

EKONOMICKÁ UNIVERZITA V BRATISLAVE
NÁRODOHOSPODÁRSKA FAKULTA

101006/I/2020/36097107838853380

ROZPOČTOVÉ ZABEZPEČENIE ZDRAVOTNEJ
STAROSTLIVOSTI U NÁS A VO VYBRANEJ KRAJINE
EURÓPSKEJ ÚNIE

Diplomová práca

Bratislava 2020

Ján Sopko

EKONOMICKÁ UNIVERZITA V BRATISLAVE
NÁRODOHOSPODÁRSKA FAKULTA

ROZPOČTOVÉ ZABEZPEČENIE ZDRAVOTNEJ
STAROSTLIVOSTI U NÁS A VO VYBRANEJ KRAJINE
EURÓPSKEJ ÚNIE

Diplomová práca

Študijný program: Daňovníctvo a daňové poradenstvo

Študijný odbor: Ekonómia a manažment

Školiace pracovisko: KF NHF - Kat. financií NHF

Vedúci záverečnej práce: Ing. Michaela Nováková, PhD.

ZADANIE ZÁVEREČNEJ PRÁCE

Meno a priezvisko študenta: Bc. Ján Sopko
Študijný program: daňovníctvo a daňové poradenstvo (Jednoodborové štúdium, inžiniersky II. st., denná forma)
Študijný odbor: ekonómia a manažment
Typ záverečnej práce: Inžinierska záverečná práca
Jazyk záverečnej práce: slovenský
Sekundárny jazyk: anglický

Názov: Rozpočtové zabezpečenie zdravotnej starostlivosti u nás a vo vybranej krajine Európskej únie.

Anotácia: Cieľom záverečnej práce má byť rozbor rozpočtového hospodárenia a zabezpečenie zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike a vo vybranej krajine Európskej únie.

Vedúci: Ing. Michaela Nováková, PhD.
Katedra: KF NHF - Kat. financií NHF
Vedúci katedry: prof. Ing. Pavol Ochotnický, CSc.
Dátum zadania: 12.02.2019

Dátum schválenia: 12.02.2019

prof. Ing. Pavol Ochotnický, CSc.
vedúci katedry

Čestné prehlásenie

Prehlasujem, že som Diplomovú prácu na tému **Rozpočtové zabezpečenie zdravotnej starostlivosti u nás a vo vybranej krajine Európskej Únie** spracoval sám. Všetky zdroje informácií, ktoré boli použité pri písaní tejto práce, boli citované v poznámkach pod čiarou a sú uvedené v zozname použitej literatúry.

V Bratislava 12.4.2020

.....

Ján Sopko

Pod'akovanie

Rád by som pod'akoval Ing. Michaele Novákovej, PhD, za ochotu a cenné rady, ktoré napomohli k vypracovaniu tejto diplomovej práce. Rovnako by som chcel pod'akovať Mgr. Ing. Petrovi Balážimu, PhD, za pomoc v začiatkoch písania.

Abstrakt

SOPKO, Ján: *Rozpočtové zabezpečenie zdravotnej starostlivosti u nás a vo vybranej krajine Európskej Únie*. – Ekonomická univerzita v Bratislave. Národohospodárska fakulta; katedra Financíí. - Ing. Michaela Nováková, PhD – Bratislava: NHF, 2020, 79 s.

Cieľom diplomovej práce je analýza rozpočtového zabezpečenia zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike a Dánsku a porovnanie výkonnosti zdravotníctva na základe vybraných ukazovateľov. Práca je rozdelená do troch kapitol. Obsahuje 22 grafov a 3 obrázky. Prvá kapitola je venovaná teoretickému rozpracovaniu financovania zdravotnej starostlivosti a definuje základné modely financovania. Taktiež sa venuje jednotlivo systémom financovania na Slovensku a v Dánsku. Druhá časť charakterizuje cieľ a metodiku práce. Tretia kapitola je venovaná porovnaniu financovania zdravotnej starostlivosti na základe vybraných ukazovateľov. Výsledkom práce je zhodnotenie výkonnosti a efektívnosti jednotlivých systémov.

Kľúčové slová : zdravotná starostlivosť, financovanie

Abstract

SOPKO, Ján: *The financial security of health care in the Slovak republic and the other country of the European Union..* - University of Economics in Bratislava. Faculty of National Economy; Department of Finance. - Ing. Michaela Nováková, PhD - Bratislava: NHF, 2020, 79 s.

The aim of the diploma thesis is to analyze the budgeting of health care in the Slovak Republic and Denmark and to compare the performance of health care on the basis of selected indicators. The thesis is divided into three chapters. It contains 22 graphs and 3 pictures. The first chapter is devoted to the theoretical elaboration of health care financing and defines the basic models of financing. It also focuses on financing systems in Slovakia and Denmark. The second part characterizes the aim and methodology of work. The third chapter is devoted to the comparison of health care financing on the basis of selected indicators. The result of this work is to evaluate the performance and efficiency of individual systems.

Key words: health care, financing

Obsah

Úvod.....	8
1 Súčasný stav riešenej problematiky do a v zahraničí	9
1.1 Systém zdravotnej starostlivosti.....	9
1.2 Zdroje v systéme zdravotnej starostlivosti.....	12
1.3 Proces financovania	14
1.4 Modely systému zdravotnej starostlivosti.....	17
1.5 Systém zdravotného poistenia vs. Daňovo financovaný systém.....	22
1.6 Systém zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike	23
1.7 Systém zdravotnej starostlivosti Dánsko	32
2 Cieľ práce, metodika práce a metódy skúmania	38
3 Výsledky práce- Praktická časť	40
3.1 Podstava zdrojov v zdravotníctve	40
3.1.1 Financovanie zdravotníctva v krajinách Európskej únie	42
3.2 Slovensko	49
3.3 Dánsko.....	53
3.4 Porovnanie systémov financovania zdravotníctva	56
3.4.1 Porovnanie systémov cez výdavky	56
3.4.2 Efektívnosť	58
3.4.3 Dostupnosť.....	64
Záver a diskusia	70
Zdroje.....	74

Úvod

Systémy zdravotnej starostlivosti sú v členských štátoch EÚ organizované a financované rôznymi spôsobmi ale za základnú potrebu sa všeobecne považuje univerzálny prístup ku kvalitnej zdravotnej starostlivosti za dostupné náklady pre jednotlivcov aj spoločnosť ako celok; okrem toho je to jedna zo spoločných hodnôt a zásad v zdravotníckych systémoch EÚ.

Štatistické údaje o výdavkoch a financovaní zdravotnej starostlivosti sa môžu použiť na vyhodnotenie toho, ako systém zdravotnej starostlivosti reaguje na výzvu všeobecného prístupu ku kvalitnej zdravotnej starostlivosti, a to prostredníctvom merania finančných zdrojov v sektore zdravotníctva a rozdelením týchto zdrojov medzi činnosti v oblasti zdravotnej starostlivosti (napríklad preventívna a liečebná starostlivosť) alebo skupiny poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (napríklad nemocnice a ambulantné centrá).

Pomer výdavkov na zabezpečenie zdravotnej starostlivosti zo svetového HDP neustále rastie. Tento nárast výdavkov na celom svete prinútil spoločnosti na celom svete hľadať mechanizmy financovania zdravotníctva, ktoré zabezpečujú, aby ľudom nebol odopieraný prístup k starostlivosti, pretože si to nemôžu dovoliť. Poskytovanie prístupu k zdravotníctvu všetkým občanom je v mnohých krajinách základným kameňom moderných systémov financovania zdravotníctva. Hlavnou funkciou systému zdravotníctva je poskytovanie zdravotníckych služieb obyvateľstvu a našej práci sa zameriame na financovanie zdravotníctva ako kľúč k účinnej interakcii medzi poskytovateľmi a občanmi. Za hlavné témy financovania zdravotnej starostlivosti považujeme ciele financovania, prepojenia medzi financovaním zdravotníctva a poskytovaním služieb, skúmanie faktorov ovplyvňujúcich výkonnosť zdravotníctva prostredníctvom financovania.

1 Súčasný stav riešenej problematiky do a v zahraničí

1.1 Systém zdravotnej starostlivosti

V dnešnom zložitom svete môže byť ťažké presne povedať, čo je to zdravotný systém, z čoho pozostáva a kde začína a končí. Väčšinou sa definuje systém zdravotníctva, ako systém ktorý zahŕňa všetky činnosti, ktorých primárnym účelom je podpora, obnova alebo udržiavanie zdravia. Formálne zdravotnícke služby vrátane profesionálneho poskytovania osobnej lekárskej starostlivosti sú jednoznačne v rámci týchto hraníc. Rovnako sú to aj kroky tradičných liečiteľov a akékoľvek použitie liekov, či už sú predpísané poskytovateľom alebo nie. Rovnako sem môžeme zaradiť aj domácu starostlivosť o chorých, ktorá predstavuje 70 až 90% celkovej starostlivosti.

Zdravotná starostlivosť v krajine zahŕňa súbor činností vykonávaných inštitúciami alebo jednotlivcami, ktorí prostredníctvom uplatňovania lekárskeho, zdravotníckeho a ošetrovateľského vedomostí a technológií sledujú ciele / základné funkcie:

- podpora zdravia a prevencia chorôb;
- liečenie chorôb a zníženie predčasnej úmrtnosti;
- starostlivosť o osoby postihnuté chronickým ochorením, ktoré vyžadujú ošetrovateľskú starostlivosť;
- starostlivosť o osoby so zdravotným postihnutím, postihnutím ktoré vyžadujú ošetrovateľskú starostlivosť;
- pomáhať pacientom dôstojne zomrieť;
- poskytovanie a správa verejného zdravia;
- poskytovanie a správa programov v oblasti zdravia, zdravotného poistenia a iných mechanizmov financovania.¹

Zdravotný systém, ktorý sa niekedy označuje aj ako systém zdravotnej starostlivosti, je organizácia ľudí, inštitúcií a zdrojov, ktoré poskytujú zdravotnícke služby na uspokojenie zdravotných potrieb cieľovej skupiny populácie.

Osobné zdravotné služby sú poskytované skrz pyramídu zariadení vo verejnom vlastníctve. Patrí sem napríklad matka starajúca sa o choré dieťa doma; súkromní poskytovatelia; programy na zmenu správania; kampane; organizácie zdravotného poistenia;

¹ Zákon 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov

a právnych predpisov o ochrane zdravia a bezpečnosti pri práci. Zahŕňa to medziodvetvové opatrenia zdravotníckych pracovníkov, napríklad snaha ministerstva školstva, o podporu vzdelávanie žien, ktoré patrí k z jednému z dôležitých determinantov lepšieho zdravia.

Súčasťou tohto systému sú aj tradičné činnosti v oblasti verejného zdravia, ako je podpora zdravia a prevencia chorôb a iné zásahy podporujúce zdravie, ako je zlepšenie bezpečnosti na cestách a životného prostredia.

Za hranicami tejto definície sú tie činnosti, ktorých primárnym účelom je niečo iné ako zdravie - napríklad vzdelávanie - aj keď tieto činnosti majú druhotný prínos pre zdravie. Preto je všeobecný vzdelávací systém mimo hraníc, ale špeciálne vzdelanie zamerané na oblasť zdravotníctva k nemu patrí. Sú to aj akcie zamerané predovšetkým na nepriame zlepšenie zdravia - napríklad opatrenia na zvýšenie počtu žiakov v školách so zdravotníckym zameraním alebo zmenu učebných osnov, aby sa zvýšila úroveň budúcich poskytovateľov ale aj spotrebiteľov zdravotnej starostlivosti.²

Tento spôsob definovania systému neznamena nijaký konkrétny stupeň integrácie ani to, že ktokoľvek má na starosti činnosti, ktoré ho tvoria. V tomto zmysle má každá krajina zdravotnícky systém, nech je akokoľvek rozdelený medzi rôznymi organizáciami, a taktiež sa môže zdať, že funguje nesystematicky. Integrácia a dohľad neurčujú systém, ale môžu výrazne ovplyvniť jeho výkonnosť. Bohužiaľ, takmer všetky informácie o zdravotníckych systémoch, ktoré sú k dispozícii, sa týkajú iba poskytovania zdravotníckych služieb a investovania do nich: to znamená systému zdravotnej starostlivosti vrátane preventívnych, liečebných a paliatívnych zásahov, či už sú zamerané na jednotlivcov alebo obyvateľstvo.³

Či už ide o bohatých alebo chudobných, zdravotné potreby sa dnes veľmi líšia od potrieb obyvateľov pred 100 alebo 50 rokmi. Čoraz viac sa očakáva prístup k zdravotnej starostlivosti v určitej podobe a narastajú nároky na opatrenia na ochranu chorých a ich rodín pre finančnými výdavkami ktoré sa týkajú zdravia alebo choroby.

Kruh, v ktorom sa požaduje, aby zdravotnícke systémy fungovali, sa ešte viac rozšíril zvýšením povedomia o vplyve vývoja, ako je industrializácia, cestná doprava, poškodenie životného prostredia a globalizácia obchodu, na zdravie.

Ľudia sa teraz obracajú na systémy zdravotnej starostlivosti o pomoc s oveľa širšou škálou problémov ako predtým - nielen pri úľave od bolesti a liečbe fyzických obmedzení a

² Stanek, V. *Ekonomika zdravotníctva.*, 2005, 223 s. ISBN 80-225-1996-0.

³ Szalay, T. *Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition*, 2011; 13(2):1–200. Dostupné na http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf?ua=1

emocionálnych porúch, ale aj o radu v oblasti stravovania, výchovy detí a sexuálneho správania, pri ktorých zvykli vyhľadávať pomoc z iných zdrojov.⁴

Ľudia zvyčajne prichádzajú do priameho kontaktu so zdravotníckym systémom a jeho poskytovateľmi, iba raz alebo dvakrát ročne. Častejšie vystupujú v úlohe spotrebiteľov liekov bez predpisu a ako príjemcov informácií a rád týkajúcich sa zdravia. Podieľajú sa na systéme ako prispievatelia k jeho financovaniu, vedome zakaždým, keď si platia za zdravotnú starostlivosť z vlastných zdrojov alebo platia poistné, príspevky na sociálne zabezpečenie, a nevedomky, kedykoľvek platia dane, ktoré sa čiastočne používajú na financovanie zdravotníctva.

Dôležitú úlohu zohráva, ako systém pristupuje k potrebám ľudí a ako dokáže od spotrebiteľov získať príjmy, vrátane toho, do akej miery im poskytuje ochranu pred finančným rizikom. Ale záleží aj na tom, ako reaguje na ich očakávania. Ľudia majú právo očakávať, že sa s nimi bude v zdravotníctve zaobchádzať individuálne. Pokiaľ je to možné, ich potrebám by sa mala venovať okamžitá pozornosť bez dlhých oneskorení pri čakaní na diagnostiku a liečbu - nielen na lepšie zdravotné výsledky, ale aj na rešpektovanie hodnoty času ľudí a na zníženie ich úzkosti.⁵

Súhrnne povedané, zdravotnícke systémy sú zodpovedné nielen za zlepšovanie zdravia obyvateľstva, ale aj za ich ochranu pred finančnými nákladmi na liečbu a za dôstojné zaobchádzanie s nimi. Systémy zdravotnej starostlivosti majú teda tri základné ciele.

Sú to tieto:

- **zlepšenie zdravia obyvateľstva, ktorému slúžia;**
- **reagovať na očakávania ľudí;**
- **poskytovanie finančnej ochrany pred nákladmi spojenými so zlým zdravotným stavom**

Pretože tieto ciele nie sú vždy splnené, je všeobecne rozšírená verejná nespokojnosť so spôsobom, akým sú zdravotnícke služby prevádzkované alebo financované, pričom sa uvádzajú chyby, oneskorenia, hrubosť, nepriateľstvo a ľahostajnosť zo strany zdravotníckych pracovníkov, odmietnutie starostlivosti ale taktiež vystavenie pacientov zložitej finančnej situácie zo strany poisťovní alebo vlády.

⁴ Stanek, V. *Ekonomika zdravotníctva*. Bratislava:, 2005, 223 s. ISBN 80-225-1996-0.

⁵ Szalay, T. Slovakia: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2011; 13(2):1–200. Dostupné na http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf?ua=1

Zlepšenie zdravia je najdôležitejším cieľom zdravotníckeho systému a pretože zdravotný stav je v priemere horší u obyvateľov s nižším príjmom, dá sa predpokladať, že v prípade krajiny s nízkou úrovňou príjmov, je zlepšenie zdravia jednou z najväčších výziev. Je potrebné zvažovať dôsledky systému, aby sa spravodlivo rozdelilo bremeno platenia za zdravie tak, aby nikto nebol vystavený veľkým finančným rizikám, a aby sa vyhovel želaniam a očakávaniam ľudí.⁶

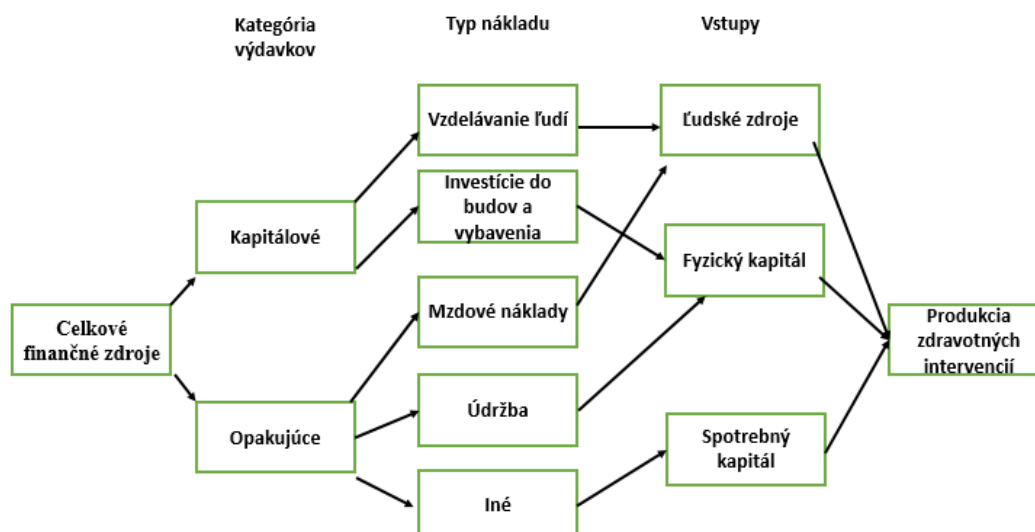
Všetky tri ciele sú dôležité v každej krajine, bez ohľadu na to, ako bohatý alebo chudobný je alebo ako je organizovaný jeho zdravotný systém.

1.2 Zdroje v systéme zdravotnej starostlivosti

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti zahŕňa zostavenie značného počtu vstupných zdrojov, aby sa dosiahol mimoriadny súbor rôznych výstupov služieb. Málo, ak vôbec nejaké, výrobné procesy zodpovedajú rozmanitosti a miere zmeny výrobných možností tak ako v zdravotníctve.

Obrázok 1. identifikuje tri hlavné vstupy do systému zdravotníctva: ľudské zdroje, fyzický kapitál a spotrebný materiál. Ukazuje tiež, ktoré finančné zdroje na nákup týchto vstupov majú kapitálový alebo opakujúci sa charakter. Investičné rozhodnutia v oblasti zdravotníctva sú rovnako ako v iných odvetviach náročné, pretože sú vo všeobecnosti nezvratné: zaväzujú veľké množstvo peňazí na miesta a činnosti, ktoré je ťažké, dokonca nemožné zrušiť alebo zmenšiť.

Obrázok 1. Zdroje v zdravotníctve



⁶WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The world health report 2000: health systems: improving performance*. World Health Organization, 2000. Dostupné na: https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1

Zdroj: Vlastné spracovanie podľa

https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1

Skutočnosť, že niektoré investičné rozhodnutia sú mimo právomoci ministerstva zdravotníctva, ešte viac sťažuje dosiahnutie celkovej rovnováhy. Napríklad odborná príprava lekárov často spadá pod ministerstvo školstva a kde do zariadení a vybavenia môžu byť použité súkromné investície. Kapitál je súčasná zásoba produktívnych aktív. Vyškolení zdravotnícki pracovníci a mobilné kliniky, ako aj dlhodobý majetok sú súčasťou základného imania systému zdravotníctva.

Investícia je akýkoľvek prírastok do tohto základného imania, napríklad viac farmaceutov alebo ďalšie vozidlá. Typická produktívna životnosť rôznych investícií sa bude líšiť od 1–2 rokov pre určité zariadenia, až po 25–30 rokov alebo viac pre budovy a podobne. Technologický pokrok ovplyvňuje ekonomickú životnosť časti kapitálu: staré investície sa rýchlo stávajú neaktuálnymi, keď sa objavujú nové a vylepšené technológie.⁷

Spôsob, akým sa spravujú aktíva, ovplyvňuje aj ich životnosť. Pri správnej manipulácii a údržbe, budovy a vozidlá strácajú svoju hodnotu pomalšie. Bez starostlivosti a údržby sa zdravotný kapitál rýchlo zhoršuje. Pri plánovaní údržby sa musí zohľadniť aj fyzické prostredie. Napríklad zlé cesty znižujú priemernú životnosť vozidiel; preto pri plánovaní údržby by sa mal vziať do úvahy aj tento faktor.

Investície sa v širšom zmysle vzťahujú aj na všetky nové programy, činnosti alebo projekty. Kapitálové investičné náklady sú všetky tie náklady, ktoré sa vyskytnú iba raz (na začatie činnosti), zatiaľ čo opakujúce sa náklady sa vzťahujú na dlhodobý finančný záväzok, ktorý zvyčajne vyplýva z takejto investície. Ak sa dostupná zdravotnícka technológia považuje za „kapitál“ a výskum a vývoj ako investičný nástroj na rozšírenie technologických hraníc a rozvoj nových nápadov, tieto pojmy sa potom tiež môžu uplatňovať aj na diagnostické zariadenia, lieky a podobne.

Investícia je rozhodujúcou činnosťou pri úprave základného imania a vytváraní nových a produktívnych aktív. K takýmto úpravám zvyčajne dochádza postupne. Súčasná fyzická infraštruktúra nemocničných budov a zariadení v mnohých krajinách je teda výsledkom vývoja, ktorý trval mnoho rokov. V krajinách OECD nie sú výdavky na investície

⁷ WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The world health report 2000: health systems: improving performance.* World Health Organization, 2000. Dostupné na: https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1

do budov a vybavenia zvyčajne vyššie ako 5% celkových ročných výdavkov na zdravotnú starostlivosť.⁸

K dispozícii je ešte menej údajov o veľkosti ročných investícií do vzdelávania a odbornej prípravy. Tieto investičné náklady zahŕňajú lekárske a ošetrovateľské školy, rôzne formy odbornej prípravy na pracovisku a klinický výskum. Do týchto investícií vstupuje veľa aktérov a investície často nekontroluje ani jedno ministerstvo. Existuje dôvod domnievať sa, že suma investícií do ľudského kapitálu je omnoho väčšia ako investície do fyzického kapitálu, aspoň v krajinách s vysokými príjmami.

Rovnako ako v prípade investícií do fyzického kapitálu, výsledky zvyšovania investícií do ľudskému kapitálu sa prejavujú pomaly. Napríklad odborná príprava pracovníka môže trvať 10 a viac rokov štúdia na lekárskej fakulte a odbornej prípravy na pracovisku. Nové investície do ľudského kapitálu majú tiež dlhodobé následky podobné investíciám do fyzického kapitálu. Napríklad vytvorenie súboru zdravotníckych pracovníkov s novými zručnosťami si bude vyžadovať dlhodobú investíciu do nových učebných osnov pre základné a ďalšie vzdelávanie, ako aj dlhodobý záväzok vyplácať ich platy.⁹

1.3 Proces financovania

Financovanie zdravotníctva je kľúčovou funkciou zdravotných systémov, ktoré umožňujú pokrok smerom k zlepšeniu všeobecného zdravotného zabezpečenia, najmä zlepšením účinného poskytovania služieb a finančnej ochrany. V súčasnosti milióny ľudí nemajú prístup k službám z dôvodu vysokých nákladov na zdravotnú starostlivosť. Mnoho ďalších dostáva nízku kvalitu služieb, aj napriek tomu, že si zdravotnú starostlivosť hradia z vlastného vrecka. Starostlivo navrhnuté a implementované politiky financovania zdravia môžu pomôcť pri riešení týchto problémov. Napríklad zmluvné a platobné dojednania môžu stimulovať koordináciu starostlivosti a zvýšenie kvality starostlivosti; dostatočné a včasné vyplatenie finančných prostriedkov poskytovateľom zdravotných služieb, môže pomôcť zabezpečiť primerané personálne zabezpečenie a lieky na liečbu pacientov

⁸ OECD (2019), *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.

⁹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The world health report 2000: health systems: improving performance*. World Health Organization, 2000. Dostupné na: https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1

Možnosti financovania zdravotníckych služieb majú vplyv na spravodlivé rozdelenie platobného bremena. Môžu bohatí a zdraví dotovať chudobných a chorých? Aby sa zabezpečila spravodlivosť a ochrana pred finančnými rizikami, mala by existovať vysoká úroveň preddavkov; riziko by sa malo deliť (krížovými dotáciami z nízkeho na vysoké zdravotné riziko); chudobní by mali byť dotovaní (krížovými dotáciami od vysoko príjmových až po skupiny s nízkymi príjmami); malo by sa zabrániť rozkladaniu združení alebo fondov; a mal by existovať strategický nákup, aby sa zlepšili výsledky a prístupnosť systému zdravotníctva.¹⁰

Cieľom financovania zdravotníctva je aby bolo financovanie dosiahnuteľné, a tiež aj stanoviť správne finančné stimuly pre poskytovateľov, aby sa zabezpečilo, že všetci jednotlivci majú prístup k účinnej zdravotnej a osobnej starostlivosti. To znamená zníženie alebo vylúčenie možnosti, že jednotlivec nebude schopný zaplatiť za takúto starostlivosť alebo bude ochudobnený v dôsledku pokusu zabezpečiť si starostlivosť.¹¹

Na zabezpečenie toho, aby jednotlivci mali prístup k zdravotníckym službám, sú kľúčové tri vzájomne prepojené funkcie financovania zdravotníckeho systému:

- **výber príjmov,**
- **združovanie zdrojov**
- **nákup intervencií**

Hlavnými výzvami sú zavedenie potrebných technických, organizačných a inštitucionálnych opatrení tak, aby takéto interakcie finančne chránili ľudí najspravodlivejším možným spôsobom, a aby sa stanovili stimuly pre poskytovateľov, ktorí ich budú motivovať k zlepšovaniu služieb a ich dostupnosti. Tieto tri funkcie sú často integrované do jednej organizácie, a to je v súčasnosti prípad mnohých zdravotníckych systémov na svete.¹²

Výber príjmov

¹⁰ WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The world health report 2000: health systems: improving performance*. World Health Organization, 2000. Dostupné na: https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1

¹¹ Evans, D.B.; Etienne, C. *Health systems financing and the path to universal coverage*. 2010. Dostupné na: <https://www.who.int/bulletin/volumes/88/6/10-078741.pdf>

¹² WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The world health report 2000: health systems: improving performance*. World Health Organization, 2000. Dostupné na: https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1

Proces, ktorým zdravotnícky systém dostáva peniaze od domácností a organizácií alebo spoločností, ako aj od darcov. Zdravotné systémy majú rôzne spôsoby vyberania príjmov, ako napríklad všeobecné zdaňovanie, povinné príspevky na sociálne zdravotné poistenie (zvyčajne súvisiace s mzdami a takmer nikdy spojené s rizikom), dobrovoľné príspevky na súkromné zdravotné poistenie (zvyčajne spojené s rizikom), platby priamo od občanov a dary. Vo väčšine systémov sociálneho poistenia a dobrovoľného súkromného poistenia je výber a združovanie príjmov integrované do jednej organizácie a jedného nákupného procesu. Pre organizácie, ktoré sa spoliehajú hlavne na všeobecné zdaňovanie, ako sú ministerstvá zdravotníctva, vyberá ministerstvo financií prerozdeľuje prostriedky ministerstvu financií prostredníctvom rozpočtového procesu.¹³

Združovanie príjmov

Alebo často nazývané pooling, je akumulácia a správa príjmov takým spôsobom, aby sa zabezpečilo, že za zdravotnú starostlivosť budú musieť zaplatiť všetci členovia systému spoločne, a nie každý spotrebiteľ individuálne. Združovanie je tradične známe ako „poistná funkcia“ v zdravotníctve, či už je poistenie explicitné (ľudia, ktorí sa vedome prihlásia do systému), alebo implicitné (ako pri daňových príjmoch).

Jeho hlavným účelom je zdieľať finančné riziko spojené so zásahmi na podporu zdravia, ktoré nie sú vopred jasné. Týmto spôsobom sa líši od zhromažďovania príjmov, ktoré umožňuje jednotlivcom znášať riziká z vlastných zdrojov alebo úspor. V prípade, že si ľudia platia zdravotnú starostlivosť výhradne z vlastných zdrojov, nedochádza k združovaniu.

Pri činnostiach v oblasti verejného zdravia a dokonca aj pri aspektoch osobnej zdravotnej starostlivosti, napríklad pri zdravotných prehliadkach, môžu finančné prostriedky ísť priamo od zhromažďovania k nákupu. Toto je dôležitý aspekt, pokiaľ ide o reguláciu povinných systémov poistenia, pretože preferencie spotrebiteľov týkajúce sa poistenia sa často zameriavajú na zásahy s vysokou pravdepodobnosťou a nízkymi nákladmi. Avšak na zabezpečenie týchto výkonov je najvhodnejšie použiť bežné príjmy, alebo prostriedky prostredníctvom priamych verejných dotácií pre nižšie príjmových občanov.

¹³ Thomson, S. *Financing health care in the European Union: challenges and policy responses*. World Health Organization. 2009. Dostupné na: <https://sci-hub.si/https://apps.who.int/iris/handle/10665/326415>

Združovanie znižuje neistotu tak pre občanov, ako aj pre poskytovateľov. Zvyšovaním a stabilizáciou dopytu a toku finančných prostriedkov, môže združovanie zvýšiť pravdepodobnosť, že si pacienti budú môcť dovoliť služby a, že zvýšenie objemu poskytovaných služieb priláka nových potencionálnych investorov.¹⁴

Nákup

Proces, ktorým sa združené prostriedky vyplácajú poskytovateľom s cieľom dodať špecifikovaný alebo nešpecifikovaný súbor zdravotných služieb. Nákup je možné vykonávať pasívne alebo strategicky. Pasívny nákup znamená dodržanie vopred stanoveného rozpočtu alebo jednoducho zaplatenie účtov, keď sú predložené. Strategický nákup zahŕňa nepretržité hľadanie najlepších spôsobov, ako maximalizovať výkonnosť systému zdravotnej starostlivosti, a to rozhodnutím, ktoré intervencie by sa mali kúpiť, ako a od koho. To znamená aktívne vyberať intervencie s cieľom dosiahnuť najlepší výkon tak pre jednotlivcov, ako aj pre obyvateľstvo ako celok, prostredníctvom systémov selektívneho uzatvárania zmlúv a stimulov. Nákup využíva rôzne nástroje pre platiacich poskytovateľov, vrátane zostavovania rozpočtu.¹⁵

1.4 Modely systému zdravotnej starostlivosti

Na celom svete existuje široká škála zdravotníckych systémov s mnohými organizačnými štruktúrami. Krajiny musia bezpodmienečne navrhovať a rozvíjať zdravotnícke systémy v súlade so svojimi potrebami a zdrojmi, hoci spoločnými prvkami takmer všetkých zdravotníckych systémov sú opatrenia v oblasti primárnej zdravotnej starostlivosti a verejného zdravia.

V niektorých krajinách je plánovanie zdravotného systému rozdelené medzi účastníkov trhu. V iných krajinách existuje spoločné úsilie medzi vládami, odbormi, charitatívnymi organizáciami, náboženskými organizáciami alebo inými koordinovanými orgánmi pri poskytovaní plánovaných zdravotníckych služieb zameraných na obyvateľstvo, ktorému slúžia.

Reformy financovania zdravotníctva nemožno len jednoducho kopírovať z jednej krajiny do druhej, vzhľadom na jedinečný kontext každej krajiny a jej východiskový bod,

¹⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The world health report 2000: health systems: improving performance*. World Health Organization, 2000. Dostupné na: https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1

¹⁵ Thomson, S.; *Financing health care in the European Union: challenges and policy responses*. World Health Organization. Regional Office for Europe, 2009. Dostupné na: <https://scihub.si/https://apps.who.int/iris/handle/10665/326415>

pokiaľ ide o mechanizmy financovania zdravotníctva; základné príčiny problémov vo výkonnosti zdravotníctva sa v jednotlivých krajinách líšia a práve tieto príčiny sa musia riešiť reformami navrhnutými v stratégii financovania zdravotníctva.¹⁶

Okrem toho majú všetky krajiny vlastnú politiku toho, na ktoré služby má obyvateľstvo nárok, aj keď to vláda výslovne neuvádza; tieto služby, ktoré nie sú kryté, sú zvyčajne hradené pacientmi (niekedy nazývané spoluúčasť).

Existujú však aj ponaučenia z medzinárodných skúseností, ktoré umožňujú spresniť niekoľko hlavných zásad reforiem, ktoré podporujú pokrok smerom k Jednotnému zdravotnému systému(UHC – United Health Care). Nejedná sa o návod , ale skôr o súbor „ukazovateľov“, ktoré sa môžu použiť na kontrolu, či reformné stratégie, vytvárajú vhodné stimulačné prostredie, a pohybujú sa správnym smerom, pokiaľ ide o stanovené ciele. Financovanie zdravotníckeho systému je nevyhnutnou súčasťou UHC, ale pokrok smerom k UHC si vyžaduje aj koordinované opatrenia naprieč piliermi zdravotníckeho systému s osobitným dôrazom na posilnenie ľudských zdrojov v oblasti zdravia.¹⁷

Hlavné zásady možno zhrnúť takto:

- presun smerom k prevládajúcemu sa spoliehaniu na zdroje verejného financovania
- zníženie fragmentácie spôsobu zhromažďovania finančných prostriedkov alebo zmiernenie následkov
- smerovanie k strategickému nákupu zdravotníckych služieb, spájanie platieb poskytovateľov služieb s údajmi o ich výkonnosti a so zdravotnými potrebami obyvateľov, ktorým slúžia
- zosúladenie politík týkajúcich sa zabezpečenia, (výhody a spoluúčasť) výlučne s cieľmi tejto politiky

Skúsenosti ukazujú, že skutočný pokrok je možný v krajinách na všetkých úrovniach príjmov. Cesta každej krajiny sa bude líšiť v závislosti od miestneho kontextu, vyššie uvedené ponaučenia sú však nevyhnutné pre spravodlivý a efektívny pokrok. Výrazy ako „sociálne zdravotné poistenie“, „komunitné poistenie“ alebo „systémy financované z daní“ nemajú samy osebe žiadny význam a skrývajú mnoho príležitostí a možností, ktoré majú

¹⁶ Evans, D. B.; Etienne, C. *Health systems financing and the path to universal coverage*. 2010. Dostupné na: <https://www.who.int/bulletin/volumes/88/6/10-078741.pdf>

¹⁷ Kutzin, J. *Health systems strengthening, universal health coverage, health security and resilience*. 2016, 94.1: 2. Dostupné na“ <https://www.who.int/bulletin/volumes/94/1/15-165050.pdf>

krajiny k dispozícii, keď získavajú, združujú a používajú prostriedky na zabezpečenie dostupnosti a využívanie kvalitných služieb.¹⁸

Modely

Na našej planéte je približne 200 krajín a každá z nich vymýšľa vlastný súbor opatrení na splnenie troch základných cieľov systému zdravotnej starostlivosti: udržiavanie zdravia ľudí, liečenie chorých a ochrana rodín pred finančnými rizikami z poplatkov za zdravotnú starostlivosť. Nie je však potrebné skúmať 200 rôznych systémov, aby sme získali predstavu o tom, ako iné krajiny riadia zdravotnú starostlivosť. V prípade všetkých miestnych variácií majú systémy zdravotnej starostlivosti tendenciu nasledovať všeobecné vzorce.¹⁹

Existujú štyri základné modely systému zdravotnej starostlivosti:

Beveridgeov model

Pomenovaný po sociálnom reformátorovi Williamovi Beveridgeovi, ktorý navrhol britskú Národnú zdravotnú službu. V tomto systéme je zdravotná starostlivosť poskytovaná a financovaná vládou prostredníctvom platieb daní, rovnako ako aj policajné zložky alebo verejná knižnica.

Vláda vlastní mnoho nemocníc a kliník, nie však všetky; niektorí lekári sú zamestnancami vlády, ale existujú aj súkromní lekári, ktorí poberajú svoje poplatky od vlády. V Británii nikdy nedostanete účet za lekára. Tieto systémy majú zvyčajne nízke náklady na obyvateľa, pretože vláda ako jediný platiteľ kontroluje, čo môžu lekári robiť a čo môžu účtovať.

Medzi krajiny, ktoré používajú Beveridgeov model alebo jeho variácie, patrí Veľká Británia, Španielsko, väčšina Škandinávie a Nového Zélandu. Kuba predstavuje extrémny prípad uplatňovania prístupu Beveridgeho modelu; je to pravdepodobne najčistejší príklad úplnej vládnej kontroly zdravotníctva na svete.²⁰

Bismarckov model

Je pomenovaný podľa pruského kancelára Otta von Bismarcka, ktorý zaviedol pojem sociálny štát ako súčasť zjednotenia Nemecka v 19. storočí. Tento model je viac

¹⁸ Kutzin, J. *Health systems strengthening, universal health coverage, health security and resilience*. 2016, 94.1: 2. Dostupné na“ <https://www.who.int/bulletin/volumes/94/1/15-165050.pdf>

¹⁹ ONDRUŠ, Peter. *Svetové zdravotnícke systémy v čase globalizácie*. PRO, 2014. ISBN 978-80-89057-47-4

²⁰ CESifo DICE Report 4/2008, Bismarck versus Beveridge, p. 71-73, www.cesifo-group.de/DocCIDL/CESifoDICEreport408.pdf

sprivatizovaný - náklady na zdravotnú starostlivosť zvyčajne hradia zamestnanci a zamestnávateľ. Poistenie musí byť ponúkané každému a poisťovacie spoločnosti sa nemôžu snažiť dosiahnuť zisk. Nemocnice prevádzkujú jednotlivci namiesto vlády, ale keďže vláda má v priemysle stále veľké slovo, náklady zostávajú nízke. Tento model stojí jednotlivcov viac ako model Beveridge, ale poskytuje im aj viac slobody.

Poskytovatelia a nemocnice sú vo všeobecnosti súkromné, poisťovne sú však verejné. V niektorých prípadoch existuje jedna poisťovňa (Francúzsko, Kórea). Iné krajiny, ako napríklad Nemecko a Česká republika, majú viac konkurenčných poisťovateľov. Vláda však kontroluje tvorbu cien, podobne ako v prípade modelu Beveridge.

Na rozdiel od modelu Beveridge, model Bismarck neposkytuje univerzálne zdravotné poistenie. Vyžaduje si zamestnanie pre zdravotné poistenie, a tak prideluje svoje zdroje tým, ktorí finančne prispievajú.

Primárna kritika modelu Bismarck spočíva v tom, ako zabezpečiť starostlivosť o tých, ktorí nie sú schopní pracovať alebo si nemôžu dovoliť príspevky, vrátane starnutia obyvateľstva a nerovnováhy medzi dôchodcami a zamestnancami.

Tento model je využívaný Nemeckom, Belgickom, Japonskom, Švajčiarskom, Holandskom, Francúzskom v niektorých prípadoch aj v USA.²¹

Národný model zdravotného poistenia

Model národného zdravotného poistenia spája rôzne aspekty tak modelu Beveridge, ako aj modelu Bismarck. Po prvé, rovnako ako model Beveridge, vláda vystupuje ako jednotný platiteľ za lekárske zákroky. Rovnako ako v prípade modelu Bismarck sú poskytovatelia súkromní.

Model národného zdravotného poistenia je poháňaný súkromnými poskytovateľmi, ale platby pochádzajú z vládneho programu poistenia, do ktorého platí každý občan. V zásade je národný model zdravotného poistenia univerzálnym poistením, ktoré neprináša zisk ani nepopiera nároky. Táto rovnováha medzi súkromným a verejným poskytuje nemocniciam a poskytovateľom viac slobody bez frustrujúcej zložitosti poisťných plánov a poisťiek.

²¹ Wagstaff, A. *Social health insurance vs. tax-financed health systems-evidence from the OECD.*, 2009. Dostupné na: <https://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/1813-9450-4821>

Hlavnou kritikou národného modelu zdravotného poistenia je pravdepodobnosť vzniku dlhých čakacích zoznamov a oneskorení v liečbe, ktoré sa považujú za vážny problém zdravotnej politiky.²²

Používané Kanadou, Taiwanom a Južnou Kóreou a podobný systém Medicare v USA

Model „out-of-pocket“

Model „out-of-pocket“ je najbežnejším modelom v menej rozvinutých oblastiach a krajinách, kde nie je dostatok finančných zdrojov na vytvorenie lekárskeho systému, ako sú tri vyššie uvedené modely.

V tomto modeli musia pacienti platiť za svoje procedúry priamo zo svojich vlastných zdrojov. V realite to znamená, že bohatí ľudia dostanú odbornú lekársku starostlivosť a chudobní ju nemajú, pokiaľ nenájdu spôsob ako získať peniaze aby si ju mohli zabezpečiť. Zdravotná starostlivosť je stále poháňaná príjmami.

Používajú ho vidiecke oblasti v Indii, Číne, Afrike, Južnej Amerike a nepoistené alebo nedostatočne poistené populácie v USA.²³

Obrázok 2. Modely zdravotnej starostlivosti

Model	Zdroj	Skupina pokrytia	Prerozdeľovacia organizácia	Poskytovanie starostlivosti
Beveridgeov model	Všeobecné príjmy	Celkové obyvateľstvo	Centrálna vláda	Verejný poskytovateľ
Bismarckov model	Dane z príjmu	Vybrané skupiny	Poloautonómna organizácia	Súkromné zariadenia
Národný model zdravotného poistenia	Súkromné dobrovoľné príspevky	Prispievajúci členovia	Neziskové organizácie	Súkromné zariadenia
Model „out-of-pocket“	Individuálne platby poskytovateľovi	Prispievajúci členovia	Žiadna	Verejné a súkromné zariadenia

²² Toth, F. *Classification of healthcare systems: Can we go further?*. *Health Policy*, 2016, 120.5: 535-543. Dostupné na: <https://sci-hub.si/https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851016300562>

²³ WORLD HEALTH ORGANIZATION, et al. *A System of Health Accounts 2011 Revised edition: Revised edition*. OECD Publishing, 2017. Dostupné na: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264270985-9-en.pdf?expires=1586520327&id=id&accname=guest&checksum=F6D51C278D9B325039B15D7A57AC9130>

1.5 Systém zdravotného poistenia vs. Daňovo financovaný systém

Rozvinutý a rozvojový svet je v súčasnosti uprostred živej diskusie o relatívnych výhodách systému sociálneho zdravotného poistenia (SZP) a zdravotných systémov financovaných z daní. Skeptici SZP tvrdia, že tento systém odrádza firmy od najímania pracovníkov, a teda znižuje zamestnanosť a podporuje neformálne trhy práce. Poukazujú tiež na nedostatočné pokrytie určitých skupín obyvateľstva počas často dlhého obdobia medzi založením SZP a dosiahnutím všeobecného pokrytia a systematické rozdiely v balíkoch výhod a kvalite starostlivosti v rámci subpopulácií.

Naopak, obhajcovia SZP tvrdia, že môže predstavovať dôležitý dodatočný zdroj príjmov pre zdravotnícky systém a, že oddelením nákupu zdravotnej starostlivosti od jej poskytovania a podporou selektívneho uzatvárania zmlúv medzi poskytovateľmi (vrátane súkromných sektorov) sú systémy SZP schopné dosiahnuť kvalitnejšiu zdravotnú starostlivosť za nižšie náklady ako zdravotné systémy financované z daní.²⁴

Plusy a mínusy daňového systému

Výhody

- Každý občan má prístup k zdravotnej starostlivosti z dôvodu všeobecného pokrytia.
- Vláda je zodpovedná za kvalitu starostlivosti, a to môže byť užitočné, ak vláda udržiava nízke náklady na zdravotnú starostlivosť.
- Občania nedostávajú a nezodpovedajú za účty za lekárske služby ani za spoluúčasť.

Nevýhody

- Každý občan musí platiť vyššie dane bez ohľadu na to, ako využívajú zdravotnú starostlivosť.
- Vláda je zodpovedná za kvalitu starostlivosti, a to môže byť škodlivé, ak vláda obmedzí služby, ku ktorým majú pacienti prístup.
- Existujú dlhé čakacie zoznamy a rady, ktoré ovplyvňujú najmä pre tých, ktorí sa nenachádzajú v mimoriadnych situáciách.

²⁴ Wagstaff, A. *Social health insurance vs. tax-financed health systems-evidence from the OECD*. The World Bank, 2009. Dostupné na: <https://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/1813-9450-4821>

- Keďže príjmy plynú zo štátneho rozpočtu, výška transferov do zdravotníctva je závislá od rozhodnutí vlády do ktorých kapitol rozpočtu prideli prostriedky.²⁵

Plusy a mínusy modelu zdravotného poistenia

Výhody

- Systém je zameraný na spotrebiteľa, pričom na trhu si navzájom konkurujú poisťovne a spotrebiteľ má možnosť si vybrať medzi rôznymi produktami, službami a cenami.
- Spotrebitelia sú ochotnejší zaplatiť odvody ako dane, pretože tieto odvody sú priamo naviazané na financovanie zdravotníctva a nepodliehajú rokovaniam vlády o rozdelení týchto prostriedkov.
- Odvodový systém je veľmi jednoduchý a prehľadný pre spotrebiteľov, keďže sa odvádza priamo zo miezd.
- Zdravotná rizikovosť obyvateľov nevlýva na výšku odvodov.

Nevýhody

- Odvody zvyšujú náklady na prácu, čo môže mať negatívny dopad na vytváranie nových pracovných miest a tým pádom aj ekonomiku ako celok.
- Nevýhodou je neúplné pokrytie obyvateľstva, keďže odvodový systém nie je schopný zahrnúť rizikové skupiny obyvateľstva (napr. chudobné vrstvy, neformálny sektor).
- Dodatočné administratívne náklady spojené s riadením fondov zdravotných poisťovní.²⁶

1.6 Systém zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike

Systém zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike sa nedá považovať za čisto Bismarckov alebo Beveridgeov systém a ani Systém národného poistenia, hoci z každého má určité vlastnosti. V dostupnej literatúre systém opisuje ako Bismarckov model v skutočnosti spĺňa veľa charakteristík Národného modelu zdravotného poistenia. Aj keď príspevky na zdravotné poistenie neplatia všetci občania, zdravotné poistenie je povinné pre všetkých. Systém sa považuje za 100% solidárny, pretože tí ľudia ktorí zarábajú viac, odvádzajú do systému viac a naopak, nižšie príjmový platia menej a pri tom všetkým je poskytovaná rovnaká zdravotná starostlivosť.

²⁵ CESifo DICE Report 4/2008, Bismarck versus Beveridge, p. 71-73, www.cesifo-group.de/DocCIDL/CESifoDICEreport408.pdf

²⁶ CESifo DICE Report 4/2008, Bismarck versus Beveridge, p. 71-73, www.cesifo-group.de/DocCIDL/CESifoDICEreport408.pdf

Každý zamestnaný občan musí platiť tzv. „Príspevky na zdravotnú starostlivosť“, ktoré celkovo predstavujú 14% mesačného príjmu, z toho 4% platí zamestnanec a 10% platí zamestnávateľ navyše. Samostatne zárobkovo činné osoby musia platiť 14% zo svojich príjmov. Zdravotné poistenie pre nezamestnaných, deti, dôchodcov, ženy na materskej dovolenke platí štát inou (nižšou) sadzbou, ktorá v súčasnosti predstavuje 4,9% priemerného mesačného príjmu v Slovenskej republike. Príspevky na zdravotnú starostlivosť sú povinné a vyplácajú sa zdravotnej poisťovni podľa výberu zamestnanca.²⁷

Systém zdravotnej starostlivosti na Slovensku sa opiera o základné piliere za ktoré považujeme univerzálne pokrytie, povinné zdravotné poistenie, balík základných dávok a konkurenčný model poistenia so selektívnym uzatváraním zmlúv s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a flexibilným určovaním cien zdravotníckych služieb. Zdravotná starostlivosť sa až na výnimky poskytuje poistencom bezplatne prostredníctvom vecných dávok.²⁸

Poskytovatelia v systéme zdravotnej starostlivosti

Povinné zdravotné poistenie a možnosť výberu zdravotnej poisťovne sa považuje za jeden zo základných princípov slovenského zdravotníckeho systému. Občania musia byť povinne poistení ale umožňuje sa im slobodný výber zdravotnej poisťovne. Pri niektorých službách sa uplatňuje finančná spoluúčasť pacienta a taktiež majú pacienti možnosť zabezpečiť si zdravotnú starostlivosť mimo systému, avšak za tieto služby si musia priamo zaplatiť.

Vo väčšine krajín Európskej únie sa sieť poskytovateľov delí na súkromných a štátnych, no len na základe vlastníctva nie je možné jednoznačne určiť ktorí sú efektívnejší. Ukazuje sa, že mnohé verejné nemocnice sú na tom lepšie ako súkromné zariadenia, čo sa týka kvality poskytovaných služieb ale na základe ekonomických ukazovateľov. V posledných rokoch sa v Európe sleduje trend narastania počtu súkromných nemocníc, nie je to však spojené výlučne s kvalitou poskytovaných služieb alebo ich výkonnosti, ale skôr ide o finančnú motiváciu investorov v dosahovaní zisku.

Európska únia upozorňuje, že rozhodujúci faktor pre správne riadenie nemocnice nie je forma jej vlastníctva ale kvalita jej manažmentu. Manažéri by mali byť vyberaní

²⁷ Kapalla, M.; *An overview of the healthcare system in the Slovak Republic*. EPMA Journal, 2010, 1.4: 549-561. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3405344/>

²⁸ Szalay, T. *Slovakia: Health system review*. Health Systems in Transition, 2011; 13(2):1–200. Dostupné na http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf?ua=1

transparentným výberovým konaním a po výbere by mala byť jeho činnosť pod neustálou kontrolou. Strategické riadenie výkonov a výdavkov by malo priniesť lepšie výsledky v oblasti poskytovaných služieb. Podľa Európskej únie sa hospodárenie slovenských nemocníc za posledné roky významne nezlepšilo a pomôcť by tomu mohlo centralizované sieťové riadenie, napríklad prostredníctvom holdingovej agentúry.²⁹

Minimálna sieť poskytovateľov

Podľa ustanovení vlády Slovenskej republiky tvoria by mala sieť zdravotníckych zariadení strategicky pokrývať potreby regiónu na základe jeho geografickej polohy, demografického zloženia a taktiež podľa údajov o zdravotnom stave príslušného obyvateľstva. Ministerstvo zdravotníctva je zodpovedné za primerané rozloženie zdravotníckych zariadení na území Slovenskej republiky.³⁰

Minimálna sieť poskytovateľov môžeme definovať ako zabezpečenie verejne dostupných poskytovateľov v takom množstve a počte aby sa obyvateľom daného územia mohla poskytovať včasná, efektívna a sústavná odborná zdravotná starostlivosť.

Zariadenia zdravotnej starostlivosti podľa jej formy

Ambulantná zdravotná starostlivosť

Je poskytovaná pacientom ktorých zdravotný stav nie je na toľko vážny, že by bola potrebná nepretržitá zdravotná starostlivosť viac ako 24 hodín. Ambulantnú starostlivosť väčšinou poskytuje jeden lekár, ktorý je zodpovedný za pacientovu starostlivosť a tiež o ňom vedie zdravotnú dokumentáciu. Patrí sem všeobecná, špecializovaná starostlivosť a záchranná zdravotná služba.

Medzi zariadenia ktoré poskytujú ambulantnú starostlivosť zaraďujeme ambulancie, zariadenia ktoré poskytujú jednodňovú starostlivosť, stacionár, polikliniky, domácu ošetrovateľskú agentúru, mobilný hospic...³¹

Ústavná zdravotná starostlivosť

Poskytovaná prevažne starším osobám, ktorých zdravotný stav si vyžaduje nepretržitú starostlivosť a tiež je tu predpoklad pobytu v nemocnici alebo inom zdravotníckom zariadení v trvaní presahujúcom 24 hodín. Poskytuje sa na základe

²⁹ *Záverečná práva Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky: Revízia výdavkov na zdravotníctvo II., október 2019. Dostupné na <https://www.mfsr.sk/sk/financie/hodnota-za-peniaze/revizia-vydavkov/zdravotnictvo/>*

³⁰ *Nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.*

³¹ *Zákon 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov*

rozhodnutia ošetrojúceho lekára, rozhodnutia súdu alebo bez rozhodnutia v prípade závažnom dlhotrvajúcom zhoršenom zdravotnom stave pacienta.

Ústavná zdravotná starostlivosť sa poskytuje prostredníctvom nemocníc, liečební, hospicov, domovov ošetrovateľskej starostlivosti, liečených kúpeľov, zariadení biomedicínskeho výskumu.³²

Lekárska zdravotná starostlivosť

Zahŕňa uchovávanie, prípravu, zabezpečovanie, kontrolu a výdaj liekov, zdravotníckych pomôcok aj prostredníctvom internetového výdaja. Taktiež sem patrí zhotovovanie zdravotníckych pomôcok, zabezpečovanie dietetických potravín, poskytovanie odborného poradenstva a informácií o liekoch.

Medzi zariadenia zaraďujeme nemocničné lekárne, verejné lekárne a ich pobočky, výdajne zdravotníckych pomôcok.

Všetky zariadenia ktoré tvoria sieť zdravotníckych poskytovateľov musia uzatvoriť zmluvu so zdravotnými poisťovňami ohľadom poskytovania zdravotnej starostlivosti. Ak zdravotnícke zariadenia získajú povolenie, môžu sa zriaďovať aj mimo tejto siete.³³

Na území svojho kraja vedie evidenciu zdravotníckych zariadení samosprávny kraj, zo svojho registra poskytuje údaje ministerstvu zdravotníctva, ktoré vedie centrálny register. Medzi subjekty ktoré poskytujú dozor nad prevádzkou zdravotníckych zariadení a kontrolujú poskytovanie zdravotníckych služieb patrí:

- **Ministerstvo zdravotníctva** – jeho hlavnou úlohou je strategické rozhodovanie v zdravotníctve a vykonávanie reforiem, zapája sa aj do takzvaného malého tripartizmu, v rámci ktorého sa o sociálnych otázkach zdravotníctva rokuje na úrovni zákonodarstva.
- **Samosprávny kraj** - krajský a okresný lekári, vedú evidenciu zdravotníckych zariadení a poskytnutých služieb v rámci svojho územia.
- **Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou** - kľúčovou funkciou tejto verejnej inštitúcie je sledovanie finančného správania zdravotných poisťovní a prichádzajúcich/ odchádzajúcich súm za poskytovanie zdravotníckych služieb. Úrad tiež vyšetruje jednotlivé spory týkajúce sa zdravotníckych služieb. Z politického hľadiska sa úrad zapája do diskusií o reformách a strategických zmenách v zdravotníctve a jeho financovaní.

³² Zákon 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov

³³ Zákon 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov

- **Profesijné združenia** – patrí sem napríklad Slovenská komora lekárov, Slovenská komora zubných lekárov, Slovenská komora zdravotných sestier a pôrodných asistentiek, Slovenská asociácia kúpeľov - tieto združenia zohrávajú dôležitú lobistickú funkciu a sú zároveň kľúčoví aktéri vo vybraných aspektoch flexibility. Ich úlohou nie je vyjednávať o mzdách a pracovných podmienkach, ale ovplyvňujú fungovanie systému zdravotnej starostlivosti zapojením sa do diskusií o normách pre konkrétne služby a kvalifikáciu zdravotníckych pracovníkov.³⁴
- **Súkromní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti** Pôsobia vo vybraných oblastiach zdravotnej starostlivosti na základe licencie ministerstva (napr. Jednoduchá chirurgia, zdravotnícke služby nevyžadujúce nemocničné ošetrovanie). Niektorí z týchto poskytovateľov sú výlučne súkromní, väčšina však uzavrela so zdravotnými poisťovňami zmluvu o výbere zdravotníckych služieb.³⁵

Zdravotné poisťovne

Trhový podiel verejných a súkromných zdravotných poisťovní je vyvážený, pričom existuje jedna veľká verejná a dve súkromné poisťovacie spoločnosti. Pacienti majú na výber, ale poskytovatelia zdravotnej starostlivosti musia mať uzavretú zmluvu s vybranou poisťovňou, aby mohli liečiť svojich pacientov. Hranice platieb za konkrétne služby, ako aj platby lekárom prvého kontaktu, za udržiavanie databáz pacientov sú predmetom rokovania medzi poisťovňou a poskytovateľom služieb.

V súčasnosti v Slovenskej republike existujú tri zdravotné poisťovne, z ktorých jedna je vo vlastníctve štátu a poisťuje 65% obyvateľstva, a ďalšie dve sú súkromné spoločnosti, ktoré spolu poisťujú 33% obyvateľstva.³⁶

Zdravotné poisťovne súťažia o poistencov na základe kvality a rozmanitosti svojich zmluvných služieb. Zdravotné poisťovne sú povinné poskytovať prístupnú zdravotnú starostlivosť podľa zákona. Zdravotné poisťovne plnia túto povinnosť uzatváraním zmlúv s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou je

³⁴ Hlavatý, T. *Správa o stave zdravotníctva na Slovensku*. Bratislava: Ministerstvo zdravotníctva SR, 2011. Dostupné na: www.health.gov.sk > Clanok > sprava-o-stave-zdravotnictva-na-slovensku

³⁵ Kahancová, M. et al. *Governing the health care sector in Slovakia*. 2013. Dostupné na: https://cel.si.sk/media/research_reports/RR5.pdf

³⁶ Kahancová, M. et al. *Governing the health care sector in Slovakia*. 2013. Dostupné na: https://cel.si.sk/media/research_reports/RR5.pdf

zodpovedný za dohľad nad trhmi zdravotného poistenia, poskytovania zdravotnej starostlivosti a nákupu zdravotnej starostlivosti.³⁷

Od roku 2005 sú všetky zdravotné poisťovne akciovými spoločnosťami, to znamená, že boli transformované z (verejných) fondov zdravotného poistenia na zdravotné poisťovne pôsobiace podľa Obchodného zákonníka. Od roku 2015 pôsobia na trhu tri zdravotné poisťovne, jedna štátna (s 63,6% podielom na trhu) a dve súkromné: Dôvera (27,7%) a Union, (8,7%).

Všetci obyvatelia Slovenska majú nárok na povinné zdravotné poistenie(PZP), s výnimkou osôb s platným zdravotným poistením v inej krajine, ktoré sa môžu týkať ich zamestnania, podnikania alebo dlhodobého pobytu. Systém povinného zdravotného poistenia sa vzťahuje aj osoby hľadajúce azyl a cudzincov, ktorí sú zamestnaní, študujú alebo podnikajú na Slovensku. Poistenci majú nárok na zdravotnú starostlivosť podľa podmienok stanovených v právnych predpisoch. Každý občan má rovnaké právo na uspokojenie svojich potrieb bez ohľadu na svoje sociálne postavenie alebo príjem.³⁸

Systém PZP je univerzálny, založený na solidarite a zaručuje slobodný výber zdravotnej poisťovne pre všetkých poistencov. Platba príspevkov je podmienkou poberania dávok zdravotnej starostlivosti na základe PZP. S výnimkou osoby, ktorej príspevky platí štát, sú všetci poistenci povinní platiť mesačné zálohové platby a každoročne vyrovnávať akýkoľvek nevyrovnaný zostatok z celkového príspevku PZP. V prípade porušenia tejto povinnosti majú poistenci nárok iba na pohotovostnú starostlivosť a zdravotná poisťovňa môže požadovať náhradu nákladov. V praxi nie je pokrytých približne 4% obyvateľov. Táto skupina pozostáva väčšinou z obyvateľov, ktorí oficiálne žijú a / alebo pracujú v zahraničí a platia svoje zdravotné poistenie v dočasnom mieste bydliska. Napriek rozsahu krytých služieb zdravotné poisťovne túžia prilákať nových poistencov poskytovaním doplnkových služieb, ako sú zľavy na lieky, úhrada spoluúčasti za niektoré lieky, vitamíny alebo služby zdravotnej starostlivosti; kratšie čakacie doby na chirurgický zákrok; širšie preventívne prehliadky alebo rôzne podporné elektronické služby.³⁹

Financovanie

³⁷ Zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

³⁸ Szalay, T. Slovakia: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2011; 13(2):1–200. Dostupné na http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf?ua=1

³⁹ Szalay, T. Slovakia: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2011; 13(2):1–200. Dostupné na http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf?ua=1

Vývoj

Po založení Slovenska v roku 1993 bol Bismarckov model povinného zdravotného poistenia (PZP) znovu zavedený zriadením Národného poisťovacieho fondu, ktorý bol zodpovedný za financovanie zdravotného, nemocenského a dôchodkového poistenia v mene ekonomicky neaktívneho obyvateľstva. V roku 1994 bol prijatý Zákon o zdravotnom poistení, ktorý umožnil založenie viacerých zdravotných poisťovacích fondov a zároveň definoval mechanizmus financovania PZP ako kombináciu príspevkov ekonomicky aktívneho obyvateľstva, zamestnávateľov a príspevkov štátu, ktorý prispieval za ekonomicky neaktívne obyvateľstvo. Aj cez všetky príspevky sa systém poskytovania zdravotnej starostlivosti nachádzal v deficite.⁴⁰

Kľúčovú úlohu pri zvyšovaní deficitu zohrali nedostatočné rozpočtové obmedzenia, nedostatočná regulácia v zdravotníctve, ako aj neúčinné vládne opatrenia. Reforma zdravotníctva v rokoch 2002 - 2006 bola preto zameraná predovšetkým na sprísnenie rozpočtových obmedzení, zvýšenie efektívnosti využívania zdrojov, ako aj na identifikáciu vnútorných rezerv systému. Súčasťou reformy bola transformácia zdravotných poisťovní, ktoré boli verejnými inštitúciami, na akciové spoločnosti.⁴¹

Od roku 1993 prešlo financovanie systému zdravotníctva niekoľkými zmenami. Medzi významné zmeny, ktoré ovplyvnili objem zdrojov v zdravotníctve, patrí prepojenie štátnych príspevkov v mene ekonomicky neaktívneho obyvateľstva s hospodárskym rastom, čo malo za následok zvýšenie týchto príspevkov zo 4% na 4,9% priemernej mzdy v roku 2009.

Od roku 2010 poskytuje slovenský zdravotný systém univerzálne pokrytie so širokou škálou výhod. Hlavnými zdrojmi príjmov v zdravotníctve sú príspevky platené zdravotným poisťovniam v rámci systému PZP. Patria sem príspevky zamestnancov a zamestnávateľov, samostatne zárobkovo činných osôb, dobrovoľne nezamestnaných a „štátom poistených“. Posledný uvedený termín sa používa pre významnú skupinu väčšinou ekonomicky neaktívnych ľudí, za ktorých štát platí príspevky (približne dve tretiny obyvateľstva a jedna tretina celkových zdrojov).

Príspevky vyberajú zdravotné poisťovne. Zdroje zdravotných poisťovní sú upravené o riziká podľa dvoch demografických predpokladov, vek a pohlavie poistených a od roku

⁴⁰ Szalay, T. *Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition*, 2011; 13(2):1–200. Dostupné na http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf?ua=1

⁴¹ Zachar, D. Reformné procesy v zdravotníctve - obdobie 2000-2012. In *Zdravotníctvo: Trhy, regulácia, politik*. INEKO 2013

2010 aj pre „štátom poistených“. V rokoch 2008 až 2011 mohli zdravotné poisťovne využívať svoj zisk iba na nákup zdravotnej starostlivosti. Súkromní poisťovatelia toto legislatívne opatrenie ostro kritizovali čo viedlo k medzinárodným arbitrážam proti Slovensku. Platby poskytovateľom podliehajú zmluve, ktorá určuje výšku platieb, druh a kvalitu služieb a platobný systém. Zdravotné poisťovne okrem toho financujú Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v pomere k ich príjmom.⁴²

Priame out of pocket platby, spoluúčasť a zdieľanie niektorých nákladov hrajú v štruktúre celkových zdrojov v systéme len malú úlohu.

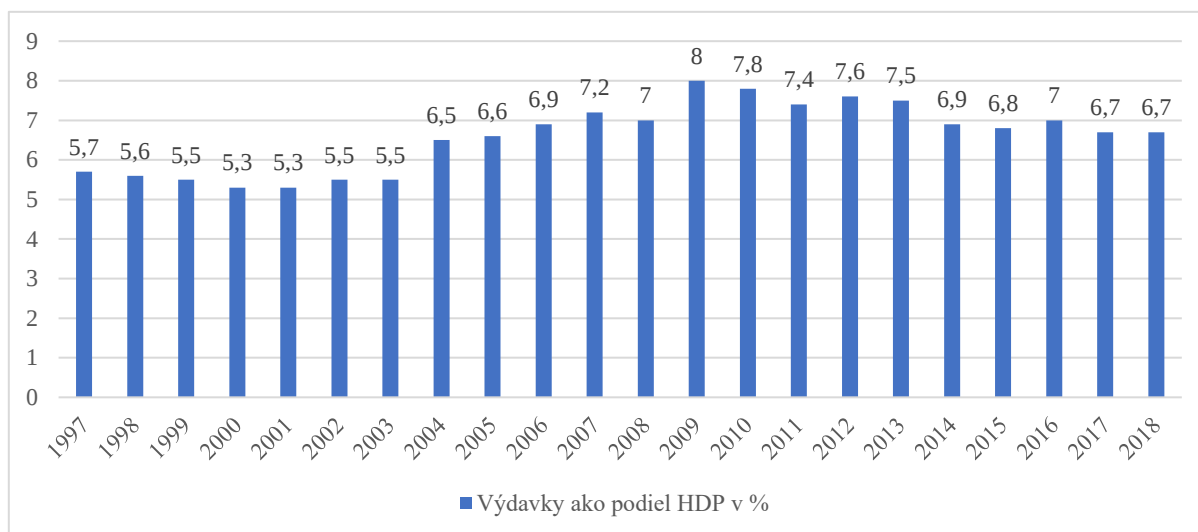
Tieto zmeny v štruktúre zdrojov v zdravotníctve sú dôsledkom reformy zákona o poisťovníctve z roku 2004, ktorá zaviedla tieto opatrenia:

- Zmena štátnych príspevkov v mene „poistených štátom“ na percentuálny podiel priemernej mesačnej mzdy. V minulosti bol štátny príspevok výsledkom politického rozhodnutia, ktorého výška bola závislá od štátneho rozpočtu.
- Zavedenie presnej definície „poistených štátom“. Zrušené boli príspevky platené Úradom práce, sociálnych vecí a rodiny pre nezamestnaných poistencov, ako aj platby Sociálnej poisťovne za poistencov v práceneschopnosti. Obe skupiny sa stali štátom poistenými.
- Stanovenie minimálneho a maximálneho vymeriavacieho základu ako funkcie reálnej ekonomiky. Predtým boli oba limity stanovené pevnou cenou, čo malo za následok problémy s valorizáciou.
- Zaviedlo sa ročné vyrovnanie príspevku PZP s cieľom konsolidovať finančný tok a zabrániť poistencom vyhnúť sa povinným príspevkom manipuláciou s úrovňou ich príjmu. Zároveň chráni ľudí, ktorí predtým platili vysoké príspevky (nad vymeriavacím základom) alebo ktorí majú dvojité príjmy (napríklad zamestnanie a vlastný podnik).⁴³

⁴² Szalay, T. *Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition*, 2011; 13(2):1–200. Dostupné na http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf?ua=1

⁴³ Szalay, T. *Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition*, 2011; 13(2):1–200. Dostupné na http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf?ua=1

Graf 1 : Vývoj výdavkov na zdravotníctvo v Slovenskej republike



Zdroj: Vlastné spracovanie podľa <https://stats.oecd.org/>

Decentralizácia systému zdravotnej starostlivosti

Niektoré štátne kompetencie boli prenesené zo štátu na osem samosprávnych krajov. Povinnosti samosprávnych krajov zahŕňajú vydávanie povolení na prevádzkovanie zdravotníckych zariadení, vyhlasovanie etických komisií, vydávanie povolení na biomedicínsky výskum, vedenie zdravotnej dokumentácie a zabezpečenie poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Samosprávne kraje tiež pomáhajú pri zlepšovaní siete poskytovateľov, v ktorých sa dostupnosť zdravotníckych služieb v regióne zhoršuje - napríklad vymenovaním lekára, keď majú pacienti ťažkosti s vyhľadáním všeobecného lekára alebo s prístupom k lekárskej starostlivosti. Samosprávne kraje prevzali kontrolu za monitorovanie poskytovania zdravotnej starostlivosti a môžu poskytovateľom zdravotnej starostlivosti ukladať sankcie za zanedbanie ich povinností. Sankcie zahŕňajú finančné pokuty a dočasné alebo trvalé zrušenie licencie. Právomoc zakázať poskytovateľa z trhu je silným právnym nástrojom. Samosprávne regióny spravidla ukladajú sankcie iba na odporúčenie Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.⁴⁴

V roku 1990 bola štátna správa decentralizovaná obnovením miestnej samosprávy na úrovni obcí. V roku 2002 sa samospráva zaviedla aj na regionálnej úrovni zriadením

⁴⁴ Kahancová, M. et al. *Governing the health care sector in Slovakia*. 2013. Dostupné na: https://celsi.sk/media/research_reports/RR5.pdf

samosprávnych krajov. Nasledovala decentralizácia právomocí a financií a politická decentralizácia. Decentralizácia v zdravotníctve bola zameraná na čiastočné delegovanie štátnej moci na samosprávne kraje. V roku 2003 prešlo vlastníctvo väčšiny štátnych zdravotníckych zariadení na samosprávne kraje a obce.

Koordinácia zdravotnej politiky medzi ministerstvom zdravotníctva a samosprávnymi regiónmi je problematická. Dôvodom je skutočnosť, že záujmy zvolených regionálnych vlád nie sú vždy v súlade so záujmami ministerstva zdravotníctva. Zavedením systému PZP na začiatku 90. rokov sa zodpovednosť za financovanie zdravotnej starostlivosti presunula na zdravotné poisťovne, tento krok však nebol sprevádzaný účinnými regulačnými nástrojmi. Tieto nástroje zostali na ministerstve zdravotníctva, ktoré nenesie priamu zodpovednosť za svoje rozhodnutia. To malo za následok obrovské dlhy v systéme.⁴⁵

Vďaka reforme zdravotníctva z roku 2004 získali zdravotné poisťovne väčší vplyv a stali sa nákupcami zdravotníckych služieb. Ministerstvo zdravotníctva udržalo regulačný nástroj vyžadujúci minimálnu sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Reforma zdravotníctva z roku 2004 tiež presunula monitorovacie právomoci v oblasti zdravotného poistenia, poskytovania a nákupu na nový nezávislý orgán, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

1.7 Systém zdravotnej starostlivosti Dánsko

Dánsko je malá a relatívne prosperujúca krajina v severnej Európe. Rovnako ako ostatné škandinávské krajiny, aj Dánsko sa vyznačuje silnou tradíciou sociálneho štátu s univerzálnym pokrytím zdravotníckych služieb, financovaných hlavne prostredníctvom daní. Prístup k zdravotníckemu systému, vrátane diagnostických a liečebných služieb je pre všetkých občanov bezplatný, s výnimkou určitých služieb, ako sú zubná starostlivosť, fyzioterapia a lieky, ktoré si vyžadujú spoluúčasť pacienta. Spravodlivosť a solidarita sú dôležitými základnými hodnotami systému a prieskumy ukazujú, že miera spokojnosti pacientov je stále vysoká. Systém má relatívne dobré výsledky, pokiaľ ide o kontrolu výdavkov a zavedenie organizačných a riadiacich zmien, ako je prechod na ambulantnú starostlivosť a zavedenie platieb založených na činnostiach.

⁴⁵ Szalay, T. *Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition*, 2011; 13(2):1–200. Dostupné na http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf?ua=1

V systéme zdravotnej starostlivosti je možné identifikovať niekoľko súčasných a budúcich výziev. Dáni majú kratšiu priemernú dĺžku života ako mnoho iných európskych krajín. Toto sa väčšinou pripisovalo problémom životného štýlu, ale spochybňovala sa aj výkonnosť zdravotníckeho systému, najmä v oblastiach, ako je liečba rakoviny a kardiovaskulárne choroby. Koordinácia starostlivosti sa tiež objavila ako všeobecný problém s potenciálom na zlepšenie a čakacie doby boli trvalým politickým problémom. Dánsky systém, rovnako ako mnoho iných európskych zdravotníckych systémov, čelí výzvam, pokiaľ ide o zabezpečenie prístupu a kvality, pričom zároveň udržiava náklady pod kontrolou. Starnutie obyvateľstva a rastúce očakávania týkajúce sa služieb sú faktormi, ktoré ovplyvňujú udržateľnosť systému verejného zdravia.⁴⁶

Decentralizácia systému

Dánsky systém zdravotníctva je riadený kombináciou vládnych inštitúcií, regiónov a obcí. Všetky tri úrovne majú demokraticky zvolené zhromaždenia a existuje tradícia decentralizácie riadenia a plánovania na regióny a obce. Systém možno charakterizovať ako pomerne decentralizovaný, pretože zodpovednosť za primárnu a sekundárnu zdravotnú starostlivosť nesú regióny a obce. V 70. a 80. rokoch sa dánsky zdravotnícky systém pretransformoval do decentralizovanej podoby. Nedávne reformy však systém v niektorých ohľadoch decentralizovali až príliš, pretože štát má v súčasnosti vyššiu regulačnú a riadiacu úlohu ako predtým.

Proces recentralizácie, znížil počet regiónov zo 14 na 5 a počet obcí z 275 na 98. Prístup k širokému spektru zdravotníckych služieb je pre všetkých obyvateľov väčšinou bezplatný. Zdravotnícky systém je organizovaný podľa troch administratívnych úrovní: štátnej, regionálnej a miestnej. Plánovanie a regulácia sa uskutočňujú na štátnej aj miestnej úrovni. Štát má celkové regulačné a dozorné funkcie, ako aj fiškálne funkcie, ale stále viac preberá zodpovednosť aj za konkrétnejšie plánovacie činnosti, ako je monitorovanie kvality a plánovanie distribúcie na úrovni nemocníc.⁴⁷

Subjekty a ich úlohy

Úloha vlády v systéme zdravotnej starostlivosti

⁴⁶ MINISTRY OF HEALTH. Healthcare in Denmark—An Overview. 2016. ISBN: 978-87-7601-365-3. Dostupné na: <https://www.healthcaredenmark.dk/media/ykedbhs1/healthcare-dk.pdf>

⁴⁷ Olejatz, M. et al. *Denmark: Health system review*. 2012. Dostupné na: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf?ua=1

Univerzálny prístup k zdravotnej starostlivosti je základnou zásadou zakotvenou v dánskom zákone o zdraví, ktorý stanovuje povinnosť vlády podporovať zdravie obyvateľstva a predchádzať chorobám, utrpeniu a funkčným obmedzeniam a liečiť ich. Medzi ďalšie základné princípy patrí vysoká kvalita; ľahký a rovnaký prístup k starostlivosti; integrácia služieb; výber; transparentnosť; prístup k informáciám; a krátke čakacie doby na starostlivosť.

Zákon tiež ukladá zodpovednosť za poskytovanie zdravotníckych služieb regiónom a obciam. Národná vláda stanovuje regulačný rámec pre zdravotnícke služby a zodpovedá za všeobecné plánovanie a dohľad. Päť administratívnych regiónov riadených demokraticky zvolenými radami je zodpovedných za plánovanie a poskytovanie špecializovaných služieb, ale má aj úlohy súvisiace so špecializovanou sociálnou starostlivosťou a koordináciou. Regióny vlastnia, spravujú a financujú nemocnice a väčšinu služieb, ktoré poskytujú praktickí lekári, fyzioterapeuti, zubári a farmaceuti. Obce sú zodpovedné za financovanie a poskytovanie domácej starostlivosti o chorých, domácich sestier, niektorých stomatologických služieb, školských zdravotníckych služieb, pomoci v domácnosti a liečby závislosti od drog a alkoholu. Obce sú tiež zodpovedné za všeobecné preventívne a rehabilitačné úlohy; regióny sú zodpovedné za špecializovanú rehabilitáciu.⁴⁸

Všeobecná regulácia, plánovanie a dohľad nad zdravotníckymi službami vrátane mechanizmov kontroly nákladov sa uskutočňujú na vnútroštátnej úrovni prostredníctvom Ministerstva Zdravotníctva a Dánskeho úradu pre zdravie, Dánskej agentúry pre lieky a Dánskeho úradu pre bezpečnosť pacientov.

Vnútroštátne orgány sú zodpovedné za všeobecný dohľad nad zdravotníckym personálom a za rozvoj riadenia kvality v súlade s vnútroštátnymi klinickými usmerneniami a normami, zvyčajne v úzkej spolupráci so zástupcami zdravotníckych spoločností. Tieto orgány majú tiež dôležitú úlohu pri plánovaní umiestnenia špecializovaných služieb, schvaľovaní regionálnych nemocničných plánov a uzatváraní povinných „zdravotných dohôd“ medzi regiónmi a obcami na koordináciu poskytovania služieb.⁴⁹

Posúdenia zdravotníckych technológií sa vyvíjajú na regionálnej úrovni, zatiaľ čo vnútroštátne orgány robia porovnávacie štúdie účinnosti (produktivity), ktoré sa pravidelne

⁴⁸ Mossialos, E. et al. 2015 *international profiles of health care systems*. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2016. Dostupné na: <https://da7648.approby.com/m/679d3f31e43c2e4e.pdf>

⁴⁹ WORLD HEALTH ORGANIZATION, et al. Highlights on health in Denmark 2004. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006. Dostupné na: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/103846/E88545.pdf?ua=1

uverejňujú a ktoré umožňujú regiónom a správcom nemocníc porovnávať výkonnosť jednotlivých nemocničných oddelení.

Regióny majú na starosti definovanie a prevádzkovanie nemocničných služieb, dohľad a vyplácanie praktických lekárov a špecialistov. Obce zohrávajú dôležitú úlohu v prevencii, podpore zdravia a dlhodobej starostlivosti. Sadzby pre praktických lekárov a praktických odborníkov sú stanovené prostredníctvom vnútroštátnych dohôd. Združenia lekárov rokujú s kolektívnym orgánom regiónov vrátane zástupcov štátu. Regióny môžu uzavrieť ďalšie regionálne dohody týkajúce sa konkrétnych služieb.⁵⁰

Národná webová stránka (sundhed.dk)

Pomáha pacientom pri výbere vhodnej služby. Organizované skupiny pacientov sa zapájajú do tvorby politík na celoštátnej, regionálnej a komunálnej úrovni. Ombudsman pre pacientov rieši ich sťažnosti a žiadosti o kompenzácie, zhromažďuje informácie o chybách pre zlepšenie systému sa a poskytuje informácie o liečbe v zahraničí.

Medzi aspekty starostlivosti, ktoré sú ovplyvnené výsledkami regionálneho porovnávania a ktoré sa zverejňujú online, patria výdavky na administráciu; výdavky na podporné funkcie; organizácia a riešenie slobodného výberu (súkromného poskytovateľa); a psychiatria, liečenie obezity, vybrané lekárske procedúry, operácie kolena, operácie ramena, tepelné ošetrenie a operácie chrbta.⁵¹

Financovanie

Regióny a obce

Obce sa financujú prostredníctvom daní z príjmu (miestne stanovené sadzby, vybrané centrálné) a blokových grantov od štátu, zatiaľ čo regióny sú financované štátom (daň z príjmu, DPH, dane z konkrétneho tovaru atď.). Štruktúra financovania odráža pokusy o kontrolu nákladov prostredníctvom globálneho rozpočtovania a horných limitov obratu súkromných poskytovateľov. Odzrkadľuje tiež úsilie zamerané na posilnenie podpory zdravia a zodpovednosti pacientov, prostredníctvom slobodného výberu nemocnice ktoré sú financované podľa služieb ktoré poskytujú. Obciam sa tiež poskytuje finančný stimul, ktorý by ich mal motivovať k vytváraniu vhodných podmienok pre udržanie a zlepšovanie zdravia ich občanov.

⁵⁰ Vallgarda, S. *Health care systems in transition: Denmark. Clinical Medicine*, 2001, 3.3/7: 464-469. Dostupné na: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf?ua=1

⁵¹ Mossialos, E. et al. *2015 international profiles of health care systems*. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2016. Dostupné na: <https://da7648.approbys.com/m/679d3f31e43c2e4e.pdf>

Verejne financovaná zdravotná starostlivosť pokrýva všetky základné, odborné, nemocničné a preventívne služby, ako aj služby duševného zdravia a dlhodobej starostlivosti. Zubné služby sú plne kryté pre deti mladšie ako 18 rokov. Podporujú sa ambulantné lieky na predpis, zubná starostlivosť pre dospelých, fyzioterapia a optometria. Domáca starostlivosť a hospicová starostlivosť sú organizované a financované regiónmi. Regióny rozhodujú o úrovni služieb a nových lekárskeho ošetrovaní v rámci vnútroštátnych zákonov, dohôd, usmernení a noriem. Obce rozhodujú o úrovni služieb pre väčšinu ostatných sociálnych služieb.

Príjmy sa pridelujú regiónom a obciam, väčšinou ako blokované granty, s čiastkami upravenými o demografické a sociálne rozdiely; tieto granty financujú 77 percent regionálnych aktivít. Menšia časť štátneho financovania regionálnych a komunálnych služieb je založená na činnostiach alebo je viazaná na konkrétne prioritné oblasti, zvyčajne definované v ročných hospodárskych dohodách medzi národnou vládou a obcami alebo regiónmi. Zostávajúcich 20 percent financovania regionálnych služieb pochádza z komunálnych platieb založených na činnostiach, ktoré sú financované kombináciou miestnych daní a blokovaných grantov.⁵²

Finančné toky

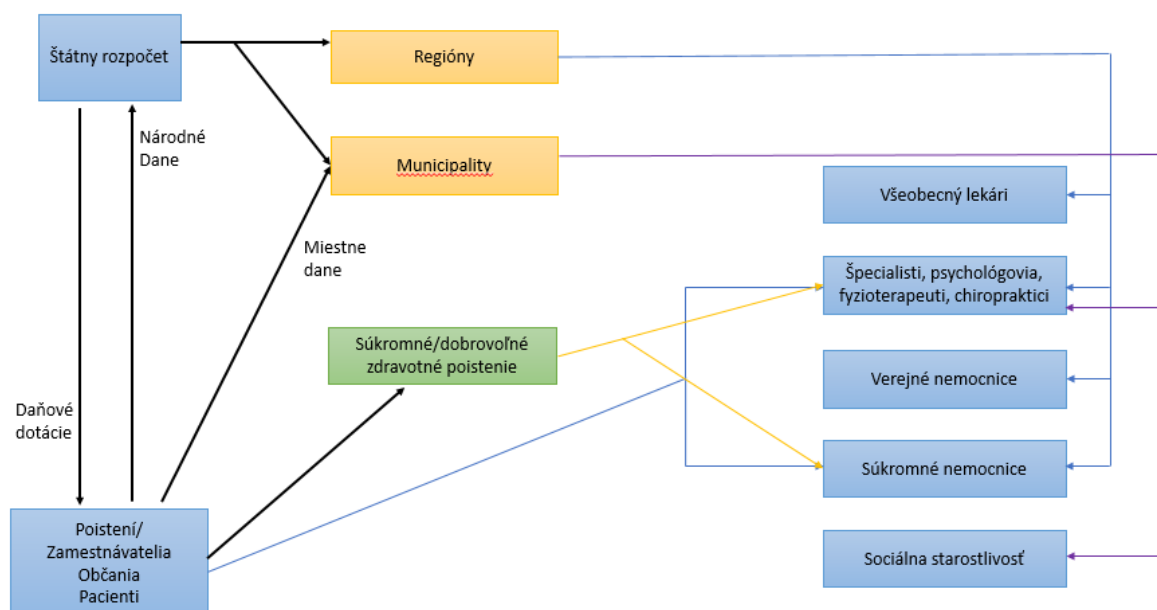
Národná vláda odvodzuje väčšinu svojich príjmov z dane z príjmu fyzických osôb splatnej zo mzdy a takmer zo všetkých ostatných foriem príjmu, vrátane ziskov z podnikov v osobnom vlastníctve, niekoľkých ďalších daní zo všetkých príjmov z fyzických osôb a DPH. Obce odvodzujú svoj príjem z pomernej dane z príjmu a blokovaných grantov od štátu. Obec formálne stanovuje sadzby daní sama, ale v skutočnosti sú sadzby miestnych daní stanovené v medziach dohodnutých s národnou vládou.

Regióny, ktoré sú zodpovedné za poskytovanie nemocničných služieb, všeobecnými lekármi, psychológmi, fyzioterapeutmi a niekoľkými ďalšími malými poskytovateľmi, sú financované štátnou vládou a obcami kombináciou blokovaných grantov a financovania založeného na činnostiach. Približne 19% nákladov na zdravotnú starostlivosť sa financuje z out of pocket platieb, najmä na lieky predpísané mimo nemocnice, stomatologické služby a okuliare.⁵³

⁵² Vallgarda, S. *Health care systems in transition: Denmark. Clinical Medicine*, 2001, 3.3/7: 464-469. Dostupné na: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf?ua=1

⁵³ Mossialos, E.. *2015 international profiles of health care systems*. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2016. Dostupné na: <https://da7648.approbys.com/m/679d3f31e43c2e4e.pdf>

Obrázok 3. Prehľad finančných tokov



Zdroj: Vlastné spracovanie podľa: <https://da7648.approby.com/m/679d3f31e43c2e4e.pdf>

Občania si môžu zaobstarat' dobrovoľné zdravotné poistenie za účelom zdieľania rizika aj prostredníctvom out of pocket platieb. Rovnako si DZP môžu zaplatiť aj zamestnávateľa. Náklady zamestnávateľov sú čiastočne kompenzované znížením podnikových daní, ak sú všetci zamestnanci dobrovoľne zdravotne poistení.⁵⁴

⁵⁴ Mossialos, E. et al. 2015 *international profiles of health care systems*. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2016. Dostupné na: <https://da7648.approby.com/m/679d3f31e43c2e4e.pdf>

2 Cieľ práce, metodika práce a metódy skúmania

Hlavným cieľom diplomovej práce je analýza rozpočtového zabezpečenia zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike a Dánsku. Vybrali sme si ukazovatele ktoré sa bežne používajú na porovnávanie systémov zdravotnej starostlivosti a skúmali sme či spôsob financovania a veľkosť výdavkov na zdravotníctvo majú vplyv na jeho výkonnosť.

Prvá kapitola práce obsahuje dva čiastkové ciele a to konkrétne teoretické rozpracovanie problematiky zdravotnej starostlivosti a jej formy. Druhým čiastkovým cieľom je problematika financovania zdravotníctva, získavania zdrojov a definuje základné modely financovania zdravotnej starostlivosti. Taktiež prináša prehľad rozpočtového zabezpečenia zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike a Dánsku.

Kapitola výsledok práce je rozdelený na dve časti. V prvej časti je detailne rozobratá podstata zdrojov v zdravotníctve a porovnáva financovanie zdravotníctva v krajinách Európskej Únie na základe finančných ukazovateľov. Samostatné podkapitoly sú venované finančným zdrojom zdravotníctva na Slovensku a v Dánsku. Druhá časť porovnáva na základe vybraných ukazovateľov už len systémy zdravotnej starostlivosti vybraných krajín. Ukazovatele sú zamerané na porovnanie systémov cez výdavky na zdravotníctvo, efektívnosť a dostupnosť systému pre pacientov a tiež liekovú politiku a digitalizáciu zdravotníctva.

Zo zistených údajov v závere vyhodnotíme aký majú finančné zdroje v zdravotníctve vplyv na jeho výkonnosť a či je možné podľa spôsobu financovania rozhodnúť ktorý systém dosahuje lepšie výsledky.

Metodika práce

Na vypracovanie diplomovej práce sme využili viaceré metódy. V začiatkovej fáze sme pomocou štúdia domácej a zahraničnej literatúry získali teoretické poznatky, ktoré poslúžili ako základ pre ďalšie pokračovanie v práci. Uplatnením abstrakcie, jedného zo základných vedeckých nástrojov, sme si vyselekovali len poznatky dôležité pre ďalší postup. Zistené informácie nám napomohli k lepšiemu pochopeniu a spracovaniu danej problematiky.

Pri spracovávaní dát pracujeme s metódami indukcie a dedukcie. Indukcia, alebo induktívne myslenie funguje na spôsobe, od konkrétnych pozorovaní k širším teóriám. Neformálne sa nazýva aj prístup „zdola nahor“. Pri induktívnom zdôvodňovaní začneme konkrétnymi pozorovaniami a opatreniami, začneme zisťovať súvislosti a zákonitosti, formulujeme predbežné hypotézy, ktoré môžeme preskúmať, a nakoniec vypracujeme všeobecné závery alebo teórie. Dedukcia funguje od všeobecnejšieho k špecifickjšiemu.

Niekedy sa to neformálne nazýva prístup „zhora nadol“. Mohli by sme začať premýšľaním o rôznych pohľadoch na teóriu našej témy. Potom zúžime pozorovanie na konkrétnejšie hypotézy, ktoré môžeme otestovať. Čím uskutočníme viac pozorovaní, ktoré sa zaoberajú hypotézami, tým viac sa zužuje objekt nášho skúmania. To nás v konečnom dôsledku vedie k tomu, aby sme mohli overiť hypotézy pomocou konkrétnych údajov - potvrdenie (alebo vyvrátenie) našich pôvodných teórií.

Pri získavaní potrebných údajov sme vychádzali z verejne dostupných zdrojov, ktoré predstavovali odborné vedecké články a publikácie, webové stránky zaoberajúce sa danou problematikou a štatistických súborov EUROSTATU a OECD. Zo zozbieraných údajov sme zostavili grafy pre lepšiu predstavu o hodnotách daných ukazovateľov.

Na opis grafov sme využili metódu deskriptívnej štatistiky, keďže cieľom našej práce nie je výskum ale opis a porovnávanie. Deskriptívna štatistika slúži na vytvorenie lepšieho prehľadu o porovnávaných dátach, ktoré sa môžu zdať neprehľadné. Lepší prehľad sa dá dosiahnuť využitím opisných charakteristík, tabuliek a grafov.

Metódou komparácie dát sme porovnali systémy zdravotnej starostlivosti vo vybraných krajinách na základe nami zvolených ukazovateľov. Porovnávali sme napríklad veľkosť výdavkov k HDP, veľkosť výdavkov na obyvateľa, výdavky podľa druhu poskytovanej starostlivosti ale rovnako aj ukazovatele efektívnosti ako miera dožitia, ale veľkosť výdavkov na prevenciu a tiež dostupnosť systému, cez počet lekárov alebo spokojnosť pacientov.

Zo získaných výsledkov sme vyvodili závery našej práce.

3 Výsledky práce- Praktická časť

3.1 Podstava zdrojov v zdravotníctve

Dostatok zdrojov je pre dobre fungujúci zdravotný systém rozhodujúci. Viac zdrojov sa však automaticky nepremiata do lepších zdravotných výsledkov - dôležitá je aj efektívnosť výdavkov. Výdavky na zdravotníctvo na obyvateľa a ako podiel na HDP sumarizujú celkovú dostupnosť zdrojov. Celkovo majú krajiny s vyššími výdavkami na zdravotníctvo a väčším počtom zdravotníckych pracovníkov lepšie výsledky v oblasti zdravia, kvality a prístupu k zdravotnej starostlivosti. Avšak, celkové množstvo investovaných zdrojov nie je dokonalým predpokladom lepších výsledkov - dôležité je aj efektívne využívanie zdrojov.

Výška výdavkov na zdravotnú starostlivosť v krajine, pokrýva individuálne potreby ako aj zdravie obyvateľstva ako celku, a to ako sa mení v priebehu času závisí od širokého spektra demografických, sociálnych a ekonomických faktorov, ako aj od financovania a organizačného usporiadania systému. V mnohých európskych krajinách došlo k výrazným zmenám vo výške výdavkov na zdravotníctvo. Vo väčšine európskych krajín sa za posledné roky celkovo zvýšil rast výdavkov na zdravotníctvo.⁵⁵

Výdavky na zdravie udávajú mieru konečnej spotreby zdravotníckych výrobkov a služieb (tj. Bežné výdavky na zdravie). Patria sem výdavky na všetky druhy finančných opatrení ako lekárske služby a tovar, programy zdravotnej starostlivosti a prevenciu obyvateľstva, ako aj správu zdravotníckeho systému.

Pomer výdavkov na nákup zdravotníckych výrobkov a služieb v porovnaní s celkovými výdavkami v ekonomike sa môže v priebehu času meniť v dôsledku rozdielov v raste výdavkov na zdravotníctvo v porovnaní s celkovým hospodárskym rastom. Počas deväťdesiatych a začiatkom dvadsiatych rokov výdavky na zdravotníctvo v krajinách Európskej únie vo všeobecnosti rástli rýchlejšim tempom ako zvyšok ekonomiky, čo viedlo k takmer nepretržitému zvyšovaniu pomeru výdavkov na zdravotníctvo k HDP. Po období nestability počas hospodárskej krízy, zostal podiel výdavkov v posledných rokoch relatívne stabilný. Rast výdavkov na zdravotníctvo sa vo všeobecnosti zhodoval s celkovým hospodárskym rastom.

⁵⁵ OECD, *Health at a glance: Europe 2016: State of health in the EU cycle*. OECD, 2016. Dostupné na: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/health_glance_2016_rep_en.pdf

Rozdiely vo výške výdavkov na zdravotnú starostlivosť na obyvateľa, môžu byť výsledkom rozdielov v cenách za zdravotnícky tovar a služby a starostlivosti, ktorú si obyvatelia môžu dovoliť. Rozdelenie výdavkov na zdravotníctvo medzi tovar a služby, umožňuje ekonómom lepšie porozumieť, čo vedie k rozdielom a na základe toho je možné stanoviť opatrenia ktoré by prinášali spotrebiteľom čo najväčší úžitok. Opatrenia sa môžu líšiť na základe toho, čo spôsobuje rozdiely vo výške výdavkov.⁵⁶

Vo všeobecnosti existuje vysoká korelácia medzi cenami v krajine a úrovňou jej bohatstva. Ceny predmetov dlhodobej spotreby (napr. Automobilov) sa líšia menej ako ceny služieb (napr. Vzdelanie a zdravie). Rozdiely v cenách v sektore zdravotníctva, ktorý je náročný od pracovnej sily, sú preto zvyčajne väčšie ako priemerné cenové rozdiely v hospodárstve, pričom vysoko príjmové krajiny majú vyššie ceny za zdravotnú starostlivosť v porovnaní s krajinami s nízkymi príjmami. Odstránením cenových rozdielov zdravotníckych tovarov a služieb medzi krajinami, môžeme získať predstavu o spotrebovanom množstve zdravotníckych služieb. Cieľom je zníženie rozdielov medzi krajinami s relatívne vyššími príjmami v porovnaní s krajinami s nižšími príjmami.

Rôzne spôsoby financovania, všeobecne rozdelené podľa ich povinnej alebo dobrovoľnej povahy, poskytujú pokrytie nákladov na zdravotnú starostlivosť zakúpením zdravotníckych služieb. Vládne programy financovania, organizované na vnútroštátnej alebo regionálnej úrovni alebo pre konkrétne skupiny obyvateľstva, automaticky zaručujú jednotlivcom starostlivosť založenú na rezidencii. Zároveň stanovujú spôsob ktorým sa uhrádzajú výdavky na zdravotnú starostlivosť. Najbežnejšou formou je, že obyvatelia sú súčasťou systému povinného zdravotného poistenia (prostredníctvom verejných alebo súkromných subjektov), ktorý potom pokryje väčšinu ich výdavkov na zdravotnú starostlivosť. Napriek takmer všeobecnému pokrytiu zdravotnej starostlivosti vo väčšine krajín, zostávajú priame výdavky domácností, dôležitým prvkom financovania zdravotníctva. Podobne v mnohých krajinách, tvorí dobrovoľné zdravotné poistenie v rôznych formách významnú časť zdrojov zdravotníctva.⁵⁷

Zatiaľ čo tovary a služby zdravotnej starostlivosti sa nakupujú prostredníctvom rôznych systémov financovania, musia tieto systémy získavať príjmy na financovanie

⁵⁶ OECD (2019), *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.

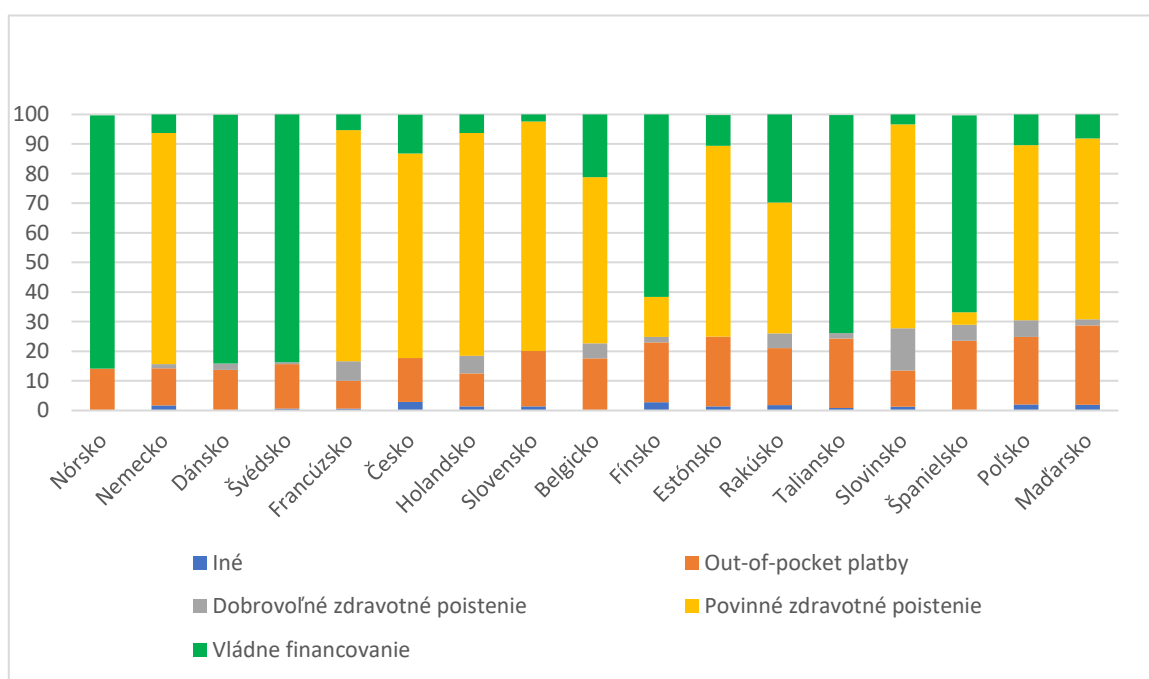
⁵⁷ WORLD HEALTH ORGANIZATION, et al. *Global spending on health: a world in transition*. World Health Organization, 2019. Dostupné na: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330357/WHO-HIS-HGF-HF-WorkingPaper-19.4-eng.pdf?ua=1>

výdavkov, pričom sa často spoliehajú na rôzne typy zdrojov. Analýza finančných tokov od zdrojov až do systémov poskytuje komplexnejšie pochopenie toho, ako sú zdravotnícke služby financované.

3.1.1 *Financovanie zdravotníctva v krajinách Európskej únie*

Naprieč krajinami Európskej únie je zdravotná starostlivosť financovaná prostredníctvom kombinácie rôznych systémov financovania. V niektorých krajinách sa výdavky na zdravotníctvo vo všeobecnosti obmedzujú na výdavky vlády, ktoré využívajú všeobecné príjmy. V iných krajinách, povinné zdravotné poistenie financuje väčšinu výdavkov na zdravotníctvo. Okrem štátnych výdavkov a povinného poistenia zahŕňa financovanie zdravotnej starostlivosti najmä platby domácností (buď ako samostatné platby alebo ako súčasť dohôd o spoluúčasti), ako aj rôzne formy dobrovoľného zdravotného poistenia určené na nahradenie alebo doplnenie verejne krytej zdravotnej starostlivosti.

Graf 2: Výdavky na zdravotníctvo podľa spôsobu financovania

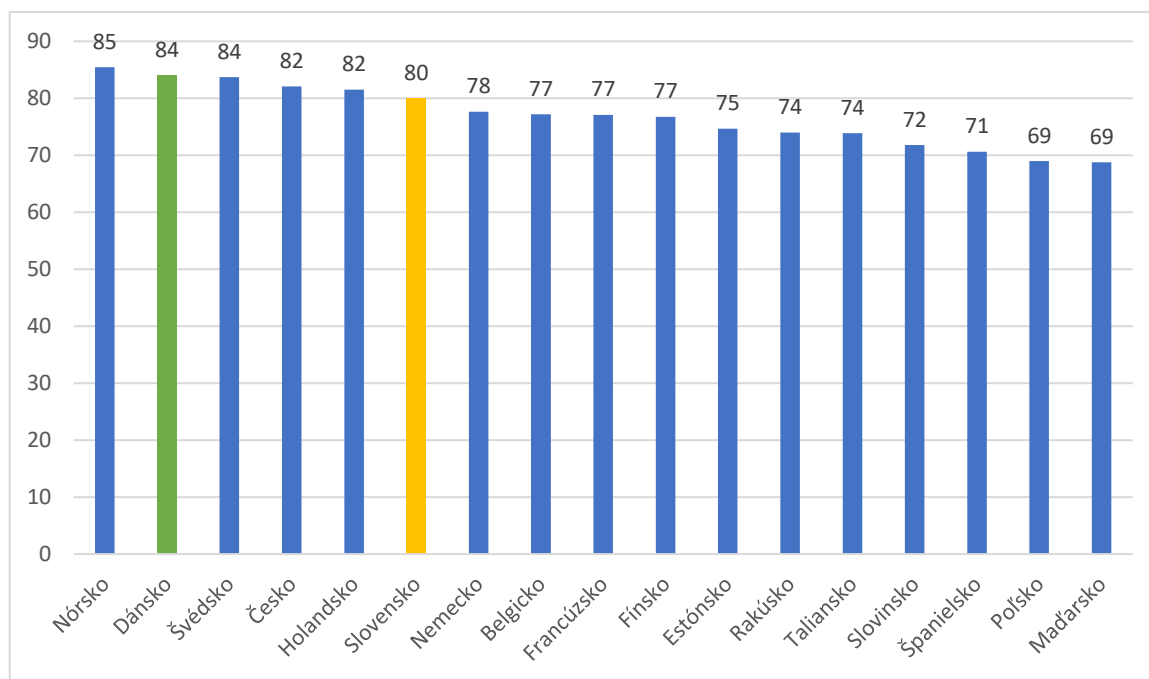


Zdroj: vlastné spracovanie podľa <https://stats.oecd.org/>

Vo väčšine krajín EÚ sú vládne systémy a povinné zdravotné poistenie hlavnými zdrojmi financií v zdravotníctve. Viac ako tri štvrtiny všetkých výdavkov na zdravotnú starostlivosť v Európskej únii boli v roku 2018 financované prostredníctvom vládnych

systémov a povinného zdravotného poistenia.⁵⁸ V Dánsku, Švédsku a Nórsku financujú centrálné, regionálne alebo miestne vlády viac ako 80% všetkých výdavkov na zdravie. V Nemecku, Slovenskej republike, Holandsku, Francúzsku a Českej republike sa z povinného zdravotného poistenia financuje viac ako 70% všetkých výdavkov na zdravotníctvo, čo z neho robí dominantný systém financovania.

Graf 3. Podiel verejných zdrojov na celkových výdavkoch zdravotníctva (%)



Zdroj: vlastné spracovanie podľa <https://stats.oecd.org/>

Väčšina zdrojov pochádza zo všeobecných príjmov, najmä vybraných prostredníctvom daní, ktoré sa potom pridelujú cez rozpočtový proces na rôzne úrovne verejnej správy. Jednotlivci si môžu zakúpiť súkromné zdravotné poistenie, čo znamená platenie pravidelného poistného do fondu, z ktorého sú potom pokryté ich výdavky. Časť poistného môže zaplatiť ich zamestnávateľ alebo môže byť dotovaná vládou. Obyvatelia tiež financujú systémy priamymi platbami, pričom platia za služby v celom rozsahu alebo len ich pomernú časť. Ďalšie zdroje financovania predstavujú dary alebo príjmy z investícií

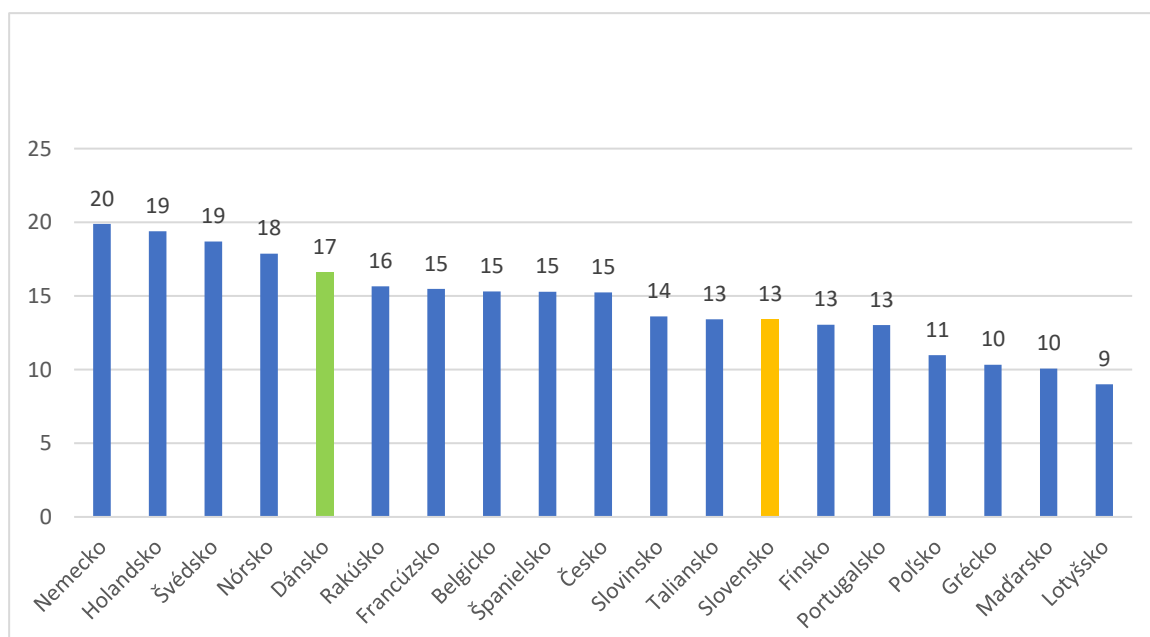
⁵⁸ OECD (2019), Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.

alebo iných komerčných operácií. Finančné prostriedky možno získať aj z medzinárodných zdrojov, prostredníctvom dvojstranných dohôd medzi zahraničnými vládami.⁵⁹

Verejné zdroje v priemere predstavujú okolo 71% financií na krytie výdavkov zdravotnej starostlivosti. V Dánsku je verejné financovanie hlavným zdrojom výdavkov na zdravotnú starostlivosť (84%). V iných krajinách vlády neplatia priamo za väčšinu zdravotníckych služieb, ale poskytujú transfery a dotácie do iných systémov

Vlády sú zodpovedné za financovanie mnohých verejných služieb a zdravotníctvo súťaží s inými sektormi, ako sú vzdelávanie alebo obrana. Úroveň verejného financovania zdravotníctva je určená faktormi, ako je typ zavedeného systému zdravotníctva, demografické zloženie obyvateľstva a vládna politika. Rozpočtové priority sa môžu meniť z roka na rok z dôvodu politického rozhodovania a ekonomických vplyvov. Verejné výdavky na zdravotníctvo (prostredníctvom vládnych transferov a príspevkov na sociálne poistenie) predstavujú v priemere 15% celkových vládnych výdavkov.

Graf 4. Podiel výdavkov na zdravotníctvo z celkových vládnych výdavkov (%)



Zdroj: vlastné spracovanie podľa <https://stats.oecd.org/>

Suma, ktorú krajina vynakladá na zdravotnú starostlivosť vo vzťahu ku všetkým ostatným tovarom a službám v ekonomike, závisí od rastu výdavkov na zdravotníctvo, ako

⁵⁹ OECD. *Health at a glance: Europe 2016: State of health in the EU cycle*. OECD, 2016. Dostupné na: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/health_glance_2016_rep_en.pdf

aj od celkového ekonomického rastu. V Nemecku, Holandsku, Švédsku sa na zdravotníctvo prideľuje jedno euro z každých piatich EUR vládnych výdavkov. Na druhej strane v Lotyšsku tento pomer predstavuje menej ako jedno z každých desiatich eur, ktoré vlády vynaložia.

Po vládnych systémoch a povinnom zdravotnom poistení tvoria hlavným zdrojom financovania priame platby obyvateľov. Domácnosti priamo financovali v roku 2018 15% všetkých výdavkov EÚ na zdravotníctvo. Tento podiel tvoril v Taliansku (25%) a Španielsku (23%), Poľsku (24%), zatiaľ čo v krajinách ako Francúzsko (7%), Holandsko (12%) a Nemecko (13%). Hoci dobrovoľné zdravotné poistenie nie je dominantným systémom financovania, zohráva tiež významnú časť celkových výdavkov na zdravotníctvo napríklad v Slovinsku (15%), Francúzsku (14%).⁶⁰

Výdavky na zdravotníctvo v pomere k HDP

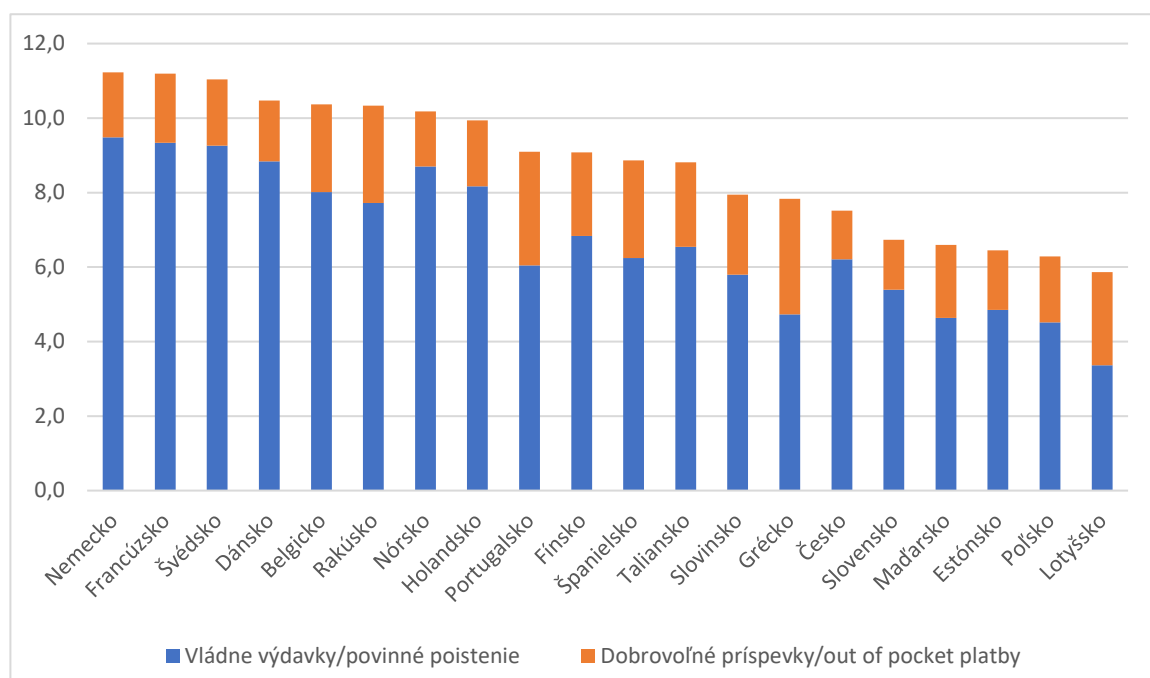
Na lepšie pochopenie rozdielov vo výdavkoch na zdravie by sa mal zvážiť pomer výdavkov k HDP a pomer výdavkov na zdravie na obyvateľa. Kým krajiny s vyššími príjmami majú tendenciu venovať viac prostriedkov na zdravotnú starostlivosť, niektoré krajiny s relatívne vysokými výdavkami na zdravotnú starostlivosť na obyvateľa, môžu mať relatívne nízky pomer výdavkov na zdravie k HDP a naopak.⁶¹

Pomer výdavkov k HDP krajiny je suma, ktorú krajina vynakladá na zdravotnú starostlivosť vo vzťahu ku všetkým ostatným tovarom a službám v ekonomike, závisí od rastu výdavkov na zdravotníctvo, ako vývoja hospodárstva krajiny ako celku.

⁶⁰ OECD (2019), *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.

⁶¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION, et al. *Global spending on health: a world in transition*. World Health Organization, 2019. Dostupné na: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330357/WHO-HIS-HGF-HF-WorkingPaper-19.4-eng.pdf?ua=1>

Graf 5: Výdavky na zdravotníctvo ako podiel HDP (%)



Zdroj: vlastné spracovanie podľa <https://stats.oecd.org/>

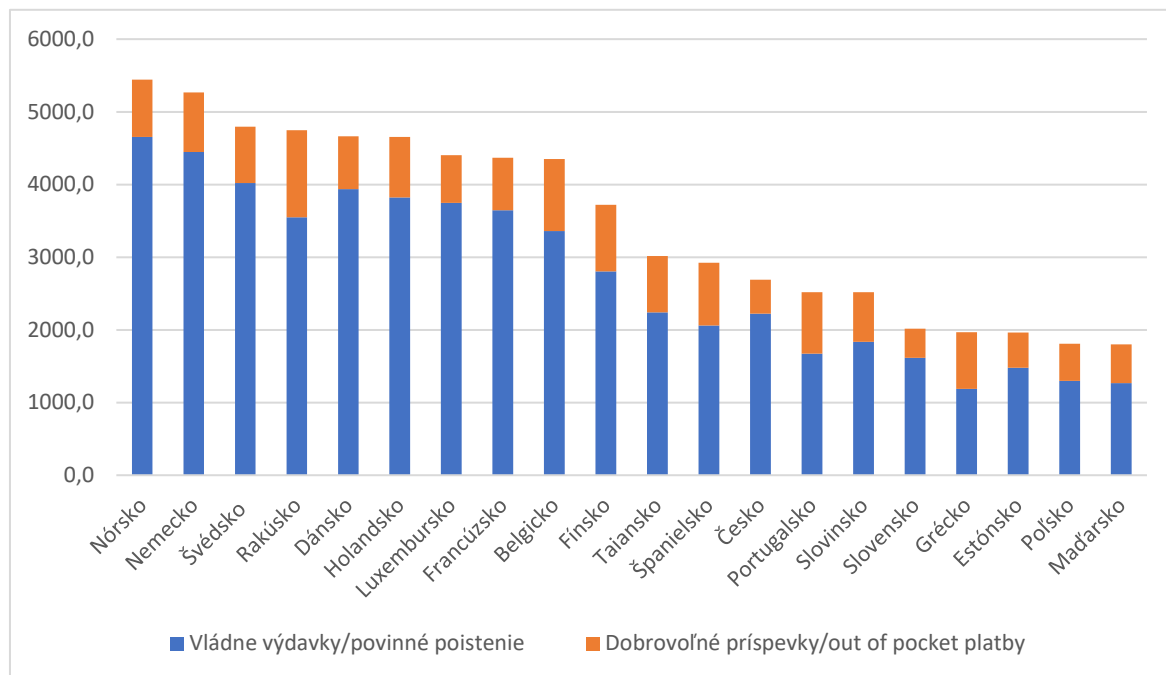
V roku 2018 výdavky na zdravotníctvo v EÚ predstavovali celkovo v priemere 9,9% s HDP. Tento údaj sa viac-menej nezmenil oproti úrovni minulých rokov. V rámci jednotlivých členských štátov EÚ vynaložilo Nemecko, Švédsko a Francúzsko na zdravotníctvo okolo 11% HDP, po nich nasledovali Holandsko a Dánsko (10,8%). Z krajín EÚ bol podiel výdavkov na zdravotníctvo na HDP najnižší v Lotyšsku, Estónsku a Poľsku, v rozmedzí od 5,0% do 6,3%

Výdavky per capita

Koľko krajina vynakladá na zdravotníctvo a miera, akou tieto výdavky rastú, môže byť výsledkom širokého spektra sociálnych a ekonomických faktorov, ako aj finančných a organizačných štruktúr zdravotníckeho systému krajiny. Zároveň existuje silný vzťah medzi celkovou úrovňou príjmu krajiny a tým, koľko bude obyvateľstvo tejto krajiny utrácať za zdravie.⁶²

⁶² WORLD HEALTH ORGANIZATION, et al. *Global spending on health: a world in transition*. World Health Organization, 2019. Dostupné na: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330357/WHO-HIS-HGF-HF-WorkingPaper-19.4-eng.pdf?ua=1>

Graf 6. Zdravotné výdavky na obyvateľa v EUR, za rok 2018.



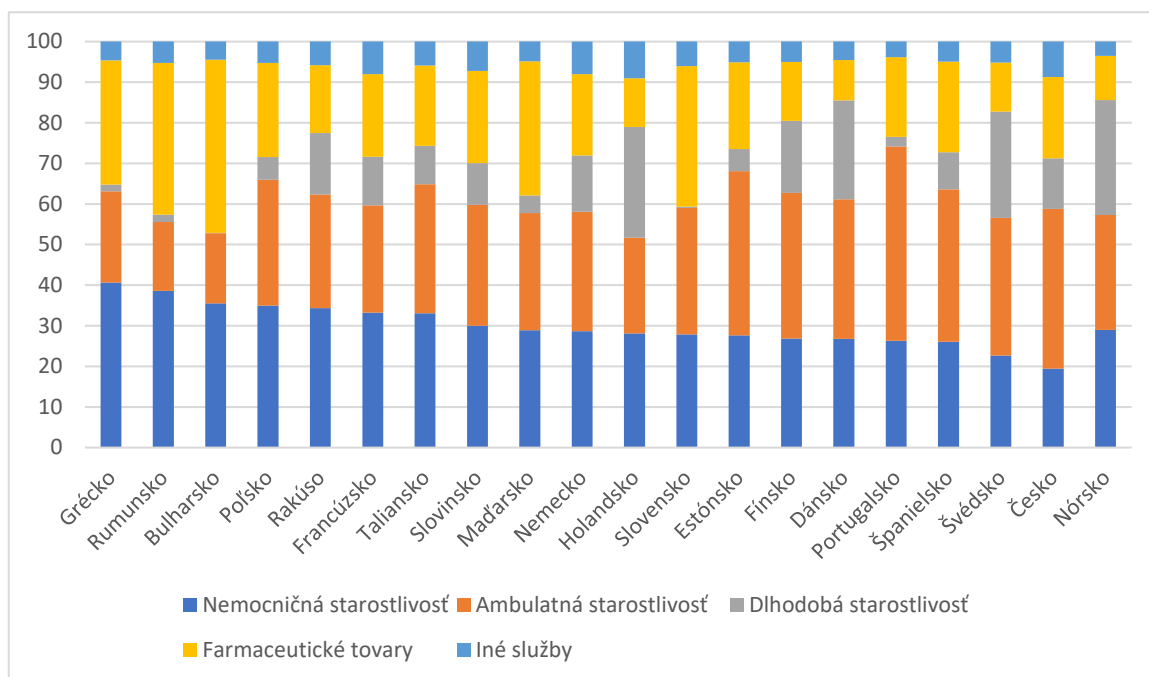
Zdroj: vlastné spracovanie podľa <https://stats.oecd.org/>

Z tohto dôvodu existujú veľké rozdiely v úrovni a raste výdavkov na zdravotníctvo v Európe nie je prekvapujúce, že krajiny s vysokými príjmami, ako napríklad Nórsko a Nemecko sú krajiny ktoré vynakladajú na zdravie najviac na osobu. Z členských štátov EÚ napríklad Nemecko (4 003 EUR), Holandsko (3 983 EUR), Švédsko (3 937 EUR). Na druhom konci stupnice sa ocitli krajiny ako Maďarsko, Poľsko, Estónsko.

Štruktúra výdavkov zdravotníctva podľa typu funkcie starostlivosti

Faktory, ako je systém starostlivosti organizovaný a stanovenie priorít medzi poskytovateľmi, vstupné náklady a potreby obyvateľstva, ovplyvňujú úroveň výdavkov. Najväčší podiel výdavkov tvoria nemocničné a ambulantné služby - zvyčajne predstavujú asi 60% všetkých výdavkov na zdravotníctvo. Zdravotnícky tovar (väčšinou farmaceutický priemysel) predstavuje ďalších 20%, po ktorom nasleduje rastúci podiel na dlhodobej starostlivosti, ktorý dosahuje v priemere okolo 14% výdavkov. Zvyšná časť sa týka správy a celkového riadenia zdravotníckeho systému spolu s preventívnou starostlivosťou.

Graf 7. Výdavky podľa funkcie zdravotnej starostlivosti (%)



Zdroj: vlastné spracovanie podľa <https://stats.oecd.org/>

Štruktúra výdavkov sa môže v jednotlivých krajinách značne líšiť. Výdavky na farmaceutické tovary patria medzi najväčšej kategórie výdavkov. Ceny tovaru sú vo všetkých krajinách spravidla menej variabilné ako služby. To znamená, že výdavky na liečivá a zdravotnícke pomôcky často predstavujú vyšší podiel výdavkov na zdravotníctvo v krajinách s nižšími príjmami. V Slovenskej republike zdravotnícke tovary predstavujú viac ako tretinu všetkých výdavkov na zdravotníctvo. Naopak v Dánsku, Nórsku, Holandsku a Švédsku bol tento podiel oveľa nižší, medzi 10 a 12%.

V krajinách v ktorých sú zavedené formálne opatrenia týkajúce sa starostlivosti o staršie osoby a závislé obyvateľstvo, ako napríklad v Nórsku, Švédsku a Holandsku, sa môže viac ako štvrtina výdavkov na zdravotníctvo vzťahovať na služby dlhodobej starostlivosti. V krajinách južnej, strednej a východnej Európy, sú výdavky na dlhodobú starostlivosť oveľa nižšie - približne 5%, a to napríklad v Grécku, Portugalsku, Maďarsku a Bulharsku.⁶³

⁶³ WORLD HEALTH ORGANIZATION, et al. *Global spending on health: a world in transition*. World Health Organization, 2019. Dostupné na: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330357/WHO-HIS-HGF-HF-WorkingPaper-19.4-eng.pdf?ua=1>

3.2 Slovensko

Verejné zdroje

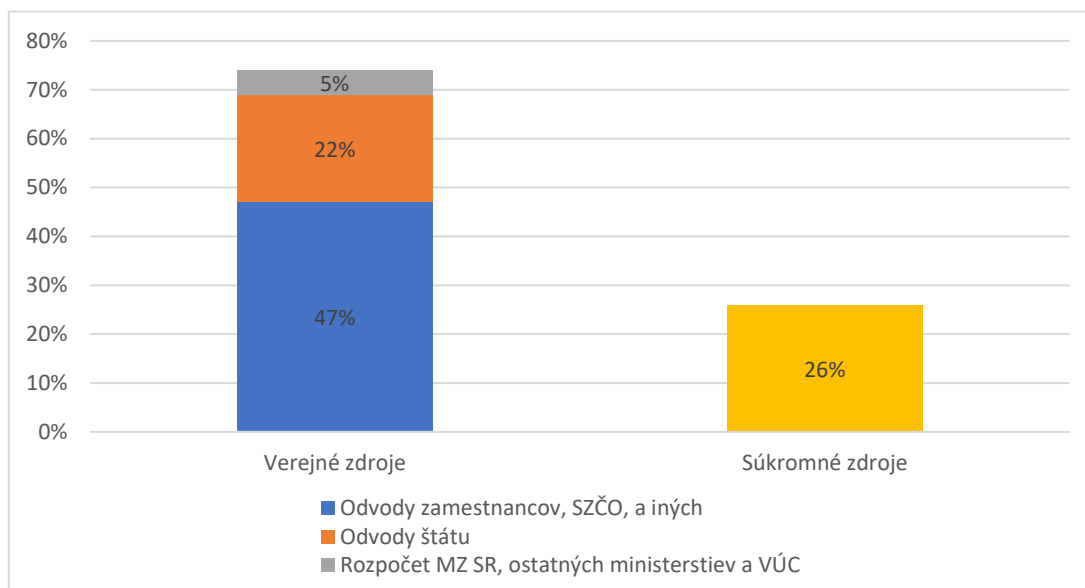
Verejné zdroje v roku 2018 tvorili približne 74% celkových finančných zdrojov v systéme, z toho príspevky zaplatené do zdravotných poisťovní predstavovali zhruba 69%. Povinné príspevky na zdravotné poistenie sú kumulované prostredníctvom troch zdravotných poisťovní a to: Všeobecná zdravotná poisťovňa s približne dvoma tretinami podielu na trhu, súkromná spoločnosť Dôvera presahujúca štvrtinu podielu a zvyšok kryje súkromná poisťovňa- Union. Príspevky pochádzajú od zamestnancov a zamestnávateľov, samostatne zárobkovo činných osôb, dobrovoľne nezamestnaných, štátom poistených (ekonomicky neaktívne osoby za ktoré príspevky platí štát, napríklad dôchodcovia, deti, nezamestnaní) a dividendy

Rozpočet ústrednej štátnej správy financuje činnosti niekoľkých ministerstiev, predovšetkým ministerstva zdravotníctva. Ministerstvo zdravotníctva financuje niekoľko zdravotníckych agentúr, ako je Úrad verejného zdravotníctva a štátna Slovenská zdravotnícka univerzita. Priamo pokrýva aj malé kapitálové investície do niektorých štátnych nemocníc. Samosprávne regióny a obce sú zodpovedné za kapitálové investície do svojich nemocníc a ambulantných stredísk, ale ich príspevok sa odhaduje na 0,1% z celkových zdrojov.⁶⁴

Súkromné zdroje tvoria približne štvrtinu celkových zdrojov, z ktorých väčšina (asi 90%) pozostáva z platieb priamo od pacientov. Ostatné súkromné zdroje zahŕňajú investičné činnosti súkromných subjektov a neformálne platby.

⁶⁴ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Slovakia: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Dostupné na: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_sk_english.pdf

Graf 8. Štruktúra zdrojov v zdravotníctve (%)



Zdroj: vlastné spracovanie podľa <https://stats.oecd.org/>

Výdavky na zdravotníctvo sa zvyšujú, ale stále zostávajú pod priemerom EÚ. V roku 2018 predstavovali výdavky na zdravie na jedného obyvateľa 1600 EUR (očistené o rozdiely v kúpnej sile), čo je o 40% menej ako priemer EÚ. Napriek výraznému zvýšeniu v absolútnom vyjadrení za posledné desaťročie, zostali výdavky na zdravotníctvo ako podiel na HDP stabilné a v roku 2017 predstavovali 6,7% HDP, čo je oveľa nižší podiel, ako je priemer EÚ 9,8.⁶⁵

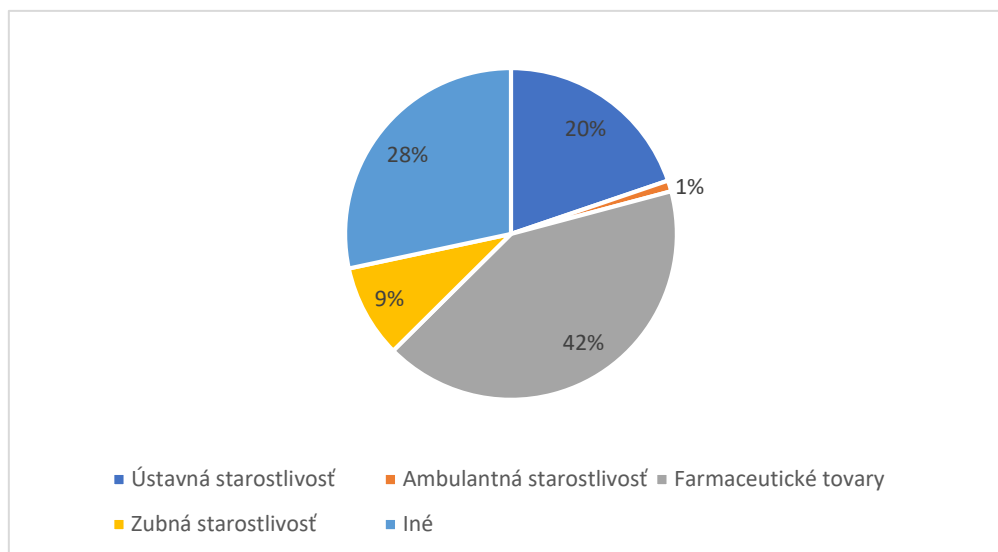
Viac ako 80% súčasných výdavkov na zdravotníctvo je financovaných z verejných zdrojov. Zdrojmi príjmov sú najmä príspevky platené zamestnávateľmi a zamestnancami, ktoré tvoria o niečo viac ako dve tretiny celkových verejných výdavkov na zdravie. Zostávajúca tretina celkovej sumy pochádza zo všeobecných daňových príjmov na zaplatenie príspevkov pre niektoré dotované kategórie obyvateľstva, ako sú závislí členovia rodiny, študenti a dôchodcovia.

Out-of-pocket platby na Slovensku zodpovedajú najmä spoluúčasti za predpísané ambulantné lieky a užívateľské poplatky za zdravotnícke služby alebo tovar, ktorý nie je krytý zdravotnými poisťovňami. Tieto platby sú od roku 2015 regulované zákonom, napríklad tento zákon zakazoval platby za objednanie na vyšetrenie. Poisťovňam sa však podarilo obísť túto legislatívu a vyvinúť nové mechanizmy spoluúčasti. Podľa výšky

⁶⁵ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Slovakia: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Dostupné na: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_sk_english.pdf

priamych platieb sa tiež ukazuje, že na Slovensku stále pretrváva problém neoficiálnych platieb.

Graf 9. Priame platby podľa typu zdravotnej starostlivosti



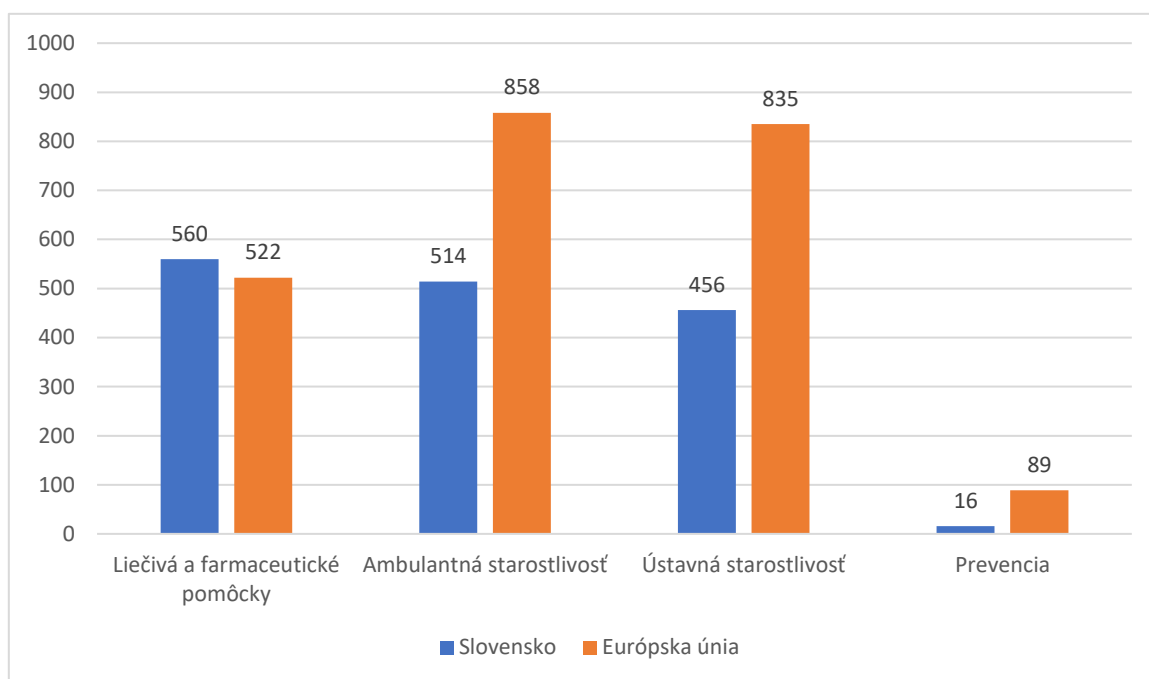
Zdroj: vlastné spracovanie podľa <https://stats.oecd.org/>

Priame platby na Slovensku predstavujú 19% z celkových výdavkov na zdravotníctvo, čo je viac ako priemer EÚ 16%.

Priemerný občan Slovenskej republiky, z vlastného vrečka zaplatí za zdravotnú starostlivosť 200 EUR ročne. Len 3,5% domácností utrpelo v roku 2012 neprimerane vysoké výdavky na zdravie (posledné dostupné dáta) čo naznačuje vysokú mieru finančnej ochrany. Viac ako 40% priamych platieb sa používa na zaplatenie za farmaceutické výrobky.⁶⁶

⁶⁶ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Slovakia: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Dostupné na: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_sk_english.pdf

Graf 10. Výdavky na jedného obyvateľa



Zdroj: vlastné spracovanie podľa <https://stats.oecd.org/>

Liečivá sú najväčšou nákladovou položkou v slovenskom zdravotníctve. V roku 2017 sa farmaceutickým a zdravotníckym pomôckam prideliť takmer jedna tretina súčasných výdavkov na zdravie (560 EUR na osobu), výdavky na farmaceutický tovar sú nad priemerom EÚ 519 EUR.. Iba jedna krajina (Bulharsko) venovala vyššiu časť svojich výdavkov na zdravotníctvo tejto výdavkovej kategórii. To je znak toho, že tento sektor by sa mohol lepšie regulovať a, že kontrola vysokej úrovne výdavkov na lieky je na Slovensku dlhodobou výzvou.

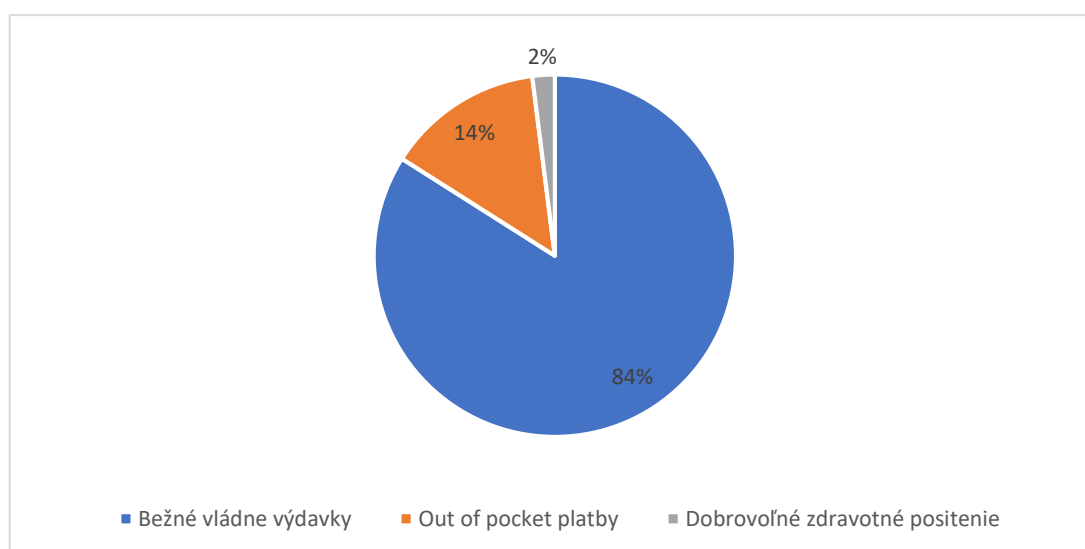
Ambulantná starostlivosť predstavuje ďalšiu tretinu súčasných výdavkov a ústavná starostlivosť predstavuje viac ako štvrtinu. Na prevenciu smeruje najmenší podiel, celkovo len 1% všetkých výdavkov na zdravotníctvo. V porovnaní s EÚ priemerom 3% Slovensko výrazne zaostáva, a celkovo sa nachádza na poslednom mieste v rámci krajín EÚ s najnižším podielom výdavkov na prevenciu. Zvýšenie výdavkov na prevenciu by mohlo priniesť Slovensku zlepšenie celkového zdravotného stavu populácie, a taktiež zabrániť úmrtiam na liečiteľné choroby.⁶⁷

⁶⁷ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Slovakia: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Dostupné na: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_sk_english.pdf

3.3 Dánsko

Dánske regionálne a miestne vlády patria k svetovej špičke pri plánovaní a poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Dánsky systém zdravotníctva je decentralizovaný, pokiaľ ide o poskytovanie služieb a verejné zdravie, hoci celkové plánovanie a regulácia sa postupne centralizovali na vnútroštátnu úroveň. Národná vláda je zodpovedná za oblasti regulácie, dohľadu, všeobecného plánovania a monitorovania kvality; regióny sú zodpovedné za podrobné plánovanie, definovanie a poskytovanie zdravotníckych služieb v nemocniciach; a obce sú zodpovedné za podporu zdravia, prevenciu chorôb, rehabilitáciu, domácu starostlivosť. V systéme tiež pôsobia vnútroštátne zdravotnícke orgány stanovujú normy a hodnotia kvalitu poskytovanej starostlivosti.⁶⁸

Graf 11. Výdavky na zdravotnú starostlivosť podľa zdroja



Zdroj: vlastné spracovanie podľa <https://stats.oecd.org/>

Dánski obyvatelia majú bezplatný univerzálny prístup k širokej škále zdravotníckych služieb. Financovanie zdravotníctva je zabezpečené predovšetkým z všeobecnej proporčionalnej dane z príjmu pre ústredný rozpočet a pomernej dane z príjmu na miestnej úrovni.⁶⁹ Verejný podiel na výdavkoch na zdravotníctvo je na úrovni približne 84% celkových výdavkov na zdravotníctvo, čo je podstatne viac, ako je priemer EÚ.

Out of pocket platby sú celkovo nízke a predstavujú iba 14% všetkých výdavkov na zdravotníctvo v (v porovnaní s priemerom EÚ 16%), stále však zohrávajú významnú úlohu

⁶⁸ Mossialos, E. 2015 *international profiles of health care systems*. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2016. Dostupné na: <https://da7648.approbys.com/m/679d3f31e43c2e4e.pdf>

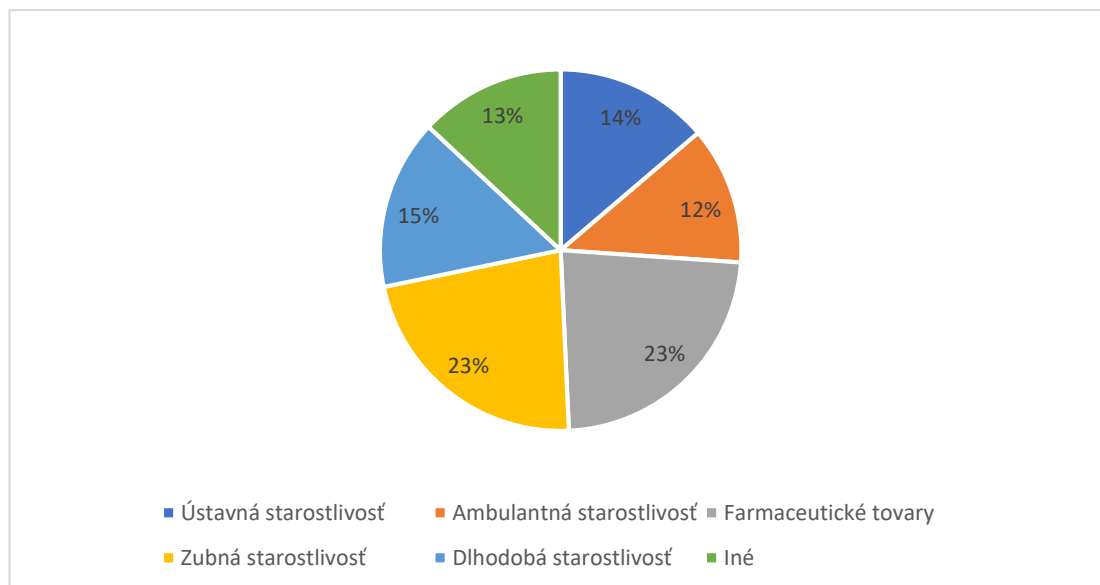
⁶⁹ VALLGÅRDA, Signild; KRASNIK, Allan; VRANGBÆK, Karsten. Health care systems in transition: Denmark. *Clinical Medicine*, 2001, 3.3/7: 464-469. Dostupné na: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf?ua=1

pri platení za lieky, stomatologické služby, fyzioterapiu a okuliare. Tento podiel zostal v poslednom desaťročí pomerne stabilný. Veľká časť týchto platieb smeruje do farmaceutických a dentálnych služieb. Stropy priamych platieb v Dánsku chránia zraniteľné skupiny obyvateľov pred vysokými výdavkami.

Zatiaľ čo veľká časť obyvateľstva je krytá niektorým súkromným zdravotným poistením (približne 40% doplnkovým súkromným poistením a 35% dvojitém súkromným poistením), výdavky prostredníctvom dobrovoľného zdravotného poistenia predstavujú menej ako 3% všetkých výdavkov na zdravotníctvo.

Aj keď v Dánsku nedochádza k spoluúčasti na nákladoch za základné nemocničné služby a služby primárnej starostlivosti, ľudia platia priamo z vrecka služby zubnej starostlivosti pre dospelých (35 - 100% celkových nákladov), rovnako za farmaceutické predpisy liekov zakúpených mimo nemocníc, a tiež za načúvacie pomôcky a okuliare. Dotácie na ambulantné liečivá sa progresívne zvyšujú a celková horná hranica je 550 EUR ročne. V krajine existuje aj dodatočná sociálna pomoc na prostriedky pre starších ľudí a sociálne znevýhodnených ľudí.⁷⁰

Graf 12. Priame platby podľa typu zdravotnej starostlivosti



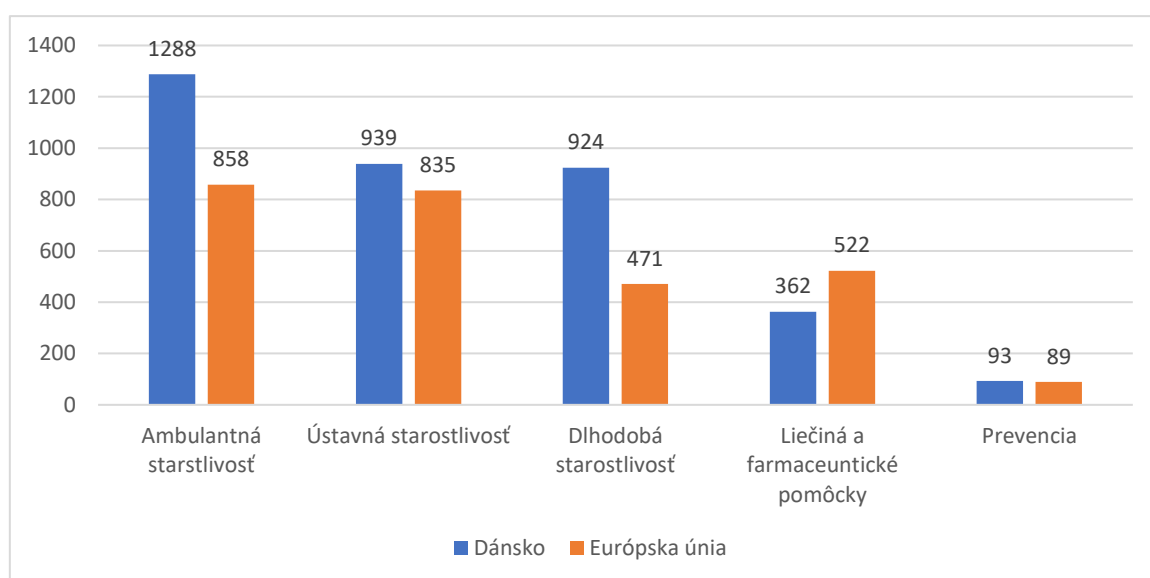
Zdroj: vlastné spracovanie podľa <https://stats.oecd.org/>

⁷⁰ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Denmark: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Dostupné na: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/419456/Country-Health-Profile-2019-Denmark.pdf?ua=1

Výdavky na zdravotníctvo v Dánsku sú vyššie ako vo väčšine ostatných krajín EÚ. V roku 2018 vynaložilo Dánsko 10,1% svojho HDP na zdravotníctvo, čo je nad priemerom EÚ (9,8%), ale je nižší podiel ako v iných severských krajinách, ako je Švédsko a Nórsko. Výdavky na osobu boli tiež vyššie ako priemer EÚ

Zvyšuje sa podiel dánskych občanov ktorý si kupuje doplnkové dobrovoľné poistenie na zaplatenie farmaceutických výrobkov, služieb zubnej starostlivosti, fyzioterapie a iných služieb, zatiaľ čo dodatočné poistenie (ktoré poskytuje rozšírený a rýchlejší prístup k súkromným poskytovateľom) sa často poskytuje ako zamestnanecký benefit. Platby prostredníctvom dobrovoľného zdravotného poistenia však predstavujú menej ako 3% všetkých výdavkov na zdravotníctvo.⁷¹

Graf 13. Výdavky na jedného obyvateľa (EUR)



Zdroj: vlastné spracovanie podľa <https://stats.oecd.org/>

Najväčšiu kategóriou výdavkov na zdravotnú starostlivosť v Dánsku predstavuje ambulantná starostlivosť (väčšinou vrátane ordinácií všeobecných lekárov a ambulantnú starostlivosť v nemocnici a mimo nej), ktorá v roku 2018 predstavovala viac ako jednu tretinu všetkých výdavkov na zdravotníctvo. Odráža to reformné úsilie, ktorého cieľom bolo obmedziť výdavky na ústavnú nemocničnú starostlivosť pri rozvoji ambulantnej starostlivosti.

⁷¹ Vallgarda, S. *Health care systems in transition: Denmark*. *Clinical Medicine*, 2001, 3.3/7: 464-469. Dostupné na: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf?ua=1

Na nemocničnú starostlivosť (zvyčajne poskytovanú v nemocniciach) pripadá štvrtina výdavkov na zdravotníctvo. Dlhodobá starostlivosť tiež predstavovala štvrtinu výdavkov na zdravotníctvo, takmer dvakrát toľko, ako je priemer EÚ, hoci o niečo nižšia ako vo Švédsku a Nórsku.

Na druhej strane výdavky na liečivá a zdravotnícke pomôcky vydávané mimo nemocníc sú v Dánsku nízke, čo predstavuje len 10% celkových výdavkov (v porovnaní s 18% v EÚ). Odráža to prebiehajúce úsilie o kontrolu rastu farmaceutických výdavkov. Je tiež dôležité poznamenať, že to nezahŕňa farmaceutické výdavky v nemocniciach, ktoré sa vykazujú v ústavnej alebo ambulantnej starostlivosti.⁷²

3.4 Porovnanie systémov financovania zdravotníctva

3.4.1 Porovnanie systémov cez výdavky

Vyberanie príspevkov súvisiacich s príjmami v systémoch zdravotného poistenia (SZP) sa zvyčajne uskutočňuje v rámci systému SZP, zatiaľ čo príjmy systému financovaného z daní sa vyberajú prostredníctvom daňového systému. Ak by boli ostatné parametre systémov rovnaké, je pravdepodobné, že systém SZP bude nákladnejší. Tieto dodatočné náklady sa často považujú za cenu, ktorú platia obhajcovia SZP, ktorí považujú príspevky súvisiace s príjmami za stabilnejšie a spoľahlivejšie ako daňové príjmy: ľudia môžu byť ochotní prispievať viac, ak vedia, že ich príspevky poskytujú zdravotné poistenie pre nich, ako keby peniaze skončili vo veľkej skupine daňových príjmov, ktorých rozdelenie medzi sektory zdravotníctva a ostatné sektory je ponechané na tvorcov politiky.⁷³

V strednodobom až dlhodobom horizonte sa predpokladá, že starnutie populácie, technologické a iné faktory zvýšia výdavky na verejné zdravie a dlhodobú starostlivosť, čo by pre Slovensko mohlo znamenať isté riziká v oblasti fiškálnej udržateľnosti. Európska komisia vo svojej správe o krajine za rok 2019 uznala pokrok dosiahnutý pri prijímaní opatrení na zlepšenie celkovej nákladovej efektívnosti zdravotného systému. Projekt Hodnota za peniaze je jednou z iniciatív, ktoré pomohli určiť, kde by bolo možné

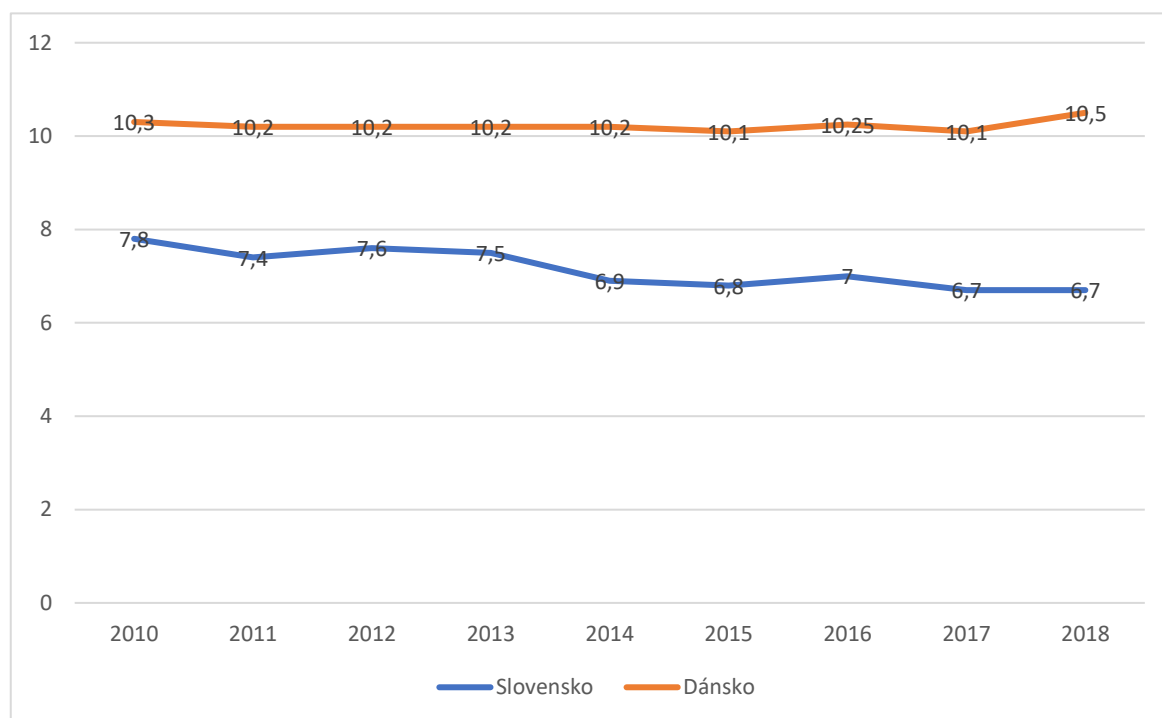
⁷² OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Denmark: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Dostupné na: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/419456/Country-Health-Profile-2019-Denmark.pdf?ua=1

⁷³ Wagstaff, A. *Social health insurance vs. tax-financed health systems-evidence from the OECD*. The World Bank, 2009. Dostupné na: <https://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/1813-9450-4821>

optimalizovať verejné výdavky na zdravie. Okrem toho sa v roku 2019 začalo programovanie rozpočtu na zdravotníctvo.⁷⁴

Verejné výdavky na zdravie sú v dánsku síce vysoké, ale neohrozuje to dlhodobú fiškálnu udržateľnosť. Výdavky na zdravotníctvo v Dánsku v roku 2018 prekročili 10% HDP a sú financované najmä z verejných zdrojov. Po znížení v rokoch 2010 a 2011 po hospodárskej kríze sa verejné výdavky na zdravie od roku 2012 viac-menej zvyšujú rovnakým tempom ako HDP, a preto aj podiel prostriedkov vyčlenených na zdravotníctvo zostal pomerne stabilný. Tento pomalý rast výdavkov na zdravotníctvo odzrkadľuje úsilie na kontrolu nákladov, najmä na zníženie nákladov vynaložených v nemocniciach a farmaceutických výrobkoch.⁷⁵

Graf 14. Veľkosť výdavkov na zdravotníctvo ako pomer k HDP (%)



Zdroj: vlastné spracovanie podľa <https://stats.oecd.org/>

Rozdiely vo výdavkoch na zdravie medzi týmito dvoma systémami tiež odzrkadľujú rozdiely v zmluvách o dodávke. Ako už bolo uvedené, systémy SZP častejšie uzatvárajú

⁷⁴ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Slovakia: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Dostupné na: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_sk_english.pdf

⁷⁵ Pedersen, K. . *The Danish Health Care System: An Analysis of Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats (SWOT analysis)*. University of Southern Denmark: COHERE-Centre of Health Economics Research, 2011. Dostupné na: https://www.sdu.dk/-/media/files/om_sdu/centre/cohere/working+papers/2011/2011_2.pdf/

zmluvy s poskytovateľmi služieb (verejnými a súkromnými) namiesto prevádzkovania priameho spravovania zariadení. Existujú opäť výnimky - niektoré krajiny SZP sa spoliehajú čiastočne alebo úplne na svoju vlastnú sieť priamo riadených zariadení a existujú systémy financované z daní, ktoré používajú zmluvný prístup - historicky však je oddelenie nákupu a poskytovania služieb a v krajinách SZP výraznejšie. Toto oddelenie pravdepodobne vedie k dodatočným nákladom, najmä ak dochádza k selektívnemu uzatváraní zmlúv: náklady zahŕňajú výber poskytovateľov, vypracovanie a vymáhanie zmlúv, podvody atď.⁷⁶

3.4.2 Efektívnosť

Efektívnosť zdravotného systému sa často určuje na základe ukazovateľov zdravia obyvateľstva. Zdravotné ukazovatele poskytujú porovnateľné a dostupné informácie naprieč rôznymi geografickými, organizačnými alebo administratívnymi hranicami a je možné ich porovnávať v priebehu času. Medzi kľúčové zdravotné ukazovatele patria očakávaná dĺžka života, roky dožitia v zdraví, miera úmrtnosti alebo postoj k prevencii.

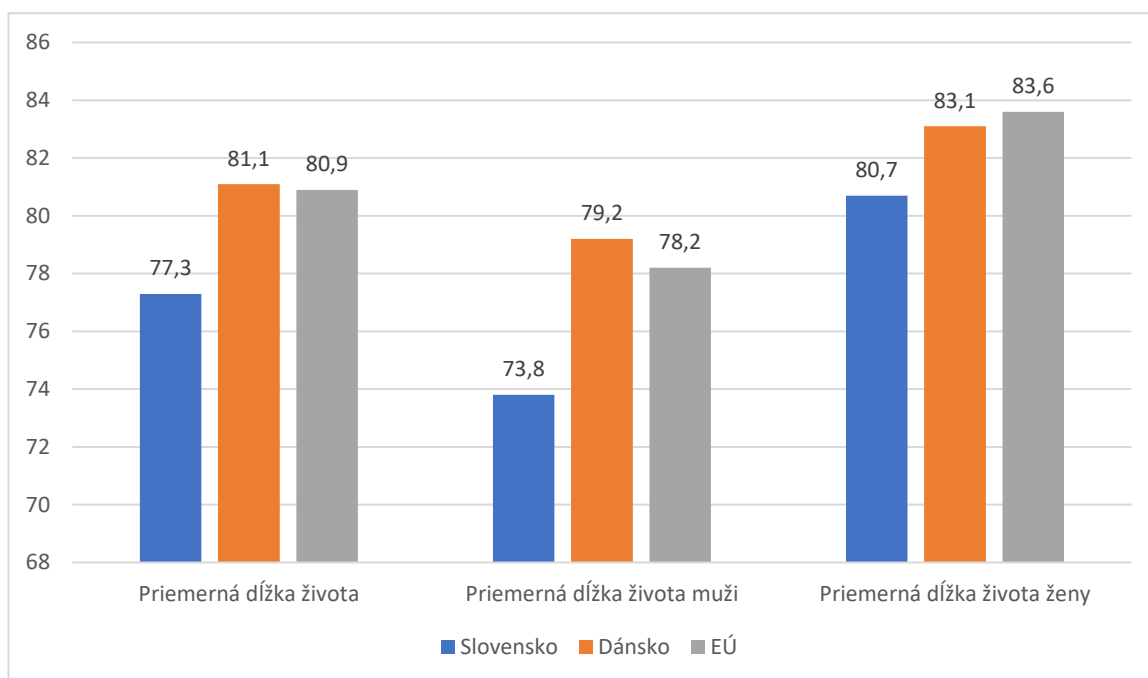
Priemerná očakávaná dĺžka života

Priemerná dĺžka života na Slovensku sa za posledné roky podstatne zvýšila, zostáva však medzi najnižšími v EÚ. Medzi rokmi 2000 a 2017 sa priemerná výška dožitia zvýšilo z 73,3 na 77,3 roka. Tento vývoj je mierne nad nárastom EÚ o 3,6 roka. Priemerná dĺžka života na Slovensku je však dlhodobo pod priemerom EÚ. Ženy (80,7) žijú v priemere približne o sedem rokov dlhšie ako muži (73,8). Táto nerovnosť je väčšia ako v EÚ (5,2 roka), je to spôsobené najmä väčším množstvom rizikových faktorov u mužov.

Priemerná dĺžka života v Dánsku je nižšia ako vo väčšine západoeurópskych krajín. V roku 2017 bola priemerná dĺžka života pri narodení dánskeho obyvateľstva 81,1 roka, čo je blízko priemeru EÚ (80,9 roka). Aj keď sa priemerná dĺžka života medzi rokmi 2000 a 2017 zvýšila o štyri roky, naďalej je nižšia ako vo väčšine ostatných západoeurópskych krajín a vo všetkých škandinávskych krajinách. Dánske ženy žijú takmer o štyri roky dlhšie ako muži (83,1 rokov, respektíve 79,2 rokov), ale táto nerovnosť sa od roku 2000 zmenšila takmer o jeden rok a teraz je pod priemerom EÚ (5,4 roka).

⁷⁶ Wagstaff, A. *Social health insurance vs. tax-financed health systems-evidence from the OECD*. The World Bank, 2009. Dostupné na: <https://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/1813-9450-4821>

Graf. 15 Priemerná dĺžka života pri narodení (roky)



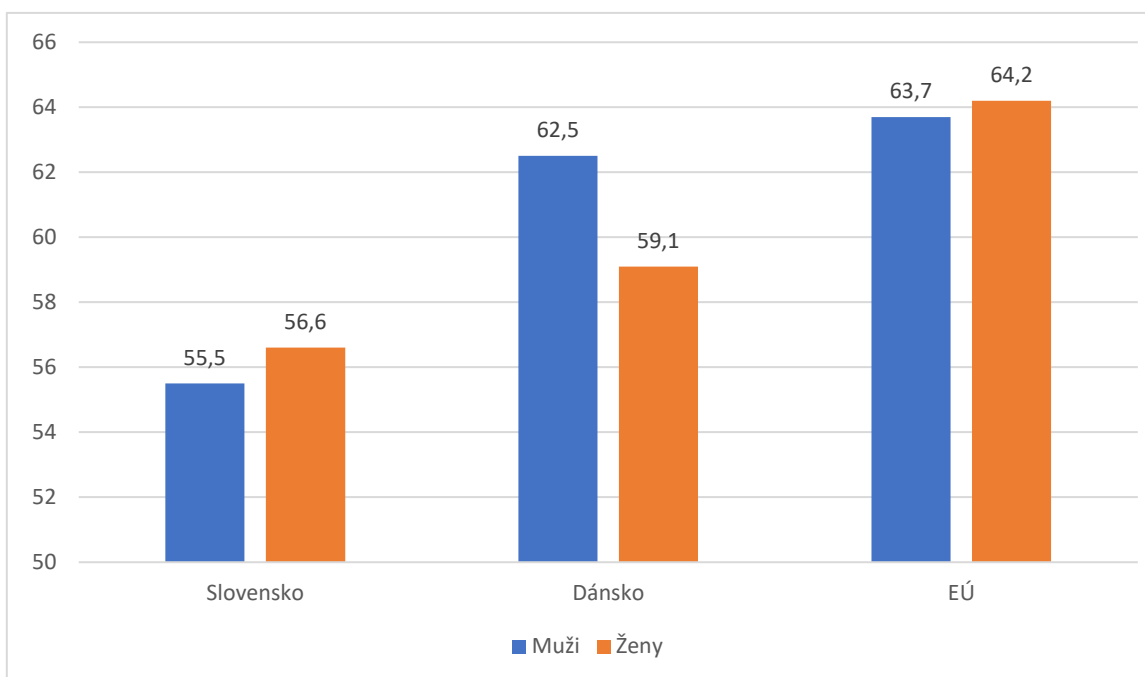
Zdroj: vlastné spracovanie podľa <https://stats.oecd.org/>

Roky dožitia v zdraví

Rozhodujúcou otázkou pri posudzovaní dĺžky života je, či extra roky života získané predĺžením života obyvateľa trávajú v dobrom alebo zlom zdravotnom stave. Keďže očakávaná dĺžka života pri narodení nie je schopná na túto otázku plne odpovedať, boli vyvinuté ukazovatele očakávanej dĺžky života v zdraví, ako sú roky zdravého života (nazývané aj dĺžka života bez zdravotného postihnutia). Zameriavajú sa skôr na kvalitu života strávenú v zdravom stave ako na celkovú dĺžku života, merané podľa očakávanej dĺžky života. Roky zdravého života sú dôležitým meradlom relatívneho zdravia obyvateľstva v Európskej únii (EÚ).⁷⁷

⁷⁷ EUROSTAT. Statistics Explained, 2020: *Healthy life years statistics*. Eurostat, 202. Dostupné na: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics

Graf 16. Dĺžka dožitia v zdraví (roky)



Zdroj: vlastné spracovanie podľa <https://stats.oecd.org/>

Slovensko sa v ukazovateli dĺžky dožitia umiestňuje dlhodobo pod priemerom EÚ. Muži sa v dobrom zdraví dožívajú necelých 56 rokov a ženy necelých 57, čo je v porovnaní s priemerom EÚ, 63,7 u mužov a 64,2 u žien výrazne menej. Dánske obyvateľstvo sa v zdraví dožíva tesne pod priemerom EÚ konkrétne 62,5 roka u mužov a 59,1 roka u žien. Zaujímavé je sledovať, že kým pri očakávaní dĺžky života boli veľké rozdiely medzi hodnotami mužov a žien, pri rokoch dožitia v zdraví je tento rozdiel výrazne nižší a priemerne v EÚ predstavuje len 0,5 roka.

Roky zdravého života tiež monitorujú zdravie ako produktívny alebo ekonomický faktor. Zvýšenie počtu rokov zdravého života je jedným z hlavných cieľov zdravotnej politiky EÚ, keďže by to nielen zlepšilo situáciu jednotlivcov (keďže dobré zdravie a dlhý život sú základnými cieľmi ľudskej činnosti), ale viedlo by to aj k zníženiu výdavkov na zdravotnú starostlivosť a tiež sa zvyšuje pravdepodobnosť, že ľudia budú schopní dlhšie pracovať.⁷⁸

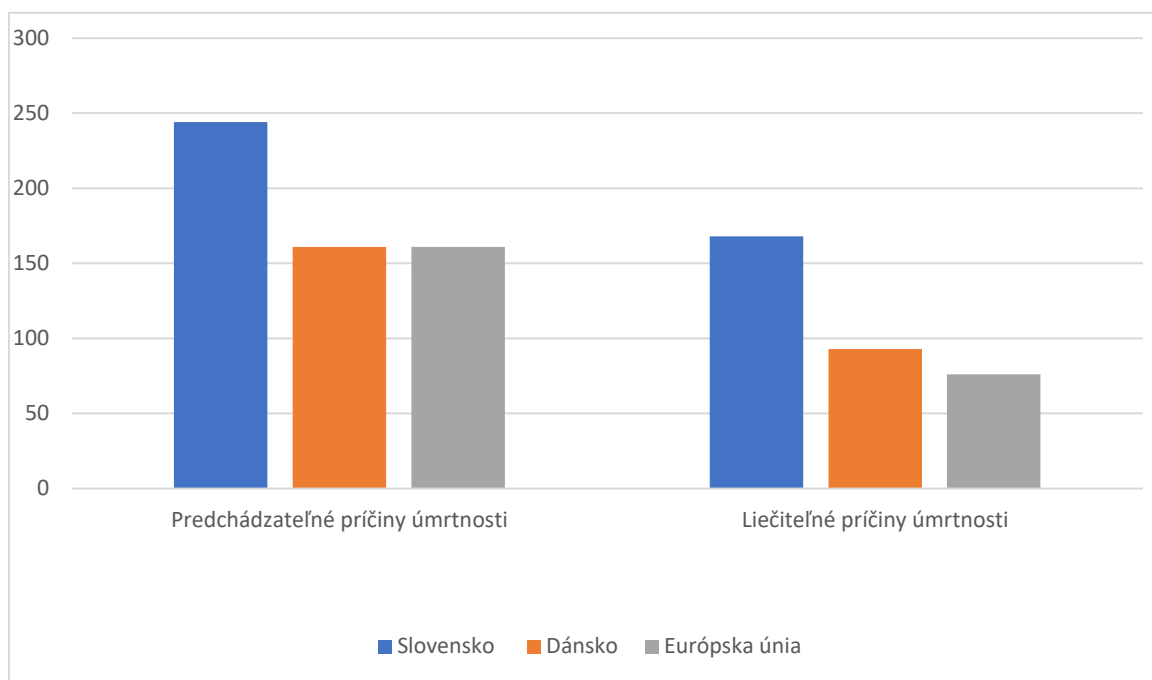
Miera úmrtnosti

Slovensko má relatívne vysokú mieru úmrtnosti z dôvodov, ktorým je možné predchádzať a ktoré je možné liečiť. Slovensko patrí medzi krajiny s najvyššou mierou

⁷⁸ EUROSTAT. Statistics Explained, 2020: *Healthy life years statistics*. Eurostat, 2020. Dostupné na: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics

úmrtí na zbytočné a liečiteľné príčiny v EÚ. To naznačuje, že verejné zdravie a zdravotná starostlivosť majú značný priestor na zníženie predčasných úmrtí. Napríklad roku 2018 sa dalo zabrániť viac ako 11 000 úmrtiam efektívnejšou prevenciou a využitím primeranejších lekárskeho zásahov.

Graf 17. Miera úmrtnosti na 100 000 obyvateľov.



Zdroj: vlastné spracovanie podľa <https://stats.oecd.org/>

Hlavnými príčinami úmrtnosti, ktorým sa dá v Dánsku predísť, sú rakovina pľúc, nehody (vrátane dopravných nehôd a iných druhov náhodných úmrtí), úmrtia súvisiace s požívaním alkoholu a ischemická choroba srdca. Miera úmrtnosti, ktorej sa dalo predísť, sa medzi rokmi 2011 a 2016 znížila o viac ako 10%, najmä v dôsledku zníženia úmrtnosti na ischemickú chorobu srdca. Miera úmrtnosti ktorej sa dalo predísť je blízko priemeru EÚ, úmrtnosť na liečiteľné príčiny je však nízka. Zbytočné príčiny úmrtnosti v Dánsku sú len mierne pod priemerom EÚ, čo naznačuje, že ak sa prevencii prikladá väčšia priorita, môže to pomôcť pri znižovaní predčasných úmrtí v budúcnosti. Dánsku sa darí lepšie, pokiaľ ide o liečiteľné príčiny úmrtnosti, čo naznačuje, že zdravotný systém je účinný pri záchrane životov ľudí v život ohrozujúcich podmienkach.⁷⁹

⁷⁹ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Denmark: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Dostupné na: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/419456/Country-Health-Profile-2019-Denmark.pdf?ua=1

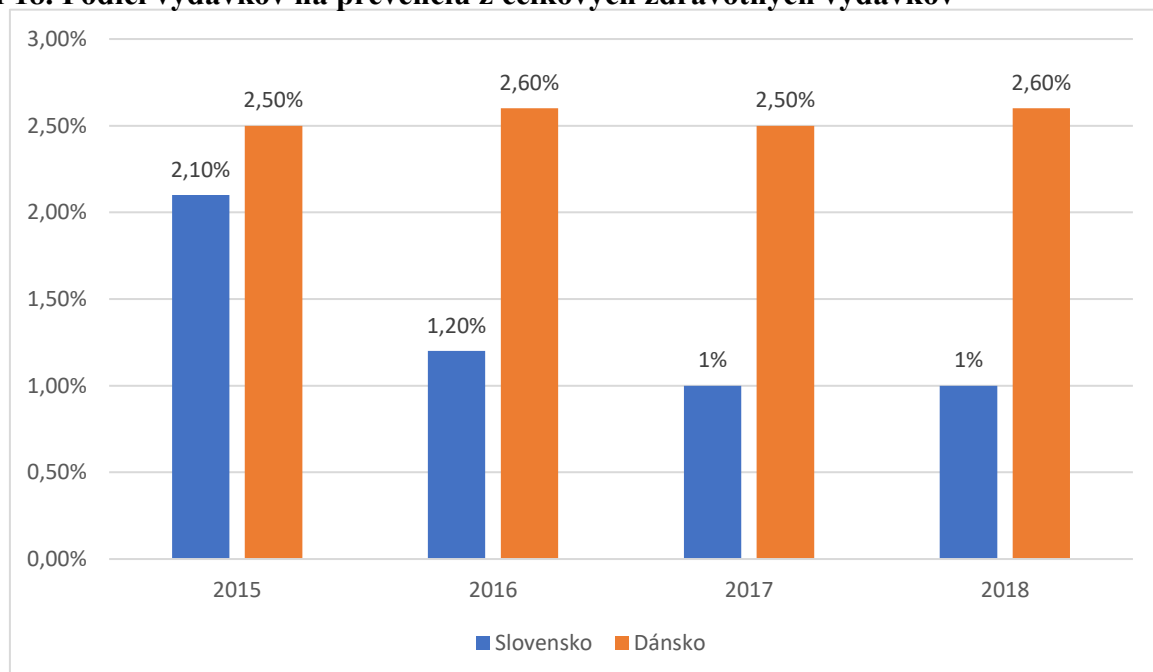
Prevenčia

Programy na podporu zdravia a prevenciu chorôb sa zameriavajú na udržanie zdravia ľudí. Cieľom programov na podporu zdravia je zapojiť jednotlivcov a komunity do programov, ktoré znižujú riziko rozvoja chronických chorôb. Najčastejšie ukazovatele efektivity prevencie je výška výdavkov ktoré sú na prevenciu pridelené a takisto miera očkovania v danej krajine.

Slovensko sa nachádza na chvoste EÚ pri investovaní do podpory zdravia a prevencie chorôb. V roku 2017 sa na prevenciu vyčlenilo iba 1% celkových výdavkov na zdravotníctvo, čo je oveľa menej ako priemer EÚ (3%). Prevencia pri rizikových faktoroch obyvateľstva ako je konzumácia tabaku, alkoholu alebo prevenciu obezity je stále nedostatočná aj napriek tomu, že sa prijali niektoré opatrenia ako napríklad Národný program na podporu zdravia z roku 2014.

V roku 2018 bolo v Dánsku na preventívne programy pridelených 2,5% výdavkov na zdravotníctvo, čo je menej ako priemer EÚ 3,1%. Existuje však značná neistota v súvislosti so zdrojmi vyčlenenými na prevenciu a podporu zdravia, pretože niektoré preventívne činnosti sú zahrnuté do ambulantnej starostlivosti a alebo sú financované z rozpočtov miest.

Graf 18. Podiel výdavkov na prevenciu z celkových zdravotných výdavkov



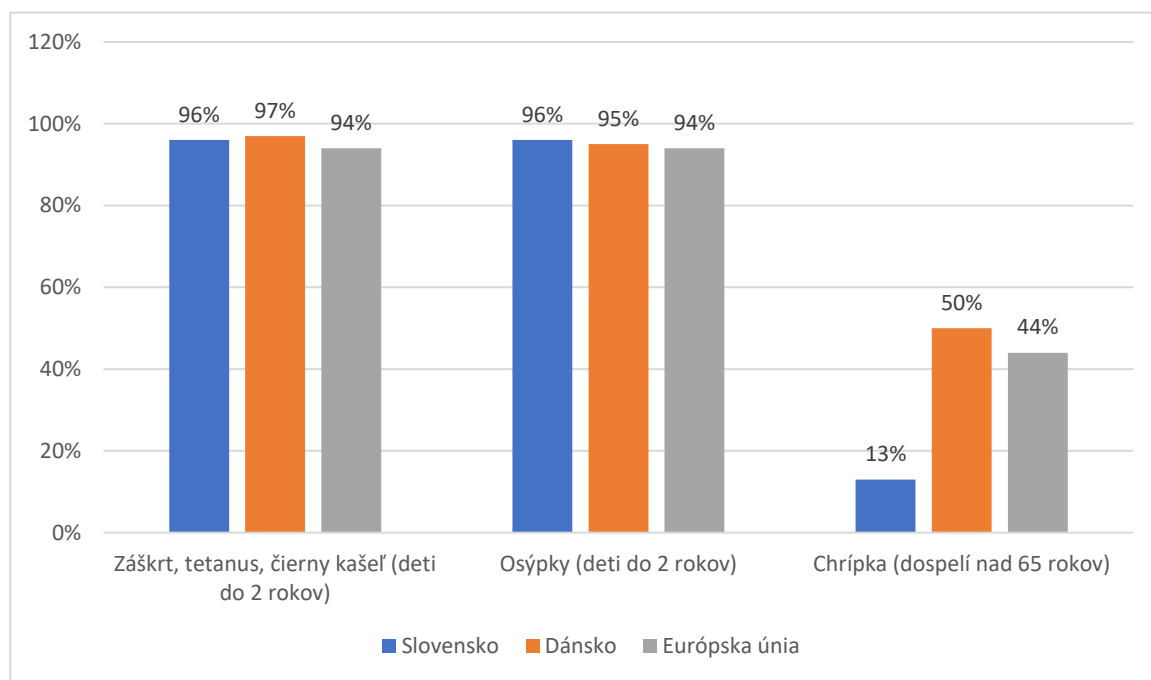
Zdroj: vlastné spracovanie podľa <https://stats.oecd.org/>

Prevencii sa kladie na Slovensku malá pozornosť no napriek tomu, je pokrytie detí očkovaním na vysokej úrovni. Rastúci vplyv protivakcínových kampaní v krajine,

neovplyvnil výrazne mieru detskej imunizácie a stále zostáva nad 95% cieľom stanoveným WHO. Pri podrobnom preskúmaní stavu imunizácie obyvateľstva, ktoré vykonalo ministerstvo zdravotníctva, sa však v roku 2018 zistilo nedostatočné pokrytie v niektorých skupinách obyvateľstva. Napríklad rómska menšina, vykazuje nižšiu mieru imunizácie ako všeobecná populácia.⁸⁰

Očkovanie je medzi dánskymi deťmi vysoké, ale medzi staršími ľuďmi by sa mohlo zlepšiť. Očkovanie zostáva jedným z najúčinnnejších spôsobov, ako znížiť šírenie infekčných chorôb. Dánsky zdravotnícky úrad je zodpovedný za vývoj a dohľad nad implementáciou národných vakcinačných programov pre deti a dospelých. Úrad odporúča deťom rôzne druhy vakcín, hoci žiadna nie je povinná, a odporúča vakcináciu proti chrípke u starších ľudí a iných rizikových skupín.⁸¹

Graf 19. Miera očkovania



Zdroj: vlastné spracovanie podľa <https://stats.oecd.org/>

⁸⁰ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Slovakia: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Dostupné na: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_sk_english.pdf

⁸¹ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Denmark: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Dostupné na: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/419456/Country-Health-Profile-2019-Denmark.pdf?ua=1

3.4.3 Dostupnosť

Dostupnosť zdravotnej starostlivosti môžeme charakterizovať ako dostatočný počet zdravotníckych pracovníkov s vysokou odbornosťou v takom rozsahu, aby zodpovedali zdravotným potrebám obyvateľstva. Pokrytie zdravotným poistením výrazne napomáha pacientom k prístupu k potrebnej starostlivosti. Nedostatočné pokrytie sťažuje ľuďom získanie potrebných služieb a často je finančne náročné.

V súvislosti s potrebami spojenými s liečbou alebo vyšetrením uviedlo nespokojnosť len 2,4% populácie na Slovensku. Najčastejšie dôvody sú vysoké náklady, dlhé čakanie na vyšetrenie, alebo nedostupnosť potrebných špecialistov v blízkosti domova. Nespokojnosť sa mierne zvyšuje ale stále sa drží okolo priemeru EÚ.

Odhaduje sa, že rómska populácia predstavuje asi 8% obyvateľstva na Slovensku a mal by byť pre ňu zaručený prístup k zdravotnej starostlivosti za rovnakých podmienok. Rôzne štúdie však uvádzajú, že rómske obyvateľstvo má nižšie úrovne využitia zdravotnej starostlivosti, a to napriek ich relatívne vyšším zdravotným potrebám. Toto nízke využívanie zdravotníckych služieb môže vysvetliť mnoho faktorov, ako sú informačné prekážky, diskriminácia, obmedzené jazykové a kultúrne porozumenie, finančná dostupnosť.⁸²

Najchudobnejšie regióny Slovenska, prevažne na východnom a južnom Slovensku, sú zasiahnuté najvyšším nedostatkom pracovnej sily v zdravotníctve. Tieto regióny majú vyšší podiel obcí s nízkou zamestnanosťou mladých a vysokú mieru chudoby aj zamestnaných obyvateľov.

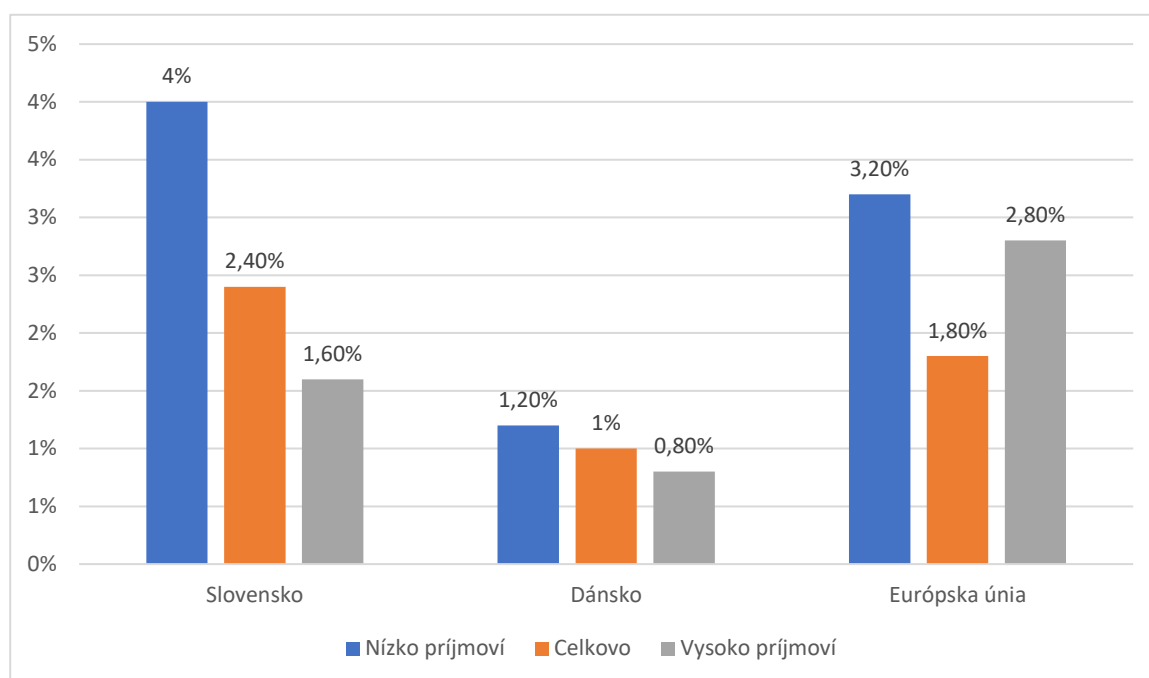
Všetci dánski občania sú krytí systémom verejného zdravotného poistenia, ktoré pokrýva väčšinu nákladov za poskytované lekárske služby. Neuspokojené potreby lekárskej starostlivosti z dôvodu nákladov, vzdialenosti alebo čakacích lehôt sú veľmi nízke, v roku 2017 uviedlo iba 1% obyvateľov. Neexistujú takmer žiadne rozdiely v potrebách neuspokojenej starostlivosti, ktoré uviedli ľudia s najnižším a najvyšším príjmom.

Neuspokojené potreby sú však väčšie v prípade služieb, ktoré sú menej kryté z verejného zdravotného poistenia. Napríklad niečo vyše 4% dánskych obyvateľov uviedlo v roku 2017 niektoré neuspokojené potreby zubnej starostlivosti, najmä z finančných dôvodov. Tento podiel bol omnoho vyšší u ľudí s najnižším príjmom.⁸³

⁸² Hlavatý, T. *Správa o stave zdravotníctva na Slovensku*. Bratislava: Ministerstvo zdravotníctva SR, 2011. Dostupné na: www.health.gov.sk > Clanok > sprava-o-stave-zdravotnictva-na-slovensku

⁸³ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Denmark: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and

Graf 20. Neuspokojené potreby zdravotnej starostlivosti (%)



Zdroj: Vlastné spracovanie podľa <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics>

Počet lekárov

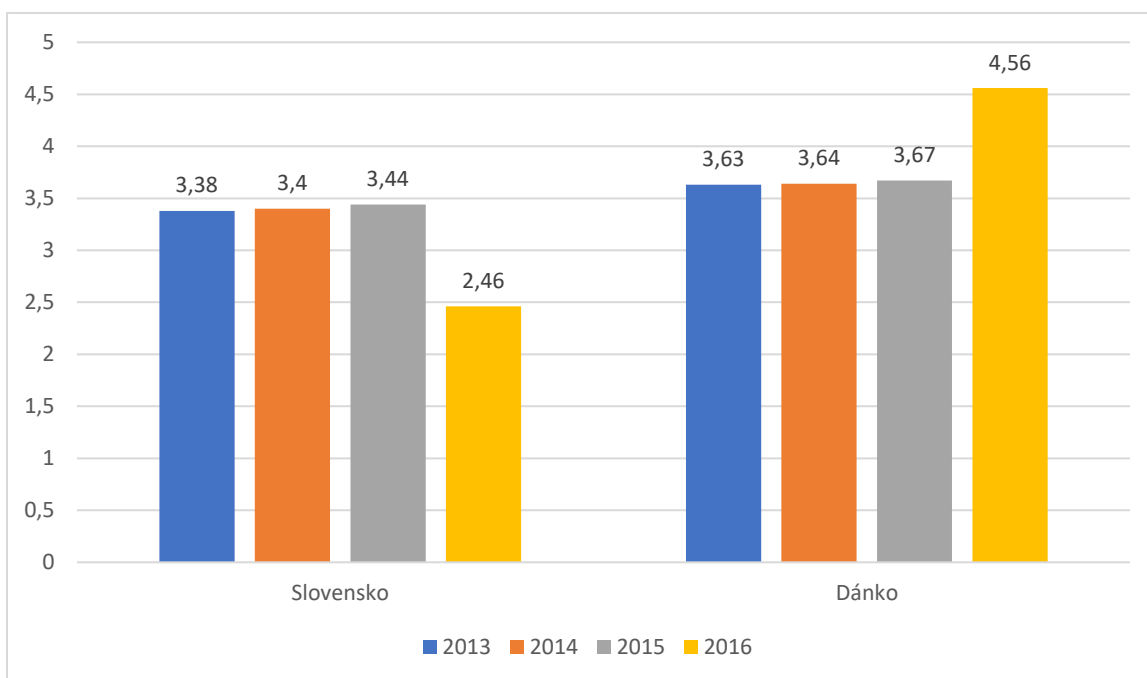
Hustota lekárov na Slovensku je v regióne hlavného mesta veľmi vysoká, ale vo väčšine ostatných regiónov je výrazne nižšia, pričom počet lekárov sa tam pohybuje pod priemerom ktorý je na úrovni 3,4 lekárov na 1000 obyvateľov. Zdravotní pracovníci navyše starnú a existujú obavy, či bude v nadchádzajúcich rokoch k dispozícii dostatok nových lekárov, ktorí nahradia tých, ktorí majú odísť do dôchodku, najmä v regiónoch je ich počet už teraz nedostatočný.

Počet lekárov a zdravotných sestier na populáciu v Dánsku je mierne vyšší ako priemer EÚ. Iba asi 20% lekárov sú praktickí lekári a Dánsko čelí nedostatkom, najmä vo vidieckych a odľahlých oblastiach, vrátane odľahlejších ostrovov a severnej časti krajiny.⁸⁴

Policies, Brussels. Dostupné na: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/419456/Country-Health-Profile-2019-Denmark.pdf?ua=1

⁸⁴ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Denmark: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Dostupné na: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/419456/Country-Health-Profile-2019-Denmark.pdf?ua=1

Graf 21. Počet lekárov na 1000 obyvateľov (posledné dostupné dáta)



Zdroj: Vlastné spracovanie podľa:

https://apps.who.int/gho/data/node.main.HWFGGRP_0020?lang=en

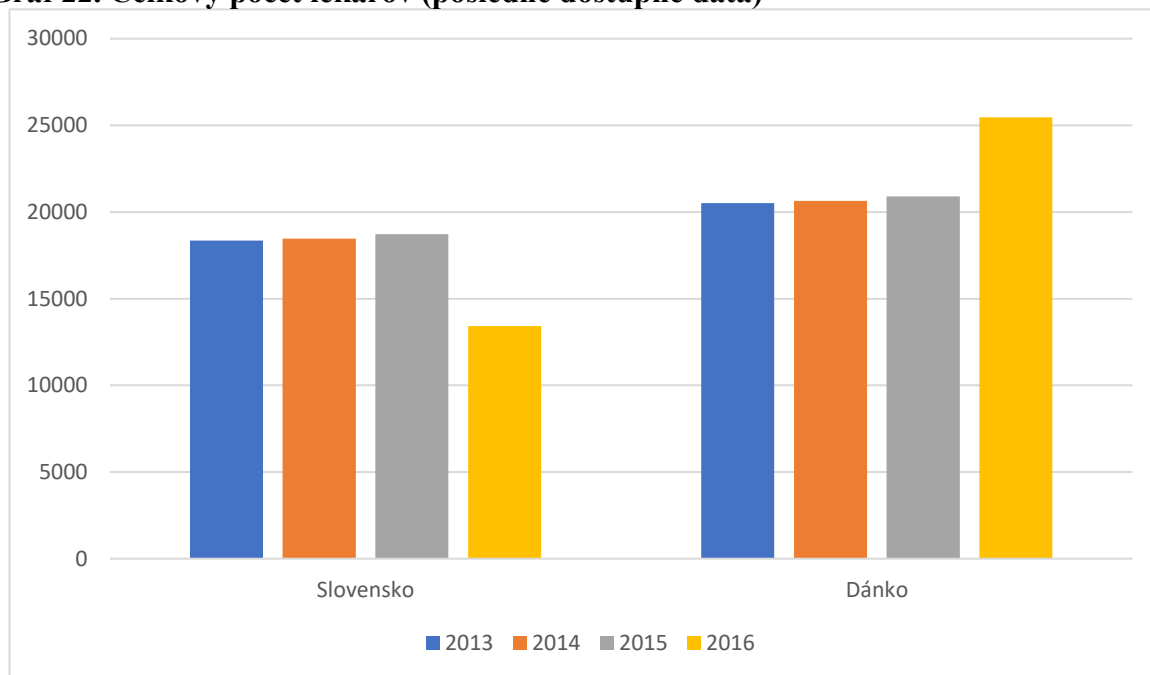
Každý rok promuje na slovenských lekárskech fakultách vyše 700 študentov - čo predstavuje dostatočný počet nových lekárov, ktorí by nahradili lekárov odchádzajúcich do dôchodku. Avšak približne polovica z týchto nových absolventov sú zahraniční študenti a väčšina z nich nevykonáva postgraduálne vzdelávanie a neostáva pôsobiť na Slovensku. Každoročne počet emigrujúcich lekárov prevyšuje počet lekárov ktorí na Slovensko prichádzajú a tak každoročne dochádza k odlevu pracovnej sily.⁸⁵

V roku 2018 dánska vláda začala novú stratégiu na posilnenie všeobecnej praxe v celej krajine, ktorú sprevádzala séria 16 iniciatív. Patrí medzi zvýšenie počtu študentov, ktorí sa rozhodnú pre všeobecné lekárstvo, a zlepšenie pracovných podmienok všeobecných lekárov, udržanie starších všeobecných lekárov (najmä ich oslobodením od novej požiadavky na opätovnú akreditáciu), podpora väčšieho zdieľania úloh so zdravotnými sestrami a inými kompetentnými zamestnancami a zníženie administratívneho zaťaženia

⁸⁵ Závěrečná práva Ministerstva zdravotnictva Slovenskej republiky: Revízia výdavkov na zdravotníctvo II., október 2019. Dostupné na <https://www.mfsr.sk/sk/financie/hodnota-za-peniaze/revizia-vydavkov/zdravotnictvo/>

záznamov pacientov a vývoj lepších digitálnych riešení na komunikáciu s pacientmi a inými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.⁸⁶

Graf 22. Celkový počet lekárov (posledné dostupné dáta)



Zdroj: Vlastné spracovanie podľa:

https://apps.who.int/gho/data/node.main.HWFGRP_0020?lang=en

Lieková politika

Na Slovensku je dlhodobo vysoká úroveň výdavkov na lieky. Možnou príčinou sú nadmerná spotreba a relatívne vysoké ceny. V záujme efektívnejšej kontroly výdavkov na lieky vláda zaviedla v roku 2017 zmeny vo farmaceutickom sektore. Stanovili sa osobitné podmienky pre preplácanie liekov, a prísnejšie sa reguluje vstup inovatívnych a generických liekov na trh.⁸⁷

Dánska vláda zaviedla niekoľko politík na kontrolu rastu farmaceutických výdavkov v nemocniciach a mimo nich, vrátane kontroly cien a propagácie generík. Vytvorenie jediného nákupcu farmaceutických výrobkov vydávaných v nemocniciach, ktorú predstavuje spoločnosť AMGROS, zohralo dôležitú úlohu pri kontrole farmaceutických nákladov. Spoločnosť AMGROS bola založená v roku 1990, ale od roku 2007 sa jej

⁸⁶ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Denmark: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Dostupné na: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/419456/Country-Health-Profile-2019-Denmark.pdf?ua=1

⁸⁷ Záverečná práva Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky: Revízia výdavkov na zdravotníctvo II., október 2019. Dostupné na <https://www.mfsr.sk/sk/financie/hodnota-za-peniaze/revizia-vydavkov/zdravotnictvo/>

zodpovednosť rozšírila na riadenie obstarávania nemocničných lekární na celoštátnej úrovni a na podporu regulácie liekov.⁸⁸

Digitalizácia

Digitalizáciou zdravotnej starostlivosti vznikajú nové nástroje a zdroje, ktoré zlepšujú zdravotnícke služby, vrátane softvéru, ktorý sprístupňuje zdravotné informácie pacientom a uchováva údaje o pacientovi na jednom mieste. Digitalizácia v zdravotníctve zefektívňuje prácu zdravotných pracovníkov a rovnako zjednodušuje prístup pacientov k jednotlivým službám. Informačná infraštruktúra, ktorá zabezpečuje včasné a spoľahlivé zdieľanie klinických informácií, je možnosťou zlepšenia výsledkov v oblasti zdravia a efektívnosti systému zdravotníctva.

Systém elektronického zdravotníctva bol na Slovensku spustený v januári 2018. Priniesol zefektívnenie lekárskej práce pri bežných činnostiach ako zaznamenávanie svojich úkonov, informácií o pacientoch, lekárska anamnéza.

Na rozdiel od Slovenska Dánsky zdravotnícky systém má k dispozícii už dlhodobo prvotriednu informačnú infraštruktúru. Silná informačná infraštruktúra Dánska umožňuje vnútroštátnu výmenu údajov. Národný systém elektronických lekárskeho záznamov (EMR) umožňuje pacientom a zdravotníckym pracovníkom na všetkých úrovniach prístup k individuálnym lekárskeho záznamom pacientov. V súčasnosti existujú dva systémy EMR na úrovni nemocníc a niekoľko systémov na úrovni všeobecných lekárov, ale súbor zdieľaných štandardov umožňuje pacientom a odborníkom na všetkých úrovniach prístup ku kľúčovým údajom. Všetci všeobecní lekári používajú EMR a všetky recepty a odporúčania sú digitálne.

V súčasnosti prebiehajú programy zamerané na podporu účinnejšieho využívania údajov o zdraví prostredníctvom národného programu a miestnych iniciatív. Zahŕňa to rozvoj dánskych registrov na podporu poskytovania údajov o činnosti a kvalite

⁸⁸ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Denmark: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Dostupné na: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/419456/Country-Health-Profile-2019-Denmark.pdf?ua=1

nemocničného personálu. Ukazovatele kvality zdravotnej starostlivosti zahŕňajú nielen klinické opatrenia, ale stále viac aj skúsenosti a výsledky hlásené pacientmi.⁸⁹

⁸⁹ Mosalioss, E. *2015 international profiles of health care systems*. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2016. Dostuné na: <https://da7648.approby.com/m/679d3f31e43c2e4e.pdf>

Záver a diskusia

V tejto časti práce si zhrnieme výsledky analýz a porovnávaní ktoré sme vykonali v predchádzajúcej kapitole. Na základe získaných údajov môžeme vyvodiť závery a porovnať výkonnosť a efektívnosť jednotlivých systémov podľa nami sledovaných kritérií.

Čo sa týka zdravotných systémov ako celku v oboch krajinách je prístup k zdravotnej starostlivosti relatívne dobrý. Obyvatelia majú prístup k komplexnému balíku zdravotníckych služieb. Neuspokojené potreby lekárskej starostlivosti relatívne sú nízke, v Dánsku sledujeme neuspokojené potreby pri stomatologických službách, pretože nie sú kryté systémom zdravotného poistenia ako na Slovensku. Táto nespokojnosť pretrváva najmä medzi skupinami s nízkym príjmom. Na Slovensku stále pretrváva nedostatočné pokrytie zdravotnými službami pri rizikových skupinách obyvateľov, najmä rómskej populácie.

Slovensko tiež uvádza vysokú mieru úmrtnosti na choroby s liečiteľnými príčinami, čo naznačuje naliehavú potrebu znížiť predčasné úmrtia prostredníctvom politik v oblasti verejného zdravia a zdravotnej starostlivosti. Investície do prevencie by mohli pomôcť zlepšiť zdravotný stav obyvateľstva a znížiť nerovnosti v zdraví. Iba 1% výdavkov na zdravotníctvo je určených na prevenciu v porovnaní s priemerom EÚ 3%. Posilnenie sektora primárnej starostlivosti by tiež mohlo zlepšiť odhaľovanie a zvládanie chronických chorôb a znížiť zbytočné hospitalizácie.

Výdavky na zdravotníctvo na Slovensku sú oveľa nižšie ako vo väčšine krajín EÚ, 6,7% HDP v porovnaní s priemerom 9,8% v EÚ. Dánsko vynakladá na zdravotníctvo 10,1% HDP, čo je vyšší podiel, ako je priemer EÚ. Napriek relatívne nízkej úrovni výdavkov, slovenský zdravotný systém poskytuje komplexný balík výhod takmer pre celú populáciu, s minimálnymi priami výdavkami obyvateľov. Pri dánskom systéme financovania zdravotníctva môžeme vyvodiť, že systém efektívne rozdeľuje a využíva svoje zdroje. Zvyšuje sa napríklad ponuka a prístup k primárnej starostlivosti, implementujú sa rôzne možnosti elektronického zdravotníctva ktoré zlepšili prístup k starostlivosti, a to aj priamo z vlastných domovov pacientov. Dánsky zdravotnícky systém má prvotriednu informačnú infraštruktúru vrátane systému elektronických lekárskech záznamov, ktorý sa používa v celom systéme zdravotnej starostlivosti. Cieľom stratégie pre digitálne zdravie je poskytnúť pacientom väčšie príležitosti pre účasť na ich vlastnej starostlivosti. Systém prepracovaného elektronického zdravotníctva je jednou z veľkých výhod za ktorou Slovensko voči Dánsku, aj napriek zlepšeniu situácie stále zaostáva.

Dánska vláda začala v roku 2018 novú stratégiu na posilnenie všeobecnej praxe v celej krajine, zvýšením počtu študentov, ktorí si vyberajú všeobecné lekárstvo, a zlepšením odmeňovania a pracovných podmienok praktických lekárov. Ďalším prvkom stratégie je poskytnúť zdravotným sestram dodatočný výcvik, aby mohli zastávať významnejšie úlohy pri výkone všeobecnej lekárskej praxe.

Lekári v rámci územia Slovenskej republiky sú nerovnomerne rozdelení a celkovo pracovná sila starne. Existujú obavy z budúceho udržania mladých lekárov na Slovensku, ktorí by mali v budúcnosti nahradiť tých, ktorí odídu do dôchodku. V posledných rokoch sa podnikli dôležité kroky na riešenie tohto problému, napríklad zvýšenie platov pre zdravotníckych pracovníkov alebo reforma učebných osnov. S nedostatkom lekárov bojuje aj dánska vláda ktorá začala v roku 2018 novú stratégiu na zlepšenie situácie, zvýšením počtu študentov, ktorí si vyberajú všeobecné lekárstvo, a zlepšením odmeňovania a pracovných podmienok praktických lekárov. Ďalším prvkom stratégie je poskytnúť zdravotným sestram dodatočný výcvik, aby mohli zastávať významnejšie úlohy pri výkone všeobecnej lekárskej praxe.

Starnutie populácie bude v obidvoch krajinách značne tlačiť na výdavky na zdravotnú starostlivosť a dlhodobú starostlivosť a očakáva sa, že miera rastu výdavkov na zdravotníctvo bude v budúcnosti nad priemerom EÚ. Súčasný stav zdravotníckeho systému na Slovensku ukazuje veľký potenciál na zvýšenie efektívnosti prostredníctvom ďalšej kontroly farmaceutických výdavkov, presunutím zamerania na ambulantnú starostlivosť a väčších investícií do prevencie a podpory zdravia.

Dánska vláda v poslednom desaťročí prijala aj niekoľko opatrení na zabezpečenie včasného prístupu k novým liekom a zároveň na kontrolu rastu farmaceutických nákladov. K dosiahnutiu tohto dvojitého cieľa výrazne prispelo vytvorenie a rozšírenie jediného nákupcu farmaceutických výrobkov vydávaných v nemocniciach.

Medzi kľúčové poznatky zistené v našej práci patrí:

- Existujú veľké pochybnosti v súvislosti s presnosťou údajov o financovaní verejného zdravia.
- Celkovo sa zdá, že zdroje vynakladané na verejné zdravie sú nízke a v dôsledku medzinárodnej hospodárskej krízy sa ešte viac znížili.
- Je tiež dôležité ovplyvniť rozpočty mimo zdravotníctva, aby sa riešili problémy verejného zdravia.
- Náklady na zamestnancov tvoria väčšinu výdavkov na verejné zdravie.

- Verejný sektor je hlavným zdrojom financovania verejného zdravia prostredníctvom výdavkov verejnej správy, fondov sociálneho zabezpečenia alebo ich kombináciou.
- Zvýšenie dane za používanie škodlivých látok je účinným spôsobom obmedzenia ich spotreby, ale pravdepodobne nie sú riešením trvalo udržateľného financovania verejného zdravia.
- Existuje priestor na lepšie združovanie zdrojov a strategické nakupovanie.

Diskusia

Vo všetkých krajinách celkové výdavky na zdravotníctvo neustále rastú, a preto systémy zdravotnej starostlivosti majú viac zdrojov na investovanie do systému s cieľom zlepšiť kvalitu služieb čo prináša aj zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva.

Zdravotný stav obyvateľstva by sa mohol považovať za kľúčový pri porovnávaní jednotlivých systémov zdravotnej starostlivosti. Avšak, keďže zdravie vo všeobecnosti je ťažké merať, pretože je ťažké vymedziť ho medzi jednotlivcami, populáciami, kultúrami alebo dokonca v rôznych časových obdobiach. Výsledkom je, že demografická miera očakávanej dĺžky života sa často používa ako náhrada stavu zdravia národa, čiastočne preto, že je založená na charakteristike, ktorá je jednoduchá a ľahko zrozumiteľná - konkrétne úmrtnosti.

Ako bolo uvedené aj v tejto práci tento ukazovateľ, tiež nie je rozhodujúci, aj keď je najčastejšie uvádzaný. Na očakávanú dĺžku života nevplýva len systém zdravotnej starostlivosti ako taký ale je podmienený mnohými faktormi, napr. zvyšujúca sa životná úroveň, zlepšenie životného štýlu, zníženie detskej úmrtnosti, kvalita vzdelania, technologický pokrok v oblasti zdravotnej starostlivosti a medicíny....

Na základe vykonanej analýzy je ťažké posúdiť, ktorý zo systémov je lepší. Určité parametre potvrdzujú, že dánsky systém je nákladnejší, ale väčšie výdavky sa neprenášajú priamo do výsledkov, ktoré sú podobné bez ohľadu na systém zdravotnej starostlivosti.

Opatrenia zamerané na zlepšenie zdravia obyvateľstva sa často zameriavajú výlučne na rozširovanie prístupu k základným zdravotníckym službám, no nezvyšuje sa ich kvalita. Neustále úsilie o zvýšenie dopytu po službách zdravotnej starostlivosti ktoré by malo viesť k všeobecnému pokrytiu obyvateľstva ale nezaručuje aj zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva. Väčšina cieľov zlepšenie zdravotných systémov sa týka strany ponuky, teda poskytovateľov, ktorým sa zlepšuje kvalita základných vstupov ako technológie, prevádzkové zariadenia, farmaceutický materiál, vysoko školený zdravotný pracovníci.

Častejšie sa však skloňujú názory, že pre dosiahnutie vyššej kvality poskytovaných služieb by sa mali začať viac uplatňovať prístupy zamerané na pacienta.

Uznanie rôznej kvality poskytovanej starostlivosti je rozhodujúce pre zvýšenie prioritných zdravotných zásahov. Ak sa má zvýšiť využívanie zdravotníckych služieb, pacienti vyžadujú nielen lepšiu technickú kvalitu, ale aj lepšiu cenovú prijateľnosť a zameranie na pacienta. Vnímanie kvality je ovplyvňované vzájomne prepojenou komunitou, systémom zdravotníctva a jednotlivými faktormi. Okrem toho nie je možné úplne posúdiť kvalitu starostlivosti bez toho, aby sa vzali do úvahy sociálne normy, vzťahy, hodnoty v rôznych spoločnostiach a krajinách, v ktorých sa starostlivosť poskytuje.

Zdroje

ONDRUŠ, Peter. *Svetové zdravotnícke systémy v čase globalizácie*. PRO, 2014. ISBN 978-80-89057-47-4

STANEK, Vojtech, Michaela PECHOVÁ, Michaela BARKÓCZIOVÁ a Silvia OŠKOVÁ. *Ekonomika zdravotníctva*. Bratislava: Vydavateľstvo EKONÓM, 2005, 223 s. ISBN 80-225-1996-0.

CESifo DICE Report 4/2008, Bismarck versus Beveridge, p. 71-73, Dostupné na: www.cesifo-group.de/DocCIDL/CESifoDICEREport408.pdf

DE GRAEVE, Diana; VAN OURTI, Tom. The distributional impact of health financing in Europe: A review. *World Economy*, 2003, 26.10: 1459-1479. Dostupné na: <https://scihub.si/https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-9701.2003.00582.x>

EUROSTAT. Statistics Explained, 2020: *Healthy life years statistics*. Eurostat, 202. Dostupné na: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics

EVANS, David B.; ETIENNE, Carissa. Health systems financing and the path to universal coverage. 2010. Dostupné na: <https://www.who.int/bulletin/volumes/88/6/10-078741.pdf>

HASANOVNA, Burieva Nigora, et al. Models of Financing and Organization of Health Care System-International Experience. *International Journal of Management Science and Business Administration*, 2019, 5.5: 7-12. Dostupné na: <https://ideas.repec.org/a/mgs/ijmsba/v5y2019i5p7-12.html>

KAHANCOVÁ, Marta, et al. *Governing the health care sector in Slovakia*. 2013. Dostupné na: https://cel.si.sk/media/research_reports/RR5.pdf

KAPALLA, Marko; KAPALLOVÁ, Dagmar; TURECKÝ, Ladislav. An overview of the healthcare system in the Slovak Republic. *EPMA Journal*, 2010, 1.4: 549-561. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3405344/>

KUTZIN, Joseph; SPARKES, Susan P. Health systems strengthening, universal health coverage, health security and resilience. *Bulletin of the World Health Organization*, 2016, 94.1: 2. Dostupné na“ <https://www.who.int/bulletin/volumes/94/1/15-165050.pdf>

MINISTRY OF HEALTH. Healthcare in Denmark–An Overview. 2016. ISBN: 978-87-7601-365-3. Dostupné na: <https://www.healthcaredenmark.dk/media/ykedbhsl/healthcare-dk.pdf>

MOSSIALOS, Elias, et al. (ed.). Funding health care: options for Europe. 2002. Dostupné na: https://www.researchgate.net/profile/Anna_Dixon/publication/30527296_Funding_Health_Care_Options_for_Europe/links/00b49518574a64498f000000.pdf

MOSSIALOS, Elias, et al. 2015 *international profiles of health care systems*. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2016. Dostupné na: <https://da7648.appoby.com/m/679d3f31e43c2e4e.pdf>

OECD (2019), Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.

OECD. *Health at a glance: Europe 2016: State of health in the EU cycle*. OECD, 2016. Dostupné na: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/health_glance_2016_rep_en.pdf

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Slovakia: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Dostupné na: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_sk_english.pdf

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Denmark: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Dostupné na: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/419456/Country-Health-Profile-2019-Denmark.pdf?ua=1

OLEJAZ, Maria, et al. Denmark: Health system review. 2012. Dostupné na: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf?ua=1

PEDERSEN, Kjeld Møller, et al. The Danish Health Care System: An Analysis of Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats (SWOT analysis). *University of Southern Denmark: COHERE-Centre of Health Economics Research*, 2011. Dostupné na: https://www.sdu.dk/-/media/files/om_sdu/centre/cohere/working+papers/2011/2011_2.pdf/

RECHEL, Bernd (ed.). *Organization and financing of public health services in Europe: country reports*. World Health Organization, 2018. Dostupné na: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/383544/hp-series-50-eng.pdf?ua=1

SZALAY T, PAŽITNÝ P, SZALAYOVÁ A, FRISOVÁ S, MORVAY K, PETROVIČ M and van GINNEKEN E. Slovakia: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2011; 13(2):1–200. Dostupné na http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf?ua=1

THOMSON, Sarah; FOUBISTER, Thomas; MOSSIALOS, Elias. *Financing health care in the European Union: challenges and policy responses*. World Health Organization. Regional Office for Europe, 2009. Dostupné na: <https://sci-hub.si/https://apps.who.int/iris/handle/10665/326415>

TOTH, Federico. Classification of healthcare systems: Can we go further?. *Health Policy*, 2016, 120.5: 535-543. Dostupné na: <https://sci-hub.si/https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851016300562>

VALLGÅRDA, Signild; KRASNIK, Allan; VRANGBÆK, Karsten. Health care systems in transition: Denmark. *Clinical Medicine*, 2001, 3.3/7: 464-469. Dostupné na: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf?ua=1

WAGSTAFF, Adam. *Social health insurance vs. tax-financed health systems-evidence from the OECD*. The World Bank, 2009. Dostupné na: <https://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/1813-9450-4821>

WORLD HEALTH ORGANIZATION, et al. *A System of Health Accounts 2011 Revised edition: Revised edition*. OECD Publishing, 2017. Dostupné na: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264270985-9-en.pdf?expires=1586520327&id=id&accname=guest&checksum=F6D51C278D9B325039B15D7A57AC9130>

WORLD HEALTH ORGANIZATION, et al. *Global spending on health: a world in transition*. World Health Organization, 2019. Dostupné na: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330357/WHO-HIS-HGF-HF-WorkingPaper-19.4-eng.pdf?ua=1>

WORLD HEALTH ORGANIZATION, et al. *Highlights on health in Denmark 2004*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006. Dostupné na: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/103846/E88545.pdf?ua=1

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The world health report 2000: health systems: improving performance*. World Health Organization, 2000. Dostupné na: https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs sustainable development goals*. World Health Organization, 2016. Dostupné na: https://books.google.sk/books?hl=sk&lr=&id=-A4LDgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=World+health+statistics+2016&ots=dbpi3SglxG&sig=u-clYjg6tMYoXwl_CAGmIXOvzHA&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

ZACHAR Dušan, Reformné procesy v zdravotníctve - obdobie 2000-2012. In *Zdravotníctvo: Trhy, regulácia, politik*. INEKO 2013

HLAVATÝ, T., et al. *Správa o stave zdravotníctva na Slovensku*. Bratislava: Ministerstvo zdravotníctva SR, 2011. Dostupné na: www.health.gov.sk > Clanok > sprava-o-stave-zdravotnictva-na-slovensku

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky. *Výročná správa MZ SR za rok 2018*

Nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 640/2008 Z. z o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ. *Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2010*. Bratislava: Národné centrum zdravotníckych informácií, 2018.

Zákon 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Záverečná práva Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky: Revízia výdavkov na zdravotníctvo II., október 2019. Dostupné na <https://www.mfsr.sk/sk/financie/hodnota-za-peniaze/revizia-vydavkov/zdravotnictvo/>