

<https://doi.org/10.54937/refl.2023.7.2.6-22>

## **Komparácia modelov sociálnej politiky vo vzťahu k úmrtnosti na COVID-19 v EÚ a USA**

### **Comparison of social policy models in relationship to mortality rate of COVID-19 in EU and USA**

Jana PITEKOVÁ, Mária VRÁBLIKOVÁ, Zuzana GONČÁROVÁ

#### **Abstrakt**

Príspevok je zavŕšením novej paradigmy sociálnej politiky založenej na analýze úmrtnosti na COVID-19 a vybraných makroekonomických ukazovateľoch EÚ a USA v rokoch 2020 a 2021. V USA sa uplatňuje reziduálny model sociálnej politiky a v štátoch EÚ je sociálna politika univerzalistická (napr. Švédsko) alebo korporátna (napr. Nemecko), ktorá je sociálne zdravšia a sociálne životaschopnejšia. Príspevok využíva nasledujúce metódy: analýza, syntéza, indukcia, dedukcia, komparatívna metóda a metóda desk research založená na ďalších analýzách sekundárnych údajov WHO a Eurostatu. Analýza pozostáva z 2 výskumných otázok. Prvá je zameraná na údaje o úmrtnosti na COVID-19 v krajinách EÚ-27 a USA a druhá je zameraná na vývoj HDI a vybraných zdravotných ukazovateľov (Z-skóre úmrtnosti a Z-skóre očkovania). Návrhom na zlepšenie týchto ukazovateľov je nová paradigma sociálnej politiky, ktorá by eliminovala ekonomickú nerovnosť a podporovala sociálnu spravodlivosť. Riešením do budúcnosti je diskutovať o výhodách korporátnej a univerzalistickej formy sociálnej politiky, o ich kombinácii, ako aj o uznávaní výhod merania kvality života prostredníctvom HDI a ďalších ukazovateľov, ktoré berú do úvahy aj iné ako ekonomické faktory.

#### **Abstract**

The contribution is the completion of a new paradigm of social policy based on the analysis of mortality from COVID-19 and selected macroeconomic indicators of the EU and the US in 2020 and 2021. In the US, a residual model of social policy is applied, and in the EU states, social policy is universalistic (e.g. Sweden) or corporate (e.g. Germany), which is socially healthier and more socially viable. The paper uses the following methods: analysis, synthesis, induction, deduction, comparative method and desk research method based on further analyses of secondary data from WHO and Eurostat. The analysis is composed of 2 research questions. The first is focused on data on mortality from COVID-19 in the EU-27 countries and the USA, and the second is focused on the development of the HDI and selected health indicators (mortality Z-score and vaccination Z-score). The proposal to improve these indicators is a new paradigm of social policy that would eliminate

economic inequality and promote social justice. The solution for the future is to discuss the advantages of a corporate and universalist form of social policy, their combination, as well as recognizing the advantages of measuring the quality of life through the HDI and other indicators that take into account factors other than economic ones.

**Kľúčové slová:** sociálna politika, socio-ekonomické determinanty zdravia, pandémie COVID-19, kvalita života

**Keywords:** Social policy. Socio-economic health determinants. Pandemic COVID-19. Quality of life.

**JEL Classification:** H75, I14, I15, O35

## Úvod

Roky 2020 a 2021 vojdú do dejín ľudstva ako roky celosvetovej pandémie koronavírusu. V miliardách dolárov sa počítajú ekonomické škody, po desaťročiach sa učíme žiť s infláciou. Sociálna izolácia a negatívne dopady pandémie na psychiku ľudí sa vyčíslit' nedajú. Taktiež sa peniazmi nedá vyjadriť strata ľudského života. Nebyť pandémie, na svete by mohlo žiť o státisíce (milióny) ľudí viac. Európska únia a Spojené štáty americké sú lídrami ekonomickej výkonnosti v rámci svetového hospodárstva čo sa týka ekonomickej úrovne, t.j. výšky hrubého domáceho produktu v prepočte na jedného obyvateľa. Sú to porovnateľné územia aj čo sa týka rozlohy a počtu obyvateľov. Cieľom analytickej časti príspevku je poukázať na súvislosť medzi systémom sociálneho zabezpečenia (zdravotného poistenia), ekonomicou výkonnosťou a úmrtnosťou na covid v týchto regiónoch. Diskusia spočíva v zdôraznení významu uplatňovaného modelu sociálnej politiky a výskumu kvality života, čo patrí medzi alternatívne ukazovatele k tradične ekonomicému ukazovateľu HDP.

## 1 Teoretické východiská

Svetová zdravotnícka organizácia (World Health Organisation) definuje zdravie ako „stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody a nie len neprítomnosť choroby alebo postihnutia. Právo na rozvoj, ochranu a obnovu zdravia patrí medzi základné ľudské práva. Každý bez ohľadu na rasu, náboženstvo, politické presvedčenie, ekonomický a sociálny status má právo na požívanie najvyššie dosiahnuteľnej úrovne a kvality zdravia. Zdravie patrí medzi základné ľudské práva všetkých ľudí na svete.“ Z hľadiska determinantov zdravia predstavuje 50 – 60 % životný štýl, 10 – 15 % genetický základ, 20 – 25 % socioekonomické a prírodné životné prostredie (práca, sociálny gradient, medziľudské vzťahy) a 10 – 15 % úroveň zdravotnej starostlivosti (Burák, 2007; Štec, 2012; Ivanková et al., 2019; Baydas et al., 2021; Hanuláková et al., 2021). Čeledová et al. (2017) zaraďuje k sociálnoekonomickým determinantom zdravia aj zdravotnú gramotnosť, teda schopnosť prijímať správne rozhodnutia, ktoré majú spojitosť so zdravím v kontexte každodenného života.

Sociálny gradient je definovaný ako vplyv úrovne sociálno-ekonomických

faktorov na zdravie. Uznáva sa za štatisticky dokázané, že jedinci nižšieho socioekonomického postavenia (vyjadreného kvalitou materiálneho zabezpečenia – spotreby domácnosti a úrovňou dosiahnutého vzdelania) sú častejšie chorí ako „bohatí“. Sociálne príčiny teda prispievajú k rozdielom vo výskyte chorobnosti a úmrtnosti medzi sociálnymi skupinami. Čím dlhšie žijú ľudia v stresujúcich, sociálno-ekonomicky nevýhodných podmienkach, tým väčší negatívny dopad má táto situácia na ich zdravie. Zdravie má teda zásadný význam pre ekonomickú prosperitu krajín a zároveň je možné zastávať názor, že ekonomický rozvoj je reprezentovaný aj zdravím populácie. Z tohto dôvodu investície do zdravia predstavujú jeden z hlavných elementov každej ekonomiky, ich návratnosť môže byť niekoľkonásobná v podobe zdravej a produktívnej populácie (Štec, 2012; Devlin et al., 2018; Mihalache, 2019; Yacoub, 2020).

Trhový mechanizmus patrí nepochybne k motorom ekonomického rozvoja vyspelých demokratických štátov. Ekonómia ako veda je spojená s dielom Adama Smitha „Bohatstvo národov“, v ktorom už v roku 1776 vysvetlil význam uzatvoreného trhového kolobehu pre ekonomický rast krajín, ale zároveň vymedzil úlohy štátu. Základy modernej makroekonómie však položil John Maynard Keynes dielom „Všeobecná teória zamestnanosti, úroku a peňazí“, ktoré bolo publikované v roku 1936. Aj keď sa zaoberal štátnym intervencionizmom predovšetkým vo vzťahu k agregátnemu dopytu, nikdy nespochybnil význam trhového mechanizmu pre efektívne rozhodovanie jednotlivcov. Dokonca sám seba označil za liberála (Smith, 2016; Keynes, 2020; Keynes, 2021).

Medzi základné subjekty trhového mechanizmu patria domácnosti, podniky a štát. Kľúčový význam pre jeho fungovanie má správanie sa domácností a podnikateľská aktivita súkromných firiem. Funkčný trhový kolobeh formou daní naplnia príjmovú časť štátneho rozpočtu a formou príspevkov na zdravotné a sociálne poistenie vytvára zdroje pre ich prerozdelenie, redistribúciu. Tak ako sa domácnosti starajú o tých členov, ktorí potrebujú pomoc, napr. nezaopatrené deti, chorí, seniori, tak aj štát využíva nástroje sociálnej politiky pre sociálne zabezpečenie, sociálnu podporu a sociálnu pomoc. Objektom sociálnej politiky sú všetci obyvatelia štátu, ale výraznejšie sa pomoc prejavuje pre skupiny ľudí, ktorí sa nedokážu o seba postarať sami, prípadne pomocou rodiny. Teória hospodárskej politiky sa zaoberá prístupom vlády k ekonomike svojej krajiny. Medzi základné nástroje patria nástroje menovej, fiškálnej a zahraničnoobchodnej politiky. Segmenty sú tvorené protimonopolnou, štruktúrnou, vedeckou, investičnou, environmentálnou ako aj sociálnou politikou. V podstate rozlišujeme dve základné hospodársko-politické koncepcie. Liberálnu a intervencionistickú. Liberálna hospodársko-politická koncepcia vymedzuje pôsobenie vlády pomerne úzko a sústreďuje sa na argumentáciu, prečo štát nemá do ekonomiky zasahovať, resp. zasahovať čo najmenej. Intervencionistická hospodársko-politická koncepcia práve naopak – svoju argumentáciu sústreďuje na oblasti, v ktorých trh nepôsobí a kde je potrebná záruka štátu. Každý štát sa musí s touto otázkou vysporiadať, na základe jej riešenia rozlišujeme napr. ľavicovo a pravicovo orientované politické strany. V príspevku sa sústreďujeme len na jeden segment hospodárskej politiky a to na sociálnu politiku a v rámci nej na systém zdravotného poistenia. Teória hospodárskej politiky sa už desaťročia intenzívne zaoberá optimálnym vzťahom medzi fungovaním trhového mechanizmu a štátnymi

zásahmi predovšetkým v sociálnej oblasti (Vincúr et al., 1997; Gončárová, Piteková, Vrábliková, 2020).

Najvýznamnejší predstaviteľ teórie hospodárskej politiky na Slovensku, prof. Vincúr et al. (1997) uvádza, že rozdiely v sociálnom ladení hospodárskej politiky v tej-ktorej krajine súvisia s politickou situáciou, s váhou sociálnych partnerov, politických strán a odborov, v demokratických krajinách i s hodnotovou orientáciou a postojmi obyvateľstva. Intenzitu sociálnej orientácie hospodárskej politiky nemožno presne kvantifikovať, obvykle sa posudzuje podľa rozsahu štátnych intervencií do sociálnej oblasti, ktorú je možné čiastočne vyjadriť štátnymi výdavkami na sociálne účely. Myšlienka sociálneho trhového hospodárstva bola vždy spájaná s myšlienkou sociálnej solidarity a sociálnej spravodlivosti. Prívlastok „sociálne“ trhové hospodárstvo nemeckí autori spájajú so sociálnymi istotami, s tým, že každý človek nie je schopný podať výkony, ktoré sa uplatňujú na trhu, a preto musí „štát“ zabraňovať nespravodlivostiam a chrániť znevýhodnených, najmä matky, deti, starých a chorých. Profesor Vincúr ďalej uvádza, že stanovenie hraníc sociálnej ochrany bolo vždy zložité a jednotlivé krajiny to riešili a riešia rôznymi spôsobmi. Za dôležité sa považuje, aby sociálna ochrana neoslabovala výkonnosťnú stimuláciu a úsilie jednotlivcov o pracovné uplatnenie.

Prepojením efektívnosti trhového mechanizmu a hospodárskej politiky s dôrazom na sociálnu politiku sa zaoberal aj významný český ekonóm prof. Paulík v diele *Hospodárska politika* (2001) uvádza, že zatiaľ čo v oblasti hospodárskej politiky sa názorový pluralizmus odráža v rozlíšení keynesiánskych či monetaristických, resp. neokonzervatívnych, neoliberalných prístupov, v oblasti sociálnej politiky sa názorové spektrum rozširuje. Rozlišujeme minimálne tri významné sociálne doktríny a to: konzervativizmus, kresťanské sociálne učenie a demokratický socializmus. Ako konzervatívne môžeme označiť také koncepcie sociálnej politiky, ktoré zdôrazňujú význam slobody pred významom rovnosti. Konzervatívna koncepcia sociálnej spravodlivosti je preto založená na predstave, že sociálne postavenie a blahobyť jednotlivcov by mali v čo najväčšej miere zodpovedať ich ekonomickej výkonnosti a ich ochote podstúpiť určité riziko. Najvyšším kritériom pre funkčnosť sociálnej politiky je podľa konzervatívneho myslenia jej vzťah k ekonomickej efektívnosti. Preto konzervatívci dávajú prednosť vždy sociálne tvrdým, avšak ekonomicky efektívnym riešeniam. Tvrdia, že práve taký postup umožní v budúcnosti riešiť efektívnejšie aj sociálne problémy. Financovať to budú zdroje, ktoré dnešná tvrdá sociálna politika umožní svojou ekonomickeou efektívnosťou. Nie je kladený dôraz na prerozdelenie procesy, ktoré majú často negatívny dopad na ekonomickú motiváciu individuálnych aktivít, ale na podporu efektívneho fungovania trhového mechanizmu a rovnovážneho prvotného rozdeľovania dôchodkov.

Katolícke sociálne učenie chápe sociálnu spravodlivosť ako zabezpečenie určitého dostatku pre všetkých, pričom nástrojom jeho zabezpečenia je sociálna politika založená na princípoch kresťanského milosrdenstva. Za sociálnu úroveň jednotlivca nie je zodpovedný len on sám, ale taktiež spoločnosť ako celok. Nejde pritom prednostne ani o individuálnu slobodu, ani o občiansku rovnosť, ale o sociálnu zodpovednosť bohatých a mocných za svojich spoluobčanov, v medzinárodnom meradle je to zodpovednosť veľkých a vyspelých krajín za krajiny malé, zaostalé a zbedačené. Sociálnodemokratická koncepcia sa stotožňuje s katolíckou sociálnou

doktrínou čo sa týka potreba dôstojného materiálneho zabezpečenia života všetkých jednotlivcov v spoločnosti, taktiež súhlasí so sociálnou zodpovednosťou spoločnosti ako celku za individuálny blahobyť občanov. Rozdiel je však v silnom dôraze na občiansku rovnosť a čo najširšej demokracie ako základného nástroja riešenia všetkých spoločenských problémov, vrátane sociálnych otázok (Němcová, Žák, 1997).

Na rozdielnosť v prístupoch ku intenzite štátnych zásahov v oblasti sociálnej politiky poukázali na konkrétnych príkladoch Němcová a Žák (1997). Ak by sme ekonomickú úroveň krajín posudzovali len podľa HDP na obyvateľa a nebrali do úvahy iné faktory, vidíme obrovský rozdiel medzi prístupom k sociálnej politike v štátoch ako Belgicko a Dánsko v porovnaní s krajinami rovníkovej Afriky. Euroamerický región s prevahou židovsko-kresťanskej tradície sa odlišuje v ponímaní sociálnej politiky od východoázijských krajín, napr. Číny. Výrazné rozdiely nájdeme aj vo vnútri regiónu – napr. Mexiko v porovnaní so severnou Európou. Túto odlišnosť vysvetľuje mnoho autorov rozdielom medzi katolíckou a protestantskou vierou. Vzťah medzi sociálnou politikou a politikou všeobecne je veľmi silný najmä v demokratických štátoch. Snaha ovplyvniť voličov v období pred voľbami vedie politikov aj vlády k snahe o zvýšenie výdavkov, ktoré sú rozdeľované obyvateľstvu. V tomto prípade hovoríme o populistickej politike, kde politická racionalita ide proti racionalite ekonomickej.

Nie je jednoduché zovšeobecniť poznatky o vplyve a význame sociálnej politiky. Uramová et al. (2003) a Koibichuk et al. (2021) potvrdzujú, že v dejinách ľudstva, teórie a praxe sa vedie permanentný zápas o podiel štátu a ostatných subjektov v sociálnej politike. V rámci genézy jednotlivých spoločností a hospodárskych politik sa rozlišujú tri typy sociálnej politiky:

- univerzalistický,
- korporatívny,
- reziduálny.

Univerzalistický (občiansky, redistribučný, škandinávsky) typ charakterizuje intervencionistická hospodárska politika s dominantnou úlohou štátu v sociálnej politike. Prostredníctvom princípu sociálneho zabezpečenia poskytuje univerzálne sociálne istoty pre celú spoločnosť bez využitia sociálnej diferenciácie. Tento model bol uplatňovaný ako švédsky model „štátu blahobytu“.

Korporatívny (konzervatívny, nemecký) typ vychádza z premisy, že sociálne potreby majú byť uspokojované primárne na základe pracovného výkonu a zásluh, zdôrazňuje sa princíp výkonnosti. Je to systém založený na sociálnom poistení. Štát garantuje len základné spoločenské minimá potrieb. Vytvára sa priestor pre neštátne subjekty.

Reziduálny (liberálny, anglo-americký) typ systémovo presadzuje princíp minimálnej sociálnej podpory, prioritizuje trh, jeho inštitúcie a rodinu. Presadzuje sa liberálna hospodárska politika. Štát so svojimi sociálnymi opatreniami nastupuje vtedy a tam, kde tieto subjekty (trh, rodina) zlyhajú. Rola štátu je potlačená na minimum a sociálnu nevyhnutnosť. Tento typ sa využíva predovšetkým v USA (Uramová et al., 2003, Kouba, 2020, Holobiuc, 2021). So sociálnou politikou je úzko späté aj skúmanie kvality života a význam aj neekonomických ukazovateľov blahobytu.

„Systematické skúmanie kvality života spadá do druhej polovice minulého storočia, keď o tento pojem začali prejavovať záujem viaceré vedné odbory ako ekonómia, sociológia, politické vedy a medicína. Kvalita života sa stala predmetom záujmu ekonómov, politikov, politických strán a ich programov, ako aj odborníkov najmä z oblasti sociológie, psychológie, sociálnej práce, sociálnej politiky a zdravotníctva“ (Holková, Veselková, 2019 s. 238). Koncept kvality života je potrebné chápať interdisciplinárne, preto poznáme viacero konceptov kvality života, a to:

- filozofické, psychologické a etické koncepty – sú založené na subjektívnom prístupe a hodnotení myslenia, potrieb, prání a sebarealizácie človeka, analyzujú taktiež aj stavy zníženia kvality života ako napr. depresie a traumy, využívajú termín „well-being“;
- medicínske (somatické) koncepty – kvalita života týkajúca sa zdravia býva rozdeľovaná do 4 kategórii: telesný (fyzický) stav a funkčné schopnosti, psychický stav a pocit pohody, sociálne vzťahy, ekonomická situácia a zamestnanie, v súčasnosti tieto koncepty využívajú holistický/psychosomatický prístup a využívajú pojem „health related quality of life“;
- priestorové, environmentálne a geografické koncepty – v prípade environmentálneho prístupu hlavný zdroj kvality života je zdravé životné prostredie, v prípade geografického prístupu sa rozlišuje globálny, makroregionálny, národný, regionálny, mikroregionálny a lokálny rámec;
- sociologické, kultúrne a globalizačné koncepty – v prípade sociolo-gického hľadiska je zdôrazňované vzdelanie, vybavenie domácností, rodinný stav, sociálny status, v prípade kultúrneho konceptu ide o odlišnosť hodnôt podľa Hofstedeho: mocenská vzdialenosť, individualizmus, maskulinita, vyhýbanie sa neistote a pod.;
- ekonomické koncepty – sú založené na alternatívnom meraní výkonnosti ekonomík, pretože na vyjadrenie kvality života štandardné ukazovatele ako napr. HDP nie sú postačujúce, v oblasti ekonómie sa za najväčší prínos ku skúmaniu ekonómie blahobytu a well-beingu krajín považuje indický laureát Nobelovej ceny Amartya Sen (Payne, 2005; Heřmanová, 2012; Copuš, Čarnogurský, 2017; Devlin et al., 2018; Mangaraj, Aparajita, 2020, Ubřeziová, Vrábliková; 2023).

Bianchi (2005) rozlišuje objektivistické metódy merania kvality života (napr. index kvality života a HDI) a subjektivistické (napr. QoL WHO, dvojvrstvový model životnej spokojnosti, medzikultúrne porovnanie pocitu šťastia a pod.). Index kvality života sa skladá z deviatich ukazovateľov: materiálny blahobyt vyjadrený v HDP na osobu, zdravie (vyjadrené v priemernom očakávanom veku dožitia pri narodení), politická stabilita, rodinný život (vyjadrený mierou rozvodovosti), komunitný život (meraný účasťou na bohoslužbách a členstvom v odboroch), klíma a geografická poloha (vyjadrená v zemepisnej dĺžke, od ktorej závisí teplota), istota zamestnania (vyjadrená mierou nezamestnanosti), politická sloboda (index politických a občianskych slobôd) a rodová rovnosť (rozdiel v priemernom zárobku mužov a žien). Podstatou merania subjektívnej kvality života je dotazníkový prieskum adresovaný obyvateľstvu určitej krajiny alebo regiónu. Od ukazovateľov objektívnej kvality života sa môže líšiť (Tej, Ali Taha, Sirková, 2012). V rámci kvantitatívneho

vyjadrenia kvality života môžeme sa najčastejšie využívať nasledovné metódy:

- NEW (Net Economic Welfare – Čistý ekonomický blahobyt) = HDP + voľný čas +/- tieňová ekonomika – škody na životnom prostredí;
- HDI (Human Development Index – Index ľudského rozvoja), ktorý na medzinárodné porovnanie využíva Program OSN pre rozvoj (UNDP) a berie do úvahy nasledovné činitele:
  - dĺžka života obyvateľstva danej krajiny,
  - dosiahnutá vzdelanostná úroveň obyvateľstva (miera gramotnosti dospelého obyvateľstva, kombinovaná miera zápisu na školy – ZŠ, SŠ a VŠ),
  - reálny HDP na 1 obyvateľa (v USD) prepočítaný cez paritu kúpnej sily;
- index ľudského utrpenia – vznikol v roku 1992, spočítava negatívne body udeľované v 10 oblastiach: očakávaná dĺžka života pri narodení, denný príjem kalórií, dostupnosť pitnej vody, očkovanie detí, dĺžka školskej dochádzky, priemerný HDP na obyvateľa, miera inflácie, počet televízorov na 1 obyvateľa, politická sloboda, občianske práva;
- index konkurencieschopnosti ekonomík – hodnotí ho Svetové ekonomické fórum (WEF), berie do úvahy 8 ukazovateľov, a to: kvalita verejných inštitúcií, infraštruktúra, makroekonomické prostredie, zdravie a primárne vzdelávanie, vyššie vzdelávanie a tréning, efektívnosť trhu tovarov, efektívnosť trhu práce, vyspelosť finančného trhu, technologická pripravenosť, veľkosť trhu, vyspelosť podnikových procesov, inovácie);
- index ekonomickej slobody – priekopníkmi sú laureáti Nobelových cien za ekonómiu Gary Becker, Milton Friedman a Douglas North, analyzuje sa 5 ukazovateľov a to: vplyv štátnych zásahov na ekonomiku, ochrana vlastníckych práv, stabilita cien a meny, sloboda obchodnej výmeny a fungovanie kapitálového trhu, rozsah regulačných zásahov do fungovania finančného trhu, trhu práce a do podmienok pre podnikanie;
- hrubé národné šťastie (GNH – Gross National Happiness) – koncept vznikol v Bhutáne v roku 1972, medzi 4 hlavné piliere patrí: udržateľný a spravodlivý sociálno-ekonomický rozvoj, ochrana životného prostredia, zachovanie a šírenie tradičnej kultúry, dobrá vláda, index hodnotí šťastie krajiny v 9 oblastiach: duševná pohoda, dobré zdravie, správne využitie času, vzdelanie, kultúrna rôznorodosť, dobrá vláda, vitalita komunity, ekologická diverzita a životný štandard;
- „magický sedemuholník“ – k hlavným cieľom je pridané spravodlivé rozdelenie dôchodkov v krajine, neznečistené životné prostredie a spravodlivé rozdelenie disponibilnej práce, v tomto modeli tak vzniká 21 možných kombinácií vzťahov medzi ukazovateľmi, na základe ktorých je možné hospodársku politiku „ušiť na mieru“ (Lisý et al, 2005; Uramová et al., 2010; Vlček, 2015; Madzík et al., 2016; Mankiw, 2017; Vasylieva et al., 2020, Ubrežiová, Vrábliková; 2023).

Zaujímavé je porovnanie HDI a HDP. Hodnota HDP indikuje, ako je štát bohatý, hodnota HDI indikuje, do akej miery je štát „ľudsky rozvinutý“. To teda znamená, že štáty, ktoré majú vyššie HDP ako HDI zaostávajú napriek „bohatstvu“ za svojimi možnosťami ľudského rozvoja, a naopak štáty s vyšším HDI, ako HDP sú „ľudsky rozvinutejšie“, než by sa očakávalo, vzhľadom na možnosti ich ekonomiky. Ešte zaujímavejšie je, že literárne zdroje uvádzajú ako príklad štátov s HDI/HDP vyšším ako 1,0, teda „ľudsky rozvinutejšie“ ako napr. Grécko, Španielsko, Fínsko, Írsko, naopak ako protipól Švajčiarsko, Luxembursko, Nemecko (Štec, 2012). Lind (2019) navrhuje HDI upraviť tak, aby odrážal vývoj premenných (očakávaná dĺžka života, vzdelanie a životná úroveň) v čase a aby kvantifikoval zdravotnú, vzdelávaciu a bezpečnostnú politiku – tzv. H Index.

## **2 Materiál a metódy**

Cieľom príspevku je návrh novej paradigmy sociálnej politiky na základe analýzy úmrtnosti na COVID-19 a vybraných makroekonomických ukazovateľov EÚ a USA v rokoch 2020 a 2021. Medzi parciálne ciele výskumu patrí:

- Štúdium sekundárnych zdrojov – determinanty zdravia, systémy sociálnej politiky, spôsoby hodnotenia kvality života.
- Výber relevantných územných celkov – rozloha, počet obyvateľov, demokratický systém, trhovú mechanizmus.
- Analýza základných makroekonomických ukazovateľov – predovšetkým ekonomická úroveň, resp. HDP/obyvateľa, ale aj kvality života pomocou HDI (Human Development Index) – keďže ide o porovnateľné regióny.
- Analýza štatistík Eurostatu a WHO metódou “desk research” – ide o zdravotné ukazovatele ako: počet infikovaných, úmrtnosť, zaočkovanosť – za roky 2020 a 2021.
- Komparácia dosiahnutých výsledkov v týchto územných celkoch.
- Syntéza výsledkov a návrh modelu sociálnej politiky, ktorý bude perspektívny do budúcnosti.

Realizácia výskumu pozostáva z 2 výskumných otázok:

- VO1: Je rozdiel v hodnote úmrtnosti na COVID-19 vzhľadom na uplatňovaný model sociálnej politiky?
- VO2: Aký je vzájomný vzťah medzi HDI jednotlivých krajín a vybranými zdravotnými ukazovateľmi?

## **3 Výsledky a diskusia**

Výskumnú vzorku tvorili štáty EÚ27 a USA. Na území EÚ prevláda univerzalistický a korporatívny model sociálnej politiky, pričom v USA reziduálny model. V Tabuľke 1 sa nachádzajú vybrané demografické, makroekonomické a zdravotné údaje týchto územných celkov. Ide o údaje za roky 2020 a 2021 získané z Eurostatu a zo štatistík WHO.



Tabuľka 1 Vybrané ukazovatele oboch územných celkov

Ukazovateľ	EÚ 27	USA	Index EÚ27/USA
Počet obyvateľov v mil.	443,3	327,1	1,355
GNI / obyv. (2020)	36,326	56,140	0,647
HDI (výsledný index)	0,887	0,937	0,947
Počet prípadov na 1 mil. (2020)	35 407,056	79 715,870	0,444
Počet prípadov na 1 mil. (2021)	113 090,434	161 847,371	1,431
Index (2021/2020)	3,194	2,030	-
Počet úmrtí na 1 mil. (2020)	743,927	1533,250	0,485
Počet úmrtí na 1 mil. (2021)	1333,446	1415,307	0,942
Index (2021/2020)	1,792	0,923	-
Plná zaočkovanosť v % (2021)	67,795	63,270	1,071

Zdroj: Vlastné spracovanie podľa Eurostatu a WHO, 2022.

Na základe výsledkov môžeme vidieť, že počet prípadov v roku 2020 na území EÚ 27 tvorí len 44,4 % z počtu prípadov v USA, v prípade roku 2021 je počet prípadov v EÚ 27 vyšší o 43,1 %. Ak sa však pozrieme na úmrtnosť na 1 mil. obyvateľov, v roku 2020 zomrelo na COVID-19 na území EÚ takmer 2x menej ľudí ako v USA. V roku 2021 už bola spustená vakcinácia, pričom do konca roka boli plne zaočkovaní všetci, čo o očkovanie prejavili záujem vrátane pacientov s nízkym rizikom. V tomto roku však došlo k zníženiu úmrtnosti v USA, avšak stále je to o 5,7 % viac ako v EÚ. Takisto aj miera plnej zaočkovanosti (2 a viac dávok) bola v EÚ27 67,795 % a v USA 63,270 %. Ak si porovnáme úmrtnosť pred vakcináciou v USA, zistíme, že príčinou môžu byť nielen nedostatky v zdravom životnom štýle americkej populácie, čo zvyšuje pravdepodobnosť ťažkého priebehu, ale aj model uplatňovanej reziduálnej sociálnej politiky, pri ktorej získajú kvalitnejšiu zdravotnú starostlivosť občania, ktorí si platia zdravotné poistenie. Ako je však známe, ide zvyčajne o skupiny obyvateľstva s nižšími príjmami a často aj to spojené aj s nižšou zdravotníckou gramotnosťou či schopnosťou flexibilne reagovať na vzniknutý zdravotný problém a včas ho riešiť.

V ďalšej výskumnej otázke sme sa zamerali na vzťahy vybraných zdravotných ukazovateľov a HDI. Cieľom tejto analýzy je zistenie výpovednej hodnoty ukazovateľa HDI v budúcnosti. Hodnoty zdravotných ukazovateľov sme štandardizovali pomocou Z –skóre:  $z = (x - \mu) / \sigma$ , kde  $\mu$  je stredná hodnota (priemer) súboru; a  $\sigma$  je smerodajná odchýlka súboru dát. Absolútna hodnota  $z$  predstavuje vzdialenosť medzi prvkom a strednou hodnotou v jednotkách štandardnej odchýlky. Ak je  $z$  negatívne, je skóre pod priemerom, ak je pozitívne je  $z$  nad priemerom. V

nasledujúcej Tabuľke 2 uvádzame krajiny, ktoré dosahovali najlepšie a najhoršie hodnoty vybraných ukazovateľov, ktoré sme hodnotili pomocou Z-skóre. Samozrejme v prípade úmrtnosti je kladný ukazovateľ Z- skóre negatívnym javom.

Tabuľka 2 Nadpriemerné a podpriemerné hodnoty ukazovateľov

Krajina	HDI	HDI (Z-skóre)	Úmrtnosť na 1 mil. 2020 Z-skóre	Úmrtnosť na 1 mil. 2021 Z-skóre	Zaočkovanosť 2021 Z-skóre
<b>Rakúsko</b>	0,914	0,710	-0,058	-0,648	0,447
<b>Belgicko</b>	0,919	0,846	2,353	-0,708	0,810
<b>Bulharsko</b>	0,816	-1,959	0,649	2,336	-3,021
<b>Chorvátsko</b>	0,837	-1,387	0,385	0,875	-1,021
<b>Cyprus</b>	0,873	-0,407	-1,463	-0,824	0,459
<b>Česko</b>	0,891	0,084	0,890	1,194	-0,304
<b>Dánsko</b>	0,93	1,146	-1,459	-1,219	1,064
<b>Estónsko</b>	0,882	-0,162	-1,417	-0,043	-0,419
<b>Fínsko</b>	0,925	1,010	-1,586	-1,379	0,667
<b>Francúzsko</b>	0,891	0,084	0,480	-0,545	0,781
<b>Nemecko</b>	0,939	1,391	-0,343	-0,639	0,565
<b>Grécko</b>	0,872	-0,434	-0,775	0,144	0,179
<b>Maďarsko</b>	0,845	-1,169	0,481	2,066	-0,418
<b>Írsko</b>	0,942	1,473	-0,683	-0,657	0,862
<b>Taliansko</b>	0,883	-0,134	1,070	-0,362	0,809
<b>Lotyšsko</b>	0,854	-0,924	-1,087	0,772	-0,130
<b>Litva</b>	0,869	-0,516	-0,325	0,715	-0,004
<b>Luxembursko</b>	0,909	0,574	0,182	-0,805	0,124
<b>Malta</b>	0,885	-0,080	-0,537	-0,846	1,389
<b>Holandsko</b>	0,933	1,228	-0,233	-0,946	0,258
<b>Poľsko</b>	0,872	-0,434	-0,049	0,570	-0,754
<b>Portugalsko</b>	0,85	-1,033	-0,258	-0,217	1,282
<b>Rumunsko</b>	0,816	-1,959	0,058	1,021	-2,043
<b>Slovensko</b>	0,857	-0,843	-0,850	1,630	-1,357
<b>Slovinsko</b>	0,902	0,383	1,232	0,046	-0,754
<b>Španielsko</b>	0,893	0,138	0,950	-0,691	0,613
<b>Švédsko</b>	0,937	1,337	0,574	-0,937	0,256
<b>USA</b>	0,926	1,037	1,819	0,096	-0,342

Zdroj: Vlastné spracovanie, 2022

Na základe analýzy dát vidíme, že nadpriemerné hodnoty HDI majú prevažne najvyspelejšie štáty EÚ, resp. jej prví členovia. Ak porovnáваме úmrtnosť na COVID-19 v rokoch 2020 a 2021, v krajinách EÚ je možné vidieť rozdiely. Napríklad Slovenská republika sa medziročne posunula z najlepšej hodnoty (-0,850) na najhoršiu (1,630), čo môže byť spôsobené oneskorením druhej vlny, ale aj dezinformáciami o covide a očkovaní. Zaočkovanosť tu bola len 50,32 % (Z-skóre: -1,357). Ak sa pozrieme na USA, čo je krajina s reziduálnym modelom sociálnej politiky, pozitívne je len HDI, na čom má vysoký podiel HDP na obyvateľa, avšak úmrtnosť a zaočkovanosť dosahuje podpriemerné hodnoty. Myslíme si, že to môže byť spôsobené aj týmto modelom, aj vysokými regionálnymi rozdielmi medzi severom a juhom, ich zvykmi a tradíciami (napr. južná časť s veľkým počtom domáceho obyvateľstva a imigrantov napr. z Mexika – krajiny “biblického pásu” – nižšia životná úroveň, viac žien v domácnosti, vysoký počet členov rôznych siekt, vyššia podpora republikánov, nižšie výdavky na cestovný ruch, kultúru a vzdelávanie a pod.). Na základe týchto údajov sme sa rozhodli realizovať ďalšie analýzy, a to určiť vzájomné vzťahy medzi týmito premennými. Na zisťovanie vzájomného vzťahu sme využili Pearsonov korelačný koeficient. Analyzovali sme zvlášť EÚ 27 a USA + EÚ 27. Išlo o tieto vzťahy:

- HDI vs. Z-skóre úmrtnosti na COVID-19 na 1 mil. obyv. v rokoch 2020 a 2021,
- HDI vs. Z-skóre plnej zaočkovanosti v roku 2021,
- Z-skóre úmrtnosti na COVID-19 a Z-skóre plnej zaočkovanosti v roku 2021 (Tabuľka 3).

Tabuľka 3 Vzájomné vzťahy vybraných ukazovateľov

Korelácia (Pearsonov korelačný koeficient)	Krajiny EÚ 27	Krajiny EÚ 27 + USA
<b>HDI vs. Z-skóre úmrtnosti na COVID-19 na 1 mil. obyv. (2020)</b>	-0,033	0,042
<b>HDI vs. Z-skóre úmrtnosti na COVID-19 na 1 mil. obyv. (2021)</b>	-0,790	-0,770
<b>HDI vs. Z-skóre plnej zaočkovanosti (2021)</b>	0,653	0,624
<b>Z-skóre úmrtnosti na COVID-19 a Z-skóre plnej zaočkovanosti v roku 2021</b>	-0,135	-0,800

Zdroj: Vlastné spracovanie, 2022

Z tabuľky vyplýva, že v roku 2020 bola v krajinách EÚ 27 slabá negatívna korelácia (-0,033) medzi hodnotou HDI a hodnotou Z-skóre úmrtnosti na COVID-19 na 1 mil. obyvateľov, po zohľadnení celého analyzovaného územia (vrátane USA) bola korelácia kladná, ale slabá (0,042). Zmenou bol však rok 2021, kedy medzi HDI a úmrtnosťou bola silná negatívna korelácia aj v rámci krajín EÚ 27 (-0,790) aj v rámci celého analyzovaného územia. HDI je ukazovateľom, ktorý zohľadňuje nielen

HDP na obyvateľa, ale aj strednú dĺžku života či vzdelanie. Čím je vyššie, tým je v krajine lepšia ekonomická a sociálna situácia, ľudia si plnia aj vyššie potreby z Maslowovej pyramídy (sebarozvoj, vzdelanie, kreativita), viac tredia zdroje na vedecké a dezinformačné a viac sa starajú o svoje zdravie, či už vo forme prevencie (medzi ktorú patrí aj očkovanie), vo forme zdravej životosprávy alebo vo forme voľnočasových aktivít. Práve rozvoj voľnočasových aktivít ovplyvňoval aj mieru zaočkovanosti kvôli opatreniam typu OP, ktoré sa vyskytovali vo väčšine skúmaných krajín. Preto sme sa rozhodli skúmať aj koreláciu medzi hodnotou HDI a plnou zaočkovanosťou, ktorá vyšla kladná v oboch prípadoch. V prípade EÚ 27 to bolo 0,653 a v prípade EÚ 27 + USA to bolo 0,624. Ak sa zameriame na hodnotu korelácie medzi Z-skóre úmrtnosti na COVID-19 a Z- skóre plnej zaočkovanosti, v oboch prípadoch je negatívna, ako sme aj očakávali, avšak v prípade zahrnutia aj USA do výskumu je to až -0,800, teda ide o silnú závislosť.

### **Záver**

Do systému sociálnej politiky patrí aj systém zdravotného zabezpečenia (poistenia). Spojené štáty americké a Európska únia majú rozdielne modely sociálnej politiky. Porovnaním ekonomických parametrov zisťujeme väčšiu ekonomickú efektívnosť krajín, ktoré využívajú reziduálny model. Len pre zaujímavosť, v mnohých krajinách Európskej únie je desaťročia samozrejmosť tzv. rodičovská dovolenka. Väčšina mamičiek ju využíva až do veku troch rokov dieťaťa. Tento pojem však v Spojených štátoch amerických nepoznajú. Na druhej strane, ak sa človek v USA správa zodpovedne, platí si zdravotné poistenie, prípadne mu prispieva zamestnávateľ, môže sa spoľahnúť na výnimočne kvalitnú zdravotnú starostlivosť. V Európskej únii je rovnaká úroveň zdravotnej starostlivosti prístupná úspešnému podnikateľovi ako aj chudobnému nezamestnanému, resp. vylúčeným skupinám. V USA sa kvalita a úroveň poskytovaných zdravotných služieb výrazne diferencuje v závislosti na spoločenskom a ekonomickom statuse človeka. Ako pohľad na túto problematiku mení pandémie koronavírusu? Spojené štáty americké sú svetovým ekonomickým lídrom. Žiadna krajina porovnateľná rozlohou a počtom obyvateľov nedosahuje takú vysokú ekonomickú úroveň (HDP na obyvateľa). Európska únia ako celok dosahuje cca 80 % ekonomickej úrovne USA. Ako príčiny sa zvyčajne uvádzajú: veľký počet rôzne ekonomicky rozvinutých štátov, nízka flexibilita a konzervatívnosť trhov práce jednotlivých štátov, ale aj rozdielnosť v systémoch sociálneho zabezpečenia, uplatňovanie rôznych modelov sociálnej politiky a ako uvádzajú Krištofik a Šlapiaková (2021) aj vysoká zadlženosť amerických podnikov a obyvateľstva. Európska únia je charakteristická korporatívnym modelom, USA modelom reziduálnym, v ktorom sa dôraz klade na osobnú zodpovednosť každého človeka. Na základe analýzy a komparácie relevantných údajov sme zistili, že finančne dostupný a paternalistický systém zdravotného poistenia a zdravotnej starostlivosti v Európskej únii sa prejavil nižšou mierou mortality na ochorenie COVID-19.

Ekonomické ukazovatele sú dôležitým parametrom úspešnosti fungovania trhového systému a hospodárskej politiky štátu, územia, ale žiadnym z nich nie je možné vyvážiť hodnotu ľudského života. Preto sme v ďalšej analýze pracovali s ukazovateľom HDI, ktorý mal v roku 2021 vysokú výpovednú hodnotu, a to vo

vzhľadom k úmrtnosti a k očkovaniu. Zároveň môžeme povedať, že do istej miery vyjadruje aj zdravotnú uvedomelosť národa. Ako príklad na aplikáciu HDI môžeme uviesť aj napr. africké krajiny, kde je hodnota veľmi nízka a zároveň sa vyznačujú inými negatívnymi javmi ako napr. vojny, nízka úroveň demokratického štátneho zriadenia, nízke investície do vzdelávania, slabá úroveň hygieny, zvyky a tradície potláčajúce práva žien, neochota myslieť inovatívne “out of the box”. Takisto aj zmeny v myslení ľudí by pomohli naštartovať ekonomiky rozvojových krajín a následne aj zlepšiť zdravotný stav obyvateľov, či už by to bolo pomocou sociálneho systému alebo z hľadiska individuálnej uvedomelosti, ktorá vzrastá s nárastom HDP a investícií do vzdelávania a je považovaná za najvýznamnejší determinant zdravia. Aj tieto skutočnosti by mohli byť predmetom nášho ďalšieho výskumu v oblasti kvality života. Predpokladáme, že skúsenosti najvyspelejších regiónov sveta v súvislosti s pandémiou otvoria diskusiu o symbióze ekonomickej výkonnosti a sociálnej politiky štátu a o ďalšom využití ukazovateľov kvality života, či už by išlo o spomínané HDP alebo iné vyššie uvedené ukazovatele. Takisto by bolo vhodné porozmýšľať o novom nastavení, o novej paradigme sociálnej politiky, pretože hodnota ľudského života je určite viac ako ekonomická výkonnosť a peniaze.

## **Resume**

The social policy system also includes the health insurance system. The United States and the European Union have different models of social policy. By comparing economic parameters, we find greater economic efficiency in countries that use the residual model. Just for the sake of interest, in many countries of the European Union, the so-called parental leave. Most mothers use it until the child is three years old. However, they do not know this term in the United States of America. On the other hand, if a person in the USA behaves responsibly, pays for health insurance, or is supported by his employer, he can count on exceptionally high-quality health care. In the European Union, the same level of health care is accessible to a successful entrepreneur as well as to a poor unemployed person, or excluded groups. In the USA, the quality and level of provided health services differ significantly depending on a person's social and economic status. How does the coronavirus pandemic change the view of this issue? The United States of America is the world economic leader. No country comparable in area and population reaches such a high economic level (GDP per capita). The European Union as a whole reaches about 80% of the economic level of the USA. The causes are usually cited as: a large number of economically developed countries, low flexibility and conservatism of the labor markets of individual countries, but also differences in social security systems, the application of different models of social policy and, as stated by Krištofik and Šlampiaková (2021), the high indebtedness of American companies and population. The European Union is characterized by a corporate model, the USA by a residual model, in which the emphasis is placed on the personal responsibility of each person. Based on the analysis and comparison of relevant data, we found that the financially accessible and paternalistic system of health insurance and health care in the European Union was manifested in a lower mortality rate from the covid disease.

Economic indicators are an important parameter of the success of the functioning

of the market system and the economic policy of the state, territory, but none of them can balance the value of human life. Therefore, in the next analysis, we worked with the HDI indicator, which had a high informative value in 2021, in relation to mortality and vaccination. At the same time, we can say that to some extent it also expresses the nation's health awareness. As an example of the application of HDI, we can mention e.g. African countries where the value is very low and at the same time are characterized by other negative phenomena such as wars, low level of democratic state establishment, low investment in education, poor level of hygiene, customs and traditions suppressing women's rights, reluctance to think innovatively "out of the box". Also, changes in people's thinking would help to start the economies of developing countries and subsequently improve the health status of the population, be it with the help of the social system or from the point of view of individual awareness, which increases with the increase of GDP and investments in education and is considered the most important determinant of health. These facts could also be the subject of our further research in the field of quality of life. We assume that the experience of the most developed regions of the world in connection with the pandemic will open a discussion about the symbiosis of economic performance and social policy of the state and about the further use of quality of life indicators, whether it is the mentioned GDP or other indicators mentioned above. It would also be appropriate to think about a new setting, a new paradigm of social policy, because the value of human life is certainly more than economic performance and money.

## **Literatúra**

- BAYDAS, A., YALMAN, F., BAYAT, M. (2021). Consumer Attitude Towards Organic Food: Determinants of Healthy Behaviour. *Marketing and Management of Innovations*, 12 (1), pp. 96-111.  
<http://doi.org/10.21272/mmi.2021.1-08>.
- BIANCHI, G. (2005). Is it Possible to Measure Quality of Life? In *Životné Prostredie*, Vol. 39, No. 6, pp. 285 – 289.
- BURÁK, E. (2007). *Pohodou k prosperite III*. Ružomberok, Tesfo.
- COPUŠ, L., ČARNOGURSKÝ, K. (2017). Intercultural marketing: Culture and its influence on the efficiency of Facebook marketing communication. *Management & Marketing*, 12(2), pp. 189–207.  
<https://doi.org/10.1515/mmcks-2017-0012>
- ČELEDOVÁ, L. et al., (2017). *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Praha, Univerzita Karlova v Praze.
- DEVLIN, N. J. et al. (2018). Valuing health-related quality of life: An EQ-5D-5L value set for England. *Health Economics*, 27 (1), pp. 7-22.  
<https://doi.org/10.1002/hec.3564>
- EUROSTAT STATISTICS (2022), Available at:  
<https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>  
(Accessed 10 February 2022).

- GONČÁROVÁ, Z., PITEKOVÁ, J., VRÁBLIKOVÁ, M. (2020). Assessment of the impact of selected satisfaction parameters on the competitiveness of family tourism. *Marketing and management of innovations*.11 (4), pp. 131-143. <http://doi.org/10.21272/mmi.2020.4-10>.
- HANULAKOVÁ, E. et al. (2021). Marketing in Social Innovations Targeted at Healthcare. *Marketing and Management of Innovations*, 12 (3,) pp. 90-107. <http://doi.org/10.21272/mmi.2021.3-08>.
- HEŘMANOVÁ, E. (2012). *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha, SLON.
- HOLKOVÁ, V., VESELKOVÁ, A. (2019). Teoreticko-praktické aspekty formovania kvality života z pohľadu spotreby. *Ekonomické rozhl'ady*. 48(3), pp. 237-254.
- HOLOBIUC, A. M. (2021). Determinants of economic growth in the European Union. An empirical analysis of conditional convergence. *SocioEconomic Challenges*. 5 (2), pp. 26-34. [https://doi.org/10.21272/sec.5\(2\).26-34.2021](https://doi.org/10.21272/sec.5(2).26-34.2021).
- IVANKOVÁ, V. et al. (2019) Health care financing systems and their effectiveness: An empirical study of OECD countries.: *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 16 (20). <http://doi.org/10.3390/ijerph16203839>.
- KEYNES, J. M. (2020). *Obecná teorie zaměstnanosti, úroku a peněz*. Praha, Nadační fond CICERO.
- KEYNES, J. M. (2021). *Jsem liberál? Výběr esejů*. Praha, Academia Praha.
- KOIBICHUK, V. et al. (2021). An overview of the elemental and functional content of the health indicators system as an economic category. *Health economics and management review*. 2 (2), pp. 8-14. <https://doi.org/10.21272/hem.2021.2-01>.
- KOUBA, L. (2020). Limity klasifikace determinant individuální podpory státu blahobytu. *Politická ekonomie*. 68 (1), pp. 86-107. <https://doi.org/10.18267/j.polek.1278>.
- KRIŠTOFÍK, P., ŠLAMPIAKOVÁ, L. (2021) Rozdiely v kapitálovej štruktúre verejne obchodovateľných podnikov Európy a USA. *Politická ekonomie*. 69(3), pp. 322-339. <https://doi.org/10.18267/j.polek.1320>.
- LIND, N. (2019). A Development of the Human Development Index. *Social Indicators Research*, 146, (3), pp. 409-423. <https://doi.org/10.1007/s11205-019-02133-9>
- LISÝ, J. et al., (2005). *Ekonomía v novej ekonomike*. Bratislava, Iura Edition.
- MADZÍK P. et al. (2016). Expected Level of State, Entrepreneurship and Individual Responsibility for Improving Quality of Life. *Current Trends in the Public Sector Research: proceedings of the 20th international conference*. pp. 293-301. Available at:

- [https://www.researchgate.net/profile/PeterMadzik/publication/309924604\\_Expected\\_Level\\_of\\_State\\_Entrepreneurship\\_and\\_Individual\\_Responsibility\\_for\\_Improving\\_Quality\\_of\\_Life/links/5826ced708ae950ace6c46c9/Expected-Level-of-State-Entrepreneurship-and-Individual-Responsibility-for-Improving-Quality-of-Life.pdf](https://www.researchgate.net/profile/PeterMadzik/publication/309924604_Expected_Level_of_State_Entrepreneurship_and_Individual_Responsibility_for_Improving_Quality_of_Life/links/5826ced708ae950ace6c46c9/Expected-Level-of-State-Entrepreneurship-and-Individual-Responsibility-for-Improving-Quality-of-Life.pdf) (Accessed 02 February 2022).
- MANGARAJ, B. K., APARAJITA, U. (2020). Constructing a generalized model of the human development index. *Socio-economic planning sciences*, 70, Article No. 100778. <https://doi.org/10.1016/j.seps.2019.100778>.
- MANKIW, G. N. (2017). *Principles of economics*. California, South Western College., 2017.
- MIHALACHE, I. C., (2019). Health state of human capital in the economic theory. *Postmodern Openings*. 10 (4), pp. 182-192. <https://doi.org/10.18662/po/102>.
- NĚMCOVÁ, I., ŽÁK, M. (1997). *Hospodářská politika*. Praha, Grada Publishing.
- PAULÍK, T. (2001). *Hospodářská politika*. Frýdek-Místek, Kleinwächter.
- PAYNE, J. (2005). *Kvalita života a zdraví*. Praha, Triton.
- SMITH, A. (2016). *Bohatství národů*. Praha, Grada Publishing. 2016.
- ŠTEC, P. (2012), *Determinanty zdravia*, Available at: <https://www.promeda.sk/> (Accessed 28 January 2022).
- TEJ, J., SIRKOVÁ, M., ALI TAHA, V. (2012). Model and results of the quality of life evaluation in regional cities in Slovakia. *Journal of management and business: research and practice*, 4(2), pp. 31-41.
- URAMOVÁ, M. et al. (2003). *Hospodárska politika*. Banská Bystrica, Ekonomická fakulta UMB.
- URAMOVÁ, M., LACOVÁ, Ž., HRONEC, M. (2010). *Makroekonómia I*. Banská Bystrica, Ekonomická fakulta UMB.
- VASYLIEVA, T. et al. (2020). Innovations in government management of the healthcare system: forecasting of COVID-19 consequences in social. *Marketing and management of innovations*. 11 (4), pp. 11-25. <https://doi.org/10.21272/mmi.2020.4-01>.
- VINCÚR, P. et al. (1997). *Hospodárska politika*. Bratislava, KON-PRESS.
- VLČEK, J. et al. (2005). *Ekonomie a ekonomika*. Bratislava, Aspi.
- VRÁBLIKOVÁ, M., UBREŽIOVÁ, I. (2023). Teoretický prehľad výskumu manažmentu kreatívneho potenciálu a kvality života . *Reflexie: Kompendium teórie a praxe podnikania*. 7 (1), pp. 7-20. <https://doi.org/10.54937/refl.2023.7.1.7-20>.
- WHO Dashboard (2022), Available at: <https://www.who.int/data#dashboards> (Accessed 10 February 2022).



YACOUB, K. (2020). Diving into data: Developments in global health inequalities research, Available at: <https://eurohealthnet-magazine.eu/diving-into-data-developments-in-global-health-inequalities-research/> (Accessed 28 January 2022).

**doc. Ing. Jana Piteková, PhD.**

Katolícka univerzita v Ružomberku  
Pedagogická fakulta  
Katedra manažmentu  
jana.pitekova@ku.sk

**Ing. Mária Vrábliková, PhD.**

Katolícka univerzita v Ružomberku  
Pedagogická fakulta  
Katedra manažmentu  
maria.vrablikova@ku.sk

**Ing. Zuzana Gončárová, PhD.**

Katolícka univerzita v Ružomberku  
Pedagogická fakulta  
Katedra manažmentu  
zuzana.goncarova@ku.sk