



State of Health in the EU Slovensko

Zdravotný profil krajiny 2019

Súbor zdravotných profilov krajín

Zdravotné profily týkajúce sa stavu zdravia v EÚ poskytujú stručný a politicky relevantný prehľad o zdravotnom stave a systémoch zdravotnej starostlivosti v EÚ/Európskom hospodárskom priestore so zameraním na osobitné charakteristiky a problémy jednotlivých krajín na základe porovnaní medzi krajinami. Účelom je podporiť politických činiteľov a regulačné authority pomocou vzájomného učenia a dobrovoľnej výmeny informácií a najlepších praktík.

Profily sú výsledkom spoločnej činnosti OECD a European Observatory on Health Systems and Policies v spolupráci s Európskou komisiou. Tím je vďačný za cenné komentáre a návrhy, ktoré poskytla sieť Health Systems and Policy Monitor, zdravotnícky výbor OECD a expertná skupina EÚ pre informácie o zdraví.

Obsah

1. HLAVNÉ BODY	3
2. ZDRAVIE NA SLOVENSKU	4
3. RIZIKOVÉ FAKTORY	8
4. SYSTÉM ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI	10
5. VÝKONNOSŤ SYSTÉMU ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI	13
5.1. Efektívnosť	13
5.2. Prístupnosť	16
5.3. Odolnosť	19
6. HLAVNÉ ZISTENIA	22

Zdroje údajov a informácií

Údaje a informácie v týchto zdravotných profiloch krajín sú založené najmä na vnútroštátnych oficiálnych štatistikách predkladaných Eurostatu a OECD, ktorých platnosť bola overená s cieľom zabezpečiť najvyššie 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 Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), prieskumov Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) a Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO), ako aj z iných vnútroštátnych zdrojov.

Vypočítané priemery EÚ sú vážené priemery 28 členských štátov, pokiaľ sa neuvádza inak. Tieto priemery EÚ nezahŕňajú Island a Nórsko.

Tento profil bol dokončený v auguste 2019 na základe údajov dostupných v júli 2019.

Na stiahnutie tabuliek vo formáte Excel, ktoré zodpovedajú všetkým tabuľkám a grafom v tomto profile, napíšte do svojho internetového prehliadača tento odkaz (URL): <http://www.oecd.org/health/Country-Health-Profiles-2019-Slovakia.xls>

Demografická a sociálno-ekonomická situácia na Slovensku v roku 2017

Demografické faktory	Slovensko	EÚ
Počet obyvateľov (odhady v polovici roka)	5 439 000	511 876 000
Podiel obyvateľov vo veku nad 65 rokov (v %)	15,0	19,4
Miera plodnosti ¹	1,5	1,6
Sociálno-ekonomické faktory		
HDP na obyvateľa (PKS EUR ²)	22 900	30 000
Relatívna miera chudoby ³ (v %)	12,4	16,9
Miera nezamestnanosti (v %)	8,1	7,6

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 z menej ako 60 % mediánového ekvivalentného disponibilného príjmu.

Zdroj: databáza Eurostatu.

Vyhlasenie o vylúčení zodpovednosti: Stanoviská a argumenty uvedené v tomto dokumente sú výlučne stanoviskami a argumentmi 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 žiadnom 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.

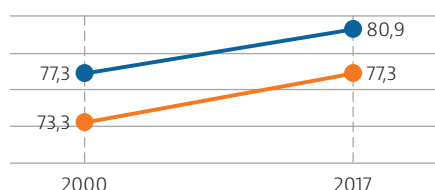
Ďalšie vyhlásenia týkajúce sa Svetovej zdravotníckej organizácie sú uvedené na stránke <http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/>

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2019

1 Hlavné body

Zdravie slovenského obyvateľstva sa za posledných 15 rokov značne zlepšilo a odvetvie zdravotnej starostlivosti prešlo zásadnými reformami. Väčšina ukazovateľov zdravotného stavu obyvateľstva však zostáva pod priemerom EÚ a naprieč etnickými a sociálno-ekonomickými skupinami pretrvávajú značné nerovnosti v zdravotných výsledkoch obyvateľstva. Okrem toho napriek súčasným nízkym úrovniam výdavkov na zdravotníctvo čelí odvetvie zdravotnej starostlivosti dlhodobým problémom fiškálnej udržateľnosti a bude si vyžadovať sústavné zlepšovanie efektívnosti systému zdravotnej starostlivosti.

● SK ● EÚ

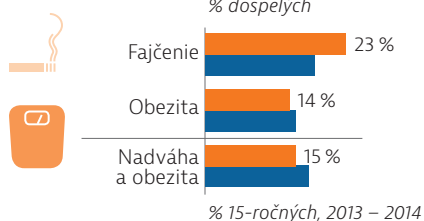


Stredná dĺžka života pri narodení v rokoch

Zdravotný stav

Stredná dĺžka života pri narodení v roku 2017 bola 77,3 roka, čo predstavuje zvýšenie o štyri roky v porovnaní s rokom 2000, stále je to však takmer o štyri roky menej ako priemer EÚ (80,9 roka). Slovenské ženy žijú približne o sedem rokov dlhšie ako muži. Rozdiel podľa sociálno-ekonomického postavenia je ešte väčší: muži s najvyšším vzdelaním žijú o 14 rokov dlhšie ako muži s najnižším vzdelaním. Stredná dĺžka života mužov a žien vo veku 65 rokov od roku 2000 podstatne vzrástla, ale mnohé roky života po uvedenom veku sú sprevádzané chronickými chorobami a zdravotným postihnutím.

● SK ● EÚ

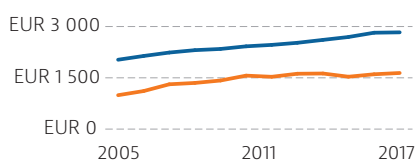


% 15-ročných, 2013 – 2014

Rizikové faktory

Veľkou obavou v oblasti verejného zdravia je spotreba tabaku. V roku 2014 takmer jedna štvrtina dospelého obyvateľstva Slovenska denne fajčila a tento podiel v uplynulom desaťročí, na rozdiel od takmer všetkých ostatných krajín EÚ, neklesol. Jeden zo siedmich dospelých bol v roku 2017 obézny. Tento podiel sa blíži k priemeru EÚ. Nadváha a obezita u dospelých je na vzostupe, aj keď zostáva mierne pod priemerom EÚ.

● SK ● EÚ



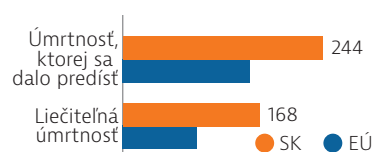
Výdavky na osobu (PKS v EUR)

Systém zdravotnej starostlivosti

Slovensko vynakladá na zdravie oveľa menej, ako je priemer EÚ, a to tak v absolútnych číslach (1 600 EUR na osobu v roku 2017, suma upravená o rozdiely v kúpnej sile), ako aj ako podiel HDP (6,7 %). Približne 80 % výdavkov na zdravotníctvo je financovaných z verejných zdrojov, čo je podobné ako priemer EÚ na úrovni 79 %. Celkovo je systém zdravotnej starostlivosti veľmi zameraný na nemocnice, s obmedzenou úlohou primárnej zdravotnej starostlivosti.

Efektívnosť

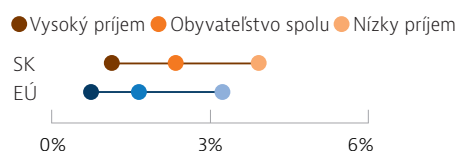
Príčiny úmrtia na Slovensku, ktorým sa dalo predísť alebo ktoré sa dali liečiť, patria k najvyšším v EÚ. Hospitalizácie, ktorým sa dalo predísť, takisto výrazne prekračujú priemer EÚ. Väčší dôraz na prevenciu a primárnu zdravotnú starostlivosť by prispel k zníženiu počtu úmrtí, ktorým sa dalo predísť.



Miera úmrtnosti na 100 000 obyvateľov štandardizovaná podľa veku, 2016

Prístupnosť

Prístup k zdravotnej starostlivosti je všeobecne dobrý, len o niečo viac ako 2 % obyvateľstva uviedlo nenaplnené potreby týkajúce sa lekárskej starostlivosti. Úroveň hotovostných platieb je porovnateľná s priemerom EÚ. Niektoré skupiny obyvateľstva, napríklad rómska menšina, však čelia zásadným prekážkam v prístupe k zdravotníckym službám.



% uvádzajúce nenaplnené zdravotné potreby, 2017

Odolnosť

Starnutie obyvateľstva bude v nadchádzajúcich desaťročiach vyvíjať tlak na verejné výdavky na zdravotníctvo a dlhodobú starostlivosť. Značné zlepšenie efektívnosti vo výdavkoch na zdravotníctvo by sa mohlo dosiahnuť lepšou kontrolou výdavkov na lieky a vyvážením systému zdravotnej starostlivosti smerom k primárnej zdravotnej starostlivosti.



2 Zdravie na Slovensku

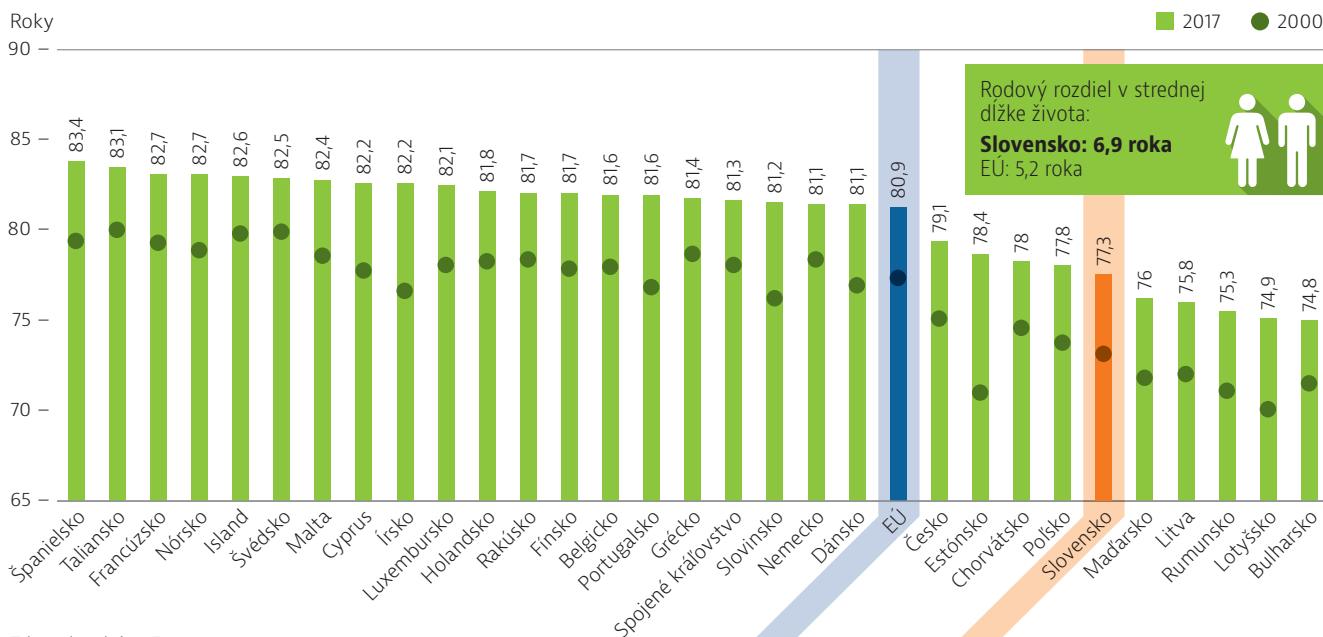
Stredná dĺžka života pri narodení sa značne zvýšila, ale naďalej patrí k najnižším v EÚ

Stredná dĺžka života pri narodení na Slovensku stúpila medzi rokmi 2000 až 2017 o 4,0 roka, zo 73,3 na 77,3 roka. Tento nárast je mierne vyšší ako nárast EÚ na úrovni 3,6 roka za rovnaké obdobie. Napriek tomu v roku 2017 bola stredná dĺžka života o takmer štyri roky

nižšia ako priemer EÚ a takmer o dva roky nižšia ako v Česku (graf 1).

V priemere žijú ženy takmer o sedem rokov dlhšie ako muži: 80,7 roka v porovnaní so 73,8 roka. Tento rodový rozdiel je väčší než v EÚ ako celku (5,2 roka) a je prevažne spôsobený väčším vystavením mužov rizikovým faktorom (pozri oddiel 3).

Graf 1. Stredná dĺžka života pri narodení je takmer o štyri roky kratšia než priemer EÚ



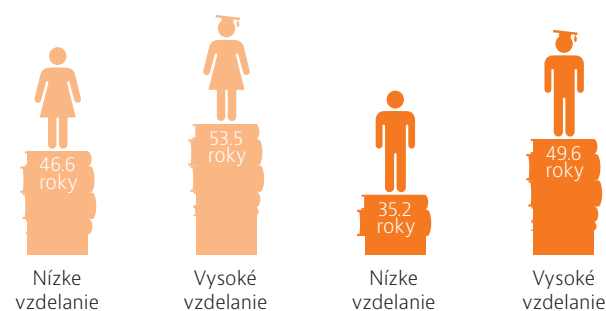
Zdroj: databáza Eurostatu.

Rozdiely v strednej dĺžke života podľa úrovne vzdelania sú značné

Rozdiely v strednej dĺžke života na Slovensku existujú nielen podľa rodu, ale aj podľa sociálno-ekonomického postavenia. Ako je znázornené v grafe 2, vo veku 30 rokov žijú slovenskí muži s najvyššou úrovňou vzdelania v priemere o 14 rokov dlhšie než muži s najnižším vzdelaním. Ide o jeden z najväčších rozdielov v EÚ. Vzdelanostný rozdiel u žien je spolovice taký veľký (približne sedem rokov), ale aj tak je oveľa väčší než vo väčšine krajín EÚ, ktoré nahlasujú tieto informácie.

Tieto rozdiely v dlhovekosti sa dajú aspoň sčasti vysvetliť rozdielmi vo vystavení rôznym rizikovým faktorom a životným štýlom vrátane vyšších podielov fajčiarov u mužov a žien s nízkou úrovňou vzdelania (pozri oddiel 3). Súvisí to aj s rozdielmi v úrovni príjmov.

Graf 2. Vzdelanostný rozdiel v strednej dĺžke života vo veku 30 rokov je 14 rokov u mužov a 7 rokov u žien



Vzdelanostný rozdiel v strednej dĺžke života vo veku 30 rokov:

Slovensko: 6,9 roka
EÚ21: 4,1 roka

Slovensko: 14,4 roka
EÚ21: 7,6 roka

Poznámka: Údaje sa týkajú strednej dĺžky života vo veku 30 rokov. Vysoké vzdelanie je vymedzené ako vzdelanie ľudí, ktorí ukončili terciárne vzdelávanie (ISCED 5 – 8), zatiaľ čo nízke vzdelanie je vymedzené ako vzdelanie ľudí, ktorí nemajú ukončené sekundárne vzdelávanie (ISCED 0 – 2).

Zdroj: databáza Eurostatu (údaje sa týkajú roku 2016).

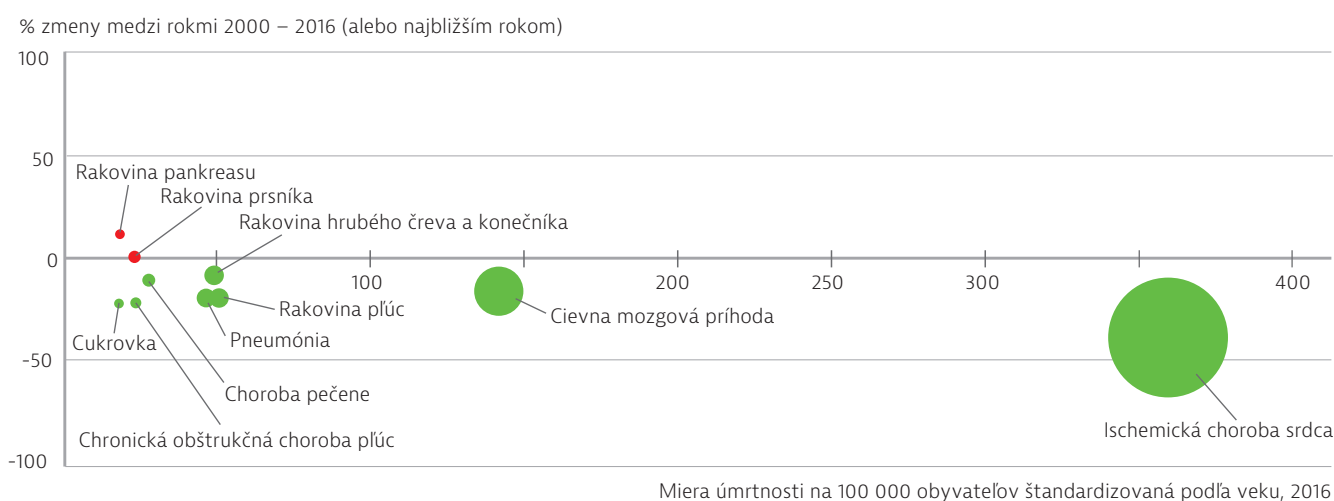
Kardiovaskulárne ochorenia sú najvýznamnejšou príčinou úmrtia na Slovensku

Nárast strednej dĺžky života od roku 2000 bol spôsobený najmä zníženiami úmrtnosti na kardiovaskulárne ochorenia – predovšetkým na ischemickú chorobu srdca (graf 3). Napriek tomu bola v roku 2016 ischemická choroba srdca naďalej hlavnou príčinou úmrtia a spôsobovala každé štvrté úmrtie (13 000): ide o štvrtú najvyššiu mieru úmrtnosti z tohto dôvodu v EÚ. Úmrtnosť na cievne mozgové príhody od roku 2000 takisto klesala, ale zostáva druhou najvýznamnejšou príčinou úmrtia v krajine.

Úmrtnosť na rakovinu je takisto veľmi vysoká. V roku 2016 malo Slovensko tretiu najvyššiu mieru úmrtnosti

na rakovinu v EÚ po Maďarsku a Chorvátsku, pričom bola o viac ako 20 % vyššia než priemer EÚ. Rakovina pľúc a rakovina hrubého čreva a konečníka sú u Slovákov najčastejšími príčinami úmrtia na rakovinu, aj keď za uplynulých 15 rokov sa mierne znížila úmrtnosť na tieto dva druhy rakoviny. Na druhej strane v posledných rokoch mierne stúpila miera úmrtnosti na rakovinu prsníka a rakovinu pankreasu. Táto veľmi vysoká úmrtnosť na rakovinu sa dá čiastočne objasniť tým, že donedávna na Slovensku neexistoval komplexný národný protirakovinový program (pozri oddiel 5.1).

Graf 3. Kardiovaskulárne ochorenia a rakovina sú zodpovedné za väčšinu úmrtí na Slovensku



Poznámka: Veľkosť bublín je pomerná k mieram úmrtnosti v roku 2016.
Zdroj: databáza Eurostatu.

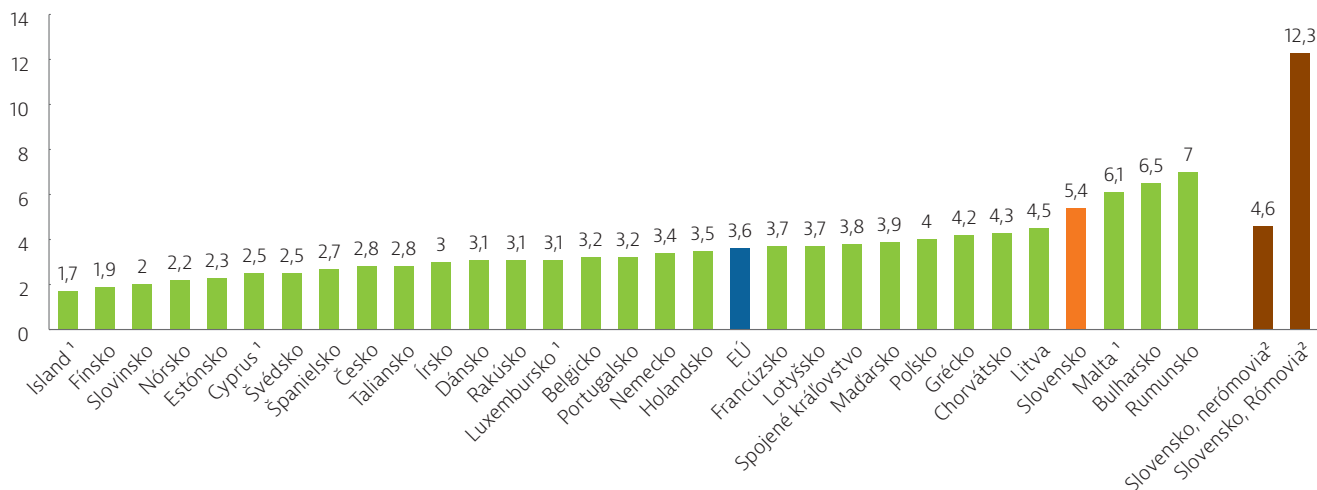
Marginalizované komunity čelia zásadným rozdielom v oblasti zdravia

Slovensko má jednu z najväčších rómskych komunít v Európe (pozri oddiel 5.2). Toto obyvateľstvo čelí zásadnému sociálnemu vylúčeniu vo väčšine aspektov každodenného života a jeho zdravotný stav je oveľa horší než stav zvyšku obyvateľstva (Babinská et al., 2014; Európska komisia, 2014). V priemere má rómske obyvateľstvo na Slovensku kratšiu strednú dĺžku života pri narodení v porovnaní s celkovým obyvateľstvom: o desať rokov u mužov a o sedem rokov u žien (Sekretariát nadácie Desatročie integrácie Rómov, 2015).

Vysoká miera úmrtnosti detí na Slovensku súvisí s nadmernou úmrtnosťou u obyvateľstva rómskej menšiny, v ktorej je tento ukazovateľ viac ako dvojnásobný v porovnaní s celoštátnym priemerom a takmer štvornásobný v porovnaní s priemerom EÚ (graf 4).

Graf 4. Miera úmrtnosti detí u rómskeho obyvateľstva je takmer štvornásobná v porovnaní s priemerom EÚ

Úmrtia na 1000 živonarodených v 2016



Poznámka: 1. Údaje predstavujú trojročný priemer (2014 – 2016). 2. Výskum založený na práci v teréne v troch oblastiach, pričom v každej rómska komunita predstavuje 10 až 25 % celkového obyvateľstva.

Zdroj: databáza Eurostatu (2016).

Väčšina slovenského obyvateľstva hodnotí svoje zdravie kladne

Dve tretiny dospelého obyvateľstva v roku 2017 uviedli, že sú v dobrom zdravotnom stave, čo sa približuje k priemeru EÚ: 67 % v porovnaní so 70 %. Tak ako v iných krajinách však dobrý zdravotný stav uvádzajú skôr ľudia s vyššími príjmami než ľudia s nižšími príjmami: v roku 2017 svoj zdravotný stav ohodnotilo ako dobrý 78 % Slovákov v najvyššom kvintile príjmov v porovnaní so 61 % v najnižšom kvintile. Tento rozdiel z hľadiska príjmov v nahlasovaní vlastného zdravia je však aj tak nižší, než ten, ktorý je vykazovaný v EÚ ako celku.

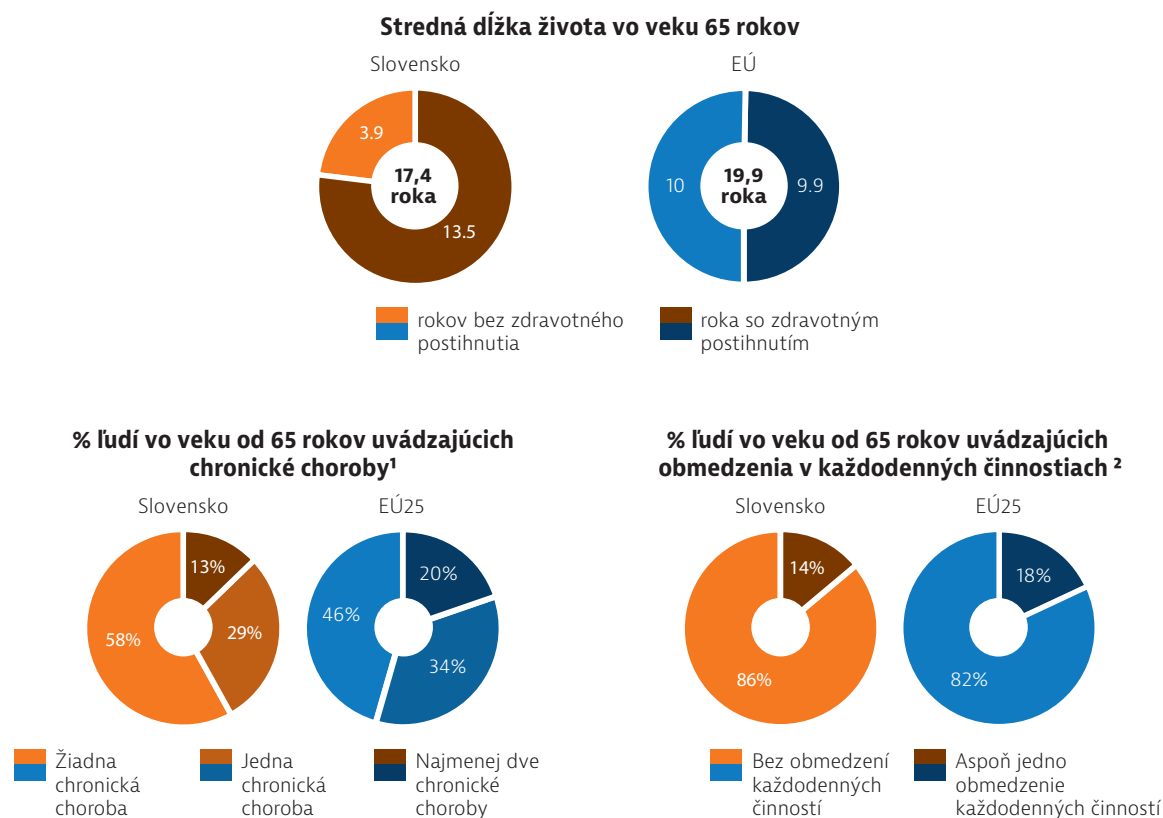
Tak ako v iných krajinách, podiel osôb, ktoré uvádzajú dobrý zdravotný stav, všeobecne s vekom klesá. V roku 2017 uviedlo dobrý zdravotný stav len 21 % Slovákov vo veku 65 rokov a viac v porovnaní so 77 % dospelých vo veku od 16 do 64 rokov. Toto zhoršenie vnímaného vlastného zdravia podľa veku je na Slovensku oveľa výraznejšie ako v EÚ ako celku.

Niekoľko rokov života po 65. roku je prežívaných s chronickými chorobami a zdravotnými postihnutiami

Všeobecný nárast strednej dĺžky života čiastočne súvisí so zvýšením dlhovekosti u starších ľudí. V roku 2017 mohli Slováci vo veku 65 rokov očakávať, že budú žiť ešte 17,4 roka, teda o 2,4 roka viac ako v roku 2000. Viac ako tri štvrtiny rokov života po 65. roku sa však prežíva s chronickými chorobami a zdravotným postihnutím (graf 5). Platí to najmä u žien. Aj keď rodový rozdiel v strednej dĺžke života vo veku 65 rokov je takmer štyri roky v prospech žien, počet rokov života v zdraví je takmer rovnaký, pretože ženy majú tendenciu prežívať väčší podiel svojho života po 65. roku s chronickými chorobami a zdravotnými postihnutiami.

Zatiaľ čo štyria z desiatich Slovákov vo veku najmenej 65 rokov uviedli, že majú najmenej jeden chronický stav, nebráni im to v tom, aby viedli normálny život a vykonávali svoje zvyčajné činnosti. Väčšina Slovákov vo veku 65 rokov a viac je schopná viesť v starobe nezávislý život, ale jeden zo siedmich uviedol určité obmedzenia základných činností každodenného života, ako je obliekanie a jedenie.

Graf 5. Slováci žijú dlhšie než v minulosti, ale nie všetky ďalšie roky života strávia v dobrom zdraví



Poznámka: 1. Chronické choroby zahŕňajú srdcový záchvat, cievnu mozgovú príhodu, Parkinsonovu chorobu, Alzheimerovu chorobu a reumatickú artritídu alebo osteoartrózu. 2. Medzi základné činnosti každodenného života patrí obliekanie, chodenie po izbe, kúpanie alebo sprchovanie, jedenie, dostanie sa do postele alebo z postele a používanie toalety.

Zdroj: databáza Eurostatu týkajúca sa strednej dĺžky života a rokov života v zdraví (údaje sa týkajú roka 2017); prieskum SHARE týkajúci sa iných ukazovateľov (údaje sa týkajú roka 2017).



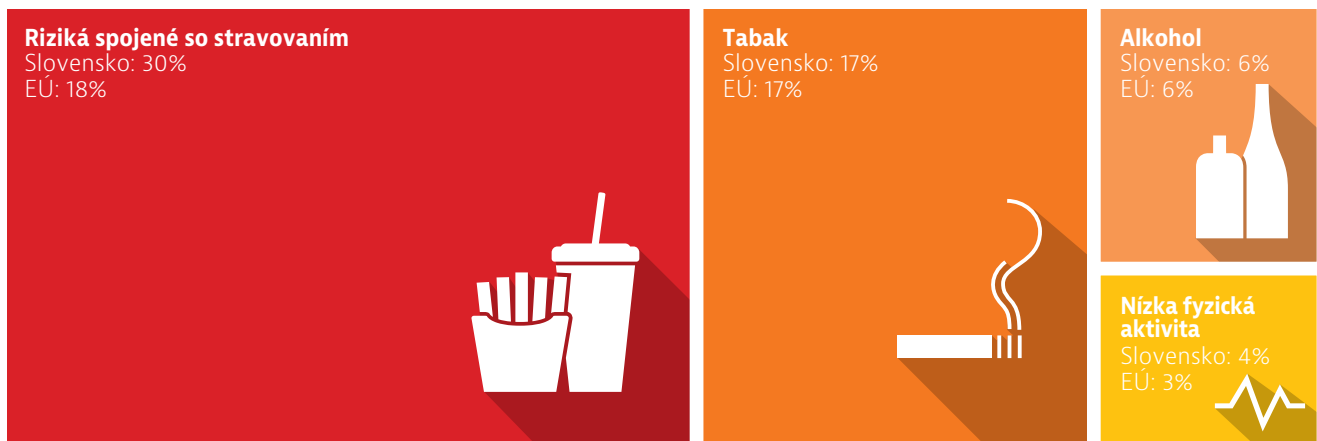
3 Rizikové faktory

Rizikové faktory správania zapríčiňujú polovicu všetkých úmrtí na Slovensku

Odhaduje sa, že približne polovicu všetkých úmrtí na Slovensku možno pripísať rizikovým faktorom správania vrátane rizík súvisiacich so stravovaním, fajčenia tabaku, konzumácie alkoholu a nízkej fyzickej aktivity (IHME, 2018). Tento podiel výrazne presahuje priemer EÚ na úrovni 39 %.

Približne 30 % (16 000) všetkých úmrtí v roku 2017 bolo možné pripísať rizikám súvisiacim so stravovaním vrátane nízkeho príjmu ovocia a zeleniny a vysokej spotreby cukru a soli – ide o jedny z najvyšších úrovní v EÚ. Spotreba tabaku vrátane priameho a pasívneho fajčenia podľa odhadov zodpovedala za 17 % úmrtí (viac ako 9 000). Približne 6 % úmrtí (3 000) bolo možné pripísať konzumácii alkoholu a 4 % (2 000) nízkej fyzickej aktivite (graf 6).

Graf 6. Nesprávne stravovanie, fajčenie a vysoká spotreba alkoholu zvyšujú miery úmrtnosti na Slovensku



Poznámka: Celkový počet úmrtí súvisiacich s týmito rizikovými faktormi (26 000) je nižší ako súčet každého jednotlivého (30 000), pretože jedno úmrtie možno pripísať viac ako jednému faktoru. Riziká súvisiace so stravovaním zahŕňajú 14 zložiek, ako je nízka spotreba ovocia a zeleniny a vysoká spotreba cukrom sladených nápojov a soli.

Zdroj: IHME (2018), Global Health Data Exchange (odhady za rok 2017).

Spotreba tabaku je na Slovensku vysoká

Vysoký výskyt fajčenia u dospelých aj mladistvých je naďalej závažnou obavou v oblasti verejného zdravia na Slovensku. V roku 2015 takmer jedna tretina 15-ročných až 16-ročných uviedla, že počas uplynulého mesiaca fajčili cigarety. Je to štvrtá najvyššia miera v krajinách EÚ (graf 7). V roku 2014 viac ako jeden z piatich dospelých uviedol, že denne fajčí, čo predstavovalo vyšší podiel než EÚ celkovo. Aj keď vo väčšine krajín spotreba tabaku u dospelých za posledné desaťročie klesla, na Slovensku zostala rovnaká. Okrem toho podiely fajčiarov vykazujú dôležitý rodový rozdiel: takmer jedna tretina slovenských mužov uviedla, že v roku 2014 denne fajčila, na rozdiel od žien, u ktorých to bola jedna zo šiestich.

Nadmerná spotreba alkoholu u mladistvých predstavuje rastúci problém

Veľká príležitostná spotreba alkoholu u mladistvých je jav vyvolávajúci obavy. Takmer polovica 15-ročných až 16-ročných osôb na Slovensku uviedla v roku 2015 aspoň jeden prípad nárazového pitia¹ počas uplynulého

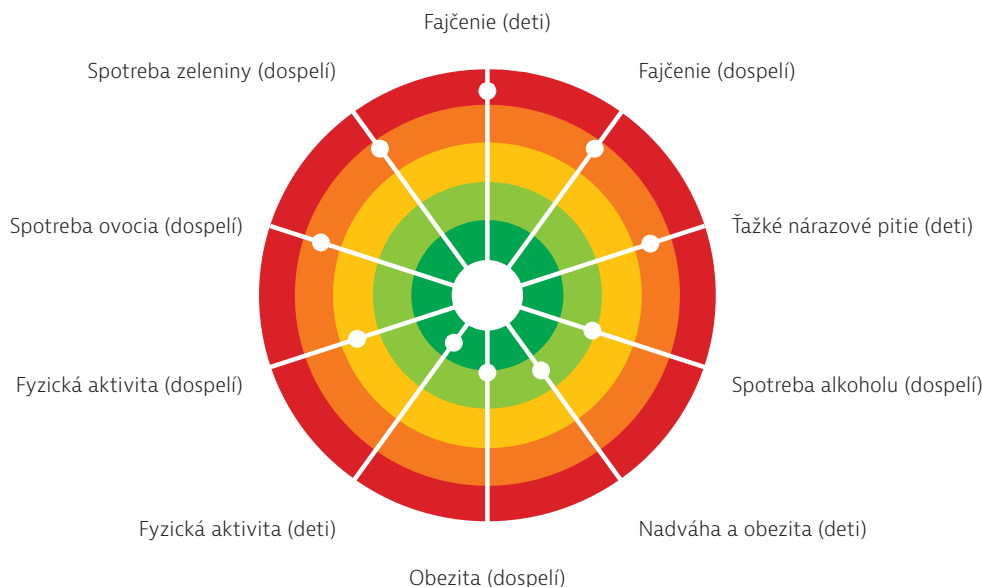
mesiac. Tento podiel je oveľa väčší než vo väčšine ostatných krajín EÚ. Nárazové pitie predstavuje významný problém vzhľadom na zvýšené riziko nehôd a úrazov súvisiacich s veľkou spotrebou alkoholu, ako aj negatívny vplyv na výsledky vzdelávania a sociálne výsledky. Spotreba alkoholu u dospelých sa približuje k priemeru EÚ. Za posledné desaťročie klesla približne o 10 %.

Miera obezity je nižšia ako vo väčšine iných krajín EÚ napriek nesprávnym stravovacím návykom

Stravovanie na Slovensku by sa mohlo zlepšiť, napríklad znížením spotreby soli a tukov (najmä transmastných kyselín) a zvýšením príjmu ovocia a zeleniny. Takmer polovica dospelého obyvateľstva (47 %) uviedla príjem menej než jedného ovocia denne a približne rovnaký podiel (48 %) uviedol, že každodenne nekonzumuje zeleninu. Tieto podiely sú vyššie než vo väčšine krajín EÚ. Takisto len traja z piatich dospelých uviedli, že každý týždeň vykonávajú miernu fyzickú aktivitu, čo je podiel podobný priemeru v EÚ.

1: Nárazové pitie je vymedzené ako konzumácia minimálne šiestich alkoholických nápojov pri jednej príležitosti u dospelých a minimálne piatich alkoholických nápojov u dospelých.

Graf 7. Slováci majú vyššiu mieru rizikového správania v oblasti zdravia než väčšina krajín EÚ



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 žiadna krajina, keďže priestor na zlepšenie existuje vo všetkých krajinách a vo všetkých oblastiach.

Zdroj: Výpočty OECD založené na prieskume ESPAD 2015 a prieskume HBSC 2013 – 2014 v prípade ukazovateľov týkajúcich sa detí a EU-SILC 2017, EHIS 2014 a štatistikách OECD týkajúcich sa verejného zdravia za rok 2019 v prípade ukazovateľov týkajúcich sa dospelých.

Miera obezity u dospelých na Slovensku patrí k najnižším v EÚ. V roku 2017 bol obézny každý siedmy dospelý, čo je pod priemerom EÚ a táto miera zostáva posledných 15 rokov zhruba stabilná. Nadváha a obezita sú však predmetom rastúcich obáv u detí. Každý šiesty 15-ročný človek trpel v rokoch 2013 až 2014 nadváhou či obezitou, pričom táto miera sa od rokov 2001 až 2002 takmer zdvojnásobila. V rokoch 2016 a 2018 boli zavedené niektoré politické opatrenia, napríklad kontrola uvádzania nezdravých potravín a nápojov na trh pre deti, s cieľom zabrzdiť rast obezity u detí, ale vplyv týchto opatrení ešte nebol hodnotený.

Sociálno-ekonomická nerovnosť prispieva k zdravotným rizikám

Ako sa spozorovalo vo viacerých krajinách EÚ, rizikové faktory správania sú na Slovensku bežnejšie u ľudí s nižším vzdelaním alebo príjmom. V roku 2014 denne fajčilo 22 % dospelých s nedokončeným sekundárnym vzdelaním v porovnaní len so 14 % v prípade ľudí s terciárnym vzdelaním, čo predstavuje rozdiel, ktorý je mierne vyšší ako priemer EÚ. Podobne, takmer 18 % ľudí bez sekundárneho vzdelania bolo v roku 2017 obéznych v porovnaní s 9 % spomedzi ľudí s najvyšším vzdelaním. Rozdiel v podiele obezity podľa príjmu je na Slovensku väčší než vo zvyšku EÚ: osem percentuálnych bodov v porovnaní s piatimi. Výskyt rizikových faktorov nezdravého životného štýlu je takisto oveľa vyšší u rómskeho obyvateľstva než u celkovej populácie (Babinská et al., 2014).

4 Systém zdravotnej starostlivosti

Systém povinného zdravotného poistenia pokrýva takmer celú populáciu

V systéme zdravotnej starostlivosti na Slovensku pôsobia tri zdravotné poisťovne (jedna štátna a dve súkromné), ktoré uzatvárajú zmluvy s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a individuálne rokujú o kvalite, cenách a objemoch. Tieto spoločnosti si pri svojich snahách získať poisťencov konkurujú najmä na základe kratších čakacích lehôt a doplnkových služieb. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou slúži ako nezávislý monitorovací orgán pre trh s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, poistenia a nákupov. Ministerstvo zdravotníctva funguje ako hlavný regulačný orgán v tomto systéme zdravotnej starostlivosti. Je takisto jediným akcionárom najväčšej zdravotnej poisťovne (VŠZP), v ktorej je poistených o málo viac ako 60 % obyvateľstva. Každoročne sa vykonáva proces vyrovnania rizikových profilov poisťencov, aby sa prerozdělili príjmy poisťovní s cieľom kompenzovať sociálno-ekonomické a demografické rozdiely medzi poisťencami, ako aj rozdiely medzi nimi týkajúce sa všeobecného zdravotného stavu.

Poskytovanie služieb je decentralizované a vykonáva ho mix verejných a súkromných poskytovateľov. Verejní a súkromní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti podpisujú zmluvy so zdravotnými poisťovňami, aby mali nárok na preplatenie. Všeobecní lekári a ambulantní špecialisti môžu byť nezávislí súkromní či

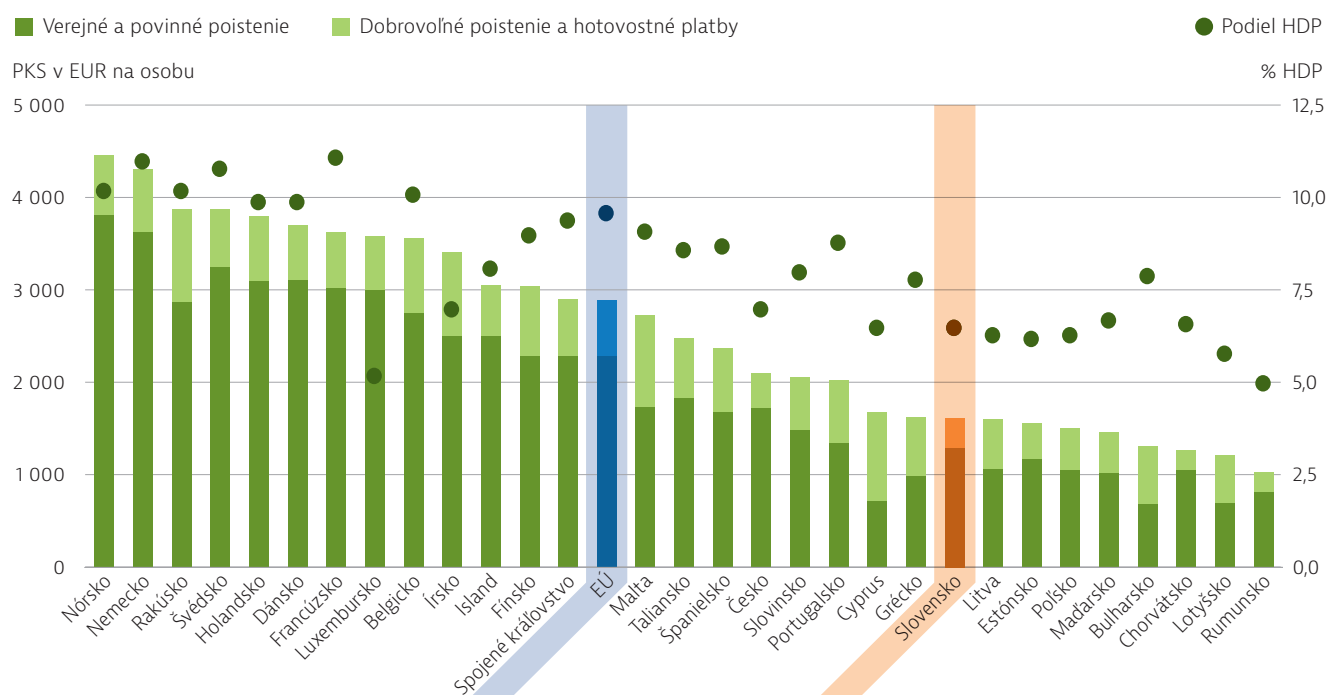
verejní poskytovatelia. Vlastníctvo a riadenie väčšiny verejných nemocníc je decentralizované na úrovni kraja, aj keď prostredníctvom ústrednej štátnej správy sa udržiava zodpovednosť za riadenie jednej tretiny verejných nemocníc. Zdravotné poisťovne majú zmluvy s nemocnicami a niekedy dokonca priamo s oddeleniami, ktoré sa týkajú rôznych druhov a objemov zdravotných služieb.

Teoreticky musia byť všetci obyvatelia zaradení v jednej z troch zdravotných poisťovní. V praxi malý podiel obyvateľstva (5 % v roku 2017) neplatí príspevky na zdravotné poistenie, a preto nie sú krytí. Väčšina týchto ľudí síce má oprávnený pobyt na Slovensku, ale žije a pracuje v zahraničí, a preto sa na nich môže vzťahovať systém zdravotnej starostlivosti ich hostiteľskej krajiny. Podiel obyvateľstva, ktorý nie je pokrytý, je preto v praxi výrazne nižší ako 5 %.

Výdavky na zdravotníctvo sa zvýšili, ale zostávajú pod priemerom EÚ

V roku 2017 Slovensko vynaložilo na zdravotníctvo 1 600 EUR na osobu (upravené o rozdiely v kúpnej sile), čo je viac než o 40 % menej než priemer EÚ (graf 8). Napriek podstatnému zvýšeniu v absolútnych číslach počas uplynulého desaťročia zostali výdavky na zdravotníctvo ako podiel HDP stabilné, v roku 2017 na úrovni 6,7 % HDP, čo je výrazne nižší podiel ako priemer EÚ na úrovni 9,8 %.

Graf 8. Slovensko vynakladá na zdravotníctvo podstatne menej než väčšina krajín EÚ



Zdroj: Štatistika OECD týkajúca sa verejného zdravia za rok 2019 (údaje sa týkajú roku 2017).

Viac ako 80 % bežných výdavkov na zdravotníctvo je financovaných z verejných zdrojov

Väčšina zdravotných výdavkov je financovaných z verejných zdrojov (80 % v roku 2017, graf 8). Zdroje príjmov sú najmä príspevky platené zamestnávateľmi a zamestnancami a súvisiace so mzdou, pričom predstavujú trochu viac než dve tretiny celkových verejných výdavkov na zdravotnú starostlivosť. Zvyšná tretina celku pochádza zo všeobecných daňových príjmov na platenie príspevkov pre niektoré subvencované kategórie obyvateľstva, ako sú závislí členovia rodiny, študenti a dôchodcovia.

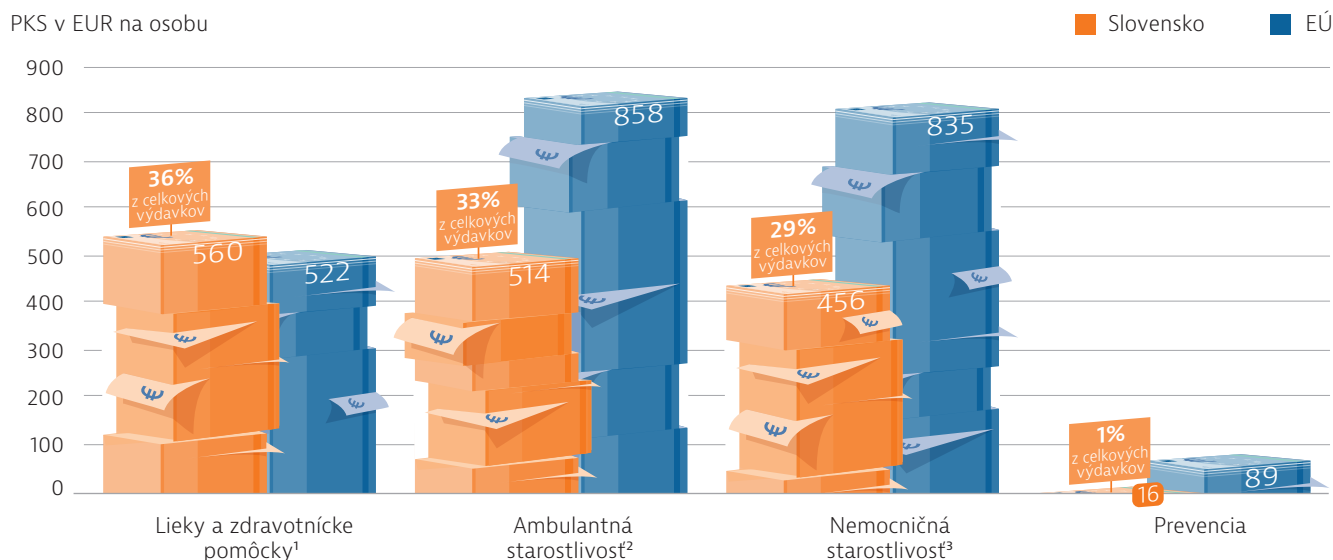
Hotovostné platby² na Slovensku zodpovedajú najmä formálnym doplatkom za predpísané lieky ambulantným pacientom a používateľským poplatkom za zdravotnícke služby či tovar, ktoré nepokrývajú zdravotné poisťovne. V roku 2015 vláda schválila zákon o regulácii týchto používateľských poplatkov, pričom napríklad zakázala platby za objednávania na konkrétny čas. Poisťovne však dokázali obísť tieto právne predpisy a vypracovať nové mechanizmy doplatkov. Odhady výdavkov takisto naznačujú existenciu pretrvávajúceho problému súvisiaceho s neoficiálnymi platbami na Slovensku (Európska komisia, 2016).

Lieky predstavujú najväčšiu nákladovú položku v slovenskom systéme zdravotnej starostlivosti

Tesne viac ako jedna tretina bežných výdavkov na zdravotníctvo (560 EUR na osobu, upravených o rozdiely v kúpnej sile) bolo v roku 2017 pridelených na lieky a zdravotnícke pomôcky (graf 9). Len jedna krajina (Bulharsko) vynaložila vyšší podiel svojich výdavkov na zdravotníctvo na túto kategóriu nákladov. Aj keď vyšší podiel možno pripísať malej veľkosti rozpočtu na zdravotnú starostlivosť na Slovensku (vzhľadom na to, že dopyt po liekoch je cenovo dosť nepružný), výdavky na lieky sú nad priemerom EÚ vo výške 519 EUR. Znamená to, že toto odvetvie by mohlo byť lepšie regulované a že kontrolovanie výdavkov na lieky je na Slovensku dlhodobým problémom (pozri oddiel 5.3).

Ambulantná starostlivosť si vyžiadala ďalšiu tretinu bežných výdavkov na zdravotníctvo a ústavná starostlivosť viac ako štvrtinu. Podiel výdavkov na preventívnu starostlivosť je najnižší v EÚ a v roku 2017 predstavoval len 1 % všetkých výdavkov na zdravotníctvo v porovnaní s priemerom EÚ na úrovni 3 %. Na Slovensku by sa výrazne mohlo zlepšiť zdravie, ak by sa viac finančných prostriedkov a politickej pozornosti venovalo preventívnej starostlivosti (pozri oddiel 5.1).

Graf 9. Viac ako jedna tretina výdavkov na zdravotníctvo sa vynakladá na lieky a zdravotnícke pomôcky



Poznámka: Administratívne náklady nie sú zahrnuté. 1. Zahŕňa len trh s ambulantnými pacientmi; 2. Vrátane domácej starostlivosti; 3. Vrátane liečebno-rehabilitačnej starostlivosti v nemocničných a iných zariadeniach.

Zdroj: Štatistika OECD týkajúca sa verejného zdravia za rok 2019; databáza Eurostatu (údaje sa týkajú roku 2017).

2: Hotovostné platby zahŕňajú priame platby, spoločné znášanie nákladov za služby mimo balíka výhod a neformálne platby.

Počet lekárov na Slovensku sa približuje k priemeru EÚ, zdravotných sestier je však pomerne málo

V roku 2017 bola hustota lekárov na Slovensku podobná ako priemer EÚ (3,4 lekára na 1 000 obyvateľov v porovnaní s 3,6), ale počet zdravotných sestier bol pod priemerom EÚ (graf 10). Krajina je jednou z mála tých, ktoré uviedli zníženie počtu zdravotných sestier medzi rokmi 2000 a 2017 tak v absolútnych číslach, ako aj na obyvateľa (OECD/EÚ, 2018).

Všeobecní lekári sú v zásade lekári prvého kontaktu v systéme zdravotnej starostlivosti, ale táto úloha nie je dobre vykonávaná a pacienti v praxi často chodia priamo k špecialistom bez toho, aby znášali nejakú formu pokuty. Aj keď osem samosprávnych krajov je povinných zabezpečiť minimálne pomery počtu všeobecných lekárov k počtu obyvateľov, dostupnosť primárnej zdravotnej starostlivosti kolíše a vo viacerých krajinách sa uviedlo, že je problematická. Európske štrukturálne fondy plnili určitú úlohu v riešení tejto výzvy tým, že poskytovali finančné prostriedky v období rokov 2014 – 2020, aby sa zriadili alebo zmodernizovali tzv. integrované centrá zdravotnej starostlivosti po celej krajine (pozri oddiel 5.1).

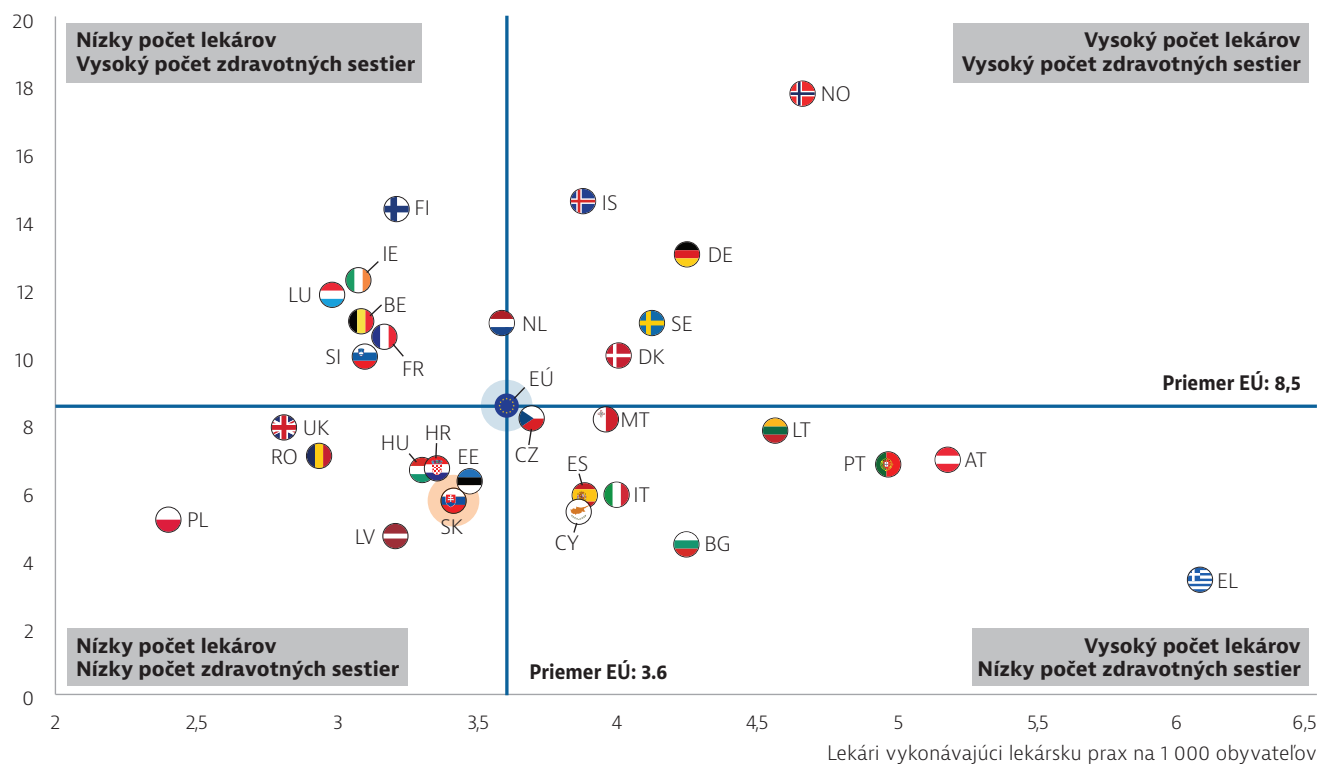
Poskytovanie zdravotnej starostlivosti je naďalej príliš zamerané na ústavnú starostlivosť

V roku 2017 slovenský systém zdravotnej starostlivosti vykazoval vyšší počet lôžok akútnej zdravotnej starostlivosti než priemer EÚ: 5,8 v porovnaní s 5,0 lôžka na 1 000 obyvateľov. Priemerná dĺžka hospitalizácie na 1 000 obyvateľov je tiež o viac ako 15 % vyššia než priemer EÚ. Aj keď súbor opatrení zavedených v uplynulom desaťročí na zvýšenie efektívnosti systému zdravotnej starostlivosti viedol k zníženiam počtu lôžok a priemernej dĺžky pobytu v nemocnici, slovenský systém zdravotnej starostlivosti je naďalej veľmi zameraný na nemocnice. Okrem toho je obložnosť lôžok akútnej zdravotnej starostlivosti jedna z najnižších v EÚ, v roku 2016 dosahovala menej než 70 %, čo naznačuje určitú mieru nadmernej kapacity nemocníc.

Všetky zdravotné inštitúcie sú zodpovedné za svoje vlastné kapitálové investície, ale ich finančné situácie im neumožňovali, aby v poslednom čase podstatne investovali. Nemocnice riadené ústrednou štátnou správou akumulovali v posledných rokoch značné dlhy (728 miliónov EUR v roku 2017). Táto skutočnosť si vyžiadala viacero kôl záchrany ústrednou štátnou správou pomocou vonkajších zdrojov. V dôsledku toho boli finančné prostriedky EÚ hlavným stimulom kapitálových investícií v odvetví zdravotnej starostlivosti a prostredníctvom štrukturálnych fondov na obdobie rokov 2014 – 2020 bola od roku 2016 poskytnutá pomoc 28 nemocniciam.

Graf 10. Slovensko má malý počet zdravotných sestier, aj keď počet lekárov sa približuje k priemeru EÚ

Zdravotné sestry vykonávajúce svoje povolanie na 1 000 obyvateľov



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 (údaje sa týkajú roku 2017 alebo najbližšieho roku).

5 Výkonnosť systému zdravotnej starostlivosti

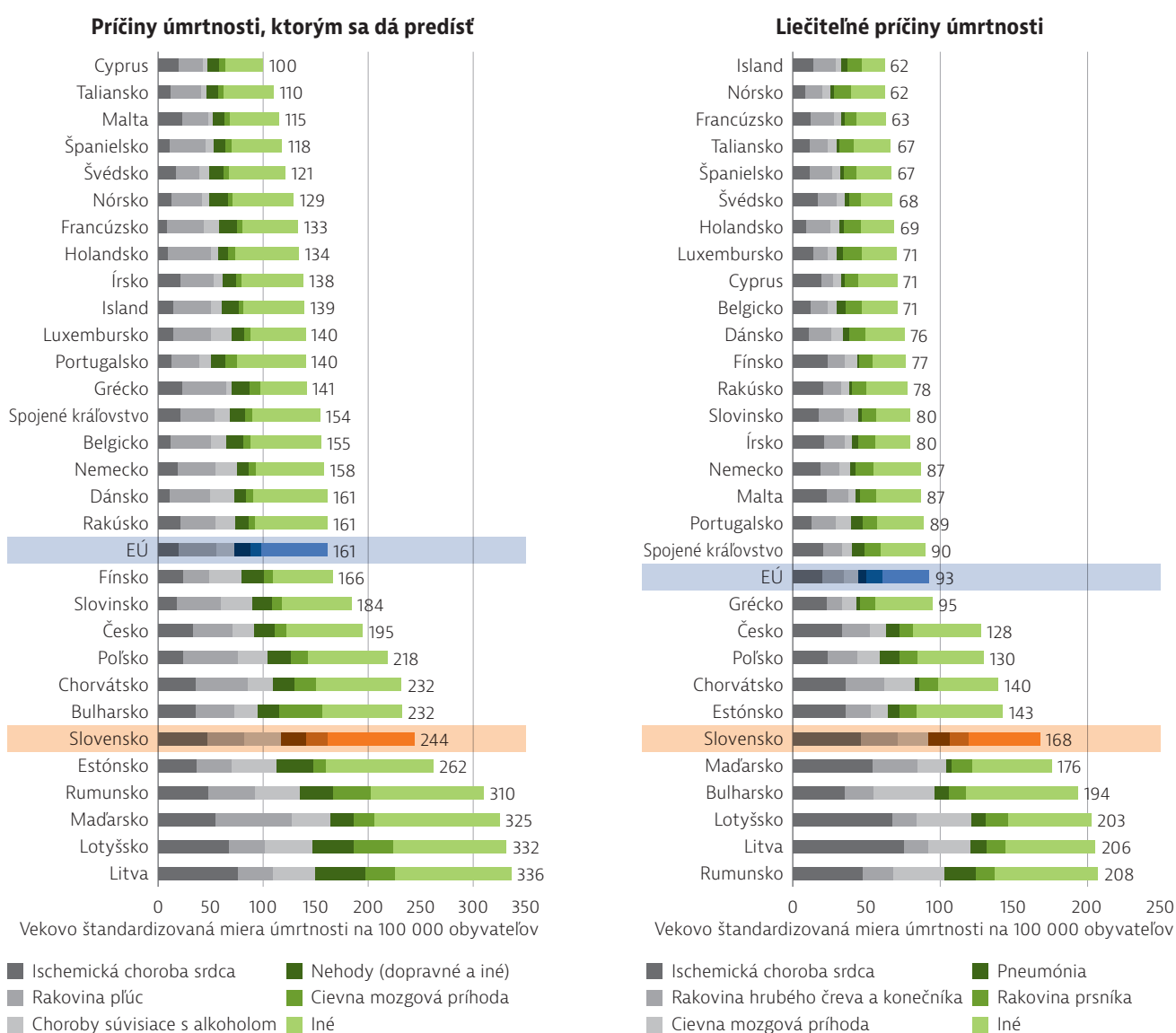
5.1. Efektívnosť

Slovensko má pomerne vysoké miery úmrtnosti z príčin, ktorým sa dalo predísť alebo ktoré sú liečiteľné

Ako je znázornené v grafe 11, Slovensko malo v roku 2016 jednu z najvyšších mier úmrtnosti v

EÚ z príčin, ktorým sa dalo predísť alebo ktoré sú liečiteľné, vyššiu než susedné krajiny, napríklad Česko a Poľsko. Naznačuje to, že existuje značný priestor na to, aby verejné zdravie a zdravotná starostlivosť prispeli k zníženiu počtu predčasných úmrtí. V roku 2016 sa mohlo predísť viac ako 11 000 úmrtiam prostredníctvom účinných zásahov v oblasti verejného zdravia a prevencie, a ďalším 8 000 prostredníctvom primeranejšej a včasnejšej zdravotnej starostlivosti.

Graf 11. Podstatnému podielu úmrtí na Slovensku sa dalo predísť



Poznámka: Úmrtnosť, ktorej sa dalo predísť, je vymedzená ako smrť, ktorej sa dalo predísť najmä zásahmi verejného zdravotníctva a primárnej prevencie. Úmrtnosť z liečiteľných (alebo zvládnuteľných) príčin je vymedzená ako smrť, ktorej sa dalo predísť najmä zásahmi zdravotnej starostlivosti vrátane skríningu a liečby. Oba ukazovatele sa týkajú predčasnej úmrtnosti (do veku 75 rokov). Údaje sú založené na revidovaných zoznamoch OECD/Eurostat. Zdroj: databáza Eurostatu (údaje sa týkajú roku 2016).

Prevenia mala malú prioritu

Historicky Slovensko zaostávalo za mnohými inými členskými štátmi EÚ v investovaní do podpory zdravia a prevencie chorôb. V roku 2017 bolo len 1 % bežných výdavkov na zdravotníctvo pridelených na prevenciu, pričom tento podiel je výrazne nižší ako priemer EÚ (3 %). Napriek prijatiu národného programu podpory zdravia v roku 2014 je vykonávanie konkrétnych opatrení na zníženie rizikových faktorov, ako je spotreba tabaku a alkoholu a prevencia obezity, naďalej obmedzené. V roku 2018 vláda otvorila diskusiu o možnosti zavedenia nových daní na sladené nápoje a elektronické cigarety, ale táto iniciatíva bol v roku 2019 zastavená.

V roku 2018 bol prijatý Národný plán boja proti rakovine

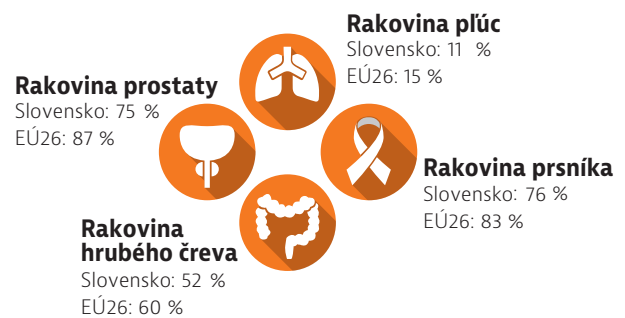
Miery skríningu rakoviny na Slovensku patria k najnižším v EÚ. V roku 2017 platilo, že skríningu rakoviny prsníka sa za uplynulé dva roky podrobila menej než jedna tretina žien vo veku 50 až 69 rokov – polovica priemeru EÚ – a menej než polovica (46 %) žien vo veku od 20 do 69 rokov absolvovala skrínung rakoviny krčka maternice v porovnaní s dvomi tretinami v EÚ. Miera prežitia piatich rokov po diagnóze rakoviny je všeobecne oveľa nižšia než priemer EÚ (graf 12), keďže kvôli nízkej miere absolvovania skríningu u slovenského obyvateľstva dochádza k odhaleniu výskytov druhov rakoviny až v neskorom štádiu, ktoré sa ťažšie liečia.

V roku 2018 Slovensko konečne vytvorilo národnú stratégiu boja proti rakovine prijatím Národného onkologického programu. Cieľom tohto programu je znížiť mieru výskytu rakoviny a zlepšiť mieru prežitia a kvalitu života pacientov s rakovinou. Prvé opatrenia zavedené v roku 2019 zahŕňali pilotný projekt skríningu rakoviny hrubého čreva a konečníka, širokú komunikačnú kampaň na zvýšenie informovanosti o rakovine hrubého čreva a konečníka a vymedzenie kvalitatívnych noriem a certifikácie mamografických centier.

Pokrytie očkovaním je vysoké u detí, ale nižšie u starších ľudí

Aj keď všeobecne sa prevencii venuje malá pozornosť, pokrytie očkovaním u detí je na Slovensku veľmi dobré (graf 13). Očkovanie je povinné a bezplatné pre desať vakcín. Napriek rastúcemu vplyvu hnutí proti očkovaniu v krajine zostali miery pokrytia imunizácie detí nad cieľom 95 %, ktorý stanovila Svetová zdravotnícka organizácia. Podrobné preskúmanie stavu imunizácie obyvateľstva, ktoré vykonalo ministerstvo zdravotníctva, však v roku 2018 identifikovalo nedostatočné pokrytie u určitých skupín obyvateľstva (napr. 18 % vekovej skupiny 35 až 39 rokov nebolo účinne očkovaných proti osýpkam). Niektoré osobitné skupiny obyvateľstva, napríklad rómska menšina, takisto vykazujú nižšie miery imunizácie než celkové obyvateľstvo (Duval et al., 2016; pozri oddiel 5.2).

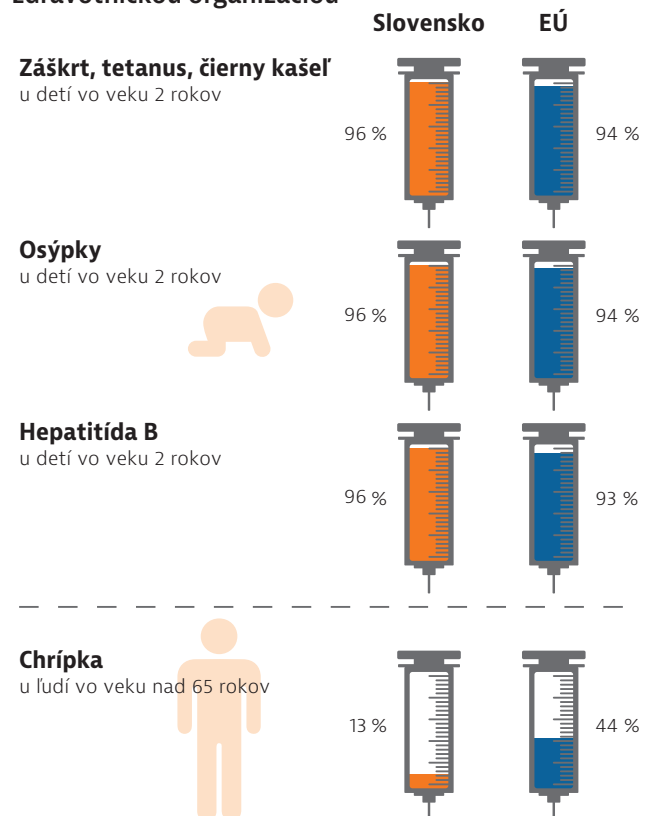
Graf 12. Miera Prežitia piatich rokov s rakovinou je nižšia než vo väčšine krajín EÚ



Poznámka: Údaje sa týkajú ľudí diagnostikovaných v rokoch 2010 až 2014. Zdroj: program CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Naopak, pokrytie očkovaním proti chrípke je u ľudí nad 65 rokov veľmi nízke. V roku 2016 bolo očkovaných len 13 % ľudí v uvedenej vekovej skupine, čo je výrazne pod priemerom EÚ na úrovni 43 % a ešte výraznejšie vzdialené od cieľa Svetovej zdravotníckej organizácie na úrovni 75 %. Jedným z dôvodov týchto nízkych mier očkovania je neexistencia informačných kampaní propagujúcich toto očkovanie (Rechel, Richardson & McKee, 2018).

Graf 13. Miery pokrytia imunizáciou u detí prekonávajú ciele stanovené Svetovou zdravotníckou organizáciou



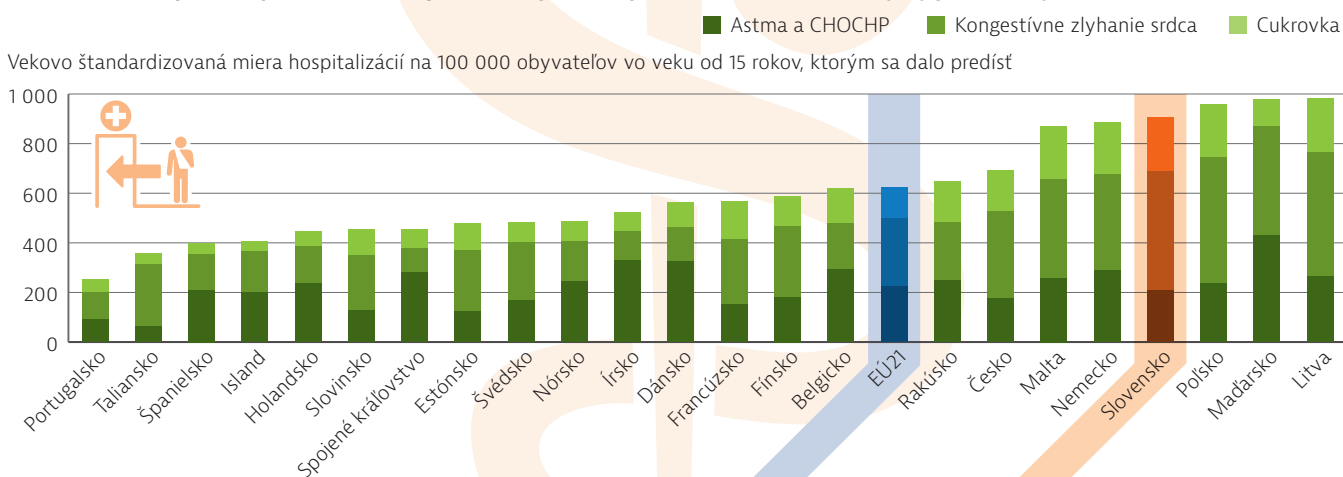
Poznámka: Údaje sa týkajú tretej dávky proti záškrtu, tetanu, čiernemu kašľu a hepatitíde typu B a prvej dávky proti osýpkam. Zdroj: Adresár údajov Globálneho zdravotníckeho observatória Svetovej zdravotníckej organizácie/UNICEF pre deti (údaje sa týkajú roku 2018; štatistika OECD týkajúca sa verejného zdravia za rok 2019 a databáza Eurostatu (za ľudí vo veku od 65 rokov). Údaje sa týkajú roku 2017 alebo najbližšieho roku.

Posilnenie primárnej zdravotnej starostlivosti by mohlo pomôcť zlepšiť manažment chronických chorôb

Silnejší sektor primárnej zdravotnej starostlivosti by mohol pomôcť uľahčiť manažment rastúceho bremena chronických chorôb. Hospitalizácie v prípade astmy a chronickej obštrukčnej choroby pľúc (CHOCHP), diabetu a kongestívneho zlyhania srdca, ktorým sa potenciálne dalo predísť, sú na Slovensku oveľa početnejšie ako vo väčšine iných krajín EÚ, ktoré oznamujú tieto údaje (graf 14). Tieto výsledky sa dajú čiastočne vysvetliť nízkym počtom všeobecných lekárov a ich momentálne slabou funkciou ako lekárov prvého kontaktu, a to aj napriek nedávnym pokusom vlády riešiť tento problém. Niektoré osobitné zodpovednosti sa presunuli od špecialistov na všeobecných lekárov a vláda v súčasnosti rokuje o zmene systému odmeňovania lekárov smerom k systému platieb podľa výkonov. Tieto reformy by mohli znížiť počet zbytočných odporúčaní k špecialistom a do nemocníc.

Vo vývoji sú aj tzv. integrované centrá zdravotnej starostlivosti. Očakáva sa, že 88 z nich bude otvorených v nadchádzajúcich rokoch s podporou z fondov EÚ. Cieľom týchto centier je združiť špecialistov a všeobecných lekárov na jednom mieste s cieľom zlepšiť koordináciu a kvalitu starostlivosti. Budú zriadené po celej krajine tak, aby umožnili dostať sa viac ako 70 % obyvateľstva do centra za menej ako 20 minút jazdy. V roku 2018 sa takisto viaceré úlohy presunuli medzi zdravotnými sestrami a ošetrovateľmi a rozšírili sa aj niektoré právomoci zdravotných sestier.

Graf 14. Mnohým hospitalizáciám by sa dalo predísť prostredníctvom silnejšej primárnej starostlivosti



Zdroj: Štatistika OECD týkajúca sa verejného zdravia za rok 2019 (údaje sa týkajú roku 2017 alebo najbližšieho roku).

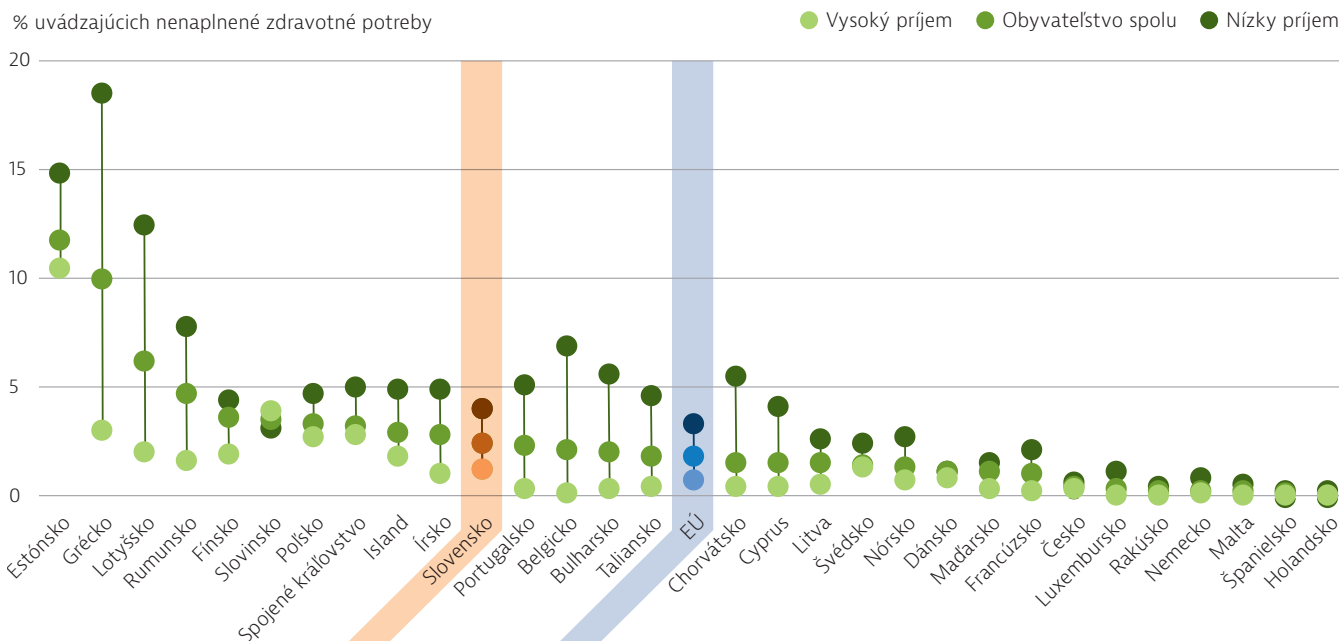
5.2. Prístupnosť

Nenaplnené potreby v oblasti lekárskej starostlivosti sú nízke

Podiel slovenského obyvateľstva uvádzajúceho nenaplnené potreby v oblasti lekárskeho vyšetrenia a liečby je pomerne nízky: len 2,4 % obyvateľstva uviedlo v roku 2017 nenaplnené potreby z dôvodu nákladov,

nadmerne dlhých čakacích zoznamov alebo nadmernej cestovnej vzdialenosti, ale tento údaj za posledných desať rokov mierne stúpol. Rozdiel medzi príjmovými skupinami bol pomerne malý a približoval sa k priemeru EÚ (graf 15).

Graf 15. Slováci uvádzajú nízke úrovne nenaplnených potrieb v oblasti 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 2017).

Marginalizované komunity čelia prekážkam v prístupe k starostlivosti

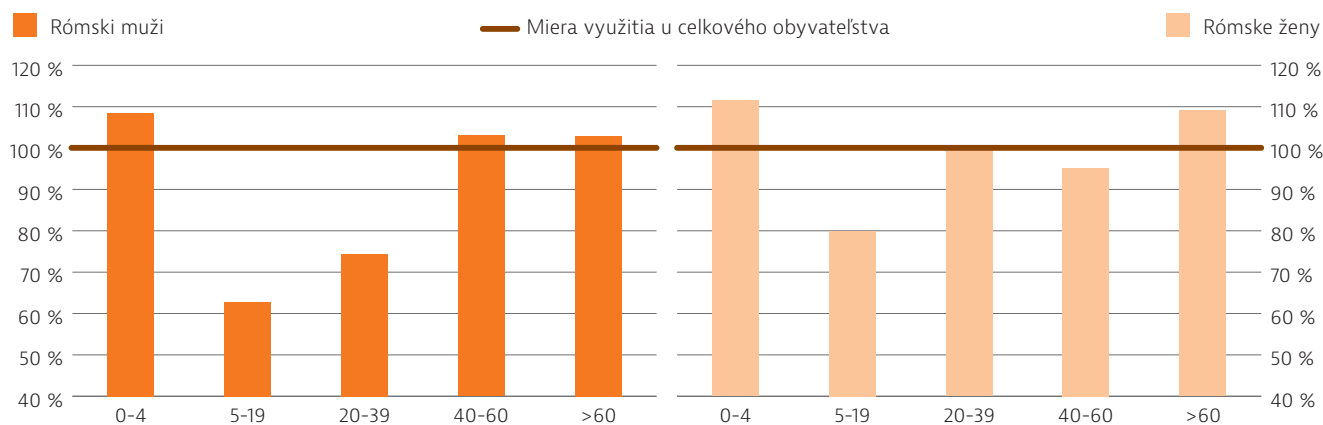
Rómske obyvateľstvo podľa odhadov tvorí približne 8 % obyvateľstva Slovenska a teoreticky má garantovaný prístup k zdravotnej starostlivosti za rovnakých podmienok. Z rôznych štúdií však vyplývajú nižšie miery využívania zdravotnej starostlivosti rómskym obyvateľstvom napriek jeho pomerne vyšším potrebám v oblasti zdravia (graf 16). Táto nízka miera využívania zdravotníckych služieb sa dá vysvetliť mnohými faktormi, napríklad informačnými prekážkami, diskrimináciou, obmedzenými jazykovými a kultúrnymi vedomosťami, dopravou a cenovou dostupnosťou starostlivosti.

Program Rómski mediátori v oblasti zdravia, financovaný z finančných prostriedkov EÚ, sa javí ako jedna z najslubnejších iniciatív na zlepšenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti pre rómske obyvateľstvo. Rómski mediátori zdravia pôsobia ako most medzi komunitou, zdravotníckymi pracovníkmi a miestnymi zdravotníckymi orgánmi s cieľom zlepšiť prístup k zdravotnej starostlivosti pre Rómov. Mediátori

sú členmi komunity a ich úloha okrem iného zahŕňa poskytnutie tlmočenia medzi rómskymi pacientmi a lekármi počas lekárskeho konzultácií, pomoc Rómom pri uplatňovaní práv vyplývajúcich zo zdravotného poistenia a podpora zdravotníckych pracovníkov pri vykonávaní preventívnych programov v komunite, ako je napríklad imunizácia alebo predpôrodná a popôrodná starostlivosť.

Všeobecnejšie je v niektorých okresoch južného a východného Slovenska chudoba podstatne vyššia než vo zvyšku krajiny. Tieto regióny majú vyššie podiely samospráv s chudobnými mladými ľuďmi alebo vysoké úrovne pracujúcej chudoby (Európska komisia, 2019a). Žiaľ, práve v týchto oblastiach najviac chýba pracovná sila v oblasti zdravotníctva.

Graf 16. Zdravotnícke služby menej využívajú Rómovia v strednom veku



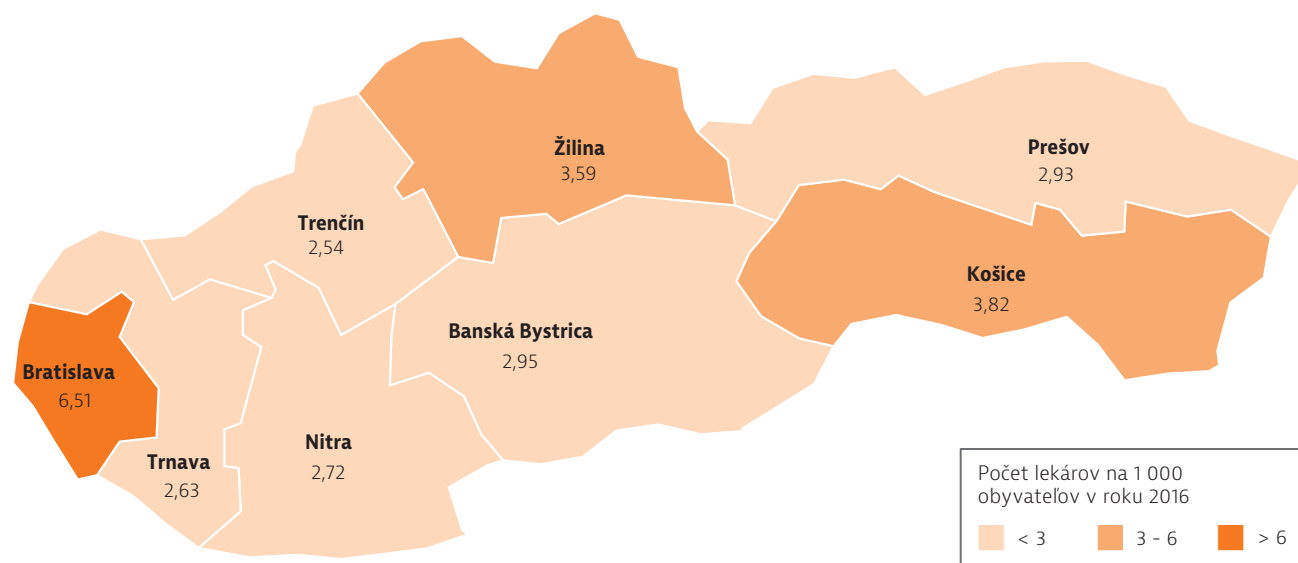
Zdroj: Geva, Hidas & Machlica (očakáva sa).

Vláda rieši nedostatok pracovných síl v zdravotníctve a nerovnomerné geografické rozdelenie

Zatiaľ čo hustota lekárov je veľmi vysoká v kraji hlavného mesta, vo väčšine iných krajov je oveľa nižšia, pričom mnohé uvádzajú menej ako troch lekárov na 1 000 obyvateľov v porovnaní s celoštátnym priemerom 3,4 (graf 17). Okrem toho lekári ako pracovná sila starnú a existujú obavy týkajúce sa toho, či bude k dispozícii dostatok nových lekárov, aby nahradili tých, ktorí odídu v nasledujúcich rokoch do dôchodku, a to najmä v regiónoch, v ktorých sú počty už nízke. V roku 2017 bola viac ako jedna tretina (36 %) všetkých lekárov v krajine vo veku 55 rokov a viac (približne 6 700 z 18 600 lekárov).

Slovenské školy medicíny každoročne dokončí viac ako 700 študentov, čo je počet, ktorý by v zásade mal zabezpečiť dostatočnú skupinu nových zamestnancov, ktorí by nahradili lekárov odchádzajúcich do dôchodku. Približne polovicu z týchto nových absolventov medicíny však tvoria zahraniční študenti a väčšina nepokračuje vo svojej postgraduálnej odbornej príprave a nezostane vykonávať lekársku prax na Slovensku. Okrem toho je emigrácia slovenských lekárov vyššia než imigrácia lekárov, ktorí študovali v zahraničí, do krajiny, výsledkom čoho je každoročný čistý odliv ľudských zdrojov. V dôsledku toho vláda v roku 2018 prijala opatrenia na zvýšenie kapacity odbornej prípravy nových lekárov po celej krajine.

Graf 17. Kraj hlavného mesta má podstatne viac lekárov než zvyšok krajiny



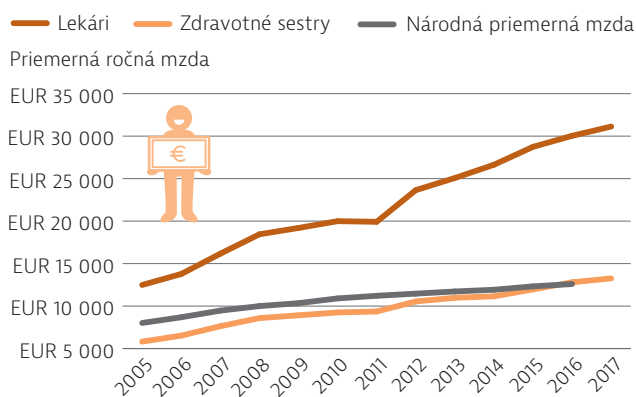
Zdroj: NCHI (2018).

Slovensko má takisto nízky počet zdravotných sestier (pozri oddiel 4) a počet študentov a absolventov programu vzdelávania zdravotných sestier od roku 2010 takisto klesal. V roku 2018 vláda s cieľom zlepšiť atraktivnosť zdravotníckych štúdií zaviedla štipendium pre študentov odboru zdravotná sestra vo výške 6 000 EUR počas obdobia odbornej prípravy pod podmienkou, že po ukončení štúdia zostanú v krajine aspoň päť rokov.

V záujme riešenia týchto výziev v oblasti ľudských zdrojov vláda takisto schválila podstatné zvýšenia miezd. Príjmy lekárov a zdravotných sestier od roku 2011 stúpali rýchlejšie než príjmy mnohých iných slovenských pracovníkov, vďaka čomu sa zvýšila atraktivnosť týchto profesií pre študentov a znížila motivácia zdravotníckych pracovníkov, aby odchádzali do iných odvetví alebo emigrovali do iných krajín. Priemerná mzda lekárov, ktorí sú zamestnaní, vrátane všeobecných lekárov aj špecialistov, vzrástla v rokoch 2011 až 2017 o viac ako 50 %, pričom mzda zdravotných sestier stúpala približne o 40 % (graf 18). Zavedenie minimálnych miezd pre nemocničných lekárov v januári 2012 s odstupňovanými zvýšeniami v ďalších rokoch zohrala v tomto podstatnom zvýšení miezd dôležitú úlohu. V roku 2018 sa vláda rozhodla zvýšiť mzdy zdravotných sestier a všetkých nezdravotníckych pracovníkov o ďalších minimálne 10 %.

Ďalší rozvoj integrovaných centier zdravotnej starostlivosti a zavedenie lepšieho rozdelenia úloh medzi lekármi a inými zdravotníckymi pracovníkmi by takisto mohli pomôcť riešiť nedostatok lekárov a zároveň zlepšovať kariérne vyhliadky inej ako zdravotníckej pracovnej sily.

Graf 18. Mzda lekárov a zdravotných sestier od roku 2011 pomerne rýchlo stúpala



Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva (Štvrťročná správa o mzdách a zamestnancoch v zdravotníckych službách na Slovensku)

Hotovostné platby sú najmä za lieky

V priemere 19 % výdavkov na zdravotníctvo znášajú priamo pacienti, pričom tento podiel počas uplynulého desaťročia stabilne klesal, ale zostáva naďalej mierne nad priemerom EÚ (16 %, graf 19). Úroveň finančnej ochrany je celkovo dobrá: v roku 2012 (posledný dostupný rok) zažilo katastrofické³ výdavky na zdravotníctvo len 3,5 % domácností. Veľký podiel (viac ako 40 %) hotovostných platieb sa používa na platby za lieky, ale doplatky na lieky sa výrazne nezvyšovali a stabilizovali sa na úrovniach, pri ktorých sa zdá, že nezhoršujú prístup k nim (pozri oddiel 5.3).

Graf 19. Úroveň hotovostných platieb je porovnateľná s priemerom EÚ



Zdroj: Štatistika OECD týkajúca sa verejného zdravia za rok 2019 (údaje sa týkajú roku 2017).

3: Katastrofické výdavky sú vymedzené ako hotovostné výdavky domácnosti presahujúce 40 % celkových výdavkov domácnosti bez základných potrieb (t. j. potraviny, bývanie a verejné služby).

5.3. Odolnosť⁴

Starnutie obyvateľstva bude vyvíjať tlak na výdavky na zdravotníctvo a dlhodobú starostlivosť

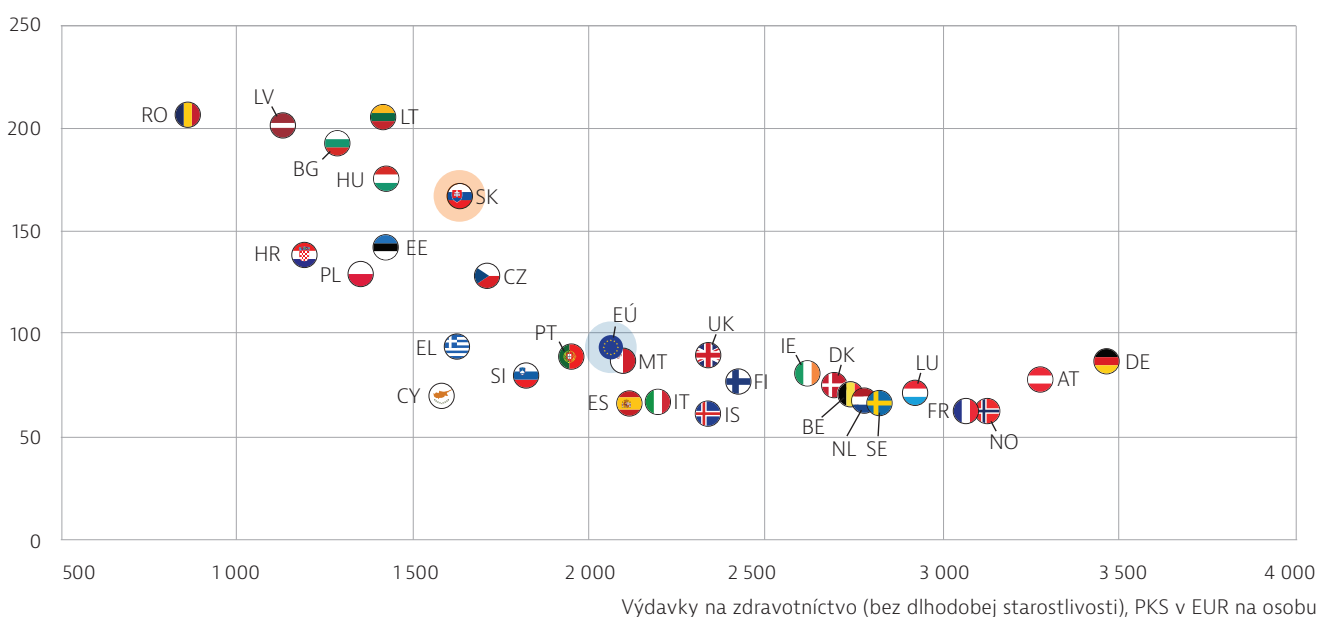
V strednodobom až dlhodobom horizonte sa očakáva, že starnutie obyvateľstva a technologické a iné faktory zvýšia výdavky na verejné zdravotníctvo a dlhodobú starostlivosť. Verejné výdavky na zdravotníctvo predstavovali v roku 2016 5,6 % slovenského HDP, čo je pod priemerom EÚ na úrovni 6,8 %. Predpokladá sa, že výdavky na zdravotníctvo stúpnu medzi rokmi 2016 a 2070 o 1,2 percentuálneho bodu – čo je mierne nad priemerným nárastom EÚ o 0,9 percentuálneho bodu (Európska komisia, 2019b). Podľa referenčného scenára by to krajinu posunulo do roku 2070 bližšie k priemerným výdavkom EÚ na zdravotníctvo. V dlhodobom horizonte pre Slovensko existujú stredné riziká fiškálnej udržateľnosti, ktoré vyplývajú najmä z predpokladaných vplyvov verejných výdavkov súvisiacich s vekom (najmä zdravotná starostlivosť a dôchodky), a toto bolo predmetom odporúčania pre krajinu, ktoré vydala Rada Európskej únie v kontexte európskeho semestra na rok 2019⁵ (Rada Európskej únie, 2019).

V rámci projektu Hodnota za peniaze sa identifikovali mnohé príležitosti na zlepšenie účinnosti

Slovensko vyčnieva z dôvodu pomerne vysokých mier liečiteľnej úmrtnosti v porovnaní s inými krajinami EÚ vzhľadom na svoju úroveň výdavkov na zdravotnú starostlivosť (graf 20). Vo svojej správe o krajine za rok 2019 Európska komisia uznala nedávny pokrok, ktorý sa dosiahol v prijímaní opatrení na zlepšenie celkovej nákladovej efektívnosti systému zdravotníctva (Európska komisia, 2019a). Projekt Hodnota za peniaze je jednou z iniciatív, ktoré prispeli k identifikácii toho, kde by sa mohli optimalizovať verejné výdavky na zdravotníctvo (pozri rámček 1). Okrem toho sa v roku 2019 začalo programovanie rozpočtu zdravotníctva. Pri tejto činnosti sa spájajú tímy z úradu predsedu vlády, ministerstva zdravotníctva a ministerstva financií, aby vytvorili podrobné predpoklady výdavkov na zdravotníctvo.

Graf 20. Slovensko má príležitosť zlepšiť efektívnosť zdravotnej starostlivosti za nízke náklady

Liečiteľné príčiny úmrtnosti na 100 000 obyvateľov



Zdroj: databáza Eurostatu; štatistika OECD týkajúca sa verejného zdravia za rok 2019.

DRG mechanizmus môže vytvárať stimuly na zlepšenie účinnosti výdavkoch nemocníc

Napriek zníženiu počtu lôžok na počet obyvateľov takmer o 30 % od roku 2000 (graf 21) je slovenský systém zdravotnej starostlivosti naďalej príliš zameraný

na nemocnice (pozri oddiel 4). Štátne nemocnice majú okrem toho značné úrovne dlhov, čo zhoršuje ich investičné možnosti. Súčasný stav sa vysvetľuje mnohými faktormi, ale k tomuto problému určite prispeli mechanizmy financovania nemocníc a nízka úroveň hospodárskej súťaže medzi poskytovateľmi.

4: Odolnosť je schopnosť systémov zdravotnej starostlivosti účinne sa prispôsobiť meniacim sa prostrediam, náhlym otrasom alebo krízam.

5: V júli 2019 Rada Európskej únie vydala pre Slovensko odporúčanie pre krajinu „zabezpečiť dlhodobú udržateľnosť verejných financií, a to najmä systému zdravotnej starostlivosti a dôchodkového systému.“

Rámček 1. Projekt Hodnota za peniaze prispel k zlepšeniu účinnosti systému zdravotnej starostlivosti

V roku 2016 bolo cieľom projektu Hodnota za peniaze identifikovať oblasti neefektívnych výdavkov a pridelovania zdrojov v odvetví zdravotníctva prostredníctvom hĺbkovej analýzy všetkých hlavných účtov a postupov. Túto iniciatívu viedlo ministerstvo financií, Medzinárodný menový fond a Svetová banka.

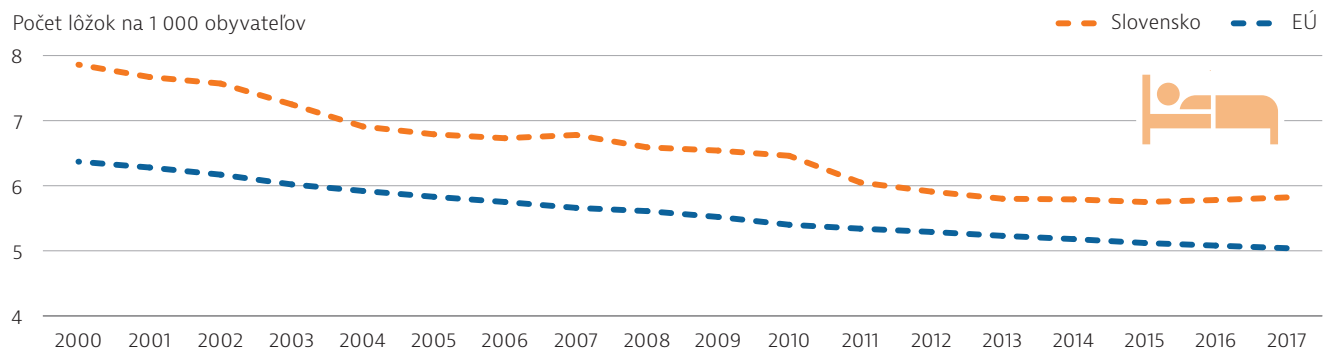
Boli zavedené dva typy opatrení: niektoré boli určené na zníženie celkových výdavkov na zdravotníctvo, zatiaľ čo iné boli zamerané osobitne na zníženie dlhov nemocníc. Po prvom roku projektu (Realizačný

útvár, 2017) bolo dosiahnutých 75 % cieľov v oblasti znižovania výdavkov na zdravotníctvo a tento výsledok v roku 2018 mierne stúpol na 76 %. Najväčšie zlepšenia sa zaznamenali v znížení nadmernej spotreby liekov, pričom úspory dosiahli 29,7 milióna EUR, najmä vďaka zavedeniu elektronických predpisov. Podstatné úspory sa takisto dosiahli v nákupe zdravotných pomôcok (22,4 milióna EUR) z dôvodu referenčnej cenotvorby.

Nemocniciam sa hradili pevné sadzby za pobyt pacienta, ale od roku 2016 sa začal zavádzať systém platieb na základe skupiny súvisiacich diagnóz (Diagnosis Related Group, DRG). Očakáva sa, že sa tak zvýši transparentnosť vo výdavkoch nemocníc a vytvoria sa stimuly pre riadenie nákladov a lepšiu efektívnosť, a to napríklad podporou jednodňovej

chirurgie (ktorá ešte nie je veľmi rozvinutá). Výpočet základných sadzieb za každý prípad skupiny súvisiacich diagnóz je ešte vo fáze návrhu; cieľom je začať formálne uplatňovať nový mechanizmus financovania v najbližších piatich rokoch. Rastúca efektívnosť v nemocničnom sektore si však vyžiada aj zlepšenia primárnej zdravotnej starostlivosti (pozri oddiel 5.1).

Graf 21. Počet nemocničných lôžok stabilne klesal, ale je naďalej výrazne nad priemerom EÚ



Zdroj: databáza Eurostatu.

Úloha lekárov primárnej starostlivosti sa posilňuje

Slovenské ministerstvo zdravotníctva prijalo opatrenia na dosiahnutie rovnomernejšieho rozdelenia počtov pacientov, o ktorých sa starajú špecialisti a všeobecní lekári, zo súčasného rozdelenia 80/20 na pomer bližšie k 60/40 v niekoľkých nasledujúcich rokoch (Európska komisia, 2019b). Vynaložilo sa úsilie na to, aby sa profesia všeobecného lekára zatraktívnila pre mladých lekárov. Boli zrevidované programy odbornej prípravy, vytvoril sa rezidenčný program pre všeobecných lekárov a zahrnuli sa školenia v ambulantných zariadeniach počas vysokoškolského štúdia medicíny. Od roku 2014 majú všeobecní lekári aj príležitosť vykonávať predoperačné vyšetrenia pacientov s bežnými chorobami. Okrem toho bola v roku 2015 schválená právna úprava, ktorá poskytuje všeobecným lekárom širšie práva a povinnosti pri liečbe chronických pacientov, ktorých liečba si predtým vyžadovala špecialistov (napr. pacienti s cukrovkou).

Ďalšie úspory by sa dali dosiahnuť kontrolou výdavkov na lieky

Úroveň výdavkov na lieky na Slovensku je podstatne vyššia než vo väčšine krajín (pozri oddiel 4), hoci podiel generík na objeme je pomerne vysoký. Možnými dôvodmi sú nadmerná spotreba a pomerne vysoké ceny.

S cieľom účinnejšie kontrolovať výdavky na lieky vláda v roku 2017 zaviedla zmeny vo farmaceutickom odvetví. Na preplácanie liekov boli stanovené osobitné podmienky, podliehajúce výnimkám, a vstup inovatívnych a generických liekov na trh sa stal regulovanejším (aj keď to viedlo k neúmyselným dôsledkom – pozri rámček 2). Začalo sa centralizované obstarávanie s revíziou externého referenčného systému cenotvorby. Nakoniec sa zaviedlo predpisovanie medzinárodných nechránených názvov a interná referenčná cenotvorba s cieľom ešte zlepšiť efektívnosť výdavkov na lieky. Tieto opatrenia už priniesli dôležité výsledky: rok 2017 bol prvý, v ktorom klesli celkové

Rámček 2. Reformy farmaceutického odvetvia viedli k neúmyselným dôsledkom

Pokračujúci vysoký podiel výdavkov na lieky si v uplynulých rokoch vynútil niekoľko legislatívnych zmien. V roku 2017 sa zákonom o inovatívnych liekoch zaviedla nová politika na kontrolu nákladov, ktorou sa reformovali nariadenia, kritériá a postupy na zaradenie liekov do koša výhod. Cieľom tejto právnej úpravy ďalej bolo udeliť rýchlejší prístup k inovatívnym liekom a zvýšiť prienik generík.

V roku 2018 začalo byť jasné, že znenie právnej úpravy umožnilo, aby určité nové lieky boli klasifikované ako

lieky na zriedkavé choroby, čo umožnilo zrýchlený postup bez posúdenia zdravotnej technológie či cenovej referencie. Výsledkom toho boli nižšie úspory, než sa od nových predpisov očakávalo, a menší počet generík vstupujúcich na slovenský trh v roku 2018. Ministerstvo zdravotníctva odhadlo, že táto skutočnosť stála systém zdravotnej starostlivosti v roku 2018 ďalších 54,3 milióna EUR. V dôsledku toho sa právne predpisy zmenili v januári 2019.

výdavky na lieky. Ďalšie úspory sa očakávajú zo zvýšeného prijímania biologicky podobných liekov na základe politických zásahov, ktoré orgány vykonali v roku 2019 a ktorých cieľom je uľahčenie ich vstupu na slovenský trh.

Tieto zmeny vo farmaceutickom odvetví bude treba pozorne sledovať vzhľadom na riziká paralelného obchodu a možné následné nedostatky. V predchádzajúcich rokoch Slovensko čelilo značným problémom s paralelným obchodom, ktorý viedol orgány k tomu, že obmedzili možnosti vývozu liekov uvádzaných na trh na Slovensku do krajín, v ktorých sú vyššie ceny. Proti Slovensku a dvom iným krajinám začala Európska komisia postup v prípade nesplnenia povinností v tejto otázke, ale neskôr ho uzavrela, pretože sa uznalo, že vyváženie rešpektovania voľného pohybu tovaru s právom pacientov na prístup k zdravotnej starostlivosti predstavoval úkon na nastolenie rovnováhy.

Slovensko sa začalo angažovať v medzinárodnej spolupráci s cieľom zlepšiť prístup k liekom. Iniciatíva spravodlivých a dostupných cien, ktorá bola založená v marci 2017, je medzinárodnou regionálnou platformou na zlepšenie prístupu občanov členských štátov k liekom. Tento projekt vznikol v rámci Vyšehradskej skupiny (Česko, Maďarsko, Poľsko, Slovensko), ale je otvorený aj pre ďalšie krajiny.

Systém verejného elektronického zdravotníctva (eHealth) bol spustený v roku 2018

Infraštruktúra digitalizovaných informácií, ktorá zabezpečuje včasnú a spoľahlivú výmenu klinických a iných informácií, je možnosťou, ako zlepšiť zdravotné výsledky a efektívnosť systému zdravotnej starostlivosti. Po takmer desiatich rokoch vývoja a s finančnou podporou, ktorú poskytla EÚ, Slovensko spustilo svoj prvý systém elektronického zdravia v januári 2018. Umožňuje lekárom a iným zdravotníckym pracovníkom zaznamenávať svoje úkony a iné informácie súvisiace s pacientom, napríklad lekársku históriu, elektronicky. Keďže predtým systém verejného elektronického zdravotníctva eHealth neexistoval, obľubu si získal

súkromne vyvinutý systém, ktorý praktickí lekári ešte stále značne využívajú, hoci pre praktických lekárov začalo byť povinné, aby od roku 2018 prešli na verejný systém elektronického zdravia eHealth. Celkovo v roku 2018 využívalo 90 % lekárov primárnej starostlivosti elektronický systém lekárskeho záznamov (OECD/EÚ, 2018).

Reforma o prestavení siete nemocníc je predmetom rokovanií

Ministerstvo pripravilo návrh právnych predpisov o významnej zdravotníckej reforme, v ktorej sa okrem iných vecí plánuje zmena nastavenia siete nemocníc. V návrhu stratifikácie nemocníc sa stanovuje sieť 46 nemocníc rozdelených optimálne po celej krajine. Nemocnice majú byť rozdelené do troch kategórií: miestne nemocnice dostupné pre pacientov do polhodiny od ich domu, regionálne nemocnice dostupné do hodiny a štátne nemocnice dostupné do dvoch hodín. Miestne nemocnice budú poskytovať bežnú akútnu zdravotnú starostlivosť, zatiaľ čo regionálne nemocnice budú poskytovať komplexnejšiu zdravotnú liečbu. Národné nemocnice budú zodpovedné za poskytovanie najzložitejších lekárskeho postupov. Prijatie tejto právnej úpravy je však naďalej neisté z dôvodu významného politického odporu.

6 Hlavné zistenia

- Zdravotný stav slovenského obyvateľstva sa od roku 2000 zlepšil. Stredná dĺžka života stúpila o štyri roky a v roku 2017 dosiahla 77,3 roka, stále je to však takmer o štyri roky menej ako priemer EÚ. Pretrvávajú výrazné nerovnosti podľa rodu a úrovne vzdelania. Ženy zvyčajne žijú o sedem rokov dlhšie než muži, pričom stredná dĺžka života vo veku 30 rokov je o 14 rokov viac v prípade najvzdelanejších mužov v porovnaní s najmenej vzdelanými.
- Približne polovicu všetkých úmrtí na Slovensku možno pripísať rizikovým faktorom správania, čo je podiel vysoko presahujúci priemer EÚ na úrovni 39 %. Pre zdravie slovenských občanov predstavuje hrozbu dlhodobá vysoká spotreba tabaku a rastúce miery nadváhy a obezity u detí. Zatiaľ čo vo väčšine krajín EÚ podiely fajčiarov za posledné desaťročie výrazne klesali, na Slovensku zostala spotreba tabaku stabilná, pričom každý piaty dospelý fajčí každodenne.
- Výdavky na zdravotníctvo na Slovensku sú oveľa nižšie než vo väčšine krajín EÚ, dosahujú 6,7 % HDP v porovnaní s 9,8 % HDP v EÚ. Napriek pomerne nízkej úrovni výdavkov poskytuje slovenský systém zdravotnej starostlivosti komplexný balík výhod takmer celému obyvateľstvu, s nízkymi hotovostnými výdavkami. Systém však zostáva zameraný na nemocnice a ešte sa musí prioritizovať rozšírenie jeho odvetvia primárnej starostlivosti.
- Slovensko vykazuje vysoké miery úmrtnosti z príčin, ktorým sa dalo predísť a ktoré sa dali liečiť, z čoho vyplýva naliehavá potreba obmedziť počet predčasných úmrtí prostredníctvom politík verejného zdravotníctva a zdravotnej starostlivosti. Investovanie do prevencie by mohlo pomôcť zlepšiť zdravotný stav obyvateľstva a znížiť rozdiely v oblasti zdravia. Len 1 % výdavkov na zdravotníctvo je pridelených na prevenciu v porovnaní s priemerom EÚ na úrovni 3 %. Posilnenie sektora primárnej starostlivosti by mohlo zlepšiť aj zisťovanie a manažment chronických chorôb a znížiť počet zbytočných hospitalizácií.
- Aj keď prístup k zdravotnej starostlivosti je vo všeobecnosti pre väčšinu obyvateľstva dobrý, niektoré marginalizované skupiny obyvateľstva (napríklad etnické menšiny a ľudia žijúci v znevýhodnených oblastiach) čelia značným prekážkam v prístupe k starostlivosti. V zásade majú Rómovia rovnaký prístup k zdravotníckym službám, ale majú nižšie pokrytie očkovaním, nižšiu spotrebu zdravotníckych služieb a realitou sú podstatne vyššie miery úmrtnosti. V posledných rokoch bolo zavedených niekoľko iniciatív na zlepšenie ich prístupu k zdravotnej starostlivosti.
- Lekári sú v rámci krajiny rozdelení nerovnomerne a súčasná pracovná sila starne. Existujú obavy o budúce udržanie mladých lekárov, ktorí sa v súčasnosti školia, aby nahradili tých, ktorí pôjdu v najbližších rokoch do dôchodku. V nedávnych rokoch boli podniknuté dôležité opatrenia na riešenie tohto problému, napríklad zvyšovanie miezd zdravotníckym pracovníkom a reforma osnov odbornej prípravy.
- Starnutie obyvateľstva bude vyvíjať značný tlak na výdavky na zdravotníctvo a dlhodobú starostlivosť na Slovensku a očakáva sa, že miera rastu výdavkov na zdravotníctvo bude v najbližších niekoľkých desaťročiach vyššia ako priemer EÚ. Zároveň súčasný systém zdravotnej starostlivosti vykazuje veľký potenciál na zvýšenie efektívnosti prostredníctvom lepšej kontroly výdavkov na lieky, presunu ťažiska na ambulantnú starostlivosť a väčších investícií do prevencie a podpory zdravia.



Hlavné zdroje

Smatana M et al. (2016), *Slovakia health system review*. *Health Systems in Transition*, 18(6):1-210.

OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.

Odkazy

Babinská I et al. (2014), *Does the population living in Roma settlements differ in physical activity, smoking and alcohol consumption from the majority population in Slovakia?* *Central European Journal of Public Health*, 22(Supplement):S22-7.

Council of the European Union (2019), *Council Recommendation on the 2019 National Reform Programme of Slovakia*. Brussels, <http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-10178-2019-INIT/en/pdf>

Decade of Roma Inclusion Secretariat Foundation (2015), *Roma Inclusion Index*

Duval L et al. (2016), *The Roma Vaccination Gap: Evidence from Twelve Countries in Central and South-East Europe*. *Vaccine*, 34(46):5524-5530.

European Commission (2014), *Roma Health Report: Health Status of the Roma Population*. Brussels, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/2014_roma_health_report_en.pdf

European Commission (2016), *Slovakia: Health Care and Long-term Care Systems: an Excerpt from the Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems and Fiscal Sustainability*. Brussels, https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-fiscal-sustainability-0_en

European Commission (2019a), *Country Report Slovakia 2019. 2019 European Semester*. Brussels, https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/2019-european-semester-country-report-slovakia_en_0.pdf

European Commission (2019b), *Joint report on health care and long-term care systems and fiscal sustainability – Country documents 2019 update*. Institutional Paper 105. Brussels, https://ec.europa.eu/info/publications/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-and-fiscal-sustainability-country-documents-2019-update_en

Geva A, Hidas S, Machlica G (forthcoming), *The Benefits of Social Inclusion of Roma in the Slovak Republic: Technical background paper*.

Implementation Unit (2017), *Súhrnná implementačná správa*, Ministry of Finance, Bratislava.

Kuenzel R, Solanič V (2018), *Improving the cost-effectiveness of Slovakia's healthcare system*, European Commission, Brussels.

NCHI (2018), *Sieť zdravotníckych zariadení a pracovníci v zdravotníctve v SR 2016*, National Centre for Health Information, Bratislava.

Rechel B, Richardson E, McKee M, eds. (2018), *The Organization and Delivery of Vaccination Services in the European Union*. European Observatory on Health Systems and Policies and European Commission, Brussels.

Skratky štátov

Belgicko	BE	Estónsko	EE	Island	IS	Nemecko	DE	Slovensko	SK
Bulharsko	BG	Fínsko	FI	Litva	LT	Nórsko	NO	Slovinsko	SI
Česko	CZ	Francúzsko	FR	Lotyšsko	LV	Poľsko	PL	Španielsko	ES
Chorvátsko	HR	Grécko	EL	Luxembursko	LU	Portugalsko	PT	Spojené kráľovstvo	UK
Cyprus	CY	Holandsko	NL	Maďarsko	HU	Rakúsko	AT	Švédsko	SE
Dánsko	DK	Írsko	IE	Malta	MT	Rumunsko	RO	Taliano	IT

State of Health in the EU

Zdravotný profil krajiny 2019

Zdravotné profily krajín sú dôležitým krokom v prebiehajúcom cykle Európskej komisie Stav zdravia v EÚ, ktorý sa týka sprostredkovania vedomostí získaných s finančnou pomocou Európskej únie. Profily sú výsledkom spoločnej činnosti Organizácie pre hospodársku spoluprácu a rozvoj (OECD) a European Observatory on Health Systems and Policies v spolupráci s Európskou komisiou.

Stručné profily 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 krajinách EÚ/Európskeho hospodárskeho priestoru. Cieľom je vytvoriť prostriedky pre vzájomné učenie a dobrovoľnú výmenu, ktorú môžu využiť politickí činitelia a rovnako osoby ovplyvňujúce politiky.

V každom profile krajiny sa predkladá krátke zhrnutie týchto oblastí:

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

Komisia dopĺňa hlavné zistenia týchto profilov o sprievodnú správu.

Viac informácií možno nájsť na webovej stránke: ec.europa.eu/health/state

Túto publikáciu citujte takto: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Slovensko: Zdravotný profil krajiny 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brusel.

ISBN 9789264999275 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)