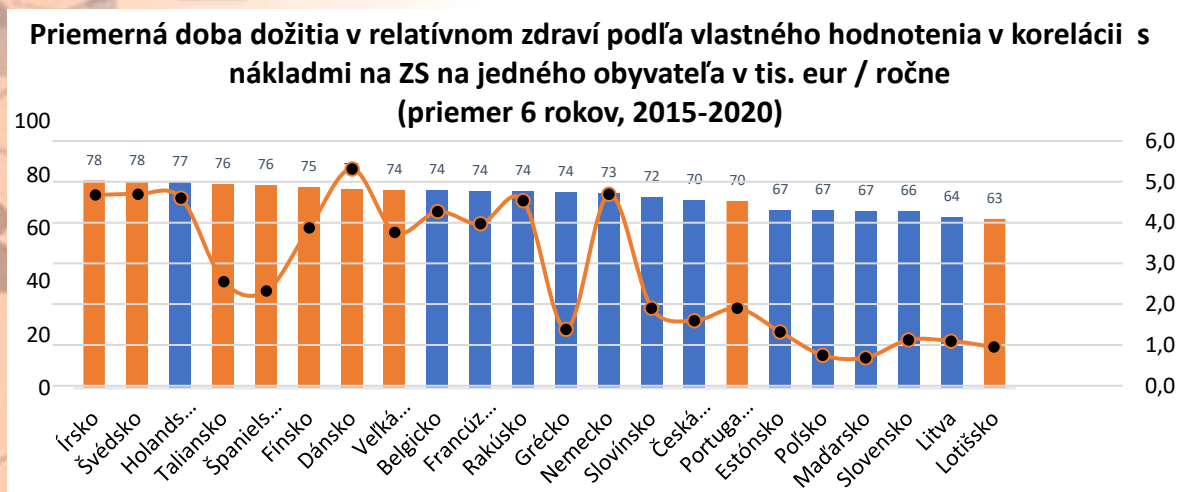
Zdravotníctvo v SR, tak ako to už bolo uvedené v predchádzajúcich kapitolách, je financované z verejných zdrojov, a to až vo výške 80 %. Zdroje pochádzajú predovšetkým od zamestnávateľov so zamestnancami a súvisiace so mzdou, pričom v porovnaní s celkovými výdavkami na zdravie predstavujú približne štyri pätiny. Zvyšná časť finančných zdrojov pochádza zo všeobecných daňových príjmov, pričom sa z nich platia odvody na zdravotné poistenie za určité skupiny obyvateľstva (deti, nezamestnaní, dôchodcovia, študenti, iné) (Zdravotný profil krajiny 2021 – Slovensko, 2021, s. 5). Hotovostné platby na Slovensku pozostávajú hlavne z doplatkov za predpísané lieky ambulantným pacientom a z používateľských poplatkov za zdravotnícke služby, ako aj priamych platieb za služby, ktoré nie sú pokryté zdravotným poistením. Napriek snahám v roku 2015 obmedziť používateľské poplatky boli hotovostné výdavky od roku 2014 relatívne stabilné a v roku 2019 predstavovali 19,2 % výdavkov na zdravotníctvo, čo je viac v porovnaní s priemerom EÚ (15,4 %) (Zdravotný profil krajiny 2021 – Slovensko, 2021, s. 5) a pritom rozsah zdravotnej starostlivosti hrazený zo zdravotného poistenia je takmer neobmedzený. V tejto súvislosti treba spomenúť, že



samotná filozofia poplatkov v zdravotníctve je častokrát niektorými vrstvami obyvateľstva, politikov a odborníkov veľmi negatívne vnímaná a neakceptovaná. K tejto problematike uvádzame porovnanie, že zatiaľ čo celkové náklady na zdravotníctvo v prepočte na jedného obyvateľa sú približne na úrovni 50% priemeru sledovaných krajín EÚ a OECD, v oblasti spotreby liekov dosahuje SR takmer 76 % priemerných nákladov uvedených krajín. Znamená to, že 33 % celkový ročných nákladov smerujeme na ambulantnú zdrav. starostlivosť, 32 % na lieky a zdravotnícke pomôcky, 30% na ústavnú nemocničnú starostlivosť a len 0,8% na preventívne zdravotné programy. V spotrebe finančných prostriedkov na lieky vynaložíme takmer 80 % priemeru krajín EÚ, ale na prevenciu takmer 10-násobne menej ako je priemer krajín EÚ (Zdravotný profil krajiny 2021 – Slovensko, 2021, s. 10).

Zdravie obyvateľov krajiny však nezabezpečuje výlučne len kvalitná zdravotná starostlivosť, ktorá viac menej rieši stav obyvateľov, keď je zdravie narušené, ale tvorí ho aj samotné prežívanie života v zdraví. Za toto prežívanie zodpovedá v prvom rade obyvateľstvo a potom štát prostredníctvom systému verejného zdravotníctva, ktorý by mal prispievať k neustálemu zvyšovaniu povedomia obyvateľstva o zdravom živote štýle, projektov na jeho zvyšovanie a skvalitňovanie. Rozdiel v strednom veku dožitia v relatívnom zdraví je medzi obyvateľmi SR a vyspelými krajinami (Švajčiarsko, Island, Švédsko, Holandsko a iné) je takmer 10 rokov. Zároveň z uvedeného grafu vyplýva, že zvyšovanie prežívania v zdraví stojí vynakladanie nemalých finančných prostriedkov. Zatiaľ čo krajiny V4 „per capita“ vynakladajú od 1 000 EUR do 2 000 EUR ročne na obyvateľa, top hodnotené krajiny západnej Európy vynakladajú od 4 000 EUR až takmer 6 000 EUR ročne na obyvateľa. Krajiny využívajúce BEV systém jednoznačne vedú rebríček v prežívaní v relatívnom zdraví do vyššieho veku života. Modrou farbou sú uvedené krajiny so systémom BIS, oranžovou farbou sú krajiny BEV.

OBRÁZOK Č. 12: PRIEMERNÁ DOBA ŽIVOTA V RELATÍVNM ZDRAVÍ A NÁKLADY NA ZDRAVOTNÍCTVO



Zdroj: OECD, 2022

Slovensko má jednu z najvyšších mier úmrtnosti v EÚ z príčin, ktorým sa dalo predísť, a príčin, ktoré sú liečiteľné. Rozlišujeme v našom hodnotení dve úrovne úmrtnosti:

- odvrátiteľné úmrtie liečením /avoidable treatable,/
- odvrátiteľné úmrtie prevenciou / avoidable preventable/

Koncepcia odvrátiteľných úmrtí predstavuje cenný pohľad na zdravotný stav obyvateľstva v oblasti zdravotnej starostlivosti a preventívnych programov a iniciatív, ktorých účelom má byť neustále zlepšovanie tohto ukazovateľa. Odvrátiteľné úmrtia sa v medzinárodnom klasifikovaní od roku 2018 rozdeľujú na úmrtia ktorým sa dalo predchádzať (napr. prevenciou, zdravým životným štýlom, včasnou, príp. lepšou diagnostikou, t. j. preventable mortality) a úmrtia, ktorým by sa dalo zabrániť, ak by bola úroveň a kvalita liečby lepšia (tzv. treatable mortality). Na medzinárodnej úrovni bol od roku 2018 prijatý aktualizovaný a komplexný zoznam príčin úmrtí, ktorým sa dalo zabrániť v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti (terapeutické opatrenia) a zároveň zoznam príčin úmrtí, ktorým sa dalo predísť prostredníctvom preventívnych opatrení verejného zdravotníctva. Uvedený ukazovateľ sa získava v kombinácii rôznych hodnôt, ktorými sú napr. priemerná dĺžka dožitia či potenciálne

stratené roky života. Samotná koncepcia bola predstavená prof. Rusteinom a kol. v roku 1976 a vychádza z predpokladu, že vo väčšine prípadov by niektoré choroby a zdravotné stavy nemali viesť k predčasnej smrti (pri osobách prevažne do 75 rokov života), pretože účinná a včasná zdravotná starostlivosť alebo prevencia by týmto úmrtiam mohla zabrániť (Castelli-Nizalova, 2011, s. 9). Okrem úrovne kvality a úrovne zdravotnej starostlivosti sú odvrátiteľné úmrtia ovplyvnené rizikovými faktormi: individuálny životný štýl, frekvencia rizikových faktorov v populácii, akou je konzumácia tabaku, alkoholu, nedostatok pohybu, miera stresu, nízka spotreba zdravých potravín, ovocia a zeleniny a v neposlednom rade zdravotnícka infraštruktúra a úroveň poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Výhodou týchto ukazovateľov je na jednej strane to, že poskytujú rýchly prehľad o zdravotnom stave obyvateľstva a jeho členenie na preventívne a liečiteľné úmrtia umožňuje posúdiť oblasti zdravia, ktorú by jednotlivý štát mal posilniť. Uvedený štatistický ukazovateľ je založený na komplexnom, systematickom a presnom zbere dát v jednotlivých krajinách, kde autoritou týchto meraní je OECD a Eurostat (Weber a kol., 2021, s. 116).

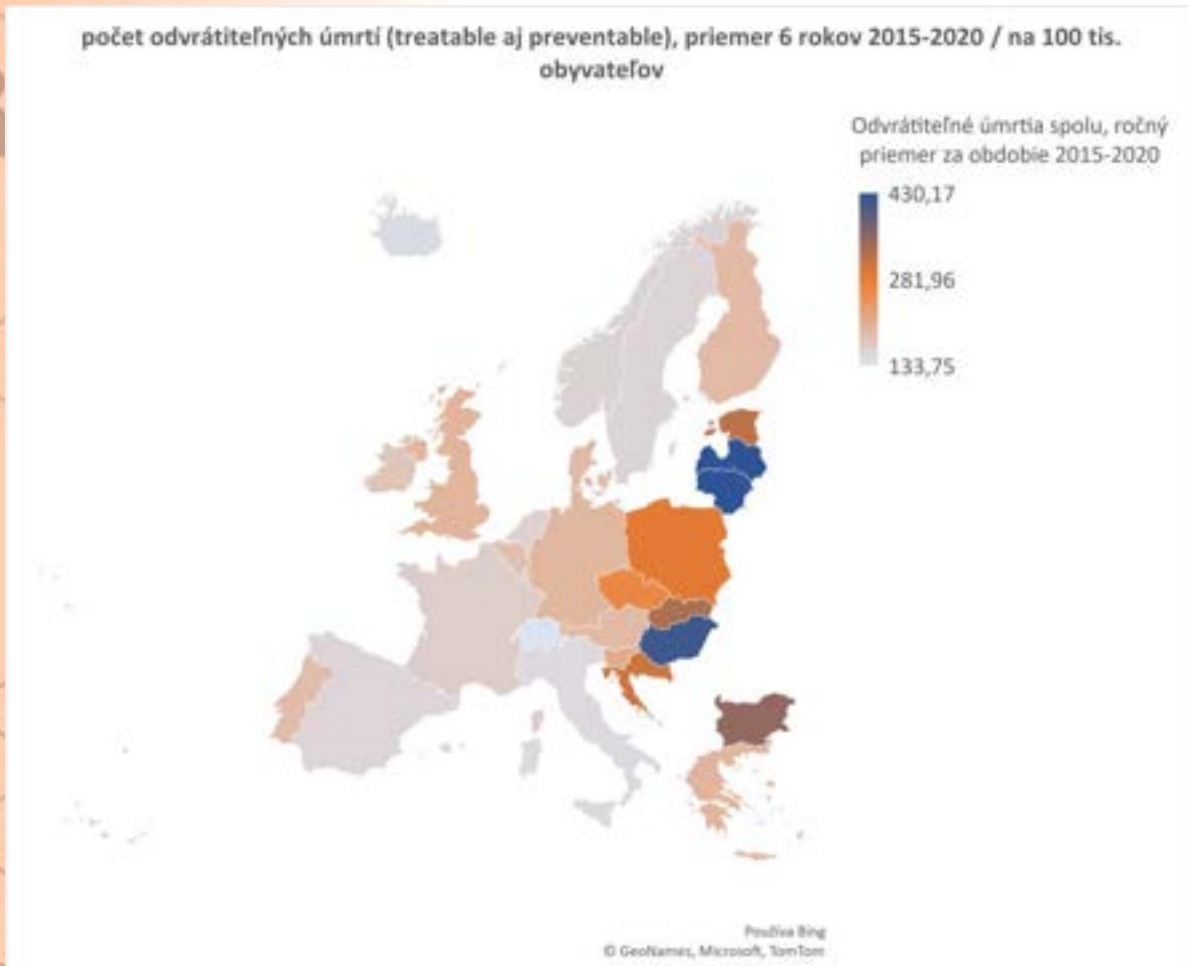
Pri počítaní úmrtí v kategórii odvrátiteľných úmrtí sa započítavajú úmrtia, ktoré nastali pred 75 rokom života. Táto hranica je určená na základe neustále sa zvyšujúcej priemernej dĺžky života v európskych a rozvinutých krajinách sveta a považuje sa za vek, do ktorého by sa mala osoba dožiť bez vážnejších problémov (Weber, 2020, s. 41).

Alarmujúco vychádza štatistika v porovnaní odvrátiteľných úmrtí, pričom vychádza, že v SR umrie na liečiteľné ochorenia v priemere ročne 143,5 obyvateľov na 100tis.obyv., čo v absolútnej hodnote je 7 796 obyvateľov. Z dôvodu zanedbania prevencie a neskorej diagnostiky je to 351 osôb na 100 tis. obyvateľov, čo v absolútnom vyjadrení je v priemere 11 465 osôb. V uvedenej oblasti je jednoznačne potrebné prijať nápravu. Napriek rôznym opatreniam a reformám sa tento stav nepodarilo za roky zlepšiť a spodné priečky obsadzuje SR už desaťročia. Nedostatok zdravotného personálu, zastaraná diagnostika alebo neprehľadný manažment pacienta k tomuto stavu len prispievajú. Je zaujímavé, že krajiny



s BEV systémom vykazujú nižší počet odvrátiteľných úmrtí ako krajiny s BIS systémom financovania zdravotníctva, čo dokumentuje obrázok č. 13.

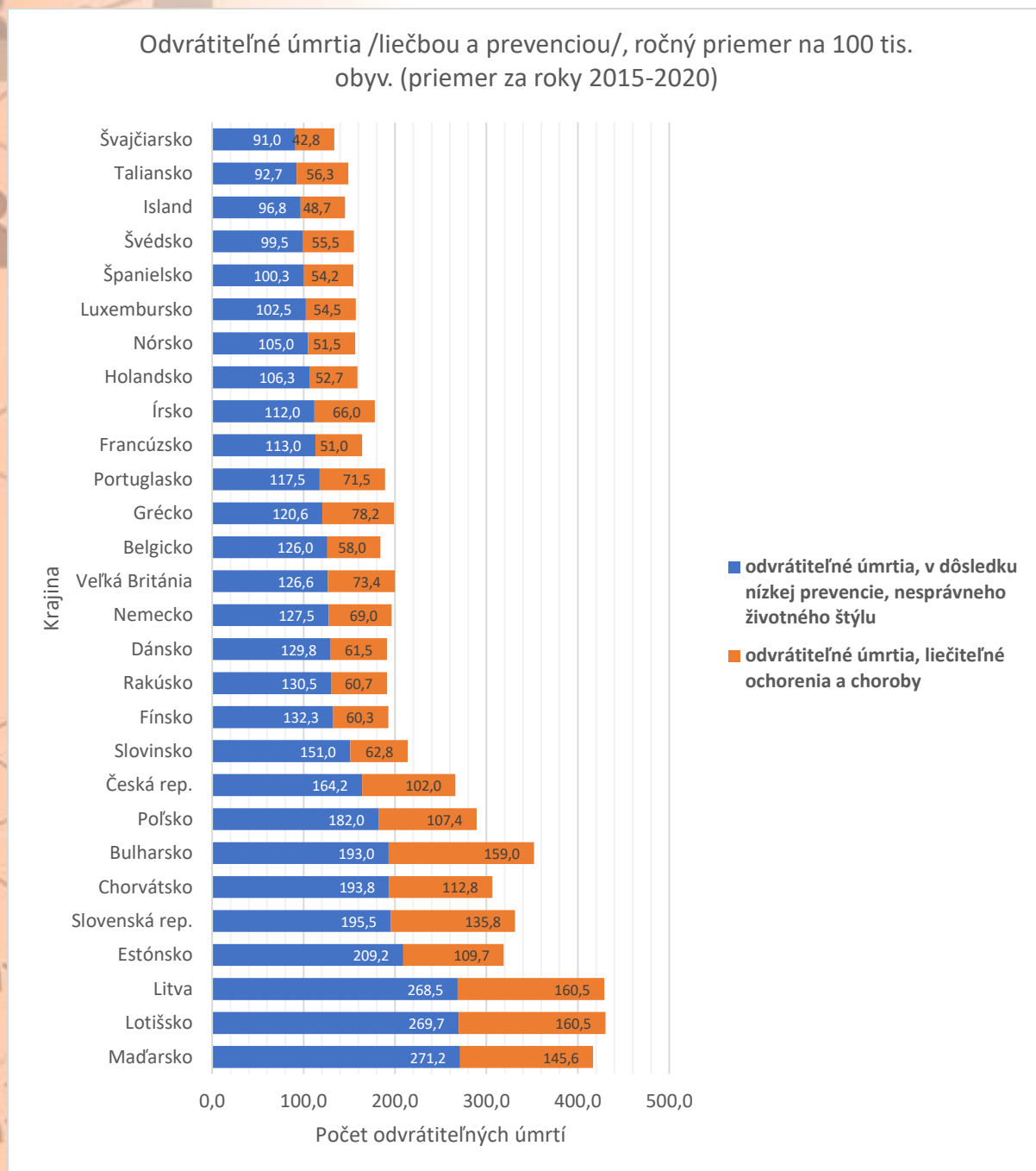
OBRÁZOK Č. 13: POČET ODVRÁTITEĽNÝCH ÚMRTÍ



Zdroj: OECD, 2022

Pokiaľ ide o Slovensko, to sa v počte odvrátiteľných úmrtí pohybuje nad priemerom krajín EÚ (graf č. 77). Príčiny vysokého počtu odvrátiteľných úmrtí v prípade Slovenska sú najmä v nedostatočnej prevencii a preventívnych programoch. Na preventívne programy vynakladáme v prepočte len 12 EUR ročne na obyvateľa, čo je v porovnaní s priemerom EÚ krajín desať násobne (!) menej. (Zdravotný profil krajiny 2021 – Slovensko, 2021, s. 10).

GRAF Č. 77: ODVRÁTITELNÉ ÚMRTIA – PRIEMERNÉ HODNOTY



Zdroj: OECD, 2022

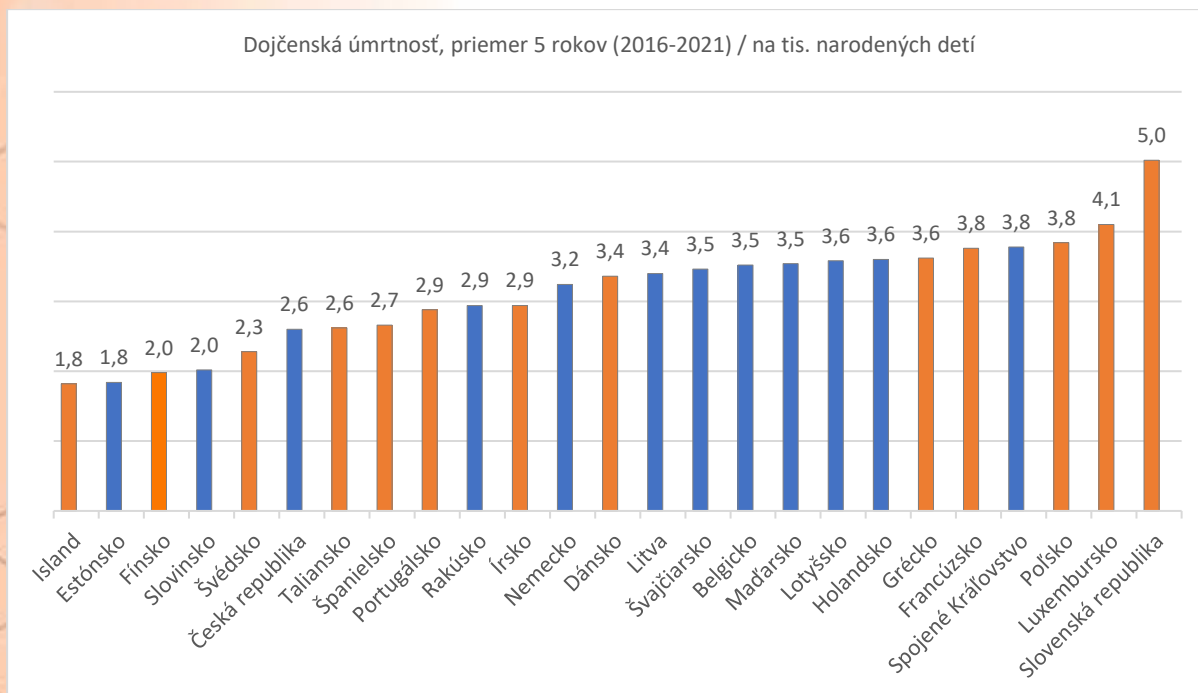
Ďalším ukazovateľom, cez ktorý hodnotíme úroveň zdravotníctva, je dojčenská úmrtnosť. Považuje sa všeobecne za jeden z kľúčových determinantov výkonnosti a kvality zdravotnej starostlivosti. Uvedený determinant predstavuje počet úmrtí detí s vekom do jedného roka života na 1000 živo narodených detí. Novorodenecká úmrtnosť sa vzťahuje na deti, pri ktorých nastala smrť v prvých štyroch týždňoch života. Dojčenská úmrtnosť v sebe zahŕňa také aspekty, akými sú ekonomické a sociálne podmienky matiek a novorodencov, individuálny životný štýl, sociálne prostredie a predpôrodná zdravotná starostlivosť (Die OECD in Zahlen und Fakten, 2016, s. 206). Všetky krajiny OECD dosiahli výrazný pokrok v znižovaní dojčenskej úmrtnosti za posledné dekády. Zatiaľ čo v roku 1970 bol priemerný počet úmrtí 30 na 1000 živonarodených detí, v roku 2007 sa táto miera znížila na 4,9 úmrtí na 1000 detí a v roku 2013 je priemer krajín OECD nižší ako 4 úmrtia. Slovenská republika dosahuje v tomto meraní úroveň 5,1 úmrtí v roku 2020. Podobné výsledky v uvedenom meraní dosahujú krajiny ako Bulharsko, či Rumunsko. Pre porovnanie Poľsko a Maďarsko dosahujú úroveň približne 3,6 úmrtí a Česká republika dokonca 2,3. V tejto súvislosti je potrebné poukázať na skutočnosť, že jednu z najnižších úmrtností z krajín bývalého východného bloku dosahuje aj v tomto hodnotiacom kritériu práve Slovinsko (hodnota 2,2 úmrtia). Nemecká spolková republika, predstaviteľ BIS zdravotného systému dosahuje úroveň 3,1 úmrtí a Veľká Británia, v režime BEV zdravotného systému má úroveň 3,6 úmrtí. V krajinách OECD približne v dvoch tretinách týchto úmrtí dôjde v prvých štyroch týždňoch života a teda subsidiárne ide prevažne o novorodeneckú úmrtnosť (vrodené chyby, predčasné narodenia, ochorenia získané počas tehotenstva). Hoci vo všetkých sledovaných krajinách boli dosahované poklesy týchto úmrtí, avšak vo vyspelejších častiach dochádza k stagnácii, až k zastaveniu tohto poklesu, a to v dôsledku zvyšujúceho sa veku rodičiek, čo môže mať vplyv na zvyšujúce sa riziko (napr. predčasný pôrod a s tým spojené komplikácie) (Die OECD in Zahlen und Fakten, 2016, s. 230).

Z priemeru posledných 6 rokov (2016-2021) vyplýva, že v porovnávaných krajinách, ktoré dosiahli najlepšie výsledky, je takmer identické zastúpenie krajín reprezentujúcich systém financovania formou zdravotnej dane, ako aj formou zdravotných odvodov. Nie je preto



možné konštatovať, že by jeden alebo druhý systém poskytoval v sledovanej oblasti výrazne lepšie hodnotenie. Podiel vynakladaných finančných prostriedkov tak aj v uvedenej oblasti má za dôsledok, že krajiny, ktoré nadpriemerne vynakladajú finančné prostriedky v zdravotníctve, dosahujú preukázateľne lepšie výsledky, ako krajiny, ktoré v oblasti financovania zdravotníctva vynakladajú priemerné, až podpriemerné plnenia.

GRAF Č. 78: PRIEMERNÁ DOJČENSKÁ ÚMRTNOSŤ – PRIEMERNÉ HODNOTY

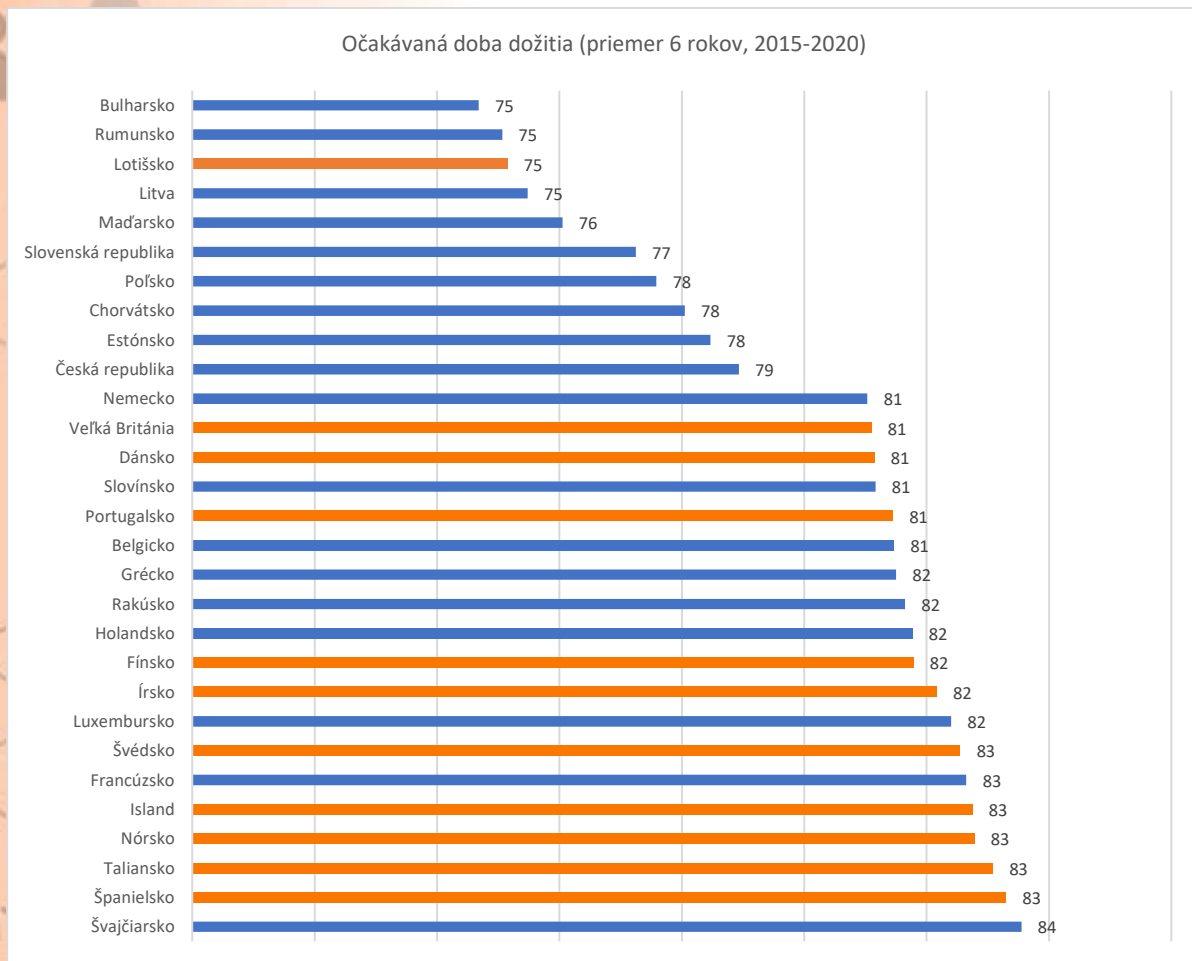


Zdroj: OECD, 2022

Očakávaná doba dožitia, ako hodnotiace kritérium naprieč zdravotným systémom objektivizuje pomer medzi vynakladanými prostriedkami na zdravotníctvo a úsilie obyvateľov o zdravý životný štýl, nakoľko jednoznačne vyplýva, že ak krajina dlhodobo investuje do zdravotnej starostlivosti a súčasne vynakladá prostriedky do preventívnych programov a obyvatelia majú dostupnú a vysokokvalitnú starostlivosť, jednoznačne sa to prejavuje na zvyšovaní ukazovateľa. Celková akumulácia prostriedkov a zdrojov v jednotlivých štátoch ukazuje, akú úroveň zdravotníctva si môže krajina dovoliť. Z uvedených krajín lepšie

vychádzajú krajiny fungujúce v BEV systéme. Rozdiely sa postupne znižujú, pričom krajiny východnej Európy sa postupne približujú, avšak rozdiel medzi Bulharskom a Španielskom je takmer 10 rokov v prospech Španielov.

GRAF Č. 79: OČAKÁVANÁ DOBA DOŽITIA – PRIEMERNÉ HODNOTY



Zdroj: OECD, 2022

Aby sme mohli jednoznačne prijať záver o tom, či je pre krajinu a pre zlepšenie zdravotníctva v krajine využívať jednotnú daň alebo využívať systém zdravotných poisťovní, nemôžeme klady a zápory jednotlivých systémov vykladať izolovane. Zároveň zdravotný systém sa jednoznačne vyvíja a čelí každý rok iným a novým výzvam. Sme svedkami, že systém zdravotníctva čelí takej dynamike zmien, že kým sa vyvinie, otestuje a implementuje určitá

platforma napr. v e-zdravotníctve, už je pre danú chvíľu neaktuálna a je potrebné ju optimalizovať alebo celkom reformovať. Systém zdravotníctva nie je možné zmeniť zo dňa na deň. Vzťahy a prepojenia tvoria zložitý komplex aktérov a to majetkovoprávne, legislatívne, verejnoprávne, ako aj súkromnoprávne prepojených. Zdravotný systém v rámci BIS zdravotníckeho systému umožňuje podnikáť z verejných zdrojov a vytvárať z nich zisk (diagnostika, lieková politika, zdravotné poistenie, iné). Ktorýkoľvek systém by sa v SR uplatňoval, v ideálnom prípade by mal poskytovať účel zdravotnej starostlivosti a to ako službu pre obyvateľov. Služba ako taká má svoj obsah, poskytovateľa a svoju cenu. Aktuálny systém uplatňovaný v SR predstavuje trojstranný vzťah poistenca, zdravotnej poisťovne a poskytovateľa. Ďalej v sekundárnom vzťahu je poskytovateľ liekov a zdravotníckych pomôcok, platiteľ poistného (zamestnávateľ, iný platiteľ alebo štát) a súkromní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti neviazaný na zdravotné poistenie. Ak by sa zdravotná starostlivosť chápala ako služba v komerčnom význame, mohlo by to priniesť riziko, že nie každý si určitú službu bude môcť dovoliť. Tak by sa zdravotná starostlivosť mohla stať nedostupnou pre niektoré vrstvy obyvateľstva.

Hoci je spoločensky uznávané a morálne v poriadku, aby sa spoločnosť vedela vždy a za každých okolností postarať o každého svojho člena, jednoznačne môžeme konštatovať, že členovia spoločnosti čerpajúci zdravotnú starostlivosť v SR, v prevažnej miere nedisponujú a nikdy nedisponovali faktickými údajmi o nákladoch, s ktorými sa ich zdravotná starostlivosť spája. Nakoľko sú zdroje slovenského zdravotníctva obmedzené, v prvom rade by akékoľvek prijaté opatrenia mali smerovať k zamedzeniu plytvaniu, duplicitným vyšetreniam, neprehľadnosti aplikovanej zdravotnej starostlivosti a využívaniu neaktuálnych informácií pri manažmente pacienta. Z hľadiska financovania by sme preto chceli rozdeliť návrh riešení do oblasti zdravotného poistenia, čerpania zdravotnej starostlivosti a do oblasti revízie výdavkov.

Z hodnotenia jednotlivých profilov krajín, SR jednoznačne zaostáva v prevažnej časti hodnotených oblastí a to bez ohľadu, v ktorom období by sme vývoj sledovali. V ukazovateľoch sme nezaznamenali výrazný pokles, avšak progres je minimálny a dokonca



zaostáva aj za priemerom krajín V4. Na úvod by sme preto chceli poukázať na príklad malej krajiny Slovinska, ktorá pri vzniku zdravotného systému na začiatku 90. rokov 20. storočia, vzhľadom na svoju veľkosť, mala obavy z nedostatku finančných zdrojov v systéme a preto od začiatku budovala spoplatnené takmer celé zdravotníctvo. V ukazovateľoch, akými sú náklady na ZS (1 900 Eur/rok) na jedného obyvateľa sa zaraďuje medzi krajiny západnej Európy (podobne ako Portugalsko alebo Španielsko). V oblasti očakávanej doby dožitia, ako aj odvrátiteľných úmrtiach, jednoznačne Slovinsko dominuje v porovnaní s krajinami strednej a východnej Európy. V porovnaní so SR je to v prípade odvrátiteľných úmrtí o takmer 38 % menej, a v oblasti očakávanej doby dožitia je to o takmer 4 roky viac. Dožitie v relatívnom zdraví je v Slovinsku o viac ako 5 rokov vyššie v porovnaní so SR. Na príklade Slovinska považujeme za kľúčové najmä to, že hoci sa systém zdravotníctva zaraďuje do BIS schémy, prioritne je založený na doplatkoch pacientov, ktorí sú dobrovoľne poistení v komerčných zdravotných poisťovniach, aby tieto doplatky nemuseli znášať. Štát vydáva vo forme zákonnej normy rozsah doplatkov za jednotlivé úkony a z uvedeného zoznamu vyplýva aj cena týchto úkonov. Vzťah poistenca a zdravotnej poisťovne je súkromnoprávny a dobrovoľný. Prináša to určité ráco do vzťahu, pretože zdravotné služby sú finančne čoraz nákladnejšie a nie je udržateľné fungovanie systému, v ktorom jednotliví aktéri nepoznajú hodnotu a cenu poskytovaných služieb. Z uvedeného je potrebné jednoznačne prijať záver, že pacienti by v SR mali poznať finančné vyjadrenie čerpanej zdravotnej starostlivosti. Jednoznačne takýto odpočet by pôsobil edukatívne a mohol by znížiť prípadné plytvanie. Vynakladanie prostriedkov na lieky máme v SR jedno z najvyšších v EÚ. Slovensko dáva z verejných zdrojov na lieky 1,2 miliardy eur ročne. V porovnaní s krajinami V4 tvoria lieky väčšiu časť výdavkov na zdravotníctvo (23 % celkových vynaložených nákladov). V SR sa v jednotlivých rokoch prijali pozitívne opatrenia, medzi ktoré zaraďujeme externé referencovanie cenotvorby liekov (zastropovanie a spôsob výpočtu ceny) priemer troch najlacnejších liekov a generická preskripcia a využitie generických liekov (Revízia výdavkov na zdravotníctvo II., 2019, s. 68). Z hľadiska čerpania a využívania generických liekov je SR na tom uspokojivo. Vzhľadom na zamedzenie plytvania liekmi a zdravotnými pomôckami sa zaviedli viaceré efektívne opatrenia

ako je eRecept, ktorý by mal zamedziť, za použitia technických prostriedkov, kontraindikácii, zníženiu administratívnej záťaže a zvýšeniu časovej efektívnosti, t. j. pacient sa vie k receptu dostať online a včasne. V Nemecku sa uplatňuje za účelom zamedzenia plytvania liekmi opatrenie, že lekárnik smie vydať liek aj po jednotlivých tabletkách, t. j. nemusí byť pacientovi vydané neporušené balenie alebo blister. Slovinsku sa spoplatnenie zdravotníctva ukázalo ako efektívne, nakoľko štát nemá taký tlak na verejné zdroje. V štáte funguje 1 štátny fond, ktorý uhrádza pomernú časť nákladov na zdravotné výkony a zvyšnú časť doplácajú pacienti. Doplatky nie sú však len symbolické, ale sú to citeľné doplatky častokrát na úrovni od 10 % a viac. Na druhej strane, poisťenci po uzatvorení komerčného poistenia (ktoré sa pohybuje od 50 EUR mesačne a viac) po uhradení doplatku majú nárok na refundáciu týchto nákladov.

V SR sa viac ako dve desaťročia platí odvod na verejné zdravotné poistenie v nezmennej výške, čo sa týka zamestnancov (4 % z hrubej mzdy a 10 % zamestnávateľ). Základný odvod SZČO je stanovený zákonom a odvíja sa od priemernej mzdy za predchádzajúce dva roky späť, z ktorého sa uhrádza 14 %, a ak už SZČO dosahoval príjem z podnikania, tak ako vymeriavací základ, pre 14 % odvod, sa použije tento príjem upravený o zákonom určený koeficient. Osobám podnikajúcim ako SZČO odvody na poistenie rastú, rovnako je to aj v prípade zamestnancov, avšak príjmy poisťovní nekopírujú tento trend, nakoľko systém odvodov je relatívne jednoducho obchádzať nepravdivými údajmi uvádzanými vo výkazoch. Slabinou systému v SR je to, že zdravotná poisťovňa si žiada uhradiť od zamestnávateľa také poistné, ktoré sa síce odvíja od mzdy zamestnanca, ale túto mzdu deklaruje zamestnávateľ. Či ide o skutočný príjem zamestnanca, alebo sa jedná len o mzdu „na páske“ a „zvyšok“ do ruky, už zdravotná poisťovňa nevie zistiť. V zmysle zákona o zdravotnom poistení je povinný zamestnávateľ podať mesačný výkaz, v ktorom uvedie o. i. výplatu príjmu zamestnancov a to v členení podľa jednotlivých zamestnancov. Je tak relatívne jednoduché uvádzať nižšie príjmy, aké sú v realite. Jednoznačne je potrebné prijať také opatrenia, ktoré by v oblasti zdravotného poistenia jasne definovali minimálny odvod v prípade zamestnancov. Uvedený limit je v SR zavedený pri zamestnávaní osôb z cudziny, kde pre registráciu v zdravotnom poistení sa

požaduje dosahovať príjem na úrovni minimálnej mzdy, resp. k tomu prislúchajúca výška mzdy podľa úväzku. V extrémnych, nie však ojedinelých prípadoch, vychádza zdravotný odvod v nereálne nízkych hodnotách, pričom čerpanie ZS je umožnené bez obmedzenia. Ďalším úskalím v rámci financovania je enormné dlhové zaťaženie. Tisíce obyvateľov dlhuje na zdravotných odvodoch desiatky miliónov EUR. Relatívne málo efektívnou je v tejto oblasti obmedzenie poskytovanej ZS, kde dlžník ak dlhuje nad 100 EUR a za viac ako tri nezaplatené preddavky, má nárok len na neodkladnú a život zachraňujúcu ZS. Výnimku tvoria osoby v osobnom bankrote, dlžníci, ktorí svoj dlh riadne a včas splácajú alebo majú exekúciu a dlh si v exekúcii riadne splácajú. Celkovo je vzťah medzi platením odvodov do zdravotnej poisťovne a následným čerpaním zdravotnej starostlivosti výrazne nerovnomerný. Zdravotná poisťovňa sa častokrát vníma ako nevyčerpatel'ný zdroj prostriedkov, pričom odvodová disciplína množstva obyvateľov je neadekvátna. Princíp spravodlivosti je v tejto oblasti len veľmi ťažko uplatniteľný. Ako príklad slúži fakt, že ak zamestnávateľ pol roka neodvádza poistné za svojich 40 zamestnancov, zdravotnej poisťovni chýbajú platby za 40 poistencov za 6 mesiacov, avšak za dlh zodpovedá výlučne zamestnávateľ a poistenec – zamestnanec s tým nič nemá a teda v nijakom prípade za dlh (logicky) nezodpovedá. Ak by sa však uplatňoval systém obdobný ako v Slovinsku, takáto situácia by bola značne komplikovanejšia pre neplatičov. Zamestnávateľ sa nemôže rozhodnúť, že daň zaplatí a odvod na zdravotné a sociálne poistenie nezaplatí, úhrada je v jednom spoločnom balíku. Teda nevzniká vzťah medzi zdravotnou poisťovňou – fondom zdravotného poistenia a zamestnávateľom. Štát v oblasti výberu daní, sociálneho a zdravotného poistenia vystupujú voči platiteľom v jednom vzťahu. V SR je stav taký, že voči 1 platiteľovi, v oblasti odvodov, vystupujú najmenej 3 až 5 subjektov (ak má zamestnávateľ napr. 3 zamestnancov a každý je poistený v inej zdravotnej poisťovni, zamestnávateľ musí posilať do každej zdravotnej poisťovni mesačný výkaz, pričom uvedie do každého výkazu pre konkrétnu zdravotnú poisťovňu len jedného zamestnanca). Rovnako takýto zamestnávateľ vykonáva v tomto prípade úhradu odvodov na 5 účtov (daň, sociálny odvod, zdravotné poistenie - na Slovensku sú tri ZP). Tu sa môže zamestnávateľ slobodne rozhodnúť, že daň zaplatí, aby eliminoval sankcie a prípadné konzekvencie pri prípadnej daňovej kontrole, ale



sociálne zdravotné poistenie uhradí neskôr a do zdravotnej poisťovne nepošle úhradu vôbec. Obvykle podnikateľ môže počítať so skutočnosťou, že ak firma nemá reálne žiadny majetok a na účte nedisponuje finančnými prostriedkami, ani prípadné exekúcie mu nemajú ako postihnúť majetok. Nezaplatiť daň so sebou prináša oveľa vážnejšie konzekvencie, najmä v oblasti priebežného financovania napr. bankami (napr. zamietnutie úveru), sankcie sú oveľa prísnejšie. Štát má silnejšie nástroje v oblasti výberu daní, ako v oblasti zdravotného poistenia. Z uvedeného vyplýva, že štát si v oblasti odvodovej politiky sám komplikuje situáciu, kedy dáva príležitosť vôbec nad takýmto konaním uvažovať. Ak by boli odvody realizované v jednom balíku, manévrovacía a špekulatívna situácia platiteľa – zamestnávateľa by sa značne skomplikovala avšak jednoznačne v prospech štátu.

Z dlhodobého hľadiska Slovensko zaostáva za ostatnými krajinami EÚ v investovaní do podpory zdravia a prevencie chorôb. Napriek prijatiu národného programu podpory zdravia v roku 2014 a národnému onkologickému programu v roku 2018 sú konkrétne opatrenia na riešenie rizikových faktorov, ako je spotreba tabaku a alkoholu, edukácia na školách, zlepšovanie pracovných podmienok na rizikových pracoviskách a na prevenciu obezity, naďalej obmedzené.

Vynakladané finančné prostriedky na zdravotníctvo boli v SR, v porovnaní s inými krajinami, nedostatočne podpriemerné. SR za posledných 6 sledovaných rokov priemerne vynaložila na liečenie jedného obyvateľa prostriedky v sume 1100 EUR, čo ďaleko zaostáva za krajinami, akými sú Česká republika (1600 EUR), Rakúsko (4500 EUR), Slovinsko (1900 EUR), či porovnateľne veľké Belgicko (4300 EUR), či Holandsko (4600 EUR). Rozdiel dožitia v relatívnom zdraví v SR je oproti krajinám západnej Európy enormný. Obyvatelia krajín západnej Európy sa priemerne dožijú v relatívnom zdraví až o takmer 10 rokov viac ako obyvateľ SR. V žiadnom doteraz hodnotenom kritériu sme nezaznamenali, že by krajiny s BEV alebo BIS zdravotníckym systémom boli diametrálne rozdielne. V oblasti reaktívneho dožitia v zdraví, podľa subjektívneho hodnotenia obyvateľov však vidíme, že v krajinách využívajúcich BEV systém sa celkovo vynakladajú výrazne vyššie prostriedky, ako v krajinách BIS zdravotného systému.

V posledných rokoch prebehla značne široká diskusia o počte zdravotných poisťovní v SR a to najmä v kontexte šetrenia, efektívnosti vynakladania finančných prostriedkov na zdravotníctvo, možnosť tvorby zisku, či prevádzku poistného systému. Odporcovia pluralitného poistného systému môžu hľadať inšpiratívne príklady v krajinách BIS systému a naopak. Zdravie ako stav obyvateľstva je neprenosná, nehmotná hodnota a vyplýva jednoznačne z hodnôt solidarity, humanity a odzrkadľuje stupeň vyspelosti jednotlivých krajín. Otázka spravodlivosti v systéme zdravotného systému nikdy nebude o rovnosti medzi vynakladanými finančnými prostriedkami jednotlivcov a prijímanou starostlivosťou. Spoločnosť poskytuje zdravotnú starostlivosť všetkým obyvateľom porovnateľne rovnakú a to bez ohľadu na množstvo finančných prostriedkov vložených jednotlivcom do systému. Keďže zdravotný systém je povinný od narodenia po smrť, nikto ho ani len dobrovoľne nemôže odmietnuť. Vzhľadom na to, že účasť je povinná, miera zodpovednosti jednotlivca a čerpania zdravotnej starostlivosti sa tak stáva vecou verejnou. Samotný systém, hoci je postavený na uzavretom systéme zdravotných poisťovní a kolobeh peňazí prebieha v zásade mimo orgány štátu, je postavený a regulovaný normami verejného práva, teda tieto normy sa v zásade vzťahujú na všetkých obyvateľov SR a vzťah k zdravotnému poisteniu nie je vecou dispozičného práva jednotlivca, ale vynútiteľným právom. Otázka spravodlivosti tak prichádza do úvahy v spojení s pojmom zdravotná starostlivosť ako služba. Určite na základe analyzovaných štatistických údajoch nie je možné prijať záver, že by jeden alebo druhý systém bol viac, či menej spravodlivejší. Všetky analyzované krajiny majú etablované siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pre svojich obyvateľov. Úroveň poskytovaných služieb zdravotnej starostlivosti v hodnotených kritériách je takmer rovnomerne zastúpená v BIS aj BEV krajinách. Ľudia v krajinách južnej Európy dosahujú priemerne vysoké doby dožitia, a to aj napriek chorobám. Obyvatelia krajín severnej Európy sú vo všeobecnosti zdravší, avšak za týmto účelom vynakladajú vyššie finančné prostriedky na zdravotníctvo. Teda, stojí ich to viac peňazí (Knošková, 2020, s. 133). Krajiny východnej Európy takmer všetky prebrali systém financovania BIS modelom. Rozdiely v hodnotených ukazovateľoch sú však citelné a národné špecifiká jednoznačne tento trend potvrdzujú. Súčasne je potrebné

konštatovať, že rozdiely vo výsledku jednotlivých krajinách sú závislé od finančných prostriedkov vynakladaných na zdravotníctvo. Nakoľko finančné prostriedky predstavujú porovnateľné aktívum, rozdiel medzi BIS a BEV systémom spočíva v ich distribúcii od obyvateľstva k poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Hoci je forma distribúcie a zmluvných vzťahov jednou z podstatných pilierov systému, čoraz viac do popredia vstupuje otázka finančnej udržateľnosti a efektívnosti vynakladaných finančných prostriedkov v systéme. Akumulácia prostriedkov a ich následná distribúcia prebieha za účasti aktérov a v legislatívnom rámci v danom čase. Model financovania zdravotníctva preto predstavuje v konečnom dôsledku len procesnú stránku toku finančných prostriedkov, od koho a kam smerujú. Na základe hodnotených kritérií vyplýva, že dostatočná akumulácia finančných prostriedkov má efekt na dosahovanie lepších výsledkov v hodnotených kritériách a je to vzťah medzi vynakladanými prostriedkami a lepšími výsledkami stavu zdravia obyvateľstva, liečby, dožívania v zdraví. Do popredia tak vstupuje požiadavka na vytvorenie jednotnej a celospoločensky akceptovanej stratégie rozvoja zdravotníctva, s výhľadom na viac ako 20 rokov. Dosahovanie určených míľnikov by bolo bez ohľadu na politické smerovanie krajiny, s povinnými dopadovými štúdiami, ktoré by objektivizovali stav plnenia stratégie. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti by mali garantovanú výšku finančných prostriedkov, no zároveň by podliehali hodnoteniu kvality prostredníctvom nezávislých audítorov kvality (museli by poskytovať určitý štandard, pričom nevyhnutne by sa legislatívne mali zakotviť také pravidlá pre poskytovateľov, ako sú zákonom stanovené minimálne ordinačné hodiny, zákonný spôsob evidovania ordinačných časov, garancia maximálnych čakacích lehôt, všeobecné platné pravidlá objednávaní k špecialistom, štandardy na čakáreň a jej vybavenie, štandardy na stravovanie a formu služieb poskytovaných v nemocniciach, dostupnosť liečby v zahraničí a iné vysoko kvalitné požiadavky). Uvedené opatrenia je možné chápať aj ako objektivizovanie (princíp spravodlivosti) ponuky zdravotníckych zariadení a poskytovateľov, nakoľko úroveň poskytovanej starostlivosti má svoje špecifiká a aj kvalitu a nie je všade rovnaká. Plné rozvinutie plánovanej cestovnej mapy pacienta je nevyhnutný nástroj na efektívne vynakladanie finančných prostriedkov v zdravotníctve a jeho plánované zavedenie



by sa malo čo najskôr finalizovať a spustiť. Rovnako je nevyhnutné, po vzore iných vyspelých krajín, zaviesť procesnú mapu pacienta, aby bolo, v rámci jednotlivých diagnóz, objektivizované a presne určené, aké vyšetrenia a na ktorých pracoviskách majú byť poskytnuté pacientovi, a to od diagnostiky, cez liečbu, až po vyliečenie a život v relatívnom zdraví. Spravodlivosť pri prístupe k zdravotnej starostlivosti a včasného vyšetrenia pacienta musí byť spojené s motiváciou lekára. Po vzore iných krajín je potrebné zvážiť diferencovanie odmeňovania v časti objednávaní pacientov na vyšetrenia, kedy lekár by bol finančne motivovaný za čo najrýchlejšie objednanie a aj vyšetrenie pacienta. Mnohé zefektívnenia sa zavádzajú už aj v súčasnosti, avšak ich zavedenie a zavádzanie je priamo závislé na politickej vôli a rozhodnutí mocenskej zložky štátu – vlády, ministerstva zdravotníctva. V dôsledku pravidelného striedania moci však dochádza takmer neustále k zmene stratégie a vízií tej ktorej vlády. Jednoznačne je však potrebné zastabilizovať smerovanie zdravotníctva formou záväzného dokumentu, ktorý by výhľadovo, na viac ako desaťročie, stanovoval v kratších časových horizontoch ciele, ktoré sa majú dosiahnuť a to bez ohľadu na aktuálnu politickú situáciu. Stratégia by musela určiť jednotlivé míľniky, merateľné ciele, povinne by plnenie cieľov podliehalo analýze a dopadovej štúdii. Stratégia by určovala záväzný finančný rast nákladov zo štátneho rozpočtu, garantovala by rast miezd všetkých aktérov v zdravotníctve bez ohľadu na to, či pracujú v súkromnom alebo štátnom zariadení. Výška výdavkov na zdravotníctvo by nebola určená ročne, podľa štátneho rozpočtu a aktuálneho výberu zdravotných odvodov, ale by bola určená priemernou hodnotou napr. 5 krajín, ktorých úroveň zdravotníctva by sa dohodlo, že chce SR dosiahnuť (obdobne, ako je to pri cenotvorbe liekov). Metodicky by sa určilo, koľko zdravotníckych pracovníkov a lekárov je potrebných pre udržateľný systém a tento cieľ by museli školy v oblasti zdravotníctva garantovať pre trh práce. Štát by popri všeobecnom lekárstve mal zaviesť špecializované štúdium, ktoré by explicitne platilo pre študentov, ktorí ostanú pracovať v slovenskom zdravotníctve (popri všeobecnom lekárstve by sa dalo študovať aj tzv. slovenské všeobecné lekárstvo, ktoré by malo svoje špecifiká, napr. bezplatnosť, garantovaný štartovací motivačný program už počas štúdia, príspevok na ubytovanie a stravovanie, a po úspešnom skončení štúdia nenávratný príspevok

na ubytovanie, cestovanie, príp. presťahovanie, garantovanú minimálnu mzdu, ktorá by predstavovala minimálne priemer krajín, kam najčastejšie odchádzajú pracovať slovenskí absolventi, t. j. plat začínajúceho lekára by mal byť konkurencieschopný vo vzťahu k iným porovnateľným krajinám). Platové ohodnotenie pracovníkov v zdravotníctve by malo byť garantované a objektivizované v porovnaní s určenými krajinami tak, aby pôsobilo motivačne ostať pracovať v SR. Príkladom by mohol byť priemerný plat zdravotnej sestry, príp. aj lekárov vypočítaný napr. súčtom platov v Rakúsku, Českej republike, ktoré tvoria na trhu práce najväčšiu konkurenciu v platovom ohodnotení v porovnaní so slovenskými zdravotníckymi zariadeniami. Do stratégie by sa implementovali jednotlivé efektívne nástroje, ktoré sa už aj v súčasnosti regionálne zavádzajú. Napr. motivácia personálneho zabezpečenia ambulancií v menej rozvinutých častiach SR (poskytnutie služobného vozidla na súkromné účely, úhrada nákladov na zriadenie ambulancie, prenájom ambulancii za symbolickú cenu, príplatky a podporné programy na presťahovanie, príspevky na atestáciu a na náklady s tým spojené a iné). Je množstvo inovatívnych pilotných programov, avšak častokrát sú regionálneho charakteru, bez celoštátneho zainteresovania a preto ich implementácia by mala byť záväzná pre celú SR (objednávania pacientov, motivačné programy, edukácia, iné, ktoré svojpomocne zavádzajú vyššie územné celky v záujme zatriktívniť prácu v ich regióne).

Princíp spravodlivosti je však potrebné implementovať aj do základného a úplne kľúčového vzťahu medzi pacientom a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. V súčasnosti sme analyzovali, že pacienti v SR na jednej strane prijímajú služby poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, pričom za tieto služby sa uhrádzajú miliardy eur ročne (približne 6,2 mld. Eur / rok), pričom samotný pacient nedisponuje takmer žiadnou informáciou o nákladoch, ktoré za neho zdravotná poisťovňa uhradila. Hoci zdravotné poisťovne poskytujú v obmedzenom množstve isté elementárne informácie, a to prostredníctvom mobilných služieb, príp. na vyžiadanie klienta, vidíme tu priestor na zlepšenie informovanosti pacientov o nákladoch, ktoré sú čerpané v súvislosti s jeho liečbou. V komerčnom poistení, či finančnom sektore, zvyknú klienti poisťovní dostávať ročný odpočet platieb a vyplatených plnení. Jednoznačne by

to prispelo k princípu spravodlivosti, poznať a vedieť o nákladoch, ktoré v prospech pacienta systém vynaložil a súčasne, aby pacient – príp. každý poistenec poznal množstvo finančných prostriedkov, ktoré do systému odviezol. Teda finančný súhrn prijatých výkonov, kapitácií a iných nákladov a sumu odvedených, uhradených poistných platieb. Uvedené by malo nielen edukačný význam, ale napr. v prípade zamestnávateľov by sa jednalo o reputačné riziko vo vzťahu k poistencom – zamestnancom, pokiaľ by tento zamestnávateľ riadne neodvádzal odvody. Na jednej strane by mal takýto poistenec odpočet čerpaných nákladov na svoju liečbu a na druhej strane by mal vedomosť o tom, že v roku neboli za neho platené odvody a teda do systému svojou prácou (hoci sprostredkovane) nebolo odvedené takmer žiadne plnenie (samozrejme takýto poistenec by mal nárok na plnú úhradu zdravotnej starostlivosti). Tu nadväzuje návrh, aby sa odvodový systém zjednotil v prospech štátnych odvodov. Teda pri zachovaní modelu zdravotných poisťovní – Bismarckov systém by bol zachovaný, avšak úhrada poistného by nebola rozdrobená na rôzne účty jednotlivých inštitúcií (zdravotné poisťovne, daňový úrad, sociálne poistenie), ale platiteľ poistného by uhradil príslušnú výšku (pri zachovaní aktuálnych zákonov) ako súčet týchto odvodov na jeden účet a štát by si rozdelil uvedenú čiastku do príslušných inštitúcií. Eliminovala by sa tak administratívna záťaž aktérov, pri zachovaní právnej istoty (sadzby by ostali zachované) a zároveň by sa znížilo riziko neplatenia odvodov. V oblasti odvodov je potrebné zvážiť fungovanie poistného systému financovania zdravotníctva, ktoré je na Slovensku istým spôsobom deformované, a to najmä zásahmi štátu cez veľmi nízku platbu štátu a politickými rozhodnutiami týkajúcimi sa jeho fungovania (napr. široký rozsah služieb hradených z povinného zdravotného poistenia – nemožnosť zavedenia pripoistenia). Z dôvodu udržateľnosti zdrojov v zdravotníctve, v súvislosti aj s demografickým vývojom obyvateľstva Slovenska, bude nevyhnutné prijať politické rozhodnutie v oblasti rozsahu služieb hradených z povinného zdravotného poistenia. Bude nevyhnutná modifikácia zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti hradenej z povinného zdravotného poistenia, ktorým by sa jednoznačne zdefinoval rozsah zdravotnej starostlivosti, ktorá by bola hradená z povinných odvodov. Paradoxne, v súčasnosti napriek širokému



spektru služieb hrađených zo zdravotného poistenia narastajú výdavky obyvateľov z vlastného vrecka, o šedej ekonomike ani nehovoriac.

Nevyhnutnosťou je aj navýšenie odvodov zo strany štátu za svojich poistencov. Problém v oblasti financovania zdravotníctva by mohlo vyriešiť súkromné zdravotné poistenie, resp. pripoistenie (ako má napr. Nemecko, Holandsko, Slovinsko a iné krajiny), ktoré by prinieslo ďalšie zdroje do systému, nakoľko zvyšovať odvodové zaťaženie platiteľov by bolo kontraproduktívne.

Princíp spravodlivosti navrhujeme posilniť aj na strane povinností prijímateľov zdravotnej starostlivosti. Po vzore Nemecka by bolo vhodné prijať taký systém odmeňovania obyvateľov za aktívne a riadne vykonávanie preventívnych programov. Pacient, ktorý chodí pravidelne, riadne a včas na všetky predpísané preventívne prehliadky, musí jednoznačne pocítiť rozdiel pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti a to najmä v oblasti doplatkov, či rôznych benefitov. Po vzore Nemecka, kde osoba ak chodí za posledných 5 a viac rokov na preventívne ročné prehliadky k stomatológovi, vie si takto znížiť doplatok aj o viac ako 30 %, ak chodí za posledných 5 rokov len občas na preventívne prehliadky, platí plnú sumu doplatku.

Systém prepoisťovania je značne zneužívaný. Osoba s dlhom v jednej zdravotnej poisťovni stačí, aby sa prepoistila do inej a získa nárok na plnú úhradu zdravotnej starostlivosti, hoci v predošlej zdravotnej poisťovni môže mať niekoľkotisícový dlh. Alebo dochádza v konkurenčnom boji o poistenca aj k nekalému prepoisťovaniu. Určite je takýto prístup v rozpore s dobrými mravmi, ako aj s princípom rovnosti pred zákonom, či princípom spravodlivosti. V tejto oblasti by sa mala zákonom ohraničiť minimálna doba viazanosti v zdravotnej poisťovni (napr. min. 4 roky. Paušál u telefónneho operátora má zvyčajne viazanosť 2 roky, o čo nákladnejšie je pre zdravotnú poisťovňu evidovať a uhrádzať náklady za pacienta) a taktiež uvažovať nad možnosťou zamedzenia prestupu poistenca do inej zdravotnej poisťovne v prípade jeho dlhu na poistnom.

## ZÁVER

Cieľom každej práce je okrem spracovania prierezu historického vývoja a aktuálneho stavu spracovávanej problematiky, aj stanovenie cieľov, prognóz, odhadov a návrhov, kam, ktorým smerom spracúvanú problematiku posunúť.

Primárnym zmyslom fungovania každého zdravotného systému je zabezpečiť adekvátnu zdravotnú starostlivosť pre užívateľov tohto systému, t. j. pacientov. Sekundárne by záujmom malo byť, aby táto adekvátna zdravotná starostlivosť bola poskytovaná za čo najlepších ekonomických podmienok, t. j. hospodárne a efektívne tak, aby neprimerane nezaťažovala platiteľov poisťovní a štátny rozpočet na strane jednej a zabezpečila „finančnú a materiálnu“ spokojnosť a efektívnu a modernú liečbu na strane druhej. Po analýze fungovania a stavu slovenského zdravotníctva možno skonštatovať, že slovenský zdravotný systém tieto atribúty v dostatočnom rozsahu nespĺňa.

Najzásadnejším problém slovenského systému zdravotníctva je jeho nedofinancovanie. Problémom nie je len výška celkových finančných zdrojov v zdravotníctve, ale aj ich štruktúra, a to v zmysle, že štát za poslednú dekádu osciloval pri výdavkoch na zdravotnú starostlivosť stále na rovnakej úrovni, pričom zvýšené výdavky, resp. náklady boli a sú čerpané najmä vyšším výberom poisťovní od zamestnancov a platiteľov poisťovní. Zmena na strane štruktúry výberu zdravotného poistenia je zdá sa nevyhnutná. Ale akým spôsobom?

Najrýchlejším riešením by bolo nájdenie dostatočných zdrojov v rozpočte štátu a dofinancovanie systému prostredníctvom platby za poistencov štátu. Tento nástroj v zásade už dnes funguje ako tzv. ručná brzda krachu slovenského zdravotníctva, keď štát „hasí“ stav financií v zásade v mesiacoch september, október takýmto dofinancovaním. Je to však nekonceptný a „stresujúci“ spôsob riešenia stavu, kedy všetci zúčastnení (pacienti aj poskytovatelia) väčšiu časť rozpočtového roka nevedia, ako to s poskytovaním zdravotnej

starostlivosti pre nich, resp. s hospodárením poskytovateľa ZS ako hospodárskeho subjektu, bude.

Úhradový mechanizmus zdravotného systému je postavený na princípe solidarity. Solidárnosť v úhradách má svojich podporovateľov, aj svojich kritikov. Ľudské zdravie patrí spoločne s ľudským životom k najvyšším hodnotám, ktoré si zaslúžia najvyššiu ochranu a starostlivosť. Vo svetových zdravotných systémoch, ktoré boli v predchádzajúcich kapitolách detailne popísané, sa solidarita prelína resp. koreluje so spravodlivosťou úhradového mechanizmu. Z dynamického vývoja inovatívnych liečebných postupov, nových liekov a technológií s ohľadom na rast budúcich nákladov sa javí, že dostupnosť a financovanie zdravotnej starostlivosti, výhradne zo štátneho rozpočtu, budú ekonomicky len veľmi ťažko zvládnuteľné.

Čo teda urobiť, aby zdravotný systém v SR po finančnej stránke neskolaboval?

Z možností, ako sa do systému môže dostať viac zdrojov, prichádzajú teoreticky do úvahy len tri. Všetky sú však závislé od politickej vôle:

- a) Rozšírenie bázy daňovníkov v súčasnom systéme. V slovenskej realite sa pod touto možnosťou skrýva zvýšenie zamestnanosti, predĺženie „ekonomicky aktívnych“ rokov alebo migrácia.
- b) Zvýšenie sadzieb zdravotných odvodov. Zdravotné odvody ekonomicky aktívnych predstavujú kľúčový zdroj príjmov. Už dnes je však daňovo-odvodové zaťaženie práce na Slovensku nad priemerom OECD.
- c) Zmena mixu zdrojov. Táto možnosť zahŕňa viac zdrojov z rozpočtu verejnej správy (zo štátneho rozpočtu, alebo rozpočtu regionálnych a obecných samospráv) a viac súkromných zdrojov (priame platby, pripoistenie, sporiace a dlhodobé poisťné produkty). (AmCham, 2022)

Zdá sa, že najvhodnejším a prvým nevyhnutným krokom k riešeniu tejto situácie je dofinancovanie rozpočtu zdravotníctva prostredníctvom navýšenia zdravotných odvodov za poistencov štátu minimálne na úroveň 2,5 násobku aktuálneho stavu. Nestačí však len ostať



pri jednorazovom zvýšení. S takouto úrovňou treba rátať ako s povinným minimom aj do ďalších období. V absolútnych číslach sa takto dostaneme cca na úroveň Českej republiky. Práve predvídateľnosť príjmov, výdavkov a investícií, ktoré bude rozpočtovo zakotvené v súlade s demografickým trendom a správne nastavené predvídateľné finančné prostredie aj z pohľadu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, vytvorí stabilné podmienky pre všetky zúčastnené subjekty. Slovensko vynakladá na zdravotníctvo menej ako polovicu v porovnaní s priemerom EÚ, čo predstavuje 1513 Eur na osobu v porovnaní s 3521 Eur na osobu v roku 2019. Približne 80 % výdavkov na zdravotníctvo je financovaných z verejných zdrojov a hotovostné platby predstavovali v roku 2019 takmer 20 % výdavkov na zdravotníctvo v porovnaní s 15,4 % v EÚ (State of health in the EU, 2021).

Na druhej strane možno konštatovať, že výdavky na zdravotníctvo rastú rýchlejšie ako slovenská ekonomika. V posledných siedmich rokoch vzrástli o 49 %, kým slovenské HDP v bežných cenách približne o 36 %. V roku 2022 dá Slovensko na zdravotníctvo takmer 6,3 mld. Eur, čo predstavuje 13 % všetkých verejných výdavkov. Pre porovnanie, v roku 2015 boli výdavky na zdravotníctvo 4,2 mld. Eur (11,5 % všetkých verejných výdavkov) (Denník N, 2022).

Vyššie bolo spomenuté, že pri úhrade zdravotnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia, je základným princípom solidarita t. j. poistenec bez ohľadu na výšku odvodu v absolútnom čísle (za istých okolností aj v prípade dlhu na zdravotných odvodoch), má nárok na plnú zdravotnú starostlivosť resp. na starostlivosť v rovnakom rozsahu, ako poistenec, ktorý platí rádovo vyššie poistenie. Systém, že poistenci platia rôzne odvody v závislosti od výšky svojho príjmu, netreba nejako meniť; nebol by to ani správny ani koncepčný krok. Zamyslieť sa však možno nad istou „zásluhovosťou“ pacienta pri čerpaní a následnej úhrade zdravotnej starostlivosti v zmysle, že okrem povinnosti riadneho zaplatenia si povinného odvodu bude stanovené ešte niečo, čo musí byť naplnené, a to primeraná preventívna starostlivosť o svoje zdravie. Väčšina obyvateľov na Slovensku hodnotí svoje zdravie pozitívne, ale takmer jedna tretina má chronický stav. Čo najviac spôsobuje úmrtia je ischemická choroba srdca (24,6 %), cievna mozgová príhoda (8,1 %), rakovina pľúc (4 %), rakovina hrubého čreva

a konečníka (3,8 %) choroba pečene (3,2 %), rakovina prsníka (1,9 %) a rakovina pankreasu (1,6 %) (State of health in the EU, 2021).

Ide teda prevažne o ochorenia, ktorých zlú bilanciu je možné znížiť zmenou životného štýlu a správne nastavenou prevenciou, nakoľko najvýraznejšími rizikovými faktormi sú riziká súvisiace so stravovaním, tabak, znečistenie ovzdušia, alkohol a nízka fyzická aktivita. V investovaní do podpory zdravia a prevencie chorôb však Slovensko zaostáva za ostatnými krajinami EÚ.

Ako nevyhnuté sa zdá byť aj otvorenie celospoločenskej diskusie o možnom vytvorení zákonných predpokladov komerčného zdravotného pripoistenia prostredníctvom nových produktov zdravotných poisťovní, čo by si však vyžiadalo redukcii rozsahu poskytovanej zdravotnej starostlivosti hradenej z povinného zdravotného poistenia. Ide však o politicky a spoločensky veľmi citlivú tému, ale bez stanovenia nových procesov a ďalších zdrojov financovania je, zdá sa, iba otázkou času, kedy celý systém zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike „stratí dych“.

Problém financovania zdravotníctva však treba komplexne popísať, odborne posúdiť a navrhnuť procesy, ktoré budú ekonomicky a personálne trvalo udržateľné. Zavedenie komerčného zdravotného pripoistenia ako tretieho zdroja financovania zdravotnej starostlivosti otvorí cestu k dodatočným prostriedkom, a tak doplní odvody ekonomicky aktívnych poistencov a odvody za poistencov štátu. Nové zdroje ako prirodzený doplnok existujúceho systému financovania, môžu postupom času prispieť k znižovaniu investičného dlhu u poskytovateľov, stabilizácii ľudských zdrojov a skvalitňovaniu celkovej úrovne zdravotníctva bez ďalšieho tlaku na štátny rozpočet, ktorý má tiež svoje limity.

Prepojenie zdravotného a sociálneho systému, ktorý by mal byť schopný minimalizovať byrokratickú, komunikačnú a v konečnom dôsledku aj finančnú záťaž pre subjekty zdravotného systému.

Zdravotné poisťovne majú zákonom stanovený limit koľko peňažných prostriedkov môžu v danom roku vynaložiť na prevádzkové účely, pričom tento limit je vyjadrený v % z ročného úhrnu poistného a je pre každú poisťovňu iný, keďže do výpočtu limitu vstupuje údaj o počte poistencov konkrétnej poisťovne. Ku koncu roku 2021 mohli poisťovne takto využiť na svoju prevádzku cca 202 mil. Eur. (UDZS, 2021) Bolo by zaujímavé pozrieť sa na efektivitu vynakladania týchto zdrojov (marketing, prenájom priestorov, mzdové náklady, náklady na IT služby) a po dôslednej analýze pristúpiť k ich korekcii. Len úpravou a znížením tejto sumy o 15 % získavame zdroje pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti ročne na úrovni cca 30 mil. Eur.



## ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

### Knihy/monografie

BARTÁK, M. 2012. Mezinárodní srovnávání zdravotnických systému. Praha: Wolters Kluwer. 2012. 335 s. ISBN 978-80-7357-984-5

BENČO, J. - MEDVEĎ, J. - KUVÍKOVÁ, H.: Ekonomika nevýrobných odvetví služieb. Bratislava, SPN 1988

ELSNER, U. – KLEMENS, U. 2021. Gesundheitspolitische Positionen der Ersatzkassen 2021. Berlin: Vedek, 2021. 64 s. Bez ISSN

HODEK, J-M. 2020. Das deutsche Gesundheitssystem für Dummies. Ravensburg: Wiley-VCH, 2020. 40 s. ISBN: 978-3-527-71640-1.

HÖHN, CHARLOTTE, Dr. 2020. Entwicklung der Säuglingssterblichkeit und ihre Einflussgrößen. Berlin: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2020. ISSN 1619-2907.

KOVÁČ, E. 2003. Zdravotné poistenie. Bratislava: Vydavateľstvo Motýľ, 2003. 128 s. ISBN 80-88978-85-8.

KOVÁČ, E. 2009. Zdravotné poistenie. Bratislava: Vydavateľstvo zdravotníckej literatúry Herba, 2009. 96 s. ISBN 978-80-89171-62-0.

KRUSENBAUM, CH. 2017. Das deutsche Krankenversicherungssystem auf dem Prüfstand. Hamburg: Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften- Universität Hamburg, 2017. 35 s. ISSN 2365-4112.

MANOUGUIAN, M. - STÖVER, J. - VERHEYEN, F. - VÖPEL, H. 2010. Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung im internationalen Vergleich. Hamburg: Hamburgisches WeltWirtschaftsinstitut, 2010. 52 s. ISSN 1862-4960.

MEDVEĎ, J. - NEMEC, J. - ORVISKÁ, M. - ZIMKOVÁ, E. 2005. Verejné financie. Bratislava: SPRINT, 2005. 464 s. ISBN 80-89085-32-2.

MÜLLER, H. 2004. Dějiny Německa. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2004. 603 s. ISBN 80-7106-188-3.

ONDRUŠ, P. 2014. Svetové zdravotnícke systémy v čase globalizácie. Banská Bystrica: PRO, 2014. 320 s. ISBN 978-80-89057-47-4.

OZOROVSKÝ, V. – VOJTEKOVÁ, I. 2016. Zdravotnícky manažment a financovanie. Bratislava: Wolters Kluwer, 2016. 344 s. ISBN 978-80-8168-522-4.

PAŽITNÝ, P. 2020. Zdravotný systém Slovenskej republiky. Bratislava: Wolters Kluwer, 2020. 176 s. ISBN 978-80-571-0281-6

PALIER, B. 2010. A Long Goodbye to Bismarck? The Politics of Welfare Reform in Continental Europe. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2010. 455 s. eISBN 978 90 4851 245 4.

Plán obnovy a odolnosti. 2021. Komponent 13 - Dostupná a kvalitná dlhodobá sociálno-zdravotná starostlivosť. Bratislava: Úrad vlády SR, 2021.

SCHEUBEL, B. 2013. Bismarck's Institutions. Tübingen: Mohr Siebeck, 2013. 280 s. ISBN 978-3-16-152497-4.

SILVERMAN D. 2005. Ako robiť kvalitatívny výskum. Bratislava: Ikar, 200. 327 s. ISBN: 80-551-0904-4.

SCHÖLKOPF, M. - PRESSEL, H. 2017. Die Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich: Typologie und Entstehungsprozess. Berlin: Med. Wiss. Verl.-Ges., 2017. 10 s. ISBN: 978-3-95466-335-4.

Slovensko: Zdravotný profil krajiny 2021. 2021. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Brusel: OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies. ISBN: ISBN 9789264764095

SPAHN, J. 2020. Das deutsche Gesundheitssystem. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit Referat L 8 – Öffentlichkeitsarbeit, Publikationen, 2020. 60 s. BMG-G-11100.

SUŠELJ, M. a kol. 2019. Strateški razvojni program Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za obdobje od 2020 do 2025. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2019. 132 s. ISBN: 978-961-6327-29-9

STANEK, V., PECHOVÁ, M., 2010. Zdravotná politika. 1. vyd. Bratislava: Ekonóm. ISBN 978-80-225-2892-7.

STEINBERG, J. 2011. Bismarck: A Life. New York: Oxford University Press, Inc., 2011. 495 s. ISBN 978-0-19-978252-9.

STIGLITZ, J. E. 1997. Ekonomie veřejného sektoru. Praha: Grada publishing, 1997. 664 s. ISBN 80-2254964-7.

ŠULCOVÁ, M., ČIŽNÁR, I., FABIÁNOVÁ, E. a kol., 2012. Verejné zdravotníctvo. 1. vyd. Bratislava: VEDA, vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied. ISBN 978-80-224-1283-4.

Über Prävention berichten – aber wie? Methodenprobleme der Präventionsberichterstattung. Berlin: Robert Koch-Institut, 2020, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, 146 s. ISBN: 978-3-89606-308-3.

ZAJAC, R. - PAŽITNÝ, P. 2001. Reforma zdravotníctva – reforma pre občana. Bratislava: M.E.S.A.10 – Centrum pre ekonomické a sociálne analýzy, 2001. 28 s. ISBN: 80-968293-3-5

ZAJAC, R. - PAŽITNÝ, P. 2004. Ozdravené zdravotníctvo v službách občanov – Príbeh reformy od koncepcie po implementáciu. Bratislava: Združenie Pre reformu zdravotníctva, 2004. 130 s. ISBN: 978-80969-20129



## Článok v časopise

POLIN, K.-MARESSO, A. 2021. Slovenia – Health System Review. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2021. 220 s. ISSN: 1817-6119.

SZALAY, T. – PAŽITNÝ, P. 2013. Desať rokov „zajacoviek“. In. Týždeň [online]. 2013 [cit. 2022-08-25]. Dostupné na internete: <https://www.tyzden.sk/casopis/13599/desat-rokov-zajacoviek/>

## Elektronické dokumenty – monografie

BADENSCHIER, F. Medizin - Gesundheitssystem. In PlanetWissen [online]. 2019. [cit. 2022-02-09]. Dostupné na internete : <https://www.planetwissen.de/gesellschaft/medizin/gesundheitsystem/index.html>

BOISSONEAULT, L. Bismarck Tried to End Socialism’s Grip—By Offering Government Healthcare. In. Smithsonian Magazine [online]. Smithsonian, 2017. [cit. 2022-02-09]. Dostupné na internete: <https://www.smithsonianmag.com/history/bismarck-tried-end-socialisms-grip-offering-government-healthcare-180964064/>

Centers for Medicare & Medicaid Services, Medicare Program – General information [online]. 2022. [cit. 2022-04-11]. Dostupné na internete na: <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/MedicareGenInfo>

Denník N. Hľadanie zdrojov pre zdravotníctvo. [online]. [cit. 2022-10-06] Dostupné na internete na: <https://dennikn.sk/blog/3043185/hladanie-zdrojov-pre-zdravotnictvo/>

EHLEIS. Národné správy. Stredná dĺžka života. [online]. 2016. [cit. 2022-04-15]. Dostupné na internete na: [http://www.eurohex.eu/pdf/CountryReports\\_Issue9\\_translated/Slovensku.pdf](http://www.eurohex.eu/pdf/CountryReports_Issue9_translated/Slovensku.pdf)

Fondy zdravotných poisťovní, [online], 2022 [cit. 2022-04-24]. Dostupné na: <https://www.mzcr.cz/fondy-zdravotnich-pojistoven/>

GLOVA, J. – GAVUROVÁ, B.: Vybrané aspekty systémov zdravotnej starostlivosti. In GRANTjournal [online]. [cit. 2022-02-23]. Dostupné na internete: <https://www.grantjournal.com/issue/0202/PDF/0202glova.pdf>

HPI – stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku. Zdravotníctvo – trhy, regulácia, politika [online]. 2022. [cit. 2022-06-20]. Dostupné na internete na: [Financovanie zdravotníctva – spôsoby a mechanizmy financovania | HPI - Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku](#)

HUMANET. Zdravotné poistenie v Českej republike. [online], 2014 [cit. 2022-04-24]. Dostupné na: <https://humanet.sk/blog/zdravotne-poistenie-v-ceskej-republike>

Konzervatívny inštitút M. R. Štefánika. Trhovo konformné riešenia zdravotnej starostlivosti [online]. 2022. [cit. 2022-04-20]. Dostupné na internete na: <https://konzervativizmus.sk/trhovo-konformne-riesenia-zdravotnej-starostlivosti/>

Knošková, D. Zdravie, starnutie a vplyv socioekonomického statusu ľudí nad päťdesiat rokov na zdravie v Európe. 2020. [cit. 2022-09-20]. Dostupné na internete na: [https://of.euba.sk/www\\_write/files/veda-vyskum/scb/vydane-cisla/2020-02/scb0220\\_knoskova.pdf](https://of.euba.sk/www_write/files/veda-vyskum/scb/vydane-cisla/2020-02/scb0220_knoskova.pdf)

KRAMER, A. 2016. Voluntary health insurance in Europe: Country experience [online]. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies. 2016. [cit. 12.5.2022] Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK447706/>

LEŠKO, S. 2020. Dlouhodobá udržitelnost financování zdravotnictví v kontextu očekávaného demografického vývoje v SR [diplomová práce]. Brno: Masarykova univerzita, Ekonomicko-správní fakulta[s. n.], 2020. 83 s. [online]. [cit. 2022-04-24]. Dostupné na: [https://is.muni.cz/th/dxm7v/?zoomy\\_is=1](https://is.muni.cz/th/dxm7v/?zoomy_is=1)

Medicaid – Keeping America Healthy, About us – General information [online]. 2022. [cit. 2022-04-11] Dostupné na internete na: <https://www.medicaid.gov/about-us/index.html>

Národné centrum zdravotníckych informácií. Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2020. [online]. 2020. [cit. 2022-08-11]. Dostupné na internete na: [https://www.nczisk.sk/Documents/ročenky/2020/Zdravotnícka\\_ročenka\\_Slovenskej\\_republiky\\_2020.pdf](https://www.nczisk.sk/Documents/ročenky/2020/Zdravotnícka_ročenka_Slovenskej_republiky_2020.pdf)

OECD (2021), Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. [online]. 2022. [cit. 2022-04-11]. Dostupné na internete na: <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>; [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021\\_e26f669c-en#page2](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021_e26f669c-en#page2)

PEJCHL, O. 2021. Financování zdravotní péče v České republice a role zdravotních pojišťoven [diplomová práce]. Brno: Masarykova univerzita, Právnická fakulta [s. n.], 2021. 102 s. [online]. [cit. 2022-04-24]. Dostupné na: <https://is.muni.cz/th/a1ayb/>

PETRIČ, V. - MARESSO, A. 2018. Slovenia- Organization and financing of public health services in Europe, Country reports [online]. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies [cit. 12.5.2022] Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507331>

Revízia výdavkov na zdravotníctvo II. Záverečná správa, [online]. 2019 [cit. 2022-04-24]. Dostupné na: [https://www.mfsr.sk/files/archiv/44/revizia\\_zdravotnictvo\\_2.pdf](https://www.mfsr.sk/files/archiv/44/revizia_zdravotnictvo_2.pdf)

SCHMITZ, A. Otto von Bismarck: Die Sozialgesetze. In PlanetWissen [online]. PlanetWissen, 2020. [cit. 2022-02-18]. Dostupné na internete: <https://www.planetwissen.de/geschichte/persoenlichkeiten/otto-von-bismarck-der-eiserne-kanzler/pwiedies-ozialgesetze100.html>

ŠLAIS, K. 2010. Srovnání systémů zdravotního pojištění v České republice a vybraných zemích [diplomová práce]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci Fakulta zdravotnických věd [s. n.], 2010. 81 s. [online]. [cit. 2022-04-24]. Dostupné na: <https://theses.cz/id/w6vbx/890164>



THOMAS, S. THOMSON, S. EVETOVIS, T. 2015. Vrednotenje financiranja zdravstva. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies. [online]. 2021. [cit. 2022-09-06]. Dostupné na internete na:

[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewjwjqL95Ob6AhWLqAQKHYxaDtwQFnoECAwQAQ&url=https%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Frest%2Fbitstreams%2F1377533%2Fretrieve&usg=AOvVaw0nNniW-rmyRKw6\\_bBCgAol](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewjwjqL95Ob6AhWLqAQKHYxaDtwQFnoECAwQAQ&url=https%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Frest%2Fbitstreams%2F1377533%2Fretrieve&usg=AOvVaw0nNniW-rmyRKw6_bBCgAol)

State of health in the EU. Slovensko. Zdravotný profil krajiny 2021 [online]. 2021. [cit. 2022-10-06]. Dostupné na internete na:

<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/slovakia-country-health-profile-2021>

Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 - 2030, [online], 2014 [cit. 2022-05-12]. Dostupné na: <[https://www.vzbb.sk/sk/podujatia/2014/nhp\\_slovakia.pdf](https://www.vzbb.sk/sk/podujatia/2014/nhp_slovakia.pdf)>

Úrad pred dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Správy o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia. [online]. [cit. 2022-06-29] Dostupné na internete na:

<https://www.udzs-sk.sk/wp-content/uploads/2022/06/Sprava-o-stave-vykonavania-VZP-za-2021.pdf>

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Správy o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia. [online]. [cit. 2022-06-29] Dostupné na internete na:

[https://www.udzs-sk.sk/wp-content/uploads/2021/08/VE\\_10\\_2021.pdf](https://www.udzs-sk.sk/wp-content/uploads/2021/08/VE_10_2021.pdf)

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Správy o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia. [online]. [cit. 2022-06-29] Dostupné na internete na:

<https://www.udzs-sk.sk/urad/dokumenty/spravy/>

Ústavný zákon ČR č. 2/1993 Zb. v znení ústavného zákona č. 162/1998 Zb. [online], 1998. [cit. 2022-04-24]. Dostupné na: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1998-162>>

Weber, Anke & Reisig, Veronika & Buschner, Andrea & Kuhn, Joseph. (2021). Vermeidbare Sterblichkeit – Neufassung eines Indikators für die Präventionsberichterstattung Avoidable

mortality—a new indicator version for prevention reporting. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, [online]. [cit. 2022-09-28] Dostupné na internete na: [Avoidable mortality-a new indicator version for prevention reporting - PubMed \(nih.gov\)](#)

Wikipédia – slobodná encyklopédia [online]. 2022. [cit. 2022-04-30]. Dostupné na internete na: <https://sk.wikipedia.org/wiki/Singapur#Ekonomika>

ZACHAR, D.: Reformné procesy v zdravotníctve – obdobie rokov 2000-2012. In Zdravotníctvo – Trhy, regulácia, politika [online] [cit.2022-02-23]. Dostupné na internete: [https://www.hpi.sk/2013/04/reformne-procesy-v-nsb-zdravotnictve-obdobie-rokov-2000-2012/#\\_ftn2](https://www.hpi.sk/2013/04/reformne-procesy-v-nsb-zdravotnictve-obdobie-rokov-2000-2012/#_ftn2)

Zákon Českej národnej rady 592/1992 Zb. o poistnom na verejné zdravotné poistenie v znení neskorších predpisov, [online]. [cit. 2022-04-24]. Dostupné na: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-592/zneni-20220831>

Zdravá budúcnosť. Udržateľné financovanie slovenského zdravotníctva 2030. AmCham Slovakia [online]. [cit. 2022-10-07]. Dostupné na internete na: <https://www.google.sk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj09-yz2s36AhWVRvEDHdkbAX0QFnoECA8QAQ&url=https%3A%2F%2Famcham.sk%2Fdownload.pl%3Fhash%3DUsrQgM1apBBITHweRnd9nkgG8OZgteR0%26ID%3D5481&usg=AOvVaw2mr2AlWEjmG8HABpZOF5XC>

### Články v elektronických časopisoch a iné príspevky

Balík, P.: Financovanie zdravotníctva, spôsoby a mechanizmy. 2013. HPI Inštitút. [Online.] Cit. 2022-02-21. Dostupné na: <http://www.hpi.sk/2013/11/financovanie-zdravotnictva-spособy-a-mechanizmy-financovania/#content7>

BBC History: William Beveridge. [Online.] Cit. 2022-02-12. Dostupné na: <[https://www.bbc.co.uk/history/historic\\_figures/beveridge\\_william.shtml](https://www.bbc.co.uk/history/historic_figures/beveridge_william.shtml)>

Bevan, G: The Four health systems of the United Kingdom. How do they compare? 2014. [Online.] Cit. 2022-04-03. Dostupné na: <<https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/4-countries-report-web-final.pdf>>

Beveridge, W.: Social Insurance and Allied Services (Beveridge Report). 1942. [Online.] Cit. 2022-02-12. Dostupné na: <<https://www.parliament.uk/about/living-heritage/transformingsociety/livinglearning/coll-9-health1/coll-9-health/>>

The Commonwealth fund.: International Health Care system Profile: Norway. 2020. [Online.] Cit. 2022-03-11. Dostupné na: <<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/norway>>

Davis, K.: How the performance of the US health care system compares internationally. 2014. [Online.] Cit. 2022-04-03. Dostupné na: <[https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/media\\_files\\_publications\\_fund\\_report\\_2014\\_jun\\_1755\\_davis\\_mirror\\_mirror\\_2014.pdf](https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/media_files_publications_fund_report_2014_jun_1755_davis_mirror_mirror_2014.pdf)>

Daten zum Gesundheitswesen: Finanzierung [online]. 2022. VedeK – Informationen für Journalisten. [cit. 2022-04-11] Dostupné na internete : [https://www.vdek.com/presse/daten/c\\_einnahmen-ausgaben.html](https://www.vdek.com/presse/daten/c_einnahmen-ausgaben.html)

Department of Health and Social Care.: NHS Constitution for England. 2012. [Online.] Cit. 2022-04-28. Dostupné na: <<https://www.gov.uk/government/publications/the-nhs-constitution-for-england>>

Department of UK Health.: Direct payments for Healthcare. 2021. [Online.] Cit. 2022-04-28. Dostupná na: <[https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/143983/Direct-payments-for-healthcare-consultation.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/143983/Direct-payments-for-healthcare-consultation.pdf)>



Der Vdek-Pflegelotse - Suchportal für Pflegeeinrichtungen [online]. 2022. In. Vedek - ersatzkasse magazin. [cit. 2022-04-11] Dostupné na internete : <https://www.vdek.com/vertragspartner/Pflegeversicherung/Pflegelotse.html>

Duong, N.T.H.: International Experience In Health Insurance System And Additional Health Insurance In Countries. 2021. [Online.] Cit. 2022-02-05. Dostupné na: <<https://www.adb.org/sites/default/files/project-documents/50139/50139-002-tacr-en.pdf>>

Európska komisia. Tématický informačný pohľad Európskeho semestra. Systémy zdravotnej starostlivosti. 2019. [Online.] Cit. 2022-22-04. Dostupné na: [https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/file\\_import/european-semester\\_thematic\\_factsheet\\_health-systems\\_sk.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/file_import/european-semester_thematic_factsheet_health-systems_sk.pdf)

Eurostat. Healthy life years at birth by sex [online]. [cit. 2022-10-10]. Dostupné na: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH\\_HLYE/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_HLYE/default/table?lang=en)

EUROSTAT, Statistics Explained, Archive: Štruktúra a starnutie obyvateľstva, 2020 [Online.] Cit. 2022-09-04. Dostupné na: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population\\_structure\\_and\\_ageing/sk&oldid=510217](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/sk&oldid=510217)

Eurostat Data Browser: Preventable and Treatable Mortality in Norway, 2022. [Online]. Cit. 2022-03-14. Dostupné na:<[https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth\\_cd\\_apr/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_apr/default/table?lang=en)>

Eurostat Data Browser: Preventable and Treatable Mortality in Norway, 2022. [Online]. Cit. 2022-03-14. Dostupné na:<<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/3b4fdbf2-en.pdf?expires=1650958630&id=id&accname=guest&checksum=0FEEBB5BF390B59C72F1BC2E6952AD11>>

Festzuschuss und Eigenanteil [online]. 2022. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. [cit. 2022-04-11]. Dostupné na internete: <https://www.informationen-zum-zahnersatz.de/kosten/festzuschuss-und-eigenanteil>

Gesetzliche Krankenversicherung für Rentner (KVdR) [online]. 2022. Krankenkassen Centrale. [cit. 2022-04-11]. Dostupné na internete: <https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/krankenkasse-rentner>

GLOVA, J. – GAVUROVÁ, B.: Vybrané aspekty systémov zdravotnej starostlivosti. In GRANTjournal [online]. [cit. 2022-02-23]. Dostupné na internete: <https://www.grantjournal.com/issue/0202/PDF/0202glova.pdf>. ISSN 1805-0638.

Chang, J.: UK Healthcare system. [Online.] Cit. 2022-04-28. Dostupné na: <http://assets.ce.columbia.edu/pdf/actu/actu-uk.pdf>

Karpiš a kol.: Analýza zdravotného systému SR, INESS: 2006. Dostupné na: [https://www.iness.sk/sites/default/files/media/docs/INESS\\_Analyza%20socialneho%20systemu%20SR.pdf](https://www.iness.sk/sites/default/files/media/docs/INESS_Analyza%20socialneho%20systemu%20SR.pdf) /Citované 2.2.2022 a 19.2.2022/

Kliniken spezialisieren und konzentrieren [online]. 2022. In. VedeK - ersatzkasse magazin. [cit. 2022-04-11] Dostupné na internete : <https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2021-01/kliniken-spezialisieren-und-konzentrieren-.html>

Krankenkassenwahlrecht [online]. 2022. Lexikon – AOK Bundesverband des Gesundheitskasse. [cit. 2022-04-11]. Dostupné na internete: [https://aok-bv.de/lexikon/k/index\\_06474.html](https://aok-bv.de/lexikon/k/index_06474.html)

Krankenversicherung der Studenten [online]. 2022. VedeK – Informationen für Journalisten. [cit. 2022-04-11]. Dostupné na internete : <https://www.vdek.com/vertragspartner/mitgliedschaftsrecht-beitragsrecht/krankenversicherung-studenten.html>

Kutzin, J.: Bismarck vs. Beveridge: is there increasing convergence between health financing systems? 2011. [Online.] Cit. 2022-02-02. Dostupné na: <https://www.oecd.org/gov/budgeting/49095378.pdf>

Lewis, J.: UK Health Accounts. 2016. [Online.] Cit. 2022-04-02. Dostupné na: <<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthcare/system/bulletins/ukhealthaccounts/2016>>

MEDICAL TRIBUN. BBC: Zdravotná starostlivosť na Kube je riadená mottom „Prevencia je lepšia ako liečba“. In: medical tribun 2015: [online]. [www.tribune.cz](http://www.tribune.cz), 2015 [cit. 2022-25-02]. Dostupné na internete: [BBC: Zdravotná starostlivosť na Kube je riadená mottom prevencie lepšie ako liečba | MT \(tribune.cz\)](http://www.tribune.cz)

Meszáros, J: *Avoidable Mortality in Slovakia*. [Online]. Cit. 2022-03-12. Dostupné na: <<http://www.infostat.sk/vdc/pdf/posterRiga.pdf>>

Ministerstvo zdravotníctva Českej republiky. Fondy zdravotných pojišťoven, [online], 2022 [cit. 2022-04-24]. Dostupné na: <<https://www.mzcr.cz/fondy-zdravotnich-pojistoven/>>

Musgrove, P.: Health insurance – The influence of Beveridge report. 2000. [Online.] Cit. 2022-02-09. Dostupné na: <<https://www.scielosp.org/pdf/bwho/2000.v78n6/845-846/en>>

Národný portál zdravia. Poistní systémy, bezplatná a platená zdravotná starostlivosť, práva pacienta v okolitých krajinách. 2016. [Online.] Cit. 2022-02-05. Dostupné na: [https://www.npz.sk/sites/npz/Stranky/NpzArticles/2013\\_06/Poistne\\_systemy\\_bezplatna\\_a\\_platena\\_starostlivost\\_prava\\_pacienta\\_v\\_okolitych\\_krajinach.aspx?did=6&sdid=39&tuid=0&page=full&](https://www.npz.sk/sites/npz/Stranky/NpzArticles/2013_06/Poistne_systemy_bezplatna_a_platena_starostlivost_prava_pacienta_v_okolitych_krajinach.aspx?did=6&sdid=39&tuid=0&page=full&)

National Health Service.: The NHS Long Term Plan. 2020. [Online.] Cit. 2022-04-28. Dostupné na: <<https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/01/easy-read-long-term-plan-v2.pdf>>

Norwegian Ministry of Labour and Social Affairs: The Norwegian Social Insurance Scheme, 2021. [Online]. Cit. 2022-03-02. Dostupné na: <[https://www.regjeringen.no/contentassets/03b0e088c8f44a8793ed0c0781556b11/the-norwegian-social-insurance-scheme\\_2022.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/03b0e088c8f44a8793ed0c0781556b11/the-norwegian-social-insurance-scheme_2022.pdf)>



OECD. Avoidable mortality-treatable mortality deaths per 100 000 population [online]. [cit. 2022-05-18]. Dostupné na: < <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=96018>>

OECD: Bismarck vs. Beveridge: is there increasing convergence between health financing systems? In: OECD Annual meeting of SBO, 2011. [online]. /Citované 21.02.2022/ Dostupné na internete: <https://www.oecd.org/gov/budgeting/49095378.pdf>

OECD. Life expectancy at birth [online]. [cit. 2022-05-18]. Dostupné na: [https://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH\\_STAT#](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH_STAT#)

OECD Data: Life expectancy at birth. Norway, 2022 [Online]. Cit. 2022-03-11. Dostupné na: <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm>

OECD.: Infant Mortality Rates. 2016. [Online.] Cit. 2022-04-03. Dostupné na: <[https://www.oecd.org/els/family/CO\\_1\\_1\\_Infant\\_mortality.pdf](https://www.oecd.org/els/family/CO_1_1_Infant_mortality.pdf)>

OECD: Millenium Development Goals Inicators. 2008. [Online.] Cit. 2022-04-02. Dostupné na: <<https://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators/OfficialList.htm>>

OECD: The Beveridge curvey – a system: In: OECD Medical Journey. /Online/. /Cit. 21.02.2022/. Dostupné na internete: [https://www.oecd.org/els/emp/Elsby\\_20140515\\_Beveridge%20Curve.pdf](https://www.oecd.org/els/emp/Elsby_20140515_Beveridge%20Curve.pdf)

OECD. Stat. Avoidable mortality. 2022. [Online.] Cit. 2022-011-04. Dostupné na: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=96018>

OECD: An OECD Analysis of health spending in Norway. 2017. [Online]. Cit. 2022-03-01. Dostupné na: <[https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/an-oecd-analysis-of-health-spending-in-norway\\_63302bbf-en#page2](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/an-oecd-analysis-of-health-spending-in-norway_63302bbf-en#page2)>

OECD: An OECD Indicators - Health in Glance. 2019. [Online]. Cit. 2022-03-05. Dostupné na: <<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/3b4fdbf2->

en.pdf?expires=1650958630&id=id&accname=guest&checksum=0FEEBB5BF390B59C72F1BC2E6952AD11>

OECD (2016), "Infant mortality", in OECD Factbook 2015-2016: Economic, Environmental and Social Statistics, OECD Publishing, Paris. [online]. [cit. 2022-09-26]. Dostupné na: <https://doi.org/10.1787/factbook-2015-87-en>

OECD/European Union (2020), "Infant health", in Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. DOI: <https://doi.org/10.1787/8960f330-en>

OECD iLIBRARY. Health at a glance Europe. 2020. [online]. [cit. 2022-09-12]. Dostupné na: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe\\_23056088](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe_23056088)

OECD. Health expenditure and financing [online]. [cit. 2022-09-26]. Dostupné na: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=96018#>

OECD. Life expectancy at birth [online]. 2021. citované 2022-05-18. Dostupné na: [https://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH\\_STAT#](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH_STAT#)

OECD: Millenium Development Goals Inicators. 2008. [Online.] Cit. 2022-04-02. Dostupné na: <<https://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators/OfficialList.htm>>

Organisation for economic co-operation and development. Statistics. Health status [online]. 2022. [cit. 2022-04-30]. Dostupné na internete na: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=96018>

Quayle, G.: Infant mortality rates in England and Wales. 2020. [Online.] Cit. 2022-04-06. Dostupné na: <<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/childhoodinfantandperinatalmortalityinenglandandwales/2020>>

Pobudová, D: Health Care Models And Their Effectiveness. 2009. [Online.] Cit. 2022-02-22. Dostupné na: <[https://www.narodacek.cz/wp-content/uploads/2019/12/Proceedings-of-the-International-Scientific-Conference\\_2019-467-480.pdf](https://www.narodacek.cz/wp-content/uploads/2019/12/Proceedings-of-the-International-Scientific-Conference_2019-467-480.pdf)>

Private Krankenversicherung (PKV) – Vergleich [online]. 2022. Krankenkassen Centrale. [cit. 2022-04-11]. Dostupné na internete: <https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/private-krankenversicherung>

Raleigh, V.: What happening to life expectancy in England? 2020. [Online.] Cit. 2022-04-08. Dostupné na:<<https://www.kingsfund.org.uk/publications/whats-happening-life-expectancy-england>>

Revízia výdavkov na zdravotníctvo [online]. 2019. Ministerstvo financií SR. [cit. 2022-04-11]. Dostupné na internete: [https://www.mfsr.sk/files/archiv/44/revizia\\_zdravotnictvo\\_2.pdf](https://www.mfsr.sk/files/archiv/44/revizia_zdravotnictvo_2.pdf)

RIEDER, J. 2021. Krankenversicherung der Rentner Im Ruhestand günstig krankenversichert. In. Finanztip [online]. 2021. [cit. 2022-04-11]. Dostupné na internete: <https://www.finanztip.de/gkv/krankenversicherung-der-rentner>.

SCHMIDT, C. – KOSSACK-PETERS, K. 2021. Meilensteine für die Versicherten - Elektronische Anwendungen. In. Vdek Magazine [online]. 2021. [cit. 2022-04-11]. Dostupné na internete: <https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2021-06/meilensteine-fuer-die-versicherten-epa-eau.html>

Schnellere Termine, mehr Sprechstunden, bessere Angebote für gesetzlich Versicherte [online]. 2022. In. Bundesgesundheitsministerium – Presse. [cit. 2022-04-11] Dostupné na internete: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/terminservice-und-versorgungsgesetz.html>

SCHWANENFLÜGE, M. 2021. Concerted Action for Nursing — Germany's Strategy to Combat the Shortage of Nursing Professionals. In. AARPInternational Journal [online]. 2021. [cit. 2022-



04-11]. Dostupné na internete: <https://www.aarpinternational.org/the-journal/current-edition/journal-articles-blog/2021/12/atj2021-schwanenflugel>

SME INDEX. Analýza potvrdila vysokú mieru odvrátiteľnej úmrtnosti. [online]. 2019. [cit. 2022-04-05]. Dostupné na internete: <https://index.sme.sk/c/22248053/analyza-potvridila-vysoku-mieru-odvratitelnej-umrtnosti.html>

Soziale Pflegeversicherung [online]. 2022. Vdek – Informationen für Journalisten. [cit. 2022-04-11] Dostupné na internete : <https://www.vdek.com/vertragspartner/Pflegeversicherung.html>

SPAHN, J. 2020. Das deutsche Gesundheitssystem. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit Referat L 8 – Öffentlichkeitsarbeit, Publikationen, 2020. 60 s. BMG-G-11100.

STATISTA. Vývoj počtu zdravotných poisťovní v rokoch 1970 – 2022. [online]. 2020. Krankenkassen Deutschland. [cit. 2022-05-11]. Dostupné na internete: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/74834/umfrage/anzahl-gesetzliche-krankenkassen-seit-1970/>

Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 2030. 2014. [online]. [cit. 2022-09-27]. Dostupné na: [https://www.vzbb.sk/sk/podujatia/2014/nhp\\_slovakia.pdf](https://www.vzbb.sk/sk/podujatia/2014/nhp_slovakia.pdf)

Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) für chronisch Kranke [online]. 2020. Krankenkassen Deutschland. [cit. 2022-04-11]. Dostupné na internete: <https://www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/leistungen-gesetzliche-krankenkassen/wahltarife-besondere-versorgung/disease-management-programm/>

Svetová banka. Current health expenditure (% of GDP) [online]. [cit. 2022-04-27]. Dostupné na: <https://databank.worldbank.org/reports.aspx?source=2&series=SH.XPD.CHEX.GD.ZS&country=>

Svetová banka. Mortality rate, infant (per 1000 live births) [online]. [cit. 2022-04-27].  
Dostupné na:

<https://databank.worldbank.org/reports.aspx?source=2&series=SP.DYN.IMRT.IN&country=>

Svetová banka. Out-of-pocket expenditure as percentage of current health expenditure (CHE) (%) [online]. [cit. 2022-04-27]. Dostupné na:

[https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/out-of-pocket-expenditure-as-percentage-of-current-health-expenditure-\(che\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/out-of-pocket-expenditure-as-percentage-of-current-health-expenditure-(che)-(-))

SZALAY, T. – KOVÁČ, P. 2004. Slovenská reforma zdravotníctva. In Zdravotnícke právo v praxi. Praha: Zdravotnicke pravo [online]. 2004. [cit. 2022-06-20.] Dostupné na internete:

[https://www.solen.cz/artkey/pr-200403-0005\\_Slovenska\\_reforma\\_zdravotnictva.php](https://www.solen.cz/artkey/pr-200403-0005_Slovenska_reforma_zdravotnictva.php)

SZALAYOVÁ, Angelika. 2008. *Systém zdravotnej starostlivosti v Holandsku*. In: HPI - Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku, [online]. 2008 [cit. 2022-04-24]. Dostupné na:

< <http://www.hpi.sk/2008/03/system-zdravotnej-starostlivosti-v-nbsp-holandsku/>>

Systémy zdravotnej starostlivosti, [online]. 2017 [cit. 2022-04-24]. Dostupné na:

[https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/file\\_import/european-semester\\_thematic-factsheet\\_health-systems\\_sk.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/file_import/european-semester_thematic-factsheet_health-systems_sk.pdf)

Systém zdravotníctva vo fáze prechodu. 2015. [online] Ministerstvo zdravotníctva SR. [cit. 2022-06-20]. Dostupné na internete:

[https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:IZFclclbvUJ:https://www.health.gov.sk/Zdroje%3F/Sources/dokumenty/IZP/2017/HSiT\\_Slovensko\\_preklad2-3.pdf+%&cd=1&hl=sk&ct=clnk&gl=sk](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:IZFclclbvUJ:https://www.health.gov.sk/Zdroje%3F/Sources/dokumenty/IZP/2017/HSiT_Slovensko_preklad2-3.pdf+%&cd=1&hl=sk&ct=clnk&gl=sk)

Thorlby, R.: Health system overview – England. 2020. [Online.] Cit. 2022-04-24. Dostupné na:<[https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-](https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/2020_IntlOverview_ENG.pdf)

[12/2020 IntlOverview ENG.pdf](https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/2020_IntlOverview_ENG.pdf)>

Two-thirds of deaths under 75 could have been avoided.2019. [online]. In: Statistic Explained Preventable and treatable mortality statistics. Eurostat. [cit. 12.5.2022] Dostupné na internete: <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/-/ddn-20200814-1>

UK Government.: National Legal Service Act. 1946. [Online.] Cit. 2022-04-21. Dostupné na: <[http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1946/81/pdfs/ukpga\\_19460081\\_en.pdf](http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1946/81/pdfs/ukpga_19460081_en.pdf)>

Vaše práva sociálneho zabezpečenia v Nemecku [online]. 2012. Európska komisia – Zamestnanie, sociálne zabezpečenie a inklúzia. [cit. 2022-04-11]. Dostupné na internete: [https://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Germany\\_sk.pdf](https://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Germany_sk.pdf)

Verband der ersatzkassen. [online]. 2022. [cit. 2022-04-11]. Dostupné na internete: <https://www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2022/mindestmengen-krankenhaus-digitale-karte.html>

V Európe sa z dôchodkov zvyknú platiť odvody aj dane [online]. 2015. TASR. [cit. 2022-04-11]. Dostupné na internete: <https://www.teraz.sk/ekonomika/dochodky-dane-odvody/123798-clanok.html>

Vostatek, J.: Politická ekonomie financování zdravotní péče. 2013. [Online.] Cit. 2022-02-03. Dostupné na: <<https://polek.vse.cz/pdfs/pol/2013/06/07.pdf>>

WHO. Health insurance – The influence of Beveridge report: In: Bulletin of the World Health Organization. 2000. /Online/. [cit. 2022-21-02]. Dostupné na internete: <https://www.scielosp.org/pdf/bwho/2000.v78n6/845-846/en>

WHO. Healthy life expectancy at birth [online]. [cit. 2022-05-18]. Dostupné na: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-gha-hale-healthy-life-expectancy-at-birth>



Wikipédia – slobodná encyklopédia [online]. 2022. [cit. 2022-04-30]. Dostupné na internete na: [https://sk.wikipedia.org/wiki/Spojen%C3%A9\\_%C5%A1t%C3%A1ty#cite\\_note-43](https://sk.wikipedia.org/wiki/Spojen%C3%A9_%C5%A1t%C3%A1ty#cite_note-43)

World Data Bank: Domestic private expenditure, 2022. [Online]. Cit. 2022-03-22. Dostupné na: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PVTD.CH.ZS?locations=NO>

World Health Organization. Data. The global health observatory. Indicators [online]. 2022. [cit. 2022-04-30]. Dostupné na internete na: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/infant-mortality-rate-\(probability-of-dying-between-birth-and-age-1-per-1000-live-births\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/infant-mortality-rate-(probability-of-dying-between-birth-and-age-1-per-1000-live-births))

World Health Organization. Data. The global health observatory. Indicators [online]. 2022. [cit. 2022-04-30]. Dostupné na internete na: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-birth-\(years\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-birth-(years))

World Health Organization. Data. The global health observatory. Indicators [online]. 2022. [cit. 2022-04-30]. Dostupné na internete na: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-ghe-hale-healthy-life-expectancy-at-birth>

World Health Organization. Data. The global health observatory. Indicators [online]. 2022. [cit. 2022-04-30]. Dostupné na internete na: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-expenditure-\(che\)-as-percentage-of-gross-domestic-product-gdp-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-expenditure-(che)-as-percentage-of-gross-domestic-product-gdp-(-))

World Health Organization. Data. The global health observatory. Indicators [online]. 2022. [cit. 2022-04-30]. Dostupné na internete na: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/out-of-pocket-expenditure-as-percentage-of-current-health-expenditure-\(che\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/out-of-pocket-expenditure-as-percentage-of-current-health-expenditure-(che)-(-))

World Health Organization. Data. The global health observatory. Indicators [online]. 2022. [cit. 2022-04-30]. Dostupné na internete na:

[https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/infant-mortality-rate-\(probability-of-dying-between-birth-and-age-1-per-1000-live-births\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/infant-mortality-rate-(probability-of-dying-between-birth-and-age-1-per-1000-live-births))

World Health Organization. Data. The global health observatory. Indicators [online]. 2022. [cit. 2022-04-30]. Dostupné na internete na:

[https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-birth-\(years\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-birth-(years))

World Health Organization. Data. The global health observatory. Indicators [online]. 2022. [cit. 2022-04-30]. Dostupné na internete na:

<https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-ghs-hale-healthy-life-expectancy-at-birth>

World Health Organization. Data. The global health observatory. Indicators [online]. 2022. [cit. 2022-04-30]. Dostupné na internete na:

[https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-expenditure-\(che\)-as-percentage-of-gross-domestic-product-\(gdp\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-expenditure-(che)-as-percentage-of-gross-domestic-product-(gdp)-(-))

World Health Organization. Data. The global health observatory. Indicators [online]. 2022. [cit. 2022-04-30]. Dostupné na internete na:

[https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/out-of-pocket-expenditure-as-percentage-of-current-health-expenditure-\(che\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/out-of-pocket-expenditure-as-percentage-of-current-health-expenditure-(che)-(-))

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Why do Health Systems Matter? In: the world health report 2000: health systems: improving performance [online]. WHO, 2000 [cit. 2022-16-02].

Dostupné na internete: [https://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_ch1\\_en.pdf](https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_ch1_en.pdf)

ZACHAR, D.: Reformné procesy v zdravotníctve – obdobie rokov 2000-2012. In Zdravotníctvo – Trhy, regulácia, politika [online] [cit.2022-02-23]. Dostupné na internete:

[https://www.hpi.sk/2013/04/reformne-procesy-v-nbsp-zdravotnictve-obdobie-rokov-2000-2012/#\\_ftn2](https://www.hpi.sk/2013/04/reformne-procesy-v-nbsp-zdravotnictve-obdobie-rokov-2000-2012/#_ftn2)

Zdravotné poistenie v Českej republike, [online]. 2022 [cit. 2022-04-24]. Dostupné na:  
<<https://humanet.sk/blog/zdravotne-poistenie-v-ceskej-republike>>