



Európska
komisia



State of Health in the EU Slovensko

Zdravotný Profil Krajiny 2017

Súbor profilov krajín

Profil krajín poskytuje stručný prehľad o zdravotnom stave a systémoch zdravotnej starostlivosti v členských štátoch EÚ, so zameraním na osobitné charakteristiky a problémy jednotlivých krajín. Ich účelom je podporiť úsilie členských štátov pri tvorbe politík založenej na dôkazoch.

Profil sú výsledkom spoločnej činnosti OECD a *European Observatory on Health Systems and Policies* v spolupráci s Európskou komisiou. Pracovná skupina vyjadruje svoje poďakovanie za cenné pripomienky a odporúčania, ktoré poskytli členské štáty a sieť *Health System and Policy monitor*.

Obsah

1 • ZÁKLADNÉ INFORMÁCIE	1
2 • ZDRAVIE V SLOVENSKEJ REPUBLIKE	2
3 • RIZIKOVÉ FAKTORY	4
4 • SYSTÉM ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI	6
5 • VÝKONNOSŤ SYSTÉMU ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI	9
5.1 Efektívnosť	9
5.2 Dostupnosť	11
5.3 Odolnosť	13
6 • HLAVNÉ ZISTENIA	16

Zdroje údajov a informácií

Údaje a informácie v profiloch krajín sú založené najmä na národných oficiálnych štatistikách predkladaných Eurostatu a OECD, ktorých platnosť bola overená v júni 2017 s cieľom zabezpečiť najvyššiu možnú úroveň porovnateľnosti údajov. Zdroje a metódy, na ktorých sú založené tieto údaje, sú k dispozícii v databáze Eurostatu a databáze OECD pre oblasť zdravia. Niektoré doplňujúce údaje pochádzajú aj z Inštitútu pre merania a hodnotenie v oblasti zdravia (Institute for Health Metrics and Evaluation – IHME), Európskeho centra pre prevenciu a kontrolu chorôb (European Center for Disease Prevention and Control – ECDC), prieskumov správania detí školského veku v oblasti zdravia (Health Behaviour in School-Aged Children – HBSC) a Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO), ako aj z iných národných zdrojov.

Vypočítané priemery EÚ sú vážené priemery 28 členských štátov, pokiaľ sa neuvádza inak.

Na stiahnutie tabuliek vo formáte Excel, ktoré zodpovedajú všetkým tabuľkám a grafom v tomto profile, napíšte do svojho internetového prehliadača tento odkaz (StatLinks):

<http://dx.doi.org/10.1787/888933623286>

Demografická a sociálno-ekonomická situácia v Slovenskej republike v roku 2015

	Slovenská republika	EÚ
Demografické činitele	Počet obyvateľov (v tisícoch)	5 424
	Podiel obyvateľov vo veku nad 65 rokov (v %)	18.9
	Miera plodnosti ¹	1.6
Sociálno-ekonomické činitele	HDP na obyvateľa (PKS EUR ²)	28 900
	Relatívna miera chudoby ³ (v %)	10.8
	Miera nezamestnanosti (v %)	9.4

1. Počet detí narodených na jednu ženu vo veku 15 – 49 rokov.

2. Parita kúpnej sily (PKS) sa vymedzuje ako kurz menového prepočtu, ktorým sa vyrovnáva kúpna sila rôznych mien odstránením rozdielov v cenových hladinách medzi krajinami.

3. Percentuálny podiel osôb, ktoré žijú s menej ako 50 % mediánu ekvivalentného disponibilného príjmu.

Zdroj: Databáza Eurostatu.

Vyhlasenie: Stanoviská a argumenty uvedené v tomto dokumente sú výlučne stanoviskami a argumentmi ich autorov a nemusia odrážať oficiálne názory OECD alebo jej členských krajín, alebo *European Observatory on Health Systems and Policies* alebo ktoréhokoľvek z jeho partnerov. Názory vyjadrené v tomto dokumente v nijakom prípade nemožno považovať za názory odrážajúce oficiálne stanovisko Európskej únie.

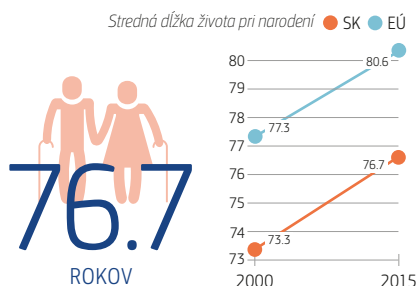
Týmto dokumentom, ani nijakými údajmi a mapami uvedenými v tomto dokumente nie sú dotknuté stav alebo zvrchovanosť akéhokoľvek územia, vymedzenie medzinárodných hraníc a názov akéhokoľvek územia, mesta alebo oblasti.

Ďalšie vyhlásenia týkajúce sa WHO sú uvedené na stránke <http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/>

1 Základné informácie

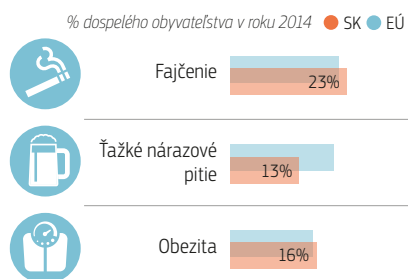
Zdravotný stav obyvateľov Slovenska sa od roku 2000 zlepšil, stále však zaostáva za priemerom EÚ. Obyvatelia Slovenska žijú dlhšie, pretrvávajú však rozdiely v strednej dĺžke života podľa pohlavia a sociálno-ekonomických skupín. V slovenskom systéme zdravotnej starostlivosti sa starostlivosť poskytuje všetkým obyvateľom, aj keď prístup k nej je v niektorých regiónoch obmedzenejší a kvalita a efektívnosť sa môžu v mnohých oblastiach zlepšovať.

Stav zdravia



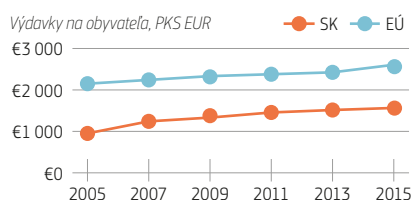
Stredná dĺžka života pri narodení v roku 2015 bola 76,7 roka, čo predstavuje zvýšenie oproti 73,3 roka v roku 2000, stále je to však takmer o štyri roky menej ako priemer EÚ. Pretrváva veľký rozdiel medzi pohlaviami, pričom slovenskí muži žijú v priemere o viac ako sedem rokov kratšie ako ženy (73,1 roka v porovnaní s 80,2 roka). Existujú takisto veľké rozdiely medzi sociálno-ekonomickými skupinami: osoby s nízkou úrovňou vzdelania žijú v priemere o 10 rokov kratšie ako osoby s vysokoškolským vzdelaním.

Rizikové faktory



V roku 2014 fajčilo každý deň 23 % dospelých, čo je viac ako priemer EÚ. Fajčí takmer dvakrát viac mužov ako žien a takmer o dve tretiny viac osôb s nízkym vzdelaním v porovnaní s osobami s vyšším vzdelaním. Celková spotreba alkoholu na dospelého sa od roku 2000 mierne znížila. Jeden z ôsmich slovenských dospelých uvádza vysokú pravidelnú konzumáciu alkoholu, čo je menej ako priemer EÚ. Každý šiesty dospelý má obezitu, čo je pomer blízky priemeru EÚ, pričom narastá problém nadváhy a obezity u mladistvých.

Výdavky na zdravotníctvo

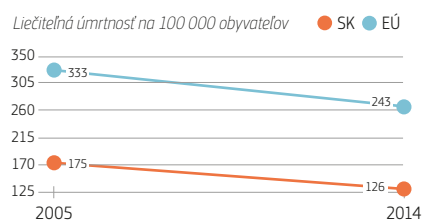


Slovenská republika vynakladá na zdravotníctvo menej ako väčšina ostatných krajín EÚ, a to v absolútnom vyjadrení, aj ako podiel HDP. V roku 2015 sa na zdravotnú starostlivosť vynaložilo 1 538 EUR na obyvateľa v porovnaní s priemerom EÚ vo výške 2 797 EUR. To predstavuje 6,9 % HDP v porovnaní s 9,9 % v rámci celej EÚ. Z verejných prostriedkov sa financuje približne 80 % výdavkov na zdravotnú starostlivosť v Slovenskej republike, čo sa blíži priemeru EÚ.

Výkonnosť systému zdravotnej starostlivosti

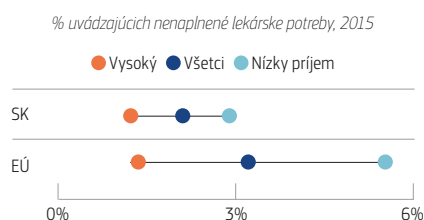
Efektívnosť

Napriek zlepšeniam zostáva liečiteľná úmrtnosť v Slovenskej republike vysoko nad priemerom EÚ. Úmrtnosti po hospitalizácii z dôvodu srdcového záchvatu alebo cievnej mozgovej príhody sa za posledné desaťročie znížila a signalizuje tak zlepšenie akútnej starostlivosti.



Prístup

Prístup k zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike je vo všeobecnosti dobrý, s nízkym počtom nahlásených nenaplnených potrieb týkajúcich sa lekárskej starostlivosti a s malými rozdielmi medzi príjmovými skupinami. Existujú však obavy, pokiaľ ide o geografické rozdiely v dostupnosti služby.



Odolnosť

Verejné výdavky na zdravotníctvo sa v posledných rokoch v Slovenskej republike zvýšili, zostáva však výrazný priestor na zlepšenie efektívnosti posilnením primárnej zdravotnej starostlivosti a obmedzením úlohy ústavnej starostlivosti. Ďalším významným problémom je riešenie nedostatku ľudských zdrojov, najmä nízkeho počtu všeobecných lekárov vo vidieckych oblastiach.



2 Zdravie v Slovenskej republike

Stredná dĺžka života sa zvyšuje, ale zostáva takmer o štyri roky kratšia ako priemer EÚ

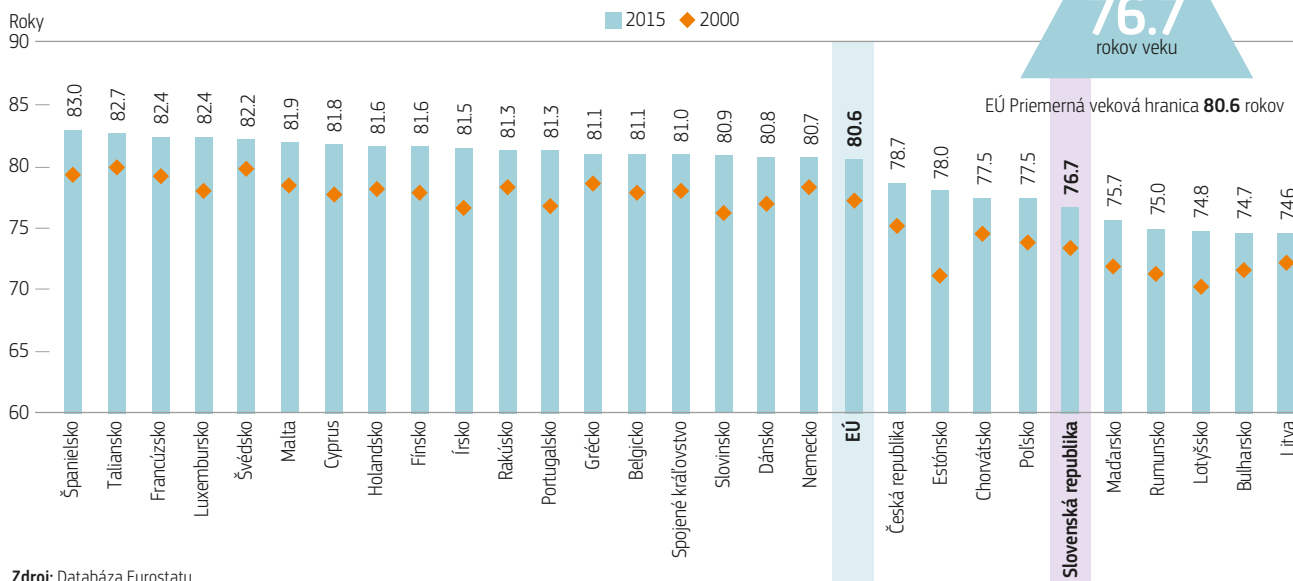
Stredná dĺžka života pri narodení sa v Slovenskej republike od roku 2000 zvýšila o viac ako tri roky a v roku 2015 dosiahla 76,7 roka (obrázok č. 1). Stredná dĺžka života obyvateľov Slovenska je však stále takmer o štyri roky kratšia ako priemer EÚ.

Výrazný rozdiel pretrváva v strednej dĺžke života medzi mužmi a ženami: stredná dĺžka života pri narodení u slovenských mužov (73,1 roka) je o viac ako sedem rokov kratšia ako u žien (80,2 roka). Tento rozdiel medzi pohlaviami je väčší ako priemer EÚ (5,4 roka). Okrem toho existuje veľký rozdiel v strednej dĺžke života podľa sociálno-ekonomického postavenia: stredná dĺžka života pri narodení v prípade Slovákov s vysokoškolským vzdelaním je o 10 rokov dlhšia ako v prípade osôb, ktoré nemajú ukončené stredoškolské vzdelanie. Ide o jeden z najväčších rozdielov v EÚ.

Najväčší prírastok strednej dĺžky života v Slovenskej republike od roku 2000 možno pripísať zníženiu úmrtnosti osôb vo veku nad 65 rokov. Stredná dĺžka života slovenských žien vo veku 65 rokov v roku 2015 dosiahla 18,8 roka (zvýšenie oproti 16,7 v roku 2000), pričom u mužov to bolo 15,0 rokov (oproti 12,9 v roku 2000). Nie všetky z týchto dodatočných rokov sú však prežité v dobrom zdraví. Slovenské ženy a slovenskí muži vo veku 65 rokov môžu očakávať, že bez zdravotného postihnutia prežijú približne štyri zo svojich zostávajúcich rokov, čo predstavuje len asi 20 % zostávajúcich rokov života u žien a 30 % u mužov.¹

1. Tieto údaje sú založené na ukazovateli „stredná dĺžka života v zdraví“, ktorým sa meria počet rokov, ktorých prežitie bez zdravotného postihnutia môžu ľudia očakávať v rôznom veku.

Obrázok č. 1. Stredná dĺžka života sa od roku 2000 predĺžila o viac než tri roky, stále je však kratšia ako priemer EÚ

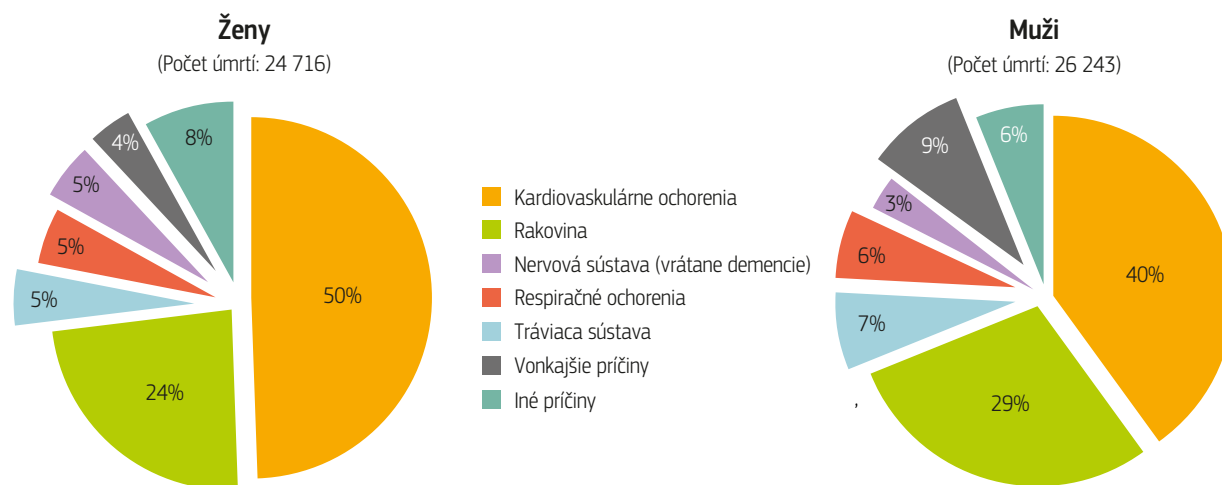


Zdroj: Databáza Eurostatu.

K úmrtnosti najviac prispievajú kardiovaskulárne ochorenia a rakovina

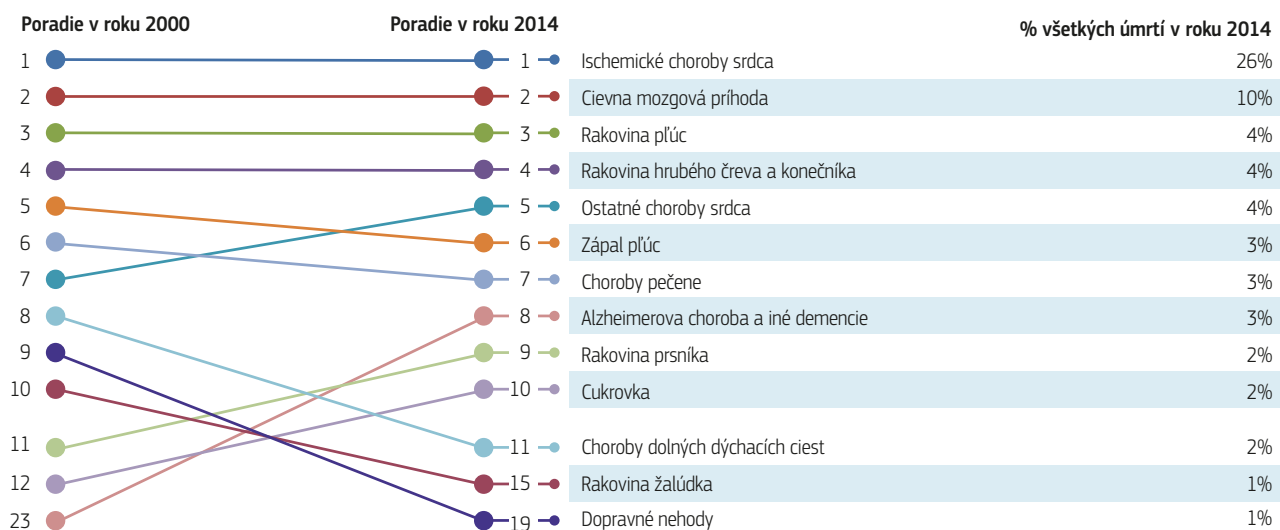
Kardiovaskulárne ochorenia sú v Slovenskej republike zďaleka najčastejšou príčinou úmrtí u žien aj u mužov, ďalšou je rakovina (obrázok č. 2). V roku 2014 zomrelo na kardiovaskulárne ochorenia asi 23 000 osôb (čo predstavuje 50 % všetkých úmrtí u žien a 40 % všetkých úmrtí u mužov) a 13 600 zomrelo na rakovinu (čo predstavuje 24 % všetkých úmrtí u žien a 29 % všetkých úmrtí u mužov).

Pri pohľade na trendy v špecifickjších príčinách úmrtí zostávajú štyri hlavné príčiny v Slovenskej republike od roku 2000 rovnaké: choroby srdca, cievná mozgová príhoda, rakovina pľúc a rakovina hrubého čreva a konečníka (obrázok č. 3). Úmrtnosť na Alzheimerovu chorobu a iných foriem demencie sa od roku 2000 do roku 2014 takmer zdvojnásobila z dôvodu starnutia obyvateľstva, ale aj z dôvodu lepšej diagnostiky, absencie účinnej liečby a zmien v postupoch registrácie.

Obrázok č. 2. Kardiovaskulárne ochorenia a rakovina zodpovedajú takmer za tri štvrtiny úmrtí v Slovenskej republike

Poznámka: Údaje sa predkladajú podľa širokých kapitol Medzinárodnej klasifikácie chorôb. Demencia bola pridaná do kapitoly ochorení nervovej sústavy, aby bola zaradená spolu s Alzheimerovou chorobou (hlavnou formou demencie).

Zdroj: Databáza Eurostatu (údaje sa týkajú roku 2014).

Obrázok č. 3. Hlavnými príčinami úmrtí sú choroby srdca a cievná mozgová príhoda, po ktorých nasleduje rakovina pľúc a rakovina hrubého čreva a konečníka

Zdroj: Databáza Eurostatu.

K hlavným príčinám chabého zdravia patria muskuloskeletálne problémy a depresia

Podľa meraní počtu rokov života upravených o zdravotné postihnutie (DALY)² o ktoré sa skráti život, patria k hlavným príčinám chabého zdravia v Slovenskej republike okrem zaťaženia chorobami vyvolanými smrteľnými príčinami aj muskuloskeletálne problémy (vrátane bolesti v krížoch a krku) a významné depresívne poruchy (IHME, 2016). Aj keď tieto stavy nie sú smrteľné, majú závažné dôsledky z hľadiska obmedzenia dĺžky života.

2. DALY je ukazovateľ, ktorý sa používa na odhad celkového počtu rokov, o ktoré sa skráti život z dôvodu konkrétnych ochorení a rizikových faktorov. Jeden rok podľa ukazovateľa DALY sa rovná skráteniu o jeden rok života v zdraví (IHME).

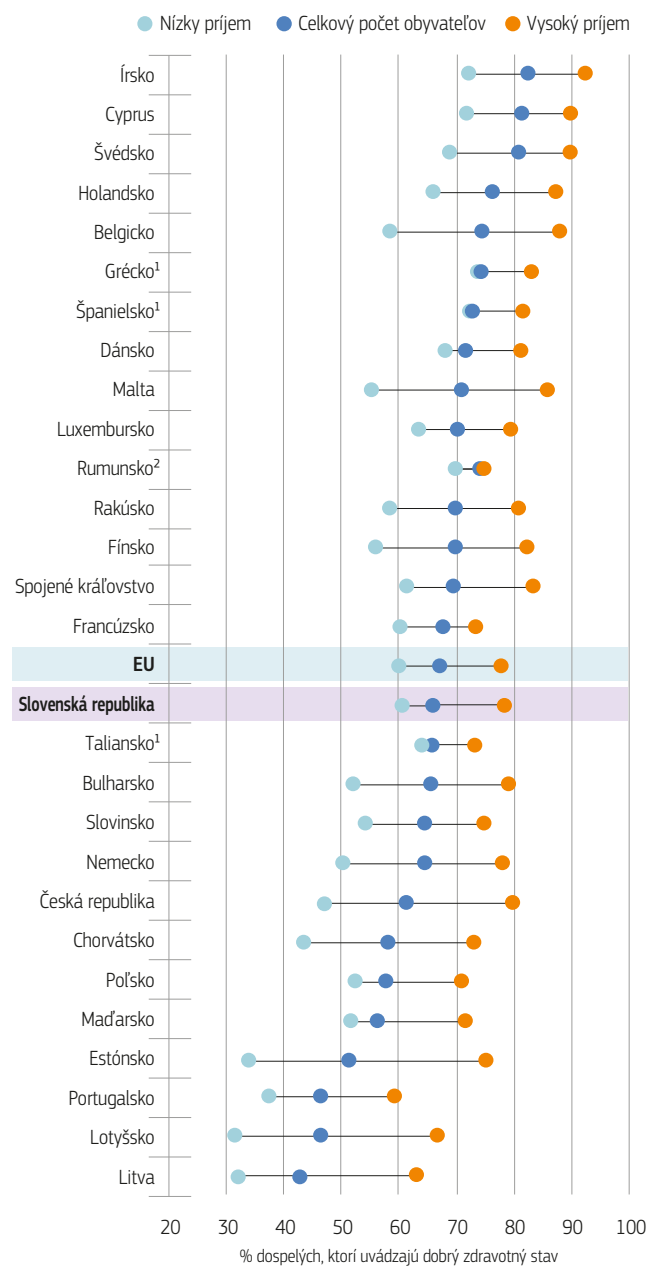
Z údajov uvádzaných samotnými respondentmi v európskom prieskume zdravia formou rozhovorov (European Health Interview Survey – EHIS) vyplýva, že viac ako jedna zo štyroch osôb v Slovenskej republike žije s vysokým tlakom, každý štrnásty žije s cukrovkou a každý dvadsiaty šiesty s astmou. U osôb s najnižšou úrovňou vzdelania je štyrikrát pravdepodobnejší výskyt cukrovky a viac ako jeden a polkrát pravdepodobnejší výskyt astmy ako u osôb s najvyššou úrovňou vzdelania.³

3. Rozdiely podľa vzdelania možno čiastočne pripísať vyššiemu podielu starších ľudí s nižším vzdelaním, táto skutočnosť sama osebe však nezodpovedá za všetky sociálno-ekonomické rozdiely.

Väčšina Slovákov uvádza dobrý zdravotný stav, existujú však rozdiely podľa príjmových skupín

Asi dve tretiny (66 %) obyvateľov Slovenska uvádzajú dobrý zdravotný stav, čo je pomer podobný priemeru EÚ, ale vyšší ako vo väčšine susedných krajín (obrázok č. 4). Podľa vlastného hodnotenia zdravotného stavu však existujú rozdiely podľa sociálno-ekonomického postavenia: dobrý zdravotný stav uvádzajú viac ako tri štvrtiny (78 %) obyvateľov Slovenska v najvyššej príjmovej skupine v porovnaní s menej ako dvoma tretinami (61 %) v najnižšom príjmovom kvintile.

Obrázok č. 4. Podiel osôb uvádzajúcich dobrý zdravotný stav a rozdiel podľa príjmu sú podobné priemeru EÚ



1. Podiely v rámci celkového počtu obyvateľov a obyvateľstva s nízkym príjmom sú približne rovnaké.
2. Podiely v rámci celkového počtu obyvateľov a obyvateľstva s vysokým príjmom sú približne rovnaké.

Zdroj: Databáza Eurostatu, na základe štatistiky EÚ o príjmoch a životných podmienkach (EU-SILC) (údaje sa týkajú roku 2015).

3 Rizikové faktory

Rizikové faktory správania predstavujú v Slovenskej republike zásadný problém verejného zdravia

Na základe odhadov IHME bolo možné viac ako 35 % celkového zaťaženia chorobami v Slovenskej republike v roku 2015 podľa meraní ukazovateľa DALY pripísať rizikovým faktorom správania. Tieto faktory zahŕňajú fajčenie a konzumáciu alkoholu, ako aj riziká súvisiace so stravovaním a nízkou fyzickou aktivitou, ktoré prispievajú k vysokému indexu telesnej hmotnosti a ďalším zdravotným rizikám (IHME, 2016).

Podiel fajčiarov je vysoký a problémom zostáva nárazové pitie mladistvých

Takmer štvrtina (23 %) dospelých v Slovenskej republike stále fajčí každý deň, čo je viac ako vo väčšine krajín EÚ (obrázok č. 5). Podiel fajčiarov medzi slovenskými mužmi (30 %) je takmer dvakrát vyšší ako u žien (16 %) a vyšší ako priemer EÚ u mužov (26 %). Fajčí viac slovenských chlapcov (16 %) a dievčat (18 %) vo veku pätnásť rokov ako je priemer EÚ (14 % u chlapcov aj u dievčat). Politiky na kontrolu tabaku sú menej komplexné ako v mnohých iných krajinách EÚ (pozri oddiel 5.1).



Celková spotreba alkoholu v Slovenskej republike sa blíži priemeru EÚ s úrovňou 10,2 litra na dospelú osobu v roku 2015. Úroveň spotreby sa mierne znížila z 11 litrov v roku 2000. Percentuálny podiel dospelých, ktorí uvádzajú pravidelnú ťažkú konzumáciu alkoholu je nižší ako priemer EÚ, pričom takéto „nárazové pitie“⁴ uvádza 13 % slovenských dospelých v porovnaní s priemerom EÚ takmer 20 %. Podiel mladistvých, ktorí uvádzajú, že boli opití viac ako raz v živote, je však vyšší ako priemer EÚ, pričom 26 % dievčat a 29 % chlapcov vo veku pätnásť rokov uviedlo, že boli opití najmenej dvakrát (v porovnaní s priemerom EÚ 24 % u dievčat a 27 % u chlapcov).

Zvyšujúca sa miera nadváhy a obezity u detí predstavuje rastúci problém

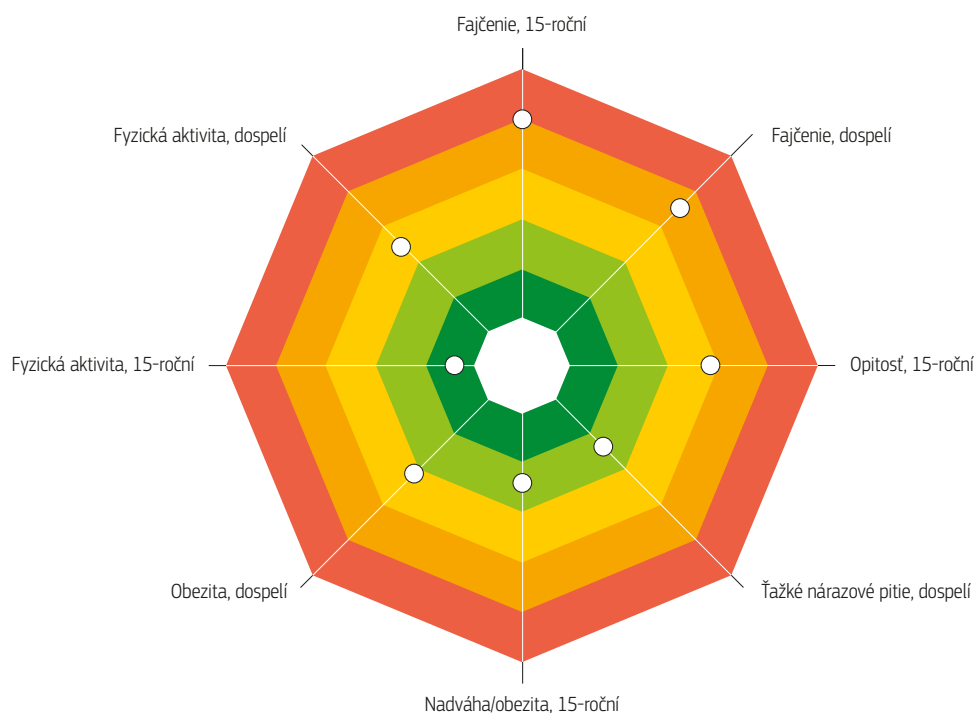
Každý šiesty (16 %) dospelý v Slovenskej republike je obézny, čo zodpovedá priemeru EÚ. Hoci prevalencia nadváhy a obezity

u pätnásťročných zostáva pod priemerom EÚ, v rokoch 2005 – 2006 až 2013 – 2014 sa takmer zdvojnásobil (z 8 % na 15 %). Táto skutočnosť je zdrojom obáv, keďže nadváha či obezita v detstve alebo počas dospievania je silným predpokladom nadváhy alebo obezity v dospelosti.

Výskyt rizikových faktorov správania je vyšší u znevýhodneného obyvateľstva

V Slovenskej republike sa mnoho rizikových faktorov správania častejšie vyskytuje u obyvateľstva s nízkou úrovňou vzdelania alebo príjmu. Výskyt pravidelného fajčenia je takmer o dve tretiny vyšší u obyvateľov s najnižším vzdelaním v porovnaní s obyvateľmi s najvyšším vzdelaním. Obezita je takmer trikrát častejšia u obyvateľov s najnižším vzdelaním (22 %) ako u obyvateľov s vysokým vzdelaním (8 %). Vyšší výskyt rizikových faktorov v znevýhodnených skupinách významne prispieva k rozdielom v oblasti zdravia.

Obrázok č. 5. Fajčenie zostáva významným problémom verejného zdravia v Slovenskej republike



4. Nárazové pitie sa vymedzuje ako konzumácia šiestich alebo viacerých alkoholických nápojov pri jednej príležitosti každý mesiac počas uplynulých dvanásť mesiacov.

Poznámka: Čím bližšie je bodka k stredu, tým lepšie je na tom krajina v porovnaní s inými krajinami EÚ. V bielej „cieľovej oblasti“ nie je nijaká krajina, keďže priestor na zlepšenie existuje vo všetkých krajinách vo všetkých oblastiach.

Zdroj: Výpočty OECD podľa databázy Eurostatu (EHIS v roku 2014 alebo okolo roku 2014), štatistiky OECD v oblasti zdravia a prieskumy správania detí školského veku v oblasti zdravia v rokoch 2013 – 2014. (Graf vypracovalo: Laboratoro MeS).

4 Systém zdravotnej starostlivosti

Systém zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike je založený na povinnom poistení so selektívnym výberom zmluvných poskytovateľov

Slovenský systém zdravotnej starostlivosti je založený na povinnom zdravotnom poistení, základnom balíku poskytovaných služieb a všeobecnej dostupnosti pre obyvateľstvo. Konkurenčný model poistenia s poisťovňami, ktoré si vyberajú, s ktorými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti uzatvoria zmluvu, a s flexibilným určovaním cien zdravotníckych služieb bol zavedený krátko po roku 2000 (pozri rámček č. 1). Zdravotné poisťovne sú zo zákona povinné zabezpečiť zdravotnú starostlivosť pre obyvateľov, ktorí sú u nich poistení, a súťažia v kvalite a cenách. Zdravotné poisťovne môžu slobodne uzatvárať zmluvy s poskytovateľmi a individuálne rokovať o kvalite, cenách a objemoch. Na zaručenie dostupnosti poskytovateľov vláda stanovuje požiadavku minimálnej siete (založenú napríklad na minimálnom počte lekárov podľa špecializácie). Vzhľadom na viacero zlúčení sa o trh so zdravotným poistením delí jedna zdravotná poisťovňa vo verejnom vlastníctve, ktorá na trhu dominuje, a dve menšie súkromné spoločnosti. Tieto tri zdravotné poisťovne monitoruje Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

RÁMČEK 1. AMBICIÓZNA REFORMA, KTORÁ SA USKUTOČNILA PRED 15 ROKMI, SA OPIERALA O TRHOVÉ PRINCÍPY, STÁLE JE VŠAK SPORNÁ

Slovenská republika opätovne zaviedla systém zdravotnej starostlivosti s poistením sociálno-zdravotného typu v 90. rokoch 20. storočia s väčšinou poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vo vlastníctve štátu a regulačnou právomocou sústredenou na ministerstve zdravotníctva. V rokoch 2002 – 2004 sa uskutočnila „šoková“ reforma systému podnietená zlými výsledkami v oblasti zdravia, vysoko zadlženými nemocnicami a viacerými korupčnými škandálmi. Touto reformou sa zaviedli trhové princípy pre trh so zdravotným poistením a s poskytovaním zdravotníckych služieb, kde zdravotné poisťovne súťažia o poisťencov a poskytovatelia súťažia o zmluvy. Viacero kľúčových vlastností tejto reformy, ako sú poplatky používateľov a transformácia poskytovateľov a zdravotných poisťovní na akciové spoločnosti, sú predmetom sústavných zmien. Diskusiou okolo reformy z roku 2004 sa pravdepodobne odpútala pozornosť od viacerých iných oblastí, kde sa reforma dlhodobo očakáva, ako je rozvoj primárnej zdravotnej starostlivosti a zvýšenie kapacity dlhodobej starostlivosti.

Ústrednú úlohu pri správe systému zohráva slovenské ministerstvo zdravotníctva. Ministerstvo vymedzuje základný balík poskytovaných služieb a rozsah čakacích zoznamov a poveruje zdravotné poisťovne na uzatváranie zmlúv s poskytovateľmi, čo sa vníma ako kľúčové pri zaručení dostupnosti zdravotníckych služieb. Okrem toho vlastní približne 40 % všetkých nemocničných zariadení vrátane univerzitných nemocníc a vysoko špecializovaných ústavov a je jediným akcionárom v najväčšej zdravotnej poisťovni. Úsilie o formovanie systému zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike sa sústreďuje najmä na nájdenie štruktúry, v ktorej je balans medzi konkurenčným trhom a reguláciou.

Viacero reforiem bolo implementovaných s cieľom obmedziť výdavky v systéme zdravotnej starostlivosti

Slovenská republika v roku 2015 vynaložila na zdravotníctvo 1 538 EUR na obyvateľa (po úprave vzhľadom na rozdiely v kúpnej sile; obrázok č. 6), čo je menej v porovnaní s priemerom EÚ, ale porovnateľné s inými európskymi krajinami s podobnou úrovňou hospodárskeho rozvoja. V roku 2015 predstavovali výdavky na zdravotníctvo 6,9 % slovenského HDP. Tento podiel je omnoho nižší ako priemer EÚ (9,9 %), ale zároveň porovnateľný so susednými krajinami s podobnou výškou HDP. Verejné zdroje predstavujú 80 % celkových výdavkov na zdravotníctvo, čo je trochu viac ako priemer EÚ (79 %).

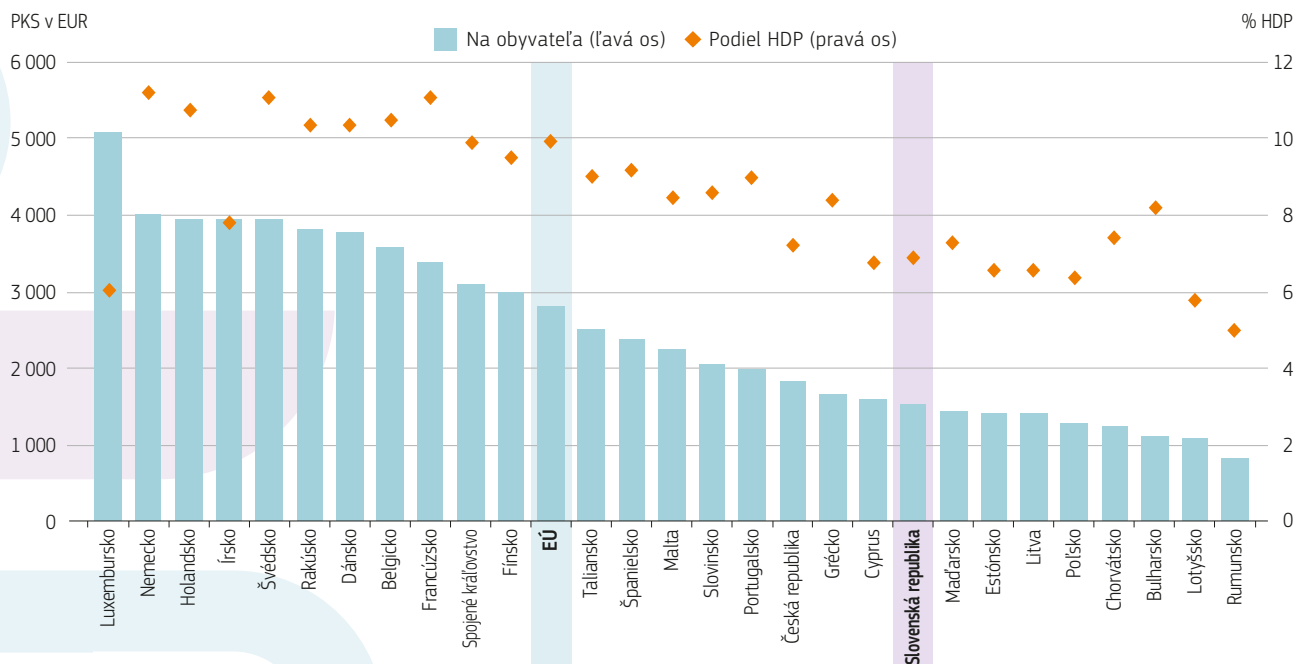
Hlavnými zdrojmi verejných príjmov určených na výdavky na zdravotníctvo sú príspevky zamestnancov a zamestnávateľov, samostatne zárobkovo činných osôb, ako aj príspevky štátu za ekonomicky neaktívne osoby. Existujú aj určité osobitné programy pre desaťpercentnú rómsku menšinu, ktorá má horší zdravotný stav a životné podmienky ako celková populácia. Súkromné výdavky, ktoré pozostávajú najmä z hotovostných platieb, sú predmetom trvalej diskusie s častými zmenami vo výške a štruktúre spolu-účasti na nákladoch.

Od roku 2008 sa zrealizovalo viacero reforiem zameraných na kontrolu nákladov a zlepšenie efektívnosti systému. Prerozdelenie verejných prostriedkov medzi zdravotnými poisťovňami podľa rizika sa zlepšilo v roku 2012 zaradením nákladov na lieky do vzorca prerazdelovania.

Ďalším cieľom reformy z roku 2012 bolo zníženie vysokého podielu výdavkov zdravotných poisťovní na lieky (ktoré pred rokom 2012 predstavovali okolo 30 % celkových výdavkov). Zmeny v zozname hrađených liekov, ako aj zavedenie referenčného určovania cien a regresívnych marží, viedli v roku 2012 k poklesu podielu výdavkov.

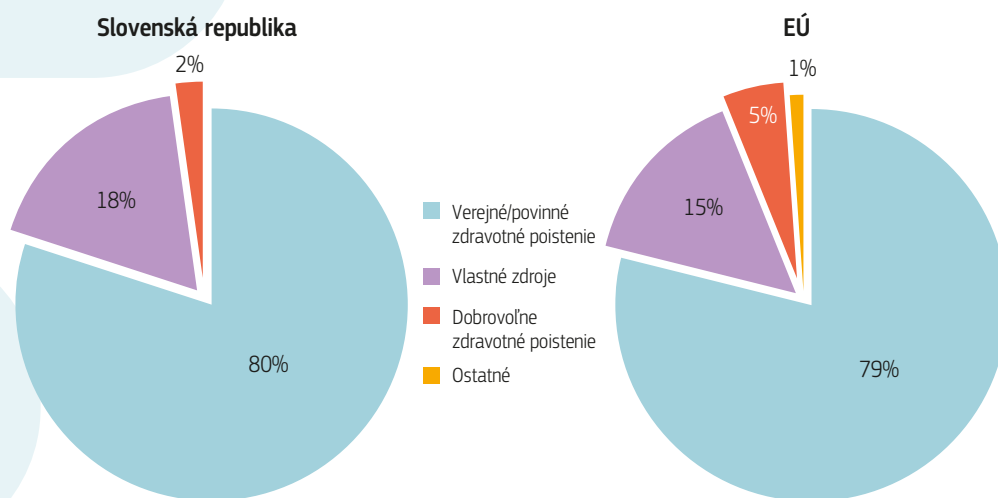
V roku 2016 bol zavedený súbor ďalších opatrení na úsporu nákladov, ako sú referenčné určovanie cien materiálu určeného na zdravotnú starostlivosť, zníženie počtu lôžok určených na akútnu starostlivosť v nemocniciach a centralizované verejné obstarávanie (OECD, 2017).

Obrázok č. 6. Slovenská republika vynakladá na zdravotníctvo menej ako väčšina ostatných krajín EÚ



Zdroje: Štatistiky OECD v oblasti zdravia, databáza Eurostatu, databáza WHO s globálnymi výdavkami na zdravotníctvo (údaje sa týkajú roku 2015).

Obrázok č. 7: Podiel verejných výdavkov na zdravotníctvo je blízko priemeru EÚ



Zdroje: Štatistiky OECD v oblasti zdravia, databáza Eurostatu (údaje sa týkajú roku 2015)

Počet lôžok sa znížil, nemocnice však bojujú s financovaním investícií

Počet lôžok na liečebnú starostlivosť v nemocniciach v roku 2015 klesol na 4,9 lôžka na 1 000 obyvateľov (zo 6,4 v roku 2000), stále však zostáva vyšší ako priemer EÚ (4,2 na 1 000 obyvateľov). Napriek tomuto zníženiu sa obsadenosť lôžok nezvýšila z dôvodu zníženia priemernej dĺžky hospitalizácie a posunu k väčšiemu počtu úkonov jednoduchovej chirurgie.

Zdravotné poisťovne môžu usmerňovať celkovú kapacitu lôžok rokováním o objeme a cenách zdravotníckych služieb (zdravotná poisťovňa v štátnom vlastníctve tak urobila rokoch 2010 – 2011, keď neuzavrela zmluvu s niektorými vybranými oddeleniami v nemocniciach). Poskytovatelia sú teoreticky zodpovední za vlastné kapitálové investície s použitím prostriedkov získaných z odmeňovania nemocničných služieb. Hoci má táto samostatnosť výhody, v skutočnosti sa zdá, že poskytovatelia nedokážu túto zodpovednosť zvládnuť, keďže úroveň investícií zostáva nízka (pozri oddiel 5.3). Nedostatok investícií v praxi v niektorých prípadoch často nahrádzajú regionálna štátna správa a štrukturálne fondy EÚ.

Slovenská republika má nízky pomer počtu zdravotných sestier na počet lekárov

Zatiaľ čo v Slovenskej republike zrejme nie je všeobecný nedostatok lekárov, klesajúci počet zdravotných sestier na obyvateľa vyvoláva obavy. Počet lekárov vykonávajúcich lekársku prax na obyvateľa sa od roku 2000 mierne zvýšil a v roku 2015 sa blížil k priemeru EÚ (obrázok č. 8). Na druhej strane je Slovenská republika jednou z mála krajín EÚ, kde sa počet zdravotných sestier na obyvateľa za posledných 15 rokov znížil. Zatiaľ čo počet zdravotných sestier na obyvateľa v Slovenskej republike bol v roku 2000 vyšší ako priemer EÚ, v súčasnosti je podstatne nižší a očakáva sa, že starnutie tejto pracovnej sily povedie v nadchádzajúcich rokoch k ďalšiemu zníženiu, pokiaľ sa nevyvalozí úsilie na ich nábor a udržanie.

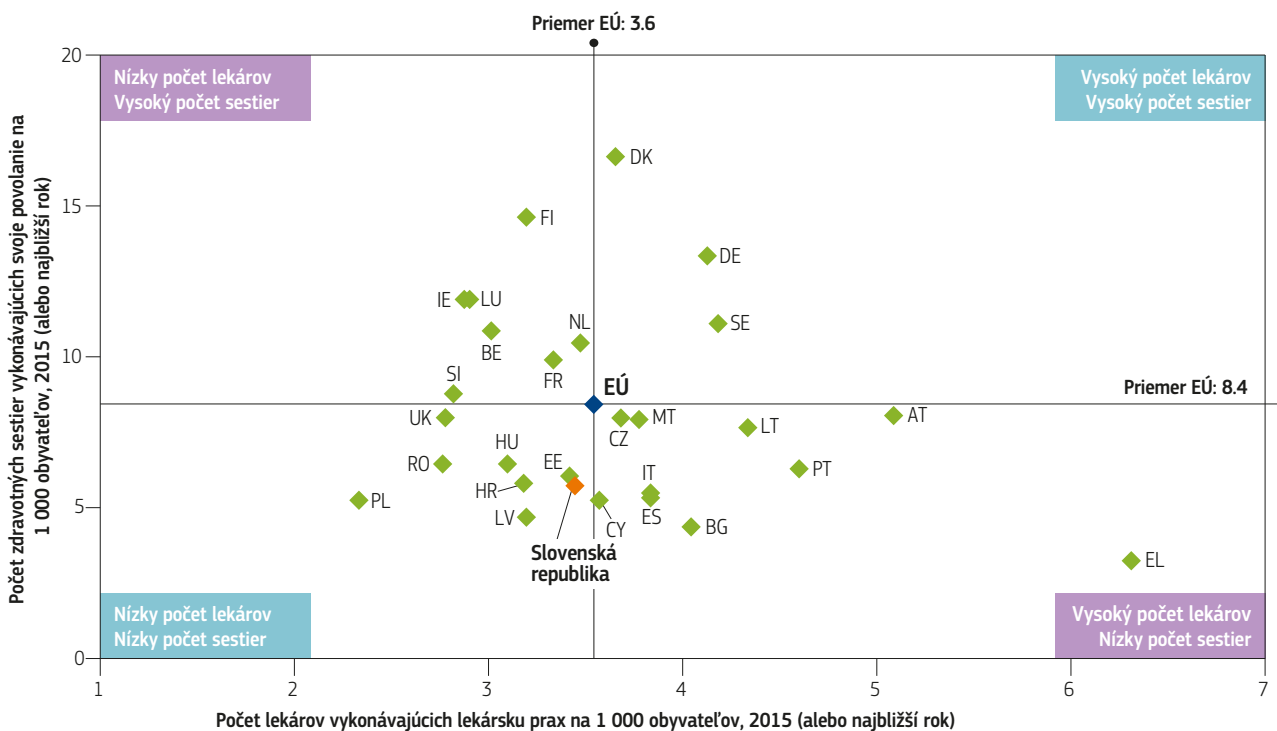
V jednotlivých regiónoch existujú veľké rozdiely v ponuke lekárov a zdravotných sestier. V regióne hlavného mesta Bratislava je počet zdravotníckych pracovníkov takmer dvojnásobný v pomere k počtu

obyvateľov v porovnaní s celoštátnym priemerom. Naopak, mnoho vidieckych oblastí trpí obmedzenou dostupnosťou zdravotníckych pracovníkov (pozri oddiel 5.3).

Slovenská republika má málo všeobecných lekárov a ich úloha pri prvom kontakte je nedostatočná

Všeobecní lekári v Slovenskej republike zohrávajú len malú úlohu pri prvom kontakte a ich podiel v porovnaní so špecialistami je nízky. Vzhľadom na nízke počty všeobecných lekárov a ich obmedzené formálne práva predpisovať lieky a spravovať pacientov s chronickými ochoreniami sa 80 % návštev u všeobecného lekára končí odporúčaním pacienta k nemocničnému špecialistovi. Okrem toho stále existujú spôsoby ako tento systém odporúčaní obísť, aj keď táto požiadavka platí od roku 2013. Táto pomerne slabá funkcionálna funkcia lekárov prvého kontaktu sa odzrkadľuje v počte nadbytočných hospitalizácií a počte ambulantných konzultácií, ktorý je vyšší ako priemer EÚ.

Obrázok č. 8. Slovenská republika má priemerný počet lekárov, ale nízky počet zdravotných sestier



Poznámka: V Portugalsku a Grécku sa údaje týkajú všetkých lekárov s povolením vykonávať prax, čo vedie k veľkému nadhodnoteniu počtu lekárov vykonávajúcich prax (napr. v Portugalsku asi o 30 %). V Rakúsku a Grécku je počet zdravotných sestier podhodnotený, keďže zahŕňa len zdravotné sestry pracujúce v nemocniciach.

Zdroj: Databáza Eurostatu.

5 Výkonnosť systému zdravotnej starostlivosti

5.1 EFEKTÍVNOSŤ

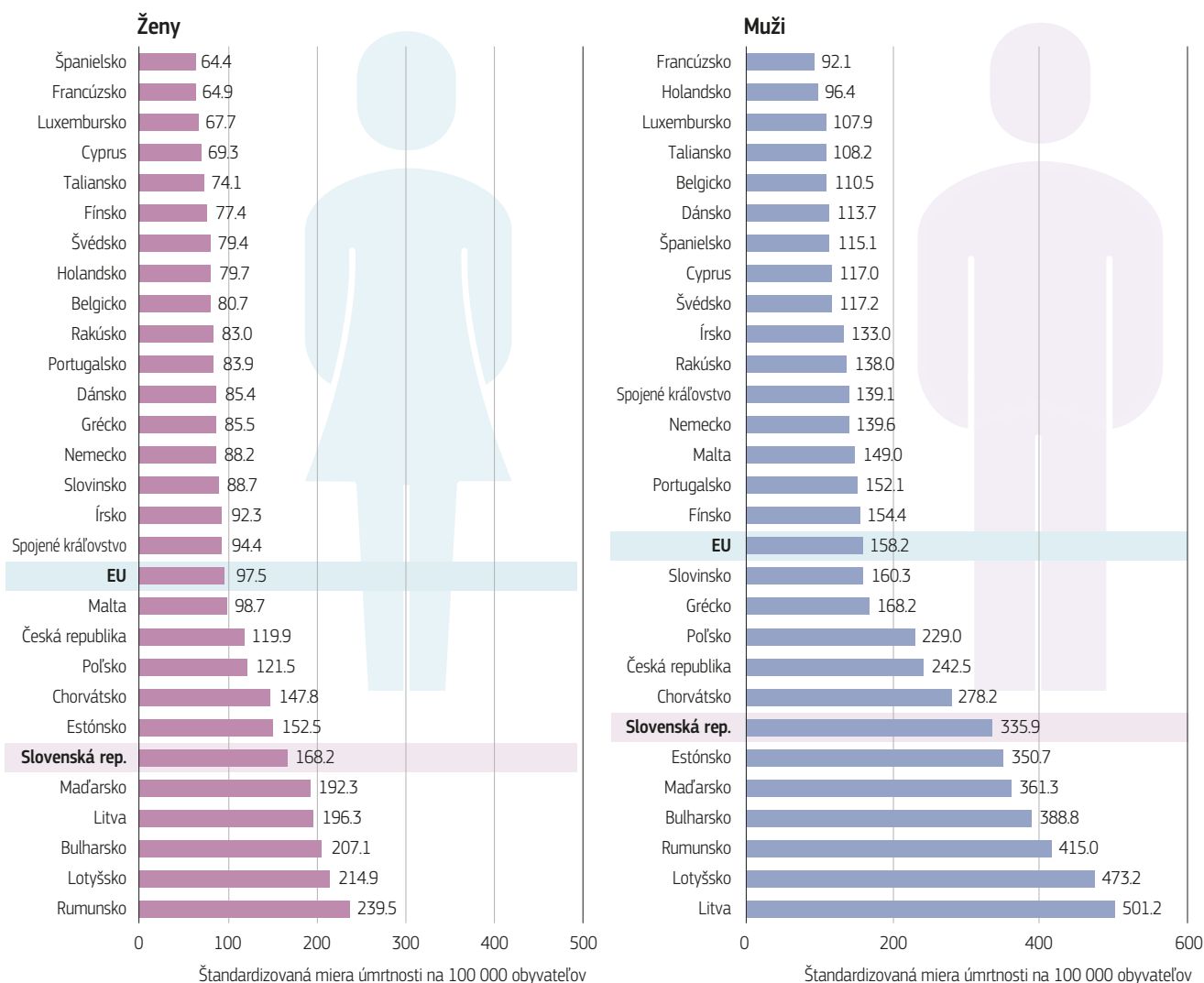
Slovenská republika má pomerne vysokú mieru liečiteľnej úmrtnosti

Liečiteľná úmrtnosť, ktorá zahŕňa úmrtia z dôvodu stavov, ktoré sú v modernom systéme zdravotnej starostlivosti do veľkej miery liečiteľné, je v Slovenskej republike pomerne vysoká u mužov aj u žien (obrázok č. 9). Dôvodom je najmä to, že v Slovenskej republike je vyššia miera úmrtnosti na kardiovaskulárne ochorenia, ako sú cievna mozgová príhoda a ischemická choroba srdca, ktoré patria k najvyšším v EÚ.

Akútna starostlivosť v prípade kardiovaskulárnych ochorení sa v slovenských nemocniciach zlepšila

Positívne je, že kvalita akútnej starostlivosti v nemocniciach v prípade život ohrožujúcich stavov, ako sú akútny infarkt myokardu (srdcový infarkt) a cievna mozgová príhoda sa v poslednom desaťročí v Slovenskej republike zlepšila. Percentuálny podiel pacientov, ktorí zomreli na srdcový infarkt do 30 dní od hospitalizácie sa znížil takmer o polovicu (pričom štandardizovaná miera úmrtnosti sa znížila z 11,8 % v roku 2007 na 6,4 % v roku 2015) a významným spôsobom sa znížil aj počet pacientov, ktorí zomreli po hospitalizácii na cievnu mozgovú príhodu (z 13,4 % v roku 2007 na 9,2 % v roku 2015).

Obrázok č. 9. Miera liečiteľnej úmrtnosti v Slovenskej republike je vysoká



Zdroj: Databáza Eurostatu (údaje sa týkajú roku 2014).

Prežitie v prípade rakoviny a miera skríningu zostávajú pod priemerom EÚ

Podľa údajov programu CONCORD sa miera prežitia po diagnostikovaní rakoviny prsníka, rakoviny krčka maternice a rakoviny hrubého čreva v Slovenskej republike v poslednom desaťročí podstatne nezlepšila a prehĺbil sa rozdiel v porovnaní s mnohými inými krajinami EÚ.

Táto pomerne nízka miera prežitia v prípade rôznych druhov rakoviny čiastočne súvisí s nízkou mierou skríningu, čo znamená, že vysoký podiel prípadov rakoviny sa zistí v neskoršom štádiu. Podľa údajov z roku 2015 podstúpila skrínig pomocou mamografie za uplynulé dva roky menej ako štvrtina (23 %) žien v cieľovej vekovej skupine a za uplynulé tri roky podstúpila skrínig rakoviny krčka maternice menej ako polovica (48 %) žien⁵. Mieru tohto skríningu by mohli pomôcť zvýšiť ďalšie kampane vlády alebo mimovládnych organizácií (MVO) na informovanie verejnosti o výhodách pravidelného skríningu.

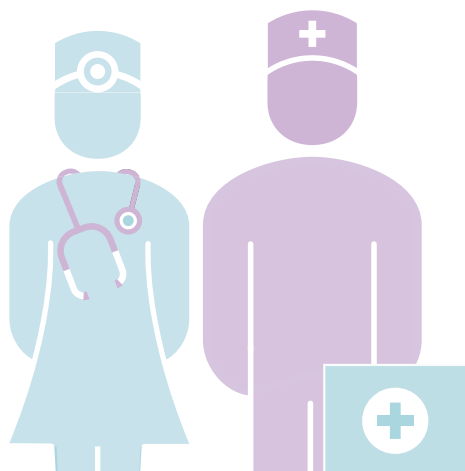
Vo všeobecnosti Slovenská republika zatiaľ nemá vypracovaný národný plán boja proti rakovine, čo je nástroj, ktorý sa v iných krajinách využíva na mobilizovanie úsilia na presadzovanie väčšej prevencie, včasného zisťovania a lepšej liečby osôb s rakovinou.

Sektor primárnej zdravotnej starostlivosti možno posilniť

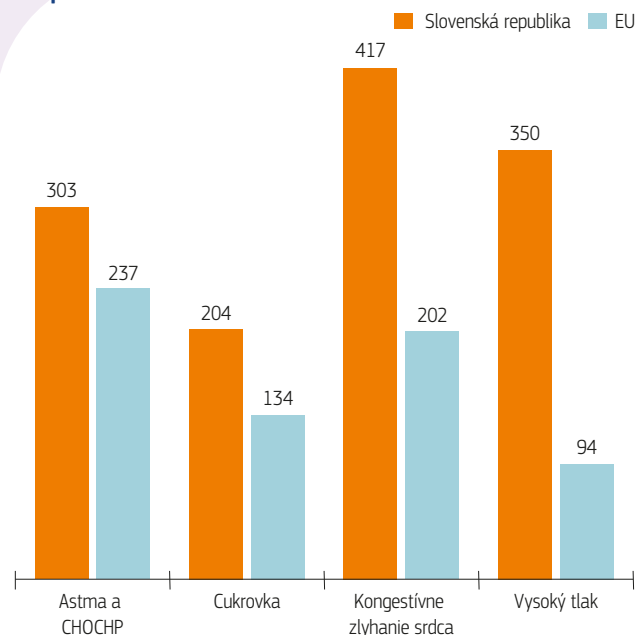
Bežným ukazovateľom efektívnosti služieb v prvej línii sú potenciálne zbytočné hospitalizácie v prípade chronických stavov, ktoré možno zvládnuť a mali by sa zvládať v prostredí primárnej zdravotnej starostlivosti. Počet hospitalizácií, ktorým by bolo potenciálne možné zabrániť v prípade takých stavov ako je astma, chronická obštrukčná choroba pľúc (CHOCHP), cukrovka, kongestívne zlyhanie srdca a vysoký tlak, je v Slovenskej republike vyšší ako je priemer EÚ (obrázok č. 10).

Ako sa opisuje v oddieloch 4 a 5.2, Slovenská republika má nedostatok všeobecných lekárov a dostupnosť služieb primárnej zdravotnej starostlivosti v niektorých častiach krajiny je problematická.

5. Z údajov uvádzaných samotnými respondentmi v európskom prieskume zdravia formou rozhovorov v Slovenskej republike z roku 2014 vyplýva vyššia miera skríningu: 54 % v prípade skríningu rakoviny prsníka a 69 % v prípade skríningu rakoviny krčka maternice v roku 2014.



Obrázok č. 10. Silnejším sektorom primárnej zdravotnej starostlivosti by sa mohlo predísť častým hospitalizáciám



Poznámka: Údaje sa týkajú mier hospitalizácií populácie štandardizovanej podľa veku a pohlavia na 100 000 obyvateľov.

Zdroj: Štatistiky OECD v oblasti zdravia (údaje sa týkajú roku 2015 alebo najbližšieho roku).

Slovenská republika môže urobiť viac na zlepšenie prevencie a verejného zdravia

Slovenská republika zaostáva v preventívnych službách za inými krajinami EÚ. Z historického pohľadu bola miera očkovania proti súboru prenosných chorôb vysoká a dosahovala takmer 100 % vo všetkých hlavných programoch očkovania detí, táto miera očkovania však od roku 2012 klesá.

Znížilo sa aj očkovanie proti chrípke medzi staršími osobami, a to už z nízkych úrovní. Percentuálny podiel osôb vo veku najmenej 65 rokov očkovaných proti chrípke sa znížil z 36 % v roku 2008 na iba 14 % v roku 2015. Slovenská republika sa tak ešte viac vzdialila od dosiahnutia cieľa 75 % zaočkovanosti v tejto skupine obyvateľstva, ktorý stanovila WHO a ktorý bol zároveň stanovený aj v odporúčaní Rady EÚ z roku 2009.

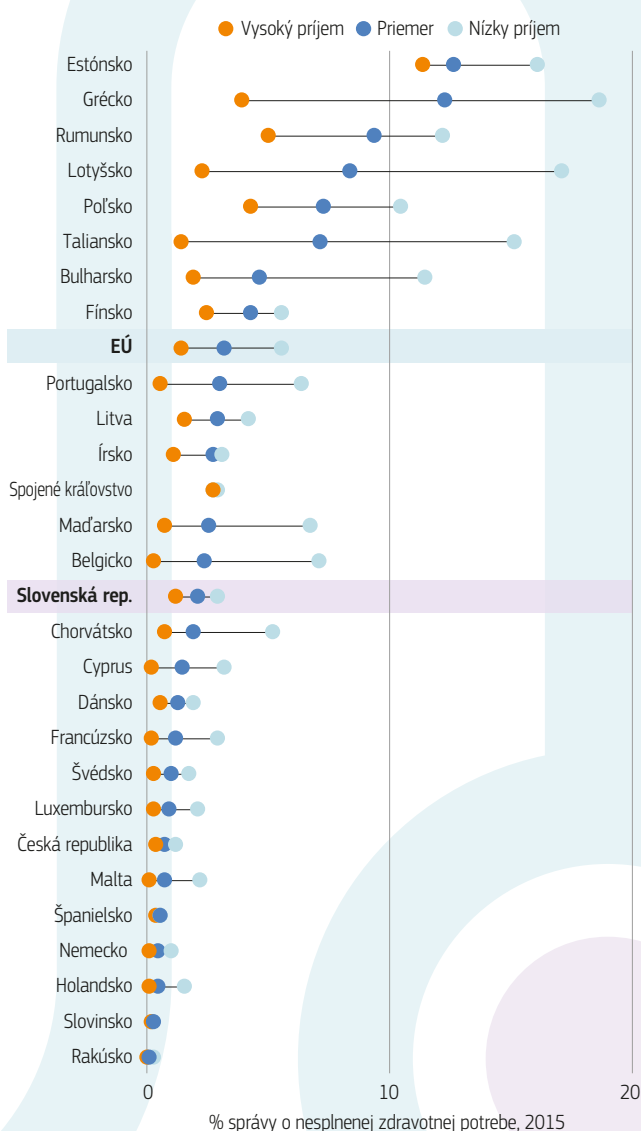
Národný program podpory zdravia, ktorý bol prijatý v roku 2014, zahŕňa niektoré opatrenia na obmedzenie fajčenia (napríklad programy na skončenie s fajčením) a ďalších rizikových faktorov správania so stanoveným cieľom zamerať sa na sociálne znevýhodnené spoločnosti a skupiny (Smatana et al., 2016). Úsilie o presadzovanie zdravého životného štýlu a znižovanie rizikových faktorov v Slovenskej republike však doposiaľ záviselo od angažovanosti mimovládnych organizácií a súkromného sektora, pretože v systéme verejnej zdravotnej starostlivosti sa zatiaľ prevencia nepovažovala za dostatočnú prioritu. Zdá sa, že napríklad poradne zdravia, ktoré financuje centrálna vláda, majú zatiaľ obmedzený dosah a v roku 2015 podporili len asi 10 000 klientov.

5.2 DOSTUPNOSŤ

Nenaplnené potreby týkajúce sa niektorých zdravotníckych služieb sú pomerne nízke

Podľa prieskumu EÚ o Príjmoch a životných podmienkach pomerne nízky podiel slovenského obyvateľstva uvádza nenaplnené potreby, pokiaľ ide o lekárske vyšetrenia a liečbu z finančných dôvodov, vzdialenosti alebo čakacích lehôt. Rozdiel v nenaplnených potrebách týkajúcich sa starostlivosti u skupín s vysokým a nízkym príjmom je navyše malý.

Obrázok č. 11. Obyvatelia Slovenska uvádzajú nízky podiel nenaplnených potrieb týkajúcich sa lekárskej starostlivosti



Poznámka: Údaje sa týkajú nenaplnených potrieb, pokiaľ ide o lekárske vyšetrenia alebo liečbu z dôvodu nákladov, cestovnej vzdialenosti alebo čakacích lehôt. Pri porovnávaní údajov medzi krajinami je potrebná opatrnosť, keďže existujú určité odchýlky vzhľadom na použitý nástroj prieskumu.

Zdroj: Databáza Eurostatu, na základe štatistiky EÚ o príjmoch a životných podmienkach (EU-SILC) (údaje sa týkajú roku 2015).

Pravidlá účasti a uzatvárania zmlúv podporujú spravodlivé financovanie a poskytovanie služieb

Slovenský systém sociálneho a zdravotného poistenia je formálne dostupný všetkým obyvateľom (vrátane žiadateľov o azyl a študentov rezidentov) a zahŕňa balík služieb, ktoré musia svojim poistencom poskytovať všetky poisťovne. Vzorec prerozdelenia zahŕňajúci vek, pohlavie, hospodársku činnosť a spotrebu liekov slúži na čiastočné zmiernenie rizikových rozdielov medzi tromi poisťovňami, ktoré v súčasnosti pôsobia na trhu. Systém zaručuje rovnaký prístup stanovením rovnakých služieb pre všetkých poistencov. Poisťovne nemôžu obmedzovať účasť na základe anamnézy pacienta alebo iného rizika. Poverené sú takisto udržiavaním zmlúv s minimálnym súborom poskytovateľov podľa druhu služby a špecializácie v každom regióne.

Teoreticky je preto systém poistenia vytvorený tak, aby sa každému poskytoval rovnaký balík služieb bez ohľadu na zdravotný stav, platobnú schopnosť a miesto bydliska. V praxi sa pokrytie v krajine líši, a to najmä preto, lebo nie vo všetkých regiónoch a okresoch existuje primeraná ponuka ľudských zdrojov a niekedy jednoducho nie sú k dispozícii poskytovatelia na uzatvorení zmlúv. A ak sú, majú takisto tendenciu zoskupovať sa v regionálnych centrách.

Pokrytie služieb je široké a vedie k riziku skrytého pridelovania

Slovenská republika má široké vymedzenie rozsahu balíka poskytovaných služieb, ktorý je financovaný zo zdravotného poistenia. Reformou zdravotnej starostlivosti v rokoch 2002 – 2004 sa v Slovenskej republike uskutočnil pokus o vymedzenie užšieho balíka poskytovaných služieb, ktorým by sa lepšie zosúladiли nároky s dostupnými verejnými prostriedkami s cieľom zabrániť skrytému pridelovaniu služieb. Tento zámer sa odrazil v právnych predpisoch, ale nikdy sa v praxi nezrealizoval.

Uplatňujú sa však niektoré z hlavných zásad s rozlíšením medzi bezplatnými službami a službami s rozdelením nákladov. V prípade niektorých výslovných vylúčení sa vyžaduje úplná úhrada zo strany pacienta, napríklad pokiaľ ide o anestéziu na žiadosť pacienta, testy otcovstva, návštevu u špecialistu bez odporúčania všeobecného lekára, liečbu zapríčinenú zneužívaním látok a väčšinu zákrokov zubára. Vynaložilo sa úsilie na zabezpečenie transparentnosti týchto pravidiel (napríklad poskytovatelia majú povinnosť uverejňovať cenníky). V praxi sa pravidlá na rozdelenie nákladov a výnimky striktné nedodržiavajú a novými právnymi predpismi z roku 2017 sa stanovili poskytovateľom pokuty za nedodržiavanie týchto pravidiel.

Zavedla sa úprava na obmedzenie nepriaznivých účinkov hotovostných platieb na prístup

Podľa oficiálnych údajov sa asi 18 % výdavkov na zdravotníctvo v Slovenskej republike uhrádza priamo v hotovosti z rozpočtov domácností, čo je viac ako priemer EÚ (15 %), ale menej ako vo väčšine susedných krajín⁶. Tieto platby možno rozdeliť do štyroch kategórií: priame platby za služby a lieky nezahrnuté do balíka poskytovaných služieb (napríklad návšteva špecialistu bez odporúčania všeobecného lekára), spoluúčasť na úhrade liekov a zdravotníckych pomôcok, nadštandardná alebo prednostná starostlivosť, za ktorú sa pacienti môžu rozhodnúť zaplatiť navyše, a rozdelenie nákladov na používateľské poplatky, ktoré sú pre jednorazových používateľov nízke.

Opatrenia vykonávané na obmedzenie výšky priamych platieb boli osobitne zamerané na rizikové skupiny, napríklad stanovením hornej hranice platieb za predpísané lieky a prepravu sanitkou pre osoby s chronickými stavmi. V roku 2015 vláda takisto sprísnila pravidlá pre úhrady, ktoré si môžu poskytovatelia účtovať navyše, keďže existovali pokusy o zvýšenie marží mimo balíka poskytovaných služieb financovaného z verejných zdrojov.

Čakacie lehoty nie sú zanedbateľné, ale vynakladá sa úsilie na zvýšenie možností pacienta

Hospodárska súťaž s početným súborom poisťovní a poskytovateľov, z ktorých si ľudia môžu vyberať, by teoreticky mala mať pozitívny účinok na prístup a znižovať čakacie lehoty. Tie sú však v prípade niektorých voľiteľných zákrokov v Slovenskej republike dlhé, v prípade náhrady bedrového alebo kolenného kĺbu niekedy viac ako rok. Rôzni sa takisto medzi nemocnicami. Systém úhrad je okrem toho príčinou čakacích lehôt na vyšetrenia u ambulantných špecialistov. Mesačné rozpočtové stropy na platby úhrad za služby vedú tomu, že poskytovatelia po naplnení kvót odkladajú vyšetrenia a ponechávajú na pacientov rozhodnutie, či počkajú alebo zaplatia sami.

Uskutočnilo sa viacero pokusov na zvýšenie možnosti pacientov vybrať si medzi rôznymi poskytovateľmi na základe informácií o prístupe, odozve a kvalite. Od roku 2010 musia všetky poisťovne zverejňovať čakacie lehoty pre vybrané operačné zákroky. Súčasné informácie sú však stále pomerne obmedzené a jednoduché. Pacienti sa stále spoliehajú na získavanie informácií z mnohých zdrojov vrátane osobného zisťovania u jednotlivých poskytovateľov. Zvýšením súladu informácií zdravotných poisťovní týkajúcich sa prístupu a kvality by sa zlepšila informovanosť pacientov potrebná pri rozhodovaní a zvýšil by sa tlak na poskytovateľov.

6. Je možné, že hotovostné platby sa uvádzajú v menšom rozsahu ako v skutočnosti. Zložitá je zachytiť najmä neformálne platby, ale príčinou podhodnotenia skutočnej výšky platieb domácností v Slovenskej republike môžu byť aj nehradené nemocničné služby, pretože služby plne hrazené pacientom sa nevyhnutne neoznamujú.

Geografické rozdelenie zdravotníckych pracovníkov vyvoláva obavy

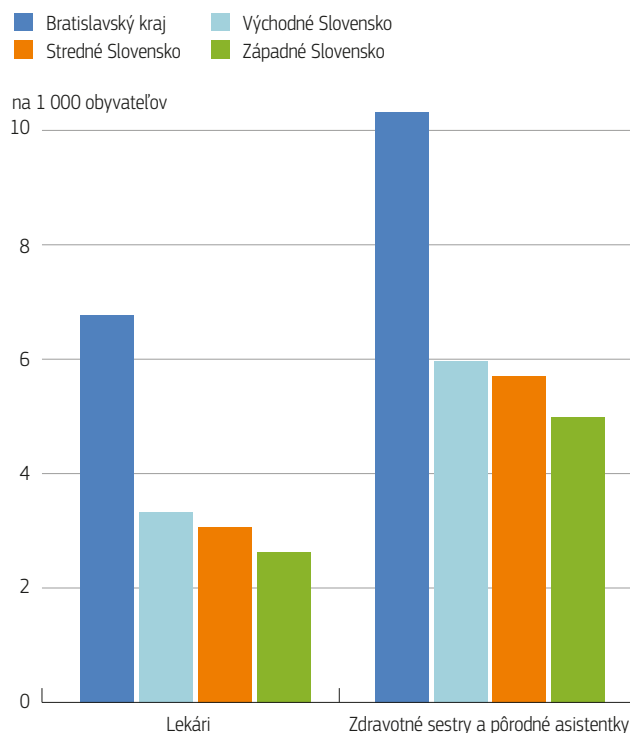
V Slovenskej republike existuje jeden z najväčších rozdielov medzi krajinami EÚ v ponuke lekárov v mestských a vidieckych oblastiach. Zatiaľ čo počet lekárov v hlavnom meste Bratislava je vysoký, so 6,8 lekármi na 1 000 obyvateľov, v iných regiónoch je to 2,6 až 3,3 lekára na 1 000 obyvateľov (obrázok č. 12). V každom regióne okrem toho existujú veľké odchýlky v dostupnosti špecialistov a všeobecných lekárov. V znevýhodnených oblastiach je zvyčajne menej lekárov a ďalších zdravotníckych pracovníkov, a to najmä v oblastiach s veľkým počtom rómskeho obyvateľstva, ktoré trpí horším zdravotným stavom a obmedzenejším prístupom k starostlivosti.

Na všeobecné lekárstvo sa špecializuje len málo absolventov medicíny

Zatiaľ čo celkový počet lekárov v Slovenskej republike sa blíži priemeru EÚ, krajina má jeden z najnižších podielov všeobecných lekárov v EÚ. Túto skutočnosť zhoršuje nerovnomerné geografické rozdelenie s hustotou všeobecných lekárov medzi 0,1 a 2,0 všeobecného lekára na 1 000 obyvateľov v rámci krajiny.

Systém úhrad primárnej zdravotnej starostlivosti je založený primárne na kapitácii, čo všeobecných lekárov podporuje aj v tom, aby presadzovali prevenciu a ujali sa úlohy spoločenskej zodpovednosti. Pri malom počte všeobecných lekárov však neexistuje nijaká súťaž o pacientov a len málo času na poskytovanie individuálnej starostlivosti.

Obrázok č. 12. Medzi regiónom hlavného mesta a zvyškom krajiny existujú veľké rozdiely v ponuke zamestnancov



Zdroj: Eurostat (údaje sa týkajú roku 2014).

Na riešenie tohto problému nepostačí zvýšenie celkového počtu lekárov samo osebe. Za posledných 15 rokov sa počet osôb prijatých na štúdium medicíny zvýšil, ale len 9 % absolventov medicíny sa špecializuje na všeobecnú prax (OECD, 2017). Na zmiernenie tohto problému sa začalo vynakladať úsilie s cieľom prilákať do všeobecnej praxe viac nových lekárov a podporiť ich pri zriaďovaní praxe vo vidieckych oblastiach (pozri nižšie).

5.3 ODOLNOSŤ⁷

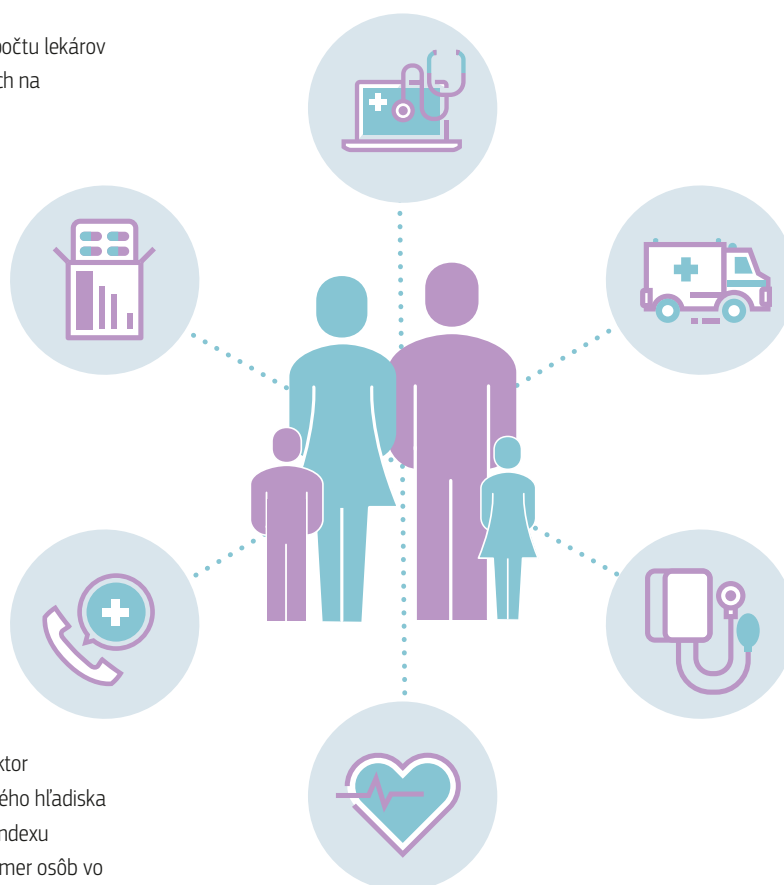
Fiškálna udržateľnosť v sektore zdravotnej starostlivosti veľmi závisí od trhu práce

Keďže slovenský systém zdravotnej starostlivosti je do veľkej miery financovaný z odvodov zo mzdy, financovanie priamo závisí od vysokej účasti na trhu práce a od rastúcich zárobkov, aj keď štát takisto prispieva v mene ekonomicky neaktívnych osôb. Táto závislosť od výkonnosti trhu práce si vyžaduje plánovanie pre prípad nepredvídaných udalostí s cieľom zabezpečiť sektor zdravotnej starostlivosti, keď sa trh práce oslabí. Z dlhodobého hľadiska predstavuje ďalší problém skutočnosť, že sa očakáva rast indexu ekonomického zaťaženia v dôsledku vyššieho veku (čiže pomer osôb vo veku nad 65 rokov vo vzťahu k obyvateľstvu v produktívnom veku) zo súčasnej úrovne, ktorá je jednou z najnižších v EÚ, na jednu z najvyšších do roku 2060, najmä z dôvodu nízkej pôrodnosti a zvyšovania strednej dĺžky života (Európska komisia a Európsky politický výbor, 2015).

Potrebné investície možno čiastočne financovať ziskami z efektívnosti

Na zvýšenie efektívnosti systému v Slovenskej republike sú potrebné investície do viacerých oblastí. Slovenská republika má pomerne nízku úroveň tvorby kapitálu v porovnaní s inými krajinami EÚ, s približne polovicou podielu HDP vynakladaného na kapitálové investície v sektore zdravotnej starostlivosti (0,26 % HDP v porovnaní s 0,51 % v EÚ). Vláda plánuje modernizáciu sektora nemocníc, ktorá bude nákladná nielen na realizáciu, ale aj na udržanie v budúcnosti.

Slovenská republika stále vyčleňuje pomerne veľký podiel svojich výdavkov v oblasti zdravotnej starostlivosti na lieky a ďalší zdravotnícky tovar, hoci tento podiel sa v posledných rokoch mierne znížil po vykonaní viacerých politík na obmedzenie nákladov (ako sú referenčné určovanie cien a regresívne marže na predpisované lieky); obmedzili sa tým ceny, ale objemy spotreby sú stále vysoké. Súkromné výdavky na lieky sa napriek tomu stále zvyšujú, čo vedie k obavám týkajúcim sa nákladovej efektívnosti a spravodlivosti v prístupe k liekom.



K neefektívnosti v systéme zdravotnej starostlivosti prispieva aj absencia komplexného systému informácií v oblasti zdravia. V zavádzaní jednotných informačných noriem a informačných technológií v oblasti zdravia zaostáva Slovenská republika za mnohými inými členskými štátmi. V dôsledku toho nie sú diagnostické a liečebné postupy medzi poskytovateľmi primerane spoločne využívané a zber údajov od poskytovateľov o kvalite a výkonnosti je obmedzený. V roku 2013 bol prijatý nový zákon o národnom informačnom systéme eHealth, vykonávanie však zaostáva, aj keď zdravotné poisťovne a súkromní poskytovatelia vyvíjajú svoje vlastné systémy na zlepšenie riadenia informácií.

V roku 2016 ministerstvo financií v spolupráci s ministerstvom zdravotníctva vykonalo revíziu podporovanú Európskou komisiou s názvom *hodnota za peniaze*. V tejto správe boli určené viaceré oblasti neefektívnosti, kde by sa verejné výdavky mohli znížiť vo verejnom obstarávaní liekov a pomôcok, v poskytovaní služieb a správe (Cernenko et al., 2016). Kľúčové zistenia a odporúčania z tejto revízie sa v súčasnosti vykonávajú.

Využívanie nemocničných zdrojov možno zlepšiť

Slovenská republika bola identifikovaná ako jedna z krajín EÚ s najväčším potenciálom na dosiahnutie zlepšenia vo výsledkoch v oblasti zdravia, ak by sa zdroje pridelovali inak a služby poskytovali efektívnejšie (Európska komisia, 2015).

7. Odolnosť sa vzťahuje na schopnosť systémov zdravotnej starostlivosti účinne sa prispôbiť meniacim sa prostrediam, náhlym otrasom alebo krízam.

Slovenskej republike sa za posledné dve desaťročia podarilo zmenšiť sektor nemocníc znížením počtu nemocničných lôžok, ktoré bolo sprevádzané znížením priemernej dĺžky hospitalizácie (obrázok č. 13). Obsadenosť lôžok je však pomerne nízka (menej ako 70 %), z čoho vyplýva, že mnohé zdroje sa stále nevyužívajú. V Slovenskej republike sa v posledných rokoch zvýšil počet osôb prepustených z nemocnice, na rozdiel od väčšiny ostatných krajín EÚ, kde sa tento počet znížil, z čoho vyplýva priestor na obmedzenie zbytočných hospitalizácií.

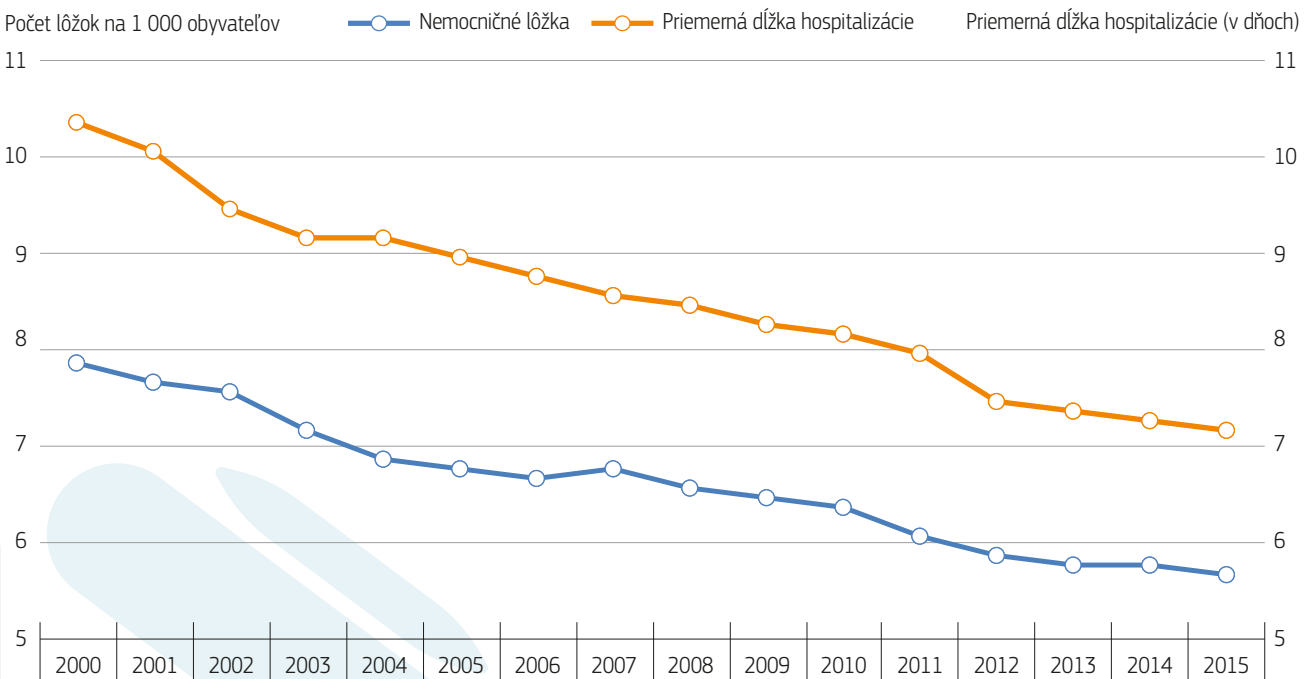
Rozšírenie úlohy všeobecných lekárov môže primárnu zdravotnú starostlivosť zefektívniť a zvýšiť jej príťažlivosť pre lekárov

Ako sa uvádza v oddiele 4, v Slovenskej republike sa veľmi veľký podiel návštev u všeobecného lekára končí odporúčaním k špecialistovi. Vzhľadom na malý počet všeobecných lekárov nemajú títo lekári čas

na to, aby prevzali za pacientov širšiu zodpovednosť a zabezpečovali efektívnu prevenciu a kontinuitu starostlivosti. Keďže odporúčané návštevy špecialistu sú bezplatné a pomerne dostupné, na strane lekára ani na strane pacienta neexistujú nijaké stimuly na rozširovanie rozsahu pôsobnosti služieb v primárnej zdravotnej starostlivosti. Úloha všeobecných lekárov je ďalej obmedzená tým, čo môžu predpisovať. Mnoho liekov, ktoré v Slovenskej republike musia v súčasnosti predpisovať špecialisti, spravujú v iných krajinách všeobecní lekári.

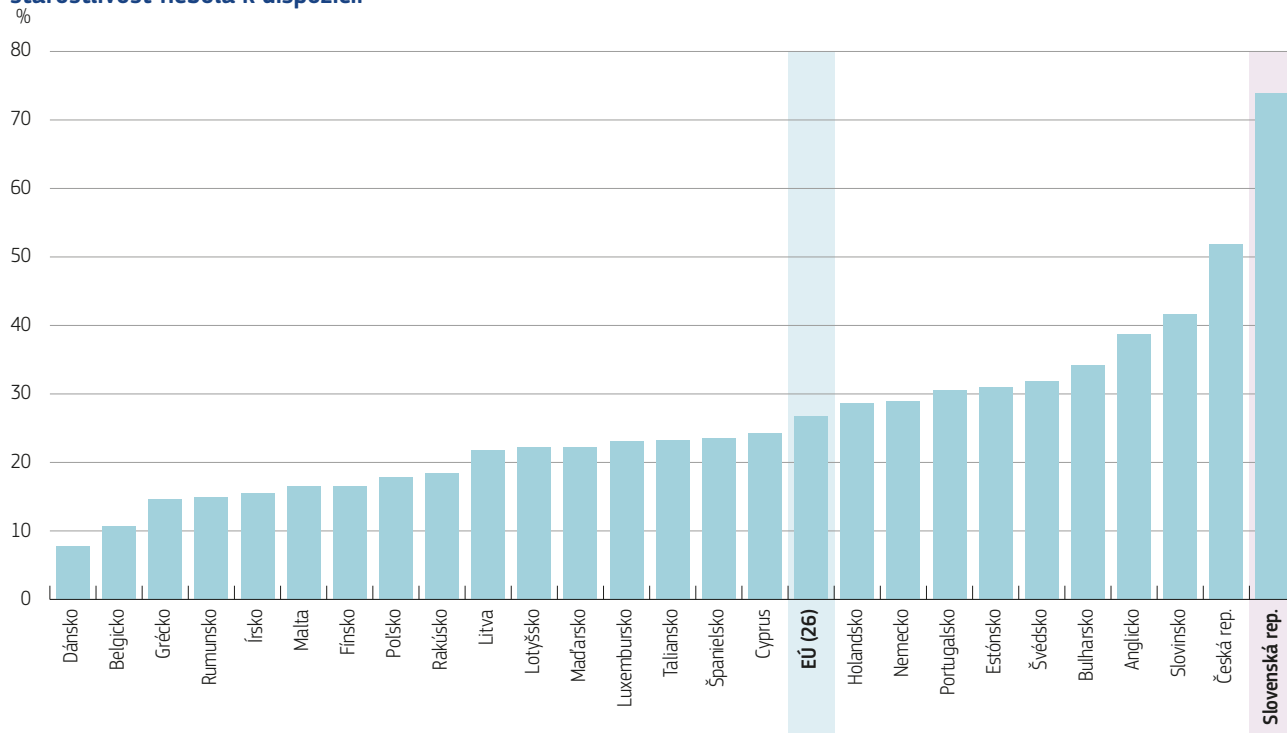
Na zvýšenie počtu všeobecných lekárov a rozšírenie ich úlohy bolo prijatých viacero krokov. V roku 2014 bol prepracovaný program pre rezidentov (lekárov v zácviaku), aby zahŕňal viac praktických prvkov a silnejší dôraz na manažment chronických chorôb a podporu zdravia. Plošne sa zvýšili aj mzdy lekárov, existuje však priestor na realizáciu aj ďalších opatrení.

Obrázok č. 13. Počet lôžok a priemerná dĺžka hospitalizácie v Slovenskej republike sa sústavne znižovali



Zdroj: Databáza Eurostatu.

Obrázok č. 14. Oddelenie centrálneho príjmu navštívil veľmi vysoký podiel pacientov, pretože primárna zdravotná starostlivosť nebola k dispozícii



Zdroj: van den Berg, van Loenen a Westert, 2016 (údaje sa týkajú rokov 2011 – 2013).

Zdravotných sestier je málo a sú slabo platené

Zvýšením počtu a využitia zdravotných sestier možno zvýšiť účinnosť systému zdravotnej starostlivosti. Počet zdravotných sestier v Slovenskej republike na počet obyvateľov za posledných desať rokov klesol a teraz je jeden z najnižších v EÚ. Udržanie zdravotných sestier, ako aj iných zdravotníckych pracovníkov je v Slovenskej republike problémom vzhľadom na jej geografickú polohu. Mnoho zdravotných sestier si dokáže nájsť lepšie platenú prácu v susedných krajinách. Slovenské zdravotné sestry však majú jednu z najnižších miezd v pomere k priemernej mzde v krajine v rámci krajín EÚ a na podporu rozvoja povolania zdravotnej sestry možno takisto zlepšiť pracovné príležitosti.

Posilnenie primárnej zdravotnej starostlivosti je kľúčové na ďalšie obmedzenie využívania drahých nemocničných služieb

Efektívnym sektorom primárnej zdravotnej starostlivosti možno zvýšiť celkovú efektívnosť systému zdravotnej starostlivosti. Súčasný problém vysokej miery hospitalizácie z dôvodu chronických ochorení možno zmierniť posilnením prístupu k všeobecným lekárom a iným poskytovateľom primárnej zdravotnej starostlivosti. Zbytočné hospitalizácie môže obmedziť aj vlastné riadenie a zvýšenie právomocí pacientov tak, aby zohrávali väčšiu úlohu v oblasti svojej starostlivosti. Slovenská republika má najvyšší podiel (74 %) pacientov, ktorí uvádzajú, že navštívili oddelenie centrálneho príjmu, pretože primárna zdravotná starostlivosť nebola k dispozícii (obrázok č. 14).

Zatiaľ čo priemerné využívanie služieb zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike je vo všeobecnosti vysoké, rozdelenie služieb v rámci krajiny je nerovnomerné. Tento problém je rozšírený, ešte viac sa však pociťuje v rámci rómskych spoločenstiev, kde sú zdravotné potreby vyššie.

6 Hlavné zistenia

- Zdravotný stav obyvateľov Slovenska sa od roku 2000 zlepšil, stredná dĺžka života pri narodení je však stále takmer o štyri roky kratšia ako priemer EÚ. Stredná dĺžka života mužov je o viac ako sedem rokov nižšia ako u žien a veľký rozdiel existuje aj podľa sociálno-ekonomického postavenia: Slováci, ktorí nemajú ukončené stredoškolské vzdelanie, môžu očakávať o desať rokov kratší život ako osoby s vysokoškolským vzdelaním.
- Nižšia stredná dĺžka života v Slovenskej republike je do veľkej miery spôsobená vysokou úmrtnosťou na kardiovaskulárne ochorenia. Úmrtnosť na ischemické choroby srdca je štvrtá najvyššia medzi krajinami EÚ a úmrtnosť na cievnú mozgovú príhodu je takisto vysoko nad priemerom EÚ. Zavedenie komplexnejšej politiky na kontrolu tabaku môže pomôcť dosiahnuť ďalšie zníženie fajčenia tabaku medzi mladistvými a dospelými, ktoré je najväčším odstrániteľným rizikovým faktorom kardiovaskulárnych ochorení.
- V minulom desaťročí sa dosiahol pokrok v znižovaní úmrtnosti osôb hospitalizovaných z dôvodu srdcového infarktu alebo cievnej mozgovej príhody. V uplynulom desaťročí sa, naopak, výrazne nezlepšila miera prežitia v prípade rakoviny a prehĺbil sa rozdiel vzhľadom na mnohé iné krajiny EÚ, pokiaľ ide o prežitie po diagnostikovaní rakoviny prsníka, krčka maternice alebo hrubého čreva. Tento nedostatočný pokrok je čiastočne spôsobený nízkou mierou skriningu. Slovenská republika zatiaľ nemá vypracovaný národný plán boja proti rakovine, čo je nástroj, ktorý sa v iných krajinách využíva na dosiahnutie pokroku v oblasti prevencie, včasného zisťovania a liečby osôb s rakovinou.
- Povinný systém zdravotného poistenia je vytvorený tak, aby sa všetkým obyvateľom poskytoval rovnaký balík služieb bez ohľadu na zdravotný stav, platobnú schopnosť a miesto bydliska. Poisťovne sú poverené udržiavaním zmlúv s minimálnym súborom poskytovateľov podľa druhu služby a špecializácie v každom regióne. V praxi sa však dostupnosť v rámci krajiny stále líši, a to najmä preto, lebo prítomnosť zdravotníckych zamestnancov je v rámci regiónov a okresov nerovnomerná. Najvyšší počet lekárov na počet obyvateľov má región hlavného mesta a poskytovatelia majú tendenciu zoskupovať sa v regionálnych centrách, čím sa obmedzuje prístup pre vidiecke obyvateľstvo.
- Slovenská republika úspešne znížila kapacitu nemocníc a vyčlenila zdroje na ambulantné služby. Sektor nemocníc sa za posledné dve desaťročia výrazne zmenšil, o čom svedčí zníženie počtu nemocničných lôžok a skrátenie priemernej dĺžky hospitalizácie. Celková spotreba nemocničných služieb však napriek tomu zostáva vysoká, pričom počet osôb prepustených z nemocnice je vyšší ako priemer EÚ a v posledných rokoch stúpa. Ďalšie zvýšenie efektívnosti možno dosiahnuť obmedzením zbytočných hospitalizácií prostredníctvom lepšej vlastnej starostlivosti a primárnej zdravotnej starostlivosti.
- V Slovenskej republike je všeobecný nedostatok všeobecných lekárov, pričom len málo absolventov medicíny sa rozhodne pre špecializáciu na všeobecné lekárstvo. Absencia účinnej primárnej zdravotnej starostlivosti sa pociťuje najmä v znevýhodnených oblastiach, a to najmä v oblastiach s veľkým počtom rómskeho obyvateľstva, ktoré trpí horším zdravotným stavom a prístupom k službám. Výsledkom veľkého podielu návštev u všeobecného lekára je takisto časté odporúčanie k špecialistom. Rozšírením úlohy všeobecných lekárov a iných zdravotníckych zamestnancov (ako sú zdravotné sestry či lekárnici) možno zvýšiť dostupnosť a účinnosť primárnej zdravotnej starostlivosti a zvýšiť celkovú efektívnosť systému.



Hlavné zdroje

Smatana, M. et al. (2016), „Slovakia: Health System Review“ (Slovensko: prehľad systému zdravotnej starostlivosti), *Health Systems in Transition (Systémy zdravotnej starostlivosti v období prechodu)*, zv. 18 (6), s. 1 – 210.

OECD/EÚ (2016), *Health at a Glance Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paríž, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.

Referenčné dokumenty

Cernenko et al. (2016), Revízia výdavkov na zdravotníctvo: Záverečná správa, <http://www.finance.gov.sk/Default.aspx?CatID=11158>.

Mužik, R. a A. Szalayová (2013), Časová dostupnosť vybraných elektívnych výkonov: Analýza čakacích dôb, Inštitút zdravotnej politiky.

Európska komisia (2015), European Economy: Efficiency Estimates of Health Care Systems, *Economic Papers*, č. 549, autori: J. Medeiros a C. Schwierz.

OECD (2017), OECD Economic Surveys: Slovak Republic 2017, OECD Publishing, Paríž, http://dx.doi.org/10.1787/eco_surveys-svk-2017-en.

Európska komisia (GR ECFIN) a Výbor pre hospodársku politiku (pracovná skupina pre starnutie obyvateľstva) (2015), The 2015 Ageing Report – Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013 – 2060), *European Economy* 3, Brusel, máj.

van den Berg, M.J., T. van Loenen a G.P. Westert (2016), Accessible and Continuous Primary Care May Help Reduce Rates of Emergency Department Use. An International Survey in 34 Countries, *Family Practice*, zv. 33 (1), s. 42 – 50.

IHME (2016), Global Health Data Exchange, Inštitút pre merania a hodnotenie v oblasti zdravia, k dispozícii na stránke <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Zoznam skratiek krajín

Belgicko	BE	Estónsko	EE	Litva	LT	Poľsko	PL	Slovensko	SI
Bulharsko	BG	Fínsko	FI	Lotyšsko	LV	Portugalsko	PT	Španielsko	ES
Česká republika	CZ	Francúzsko	FR	Luxembursko	LU	Rakúsko	AT	Spojené kráľovstvo	UK
Chorvátsko	HR	Grécko	EL	Maďarsko	HU	Rumunsko	RO	Švédsko	SE
Cyprus	CY	Holandsko	NL	Malta	MT	Slovenská		Taliansko	IT
Dánsko	DK	Írsko	IE	Nemecko	DE	republika	SK		



State of Health in the EU

Zdravotný Profíl Krajiny 2017

Profily krajín sú dôležitým krokom v dvojročnom cykle Európskej komisie s názvom Stav zdravia v EÚ a sú výsledkom spoločnej práce Organizácie pre hospodársku spoluprácu a rozvoj (OECD) a *European Observatory on Health Systems and Policies*. Tento súbor koordinovala Komisia a vznikol s finančnou pomocou Európskej únie.

Stručné profily krajín dôležité z hľadiska politik sú založené na transparentnej a súdržnej metodike s použitím kvantitatívnych aj kvalitatívnych údajov, sú však flexibilne upravené podľa situácie v jednotlivých členských štátoch EÚ. Cieľom je vytvoriť prostriedok na vzájomné učenie sa a dobrovoľné výmeny, ktorým sa podporí úsilie členských štátov, pokiaľ ide o tvorbu politik založených na dôkazoch.

V každom profile krajiny sa predkladá krátke zhrnutie týchto oblastí:

- zdravotný stav v krajine
- determinanty zdravia so zameraním sa na rizikové faktory správania
- organizácia systému zdravotnej starostlivosti
- efektívnosť, dostupnosť a odolnosť systému zdravotnej starostlivosti.

Ide o prvý súbor dvojročných profilov krajín uverejnený v novembri 2017. Komisia dopĺňa kľúčové zistenia týchto profilov krajín o sprievodnú správu.

Viac informácií nájdete na adrese: ec.europa.eu/health/state/summary_sk

Túto publikáciu prosím citujte nasledovným spôsobom:

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Slovensko: Zdravotný Profíl Krajiny 2017*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285408-sk>

ISBN 9789264285408 (PDF)

Series: State of Health in the EU
ISSN 25227041 (online)

Note: In the event of any discrepancy between the original version of this work published in English and the translation, only the text of the original work should be considered valid.