

EKONOMICKÁ UNIVERZITA V BRATISLAVE
NÁRODOHOSPODÁRSKA FAKULTA

Evidenčné číslo: 101007/D/2024/36109009193611524

EFEKTÍVNOSŤ VEREJNÝCH VÝDAVKOV
V SEKTORE ZDRAVOTNÉHO POISTENIA
V SLOVESKEJ REPUBLIKE

Diplomová práca

2024

Bc. Paula Poórová

EKONOMICKÁ UNIVERZITA V BRATISLAVE
NÁRODOHOSPODÁRSKA FAKULTA

EFEKTÍVNOSŤ VEREJNÝCH VÝDAVKOV
V SEKTORE ZDRAVOTNÉHO POISTENIA
V SLOVESKEJ REPUBLIKE

Diplomová práca

Študijný program: Financie a dane
Školiace pracovisko: Katedra financií
Vedúci záverečnej práce: Ing. Matej Boór, PhD.

Bratislava 2024

Bc. Paula Poórová

Čestné vyhlásenie

Čestne vyhlasujem, že som záverečnú prácu vypracovala samostatne a uviedla som všetku použitú literatúru.

Dátum: 28.04.2024

(podpis študenta)

Pod'akovanie

Na tomto mieste by som sa rada pod'akovala Ing. Matej Boór, PhD. za jeho odborné vedenie, pripomienky a cenné rady v priebehu vypracovania záverečnej práce.

Abstrakt

POÓROVÁ, Paula: *Efektívnosť verejných výdavkov v sektore zdravotného poistenia v Slovenskej republike*. Ekonomická univerzita v Bratislave. Národohospodárska fakulta; katedra financií. Vedúci seminárnej práce: Ing. Matej Boór, PhD. Bratislava: NHF EU, 2024, 63 strán.

Témou záverečnej práce je efektívnosť verejných výdavkov v sektore zdravotného poistenia v Slovenskej Republike. Zámerom práce je porovnanie zdravotných poisťovní pôsobiach na Slovensku z hľadiska financovania a následného vynaloženia prostriedkov na zdravotnú starostlivosť a prevádzkové náklady. Práca je rozdelená do 4 kapitol. Obsahuje 2 schémy, 2 obrázky, 5 grafov a 16 tabuliek. V prvej kapitole sme sa venovali teoretickému vymedzeniu témy, stručnému prehľadu histórií zdravotného poistenia a príslušným legislatívnym rámcom. V druhej kapitole sme si stanovili hlavný cieľ, čiastkové ciele a zadefinovali metódy skúmania. V praktickej časti sme analyzovali zdravotné poisťovne pôsobiace na Slovensku. V poslednej kapitole sme interpretovali zistené výsledky. Výsledným riešením danej problematiky je prostredníctvom analýzy jednotlivých ukazovateľov preukázanie nehospodárenia s verejnými finančnými prostriedkami.

Kľúčové slová: zdravotná poisťovňa, verejné financie, verejné zdravotné poistenie, VšZP, Dôvera ZP, Union ZP.

Abstract

POÓROVÁ, Paula: *Efficiency of public spending in the health insurance sector in the Slovak Republic*. University of Economics in Bratislava. Faculty of National Economy; Department of Finance. Thesis supervisor: Ing. Matej Boór, PhD. Bratislava: NHF EU, 2024, 63 pages.

The topic of the final thesis is the efficiency of public expenditures in the health insurance sector in the Slovak Republic. The aim of the thesis is to compare health insurance companies operating in Slovakia in terms of financing and subsequent allocation of funds for healthcare and operational costs. The thesis is divided into 4 chapters and includes 2 schemes, 2 images, 5 graphs, and 16 tables. In the first chapter, we focused on the theoretical definition of the topic, a brief overview of the history of health insurance, and the relevant legislative framework. In the second chapter, we set the main goal, partial goals, and defined research methods. In the practical part, we analyzed health insurance companies operating in Slovakia. In the final chapter, we interpreted the findings. The ultimate solution to the identified issues is to highlight the inefficiency of public financial management through the analysis of individual indicators.

Keywords: health insurance, public finances, public health insurance, VŠZP, Dôvera ZP, Union ZP.

OBSAH

| | |
|--|-----------|
| Úvod..... | 10 |
| 1. Súčasný stav riešenej problematiky doma a v zahraničí..... | 11 |
| 1.1. História zdravotného poistenia..... | 11 |
| 1.2. Funkcie a ciele financovania zdravotnej starostlivosti..... | 17 |
| 1.3. Systémy financovania zdravotnej starostlivosti | 20 |
| 1.3.1. Bismarckov systém zdravotného poistenia | 21 |
| 1.3.2. Beveridgeov systém univerzálneho zdravotného poistenia | 23 |
| 1.3.3. Súkromný pluralitný systém financovania | 25 |
| 1.4. Trh zdravotného poistenia na Slovensku | 27 |
| 1.5. Zdroje financovania verejného zdravotného poistenia..... | 29 |
| 1.5.1. Platitelia poistného | 29 |
| 1.5.2. Kompenzácia rizikovej štruktúry poistencov | 30 |
| 1.6. Náklady na zdravotnú starostlivosť | 34 |
| 2. Cieľ práce..... | 37 |
| 3. Metodika práce a metódy skúmania..... | 38 |
| 4. Výsledky práce..... | 39 |
| 4.1. Zdravotné poisťovne na Slovensku..... | 41 |
| 4.2. Vývoj a štruktúra poistencov..... | 42 |
| 4.3. Príjmy zdravotných poisťovní..... | 45 |
| 4.4. Náklady zdravotných poisťovní | 48 |
| 4.4.1. Náklady na zdravotnú starostlivosť | 48 |
| 4.4.2. Prevádzkové výdavky | 52 |
| 4.5. Výsledok hospodárenia | 53 |
| 4.6. Efektívnosť zdravotných poisťovní..... | 55 |
| 5. Diskusia | 57 |
| Záver..... | 60 |
| Zoznam použitej literatúry..... | 62 |

Zoznam schém, grafov, ilustrácií a tabuliek

| | |
|--|----|
| Schéma 1 Funkcie a interakcie v sektore zdravotného poistenia | 18 |
| Schéma 2 Usporiadanie zdravotníctva v SR | 28 |
| Obrázok 1 Bismarckov systém financovania | 21 |
| Obrázok 2 Beveridgeov systém poistenia | 24 |
| Graf 1 Náklady na zdravotníctvo vo vzťahu k HDP | 35 |
| Graf 2 Vývoj poistného kmeňa ZP | 43 |
| Graf 3 Štruktúra poistného kmeňa VšZP | 44 |
| Graf 4 Štruktúra poistného kmeňa Dôvera ZP | 44 |
| Graf 5 Štruktúra poistného kmeňa Union ZP | 45 |
| Graf 6 Podiel počtu poistencov v roku 2022 | 55 |
| Graf 7 Podiel príjmov, nákladov a nákladov na ZS za rok 2022 | 56 |
| Tabuľka 1 Krajiny OECD podľa modelov zdravotnej starostlivosti | 26 |
| Tabuľka 2 Mesačné prerozdelenie poistného | 33 |
| Tabuľka 3 Ročné prerozdelenie poistného | 34 |
| Tabuľka 4 Zdroje v zdravotníctve | 39 |
| Tabuľka 5 Ekonomické ukazovatele | 40 |
| Tabuľka 6 Prehľad riaditeľov Všeobecnej zdravotnej poisťovne | 41 |
| Tabuľka 7 Vývoj trhového podielu | 43 |
| Tabuľka 8 Celkové príjmy zdravotných poisťovní | 46 |
| Tabuľka 9 Štruktúra príjmov z poistného na VZP - VšZP | 46 |
| Tabuľka 10 Štruktúra príjmov z poistného na VZP - Dôvera ZP | 47 |

| | |
|--|----|
| Tabuľka 11 Štruktúra príjmov z poistného na VZP Union ZP | 47 |
| Tabuľka 12 Celkové náklady zdravotných poisťovní | 48 |
| Tabuľka 13 Náklady na zdravotnú starostlivosť | 49 |
| Tabuľka 14 Detail nákladov na zdravotnú starostlivosť | 50 |
| Tabuľka 15 Prevádzkové náklady | 52 |
| Tabuľka 16 Výsledok hospodárenia ZP | 53 |

Zoznam skratiek použitých v práci:

Dôvera ZP – Dôvera zdravotná poisťovňa

HDP – Hrubý domáci produkt

OECD - The Organization for Economic Co-operation and Development

PZS – poskytovateľ zdravotnej starostlivosti

UDZS – Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou

Union ZP – Union zdravotná poisťovňa

VŠP – Všeobecná zdravotná poisťovňa

VZP – Verejné zdravotné poistenie

WHO – World Health Organization

Úvod

Zdravotný sektor a poskytovanie zdravotnej starostlivosti zaujímajú dlhodobu významnú miesto v povedomí pacientov, verejnosti a tvorcov verejných politík. Celosvetovo sa zdravie populácie vníma ako politická hodnota, ktorá vplýva nielen na individuálnu prosperitu, ale aj na rozvoj štátu a spoločnosti ako celku. Zároveň vyspelé štáty považujú ochranu zdravia ich obyvateľov za povinnosť.

Zdravotné poisťovne a štát, ako kľúčové organizácie, spolupracujú na financovaní nákladov spojených so zdravotnou starostlivosťou. Verejné zdravotné poistenie je spravované zdravotnými poisťovňami, pričom ekonomicky aktívni poistenci platia zdravotné odvody a ekonomicky neaktívni sú hradení zo štátneho rozpočtu. Zdravotný stav jednotlivca má významný vplyv na jeho životnú kvalitu, a preto je kľúčové, aby bol systém zdravotného poistenia a zdravotného sektora ako celku primerane nastavený.

Ústava Slovenskej republiky garantuje občanom právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť. V kontexte Slovenska je zdravotníctvo prevažne financované z verejných zdrojov, preto je kľúčové, aby tieto prostriedky boli efektívne využívané. Predložená diplomová práca sa zameriava na analýzu zdravotného poistenia z hľadiska príjmov z verejných zdrojov a výdavkov, pričom zdroje verejného zdravotného poistenia tvoria až tri štvrtiny celkových finančných prostriedkov v oblasti zdravotníctva.

V súvislosti s dominantným podielom verejných zdrojov na financovanie zdravotnej starostlivosti bude práca venovaná predovšetkým ich analýze a vývoju. Cieľom práce je posúdiť efektivitu hospodárenia zdravotných poisťovní pôsobiacich na Slovensku, porovnaním veľkosti ich poistného kmeňa a porovnaním príjmov a výdavkov jednotlivých zdravotných poisťovní. Práca je rozdelená do štyroch kapitol, pričom prvá kapitola sa venuje teoretickému vymedzeniu problematiky, definuje zdravotné systémy a predstavuje možnosti financovania zdravotných poisťovní. Druhá kapitola je venovaná zadefinovaniu hlavného cieľa a čiastkových cieľov. V rámci tejto kapitoly je uvedená aj metodika práce. Tretia kapitola sa venuje praktickej analýze poistného trhu na Slovensku, kde je uvedený vývoj poistencov jednotlivých zdravotných poisťovní, analýza príjmov z verejného zdravotného poistenia a analýza nákladov na zdravotnú starostlivosť. Posledná kapitola interpretuje dosiahnuté výsledky a vyvodzuje závery práce.

1. Súčasný stav riešenej problematiky doma a v zahraničí

Na Slovensku je povinné zdravotné poistenie financované z verejných finančných zdrojov, ktoré sú prevažne generované z daňových príjmov a slúžia na podporu zdravia a blahobytu obyvateľstva. Je kľúčové, aby správa týchto finančných prostriedkov bola transparentná, a verejnosť mala možnosť monitorovať, ako sú tieto zdroje využívané zdravotnými poisťovňami. Identifikácia efektívnych a neefektívnych postupov môže prispieť k zlepšeniu riadenia zdravotných poisťovní a optimalizácii využitia verejných finančných zdrojov. Tento proces je nevyhnutný pre zabezpečenie toho, že verejné finančné zdroje sú využívané efektívne a zároveň zabezpečuje dlhodobú udržateľnosť zdravotného poistenia. Na dosiahnutie týchto cieľov a zhodnotenie efektívnosti využívania verejných finančných zdrojov zdravotnými poisťovňami je nevyhnutné detailne analyzovať fungovanie zdravotného poistenia v Slovenskej republike a preskúmať legislatívny rámec týkajúci sa zdravotného poistenia. V tejto kapitole stručne popíšeme históriu zdravotného poistenia, uvedieme systémy financovania a na záver sa budeme venovať financovaniu verejného zdravotného poistenia z hľadiska príjmu finančných prostriedkov.

1.1. História zdravotného poistenia

Úplné počiatky súčasného sociálneho zdravotného poistenia môžeme sledovať už v 19. storočí. Rozvoj priemyselnej výroby a s ním spojený nárast robotníckej triedy, ktorá často čelila sociálnym ťažkostiam, viedol k vzniku rôznych príspevkovým fondom. Tieto fondy boli zriaďované nielen zamestnávateľmi, ale aj komunitami, ktoré vychádzali z charitatívnych organizácií so zámerom pomáhať druhým. Podľa údajov Medzinárodnej organizácie práce (2019) bolo pôvodným cieľom zabezpečiť občanov proti výpadku príjmu, tzv. nemocenské poistenie, avšak neskôr s rozvojom medicíny sa k tomuto poisteniu pridalo aj poistenie na krytie výdavkov na zdravotnú starostlivosť.¹

¹ NEMEC, Jirí. Principy zdravotního pojištění. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.

Historicky prvým príkladom povinného zdravotného poistenia bol zavedený systém zdravotného poistenia pre banských robotníkov v Prusku v roku 1849. Už v tomto koncepte zdravotného poistenia sa povinnosť platiť poistné rozdeľovala medzi zamestnávateľov a zamestnancov. V roku 1881 bol v Nemecku vydaný dokument pre zavedenie sociálneho poistenia, ktorý viedol k vzniku zákona o povinnom zdravotnom poistení pre robotníkov. Tento zákon bol potom schválený nemeckým parlamentom v roku 1883. Už v tejto forme povinného zdravotného poistenia platil 2/3 príspevku zamestnávateľ a 1/3 zamestnanec. Poistený potom mal nárok na bezplatné ošetrovanie u lekára, na lieky a od tretieho dňa choroby aj na nemocenskú dávku. V roku 1886 bol obdobný právny predpis prijatý aj v Rakúsko-Uhorsku, rozširujúc svoj pôsobnosť na všetkých zamestnancov a neskôr čiastočne aj na živnostníkov. Podobnú legislatívu môžeme neskôr vidieť vznikať aj v ďalších európskych krajinách, ako je napr. Dánsko (1892), Veľká Británia (1911), Francúzsko (1928). V viacerých krajinách zdravotné poistenie nebolo vôbec povinné zo zákona, ale ako napríklad v Holandsku výlučne dobrovoľné poistenie. Odhaduje sa, že na začiatku 19. storočia malo dobrovoľné poistenie uzatvorené väčšina obyvateľov Holandska a to prostredníctvom množstva menších fondov.²

Ďalší vývoj v zdravotnom poistení bol zaznamenaný v 20. storočí, kde mnoho západoeurópskych krajín nahrádza systém štatutárneho poistenia národnou zdravotnou službou. Medzi tieto krajiny môžeme zaradiť Veľkú Britániu, Dánsko, Taliansko, Portugalsko, Grécko, Španielsko. Aj napriek tejto vlne zmien u niektorých krajín zostali aj krajiny, ktoré ďalej využívali systém štatutárneho poistenia, avšak jeho pôsobnosť sa rozšírila na celú populáciu. K týmto krajinám môžeme zaradiť Belgicko a Francúzsko. V Ázii bolo sociálne zdravotné poistenie zavedené až v roku 1922 v Japonsku, v Južnej Amerike bolo priekopníkom Čile roku 1924, kde pôvodne systém zahŕňal len 15% populácie a prvou krajinou s trhovou ekonomikou, ktorá rozšírila poistnú ochranu na celú populáciu, bol Nový Zéland v roku 1939.³

V dôsledku Prvej svetovej vojny došlo v roku 1918 k rozpadu monarchie a vzniku Československej republiky. Východná časť krajiny, ktorá pôvodne patrila k Uhorsku (Slovensko a Podkarpatská Rus), zaostávala za západnou časťou novovzniknutej republiky. Nižšia dostupnosť zdravotnej starostlivosti, nedostatok kvalifikovaných zdravotníckych pracovníkov, obmedzená osвета, nízka hygiena a vysoká prevalencia infekčných ochorení predstavovali výzvu pre tvorcov zdravotnej politiky.

² NEMEC, Jirí. Principy zdravotního pojištění. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.

³ KOVÁČ, Eduard. Zdravotné poistenie. Bratislava: EKONÓM, 2006, 63s. ISBN 80-225-2248-1.

Novovzniknutá republika prevzala poisťný systém z obdobia monarchie. Dôležitým míľnikom v jeho vývoji bola polovica dvadsiaty rokov. Zákon o poistení zamestnancov v prípade choroby, invalidity a staroby, ktorý bol o rok neskôr doplnený zákonom o nemocenskom poistení verejných zamestnancov, predstavoval základný pilier československého sociálneho poistenia. Tento systém zostal prakticky nezmenený až do nástupu komunistického režimu v roku 1948.⁴

Zdravotné poisťovne fungovali ako samosprávne organizácie, pričom v ich vedení zastávali svoje miesto zástupcovia poistencov a ich zamestnávateľov. Títo členovia orgánov poisťovní mali právomoc rozhodovať o stanovách, výške poisťného a o podmienkach zmluvných vzťahov so poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Niektoré z týchto rozhodnutí vyžadovali následné schválenie zo strany Ústrednej sociálnej poisťovne, ktorá zabezpečovala riadenie a koordináciu celkovej sústavy nemocenského, invalidného a starobného poistenia. Percentuálna výška poisťného sa pohybovala v rozmedzí od 5 do 6 % priemernej mzdy. Systém poistenia pre robotníkov bol hierarchicky usporiadaný do desiatich tried podľa výšky ich príjmu. Poistený a jeho rodinní príslušníci mali právo na bezplatnú ambulantnú a ústavnú zdravotnú starostlivosť, vrátane bezplatného prístupu k liekom. Poistenec mal možnosť poberať nemocenské dávky vo výške 60 % priemernej mzdy po dobu 52 týždňov. Rozdiely medzi poisťovňami sa prejavovali v rozsahu poskytovaných služieb. Po skončení Druhej svetovej vojny sa Československo ocitlo pod výrazným ekonomickým a politickým tlakom Sovietskeho zväzu. To sa odrážalo aj v oblasti zdravotnej starostlivosti. V roku 1948 bol prijatý zákon o národnom poistení, ktorý zjednotil všetky druhy poistenia pod jednu entitu, a to Ústrednou národnou poisťovňou. Dozor nad národným poistením vykonávalo Ministerstvo sociálnej starostlivosti v spolupráci s Ministerstvami zdravotníctva a financií. Liečebný poriadok, ktorý reguloval nemocenské a zdravotné dávky, bol vydávaný Ústrednou národnou poisťovňou.⁵

Prijatím zákona o prebudovaní národného poistenia a súčasne s novelou zákonom o jednotnej preventívnej a liečebnej starostlivosti sa pokračovalo v implementácii sovietskeho postupov v oblasti zdravotnej starostlivosti. Charakter poskytovanej starostlivosti sa od detailov poskytovaných nemocenským poistením výrazne odlišoval. Výsledkom nariadenia ministra zdravotníctva bolo vzniknutie okresných a krajských ústavov národného zdravia, ktoré

⁴ PAŽITNÝ, Peter. Zdravotný systém Slovenskej republiky. Bratislava: Wolters Kluwer, 2021, 176 s. ISBN 978-80-571-0281-6.

⁵ SZALAY, Tomáš a kol. Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition. [online]. 2011, 174 s. [cit. 2023-10-10]. ISSN 1817-6127. Dostupné na: http://www.euro.who.int__data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf?ua=1

integrovali okresné a krajské zdravotnícke zariadenia. Tieto ústavy boli organizačne zaradené pod národné výbory, ktoré boli zodpovedné za verejnú správu. Vedením týchto ústavov boli poverení iba kvalifikovaní lekári. Poskytovanie ambulantnej a ústavnej starostlivosti sa začalo sústreďovať do okresných a krajských nemocníc s pridruženým zdravotným strediskom. V prípade, že v niektorom okrese chýbala nemocnica, vytvorilo sa tam okresné zdravotné stredisko, ktoré bolo napojené na nemocnicu v inom okrese. V roku 1952 sa, inšpirované sovietskym modelom, začali zakladať hygienicko-epidemiologické služby.⁶

Kľúčovým cieľom v oblasti zdravotnej starostlivosti bolo zlepšenie celkového zdravia obyvateľstva. Úspechy preventívnych programov v období 50. a 60. rokov je možno pripisovať intenzívnej osвете a podpore vzdelávania, na druhej strane ale aj prísnejšej organizácii štátu a spoločnosti. V liečebnej starostlivosti prevládala snaha o potlačenie infekčných ochorení, predovšetkým tuberkulózy. V roku 1966 bol dokončený proces socialistickej transformácie zdravotného systému prostredníctvom zákona o starostlivosti o zdravie obyvateľstva. Zdravotný systém sa stal plne integrovaný a financovaný zo štátneho rozpočtu v rámci socialistickeho plánovania. Zdravotné zariadenia a hygienické stanice boli zlúčené do hierarchickej štruktúry okresných, krajských a národných ústavov národného zdravia. Štát prebral úplnú zodpovednosť za financovanie, manažovanie a poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Zákonom tiež všetkým občanom zaručil bezplatnú zdravotnú starostlivosť.⁷

V roku 1968 došlo k zmene štátneho usporiadania a Československo sa stalo federatívnym štátom, ktorý sa skladal z dvoch socialistických republík, a to českej a slovenskej. V rámci úpravy správnych kompetencií vzniklo slovenské ministerstvo zdravotníctva, ktoré prebralo zodpovednosť za plánovanie a riadenie slovenského zdravotníctva. Zotrvačnosť plánovanej ekonomiky viedla k chybným rozhodnutiam o alokácii zdrojov v zdravotníctve. Zdravotný systém sa nezvládol dobre vyporiadavať s rastúcou incidenciou civilizačných ochorení, ktoré nevyhnutne súviseli so zlepšením životnej úrovne, zvýšením hygienického štandardu a úspešného boja proti infekčným ochoreniam v prvých desaťročiach po Druhej svetovej vojne. Avšak, životný štýl obyvateľstva sa začal zhoršovať.⁸

Od polovice 70. rokov dochádzalo k technologickému zaostávaniu vybavenia zdravotníckych zariadení, čo bolo kompenzované nárastom počtu lekárov a nemocničných

⁶ MIHÁL, Jozef. Nové zdravotné poistenie v praxi. Bratislava: EPOS, 2005, 478 s. ISBN. 80-8057-634-3.

⁷ KOVÁČ, Eduard. Zdravotné poistenie. Bratislava: EKONÓM, 2006, 63s. ISBN 80-225-2248-1.

⁸ SZALAY, Tomáš a kol. Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition. [online]. 2011, 174 s. [cit. 2023-10-10]. ISSN 1817-6127. Dostupné na: http://www.euro.who.int__data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf?ua=1

lôžok. Úspech socialistického zdravotného systému bol vnímaný prostredníctvom zlepšovania štrukturálnych ukazovateľov, ako je zvyšovanie počtu nemocničných lôžok alebo absolventov lekárske fakúlt a stredných zdravotných škôl. Narastajúci prebytok absolventov od 70. rokov viedol k vytvoreniu zdravotného systému založeného na vysokom počte ambulantných špecialistov. Úloha všeobecného lekára sa postupne zmenšovala na úlohu koordinátora, ktorý usmerňoval pacientov na vyšetreniach u rôznych špecialistov. Vývoj strednej dĺžky života dokumentuje prehĺbenú medzeru medzi zdravotnými systémami západnej Európy a krajinami sovietskeho bloku. Napríklad, na Slovensku od 60. až po 80. roky sa stredná dĺžka života u žien ustávala a u mužov dokonca klesala. V rovnakom období sa v západoeurópskych krajinách stredná dĺžka života v priemere predĺžila o 3 roky u oboch pohlaví.⁹

Rozklad Sovietskeho zväzu a vlna nenásilných revolúcií, ktorá zasiahla strednú a východnú Európu v roku 1989, ovplyvnila aj Československo. Okrem zásadných politických a spoločenských zmien nasledovala celková transformácia ekonomiky spojená s prechodom na tržové hospodárstvo. Súčasne sa začali prípravné práce na obnovení poisťného systému, ktoré neboli prerušené ani mierovým rozpustením česko-slovenskej federácie a vznikom samostatného Slovenska v roku 1993. Po neúspechu 40-ročného pokusu o organizáciu sovietskeho zdravotníctva podľa Semaškovho systému sa opäť dostal do pozornosti Bismarck. V roku 1993 bola založená Národná poisťovňa (zákon č. 7/1993 Z.z.) so zameraním na financovanie zdravotného, sociálneho a dôchodkového poistenia. O rok neskôr bol schválený zákon o zdravotnom poistení (zákon č. 273/1994 Z.z.), ktorý umožňoval vznik viacerých zdravotných poisťovní¹⁰ a súčasne stanovil spôsob financovania verejného zdravotného poistenia ako kombináciu odvodov od ekonomicky aktívnej populácie a platieb poisťného zo štátneho rozpočtu za ekonomicky neaktívnej populácie. Poisťovne boli organizované ako verejnoprávne fondy. Ich počet postupne narastal, pričom najviac (13) ich bolo v roku 1997. Požiadavka, aby mala zdravotná poisťovňa minimálne 300 tisíc poistencov vyústila k postupným fúziám a ku konsolidácii trhu.¹¹

V 90. rokoch 20. storočia dochádzalo k postupnej privatizácii lekární a ambulantného sektora. Týmto procesom došlo k rozpadu hierarchického usporiadania v zdravotníctve a strate koordinácie medzi ambulantným a ústavným prostredím. Vytvorila sa fragmentovaná štruktúra

⁹ PAŽITNÝ, Peter. – ZAJAC, Rudolf. Stratégia reformy zdravotníctva – reálnej reformy pre občana. Bratislava: M.E.S.A.10, 2001, 144 s. ISBN 80-968-29-7-8.

¹⁰ KOVÁČ, Eduard. Zdravotné poistenie, Bratislava: EKONÓM. 2006., 63s., ISBN 80-225-2248-1.

¹¹ PAŽITNÝ, Peter. – ZAJAC, Rudolf. Stratégia reformy zdravotníctva – reálnej reformy pre občana. Bratislava: M.E.S.A.10, 2001, 144 s. ISBN 80-968-29-7-8.

s vysokým počtom poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti. Finančný mechanizmus pre špecialistov, založený na hodnotení ich výkonov pomocou bodového systému, prevzatého z Nemecka, viedol k rapídному nárastu nákladov na zdravotnú starostlivosť, stimulácii umelého dopytu, inflácii cien bodov a následne k implementácii limitov pre poskytovanú zdravotnú starostlivosť. S výnimkou ojedinelých prípadov boli všetky nemocnice až do začiatku 21. storočia štátne, riadené Ministerstvom zdravotníctva ako štátne príspevkové organizácie. Tieto nemocnice sa stretávali s chronickým nedostatkom investícií, vysokou mierou zamestnanosti a neefektívnym riadením. Pri obsadzovaní riadiacich pozícií v nemocniciach prevládali politické motivácie nad odbornými kritériami. V roku 2004 prešlo slovenské zdravotníctvo komplexnou reformou, ktorá bola implementovaná prostredníctvom prijatia šiestich reformných zákonov. Tieto legislatívne opatrenia výrazne ovplyvnili štruktúru poskytovania zdravotnej starostlivosti a zahŕňali tvrdé rozpočtové obmedzenia. Cieľom týchto opatrení bolo zvýšiť efektívnosť využívania zdravotných zdrojov a odhaliť systémové rezervy, ktoré boli doteraz skryté. Reforma z roku 2004 priniesla decentralizáciu a zavedenie zmluvného systému poskytovania zdravotnej starostlivosti. Tým došlo k presunu zodpovednosti zo štátu na pacientov, zdravotné poisťovne a poskytovateľov. Tieto kroky boli súčasťou širších spoločenských zmien, známych aj ako "neoliberálny obrat Slovenska," ktoré zahŕňali reformy v oblasti fiškálnej a daňovej politiky, pracovného práva, dôchodkového systému, investičného režimu, sociálnych dávok, súdnictva, zdravotníctva a školstva. Samotné reformy v oblasti zdravotnej starostlivosti zahŕňali stabilizačné opatrenia, zabezpečujúce opatrenia a sieťové opatrenia. Medzi prvé patrili kroky na zastavenie zadlžovania a obmedzenie nadmernej spotreby zdravotných služieb a liekov. Reforma tiež čelila výraznému nesúhlasu verejnosti, predovšetkým v súvislosti so zavedením poplatkov hradených pacientmi.¹²

Pri vyhodnocovaní prijatých reforiem sa ukázalo, že zdravotná starostlivosť nebola považovaná za prioritnú otázku v porovnaní s ďalšími spoločenskými problémami. Tento fakt môže naznačovať, že napriek počiatočnému nesúhlasu si ľudia postupne zvykli na nový systém zdravotnej starostlivosti. Kľúčové prvky reformy zahŕňali zavedenie služieb súvisiacich so zdravotnou starostlivosťou a možnosti výberu poplatkov od pacientov, naviazanie odvodov na priemernú mzdu, zmeny v prerozdeľovaní poisťného, liberalizáciu siete poskytovateľov a

¹² PAŽITNÝ, Peter. – ZAJAC, Rudolf. Stratégia reformy zdravotníctva – reálnej reformy pre občana. Bratislava: M.E.S.A.10, 2001, 144 s. ISBN 80-968-29-7-8.

ďalšie opatrenia, ako je reforma záchranej zdravotnej služby a transformácia poisťovní a nemocníc na akciové spoločnosti.¹³

1.2. Funkcie a ciele financovania zdravotnej starostlivosti

Zdravotná starostlivosť, podľa Zákona o zdravotnej starostlivosti č. 576/2004 Z. z., predstavuje komplexný súbor služieb, ktoré sú úzko spojené s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a vykonávané zdravotníckymi pracovníkmi. Tieto služby nezahŕňajú len samotné poskytovanie liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín, ale majú za cieľ aj predĺženie života jednotlivca, zlepšenie jeho kvality života a podporu zdravého vývoja budúcich generácií. V rámci zdravotnej starostlivosti sa uplatňuje rad opatrení vrátane prevencie, dispenzarizácie, diagnostiky, liečby, biomedicínskeho výskumu, ošetrovateľskej starostlivosti a pôrodnej asistencie. Tieto aspekty tvoria základný kameň pre správne fungovanie zdravotníckeho systému a zabezpečenie optimálnej starostlivosti o zdravie obyvateľstva. Podľa Charty práv pacienta má každý jednotlivec právo na zdravotnú starostlivosť, čo zahŕňa možnosť využívať výhody zdravotníckeho systému a dostupné zdravotné služby v danom štáte. Každý má právo na prístup k takému štandardu zdravotnej starostlivosti, ktorý je v súlade s právnymi predpismi platnými v Slovenskej republike a so súčasným stavom lekárskej vedy.¹⁴

Financovanie zdravotníctva poskytuje potrebné zdroje a ekonomické stimuly pre efektívne fungovanie zdravotníckych systémov a je kľúčovým determinantom výkonnosti celého zdravotníckeho systému z hľadiska rovnosti, efektívnosti a zdravotných výsledkov. Financovanie zdravotníctva zahŕňa základné funkcie výberu príjmov, združovania zdrojov a nákupu intervencií:¹⁵

- výber príjmov je spôsob, akým zdravotnícke systémy získavajú peniaze z domácností, podnikov a externých zdrojov;

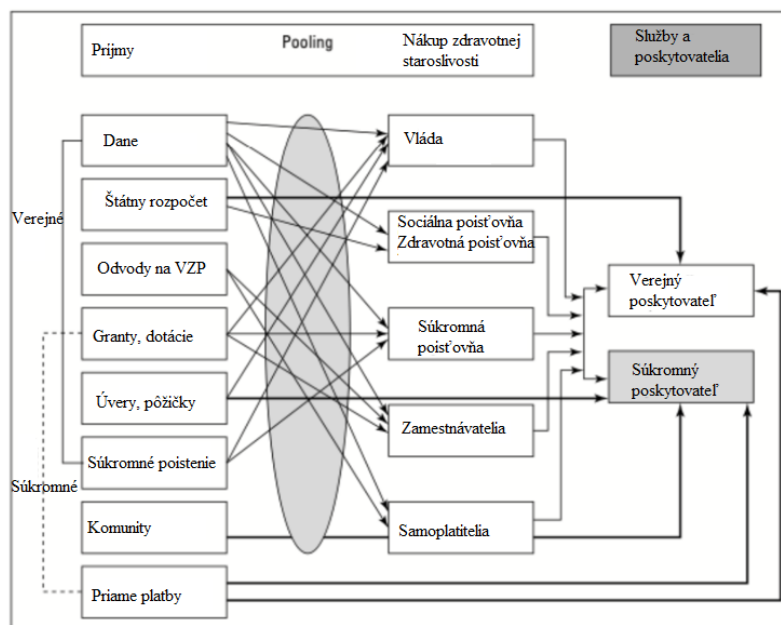
¹³ SZALAY, Tomáš a kol. Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition. [online]. 2011, 174 s. [cit. 2023-10-10]. ISSN 1817-6127. Dostupné na: http://www.euro.who.int__data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf?ua=1

¹⁴ TIRPÁKOVÁ, Libuša a kol. Ošetrovateľstvo v ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Košice: Vydavateľstvo Šafárik/Press, 2022, 289 s., ISBN 978-80-574-0114-8.

¹⁵ SCHIEBER, G. et al. Financing Health Systems in the 21st Century. In Disease Control Priorities in Developing Countries [online]. New York: Oxford University Press, 2006, 1394 s. [cit. 2023-10-10] ISBN-13: 978-0-821-36179-5. Dostupné na: <https://www.dcp-3.org/sites/default/files/dcp2/DCP12.pdf>

- pooling sa zaoberá akumuláciou a riadením príjmov tak, že členovia združenia zdieľajú kolektívne zdravotné riziká, čím chráni jednotlivých členov združenia pred veľkými, nepredvídateľnými výdavkami na zdravie. Platba vopred umožňuje členom združenia zaplatiť priemerné očakávané náklady vopred, zbavuje ich neistoty a zabezpečuje kompenzáciu v prípade straty. Združovanie spojené s predplatením umožňuje vytvorenie poistenia a prerozdelenie výdavkov na zdravotnú starostlivosť medzi vysoko- a nízkorizikových jednotlivcov a jednotlivcov s vysokými a nízkymi príjmami;
- nákup sa týka mechanizmov používaných na nákup služieb od verejných a súkromných poskytovateľov.

Schéma 1 Funkcie a interakcie v sektore zdravotného poistenia



Zdroj: Schieber et al., (2006)

Pokiaľ ide o zdravotnú politiku na úrovni krajiny, tieto tri funkcie financovania sa premietajú do:¹⁶

- získavanie dostatočných a udržateľných príjmov efektívnym a spravodlivým spôsobom s cieľom poskytnúť jednotlivcom základný balík základných služieb

16 GLOVA, Jozef., GAVUROVÁ, Beáta. Vybrané aspekty systémov zdravotnej starostlivosti. ISBN 1805-062X. [online] [cit. 2023-10-10] Dostupné na internete: <<http://www.grantjournal.com/issue/0202/PDF/0202glova.pdf>>

a finančnú ochranu pred nepredvídateľnými katastrofickými finančnými stratami spôsobenými chorobou alebo úrazom;

- riadenie týchto príjmov s cieľom spravodlivo a efektívne spájať zdravotné riziká; a
- zabezpečenie nákupu zdravotníckych služieb alokačne a technicky efektívnym spôsobom.

Tieto funkcie financovania sú vo všeobecnosti stelesnené v nasledujúcich troch štylizovaných modeloch financovania zdravotníctva:¹⁷

- národná zdravotná služba: povinné univerzálne pokrytie, financovanie z národných všeobecných príjmov a národné vlastníctvo vstupov sektora zdravotníctva;
- sociálne poistenie: povinné univerzálne krytie v rámci systému sociálneho zabezpečenia (verejne nariadeného) financovaného z príspevkov zamestnancov a zamestnávateľov do neziskových poisťných fondov s verejným a súkromným vlastníctvom sektorových vstupov a
- súkromné poistenie: zamestnávateľom alebo individuálnym nákupom súkromného zdravotného poistenia a súkromného vlastníctva vstupov do zdravotníctva.

Aj keď tieto modely poskytujú všeobecný rámec na klasifikáciu zdravotných systémov a funkcií financovania, nie sú užitočné z hľadiska mikropolitiky pretože všetky zdravotné systémy obsahujú črty rôznych modelov.

17 SCHIEBER, G. et al. Financing Health Systems in the 21st Century. In Disease Control Priorities in Developing Countries [online]. New York: Oxford University Press, 2006, 1394 s. [cit. 2023-10-10] ISBN-13: 978-0-821-36179-5. Dostupné na: <https://www.dcp-3.org/sites/default/files/dcp2/DCP12.pdf>

1.3. Systémy financovania zdravotnej starostlivosti

Každý systém môžeme definovať ako súbor na sebe nezávislých prvkov, ktoré sú vo vzájomnej interakcii. Zdravotnícky systém je časť spoločenského systému, ktorá sa skladá z určitých inštitúcií, opatrení, činností a organizácií, ktorých cieľom je liečiť choroby, zaisťovať prevenciu chorôb a usilovať sa o zlepšenie zdravia v spoločnosti.¹⁸

Zdravotný systém môžeme tiež definovať podľa Durdisovej a Langhamerovej (2001, str. 48) ako „*organizačný celok usporiadaných vzťahov medzi verejnosťou, poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, financujúcimi subjektmi a orgánmi reprezentujúcimi vládnu politiku, v rámci ktorého sa uskutočňuje zdravotná starostlivosť*“¹⁹.

Na svete existuje niekoľko zdravotných systémov, ich výber bol daný predovšetkým historickým vývojom danej krajiny, ekonomickými a sociálnymi aspektmi. Najčastejšie delíme zdravotné systémy podľa spôsobu financovania zdravotnej starostlivosti. V literatúre nájdeme podľa tohto delenia modely Bismarckovský, Beveridgeovský a trhový model.²⁰

Základnými modelmi nešťátnych zdravotníckych systémov sú liberálne trhovú (dnes obdoba USA) model a model bismarckovský (dnes Nemecko, SR), ktoré sú založené na poistení zdravia. Štátnymi zdravotníckymi modelmi sú Beveridgeov (dnes Spojené kráľovstvo, Kanada) a Semaškov (dnes Kuba) model, ktoré sú nastavené centrálné štátom a platené priamo z daní. Nedá sa dnes s istotou tvrdiť, že niektorý z vymenovaných systémov je ideálny a takmer bezchybný, či už sa jedná o štátny alebo nešťátny systém. Fungujúce modely môžu byť dnes zostavené z časti štátneho a z časti nešťátneho zdravotného systému. Pre pochopenie v súvislostiach sú následne uvedené a charakterizované práve vyššie spomenuté štyri modely systémového financovania zdravotnej starostlivosti.²¹

¹⁸ SUCHÁNKOVÁ, Milica a kol. Posudkové lekárstvo: zásady posudzovania zdravotného stavu. Bratislava: SZU, 2011, 165 s. ISBN 978-80-89352-51-7.

¹⁹ DURDISOVÁ, Jaroslava. – LANGHAMEROVÁ, Jitka. Úvod do teórie zdravotní politiky. Praha: Vysoká škola ekonomická v Prahe, Fakulta národohospodárska. 2001, 126 s. ISBN 80-245-0217-8.

²⁰ NEMEC, Jirí. Principy zdravotního pojištění. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.

²¹ KULESHER, Robert – FORRESTAL Elizabeth. International models of health systems financing. In Journal of Hospital Administration, [online]. Israel : Hebrew University Hadassah Kaplan Medical Center, 2014, 220 s. [cit. 2023-10-10] ISSN 1927-7008 Dostupné na: <https://www.sciedu.ca/journal/index.php/jha/issue/view/268>

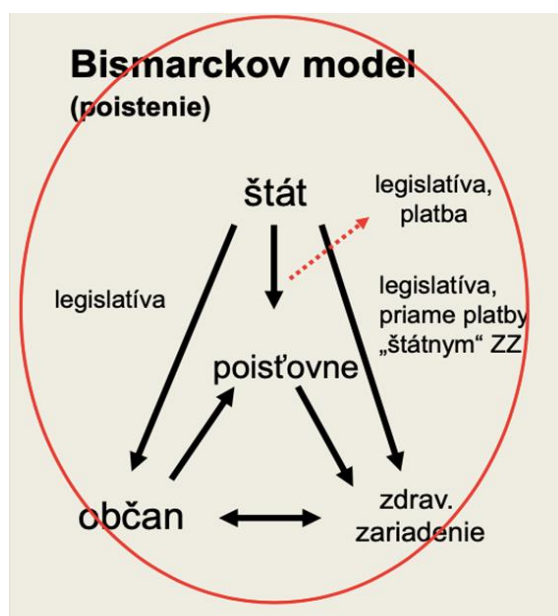
1.3.1. Bismarckov systém zdravotného poistenia

V tomto modeli financovania zdravotnej starostlivosti, ktorý je založený na povinných odvodoch poistného z príjmov poistencov, je výška poistného určená podľa veľkosti príjmu každého poistenca. Tento model je prevádzkovaný samosprávnymi zdravotnými poisťovňami, ktoré sú zodpovedné za správu a distribúciu týchto finančných prostriedkov.

Podľa Hnilicovej²² je tento model postavený predovšetkým na základe verejného zdravotného poistenia. Bismarckovskov model je založený na princípe všeobecného zdravotného poistenia. Vzťahy medzi poskytovateľmi a platiteľmi sú kombináciou podielu trhu a verejného dohľadu. Problémom modelu je jeho efektívnosť, pretože v ňom dochádza k symetrii právomoci a zodpovednosti zúčastnených subjektov. Platby poistného sú pre občanov povinné zo zákona a spravované v parafiskálnom fonde. Štát je teda zodpovedný za efektívne vynakladanie finančných prostriedkov v zdravotníctve. Typické pre tento model je, že vyberané poistné znižuje daňový základ pre platiteľa poistného, čo slúži ako nepriama podpora zdravotníctva štátom.

Na nasledujúcom obrázku môžeme vidieť schému fungovania a vzťahov v Bismarckovom modeli.

Obrázok 1 Bismarckov systém financovania zdravotného poistenia



Zdroj: Švihrová, (2015)

²² HNILICOVÁ, Helena. - JANEČKOVÁ, Hana. Úvod do verejného zdravotníctví. Praha: Portál, 2009, 294 s. ISBN 978-80-7367-592-9.

Tento systém financovania bol prvýkrát uplatnený v Nemecku koncom 19. storočia. V súčasnej dobe ho využívajú tieto krajiny - Nemecko, Rakúsko, Belgicko, Holandsko, Luxembursko, Francúzsko, Švajčiarsko, Poľsko, Slovenská republika a ďalšie. V týchto krajinách sa systémy podstatne líšia svojou účinnosťou a funkčnosťou, čo je spravidla spôsobené tradíciou, stabilizáciou systému a najmä nadväzujúcou legislatívou. Bismackovský model poistenia sa pokúša skĺbiť výhody trhového a štátneho zdravotníctva tým, že sa snaží vytvoriť priestor pre trh, privatizáciu, slobodnú voľbu lekára, konkurenciu, decentralizáciu a súčasne má jasne definovanú úlohu štátu a verejných inštitúcií, ktoré dbajú zo zákona na to, aby zdravotné starostlivosť bola dostupná, efektívna a kvalitná.²³

Medzi základné charakteristiky tohto modelu môžeme zaradiť:²⁴

- každý občan hradí poisťovni určitú sumu a čerpá zdravotnú starostlivosť bez ohľadu na to, koľko danej zdravotnej poisťovni odvedol prostriedkov;
- financovanie zdravotnej starostlivosti prebieha z povinných čiastok, ktoré hradí poisťovni ako zamestnanec, tak zamestnávateľ a za určitú skupinu obyvateľstva aj štát;
- zdravotná starostlivosť je garantovaná štátom. Poistné čiastky sú odvádzané do fondu, ktorý nie je spravovaný štátom, ale zdravotnou poisťovňou.

²³ HNILICOVÁ, Helena. - JANEČKOVÁ, Hana. Úvod do veřejného zdravotnictví. Praha: Portál, 2009, 294 s. ISBN 978-80-7367-592-9.

²⁴ CLEVERLEY, W. O. – CLEVERLEY, J. O. Essentials of Health Care Finance. USA: Jones & Bartlett Learning, 2017, 557 s. ISBN:9781284094633.

1.3.2. Beveridgeov systém univerzálneho zdravotného poistenia

Beveridgeov systém predstavuje základný koncept financovania zdravotníctva z daní, ktorý sa zameriava na univerzálnu prístupnosť k zdravotnej starostlivosti. Tento model je charakterizovaný svojou demokratickou a sociálnou orientáciou a vznikol v kapitalistickej krajine. Napriek tomu, že bol vytvorený v kapitalistickom prostredí, Beveridgeov model sa stal jedným z najstabilnejších a najtrvácnejších systémov zdravotnej starostlivosti a udržal sa v takmer nezmenenej podobe od svojho zavedenia. Vynikajúcim príkladom je National Health Service (NHS) model financovania používaný vo Veľkej Británii, ktorý vznikol ako reakcia na potreby po Druhej svetovej vojne, založený na princípe, že zdravotná starostlivosť je financovaná vládou prostredníctvom príjmov zo štátneho rozpočtu, kedy dane zaťažujú faktor práce, spotrebu jednotlivcov, ako aj ich majetok a ostatné verejné príjmy, ako sú clá, financie z prírodných zdrojov, predaja štátneho majetku a podobne.²⁵

Predpokladom pre dobre fungujúci zdravotný systém je preto nastavenie efektívneho výberu daní, ktoré zabezpečuje stabilné financovanie zdravotníctva. Vo väčšine prípadov sú nemocnice vlastnené štátom a lekári a sestry sú štátnymi zamestnancami, popritom existujú však aj súkromné zariadenia, v ktorých sú lekári a sestričky platené priamo za výkony. Tento hybridný typ modelu využívajú bohaté aj chudobné krajiny a v rámci členských krajín WHO patrí medzi najrozšírejšiu formu financovania, keby ho zo 194 krajín využíva až 106. Bohaté krajiny, ktoré disponujú efektívnym výberom daní dokážu zabezpečiť vyšší príjem do štátneho rozpočtu, ktorý môže byť následne relokovaný do poskytovania kvalitnej zdravotnej starostlivosti.²⁶

Dobrovoľné pripoistenie sa používa ako doplnkový spôsob financovania v komerčných poisťovniach pre poistencov, ktorí majú záujem získať dodatočné zdravotné služby. Výška platieb poistenca závisí od rizika, ktoré podľa svojho zdravotného stavu prináša poisťovni, pričom sa môže stať, že chorí budú z poisťných skupín vylúčení. Týmto spôsobom plynú dodatočné finančné zdroje do financovania zdravotníctva.²⁷

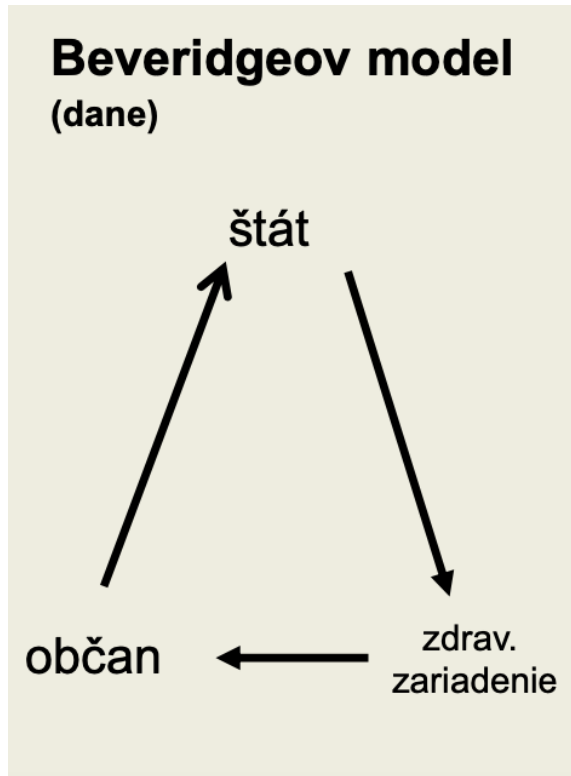
²⁵ ONDRUŠ, Peter. Svetové zdravotnícke systémy v čase globalizácie. Banská Bystrica: PRO Banská Bystrica, 2014. 320 s. ISBN 978-80-89057-47-4.

²⁶ CLEVERLEY, W. O. – CLEVERLEY, J. O. Essentials of Health Care Finance. USA: Jones & Bartlett Learning, 2017, 557 s. ISBN:9781284094633.

²⁷ POBUDOVÁ, Daniela. Cross-national comparisons of health systém. [online]. 2019. [cit. 2023-10-10]. Dostupné na: <https://doi.org/10.31577/PPFAR.2019.11.001>

Na nasledujúcom obrázku môžeme vidieť schému fungovania a vzťahov v Beveridgeovom systéme.

Obrázok 2 Beveridgeov systém financovania zdravotného poistenia



Zdroj: Švihrová, 2015

Najväčšou výhodou pri Beveridgeho modeli je získavanie finančných prostriedkov z viacerých diverzifikovaných zdrojov, z ktorých je možné bezplatné pokrytie celej populácie. Očakáva sa, že nárast prostriedkov do zdravotníctva bude súvisieť so zvyšovaním ekonomického rastu. K nevýhodám patrí fakt, že zdravotníctvo je len jednou z oblastí, kam sa prerozdeľuje štátny rozpočet, a preto je výška finančných prostriedkov závislá od rokovaní vlády a prípadných záujmových skupín. Tendencia nepriznávania príjmov a majetku preto často zaťažuje najmä nepriame dane. Systém je tiež spojený s vysokou mierou byrokratizácie a administratívnej zaťaženia.²⁸

²⁸ HNILICOVÁ, Helena. - JANEČKOVÁ, Hana. Úvod do verejného zdravotníctví. Praha: Portál, 2009, 294 s. ISBN 978-80-7367-592-9.

1.3.3. Súkromný pluralitný systém financovania

Trhovo orientované zdravotníctvo kladie dôraz na dobrovoľné súkromné zdravotné poistenie. Tento model je najtypickejší pre Spojené štáty americké, kde neexistuje systém všeobecného zdravotného poistenia, ale zdravotné poistenie je dobrovoľné. Lekári a zdravotné zariadenia sú súkromné subjekty, a výška úhrady je stanovená individuálne. Zároveň tu prevláda tzv. skupinové zdravotné poistenie, kde sú ekonomicky aktívni obyvatelia poistení v rámci zamestnania. Tento typ poistenia sa používa aj ako doplnkový spôsob financovania zdravotných služieb. Najčastejšie sa vyskytuje v rozvinutých krajinách pre tých poistencov, ktorí majú záujem dobrovoľne sa pripoistiť dodatočnými platbami a získať tak dodatočné zdravotné služby. Súkromný model financovania zdravotnej starostlivosti je aplikovaný v USA. Americké zdravotníctvo historicky spočíva na tradíciách, na filozofii liberalizmu. Nikdy neprijalo princíp štátom organizovanej sociálnej solidarity.²⁹

Charakteristické znaky modelu sú:³⁰

- zdravotná starostlivosť je hrazená zo súkromných zdrojov buď priamou platbou alebo súkromnými zdravotnými poisťovňami komerčného charakteru;
- zdravotné poistenie je dobrovoľné. Poistiť sa môže jednotlivec alebo zamestnávateľ poisťuje svojich zamestnancov;
- zdravotná starostlivosť nie je garantovaná štátom, je záležitosťou jedinca, jeho rozhodnutia a slobodnej voľby. Štát nechce zasahovať a vstupovať do vzťahu slobodných subjektov;
- zdravotná starostlivosť je v tomto systéme chápaná ako tovar s určitou trhovou cenou;
- lekári sú súkromnými podnikajúcimi subjektmi, ziskového i neziskového charakteru;
- pacient má slobodnú voľbu lekára, zdravotníckeho zariadenia i zdravotnej poisťovne a záleží na jeho sociálnej situácii, či bude mať prístup k zdravotnej starostlivosti, v akej kvalite a rozsahu;

²⁹ ONDRUŠ, Peter. Svetové zdravotnícke systémy v čase globalizácie. Banská Bystrica: PRO Banská Bystrica, 2014. 320 s. ISBN 978-80-89057-47-4.

³⁰ CLEVERLEY, W. O. – CLEVERLEY, J. O. Essentials of Health Care Finance. USA: Jones & Bartlett Learning, 2017, 557 s. ISBN:9781284094633.

- nemocničnú starostlivosť poskytujú súkromné zariadenia ziskového i neziskového charakteru, niekedy v kombinácii s verejnými zriaďovateľmi;
- postavenie stavovskej lekárskej organizácie je mimoriadne silné a má schopnosť presadzovať záujmy lekárskej a lekárenskej lobby;
- štát nekontroluje ponuku ani ceny zdravotníckych služieb, ani výšku poistného a spôsob plnenia;
- štát nevstupuje do vzťahu poskytovateľ a pacient, ale pomocou programu vo verejnom záujme rieši problém prístupu k zdravotnej starostlivosti určitých sociálnych skupín obyvateľstva.

V Tabuľke 1 môžeme podrobne porovnať zdravotné systémy krajín OECD na základe ich systémov financovania zdravotnej starostlivosti.

Tabuľka 1 Krajiny OECD podľa systémov financovania zdravotnej starostlivosti

| Bismarcov | Beveridgeho | Súkromný | Zmiešaný |
|------------------|--------------------|-----------------|-----------------|
| Belgicko | Austrália | Švajčiarsko | Kanada |
| Česko | Dánsko | Čile | Kórea |
| Estónsko | Fínsko | USA | |
| Francúzsko | Grécko | | |
| Izrael | Írsko | | |
| Japonsko | Litva | | |
| Lotyšsko | Nórsko | | |
| Luxembursko | Nový Zéland | | |
| Maďarsko | Portugalsko | | |
| Mexiko | Slovinsko | | |
| Nemecko | Španielsko | | |
| Poľsko | Švédsko | | |
| Rakúsko | Taliansko | | |
| Slovensko | Veľká Británia | | |
| Turecko | | | |

Zdroj: vlastné spracovanie na základe Pobudová 2019

Dva najčastejšie zastúpené modely sú Bismarcov a Beveridgeho model. Bismarkov model je výrazne zastúpený v krajinách ako Nemecko, Japonsko a Francúzsko. Na druhej strane, Beveridgeho model je najviac zastúpený v krajinách ako Veľká Británia, Španielsko a Írsko. Súkromný model je zastúpený v krajinách ako Švajčiarsko, USA a Čile. Naopak, najmenej rozšírený v krajinách ORCD je zmiešaný model, ktorý je uplatňovaný najmä v Kórei a Kanade

1.4. Trh zdravotného poistenia na Slovensku

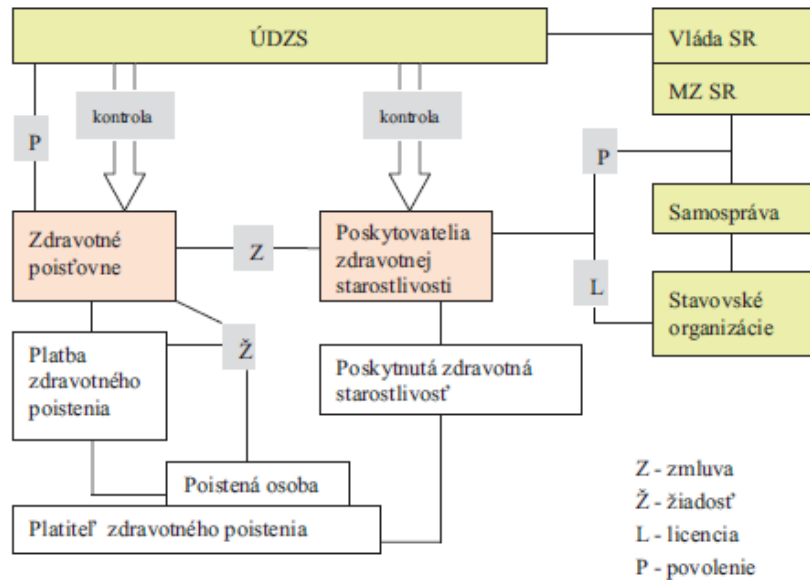
Zdravotné poisťovne sú dôležitým subjektom v systéme zdravotného poistenia. Zdravotné poisťovne na Slovensku pôsobia v prísne regulovanom odvetví a svoju činnosť môžu vykonávať výhradne v súlade s platnou legislatívou.

V zmysle zákona č. 581/2004 Z.z. je zdravotná poisťovňa akciová spoločnosť so sídlom na území Slovenskej republiky zriadená na vykonávanie verejného zdravotného poistenia na základe povolenia na vykonávanie verejného zdravotného poistenia. Názov zdravotnej poisťovne musí obsahovať dodatok „zdravotná poisťovňa“ a je iným subjektom je zakázané používať tento názov. Zdravotná poisťovňa vykonáva širokú škálu činností s cieľom poskytovať efektívne a kvalitné verejné zdravotné poistenie. Medzi jej hlavné úlohy patria prijímanie a overovanie prihlášok na verejné zdravotné poistenie, uzatváranie zmlúv s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a hradenie úhrad za poskytnutú zdravotnú starostlivosť. Dôležitou súčasťou jej činností je vedenie zoznamu poistencov čakajúcich na plánovanú zdravotnú starostlivosť, ročné zúčtovanie poistného, v koordinácii s Ministerstvom zdravotníctva SR pozývanie na populačný skrining a poskytovanie rôznych príspevkov na úhradu ZS. V zmysle zákona je zdravotná poisťovňa povinná vykonávať kontrolnú činnosť u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, u ktorých realizuje úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a u platiteľov poistného. Cieľom kontrolnej činnosti je vyhodnotiť účelnosť, efektívnosť a hospodárnosť vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia ako aj rozsah a kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

Zdravotné poisťovne podliehajú kontrole Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Úrad vykonáva dohľad a poskytuje povolenia a iné rozhodnutia. Rozhoduje o námietkach poistencov a platiteľov poistného, kontroluje poskytovanie zdravotnej starostlivosti a vedenie zdravotnej dokumentácií, má právomoc udeľovať pokuty za porušenie povinností.

Okrem toho, spolupracuje s Ministerstvom zdravotníctva SR a s Ministerstvom financií SR na príprave legislatívnych predpisov týkajúcich sa verejného zdravotného poistenia. Na činnosť úradu prispievajú zdravotné poisťovne 0,40% zo základu, ktorý je im stanovený ako celková suma z ročného prerozdelenia poistného. Pri plnení svojich úloh by úrad mal konať nezávislé a nestranné.³¹

Schéma 2 Usporiadanie zdravotníctva v SR



Zdroj: Gavurova 2013

Zdravotné poisťovne uskutočňujú nákup zdravotnej starostlivosti na základe vlastných strategických, ekonomických a manažérskych rozhodnutí. Proces výberu zmluvných poskytovateľov, známy ako selektívny kontraktning, je riadený legislatívnym rámcom, konkrétne zákonom č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Regulačné obmedzenie selektívneho kontraktningu vychádza z verejnej minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Verejná minimálna sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti má za cieľ zabezpečiť, aby pacienti mali geograficky dostupnú potrebnú zdravotnú starostlivosť. Príslušné kritériá verejnej minimálnej siete určujú minimálny počet nemocničných lôžok, lekárov a agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ktoré musia zdravotné poisťovne zazmluvniť v jednotlivých regiónoch, či už ide o kraje alebo okresy.

³¹ GAVUROVA, Beáta a kol. Vybrané aspekty efektívnosti slovenského zdravotníctva. Košice: Technická univerzita v Košiciach, 2013, 276 s. ISBN978-80-553-1439-6.

Týmto spôsobom sa zabezpečuje, že poistenci majú zaručenú dostupnosť potrebnej zdravotnej starostlivosti.³²

1.5. Zdroje financovania verejného zdravotného poistenia

V zmysle zákona č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení a jeho doplnení a úpravách podľa neskorších predpisov, je platba poistného výrazne definovaná v kontexte príspevkov na verejné zdravotné poistenie. Tento právny predpis stanovuje základné rámce pre financovanie verejného zdravotného poistenia, ktoré je nevyhnutné pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti občanom. Mechanizmus platenia poistného je individualizovaný v závislosti od ekonomickej aktivity poistencov, pričom rozlišujeme medzi ekonomicky aktívnymi a neaktívnymi jednotlivcami.

1.5.1. Platitelia poistného

Pre ekonomicky aktívnych poistencov spočíva platenie poistného v odvádzaní časti svojej mzdy alebo príjmu z podnikania. Zamestnávatelia majú zákonnú povinnosť odvádzať určený percentuálny podiel poistného z mzdy svojich zamestnancov, čím sa zabezpečuje finančný príspevok k celkovým nákladom na zdravotnú starostlivosť.

Naopak, ekonomicky neaktívni poistenci sú oslobodení od priamej povinnosti platiť poistné. Namiesto toho ich poistné sa hradí zo štátneho rozpočtu. Tento rozdiel v spôsobe platenia zohľadňuje rôzne životné situácie a ekonomické postavenie obyvateľstva. V roku 2020 došlo k zmenám v legislatíve týkajúcej sa platby za poistencov štátu. Táto platba už nie je viazaná na priemernú mzdu, ale je stanovená v zákone o rozpočte pre daný rok. Platba je rozpočtovaná ako celková suma pre poistencov štátu, bez špecifikácie jednotlivých platieb pre poistencov. To znamená, že výška príjmov jednotlivých zdravotných poisťovní závisí od ich trhového podielu v počte poistencov.

Zásadným cieľom tohto zákona je zabezpečiť udržateľné a spravodlivé financovanie verejného zdravotného poistenia, aby bol zabezpečený prístup k adekvátnej zdravotnej starostlivosti pre všetkých občanov. V prípade ekonomicky aktívnych poistencov je systém založený na spolupráci zamestnancov a zamestnávateľov, čím sa zabezpečuje pravidelný prísun finančných prostriedkov do systému verejného zdravotného poistenia. Na druhej strane,

³² GAVUROVA, Beáta a kol. Vybrané aspekty efektívnosti slovenského zdravotníctva. Košice: Technická univerzita v Košiciach, 2013, 276 s. ISBN978-80-553-1439-6.

ekonomicky neaktívni jednotlivci sú podporovaní zo štátneho rozpočtu, čím sa zabezpečuje ich prístup k zdravotnej starostlivosti bez ohľadu na momentálny príjem. Tento legislatívny prístup nielenže zabezpečuje rovnováhu v záťaži občanov, ale aj podporuje solidaritu a univerzálny prístup k zdravotnej starostlivosti. Zákon č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení a jeho doplnení a úpravách podľa neskorších predpisov identifikuje nasledujúce kategórie platiteľov poistného:

- Zamestnanci: Fyzické osoby, ktoré vykonávajú zárobkovú činnosť na základe pracovného pomeru a dostávajú mzdu od svojich zamestnávateľov.
- Samostatne zárobkovo činné osoby: Osoby, ktoré vykonávajú zárobkovú činnosť na vlastný účet a majú príjem z podnikania.
- Zamestnávatelia: Osoby alebo subjekty, ktoré zamestnávajú pracovníkov, sú povinné odvádzať časť poistného z mzdových príjmov svojich zamestnancov.
- Štát: Verejný sektor, konkrétne štát, má povinnosť platiť poistné za niektoré špecifikované skupiny občanov, napríklad nezaopatrené deti, osoby poberajúce dôchodky, študentov a iné.
- Platitelia dividend: Právnické osoby so sídlom na území Slovenskej republiky, ktoré vyplácajú dividendy, sú povinné platiť poistné.
- Ďalšie špecifikované skupiny: Platiteľmi poistného sú aj ďalšie skupiny, ako napríklad osoby vykonávajúce dobrovoľnú vojenskú prípravu, študenti, cudzinci zaistení na území Slovenskej republiky a ďalší jednotlivci alebo subjekty, ktoré spĺňajú kritériá definované v zákone.

1.5.2. Kompenzácia rizikovej štruktúry poistencov

Termín „Riziková štruktúra“ označuje rozdiely v zdravotnom stave jednotlivých poistencov. Čím je zdravotný stav horší, tým výraznejšie sa zvyšuje riziko, čo so sebou prináša zvýšené náklady na liečenie. Úroveň rizika však nie je determinovaná len samotným zdravotným stavom, ale aj ďalšími faktormi, ako sú vek poistenca, pohlavie a ďalšie.

V krajinách, ktoré uplatňujú systém zdravotného poistenia (napríklad Nemecko, Holandsko, Česká republika, ale aj Slovensko), platia nasledujúce zásady:³³

³³ KOVÁČ, Eduard. Zdravotné poistenie, Bratislava: EKONÓM. 2006., 63s., ISBN 80-225-2248-1.

- verejné poistenie je povinné,
- sektore zdravotného poistenia existuje viacero zdravotných poisťovní,
- výška poistného je stanovená zákonom,
- poistenci majú možnosť voľby poisťovne podľa vlastného uváženia.

V prípade existencie viacerých poisťovní v rámci systému povinného zdravotného poistenia, spolu s voľbou poisťovne zo strany poistencov, je prirodzené, že poisťovne nezdediajú rovnakú štruktúru poistného kmeňa. Táto odchýlka sa prejavuje nielen v rámci veku, pohlavia alebo zdravotného stavu poistencov, ale aj v ich geografickom rozmiestnení. Nesmierne dôležité je aj rozmanité príjmové a zamestnanecké spektrum poistencov. Z toho dôvodu je v systéme povinného zdravotného poistenia nevyhnutný mechanizmus vyrovnávania rizikovej štruktúry medzi jednotlivými zdravotnými poisťovňami. Práve tu zohráva nezastupiteľnú úlohu princíp solidarity.

Solidarita predstavuje primárnu a široko akceptovanú nevyhnutnosť v rámci systému verejného zdravotného poistenia, ako ho poznáme na Slovensku. Cieľom solidarity je eliminovať riziko medzi poistencami v oblasti zdravotného stavu, veku, ekonomickej aktivity, príjmu a ďalších faktorov, vrátane rozdielov medzi pohlaviami a dokonca aj regiónmi. Pri kompenzácií rizikovej štruktúry sa hodnotí výška nákladov na zdravotnú starostlivosť v rámci rôznych rizikových skupín s cieľom efektívne uplatňovať princíp solidarity.

Je dobre známe a overené, že existujú rozdiely v nákladoch na zdravotnú starostlivosť medzi mladými a staršími, mužmi a ženami, ako aj v príjmoch od ekonomicky aktívnych a neaktívnych jednotlivcov, a medzi tými, ktorí disponujú vyššími a tými, ktorí majú nižšími príjmami. Tieto faktory musia byť minimálne zohľadnené pri praktickom zabezpečení solidarity v rámci povinného zdravotného poistenia, a taktiež pri zabezpečovaní rovnosti v dostupnosti k zákonom stanovenému rozsahu zdravotnej starostlivosti.

Prerozdeľovací mechanizmus v oblasti zdravotného poistenia na Slovensku je koncipovaný podľa holandského modelu, ktorý sa vyznačuje vysokou prediktívnou presnosťou na celosvetovej úrovni. V tomto rámci sú finančné príjmy zo všetkých poistencov, vrátane samoplatiteľov a poistencov zo štátu, agregované do spoločného rozpočtu. Tento rozpočet je následne prerozdeľovaný medzi všetky zdravotné poisťovne na základe rizikového profilu skupiny poistencov, pričom sa môže výrazne líšiť medzi jednotlivými poisťovňami.

V súčasnom koncepte je rizikový profil jednotlivého poistenca stanovený na základe jeho zaradenia do demografickej skupiny a skupiny nákladov na farmaceutické lieky (PCG).

Demografická skupina zohľadňuje kombináciu faktorov, ako sú vek, typ poistenca (poistenec štátu, zamestnanec, samoplatiteľ) a pohlavie. PCG zaradenie obsahuje 27 kategórií, ktorých úlohou je identifikovať pacientov, ktorí dlhodobo užívajú lieky a pre poisťovne sú teda dlhodobo nákladnejší. Príklady skupín PCG zahŕňajú autoimunitné ochorenia, astmu alebo diabetex. Na základe prerozdelenia mechanizmu poisťovňa obdrží za pacienta v rizikovej demografickej a PCG skupine vyššie finančné prostriedky na jeho zdravotnú starostlivosť. Výpočet konkrétnej sadzby je realizovaný prostredníctvom lineárnej regresie.

Prediktívna sila aktuálneho modelu dosahuje približne 18 percent, čo signalizuje komplikovanosť odhadnutia nákladov na poistenca do budúcnosti. Tým vzniká problém, kedy prerozdelenie mechanizmu prideli pre väčšinu poistencov príliš vysokú alebo príliš nízku sadzbu. Tieto odchýlky sa však v dostatočnom počte poistencov vyrovnajú, takže ich súčet je nulový. Problém by nastal, ak by jedna zdravotná poisťovňa získala príliš veľa negatívnych odchýlok, čo by znamenalo, že náklady na poistencov by prekročili príjmy a poisťovňa by bola dlhodobo v stratách. Matematicky sú indexy rizika aditívne, čo znamená, že celkový rizikový index pre poistenca je súčet všetkých priradených indexov na základe jeho charakteristík. Napríklad demografický index 0,2 a PCG index 7 by spolu tvorili rizikový index poistenca 7,2, a prerozdelenie mechanizmu by mu pridelo 7,2-násobok priemerného príjmu na poistenca.³⁴

Podľa ustanovení § 27 zákona o zdravotnom poistení (č. 580/2004 Z.z.) sa vykonáva mesačné prerozdelenie preddavkov na poistné, ktoré bolo zaplatené za obdobie dva mesiace pred aktuálnym kalendárnym mesiacom. Zdravotná poisťovňa má povinnosť do 20. dňa v kalendárnom mesiaci oznámiť úradu informácie o celkovej sume zaplatených preddavkov, počet poistencov podľa veku a pohlavia, a ďalšie relevantné údaje.

Základom mesačného prerozdelenia je 96 % z celkovej sumy zaplatených preddavkov, odpočítaných o nadlimitnú sumu. To zabezpečuje spravodlivé rozdelenie finančných prostriedkov medzi zdravotné poisťovne. Štandardizovaný príjem na jedného prepočítaného poistenca sa vypočíta ako podiel celkového základu mesačného prerozdelenia a celkového počtu prepočítaných poistencov.

Výsledkom mesačného prerozdelenia je rozdiel medzi celkovou sumou z mesačného prerozdelenia a základom mesačného prerozdelenia. Ak je tento výsledok kladný,

³⁴ BARANČOK, Peter – ČERVENÝ, Jakub – Prerozdelenie mechanizmu zdravotného poistenia na Slovensku [online]. Ministerstvo zdravotníctva, 2023, 22 s. [cit. 2023-12-10]. Dostupné na: <https://www.health.gov.sk/Zdroje?Sources/dokumenty/IZA/Prerozdelovaci-mechanizmus-ZP-v-SR.pdf>

oprávnená poisťovňa má pohľadávky voči povinnej poisťovni; v opačnom prípade, povinná poisťovňa má záväzky voči oprávnenej poisťovni.

Úrad do konca kalendárneho mesiaca rozhodne o výške štandardizovaného príjmu, celkovej sume z mesačného prerozdelenia a výsledku mesačného prerozdelenia pre každú zdravotnú poisťovňu. Pohľadávky a záväzky sa riešia podľa určených postupov, a úrad informuje zdravotné poisťovne o poplatku z omeškania. V prípade prevodu poistného kmeňa sa upravuje osobitným predpisom, a pre mesačné prerozdelenie sa berie do úvahy zaradenie poistencov do viacročných nákladových skupín podľa platných predpisov. Mesačný preddavok na nadlimitnú sumu sa vypočítava na základe predchádzajúceho kalendárneho roka.

Tabuľka 2 Mesačné prerozdelenie poistného

| (v tis. eur) | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| VšZP | 212 918 | 272 135 | 255 984 | 326 986 | 379 419 |
| Dôvera ZP | -140 686 | -182 489 | -148 394 | -192 364 | -220 830 |
| Union ZP | -72 231 | -89 646 | -107 590 | -134 622 | -158 588 |

Zdroj: vlastné spracovanie na základe Správy o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia 2018 - 2022

V zmysle ustanovení § 27a zákona o zdravotnom poistení (č. 580/2004 Z.z.) ročné prerozdelenie poistného sa vykonáva v každom kalendárnom roku za predchádzajúci kalendárny rok. Zdravotné poisťovne majú povinnosť do 30. novembra nasledujúceho kalendárneho roka oznámiť úradu celkovú sumu povinného poistného a ďalšie relevantné údaje. Tieto údaje zahŕňajú počet poistencov zaradených do rôznych skupín farmaceuticko-nákladových, diagnosticko-nákladových a nákladových skupín zdravotníckych pomôcok za rozhodujúce obdobie.

Základom ročného prerozdelenia je 96 % povinného poistného, pričom sa odpočíta nadlimitná suma za všetkých poistencov zdravotnej poisťovne. Štandardizovaný príjem na jedného prepočítaného poistenca sa vypočíta ako podiel celkového základu ročného prerozdelenia a celkového počtu prepočítaných poistencov.

Výsledok ročného prerozdelenia predstavuje rozdiel celkovej sumy a základu ročného prerozdelenia pre zdravotnú poisťovňu. Upravený výsledok zohľadňuje aj súčet výsledkov mesačných prerozdelení. Úrad potom každej zdravotnej poisťovni doručí rozhodnutie do 15. decembra, obsahujúce informácie o sume povinného poistného, počte

poistencov podľa pohlavia a veku, štandardizovanom príjme, výsledku a upravenom výsledku ročného prerozdelenia a ďalších relevantných aspektoch.

V prípade kladného upraveného výsledku zdravotná poisťovňa má pohľadávky voči iným poisťovňiam, v prípade záporného má záväzky. Údaje o počte poistencov podľa pohlavia a veku sa získavajú z Centrálného registra poistencov. Príslušnosť zdravotnej poisťovne pri prevode poistného kmeňa je upravená osobitným predpisom.

Tabuľka 3 Ročné prerozdelenie poistného

| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| (v tis. eur) | | | | | |
| VšZP | 118 774 | 135 290 | 255 269 | 272 417 | 337 444 |
| Dôvera ZP | -101 292 | -112 186 | -172 875 | -160 522 | -196 051 |
| Union ZP | -17 481 | -23 104 | -82 394 | -111 895 | -141 393 |

Zdroj: vlastné spracovanie na základe Správy o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia 2018 - 2022

1.6. Náklady na zdravotnú starostlivosť

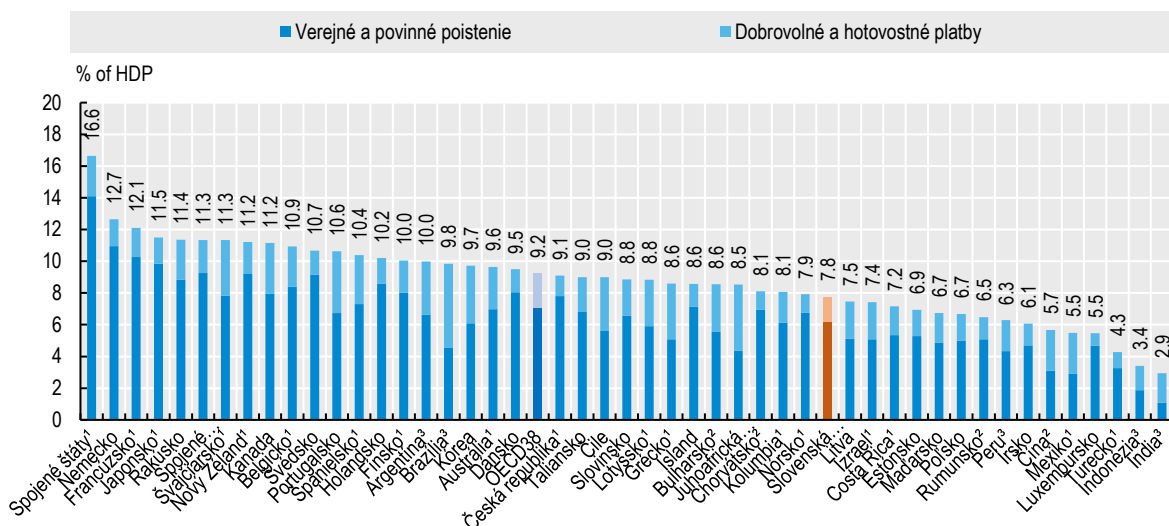
Náklady na zdravotnú starostlivosť možno vnímať ako základný ukazovateľ schopnosti zabezpečiť kvalitnú zdravotnú starostlivosť v rámci zdravotníckeho systému štátu. Tento ukazovateľ však vyžaduje doplnenie aj ďalšími informáciami, ktoré by poskytovali detailnejšie informácie o financovaní zdravotníctva, čo znamená že zahŕňajú spôsob prerozdelenia finančných prostriedkov medzi sektory zdravotnej starostlivosti, pridelovanie prostriedkov na rôzne zdravie prospešné aktivity (napríklad aktivity na zvýšenie prevencie a liečebnú starostlivosť) a prerozdelenie prostriedkov rôznym poskytovateľom zdravotnej starostlivosti (ako sú nemocnice a ambulantné pracoviská).

Medzi európskymi štátmi existujú výrazné rozdiely v úrovni výdavkov na zdravotný systém, ktoré sú ovplyvnené ekonomickými a sociálnymi podmienkami, spôsobom financovania a organizačnými štruktúrami jednotlivých zdravotníckych systémov. Štatistické údaje ukazujú, že existuje silný vzťah medzi príjmami štátu a jeho výdavkami na zdravie alebo zdravotníctvo, pričom rozdiely sú výrazné medzi západnou a východnou Európou. Niekdajšie socialistické štáty zaostávajú za západoeurópskymi krajinami. V tomto kontexte sa Slovenská

republika pohybuje pod priemerom EÚ vzhľadom na výdavky na zdravotnícky systém na osobu.³⁵

Zdroje alokované na zdravotnú starostlivosť v krajine sa menia v priebehu času v dôsledku rozdielov v raste nákladov na zdravotníctvo a celkového hospodárskeho rastu. V období 90. a 20. storočia evidovali krajiny OECD výdavky na zdravotníctvo výraznejšie tempo rastu v porovnaní s celkovým hospodárstvom, čo viedlo k neustálemu zvyšovaniu podielu výdavkov na zdravotnú starostlivosť na HDP. Po výkyvoch v hospodárskej a finančnej kríze v roku 2008 sa tento pomer ustálil, keďže nárast výdavkov na zdravotníctvo v súlade s celkovou hospodárskou výkonnosťou v krajinách OECD zostal relatívne stabilný. Príchod pandémie COVID-19 v roku 2020 však spôsobil výrazné zmeny v tejto dynamike. V dôsledku dramatického spomalenia hospodárskej aktivity a rýchleho nárastu výdavkov na zdravotníctvo došlo k výraznej úprave pomeru výdavkov na zdravotnú starostlivosť k HDP.³⁶

Graf 1 Náklady na zdravotníctvo vo vzťahu k HDP



Zdroj: OECD zdravotnícke štatistiky 2023

Graf 1 ilustruje, že podľa údajov OECD z roku 2022 Slovensko vo financovaní zdravotníctva voči hrubému domácomu produktu zaostáva za mnohými vyspelými krajinami. S podielom 7,8% (z toho 6,2% z povinného zdravotného poistenia) sa nachádza až v poslednej

³⁵ SOPÓCI, Ján a kol. Zdravie a zdravotná starostlivosť – nerovnosti v zdraví. Bratislava: Stimul, 2015, 187 s. ISBN 978-80-8127-148-9.

³⁶ OECD Health Statistics 2023, In www.oecd.org [online] [cit. 2023-10-18] Dostupné na: <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>

tretine skúmanej vzorky. Susedná Česká republika má vyšší podiel v oblasti povinného zdravotného poistenia, ktorý dosahuje až 7,8% a 1,3% z dobrovoľných zdrojov voči HDP. Rakúsko investuje ešte viac, pričom zdroje v verejného a povinného zdravotného poistenia dosahujú až 8,8% voči DHP a dobrovoľné poistenie až 2,5%. Na druhej strane Poľsko aj Maďarsko vynakladajú ešte nižšie náklady ako Slovensko, čo ukazuje na veľké rozdiely v oblasti financovania zdravotníctva v strednej Európe.

2. Cieľ práce

Cieľom diplomovej práce je podrobne posúdiť efektivitu hospodárenia zdravotných poisťovní pôsobiacich na Slovensku v rozsiahlej analýze, ktorá zahŕňa porovnanie veľkosti ich poisťného kmeňa a detailné zhodnotenie príjmov a výdavkov každej zdravotnej poisťovni a následne vzájomnému porovnaniu. Zdravotné poisťovne spravujú významné finančné prostriedky verejného sektora, a preto je dôležité, aby boli tieto zdroje boli účinne využité s dôrazom na ich účel, hospodárnosť a v prospech pacientov.

Na dosiahnutie hlavného cieľa sme sa zamerali na podrobnú analýzu hospodárenia zdravotných poisťovní s finančnými prostriedkami z verejného zdravotného poistenia v časovom rozsahu od roku 2018 do roku 2022. Na dosiahnutie tohto cieľa sme si stanovili aj niekoľko parciálnych cieľov, konkrétne:

- vyhodnotenie vývoja trhového podielu zdravotných poisťovní v čase – podrobne sme analyzovali a sledovali zmeny vo vývoji trhového podielu každej zdravotnej poisťovni v priebehu sledovaného obdobia, aby sme identifikovali zmeny na trhu zdravotného poistenia;
- vyhodnotenie príjmovej a nákladovej analýzy v čase - detailne sme preskúmali príjmy a výdavky jednotlivých zdravotných poisťovní v sledovanom období, aby sme získali komplexný prehľad ich finančnej situácie a efektívnosti hospodárenia;
- porovnanie hospodárenia zdravotných poisťovní v čase – na základe prístupných údajov sme podrobne porovnali hospodárenie jednotlivých zdravotných poisťovní v danom časovom horizonte ,čo nám umožnilo identifikovať rozdiely a potencionálne oblasti zlepšenia

3. Metodika práce a metódy skúmania

Diplomová práca je rozdelená do teoretickej a praktickej časti. V teoretickej časti sme sa venovali definovaniu teoretických základov využili rozsiahlu odbornú domácu a zahraničnú literatúru, relevantné odborné články a informácie z renomovaných webových sídiel skúmaných inštitúcií. Prvá kapitola teoretickej časti je zameraná na prehľad histórie zdravotného poistenia, systémom financovania a právneho vymedzenia príjmovej a nákladovej oblasti. V teoretickej časti sme využili najmä deskriptívnu metódu. Zdroje, ktoré sme pri vypracovaní teoretickej časti použili sú uvedené v zozname použitej literatúry.

V praktickej časti sme sa zamerali na analýzu hospodárenie troch zdravotných poisťovní na Slovensku: Všeobecnej zdravotnej poisťovni a.s., Zdravotnej poisťovni Dôvera a.s. a Union zdravotnej poisťovni a.s. Hlavnou metódou použitou v praktickej časti je analýza a následná komparácia, v práci sme tiež ale použili aj metódu deskripcie, ktorá nám umožnila podrobnejšie popísať a interpretovať získané údaje.

Na základe verejne dostupných výročných správ o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia z ÚDZS za jednotlivé roky v sledovanom období sme vykonali analýzu celkových zdrojov v zdravotníctve a príslušných ekonomických ukazovateľov ako sú pomer DHP na zdravotníctvo, priemerná platba za poistencov štátu a tiež sme analyzovali vývoj počtu poistencov, za ktoré je platiteľ štát. V praktickej časti sme podrobili dôkladnej analýze aj všetky tri zdravotné poisťovne, pričom údaje podrobené analýze sme čerpali z výročných správ jednotlivých zdravotných poisťovní za sledované obdobie v rokoch 2018 a 2022, ktoré majú verejne dostupné na svojich webových sídlach. Samostatne sme analyzovali príjmy zdravotných poisťovní, náklady na zdravotnú starostlivosť, náklady na prevádzkovú činnosť a nakoniec sme sa zamerali aj na samotné hospodárske výsledky zdravotných poisťovní.

Na dosiahnutie cieľa záverečnej práce sme využili metódu syntézy. Prostredníctvom tejto metódy sme z analyzovaných údajov vyvodili závery, ktoré nám umožnili objasniť a posúdiť efektivitu hospodárenia zdravotných poisťovní na Slovensku a identifikovať potenciálne oblasti na ich zlepšenie.

4. Výsledky práce

S cieľom posúdiť efektívnosť hospodárenia s verejnými finančnými prostriedkami zo strany zdravotných poisťovní, je nevyhnutné dôkladne preskúmať ekonomickú situáciu na Slovensku v sledovanom období. Taktiež je kľúčové získať podrobný pohľad na zdravotné poisťovne pôsobiace na Slovensku a ich relevantné finančné ukazovatele, ktoré budú slúžiť ako základ pre hodnotenie ich hospodárskej efektívnosti a transparentnosti. Týmto aspektom sa budeme podrobnejšie zaoberať v rámci tejto kapitoly s cieľom poskytnúť komplexný a objektívny obraz o hospodárení v sektore zdravotného poistenia na Slovensku. Prehľad celkových zdrojov v sektore zdravotníctva ilustruje Tabuľka 4, ktorá obsahuje okrem zaplateného poistného aj súkromné zdroje vynaložené na zdravotnú starostlivosť.

Tabuľka 4 Zdroje v zdravotníctve

| (v tis. eur) | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Zaplatené poistné | 4 818,90 | 5 184,70 | 5 236,20 | 5 626,80 | 5 977,70 |
| v z poistné na poistencov štátu | 1 189,00 | 1 202,80 | 1 167,00 | 1 292,10 | 1 289,00 |
| Súkromné zdroje | 1 029,78 | 1 053,83 | 1 127,60 | 1 508,60 | 1 603,30 |
| SPOLU zdroje v zdravotníctve | 5 926,18 | 6 333,90 | 6 363,80 | 7 135,40 | 7 581,00 |

Zdroj: vlastné spracovanie na základe Správy o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia 2018 - 2022

V roku 2018 ekonomika zaznamenala rast, pričom domáci dopyt a automobilový priemysel boli hlavnými hnacími silami. Náklady na zdravotníctvo zaznamenali nárast disponibilných zdrojov, hoci nastali určité štrukturálne zmeny. Nasledujúci rok naďalej pokračoval v pozitívnom trende, ale už v miernejšom tempe. Domáci dopyt a spotreba domácností boli naďalej silné, avšak zahraničný dopyt začal klesať. Rok 2019 bol už poznačený zvýšenou infláciou. Sektor zdravotníctva zaznamenal opätovné zvýšenie disponibilných zdrojov, nakoľko sa zvýšilo poistné a celkový počet poistencov.

Rok 2020 bol značne poznačený pandémiou COVID-19, čo viedlo k globálnemu ekonomickému prepadu, zaznamenaný bol pokles celkového HDP ale aj zahraničného obchodu. Napriek tomu, zdravotníctvo dosiahlo nárast zdrojov, hoci s menšou intenzitou. V súvislosti s extrémnym nárastom ochorenia COVID-19 však zaznamenalo výrazný nárast

nákladov na zdravotnú starostlivosť. Aj napriek pretrvávajúcej pandémie, v roku 2021 ekonomika pomaly začala ožívať. Domáci dopyt bol hlavným hnacím motorom, ale zahraničný obchod naďalej stagnoval. Zdravotníctvo v roku 2021 znova zaznamenalo významné navýšenie zdrojov, predovšetkým vďaka nárastu poistného v rámci verejného zdravotného poistenia a nárastom platby za poistencov štátu. Rok 2022 priniesol nové výzvy ako pre ekonomiku, tak aj pre zdravotníctvo, na čo mala vplyv nielen ruská invázia na Ukrajinu a s ňou súvisiaca utečenecká kríza, ale aj rast ceny energií, pohonných hmôt a potravín. Zdravotníctvo síce bolo finančne podporené na úroveň pred pandémie, avšak oproti predchádzajúcemu roku menej.

Množstvo dostupných zdravotných prostriedkov je výrazne ovplyvňované nielen výškou poistného od ekonomicky aktívnych poistencov, ale aj priemernou platbou za jedného poistenca zo strany štátu. Celkový vplyv nie je len odvodený od sumy, ktorú štát venuje na jedného poistenca, ale aj od počtu týchto poistencov v zdravotnej poisťovni.

Tabuľka 5 Ekonomické ukazovatele

| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Podiel zdrojov v zdrav na HDP (v %) | 6,6 | 6,7 | 6,9 | 7,3 | 7 |
| Priem. platba za poist. štátu (v eur) | 33,84 | 34,34 | 32,42 | 36,74 | 37 |
| Počet poistencov štátu | 2 900 765 | 2 901 732 | 2 999 785 | 2 930 411 | 2 900 170 |

Zdroj: vlastné spracovanie na základe Správy o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia 2018 - 2022

Dynamiku týchto ukazovateľov názorne ilustruje Tabuľka 5. V sledovanom časovom období sme boli svedkami rastu HDP, ktorý v roku 2021 dosiahol historické maximum na úrovni 7,3 %. Avšak, následné udalosti, ako ruská invázia na Ukrajinu a energetická kríza, opäť zmiernili tento rast na 7 %. Počet poistencov štátu preukazuje relatívnu stabilitu, pričom v roku 2019 a 2020 dochádzalo len k miernemu nárastu, čo bolo ovplyvnené pandemiou COVID-19. Počas tohto obdobia sa veľké množstvo poistencov, ktorí boli zamestnaní, stali dočasne práceneschopnými, alebo nepracovali a starali sa o svojich príbuzných, čím sa stali príjemcami dávky na ošetrovanie člena rodiny. Týmto spôsobom sa ich štatút zmenil a stali sa dočasne poistencami, za ktorých platí poistné štát. Významným aspektom je zistenie, že v kritickom roku 2020 klesla platba za poistenca, za ktorého štát platí poistné, z pôvodných 34,34 eur na 32,42 eur.

4.1. Zdravotné poisťovne na Slovensku

Na Slovensku sú dlhodobo etablované tri zdravotné poisťovne, pričom ide o jednu štátnu a dve súkromné zdravotné poisťovne Najväčšou a najdlhšie pôsobiacou z nich je štátna Všeobecná zdravotná poisťovňa a.s. (ďalej aj „VšZP“). VšZP bola založená ako verejnoprávna inštitúcia na vykonávanie zdravotného poistenia dňa 1. novembra 1994, v súlade so zákonom 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.

V dôsledku zdravotníckej reformy v roku 2004 a prijatia zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov bola VšZP pretransformovaná z verejnoprávnej inštitúcie na akciovú spoločnosť. Do 24. novembra 2009 bola jediným akcionárom Ministerstvo Zdravotníctva SR a od 25. novembra 2009 je jediným akcionárom Slovenská republika, pričom ju zastupuje Ministerstvo Zdravotníctva SR. Za ostatných 7 rokov mala VšZP niekoľkých generálnych riaditeľov, ktorí boli odvolaní z rôznych dôvodov. Prehľad riaditeľov a ich obdobie pôsobenia je zobrazený v Tabuľke 6.

Tabuľka 6 Prehľad riaditeľov Všeobecnej zdravotnej poisťovne

| | Riaditelia VšZP | od | do |
|-------------------------|-----------------------------------|------|-----------|
| Predseda predstavenstva | Mgr. Miroslav Kočan | 2016 | 2018 |
| Predseda predstavenstva | PhDr. Ľubica Hlinková, MPH | 2018 | 2020 |
| Predseda predstavenstva | Ing. Richard Strapko | 2020 | 2023 |
| Poverená vedením | MUDr. Beáta Havelková, MPH, MBA | 2023 | 2023 |
| Poverená vedením | PgDr. Ľubica Hlinková, MPH | 2023 | 2023 |
| Poverený vedením | doc. JUDr. Mgr. Michal Ďuriš, PhD | 2024 | súčasnosť |

Zdroj: vlastné spracovanie na základe Výročných správ VšZP 2018-2022

Najväčšia súkromná zdravotná poisťovňa na Slovensku, DÔVERA zdravotná poisťovňa a.s. (ďalej aj „Dôvera ZP“) vznikla 1. októbra 2005 transformáciou Vzájomnej zdravotnej poisťovne Dôvera. 1. januára 2007 sa zlúčila s SIDERIA zdravotná poisťovňa, a.s. a následne 15.12.2009 sa spojila s APOLLO zdravotnou poisťovňou a výrazne si posilnila trhovú podiel. Dôvera ZP patrí do finančnej skupiny Penta, pričom jej akcionárom je holandská

spoločnosť HICEE B.V. Od roku 2012 je spoločnosť vedená generálnym riaditeľom Ing. Martinom Kultánom.

Najmenším účastníkom na trhu zdravotného poistenia je súkromná spoločnosť Union zdravotná poisťovňa a.s. (ďalej len „Union ZP“), ktorá bola založená 9. marca 2006. Unikátnou charakteristikou je, že ide o jedinú u nás pôsobiacu zdravotnú poisťovňu, ktorá nevznikla z fúzie s inými poisťovňami a v prvom roku svojho pôsobenia získala približne 460 000 poistencov. Jediným akcionárom Union ZP je holandská poisťovacia skupina Achmea B.V., ktorá vlastní aj Union poisťovňu a.s. zameranú na komerčné poistenie. Od roku 2015 zastáva pozíciu generálneho riaditeľa oboch spoločností Mgr. Michal Špaňár, MBA.

4.2. Vývoj a štruktúra poistencov

Zdravotné poisťovne medzi sebou každý rok súperia o čo najväčší prírastok poistencov. Čím väčší počet poistencov daná poisťovňa má, tým má k dispozícii väčšie finančné prostriedky. Aby dosiahli tento cieľ, zdravotné poisťovne sa snažia zaujať potencionálnych poistencov prostredníctvom rôznych výhod a služieb, vrátane nadštandardnej zdravotnej starostlivosti. Kvalitná zdravotná starostlivosť a dostupnosť výhod sa stávajú kľúčovými faktormi, ktoré ovplyvňujú výber zdravotnej poisťovne. V dôsledku tejto súťaže vzniká dynamika v oblasti inovácií, rozšírenia siete poskytovateľov a implementácie rôznych programov zdravia. Cieľom je vytvoriť konkurenčné prostredie, kde zdravotné poisťovne sú aktívne v tom, akú pridanú hodnotu klientom poskytujú. Tento proces podnecuje zdravotné poisťovne k neustálemu zdokonaľovaniu a poskytovaniu inovatívnych riešení, čo v konečnom dôsledku prispieva k zvýšeniu kvality poskytovaných služieb a celkovému zlepšeniu dostupnosti zdravotnej starostlivosti pre poistencov. V rámci analýzy vývoja počtu poistencov zdravotných poisťovní v období rokov 2018 až 2022 zobrazuje Graf 2 dominanciu VŠZP s najvyšším počtom poistencov. Avšak, VŠZP je konfrontovaná postupným poklesom svojho podielu od roku 2018, pričom v priebehu obdobia stratila 300 000 poistencov, čo znamená približne 9,3 % z pôvodného stavu. Výraznejší pokles zaznamenala v roku 2019. Naopak, Dôvera ZP a Union ZP evidujú trvalý nárast počtu poistencov každým rokom. Dôvera ZP zaznamenala nárast približne o 11,7 %, zatiaľ čo Union ZP vykázala rast o približne 31,2 %.

.Dôvera ZP dosiahla najväčší prírastok v roku 2019, kedy si pripísala 44 772 klientov. Union ZP dosiahol svoj vrcholný prírastok v roku 2020, kedy prilákal 84 845 nových klientov.

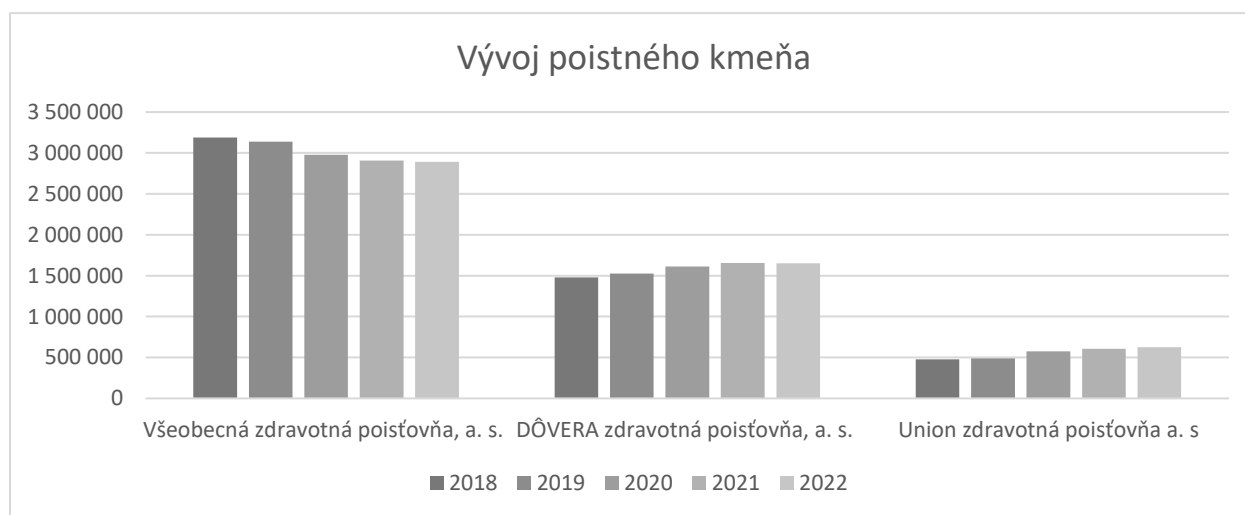
Tabuľka 7 Vývoj trhového podielu

| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|-----------|---------|--------|--------|--------|--------|
| VšZP | 61,96 % | 60,90% | 57,66% | 56,22% | 55,92% |
| Dôvera ZP | 28,76 % | 29,60% | 31,22% | 32,02% | 31,95% |
| Union ZP | 9,28% | 9,50% | 11,12% | 11,76% | 12,13% |

Zdroj: vlastné spracovanie na základe Výročných práv ZP

Tento trend svedčí nielen o stabilite, ale aj o raste popularity týchto zdravotných poisťovní. Vývoj počtu poistencov je kľúčovým indikátorom konkurencieschopnosti a atraktívnosti zdravotných poisťovní na trhu zdravotného poistenia. Zvýšenie počtu poistencov naznačuje dôveru verejnosti v danú poisťovňu a jej schopnosť poskytovať kvalitnú zdravotnú starostlivosť. Analyzovaný Graf 2 ponúka prehľad o dynamike zmien v počte poistencov pre každú zdravotnú poisťovňu samostatne a ich konkurenčnej pozícii na trhu zdravotného poistenia v uvedenom sledovanom období.

Graf 2 Vývoj poistného kmeňa ZP

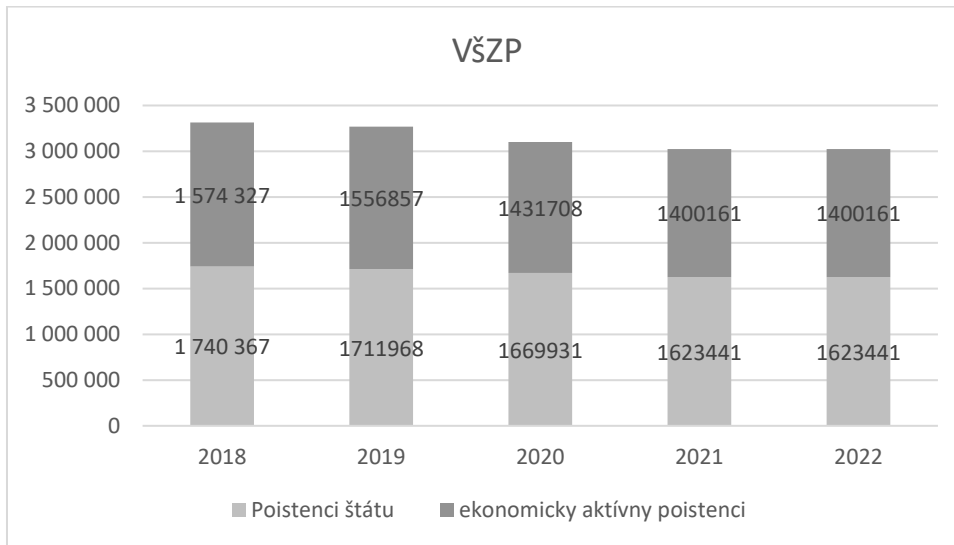


Zdroj: vlastné spracovanie na základe Výročných práv ZP

Analýza štruktúry poistencov zdravotných poisťovní v rokoch 2018 až 2022, ktorú detailne zobrazujú Grafy 3, 4 a 5, sa zameriava na pomer poistencov, ktorí sú ekonomicky

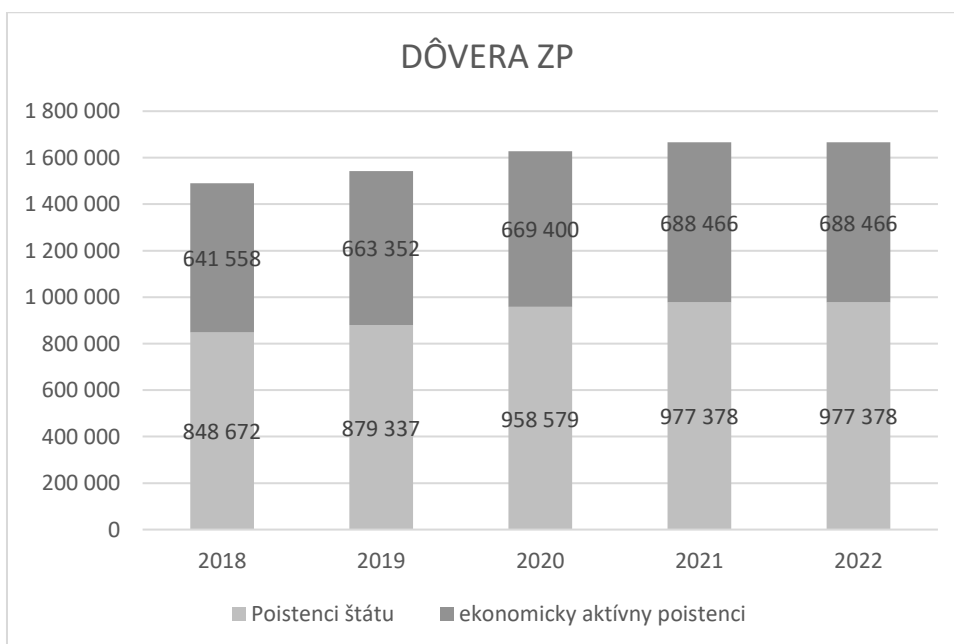
aktívni, teda tí, ktorí platia poisťné, a na neekonomicky aktívnych poisťencov, za ktorých poisťenie platí štát. Tento sledovaný parameter je dôležitým ukazovateľom vo vzťahu k príjmom zdravotných poisťovní. Tento sledovaný parameter je kľúčovým ukazovateľom vo vzťahu k príjmom a výdavkom zdravotných poisťovní, pretože ovplyvňuje celkový objem príjmov z poisťného. Analýza týchto údajov nám poskytuje dôležité informácie o dynamike vývoja poisťeneckej štruktúry v priebehu sledovaného obdobia.

Graf 3 Štruktúra poisťného kmeňa VŠZP



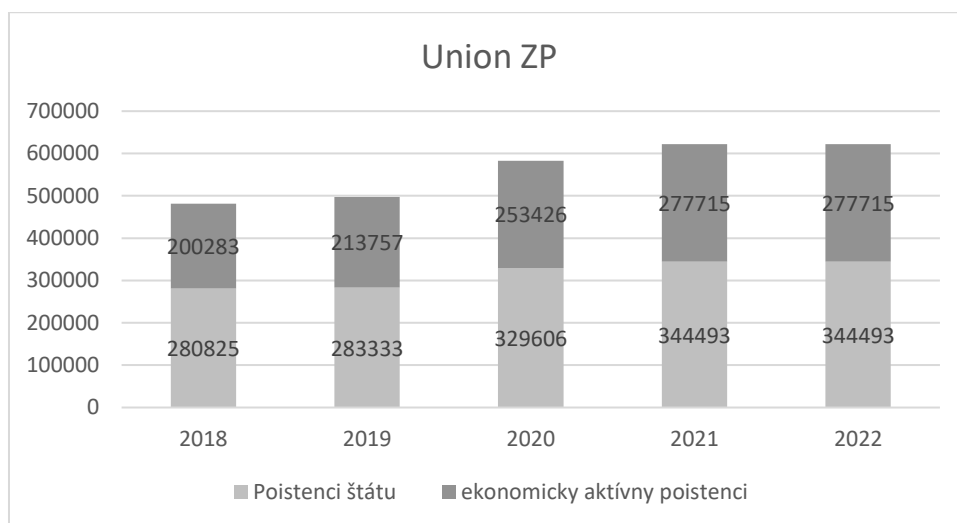
Zdroj: vlastné spracovanie na základe Výročných správ VŠZP 2018 – 2022

Graf 4 Štruktúra poisťného kmeňa Dôvera ZP



Zdroj: vlastné spracovanie na základe Výročných správ Dôvera ZP 2018 – 2022

Graf 5 Štruktúra poistného kmeňa Union ZP



Zdroj: vlastné spracovanie na základe výročných správ Union ZP 2018 – 2022

V prípade VŠZP sa celkový počet poistencov sa celkový počet poistencov v sledovanom období znížil na 2 889 916, pričom podiel poistencov za ktorých hradí poistné štát zostal relatívne stabilný. Konkrétne, VŠZP udržala podiel poistencov hradených štátom na úrovni z 53,18 % v roku 2018 na 53,42 % v roku 2021. Naopak, Dôvera ZP zaznamenala celkový nárast počtu poistencov za sledovaných 5 rokov na 1 651 342, pričom podiel poistencov hradených štátom má stabilnú pozíciu oscilujúcu okolo 57.%. V roku 2022 poisťovala Union ZP celkovo 626 831 poistencov, pričom podiel poistencov štátu klesol z 58,51 % v roku 2018 na 53,57 % v roku 2022.

Z uvedených dát môžeme vidieť, že za viac ako polovicu poistencov hradí poistné štát, pričom platba za neekonomicky aktívneho poistenca je alarmujúco nízka, v roku 2018 bola priemerná platba za poistenca štátu na úrovni 33,84 eur zatiaľ čo do roku 2022 sa priemerná platba zvýšila na 37 eur. Odborníci dlhodobo navrhujú zvýšiť sadzbu, aby do zdravotníctva putovalo viac financií.

4.3. Príjmy zdravotných poisťovní

Financovanie zdravotných poisťovní na Slovensku v období rokov 2018 až 2022 bolo ovplyvnené legislatívnymi zmenami, neustálou neistotou pri zostavovaní rozpočtu, dôsledkami pandémie COVID – 19 a dôsledkami ruskej invázie na Ukrajinu. V Tabuľke 8 môžeme vidieť,

že v rokoch 2018 a 2019 celkové príjmy zaznamenali výrazný nárast. Za rok 2018 dosiahli príjmy zdravotných poisťovní takmer 5 miliárd eur. V roku 2019 pokračoval trend rastu príjmov do zdravotníctva a celkové príjmy dosiahli 5 239 mil. eur, čo predstavovalo medziročný nárast o 4%. Rok 2021 predstavoval výrazné problémy v oblasti financovania sektora zdravotných poisťovní, pričom absencia stabilného financovania spôsobila nejasnosti v rozpočet a koncoročné dofinancovanie sektora cez platbu poistencov štátu. Celkový nárast príjmov v sledovanom období dosiahol nárast o 24,7%, keď celkové príjmy zdravotných poisťovní dosiahli 6,2 miliardy eur.

Tabuľka 8 Celkové príjmy zdravotných poisťovní

| (v tis. eur) | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| VšZP | 3 327 201 | 3 546 842 | 3 630 726 | 3 601 248 | 3 990 750 |
| Dôvera ZP | 1 309 734 | 1 328 661 | 1 426 377 | 1 581 999 | 1 668 400 |
| Union ZP | 333 819 | 364 110 | 431 638 | 512 335 | 546 129 |
| Celkom | 4 970 754 | 5 239 613 | 5 488 741 | 5 695 582 | 6 205 279 |

Zdroj: vlastné spracovanie na základe výročných správ ZP

V roku 2018 VšZP dosiahla celkové príjmy vo výške 3,3 miliárd eur, ktoré v nasledujúcich rokoch postupne stúpili až na 3,9 miliardy eur v roku 2022. Príjmy z poistného za ekonomicky aktívnych poistencov v sledovanom období kolísali, v roku 2018 boli na úrovni 2,3 miliardy eur a v roku 2022 dosiahli 2,6 miliardy eur. Naopak, príjmy za ekonomicky neaktívnych poistencov, za ktorých je platiteľom štát sa vo VšZP znížili o 15,5% z pôvodných 727 miliónov eur v roku 2018 na 709 miliónov v roku 2022. Z pohľadu prerozdelenia poistného mechanizmu sa príjmy postupne zvyšovali od 224 miliónov v roku 2018 až po 380 miliónov v roku 2022. Celkové príjmy VšZP v sledovanom období stúpili o 19,8%.

Tabuľka 9 Štruktúra príjmov z poistného na VZP - VšZP

| (v tis. eur) | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|----------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| ekon. aktív. poist. | 2 330 561 | 2 519 897 | 2 444 670 | 2 536 613 | 2 691 924 |
| neek. aktív. poist. (štát) | 727 629 | 704 216 | 648 281 | 705 520 | 709 998 |
| prerozdelenie poistného | 224 795 | 267 155 | 272 792 | 306 018 | 380 807 |
| Celkové príjmy | 3 327 201 | 3 546 842 | 3 630 726 | 3 601 248 | 3 990 750 |

Zdroj: vlastné spracovanie na základe Výročných správ VšZP

Na nižšie uvedenej Tabuľke 10 môžeme vidieť, že na začiatku sledovaného obdobia Dôvera ZP dosahovala celkové príjmy vo výške 1,3 miliardy eur, ktoré sa v priebehu nasledujúcich rokov postupne zvýšili na 1,66 miliardy eur v roku 2022, čo predstavuje celkový nárast o 27,4%. Príjem z poisteného za ekonomicky aktívnych poistencov postupne stúpol o 40,8%, pričom v roku 2022 dosiahol 1,44 miliardy eur. Nárast tiež zaznamenali príjmy za poistencov štátu, ktoré z pôvodnej hodnoty 348 miliónov eur v roku 2018 na konci roka 2022 stúpili na viac ako 427 miliónov eur (22,5%). Dôvera ZP v rámci prerozdelenia mechanizmu prispela poistencom VŠZP v sledovanom období v celkovej sume 898 miliónov eur.

Tabuľka 10 Štruktúra príjmov z poistného na VZP - Dôvera ZP

| (v tis. eur) | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|----------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| ekon. aktiv. poist. | 1 007 699 | 1 125 980 | 1 195 552 | 1 317 660 | 1 447 076 |
| neek. aktiv. poist. (štát) | 348 577 | 358 323 | 366 146 | 438 518 | 427 551 |
| prerozdelenie poistného | -150 814 | -180 766 | -158 322 | -186 740 | -222 234 |
| Celkové príjmy | 1 309 734 | 1 328 661 | 1 426 377 | 1 581 999 | 1 668 400 |

Zdroj: vlastné spracovanie na základe Výročných správ Dôvera ZP

Ako posledná v poradí je uvedená štruktúra príjmov Union ZP. Jej vývoj štruktúry príjmov je ilustrovaný na Tabuľke 11. V roku 2018 dosiahla celkové príjmy vo výške 333,8 milióna eur. V nasledujúcich rokoch sa jej celkové príjmy zvýšili až na 546 milióna eur, čo predstavovalo nárast o 54%. Poistné za ekonomicky aktívnych poistencov do roku 2022 dosiahlo 549 milióna eur, čo predstavovalo nárast za sledované obdobie 88%. Príjem za ekonomicky neaktívnych poistencov vzrástol z hodnoty 112,8 milióna eur za rok 2018 postupne na hodnotu 151 mil. eur v roku 2022. Čo sa týka prerozdelenia poistného medzi zdravotnými poisťovňami, úhrada Union ZP z pôvodných 73 miliónov za rok 2018 postupne dosiahla až 158 miliónov, čo predstavuje nárast až o 63% v priebehu piatich rokov.

Tabuľka 11 Štruktúra príjmov z poistného na VZP Union ZP

| (v tis. eur) | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|----------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| ekon. aktiv. poist. | 291 656 | 332 754 | 408 922 | 479 663 | 549 063 |
| neek. aktiv. poist. (štát) | 112 769 | 111 665 | 124 600 | 148 086 | 151 420 |
| prerozdelenie poistného | -73 979 | -86 389 | -114 459 | -119 279 | -158 573 |
| Celkové príjmy | 333 819 | 364 110 | 431 638 | 512 335 | 546 129 |

Zdroj: vlastné spracovanie na základe Výročných správ Union ZP

4.4.Náklady zdravotných poisťovní

Náklady zdravotných poisťovní predstavujú kľúčový aspekt ich hospodárenia. Celkové náklady zdravotných poisťovní sú zložené z dvoch hlavných častí: z nákladov na zdravotnú starostlivosť a z prevádzkových nákladov.

Tabuľka 12 Celkové náklady zdravotných poisťovní

| (v tis. Eur) | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| VšzP | 3 301 496 | 3 537 403 | 3 481 289 | 3 706 317 | 3 989 260 |
| Dôvera ZP | 1 351 043 | 1 313 917 | 1 434 722 | 1 645 225 | 1 536 560 |
| Union ZP | 348 906 | 375 957 | 416 577 | 488 005 | 553 498 |
| Celkom | 5 001 445 | 5 227 277 | 5 332 588 | 5 839 547 | 6 079 318 |

Zdroj: vlastné spracovanie na základe Výročných správ ZP

V tabuľke 12 môžeme vidieť vývoj nákladov, ktoré zdravotné poisťovne v priebehu sledovaného obdobia vynaložili. V tabuľke sú uvedené súhrnne náklady za zdravotnú starostlivosť a na prevádzkovú činnosť. V sledovanom období je zaznamenaný významný vývoj kedy celkové náklady zdravotných poisťovní vzrástli o približne 21,5% čo v absolútnych číslach predstavuje nárast o viac ako 1 miliardu eur. VŠZPv priebehu 5 rokov vrástli náklady o 687 miliónov eur. Náklady Dôvera ZP v sledovanom období vzrástli o 13%, čím sa na konci roka 2022 dostala na náklady vo výške jeden a pol miliardy eur. Najväčšie percentuálne navýšenie môžeme vidieť v Union ZP, kde jej celkové náklady v priebehu sledovaného obdobia dosiahli nárast až o 58%, kedy sa v roku 2022 v celkových nákladoch dostala na sumu 553 miliónov.

4.1.1. Náklady na zdravotnú starostlivosť

Náklady na zdravotnú starostlivosť sú zložité a zahrňujú široké spektrum výdavkov. Patrí sem ústavná zdravotná starostlivosť, ktorá pokrýva náklady spojené s nemocnicami, kúpeľmi, liečebňami, hospicmi a podobnými zdravotníckymi inštitúciami. Ďalej tu máme ambulantnú zdravotnú starostlivosť, ktorá zahŕňa výdavky spojené s všeobecnými lekármi, špecialistami, diagnostickými vyšetreniami a ďalšími ambulantnými službami. Lekárska zdravotná starostlivosť zahrňuje výdavky na lieky, zdravotnícke pomôcky a iné farmaceutické

produkty. Okrem toho existujú aj iné formy zdravotnej starostlivosti, ktoré môžu zahrňovať optické služby, dopravu a ďalšie súvisiace služby, ktoré prispievajú k celkovým nákladom na zdravotnú starostlivosť.

V priebehu sledovaného obdobia od roku 2018 do roku 2022 môžeme v Tabuľke 12 vidieť zvýšené čerpanie nákladov na zdravotnú starostlivosť u všetkých troch zdravotných poisťovní. V roku 2018 dosiahli náklady na zdravotnú starostlivosť vo VšZP úroveň 3,2 miliardy eur. V nasledujúcich rokoch pokračoval dynamický vývoj, kedy v roku 2018 vzrástli o 7,2% na 3,4 miliardy eur. V roku 2020 zaznamenala menší pokles (1,4%) v čerpaní zdravotnej starostlivosti a úhrada v tomto roku predstavovala 3,3 miliardy eur. Rok 2021 zaznamenal návrat rastu na 3,6 miliardy eur a v roku 2022 dosiahli výdavky na zdravotnú starostlivosť až 3,8 miliardy eur. Celkové náklady na zdravotnú starostlivosť v sledovanom období vrástli o 35,9%.

V roku 2018 Dôvera ZP vynaložila viac ako 1 miliardu eur na úhradu za zdravotnú starostlivosť. V roku 2019 zaznamenala 14,4% nárast, čím sa suma zvýšila na 1,2 miliardy eur. Náklady zaznamenali stabilný rast v každom roku, s výrazným zvýšením v roku 2021, keď hodnota výdavkov dosiahla úroveň 1,4 miliardy eur, čo predstavovalo 10,4% nárast oproti roku 2020. V roku 2022 pokračoval nárast a náklady na zdravotnú starostlivosť stúpili opäť o približne 8,6% na celkovú úroveň 1,5 miliardy eur.

V roku 2018 vykázala Union ZP platby za zdravotnú starostlivosť vo výške 298 miliónov eur. Následný rok priniesol mierny nárast o 6,2 %, čím sa suma zvýšila na 316 miliónov eur. Rok 2020 pozoruhodne reflektoval nárast počtu poistencov v Union ZP, čo viedlo k významnému nárastu nákladov na zdravotnú starostlivosť. Napriek pôsobeniu pandémie vzrástli náklady o 17 % na 371 miliónov eur a v nasledujúcom roku o ďalších 19,2 % na 442 miliónov eur. V roku 2022 bol zaznamenaný miernejší medziročný nárast na úrovni 12,8 %, pričom celková suma poskytnutá poskytovateľom dosiahla 499 miliónov eur.

Tabuľka 13 Náklady na zdravotnú starostlivosť

| (v tis. eur) | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| VšzP | 3 200 809 | 3 432 131 | 3 384 335 | 3 616 303 | 3 892 201 |
| Dôvera ZP | 1 065 004 | 1 218 880 | 1 296 620 | 1 434 827 | 1 558 108 |
| Union ZP | 298 506 | 316 994 | 371 461 | 442 905 | 499 586 |

Zdroj: vlastné spracovanie na základe Výročných správ ZP

V rámci detailnej analýzy nákladov na zdravotnú starostlivosť sme systematicky monitorovali štruktúru jednotlivých výdavkov, ktoré boli uhradené zdravotnými poisťovňami v sledovanom časovom období. V každom konkrétnom prípade môžeme sledovať výraznú prevahu úhrad za ústavnú zdravotnú starostlivosť, pričom druhá dominujúca zložka úhrad sa v rámci jednotlivých poisťovní prejavuje odlišne. Tento fakt naznačuje rozdiely v čerpaní zdravotnej starostlivosti poistencami zdravotných poisťovní. Vývoj a detail nákladov na zdravotnú starostlivosť je uvedený v Tabuľke 14.

Tabuľka 14 Detail nákladov na zdravotnú starostlivosť

| (v tis. eur) | | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|-----------------|-----------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| VšZP | Lieky, zdrav. pomôcky | 892 258 | 891 047 | 872 079 | 863 184 | 959 262 |
| | Všeob. ambulant.ZS | 256 891 | 278 800 | 287 839 | 338 366 | 350 300 |
| | Špec. ambulant. ZS | 572 594 | 622 990 | 609 829 | 676 209 | 726 876 |
| | Ústavná ZS | 1 257 | 1 491 | 1 589 | 1 644 | 1 737 |
| | Poistenci EÚ | 923 | 713 | 259 | 697 | 302 |
| | Ostatné náklady | 31 333 | 31 665 | 29 007 | 30 948 | 34 139 |
| Dôvera ZP | Lieky, zdrav. pomôcky | 39 539 | 44 037 | 45 622 | 44 867 | 52 172 |
| | Lieky, zdrav. pomôcky | 233 975 | 261 183 | 267 331 | 279 165 | 332 510 |
| | Všeob. ambulant.ZS | 71 443 | 80 331 | 92 995 | 112 109 | 127 596 |
| | Špec. ambulant. ZS | 242 724 | 271 389 | 272 746 | 313 842 | 340 570 |
| | Ústavná ZS | 235 171 | 360 907 | 406 011 | 422 665 | 472 310 |
| | Poistenci EÚ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Union ZP | Ostatné náklady | 196 150 | 219 445 | 233 512 | 281 598 | 313 479 |
| | Lieky, zdrav. pomôcky | 63 612 | 65 948 | 71 618 | 79 500 | 92 114 |
| | Všeob. ambulant.ZS | 35 427 | 44 560 | 44 010 | 49 611 | 56 431 |
| | Špec. ambulant. ZS | 42 523 | 61 144 | 83 243 | 112 964 | 129 132 |
| | Ústavná ZS | 123 265 | 133 793 | 157 727 | 181 969 | 198 944 |
| | Poistenci EÚ | 2 419 | 2 599 | 2 538 | 2 634 | 3 137 |
| Ostatné náklady | 29 165 | 17 268 | 24 141 | 23 771 | 30 082 | |

Zdroj: vlastné spracovanie na základe Výročných správ ZP

V kontexte Všeobecnej zdravotnej poisťovne (VšZP), možno pozorovať výrazný nárast finančných prostriedkov vynaložených na ústavnú zdravotnú starostlivosť. V období od roku 2018 do roku 2022 došlo k významnému zvýšeniu nákladov o 37 %, pričom výdavky narástli z 1,257 miliardy eur na 1,737 miliardy eur. Podobne vysoký trend nárastu môžeme sledovať aj v oblasti ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Výdavky na všeobecnú ambulantnú zdravotnú starostlivosť sa v uvedenom období zvýšili o 36 %, stúpajúc z 256 miliónov eur na 350 miliónov eur a špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť zaznamenala nárast o 26 %, pričom

výdavky vzrástli z 572 miliónov eur v roku 2018 na 726 miliónov eur v roku 2022. Naopak, v oblasti nákladov na poistencov z iných členských štátov EÚ sa prejavil relatívne menší nárast, kde percentuálny prírastok dosiahol 8,9 %. Rovnako aj oblasť liekov a zdravotníckych pomôcok zaznamenala pomalší rast, kde percentuálny nárast bol 7,5 %.

V rámci analýzy Dôvera ZP sme identifikovali zvýšené náklady v oblasti ostatných výdavkov, kde sumárne zaznamenali nárast o 60 %, od 196,150 miliónov eur v roku 2018 na 313,479 miliónov eur v roku 2022. Náklady na lieky a zdravotnícke pomôcky v rámci Dôvery ZP prešli výrazným nárastom. Za sledované obdobie sme zaznamenali postupné zvýšenie výdavkov, kde suma vzrástla z 233,975 miliónov eur v roku 2018 na 332,510 miliónov eur v roku 2022, čo predstavuje nárast o 42 %. V oblasti ambulantnej zdravotnej starostlivosti sme sledovali podobný trend nárastu. Výdavky na všeobecnú ambulantnú zdravotnú starostlivosť za sledované obdobie stúpili o 36 %, z 71,443 miliónov eur v roku 2018 na 127,596 miliónov eur v roku 2022. Zároveň sme zaznamenali nárast výdavkov na špecializovanú ambulantnú zdravotnú starostlivosť až o 40 %, pričom suma vzrástla z 242,724 miliónov eur na 340,570 miliónov eur. Na rozdiel od oblastí ambulantnej starostlivosti nárast nákladov v oblasti ústavnej zdravotnej starostlivosti nie je taký výrazný. Náklady na tento segment vzrástli o 27 %, z 235,171 miliónov eur v roku 2018 na 472,310 miliónov eur v roku 2022. Zaujímavým faktom je absencia nákladov na poistencov z iných členských štátov EÚ v Dôvere ZP, táto poisťovňa v tomto smere nevykazuje žiadne náklady.

Pri analýze štruktúry nákladov na zdravotnú starostlivosť v rámci poisťovne Union ZP sme zaznamenali evidentný nárast v oblasti úhrady za rôzne druhy zdravotnej starostlivosti, pričom výdavky v priebehu sledovaného obdobia dosiahli nárast o viac ako 50 %. Náklady na ústavnú zdravotnú starostlivosť v sledovanom období vzrástli z 123 miliónov eur na 198 miliónov eur, predstavujúc nárast o 61 %. Výdavky na špecializovanú zdravotnú starostlivosť rástli o 64 %, z pôvodných 42 miliónov eur v roku 2018 na 129 miliónov eur v roku 2024. V oblasti všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti sme zaznamenali 59 % nárast, kde celková suma úhrad stúpila z 35 miliónov eur v roku 2018 na 56 miliónov eur. Výdavky na lieky a zdravotnícke pomôcky postupne dosiahli nárast o 44 %, pričom v priebehu sledovaného obdobia sa zvýšili z 63 miliónov eur v roku 2018 na 92 miliónov eur v roku 2022. Náklady na poistencov z iných členských štátov EÚ zostali relatívne stabilné, kde výdavky vzrástli z 2,419 miliónov eur v roku 2018 na 3,137 miliónov eur v roku 2022. V oblasti ostatných nákladov sme zaznamenali nárast o 3 %, pričom výdavky sa pohybovali od 29,165 miliónov eur v roku 2018 na 30,082 miliónov eur v roku 2022.

4.1.2. Prevádzkové výdavky

Prevádzkové náklady zahŕňajú výdavky na zamestnancov, odmeny, marketingové aktivity, správu hmotného majetku, náklady spojené s nájmom a správou budov, informačné technológie a dodávateľské služby a podobne. S cieľom získať detailnejšie informácie o štruktúre prevádzkových nákladov sme v súlade so zákonom č. 211/2000 Z. z. o slobodnom prístupe k informáciám požiadali všetky zdravotné poisťovne o informácie týkajúce sa výdavkov na IT vývoj, marketingové služby a náklady súvisiace s prepoisťovaním poistencov. VšZP čiastočne poskytla uvedené údaje, avšak súkromné zdravotné poisťovne odmietli poskytnúť požadované informácie v plnom rozsahu. Vo svojich vyhláseniach uviedli, že buď tieto údaje nevlastnia, alebo nie sú povinné ich zverejňovať, nakoľko nepatria do kategórie informácií týkajúcich sa verejných finančných prostriedkov. Kvôli nejednotnej štruktúre výročných správ jednotlivých zdravotných poisťovní nebolo možné uskutočniť hlbšiu analýzu tejto časti ich prevádzkových nákladov. V analýze sme objektívne pracovali iba s celkovými prevádzkovými nákladmi. Celkové prevádzkové náklady sú uvedené v Tabuľke 15.

Tabuľka 15 Prevádzkové náklady

| (v tis. eur) | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|--------------|---------|---------|---------|---------|--------|
| VšzP | 100 687 | 105 272 | 96 954 | 88 437 | 97 059 |
| Dôvera ZP | 286 039 | 95 037 | 138 102 | 101 733 | 87 117 |
| Union ZP | 50 400 | 58 963 | 45 096 | 45 100 | 53 912 |

Zdroj: vlastné spracovanie na základe Výročných správ ZP

V prípade VšZP je zaznamenaný pokles prevádzkových nákladov z 100 miliónov eur v roku 2018 na 88,4 miliónov eur v roku 2021, čo reprezentuje úsporu vo výške 12,3%. Následne v roku 2022 dochádza k miernemu nárastu na 97 miliónov eur, predstavujúc nárast o 9,8% oproti roku 2021. Celkové prevádzkové náklady však v sledovanom období poklesli o približne 4 %.

Dôvera ZP vykázala v roku 2018 výrazné prevádzkové náklady na úrovni až 286 miliónov eur, čo je o 186 miliónov viac ako najväčšia zdravotná poisťovňa. V roku 2019 tieto náklady klesli na 95 miliónov eur, čo predstavuje výraznú úsporu vo výške 66%. Postupný rast v nasledujúcom roku 2021 na 138 miliónov eur, znamená 45% nárast oproti roku 2019. V roku

2022 nastal pokles na 87,1 milióna eur, čím sa dosiahla úspora vo výške 36%. Celkové prevádzkové náklady v sledovanom období klesli o skoro 30 %

Union ZP si udržiava približne mierne rastúce investície do prevádzkových nákladov každý rok. V roku 2018 dosiahli tieto náklady 50,4 milióna eur, do roku 2022 postupne narastali na 53,9 milióna eur, predstavujúc nárast na úrovni 7 % oproti roku 2018.

Rozdiely v nákladoch na zdravotnú starostlivosť sú oprávnené v závislosti od veľkosti poistného kmeňa. Vyšší počet poistencov znamená väčšie čerpanie zdravotnej starostlivosti, čo sa odzrkadľuje vo vyšších nákladoch. Avšak veľkosť poistného kmeňa by nemala výrazne ovplyvňovať prevádzkové náklady. Práve preto sme požiadali o podrobnejšie informácie o štruktúre nákladov na položky, ktoré by mali mať približne rovnaké náklady v rôznych zdravotných poisťovniach. Vzhľadom na odmietnutie poskytnutia dát a variabilitu výročných správ jednotlivých zdravotných poisťovní sme neboli schopní uskutočniť hlbšiu analýzu tejto oblasti ich prevádzkových nákladov. Avšak z tabuľky 15 je zjavné, že náklady na prevádzkovú činnosť Union ZP mierne prekračujú polovicu nákladov na prevádzkovú činnosť ostatných dvoch poisťovní.

4.5. Výsledok hospodárenia

Pre ucelený pohľad na efektívne vynakladanie verejných zdrojov je nie menej dôležité sledovať aj výsledok hospodárenia jednotlivých zdravotných poisťovní. Výsledok hospodárenia ilustruje v akej finančnej kondícii sa zdravotná poisťovňa nachádza. V Tabuľke 16 je zhrnuté hospodárenie zdravotných poisťovní za sledované obdobie. Za celý trh zdravotného poistenia môžeme uviesť, že za 5 rokov, ktoré v analýze skúmame, celková stratovosť dosiahla 185 miliónov eur.

Tabuľka 16 Výsledok hospodárenia ZP

| (v tis. eur) | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|--------------|--------|--------|----------|---------|----------|
| VšZP | 89 975 | 7 293 | -114 180 | -86 749 | -153 768 |
| Dôvera ZP | 35 535 | 14 464 | -26 855 | 17 323 | -14 005 |
| Union ZP | 9 914 | 9 769 | -4 096 | 3 534 | 1 106 |

Zdroj: vlastné spracovanie na základe Výročných správ ZP

Najväčšiu časť straty vykazuje štátna VŠZP Na začiatku sledovaného obdobia v roku 2018 bola jej hospodárska situácia pozitívna, kedy skončila so ziskom vo výške 89 miliónov. Následne v roku 2019 sa jej výsledok hospodárenia značne zmenil, ale tento rok ešte vykázala zisk v hodnote 7 miliónov. Avšak, v nasledujúcich rokoch sa situácia zhoršovala, pričom v roku 2022 skončila s rekordnou stratou vo výške 153 miliónov eur.

Súkromná poisťovňa Dôvera ZP v roku 2018 tiež vykázala zisk na úrovni 35 miliónov eur. Rok 2019 sa jej hospodárska situácia síce zhoršila o približne 26 miliónov, ale účtovný rok uzavrela so ziskom na úrovni 14 miliónov. Rok 2020 bol pre zdravotné poisťovne náročný a Dôvera ZP tiež ukončila rok so stratou viac ako 26 miliónov eur. V roku 2021 sa jej síce podarilo dosiahnuť zisk avšak v roku 2022 znova zaznamenala stratu vo výške 14 miliónov eur.

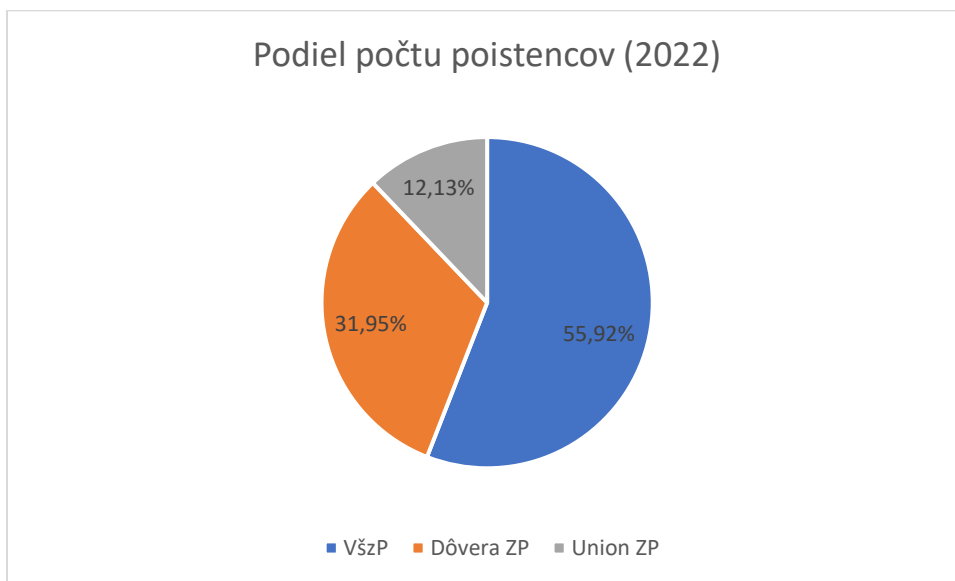
Najmenšia zdravotná poisťovňa Union ZP si z pomedzi ostatných poisťovní viedla relatívne najlepšie. V roku 2018 vykázala zisk na úrovni 9,9 miliónov, v roku 2019 zaznamenala pokles ale iba o 1,5% a skončila so ziskom na úrovni 9,7 miliónov eur. Rok 2020 ako ostatné zdravotné poisťovne aj Union ZP vykázala stratu na úrovni 4 miliónov eur. V nasledujúcich dvoch rokoch sa jej finančná situácia mierne zlepšila, v roku 2022 skončila so ziskom na úrovni jedného milióna eur.

4.6. Efektívnosť zdravotných poisťovní

Na posúdenie efektívnosti hospodárenia zdravotných poisťovní s verejnými zdrojmi je nevyhnutné analyzovať ich príjmy a náklady v kontexte percentuálneho podielu ich poistencov na trhu. Každá zdravotná poisťovňa by mala zabezpečiť príjmy, ktoré korešpondujú s jej trhovým podielom a štruktúrou poistencov. Zároveň by jej náklady mali byť v súlade s týmto trhovým podielom.

V závere tejto kapitoly sme sa zamerali na porovnanie trhového podielu zdravotných poisťovní s ich ekonomickými ukazovateľmi. Pre našu analýzu sme vychádzali z údajov za rok 2022, ktoré sú ilustrované na Grafe 6, nakoľko trendy z predchádzajúcich rokov boli pomerne stabilné. V tomto období sme pozorovali pokles podielu poistencov štátnej zdravotnej poisťovne, zatiaľ čo podiel poistencov súkromných zdravotných poisťovní sa postupne zvyšoval.

Graf 6 Podiel počtu poistencov v roku 2022



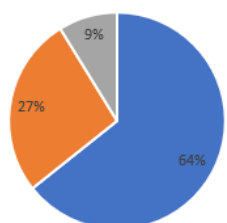
Zdroj: vlastné spracovanie na základe Výročných práv ZP za rok 2022

V Grafe 7 môžeme sledovať percentuálne podiely zdravotných poisťovní v kontexte sledovaných ekonomických ukazovateľov. V roku 2022 VšZP zastupovala trhovú podiel poistencov približne na úrovni 56%. Jej podiel na celkových príjmoch však dosahoval až 64%. Podiel na celkových nákladoch bol však vyšší ešte o jeden percentuálny bod, konkrétne 66% a podiel na nákladoch na zdravotnú starostlivosť dosiahol úroveň 65%. Dôvera ZP v roku 2022

dosiahla trhový podiel poistencov takmer 32%, ale jej celkové príjmy tvorili iba 27% z celkových príjmov zdravotných poisťovní. Dôvera ZP napriek nižším príjmom, dokázala efektívne vynaložiť náklady na zdravotnú starostlivosť na úroveň 26% podielu z celkových nákladov a ak zohľadníme podiel celkových nákladov, dosiahla ešte o jedno percento nižšie hodnoty, konkrétne podiel vo výške 25%. Najmenšia zdravotná poisťovňa v roku 2022 dosahovala 12% podiel na trhu zdravotného poistenia. Jej podiel na celkových príjmoch bol výrazne nižší, iba 9%, pričom tiež efektívne riadila svoje náklady, nakoľko sa jej podarilo podiel na nákladoch na zdravotnú starostlivosť znížiť o percento na 8% podiel nákladov na zdravotnú starostlivosť v porovnaní s ostatnými dvoma zdravotnými poisťovňami.

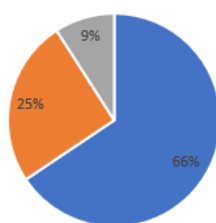
Graf 7 Podiel príjmov, celkových nákladov a nákladov na zdravotnú starostlivosť za rok 2022

Podiel príjmov ZP (2022)



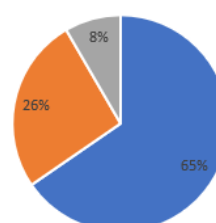
■ VŠZP ■ Dôvera ZP ■ Union ZP

Podiel celkových nákladov ZP (2022)



■ VŠZP ■ Dôvera ZP ■ Union ZP

Podiel nákladov na ZS (2022)



■ VŠZP ■ Dôvera ZP ■ Union ZP

Zdroj: vlastné spracovanie na základe Výročných práv ZP za rok 2022

V závere tejto kapitoly považujeme za dôležité konštatovať, že napriek vyšším príjmom v porovnaní s trhovým podielom poistencov, nepovažujeme hospodárenie najväčšej zdravotnej poisťovne za efektívne. Zatiaľ čo súkromné zdravotné poisťovne dokážu optimalizovať náklady v súlade s ich podielom na strane príjmov, štátna zdravotná poisťovňa dlhodobo vykazuje negatívny hospodársky výsledok v podobe deficitu vo výške 153 miliónov.

5. Diskusia

V poslednej kapitole sa zameriame na zhrnutie relevantných údajov z predošlých výsledkov nášho výskumu. Tento súhrn nám poskytne ucelený pohľad na dosiahnuté výsledky v kontexte stanovených cieľov, na základe ktorých budeme schopní vyvodit' závery a relevantné odporúčania.

Všobecná zdravotná poisťovňa je historicky najdlhšie pôsobiaca zdravotná poisťovňa na Slovensku. Tento fakt z časti vysvetľuje, prečo je štátna zdravotná poisťovňa dlhodobo lídrom v počte poistencov. Napriek tomu, v posledných rokoch čelí odchodu svojich poistencov (s výnimkou roku 2022), ktorí odchádzajú do súkromných zdravotných poisťovní. Za sledované obdobie tento úbytok predstavuje 9%, čo sa z celkového hľadiska môže zdať bezvýznamné, avšak pokračovanie tohto trendu by mohlo ohroziť jej dominantnú pozíciu na trhu zdravotného poistenia.³⁷ Okrem toho, pretože ide o štátnu inštitúciu, je vystavená neustálemu politickému tlaku. Vypracovať strategické plány pre udržanie si existujúcich poistencov, vytvorenie konceptov na akvizíciu nových si vyžaduje značný čas, čo v prípade nestabilného vedenia je značne komplikované. Za sledované obdobie mala poisťovňa 5 riaditeľov. V roku 2021 zaviedla poisťovňa nový benefičný program Peňaženka zdravia. Prostredníctvom silnej marketingom podporenej kampane sa jej podarilo úspešne transformovať na modernú zdravotnú poisťovňu.

Ak sa pozrieme na náklady VŠZP, napriek tomu, že jej trhovú podiel od roku 2018 klesol, jej podiel na nákladoch na zdravotnú starostlivosť naďalej presahuje jej percentuálny podiel poistencov. V roku 2022 mala VŠZP 55% trhovú podiel, napriek tomu, úhrady nemocniciam atakovali 72% z celkových úhrad od všetkých zdravotných poisťovní. Za lieky a zdravotnícke pomôcky platila 69% a lekárom v ambulatnej sfére vyplatila približne 65% z celkového objemu finančných prostriedkov, ktoré získali od poisťovní.

Zaujímavá je aj štúdia Ministerstva financií SR, konkrétne jej sekcie Hodnoty za peniaze, ktorá pravidelne publikuje analýzy zamerané na efektívnosť hospodárenia s verejnými finančnými prostriedkami. V auguste 2023 upozornila na nadmerné náklady spojené s laboratóriami v štúdiu s názvom: „Nebezpečné rastúce výdavky na laboratória“.³⁸ V uvedenej štúdiu sa zdôrazňuje, že v roku 2022 dosiahli laboratória mimoriadne vysoké zisky,

³⁷ pozn. autora: v roku 2023 zaznamenala rekordný úbytok poistenov, viac ako 50 tisíc

³⁸ <https://www.mfsr.sk/sk/financie/hodnota-za-peniaze/blogy-uhp/2023/nebezpecne-rastuce-vydavky-laboratoria/>

predovšetkým vďaka zvýšeniu cien PCR testov. Domácim laboratóriám sa podarilo transformovať klesajúci trend PCR testov na dlhodobý obchodný model, čím dosiahli zvýšenie limitov úhrady testov. Analýza Ministerstva financií ukazuje, že ak by VŠZP (VšZP) upravila jednotkovú cenu úhrady laboratórií na úroveň, ktorú uplatňujú súkromné zdravotné poisťovne, mohla by dosiahnuť úsporu vo výške približne 20 miliónov eur.

Dalšia analýza úseku Hodnoty za peniaze poukazuje na problém vysokých nákladov, ktoré štátna zdravotná poisťovňa účtuje za hospitalizáciu. V analýze s názvom "Nerovné financovanie nemocníc"³⁹ je zdôraznené, že VšZP platí za rovnaký zdravotný výkon výrazne vyššie sumy ako súkromné zdravotné poisťovne. Univerzitná nemocnica v Bratislave si za priemernú hospitalizáciu v roku 2021 účtovala 3 066 eur. Avšak suma, ktorú dostávala za hospitalizáciu od rôznych poisťovní, sa líšila. Za hospitalizáciu pacienta od VšZP bola suma 3 297 eur, od Dôvery 2 653 eur a od Unionu iba 2 233 eur, pričom šlo o rovnako náročnú hospitalizáciu. Autor štúdie sa domnieva, že snaha zdravotných poisťovní minimalizovať platby poskytovateľom zdravotnej starostlivosti je prirodzená a legitímna. Efektívne využívanie prostriedkov verejného zdravotného poistenia je ich primárnou zodpovednosťou. Ak poisťovne šetria napríklad na CT a MR vyšetreniach alebo dosahujú nižšie ceny za testovanie na COVID-19, je to prospešné. Avšak podľa autora nie je situácia taká jednoznačná v prípade štátnych nemocníc. V nich je nedostatok financií, a preto nie je možné tvrdiť, že VšZP platí nadmerné sumy. Naopak, podľa autora súkromné zdravotné poisťovne platia príliš málo, čo je dôsledkom zlyhania v procese vyjednávania a nie nedostatku efektivity.

Ďalším negatívnym vplyvom je každoročná otázka týkajúca sa zazmluvnenosti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Táto problematika sa naposledy výrazne prejavila v roku 2023, keď došlo k omeškaniu zazmluvnenia novej nemocnice Bory. Aj to je jeden z dôvodov, prečo poistenci odchádzajú zo štátnej zdravotnej poisťovne. V roku 2020 bola VšZP posilnená a jej jediný akcionár Ministerstvo zdravotníctva SR jej dva krát dofinancovalo základné imanie, v októbri 2020 o 100 miliónov a v decembri o ďalších 98 miliónov eur. V roku 2022 mala VšZP problém a tak bola znova dofinancovaná cez vklad do základného imania vo výške tento krát 160 miliónov eur. Keďže sa táto forma financovania nezapočítava do výnosov, nemá vplyv na výsledok hospodárenia spoločnosti. Zabezpečí potrebné finančné prostriedky, avšak neovplyvní vykázanú stratu.

³⁹ <https://www.mfsr.sk/sk/financie/hodnota-za-peniaze/blogy-uhp/2022/nerovne-financovanie-nemocnic/>

Vzhľadom na nejasnú štruktúru výdavkov na prevádzkovú činnosť v získaných výročných správach od jednotlivých zdravotných poisťovní, nie je možné vykonať detailnú analýzu tejto časti nákladov zdravotných poisťovní. Je však zaujímavé poznamenať, že dve zdravotné poisťovne s rozdielom v poistencoch presahujúcim jeden milión majú podobné náklady, zatiaľ čo tretia poisťovňa v tejto kategórii vykazuje polovičné náklady. Z predchádzajúcich analýz nám vyplýva, že napriek tomu, že súkromné zdravotné poisťovne hospodária s menším objemom finančných prostriedkov a zdravotnú starostlivosť poskytujú menšiemu množstvu poistencov, efektívnejšie hospodária s verejnými zdrojmi. Ich hospodárska situácia je v oveľa lepšej kondícii ako situácia v štátnej zdravotnej poisťovni, pričom účtovné roky končia so ziskom alebo podstatne menšou stratou v porovnaní so VŠZP.

Na základe dôkladnej analýzy je naliehavo potrebné zrevidovať a transformovať riadenie a správu štátnej zdravotnej poisťovne. Je nevyhnutné prehodnotiť úhrady za poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť, pričom by VŠZP mala aktívne vyjednávať o znížení finančných úhrad a limitov za svojich poistencov. Tento krok je nevyhnutný, keďže konkurenčné zdravotné poisťovne platia za podobné zdravotné výkony podstatne nižšie. Tento fakt potvrdila aj štúdia Ministerstva financií SR.

Za zmienku stojí, že Dôvera ZP úspešne optimalizovala svoje náklady na prevádzkovú činnosť. Avšak, existuje priestor na ďalšie zníženie týchto nákladov, nakoľko jej náklady na prevádzku sú porovnateľné s poisťovnou, ktorá má o milión poistencov viac. Okrem toho, má Dôvera ZP dvojnásobné náklady na prevádzku v porovnaní s najmenšou poisťovnou, ktorá má o milión poistencov menej.

Záver

Cieľom tejto diplomovej práce bolo dôkladne preskúmať a analyzovať efektívnosť hospodárenia zdravotných poisťovní s verejnými finančnými prostriedkami v kontexte slovenského zdravotného systému. Zdravie je jednou z najdôležitejších hodnôt v živote človeka, a preto je nevyhnutné, aby zdravotné poisťovne využívali tieto prostriedky s najvyššou mierou zodpovednosti, efektívnosti a transparentnosti.

Analýza hospodárenia zdravotných poisťovní ukázala značné rozdiely v ich výkonnosti a efektívnosti. Štátna zdravotná poisťovňa čelí viacerým výzvam, vrátane klesajúceho počtu poistencov a negatívnych účtovných výsledkov. Tieto problémy sú často spojené s politickým tlakom, nestabilným vedením a zastaranými riadiacimi štruktúrami. Na druhej strane, súkromné zdravotné poisťovne často preukazujú lepšiu finančnú výkonnosť a efektívnosť v hospodárení. To môže byť spôsobené väčšou flexibilitou, inovačnými riadiacimi postupmi a menšími byrokratickými prekážkami, ktoré umožňujú rýchlejšie a efektívnejšie rozhodovanie.

Pri hodnotení efektívnosti využívania verejných finančných prostriedkov VŠZP je potrebné zohľadniť rôzne faktory a okolnosti. VŠZP je ochotná investovať viac do zdravotnej starostlivosti, čo môže byť interpretované ako prioritizácia zdravia ako neoceniteľného aktíva. Súkromné zdravotné poisťovne však ukazujú, že je možné dosiahnuť rovnakú alebo lepšiu úroveň zdravotnej starostlivosti za nižšie náklady, čo naznačuje potenciál pre zlepšenie efektívnosti využitia verejných prostriedkov. Mladší a zdravší poistníci v súkromných poisťovniach môžu byť jedným z dôvodov nižších nákladov. Avšak, prerozdelenie poistného v prospech VŠZP môže vyvážiť tieto rozdiely a pomôcť zachovať vysokú úroveň zdravotnej starostlivosti pre všetkých poistencov.

Záverečná analýza tejto práce jednoznačne poukazuje na potrebu systematických zmien v riadení a správe štátnej zdravotnej poisťovne. Tieto zmeny by mali zahŕňať modernizáciu riadiacich štruktúr, zefektívnenie procesov, zvýšenie transparentnosti a zavedenie inovačných riešení v oblasti financovania zdravotnej starostlivosti. Vytvorenie udržateľných finančných modelov je kľúčové pre zabezpečenie dlhodobej finančnej stability a trvalo udržateľného rozvoja štátnej zdravotnej poisťovne. Optimalizácia nákupu zdravotnej starostlivosti a prispôbenie sa dynamickým zmenám na trhu poistenia sú ďalšie kroky smerujúce k zabezpečeniu efektívneho a zodpovedného vynakladania verejných finančných prostriedkov.

V závere môžeme skonštatovať, že výsledky práce poukazujú na nutnosť systematických zmien v štátnej zdravotnej poisťovni. Prispôsobenie na meniaci sa trh poistenia, udržateľné financovanie, optimalizácia nákupu zdravotnej starostlivosti sú kľúčovými krokmi smerom k zabezpečeniu efektívnemu vynakladaniu verejných finančných prostriedkov a zároveň ku kvalitnej a dostupnej zdravotnej starostlivosti pre obyvateľov.

Zoznam použitej literatúry

1. NEMEC, Jirí. Principy zdravotního pojištění. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.
2. PAŽITNÝ, Peter. Zdravotný systém Slovenskej republiky. Bratislava: Wolters Kluwer, 2021, 176 s. ISBN 978-80-571-0281-6.
3. MIHÁL, Jozef. Nové zdravotné poistenie v praxi. Bratislava: EPOS, 2005, 478 s. ISBN. 80-8057-634-3.
4. KOVÁČ, Eduard. Zdravotné poistenie. Bratislava: EKONÓM. 2006. 63s., ISBN 80-225-2248-1.
5. TIRPÁKOVÁ, Libuša a kol. Ošetrovateľstvo v ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Košice: Vydavateľstvo Šafárik/Press, 2022, 289 s., ISBN 978-80-574-0114-8.
6. SUCHÁNKOVÁ, Milica a kol. Posudkové lekárstvo: zásady posudzovania zdravotného stavu. Bratislava: SZU, 2011, 165 s. ISBN 978-80-89352-51-7.
7. DURDISOVÁ, Jaroslava. – LANGHAMEROVÁ, Jitka. Úvod do teórie zdravotní politiky. Praha: Vysoká škola ekonomická v Prahe, Fakulta národohospodárska. 2001, 126 s. ISBN 80-245-0217-8.
8. HNILICOVÁ, Helena. - JANEČKOVÁ, Hana. Úvod do verejného zdravotníctví. Praha: Portál, 2009, 294 s. ISBN 978-80-7367-592-9.
9. CLEVERLEY, W. O. – CLEVERLEY, J. O. Essentials of Health Care Finance. USA: Jones & Bartlett Learning, 2017, 557 s. ISBN:9781284094633.
10. ONDRUŠ, Peter. Svetové zdravotnícke systémy v čase globalizácie. Banská Bystrica: PRO Banská Bystrica, 2014. 320 s. ISBN 978-80-89057-47-4.
11. GAVUROVA, Beáta a kol. Vybrané aspekty efektívnosti slovenského zdravotníctva. Košice: Technická univerzita v Košiciach, 2013, 276 s. ISBN978-80-553-1439-6.
12. POBUDOVÁ, Daniela. Cross-national comparisons of health systém. [online]. 2019. [cit. 2023-10-10]. Dostupné na: <https://doi.org/10.31577/PPFAR.2019.11.001>
13. SZALAY, Tomáš a kol. Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition. [online]. 2011, 174 s. [cit. 2023-10-10]. ISSN 1817–6127. Dostupné na: http://www.euro.who.int_data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf?ua=1
14. SCHIEBER, G. et al. Financing Health Systems in the 21st Century. In Disease Control Priorities in Developing Countries [online]. New York: Oxford University Press, 2006, 1394 s. [cit. 2023-10-10] ISBN-13: 978-0-821-36179-5. Dostupné na: <https://www.dcp-3.org/sites/default/files/dcp2/DCP12.pdf>
15. GLOVA, Jozef., GAVUROVÁ, Beáta. Vybrané aspekty systémov zdravotnej starostlivosti. ISBN 1805-062X. [online] [cit. 2023-10-10] Dostupné na internete: <http://www.grantjournal.com/issue/0202/PDF/0202glova.pdf>
16. KULESHER, Robert – FORRESTAL Elizabeth. International models of health systems financing. In Journal of Hospital Administration, [online]. Israel : Hebrew

- University Hadassah Kaplan Medical Center, 2014, 220 s. [cit. 2023-10-10] ISSN 1927-7008 Dostupné na: <https://www.sciedu.ca/journal/index.php/jha/issue/view/268>
17. BARANČOK, Peter – ČERVENÝ, Jakub – Prerozdělovací mechanismus zdravotného poistenia na Slovensku [online]. Ministerstvo zdravotníctva, 2023, 22 s. [cit. 2023-12-10]. Dostupné na: <https://www.health.gov.sk/Zdroje?/Sources/dokumenty/IZA/Prerozdelovaci-mechanismus-ZP-v-SR.pdf>
 18. OECD Health Statistics 2023, In www.oecd.org [online] [cit. 2023-10-18] Dostupné na: <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>
 19. MF SR, Nebezpečne rastúce výdavky na laboratória UHP 2023, In www.mfsr.sk [online] [cit. 2024-10-04] Dostupné na: <https://www.mfsr.sk/sk/financie/hodnota-za-peniaze/blogy-uhp/2023/nebezpecne-rastuce-vydavky-laboratoria/>
 20. MF SR, Nerovné financovanie nemocníc UHP 2023, In www.mfsr.sk [online] [cit. 2024-10-04] Dostupné na: <https://www.mfsr.sk/sk/financie/hodnota-za-peniaze/blogy-uhp/2022/nerovne-financovanie-nemocnic/>

Správy o stave vykonávania VZP (zdroj: UDZS)

21. Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2018
https://www.udzs-sk.sk/documents/14214/21128/Spr%C3%A1va+o+stave+VZP+za+rok+2018_web.pdf
22. Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2019
https://www.udzs-sk.sk/wp-content/uploads/2021/04/Sprava-o-stave-vykonavania-VZP-za-rok-2019_web-1.pdf
23. Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2020
https://www.udzs-sk.sk/wp-content/uploads/2021/08/SSVVZP_2020_final.pdf
24. Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2021
<https://www.udzs-sk.sk/wp-content/uploads/2022/06/Sprava-o-stave-vykonavania-VZP-za-2021.pdf>
25. Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2022
<https://www.udzs-sk.sk/wp-content/uploads/2023/04/Sprava-o-cinnosti-uradu-za-rok-2022.pdf>

Výročné správy Všeobecnej zdravotnej poisťovne

26. Výročná správa Všeobecnej zdravotnej poisťovne za rok 2018
https://www.vszp.sk/files/Vyr_spr/vseobecna_zdravotna_poistovna_vs_31_12_2018.pdf
27. Výročná správa Všeobecnej zdravotnej poisťovne za rok 2019
https://www.vszp.sk/files/Vyr_spr/vyrocnasprava-za-rok-2019.pdf
28. Výročná správa Všeobecnej zdravotnej poisťovne za rok 2020
https://www.vszp.sk/files/Vyr_spr/vyrocnasprava-vs-zp-2020_finalna_verzia_elektronicka.pdf
29. Výročná správa Všeobecnej zdravotnej poisťovne za rok 2021
https://www.vszp.sk/files/Vyr_spr/vszp-vyrocnasprava-2021_final_online.pdf
30. Výročná správa Všeobecnej zdravotnej poisťovne za rok 2022
https://www.vszp.sk/files/Vyr_spr/vszp-vyrocnasprava_2022_web.pdf

Výročné správy Dôvera zdravotná poisťovňa

31. Výročná správa Dôvera zdravotná poisťovňa za rok 2018
<https://www.dovera.sk/download.pl?hash=fIuGW6KQ8ZL57Q8LirlfZY9MwUqDdDbF&ID=1136>
32. Výročná správa Dôvera zdravotná poisťovňa za rok 2019
<https://www.dovera.sk/download.pl?hash=vPbnhFS2ee9569TePIhgrfuySR57T48s&ID=1246>
33. Výročná správa Dôvera zdravotná poisťovňa za rok 2020
<https://www.dovera.sk/rpc/download.tom?ID=1298&hash=ZtfcHHdtH3j5p8gG359DRcnmsJDZjlje>
34. Výročná správa Dôvera zdravotná poisťovňa za rok 2021
<https://www.dovera.sk/rpc/download.tom?ID=1345&hash=pJNAIs7FqWB4CP1AfW3LJG9MqkPknxIB>
35. Výročná správa Dôvera zdravotná poisťovňa za rok 2022
<https://www.dovera.sk/rpc/download.tom?ID=1442&hash=bjx0wFWaURqqcHM8sbd2wvKpbIU0Z1tR>

Výročné správy Union zdravotná poisťovňa

36. Výročná správa Union zdravotná poisťovňa za rok 2018
<https://www.union.sk/wp-content/uploads/2020/11/Vyrocna-sprava-UZP-2018.pdf>
37. Výročná správa Union zdravotná poisťovňa za rok 2019
<https://www.union.sk/wp-content/uploads/2020/11/Vyrocna-sprava-UZP-2019.pdf>
38. Výročná správa Union zdravotná poisťovňa za rok 2020
<https://www.union.sk/wp-content/uploads/2021/07/Vyrocna-sprava-a-uctovna-zavierka-Union-zdravotna-poistovna-2020.pdf>
39. Výročná správa Union zdravotná poisťovňa za rok 2021
https://www.union.sk/wp-content/uploads/2022/10/Vyrocna_sprava_Union_zdravotna_poistovna_2021.pdf
40. Výročná správa Union zdravotná poisťovňa za rok 2022
https://www.union.sk/wp-content/uploads/2023/05/Vyrocna_sprava_Union_zdravotna_poistovna_2022.pdf