

Vysoká škola ekonomická v Praze

Diplomová práce

2019

Bc. Lukáš Mihalec

Vysoká škola ekonomická v Praze

Fakulta financí a účetnictví

Studijní obor: Finance



System financování zdravotnictví: případ Rumunska

Autor diplomové práce: Bc. Lukáš Mihalec

Vedúca diplomové práce: doc. Ing. Alena Maaytová, Ph.D.

V y h l á s e n i e

Prehlasujem, že som diplomovú prácu na tému
"Systém financovania zdravotníctva: prípad Rumunska"
vypracoval samostatne s využitím literatúry a informácií,
na ktoré odkazujem.

V Praze 10.12.2019

Pod'akovanie:

Rád by som na tomto mieste pod'akoval pani doc. Ing. Alene Maaytové, Ph.D. za jej trpezlivosť, cenné rady a pripomienky k písaniu tejto práce.

Názov diplomovej práce:

Systém financovania zdravotníctva: prípad Rumunska

Abstrakt:

Táto práca sa zaoberá financovaním zdravotného systému v Rumunsku a snaží sa nájsť vhodné opatrenia na príjmovej strane, ktoré by sa mohli zaviesť aj na Slovensku. V prvej časti práce sú vymedzené teoretické znalosti z danej problematiky. Ďalej analyzujeme nedávny demografický vývoj a historický vývoj zdravotného sektoru v Rumunsku od konca prvej svetovej vojny. Bližšie popisujeme organizačnú štruktúru súčasného systému a následne podrobnejšie rozoberáme príjmovú a výdajovú stranu. V tretej kapitole sa tiež venujeme efektívnosti systému používajúc dáta EHCI indexu a uskutočňujúc CEA analýzu. Na záver práce sú spomenuté opatrenia, ktoré by sa dali použiť i na Slovensku, ako napríklad claw-back daň.

Kľúčové slová:

zdravotníctvo, financovanie, Rumunsko, Slovensko,

Title of the Master's Thesis:

Health system financing: the case of Romania

Abstract:

This work deals with the financing of the health system in Romania and tries to find suitable measures to increase revenues that could be introduced in Slovakia. The first part defines the theoretical knowledge of the issue. We also analyze the recent demographic and historical development of the health sector in Romania since the end of the First World War. We describe the organizational structure of the current system in details and then analyze its revenues and expenditures. In the third chapter we also conduct an analysis of the system's efficiency using EHCI index data and CEA analysis. At the end of the work, there are mentioned measures which could be used also in Slovakia, such as claw-back tax.

Key words:

healthcare, financing, Romania, Slovakia

Obsah

Úvod	8
1 Špecifika zdravotného systému	10
1.1 Rysy trhu zdravotníckych služieb	10
1.2 Problém rovnosti a spravodlivosti	12
1.3 Ekonomický základ poskytovania zdrav. služieb	13
1.4 Príjmy do systému	16
1.5 Nákup zdravotníckych služieb	21
2 Zdravotníctvo v Rumunsku	24
2.1 Demografická charakteristika Rumunska	24
2.2 Historický vývoj zdravotníctva v Rumunsku	31
2.3 Reformy v 90.rokoch po páde komunizmu	34
2.4 Súčasná organizačná štruktúra zdravotníctva	40
3 Financovanie a efektívnosť zdravotného systému.....	46
3.1 Finančné toky v zdravotníctve	46
3.2 Claw-back tax	52
3.3 Analýza príjmovej strany rozpočtu FNUASS.....	56
3.4 Analýza výdajovej strany rozpočtu FNUASS	58
3.5 Vyhodnotenie efektívnosti, index EHCI.....	64
3.6 Vyhodnotenie nákladovej efektívnosti použitím metódy CEA	68
4 Návrh využitia prvkov rumunského systému financovania na Slovensku	75
5 Záver.....	78
6 Zoznam použitej literatúry.....	80
7 Zoznam grafov, obrázkov a tabuliek	84

Úvod

Zdravotný systém je vo väčšine krajín často diskutovanou témou v politických ale aj nepolitických kruhoch, keďže zdravotníctvo a jeho fungovanie sa osobne dotýka každého jedného občana a počas svojho života sa viackrát stretávame so situáciami, kedy je pre nás nevyhnuté sa obrátiť na odborníkov. Systém zdravotníckych služieb zahŕňa množinu ľudských, materiálnych, finančných a informačných zdrojov, ktorých kombinácia je ovplyvňovaná rozličnými špecifickými faktormi v jednotlivých, ako sú kultúra, história, stupeň spoločensko-ekonomického rozvoja, ale aj masmédiami a ktorých cieľom je zlepšenie prípadne udržanie zdravotného stavu populácie. Zdravie je jedným zo základných predpokladov pre udržanie a vykonávanie ekonomickej aktivity a zúčastňovania sa spoločenského života. Zabezpečenie zdravotnej starostlivosti teda nepredstavuje len sanitárny problém, ale ide o problematiku s hlbokým sociálnym charakterom a preto sa pri tejto problematike tak často vynárajú i problémy etickej a morálnej povahy. Potrebu zdravia by sme mohli charakterizovať ako nielen individuálnu potrebu, ale aj potrebu celospoločenskú. Táto potreba ako neskôr ukážeme, môže byť uspokojovaná súkromným alebo verejným sektorom.

Systémy financovania zdravotníctva vo vyspelých krajinách sú vystavené permanentným zmenám, keďže samotné štáty a spoločnosť sa vyvíjajú a menia, ale tiež z dôvodu zmeny liečebných postupov a výskytu nových chorôb. Napriek tomu, že zdravotné systémy sa líšia štát od štátu, to čo majú spoločné je: potreba robustného systému financovania, vysokokvalifikovanej a adekvátne platenej pracovnej sily, dostatok informačných zdrojov, kvalitná logistika a technologické vybavenie pre poskytovanie kvalitných liečiv a služieb.

Objektom skúmania tejto práce je financovanie zdravotného systému v Rumunsku. Hlavným cieľom práce je nájsť v Rumunskom zdravotníctve opatrenia, ktoré by bolo možné zaviesť na Slovensku na zvýšenie príjmov do tohto sektora. Vedľajším cieľom práce je identifikovať spôsob financovania a organizáciu zdravotníctva v Rumunsku a vyhodnotiť efektívnosť miestneho zdravotného systému.

V prvej kapitole sa venujeme všeobecnej teórii ekonómie zdravotníctva, kde bližšie popíšeme rôzne spôsoby financovania tohto sektora. Stručne zachytíme v tejto časti teoretický základ nutný pre nasledovnú analýzu Rumunského zdravotného systému v druhej

a tretej kapitole. Druhá kapitola začne náčrtom historického vývoja zdravotného systému v Rumunsku a jeho súčasnou organizačnou štruktúrou. Ďalej sa v tretej kapitole podrobne zaoberáme príjmovou a výdajovou stránkou súčasného zdravotného systému tejto krajiny. Tiež tu zhodnotíme efektívnosť zdravotného systému v Rumunsku používajúc výsledky Euro health consumer indexu a použitím CEA analýzy. V poslednej kapitole vyberáme príjmové opatrenia na financovanie zdravotníctva z rumunského systému, ktoré by boli podľa nášho názoru možné aplikovať aj na Slovensku.

V diplomovej práci je použitá všeobecná metóda analýzy, ktorá je v práci kľúčová, doplnená o analýzu časových rad a príslušné matematicko-štatistické metódy. Hlavným zdrojom dát je rumunský štatistický úrad INS a správy o činnosti Jednotného národného fondu zdravotného poistenia FNUASS.

Cudzojazyčné zdroje sú preložené autorom práce.

1 Špecifiká zdravotného systému

Rovnako ako vzdelávací systém alebo justícia je zdravotníctvo jedným zo základných inštitúcií vo vyspelých spoločnostiach. Zdravotný systém sa dá charakterizovať podľa Svetovej zdravotníckej organizácie ako „všetky činnosti, ktorých cieľom je podpora, udržanie alebo obnova zdravia populácie“¹. Tento sektor má však svoje charakteristické črty, ktoré ho odlišujú od iných sektorov. Zdravotné služby sú svojim charakterom čiastočne podobné kolektívnym statkom² vďaka nízkym marginálnym nákladom a nákladným vylúčením zo spotreby³. Štát tu zohráva väčšiu úlohu aj vzhľadom k tomu, ako citlivo je táto téma vnímaná v spoločnosti. Táto oblasť sa navyše veľmi dynamicky rozvíja vďaka pokroku vo vede a výskume, čo si vyžaduje neustále zmeny v celkovom systéme poskytovania zdravotníckych služieb. Každý systém je jedinečný, pretože sa v jednotlivých krajinách formoval na základe zvykov, tradícií a závisí aj na celkovom stupni socio-ekonomického vývoja spoločnosti.

V tejto kapitole sa budeme zaoberať charakteristikami zdravotníctva z ekonomického hľadiska a tiež budeme diskutovať možné spôsoby jeho financovania.

1.1 Rysy trhu zdravotníckych služieb

Trh môžeme vo všeobecnosti definovať ako miesto, kde dochádza k výmene tovarov a služieb, miesto kde sa stretáva dopyt a ponuka a pomocou ktorého sú alokované vzácne zdroje. Avšak na trhu zdravotných služieb dochádza k viacerým zlyhaniu pri alokácii zdrojov ktoré sú zapríčinené nasledovnými bodmi:

- **Neexistencia dokonalej konkurencie**

V odbornej literatúre⁴ sa uvádza, že dokonale konkurenčný trh je charakterizovaný dokonalou informovanosťou kupujúcich a predávajúcich, nulovými nákladmi na zmenu dodávateľa, homogénnymi produktami a veľkým počtom predávajúcich.

¹ World Health Organization: *Health topics. Health systems*. 2010. http://www.who.int/topics/health_systems/en/ [online]. [cit. 2019-09-30].

² Kolektívnym statkom rozumieme statok, ktorý spĺňa podmienky nedeliteľnosti, nevylúčiteľnosti a nerivalitu.

³ STIGLITZ, Joseph E. *Ekonomie veřejného sektoru*. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-716-9454-1.

⁴ HOLMAN, Robert. *Ekonomie*. 6. vydání. V Praze: C.H. Beck, 2016. Beckovy ekonomické učebnice. ISBN 978-80-7400-278-6.

Pričom informačná asymetria, kedy niektorí účastníci trhu sú lepšie informovaní ako iní je značne prítomná na trhu zdravotníckych služieb. Spotrebitelia (teda pacienti) majú veľmi obmedzené informácie oproti poskytovateľom (zdravotníkom). Je dôležité spomenúť, že tento fenomén môže viesť k narušeniu trhu a k morálnemu hazardu či negatívne mu výberu⁵. Pri negatívnom výbere dochádza k vylúčeniu kvalitných výrobkov z trhu, keďže spotrebiteľ nemá dostatok informácií o kvalite produktu a dá teda logicky prednosť produktu s nižšou cenou. Morálnym hazardom označujeme situáciu, kedy subjekty, ktoré majú lepšie informácie ako iné, túto skutočnosť využijú na úkor menej informovaných subjektov. Ako ďalším problémom sa ukazuje predpoklad veľkého počtu poskytovateľov. V skutočnosti je počet nemocníc a zdravotných stredísk obmedzený a produkty/služby, ktoré poskytujú nie sú homogénne. Navyše na dokonalom trhu sa firmy vždy snažia maximalizovať zisk, čo cieľom verejných zdravotníckych stredísk nie je.

- **Externality**

Aj v sektore zdravotnej starostlivosti sa stretávame s neúmyselnými, nechcenými vedľajšími dopadmi na tretie subjekty. Tieto dopady môžu byť teda pozitívne alebo negatívne. Pod pozitívnou externalitou si môžeme predstaviť kolektívnu imunitu, ktorá sa zvyšuje s percentom zaočkovaných ľudí v spoločnosti. Tým, že sú zaočkovaní ľudia vo vašom okolí, znižuje sa riziko vzniku epidémie. Negatívnou externalitou môžu byť vysoké náklady na liečbu niektorých chorôb.

- **„Sugerovaná“ spotreba**

Tento bod čiastočne súvisí s informačnou asymetriou. Poskytovatelia, pomocou rôznych kampaní môžu využiť neznalosti pacientov a presvedčiť ich o potrebe nákupu určitých tovarov a služieb pod zámienkou zlepšenia zdravia.

- **Regulácia spotreby**

Pacient sa v reálnom živote často stretáva s narušením svojej slobody a je nútený k spotrebe zdravotníckych statkov štátom. Takouto situáciou je napríklad povinné očkovanie alebo preventívne akcie štátu. Ďalším príkladom je obmedzenie konzumu určitých liekov obsahujúce návykové latky, ktoré sa vydávajú len na predpis lekára.

⁵ DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005. ISBN 80-245-0998-9

Už vyššie uvedené najvýznamnejšie odlišnosti od štandardného dokonalého trhu si zhrnieme do nasledujúcej tabuľky:

Tabuľka 1 Odlišnosti medzi štandardným a zdravotníckym trhom

Štandardný konkurenčný trh	Trh zdravotníckych služieb
<i>Množstvo predávajúcich</i>	<i>Obmedzený počet nemocníc</i>
<i>Maximalizácia zisku</i>	<i>Väčšina nemocníc je nezisková</i>
<i>Homogénne komodity</i>	<i>Heterogénne komodity</i>
<i>Informovaní spotrebiteľia</i>	<i>Zle informovaní spotrebiteľia</i>
<i>Priame platby spotrebiteľov</i>	<i>Pacient hradí len časť nákladov</i>

Zdroj: Vlastne spracovanie na základe⁶

1.2 Problém rovnosti a spravodlivosti

Okrem alokačných defektov trhu, významnú rolu v ospravedlňovaní štátnych zásahov na trhu zdravotných služieb tiež hrá vnímanie spravodlivosti a rovnosti v spoločnosti. V tomto prípade nejde o rovnosť z biologického alebo genetického hľadiska, ale odstránenie nerovnosti, ktorá vychádza z nášho spoločensko-ekonomického zriadenia. Historicky sa vyvinuli dva názory na to, akým spôsobom by mali byť zdravotné služby distribuované. Jeden názor, bližší tržným princípom fungovania, razí myšlienku, že distribúcia by sa mala odohrávať na **základe zásluh**, druhá názor naopak preferuje distribúciu na základe **potreby**. V systéme zdravotnej starostlivosti prevláda druhý názor, aj keď sa do systémov zavádzajú i tržné prvky. Samotnú rovnosť definuje aj Svetová zdravotnícka organizácia a to nasledovne:

„Rovnosť je absencia zbytočných, nespravodlivých alebo odstrániteľných rozdielov medzi skupinami ľudí, bez ohľadu na to, či sú tieto skupiny definované spoločensky, ekonomicky,

⁶ STIGLITZ, Joseph E. *Ekonomie veřejného sektoru*. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-716-9454-1.

demograficky alebo geograficky, prípadne iným spôsobom. „Rovnosť v zdraví“ znamená, že v ideálnom prípade by mal mať každý rovnakú príležitosť dosiahnuť svoj plný zdravotný potenciál a nikto by nemal byť znevýhodňovaný pri dosahovaní tohto potenciálu.“⁷

Rovnosť sa teda nedefinuje ako rovnaký zdravotný stav u všetkých jedincov, čo by bolo vzhľadom na biologické faktory nereálne. Hlavným bodom rovnosti je potreba, ktorú určuje lekár. V inom prípade by sa mohlo stať, že pokiaľ by rovnosť bola postavená na dopyte, pacienti by žiadali nadbytočné služby a nadspotrebou vytvárali prílišný tlak na financovanie. Môžeme sa tiež stretnúť s tým, že sa rozlišuje medzi horizontálnou a vertikálnou rovnosťou⁸. Horizontálna spravodlivosť systému hovorí o tom, že tým, ktorý trpia rovnakými zdravotnými problémami, je poskytovaná rovnaká starostlivosť. Pod termínom vertikálna spravodlivosť sa rozumie poskytovanie rôznej zdravotnej starostlivosti v prípade rôznych ochorení. V Európe sa obvykle stretávame so situáciou, že sa prístupy a zdravotná starostlivosť odlišuje len v sfére doplnkových nadštandardných služieb.

1.3 Ekonomický základ poskytovania zdrav. služieb

V každej ekonomike sú zdravotnícke služby poskytované na jednom z troch princípov a to na tržnom, polotržnom alebo netržnom princípe, pričom tieto sú odlišné pre jednotlivé krajiny. Výkony môžu byť zoskupené do štyroch skupín⁹ a síce:

▪ Výkony poskytované netrhovou formou na základe daní

Typickým príkladom je Veľká Británia, kde pacient neplatí za jednotlivé zdravotné výkony priamo, ale tie sú z veľkej časti hradené jeho daňami, teda zo štátneho rozpočtu. Tento spôsob je využívaný na financovanie univerzálneho zdravotného systému s vysokou dostupnosťou a vďaka financovaniu z rozpočtu si štát ponecháva výraznú kontrolu nad výdavkami

⁷ WHO: *Health equity*. World Health Organization [online]. [cit. 2019-10-05]. Dostupné z: https://www.who.int/topics/health_equity/en/

⁸ DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005. ISBN 80-245-0998-9

⁹ KUVÍKOVÁ, Helena, Milan MURGAŠ a Juraj NEMEC. *Ekonomika zdravotníctva*. 1. vyd. Banská Bystrica: Phoenix, 1995. 110 s. ISBN 80-900563-1-8

- **Výkony poskytované netrhovou formou na základe transferov**

Ako príklad nám môže slúžiť program Medicare v Spojených štátoch. V tomto prípade nie je zdravotná starostlivosť hradená pacientom. Uhradí ju štát, respektíve nejaká jeho inštitúcia.

- **Výkony poskytované polotrhovo za účasti verejných a súkromných zdrojov**

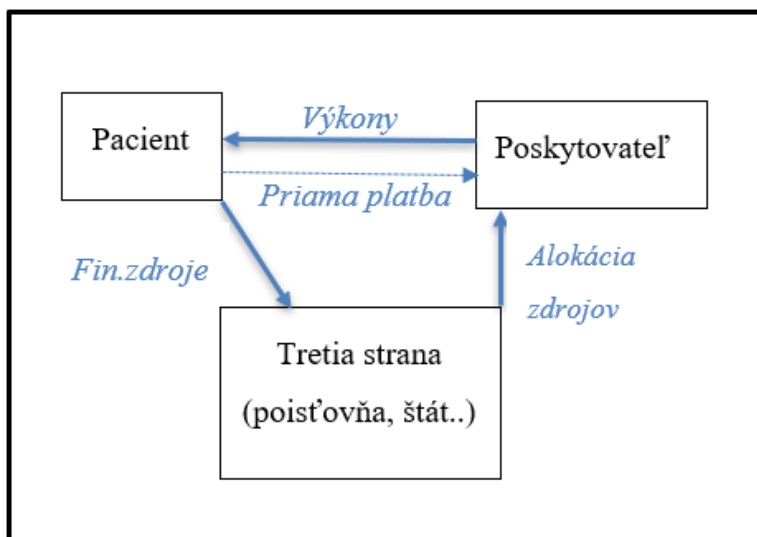
Sem môžeme zaradiť väčšinu európskych krajín, keďže ide obvykle o systém založený na národnom zdravotnom poistení, ktoré je povinné. Najčastejšie tu máme 3 strany ktoré hradia náklady a to štát, zamestnanci a zamestnávateľia. Určitú časť si však pacient hradí úplne sám a služby a lieky sú kategorizované podľa výšky hradenia.

- **Výkony poskytované na tržnom princípe**

Tento spôsob sa týka hlavne nadštandardných služieb, ktoré sú platené nad rámec bežných výkonov. Nejde o systém, ktorým by bol zabezpečovaný celý zdravotný systém, vzhľadom na finančnú náročnosť liečby určitých chorôb.

Vyššie uvedené formy sa dajú nájsť vo všetkých krajinách a sú kombinované v rôznom pomere podľa národných preferencií. Všetky tieto systémy finančných tokov si môžeme zjednodušene načrtnúť pomocou nasledovnej schémy:

Obrázok 1 Platby v zdravotníctve



Zdroj: Vlastné spracovanie na základe¹⁰

¹⁰ BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010. ISBN 978-80-7357-503-8

V každom prípade musí platiť, že celkové príjmy nezávisle od zdroja financovania sa musia rovnať celkovým nákladom. Pokiaľ by sme chceli vyjadriť tento vzťah matematicky dostali by sme nasledovný zápis¹¹:

$$T+SI+UC+PI=P*Q=W*Z$$

T – daňové príjmy

SI – príjmy zo sociálneho/zdravotného poistenia

UC – úhrady, priame platby pacientov

PI – príjmy zo súkromného poistenia

P – cena tovarov a služieb

Q – množstvo tovarov a služieb

W – množstvo a mix inputov

Z – ceny inputov

Súčet príjmov na ľavej strane rovnice sa musí rovnať súčinu cien výkonov a ich množstvu a tie sa musia rovnať príjmom poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Vlády môžu významne pôsobiť na jednotlivé položky tejto rovnice a tým ovplyvňovať celkové náklady alebo príjmy systému. Tento model opomína financovanie zo zahraničia. Rôzne humanitárne dary a príspevky sú pritom významným zdrojom financovania menej rozvinutých krajín. Ďalej tento model nezahŕňa možnosť dlhového financovania a teda predpokladá vyrovnaný rozpočet zdravotného systému.

Samotný proces financovania si môžeme rozdeliť do troch fáz¹², a síce:

- **výber zdrojov do systému**
- **zhromažďovanie zdrojov**
- **nákupy výkonov.**

Každá jedna funkcia môže byť administrovaná inou inštitúciou.

¹¹ MOSSIALOS, Elias, Anna DIXON. *Funding Health Care: Options for Europe*. Open University Press, 2010. ISBN 0-335-20824-

¹² KUTZIN, Joseph. *Towards Universal Health Care Coverage: Goal-oriented Framework for Policy Analysis*. Washington DC.: The World Bank, 2000. ISBN 1-932126-32-5

1.4 Príjmy do systému

Pri riešení otázky príjmov si musíme klásť otázky: Kto platí ? Akým spôsobom ? Kto vyberá tieto zdroje?

Hlavným zdrojom príjmov do systému bývajú príjmy fyzických osôb, ktorým zdravotnícky systém slúži. Môže ísť o povinné alebo nepovinné platby do systému. Často je určitá záťaž uvalená na právnické osoby. Niektoré firmy okrem zákonne povinných platieb môžu svojim zamestnancom poskytovať benefity, v rámci ktorých im umožnia profitovať z nadštandardných zdravotníckych služieb. Ďalším významným prispievateľom je vláda. Pričom tieto zdroje môžu pochádzať od miestnej vlády alebo od centrálnej vlády. Neplnenie si povinností odvádzať platby do zdravotného systému, je v prípade povinných schém sankcionované.

Forma zdroju príjmov má rôzne podoby. Za účelom financovania sú využívané dane, uvalené na jednotlivcov, domácnosti, firmy, prípadne ide o dane transakčné (DPH atď.) alebo uvalené na vybrané výrobky (tabak atď.). Využívané sú dane priame aj nepriame. Zdroje z daní sú viazané štátnym rozpočtom a podliehajú teda každoročným politickým diskusiám o štátnom rozpočte, čo môže negatívne pôsobiť na stabilitu týchto príjmov. Na druhej strane, je tu jasná politická zodpovednosť za rozhodnutia a zlepšuje sa postavenie agent-principál. Poslednou nevýhodou je cyklickosť väčšiny daňových príjmov. Existuje názor, že pokiaľ chceme financovať zdravotný systém prostredníctvom daní, je vhodné aby to boli miestne dane. Ako výhodu tohto financovania sa uvádza¹³: lepšia previazanosť s potrebami lokálnej populácie, zlepšenie politickej zodpovednosti, keďže miestni politici sú bližšie svojmu elektorátu, viac transparentnosti, pretože občania lepšie vnímajú to, koľko zdrojov sa od nich vyberie a aké služby sú im poskytované a vyčlenenie zdravotníctva z iných národných priorít, ktoré by mohli tento problém zakrývať. Týmto spôsobom sa môže zdravotníctvo stať hlavnou témou politických strán na miestnej úrovni.

Sociálne zdravotné poistenie predstavuje obvykle povinnú schému príspevkov do zdravotného systému uvalenú zväčša na zamestnancov, zamestnávateľov alebo na samostatne zárobkové osoby. Výška príspevku sa pritom neodvíja od rizika, ako je tomu

¹³ MOSSIALOS, Elias, Anna DIXON. *Funding Health Care: Options for Europe*. Open University Press, 2010. ISBN 0-335-20824-6

u komerčného poistenia, ale je odvodená od výšky príjmu jednotlivca. Príjmy do systému závisia teda od príjmu obyvateľov. Určité časti obyvateľstva ako nezamestnaní, dôchodcovia a iní majú z tohto systému niekedy výnimku. Ide o transparentnú formu príspevku, kedy prispievateľ vie presne za akým účelom odvádza platbu. Na druhej strane je silne závislá na zamestnanosti a tak tieto príjmy kolíšu s ekonomickými cyklami. Nasledovným problémom je, že zvyšuje cenu práce, čoho dôsledkom je zníženie konkurencieschopnosti krajiny. Ako nasledovný problém tohto systému si môžeme uviesť, že sa viaže na zamestnanosť a tak nie je vhodný pre krajiny, kde veľké skupiny obyvateľstva nie sú súčasťou trhu práce (napr. ženy v arabských krajinách). Napriek tomu, že tento systém je hlavným zdrojom príjmov do systému v kontinentálnej Európe, má i ďalšie nedokonalosti¹⁴, ktoré súvisia s trhom poistenia vo všeobecnosti. Jednou z nich je napríklad morálny hazard spotrebiteľa, ktorý nabera dve roviny. Fakt, že pacient je poistený a nemusí sa teda obávať vysokých nákladov na zdravotnú starostlivosť, môže viesť k zníženiu záujmu o svoje zdravie, o prevenciu výskytu chorôb. V druhej rovine pacient nevníma skutočné náklady starostlivosti, čo sa môže odraziť vo vyššej spotrebe, ktorá nie je efektívna. Obe tieto roviny vytvárajú nadmernú finančnú záťaž pre zdravotný systém. Morálny hazard poskytovateľa spočíva v tom, že sa snaží vykonávať čo naviac výkonov, vytvárať zvýšený dopyt po jeho službách. Vysoké administratívne náklady na tento systém sú spojené hlavne s existenciou viacerých poisťovní na niektorých trhoch. Ďalším negatívnym fenoménom je selekcia poistencov. Pokiaľ existujú viaceré zdravotné poisťovne, verejné i súkromné, je pravdepodobné, že sa komerčné poisťovne budú uchádzať najmä o zdravých a mladých jedincov, s ktorými nie sú spojené vysoké náklady, aby tým zvýšili svoj zisk. Tento fenomén vedie ku koncentrácii populácie staršej vekovej skupiny u verejnej zdravotnej poisťovne, čo môže znova vyvolať vysokú finančnú záťaž. Za problematické môžeme tiež vnímať to, že sadzby si poisťovňa neurčuje sama podľa rizikovosti svojho poistného kmeňa, ale sú určené zákonom a teda podliehajú politickým vplyvom.

Priame platby pacientov zahŕňajú všetky oficiálne ale aj neoficiálne platby ktoré platia pacienti. Neoficiálne platby sa pomerne často vyskytujú v tomto sektore, napriek tomu, že sa vlády proti tomuto fenoménu snažia bojovať. Ide o rôzne dary, „podákovania“

¹⁴ KUVÍKOVÁ, Helena, Milan MURGAŠ a Juraj NEMEC. *Ekonomia zdravotníctva*. 1. vyd. Banská Bystrica: Phoenix, 1995. 110 s. ISBN 80-900563-1-8

hmotného alebo nehmotného charakteru. Pretože nejde o legálne platby, ich objem a výskyt je ťažko vyčísliteľný, no podľa niektorých štúdií¹⁵ tieto platby zohrávajú významnú úlohu napríklad v krajinách bývalého východného bloku. Ako hlavné dôvody sa uvádza: nedostatok zdrojov vo verejnom systéme zdravotníctva, absencia súkromného sektora, želanie si zabezpečiť lepšiu starostlivosť/pozornosť od personálu, miestna kultúra. Čo sa týka oficiálnych priamych platieb od pacientov, najčastejšie ide o náklady, ktoré nie sú súčasťou poistenia, prípadne si ich čiastočne hradí pacient sám. Tiež sa často týkajú nadštandardných služieb, tie môžu byť vykryté aj zo súkromného zdravotného poistenia. Toto poistenie na dobrovoľnej báze funguje na komerčnom princípe a teda si poisťovne samé určujú výšku poistného, odvodeného od rizika jednotlivca. Rozdiel od povinného sociálneho zdravotného poistenia je, že komerčné poisťovne až na výnimky fungujú za cieľom zisku. Za problematické sa dá pokladať, že toto poistenie nie je často dostupné pre nižšie príjmové skupiny obyvateľstva a tým dochádza k vytváraniu nerovnosti. Vlády sa spravidla snažia podporiť súkromné zdravotné poistenie ako formu pripoistenia k verejnému zdravotnému poisteniu a využívajú na to najčastejšie daňové výhody ako oslobodenia a zľavy na dani.

Medical saving accounts teda nejaké zdravotné sporiace účty sú individuálne sporiace účty, z ktorých sa dajú čerpať prostriedky len na zdravotnú starostlivosť. Ide znova o doplnkový systém, ktorý má obyvateľov lepšie finančne pripraviť na prípadné výdaje spojené so zdravotnými výkonmi. Tento systém je málo rozšírený a funguje napríklad v Singapure, kde je v kultúre silne zakotvený názor o vlastnej zodpovednosti pri financovaní zdravia. Keďže tu nedochádza k akumulácii zdrojov v poisťovni, medical saving accounts sú aplikovateľné len v krajinách s vysokými príjmami, kde si obyvatelia dokážu našetriť väčší obnos peňazí¹⁶.

Chudobné krajiny sa naopak pri financovaní svojho zdravotníctva musia opierať o granty, dary a pôžičky zo zahraničia. Tieto môžu nahrádzať alebo dopĺňovať vládne výdaje. Granty a dary je potrebné koordinovať s miestnou vládou, aby nedošlo

¹⁵ ENSOR, T.; DURAN-MORENO, A. *Corruption as a challenge to effective regulation in health sector in Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*. Open University Press 2002. ISBN 0-335-20922

¹⁶ Michael D. Barr; *Medical Savings Accounts in Singapore: A Critical Inquiry*. August 2001; 26 (4): 709–726. doi: <https://doi.org/10.1215/03616878-26-4-709>

k prekryvaniu s národným systémom. Pri pôžičkách je otázkou či ich nízkopříjmové krajiny budú môcť splatiť.

V posledných desaťročiach sa rozvíjajú aj takzvané experimentálne formy financovania medicíny¹⁷. S rastúcou cenou zdravotníckych služieb, ktorá je spájaná najmä s technologickým pokrokom, narastajú aj nároky na ich financovanie, čo núti vlády prichádzať s novými formami financovania, ktoré sú politicky akceptovateľné u voličov, keďže zvyšovanie daní alebo odvodov nie sú populárne riešenia. Patrí sem organizovanie špeciálnych lotérii, zisk ktorých je určený na financovanie zdravotnej starostlivosti. Ďalšou možnosťou je partnerstvo verejného a súkromného sektoru alebo zavedenie špeciálnej dane, ktorej výťažok ide na podporu zdravotníctva. Medzinárodné organizácie tiež diskutujú o používaní takzvaných International Finance Facility, ktoré spočívajú v predaji zvláštnych vládnych cenných papierov. Alternatívou môže byť využívanie swapových operácií, prípadne iných derivátov a celková podpora vývoja nových finančných produktov.

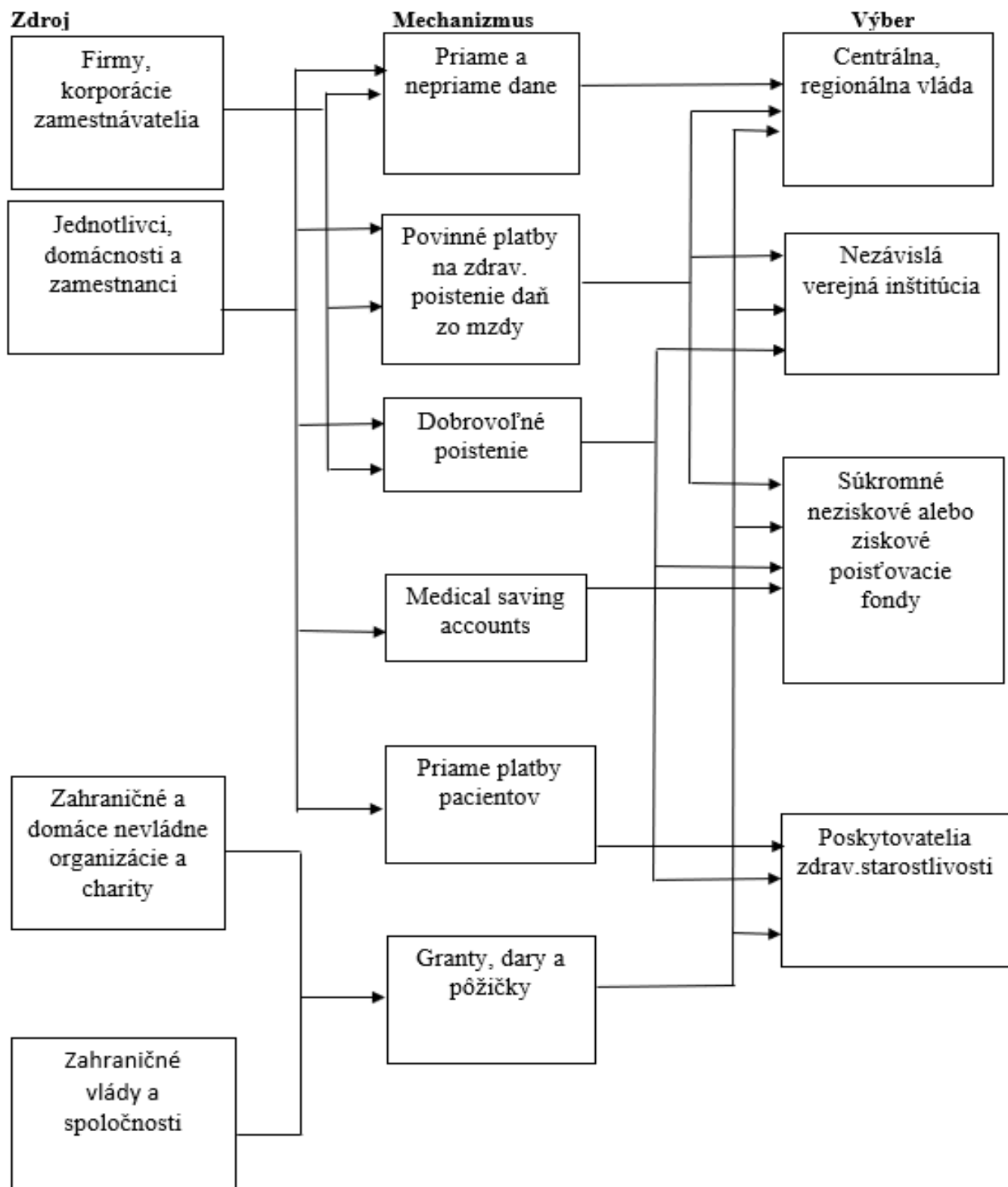
Pri zhromažďovaní zdrojov je dôležité zistiť či dochádza k takzvanému „poolingu“, pod ktorým sa rozumie akumulácia financií z jednotlivých už spomenutých zdrojov a rozloženia rizika na celú populáciu. Tento pojem nezhrňa už spomínané Medical saving accounts, kde sú účty separované a každý nesie svoje vlastné riziko, aj keď bývajú často doplnené o poistenie v prípade vysokých nákladov.

Pokiaľ sú zdroje vyberané pomocou daní, je zřejmé, že sa tým bude zaoberať vláda, či už na regionálnej alebo celoštátnej úrovni. Pri sociálnom zdravotnom poistení, je toto najčastejšie administrované pomocou inštitúcie nezávislej od vlády, ale môžeme sa stretnúť aj s tým, že sa výberom zaoberá priamo vláda alebo poisťovacie fondy. Peniaze z dobrovoľného poistenia smerujú priamo k poskytovateľom, do poisťovacích fondov alebo k nezávislej inštitúcii.

Bližšie a prehľadnejšie popisuje tieto vzťahy schéma na Obrázku 2.

¹⁷ BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010. ISBN 978-80-7357-503-8

Obrázok 2 Zdroje príjmov, mechanizmy výberu a inštitúcie zodpovedné za ich výber.



Zdroj: Vlastné spracovanie na základe¹⁸

1.5 Nákup zdravotníckych služieb

Nákupom jednotlivých služieb sa rozumie presun zdrojov od správcu k poskytovateľovi. Touto činnosťou sa najčastejšie zaoberajú rovnaké inštitúcie ako tie, ktoré zdroje vyberajú a administrujú. Niekedy dochádza k tomu, že peniaze neputujú k poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti priamo, ale využívajú sa sprostredkovatelia, čo môžu napríklad byť pobočky štátnych zdravotných fondov, ktorým sa vyčlenia peniaze podľa počtu obyvateľov a štruktúry populácie. Nákupca vďaka tomu, že má veľký objem finančných prostriedkov a často je to on, kto rozhoduje s kým podpíše zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, môže zohrávať kľúčovú úlohu pri zvyšovaní kvality a efektivity v tomto sektore. Organizácia, ktorá administruje nákupy si môže klásť podmienky za týmto účelom. K tomu potrebuje kvalitné informačné systémy poskytujúce dáta o poskytovateľoch i príjemcoch zdravotníckych služieb. Takýto spôsob nákupu sa označuje za aktívny prístup k nákupu¹⁹ a môže zahŕňať mechanizmy, z ktorých si uvedieme pár príkladov:

- *finančné zvýhodnenie* pre poskytovateľov, ktorí splnia doplnkové kritéria, získajú certifikát kvality v určitej činnosti.
- *selektívne vyjednávanie* s jednotlivými poskytovateľmi, tak by bol vyvíjaný väčší tlak na nižšie ceny.
- *spolupráca* s inými nákupcami pokiaľ na trhu nemá jedna organizácia monopol
- preplácanie špecializovaných úkonov až po tom, čo sú označené ako potrebné lekárom poskytujúcim primárnu zdravotnú starostlivosť.

Štruktúra trhu nákupcov zdravotných služieb sa odvíja od počtu organizácií a tiež od toho, či je ich pôsobenie nejak ohraničené, či už geograficky alebo populačnou skupinou. Pokiaľ na vymedzenom trhu pôsobil len jeden nákupca, hovoríme o systéme jediného platcu. Pokiaľ však na trhu je prítomných viacero nakupujúcich organizácií, potom je dôležité určiť, či majú trh geograficky alebo inak rozdelený. Pokiaľ je rozdelenie pravdou, vzájomne si

¹⁸ MOSSIALOS, Elias, Anna DIXON. *Funding Health Care: Options for Europe*. Open University Press, 2010. ISBN 0-335-20824-6

¹⁹ CORLETTE, Sabrina a JoAnn VOLK. *Active Purchasing for Health Insurance Exchanges: An Analysis of the Options*. Health Policy Institute | Georgetown University [online]. June 2011, [cit. 2019-10-05]. Dostupné z: <https://www.nasi.org/research/2011/active-purchasing-health-insurance-exchanges-analysis-option>

nekonkurujú a potom ide znova o systém jediného platcu, aj keď bude zahŕňať menšiu oblasť alebo časť populácie. V prípade, že nákupcovia nepôsobia na oddelených trhoch a ich pole pôsobenia sa prekrýva, charakter trhu bude závisieť od toho či si konkurujú. V konkurenčnom prostredí hovoríme o systéme vzájomne si konkurujúcich nákupcov, ak konkurencia medzi nimi absentuje ide o systém vzájomne si nekonkurujúcich nákupcov²⁰. V systém jediného platcu, jedna organizácia, najčastejšie teda vláda, vyberá, akumuluje zdroje a nakupuje zdravotnícke služby pre celú populáciu, ktorá je zahrnutá do jednotného rizikového kmeňa. Na druhej strane v prípade viacerých nákupcov, ktorí si konkurujú, dochádza k väčšiemu cieleniu na preferencie konzumentov. Každý zo systémov má svoje výhody a krajiny si z nich vyberajú na základe svojich preferencií. Systém jednotného platcu je často progresívnejší, keďže býva založený na daniach. Dokáže efektívnejšie rozprestrieť riziko na celú populáciu. Pri viacerých nákupcoch krajina obmedzí svoju kontrolu nad systémom a ponúkne väčšiu diverzitu spotrebiteľom, ktorá bude bližšie ich individuálnym požiadavkám. Avšak hrozí tu nežiadúci vplyv adverse selection, teda negatívneho výberu, pokiaľ nie sú implementované opatrenia k jeho zabráneniu. Negatívny výber je asi hlavným problémom systému viacerých platcov. Na vyrovnanie sa s týmto fenoménom sa môžu využiť takzvané „risk adjusters“²¹. Ide o systém kde sa zdroje na financovanie zdravotníctva distribuujú medzi nákupcov na základe rizikovosti ich poistného kmeňa. Pričom rozdeľovanie zdrojov na základe rizikovosti poistného kmeňa môže mať vplyv na 10 až 20% celkových príjmov. Najčastejšie sa v poistnom kmeni sledujú faktory ako vek, pohlavie, chorobnosť, výskyt nákladných chorôb ako diabetes alebo rakovina a podľa toho sa určí koeficient prispôsobenia rizika/risk adjuster.

Druhou možnosťou je štátna regulácia. Štát môže brániť v získavaní určitých informácií o zdravotnom stave, prípadne sa zakáže individuálne hodnotiť klienta a musia sa poskytovať jednotné podmienky pre všetkých poistencov, prípadne poistencov v jeden skupine(vekovej, profesnej...)

²⁰ KUTZIN, Joseph. *Towards Universal Health Care Coverage: Goal-oriented Framework for Policy Analysis*. Washington DC.: The World Bank, 2000. ISBN 1-932126-32-5

²¹ HUSSEY, P & Anderson, G. *A Comparison of Single- and Multi-payer Health Insurance Systems and Options for Reform*. Health policy (Amsterdam, Netherlands) January 2004. 66. 215-28. doi: 10.1016/S0168-8510(03)00050-2

Porovnanie výhod oboch alternatív usporiadania trhu si prehľadne zhrnieme v tabuľke:

Tabuľka 2 Porovnanie systému jediného plátcu a viacerých plátcov

Jediný plátcu		Viacero plátcov
Výber zdrojov	+ nižšie administratívne náklady + efektívnejší výber + dotovanie nižšie príjmových skupín	+ lepší výber v krajinách so slabým daňovým systémom + menší politický vplyv
Rozloženie rizika	+ absencia adverse selection	+ možnosť na mieru vytvorených balíkov pre špecifické rizikové skupiny
Nákup	+ silnejšia pozícia pri vyjednávaní cien + kontrola nad výrobkami a službami	+ diverzita produktov + podpora inovácií
Solidarita	+ podpora celospoločenskej solidarity	± podpora solidarity medzi menšími skupinami

Zdroj: Vlastné spracovanie na základe²²

²² HUSSEY, P & Anderson, G. *A Comparison of Single- and Multi-payer Health Insurance Systems and Options for Reform*. Health policy (Amsterdam, Netherlands) January 2004. 66. 215-28. doi: 10.1016/S0168-8510(03)00050-2

2 Zdravotníctvo v Rumunsku

Túto kapitolu začneme základnými demografickými informáciami o populácii Rumunska, keďže tieto údaje do veľkej miery ovplyvňujú nielen financovanie, ale aj celkovú organizáciu zdravotného systému v každej krajine. Následne nadviažeme zjednodušeným prehľadom vývoja zdravotnej starostlivosti v Rumunsku od konca prvej svetovej vojny, kedy došlo k zjednoteniu Valašska, Transylvánie a Moldavska do jedného celku a vzniklo takzvané Veľké Rumunsko. Podrobnejšie sa budeme venovať reformám po páde diktátorského režimu prezidenta Ceaușecu v roku 1989, ktoré súviseli s transformáciou ekonomiky z plánovanej na tržnú. Následne sa pozrieme na aktuálnu organizáciu zdravotníctva a systém financovania zdravotných služieb v Rumunsku.

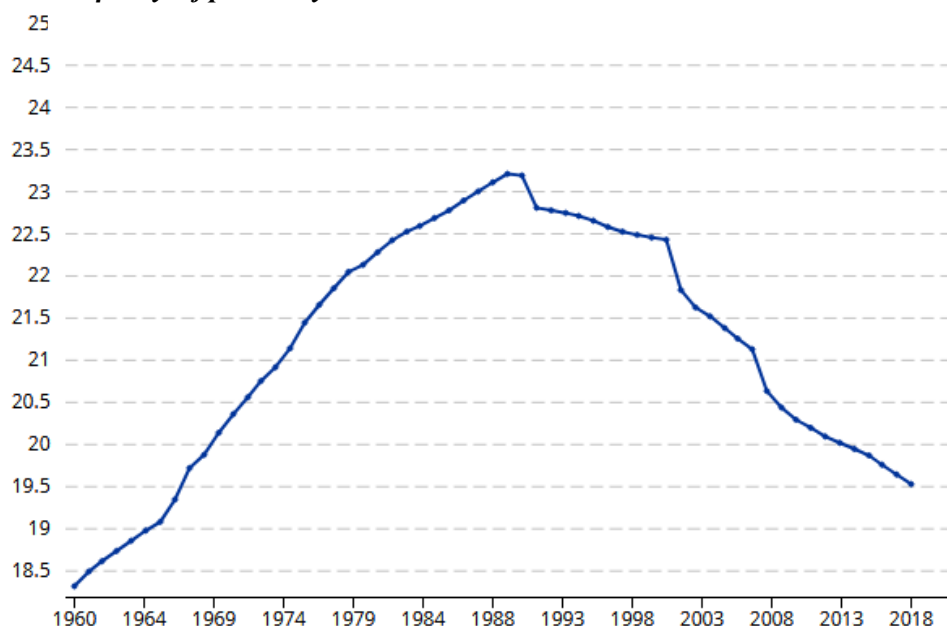
2.1 Demografická charakteristika Rumunska

Počet obyvateľov a prognóza vývoja

Aktuálny stav populácie podľa odhadu Rumunského štatistického úradu k 1.1.2019 bol 19 405 156 obyvateľov, z toho 10 449 828 žije v mestách a na vidieku 8 955 328²³. V mestách sa koncentruje asi 54% celkovej populácie. Vývoj počtu obyvateľov v Rumunsku prechádza dramatickými zmenami od pádu komunistického režimu. V roku 1990, rok po revolúcii, dosiahol počet obyvateľov svoj vrchol: 23,2 milióna obyvateľov. Odvtedy kontinuálne klesá a Rumunsko stratilo okolo 4 milióny obyvateľov za posledných 29 rokov. Dôvody sú viaceré. Vzhľadom na ťažkú ekonomickú situáciu v 90 rokoch dochádza k poklesu pôrodnosti a počet zomretých začína prevyšovať počet narodených. Prirodzený úbytok obyvateľstva je však len jednou z príčin. Hlavnou príčinou je masívna emigrácia do zahraničia za lepšími životnými podmienkami. Tento trend sa ešte umocnil vstupom Rumunska do Európskej únie v roku 2007, čím Rumuni dostali možnosť slobodne pracovať a žiť v iných krajinách EÚ. Situáciu za posledné desaťročia zobrazuje nasledovný graf.

²³ Statistici.insse.ro: *Populatia rezidenta la 1 ianuarie* [online]. [cit. 2019-10-26]. Dostupné z: <http://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/#/pages/tables/insse-table>

Graf 1 Vývoj počtu obyvateľov Rumunska v miliónoch v rokoch 1960 až 2018



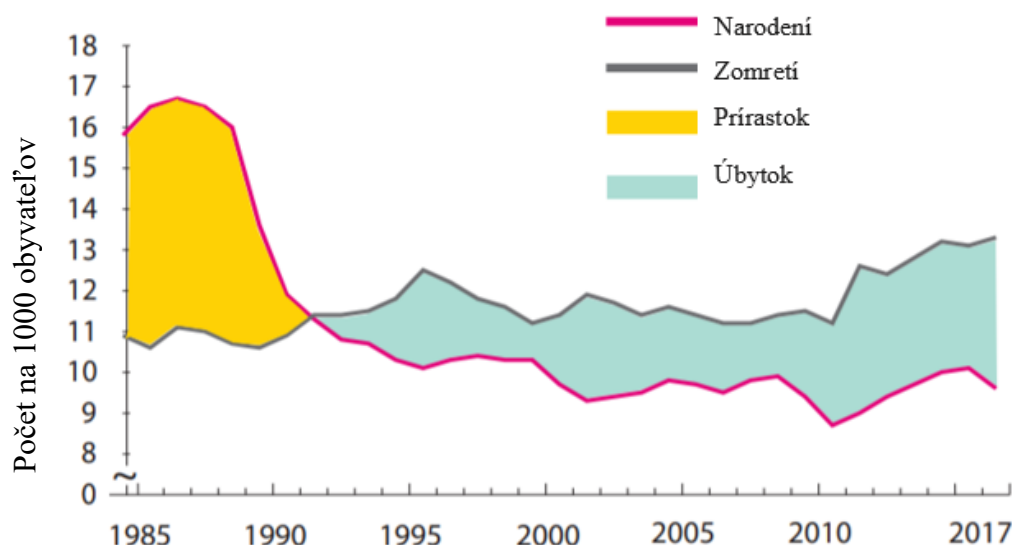
Zdroj: Vlastné spracovanie na základe dát z INS.ro

Podľa štúdie OSN *UN International Migration Report*²⁴, z Rumunska emigrovalo do zahraničia viac ako 3 milióny ľudí od roku 2007, čím sa krajina v rýchlosti úbytku populácie z dôvodu emigrácie radí celosvetovo na druhé miesto, hneď za vojnou zničovanou Sýriou. K tomuto sa ešte pridáva stále sa zhoršujúci vývoj prirodzeného úbytku obyvateľstva. Za prvých 7 mesiacov roku 2019 Rumunsko touto cestou stratilo asi 39 000 obyvateľov. Za celý rok 2018 prevýšil počet zomretých počet narodených o 73 293, čo bol nárast oproti roku 2017 o 31%, kedy prirodzený úbytok predstavoval 55 910 jedincov²⁵. Súčtom prirodzeného úbytku a vysokej emigrácie dostaneme celkový úbytok obyvateľstva, ktorý sa každoročne pohybuje okolo úrovne 100 000, za rok 2018 to bolo 125 500 osôb.

IN Department of Economic and Social Affairs. *UN International migration report 2017* [online]. [cit. 9-10-26].

Dostupné tps://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/migreport.asp
 Statistici.insse.ro: *Populatia rezidenta la 1 ianuarie* [online]. [cit. 2019-10-26]. Dostupné z: ://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/#/pages/tables/insse-table

Graf 2 Prirodzený prírastok/úbytok populácie Rumunska v rokoch 1985 až 2017



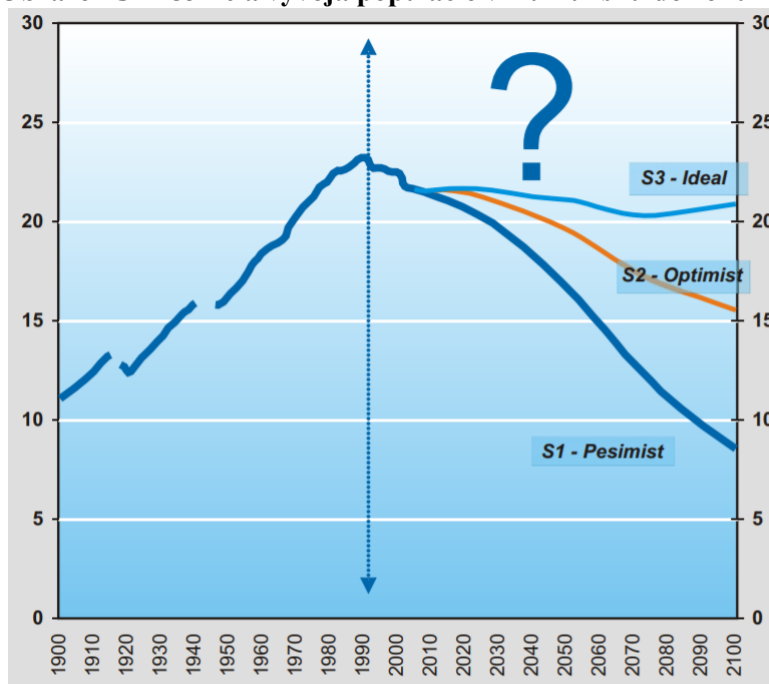
Zdroj: Upravené na základe²⁶

Ako pravdepodobné možnosti vývoja do budúca, konkrétne do roku 2100, vypracovala Rumunská akadémia vied v roku 2007 tri možné scenáre²⁷. Pričom ani jeden scenár nepredpokladá dosiahnutie alebo presiahnutie populačného maxima z roku 1990. Najoptimistickejší scenár takzvaný *Ideálny scenár(S3)*, hovorí o tom, že stav populácie k roku 2100 bude na úrovni 20,8 milióna obyvateľov. *Optimistický scenár(S2)* počíta s poklesom populácie na 15,5 milióna. *Pesimistický scenár(S1)*, ktorý predstavuje tú najhoršiu možnosť, predpokladá, že Rumunsko do roku 2100 bude mať len 8,7 milióna obyvateľov. Prvé dva scenáre počítali s tým, že krajina ešte v roku 2020 bude mať cez 21 miliónov obyvateľov, čo je vzhľadom k dnešnému stavu nereálne. Dokonca i druhý scenár vývoja predpokladal, že populácia klesne na 19,6 miliónov až k roku 2045. Stav k roku 2019 je už na úrovni nižšej: 19,4 milióna. Zatiaľ všetko nasvedčuje tomu, že najpravdepodobnejší je najhorší scenár demografického vývoja.

²⁶ Ioniță, Andoria, Steluța Rădoi. EVENIMENTE DEMOGRAFICE ÎN ANUL 2018. Institutul Național De Statistică, 2019, [online]. [cit. 2019-10-26]. Dostupné z: http://www.insse.ro/cms/sites/default/files/field/publicatii/evenimente_demografice_in_anul_2016.pdf

²⁷ GHEȚĂU, Vasile. *Declinul demografic și viitorul populației României. O perspectivă din anul 2007 asupra populației României în secolul 21*. Buzău : Alpha MDN, 2007. ISBN 978-973-7871-88-6

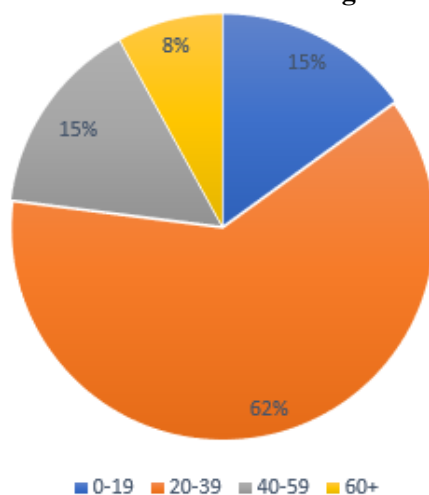
Obrázok 3 Predikcia vývoja populácie v Rumunsku do roku 2100



Zdroj: Prevzaté z²⁸

Niet pochýb o tom, že takto sa vyvíjajúca demografia bude mať negatívne následky na celú ekonomiku a výrazne skomplikuje možnosti financovania zdravotného sektoru v krajine. Rumunsko pritom stráca aktívnu a mladú populáciu. Tú vrstvu, ktorá je najdôležitejším čistým prispievateľom do systému. Presnú štruktúru emigrantov podľa veku, zobrazuje nasledovný obrázok.

Graf 3 Veková štruktúra emigrantov 2015



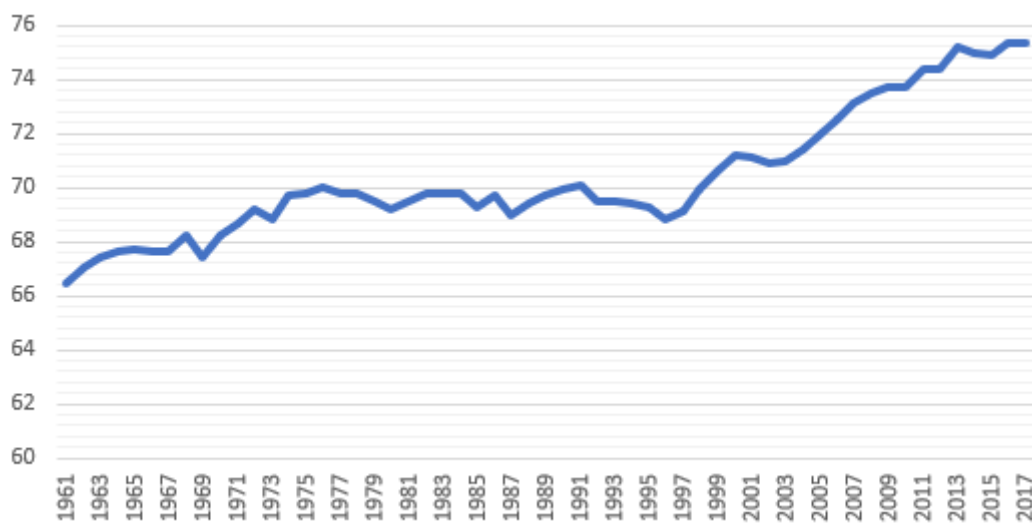
Zdroj: Vlastné spracovanie dát z INS

²⁸ GHETĂU, Vasile. *Declinul demografic și viitorul populației României. O perspectivă din anul 2007 asupra populației României în secolul 21*. Buzău : Alpha MDN, 2007. ISBN 978-973-7871-88-6

Stredná dĺžka života a veková štruktúra.

Ďalším dôležitým demografickým faktorom, ktorý zohráva úlohu pri organizácii systému zdravotnej starostlivosti je stredná dĺžka života a tiež veková štruktúra obyvateľstva. Starší obyvatelia sa s väčšou pravdepodobnosťou budú obracať na zdravotných odborníkov, keďže s vekom sa často zhoršuje aj zdravotný stav a chorobnosť.

Graf 4 Vývoj ukazovateľa strednej dĺžky života v Rumunsku za obdobie 1961-2017

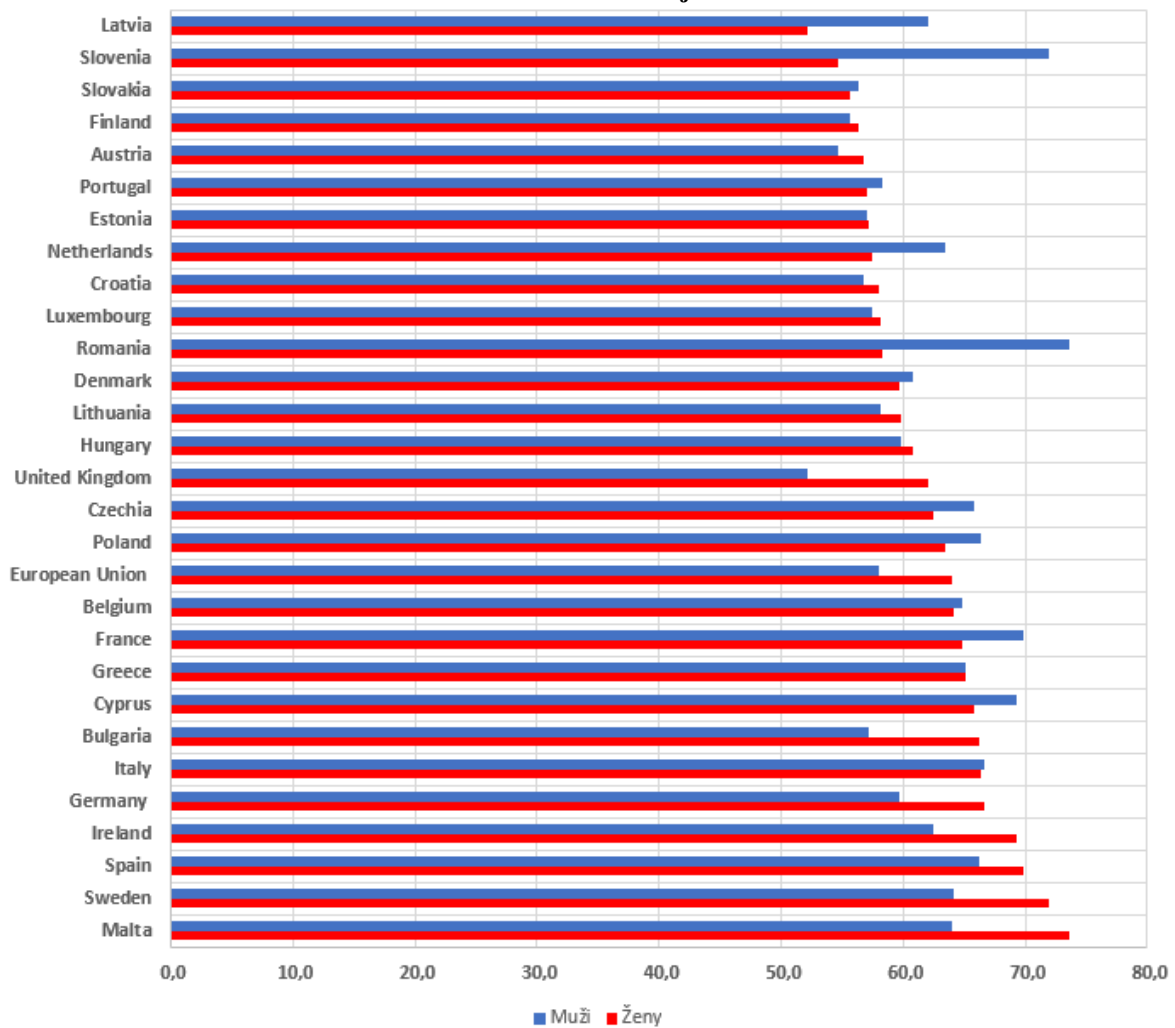


Zdroj: Vlastne spracovanie na základe dát INS

Aktuálna dostupná hodnota ukazovateľa strednej dĺžky života v Rumunsku je 75,3 rokov, pričom z vyššie uvedeného grafu je zrejmé, že stredná dĺžka života od polovice 70. rokov až do roku 1999 stagnovala okolo hodnoty 70 rokov. Priemer EÚ dosahuje 80,9 rokov, čím sa Rumunsko zaraďuje medzi krajiny s najnižšou hodnotou tohto ukazovateľa v rámci EÚ. Štatistické úrady tiež sledujú takzvanú *zdravú dĺžku života*, ktorú definuje Eurostat ako: „Očakávaný počet rokov, ktoré osoba prežije v dobrom zdraví, tj. bez zdravotných obmedzení alebo bez postihnutia²⁹“. V tomto prípade si rumunská populácia nevedie tak zle a je v rebríčku krajín EÚ na lepších pozíciách ako Rakúsko alebo Fínsko. Zaujímavým faktom je, že muži žijú v dobrom zdraví dlhšie ako ženy, no strednú dĺžku života majú nižšiu ako ženy.

²⁹ Eurostat: Healthy life years and life expectancy [online]. [cit. 2019-10-26]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/TEPSR_SP320

Graf 5 Očakávaná zdravá dĺžka života v krajinách EÚ k roku 2017

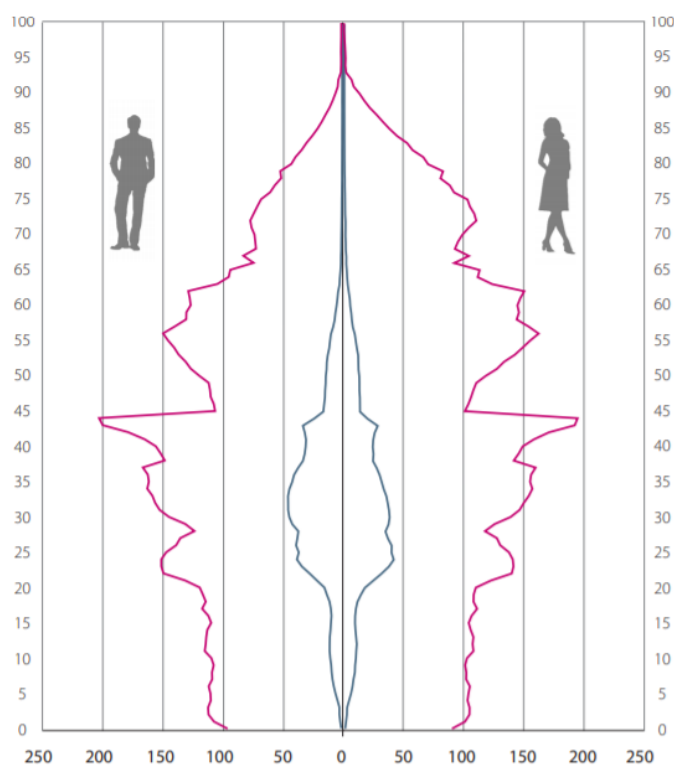


Zdroj: Vlastné spracovanie na základe dát Eurostat

Rovnako veková štruktúra obyvateľstva nám do značnej miery ovplyvňuje ako nákladovú, tak aj príjmovú stranu zdravotníckeho systému. Čím väčšie zastúpenia majú mladí ľudia na vekovej štruktúre populácie, tým ľahšie sa bude sociálne založený zdravotný systém financovať, keďže počet čistých prispievateľov bude prevládať na tými, ktorí zdravotný systém najviac zaťažujú, teda osobami v staršom veku. Z dostupných dát (viz. Obrázok 9) je zrejmá tendencia starnutia populácie. K 1.1.2019 dosahoval pomer osôb starších ako 65 rokov k osobám mladším ako 15 rokov 118,8%. Index závislosti, teda pomer

medzi osobami staršími ako 64 rokov a tých v rozmedzí od 15-64 rokov, vzrástol z 51,1 v roku 2018 na 51,9 mladých osôb na 100 starých osôb³⁰.

Graf 6 Veková štruktúra obyvateľstva Rumunska(ružová) a rumunských emigrantov(šedá) k roku 2012



Zdroj: Prevzaté z INS³¹

Ďalšie relevantné socioekonomické ukazovatele.

V nasledujúcej tabuľke si zhrnieme ďalšie ukazovatele, ktoré majú vplyv na financovanie zdravotnej starostlivosti.

Tabuľka 3 Základné socioekonomické ukazovatele

HDP na hlavu v PPP 2018	24 543,99 USD ³²
Miera nezamestnanosti	3,8 % ³³
Pôrodnosť 2017 na jednu ženu	1,58 ³¹
% ľudí ohrozených chudobou	35,7% ³²

Zdroj: Vlastne spracovanie základe dát Eurostat a World Bank

³⁰ Institutul Național De Statistică: *Comunicat de Presa Nr. 212/29.08.2019*. [cit. 2019-10-26]. Dostupné z <http://www.insse.ro/cms/ro/content/comunicate-de-presa-arhiva>.

³¹ Institutul Național De Statistică: *Migrația internațională a României* [online]. [cit. 2019-10-26]. Dostupné z: <http://www.insse.ro/cms/ro/tags/comunicat-populatia-rezidenta-si-migratia-internationala>

Rumunsko je ekonomika s vyššími stredne vysokými príjmami³², avšak s výrazne negatívnym demografickým vývojom, ktorý do budúcnosti predstavuje veľký tlak na verejné financie a teda i financovanie zdravotníctva. Problémom je tiež vysoký počet obyvateľov vystavených riziku chudoby.

2.2 Historický vývoj zdravotníctva v Rumunsku

Rumunské kráľovstvo v medzivojnovom období začalo upriamovať pozornosť na zdravotný stav svojho obyvateľstva. Po skončení prvej svetovej vojny sa snažilo postupne implementovať takzvaný Bismarckov model, teda model založený na sociálnom poistení. V rovnakom čase sa tiež zavádzali prvé zdravotnícke organizácie, financované štátom, ktoré mali na starosti verejné zdravie, patrili sem napríklad: Sanitárna služba, Hygienická služba, Epidemiologická služba Rumunska³³.

V roku 1930 bol prijatý Zákon č.236/1930 o zdraví a sociálnej ochrane, ktorý definoval, že zdravotné výkony musia byť vykonávané podľa nariadení Ministerstva zdravotníctva a vyčlenil finančné prostriedky spod Ministerstva do špeciálneho fondu: *Fond Sanitar de Ocrotire* (Fond zdravotnej ochrany), ktorý spravovala autonómna štátna organizácia. Tento fond získaval peniaze z vlastných zdrojov organizáciou výherných lotérií, ale tiež z každoročného poplatku pre povolenie predaja liekov na rumunskom trhu. Významným prispievateľom bol tiež, štát, ktorý každý rok poskytoval peňažné transfery z rozpočtu.

Výdaje mohli byť použité len na tri oblasti definované zákonom³⁴:

- a) zdravotná pomoc chudobným obyvateľom s rumunským občianstvom a zdravotnému personálu a ich rodinám. Plus príspevok na lieky proti nákazlivým a venerologickým chorobám určených vyhláškou Ministerstva zdravotníctva

³² klasifikácia podľa World Bank

³³ TĂNĂSESCU, Paul. *Asigurări și protecție socială în România*. București: Ed. C.H. Beck, 2009. ISBN 978-973-11-5672-9

³⁴ TĂNĂSESCU, Paul. *Asigurări și protecție socială în România*. București: Ed. C.H. Beck, 2009. ISBN 978-973-11-5672-9

- b) investície do rozvoja zdravotnej infraštruktúry v regiónoch, kde nebol dostatok iných zdrojov na miestnej úrovni.
- c) pôžičky samosprávam na poskytovanie zdravotnej ochrany obyvateľstvu v regiónoch, v mestách i na dedinách

Pre nedostatok zdrojov a tiež za účelom navýšenia pokrytia, nakoniec vláda zaviedla systém zdravotného poistenia, takzvaným Zákom zdravotného poistenia. No platili ho len zamestnanci v priemysle, obchodníci a ich rodiny a samostatne zarábajúce osoby. Vzhľadom na výrazne agrárny charakter krajiny v tejto dobe, bolo dôsledkom tohto opatrenia, že poistených bolo len okolo 5% populácie Rumunska³⁵. V nasledujúcich rokoch sa však poistenie rozširovalo aj na ďalšie časti populácie. Príspevky boli vyberané do takzvaného Jednotného fondu poistenia. Do tohto poistenia sa zahrňovalo: zdravotná starostlivosť, príspevky na lieky, finančná pomoc pri ochorení, finančná pomoc v prípade nehody ale aj starobné dôchodky. Zamestnanci boli roztriedený do zamestnaneckých kategórii a pre jednotlivé kategórie sa vypočítala na začiatku každého roka priemerná mzda. Povinný príspevok na zdravotné poistenie sa vypočítal ako suma predstavujúca 8% z tohto priemeru pre danú kategóriu a platil ho jednak zamestnanec ako aj zamestnávateľ v rovnakej výške. Do tohto fondu tiež prispieval každoročne štát zo svojho rozpočtu. Podiel výdavkov Jednotného fondu poistenia boli rozdelené nasledovne³⁶:

60% išlo na záväzky spojené so zdravotnou starostlivosťou

35% na starobné dôchodky

5% administratívne náklady

Pričom 75% financií fondu spravovali regionálne pobočky a len 25% spravovala centrála v Bukurešti.

S koncom druhej svetovej vojny a nástupom komunistickej vlády dochádza k radikálnej zmene v organizácii a financovaní zdravotníctva v Rumunsku. Komunistická vláda sa v roku 1949 rozhodla zaviesť po vzoru Sovietskeho zväzu takzvaný Smašnikov model. Tento model je založený na všeobecnom, univerzálnom krytí obyvateľstva a na bezplatnom

³⁵ VLĂDESCU C, Scintee G, Olsavszky V, Allin S and Mladovsky P. *Romania: Health system review. Health Systems in Transition*, 2008; ISSN 1817-6127

³⁶ TĂNĂSESCU, Paul. *Asigurări și protecție socială în România*. București: Ed. C.H. Beck, 2009. ISBN 978-973-11-5672-9

poskytovaní zdravotníckych služieb. Najbližšie 4 dekády do konca komunistického režimu, sa tento systém vyznačujúci sa vládny financovaním, centrálnym plánovaním, rigidným managementom a štátnym monopolom v zdravotníctve, stal základom zdravotníctva v Rumunskej socialistickej republike³⁷. Tento vysoko regulovaný a štandardizovaný model bol riadený Ministerstvom zdravotníctva na základe „Štátneho zdravotného plánu“, ktorý sa rozkladal na niekoľko menších plánov. Zdrojom príjmu do zdravotníctva boli dane. Súkromný sektor a súkromné poistenie úplne zaniklo. Treba podotknúť, že Smašenkov model po druhej svetovej vojne výrazne pomohol zlepšiť zdravie obyvateľstva v Rumunsku, keďže prvýkrát zahŕňal všetky spoločenské vrstvy nezávisle od príjmov alebo typu zamestnania³⁸. Aj napriek svojej rigidite sa tento systém musel podrobiť menším zmenám v 80. rokoch pre problémy s jeho financovaním. V roku 1983 sa zaviedli priame úhrady pacientov za niektoré úkony, avšak štátny monopol na poskytovanie služieb nebol nijak narušený, čo naďalej viedlo k nízkej efektívnosti, podfinancovaniu, zlej kvalite poskytovaných služieb, zastaranému vybaveniu. Toto vyvolávalo potreby zmien zaužívaného modelu. Napriek tomu, že aj samotný Sovietsky zväz začal zavádzať reformy Smašenkovho systému v 80. rokoch, Rumunská vláda ďalej výraznejšie reformy odmietala. Tie sa mohli naplno uskutočniť až po páde komunistického režimu v decembri 1989. Pre stav zdravotníctva v Rumunsku po páde režimu diktátora Ceaușescu, bolo charakteristické nasledovné³⁹:

- nízke hodnoty indikátoru pomeru výdajov na zdravotníctvo k HDP (len 2,2% v roku 1989⁴⁰)
- centralizované a nespravodlivé prideľovanie zdrojov (výhody politickým elitám)
- absencia zohľadňovania miestnych potrieb
- nesúlady medzi počtom postelí/personálom a liekmi/prístrojmi
- korupcia
- absencia manažérskeho riadenia

³⁷ VLĂDESCU C, Scintee G, Olsavszky V, Allin S and Mladovsky P. *Romania: Health system review. Health Systems in Transition*, 2008; ISSN 1817-6127

³⁸ TĂNĂSESCU, Paul. *Asigurări și protecție socială în România*. București: Ed. C.H. Beck, 2009. ISBN 978-973-11-5672-9

³⁹ VLĂDESCU C, Scintee G, Olsavszky V, Allin S and Mladovsky P. *Romania: Health system review. Health Systems in Transition*, 2008; ISSN 1817-6127

⁴⁰ Bara, Ana-Claudia & Heuvel, Wim & Maarse, Johannes. . *Reforms of Health Care System in Romania*. Croatian medical journal. 2002. 43. 446-52.

- absencia zodpovednosti vedúcich pracovníkov
- nedostatočne vzdelaný a príliš úzko špecializovaný personál

2.3 Reformy v 90.rokoch po páde komunizmu

Po páde komunizmu sa začali diskusie o nutnosti reformy zdravotného systému, avšak nie je možné povedať, že by prevládal jeden názor na to, akým spôsobom by mal byť systém v Rumunsku organizovaný. Obdobie po roku 1989 si môžeme rozdeliť na dve časti s medzníkom v roku 1997. Reforme zdravotníctva sa začali venovať rumunskí odborníci spolu s podporou Svetovej banky. Ich cieľom bolo vytvoriť základný rámec pre všetky budúce reformy týkajúce sa zdravotníckeho sektoru v Rumunsku a ktorých zavádzanie malo byť sprevádzané finančnou pomocou zo strany Svetovej banky. Z nimi vypracovaného dokumentu *România Sănătoasă/Zdravé Rumunsko* vyplýva dôraz na nasledujúce body⁴¹:

- zredukovať štátny monopol a jeho vlastnícku úlohu, ktorá mu umožňovala financovať a nakupovať zdravotné výkony a zároveň ich uskutočňovať a manažovať
- zavedenie sociálneho zdravotného poistenia a zlepšiť financovanie systému
- decentralizovať systém a zvýšiť strategickú úlohu Ministerstva zdravotníctva
- zaistiť manažérsku autonómiu pre nemocnice
- rozvoj primárnej starostlivosti a umožnenia slobodnej voľby lekára
- vypracovať mechanizmus pre akreditáciu a mechanizmy zaisťujúce kvalitu
- prispôbenie zamestnaneckých politík potrebám krajiny a európskym štandardom

Napriek tlaku zo strany Svetovej banky sa z politických dôvodov do roku 1997 nedarilo implementovať komplexnú reformu zdravotného systému a systém prechádzal len miernymi úpravami. Zmeny sa týkali hlavne umožnenia fungovania privátneho sektoru v obore, slobodnej voľby lekára a vnútornej organizácie, ale systém v princípe stále nadväzoval na model Smašenka zo Sovietskeho zväzu, hlavne svojim financovaním. Systém sa síce otvoril súkromnému sektoru, ale ten pre nízke príjmy obyvateľstva nedokázal pritiahnúť pacientov z verejného zdravotného systému. Do roku 1998 vznikli v Rumunsku len 2 privátne nemocničné zariadenia. Celkovo bol systém podfinancovaný s veľmi nízkymi

⁴¹ VLĂDESCU C, Scintee SG, Olsavszky V, Hernández-Quevedo C, Sagan A. *Romania: Health system review. Health Systems in Transition*, 2016; 18(4):1–170. ISSN 1817-6127

platmi zamestnancov aj v pomere k miestnym podmienkam, čo sa prejavovalo na nízkom záujme o profesiu lekára a iných odborníkov.

Obrázok 4 Počet zamestnancov danej kategórie na 10 000 obyvateľov v Rumunskom zdravotnom sektore v roku 1989

Health care providers	Country ^a	No.
Physicians	Romania	18
	EU average	31
	UK	17
	Italy	58
	Hungary	31
	Poland	23
Dentists	Romania	2.3
	EU average	6.8
	Hungary	4
	Poland	4
Pharmacists	Romania	0.7
	EU average	7.1
	France	11
	Netherlands	2
	Hungary	5
	Poland	5

Zdroj: prevzaté z⁴²

Z vyššie uvedenej štatistiky je jasné, že rumunský systém trpel aj nedostatkom pracovníkov, ktorý by dokázali zabezpečiť adekvátnu zdravotnú starostlivosť. Ešte viac zarážajúci je fakt, že ich počet napriek deklarovaným snahám vlád klesal kontinuálne od roku 1989. Len u všeobecných lekárov sa trend stabilizoval s miernym nárastom, tak ako to vidíme v nasledujúcej tabuľke.

⁴² Bara, Ana-Claudia & Heuvel, Wim & Maarse, Johannes. . *Reforms of Health Care System in Romania*. Croatian medical journal. 2002. 43. 446-52

Tabuľka 4 Počet poskytovateľov zdrav.starostlivosti (na 10 000 obyvateľov) v daných rokoch

Poskytovateľ zdrav.služieb	Počet poskytovateľov (na 10 000 obyvateľov) v rokoch		
	1989	1995	1999
Doktori	41 938 (18,1)	40 112 (17,7)	42 975 (19,1)
Zubári	7 116 (3,1)	6 045 (2,7)	5 261 (2,3)
Lekárnici	6 432 (2,8)	2 646 (1,2)	1 598 (0,7)
Pomocný perosnál*	135 664 (58,6)	128 460 (56,6)	114 027 (50,8)
*zahŕňa zdravotných asistentov, zdravotné sestry, sanitárnych technikov, pôrodné asistentsky, laboratórných pracovníkov a ďalší zdravotný personál s alebo ekvivalentom min.stredoškolského vzdelania			

Zdroj: vlastné spracovanie na základe⁴³

V roku 1991 sa započala postupná decentralizácia systému, kedy vo všetkých 42 okresoch boli vytvorené miestne zdravotné úrady, ktoré mali na starosti správu zdrojov, výdajov a tiež zazmluvňovanie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Tieto tiež dozerali na dodržiavanie zdravotných štandardov.⁴⁴ Nakoniec v roku 1999 došlo k rozdeleniu kompetencií medzi dva úrady a k vytvoreniu Krajského domu zdravotného poistenia a Krajského úradu verejného zdravia. Tieto inštitúcie boli podriadené svojim národným náprotivkom. Krajské zdravotné fondy sa starali o výber zdrojov a preplácanie zdravotných úkonov na krajskej úrovni. Národný zdravotný poisťovací fond dohliadal nad krajskými jednotkami, upravoval pravidlá pre ich fungovanie tak, aby bola zaistená jednota fungovania v celej krajine. Navyše mal možnosť presúvať 25% celkového vybraného objemu zdrojov v rámci siete krajských fondov, tak aby chudobnejšie kraje mali dostatok zdrojov. Národný zdravotný poisťovací fond tiež vyjednával zmluvy s poskytovateľmi, určoval výšku úhrad a výkony, ktoré sú zahrnuté v poistení⁴⁵. Krajské úrady verejného zdravia, boli organizačnými jednotkami Ministerstva zdravotníctva. Mali na starosti implementovanie národných politík v oblasti zdravia, preventívne akcie, registráciu nových poskytovateľov, kontrolu licencií, štatistiku ale aj finančnú kontrolu nad Krajskými zdravotnými fondami.

⁴³ Bara, Ana-Claudia & Heuvel, Wim & Maarse, Johannes. . *Reforms of Health Care System in Romania*. *Croatian medical journal*. 2002. 43. 446-52

⁴⁴ STANCIU, MARIANA. *Calitatea Vieții: SISTEMUL PUBLIC DE SERVICII MEDICALE DIN ROMÂNIA ÎN CONTEXT EUROPEAN* [online]. București, 2013, XXIV(nr. 1, p. 47–80) [cit. 2019-10-20]. ISSN 1844-5292. Dostupné z: <https://www.revistacalitateavietii.ro/>

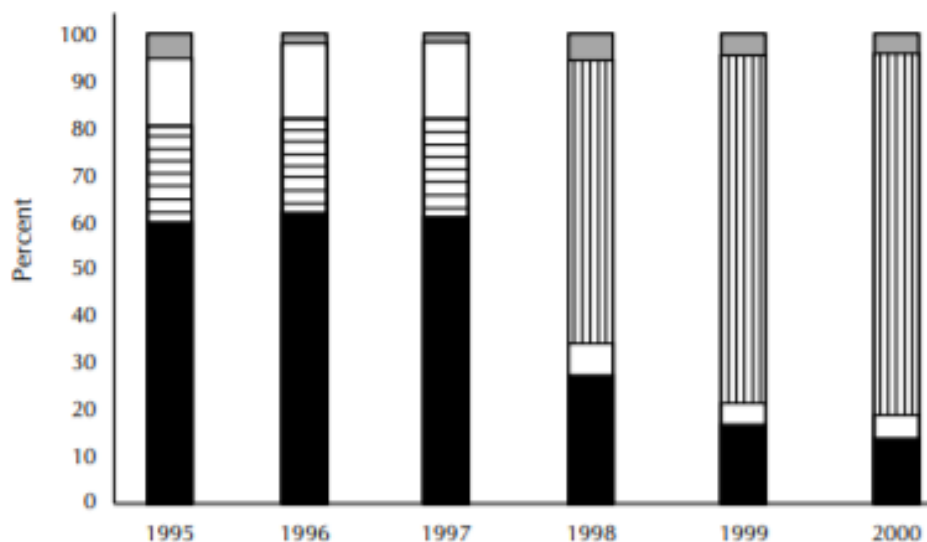
⁴⁵ Bara, Ana-Claudia & Heuvel, Wim & Maarse, Johannes. . *Reforms of Health Care System in Romania*. *Croatian medical journal*. 2002. 43. 446-52.

V roku 1994 sa vláda rozhodla vyskúšať fungovanie nového modelu platenia lekárov v miestnych podmienkach, a tak vyčlenila 8 krajov, kde sa tento systém pilotne zaviedol. Všeobecní lekári už nedostávali fixný tabuľkový plat, ktorý odrážal len vek a prípadnú špecializáciu. Mzda bola pozostávala zo 60% z fixnej mzdy a 40% z bonusov za počet pacientov, ich vekovú štruktúru, služby poskytované matkám s deťmi, včasnú diagnostiku závažných chorôb, bonus za 24 hodinovú dostupnosť v prípade núdze. Zmenou tiež bol presný počet úkonov, ktoré všeobecný lekár vykonáva zadarmo a slobodný výber lekára. Na konci roku 1995 lekári v daných 8 krajoch zvýšili počet domácich vizít o 40%, 87% súhlasilo s dostupnosťou 24 hodín denne 7 dní v týždni a počet zdravotných konzultácií za deň stúpol o 21% oproti stavu z pred roku 1994. Nárast platov bol v priemere vo výške 15%. Štúdie tiež poukazujú na pokles neformálnych platieb uvádzaných pacientami.⁴⁶ Tento projekt pokračoval až do roku 1997, kedy bol ukončený novou vládou.

Po volebnom roku 1996 vzniká nová vláda, zostavená z reformných pro-európskych strán na čele s premiérom Victorom Ciorbeom. V roku 1997 zavádza Rumunsko Bismarckov systém založený na sociálnom zdravotnom poistení. Hlavným dôvodom bolo navýšenie finančných prostriedkov do systému. Ministerstvo financií tiež očakávalo stabilnejšie príjmy do rozpočtu na zdravotníctvo a lepšiu kontrolu nákladov. Sadzby boli nasledovne: 7% zo svojej mzdy odvádzal zamestnanec a 7% odvádzal zamestnávateľ, samostatne zárobkové osoby platili 14% z hrubého príjmu. Krajské domy zdravotného poistenia hradili poistenie za deti a matky na materskej a tiež osoby so žiadnymi, alebo veľmi nízkymi príjmami. Za nezamestnaných a dôchodcov sa hradil poistenie z rozpočtu na sociálne potreby. Po tejto reforme sa výrazne zmenila štruktúra príjmov v systéme zdravotníctva. Štátny rozpočet prestáva hrať dominantnú úlohu a je nahradený sociálnym zdravotným poistením. Už po roku 1998, kedy bol systém naplno zavedený, sociálne zdravotné poistenie malo viac ako 50% zastúpenie na príjmovej strane. Spolu s príspevkami zo štátneho rozpočtu by sme dostali až dve tretiny príjmov. Štruktúru príjmov pred a po reforme ukazuje nasledovný graf.

⁴⁶ Bartlett, W., Bozиков, J., & Rechel, B. *Health reforms in south-east Europe*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2012 ISBN: 978-0-230-30003-3

Graf 7 Štruktúra príjmov zdravotného systému Rumunska v rokoch 1995-2000 v %



Zdroj: prevzaté z⁴⁷

Popis grafu:

čierna – štátny rozpočet

horizontálne čiary – miestny rozpočet

prázdne políčko - iné fondy

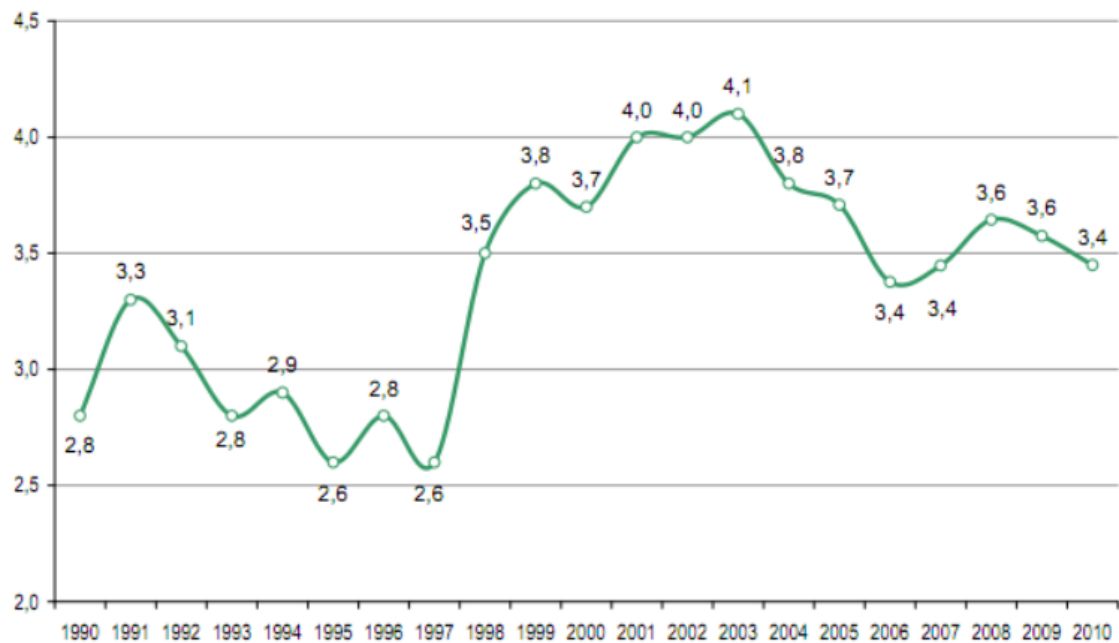
vertikálne čiary – sociálne zdravotné poistenie

šedá farba - splatené pôžičky (napr. miestnym autoritám)

Nakoniec došlo aj k naplneniu ďalšieho cieľu vlády, ktorý spočíval vo zvýšení vládnych výdavkov na zdravotníctvo spolu s vyššími príjmami, ktoré dokázal zabezpečiť systém sociálneho zdravotného poistenia. Medzi rokmi 1997 a 1998 došlo k skokovému nárastu výdavkov na zdravotníctvo v pomere k HDP o takmer jeden percentuálny bod a tieto výdaje naďalej rástli v najbližších rokoch. Túto tendenciu zachytáva i nasledujúci graf.

⁴⁷ Bara, Ana-Claudia & Heuvel, Wim & Maarse, Johannes. . *Reforms of Health Care System in Romania*. Croatian medical journal. 2002. 43. 446-52

Graf 8 Celkové výdaje na veřejné zdravotnictví v Rumunsku v poměru k HDP v % v období 1990 až 2010



Zdroj: spracované na základe dát z INS(Štatistický úrad Rumunska)

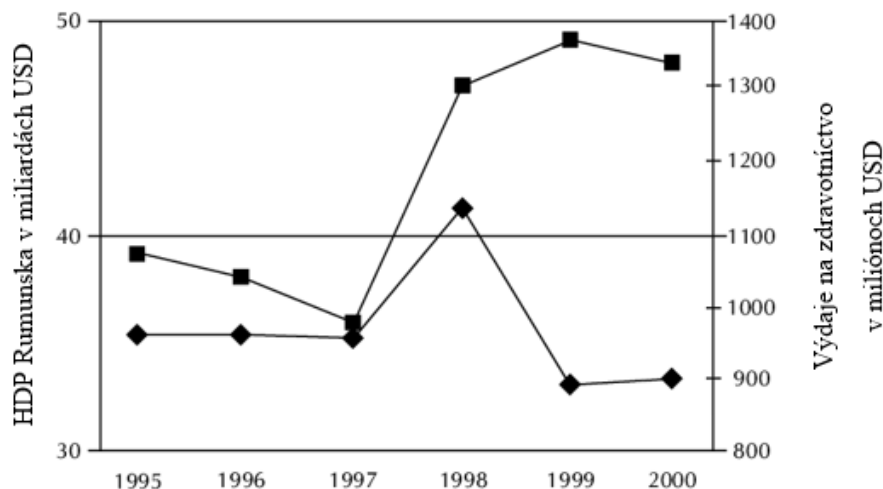
Politickou prioritou sa stalo navýšenie finančných prostriedkov, ktoré smerovali do zdravotníctva a to aj napriek kríze a negatívne ekonomickému vývoju. Už z predchádzajúceho grafu bolo zrejmé, že Rumunsko v pomere k HDP vynakladá na verejné zdravotníctvo relatívne malý objem peňazí. Percentuálna hodnota kolísala medzi 3,3% a 2,6%. Medzi rokmi 1995 až 2000 narástol rozpočet zdravotníctva z 1 088 milióna USD na 1 340 milióna USD napriek poklesu HDP. Na začiatku milénia dosahoval ukazovateľ výšky výdajov na zdravotníctvo v Rumunsku 4% HDP⁴⁸. Prehľadnejšie stav týchto veličín zobrazuje hore uvedený graf.

Môžeme povedať, že reformy v 90. rokoch výrazne zmenili celkový systém fungovania zdravotníctva v Rumunsku. Reformný proces bol skôr váhavý a pomalý. Čo sa týka systému financovania, tento proces vyvrcholil implementovaním Bismarckovho systému všeobecného sociálneho zdravotného poistenia. Svetová zdravotnícka organizácia vytkla reformám zdravotníctva v Rumunsku, že neboli založené na vopred vypracovaných

⁴⁸ Bartlett, W., Bozиков, J., & Rechel, B. *Health reforms in south-east Europe*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2012 ISBN: 978-0-230-30003-3

štúdiách a nedostatok koordinácie medzi jednotlivými sektormi zdravotného systému, čo viedlo niekedy ku chaotickým zmenám a zhoršeným výsledkom reformnej snahy.⁴⁹

Graf 9 Verejné výdaje na zdravotníctvo v Rumunsku v období 1995-2000 (štvorce) a vývoj HDP v rovnakom období (kosoštvorce)



Zdroj: Upravené na základe⁵⁰

2.4 Súčasná organizačná štruktúra zdravotníctva

Systém ako taký je organizovaný na viacerých úrovniach, základným rozdelením je rozdelenie na národnú a lokálnu úroveň. Zavedením sociálneho zdravotného poistenia sa vzťahy medzi inštitúciami skomplikovali, keďže vznikli nové inštitúcie spravujúce sociálne zdravotné poistenie a úloha štátneho rozpočtu sa oslabil. Národná úroveň má na starosti stanovenie cieľov a postupov na ich plnenie a tiež určuje základné princípy a pravidlá fungovania systému v krajine. Lokálne authority majú na starosti implementovanie politík schválených centrálnymi autoritami.

Na národnej úrovni hrá kľúčovú úlohu **Ministerstvo zdravotníctva**, ako centrálny úrad zodpovedný za správu zdravotníctva, ktorý stanovuje zdravotnú politiku, jej ciele a spôsob ich dosahovania. Ďalšou úlohou je stanovenie základného regulatívneho rámca pre

⁴⁹ VLĂDESCU C, Scintee SG, Olsavszky V, Hernández-Quevedo C, Sagan A. *Romania: Health system review. Health Systems in Transition*, 2016; 18(4):1–170. ISSN 1817-6127

⁵⁰ Bara, Ana-Claudia & Heuvel, Wim & Maarse, Johannes. . *Reforms of Health Care System in Romania. Croatian medical journal*. 2002. 43. 446-52

farmaceutický sektor, poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, hygienických noriem a tiež upresnenie podmienok, ktoré musia spĺňať zazmluvnení poskytovatelia. Po zavedení Bismarckovho modelu, stratilo priamu kontrolu nad finančnými tokmi veľkej časti systému. Ministerstvo sa tiež zaoberá monitorovaním a hodnotením zdravia populácie, zdravotnou osvetou a ľudskými zdrojmi v systéme. Do jeho kompetencií spadá aj regulácia súkromného zdravotného sektoru a vymedzenie vzťahov medzi súkromnými a verejnými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti⁵¹. S prípravami na vstup do Európskej únie vznikol tlak na transparentnosť v prideľovaní zdrojov. Ministerstvo zdravotníctva má tak vo svojej agende aj zabezpečenie transparentnosti celého systému a priamo zodpovedá za financovanie vysoko technologického zdravotného vybavenia a investovanie do zdravotných budov patriacich štátu. Z poslednej publikovanej správy o svojej činnosti (tj. za rok 2018), Ministerstvo zdravotníctva uvádza nasledovné ciele ako prioritné⁵²:

1. Zvýšenie dostupnosti zdravotných služieb
2. Zvýšenie kvality života zlepšením kvality a bezpečnosti lekárskeho zákroku
3. Revízia systému financovania a implementovanie dôkladnej kontroly nad verejnými zdrojmi v sektore
4. Podporovanie zdravotnej politiky založenej na dôkazoch, štúdiách a implicitne tomu prispôbiť váhy jednotlivých komponentov systému zdravotníctva (prevencia, ambulantná liečba, zdravotná asistencia...)
5. Depolitizácia manažmentu zdravotného systému, hodnotenia založené na kritériách výkonnosti

Národný dom zdravotného poistenia (CNAS: Casa Națională de Asigurări de Sănătate) je od roku 2005, verejná autonómna inštitúcia, samostatná právnická osoba, ktorej hlavným cieľom je zabezpečenie jednotného fungovania a koordinácie systému sociálneho zdravotného poistenia v Rumunsku. Táto inštitúcia rozhoduje o alokovaní zdrojov medzi krajskými jednotkami CNAS a stanovuje ročné ciele nielen pre seba, ale aj regionálne pobočky. CNAS priamo dozoruje a vydáva nariadenia záväzné pre všetky krajské pobočky. V kompetencii má vypracovanie rámcovej zmluvy a vďaka normám, ktoré k tomu stanovuje

⁵¹ VLĂDESCU C, Scintee G, Olsavszky V, Allin S and Mladovsky P. *Romania: Health system review. Health Systems in Transition*, 2008; ISSN 1817-6127

⁵² GUVERNUL ROMÂNIEI MINISTERUL SĂNĂTĂȚII: *RAPORTUL DE ACTIVITATE PENTRU ANUL 2018*. [online]. [cit. 2019-10-27]. Dostupné z: <http://www.ms.ro/rapoarte/>

vlastne definuje balík služieb, na ktorý ma pacient nárok v rámci poistenia a spôsob úhrady poskytovateľom. Ďalej sa stará o efektívny výber a použitie prostriedkov Jednotného národného fondu zdravotného poistenia FNUASS, ktorý spravuje a do ktorého putujú zdroje na financovanie zdravotníctva. Spolu s Ministerstvom zdravotníctva vytvára kritéria hodnotenia poskytovateľov zdravotnej starostlivosti⁵³.

Národný úrad pre manažment kvality v zdravotníctve (ANMCS: Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate) je relatívne nová verejná inštitúcia, ktorá vznikla v roku 2015, je podriadená vláde a koordinovaná predsedom vlády. Hlavnými cieľmi tejto štruktúry sú nasledovné body⁵⁴:

- v spolupráci s Ministerstvom zdravotníctva pracovať na národnej stratégii pre zaistenie kvality v zdravotnom systéme
- navrhovať zmeny v systéme v záujme zlepšenia kvality
- vytvárať štandardy potrebné pre získanie licencií v rôznych odvetviach zdravotníctva
- hodnotenie a akreditácia poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, prípadne odoberanie akreditácií.
- poskytovanie informácií o kvalite služieb ostatným inštitúciám
- hodnotiť vývoj kvality poskytovaných zdravotných služieb
- zabezpečenie harmonizácie so štandardmi Európskej únie

Profesijné organizácie sú spolky združujúce odborníkov rôznych kategórií a špecializácie v zdravotnom sektore. Najvýznamnejšiu úlohu zohráva Kolégium lekárov Rumunska, ktoré monitoruje, riadi a reguluje profesiu lekárov a tiež spoluzodpovedná za ich akreditáciu a tréning. Okrem tejto štruktúry sem spadá ešte Kolégium stomatológov, Kolégium farmaceutikov, Rád zdravotných sestier a Rád biochemikov, biológov a chemikov. Tieto profesijne organizácie majú svoje štruktúry aj na miestnych úrovniach a členstvo v nich je povinné.

Dôležitú úlohu v definovaní organizácie, ale aj celého systému fungovania zdravotníctva má samozrejme **vláda**, ktorá zmeny v systéme navrhuje a **parlament**, ktorý

⁵³ Casa Națională de Asigurări de Sănătate [online]. [cit. 2019-10-27]. Dostupné z: <http://www.cnas.ro/page/prezentare-general.html>

⁵⁴ Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate (ANMCS) [online]. [cit. 2019-10-27]. Dostupné z: <https://anmcs.gov.ro/web/atributii-misiune-viziune/>

ich schvaľuje. Zmeny a reformy zdravotníctva majú veľmi často finančné dopady na verejné financie a preto aj **Ministerstvo financií** zohráva dôležitú úlohu pri formovaní zdravotného systému. Každá zmena, ktorá si vyžiada zmeny vo výdavkoch musí byť ním schválená⁵⁵. **Národný dvor audítorov** je obdoba Najvyššieho kontrolného úradu na Slovensku. Je to inštitúcia, ktorej poslaním je vykonávanie kontrolnej funkcie týkajúcej sa spôsobu tvorby, správy a využívania finančných zdrojov štátu a verejného sektora, sprístupňovanie správ o ich použití Parlamentu, verejným orgánom a daňovým poplatníkom⁵⁶.

Medzi ďalšie ministerstvá s vplyvom v zdravotnom sektore radíme Ministerstvo sociálnych vecí, ktoré platí poistné za nezamestnaných prípadne ľudí poberajúcich niektoré formy sociálnej pomoci. Do štandardnej siete zdravotných služieb sa pripája ešte Ministerstvo obrany, Ministerstvo vnútra, Ministerstvo spravodlivosti a Rumunská spravodajská agentúra, ktoré prevádzkujú vlastné zdravotné strediská (nemocnice a polikliniky).

Nemalú úlohu pri definovaní celého systému na národnej úrovni majú aj medzinárodné organizácie ako Medzinárodný menový fond alebo Svetová banka, ktoré svojimi odporúčaniami môžu napomáhať k zmene systému. Európska únia a jej pravidlá a štandardy, ktoré musí Rumunsko ako jej člen rešpektovať do značnej miery ovplyvňuje celý systém. Nevládne organizácie a rôzne záujmové skupiny ako združenia reprezentujúce záujmy pacientov môžu svojou činnosťou a návrhmi tiež ovplyvňovať formovanie systému.

Na miestnej úrovni fungujú inštitúcie predstavujúce centrálné úrady a ich úloha najčastejšie spočíva vo vykonávaní úloh, politík zadáných z Bukurešti.

Miestne úrady verejného zdravia sa zaoberajú monitorovaním zdravia populácie v danom kraji, rozvojom a implementáciou programov verejného zdravia vypracovaných Ministerstvom zdravotníctva a následne reportami o efektívnosti jeho politík. Veľmi dôležitú úlohu zohráva v prevencii a osвете. Ich činnosť tiež spočíva v kontrolovaní

⁵⁵ VLĂDESCU C, Scintee G, Olsavszky V, Allin S and Mladovsky P. *Romania: Health system review. Health Systems in Transition*, 2008; ISSN 1817-6127

⁵⁶ Curtea de Conturi a României [online]. [cit. 2019-10-27]. Dostupné z: <http://www.curteadeconturi.ro/About.aspx>

a vyhodnocování služeb poskytovanými zdravotními zařízeními a reportování do centrály o fungování zdravotního systému na místnej úrovni⁵⁷.

Krajské rady sú obyvateľmi voleným orgánom samospráv. V súčasnosti patria samosprávam takmer všetky zdravotné zariadenia ako nemocnice, polikliniky, ústavy a iné. Od roku 2010 prevzali Krajské rady niektoré právomoci Ministerstva zdravotníctva a tak zodpovedajú za manažment a správu verejných nemocníc na ich území⁵⁸.

Krajský dom zdravotného poistenia je prítomný v každom kraji a má za úlohu zabezpečiť výber poistného na sociálne zdravotné poistenie. Ďalej spravuje a aktualizuje dáta o poistencoch, tak aby výber prostriedkov bol v súlade so zákonom. Medzi jeho úlohy tiež patrí⁵⁹:

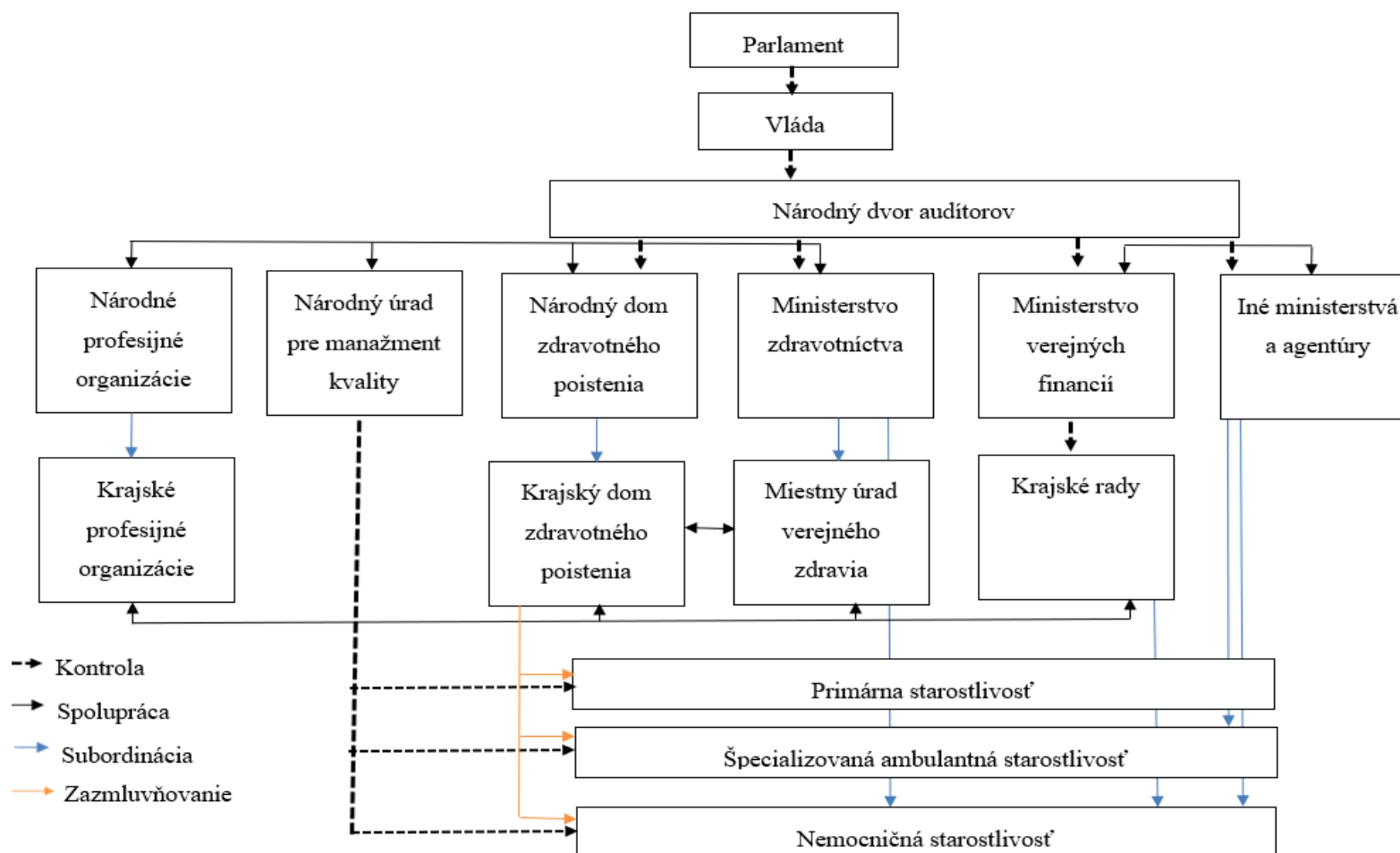
- vymáhanie pohľadávok za zdravotné poistenie
- vyjednávanie a zazmluvňovanie poskytovateľov v súlade s rámcovou zmluvou vypracovanou CNAS
- monitorovanie cien za zdravotné úkony poskytovateľov zdravotných služieb
- monitorovanie počtu zdravotných úkonov jednotlivých poskytovateľov
- organizovanie verejných zákaziek pre služby zahrnuté v rámcovej zmluve CNAS
- navrhovanie opatrení pre zvýšenie efektívnosti výberu prostriedkov

⁵⁷ Direcțiile de sănătate publică județene [online]. [cit. 2019-10-28]. Dostupné z: <http://www.dspct.ro/s1/despre-noi/>

⁵⁸ VLĂDESCU C, Scintee SG, Olsavszky V, Hernández-Quevedo C, Sagan A. *Romania: Health system review. Health Systems in Transition*, 2016; 18(4):1–170. ISSN 1817-6127

⁵⁹ Casa Județeană de Asigurări de Sănătate [online]. [cit. 2019-10-28]. Dostupné z: <http://www.cnas.ro/casbv/page/misiune-viziune-obiective.html>

Obrázok 5 Organizácia zdravotného systému v Rumunsku



Zdroj: upravené na základe VLĂDESCU C, Scîntee SG, Olsavszky V, Hernández-Quevedo C, Sagan A. *Romania: Health system review. Health Systems in Transition*, 2016; 18(4):1–170. ISSN 1817-6127

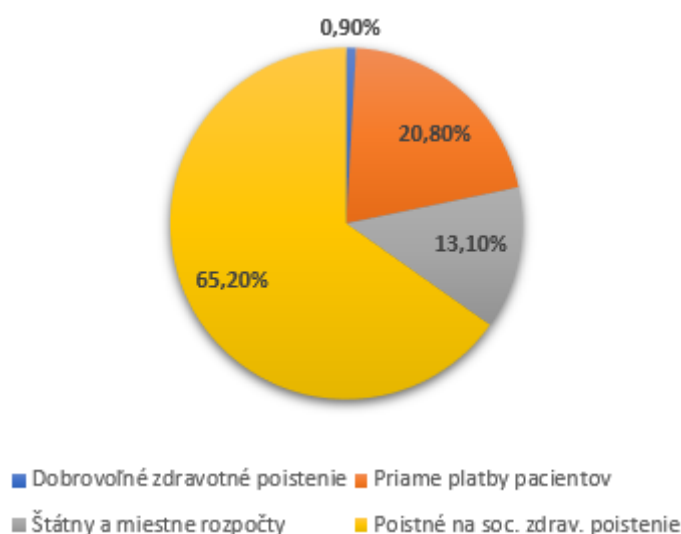
3 Financovanie a efektívnosť zdravotného systému

V tejto kapitole na začiatku popíšeme, ako prebiehajú finančné toky v zdravotnom systéme v Rumunsku. Ďalej sa pozrieme na príjmy a výdaje systému a bližšie zanalyzujeme ich výšku, štruktúru a ich prípadné zmeny. Na záver pripájame krátke zhodnotenie výkonnosti zdravotného systému v Rumunsku.

3.1 Finančné toky v zdravotníctve

Zdravotný systém v Rumunsku je financovaný zo 4 zdrojov, ktorými sú povinné poistné na sociálne zdravotné poistenie, priame platby pacientov, štátny rozpočet a miestne rozpočty a dobrovoľné zdravotné poistenie. Dobrovoľné súkromné zdravotné poistenie hrá len marginálnu rolu⁶⁰ (cca.0,9% z celkových výdajov na zdravotníctvo v roku 2016).

Graf 10 Podiel jednotlivých schém financovania zdravotníctva na celkových výdajoch na zdravotníctvo v roku 2016



Zdroj: vlastné spracovanie na základe dát INS

Najdôležitejšiu úlohu zohráva poistné na sociálne zdravotné poistenie, ktoré bolo zavedené v roku 1997. Aj napriek tomu, že poistné neodkáže pokryť celkové náklady

⁶⁰ VLĂDESCU C, Scintee SG, Olsavszky V, Hernández-Quevedo C, Sagan A. Romania: Health system review. Health Systems in Transition, 2016; 18(4):1–170. ISSN 1817-6127

Jednotného fondu zdravotného poistenia, sadzba poistného od jeho zavedenia postupne klesala z hodnoty 14% v roku 1997 na 12,5% na začiatku milénia. Ďalšie zníženie prišlo počas krízy a to na 11% v roku 2008 a na 10,7% v roku 2009. Od roku 2009 je sadzba poistného stabilná na úrovni 10,7% z čoho 5,2% platí zamestnanec zo svojej mzdy a 5,5% platí zamestnávateľ. Samostatne zárobkovo činné osoby odvádzajú 10,7% zo svojho príjmu Krajskému domu zdravotného poistenia, podľa miesta pôsobenia. Minimálnu čiastku, ktorú musí odvieť samostatne zárobkovo činná osoba aj v prípade straty, je 10,7% z minimálnej mzdy stanovenej Ministerstvom sociálnych vecí. Od roku 2007 povinne platia poistné na sociálne zdravotne poistenia aj osoby s príjmami z poľnohospodárskej činnosti. Týka sa len príjmov ktoré podliehajú dani z príjmu. Tento príspevok odvádzajú poľnohospodári ročne do 25. januára nasledujúceho roku. Pokiaľ osoba nemá príjem zo závislej činnosti a ani nie je samostatne zárobkovo činnou osobou, ale napriek tomu má príjem z užívania vecí, z dividend a úrokov, z práv duševného vlastníctva alebo iné príjmy ktoré podliehajú dani z príjmu, musí odvieť raz ročne príspevok, ktorý by osoba odvieďla pokiaľ by poberala mesačne minimálnu mzdu.⁶¹ Osoby poberajúce dôchodky, ktorých mesačná výška presahuje 872lei(182,23€*)⁶², musia odvádzať zo svojej penzie poistné vo výške 5,5%. (Priemerný starobný dôchodok v druhom kvartáli 2019 podľa INS bol 1235lei(259,54€*))⁶³. Za niektoré osoby odvádza poistné do FNUASS Ministerstvo sociálnych vecí. Ide o nezamestnaných, chorých, 2 roky pre ženy na materskej dovolenke, dôchodcovia s príjmom pod 872lei, utečenci, ľudia žijúci zo sociálnej podpory bez ďalších príjmov, kňazi, deti a mladiství do 26 rokov, pokiaľ sú študentmi a iné (viz zákon 95/2006). Z rozpočtu FNUASS na rok 2019 vyplýva, že očakávaný celkový príjem z poistného bude 33 750 872 000 lei(7,9 miliardy €*), čo predstavuje asi 3,5% HDP Rumunska.

Nemalú úlohu vo financovaní tiež zohráva **štátny rozpočet**. V prípade, že sa fond FNUASS dostane do deficitu, štátny rozpočet prostredníctvom dotácie rozpočet vyrovnáva.

⁶¹ *Contribuția de asigurări sociale de sănătate. Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Ilfov* [online]. [cit. 2019-10-30]. Dostupné z: <http://www.cnas.ro/casailfov/page/contribuția-de-asigurări-sociale-de-sanatate.html>

⁶² *Guvernul României Mai mulți pensionari vor fi asigurați în sistemul de asigurări sociale de sănătate cu plata contribuției de la bugetul de stat: Ședințe de guvern. Guvernul României* [online]. [cit. 2019-10-30]. Dostupné z: <http://gov.ro/ro/stiri/mai-multi-pensionari-vor-fi-asigurati-in-sistemul-de-asigurari-sociale-de-sanatate-cu-plata-contributiei-de-la-bugetul-de-stat>

*kurz ku dňu 31/10/2019: 1€= 4,758lei

⁶³ *Institutul Național De Statistică Numărul de pensionari și pensia medie lunară în trimestrul II 2019.* [online]. 12.09.2019 [cit. 2019-10-30]. Dostupné z: <http://www.insse.ro/cms/ro/content/num%C4%83rul-de-pensionari-%C8%99i-pensia-medie-lunar%C4%83-%C3%AE-n-trimestrul-ii-2019>

Zo štátneho rozpočtu sa platí poistné za určité skupiny obyvateľstva, ale tiež presúva výťažok z niektorých daní priamo na Ministerstvo zdravotníctva. Do konca roku 2018 príjmy z takzvanej **dane z neresti**, ktorá je uvalená na tabakové výrobky, alkoholické výrobky a reklamné spoločnosti, ktoré tieto produkty propagujú, navyše od 1.1.2019 sa táto daň týka aj hazardných hier, boli automaticky podľa zákona v plnej výške presunuté do rozpočtu Ministerstva zdravotníctva. Koncom roku 2018 vláda upravila toto pravidlo a od roku 2019 peniaze už nie sú automaticky presúvané, ale deje sa to len podľa potreby a v prípade, že to schváli Ministerstvo financií⁶⁴. Za rok 2018 vďaka dani z neresti dostalo Ministerstvo zdravotníctva 1,6 miliardy lei (336 miliónov €*) do svojho rozpočtu, čo predstavuje asi jednu pätinu celkového rozpočtu tohto ministerstva⁶⁵. Z týchto zdrojov Ministerstvo zdravotníctva hradí národné zdravotné programy, napríklad sledovanie a kontrola tuberkulózy, sledovanie a kontrola HIV/AIDS, monitorovanie zaočkovanosti populácie, prevencia diabetu a i⁶⁶, ale taktiež financuje investície do zdravotnej infraštruktúry, buď priamo alebo cez Krajské úrady verejného zdravia. Ministerstvo zdravotníctva v rámci národných zdravotných programov môže tiež poskytnúť dotáciu do fondu FNUASS na nákup liekov a očkovacích preparátov.

Krajské úrady verejného zdravia dostávajú časť z dane z predaja nehnuteľnosti. Výber má na starosti Ministerstvo financií a následne podľa miestnej príslušnosti, výťažok z tejto dane rozloží medzi jednotlivé Krajské úrady⁶⁷.

Priame úhrady pacientov predstavujú platby, ktoré sa od pacienta vyžadujú pri výkone určitých zdravotných úkonov alebo pri platbe za lieky. Spoluúčasť pacientov pri platení za lieky sa pohybuje od 0% do 80% celkovej ceny lieku. Nulová spoluúčasť je hlavne u liekov pre deti, generické lieky pre dospelých si hradí z 10% pacient sám, originálne značkové lieky z 50% až 80% hradí pacient⁶⁸. Ceny liekov sú regulované a tak štát má kontrolu nad výdajmi na lieky. Pre stanovenie ceny lieku sa využívajú ceny v referenčných

⁶⁴ VOICULESCU, Loredana. *Exclusiv. Guvernul ia banii din taxa pe viciu de la Ministerul Sănătății și îi duce la bugetul de stat* [online]. 18.12.2018 [cit. 2019-11-03]. Dostupné z: <https://republica.ro/exclusiv-guvernul-ia-banii-din-taxa-pe-viciu-de-la-ministerul-sanatatii-si-ii-duce-la-bugetul-de-stat>

⁶⁵ Ministerul Sănătății *Bugetul anual al Ministerului Sănătății* [online]. [cit. 2019-11-03]. Dostupné z: <http://www.ms.ro/buget/>

⁶⁶ *Ce sunt programele naționale de sănătate? Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Ilfov* [online]. [cit. 2019-11-03]. Dostupné z: <http://www.cnas.ro/cjastm/page/ce-sunt-programele-nationale-de-sanatate.html>

⁶⁷ Táto daň sa platí vo výške 1-3% z hodnoty nehnuteľnosti, jej presnú výšku určujú samosprávy

⁶⁸ VLĂDESCU C, Scintee SG, Olsavszky V, Hernández-Quevedo C, Sagan A. *Romania: Health system review. Health Systems in Transition*, 2016; 18(4):1–170. ISSN 1817-6127

krajinách, do tohto koša patria nasledujúce štáty: Česko, Bulharsko, Maďarsko, Poľsko, Slovensko, Rakúsko, Belgicko, Taliansko, Litva, Španielsko, Grécko a Nemecko. Cena lieku v Rumunsku môže byť len nižšia alebo rovnaká ako najnižšia cena tohto lieku z referenčných krajín⁶⁹.

Od roku 2013 sa platí v nemocniciach poplatok za hospitalizáciu pacienta (tzv. hospitalizačná taxa), ktorý sa na základe rámcovej zmluvy stanovenej CNAS môže pohybovať v rozmedzí od 5 do 10lei (2,10€*). Hlavným účelom poplatku bolo zvýšiť príjmy nemocničných zariadení. Pacient ho uhradza pri odchode z nemocnice. Výnimkami sú urgentné prípady, deti a študenti do 26 rokov, tehotné ženy a handicapovaní. Krajské domy verejného poistenia majú možnosť uzavrieť zmluvu aj so súkromným poskytovateľom zdravotných služieb, v tomto prípade z fondu FNUASS sa uhradí čiastka, ktorú by FNUASS hradil v štátnom zariadení a prípadný cenový rozdiel si pacient doplatí. Rovnako si kúpeľnú liečbu pacienti hradia vo výške 30-35% sami. V niektorých prípadoch pacient hradí plnú výšku zdravotného úkonu. Ide o väčšinu dentálnej starostlivosti, nie nevyhnutné plastické operácie, ale aj návštevu špecializovaného doktora bez odporúčania od všeobecného lekára.

Neoficiálne platby, respektíve úplatky, sú značným problémom rumunského verejného sektoru. Podľa štúdie Transparency International⁷⁰ z roku 2016 takmer tretina domácností (29%) uviedla, že dáva úplatky za dostup k verejným službám, čo je najhorší ukazovateľ spomedzi krajín EÚ. Pre porovnanie na Slovensku dosahuje tento ukazovateľ hodnotu 12% a v Českej republike 9%. Ďalšia štúdia⁷¹ z roku 2010 popisuje že, 80% respondentov, ktorí boli hospitalizovaní za posledných 12 mesiacov potvrdilo, že dalo zdravotnému personálu „dary“, aby si zabezpečilo lepšiu starostlivosť. Je zrejmé, že úplatky sú v rumunskom zdravotnom sektore do značnej miery rozšírené. Pre nelegálnosť tejto

⁶⁹ ORDIN nr. 1.221 din 2 august 2019 privind modul de calcul și procedura de aprobare a prețurilor maximale ale medicamentelor de uz uman [online]. [cit. 2019-11-03]. Dostupné z:

<http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocumentAfis/216802>

(Nariadenia č.1 221 z 2. augusta 2019 ohľadne spôsobu výpočtu a postupu schvaľovania maximálnych cien liekov pre ľudské použitie)

* kurz ku dňu 31/10/2019: 1€= 4,758lei

⁷⁰ PRING, Coralie. People and corruption: Europe and Central Asia [online]. Transparency International, 2016 [cit. 2019-11-03]. ISBN 978-3-96076-033-7. Dostupné z:

https://www.transparency.org/whatwedo/publication/people_and_corruption_europe_and_central_asia_2016

⁷¹ Asociația Sf. Damian din Iași a lansat studiul „Barometrul mitei în serviciile medicale publice”. CRAI NOU [online]. Asociația Sf. Damian, Iași, 2010, 22.10.2010 [cit. 2019-11-03]. Dostupné z:

<https://www.crainou.ro/2010/10/22/asociația-sf-damian-din-iași-a-lansat-studiul-barometrul-mitei-in-serviciile-medicale-publice/>

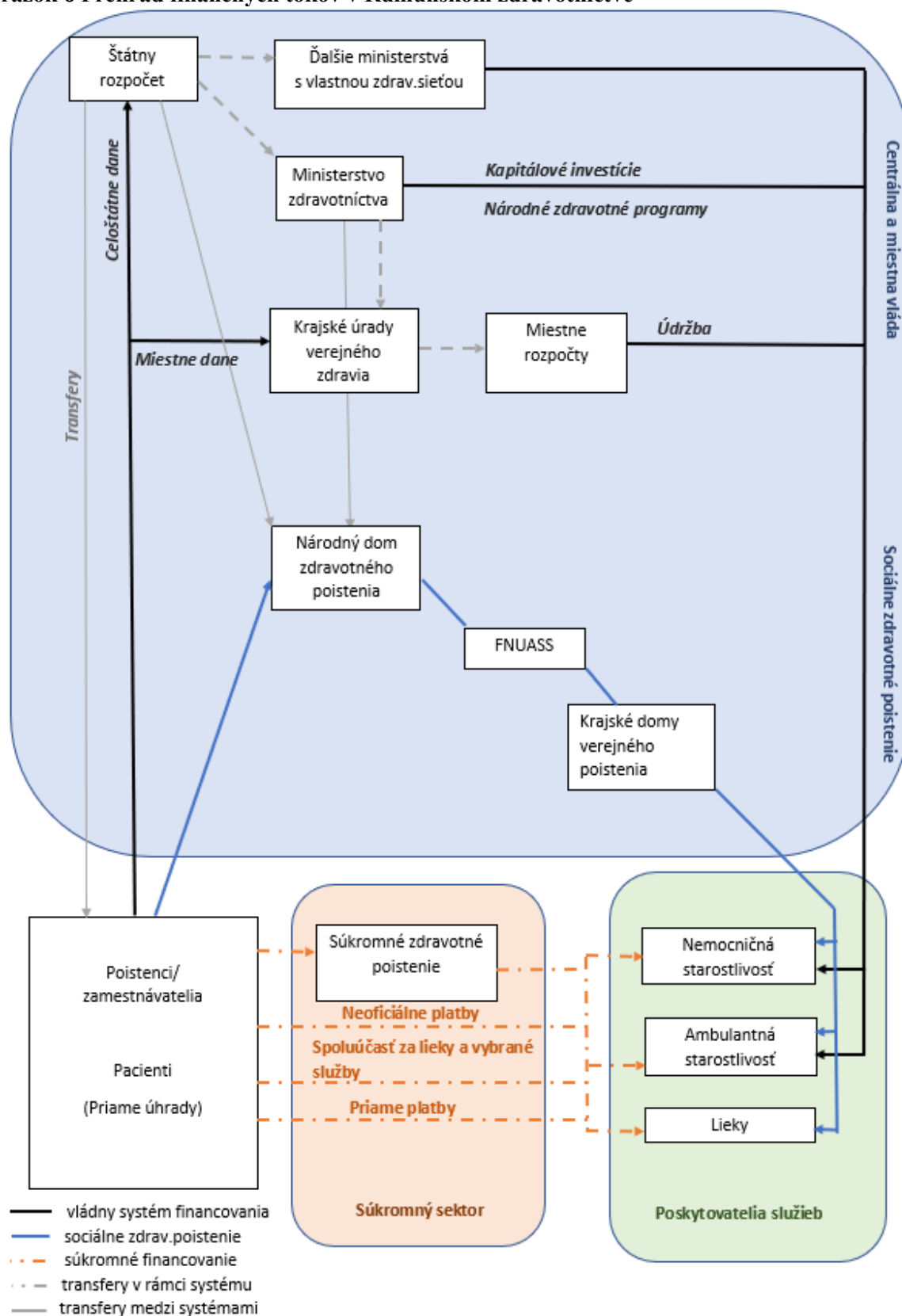
praktiky neexistujú k danej problematike žiadne presné štatistiky, a preto nie je možné odhadnúť ich presnú výšku. Korupcia zvyšuje príjem určitých skupín ľudí (týka sa to najmä doktorov a sestričiek) v tomto sektore a výrazne znižuje efektívnosť celého systému. Niet pochýb o tom, že táto praktika narušuje samotný princíp, na ktorom je zdravotný systém Rumunska podľa ústavy založený, a to na princípe rovného prístupu k zdravotnej starostlivosti, nezávislého od príjmov pacienta.

Zo zákona povinné zdravotné poistenie sa nedá nahradiť žiadnym súkromným zdravotným poistením a preto sa dobrovoľné súkromné zdravotné poistenie sústreďí na pokrývanie nákladov u súkromných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, prípadne na poskytovanie vyššieho štandardu v štátnych zariadeniach, ako sú napríklad samostatné nemocničné izby a iné. Ide o službu využívanú bohatšou vrstvou spoločnosti, navyše od roku 2015 si na výdavky na tento typ poistenia do určitého limitu možno uplatniť daňový odpočet. V súčasnosti je v Rumunsku 12 poisťovní, ktoré tieto služby poskytujú⁷².

Finančné toky v Rumunskom zdravotníctve názorne zhrňuje schéma zobrazená na nasledovnom obrázku.

⁷² OLSAVSZKY, Victor. *Voluntary health insurance in Europe: Country experience* [online]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016 [cit. 2019-11-03]. ISBN 978 92 890 5037 1. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/310799/Voluntary-health-insurance-Europe-country-experience.pdf

Obrázok 6 Prehľad finančných tokov v Rumunskom zdravotníctve



Zdroj: Vlastné spracovanie na základe⁷³

3.2 Claw-back tax

V poslednom kvartáli roku 2009 bolo Rumunsko silne zasiahnuté krízou a hodnota reálneho HDP klesala o 5,5%⁷⁴. V tomto období tiež Rumunsko podpísalo dohodu⁷⁵ o pohotovostnom úvere s Medzinárodným menovým fondom, keďže krajina bojovala v rovnakom čase s výrazným odlivom kapitálu a deficitom štátneho rozpočtu (-9,1%)⁷⁶. Podmienkou pohotovostného úveru bolo, že vláda ozdraví verejné financie. Vláda rozhodla zaviesť dodatočné opatrenie na získanie fondov do zdravotníctva, najmä na pokrytie a obmedzenie rastu výdavkov súvisiacich s nákladmi na lieky a tiež na splatenie časti dlhu FNUASS za lieky voči poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorý predstavoval 2,8 miliardy lei⁷⁷ v roku 2009.

Za účelom udržania dostatočných finančných zdrojov na zabezpečenie liekov pre populáciu a tiež obmedzenia rastu ich cien, bolo rozhodnuté, že sa zavedie takzvaná claw-back daň, ktorá je uvalená na držiteľov registrácie liekov v Rumunsku, prípadne na právnych zástupcov zahraničných firiem, ktorí túto registráciu vlastnia. Vláda v roku 2009 deklarovala, že ide o dočasné riešenie, ktoré sa po prekonaní finančnej krízy zruší. Daň sa platí štvrťročne, je vyberaná finančným úradom a jej výťažok putuje priamo do fondu FNUASS. Od jej zavedenia v roku 2009 prechádzala častými zmenami výpočtu, my uvedieme jej aktuálne znenie. Výška tejto dane v súčasnosti nie je daná fixne, ale na konci každého štvrťroku Národný dom zdravotného poistenia (CNAS) oznamuje farmaceutickým spoločnostiam výšku takzvanej „P“ hodnoty⁷⁸, podľa ktorej sa vypočíta výška príspevku za dané obdobie. Jej výpočet je nasledovný:

⁷³ VLĂDESCU C, Scintee SG, Olsavszky V, Hernández-Quevedo C, Sagan A. *Romania: Health system review. Health Systems in Transition*, 2016; 18(4):1–170. ISSN 1817-6127

⁷⁴ data Eurostat

⁷⁵ Press Release No. 09/148: *IMF Executive Board Approves €12.9 Billion Stand-By Arrangement for Romania*. International Monetary Fund [online]. 04.05.2019 [cit. 2019-11-05]. Dostupné z: <https://www.imf.org/en/News/Articles/2015/09/14/01/49/pr09148>

⁷⁶ data Eurostat

⁷⁷ RADU, Paul. *Romanian Claw-Back Taxation: From A Financial Solution to A Challenge for Patients Access to Drugs*. Value in Health [online]. 3n. 1., 19(7), 3 [cit. 2019-11-09]. DOI: 10.1016/j.jval.2016.09.904. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/309595456_Romanian_Claw-Back_Taxation_From_A_Financial_Solution_to_A_Challenge_for_Patients_Access_to_Drugs

⁷⁸ GUVERNUL ROMÂNIEI. Ordonanța de urgență nr. 77/2011 privind stabilirea unei contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății [online]. [cit. 2019-11-09]. Dostupné z: <https://lege5.ro/Gratuit/gi3dcnrvgi/ordonanta-de-urgenta-nr-77-2011-privind-stabilirea-unor-contributii-pentru-finantarea-unor-cheltuieli-in-domeniul-sanatatii>

$$p = \frac{(CTt - BAT)}{CTt} \times 100$$

CTt – je štvrtročná reálna konzumácia liekov, ktoré úplne alebo čiastočne hradí fond FNUASS
BAt – je vládou schválený parameter, tzv. očakávaná štvrtročná výška rozpočtu FNUASS na úhrady liekov

P hodnotou sa vynásobí príjem farmaceutických firiem z predaja liekov, na ktoré prispieva FNUASS. Veľmi kontroverzným aspektom je to, že do výpočtu P hodnoty sa započítava cena liekov pri predaji pacientovi, ktorá obsahuje aj marže distribútorov a lekární, no daň je uvalená len na farmaceutické spoločnosti. Ďalšia skutočnosť, na ktorú poukazujú farmaceutické spoločnosti je fakt, že vláda parameter BAt, očakávané výdaje na lieky, dlhodobo nenavýšuje, dokonca ani neupravuje o infláciu, čím parameter BAt vo vzorci zostáva fixný a parameter CTt rastie z dôvodu inflácie a vyššieho konzumu liekov. Toto spôsobuje výrazný rast hodnoty P a celkového daňového zaťaženia farmaceutických spoločností, keďže okrem tejto dane platia aj ostatné dane. Vláda až v poslednom štvrtroku 2018 súhlasila len s miernym navýšením parametru BAt. Išlo o prvé navýšenie vôbec od zavedenia tejto dane.

Tabuľka 5 Zmeny parametrov claw-back dane v Rumunsku medzi druhou polovicou roku 2015 až do konca roku 2018

Štvrťrok	hodnota P	CTt (mil.lei)	zmena CTt	BAt(mil.lei)	změna BAt
T3_2015	12,35%	1 728	N/A	1 515	N/A
T4_2015	12,63%	1 734	0%	1 515	0%
T1_2016	15,62%	1 795	4%	1 515	0%
T2_2016	15,64%	1 796	0%	1 515	0%
T3_2016	14,91%	1 780	-1%	1 515	0%
T4_2016	18,89%	1 868	5%	1 515	0%
T1_2017	19,86%	1 890	1%	1 515	0%
T2_2017	18,59%	1 861	-2%	1 515	0%
T3_2017	19,42%	1 880	1%	1 515	0%
T4_2017	23,45%	1 979	5%	1 515	0%
T1_2018	24,13%	1 997	1%	1 515	0%
T2_2018	23,18%	1 947	-3%	1 515	0%
T3_2018	23,31%	1 975	1%	1 515	0%
T4_2018	25,05%	2 128	9%	1 595	5,28%

Zdroj: vlastné spracovanie na základe dát dostupných z CNAS

V prvom štvrtroku 2019 dosahovala P hodnota 24,63% a očakáva sa, že do konca roka 2019 dosiahne cca. 27%. Pri zavedení claw-back dane na konci roku 2011, síce ešte neexistoval výpočet cez P hodnotu, ale priemerná sadzba tejto dane sa pohybovala na úrovni 6-7%. Nárast sadzby bol naozaj markantný, o 20 percentuálnych bodov za 8 rokov⁷⁹. Keďže hodnota P vychádza z finálnych cien liekov, dopad na farmaceutické spoločnosti je ešte väčší a záleží aj od marží, ktoré aplikujú ďalší aktéri v dodávateľskom reťazci. Podľa výpočtov Rumunskej asociácie výrobcov generických liekov (APMGR), na lieky s finálnou cenou do 25lei (5,25€*), je efektívny dopad claw-back dane 35,34%⁸⁰. Tým sa produkcia týchto liekov stáva ekonomicky nevýhodnou a vedie to k stiahnutiu niektorých liečiv z trhu. APMGR ďalej uvádza, že od roku 2011 práve z tohto dôvodu zmizlo z rumunského trhu asi 2000 preparátov. Išlo hlavne o lieky z kategórie najlacnejších liekov s nízkymi maržami farmaceutických spoločností. Nová vláda, vymenovaná 4.11.2019 na čele s premiérom Ludovicom Orbanom, už deklarovala vôľu zmeniť výpočet dane claw-back, avšak zatiaľ bez bližších špecifik⁸¹. Obdobný mechanizmus zaviedlo v roku 2012 aj Grécko a 25.04.2018 Európska komisia vydala stanovisko k zavádzaniu claw-back mechanizmov v EÚ, kde sa píše:

„Politiky ako claw-back mechanizmy, poskytujú štátom nástroj na kontrolu výdavkov a zároveň zabezpečujú prístup občanov k zdravotnej starostlivosti a patria medzi nástroje, ktoré majú k dispozícii národné vlády. Spravidla by sa mali doplniť o ďalšie štrukturálne reformy vrátane politik na strane dopytu a na strane ponuky..... Claw-back mechanizmy sú dočasným riešením sprevádzaným inými štrukturálnymi reformami, ako je napríklad podpora racionálneho používania liekov, posilnenie vyjednávania o cenách farmaceutických výrobkov...“⁸²

⁷⁹ PUSCACIU, Viorica, Florin-Dan PUȘCACIU a Rose-Marie PUȘCACIU. *Claw-back Tax - a Fang of Romanian Health or a Moral Duty?* EIRP Proceedings [online]. 05/2016 [cit. 2019-11-09]. Dostupné z: <http://proceedings.univ-danubius.ro/index.php/eirp/article/view/1759/1839>

* kurz ku dňu 31/10/2019: 1€= 4,758lei

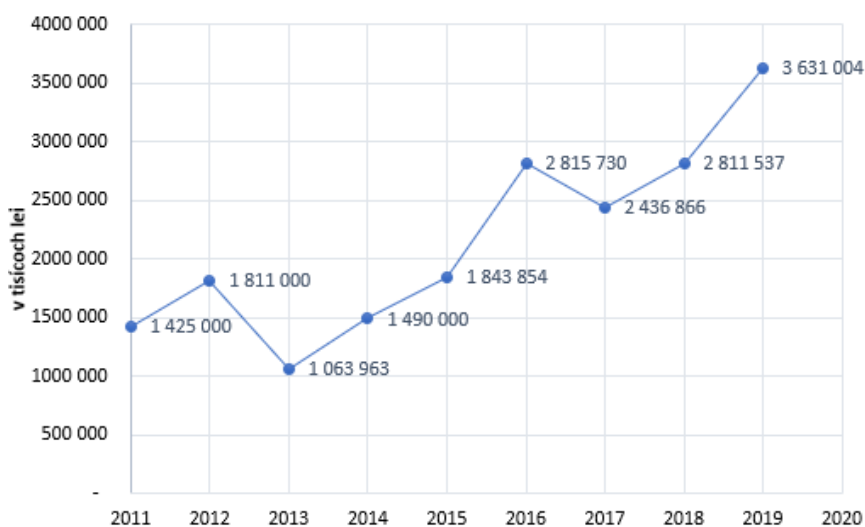
⁸⁰ ȘOMANESCU, Cristina. *Clawback, cea mai contestată taxă din industria farma, se apropie de 25% în primul trimestru. E a treia sursă de bani la CNAS*. <https://www.economica.net/> [online]. 20.05.2019 [cit. 2019-11-09]. Dostupné z: https://www.economica.net/clawback--cea-mai-contestata-taxa-din-industria-farma--se-apropie-de-25prc--in-primul-trimestru--e-a-treia-sursa-de-bani-la-cnas_168760.html

⁸¹ FLOREA, Magda. *Guvern: Taxa Clawback, cel mai mare inhibitor pentru dezvoltarea pietei de medicamente* [online]. 07.11.2019 [cit. 2019-11-09]. Dostupné z: <https://www.manager.ro/articole/ultima-ora-93/guvern-taxa-clawback-cel-mai-mare-inhibitor-pentru-dezvoltarea-pietei-de-medicamente-101364.html>

⁸² Question reference: E-000472/2018. European Parliament [online]. 25.04.2018 [cit. 2019-11-09]. Dostupné z: http://www.europarl.europa.eu/doceo/document/E-8-2018-000472-ASW_EN.html?redirect

Niektoré štúdie⁸³ uvádzajú, že claw-back daň v Rumunsku, je dobrým nástrojom na kontrolu rastu cien liekov. Ako pozitívum tiež vidia, že je to dodatočný zdroj financovania zdravotného systému, ktorý nenarušuje jednotný prístup k liekom pre celú populáciu. Ako slabina sa zmieňuje zhoršenie podmienok na rozvoj farmaceutických spoločností, vysoká sadzba tejto dane, pridelenie zodpovednosti za rast cien liekov len farmaceutickým spoločnostiam a nie doktorom, lekárňam a distribútorom ako aj to, že táto daň je nepredvídateľná a P hodnota môže štvrťročne nadobúdať rôzne hodnoty

Graf 11 Príjmy FNUASS plynúce z claw-back dane od roku 2011



Zdroj: Vlastné spracovanie na základe dát z FNUASS

Z vyššie uvedeného grafu je zrejmý narastajúci trend výberu finančných zdrojov, ktorých absolútny objem narástol z 1 811 miliónov lei v roku 2012 až na 3 631 miliónov lei v roku 2019*, čo je nárast o 100%. Dôležité je podotknúť, že niektoré konštrukčné prvky dane sa časom menili, čo malo vplyv aj na výber tejto dane. Napríklad od roku 2013 sa do cien liekov pre parameter CAT nezahrňuje DPH v nadväznosti na rozhodnutie Ústavného

⁸³ NIȚĂ, Aurel Mircea. *Financing Health System in Romania and The ClawBack Tax*. INDIAN JOURNAL OF APPLIED RESEARCH [online]. 2014, 4(2), 3 [cit. 2019-11-09]. DOI: 10.15373/2249555X. ISSN 2249-555X. Dostupné z: [https://www.worldwidejournals.com/indian-journal-of-applied-research-\(IJAR\)/article/financing-health-system-in-romania-and-the-clawandndash-back-tax/Mz11MQ==/?is=1&b1=329&k=83](https://www.worldwidejournals.com/indian-journal-of-applied-research-(IJAR)/article/financing-health-system-in-romania-and-the-clawandndash-back-tax/Mz11MQ==/?is=1&b1=329&k=83)

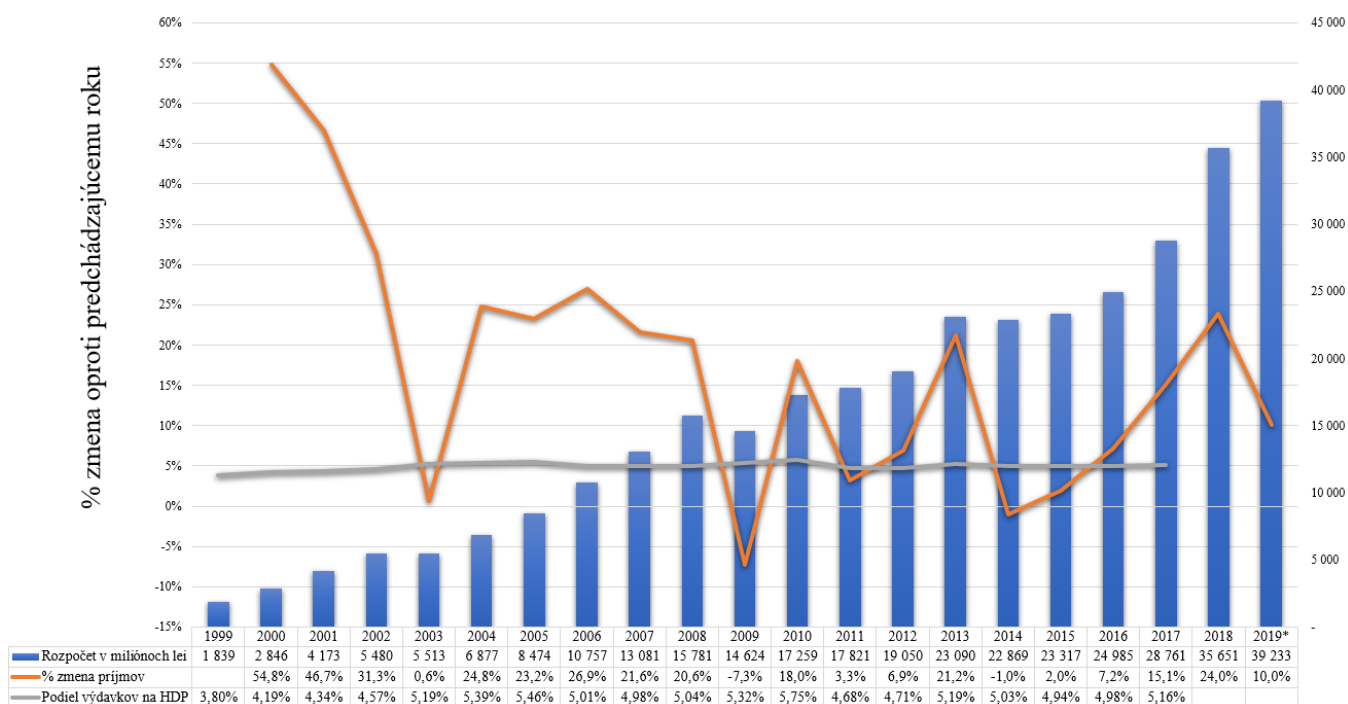
*odhad na základe schváleného rozpočtu FNUASS na rok 2019.

súdu Rumunska, ktorý tento postup označil za protiústavný⁸⁴. Je to jedným z dôvodov poklesu výberu medzi rokmi 2012 a 2013.

3.3 Analýza príjmovej strany rozpočtu FNUASS

Od roku 1999 sa príjmy do rozpočtu na zdravotnú starostlivosť neustále zvyšujú, tak ako to zobrazuje graf na nasledovnom obrázku.

Graf 12 Vývoj príjmov rozpočtu FNUASS v miliónoch lei, jeho ročné zmeny v % a pomer výdavkov na zdravotníctvo k HDP v období 1999 až 2019



*pre rok 2019 sú odhadované príjmy na základe schváleného rozpočtu FNUASS

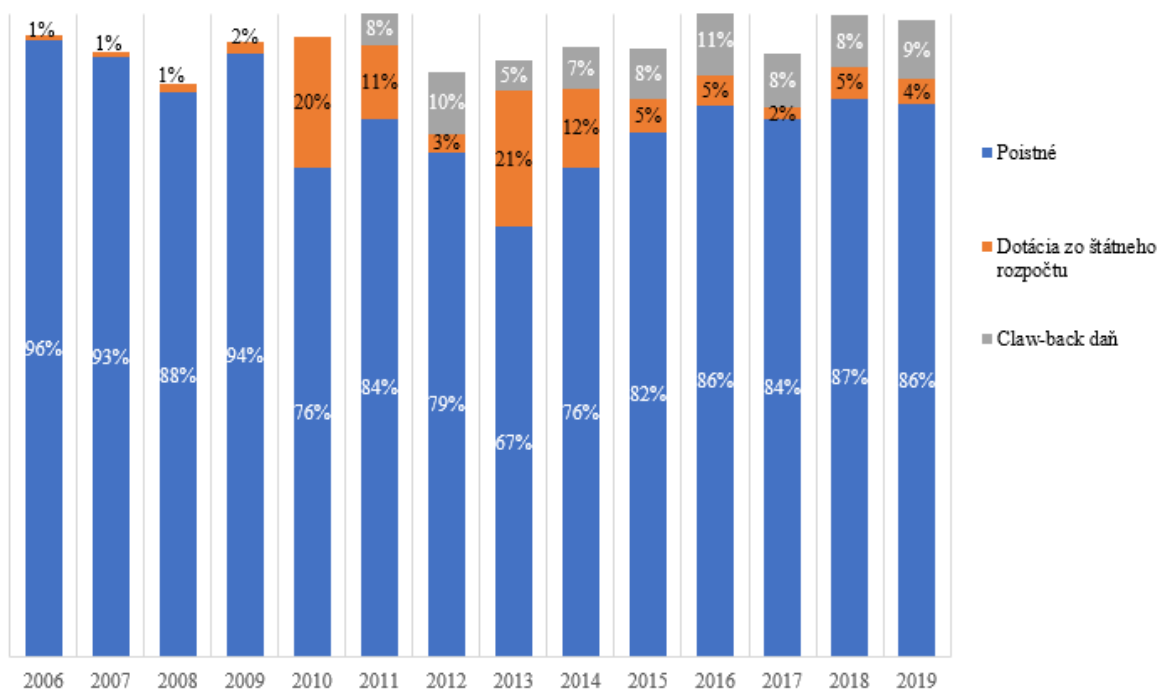
Zdroj: vlastné spracovanie na základe dát z FNUASS a OECD

Príjmy narástli z hodnoty 1 839 miliónov lei v roku 1999 až na 39 233,4 milióna lei, čo je nárast o viac ako dvadsaťnásobok. Z grafu je zrejmé, že rast príjmov pomere k HDP sa dlhodobo nemení a je na úrovni okolo 5%. Medziročne jediný výrazný pokles príjmov bol zaznamenaný v sledovanom období v roku 2009. Tento pokles sa dá vysvetliť dopadom hospodárskej krízy, zvýšenou nezamestnanosťou a teda poklesom výnosu poistného na

⁸⁴ Curtea Constituțională: Aplicarea taxei clawback la o altă taxă este contrară prevederilor constituționale. Ziarul Financiar [online]. 06.03.2013 [cit. 2019-11-09]. Dostupné z: <https://www.zf.ro/companii/curtea-constitucionala-aplicarea-taxei-clawback-la-o-alta-taxa-este-contrara-prevederilor-constitucionale-10644018>

povinné sociálne zdravotné poistenie. Ďalším faktorom, ktorý zohral rolu v páde príjmov je zmena sadzby poistného z 12,5% na 10,7% s platnosťou práve od roku 2009. V nasledovnom roku sa príjmy vrátili k rastu, jednak vďaka obnovenej konjunktúre, ale aj vďaka novému opatreniu, ktoré zavádzalo povinnosť platiť poistné pre dôchodcov poberajúcich penziu nad určitý limit, čím do rozpočtu prispeli čiastkou 1 700 milióna lei, čo predstavovalo 9,5% rozpočtu. Od roku 2011 začali platiť farmaceutické spoločnosti claw-back daň. Podľa dát dostupných z FNUASS v roku 2011 vďaka tomu prispeli do rozpočtu sumou 1 425 miliónov lei, 8% z celkového rozpočtu.

Graf 13 Podiel hlavných príjmov fondu FNUASS v rokoch 2006 až 2019



Zdroj: vlastné spracovanie na základe dát z FNUASS

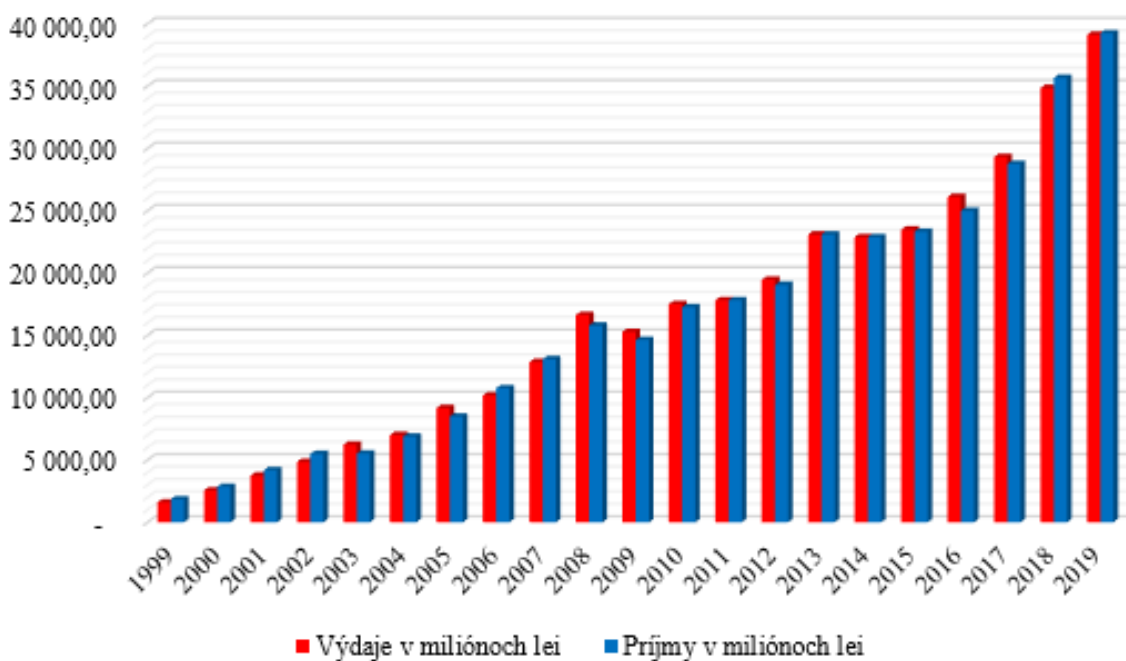
Obrázok 19 zobrazuje vývoj štruktúry troch hlavných príjmov rozpočtu FNUASS v rokoch 2006 až 2019. Najvýznamnejšou položkou na strane príjmov fondu FNUASS sú príspevky z poistného na povinné zdravotné sociálne poistenie. Za sledované obdobie dosahovali najvyššiu hodnotu v roku 2006, keď predstavovali až 95% príjmov. Aj keď tieto príspevky si udržiavajú dominantnú úlohu vo financovaní zdravotnej starostlivosti, z grafu vidíme, že trend je mierne klesajúci a k roku 2019 podiel poistného na celkovom rozpočte Jednotného národného zdravotného fondu bol 86%. Od roku 2016 toto číslo viac menej osciluje okolo hodnoty 85%. Výraznejšie zníženie podielu zdravotného poistenia na príjmoch bolo vždy sprevádzané vyššou dotáciou zo strany štátneho rozpočtu. Úloha dotácii zo štátneho rozpočtu na pokrytie deficitu FNUASS sa časom zmenšovala, no aj dnes

predstavuje tretí najvýznamnejší zdroj príjmov. Maximum podielu dotácie na príjmoch FNUASS bol dosiahnutý v roku 2013, odvtedy klesá a od roku 2015 osciluje okolo hodnoty 5%, za rok 2019 sa očakáva, že to budú 4%. Príjem z claw-back dane, ktorej výt'azok začal prúdiť do rozpočtu od roku 2011 sa v roku 2012 stal druhým najdôležitejším príjmom a od roku 2015 si túto pozíciu udržiava. Dnes predstavuje asi 9% rozpočtu vydeleného na zdravotnú starostlivosť FNUASS. Vývoj podielu claw-back dane je mierne rastúci.

3.4 Analýza výdajovej strany rozpočtu FNUASS

Rovnako s príjmami rástli aj výdavky v rozpočte FNUASS, ktorý sa neprepadal do výraznejších deficitov okrem krízových rokov 2008-2009 a tiež v rokoch 2016-2017, kedy nárast príjmov o 7% respektíve 15% nepokryl ešte výraznejší nárast výdavkov, najmä na nemocničnú starostlivosť.

Graf 14 Vývoj príjmov a výdavkov fondu FNUASS v rokoch 1999-2019

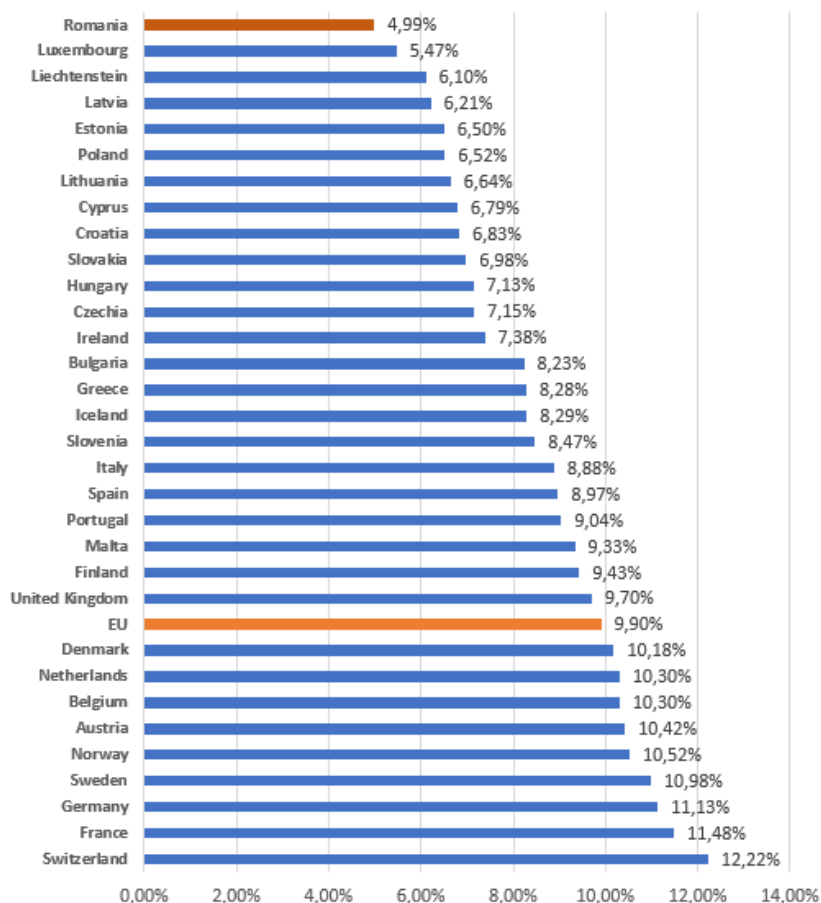


Zdroj: Vlastné spracovanie na základe dát FNUASS

Zo schváleného rozpočtu na rok 2019 vyplýva, že sa očakáva, že výdaje dosiahnu úroveň 39 117 milióna lei, a príjmy prevýšia výdaje o 0,30%. Čo sa však týka celkových výdavkov na zdravotníctvo, napriek neustálemu navyšovaniu výdavkov, ktoré do tohto sektoru smerujú, Rumunsko je ešte stále na chvoste Európskej únie v ukazovateli podielu výdavkov na zdravotníctvo k HDP. A to aj napriek tomu, že nárast výdavkov na zdravotníctvo medzi

rokmi 2011 až 2016 dosiahol 37,3%⁸⁵, čo je najviac spomedzi krajín EÚ. V roku 2016 sa podiel výdajov na zdravotníctvo v pomere k HDP v Rumunsku vyšplhal na úroveň takmer 5%, čo je polovica priemeru krajín EÚ. Môžeme teda usúdiť, že miestny zdravotný systém vo všeobecnosti trpí podfinancovaním.

Graf 15 Vývoj podielu výdajov na zdravotníctvo v pomere k HDP v roku 2016 v krajinách EHS



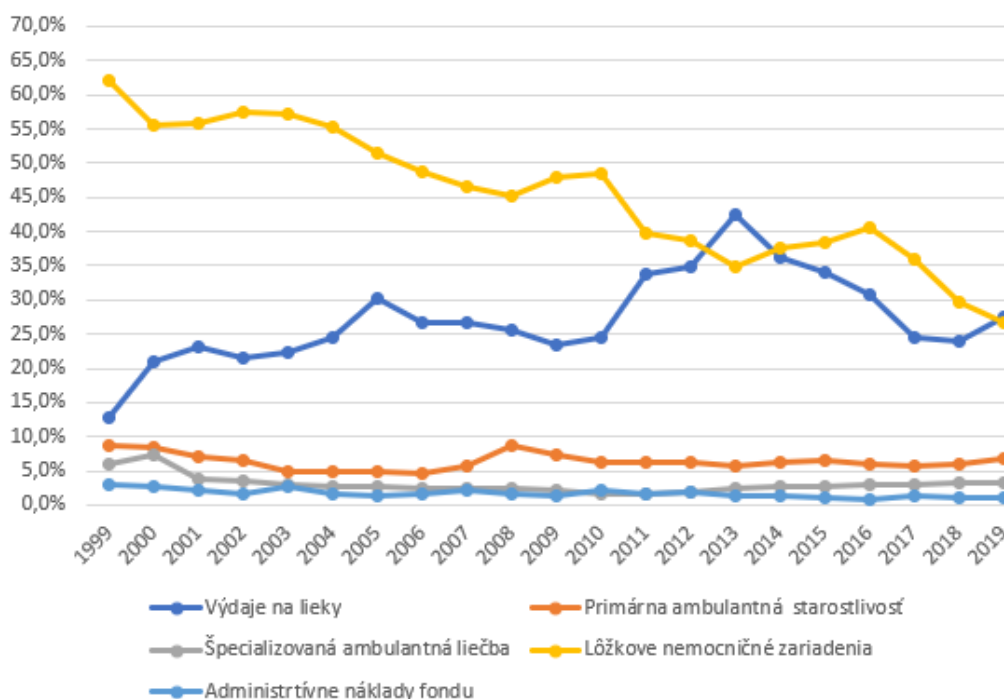
Zdroj: Vlastné spracovanie na základe dát Eurostat

Pokiaľ by sme sa bližšie zamerali na štruktúru výdajov fondu FNUASS od roku 1999, môžeme nájsť dve základné tendencie. Podiel výdajov na lôžkové nemocničné zariadenia výrazne klesol, presnejšie zo 62% na 26,8% percenta. Tento výrazný pokles podielu výdajov sa dá pripísať racionalizácii nemocničnej siete, kedy boli niektoré nemocničné zariadenia zrušené, prípadne boli tieto zariadenia zmenšené a špecializované úkony presunuté to

⁸⁵ data Eurostat

väčších zariadení. Výrazný pokles v roku 2011 je spojený so zrušením 67 nemocničných zariadení po celej krajine, ktoré boli vyhodnotené ako najmenej výkonné⁸⁶. Na druhej strane, za posledných 20 rokov výrazne stúpal podiel výdajov na lieky. Táto zložka výdajov by podľa očakávaní mala dosiahnuť v roku 2019 hodnotu 27,6%, čím sa stane najvýznamnejšou výdajovou zložkou rozpočtu FNUASS. Od roku 1999 narástol podiel výdajov na lieky o 14,7 percentuálnych bodov.

Graf 16 Podiel najvýznamnejších položiek výdajov FNUASS v období 1999 až 2019



Zdroj: Vlastné spracovanie na základe dát FNUASS

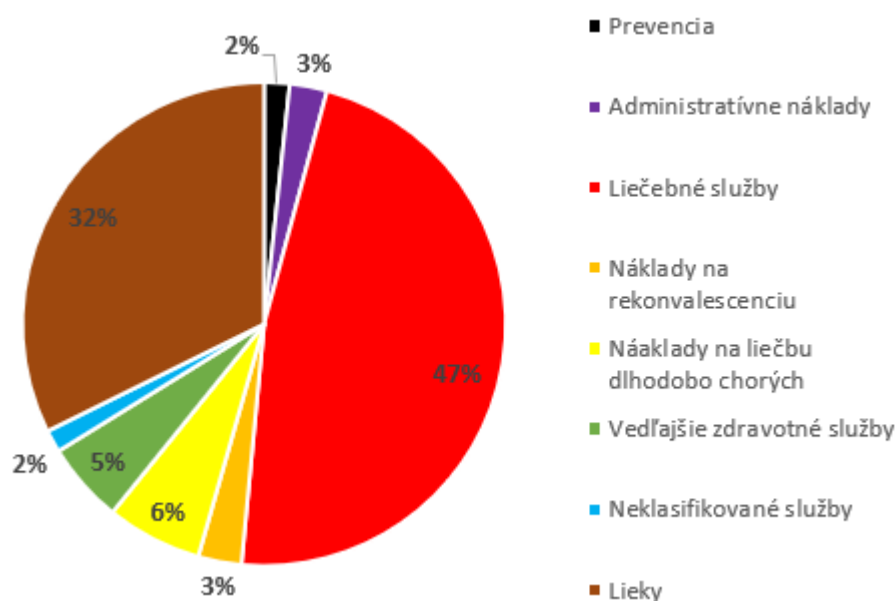
Čo sa týka primárnej ambulantnej starostlivosti, jej podiel na výdavkoch fondu FNUASS sa pohyboval za posledných 20 rokov medzi 5% až 10%. Síce ich význam na výdavkoch klesal kontinuálne do roku 2006, následne sa však tendencia obrátila a dnes je tento ukazovateľ viac menej stabilný. V rok 1999 dosiahla časť výdajov na ambulantnú starostlivosť hodnotu 8,8% a v roku 2019 by to malo byť 6,7%. Medzi ďalšie významnejšie položky výdajov patria náklady na špecializovanú ambulantnú liečbu, tie však od roku 2001 neprekračujú 5% celkových nákladov FNUASS. Administratívne náklady Jednotného

⁸⁶ VLĂDESCU C, Scintee SG, Olsavszky V, Hernández-Quevedo C, Sagan A. Romania: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2016; 18(4):1–170. ISSN 1817-6127

zdravotného fondu sa od roku 1999 pohybujú na úrovni 1%. čo môžeme pokladať za veľmi nízku hodnotu.

V roku 2018 vydal rumunský štatistický úrad INS publikáciu⁸⁷ podrobne analyzujúcu zdravotníctvo v Rumunsku v roku 2016. Z agregovaných údajov za celý zdravotný sektor v roku 2016, môžeme vyčítať podobné údaje ako z rozpočtu FNUASS, keďže verejné zdroje predstavujú takmer 80% všetkých zdrojov vydelených tomu sektoru v krajine.

Graf 17 Podiel jednotlivých výdajov na celkových nákladoch na zdravotníctvo v roku 2016



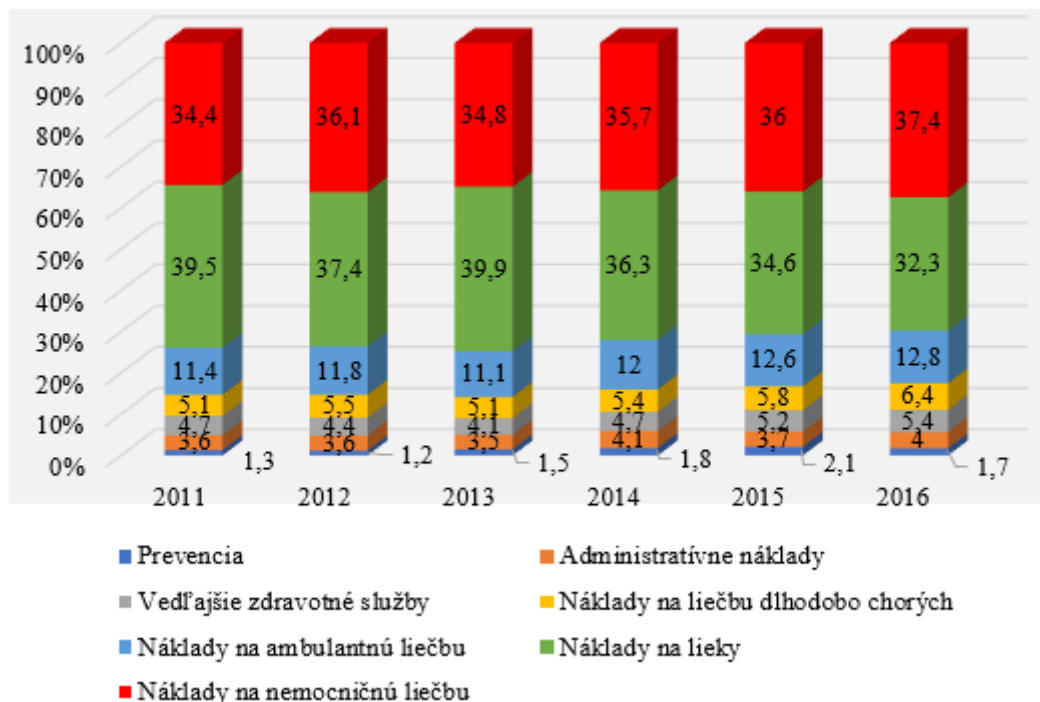
Zdroj: Vlastné spracovanie na základe dát INS

Klasifikácia výdajov sa podľa INS mierne líši, ale taktiež z nej vyplýva, že v roku 2016 z celkových nákladov 38 218,48 milióna lei, najväčšia časť výdajov smerovala na liečebné služby: 47,3%. Konkrétne 39,9% smerovalo do nemocničných zariadení a z týchto výdajov 83,4% bolo z fondu FNUASS. Na lieky smerovalo 32,3% celkových nákladov na zdravotníctvo. Nasledujúce položky už nepresiahli 10% a išlo o nasledovné výdaje: výdaje na liečbu dlhodobo chorých dosiahli 6,4%, alebo 2 459,04 milióna lei, vedľajšie zdravotné služby, kde INS zahŕňa prepravu pacientov a laboratórne služby dosiahli 5,4%. Náklady

⁸⁷ Institutul Național De Statistică: *SISTEMUL CONTURILOR DE SĂNĂTATE (SCS) ÎN ROMÂNIA – anul 2016*. [cit. 2019-11-06]. Dostupné z http://www.insse.ro/cms/files/publicatii/sanatate/sistemul_conturilor_de_sanatate_in_romania_in_anul_2016_editia_2018.pdf

na rekonvalescenciu, kde patria napríklad liečebné pobyty v kúpeľoch, predstavovali len 2,9% a neklasifikované služby, z ktorých sú podľa INS najdôležitejšie náklady na ošetrovanie rumunských pacientov v zahraničí dosiahli 2%. Administratívne náklady v tomto sektore predstavovali 3%, čo bolo viac ako peniaze vynaložené na prevenciu: 2%. Ako sa podiel jednotlivých výdajov vyvíjal od roku 2011 zobrazuje nasledovný graf.

Graf 18 Vývoj podielu jednotlivých výdajov na celkových výdajoch na zdravotníctvo v Rumunsku v rokoch 2011 až 2016



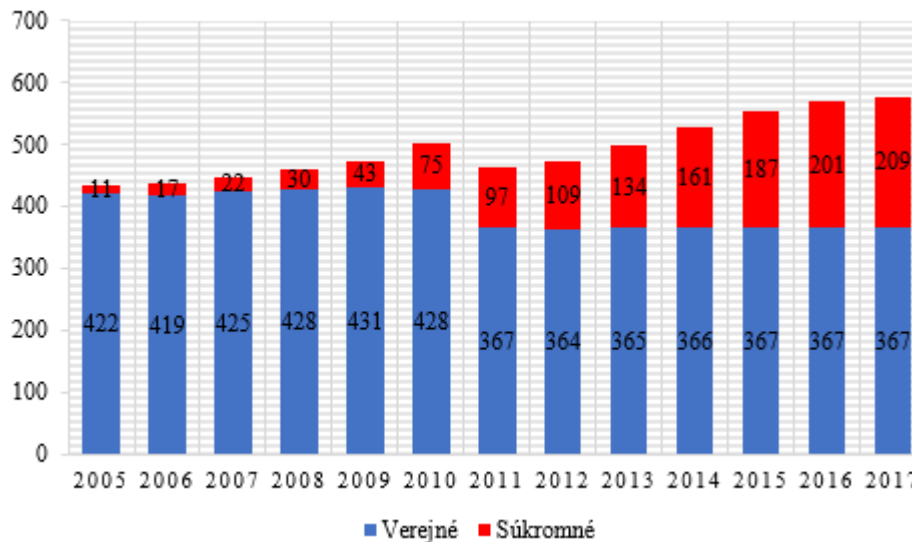
Zdroj: vlastné spracovanie na základe dát z INS

Z grafu je zrejmé, že podiely jednotlivých výdajov sa príliš nemenili. Najvýznamnejšia zmena bola zaznamenaná v podiele výdajov na lieky ktorý klesol z 39,5% na 32,3%. Opätovne vývoj viac-menej kopíruje vývoj výdajov vo fondu FNUASS.

Zaujímavé je pozrieť sa ako sa vyvíjal počet nemocníc podľa vlastníctva. To znamená, na súkromné a štátne. Zatiaľ čo v roku 1998 fungovali v Rumunsku len 2 privátne nemocničné zariadenia, v roku 2017 ich už bolo 209 a na celkovom počte nemocničných zariadení sa podieľali časťou 36%. Výrazným impulzom pre rozvoj súkromných nemocníc, boli rušenia štátnych nemocníc, čím sa zhoršila dostupnosť v niektorých regiónoch a tak tam nakoniec našli svojich pacientov súkromné zariadenia. Od doby zatvárania štátnych nemocníc z dôvodu ich neefektivity v roku 2011, keď bolo uzavretých viac ako 60 verejných

nemocníc, sa počet štátnych nemocníc stabilizoval na úrovni okolo 366 zariadení. Za nárast počtu nemocníc je zodpovedný jedine súkromný sektor.

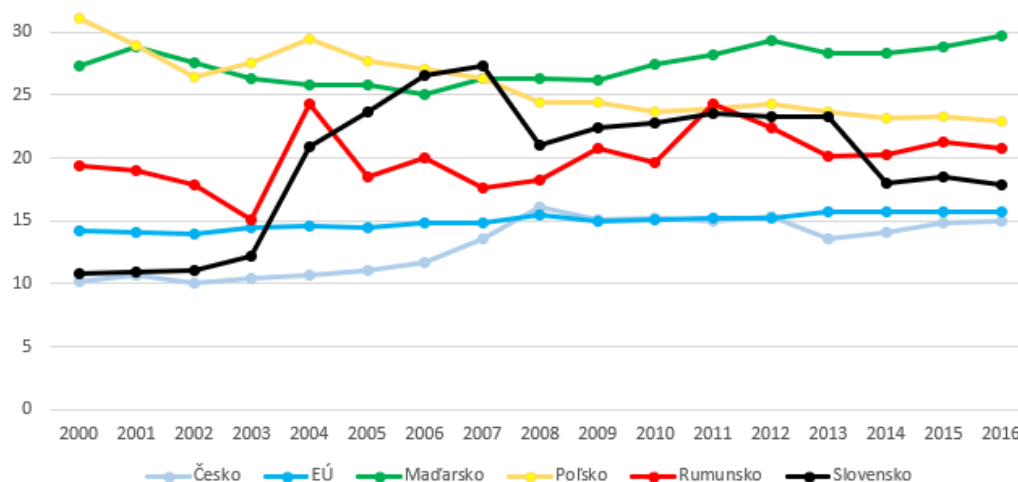
Graf 19 Vývoj počtu súkromných a verejných nemocníc v Rumunsku medzi rokmi 2005-2017



Zdroj: Vlastné spracovanie na základe dát INS

Pri analýze podielu priamych platieb pacientov na celkových výdajoch na zdravotníctvo vidíme, že Rumunsko sa dlhodobo drží nad úrovňou priemeru štátov Európskej únie. V roku 2016 bol priemer EÚ na úrovni 15,7%, zatiaľ čo v Rumunsku dosiahol tento ukazovateľ 20,8%. Porovnanie s vývojom v krajinách V4 ukazuje graf na nasledujúcom obrázku:

Graf 20 Vývoj podielu priamych platieb pacientov na celkových výdajoch na zdravotníctvo vo vybraných krajinách medzi rokmi 2000-2016



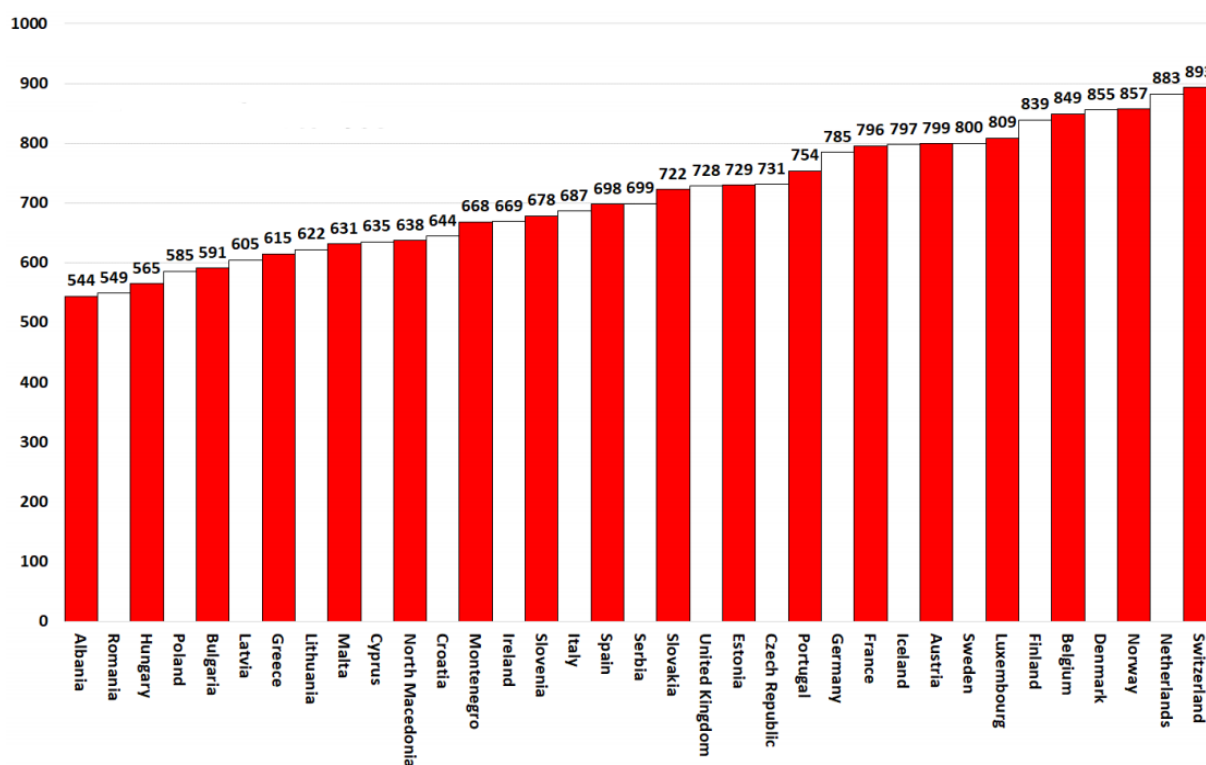
Zdroj: Vlastné spracovanie na základe dát Svetovej banky

3.5 Vyhodnotenie efektívnosti, index EHCI

Európsky index zdravia spotrebiteľov (*Euro Health Consumer Index – EHCI*) je index, ktorý sa snaží o celkové zhodnotenie výkonnosti jednotlivých zdravotných systémov v 35 európskych krajinách. Je publikovaný každoročne vo Švédsku spoločnosťou Health Consumer Powerhouse a snaží sa podať hodnoverný obraz o stave zdravotného systému v jednotlivých krajinách z pohľadu pacienta, analyzujúc 42 indikátorov zo šiestich oblastí: 1) práva pacientov a ich informovanosť, 2) prístup k zdravotným službám, 3) výsledky zdravotného systému, 4) rozsah a dosah poskytovaných služieb, 5) prevencia, 6) prístup k liekom.

Zo správy⁸⁸ spoločnosti Health Consumer Powerhouse pre rok 2018 vyplýva, že rumunský zdravotný systém výrazne zaostáva za svojim náprotivkami z iných európskych krajín. Z 35 sledovaných krajín, skončilo Rumunsko na 34. mieste. Horšie skóre za sledovaný rok dosiahlo len Albánsko.

Graf 21 Poradie krajín podľa indexu EHCI v roku 2018



Zdroj: prevzaté z Euro Health Consumer Index 2018 Report

⁸⁸ BJÖRNBERG, Professor Arne, Ph.D. a Ann Yung , B.A. PHANG. *Euro Health Consumer Index 2018 Report* [online]. Health Consumer Powerhouse, 2019 [cit. 2019-11-16]. ISBN 978-91-980687-5-7. Dostupné z: <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>

Rumunsku sa vyčíta hlavne zlý manažment celého zdravotného sektoru a keďže sa Rumunsko na konci tohto rebríčku nachádza pravidelne, report EHCI konštatuje, že deklarované úsilie o reformy zatiaľ prináša veľmi slabé výsledky, tak ako je tomu aj v Poľsku a Maďarsku. Mimo iné správa tiež upozorňuje na zastaralú štruktúru zdravotného systému. Rumunsko napríklad vykazuje vysoký pomer nemocničnej liečby k celkovým nákladom, ktorá je oveľa nákladnejšia ako ambulantná liečba. Správa EHCI uvádza, že ambulantná liečba je asi o dve tretiny lacnejšia ako nemocničná liečba rovnakej diagnózy⁸⁹. Je to jedným z bodov, ktorý poukazuje na nutnosť reštrukturalizácie zdravotného systému. Podrobnejšie výsledky Rumunska v jednotlivých kategóriách uvádza nasledovná tabuľka:

Tabuľka 6 Dosiahnuté skóre Rumunskom v jednotlivých kategóriách EHCI v roku 2018

Kategória	skóre/max.	skóre v %
Práva pacientov a ich informovanosť	96/125	77%
Prístup k zdravotným službám	175/225	78%
Výsledky systému	133/300	44%
Rozsah a dosah služieb	52/125	42%
Prevencia	54/125	43%
Prístup k liekom	39/100	39%
Celkové skóre	549/1000	55%

Zdroj: vlastné spracovanie na základe dát EHCI

Rumunsko v roku 2018 dosahovalo nadpriemerné výsledky v kategórii práva pacientov a ich informovanosti a tiež v kategórii prístup k zdravotným službám. Na druhej strane v kategórii výsledky systému a v prevencii dosiahol rumunský zdravotný systém najhoršieho výsledku spomedzi všetkých krajín Európy vôbec. Jediný pozitívny bod v prevencii report hodnotil prevenciu HPV vírusov. V prístupe k liekom, kde sa hodnotí najmä prístup k novým molekulám a novým typom liečebných preparátov, Rumunsko skončilo na predposlednom mieste. Veľmi zlé hodnotenie dosahuje krajina v kategórii výsledky napríklad v úspešnosti liečby rakoviny, kde sa umiestnila na poslednom mieste

⁸⁹ BJÖRNBERG, Professor Arne, Ph.D. a Ann Yung , B.A. PHANG. *Euro Health Consumer Index 2018 Report* [online]. Health Consumer Powerhouse, 2019 [cit. 2019-11-16]. ISBN 978-91-980687-5-7. Dostupné z: <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>

v tomto ukazovateli, ďalej v úmrtnosti do 65 rokov, v úmrtnosti detí do jedného roku života alebo v šírení MRSA⁹⁰ v nemocniciach.

Index EHCI rozdeľuje krajiny do 3 skupín, zelenou farbou sú označované krajiny s najlepšimi zdravotnými systémami s celkovým skóre nad 750, žltou systémy na strednej úrovni výkonnosti a červenou farbou sú označené krajiny s vážnymi problémami a nevýkonnými zdravotnými systémami so skóre pod 650. Pomocou štatistického modelu sa pokúsime overiť, či dosiahnuté skóre jednotlivých krajín závisí od množstva peňažných prostriedkov, ktoré sú vyčlenené na zdravotníctvo. Za týmto účelom sme využili posledné dostupné dáta WHO o výdajoch na zdravotníctvo na hlavu v parite kúpnej sily (PPP), ktoré sú z roku 2016 a porovnali sme ich s hodnotením dosiahnutým jednotlivými krajinami v indexe EHCI v roku 2018. Rovnicu regresnej priamky vyjadrujúcej závislosť dosiahnutého skóre zdravotného systému od výdajov na zdravotníctvo môžeme zapísať nasledovne:

$$y=0,046x+558,76$$

Bližšie informácie o kvalite tohto modelu môžeme vidieť na výstupe z programu EViews10.

Tabuľka 7 Vyhodnotenie modelu v programe EViews10

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	558.7552	20.42468	27.35687	0.0000
VYDAJE	0.045994	0.005367	8.570244	0.0000
R-squared	0.689993	Mean dependent var		712.8286
Adjusted R-squared	0.680598	S.D. dependent var		101.4749
S.E. of regression	57.34915	Akaike info criterion		10.99164
Sum squared resid	108534.5	Schwarz criterion		11.08052
Log likelihood	-190.3537	Hannan-Quinn criter.		11.02232
F-statistic	73.44908	Durbin-Watson stat		1.338790
Prob(F-statistic)	0.000000			

Zdroj: vlastné spracovanie dát EHCI v programe EViews 10

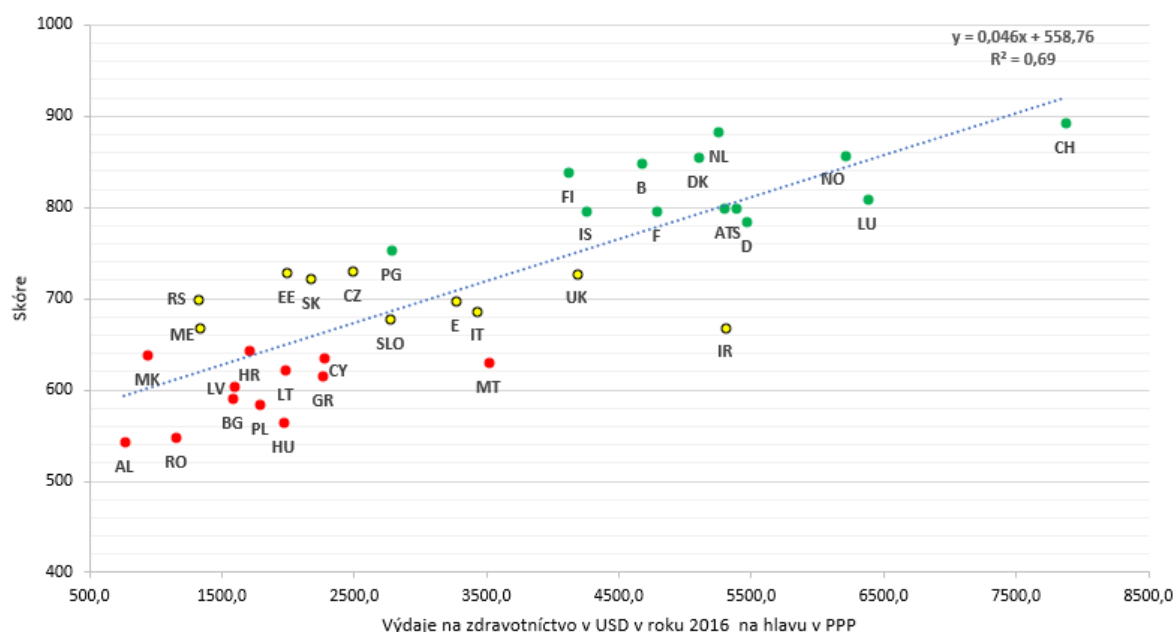
Na základe výsledkov T-testov, môžeme usúdiť, že na 5% hladine významnosti zamietame nulovú hypotézu a potvrdzujeme, že parameter x vyjadrujúci výdaje, ako aj konštanta sú v modeli významné. F-štatistika, ktorá hovorí o kvalite celkového modelu, takisto potvrdzuje, že model ako celok je významný, keďže hodnota Prob(F-štatistiky) sa blíži nule.

⁹⁰ Methicillin-resistant Staphylococcus aureus, vsoko rezistentná baktéria šírená hlavne v nemocniciach

Koeficient determinácie R-squared nám vyšiel 0,69, čo znamená, že sa nám podarilo vysvetliť 69% štvorcov v regresnom modeli. Ide teda o relatívne dobrý model. Samozrejme, že výsledky zdravotného systému opatre nezávisia výlučne od toho, koľko peňazí do systému putuje, preto nie je prekvapivé že R-square má hodnotu 69%. Avšak závislosť sa nám podarilo dokázať. Ako pravdepodobné dôvody tejto závislosti môže byť skutočnosť, že viac peňazí v systéme, umožní zaplatiť a udržať špičkových odborníkov, kúpu najnovšieho vybavenia a tiež umožní príjem pacientov aj so slabšími zdravotnými indikáciami. Na výsledky majú určite vplyv aj iné faktory, ako je životné prostredie, stravovacie návyky a iné.

Fakt, že skóre krajín do veľkej časti závisí od výdajov na hlavu, môžeme konštatovať aj pri pohľade na nasledujúci graf. Krajiny s najlepšimi výsledkami sa sústreďujú vpravo na ose x. Z tohto trendu vybočuje Írsko a Veľká Británia, zdravotníctvo ktorých dosahuje podobných prípadne výrazne horších výsledkov, ako niektoré postkomunistické krajiny s oveľa menšími výdajmi na tento sektor. Relatívne dobré výsledky Česka, Estónska a Slovenska, pri menších výdajoch vyzdvihuje aj správa EHCI.⁹¹

Graf 22 Graf zobrazujúci závislosť hodnotenia EHCI od výdajov na zdravotníctvo na hlavu v PPP



Zdroj: vlastne spracovanie na základe dát WHO a EHCI.

⁹¹ BJÖRNBERG, Professor Arne, Ph.D. a Ann Yung , B.A. PHANG. *Euro Health Consumer Index 2018 Report* [online]. Health Consumer Powerhouse, 2019 [cit. 2019-11-16]. ISBN 978-91-980687-5-7. Dostupné z: <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>

3.6 Vyhodnotenie nákladovej efektívnosti použitím metódy CEA

Po tom, čo sa nám podarilo dokázať závislosť výdajov na hlavu od celkového hodnotenia zdravotného systému, v tejto časti zhodnotíme nákladovú efektívnosť zdravotného systému Rumunska pomocou metód CEA (Cost Effectiveness Analysis), ktorá dáva do pomeru náklady a výstupy. Pre lepšie zhodnotenie efektívnosti v Rumunsku si výsledky porovnáme s krajinami v Európe, ktoré majú podobnú výšku HDP na obyvateľa v parite kúpnej sily: Chorvátsko a Bulharsko. Pre analýzy použijeme nasledovné ukazovatele: dojčenská úmrtnosť, úmrtnosť na rakovinu, kardiovaskulárne ochorenia, diabetes a chronické respiračné choroby a odvrátiteľná úmrtnosť.

Tabuľka 8 Výdaje na zdravotníctvo na obyvateľa v USD v PPP v Rumunsku, Bulharsku a Chorvátsku vo vybraných rokoch

Krajina	Výdaje na zdravotníctvo na osobu v \$ v PPP					
	2005	2006	2010	2012	2015	2016
Rumunsko	529	584	977	892	1 063	1 152
Chorvátsko	1 057	1 216	1 600	1 644	1 620	1 705
Bulharsko	706	741	1 058	1 227	1 481	1 578

Zdroj: World Bank

Výsledky CEA dostaneme dosadením konkrétnych čísiel do nasledovného vzorca:

$$CEA = \frac{C}{E}$$

C – sú výdaje, v našom prípade výdaje na zdravotníctvo na hlavu

E – je hodnota nami vybraného ukazovateľa

Za výdaje budeme dosadzovať hodnoty z tabuľky 6, ktoré zobrazujú výdaje na zdravotníctvo na hlavu v USD v parite kúpnej sily v nami vybraných krajinách. Vidíme, že v každej z krajín ma táto hodnota stúpajúcu tendenciu, avšak Rumunsko vyčleňuje na zdravotníctvo zo sledovaných krajín najmenej prostriedkov.

Dojčenská úmrtnosť

Ukazovateľ dojčenskej úmrtnosti vyjadruje počet zomretých detí do 1 roka života na 1000 živo narodených. Vo všeobecnosti ide o jeden z najdôležitejších socioekonomických ukazovateľov verejného zdravia. V nasledovnej tabuľke nájdeme výšku tohto ukazovateľa pre Rumunsko, Chorvátsko a Bulharsko.

Tabuľka 9 Dojčenská úmrtnosť na 1000 živo narodených v Rumunsku, Chorvátsku a Bulharsku

Krajina	Dojčenská úmrtnosť		
	2005	2012	2016
Rumunsko	15,2	9,4	7,1
Chorvátsko	5,8	4,4	4,1
Bulharsko	11	8,2	6,5

Zdroj: World Bank

Všetky tri krajiny v období medzi 2005 až 2016 zaznamenali pokrok v danej oblasti, pričom najlepšie absolútne aj percentuálne zlepšenie dosiahlo Rumunsko, pokles ukazovateľa z 15,2 na 7,1, čo je pokles o 53%. Napriek tomuto zlepšeniu Rumunsko naďalej zaostáva za svojimi náprotivkami.

Pohľad na túto situáciu z perspektívy nákladovej efektívnosti poskytuje tabuľka 10, kde sú výsledky pre jednotlivé krajiny vypočítané na základe vzorca CEA. Do tabuľky sme doplnili zmenu sledovaného ukazovateľa za nami sledované obdobie. Následne sme zistili k akej zmene výdajov na hlavu došlo medzi rokmi 2005 až 2016 a vypočítali sme koľko ktorý štát stálo zlepšenie ukazovateľa dojčenskej úmrtnosti o jednu jednotku.

Tabuľka 10 Výsledky analýzy CEA v absolútnom vyjadrení

Krajina	Dojčenská úmrtnosť					
	I 2005	II 2012	III 2016	III-I	Zmena výdajov v \$ na hlavu (2016-2005)	Náklady na zlepšenie ukazovateľa o jednotku v \$
Rumunsko	15,2	9,4	7,1	-8,1	623	76,91
Chorvátsko	5,8	4,4	4,1	-1,7	648	381,43
Bulharsko	11	8,2	6,5	-4,5	872	193,68

Zdroj: World Bank a vlastné výpočty

Z tabuľky je zjavné, že najmenšie absolútne náklady na zmenu ukazovateľa dojčenskej úmrtnosti malo Rumunsko, konkrétne 76,91\$. Najvyššie náklady dosahovalo Chorvátsko a to 381,43\$. Nasledujúca tabuľka zobrazuje výsledky krajín v relatívnom vyjadrení.

Tabuľka 11 Vyhodnotenie CEA dojčenskej úmrtnosti, relatívne vyjadrenie

Krajina	Dojčenská úmrtnosť		
	Zmena ukazovateľa	Zmena výdajov na hlavu	Nutné zmeny nákladov na zlepšenie ukazovateľa o 1% bod
Rumunsko	-53%	118%	2,21
Chorvátsko	-29%	61%	2,09
Bulharsko	-41%	123%	3,02

Zdroj: vlastné výpočty

Pri relatívnom vyjadrení zistíme, že zatiaľ čo, Chorvátsko potrebuje na zníženie hodnoty ukazovateľa úmrtnosti o 1% bod zvýšiť svoje náklady o 2,09 percentuálneho bodu, u Bulharska to je až 3,02. V relatívnom vyjadrení je zmena výdajov v Chorvátsku najefektívnejšia spomedzi sledovaných krajín.

Úmrtnosť na rakovinu, kardiovaskulárne ochorenia, diabetes a chronické respiračné choroby

Nasledovným ukazovateľom, ktorý sleduje aj Svetová banka je súhrnný ukazovateľ úmrtnosti na rakovinu, kardiovaskulárne ochorenia, diabetes a chronické respiračné choroby pre vekovú skupinu 30 až 70 rokov. Výsledky krajín zobrazuje nasledovná tabuľka.

Tabuľka 12 Úmrtnosť v % na rakovinu, kardiovaskulárne ochorenia, diabetes a chronické respiračné choroby pre vekovú skupinu 30 až 70 rokov

Krajina	Úmrtnosť na rakovinu, kardiovaskulárne ochorenia, diabetes a chronické respiračné choroby		
	2005	2010	2016
Rumunsko	25,4	23,4	21,4
Chorvátsko	20,7	18,8	16,7
Bulharsko	27,5	25,1	23,6

Zdroj: World Bank

Aj v tomto ukazovateli sa zvolené krajiny zlepšujú. Najlepšie výsledky dosahuje opäť Chorvátsko, kde zo všetkých úmrtí medzi 30. až 70. rokov života len 16,7% sú spôsobené rakovinou, kardiovaskulárnym ochorením, diabetom alebo chronickým respiračným ochorením. Táto krajina tiež zaznamenala najvýraznejšie relatívne zlepšenie a to o 19% medzi rokmi 2005 až 2016. Najhoršie výsledky má Bulharsko s hodnotou 23,6%.

Pri nákladovej analýze CEA vidíme, že v sledovanom období 2005-2016 vo všetkých troch krajinách sa podarilo znížiť ukazovateľ úmrtnosti na civilizačné choroby asi o 4 jednotky. Pri analýze, efektívnosti zistíme, že v absolútnom vyjadrení, najviac zmena ukazovateľa o jednu jednotku stojí Bulharsko a to 233,48\$ na hlavu a najmenej Rumunsko 155,74\$. V tomto prípade sú náklady Bulharska výrazne vyššie ako v Chorvátsku a Rumunsku.

Tabuľka 13 Výsledky analýzy CEA, úmrtnosť na civilizačné choroby

Krajina	Úmrtnosť na rakovinu, kardiovaskulárne ochorenia, diabetes a chronické respiračné choroby					
	I 2005	II 2012	III 2016	III-I	Zmena výdajov v \$ na hlavu (2016-2005)	Náklady na zlepšenie ukazovateľa o jednotku v \$
Rumunsko	25,4	23,4	21,4	-4	622,95	155,74
Chorvátsko	20,7	18,8	16,7	-4	648,43	162,11
Bulharsko	27,5	25,1	23,6	-3,9	871,58	223,48

Zdroj: World Bank a vlastné výpočty

Relatívne vyjadrenie, zobrazené v tabuľke 14 ukazuje na fakt, že Bulharsko aj v relatívnom vyjadrení dosahuje najnižšej efektívnosti. Na zmenu tohto ukazovateľa o jeden 1 percentuálny bod, musí zdvihnúť svoje výdavky na hlavu o 8,7% bodu, čo je hodnota vyššia ako v prípade Rumunska (7,47% bodu) a Chorvátska (3,18% bodu)

Tabuľka 14 Výsledky analýzy CEA, úmrtnosť na civilizačné choroby relatívne vyjadrenie

Krajina	Úmrtnosť na rakovinu, kardiovaskulárne ochorenia, diabetes a chronické respiračné choroby		
	Zmena ukazovateľa	Zmena výdajov na hlavu	Nutné zmeny nákladov na zlepšenie ukazovateľa o 1% bod
Rumunsko	-16%	118%	7,47
Chorvátsko	-19%	61%	3,18
Bulharsko	-14%	123%	8,70

Zdroj: vlastné výpočty

Odvrátiteľná úmrtnosť

V roku 2016 vydal Eurostat štatistiku s novým ukazovateľom, takzvanou odvrátiteľnou úmrtnosťou. Tento ukazovateľ je založený na predpoklade, že určitým úmrtiam ľudí mladších ako 75 rokov sa dá predísť pri dnešných poznatkoch a vymoženostiach v prípade efektívnejšieho fungovania zdravotného systému. Aktuálne sú dostupné informácie len za rok 2015 a 2016, tieto sú zhrnuté v tabuľke 11.

Tabuľka 15 Počet odvrátiteľných úmrtí na 100 000 obyvateľov

Krajina	Odvrátiteľná úmrtnosť	
	2015	2016
Rumunsko	522,93	517,51
Chorvátsko	393,66	371,22
Bulharsko	442,2	426,4

Zdroj: Eurostat

V danom ukazovateli sa krajiny výrazne líšia. Najlepšiu hodnotu dosahuje Chorvátsko s 371,22 odvrátiteľnými úmrtiami na 100 000 obyvateľov. Najhoršie z tejto štatistiky vyšlo Rumunsko s 517,51 odvrátiteľnými úmrtiami v roku 2016. Analýza nákladov CEA je zobrazená tabuľkou 16. V absolútnom vyjadrení vidíme, že najmenšie náklady na zníženie odvrátiteľnej úmrtnosti o jednu jednotku malo Chorvátsko 3,78\$ na hlavu. Najhoršie si v tomto ukazovateli vedie Rumunsko, s výdajmi 16,42\$ na hlavu, čo výrazne prevyšuje aj hodnotu v Bulharsku (6,13\$).

Tabuľka 16 Výsledky CEA, odvrátiteľná úmrtnosť

Krajina	Odvrátiteľná úmrtnosť				
	I 2015	II 2016	II-I	Zmena výdajov na hlavu	Náklady na zlepšenie ukazovateľa o jednotku v \$
Rumunsko	522,93	517,51	-5,42	88,99	16,42
Chorvátsko	393,66	371,22	-22,44	84,81	3,78
Bulharsko	442,2	426,4	-15,8	96,93	6,13

Zdroj: Eurostat a vlastné výpočty

Pri relatívnom vyjadrení sa ukazuje, že najväčšie náklady na zmenu tohto ukazovateľa o jeden percentuálny bod má Rumunsko, konkrétne je to spojené so zvýšením výdajov na hlavu o 8,08 percentuálneho bodu. Najvyššiu efektívnosť dosiahlo Chorvátsko, kde je táto hodnota 0,92 percentuálneho bodu.

Tabuľka 17 Výsledky CEA odvrátiteľná úmrtnosť, relatívne vyjadrenie

Krajina	Odvrátiteľná úmrtnosť		
	Zmena ukazovateľa	Zmena výdajov na hlavu	Nutné zmeny nákladov na zlepšenie ukazovateľa o 1%
Rumunsko	-1,04%	8,37%	8,08
Chorvátsko	-5,70%	5,23%	0,92
Bulharsko	-3,57%	6,54%	1,83

Zdroj: vlastné výpočty

V nami vybraných ukazovateľoch nedosahuje efektívnosť Rumunska výrazne horších výsledkov ako krajiny s porovnateľný HDP na hlavu v PPP.

Ďalšie štúdie⁹² ako príčinu zlých výsledkov rumunského zdravotníctva vidia:

- fakt, že systém zdravotného poistenia takmer plne nahradil systém financovania zo štátneho rozpočtu namiesto toho, aby ho doplnil

⁹² STANCIU, MARIANA. Calitatea Vieții: SISTEMUL PUBLIC DE SERVICII MEDICALE DIN ROMÂNIA ÎN CONTEXT EUROPEAN [online]. București, 2013, XXIV(nr. 1, p. 47–80) [cit. 2019-10-20]. ISSN 1844-5292. Dostupné z: <https://www.revistacalitateavietii.ro/>

- nedostatok transparentnosti, efektívnosti a vysoká korupcia v systéme
- nerovné rozdelenie doktorov a nemocničných zariadení po celom území krajiny a z toho vyplývajúca nerovnosť v prístupe k zdravotným službám
- nedostatok kvalifikovaných pracovníkov a problém ich emigrácie
- nedostatočne rozvinutá zdravotná infraštruktúra

Európska komisia v svojom odporúčaní, vydanom 5.6.2019 hodnotí zdravotný systém nasledovne:

„Systém zdravotnej starostlivosti čelí mnohým výzvam. Nízka miera financovania, neefektívne využívanie verejných zdrojov a nedostatočné reformy obmedzujú efektívnosť systému zdravotnej starostlivosti. Pretrvávajúca emigrácia sa podpísala pod značný nedostatok lekárov a zdravotných sestier. Infraštruktúra zdravotnej starostlivosti a prevaha neformálnych platieb predstavujú aj naďalej zdroj obáv. Ľudia na vidieku a zraniteľné skupiny majú obmedzený prístup k službám zdravotnej starostlivosti. Tieto faktory sa následne negatívne prejavujú na zdravotnom stave ľudí, ktorý je napriek nedávnemu zlepšeniu stále pod priemerom EÚ. Nesmierne potrebné zlepšenie komunitnej starostlivosti mešká. Pilotný projekt zriadenia centier komunitnej starostlivosti sa začal s oneskorením, čo ovplyvnilo zavádzanie integrovaných služieb starostlivosti. Odvetvie dlhodobej starostlivosti nedokáže reagovať na rýchle starnutie populácie. Existuje veľmi málo poskytovateľov služieb domácej a dennej starostlivosti a tieto služby sa vyskytujú najmä v oblastiach s vyšším príjmom. Pokrytie dlhodobej starostlivosti a verejné výdavky na ňu patria k najnižším v EÚ a slabý je aj prístup k dlhodobej starostlivosti, rehabilitácii či paliatívnej starostlivosti.“⁹³

⁹³ ODPORÚČANIE RADY, ktoré sa týka národného programu reforiem Rumunska na rok 2019 a ktorým sa predkladá stanovisko Rady ku konvergenčnému programu Rumunska na rok 2019 [online]. Brusel: Európska komisia [cit. 2019-11-24]. Dostupné z: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2019:0523:FIN:SK:PDF>

4 Návrh využitia prvkov rumunského systému financovania na Slovensku

Vzhľadom na nie príliš pozitívne hodnotenie výsledkov rumunského zdravotného systému, je ťažké hľadať jednotlivé prvky, ktoré by sa dali preniesť z rumunského do slovenského zdravotníctva, tak aby prispeli k zlepšeniu jeho výsledkov. Napriek tomu, sa autor práce nazdáva, že ako doplnkový systém financovania, by sa v modifikovanej forme mohla zaviesť takzvaná claw-back daň, prípadne povinnosť platiť sociálne zdravotné poistenie pre osoby poberajúce starobný dôchodok nad určitý limit.

Slovensko vyčlenilo na zdravotníctvo v roku 2016 6,98 % svojho HDP, čo je síce viac ako Rumunsko, no stále výrazne menej ako bol priemer EÚ: 9,9%. Podobne ako v Rumunsku, aj na Slovensku funguje systém povinného sociálneho zdravotného poistenia, ktorý je hlavným zdrojom financovania nákladov na zdravotníctvo a to do výšky asi 70% z celkových verejných zdrojov, pričom verejné zdroje predstavujú 74,5% všetkých zdrojov v tomto sektore⁹⁴. Aj na Slovensku sa očakáva, že kvôli starnutiu obyvateľstva sa rozpočet zdravotníctva dostane v najbližších rokoch pod čoraz väčší tlak. Podľa štúdií⁹⁵ pri súčasnom nastavení systému by sa bilancia systému zdravotníctva na Slovensku do roku 2030 mohla pohybovať v rozmedzí od -1 až -3 miliardy eur. Je zrejmé, že financovanie zdravotníctva si bude vyžadovať do budúcnosti zásadne zmeny nie len na strane výdavkov, ale aj príjmov. Správy WHO⁹⁶ hovoria mimo iné o tom, že na výdajovej strane je problémom vysoký počet nevyužitých akútnych lôžok, ktoré sú navyše nerovnomerne rozložené po území republiky, nadmerné predpisovanie liekov, ale zle fungujúci systém gatekeepingu, čo vedie k nadmernému a neefektívnemu využívaniu služieb. Autori⁹⁷ tiež uvádzajú že, pri inak nemennom nastavení systému, sa budú musieť zmeniť parametre niektorých prvkov príjmovej strany, aby zostal systém fiškálne udržateľný. Ide najmä o zvýšenie sadzby

⁹⁴ Smatana M, Pažitný P, Kandilaki D, Laktišová M, Sedláková D, Palušková M, van Ginneken E, Spranger A (2016). *Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition*, 2016; 18(6):1–210, ISSN 1817-6127

⁹⁵ SIVÁK, Rudolf, Pavol OCHOTNICKÝ a Ľuboš KUČTA. *Fiškálna udržateľnosť systému zdravotníctva SR. Politická Ekonomie* [online]. 2014, 62(4), 20 [cit. 2019-11-23]. ISSN 2336-8225. Dostupné z: <https://www.vse.cz/polek/965>

⁹⁶ Smatana M, Pažitný P, Kandilaki D, Laktišová M, Sedláková D, Palušková M, van Ginneken E, Spranger A (2016). *Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition*, 2016; 18(6):1–210, ISSN 1817-6127

⁹⁷ SIVÁK, Rudolf, Pavol OCHOTNICKÝ a Ľuboš KUČTA. *Fiškálna udržateľnosť systému zdravotníctva SR. Politická Ekonomie* [online]. 2014, 62(4), 20 [cit. 2019-11-23]. ISSN 2336-8225. Dostupné z: <https://www.vse.cz/polek/965>

povinného poistného na sociálne zdravotné poistenie z dnešných 14% na 19% až 23%. Ďalšou alternatívou by bolo zdvojnásobenie výšky platieb za poistencov štátu z rozpočtovanej sadzby 4,32% na až 8,3% do roku 2030. Ako poslednú alternatívu autori uvádzajú postupné zvyšovanie veku odchodu do dôchodku na 65 rokov od roku 2026. Ako najpravdepodobnejšia sa javí kombinácia viacerých riešení.

Z opatrení, ktoré prijalo Rumunsko na príjmovej strane, by sme mohli uvažovať o zavedení povinnosti platiť príspevky na zdravotné poistenia pre ľudí poberajúcich dôchodky nad určitý limit. K 31. augustu 2019 Sociálna poisťovňa vyplácala starobný dôchodok 1 401 299 obyvateľom. Celková suma, ktorú plánuje vyplatiť za tento rok podľa plánovaného rozpočtu, dosahuje 5 472 741 000€⁹⁸. Pokiaľ občan odpracuje minimálne 30 rokov, má nárok na aspoň minimálny dôchodok, ktorý je od 1. januára 2019 vo výške 278,90 €. V prípade, že by sme uvažovali o oslobodení dôchodkov do výšky 278,90€ od príspevku na zdravotné poistenie dostaneme výpočtom $5\,472\,741\,000 - (278,90 \cdot 1\,401\,299)$ sumu 5 081 918 708,90€, z ktorých by len pri 5% sadzbe bolo možné získať až 254 095 935 € do rozpočtu pre zdravotníctvo, čo je asi 4,3 percenta celkových výdajov na zdravotníctvo.

Pri možnom zavádzaní claw-back dane na Slovensku, by bolo nutné vyhnúť sa nedokonalostiam, ktoré konštrukcia tejto dane má v Rumunsku. Túto daň by bolo vhodné kombinovať s ďalšími opatreniami na kontrolu zbytočného predpisovania liekov lekármi, na ktoré upozorňuje aj WHO. V Rumunsku tiež zaznievajú názory⁹⁹, že by bolo vhodné, aby táto daň bola diferencovaná a zvyhodňovala generické lieky. Podporil by sa tým ich predaj a klesli náklady na lieky v celom systéme. Pre zamedzenie toho, aby niektoré lieky nezmizli z pultov lekární, by bolo potrebné zvážiť aj diferenciáciu na základe ceny liekov, prípade marží, tak aby sa výroba a distribúcia niektorých liekov nestala stratovou. Navyše v prípade Rumunska, výška tejto dane nie je vopred známa a podlieha častým zmenám. Pri zavádzaní claw-back dane sa teda odporúča¹⁰⁰ model s pevne stanovenou hodnotou P a diferenciáciou

⁹⁸ Sociálna poisťovňa. Kumulatívne výdavky na dôchodkové dávky [online]. [cit. 2019-11-24]. Dostupné z: www.socpoist.sk

⁹⁹ APMGR cere calculul diferențiat al taxei clawback, pentru a preveni dispariția a sute de medicamente ieftine. Medical manager [online]. 2018 [cit. 2019-11-24]. Dostupné z: <http://www.medicalmanager.ro/producatorii-de-medicamente-generice-solicita-liderilor-coalitiei-taxe-clawback-diferentiata-pentru-ca-produsele-ieftine-sa-nu-dispara/>

¹⁰⁰ RADU, Paul. Romanian Claw-Back Taxation: From A Financial Solution to A Challenge for Patients Access to Drugs. Value in Health [online]. 3n. 1., 19(7), 3 [cit. 2019-11-09]. DOI: 10.1016/j.jval.2016.09.904.

na základe hodnoty používajúc dôverné zmluvy regulátora a farmaceutických spoločností o riadenom vstupe na trh. Je nutné podotknúť, že je potrebné zamedziť tomu, aby bola daň prenesená na pacienta v zvýšených cenách liekov, čo štát môže vynútiť odmietnutím zvýšiť cenu liekov.

Podobne ako v Rumunsku, by šlo skôr o doplnkový zdroj príjmov do systému. V roku 2016 podľa Štatistického úradu SR, bolo na lieky na recept vynaložených 1 074,3 milióna eur.¹⁰¹ Pri zavedení napríklad priemernej sadzby claw-back dane 5% , by sa tak do systému vrátilo asi 53 miliónov eur.

Posledným opatrením, ktorým by sa mohlo inšpirovať Slovensko, je automatické pridelenie príjmov dane z alkoholických a tabakových výrobkov do rozpočtu ministerstva zdravotníctva. Týmto by sa mohli vybrané zdroje priamo použiť na liečenie tých, ktorí trpia zdravotnými problémami spôsobenými konzumáciou výrobkov zaťažených touto daňou. Z rok 2018 činil príjem spotrebnej dane z tabakových výrobkov 728 miliónov €, čo predstavuje asi 13% celkových výdavkov na zdravotníctvo. Príjem zo spotrebnej dane z alkoholických výrobkov je 221 miliónov €, teda asi 4% .

Zavedenie týchto príjmových opatrení si vyžaduje silnú politickú vôľu a tak ich realizácia závisí na aktuálnej politickej situácii v krajine.

Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/309595456_Romanian_Claw-Back_Taxation_From_A_Financial_Solution_to_A_Challenge_for_Patients_Access_to_Drugs

¹⁰¹ *ŠTATISTICKÁ ROČENKA Slovenskej republiky* [online]. Bratislava: VEDA vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied, Štatistický úrad Slovenskej republiky, 2018 [cit. 2019-11-24]. ISBN 978-80-224-1700-6.

5 Záver

Rumunský zdravotný systém prešiel od prvej svetovej vojny výraznými zmenami. Išlo o hlboké štrukturálne zmeny, kedy sa menil samotný charakter systému. Postupne sa systém, ktorý poskytoval služby len úzkemu okruhu obyvateľstva zmenil na zdravotný systém zabezpečujúci univerzálne pokrytie pre všetkých obyvateľov Rumunska. Výrazné zmeny boli po druhej svetovej vojne zavádzané do zdravotného systému po vzoru Sovietskeho zväzu. Ďalšie obdobie veľkých zmien nastalo po páde komunistického režimu a postupným prechodom na Bismarckov systém povinného sociálneho zdravotného poistenia. Vzhľadom na demografický vývoj a iné socioekonomické faktory, ktoré boli spomenuté aj v tejto práci, je zrejmé, že proces zmien bude pokračovať aj naďalej.

V práci sa nám podarilo identifikovať jednotlivé prvky financovania Rumunského zdravotného systému a jeho organizácie. Efektívnosť a najmä výsledky zdravotného systému v Rumunsku však zaostávajú za svojimi európskymi náprotivkami takmer vo všetkých oblastiach.

Napriek deklarovaným reformným snahám rumunský zdravotný systém sa stále udržiava na posledných priečkach hodnotenia EHCI. Aj keď vo všeobecnosti sa zdravie populácie, priemerný vek dožitia a iné ukazovatele zlepšujú, celkový rozdiel oproti európskemu priemeru zostáva priepastný a výsledky zdravotného systému zaostávajú dokonca za ekonomicky menej rozvinutými krajinami ako Macedónsko alebo Srbsko, ktoré nemajú prístup k štrukturálnym fondom EÚ, ktoré by mohli byť aj na tento účel využité. Rumunský zdravotný systém trpí najmä podfinancovaním a zastaralou štruktúrou starostlivosti s vysokým podielom lôžkovej nemocničnej starostlivosti i tam, kde by sa dala nahradiť ambulantnou liečbou. Zlý dostup k primárnej starostlivosti v rurálnych oblastiach často spôsobuje to, že pacienti prichádzajú priamo do nemocníc, čím finančne ešte viac zaťažujú systém¹⁰².

V práci sa nám podarilo dokázať vzťah medzi celkovým hodnotením zdravotného systému a výšky výdajov na hlavu na zdravotníctvo. Po potvrdení tohto vzťahu sme vykonali analýzu zameranú na nákladovú efektívnosť metódou CEA a porovnaním výsledkov

¹⁰² VLĂDESCU C, Scintee SG, Olsavszky V, Hernández-Quevedo C, Sagan A. *Romania: Health system review. Health Systems in Transition*, 2016; 18(4):1–170. ISSN 1817-6127

s krajinami s obdobnou výškou HDP na obyvateľa v parite kúpnej sily: Chorvátskom a Bulharskom. Zistili sme, že rumunský zdravotný systém nedosahuje efektívnosti Chorvátska a v prípade ukazovateľa odvrátiteľnej úmrtnosti, vykazuje najhoršiu nákladovú efektívnosť spomedzi sledovaných krajín.

V závere sme načrtli možné využitie príjmových opatrení z rumunského zdravotného systému, konkrétne zavedenie platieb na zdravotné poistenie pre dôchodcov poberaajúcich starobný dôchodok nad určitý limit a tiež zavedenie claw-back dane. Ako ďalšie vhodné opatrenie vnímame povinný presun príjmu zo spotrebných daní na tabak a alkoholické výrobky do rozpočtu ministerstva zdravotníctva. Keďže sa do budúcnosti očakáva, že zdravotný systém na Slovensku bude deficitný, zavedenie dodatočných príjmových opatrení bude určite jednou z nutných riešení pre dlhodobú udržateľnosť systému.

6 Zoznam použitej literatúry

- APMGR cere calculul diferențiat al taxei clawback, pentru a preveni dispariția a sute de medicamente ieftine. Medical manager [online]. 2018 [cit. 2019-11-24]. Dostupné z: <http://www.medicalmanager.ro/producatorii-de-medicamente-generice-solicita-liderilor-coalitie-taxa-clawback-diferentiata-pentru-ca-produsele-ieftine-sa-nu-dispara/>
- Asociația Sf. Damian din Iași a lansat studiul „Barometrul mitei în serviciile medicale publice”. CRAI NOU [online]. Asociația Sf. Damian, Iași, 2010, 22.10.2010 [cit. 2019-11-03]. Dostupné z: <https://www.crainou.ro/2010/10/22/asociația-sf-damian-din-iasi-a-lansat-studiul-barometrul-mitei-in-serviciile-medicale-publice/>
- Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate (ANMCS) [online]. [cit. 2019-10-27]. Dostupné z: <https://anmcs.gov.ro/web/atributii-misiune-viziune/>
- BARA, Ana-Claudia & Heuvel, Wim & Maarse, Johannes. . *Reforms of Health Care System in Romania*. *Croatian medical journal*. 2002. 43. 446-52
- BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010. ISBN 978-80-7357-503-8.
- BARTLETT, W., Bozиков, J., & Rechel, B. *Health reforms in south-east Europe*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2012 ISBN: 978-0-230-30003-3
- BJÖRNBERG, Arne, a Ann Yung , B.A. PHANG. Euro Health Consumer Index 2018 Report [online]. Health Consumer Powerhouse, 2019 [cit. 2019-11-16]. ISBN 978-91-980687-5-7. Dostupné z: <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>
- Casa Județeană de Asigurări de Sănătate [online]. [cit. 2019-10-28]. Dostupné z: <http://www.cnas.ro/casbv/page/misiune-viziune-obiective.html>
- Casa Națională de Asigurări de Sănătate [online]. [cit. 2019-10-27]. Dostupné z: <http://www.cnas.ro/page/prezentare-generală.html>
- Ce sunt programele naționale de sănătate? Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Ilfov [online]. [cit. 2019-11-03]. Dostupné z: <http://www.cnas.ro/cjastm/page/ce-sunt-programele-naționale-de-sanatate.html>
- Contribuția de asigurări sociale de sănătate. Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Ilfov [online]. [cit. 2019-10-30]. Dostupné z: <http://www.cnas.ro/casailfov/page/contributia-de-asigurari-sociale-de-sanatate.html>
- CORLETTE, Sabrina a JoAnn VOLK. *Active Purchasing for Health Insurance Exchanges: An Analysis of the Option*. Health Policy Institute | Georgetown University [online]. June 2011, [cit. 2019-10-05]. Dostupné z: <https://www.nasi.org/research/2011/active-purchasing-health-insurance-exchanges-analysis-option>
- Curtea Constituțională: Aplicarea taxei clawback la o altă taxă este contrară prevederilor constituționale. Ziarul Financiar [online]. 06.03.2013 [cit. 2019-11-09]. Dostupné z: <https://www.zf.ro/companii/curtea-constitucionala-aplicarea-taxei-clawback-la-o-alta-taxa-este-contrara-prevederilor-constitucionale-10644018>
- Curtea de Conturi a României [online]. [cit. 2019-10-27]. Dostupné z: <http://www.curteadeconturi.ro/About.aspx>
- Direcțiile de sănătate publică județene [online]. [cit. 2019-10-28]. Dostupné z: <http://www.dspct.ro/s1/despre-noi/>
- DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005. ISBN 80-245-0998-9

ENSOR, T.; DURAN-MORENO, A. Corruption as a challenge to effective regulation in health sector in *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*. Open University Press 2002. ISBN 0-335-20922

FLOREA, Magda. *Guvern: Taxa Clawback, cel mai mare inhibitor pentru dezvoltarea pietei de medicamente* [online]. 07.11.2019 [cit. 2019-11-09]. Dostupné z: <https://www.manager.ro/articole/ultima-ora-93/guvern-taxa-clawback-cel-mai-mare-inhibitor-pentru-dezvoltarea-pietei-de-medicamente-101364.html>

GUVERNUL ROMÂNIEI MINISTERUL SĂNĂTĂȚII: *RAPORTUL DE ACTIVITATE PENTRU ANUL 2018*. [online]. [cit. 2019-10-27]. Dostupné z: <http://www.ms.ro/rapoarte/>

Guvernul României, Mai mulți pensionari vor fi asigurați în sistemul de asigurări sociale de sănătate cu plata contribuției de la bugetul de stat: Ședințe de guvern. Guvernul României [online]. [cit. 2019-10-30]. Dostupné z: <http://gov.ro/ro/stiri/mai-multi-pensionari-vor-fi-asigurati-in-sistemul-de-asigurari-sociale-de-sanatate-cu-plata-contributiei-de-la-bugetul-de-stat>

GUVERNUL ROMÂNIEI. Ordonanța de urgență nr. 77/2011 privind stabilirea unei contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății [online]. [cit. 2019-11-09]. Dostupné z: <https://lege5.ro/Gratuit/gi3dcnrvgi/ordonanta-de-urgenta-nr-77-2011-privind-stabilirea-unor-contributii-pentru-finantarea-unor-cheltuieli-in-domeniul-sanatatii>

<http://business-review.eu/business/romani-as-population-dropped-by-almost-40000-persons-in-7-months-due-to-demographic-crisis-204559>

HUSSEY, P & Anderson, G. *A Comparison of Single- and Multi-payer Health Insurance Systems and Options for Reform*. Health policy (Amsterdam, Netherlands) January 2004. 66. 215-28. doi: [10.1016/S0168-8510\(03\)00050-2](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(03)00050-2)

Institutul Național De Statistică Numărul de pensionari și pensia medie lunară în trimestrul II 2019. [online]. 12.09.2019 [cit. 2019-10-30]. Dostupné z: <http://www.insse.ro/cms/ro/content/num%C4%83rul-de-pensionari-%C8%99i-pensia-medie-lunar%C4%83-%C3%AEn-trimestrul-ii-2019>

Institutul Național De Statistică: *SISTEMUL CONTURILOR DE SĂNĂTATE (SCS) ÎN ROMÂNIA – anul 2016*. [cit. 2019-11-06]. Dostupné z: http://www.insse.ro/cms/files/publicatii/sanatate/sistemul_conturilor_de_sanatate_in_romania_in_anul_2016_editia_2018.pdf

IONIȚA, Andoria, Steluța Rădoi. *EVENIMENTE DEMOGRAFICE ÎN ANUL 2018*. Institutul Național De Statistică, 2019, [online]. [cit. 2019-10-26]. Dostupné z: http://www.insse.ro/cms/sites/default/files/field/publicatii/evenimente_demografice_in_anul_2016.pdf

KUTZIN, Joseph. *Towards Universal Health Care Coverage: Goal-oriented Framework for Policy Analysis*. Washington DC.: The World Bank, 2000. ISBN 1-932126-32-5

KUVÍKOVÁ, Helena, Milan MURGAŠ a Juraj NEMEC. *Ekonomía zdravotníctva*. 1. vyd. Banská Bystrica: Phoenix, 1995. 110 s. ISBN 80-900563-1-8

MICHAEL D. Barr; Medical Savings Accounts in Singapore: A Critical Inquiry. August 2001; 26 (4): 709–726. doi: <https://doi.org/10.1215/03616878-26-4-709>

Ministerul Sănătății Bugetul anual al Ministerului Sănătății [online]. [cit. 2019-11-03]. Dostupné z: <http://www.ms.ro/buget/>

Ministerul Sănătății Bugetul anual al Ministerului Sănătății [online]. [cit. 2019-11-03]. Dostupné z: <http://www.ms.ro/buget/>

MOSSIALOS, Elias, Anna DIXON. *Funding Health Care: Options for Europe*. Open University Press, 2010. ISBN 0-335-20824-6

NITĂ, Aurel Mircea. *Financing Health System in Romania and The ClawBack Tax*. Indian journal of applied research [online]. 2014, 4(2), 3 [cit. 2019-11-09]. DOI: 10.15373/2249555X. ISSN 2249-555X. Dostupné z: [https://www.worldwidejournals.com/indian-journal-of-applied-research-\(IJAR\)/article/financing-health-system-in-romania-and-the-clawandndash-back-tax/MzI1MQ==/?is=1&b1=329&k=83](https://www.worldwidejournals.com/indian-journal-of-applied-research-(IJAR)/article/financing-health-system-in-romania-and-the-clawandndash-back-tax/MzI1MQ==/?is=1&b1=329&k=83)

ODPORÚČANIE RADY, ktoré sa týka národného programu reforiem Rumunska na rok 2019 a ktorým sa predkladá stanovisko Rady ku konvergenčnému programu Rumunska na rok 2019 [online]. Brusel: Európska komisia [cit. 2019-11-24]. Dostupné z: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2019:0523:FIN:SK:PDF>

OLSAVSZKY, Victor. *Voluntary health insurance in Europe: Country experience* [online]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016 [cit. 2019-11-03]. ISBN 978 92 890 5037 1. Dostupné z: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/310799/Voluntary-health-insurance-Europe-country-experience.pdf

ORDIN nr. 1.221 din 2 august 2019 privind modul de calcul și procedura de aprobare a prețurilor maximale ale medicamentelor de uz uman [online]. [cit. 2019-11-03]. Dostupné z: <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocumentAfis/216802>

(Nariadenia č.1 221 z 2. augusta 2019 ohľadne spôsobu výpočtu a postupu schvaľovania maximálnych cien liekov pre ľudské použitie)

Press Release No. 09/148:IMF Executive Board Approves €12.9 Billion Stand-By Arrangement for Romania. International Monetary Fund [online]. 04.05.2019 [cit. 2019-11-05]. Dostupné z: <https://www.imf.org/en/News/Articles/2015/09/14/01/49/pr09148>

PRING, Coralie. People and corruption: Europe and Central Asia [online]. Transparency International, 2016 [cit. 2019-11-03]. ISBN 978-3-96076-033-7. Dostupné z: https://www.transparency.org/whatwedo/publication/people_and_corruption_europe_and_central_asia_2016

PUSCACIU, Viorica, Florin-Dan PUȘCACIU a Rose-Marie PUȘCACIU. *Claw-back Tax - a Fang of Romanian Health or a Moral Duty?* EIRP Proceedings [online]. 05/2016 [cit. 2019-11-09]. Dostupné z: <http://proceedings.univ-danubius.ro/index.php/eirp/article/view/1759/1839>

Question reference: E-000472/2018. European Parliament [online]. 25.04.2018 [cit. 2019-11-09]. Dostupné z: http://www.europarl.europa.eu/doceo/document/E-8-2018-000472-ASW_EN.html?redirect

RADU, Paul. *Romanian Claw-Back Taxation: From A Financial Solution to A Challenge for Patients Access to Drugs*. Value in Health [online]. 3n. l., 19(7), 3 [cit. 2019-11-09]. DOI: 10.1016/j.jval.2016.09.904. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/309595456_Romanian_Claw-Back_Taxation_From_A_Financial_Solution_to_A_Challenge_for_Patients_Access_to_Drugs

SIVÁK, Rudolf, Pavol OCHOTNICKÝ a Ľuboš KUČHTA. *Fiškálna udržateľnosť systému zdravotníctva SR. Politická Ekonomie* [online]. 2014, 62(4), 20 [cit. 2019-11-23]. ISSN 2336-8225. Dostupné z: <https://www.vse.cz/polek/965>

SIVÁK, Rudolf, Pavol OCHOTNICKÝ a Ľuboš KUČHTA. *Fiškálna udržateľnosť systému zdravotníctva SR. Politická Ekonomie* [online]. 2014, 62(4), 20 [cit. 2019-11-23]. ISSN 2336-8225. Dostupné z: <https://www.vse.cz/polek/965>

SMATANA M, Pažitný P, Kandilaki D, Laktišová M, Sedláková D, Palušková M, van Ginneken E, Spranger A (2016). Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition, 2016; 18(6):1–210, ISSN 1817-6127

Sociálna poisťovňa. Kumulatívne výdavky na dôchodkové dávky [online]. [cit. 2019-11-24]. Dostupné z: www.socpoist.sk

ȘOMANESCU, Cristina. *Clawback, cea mai contestată taxă din industria farma, se apropie de 25% în primul trimestru. E a treia sursă de bani la CNAS*. <https://www.economica.net/> [online]. 20.05.2019 [cit. 2019-11-09]. Dostupné z: https://www.economica.net/clawback--cea-mai-contestata-taxa-din-industria-farma--se-apropie-de-25prc--in-primul-trimestru--e-a-treia-sursa-de-bani-la-cnas_168760.html

STANCIU, MARIANA. *Calitatea Vieții: SISTEMUL PUBLIC DE SERVICII MEDICALE DIN ROMÂNIA ÎN CONTEXT EUROPEAN* [online]. București, 2013, XXIV(nr. 1, p. 47–80) [cit. 2019-10-20]. ISSN 1844-5292. Dostupné z: <https://www.revistacalitateavietii.ro/>

ŠSTATISTICKÁ ROČENKA Slovenskej republiky [online]. Bratislava: VEDA vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied, Štatistický úrad Slovenskej republiky, 2018 [cit. 2019-11-24]. ISBN 978-80-224-1700-6.

STIGLITZ, Joseph E. *Ekonomie veřejného sektoru*. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-716-9454-1.

TĂNĂSESCU, Paul. *Asigurări și protecție socială în România*. București: Ed. C.H. Beck, 2009. ISBN 978-973-11-5672-9

VLĂDESCU C, Scîntee G, Olsavszky V, Allin S and Mladovsky P. *Romania: Health system review. Health Systems in Transition*, 2008; ISSN 1817-6127

VLĂDESCU C, Scîntee SG, Olsavszky V, Hernández-Quevedo C, Sagan A. *Romania: Health system review. Health Systems in Transition*, 2016; 18(4):1–170. ISSN 1817-6127

VOICULESCU, Loredana. *Exclusiv. Guvernul ia banii din taxa pe viciu de la Ministerul Sănătății și îi duce la bugetul de stat* [online]. 18.12.2018 [cit. 2019-11-03]. Dostupné z: <https://republica.ro/exclusiv-guvernul-ia-banii-din-taxa-pe-viciu-de-la-ministerul-sanatatii-si-ii-duce-la-bugetul-de-stat>

VOICULESCU, Loredana. *Exclusiv. Guvernul ia banii din taxa pe viciu de la Ministerul Sănătății și îi duce la bugetul de stat* [online]. 18.12.2018 [cit. 2019-11-03]. Dostupné z: <https://republica.ro/exclusiv-guvernul-ia-banii-din-taxa-pe-viciu-de-la-ministerul-sanatatii-si-ii-duce-la-bugetul-de-stat>

7 Zoznam grafov, obrázkov a tabuliek

Zoznam grafov

Graf 1 Vývoj počtu obyvateľov Rumunska v miliónoch v rokoch 1960 až 2018.....	25
Graf 2 Prirodzený prírastok/úbytok populácie Rumunska v rokoch 1985 až 2017.....	26
Graf 3 Veková štruktúra emigrantov 2015	27
Graf 4 Vývoj ukazovateľa strednej dĺžky života v Rumunsku za obdobie 1961-2017.....	28
Graf 5 Očakávaná zdravá dĺžka života v krajinách EÚ k roku 2017	29
Graf 6 Veková štruktúra obyvateľstva Rumunska(ružová) a rumunských emigrantov(šedá) k roku 2012.....	30
Graf 7 Štruktúra príjmov zdravotného systému Rumunska v rokoch 1995-2000 v %.....	38
Graf 8 Celkové výdaje na verejné zdravotníctvo v Rumunsku v pomere k HDP v % v období 1990 až 2010.....	39
Graf 9 Verejné výdaje na zdravotníctvo v Rumunsku v období 1995-2000 (štvorce) a vývoj HDP v rovnakom období (kosoštvorce)	40
Graf 10 Podiel jednotlivých schém financovania zdravotníctva na celkových výdajoch na zdravotníctvo v roku 2016.....	46
Graf 11 Príjmy FNUASS plynúce z claw-back dane od roku 2011	55
Graf 12 Vývoj príjmov rozpočtu FNUASS v miliónoch lei, jeho ročné zmeny v % a rast HDP v období 1999 až 2019	56
Graf 13 Podiel hlavných príjmov fondu FNUASS v rokoch 2006 až 2019	57
Graf 14 Vývoj príjmov a výdajov fondu FNUASS v rokoch 1999-2019	58
Graf 15 Vývoj podielu výdajov na zdravotníctvo v pomere k HDP v roku 2016 v krajinách EHS.....	59
Graf 16 Podiel najvýznamnejších položiek výdajov FNUASS v období 1999 až 2019	60
Graf 17 Podiel jednotlivých výdajov na celkových nákladoch na zdravotníctvo v roku 2016	61

Graf 18 Vývoj podielu jednotlivých výdajov na celkových výdajoch na zdravotníctvo v Rumunsku v rokoch 2011 až 2016	62
Graf 19 Vývoj počtu súkromných a verejných nemocníc v Rumunsku medzi rokmi 2005-2017	63
Graf 20 Vývoj podielu priamych platieb pacientov na celkových výdajoch na zdravotníctvo vo vybraných krajinách medzi rokmi 2000-2016.....	63
Graf 21 Poradie krajín podľa indexu EHCI v roku 2018	64
Graf 22 Graf zobrazujúci závislosť hodnotenia EHCI od výdajov na zdravotníctvo na hlavu v PPP	67

Zoznam tabuliek

Tabuľka 1 Odlišnosti medzi štandardným a zdravotníckym trhom	12
Tabuľka 2 Porovnanie systému jediného plátcu a viacerých plátcov.....	23
Tabuľka 3 Základné socioekonomické ukazovatele.....	30
Tabuľka 4 Počet poskytovateľov zdrav.starostlivosti (na 10 000 obyvateľov) v daných rokoch	36
Tabuľka 5 Zmeny parametrov claw-back dane v Rumunsku medzi druhou polovicou roku 2015 až do konca roku 2018.....	53
Tabuľka 6 Dosiahnuté skóre Rumunskom v jednotlivých kategóriách EHCI v roku 2018	65
Tabuľka 7 Vyhodnotenie modelu v programe EViews10	66
Tabuľka 8 Výdaje na zdravotníctvo na obyvateľa v USD v PPP v Rumunsku, Bulharsku a Chorvátsku vo vybraných rokoch.....	68
Tabuľka 9 Dojčenská úmrtnosť na 1000 živo narodených v Rumunsku, Chorvátsku a Bulharsku.....	69
Tabuľka 10 Výsledky analýzy CEA v absolútnom vyjadrení	69
Tabuľka 11 Vyhodnotenie CEA dojčenskej úmrtnosti, relatívne vyjadrenie.....	70
Tabuľka 12 Úmrtnosť v % na rakovinu, kardiovaskulárne ochorenia, diabetes a chronické respiračné choroby pre vekovú skupinu 30 až 70 rokov	70

Tabuľka 13 Výsledky analýzy CEA, úmrtnosť na civilizačné choroby.....	71
Tabuľka 14 Výsledky analýzy CEA, úmrtnosť na civilizačné choroby relatívne vyjadrenie	72
Tabuľka 15 Počet odvrátiteľných úmrtí na 100 000 obyvateľov	72
Tabuľka 16 Výsledky CEA, odvrátiteľná úmrtnosť.....	73
Tabuľka 17 Výsledky CEA odvrátiteľná úmrtnosť, relatívne vyjadrenie.....	73

Zoznam obrázkov

Obrázok 1 Platby v zdravotníctve	14
Obrázok 2 Zdroje príjmov, mechanizmy výberu a inštitúcie zodpovedné za ich výber.	20
Obrázok 3 Predikcia vývoja populácie v Rumunsku do roku 2100	27
Obrázok 4 Počet zamestnancov danej kategórie na 10 000 obyvateľov v Rumunskom zdravotnom sektore v roku 1989	35
Obrázok 5 Organizácia zdravotného systému v Rumunsku.....	45
Obrázok 6 Prehľad finančných tokov v Rumunskom zdravotníctve.....	51