VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMICKÁ V PRAZE

Fakulta financí a účetnictví

katedra veřejných financí

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019 Michaela Kodajová

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMICKÁ V PRAZE

Fakulta financí a účetnictví

katedra veřejných financí

studijní obor: Finance

Efektivnost veřejných výdajů na zdravotnictví

Autor bakalářské práce: Michaela Kodajová

Vedoucí bakalářské práce: doc. Ing. Alena Maaytová, Ph.D.

Rok obhajoby: 2019

Čestné prehlásenie:

Prehlasujem, že som bakalársku prácu na tému „Efektivnost veřejných výdajů na zdravotnictví“ vypracovala samostatne a všetku použitú literatúru a ďalšie pramene som riadne označila a uviedla v priloženom zozname literatúry.

V Prahe, dňa 24.5.2019

Podpis: _____

Poďakovanie:

Touto cestou by som sa rada poďakovala vedúcej mojej bakalárskej práce doc. Ing. Alene Maaytovej, Ph.D. za odbornú pomoc, rady a ochotu, s ktorou moju prácu viedla. Ďalej by som sa chcela poďakovať mojej rodine za umožnenie štúdia na Vysokej škole ekonomickej v Praze a podporu po celú dobu štúdia.

Abstrakt:

Táto bakalárska práca sa zaoberá analýzou zdravotného systému Slovenska, Nórska a Španielska a skúmaním efektívnosti vynakladaných financií na zdravotníctvo. V teoretickej časti práca popisuje základné typy zdravotných systémov a charakterizuje konkrétne zdravotné systémy vo vybraných krajinách, pričom sa sústreďuje hlavne na komparáciu formy financovania. Praktická časť sa zameriava na analýzu verejných a súkromných výdavkov na zdravotníctvo v jednotlivých krajinách za obdobie 2007-2017. Ďalej sa praktická časť venuje skúmaniu závislosti verejných výdavkov na zdravotníctvo a vybraných ukazovateľov kvality zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike, Nórsku a Španielsku.

Kľúčové slová: verejné a súkromné výdavky na zdravotníctvo, efektívnosť výdavkov, zdravotný systém

Abstract:

This bachelor thesis deals with the analysis of the health systems in Slovak republic, Norway and Spain and the research of effectiveness of the money spend on healthcare. The theoretical part describes the general types of health systems and characterizes specific health systems in selected countries, focusing mainly on the comparison of the form of financing. The practical part focuses on the analysis of public and private health expenditure in selected countries between 2007 and 2017. Furthermore, the practical part deals with the research of dependence of public expenditures on healthcare and selected indicator of healthcare quality in Slovakia, Norway and Spain.

Key words: public and private health expenditure, expenditure efficiency, health system

Obsah

Úvod 8
1. Základné pojmy 10
1.1 Verejné statky 10
1.2 Zdravie 10
1.3 Zdravotníctvo 12
1.4 Zdravotný systém 12
2. Komparácia zdravotných systémov 16
2.1 Slovenská republika 16
2.1.1 História 16
2.1.2 Financovanie 17
2.1.3 Analýza výdavkov 17
2.2 Nórsko 19
2.2.1 História 20
2.2.2 Financovanie 21
2.2.3 Analýza výdavkov 21
2.3 Španielsko 23
2.3.1 História 24
2.3.2 Financovanie 24
2.3.3 Analýza výdavkov 25
2.4 Analýza verejných výdavkov 26
3. Indikátory efektívnosti zdravotníctva 28
3.1 Zdravotný stav obyvateľstva 28
3.1.1 Stredná dĺžka života pri narodení 28
3.1.2 Dojčenská úmrtnosť 29
3.2 Prístup k zdravotnej starostlivosti 30
3.2.1 Čakacie doby 30
3.2.2 Počet lekárov 31
3.3 Kvalita zdravotnej starostlivosti 32
3.3.1 Doba hospitalizácie 32
4 Závislosť výdavkov na zdravotníctvo na vybraných indikátoroch 34
4.1 Závislosť výdavkov na zdravotníctvo podľa funkcie a strednej dĺžky života 35
Záver 37
Zoznam literatúry 39

Zoznam grafov 42
Zoznam tabuliek 42
Zoznam príloh 42
Prílohy 43

Úvod

Ak by sme zrealizovali celosvetový dotazník o tom, čo je najdôležitejšie pre všetkých ľudí na Zemi, verím, že odpoveďou by bolo zdravie. Zdravie občanov je chápané ako ukazovateľ sociálnoekonomickej vyspelosti krajiny, v dôsledku čoho sa stalo prioritou vlád. Tie ovplyvňujú zdravotníctvo prostredníctvom zákonov a vyhlášok, čím sa tvorí systém zdravotnej starostlivosti.

Systémy zdravotnej starostlivosti sa vo všetkých krajinách permanentne vyvíjajú a nie sú všade rovnaké, to je zapríčinené rozdielnymi spoločenskými rozhodnutiami. Napriek rozdielom vo financovaní a organizácií zdravotných systémov sa väčšina zhodne v tom, že zdravotná starostlivosť by mala byť univerzálna, kvalitná, dostupná pre všetkých a jej poskytovanie by malo byť založené na princípe rovnosti a solidarity.

Vlády ovplyvňujú zdravotníctvo aj prostredníctvom verejných výdavkov. Vo väčšine štátov Európy má hlavnú úlohu vo financovaní zdravotníctva práve verejný sektor. Nové technologické prvky zaradené do zdravotníctva, výskum nových liečiv a liečebných metód, starnutie obyvateľstva a iné demografické zmeny spolu so stúpajúcimi nárokmi obyvateľstva na poskytovanú zdravotnú starostlivosť spôsobili, že cena zdravotnej starostlivosti sa zvyšuje. To má za následok zvýšené výdavky na zdravotníctvo, ktoré dlhodobo vykazujú rastúci trend.

Pri neustále rastúcich výdavkoch na zdravotníctvo je nutné zabezpečiť ich efektívne vynakladanie. Je tomu tak najmä preto, že zdroje financovania sú obmedzené a je nutné s ich pomocou zabezpečiť čo najväčší úžitok. Existuje rada metód, ktorými sa dá efektívnosť verejných výdavkov v zdravotníctve merať. Najznámejšou z nich je metóda, ktorá hodnotí výstupy, a teda vzťahy medzi kvalitou zdravotnej starostlivosti a množstvom financií, ktoré boli na dosiahnutie tohto stavu vynaložené.

Každá krajina sa snaží o zabezpečenie kvalitnej zdravotnej starostlivosti a o efektívne vynakladanie zdrojov na dosiahnutie tohto cieľu, nie vždy sa to však podarí. Hlavným cieľom tejto bakalárskej práce je určiť efektívnosť verejných výdavkov na zdravotníctvo vo vybraných krajinách Európy. Čiastkovými cieľmi, ktorými sa bakalárska práca ďalej venuje, sú:

- Komparácia zdravotných systémov vo vybraných krajinách Európy (Slovenská republika, Nórsko, Španielsko), formy ich financovania
- Porovnanie výšky súkromných a verejných výdavkov vynakladaných na zdravotníctvo v jednotlivých krajinách

- Porovnanie vybraných indikátorov kvality zdravotnej starostlivosti a celkového zdravia obyvateľstva v krajinách (stredná dĺžka života, dojčenská úmrtnosť, priemerná dĺžka hospitalizácie a dostupnosť zdravotnej starostlivosti)
- Analyzovať vzťah výšky verejných výdavkov na zdravotníctvo a vybraných indikátorov kvality zdravotnej starostlivosti

Osnova bakalárskej práce korešponduje s uvedenými čiastkovými cieľmi. V prvej kapitole práce sú vysvetlené základné pojmy spojené so zdravotníctvom. Ďalej, v druhej kapitole sa práca venuje charakteristike zdravotných systémov Slovenskej republiky, Nórska a Španielska. Následne sú v práci skúmané verejné výdavky na zdravotníctvo a ich komparácia medzi krajinami. Takisto sa v druhej kapitole vyjadruje k rozdielnej výške súkromných a verejných výdavkov vo vybraných krajinách za obdobie 2007-2017. V tretej kapitole sú priblížené vybrané ukazovatele efektívnosti zdravotníctva. A v poslednej, čisto praktickej časti bakalárskej práce, je analyzovaná závislosť verejných výdavkov na zdravotníctvo a vybraných indikátorov efektívnosti zdravotného systému.

Všetky analýzy boli zhotovené pomocou metód štatistiky a komparatívnej analýzy. V praktickej časti tejto práce bola na porovnanie rozdielnej výšky výdavkov na zdravotníctvo vo vybraných krajinách aplikovaná metóda komparatívnej analýzy, porovnávajú sa celkové výdavky za obdobie 2007-2017. Komparácia bola takisto využitá pri opise rozdielnych súkromných a verejných výdavkov na zdravotníctvo v Slovenskej republike, Nórsku a Španielsku a ďalej pri porovnaní indikátorov efektívnosti zdravotníctva. Indikátory kvality zdravotnej starostlivosti (stredná dĺžka života, dojčenská úmrtnosť, priemerná dĺžka hospitalizácie a dostupnosť zdravotnej starostlivosti) sú porovnávané medzi krajinami a zároveň v čase. Na porovnanie celkovej závislosti indikátorov kvality zdravotnej starostlivosti a výšky verejných výdavkov na zdravotníctvo bol použitý korelačný koeficient. Analýza závislosti bola vykonaná za obdobie 2000-2016 jednotlivo za vybrané štáty.

Bakalárska práca je sekundárnou analýzou dát, keďže primárne čerpá a analyzuje dáta zo štatistík Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). Tieto dáta sú medzinárodne porovnateľné, pretože boli zozbierané na základe rovnakých metód.

1. Základné pojmy

1.1 Verejné statky

Statky, ktorými ľudia uspokojujú svoje potreby môžeme deliť na ekonomické a voľné. Voľné statky sú prístupné všetkým bez obmedzenia, nemusia byť nijak distribuované a ich hlavnou charakteristikou je, že ich tržná cena je nulová. Statky ekonomické, sú charakteristické tým, že majú určitú tržnú hodnotu. Ako uvádzajú Hamerníková a Maaytová (2010) ekonomické statky členíme na plne deliteľné (množstvom a kvalitou) a plne nedeliteľné.

Plne deliteľné statky sú vyjadrené ako suma spotreby daného statku jednotlivými spotrebiteľmi, ide o statky bežnej spotreby (potraviny, oblečenie...). Verejné statky, ktoré sú často označované ako statky kolektívnej spotreby sa radia medzi nedeliteľné statky, sú nimi napríklad národná obrana, pouličné osvetlenie apod. Podľa P. A. Samuelsona možno verejné statky rozdeliť na čisto verejné a zmiešané. Hlavným kritérium čisto verejných statkov je úplná nedeliteľnosť. Ich ďalšou charakteristickou črtou je, že nevyvolávajú rivalitu medzi jednotlivými spotrebiteľmi, spotreba statku každým ďalším spotrebiteľom neznižuje dostupné množstvo pre ostatných, pričom všetci jedinci majú zo statkov rovnaký úžitok. Ďalej nie je možné vylúčiť niekoho zo spotreby daného statku a náklady na každého ďalšieho spotrebiteľa sú nulové. Ekonomické statky, ktoré len čiastočne splňujú Samuelsonove kritéria sa nazývajú zmiešané statky. (Hamerníková, Maaytová, 2010)

1.2 Zdravie

Z ekonomického pohľadu sa zdravie nedá chápať ako čisto ekonomický statok, nie je predmetom kúpy a predaja. Zdravie môžeme definovať rôznymi spôsobmi. Môžeme ho chápať ako stav aj ako proces, preto sa vymedzenia zdravia líšia. Definícia, ktorá je všeobecne uznávaná a platná je definícia Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) zakotvená v Preambule ústavy Svetovej zdravotníckej organizácie, ktorá charakterizuje zdravie ako stav úplného telesného, duševného a sociálneho blahobytu a nie len neprítomnosť choroby alebo slabosti. Táto definícia je v súčasnosti kritizovaná pre jej prílišnú všeobecnosť a tiež preto, že vychádza zo subjektívnych pocitov, ktoré sa nemusia stotožňovať s realitou. (WHO, 2019)

Ďalšie definície zdravia, ktoré takisto ako definícia WHO, vychádzajú zo statického, konečného stavu organizmu, ktorý je reálne nedosiahnuteľný, sa delia na pozitívne a negatívne vymedzenie.

Negatívne vymedzenie – *„Zdravie je staticky posudzovaný stav organizmu, ktorý nie je vystavený účinkom choroby.“* (Kuvíková a kol., 1995)

Pozitívne vymedzenie – *„Zdravie je stav organizmu, ktorý je schopný znášať zvýšené telesné a duševné zaťaženie.“* (Kuvíková a kol., 1995)

Obe uvedené definície sú založené na statickom vnímaní organizmu a neberú do úvahy procesy, ktoré v čase posudzovania zdravia v organizme prebiehajú. Novšie koncepcie definície zdravia sa skôr sústredia na dynamické zobrazenie pojmu, teda skúma organizmus vo vzťahu s prostredím, v ktorom žije. Podľa týchto definícií je zdravie *: „... súbor schopností človeka vyrovnať sa s nárokmi vnútorného a vonkajšieho prostredia bez narušenia životných funkcií.“* (Kuvíková a kol., 1995)

Je možné konštatovať, že zdravie nie je trvalým stavom. Práve naopak je stavom dynamickým, človek ho môže cieľavedome ovplyvňovať. Zároveň však existuje rada rôznych faktorov, ktoré ovplyvniť nedokáže, ale majú na zdravotný stav veľký vplyv. Ako popisuje Durdisová (2005) determinantmi, ktoré ovplyvňujú zdravie jedinca sú:

- **Faktory vnútorného prostredia** – genetická výbava organizmu ako je dedičnosť, náchylnosť na niektoré ochorenia alebo naopak odolnosť voči nim
- **Faktory vonkajšieho prostredia** – prvky prírodného a sociálneho prostredia (životné prostredie, klimatické podmienky, pracovné prostredie...)
- **Kvalita zdravotnej starostlivosti** – odborná úroveň zdravotníctva, rozvoj medicíny a zdravotnej politiky, dostupnosť zdravotnej starostlivosti všetkým občanom
- **Životný štýl** – prístup jednotlivca k práci a odpočinku, celkový prístup k zdraviu, starostlivosť o vlastné zdravie, úroveň vzdelania, spôsob výživy, stravovacie návyky, sklony k zdraviu škodlivým aktivitám (fajčenie, alkohol...)

Faktory vnútorného prostredia spolu s faktormi vonkajšieho prostredia nie je možné cieľavedome ovplyvňovať. Štát sa svojimi legislatívnymi nástrojmi pokúša o zlepšenie životného a pracovného prostredia (vonkajšie faktory) a tak prispieť k zlepšeniu zdravia obyvateľstva, ale interné determinanty (genetiku) nie je možné ovplyvniť nijakými legislatívnymi zásahmi. Na druhej strane faktorom, ktorý je jednoducho ovplyvniteľný človekom je životný štýl. V poslednej dobe však zaznamenávame zhoršený stav tohto determinantu, ktorý je spôsobený stále sa zvyšujúcim počtom ľudí trpiacich na nadváhu až obezitu alebo stále viac sa vyskytujúce psychické problémy, ktoré sú spôsobené rýchlym stresujúcim životným štýlom.

Najdôležitejším determinantom ovplyvňujúcim zdravie obyvateľov je práve životný štýl, má až 50% váhu spomedzi všetkých determinantov. Exogénne a endogénne faktory sa rovnako 20% podieľajú na zdraví obyvateľstva. Zostávajúcich 10% tvorí kvalita zdravotnej starostlivosti (Komárek a kol., 2011). Z tohto vyplýva, že zdravie obyvateľstva je z viac ako 80% ovplyvňované nezdravotnými faktormi. Podcenením týchto faktorov sa zhoršuje zdravotný stav obyvateľstva, čo prispieva k tvorbe rôznych civilizačných chorôb, čo v konečnom dôsledku zvyšuje verejné výdavky na zdravotníctvo. (Durdisová, 2005)

1.3 Zdravotníctvo

Ako uvádza Kuvíková a kol. (1995), zdravotníctvo je možné definovať ako súbor orgánov, odborných inštitúcií, zdravotných odborníkov a nimi poskytovaných služieb. Ich podstatou je v prvom rade ochrana zdravia obyvateľov a zabezpečovanie všetkých predpokladov (odborných, osobných, finančných a vecných) na vykonávanie zdravotnej starostlivosti.

Funkciou zdravotníctva je vykonávanie všetkých služieb, ktoré smerujú k udržaniu a rozvoju fyzického a duševného zdravia obyvateľstva, pracovnej schopnosti, taktiež vedúce k predĺženiu a skvalitneniu života jedinca a na odstránenie a prevenciu proti rôznym ochoreniam. Tento pojem v sebe zahŕňa všetky zdravotnícke služby smerujúce k zlepšeniu zdravia obyvateľstva, ale zároveň aj súhrn inštitúcií a zariadení orientovaných na lekársku vedu, napr. lekárske fakulty. Z inštitucionálneho pohľadu chápeme zdravotníctvo ako sústavu zdravotných zariadení, štátnych aj súkromných, ktoré poskytujú zdravotné a iné služby súvisiace so zdravotníctvom. Zdravotnícke služby delíme na služby priamo poskytované obyvateľstvu na udržanie priaznivého zdravotného stavu, môžu byť poskytované za peňažnú úhradu aj bezplatne, a služby, ktorých výsledkom je materiálny statok (výroba liekov, zdravotných pomôcok...). (Kuvíková a kol., 1995)

Zdravotníctvo sa v svojej podstate radí medzi verejné statky (služby). Jedným zo základných princípov zdravotníctva je rovnosť pri distribúcii zdravotnej starostlivosti pre všetkých občanov bez ohľadu na vek, pohlavie, rasu, náboženstvo a pod.. Medzi ďalšie princípy, ktorými sa zdravotníctvo riadi sú aj vysoká kvalita poskytovanej zdravotnej starostlivosti a prijateľná cena pre obyvateľov.

1.4 Zdravotný systém

Rovnako ako všetky systémy sa aj zdravotný systém formoval v priebehu historického spoločenského vývoja. V počiatkoch išlo len o vzťah medzi dvomi subjektmi (pacient – lekár), ten sa ale v priebehu času rozvinul na oveľa zložitejší integrovaný systém.

Definíciu zdravotného systému ovplyvňujú rôzne aspekty, najmä spoločensko-ekonomické, historické a regionálne. Je definovaný ako *„organizačný celok usporiadaných vzťahov medzi verejnosťou, poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, financujúcimi subjektmi a orgánmi reprezentujúcimi vládnu politiku“* (Durdisová, 2005).

Zdravotný systém má aj množstvo iných definícií, ale žiadna z nich nie je definitívna a úplná. To súvisí s tým, že zdravotný systém sa neustále vyvíja a zahrňuje v sebe množstvo činností, subjektov a vzťahov. Navyše zdravotný systém sa líši aj medzi krajinami, keďže v rôznych štátoch prebiehal ekonomický, sociálny, politický a kultúrny vývoj odlišne. Drbal (2008) však namieta, že aj napriek tomu, že sa zdravotné systémy líšia medzi krajinami, ich hlavné ciele sú všade totožné.

Sú nimi zlepšovanie zdravotného stavu a celkovej kvality života obyvateľstva, čo v konečnom dôsledku pôsobí na rozvoj ľudského kapitálu.

Figueras a McKee (2012) pod záštitou WHO definujú ciele všetkých svetových zdravotných systémov následne:

- Zlepšiť zdravotný stav obyvateľstva (oboje priemerný stav zdravia a dostupnosť zdravotnej starostlivosti)
- Zaistiť spravodlivosť financovania (vyhýbanie sa chudobe obyvateľstva v dôsledku platieb za zdravotnú starostlivosť a spravodlivé rozdelenie bremena financovania zdravotného systému)
- Zlepšiť schopnosť reagovať na požiadavky obyvateľstva (dôvernosť pacienta, dôstojnosť) a zlepšiť orientáciu na klienta (rýchla komunikácia, možnosť výberu...)

Na rozdelenie zdravotných systémov je nutné najskôr definovať základné kritéria, ktorými sa tieto systémy líšia, a ktoré slúžia ako základ pre typológiu zdravotných systémov. Týmito kritériami na základe Gladkija a kol. (2003) sú:

1. Zdravotná politika štátu, jej ciele pri ochrane a rozvoji zdravia obyvateľstva.
2. Spôsob zabezpečenia základnej zdravotnej starostlivosti pre všetkých, jej dostupnosť.
3. Spôsob úhrady nákladov na zdravotnú starostlivosť.
4. Vyjadrenie vzťahov medzi účastníkmi zdravotnej starostlivosti (občania, lekári a ostatní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, samosprávne inštitúcie, platcovia).
5. Forma vlastníctva zdravotných zariadení, podiel štátu na tomto vlastníctve.

Durdisová (2005) rozdeľuje zdravotné systémy podľa spôsobu akým sa občania podieľajú na úhrade nákladov zdravotníctva na:

- tržne orientované zdravotníctvo
- zdravotníctvo s povinným verejným zdravotným poistením
- štátne zdravotníctvo (Národná zdravotná služba)

Tržne orientované zdravotníctvo inak aj nazývané liberálne zdravotníctvo je model, v ktorom sú minimalizované štátne zásahy. Objem obdržanej zdravotnej starostlivosti závisí na ekonomickej situácií jedinca.

V tomto systéme existujú dve skupiny obyvateľov tí, ktorí sa rozhodnú nepoistiť a tí, ktorí sa dobrovoľne súkromne poistia. Ako uvádza Gladkij a kol. (2003) občania sa registrujú u poisťovní samostatne alebo skupinovo zo zamestnania, pričom im zamestnávateľ z časti na poistenie prispieva. Na druhej strane však stále existuje skupina ľudí, ktorí sa rozhodnú nepoistiť,

či už z finančných alebo osobných dôvodov. Ako uvádza Hnilicová (2009) ide najmä o osoby trpiace nedostatkom financií (1/3 nepoistených), mladých ľudí do 25 rokov a zamestnaných, ktorí nie sú poistení zamestnávateľom.

Liberálny systém chápe zdravotnícke služby ako statok s určitou tržnou cenou, s ktorým je možné obchodovať na voľnom trhu a pri ktorého distribúcií je pacient chápaný ako konzument a lekár ako predávajúci. (Gladkij a kol., 2003)

Ako uvádza Durdisová (2005) lekári sú chápaní ako samostatne podnikajúce subjekty, ktoré svoje odborné služby ponúkajú na predaj. Môže sa jednať o podnikanie ako ziskové tak aj neziskové. Pacient sa môže samostatne rozhodnúť medzi rôznymi lekármi, zdravotníckymi zariadenia, poisťovňami a zároveň záleží len na jeho sociálnom statuse ako kvalitná starostlivosť mu bude poskytnutá.

Ďalším zo systémov zdravotnej starostlivosti je **systém s povinným verejným zdravotným poistením**, ktorý je označovaný ako Bismarckovský systém. Počiatky tohto systému sú spojené s nemeckou legislatívou, kde sa v roku 1833 uzákonilo povinné nemocenské, úrazové a dôchodkové poistenie. (Ondruš, 2014)

Podľa Durdisovej (2005) je tento systém založený na predpoklade, že štandardná zdravotná starostlivosť by mala byť garantovaná štátom pre všetkých občanov krajiny. Štát zodpovedá za optimálne vynakladanie finančných zdrojov na zdravotnú starostlivosť. Rovnako tak stanovuje povinnosť prispievať do fondu zdravotného poistenia, ktorý je zdrojom pre financovanie štandardnej zdravotnej starostlivosti.

V rámci tohto systému je uplatňovaný princíp solidarity tak, že platcovia poistného si predplatia služby, ktoré budú potenciálne využívať, u zdravotných poisťovní, pričom nie je definovaný rozsah služieb, ktorý si predplácajú. Výška platby poistného sa odvíja od príjmom občana, pričom poistenci platia len do výšky stropu, ktorý je dovodený ako násobok celoštátnej priemernej mzdy. (Durdisová, 2005)

Lekári a ostatní zdravotní špecialisti majú svoje individuálne súkromné praxe, teda sú samostatnými podnikateľskými subjektmi, rovnako ako v tržnom liberálnom systéme. Nastáva však rozdiel vo forme ich financovania. V Bismarckovskom systéme je činnosť lekárov financovaná z verejného poistenia na základe počtu registrovaných pacientov pripadajúcich na lekára, podľa výkonov alebo paušálne. Zdravotné zariadenia sú zväčša verejné, ak sú vlastnené súkromným podnikateľským subjektom, majú neziskový charakter. (Gladkij a kol., 2003)

Posledným typom zdravotníckych systémov je **systém štátneho zdravotníctva**, ktorého typickým predstaviteľom je Národná zdravotná služba. Tento systém je často nazývaný aj Beveridgeovský

systém a ako prvý bol aplikovaný vo Veľkej Británii za vlády Labouristickej strany v roku 1948. (Durdisová, 2005)

Je založený na predpoklade, že zdravotná starostlivosť by mala byť dostupná pre všetkých, bez ohľadu na ich platobnú schopnosť. Práve preto je v Beveridgeovskom systéme zdravotná starostlivosť bezplatne garantovaná štátom pre všetkých obyvateľov. Na základe tohto predpokladu má štát významnú rolu vo financovaní zdravotnej starostlivosti, viac ako 90% výdajov je hradených práve z verejných zdrojov, teda z daní. (Gladkij a kol., 2003)

Durdisová (2005) vysvetľuje, že nemocnice a ostatné zdravotné zariadenia tvoria súčasť Národnej zdravotnej služby, čo znamená, že sú vo vlastníctve štátu, ale rovnako ako v ostatných zdravotníckych systémoch existuje aj súkromné vlastníctvo. Lekári a odborníci, ktorí pracujú v zdravotných zariadeniach sú de facto štátni zamestnanci, s výnimkou tých, ktorí sú súkromní podnikatelia ziskového aj neziskového charakteru. Gladkij a kol. (2003) dopĺňa, že lekári sú platení na základe paušálu za každého registrovaného pacienta alebo za poskytnutie určitého výkonu.

Hoci štát plne garantuje všetky zdravotnícke služby s minimálnou ba často nulovou finančnou spoluúčasťou na nákladoch zdravotnej starostlivosti, existuje možnosť súkromného pripoistenia sa. Toto poistenie v sebe nezahŕňa zvýšenie kvality zdravotnej starostlivosti, tá je garantovaná pre všetkých v rovnakej kvalite. Naopak zahŕňa len možnosť nadštandardnej starostlivosti, čo sa prejaví v kratšej čakacej dobe alebo luxusnejšom vybavení pri hospitalizácii.

2. Komparácia zdravotných systémov

2.1 Slovenská republika

Zdravotný systém Slovenskej republiky je založený na povinnom zdravotnom poistení, teda by sa dalo konštatovať, že má znaky Bismarckovského systému. Štát garantuje poskytovanie základných zdravotných služieb, ktoré sú všeobecne dostupné pre všetkých občanov krajiny.

Po roku 2000 bol na Slovensku zavedený konkurenčný model poistenia, pričom si poisťovne vyberajú, s ktorými poskytovateľmi zdravotníckych služieb uzatvoria zmluvy. Aby bola zaručená všeobecná dostupnosť zdravotnej starostlivosti, štát stanovuje minimálny počet lekárov a špecializovaných odborníkov, s ktorými musí mať poisťovňa uzatvorenú zmluvu. (Smatana a kol., 2016)

Zdravotné poisťovne si konkurujú medzi sebou v cene a kvalite, a tým občanovi zabezpečujú možnosť výberu. Tieto inštitúcie majú povinnosť zabezpečiť dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre svojich poistencov. (OECD a European Observatory on Health Systems and Policies, 2017a) Ako uvádza ÚDZS[1] (2017) v súčasnosti je na Slovensku možnosť výberu z troch zdravotných poisťovní, pričom jedna je plne vlastnená štátom a jej podiel na trhu je 63,08%. Ďalšie dve poisťovne sú súkromné, sú nimi Dôvera s 27,55% podielom na trhu a Union s 9,37%. Všetky zdravotné poisťovne sú pod dohľadom Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti sú vlastnení štátom, ako aj súkromnými osobami. Väčšina štátom vlastnených inštitúcií je neziskového charakteru a majú zabezpečovať dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre všetkých občanov. (Smatana a kol., 2016) Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky má ústrednú úlohu pri správe celého zdravotného systému. Vlastní asi 40% nemocníc a zdravotníckych zariadení (univerzitné nemocnice, špecializované ústavy) a je jediným vlastníkom štátnej zdravotnej poisťovne (Všeobecnej zdravotnej poisťovne). (OECD a European Observatory on Health Systems and Policies, 2017a)

2.1.1 História

Po vzniku samostatného štátu v roku 1933 bol zriadený Národný poisťovací fond na financovanie zdravotného, sociálneho a dôchodkového poistenia. O rok na to, v roku 1994 bol prijatý zákon o zdravotných poisťovniach, ktorým sa zaviedol systém sociálneho zdravotného poistenia financovaný kombináciou príspevkov od pracujúcich občanov a príspevkov zo štátneho rozpočtu za ekonomicky neaktívnu časť populácie. Tento zákon prispel k vzniku množstva nových zdravotných poisťovní, ktoré dosiahlo svoj strop v roku 1997, kedy na Slovensku súčasne existovalo 13 zdravotných poisťovní. V priebehu nasledujúcich rokov bol ich počet znižovaný zánikmi alebo fúziami a v súčasnosti fungujú len 3 zdravotné poisťovne. (Smatana a kol., 2016)

[1] Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou

V období 2002-2004 nastala reforma zdravotného systému v dôsledku zlých výsledkov v oblasti zdravia, viacerých korupčných škandálov a vysoko zadĺžených nemocníc. Touto reformou bol reštrukturalizovaný systém poskytovania zdravotnej starostlivosti v rôznych oblastiach. Bol zavedený trhový princíp, v ktorom poskytovatelia zdravotnej starostlivosti súťažia o zmluvy s poisťovňami a tie zasa súťažia o poistencov. (OECD a European Observatory on Health Systems and Policies, 2017a) Smatana a kol. (2016) uvádza, že v rámci reforiem boli takisto zavedené tvrdé rozpočtové obmedzenia zamerané na zefektívnenie využívania zdrojov a odhalenie systémových problémov. Na krátku dobu boli zavedené aj poplatky za zdravotnú starostlivosť, ktoré boli však s nástupom novej vlády zrušené.

2.1.2 Financovanie

Ako uvádza Kapalla a kol. (2010) zdravotný systém Slovenskej republiky poskytuje všeobecné pokrytie širokej škály služieb pričom sa v ňom uplatňuje takmer 100% solidarita. Tá sa prejavuje najmä vo výške povinných platieb do zdravotného fondu. Výška platby je odvodená od príjmu jednotlivca a preto tí, ktorí zarábajú viacej musia platiť vyššie čiastky na poistenie ako tí, ktorí zarábajú minimálnu mzdu, avšak všetkým sa dostane rovnaká zdravotná starostlivosť.

Hlavným zdrojom príjmov sú príspevky zamestnancov a zamestnávateľov a osôb samostatne zárobkovo činných. Každý zamestnaný občan je podľa zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení v znení neskorších predpisov povinný platiť príspevok do zdravotného fondu. Ten tvorí 14% mesačného príjmu, z čoho 4% platí samotný zamestnanec a zvyšných 10% hradí zamestnávateľ za každého svojho zamestnanca. Osoby samostatne zárobkovo činné musia platiť celých 14% z platu samostatne. V prípade zdravotne postihnutých osôb sa výška príspevkov na zdravotné postenie kráti na polovicu. Osoby, ktoré nemusia samostatne platiť poistenie sú štátnymi poistencami, za ktorých odvádza poistenie štát. Jedná sa o ekonomicky neaktívnu časť populácie teda najmä o študentov, dôchodcov, nezamestnaných a matky na materskej dovolenke. Ako uvádza Smatana a kol. (2016) pomer príjmov od štátnych poistencov k príjmom z ostatných skupín obyvateľstva je 30:70.

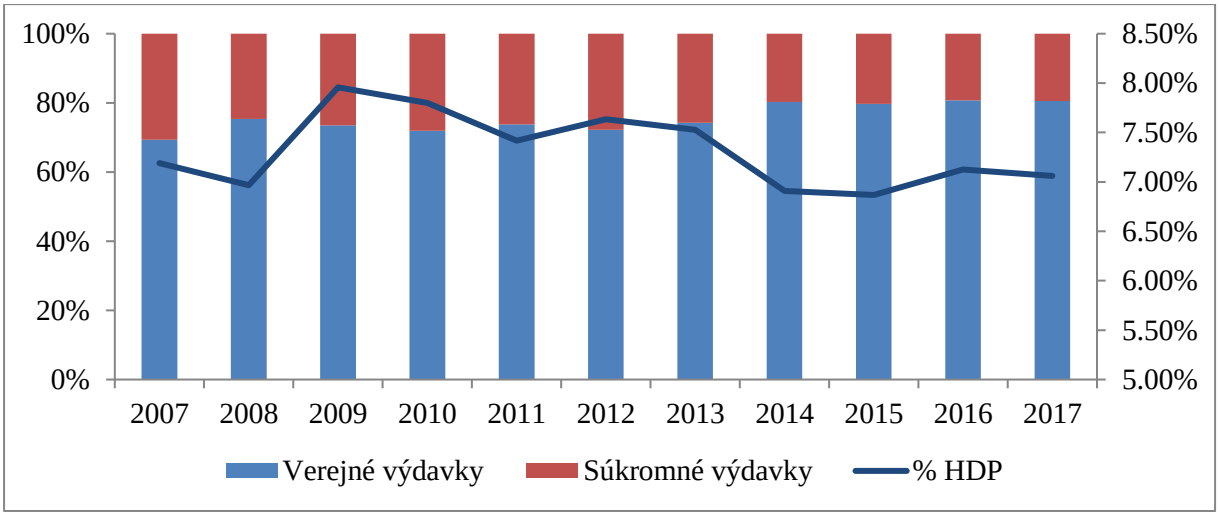
Verejné výdavky tvoria približne 80% celkových výdavkov na zdravotníctvo, čo sa blíži k európskemu priemeru. Súkromné výdavky pozostávajú predovšetkým z platieb súkromných osôb za stomatologickú starostlivosť, kúpeľnú liečbu a spoluúčasti na predpísaných liekoch. (Smatana a kol., 2016)

2.1.3 Analýza výdavkov

Konkrétny vývoj súkromných a verejných výdavkov na zdravotníctvo v Slovenskej republike za obdobie 2007-2017 a vývoj celkových výdavkov na HDP je znázornený na grafe číslo 1. Z grafu vyplýva, že podiel súkromných a verejných výdavkov nie je rovnomerný, a že vláda vynakladá väčšiu časť zo svojich zdrojov. Za celé obdobie 2007-2017 je možné pozorovať slabý rastúci trend

v množstve vynakladaných verejných výdavkov na zdravotníctvo, ktorý v súčasnosti predstavuje 80,52% celkových výdavkov. Podiel celkových výdavkov na HDP štátu vykazuje za celé sledované obdobie značnú fluktuáciu, pričom najvyššie percento výdavkov na zdravotníctvo bolo vynakladané v roku 2009 (7,96% HDP).

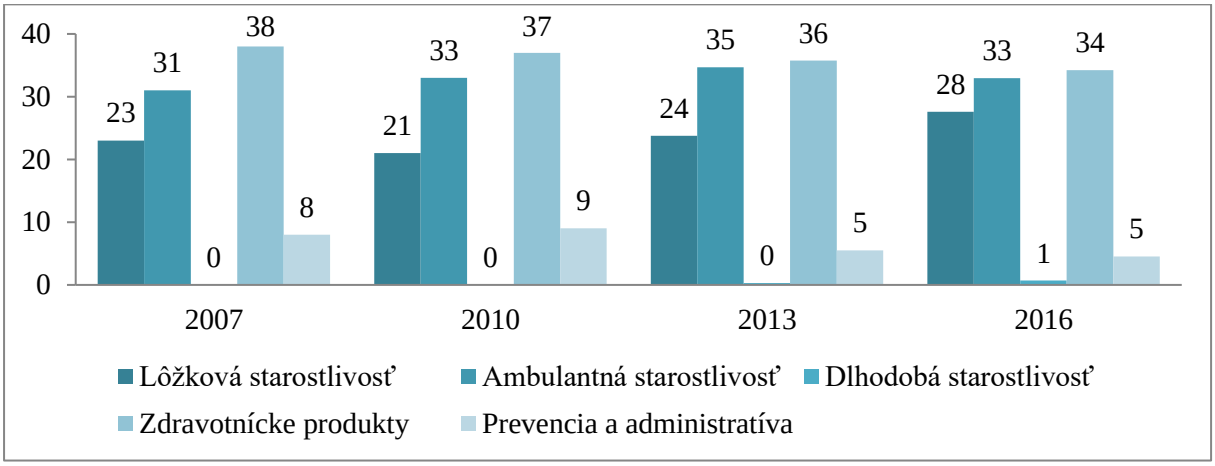
Graf 1: Podiel súkromných a verejných výdavkov na zdravotníctvo Slovenska (v %) a vývoj celkových výdavkov na zdravotníctvo (v % HDP) v rokoch 2007-2017



Zdroj: OECD, 2019a. Vlastné spracovanie

Graf číslo 2 znázorňuje percentuálne rozdelenie celkových výdavkov na zdravotníctvo. Z grafu vyplýva, že za posledné obdobie výdavky na lôžkovú starostlivosť zaznamenali rastúci trend, pričom v súčasnosti tvoria 28% z celkových výdavkov Slovenskej republiky. Výdaje na ambulantnú starostlivosť ostávajú počas obdobia 2007-2016 pomerne konštantné. Vláda vkladá každoročne najväčšie percento výdavkov na medicínske produkty a ambulantnú starostlivosť. OECD (2009) uvádza, že výdavky na lieky a iné medicínske produkty sú jedny z najvyšších medzi krajinami OECD. Percento výdavkov na zdravotné pomôcky však vykazuje klesajúci trend a v súčasnosti sa na ne vynakladá 34%.

Graf 2: Výdavky na zdravotníctvo Slovenska podľa funkcie (v %)



Zdroj: OECD, 2009, 2012, 2015, 2018. Vlastné spracovanie

2.2 Nórsko

Škandinávske systémy zdravotnej starostlivosti sú súhrnne označované ako systémy prevádzkované na základe modelu decentralizovanej národnej zdravotnej služby (NHS). Konkrétne pre nórsky zdravotný systém je charakteristická prevaha verejných financií pochádzajúcich z daní. Je založený na univerzálnom pokrytí a vysokej kvalite služieb pre všetkých občanov krajiny. (van den Noord a kol., 1998)

Všetci občania Nórska majú rovnaký prístup ku kvalitnej zdravotnej starostlivosti, ktorá je bezplatne poskytovaná štátom, a to bez ohľadu na ich sociálne a ekonomické postavenie alebo geografickú polohu. Táto starostlivosť v sebe zahŕňa akútnu a preventívnu starostlivosť u všeobecného lekára, predpísané lieky, ale aj špecializované služby nevyhnutné pre zlepšenie kvality života. To isté sa týka občanov EU a EEA[2]. Jedinci pochádzajúci mimo EEA a prisťahovalci bez dokladov musia tradične za zdravotnú starostlivosť platiť plnú sumu poskytnutých služieb. Avšak všetkým bez ohľadu na štátnu príslušnosť je zabezpečená akútna zdravotná starostlivosť bezplatne. (Ringard a kol., 2013)

Ako uvádza van den Noord a kol. (1998) spolu s verejným systémom zdravotníctva existujú aj súkromní poskytovatelia, ktorí poskytujú najmä ambulantnú, dentálnu a fyzioterapeutickú starostlivosť. Rovnako tak Ringard a kol. (2013) argumentujú, že väčšina všeobecných lekárov je samostatne zárobkovo činných, avšak z veľkej časti sú zapojení do verejného systému prostredníctvom zmlúv s obcami a krajskými samosprávami. Na druhej strane len malé percento špecializovanej starostlivosti je poskytované súkromnými osobami.

[2] Európska ekonomická únia

Súkromné nemocnice predstavujú asi 1% z celkového počtu nemocničných lôžok a 5% všetkých poskytovaných ambulantných služieb v Nórsku. Tieto súkromné kliniky sa špecializujú na špecifické odborné operácie, ako napríklad operácie srdca, operácie bedrových kĺbov a iné závažné operácie, ktoré sú poskytované aj verejným poskytovateľom, ale čakacie zoznamy sú príliš dlhé. (van den Noord a kol., 1998)

Van den Noord a kol. (1998) spresňuje, že hoci v nórskom zdravotnom systéme neexistujú minimálne požiadavky na pomer lekárov a pacientov, všetky obce musia zamestnávať všeobecného lekára, ktorý vykonáva administratívne aj klinické funkcie. Od roku 1984 môžu obce uzatvárať zmluvy so všeobecnými súkromnými lekármi, ktorí poskytujú svoje služby na základe poplatkov. V skutočnosti je 50-60% všeobecných lekárov v súkromnej praxi. Zriadenie nových pozícií pre všeobecných lekárov je regulované štátom, aby sa zabezpečila dostupnosť zdravotnej starostlivosti na všetkých miestach krajiny.

Všetci rezidenti, osoby len pracujúce v Nórsku, ale aj nórsky občania pracujúci v zahraničí musia byť poistení v rámci Národného zdravotného poistenia (NIS[3]). Občania musia odvádzať príspevky do fondu zdravotného poistenia, ktoré sú odlišné v závislosti na ich hrubom príjme. Pre rok 2019 sú sadzby príspevkov na štátne poistenie vo výške 8,2% hrubej mzdy zamestnanca, 11,4% zárobku u osôb samostatne zárobkovo činných a u seniorov 5,1% z príjmov. (Nordisk eTax, 2019)

Keďže sú všetci občania Nórska poistení povinným štátnym poistením, súkromné dobrovoľné poistenie nie je až tak rozšírené. Toto poistenie je poskytované ziskovými organizáciami a vlastní ho len asi 9% celkovej populácie. (Lindahl a kol., n.d.) Súkromné poistenie poskytuje v zásade rovnaké služby ako sú ponúknuté aj štátnym poistením ibaže zaručuje kratšie čakacie doby. Poistenie je zväčša nakupované firmami, ktoré ho ďalej ponúkajú svojim zamestnancom. Len malá časť obyvateľstva (20% celkových dobrovoľne poistených) si toto poistenie zaobstará samostatne. (Ringard a kol., 2013)

2.2.1 História

S rozvojom štátu začala rásť aj potreba nemocníc a kvalitnej zdravotnej starostlivosti. Nórske zdravotníctvo podstúpilo v 20. storočí radu reforiem, ktoré boli z počiatku zamerané na rovnosť a dostupnosť zdravotnej starostlivosti aj pre menej ekonomicky rozvinuté oblasti krajiny nachádzajúce sa na severe územia. Reformy boli následne zamerané na obmedzenie nákladov, decentralizáciu zdravotných služieb, efektívnosť poskytovanej zdravotnej starostlivosti a postavenie pacienta. (Ringard a kol., 2013)

V roku 1969 bol zavedený Zákon o nemocniciach, ktorý zaviedol zodpovednosť krajských samospráv za vybudovanie a riadenie dostupnej zdravotnej starostlivosti v ich regióne. To sa zmenilo

[3] National Insurance Scheme

v roku 2002, kedy bola zodpovednosť za nemocničnú špecializovanú starostlivosť presunutá z krajských samospráv na samosprávu zdravotných regiónov. V súčasnosti existujú 4 zdravotné regióny, pričom ich orgány sú priamo podriadené Ministerstvu zdravotníctva. Zodpovednosť za primárnu zdravotnú starostlivosť bola aj naďalej ponechaná obecným samosprávam. (Ringard a kol., 2013)

Centrálna vláda poskytuje granty obciam, ktoré sú priamo zodpovedné za financovanie a dostupnosť primárnej zdravotnej starostlivosti v danom regióne. Od júla 1997 sa grant od centrálnej vlády prideľuje na základe počtu pacientov pripadajúcich na daný región, ich diagnostický zdravotný stav a štandardných nákladov na liečbu. Tento systém je založený na produkcii, a preto sa dá očakávať, že podporí produktivitu a efektívnosť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. (van den Noord a kol., 1998)

2.2.2 Financovanie

Ringard a kol. (2013) vysvetľuje, že už od osemdesiatych rokov je v Nórsku zavedené zdieľané financovanie nákladov za zdravotnú starostlivosť. Hlavným cieľom je zníženie rastúcich verejných výdavkov a uvoľnenie zdrojov pre oblasti s vyššou prioritou. Ďalším cieľom je obmedzenie dopytu zdravotnej starostlivosti od ľudí s menšími až žiadnymi zdravotnými problémami.

Zdieľané náklady na zdravotnú starostlivosť sa prejavujú v platbách pacientov, kde pacient platí za každú konzultáciu s lekárom, či už všeobecným alebo odborným, ale len do výšky ročného stropu. Strop pre spoluúčasť pre rok 2019 je 2 369 NOK (245 €). Pri prekročení horného limitu pacient neplatí žiadne poplatky spojené so zdravotnou starostlivosťou v danom kalendárnom roku. Strop spoluúčasti neplatí pre deti do 7 rokov a dôchodcov, tí neplatia nič. (Helfo, 2019)

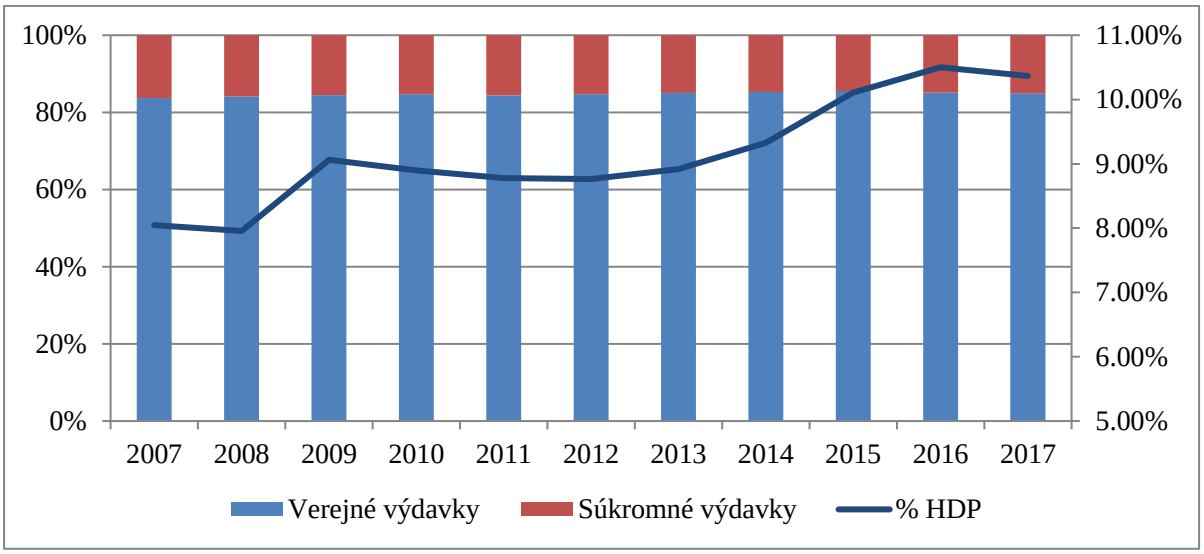
Verejné výdavky predstavujú viac ako 85% celkových zdrojov vynaložených na zdravotnú starostlivosť. Zahŕňajú zdroje od centrálnych a regionálnych vlád a zdroje pochádzajúce od NIS. Súkromné zdroje vynaložené na zdravotníctvo sú tvorené finančnou spoluúčasťou zo strany obyvateľstva. Tá je najvyššia pri ambulantnej a dentálnej starostlivosti. (Ringard a kol., 2013)

2.2.3 Analýza výdavkov

Graf číslo 3 znázorňuje rozdelenie súkromných a verejných výdavkov na zdravotníctvo v nórskom zdravotnom systéme a vývoj celkových výdavkov na zdravotníctvo vyjadrených ako % HDP. V sledovanom období 2007-2017 je možné pozorovať mierny rastúci trend vo verejných výdavkoch. V súčasnosti je pomer verejných a súkromných výdavkov 85:15, čo je najväčší pomer verejných výdavkov z pomedzi skúmaných štátov. Za celé sledované obdobie je možné pozorovať rastúci trend v množstve výdavkov (v % HDP) vynaložených na zdravotníctvo. Vplyvom finančnej krízy bolo v roku 2008 vynakladané najmenšie percento HDP na zdravotníctvo (7,96% HDP).

V súčasnosti je na zdravotníctvo vynakladaných 10,37% HDP, čo predstavuje jednu z najvyšších hodnôt.

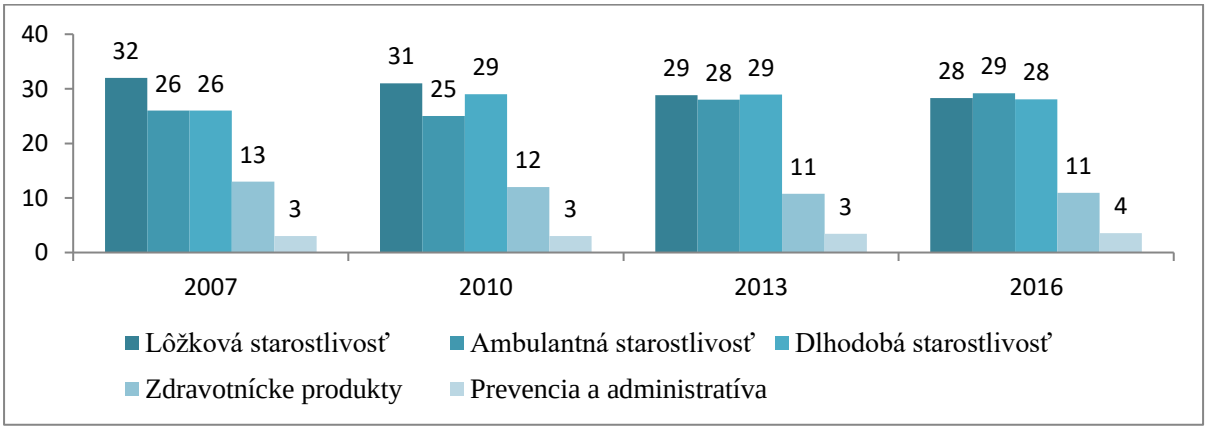
Graf 3: Podiel súkromných a verejných výdavkov na zdravotníctvo Nórska (v %) a vývoj celkových výdavkov na zdravotníctvo (v % HDP) v rokoch 2007-2017



Zdroj: OECD, 2019a. Vlastné spracovanie

V prípade Nórska sú najviac nákladnými odvetviami zdravotníctva lôžková, ambulantná a dlhodobá starostlivosť. Vláda vynakladá na tieto služby každoročne viac ako 70% celkových výdavkov, pričom výška výdavkov na jednotlivé služby je podobná. Výdavky na lôžkovú starostlivosť sú relatívne konštantné v čase a vykazujú len slabý klesajúci trend. Pomerne veľké percento výdavkov vynaložených na dlhodobú starostlivosť je odôvodnené celkovým prístupom štátu k starostlivosti o starších a zavádzaním formálnych opatrení na dodržanie tohto cieľa.

Graf 4: Výdavky na zdravotníctvo Nórska podľa funkcie (v %)



Zdroj: OECD, 2009, 2012, 2015, 2018. Vlastné spracovanie

2.3 Španielsko

Španielska národná zdravotná služba (SNS[4]) je založená na princípe všeobecnej dostupnosti zdravotnej starostlivosti, slobodného prístupu a spravodlivosti pre všetkých občanov. Poskytovaná zdravotná starostlivosť je financovaná najmä prostredníctvom daní, pričom je poskytovaná bezplatne s výnimkou ambulantných farmaceutických predpisov a špecifických ortopedických pomôcok. (Bernal-Delgado a kol., 2018)

OECD v spolupráci s European Observatory on Health Systems and Policies (2017b) uvádza, že v roku 2002, vďaka preneseniu kompetencií na regionálnu úroveň, vzniklo 17 autonómnych spoločenstiev, ktoré dohliadajú na organizáciu a poskytovanie zdravotných služieb na ich vymedzenom území. Najvyšším orgánom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou je Interteritoriálna rada pre španielsky zdravotný systém, ktorá združuje regionálnych a národných ministrov zdravotníctva. Hlavným cieľom tejto rady je koordinácia zdravotného systému ako celku, regulácia a monitorovanie celkového výkonu zdravotnej starostlivosti v štáte.

Ako uvádza Bernal-Delgado a kol. (2018) Španielska národná zdravotná služba zahŕňa tri štatutárne subsystémy:

- Všeobecný systém pozostávajúci zo 17 autonómnych spoločenstiev s plnou zodpovednosťou za plánovanie a poskytovanie služieb verejného zdravotníctva.
- Podielové fondy (MF), ktoré poskytujú zdravotnú starostlivosť štátnym zamestnancom pracujúcim pre ústrednú vládu alebo pre jedno z autonómnych spoločenstiev, ozbrojené sily a súdne orgány. Predstavuje 3,4% verejných výdavkov na zdravotníctvo a v roku 2014 pokrýval 2,2 milióna poistencov. Na rozdiel od všeobecného systému financovania zdravotnej starostlivosti je financovanie systému podielových fondov založené na rozpočtovom príspevku ústrednej vlády (zamestnávateľa), ktorý tvorí 85%. Zvyšných 15% tvorí príspevok samotného zamestnanca.
- Vzájomný subsystém zameraný na pomoc pri nehode a pracovnom úraze. Je priamo riadený systémom sociálneho zabezpečenia, ktorý vyberá príspevky od zväčša neziskových organizácií. Podiel celkových verejných výdavkov na tento subsystém dosahuje 2,4% .

Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti sú rovnako tak štátni aj súkromní. Zdravotné úrady uzatvárajú zmluvy s verejnými aj súkromnými poskytovateľmi, aby docielili všeobecnú dostupnosť a kvalitu zdravotnej starostlivosti. Poskytovatelia sú počas celej platnosti zmluvy monitorovaní a je kontrolovaná ich výkonnosť. (Bernal-Delgado a kol., 2018)

[4] Sistema Nacional de Salud

Bernal-Delgado a kol. (2018) ďalej vysvetľuje, že súkromný sektor poskytuje najmä dentálnu a oftalmologickú starostlivosť, ktoré nie sú zahrnuté v SNS. Občania Španielska majú taktiež možnosť dobrovoľného zdravotného poistenia. Túto možnosť využíva približne každý piaty jedinec. Poistenie je doplnkové a je nezávislé od Španielskeho národného zdravotného systému, pričom poskytuje rovnaké služby ako verejný sektor. Výhodou doplnkového poistenia je rýchlejší prístup k niektorým zdravotným službám ako aj možnosť odpočtu poistného v daňovom priznaní.

2.3.1 História

Ako väčšina svetových zdravotných systémov aj španielsky zdravotný systém v posledných rokoch podstúpil radu krokov vedúcich k zefektívneniu zdravotníctva. Po finančnej kríze v roku 2008 sa zaviedli celoštátne opatrenia, ktoré majú smerovať k fiškálnej udržateľnosti SNS. Takzvaný „Zákon kráľovského dekrétu č. 16/2012“ z 20. apríla 2012 obsahuje núdzové opatrenia na zefektívnenie verejných výdavkov. (OECD a European Observatory on Health Systems and Policies, 2017b)

Tieto opatrenia ovplyvnili nárok na krytie, regulácie benefičných balíkov a mechanizmov financovania zdravotnej starostlivosti. Do roku 2012 poskytoval Španielsky národný zdravotný systém komplexný balík služieb a pokrýval takmer všetkých občanov krajiny (99,5% občanov). Nárok bol nezávislý na pracovnom statuse a bohatstve jedinca. Nové nariadenia z roku 2012 pozmenili základ pre vznik nároku. V súčasnosti sa prihliada na pracovný status jednotlivca. Verejne financovaná zdravotná starostlivosť je zabezpečená pre zamestnancov, ktorí prispievajú na sociálne zabezpečenie a ich rodinných príslušníkov, rovnako tak pre dôchodcov a ľudí poberajúcich podporu v nezamestnanosti, ktorí si aktívne hľadajú prácu. Napriek tomu obyvatelia, ktorí nie sú zahrnutí v tomto nariadení majú stále oprávnenie na verejné poistenie. Vylúčení sú len prisťahovalci bez dokladov. (Bernal-Delgado a kol., 2018)

2.3.2 Financovanie

Španielske zdravotníctvo je primárne financované z verejných zdrojov, pochádzajúcich najmä z daní občanov (94,5%). Tri percentá zdrojov pochádzajú z kombinácie mzdových príspevkov a daní štátnych zamestnancov, zamestnancov ozbrojených síl a súdnictva. Zvyšok zdrojov pochádza z miezd a príspevkov zamestnávateľov na pokrytie pracovných úrazov a chorôb z povolania. Malú časť zdrojov na zdravotnú starostlivosť tvoria príspevky pochádzajúce zo spoluúčasti občanov pri kúpe liekov. (Bernal-Delgado a kol., 2018)

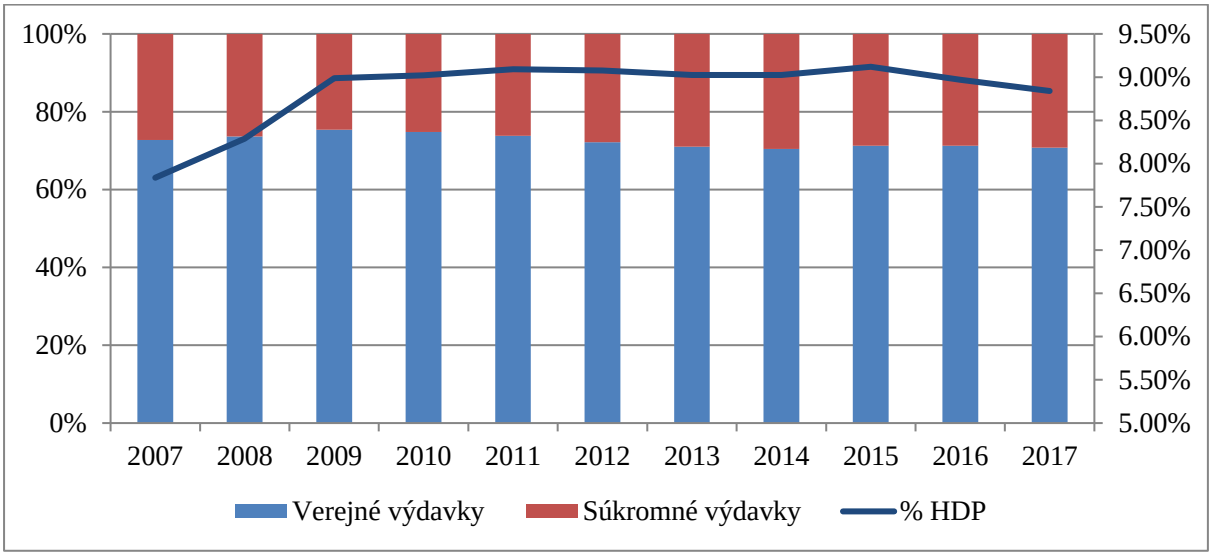
Ako uvádza Bernal-Delgado a kol. (2018), nariadenia z roku 2012 takisto upravujú balík služieb, ktorý je poskytovaný občanom bezplatne a definuje, ktoré služby by mali byť spolufinancované pacientom. Úplne vylúčené z verejného financovania sú služby ako psychoanalýza, hypnóza, kúpeľné procedúry alebo plastická chirurgia nesúvisiaca s nehodami. Novo boli definované

dva balíky služieb základný a doplnkový. Základný balík v sebe zahŕňa preventívnu, diagnostickú, liečebnú a rehabilitačnú starostlivosť, ktorá je plne financovaná z verejných zdrojov a pacient sa nijak nepodieľa na hradení nákladov. Na druhej strane služby zahrňované v doplnkovom balíku služieb sú podrobené finančnej spoluúčasti zo strany pacienta, ktorá sa stanovuje na základe konečnej ceny výrobku/ služby, podľa ročného príjmu domácnosti a maximálnej mesačnej splátky. Percento spoluúčasti sa mení s ohľadom na pracovný status jednotlivca a príjem domácnosti.

2.3.3 Analýza výdavkov

Na grafe číslo 5 je znázornený podiel súkromných a verejných výdavkov na zdravotníctvo Španielska a vývoj celkových výdavkov na zdravotníctvo vyjadrených ako % HDP za obdobie 2007-2017. Rovnako, ako v prípade ostatných sledovaných štátov, je vidieť disproporcia medzi súkromnými a verejnými výdavkami. V priemere sa za celé obdobie 2007-2017 pomer verejných a súkromných výdavkov na zdravotnú starostlivosť pohybuje okolo 70:30. Celkové výdavky na zdravotníctvo vyjadrené ako percento HDP vykazujú za celé sledované obdobie pomerne konštantný trend, ktorý však má od roku 2015 mierne klesajúci charakter. V súčasnosti sa na zdravotníctvo vynakladá 8,84% HDP krajiny.

Graf 5: Podiel súkromných a verejných výdavkov na zdravotníctvo Španielska (v %) a vývoj celkových výdavkov na zdravotníctvo (v % HDP) v rokoch 2007-2017

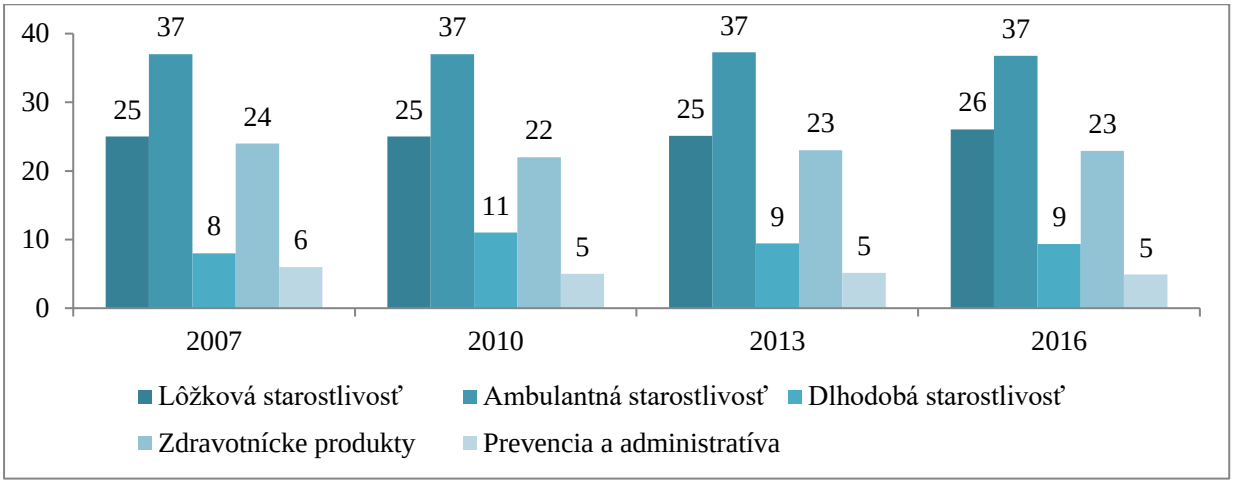


Zdroj: OECD, 2019a. Vlastné spracovanie

Nasledujúci graf dokazuje, že v prípade španielskeho zdravotného systému sa dá jasne konštatovať, že najväčší podiel výdavkov je použitých na financovanie ambulantnej starostlivosti. Tieto výdavky sú konštantné v období 2007-2016 a tvoria 37% celkových výdavkov. Financie vynaložené na lôžkovú starostlivosť sú pod priemerom OECD, pričom v Španielsku tieto výdavky tvoria len štvrtinu celkových úhrad. Pomerne vysoké sú aj výdavky na zdravotnícke

produkty, čiže lieky. Výdavky vynakladané na dlhodobú starostlivosť a prevenciu a administratívu sú jemne pod priemernom OECD.

Graf 6: Výdavky na zdravotníctvo Španielska podľa funkcie (v %)

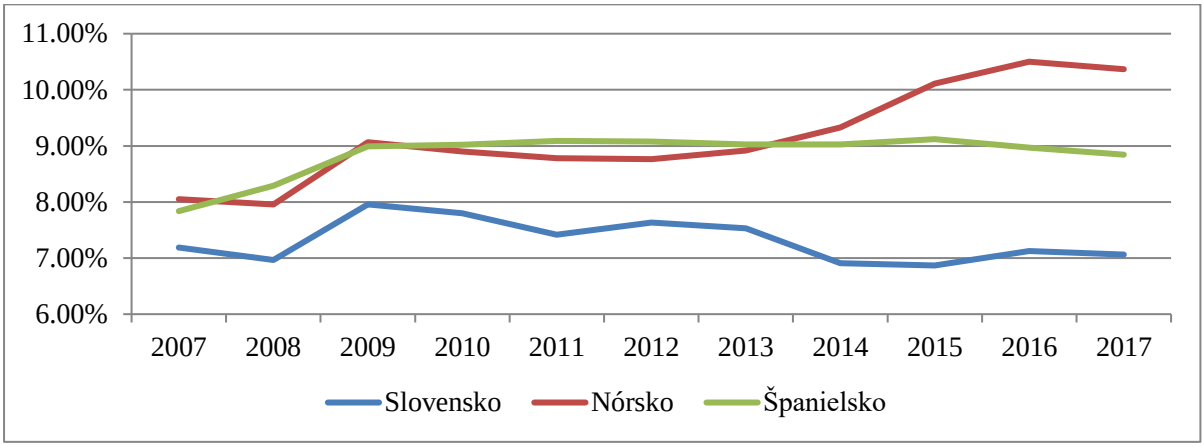


Zdroj: OECD, 2009, 2012, 2015, 2018. Vlastné spracovanie

2.4 Analýza verejných výdavkov

Graf číslo 7 znázorňuje výšku celkových výdavkov na zdravotníctvo ako % HDP za obdobie 2007-2017 súhrnne pre štáty Slovensko, Španielsko a Nórsko. Z grafu je zreteľne vidieť, že Nórsko vynakladá najväčšie výdavky na zdravotníctvo, pričom od roku 2012 až do 2016 vykazovali stále rastúci trend. V roku 2017 poklesli na 10,37% HDP. Španielske výdavky na zdravotníctvo sú pomerne konštantné za celé skúmané obdobie a v poslednej dobe vykazujú len slabý klesajúci trend. Výdavky na zdravotníctvo tvorili v roku 2017 8,84% HDP. Slovenská republika vynakladá všeobecne najmenšie prostriedky z pomedzi skúmaných krajín. Za sledované obdobie 2007-2017 je možné pozorovať jemnú fluktuáciu výdavkov na zdravotníctvo, ktoré však nikdy nedosiahli hodnôt ako Nórsko alebo Španielsko. V súčasnosti je na zdravotníctvo v Slovenskej republike vynakladaných 7,06% HDP.

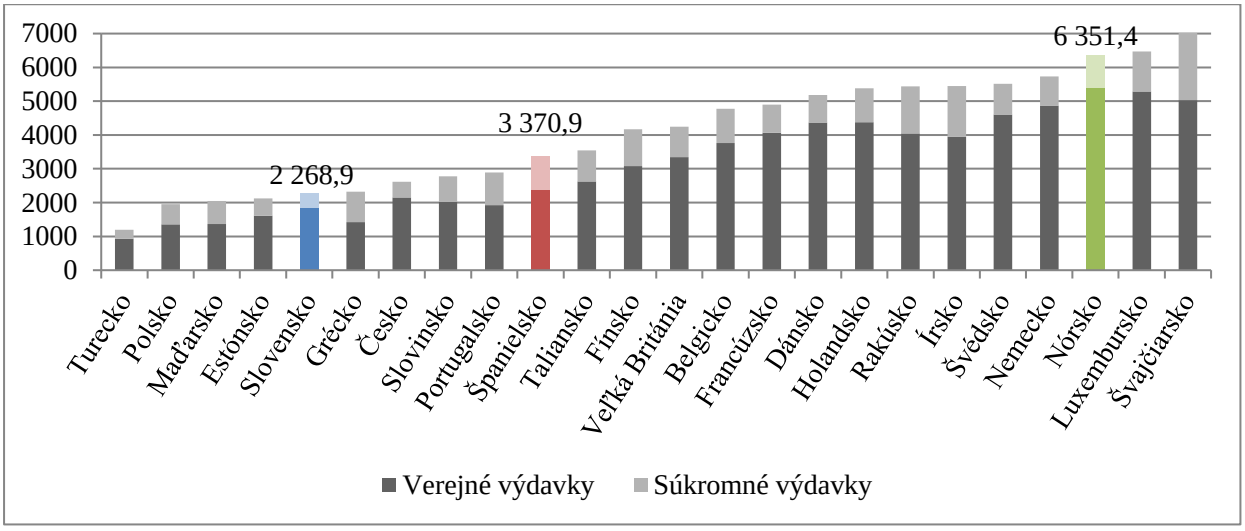
Graf 7: Celkové výdavky na zdravotníctvo ako % HDP za roky 2007-2017



Zdroj: OECD, 2019a. Vlastné spracovanie

Nasledujúci graf znázorňuje výšku verejných a súkromných výdavkov na zdravotníctvo v USD per capita prepočítané podľa parity kúpnej sily, čo znamená vynaložené ročne na jedného občana. Ako je vidieť výdavky na jedného občana boli najmenšie na Slovensku a najvyššie zase v Nórsko, kde v roku 2017 dosahovali až 6 351,4 USD. Rozdiel medzi slovenskými a nórskymi výdavkami je značný takmer 4 000 USD na občana, čo sa môže preukázať aj v kvalite zdravotnej starostlivosti poskytnutej obyvateľom danej krajiny. Nórsko všeobecne vynakladá väčšie výdavky na zdravotníctvo v porovnaní s ostatnými krajinami OECD. Na druhej strane Španielsko sa približuje k priemeru OECD s výdavkami 3 370,9 USD na občana zatiaľ čo Slovensko jemne zaostáva s výdavkami na občana 2 268,9 USD.

Graf 8: Súkromné a verejné výdavky na zdravotníctvo v roku 2017 (USD/capita) PPP



Zdroj: OECD, 2019a. Vlastné spracovanie

3. Indikátory efektívnosti zdravotníctva

Poskytovaná zdravotná starostlivosť je len jeden z determinantov, ktoré ovplyvňujú zdravie. Ďalšími, ako už bolo vysvetlené (viď kapitola 1), sú genetika, sociálne prostredie a životný štýl jednotlivca. Aj napriek tomu, že zdravotná starostlivosť je menšinový determinant zdravia obyvateľstva, bude v nasledujúcom texte podrobnejšie vyhodnocovaná. Je tomu tak najmä preto, že kvalita a efektívnosť zdravotnej starostlivosti, ako jediný determinant, môže byť cieľavedome ovplyvňovaná štátom za cieľom zlepšenia zdravia obyvateľstva

Ako uvádza Gladkij a kol. (2003) v súčasnosti sa s rastúcimi výdajmi na zdravotníctvo a rozvojom nových technológií stále viac dbá na hodnotenie výsledkov zdravotníctva. Otázkou však ostáva, ako kvantifikovať výsledky zdravotnej starostlivosti. Ukazovatele výsledkov zdravotníctva musia spĺňať radu požiadaviek, ako napríklad validitu, schopnosť zachytiť zmeny, špecifickosť a praktickosť. Problémom pri kvantifikácií výsledkov sú však ostatné determinanty vplývajúce na zdravie človeka.

Ukazovatele výsledkov zdravotnej starostlivosti spolu s ukazovateľmi zdravia obyvateľstva sú ďalej považované za indikátory efektívnosti zdravotníctva. Tieto indikátory sú rozdelené podľa oblastí ich zamerania na:

- **Zdravotný stav obyvateľstva**
- **Prístup k zdravotnej starostlivosti**
- **Kvalita zdravotnej starostlivosti**

3.1 Zdravotný stav obyvateľstva

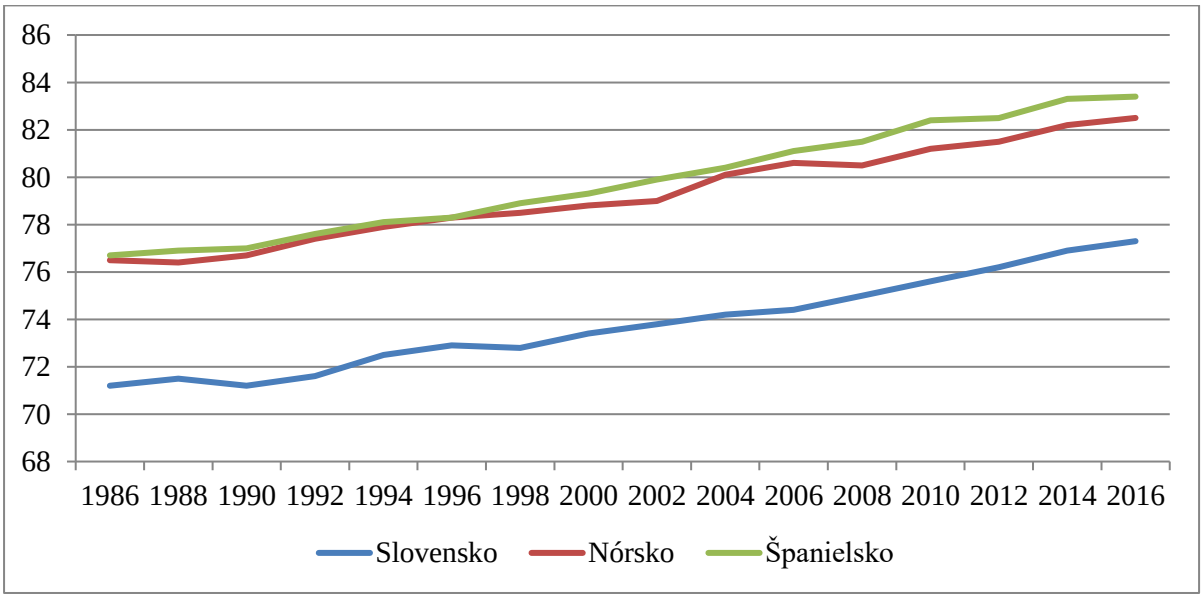
Zdravotný stav obyvateľstva je hodnotený na základe vybraných ukazovateľov populačného zdravia. Tými sú stredná dĺžka života pri narodení a dojčenská úmrtnosť.

3.1.1 Stredná dĺžka života pri narodení

Stredná dĺžka života pri narodení udáva, ako dlho by ľudia v priemere žili pri daných hladinách úmrtnosti. Tento ukazovateľ nie je možné presne odhadnúť dopredu, preto sa zväčša vykazuje spätne. Medzi ukazovateľmi strednej dĺžky života a mierou úmrtnosti je negatívna korelácia, čo značí, že ak miera úmrtnosti klesá, skutočná dĺžka života obyvateľstva bude zaznamenávať rastúci trend. Metodika použitá na výpočet strednej dĺžky života je však oveľa komplikovanejšia. Zvýšenie očakávanej dĺžky života môže byť spôsobené radou faktorov, ktoré ani nemusia súvisieť so zdravotným systémom. Sú nimi zvyšovanie príjmu jednotlivca, lepšie vzdelanie alebo zdravší životný štýl. (OECD, 2017) Aj napriek tomu je tento ukazovateľ všeobecne pokladaný za relevantný pri porovnávaní zdravotného stavu medzi krajinami a pri hodnotení dopadu zdravotnej starostlivosti na zdravie občanov.

Na grafe číslo 9 je zobrazený vývoj strednej dĺžky života pri narodení za obdobie 1986-2016 v sledovaných krajinách. Tento graf sa zameriava na priemernú strednú dĺžku za celú populáciu, aj keď stredná dĺžka života je rozličná s ohľadom na pohlavie. Vo všetkých pozorovaných krajinách je stredná dĺžka života vyššia u žien ako u mužov, pričom u oboch skupín je zaznamenaný rastúci trend v hodnotách za sledované obdobie. Ako možno pozorovať z grafu stredná dĺžka života pri narodení na Slovensko sa počas celého skúmaného obdobia pohybovala hlboko pod hodnotami pozorovanými v ostatných štátoch a svoj absolútny vrchol dosiahla v roku 2016 (77,3 rokov). Za celé skúmané obdobie sa dĺžka života absolútne zmenila o 6,1 roku. Najlepšie výsledky v súčasnosti dosahuje Španielsko (83,4 roku), pričom absolútna zmena za sledované obdobie dosahuje 6,7 roku. Nórsko sa v priebehu rokov 1986-2016 približuje k hodnotám Španielska, pričom očakávaná dĺžka života pri narodení v roku 2016 dosahovala 82,5 roku. Nórsko však zaznamenáva najmenšie absolútne navýšenie dĺžky života spomedzi sledovaných štátov v skúmanom období a to o 6 rokov.

Graf 9: Stredná dĺžka života pri narodení 1986-2016 (v rokoch)



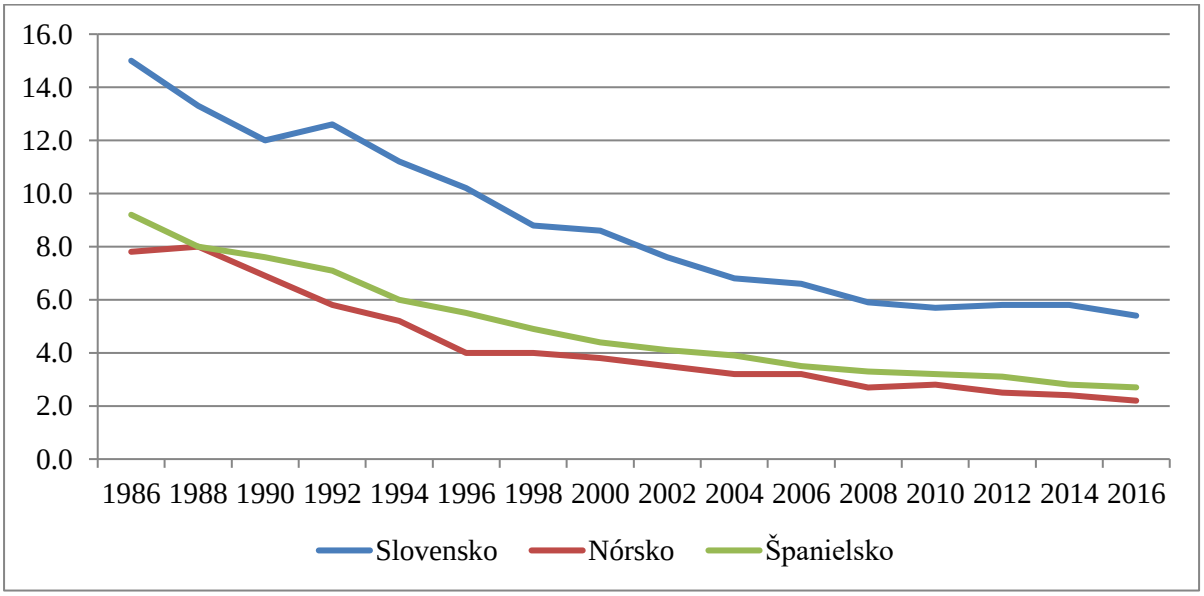
Zdroj: OECD, 2019b. Vlastné spracovanie

3.1.2 Dojčenská úmrtnosť

Ako uvádza OECD v spolupráci s WHO (2018), dojčenská úmrtnosť je základnou mierou zdravia novorodenca. Je definovaná ako počet úmrtí detí mladších ako jeden rok, vyjadrených na 1000 živých narodených detí. Hlavnou príčinou úmrtí novorodencov v rozvinutých krajinách sú najmä vrodené chyby, predčasné narodenie, náhle infekcie alebo nehoda. Odzrkadľuje vplyv hospodárskych, sociálnych a environmentálnych podmienok na zdravie matiek a detí, ako aj celkovú účinnosť a efektívnosť zdravotného systému.

Graf číslo 10 znázorňuje mieru dojčenskej úmrtnosti za obdobie 1986-2016 v krajinách Slovensko, Nórsko a Španielsko. Z grafu možno pozorovať klesajúci trend dojčenskej úmrtnosti vo všetkých troch krajinách. Slovenská republika vykazuje za celé obdobie najvyššiu mieru dojčenskej úmrtnosti, ale aj tu je trend klesajúci. Za sledované obdobie sa dojčenská úmrtnosť absolútne znížila o 9,6 na súčasných 5,4 detí z 1000 živých narodení. Španielsko a Nórsko vykazujú za celé sledované obdobie zrovnateľné hodnoty, avšak hodnoty vykazované Nórskom sú v priemere o 0,7 nižšie. Za sledované obdobie však ani Nórsko ani Španielsko nevykazujú také zlepšenie, ako je to v prípade Slovenska. Nórsko za roky 1986-2016 absolútne znížilo dojčenskú úmrtnosť o 5,6 a Španielsko o 6,5.

Graf 10: Dojčenská úmrtnosť 1986-2016 (v ‰)



Zdroj: OECD, 2019c. Vlastné spracovanie

3.2 Prístup k zdravotnej starostlivosti

Ďalšími indikátormi ovplyvňujúcimi celkové zdravie občanov sú čakacie doby na liečbu a počet lekárov poskytujúcich túto liečbu. Tieto indikátory sa radia do skupiny opisujúcej všeobecnú dostupnosť zdravotnej starostlivosti. Pre väčšinu zdravotných systémov sveta je všeobecná dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre občanov jedným zo základných cieľov celého zdravotného systému.

3.2.1 Čakacie doby

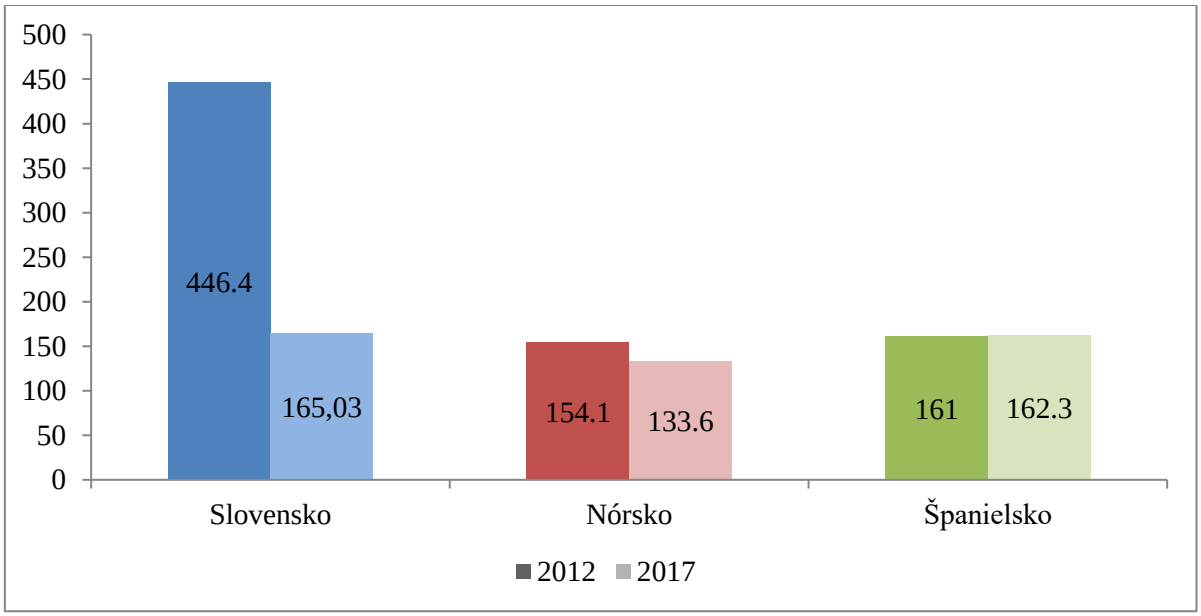
Dôležitý aspekt dostupnosti zdravotnej starostlivosti sú čakacie doby na dlhodobo plánované operácie, ako napríklad výmena bedrového či kolenného kĺbu, operácie šedého zákalu alebo koronárny bypass. Tento indikátor verne odráža kvalitu zdravotného systému vnímanú občanmi.

Predĺžené čakacie doby prinášajú nespokojnosť pacientov kvôli neprestávajúcej bolesti a odďaľovaniu liečby, ktorá by túto bolesť eliminovala.

Čakacia doba na operáciu predstavuje čas medzi umiestnením pacienta na poradovník a dňom operácie. Čakacia doba na operáciu šedého zákalu je v súčasnosti medzi krajinami OECD 128 dní. Španielsko aj Nórsko boli pod priemerom OECD, pričom v Španielsku bola čakacia doba 105,1 dní a v Nórsku 116,7. Slovenská republika nevedie štatistiky čakacích dôb na operáciu šedého zákalu, preto nie je možné vykonať porovnanie s touto krajinou. (OECD, 2017)

Graf číslo 11 znázorňuje čakacie doby na výmenu bedrového kĺbu a ich porovnanie medzi krajinami a rokmi 2012 a 2017. Je zrejmé, že Slovensko zaznamenáva absolútne najväčšie skrátenie čakacej doby za sledované obdobie a to z 446,4 dní na 165,04 dní. V prípade Nórska takisto dochádza k zlepšeniu tohto ukazovateľa. Navyše, v súčasnosti Nórsko dosahuje najlepšie výsledky spomedzi sledovaných krajín, čo sa čakacej doby na výmenu bedrového kĺbu týka (133,6 dní). Španielsko nezaznamenáva výrazné zlepšenie tohto ukazovateľa, práve naopak dochádza k zhoršeniu o 1,3 na 162,3 dní.

Graf 11: Čakacie doby na výmenu bedrového kĺbu (v dňoch)



Zdroj: OECD, 2019d; VZP, 2019; Dôvera, 2019; Mužík, 2012. Vlastné spracovanie

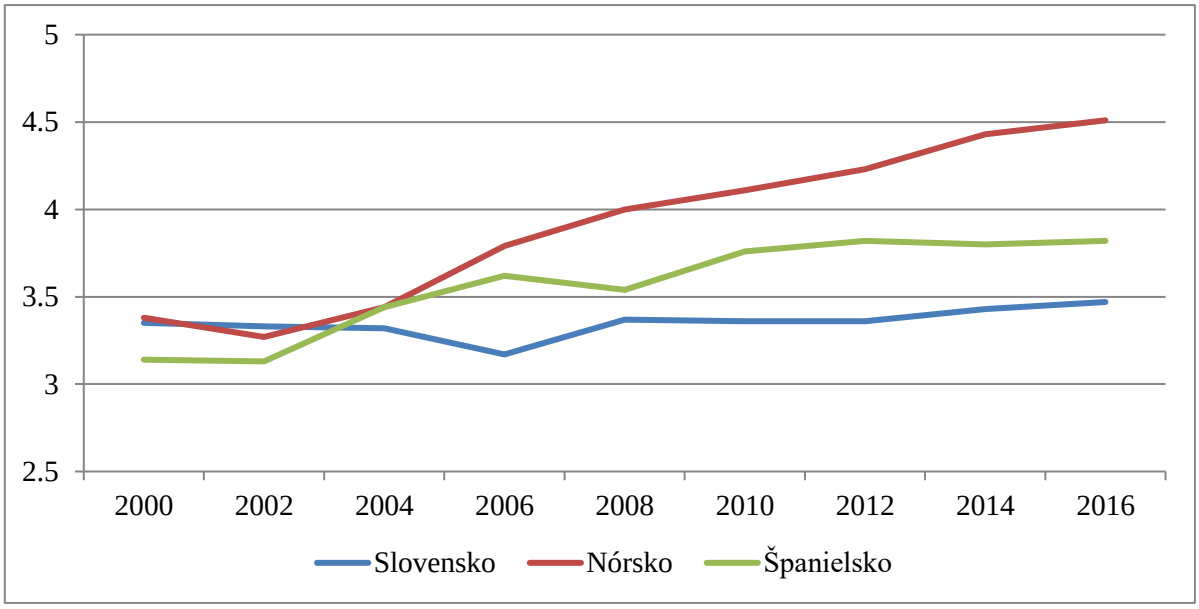
3.2.2 Počet lekárov

Tento ukazovateľ dostupnosti zdravotnej starostlivosti zobrazuje počet lekárov na 1000 obyvateľov. Údaje sa týkajú praktizujúcich lekárov, ktorí poskytujú zdravotnú starostlivosť priamo pacientom. Skreslenie tohto ukazovateľa môže nastať v prípade, ak krajiny zahŕňajú do počtu lekárov aj stážistov a lekárov vo výcviku, ktorí nemajú oprávnenie samostatne poskytovať zdravotnú

starostlivosť pacientom. Ďalšie skreslenie môže nastať ak sú zahrnutí lekári, ktorí sú síce aktívni v sektore zdravotníctva, ale neposkytujú služby priamo pacientom. (OECD, 2017)

Na grafe číslo 12 je znázornený vývoj počtu lekárov pripadajúcich na 1000 obyvateľov za obdobie 2000-2016. Toto obdobie je vybrané z dôvodu nedostupnosti starších dát za jednotlivé krajiny. Je zrejmé, že priemerný počet lekárov na 1000 obyvateľov vo všetkých krajinách vykazuje rastúci trend. Najviac lekárov je v súčasnosti v Nórsku a to 4,51 na 1000 obyvateľov. Nórsko takisto zaznamenáva najvyšší prírastok počtu lekárov za celé sledované obdobie a to 1,13, pričom absolútny nárast v prípade Španielska je len 0,68 a v prípade Slovenska 0,12. Spomedzi sledovaných krajín v súčasnosti vykazuje najnižšiu hodnotu ukazovateľa Slovensko (3,47) aj napriek tomu, že na začiatku pozorovaného obdobia vykazovalo zrovnateľné hodnoty ako Nórsko (3,35). Tento ukazovateľ však nie je úplne relevantný, keďže Slovensko patrí medzi krajiny, ktoré započítava všetkých lekárov, nie len lekárov, ktorí poskytujú priamo zdravotnú starostlivosť pacientom.

Graf 12: Počet lekárov na 1000 obyvateľov 2000-2016 (v ‰)



Zdroj: OECD, 2019e. Vlastné spracovanie

3.3 Kvalita zdravotnej starostlivosti

Posledný skúmaný indikátor efektívnosti zdravotnej starostlivosti je dĺžka pobytu v nemocnici. Tento ukazovateľ je často vnímaný ako ukazovateľ účinnosti a kvality zdravotnej starostlivosti.

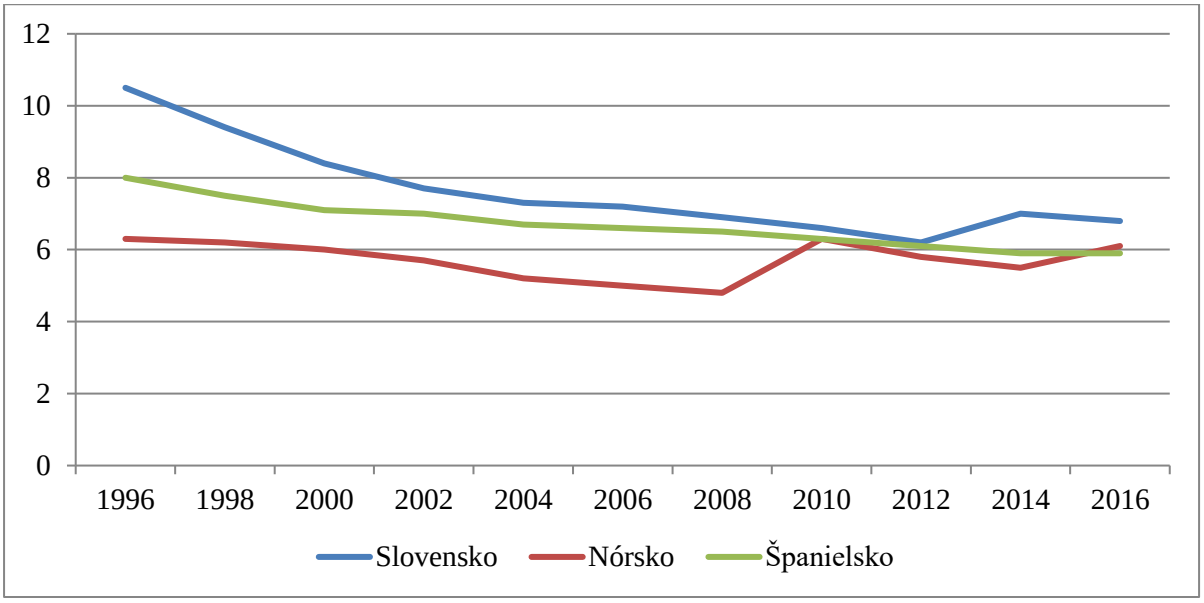
3.3.1 Doba hospitalizácie

Predĺžená doba hospitalizácie často signalizuje zlú kvalitu starostlivosti, ktorá môže byť spôsobená oneskorením pri poskytnutí liečby, chybami personálu alebo celkovou nekvalitou poskytovaných služieb. V dôsledku toho pacient strávi dlhší čas v nemocnici a celkové náklady

na starostlivosť sa zvyšujú. OECD (2017) uvádza výpočet priemernej dĺžky hospitalizácie, ako celkový počet dní hospitalizácie všetkých pacientov za rok vydelený počtom pacientov prijatých k hospitalizácií, pričom jednodňové prípady hospitalizácie sú vylúčené.

Na grafe číslo 13 je zobrazená priemerná dĺžka hospitalizácie za obdobie 1996-2016. Je možné pozorovať celkový klesajúci trend doby hospitalizácie vo všetkých troch krajinách. Vychýlenie v prípade Nórska môže byť spôsobené rozdielnou metódou skúmania dát, pričom v prípade Nórska sa do sumy celkového počtu dní hospitalizácie nezapočítavajú zdravé deti narodené v danom roku. Tento rozdiel vedie k nadhodnoteniu výsledkov oproti ostatným krajinám, spôsobujúci vychýlenie až o 0,5 dní. (OECD, 2017) Z grafu možno takisto pozorovať, že spomedzi sledovaných krajín dosahuje najhoršie výsledky Slovensko, ale zároveň vykazuje najlepšie absolútne skrátenie doby hospitalizácie za roky 1996-2016 a to o 3,7 dní. V súčasnosti je najkratšia doba hospitalizácie v Španielsku (5,9 dní) pričom Nórsko len jemne zaostáva (6,1 dní).

Graf 13: Priemerná doba hospitalizácie 1996-2016 (v dňoch)



Zdroj: OECD, 2019f. Vlastné spracovanie

4 Závislosť výdavkov na zdravotníctvo na vybraných indikátoroch

V tejto časti práce bude skúmaná závislosť výšky verejných výdavkov na zdravotníctvo na vybraných indikátoroch efektívnosti zdravotníctva. Za indikátory efektívnosti sú ďalej považované stredná dĺžka života pri narodení, dojčenská úmrtnosť, počet lekárov na 1000 obyvateľov a priemerná doba hospitalizácie. Všetky indikátory boli skúmané za obdobie 2000-2016, pričom výdavky na zdravotníctvo sú vyjadrené v USD per capita prepočítané podľa parity kúpnej sily.

Pre účely tohto výskumu bol použitý korelačný koeficient, ktorý vyjadruje závislosť medzi dvoma sledovanými premennými. Tento ukazovateľ je vyjadrený v bezrozmerných jednotkách a preto je možné porovnávať rôzne ukazovatele bez ohľadu na ich jednotky. Korelačný koeficient nadobúda hodnoty od -1 po +1, pričom -1 znázorňuje veľmi silnú negatívnu koreláciu a naopak hodnota +1 zodpovedá silnému pozitívnemu vzťahu. V prípade ak korelačný koeficient dosahuje hodnoty blízke 0 je závislosť medzi skúmanými premennými veľmi malá až žiadna.

Vzorec pre korelačný koeficient ρ:

$$\rho_{x,y} = \frac{cov\,(x,y)}{\sigma_x * \sigma_y},$$

kde: x – verejné výdavky na zdravotníctvo

y – hodnota vybraného indikátora efektívnosti zdravotného systému

cov (x, y) – kovariancia veličín x a y

σ_x – smerodajná odchýlka veličiny x

σ_y – smerodajná odchýlka veličiny y

Tabuľka 1: Korelačný koeficient (2000-2016)

	Stredná dĺžka života	Dojčenská úmrtnosť	Počet lekárov	Doba hospitalizácie
Slovensko	0,980	-0,855	0,513	-0,828
Nórsko	0,982	-0,962	0,966	0,273
Španielsko	0,944	-0,951	0,937	-0,929

Zdroj: OECD, 2019a, 2019b, 2019c, 2019e, 2019f. Vlastné výpočty a spracovanie

Tabuľka číslo 1 zobrazuje závislosť medzi verejnými výdavkami na zdravotníctvo na osobu a indikátormi efektívnosti kvality zdravotnej starostlivosti. Analýza preukázala, že medzi výdavkami na zdravotníctvo a vybranými ukazovateľmi efektivity je vo väčšine prípadov silná závislosť.

So zvyšujúcimi sa verejnými výdavkami na zdravotnú starostlivosť sa zlepšujú indikátory efektívnosti zdravotníctva a preto je možné konštatovať, že výdavky sú vynakladané efektívne.

Hodnoty korelačného koeficientu, pri zisťovaní závislosti medzi verejnými výdavkami na zdravotníctvo a strednou dĺžkou života, vo všetkých prípadoch dosahujú hodnoty blížiace sa k +1, čo znázorňuje silnú pozitívnu koreláciu. Z toho vyplýva, že so zvýšením verejnými výdavkov na zdravotníctvo rastie stredná dĺžka života. Najväčšia závislosť medzi skúmanými veličinami bola zaznamenaná v Nórsku, ale ostatné pozorované krajiny taktiež vykazujú silný pozitívny vzťah medzi vynaloženými verejnými výdavkami a strednou dĺžkou života.

Závislosť medzi verejnými výdavkami na zdravotníctvo a dojčenskou úmrtnosťou dosahuje taktiež veľkú, ale silnú negatívnu závislosť. To znamená, že s rastúcimi výdavkami na zdravotníctvo klesá miera dojčenskej úmrtnosti a nastáva zlepšovanie celého ukazovateľa. Najväčšia závislosť je opäť preukázaná v prípade Nórska, teda sa dá konštatovať, že Nórsko cieľavedome a efektívne prostredníctvom verejných výdavkov znižuje mieru dojčenskej úmrtnosti. V Španielsku a Slovensku je rovnako možné pozorovať efektívne vynakladanie verejných výdavkov, keďže vo veľkej miere prispeli k zlepšeniu hodnôt tohto ukazovateľa.

Hodnoty korelácie medzi verejnými výdavkami na zdravotníctvo a počtom lekárov na 1000 obyvateľov preukázali pozitívny, aj keď nie vo všetkých krajinách silný, vzťah. Slovensko vykazuje len slabú závislosť medzi vynaloženými výdavkami na zdravotníctvo a počtom lekárov. To značí, že výdavky, ktoré boli vynaložené na zdravotníctvo neprispeli k zvýšeniu počtu lekárov v takej miere, ako tomu bolo v Nórsku alebo Španielsku.

Ako posledná bola skúmaná závislosť medzi verejnými výdavkami na zdravotníctvo a priemernou dobou hospitalizácie v jednotlivých krajinách. Analýzou bola zistené silná negatívna závislosť, ale len v prípade Slovenska a Španielska. Nórsko vykazuje slabý pozitívny vzťah medzi verejnými výdavkami a dobou hospitalizácie, čo by vypovedalo o zvyšovaní času, ktorý pacient strávi v nemocnici so zvyšujúcimi sa výdavkami na zdravotníctvo. V dôsledku skreslenia údajov, ktoré bolo už opisované v predchádzajúcej časti, je ale možné konštatovať, že tieto hodnoty nie sú štatisticky presné.

4.1 Závislosť výdavkov na zdravotníctvo podľa funkcie a strednej dĺžky života

V predošlej časti bola potvrdená závislosť medzi výdavkami na zdravotníctvo a strednou dĺžkou života pri narodení. V tejto časti sa práca venuje skúmaniu závislosti medzi rôznymi odvetviami, na ktoré sú výdavky vynakladané a strednou dĺžkou života. Analýza bola vykonaná na výbere dát za obdobie 2003-2016 a na zistenie závislosti bol použitý korelačný koeficient.

Tabuľka 2: Korelačný koeficient medzi celkovými výdavkami na zdravotníctvo a strednou dĺžkou života (2003-2016)

	Lôžková starostlivosť	Ambulantná starostlivosť	Dlhodobá starostlivosť	Zdravotnícke pomôcky	Prevencia a ostatné
Slovensko	0,903	0,896	0,023	0,899	0,590
Nórsko	0,932	0,946	0,958	0,980	0,845
Španielsko	0,940	0,948	0,916	0,931	0,763

Zdroj: OECD, 2005, 2007, 2009, 2011, 2013, 2015, 2017, 2018, 2019b. Vlastné výpočty a spracovanie

Tabuľka číslo 2 znázorňuje závislosť celkových výdavkov na zdravotníctvo podľa druhu určenia a strednej dĺžky života v jednotlivých krajinách. Vo všetkých prípadoch bol zaznamenaný pozitívny vzťah, a teda s rastúcimi výdavkami rastie aj stredná dĺžka života. Slovensko dlhodobo vynakladá malé prostriedky na dlhodobú starostlivosť, len 1% celkových výdavkov, a preto je vzťah týchto výdavkov a strednej dĺžky života podstatne menší ako ostatné druhy výdavkov. Najväčšia závislosť je preukázaná medzi výdavkami na lôžkovú starostlivosť a strednou dĺžkou života. Rovnako tak sú na predĺženie strednej dĺžky života významné aj výdavky na lieky a ostatné zdravotné pomôcky a všeobecná ambulantná starostlivosť.

Nórsko vykazuje silný pozitívny vzťah všetkých druhov výdavkov na zdravotníctvo a strednej dĺžky života. Aj napriek tomu, že gro celkových výdavkov na zdravotníctvo je vynakladaných na lôžkovú, ambulantnú a dlhodobú starostlivosť analýza preukázala najsilnejšiu lineárnu závislosť medzi výdavkami na zdravotnícke pomôcky a strednou dĺžkou života. Avšak výdavky na dlhodobú, lôžkovú a ambulantnú starostlivosť majú taktiež veľký vplyv pri predlžovaní strednej dĺžky života.

Hodnoty korelačného koeficientu v prípade Španielska taktiež dosahujú silný pozitívny vzťah vo všetkých skúmaných druhoch výdavkov. Najväčšia závislosť bola preukázaná medzi výdavkami na ambulantnú starostlivosť a strednou dĺžkou života. Avšak rovnako ako je tomu v prípade Nórska, aj v Španielsku majú veľký vplyv na predĺženie strednej dĺžky života občanov výdavky na lôžkovú a dlhodobú starostlivosť a na medicínske pomôcky a lieky.

Záver

Bakalárska práca sa zaoberala analýzou systémov zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike, Nórsku a Španielsku a ich komparáciou na základe formy financovania. Hlavným cieľom bolo určiť efektívnosť verejných výdavkov na zdravotníctvo v týchto troch krajinách. Na splnenie hlavného cieľu bola analyzovaná závislosť medzi verejnými výdavkami na zdravotníctvo per capita a vybranými indikátormi efektívnosti zdravotníctva v daných krajinách.

Všetky sledované krajiny sa usilujú o splnenie rovnakého cieľu, a to zlepšenie celkového zdravotného stavu obyvateľstva a zaistenie všeobecnej dostupnosti pre všetkých občanov. Na dosiahnutie tohto cieľu sú vo všetkých skúmaných krajinách vynakladané prevažne verejné výdavky. V prípade Slovenska a Nórska bol taktiež zaznamenaný rastúci trend podielu celkových verejných výdavkov na zdravotníctvo. Nórsko vynakladá najväčší podiel verejných výdavkov na zdravotníctvo spomedzi všetkých sledovaných štátov a to až 85% celkových výdavkov. V prípade Španielska bol zaznamenaný slabý rastúci trend vo výške súkromných výdavkov na zdravotníctvo, ktorý je odôvodnený presúvaním pacientov do súkromnej sféry zdravotníctva, kde nie sú výdavky hradené štátom.

Slovenský zdravotný systém má ako jediný zo sledovaných systémov znaky Bismarckovského systému, keďže je založený na povinnom zdravotnom poistení. Výdavky na zdravotníctvo v % HDP vykazovali za posledné obdobie značnú fluktuáciu, pričom v súčasnosti sa ustálili na 7,06% HDP, čo je najmenej spomedzi všetkých sledovaných krajín.

Nórsky a Španielsky zdravotný systém je založený na Národnej zdravotnej službe, teda oba systémy majú znaky Beveridgeovského systému zdravotníctva. Nórsko všeobecne vynakladá jedny z najväčších výdavkov na zdravotníctvo spomedzi všetkých krajín OECD, pričom bol medzi rokmi 2007 a 2017 zaznamenaný rastúci trend podielu celkových výdavkov na HDP. Španielsko vynakladá pomerne konštantné výdavky na zdravotníctvo vyjadrené ako % HDP za celé sledované obdobie, v súčasnosti je podiel celkových výdavkov na HDP 8,84%.

Pri skúmaných indikátoroch efektívnosti zdravotnej starostlivosti bolo vo všetkých krajinách zaznamenané zlepšenie. To svedčí o stále sa zlepšujúcej kvalite poskytovanej zdravotnej starostlivosti a zvyšujúcej sa efektívnosti celého zdravotného systému. Bol zaznamenaný rastúci trend strednej dĺžky života pri narodení vo všetkých skúmaných krajinách, pričom v súčasnosti najlepšie výsledky dosahuje Španielsko. Nórsko však dosahuje zrovnateľnú strednú dĺžku života ako Španielsko. Hodnoty tohto indikátora pre Slovensko značne zaostávajú za Španielskom a Nórskom a to v prieme až o 5,65 roku.

Pri skúmaní dojčenskej úmrtnosti bol zaznamenaný klesajúci trend vo všetkých krajinách, teda sa hodnoty tohto indikátoru vo všetkých krajinách zlepšili. Najhoršie výsledky tohto indikátoru boli zaznamenané na Slovensku a naopak najlepšie v Nórsku. Nórske zdravotníctvo disponuje aj najväčším počtom lekárov pripadajúcich na 1000 obyvateľov, čo prispieva k rýchlej dostupnosti zdravotnej starostlivosti a nižším čakacím dobám na akútne zákroky. Španielske a slovenské zdravotníctvo zaznamenalo za celé skúmané obdobie zvýšenie počtu lekárov na 1000 obyvateľov, ale hodnoty tohto ukazovateľa nedosahujú na hodnoty vykazované Nórskom. Aj napriek tomu, že Slovensko dosahuje najhoršie výsledky vo všetkých skúmaných indikátoroch kvality zdravotnej starostlivosti, bolo v prípade dojčenskej úmrtnosti a priemernej doby hospitalizácie zaznamenané najväčšie absolútne zlepšenie spomedzi sledovaných krajín.

Na analyzovanie závislosti medzi verejnými výdavkami a vybranými indikátormi efektívnosti zdravotného systému bol využitý korelačný koeficient. Korelácia medzi verejnými výdavkami a priemernou dĺžkou hospitalizácie bola v prípade Slovenska a Španielska negatívna, teda so zvyšujúcimi výdavkami bola znižovaná doba hospitalizácie. V prípade Nórska bola však zaznamenaná pozitívna korelácia, ktorá ale môže byť spôsobená štatistickým skreslením v skúmaní dát. Vo všetkých skúmaných štátoch bola zistená pozitívna korelácia medzi verejnými výdavkami per capita a strednou dĺžkou života. Na zlepšenie strednej dĺžky života pri narodení najviac prispeli verejné výdavky na lôžkovú a ambulantnú starostlivosť a výdavky na lieky a iné zdravotné pomôcky. Rovnako tak bola zaznamenaná pozitívna korelácia medzi verejnými výdavkami a počtom lekárov na 1000 obyvateľov a negatívna korelácia pri skúmaní závislosti medzi verejnými výdavkami a dojčenskou úmrtnosťou. To svedčí o efektívnom vynakladaní verejných výdavkov na zdravotníctvo, pretože vo veľkej miere prispeli k zlepšovaniu skúmaných indikátorov a v konečnom dôsledku celkového zdravia občanov (zvýšenie strednej dĺžky života, zníženie dojčenskej úmrtnosti). Zdravotníctvo však nie je jediný determinant ovplyvňujúci zdravie občanov, veľký vplyv majú aj genetika, sociálne prostredie a životný štýl jednotlivca.

Najväčšia efektívnosť vo vynakladaní verejných výdavkov bola zaznamenaná v prípade Nórska, pretože tu bola zistená najväčšia závislosť medzi výdavkami per capita a vybranými indikátormi, avšak je možné konštatovať, že vo všetkých krajinách sú verejné výdavky vynakladané efektívne a prispievajú k zlepšovaniu kvality zdravotného systému.

Zoznam literatúry

1. 580/2004 Z. z., O zdravotnom poistení v znení neskorších predpisov
2. BERNAL-DELGADO, Enrique a kol., 2018. *Spain: Health system review. Health Systems in Transition*, 2018;20(2). 209 s. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/378620/hit-spain-eng.pdf?ua=1
3. Dôvera, 2019. *Čakacie doby Dôvera*. [online]. Dostupné z: https://www.dovera.sk/cakacie-listiny/cakacie-listiny-v-nemocniciach
4. DRBAL, Ctibor, 2008. *Budoucnost zdraví a zdravotnictví*. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky. 65 s. Studie Národohospodářského ústavu Josefa Hlávky; 4/2008. ISBN 978-80-86729-39-8.
5. DURDISOVÁ, Jaroslava, 2005. *Ekonomika zdraví*. Vyd. 1. Praha: Oeconomica. 228 s. ISBN 80-245-0998-9.
6. FIGUERAS, Josep, MCKEE, Martin a kol., 2012. *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being: Assessing the case for investing in health systems*. Open University Press. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/164383/e96159.pdf
7. GLADKIJ, Ivan a kol., 2003. *Management ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Brno: Computer Press. xii, 380 s. Praxe manažera. ISBN 80-7226-996-8.
8. HAMERNÍKOVÁ, Bojka, MAAYTOVÁ, Alena a kol., 2010. *Veřejné finance*. 2. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR. ISBN 978-80-7357-497-0.
9. Helfo, 2019. *Exemption card for public health services.* [online]. Dostupné z: https://helsenorge.no/foreigners-in-norway/exemption-card-for-public-health-services
10. HNILICOVÁ, Helena, 2009. *Úvod do studia zdravotnických systémů*. S.l. 23 s. Dostupné z: http://usm.lf1.cuni.cz/download/uvod_do_zs.pdf
11. KOMÁREK, Lumír, PROVAZNÍK, Kamil a kol., 2011. *Ochrana a podpora zdraví*. Praha, 3. Lékařská fakulta UK. 99 s. ISBN 978-80-260-1159-0.
12. KUVÍKOVÁ, Helena, NEMEC, Juraj a MURGAŠ, Milan, 1995. *Ekonómia zdravotníctva*. Banská Bystrica: Phoenix. 110 s. ISBN 80-900563-1-8.
13. LINDAHL, Anne Karin a kol., n.d., The *Norwegian Health Care System*. The Commonwealth Fund. Dostupné z: https://international.commonwealthfund.org/countries/norway/
14. MUŽÍK, Roman, 2012. *Analýza nedostupnosti zdravotných služieb, meranej čakacími listinami*. Health Policy Institute. 27 s. Dostupné z: http://hpi.sk/cdata/Documents/Analyza_cakacich_listin.pdf
15. Nordisk eTax, 2019. *Tax rates and limits – 2019*. [online]. Dostupné z: https://www.nordisketax.net/main.asp?url=files/nor/eng/i07.asp

16. OECD, 2005. *Health at a Glance 2005: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris. 175 s. Dostupné z: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264012639-en.pdf?expires=1556612817&id=id&accname=guest&checksum=9D02703147CFBB5F8801AC7EE8971A20
17. OECD, 2007. *Health at a Glance 2007: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris. 198 s. Dostupné z: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2007-en.pdf?expires=1556612513&id=id&accname=guest&checksum=54D068F5C9ABD827E451EFA902D81DC7
18. OECD, 2009. *Health at a Glance 2009: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris. 204 s. Dostupné z: https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-70-en
19. OECD, 2011. *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris. 204 s. Dostupné z: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en
20. OECD, 2012. *Health at a Glance: Europe 2012*. OECD Publishing, Paris. 154 s. Dostupné z: http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-54-en
21. OECD, 2013. *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris. 213 s. Dostupné z: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en
22. OECD, 2015. *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris. 220 s. Dostupné z: https://doi.org/10.1787/health_glance-2015-61-en
23. OECD, 2017. *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris. 220 s. Dostupné z: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
24. OECD, 2018. *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing, Paris. 216 s. Dostupné z: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-graph81-en
25. OECD, 2019a. *Health spending (indicator)*. [online]. OECD data. Dostupné z: https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm
26. OECD, 2019b. *Life expectancy at birth (indicator)*. [online]. OECD data. Dostupné z: https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm
27. OECD, 2019c. *Infant mortality rates (indicator)*. [online]. OECD data. Dostupné z: https://data.oecd.org/healthstat/infant-mortality-rates.htm
28. OECD, 2019d. *Health Care Utilisation: Waiting times* (indicator). [online]. OECD data. Dostupné z: https://stats.oecd.org/index.aspx?r=969426#
29. OECD, 2019e. *Doctors (indicator)*. [online]. OECD data. Dostupné z: https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm#indicator-chart
30. OECD, 2019f. *Length of hospital stay (indicator)*. [online]. OECD data. Dostupné z: https://data.oecd.org/healthcare/length-of-hospital-stay.htm#indicator-chart
31. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2017. *Slovensko: Zdravotný Profil Krajiny 2017*, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris/European

Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. ISBN 9789264285408. Dostupné z: http://dx.doi.org/10.1787/9789264285408-sk

32. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2017. *Spain: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. ISBN 9789264283565, Dostupné z: http://dx.doi.org/10.1787/9789264283565-en
33. OECD/WHO, 2018. *Health at a Glance: Asia/Pacific 2018: Measuring Progress towards Universal Health Coverage.* OECD Publishing, Paris. 134 s. Dostupné z: https://doi.org/10.1787/health_glance_ap-2018-8-en
34. ONDRUŠ, Peter, 2014. *Svetové zdravotnícke systémy v čase globalizácie*. PRO Vydavateľstvo. 320 s. ISBN 978-80-89057-47-4.
35. RINGARD, Ånen a kol., 2013. *Norway: Health system review. Health Systems in Transition,* 2013; 15(8). 195 s. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/237204/HiT-Norway.pdf
36. SMATANA, Martin a kol., 2016. *Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition*, 18(6). 243 s. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/325784/HiT-Slovakia.pdf?ua=1
37. ÚDZS, 2017. *OZNÁMENIE výšky podielu poistencov jednotlivých zdravotných poisťovní na celkovom počte poistencov na základe odhadovaných počtov*. [online]. Dostupné z: http://www.udzs-sk.sk/documents/14214/29608/OZNAMENIE_podiel+PP_predd.+pre+ZZS_odhad+k+1.1.2017_web.pdf/2d41099b-ea98-4efb-b025-71292cba5a75
38. VAN DEN NOORD, Paul a kol., 1998. *The Norwegian Health Care System, OECD Economics Department Working Papers*, No. 198, OECD Publishing, Paris. Dostupné z: http://dx.doi.org/10.1787/571585217086
39. VZP, 2019. *Čakacie doby VZP*. [online]. Dostupné z: https://www.vszp.sk/poistenci/zdravotna-starostlivost/planovana-zdravotna-starostlivost.html
40. WHO, 2019. WHO definition of health. [online]. Dostupné z: https://www.who.int/suggestions/faq/en/

Zoznam grafov

Graf 1: Podiel súkromných a verejných výdavkov na zdravotníctvo Slovenska (v %) a vývoj celkových výdavkov na zdravotníctvo (v % HDP) v rokoch 2007-2017 18
Graf 2: Výdavky na zdravotníctvo Slovenska podľa funkcie (v %) 19
Graf 3: Podiel súkromných a verejných výdavkov na zdravotníctvo Nórska (v %) a vývoj celkových výdavkov na zdravotníctvo (v % HDP) v rokoch 2007-2017 22
Graf 4: Výdavky na zdravotníctvo Nórska podľa funkcie (v %) 22
Graf 5: Podiel súkromných a verejných výdavkov na zdravotníctvo Španielska (v %) a vývoj celkových výdavkov na zdravotníctvo (v % HDP) v rokoch 2007-2017 25
Graf 6: Výdavky na zdravotníctvo Španielska podľa funkcie (v %) 26
Graf 7: Celkové výdavky na zdravotníctvo ako % HDP za roky 2007-2017 27
Graf 8: Súkromné a verejné výdavky na zdravotníctvo v roku 2017 (USD/capita) PPP 27
Graf 9: Stredná dĺžka života pri narodení 1986-2016 (v rokoch) 29
Graf 10: Dojčenská úmrtnosť 1986-2016 (v ‰) 30
Graf 11: Čakacie doby na výmenu bedrového kĺbu (v dňoch) 31
Graf 12: Počet lekárov na 1000 obyvateľov 2000-2016 (v ‰) 32
Graf 13: Priemerná doba hospitalizácie 1996-2016 (v dňoch) 33

Zoznam tabuliek

Tabuľka 1: Korelačný koeficient (2000-2016) 34
Tabuľka 2: Korelačný koeficient medzi celkovými výdavkami na zdravotníctvo a strednou dĺžkou života (2003-2016) 36

Zoznam príloh

Príloha 1: Verejné financie na zdravotníctvo 2000-2016 (v USD per capita PPP) 43
Príloha 2: Stredná dĺžka života pri narodení 2000-2016 (v rokoch) 43
Príloha 3: Dojčenská úmrtnosť 2000-2016 (v ‰) 43
Príloha 4: Počet lekárov na 1000 obyvateľov 2000-2016 (v ‰) 44
Príloha 5: Priemerná doba hospitalizácie 2000-2016 (v dňoch) 44

Prílohy

Príloha 1: Verejné financie na zdravotníctvo 2000-2016 (v USD per capita PPP)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Slovensko	537,9	589,1	652	652,6	763,8	825,4	906	1054,4	1243,8	1348,1	1401,7	1414	1468,1	1558,4	1603,3	1616,2	1752,6
Nórsko	2326,8	2511,5	2833,4	2954,2	3114,2	3306,1	3568,4	3764,7	4133,6	4242,1	4371,8	4605,9	4862,2	5083,8	5251,8	5335,6	5257
Španielsko	1047,2	1104,8	1177,4	1345,5	1428,4	1528,4	1732,1	1857,5	2042,5	2194,8	2155,9	2151,2	2095,5	2090	2141,6	2263,6	2320

Zdroj: OECD, 2019a. Vlastné spracovanie

Príloha 2: Stredná dĺžka života pri narodení 2000-2016 (v rokoch)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Slovensko	73,4	73,6	73,8	73,8	74,2	74,2	74,4	74,5	75	75,3	75,6	76,1	76,2	76,5	76,9	76,7	77,3
Nórsko	78,8	78,9	79	79,6	80,1	80,3	80,6	80,6	80,8	81	81,2	81,4	81,5	81,8	82,2	82,4	82,5
Španielsko	79,3	79,8	79,9	79,7	80,4	80,3	81,1	81,2	81,5	81,9	82,4	82,6	82,5	83,2	83,3	82,9	83,4

Zdroj: OECD, 2019b. Vlastné spracovanie

Príloha 3: Dojčenská úmrtnosť 2000-2016 (v ‰)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Slovensko	8,6	6,2	7,6	7,9	6,8	7,2	6,6	6,1	5,9	5,7	5,7	4,9	5,8	5,5	5,8	5,1	5,4
Nórsko	3,8	3,9	3,5	3,3	3,2	3,1	3,2	3,1	2,7	3,1	2,8	2,4	2,5	2,4	2,4	2,3	2,2
Španielsko	4,4	4	4,1	3,9	3,9	3,7	3,5	3,4	3,3	3,2	3,2	3,1	3,1	2,7	2,8	2,7	2,7

Zdroj: OECD, 2019c. Vlastné spracovanie

Príloha 4: Počet lekárov na 1000 obyvateľov 2000-2016 (v ‰)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Slovensko	3,35	3,35	3,33	3,29	3,32	3,04	3,17	3,39	3,37	3,3	3,36	3,31	3,36	3,39	3,43	3,45	3,47
Nórsko	3,38	3,54	3,27	3,28	3,44	3,62	3,79	3,9	4	4,05	4,11	4,19	4,23	4,31	4,43	4,4	4,51
Španielsko	3,14	3,14	3,13	3,22	3,44	3,55	3,62	3,56	3,54	3,6	3,76	3,84	3,82	3,81	3,8	3,85	3,82

Zdroj: OECD, 2019e. Vlastné spracovanie

Príloha 5: Priemerná doba hospitalizácie 2000-2016 (v dňoch)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Slovensko	8,4	8,1	7,7	7,4	7,3	7,3	7,2	7	6,9	6,7	6,6	6,3	6,2	6,2	7	6,9	6,8
Nórsko	6	5,8	5,7	5,4	5,2	5,2	5	5	4,8	6,4	6,3	6,1	5,8	5,5	5,5	6,2	6,1
Španielsko	7,1	7	7	6,9	6,7	6,7	6,6	6,6	6,5	6,4	6,3	6,1	6,1	6	5,9	5,9	5,9

Zdroj: OECD, 2019f. Vlastné spracovanie