



State of Health in the EU Slovensko

Zdravotný profil krajiny 2021

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 autority pomocou vzájomného učenia a dobrovoľnej výmeny informácií a 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 posudzovanie výkonnosti systémov zdravotnej starostlivosti (HSPA).

Obsah

1. HLAVNÉ BODY	3
2. ZDRAVIE NA SLOVENSKU	4
3. RIZIKOVÉ FAKTORY	7
4. SYSTÉM ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI	9
5. VÝKONNOSŤ SYSTÉMU ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI	12
5.1 Efektívnosť	12
5.2 Prístupnosť	14
5.3 Odolnosť	16
6. HLAVNÉ ZISTENIA	22

Zdroje údajov a informácií

Údaje a informácie v zdravotných profiloch krajín sú založené najmä na vnútroštátnych oficiálnych štatistikách predkladaných Eurostatu a OECD, ktorých platnosť bola overená s cieľom zabezpečiť najvyššie úrovne porovnateľnosti údajov. Zdroje a metódy, na ktorých sú založené tieto údaje, sú k dispozícii v databáze Eurostatu a databáze OECD pre oblasť zdravia. Niektoré doplnujúce 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 27 členských štátov, pokiaľ sa neuvádza inak. Tieto priemery EÚ nezahŕňajú Island a Nórsko.

Tento profil bol dokončený v septembri 2021 na základe údajov dostupných na konci augusta 2021.

Demografická a sociálno-ekonomická situácia na Slovensku v roku 2020

Demografické činitele	Slovensko	EÚ
Počet obyvateľov	5 457 873	447 319 916
Podiel obyvateľov vo veku nad 65 rokov (v %)	16,6	20,6
Miera plodnosti ¹ (2019)	1,6	1,5
Sociálno-ekonomické činitele		
HDP na obyvateľa (PKS EUR ²)	21 260	29 801
Relatívna miera chudoby ³ (v %, 2019)	11,9	16,5
Miera nezamestnanosti (v %)	6,7	7,1

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 60 % mediánového ekvivalentného disponibilného príjmu. Zdroj: databáza Eurostatu.

Vyhlásenie o vylúčení zodpovednosti: Stanoviská a argumenty uvedené v tomto dokumente sú výlučne stanoviskami a argumentmi autorov a nemusia odrážať oficiálne názory organizácie OECD alebo jej členských krajín, alebo strediska 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.

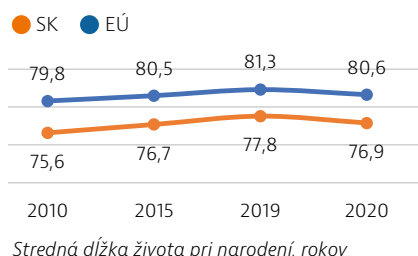
Týmto dokumentom ani žiadnymi údajmi a mapami uvedenými v tomto dokumente nie sú dotknuté stav alebo zvrchovanosť akéhokoľvek územia, vymedzenie medzinárodných hraníc a názov akéhokoľvek územia, mesta alebo oblasti.

Uplatňujú sa ďalšie vylúčenia zodpovednosti pre WHO.

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2021

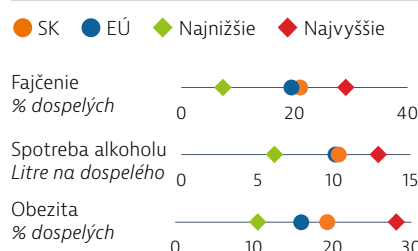
1 Hlavné body

Stredná dĺžka života na Slovensku patrí medzi najkratšie v Európe a dočasne sa v roku 2020 skrátila takmer o jeden rok v dôsledku vplyvu ochorenia COVID-19. Rizikové faktory správania a environmentálne rizikové faktory prispievajú takmer k polovici všetkých úmrtí. Slovenské obyvateľstvo má k dispozícii široký balík služieb, ktorý obsahuje nedávno zavedenú telemedicínu. Problémy spojené s nízkymi úrovňami výdavkov na zdravotníctvo a nedostatkom pracovných síl v zdravotníctve však pretrvávajú a vplyvom pandémie sa zhoršili.



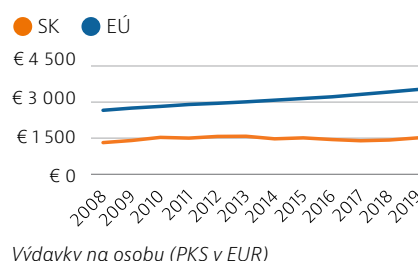
Zdravotný stav

Stredná dĺžka života na Slovensku sa medzi rokmi 2010 a 2019 predĺžila o viac ako dva roky, pričom sa v roku 2020 skrátila takmer o jeden rok v dôsledku úmrtí spôsobených ochorením COVID-19. V porovnaní s priemerom EÚ je stále o štyri roky kratšia. Rozdiely v strednej dĺžke života na základe sociálno-ekonomického postavenia sú naďalej jedny z najväčších v EÚ. Slovensko má takisto jednu z najvyšších mier úmrtnosti na rakovinu v EÚ.



Rizikové faktory

Hoci sa spotreba tabaku u dospelých v minulom desaťročí vo väčšine krajín znížila, na Slovensku zostala stabilná a v súčasnosti je v porovnaní s priemerom EÚ vyššia. Spotreba alkoholu je porovnateľná s priemerom EÚ. Miery obezity u dospelých a mladistvých sú na vzostupe a sú vyššie v porovnaní s priemerom EÚ, a to sčasti pre nesprávne stravovacie návyky a nízku úroveň fyzickej aktivity.

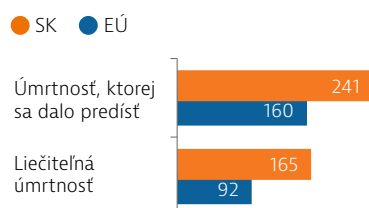


Zdravotnícky systém

Slovensko vynakladá na zdravotníctvo menej ako polovicu v porovnaní s priemerom EÚ, čo predstavuje 1 513 EUR na osobu v porovnaní s 3 521 EUR na osobu v roku 2019, pričom sumy sú upravené o rozdiely v kúpnej sile. Približne 80 % výdavkov na zdravotníctvo je financovaných z verejných zdrojov a hotovostné platby predstavovali v roku 2019 takmer 20 % výdavkov na zdravotníctvo v porovnaní s 15,4 % v EÚ.

Efektívnosť

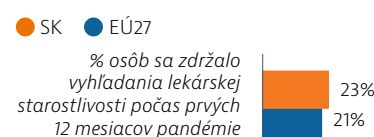
Slovensko má jedny z najvyšších mier úmrtnosti v EÚ z príčin, ktorým sa dalo predísť, a príčin, ktoré sú liečiteľné. Napriek zlepšeniam zostávajú kardiovaskulárne ochorenia najvýznamnejšou príčinou smrti. Stále existuje značný priestor na zlepšenie, pokiaľ ide o účinné politiky v oblasti verejného zdravia s cieľom znížiť počet predčasných úmrtí.



Štandardizovaná miera úmrtnosti na 100 000 obyvateľov, 2018

Prístupnosť

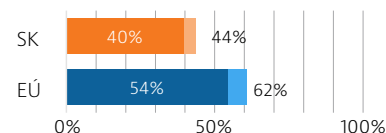
Prístup k zdravotnej starostlivosti je na Slovensku všeobecne dobrý – pred pandemiou uviedlo len 2,7 % obyvateľstva nenaplnené potreby v oblasti lekárskej starostlivosti. Počas prvých 12 mesiacov trvania pandémie však 23 % ľudí uviedlo, že sa zdržali vyhľadania lekárskej starostlivosti. Zavedením telemedicíny sa pomohol zachovať prístup k starostlivosti počas druhej vlny pandémie.



Odolnosť

Slovensko malo počas prvej vlny pandémie nízky počet prípadov ochorenia COVID-19, a to sčasti v dôsledku rýchleho zavedenia opatrení. Počet prípadov sa však výrazne zvýšil počas druhej vlny, tri štvrtiny všetkých úmrtí spôsobených ochorením COVID-19 nastali v prvej polovici roka 2021. Do augusta 2021 dostalo 40 % obyvateľstva dve dávky (alebo ekvivalentnú dávku), čo je nižší podiel v porovnaní s priemerom EÚ.

● Dve dávky (alebo ekvivalentná dávka)
● Jedna dávka



Podiel celkového počtu obyvateľov zaočkovaných proti ochoreniu COVID-19 ku koncu augusta 2021

2 Zdravie na Slovensku

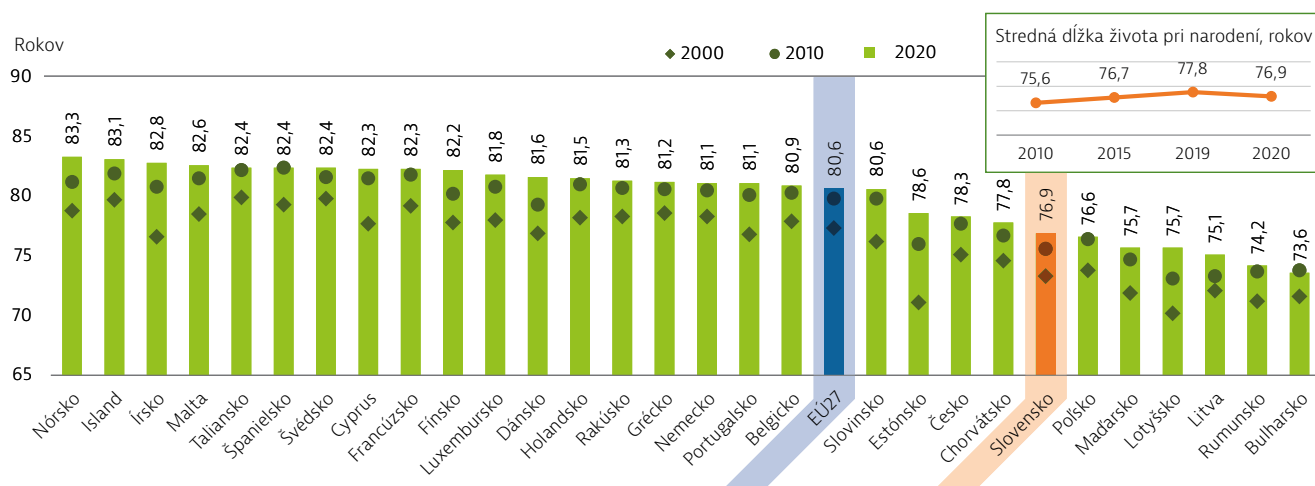
Stredná dĺžka života sa medzi rokmi 2000 a 2020 predĺžila, ale naďalej patrí k najkratším v EÚ

Stredná dĺžka života pri narodení sa na Slovensku medzi rokmi 2000 a 2020 predĺžila o 3,6 roka zo 73,3 roka na 76,9 roka, no zostáva o 3,7 roka kratšia v porovnaní s priemerom EÚ a o 1,4 roka kratšia v porovnaní so susedným Českom (graf 1). Medzi rokmi 2019 a 2020 sa stredná dĺžka života dočasne skrátila takmer o jeden rok,

čo je najvýznamnejšie skrátenie za predchádzajúcich 20 rokov. Takéto zhoršenia takisto zaznamenali vo väčšine krajín EÚ, pričom v niektorých prípadoch boli ešte výraznejšie.

V priemere žijú ženy takmer o sedem rokov dlhšie ako muži: 80,4 roka v porovnaní so 73,5 roka. Tento rodový rozdiel je v porovnaní s priemerom EÚ výraznejší (5,6 roka) a prevažne odráža rozdiely vo vystavení rizikovým faktorom (pozri oddiel 3).

Graf 1. Stredná dĺžka života na Slovensku je takmer o štyri roky kratšia než priemer EÚ



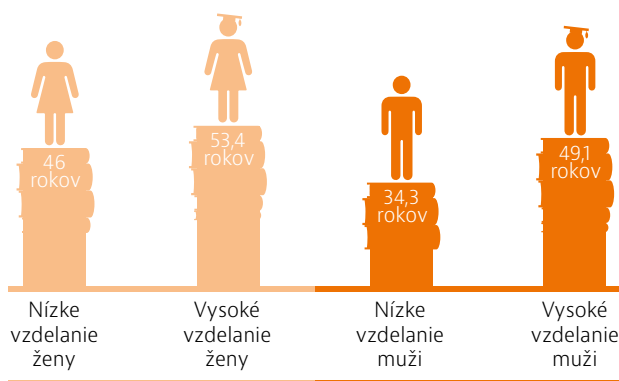
Poznámka: Priemer EÚ sa váži. Údaje pre Írsko sa týkajú roku 2019.
Zdroj: databáza Eurostatu.

Rozdiely v strednej dĺžke života podľa úrovne vzdelania sú značné

Rozdiely v strednej dĺžke života existujú na základe pohlavia, ako aj sociálno-ekonomického postavenia. Vo veku 30 rokov žijú slovenskí muži s vysokou úrovňou vzdelania v priemere takmer o 15 rokov dlhšie než muži s najnižším vzdelaním. Ide o jeden z najväčších rozdielov v EÚ (graf 2). Vzdelanostný rozdiel u žien je len polovice taký veľký (viac ako sedem rokov), je však oveľa väčší než vo väčšine krajín EÚ. Tieto rozdiely sa dajú aspoň sčasti vysvetliť rozdielmi v životnom štýle a vystavení rizikovým faktorom vrátane vyšších podielov fajčiarov a horšej výživy u mužov a žien s nízkou úrovňou vzdelania (pozri oddiel 3). Takisto môžu súvisieť s rozdielmi v úrovniach príjmov a životných úrovniach.

Rozdiely v strednej dĺžke života existujú aj na základe regiónu, keďže veľké rozdiely sú v sociálnych ukazovateľoch a ukazovateľoch týkajúcich sa trhu práce. Východné regióny na Slovensku uvádzajú porovnateľne slabšie výsledky v súvislosti s ukazovateľmi, akými sú úroveň nezamestnanosti, počet ľudí ohrozených chudobou a úroveň sociálneho vylúčenia, ako aj výsledky v oblasti vzdelávania týkajúce sa stredoškolských študentov (Európska komisia, 2020a).

Graf 2. Vzdelanostný rozdiel v strednej dĺžke života vo veku 30 rokov je takmer 15 rokov u mužov a 7 rokov u žien



Vzdelanostný rozdiel v strednej dĺžke života vo veku 30 rokov:

Slovensko: 74 rokov
EÚ18: 3,4 rokov

Slovensko: 14,8 rokov
EÚ18: 6,9 rokov

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 2017).

Kardiovaskulárne ochorenia zostávajú najvýznamnejšou príčinou smrti

Nárast strednej dĺžky života medzi rokmi 2000 a 2020 bol spôsobený najmä zníženiami úmrtnosti na kardiovaskulárne ochorenia – predovšetkým na ischemickú chorobu srdca. Napriek tomu bola v roku

2019 ischemická choroba srdca naďalej vedúcou príčinou smrti a spôsobovala každé štvrté úmrtie. Miera úmrtnosti na cievne mozgové príhody od roku 2000 takisto klesla, ale zostala druhou vedúcou príčinou smrti v roku 2019 (graf 3).

Graf 3. Ischemická choroba srdca spôsobuje štvrtinu všetkých úmrtí



Poznámka: Počet a podiel úmrtí spôsobených ochorením COVID-19 sa týka roku 2020, zatiaľ čo počet a podiel ostatných príčin sa týka roku 2019. Veľkosť rámčeku týkajúceho sa ochorenia COVID-19 je priamo úmerná veľkosti ostatných hlavných príčin úmrtí v roku 2019.

Zdroje: Eurostat (pre príčiny úmrtia v roku 2019), Štatistický úrad SR (pre úmrtia spôsobené ochorením COVID-19 a celkovú úmrtnosť v roku 2020).

Úmrtnosť na rakovinu je veľmi vysoká. Rakovina pľúc a rakovina hrubého čreva a konečníka sú u Slovákov najčastejšími príčinami úmrtia na rakovinu, aj keď sa od roku 2000 táto úmrtnosť mierne znížila. V roku 2020 spôsobilo ochorenie COVID-19 4 004 úmrtí (6,8 % všetkých úmrtí). Ďalších 11 197 úmrtí bolo zaregistrovaných do konca júna 2021, čo od začiatku pandémie predstavuje takmer tri štvrtiny úmrtí, ktoré súvisia s ochorením COVID-19.

Miera úmrtnosti na ochorenie COVID-19 ku koncu júna 2021 (približne 2 785 na milión obyvateľov) bola približne o 80 % vyššia na Slovensku v porovnaní s priemerom EÚ (približne 1 560 na milión). Všeobecnejším ukazovateľom nadmernej úmrtnosti sa však naznačuje podstatne vyšší počet priamych a nepriamych úmrtí v roku 2020 súvisiacich s ochorením COVID-19 (rámček 1).

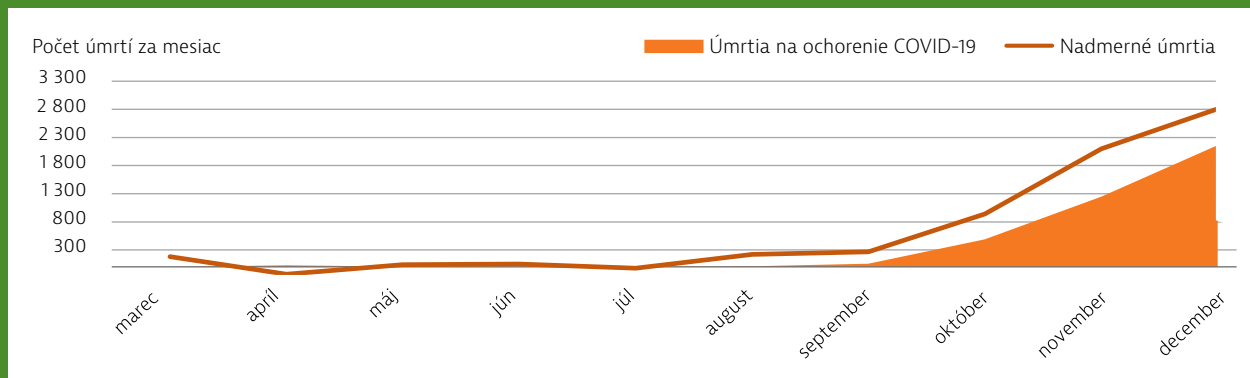
Rámček 1. Úmrtnosť na ochorenie COVID-19 môže byť vyššia v porovnaní s úmrtnosťou zaznamenanou v roku 2020

Na Slovensku je podobne ako v mnohých ďalších krajinách skutočný počet úmrtí na ochorenie COVID-19 pravdepodobne vyšší ako počet, ktorý sa uvádza, a to v dôsledku obmedzeného testovania a problémov súvisiacich so stanovením príčiny smrti. V počte úmrtí spôsobených ochorením COVID-19 sa nezohľadňuje možný nárast počtu úmrtí spôsobených ostatnými príčinami, ktoré nastali počas pandémie alebo po nej – napríklad v dôsledku obmedzeného prístupu k zdravotníckym službám pre pacientov s inými ochoreniami ako ochorenie COVID-19 alebo v dôsledku menšieho počtu ľudí hľadajúcich liečbu z dôvodu obáv z nakazenia vírusom (nepriame úmrtia). Ukazovateľ nadmernej úmrtnosti (vymedzený ako počet úmrtí spôsobených všetkými príčinami nad hranicou počtu úmrtí, ktoré sa očakávajú podľa základného scenára

z predchádzajúcich rokov) môže predstavovať všeobecnejšie meradlo počtu priamych a nepriamych úmrtí v dôsledku ochorenia COVID-19, pričom ho v menšej miere ovplyvňujú problémy súvisiace s testovaním a stanovením príčiny smrti.

K viac ako 97 % úmrtí súvisiacich s ochorením COVID-19 na Slovensku v roku 2020 došlo v poslednom štvrtroku (graf 4). Počas druhého polroku daného roku bol počet nadmerných úmrtí stále vyšší v porovnaní s počtom úmrtí spôsobených ochorením COVID-19, ktorý sa uvádza. Počet nadmerných úmrtí zaregistrovaných v období od začiatku marca do konca decembra 2020 (6 438) bol o viac ako 50 % vyšší v porovnaní s počtom úmrtí spôsobených ochorením COVID-19, ktorý sa uvádza (4 004).

Graf 4. Ochorenie COVID-19 a nadmerné úmrtia na jeseň 2020 na vzostupe



Poznámka: Výpočet nadmerných úmrtí je založený na priemere počas predchádzajúcich piatich rokov (2015 – 2019).

Zdroj: Štatistický úrad SR (pre úmrtia spôsobené ochorením COVID-19), OECD na základe údajov Eurostatu (pre nadmerné úmrtia).

Väčšina obyvateľov hodnotí svoje zdravie pozitívne, ale takmer jedna tretina má chronický stav

Takmer dve tretiny (65 %) dospelých Slovákov v roku 2019 uviedli, že sú v dobrom zdravotnom stave, pričom sa tento podiel blíži k priemeru EÚ. Tak ako v iných krajinách však dobrý zdravotný stav uviedli skôr ľudia s vyššími príjmami: 75 % v najvyššom kvintile príjmov v porovnaní s 57 % v najnižšom kvintile.

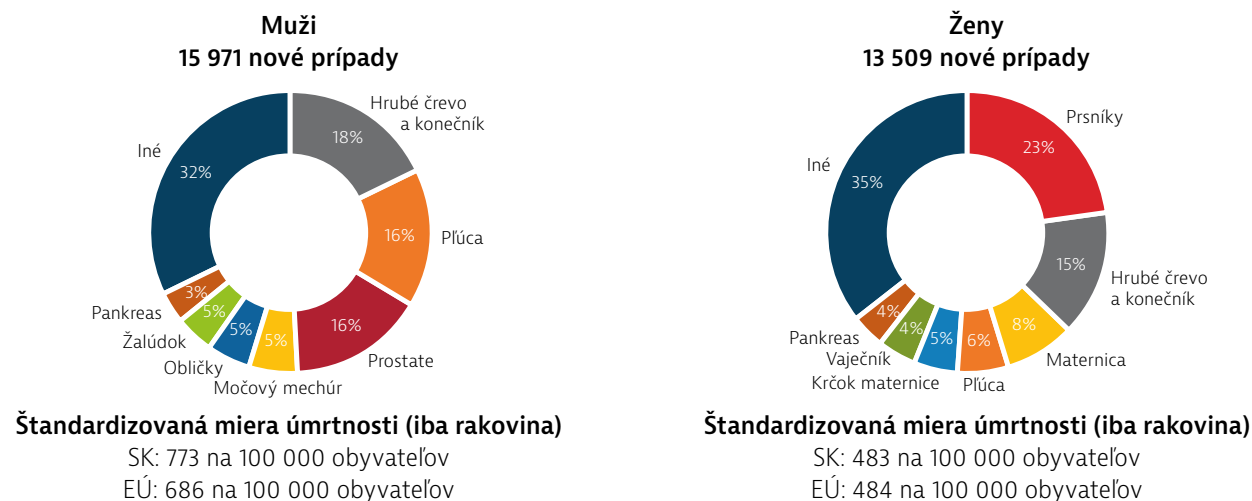
Takmer jedna tretina dospelých (32 %) v roku 2019 uviedla, že má aspoň jeden chronický stav, čo je podľa EU-SILC mierne pod priemerom EÚ. Tento podiel s vekom narastá: vyše 70 % Slovákov vo veku nad 65 rokov uviedlo jeden alebo viac chronických stavov, pričom mnohé zvyšujú riziko vzniku vážnych komplikácií v súvislosti s ochorením COVID-19. Veľké rozdiely vo výskyte chronických stavov existujú na základe príjmovej skupiny, tak ako v prípade nahlasovania vlastného zdravotného stavu: 36 % dospelých Slovákov v najnižšej príjmovej skupine uviedlo aspoň jeden chronický stav v porovnaní s 23 % v najvyššej príjmovej skupine.

Rozšírenie rakoviny na Slovensku patrí k najrozsiahljším v EÚ

Podľa najnovších odhadov Spoločného výskumného centra na základe tendencií výskytu v predchádzajúcich rokoch sa na Slovensku v roku 2020 očakávalo takmer 30 000 nových prípadov ochorenia na rakovinu¹. Predpoklad bol, že u mužov budú štandardizované miery výskytu pre všetky druhy rakoviny v porovnaní s priemerom EÚ vyššie, ale u žien budú podobné. Z grafu 5 vyplýva, že u mužov sú hlavnými druhmi rakoviny rakovina hrubého čreva a konečníka (18 %), potom rakovina pľúc a prostaty (obe 16 %). U žien je vedúcim druhom rakoviny rakovina prsníka (23 %), potom rakovina hrubého čreva a konečníka (15 %) a rakovina maternice (8 %).

V roku 2019 podľahlo rakovine približne 13 700 ľudí – po Maďarsku ide o druhú najvyššiu mieru úmrtnosti v EÚ. V roku 2018 Slovensko zaviedlo Národný plán boja proti rakovine zameraný na zníženie výskytu onkologických ochorení aj úmrtnosti na ne a na zlepšenie kvality života pacientov (pozri oddiel 5.1).

Graf 5. Odhaduje sa, že v roku 2020 bola takmer 30 000 ľuďom na Slovensku diagnostikovaná rakovina



Poznámka: Nezohľadňuje sa melanómová rakovina kože, rakovina maternice nezahrňuje rakovinu krčka maternice.

Zdroj: ECIS – európsky informačný systém o rakovine.

1. Je nutné poznamenať, že tieto odhady sa vypočítali pred pandémiou ochorenia COVID-19, čo môže mať vplyv na výskyt rakoviny počas roku 2020.

3 Rizikové faktory

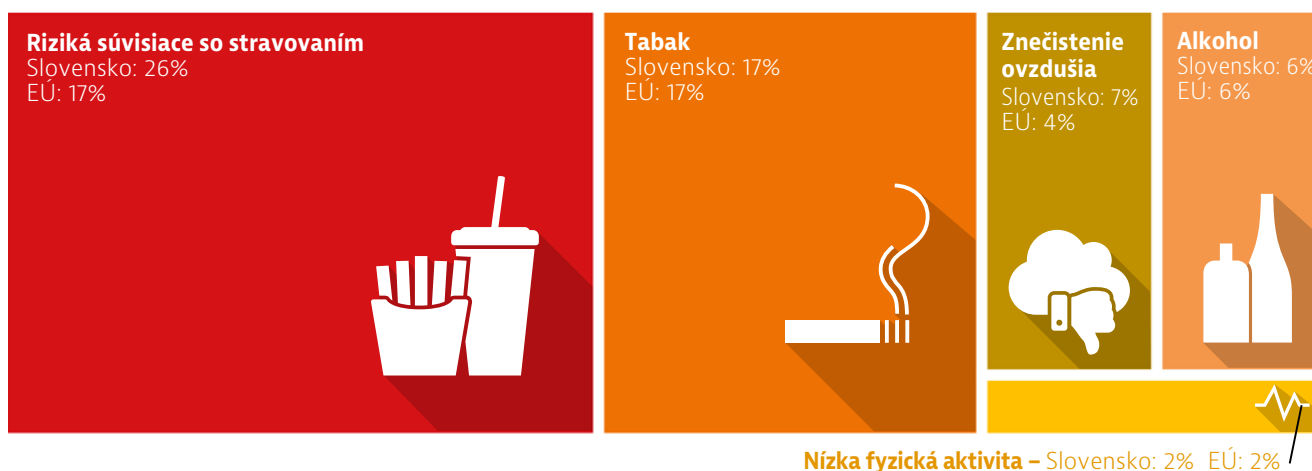
Rizikové faktory správania a environmentálne rizikové faktory sú zodpovedné za takmer polovicu všetkých úmrtí

Približne polovicu všetkých úmrtí na Slovensku v roku 2019 možno spojiť s rizikovými faktormi správania vrátane rizík súvisiacich so stravovaním, fajčením tabaku, spotrebou alkoholu a nízkou fyzickou aktivitou, čo je väčší podiel v porovnaní s priemerom EÚ na úrovni približne dve z piatich úmrtí (graf 6). Environmentálne faktory ako znečistenie ovzdušia prispievajú k výraznému počtu úmrtí, pričom len vystavenie jemným

tuhým časticiam (PM_{2.5}) a ozónu súvisí so 7 % všetkých úmrtí. Úmrtia spôsobené znečistením ovzdušia sú spájané hlavne s ochoreniami obehovej sústavy, respiračnými ochoreniami a niektorými druhmi rakoviny.

Riziká spojené so stravovaním vrátane nízkeho príjmu ovocia a zeleniny a vysokej spotreby soli prispeli v roku 2019 k 26 % všetkých úmrtí na Slovensku, čo je vysoko nad priemerom EÚ, ktorý je 17 %. Podiely súvisiace so spotrebou tabaku (17 %), spotrebou alkoholu (6 %) a nedostatkom fyzickej aktivity (2 %) sa rovnali priemerom EÚ.

Graf 6. Nesprávne stravovanie, fajčenie a znečistenie ovzdušia zvyšujú miery úmrtnosti



Poznámka: Celkový počet úmrtí súvisiacich s týmito rizikovými faktormi je nižší ako súčet každého jednotlivého, pretože to isté úmrtie možno pripísať viac ako jednému rizikovému faktoru. Riziká súvisiace so stravovaním zahŕňajú 14 zložiek, ako je nízky príjem ovocia a zeleniny a vysoká spotreba cukrom sladených nápojov. Znečistenie ovzdušia sa týka vystavenia PM_{2.5} a ozónu.

Zdroje: IHME (2020), Global Health Data Exchange (odhady za rok 2019).

Spotreba tabaku zostáva vysoká

Vysoký výskyt fajčenia u dospelých a mladistvých je naďalej závažným problémom v oblasti verejného zdravia na Slovensku. V roku 2018 vyše jedna pätina 15-ročných uviedla, že počas predchádzajúceho mesiaca fajčili cigarety (graf 7), a v roku 2019 viac ako jedna pätina dospelých uviedla, že denne fajčili, čo sú v porovnaní s väčšinou krajín EÚ vyššie podiely. Aj keď vo väčšine krajín spotreba tabaku u dospelých za posledné desaťročie klesla, na Slovensku zostala rovnaká, čím Slovensko zaostalo za mnohými krajinami, ktoré investovali do prevencie, a to vrátane prijímania konkrétnych opatrení na zníženie spotreby tabaku alebo prechodu na menej škodlivé alternatívy (pozri oddiel 5.1). V súvislosti s fajčením existuje veľký rodový rozdiel: v roku 2019 viac ako štvrtina slovenských mužov uviedla, že denne fajčí, v porovnaní s každou šiestou Slovenkou. Sociálno-ekonomické rozdiely sú takisto výrazné: 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 než priemer EÚ.

Spotreba alkoholu u dospelých a mladistvých zostáva vysoká, ale blíži sa k priemerom EÚ

Spotreba alkoholu u dospelých bola počas posledného desaťročia celkom stabilná a približovala sa k priemeru EÚ. Podiel 15-ročných, ktorí uviedli, že sa opili viac ako raz, bol v roku 2018 rovnaký ako vo väčšine krajín EÚ, hoci sa medzi rokmi 2014 a 2018 znížil (z 28 % na 22 %).



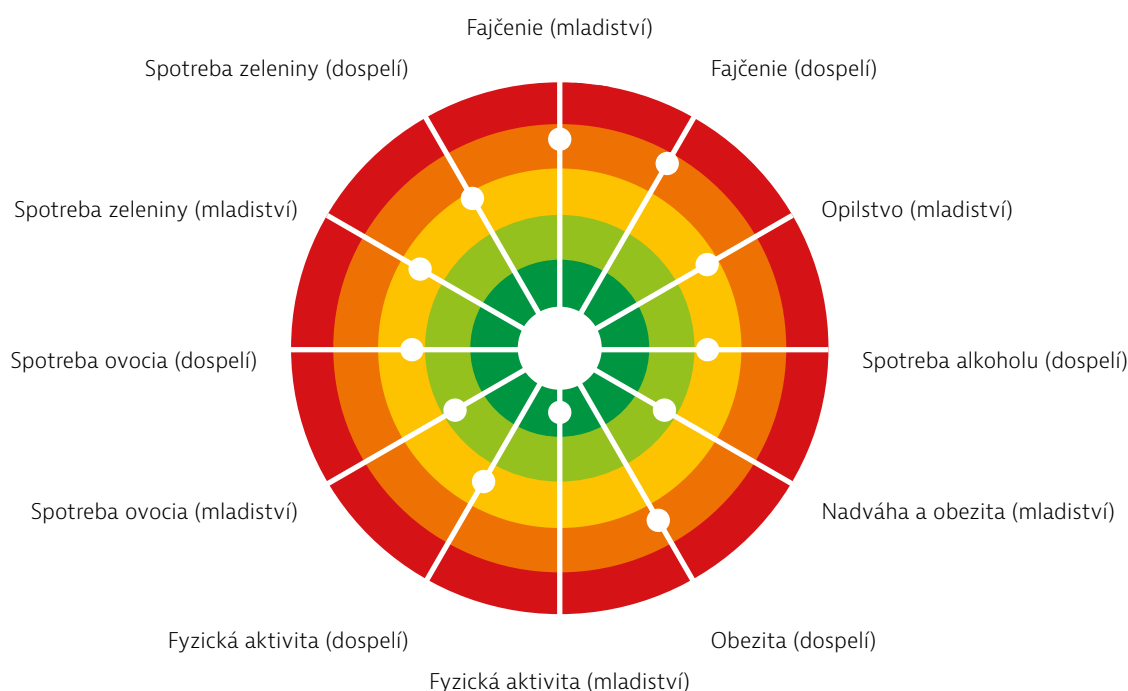
Miery nadváhy a obezity vyvolávajú čoraz väčšiu obavu

Stravovanie na Slovensku by sa mohlo zlepšiť znížením spotreby soli a tukov, a to najmä transmastných kyselín, a zvýšením príjmu ovocia a zeleniny. Takmer polovica dospelého obyvateľstva (47 %) uviedla, že konzumovala menej ako jeden kus ovocia denne, a podobný podiel (53 %) nekonzumoval zeleninu denne, čo je viac ako vo väčšine krajín EÚ. Len dvaja z troch dospelých splnili odporúčanie WHO týkajúce sa miernej telesnej aktivity v trvaní aspoň 2,5 hodiny týždenne, čo je podobné ako priemer EÚ.

Miera obezity dospelých na Slovensku bola v roku 2019 vyššia ako vo väčšine krajín EÚ (19 % v porovnaní s priemerom EÚ na úrovni 16 %), čo predstavuje nárast o 3 % od roku 2014.

Obezita neúmerne postihuje ľudí s nižším vzdelaním alebo nižším príjmom: 22 % dospelých bez stredoškolského vzdelania bolo v roku 2019 obéznych v porovnaní s 12 % spomedzi najviac vzdelaných osôb. Nadváha a obezita sa takisto zvyšujú u mladistvých: 18 % 15-ročných trpelo v roku 2018 nadváhou alebo obezitou (15 % v roku 2014), čo je podobné priemeru EÚ. V rokoch 2016 a 2018 boli zavedené niektoré opatrenia, napríklad kontrola uvádzania nezdravých potravín a nápojov na trh pre deti, ale ich vplyv ešte nebol hodnotený.

Graf 7. Veľkým problémom v oblasti verejného zdravia na Slovensku je spotreba tabaku a obezita



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 vo všetkých oblastiach.

Zdroje: Výpočty OECD založené na prieskume HBSC 2018 v prípade ukazovateľov týkajúcich sa mladistvých, štatistiky OECD týkajúce sa verejného zdravia, EHIS 2014 a 2019 v prípade ukazovateľov týkajúcich sa dospelých.



4 Systém zdravotnej starostlivosti

Slovenský systém zdravotnej starostlivosti je založený na povinnom poistení, pričom významnú úlohu zohráva štát

Slovensko prevádzkuje systém povinného zdravotného poistenia s tromi konkurenčnými zdravotnými poisťovňami (jedna verejná a dve súkromné), ktoré rokujú o zmluvách s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti na základe kvality, cien a objemov. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou slúži ako nezávislý monitorovací orgán pre trhy s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, poistenia a nákupov. Ministerstvo zdravotníctva zohráva kľúčovú regulačnú úlohu pri vymedzení balíka služieb, regulácii maximálnych čakacích lehôt, stanovení minimálneho počtu ambulantných a ústavných sietí, s ktorými musia poisťovne uzatvárať zmluvy, a regulovaní cien liekov a (od roku 2015) používateľských poplatkov. Počas

pandémie ochorenia COVID-19 bolo hlavným orgánom, ktorý viedol reakciu krajiny (rámček 2 a oddiel 5.3).

Ministerstvo zdravotníctva je takisto jediným akcionárom verejnej (a najväčšej) zdravotnej poisťovne, VŠZP, v ktorej bolo na konci roka 2019 poistených 60 % obyvateľstva (UDZS, 2020). Systémom vyrovnania rizika sa upravujú sociálno-ekonomické a demografické rozdiely a všeobecné rozdiely v zdravotnom stave medzi poisťencami.

Na teoretickej rovine je systém zdravotného poistenia všeobecne dostupný (pozri oddiel 5.2). Malá časť obyvateľstva (5 % v roku 2019) neplatí odvody a nie je krytá, ale väčšina z nich sú ľudia s oprávneným pobytom na Slovensku, ktorí však žijú a pracujú v zahraničí, a preto môžu byť krytí v hostiteľskej krajine.

Rámček 2. Vláda prijala niekoľko nových zákonov na zlepšenie opatrení v oblasti riadenia pandémie

V roku 2020 Slovensko zriadilo ústredný krízový štáb, ktorý pozostáva zo zástupcov zo všetkých príslušných ministerstiev a z verejných orgánov, s cieľom koordinovať reakciu krajiny na pandémiu. Predseda mu minister vnútra a poradcom bol hlavný hygienik Úradu verejného zdravotníctva. Všetky informácie súvisiace s ochorením COVID-19 (napr. o opatreniach proti šíreniu, počte prípadov a epidemiológii) boli komunikované Úradom verejného zdravotníctva, ministerstvom zdravotníctva,

Národným centrom zdravotníckym informácií a úradom predsedu vlády. Zákonodarný orgán takisto prijal tri nové zákony v záujme poskytnutia právneho základu pre nové nariadenia, rozšírenia rozsahu nárokov na poistenie, oddialenia alebo úpravy správnych a súdnych konaní a dočasnej zmeny zákonov o ochrane údajov s cieľom umožniť úradu verejného zdravotníctva zjednodušiť operácie.

Zdroj: COVID-19 Health Systems Response Monitor.

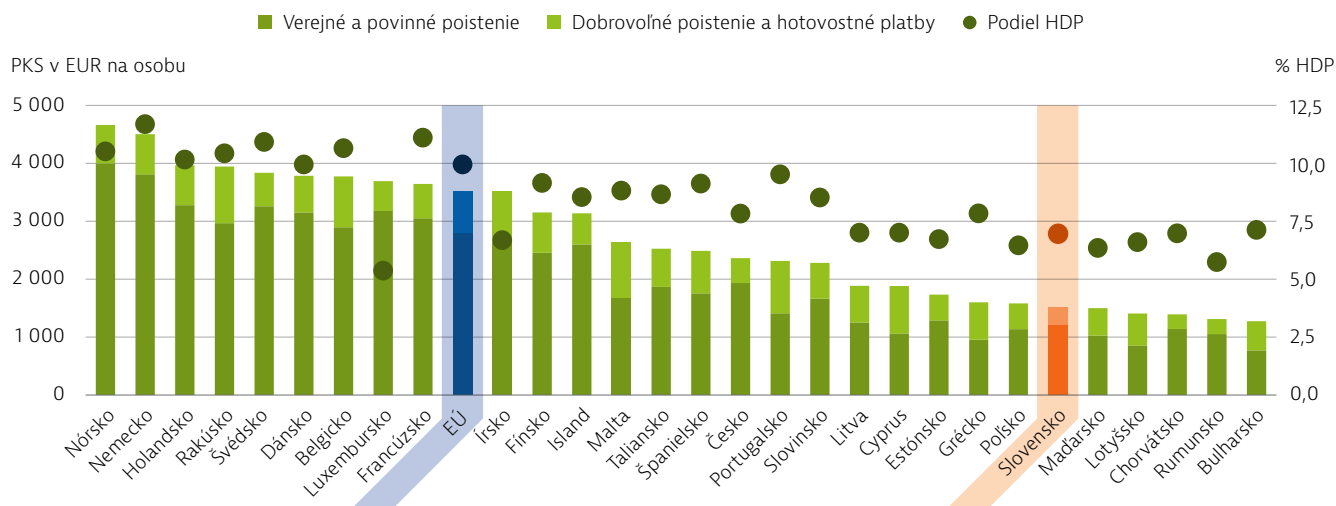
Výdavky na zdravotníctvo zostávajú nízko pod priemerom EÚ

V roku 2019 Slovensko vynaložilo na zdravotníctvo 1 513 EUR na osobu (upravené o rozdiely v kúpnej sile), čo je menej ako priemer EÚ (graf 8). Celkové výdavky na zdravotníctvo zostali počas posledných desiatich rokov relatívne stabilné a v roku 2019 dosahovali úroveň 7,0 % HDP, čo je oveľa menší podiel v porovnaní s priemerom EÚ na úrovni 9,9 %.

Väčšina výdavkov na zdravotníctvo je podobne ako vo väčšine krajín EÚ financovaná z verejných zdrojov (80 % v roku 2019). Zdroje príjmov sú najmä odvody platené zamestnávateľmi a zamestnancami a súvisiace so mzdou, pričom predstavujú približne štyri pätiny celkových verejných výdavkov na zdravie. Zvyšná časť pochádza zo všeobecných daňových príjmov, ktoré sa používajú na platenie príspevkov pre niektoré skupiny obyvateľov, ako sú závislí členovia rodiny, študenti a dôchodcovia.

Hotovostné platby na Slovensku pozostávajú hlavne z doplatkov za predpísané lieky ambulantným pacientom a z používateľských poplatkov za zdravotnícke služby, ako aj priamych platieb za služby, ktoré nie sú pokryté zdravotným poistením. Napriek snahám v roku 2015 obmedziť používateľské poplatky boli hotovostné výdavky od roku 2014 relatívne stabilné a v roku 2019 predstavovali 19,2 % výdavkov na zdravotníctvo, čo je viac v porovnaní s priemerom EÚ (15,4 %, pozri oddiel 5.2).



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

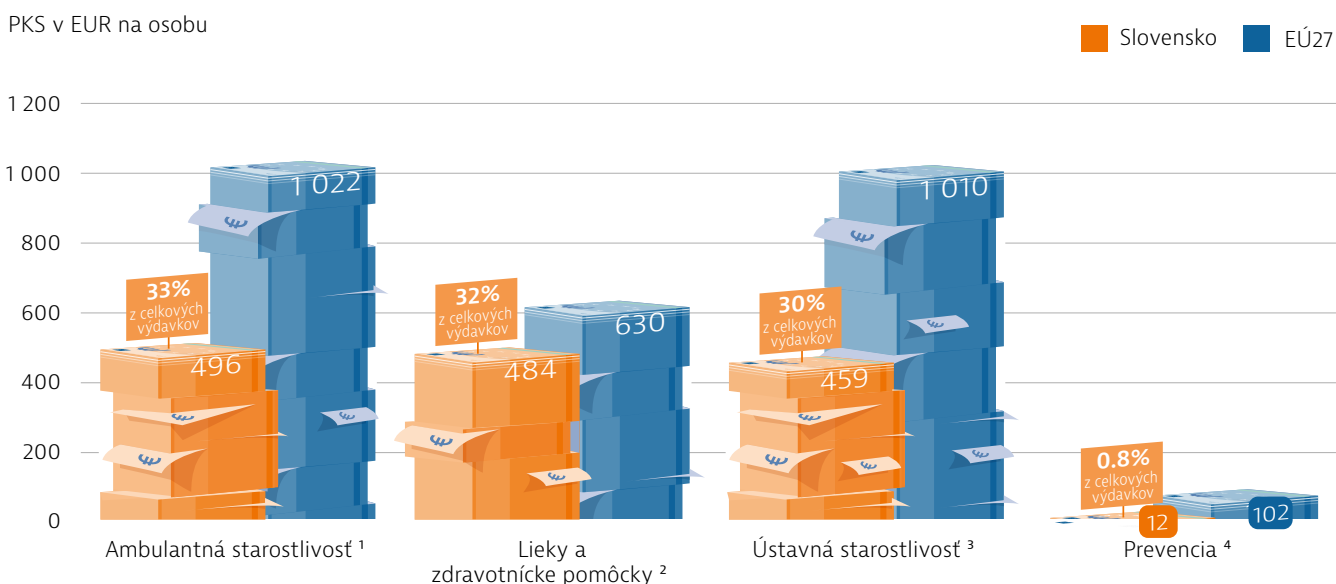
Poznámka: Priemer EÚ sa váži.

Zdroj: Štatistika OECD týkajúca sa verejného zdravia za rok 2021 (údaje sa týkajú roku 2019 s výnimkou údajov týkajúcich sa Malty za rok 2018).

Lieky si vyžadujú väčší podiel výdavkov na zdravotníctvo než vo väčšine krajín EÚ

Pokiaľ ide o údaje na osobu, Slovensko vynakladá v prípade všetkých hlavných kategórií výdavkov na zdravotníctvo oveľa menej v porovnaní s priemerom EÚ (graf 9). Ambulantná starostlivosť, lieky a ústavná starostlivosť si v roku 2019 jednotlivo vyžiadali takmer tretinu bežných výdavkov na zdravotníctvo. Zatiaľ čo podiely výdavkov na ambulantnú a ústavnú starostlivosť sa blížili k priemeru EÚ, výdavky na lieky a zdravotnícke pomôcky predstavovali väčší podiel na úrovni 32 % v porovnaní s 18,4 % v celej EÚ,

pričom ide po Bulharsku o druhú najvyššiu mieru. Môže to odrážať pomerne malý celkový rozpočet na zdravotnú starostlivosť na Slovensku, keďže výdavky na osobu zostávajú nižšie v porovnaní s priemerom EÚ. Na Slovensku však veľký podiel výdavkov na lieky vyvoláva dlhodobú obavu (pozri oddiel 5.2). Výdavky na preventívnu starostlivosť sú najnižšie v EÚ a v roku 2019 predstavovali menej ako 1 % všetkých výdavkov na zdravotníctvo v porovnaní s priemerom EÚ na úrovni 2,9 %. Ak by sa venoval prioritný záujem preventívnej starostlivosti, mohli by nastať výrazné zlepšenia v oblasti zdravia (pozri oddiel 5.1).

Graf 9. Lieky, ambulantná a ústavná starostlivosť osobitne tvoria takmer tretinu výdavkov na zdravotníctvo

Poznámka: Náklady na správu systému zdravotnej starostlivosti nie sú zahrnuté. 1. Vráťane domácej starostlivosti a podporných služieb (napr. preprava pacientov). 2. Zahŕňa len trh s ambulantnými pacientmi. 3. Vráťane liečebno-rehabilitačnej starostlivosti v nemocničných a iných zariadeniach. 4. Zahŕňa len výdavky na organizované preventívne programy. Priemer EÚ sa váži.

Zdroj: Štatistika OECD týkajúca sa verejného zdravia za rok 2021, databáza Eurostatu (údaje sa týkajú roku 2019).

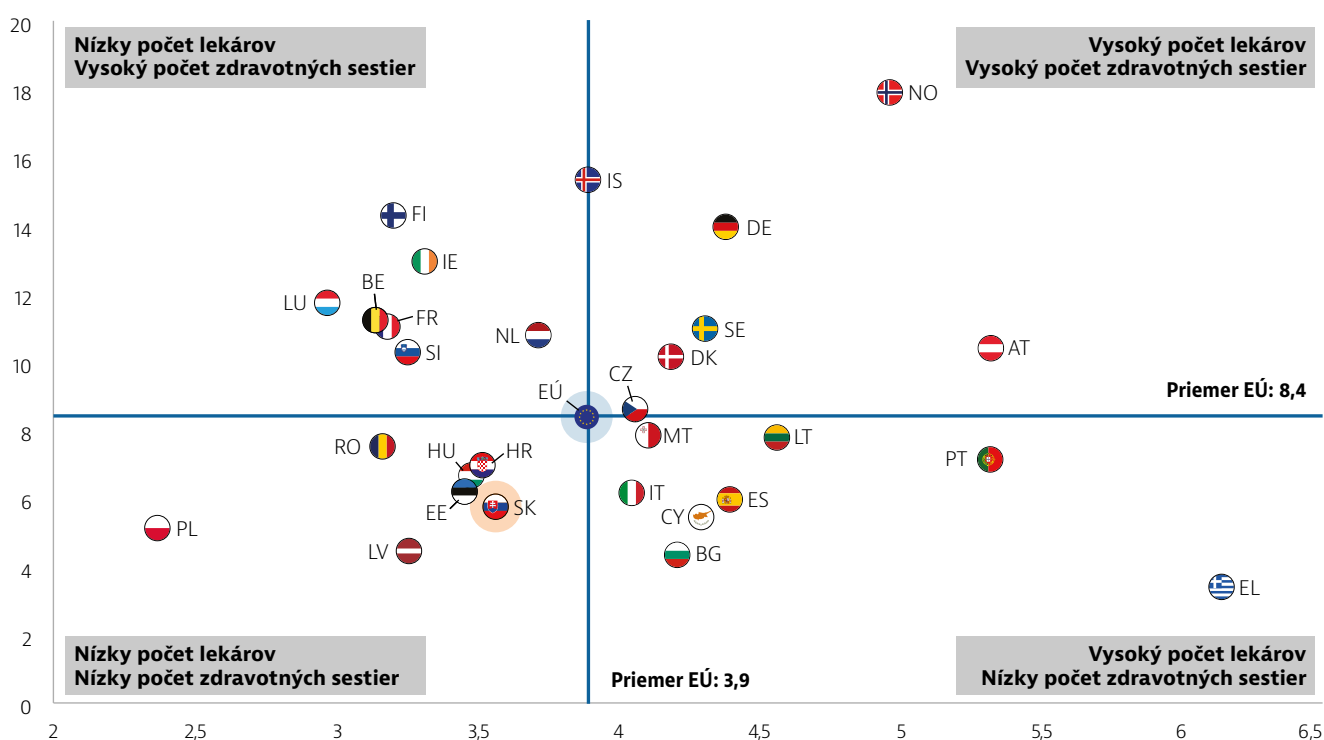
Nízky počet absolventov viedol k nižšiemu počtu zdravotných sestier

Hoci bola v roku 2019 hustota lekárov na Slovensku mierne pod priemerom EÚ, hustota zdravotných sestier bola oveľa nižšia (5,7 zdravotnej sestry na 1 000 obyvateľov v porovnaní s 8,4 zdravotnej sestry, graf 10). Ide o jednu z mála krajín EÚ, kde od roku 2000 pomery zdravotných sestier k obyvateľom neustále klesali, a počet absolventov odboru ošetrovateľstvo sa medzi rokmi 2009 a 2019 znížil o viac ako polovicu. Príčina tohto poklesu spočíva v starnúcej pracovnej sile, relatívne nízkych mzdách v porovnaní so susednými krajinami, dlhodobo zlých pracovných podmienkach a nízkej prestíži povolania.

Veľké rozdiely v hustote lekárov a zdravotných sestier existujú aj v jednotlivých regiónoch. Napríklad v roku 2019 malo hlavné mesto Bratislava veľkú hustotu lekárov na úrovni 6,4 lekára na 1 000 obyvateľov, zatiaľ čo sa hustota v ostatných regiónoch pohybovala od 2,7 lekára do 3,9 lekára na 1 000 obyvateľov (NCZI, 2021). Hoci ministerstvo zdravotníctva prijalo v posledných rokoch opatrenia na rozšírenie pracovných síl v zdravotníctve (pozri oddiel 5.2), je pravdepodobné, že mnohé pracovné miesta zostanú v dohľadnej budúcnosti neobsadené. Je možné, že obmedzené kapacity pracovných síl v zdravotníctve mohli mať nepriaznivý vplyv na schopnosť Slovenska riešiť nárast počtu hospitalizácií na ochorenie COVID-19 (pozri oddiel 5.3).

Graf 10. Slovensko má nízky počet zdravotných sestier a lekárov

Zdravotné sestry vykonávajúce prax na 1 000 obyvateľov



Poznámka: Priemer EÚ sa neváža. 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 Grécku je počet zdravotných sestier podhodnotený, keďže zahŕňa len zdravotné sestry pracujúce v nemocniciach.

Zdroj: databáza Eurostatu (údaje sa týkajú roku 2019 alebo najbližšieho roku).

Slabý prvý kontakt prispieva k najvyššiemu počtu konzultácií s lekármi v EÚ

Poskytovanie služieb je decentralizované a vykonáva ho mix verejných a súkromných poskytovateľov, pričom všeobecní lekári sú lekári prvého kontaktu v systéme zdravotnej starostlivosti. Táto úloha sa však prísne nedodržiava a pacienti často chodia priamo k špecialistom bez toho, aby znášali nejakú formu pokuty. Možno tak sčasti vysvetliť, prečo malo Slovensko v roku 2019 najvyšší počet ambulantných konzultácií na osobu (11) v EÚ.

V rámci slovenského systému zdravotnej starostlivosti sa v podobnom duchu uviedol v roku 2019 vyšší počet nemocničných lôžok (5,8 lôžka na 1 000 obyvateľov) v porovnaní s priemerom EÚ (5,3 lôžka). Opatrenia vykonané v uplynulom desaťročí v záujme zvýšenia celkovej efektívnosti viedli k zníženiam počtu lôžok a miera obsadenosti lôžok patrila pred pandémiou v roku 2018 na Slovensku k najnižším v EÚ, keďže dosahovala úroveň 66,9 % v porovnaní s priemerom EÚ na úrovni 73,5 %. Znamenalo to, že v prípade reakcie na ochorenie COVID-19 na Slovensku bola kapacita lôžok v porovnaní s pracovnými silami v zdravotníctve menším problémom (pozri oddiel 5.3).

5 Výkonnosť systému zdravotnej starostlivosti

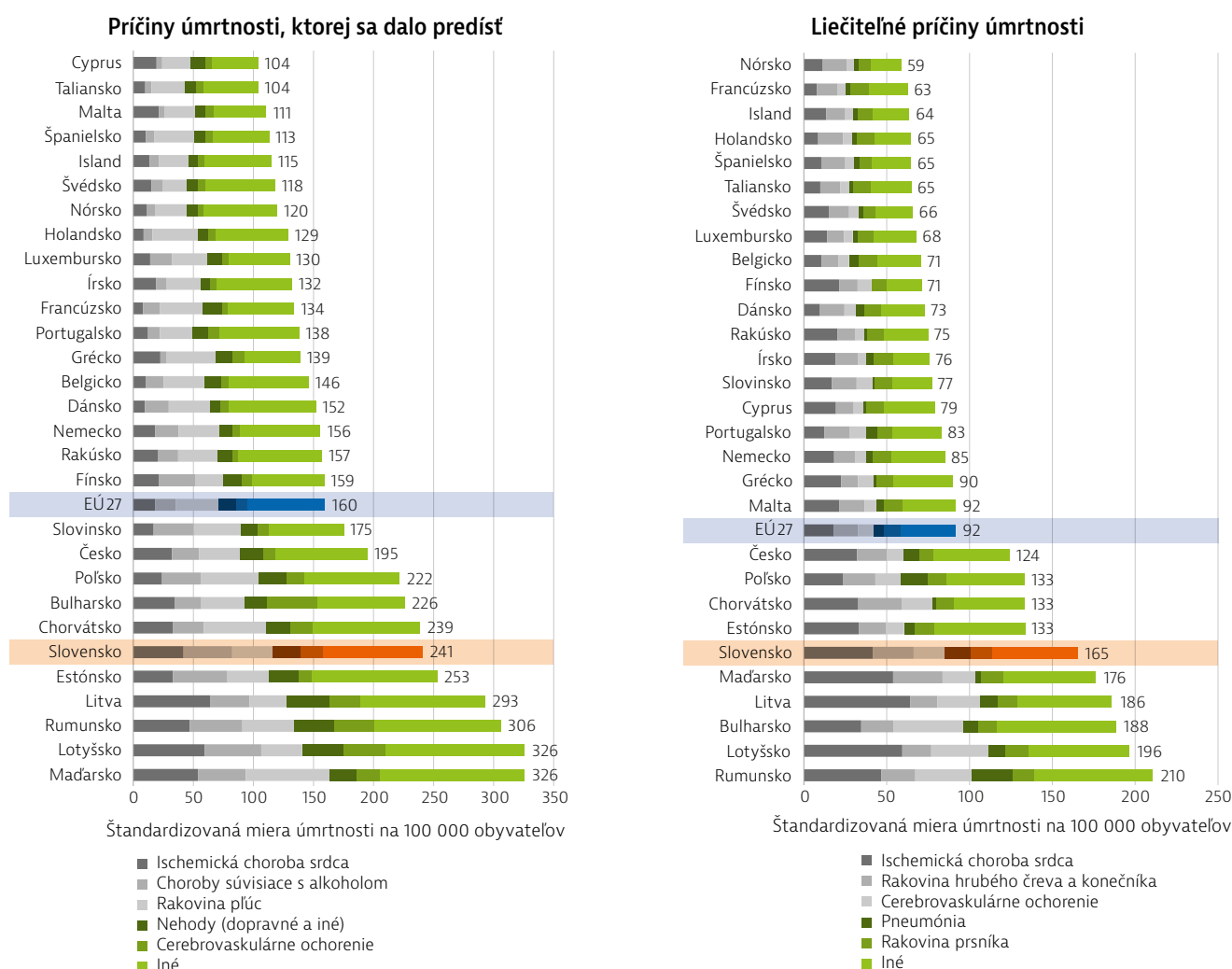
5.1 Efektívnosť

Značnému počtu úmrtí sa mohlo predísť prostredníctvom lepšej prevencie a starostlivosti

V roku 2018 patrila miera úmrtnosti na príčiny, ktorým sa dalo predísť, na Slovensku medzi najvyššie vo všetkých krajinách EÚ, čo je vysoko nad priemerom EÚ a viac ako v susednom Česku a Poľsku (graf 11), čím sa naznačuje značný priestor na účinné politiky v oblasti verejného zdravia s cieľom znížiť počet predčasných úmrtí. V tomto ohľade sa miera na Slovensku od roku 2011 znižovala v porovnaní s priemerom v celej EÚ (približne 10 %) rýchlejším tempom (približne o 14 %).

Liečiteľná úmrtnosť na Slovensku patrila v roku 2018 takisto k najvyšším v EÚ a od roku 2011 sa znížila menej v porovnaní s priemerom v celej EÚ (9 % v porovnaní s 12 %). V roku 2018 bola miera na úrovni 165 úmrtí na 100 000 obyvateľov, pričom ischemická choroba srdca predstavovala štvrtinu z nich. Slovensko sa ocitlo medzi piatimi krajinami, ktoré dosiahli najhoršie výsledky, pokiaľ ide o ischemickú chorobu srdca, a medzi tromi krajinami, ktoré dosiahli najhoršie výsledky, pokiaľ ide o rakovinu hrubého čreva a konečníka, rakovinu prsníka a pneumóniu.

Graf 11. Miery úmrtnosti z príčin, ktorým sa dalo predísť, a príčin, ktoré sú liečiteľné, sú vysoko nad priemerom EÚ



Poznámka: Úmrtnosť, ktorej sa dalo predísť, je vymedzená ako smrť, ktorej sa dalo predísť najmä zásahmi verejného zdravotníctva a primárnej prevencie. Liečiteľná úmrtnosť je vymedzená ako smrť, ktorej sa dalo predísť najmä zásahmi zdravotnej starostlivosti vrátane skriningu a liečby. Polovica všetkých úmrtí na niektoré choroby (napr. ischemická choroba srdca a cerebrovaskulárne ochorenie) súvisí s úmrtnosťou, ktorej sa dalo predísť, druhá polovica súvisí s príčinami, ktoré sú liečiteľné. 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 2018 s výnimkou údajov týkajúcich sa Francúzska za rok 2016).

Prevenia mala malú prioritu

Historicky Slovensko zaostávalo za ostatnými krajinami EÚ v investovaní do podpory zdravia a prevencie chorôb (pozri oddiel 4). Napriek prijatiu národného programu podpory zdravia v roku 2014 sú konkrétne opatrenia na riešenie rizikových faktorov, ako je spotreba tabaku a alkoholu, a na prevenciu obezity naďalej obmedzené. V roku 2018 vláda otvorila diskusiu o možnosti zavedenia nových daní na sladené nápoje a elektronické cigarety, od čoho sa však v roku 2019 upustilo. Dane na tabakové výrobky sa vo februári 2021 zvýšili, pričom sa očakáva ďalšie zvýšenie v rokoch 2022 a 2023.

Zaočkovanosť proti chrípke je u starších ľudí nízka

Hoci je pokrytie očkovaním u detí veľmi dobré, Slovensko má jednu z najnižších mier očkovania proti chrípke u ľudí nad 65 rokov v rámci EÚ, a to napriek štátnemu poisťovnému krytiu vakcíny, ako aj jej podania starším obyvateľom. Môže to sčasti odrážať skutočnosť, že očkovanie proti chrípke sa odporúča, ale je dobrovoľné, zatiaľ čo v prípade iných chorôb je povinné. Len 11,5 % ľudí nad 65 rokov bolo v roku 2019 očkovaných proti chrípke, čo je menej ako tretina priemeru EÚ (42,4 %) a výrazne pod odporúčaním WHO na úrovni 75 %.

Vysokému počtu hospitalizácií sa mohlo predísť posilnením primárnej zdravotnej starostlivosti

Zatiaľ čo počet hospitalizácií, ktorým sa dalo predísť, v prípade astmy a chronickej obštrukčnej choroby pľúc (CHOCHP) na Slovensku bol v roku 2019 mierne pod priemerom EÚ, miera hospitalizácií v prípade cukrovky, ako aj kongestívneho zlyhania srdca bola o viac ako 40 % vyššia (graf 12). Môže to sčasti odrážať nízke počty všeobecných lekárov a rozdiely v prístupe k primárnej zdravotnej starostlivosti v jednotlivých regiónoch, ako aj nedostatočnú funkciu všeobecných lekárov ako lekárov prvého kontaktu. V posledných rokoch sa prijali rôzne opatrenia na posilnenie primárnej zdravotnej starostlivosti. Začiatkom októbra 2020 ministerstvo zdravotníctva oznámilo výzvu 20 miliónov EUR z Európskeho fondu regionálneho rozvoja na ďalší rozvoj služieb integrovanej zdravotnej starostlivosti, ktorými sa poskytuje spoločná primárna a špecializovaná zdravotná starostlivosť a zlepšuje sa prístup k starostlivosti v menej rozvinutých regiónoch.

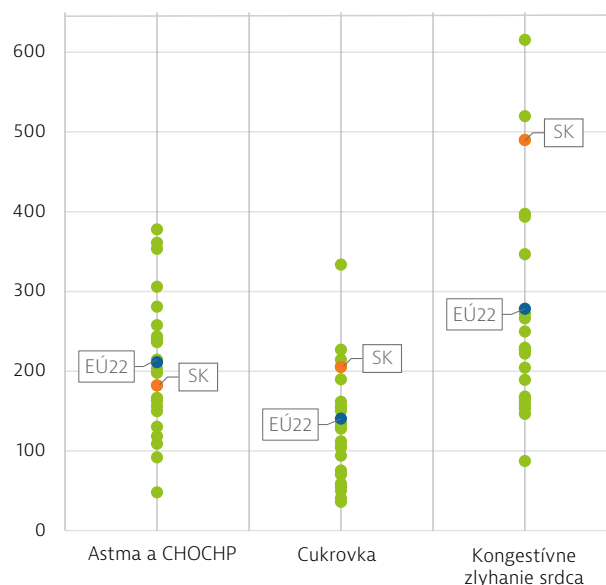
Graf 13. Miery prežitia piatich rokov sú pod priemerom EÚ



Poznámka: Údaje sa týkajú ľudí diagnostikovaných v rokoch 2010 až 2014. Detská leukémia sa vzťahuje na akútnu lymfoblastickú rakovinu.
Zdroj: program CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Graf 12. Miery hospitalizácií v prípade cukrovky a kongestívneho zlyhania srdca sú nad priemerom EÚ

Štandardizovaná miera hospitalizácií, ktorým sa dalo predísť, na 100 000 obyvateľov vo veku od 15 rokov



Zdroj: Štatistika OECD týkajúca sa verejného zdravia za rok 2021 (údaje sa týkajú roku 2019 alebo najbližšieho roku).

V roku 2018 bol prijatý prvý slovenský Národný plán boja proti rakovine

Rozšírenie rakoviny na Slovensku je značné (pozri oddiel 2), pričom v roku 2019 išlo o druhú najvyššiu mieru úmrtnosti v EÚ. Miery prežitia piatich rokov s rakovinou po stanovení diagnózy sú vo všeobecnosti nižšie ako priemery EÚ (graf 13). Tieto slabé výsledky sú spojené s nízkymi mierami skrínungu a ťažkosťami v súvislosti s prístupom k liečbe rakoviny.

Miery skrínungu rakoviny patria k najnižším v EÚ. Miery skrínungu rakoviny prsníka zostali od roku 2006 pomerne stabilné, pričom v dvoch rokoch pred rokom 2019 sa na skrínungu rakoviny prsníka zúčastnilo len 31 % žien vo veku 50 – 69 rokov, čo je približne polovica priemeru EÚ. Iba 46 % žien vo veku 20 – 69 rokov absolvovalo v tomto období skrínung rakoviny krčka maternice v porovnaní s 58 % v EÚ.

Prvý slovenský Národný plán boja proti rakovine, ktorý vznikol v auguste 2018, sa vzťahoval na roky 2019 – 2020. Jeho cieľom bolo znížiť výskyt rakoviny a úmrtnosť a zlepšiť kvalitu života pacientov, pričom je zameraný na štyri kľúčové oblasti: prevencia a skrining, diagnostika a liečba, monitorovanie po liečbe, následná a dlhodobá starostlivosť a výskum a vývoj. Medzi prvými opatreniami, ktoré sa ním zaviedli, bolo plánované spustenie troch celoštátnych skriningových programov, ale kríza spôsobená ochorením COVID-19 negatívne ovplyvnila ich zavedenie. Druhá fáza skriningu rakoviny hrubého čreva a konečníka sa odložila na koniec roka 2020. V období od apríla do júna 2020 došlo k trojmesačnej prestávke vo vykonávaní skriningu rakoviny prsníka a skrining rakoviny krčka maternice bol odložený na jún 2021. Z väčšej časti však bolo možné pokračovať v oportúnnom skriningu.

Plán bol aktualizovaný v roku 2021 v súlade s európskym plánom na boj proti rakovine (Európska komisia, 2021a). Činnosti Národného onkologického inštitútu, ktorý bol založený v roku 2018 ako súčasť vykonávania Národného plánu boja proti rakovine, na roky 2021 – 2025 budú zamerané na epidemiológiu, skrining, diagnostiku a liečbu, výskum a na platformu pre vzdelávanie.

5.2 Prístupnosť

Nenaplnené potreby v oblasti lekárskej a zubnej starostlivosti sú relatívne nízke

Nahlásené vlastné nenaplnené potreby v oblasti lekárskej a zubnej starostlivosti z finančných dôvodov, z dôvodu geografického prístupu alebo dlhých čakacích lehôt sú na Slovensku relatívne nízke, a to len 2,7 % v prípade lekárskej starostlivosti v roku 2019, čo je len o 1 % viac v porovnaní s priemerom EÚ. Dlhé čakacie zoznamy boli hlavným dôvodom uvedeným v takmer dvoch tretinách prípadov. Podiel obyvateľov, ktorí uvádzajú nenaplnené potreby v oblasti lekárskej starostlivosti, pokiaľ ide o zubnú starostlivosť, bol nižší v porovnaní s priemerom EÚ (2,1 % v porovnaní s 2,8 %). Pri oboch druhoch starostlivosti sa vykazujú len malé rozdiely medzi príjmovými skupinami.

Dopyt po zdravotnej starostlivosti súvisiacej s ochorením COVID-19 a zavedenie opatrení proti šíreniu počas pandémie však obmedzili prístup k službám a ich prostredníctvom narástli nenaplnené potreby vo všetkých krajinách EÚ. Podľa výsledkov prieskumu nadácie Eurofound začiatkom roka 2021 uviedlo 23 % slovenského obyvateľstva, že počas prvých 12 mesiacov pandémie sa zdržali vyhľadania potrebného lekárskeho vyšetrenia alebo liečby. Tento podiel bol nižší než priemer krajín Vyšehradskej štvorky² (25 %), ale vyšší než priemer EÚ (21 %) (Eurofound, 2021)³. Okrem toho sa v analýze Asociácie na ochranu práv pacientov (AOPP)

porovnávali údaje o zdravotnom poistení zo štvrtého štvrťroka 2020, keď sa epidemiologická situácia výrazne zhoršila, a to so štvrtým štvrťrokom 2019. Zistilo sa, že počet chirurgických zákrokov sa znížil približne o dve pätiny, počet hospitalizácií sa znížil až o štvrtinu a počet preventívnych vyšetrení vykonávaných všeobecnými lekármi sa znížil takmer o tretinu (AOPP, 2021).

Zdravotná starostlivosť je všeobecne dostupná, ale niektorí obyvatelia čelia problémom s prístupom

Napriek tomu, že marginalizované komunity sú vo veľkej miere poistencami štátu⁴, stále čelia prekážkam v prístupe k zdravotnej starostlivosti. Rómske komunity predstavujú približne 8 % ľudí na Slovensku a ich zdravotný stav sa považuje za horší než zdravotný stav celkového obyvateľstva. Pred pandemiou boli hlásené nízke úrovne využívania zdravotnej starostlivosti. Prispievajúce faktory zahŕňajú informačné prekážky, diskrimináciu, kultúrne prekážky a problémy spojené s cenovou dostupnosťou (Bednarik, Hidas a Machlica, 2019). S cieľom zmenšiť túto medzeru poskytovala štátom dotovaná organizácia Zdravé regióny, ktorá je súčasťou ministerstva zdravotníctva, služby rómskym komunitám od roku 2017 prostredníctvom národného projektu Zdravé komunity.

Slovensko poskytuje komplexný balík služieb prostredníctvom systému zdravotného poistenia

Podľa Ústavy Slovenskej republiky poskytuje systém zdravotného poistenia rozsiahly balík služieb. Individuálne zdravotné poisťovne môžu ponúkať aj dodatočné služby za poplatky, ale v praxi to zriedkakedy robia. Podiel výdavkov, na ktoré sa vzťahuje systém zdravotného poistenia, je podobný alebo vyšší v porovnaní s priemerom EÚ a vyšší než v ostatných krajinách Vyšehradskej štvorky, a to pre väčšinu druhov služieb (graf 14). Okrem toho však existuje značné rozdelenie nákladov prostredníctvom systému používateľských poplatkov za určité zdravotnícke služby, ako aj doplatkov za lieky pre ambulantných pacientov.

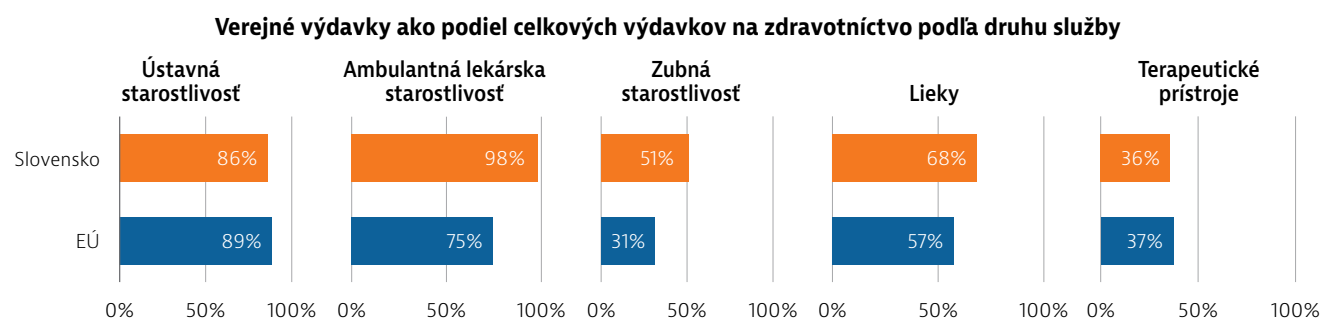
Testovanie na ochorenie COVID-19 bolo v roku 2020 pre všetkých Slovákov bezplatné, a to za predpokladu, že bol splnený zoznam podmienok. V priebehu roka 2020 boli antigénové testy poskytované bezplatne a bez potreby osobitného dôvodu. V roku 2021 vláda stanovila limit dvoch bezplatných PCR testov mesačne, pričom antigénových testov sa netýkalo žiadne obmedzenie. Platba vo výške 5 EUR za antigénový test bola zavedená v auguste 2021.

2. Česko, Maďarsko, Poľsko a Slovensko.

3. Údaje z prieskumu nadácie Eurofound nie sú porovnateľné s údajmi z prieskumu EU-SILC z dôvodu rozdielov v metodikách.

4. Skupina prevažne ekonomicky neaktívnych osôb, za ktoré štát platí sociálne príspevky prostredníctvom prevodov všeobecných daňových príjmov do systému zdravotného poistenia. V roku 2019 štát zaplatil približne 1 000 EUR na poistenca štátu približne u 2,9 milióna ľudí v tejto kategórii.

Graf 14. Verejné výdavky podľa druhu služby sú vyššie v porovnaní s priemerom EÚ



Poznámka: Ambulantné lekárske služby sa týkajú najmä služieb poskytovaných všeobecnými lekármi a špecialistami v ambulantnom sektore. Lieky zahŕňajú predpísané a voľne predajné lieky, ako aj zdravotnícke tovary krátkodobej spotreby. Terapeutické prístroje sa vzťahujú na výrobky na videnie, načúvacie prístroje, invalidné vozíky a iné zdravotnícke pomôcky.

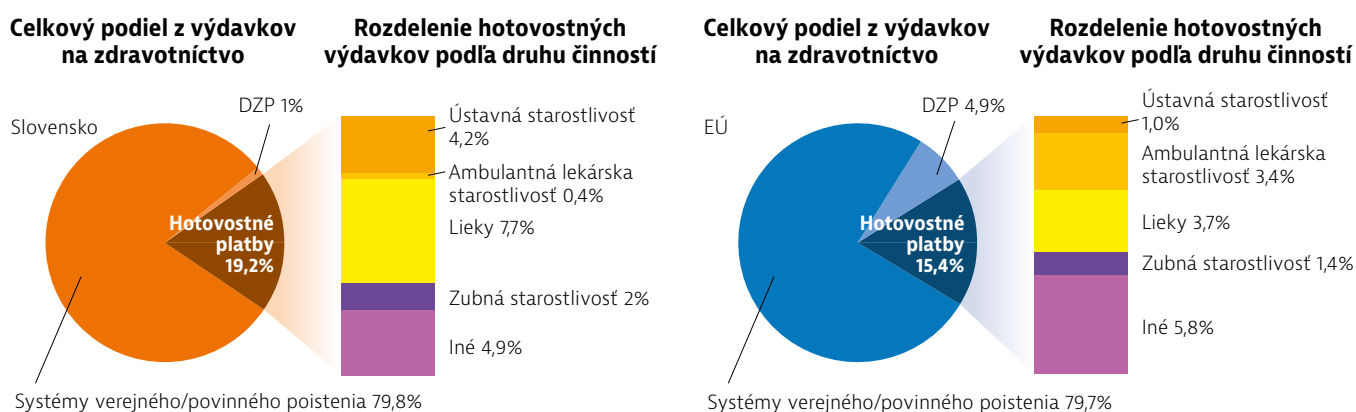
Zdroj: Štatistika OECD týkajúca sa verejného zdravia za rok 2021 (údaje sa týkajú roku 2019 alebo najbližšieho roku).

Predpisové lieky spôsobujú viac ako 40 % celkových hotovostných výdavkov

Hotovostné platby predstavovali 19,2 % výdavkov na zdravotníctvo na Slovensku v roku 2019 (graf 15), čo je 30 % pokles oproti vrcholu v roku 2007, ide však o vyššiu hodnotu v porovnaní s priemerom EÚ (15,4 %). Len približne jedna pätina nahlásených vlastných nenaplnených potrieb v oblasti lekárskej starostlivosti bola z finančných dôvodov, čím sa naznačuje, že vplyv hotovostných výdavkov na cenovú dostupnosť môže byť menší, ako sa očakávalo, hoci tento problém môže byť výraznejší u ľudí v nižších príjmových skupinách.

Viac ako 40 % výdavkov na hotovostné platby predstavujú predpisové lieky, ale doplatky sa výrazne nezvýšili a právne predpisy chránia prístup najzraniteľnejších osôb. Farmaceutické výrobky sa poskytujú bezplatne alebo sú čiastočne preplatené všetkým poisteným osobám podľa zoznamu preplácaných liekov. Takmer k tretine všetkých preplácaných liekov nie sú pridružené doplatky. S cieľom posilniť finančnú ochranu sa v roku 2018 zmenili štvrtročné stropné sumy a v roku 2021 sa upravili kritériá oprávnenosti pre nulové doplatky, pričom ďalšie zmeny sa očakávajú v roku 2022 (ministerstvo financií a ministerstvo zdravotníctva, 2019) (pozri oddiel 5.3).

Graf 15. Hotovostné platby sú nad priemerom EÚ



Poznámka: Priemer EÚ sa váži. DZP = dobrovoľné zdravotné poistenie, ktoré obsahuje aj iné dobrovoľné režimy platby. Zdroj: Štatistika OECD týkajúca sa verejného zdravia za rok 2021, databáza Eurostatu (údaje sa týkajú roku 2019).

Nové legislatívne reformy sa zamerajú na zlepšenie prístupu k liekom

Na Slovensku vyvoláva veľký podiel výdavkov na lieky dlhodobú obavu (pozri oddiel 4), a to aj napriek relatívne rozsiahlemu používaniu generík. V súlade s farmaceutickou stratégiou pre Európu (Európska komisia, 2020b) sa vyvíjajú legislatívne reformy na zabezpečenie cenovej dostupnosti prístupu k novým liekom a očakáva sa, že budú schválené do konca roka 2021. Prístup sa bude musieť monitorovať aj vzhľadom na rastúcu tendenciu v súvislosti s nedostatkami liekov. Slovensko má verejne dostupný štátny register pre online oznamovanie nedostatkov liekov, ale na rozdiel od iných krajín používa tento zoznam na identifikáciu liekov, ktorých (paralelný) vývoz je dočasne zakázaný. Farmaceutické spoločnosti čelia finančným sankciám, ak sa v určitom období neobnovia dodávky.

Pripravujú sa reformy s cieľom riešiť nedostatok pracovných síl a dostupnosti

Slovenská vláda zaviedla opatrenia v reakcii na nedostatok kapacít pracovných síl v zdravotníctve. Hustota lekárov, a najmä zdravotných sestier, je pod priemerom EÚ (pozri oddiel 4), pričom obavy vyvoláva starnúca pracovná sila a očakávaný odchod do dôchodku, emigrácia značného počtu lekárov a nízky počet absolventov odboru ošetrovateľstvo. Aj keď osem samosprávnych krajov je povinných zabezpečiť minimálne počty všeobecných lekárov k počtu obyvateľov, dostupnosť primárnej zdravotnej starostlivosti kolíše a vo viacerých krajoch je problematická. Vláda prijala rôzne opatrenia na obsadenie voľných pracovných miest v súvislosti s obomi pracovnými silami vrátane zvýšenia kapacity odbornej prípravy a zavedenia finančných stimulov (ministerstvo zdravotníctva, 2018). Napríklad v roku 2018 vláda zaviedla štipendium pre študentov odboru ošetrovateľstvo vo výške 6 000 EUR počas odbornej prípravy pod podmienkou, že príjemcovia po ukončení štúdia zostanú v krajine aspoň päť rokov. Priemerná odmena lekárov, ktorí sú zamestnaní, vrátane všeobecných lekárov a špecialistov, vzrástla v rokoch 2011 až 2017 o viac ako 50 %, pričom odmena zdravotných sestier stúpila približne o 40 %.

Plány reštrukturalizácie ústavného sektora s cieľom zlepšiť prístupnosť pacientov a zmenšiť geografické prekážky sa už nejaký čas zvažujú, ale stále sú pozastavené. Plán obnovy a odolnosti Slovenska v súvislosti s pandémiou zahŕňa reformu zameranú na optimalizáciu siete nemocníc v rokoch 2021 – 2025 (pozri oddiel 5.3).

Telemedicína pomohla pri zachovaní prístupu k zdravotnej starostlivosti počas pandémie

Neboli zavedené žiadne vnútroštátne politiky na zlepšenie prístupu k zdravotnej starostlivosti počas pandémie ochorenia COVID-19 až na dočasné opatrenie na jar 2020, ktoré umožnilo všeobecným lekárom a ambulantným poskytovateľom využívať telemedicínske služby hrazené zdravotnými poisťovňami. V tomto prípade sa právnym predpisom prvýkrát umožnila telemedicína a hoci išlo najprv o dočasné opatrenie, uplatní sa pravdepodobne aj po pandémii. Platby za takéto služby nie sú regulované centrálné a líšia sa podľa druhu špecialistu. Podľa prieskumu nadácie Eurofound dostalo 64,8 % slovenského obyvateľstva lekársky predpis online alebo telefonicky (viac v porovnaní s priemerom EÚ na úrovni 52,7 %) a 40 % obyvateľstva absolvovalo počas prvých 12 mesiacov pandémie lekárske konzultácie online alebo telefonicky (Eurofound, 2021).

5.3 Odolnosť

Tento oddiel sa týka odolnosti a je zameraný hlavne na vplyvy pandémie ochorenia COVID-19 a na reakcie na ňu⁵. Pandémia mala významný vplyv na zdravie obyvateľov na Slovensku: miera úmrtnosti na ochorenie COVID-19 bola ku koncu júna 2021 približne o 80 % vyššia v porovnaní s priemerom EÚ (pozri oddiel 2). Opatrenia proti šíreniu mali významný vplyv aj na hospodárstvo, pričom HDP v rokoch 2019 až 2020 klesol o 5,2 %. V rovnakom období sa nezamestnanosť zvýšila z 5,8 % na 6,7 %, čo je prvý nárast za sedem rokov a najvýznamnejší nárast v predchádzajúcom desaťročí.

Počet prípadov ochorenia COVID-19 bol počas prvej vlny nízky, ale počas druhej vlny bol vysoko nad priemerom EÚ

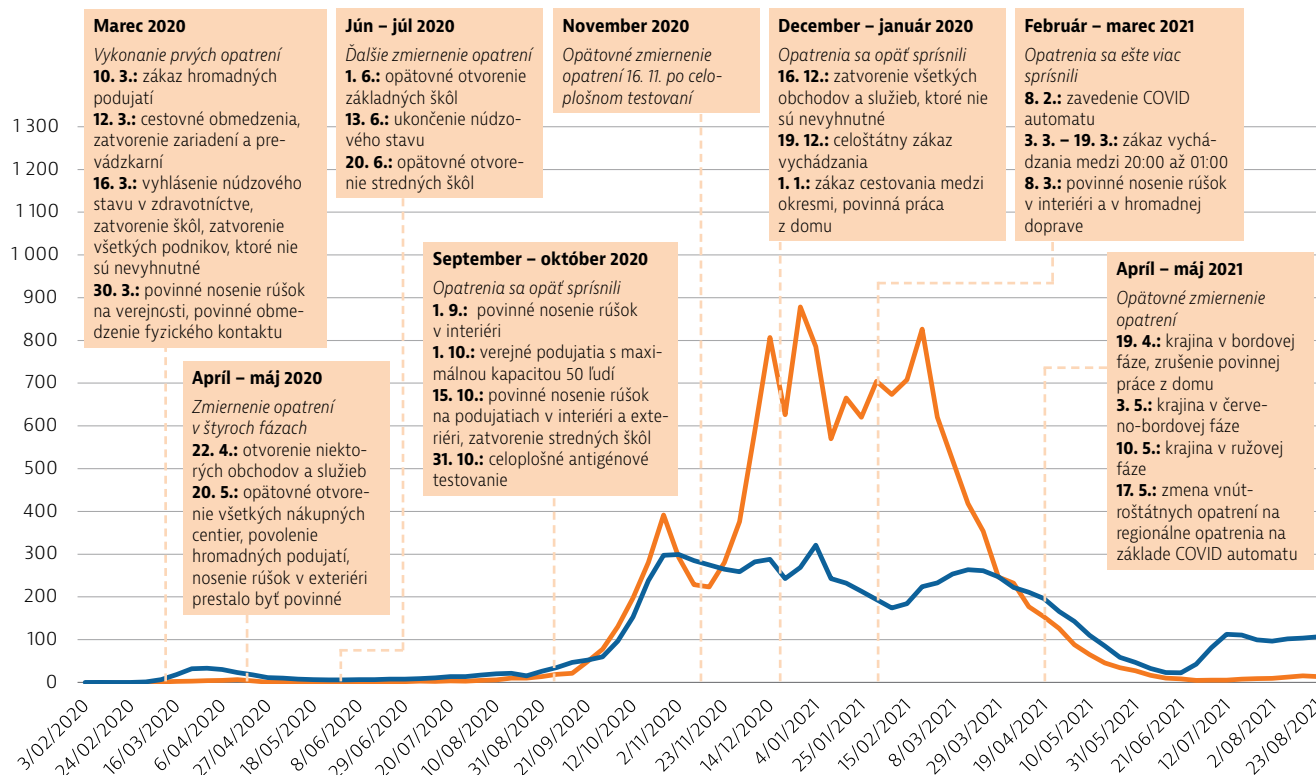
Relatívne nízky počet prípadov ochorenia COVID-19 počas prvej vlny pandémie môže sčasti súvisieť s rýchlym zavedením opatrení proti šíreniu (graf 16). Krátko po zistení prvých prípadov na Slovensku začiatkom marca 2020 boli zakázané návštevy v nemocniciach, hromadné verejné podujatia, zakázalo sa cestovanie a zatvorili sa rôzne prevádzky. 16. marca vláda vyhlásila núdzový stav, pričom sa zatvorili školy a všetky podniky, ktoré nie sú esenciálne, hoci koncom marca sa niektorým menším obchodom a službám umožnilo opätovné otvorenie, a to za zavedenia prísnych hygienických opatrení vrátane povinného nosenia rúšok, pravidiel týkajúcich sa obmedzenia fyzického kontaktu a obmedzení počtu zákazníkov. Opatrenia sa rozšírili na sektor sociálnej starostlivosti 28. marca. V apríli a máji sa opatrenia postupne v štyroch fázach zmierňovali: školy sa opätovne otvorili v júni a núdzový stav sa skončil 13. júna 2020. Do júla sa väčšina opatrení zmiernila.

5. V tomto kontexte sa odolnosť systému zdravotnej starostlivosti vymedzila ako schopnosť pripraviť sa na otrasy, zvládnuť ich (tľmiť ich, prispôbiť sa im a transformovať ich) a poučiť sa z nich (expertná skupina EÚ pre posudzovanie výkonnosti systémov zdravotnej starostlivosti, 2020).

Graf 16. V priebehu pandémie sa vykonávali časté zmeny opatrení

Počet prípadov týždenne na 100 000 obyvateľov

Slovensko Európska únia



Poznámka: Priemer EÚ sa neváži (počet krajín sa v prípade výpočtu priemeru mení, a to v závislosti od týždňa).

Zdroj: Počet prípadov ochorenia COVID-19 poskytlo ECDC a informácie o opatreniach proti šíreniu poskytli autori.

Počet prípadov ochorenia COVID-19 sa neskôr v roku 2020 rýchlo zvýšil a situáciu ešte viac komplikovali časté zmeny opatrení a nestabilná politická situácia. Začiatkom septembra sa opätovne zaviedli rôzne opatrenia, ale počet prípadov sa v októbri naďalej zvyšoval. V danom mesiaci došlo k zatvoreniu stredných škôl a spusteniu bezprecedentného celoplošného antigénového testovania. Počet prípadov počas novembra klesol⁶, ale opäť narástol v decembri, pričom sa zatvorili všetky obchody a služby, ktoré nie sú nevyhnutné. 19. decembra 2020 sa zaviedol zákaz vychádzania, a to s niekoľkými výnimkami, ktoré sa sprísnil od 1. januára 2021. V januári a februári 2021 sa opatrenia ešte viac sprísnil, pričom na monitorovanie vývoja pandémie v jednotlivých regiónoch a na podporu následných rozhodnutí o opatreniach proti šíreniu bol zavedený semaforový systém varovania. V marci sa opätovne zaviedol zákaz vychádzania a zaviedlo sa aj povinné nosenie rúšok. Opatrenia sa zmiernili v priebehu apríla až mája 2021, keďže sa situácia zlepšila.

Pred ochorením COVID-19 sa plán pripravenosti Slovenska na pandémiu z roku 2005 vzťahoval len na chrípku

Pred krízou spôsobenou ochorením COVID-19 sa pandemický plán Slovenska, ktorý bol prijatý v roku 2005, vzťahoval len na potenciálne vypuknutie chrípky. Podľa

informácií, ktoré sa predložili WHO pred pandémiou, Slovensko v roku 2019 nahlásilo aj rôzne úrovne schopnosti odhaliť a riadiť zdravotné riziká. Napriek tomu bol na začiatku zriadený ústredný krízový štáb s cieľom riešiť pandémiu ochorenia COVID-19 (pozri rámček 2) a zdá sa, že rýchla reakcia spôsobila, že Slovensko počas prvej vlny nezaznamenalo niektoré z prvých negatívnych účinkov pozorovaných v iných európskych krajinách. Po prvej vlne ministerstvo zdravotníctva 11. augusta 2020 uverejnilo aktualizovaný pandemický plán, ktorý má slúžiť ako usmernenie pre akékoľvek budúce pandémie infekčných respiračných ochorení (ministerstvo zdravotníctva, 2020). V pláne sa kodifikovalo používanie semaforových systémov varovania na regionálnej úrovni s cieľom posúdiť odlišnú epidemiologickú situáciu v celej krajine a obsahoval usmernenia o tom, kedy by mal Úrad verejného zdravotníctva vyhlásiť núdzový stav na celom území a aké opatrenia sa majú vykonať na vnútroštátnej úrovni (napríklad kedy by sa mali uzavrieť hranice). Napriek tomu sa situácia na Slovensku koncom roka 2020 a začiatkom roka 2021 zhoršila.

6. Nie je možné určiť, či tento pokles predstavoval skutočné prudké zníženie počtu prípadov ochorenia COVID-19, alebo či odráža zníženie prípadov potvrdených PCR testami v dôsledku kampane hromadného antigénového testovania, ktoré sa údajmi nezachytilo

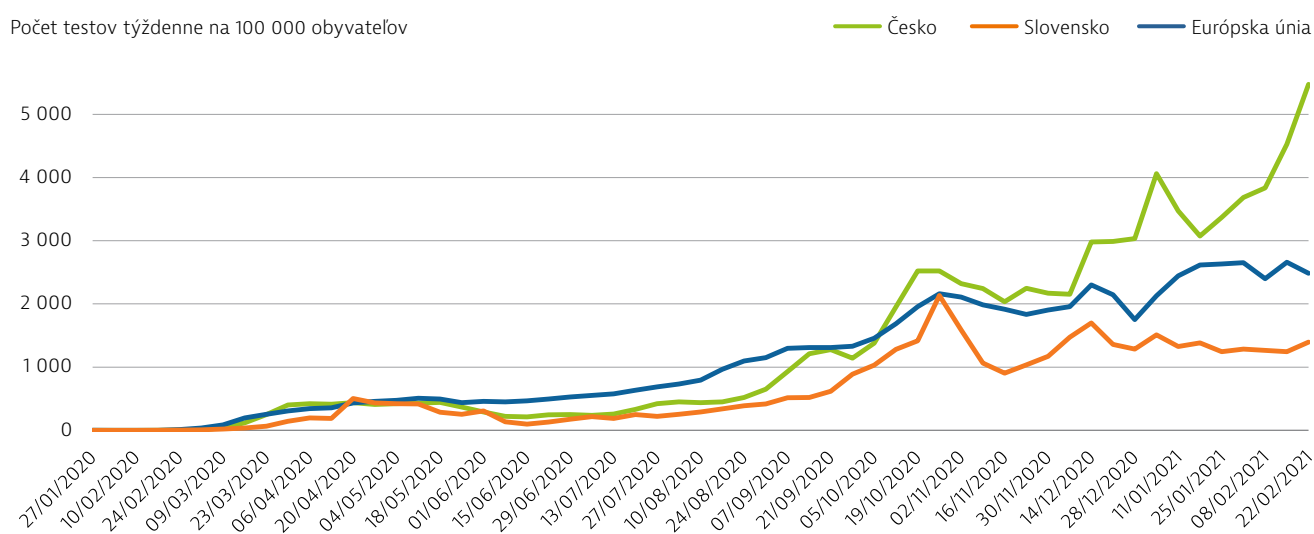
Slovensko začiatkom roka 2020 zvýšilo kapacitu na testovanie, ale zostalo pod priemerom EÚ

Slovensko pred pandémiou posúdilo svoju diagnostickú laboratórnu kapacitu ako relatívne nižšiu v porovnaní s ostatnými krajinami EÚ. Odrážalo sa to týždennými mierami testovania, ktoré boli nižšie v porovnaní s EÚ ako celkom a so susedným Českom (graf 17). Kapacita sa však zvýšila na začiatku roka 2020, pričom sa z menej než 1 000 PCR testov denne v marci zvýšila na 4 000 až 5 000 testov denne na konci apríla. Slovensko malo spočiatku jedno štátne laboratórium, ktoré analyzovalo

všetky vzorky od pacientov s podozrením na ochorenie COVID-19, čo sa zvýšilo na celkovo štyri laboratória v rámci všetkých regiónov. Okrem toho súkromné laboratória ponúkali testovanie od marca 2020. Kapacita na testovanie sa takisto zvýšila so zavedením externých mobilných odberových miest mimo nemocníc a ambulancií záchranné zdravotnej služby pre prípady podozrenia na ochorenie COVID-19 v domácnosti (napr. v prípade imobilných pacientov). Okrem toho sa v roku 2021 vybudovala sieť viac ako 700 odberových miest na testovanie antigénovými testami.

Graf 17. Kapacita na testovanie na ochorenie COVID-19 sa zlepšila, ale zostala nižšia v porovnaní s ostatnými krajinami EÚ

Počet testov týždenne na 100 000 obyvateľov



Zdroj: ECDC.

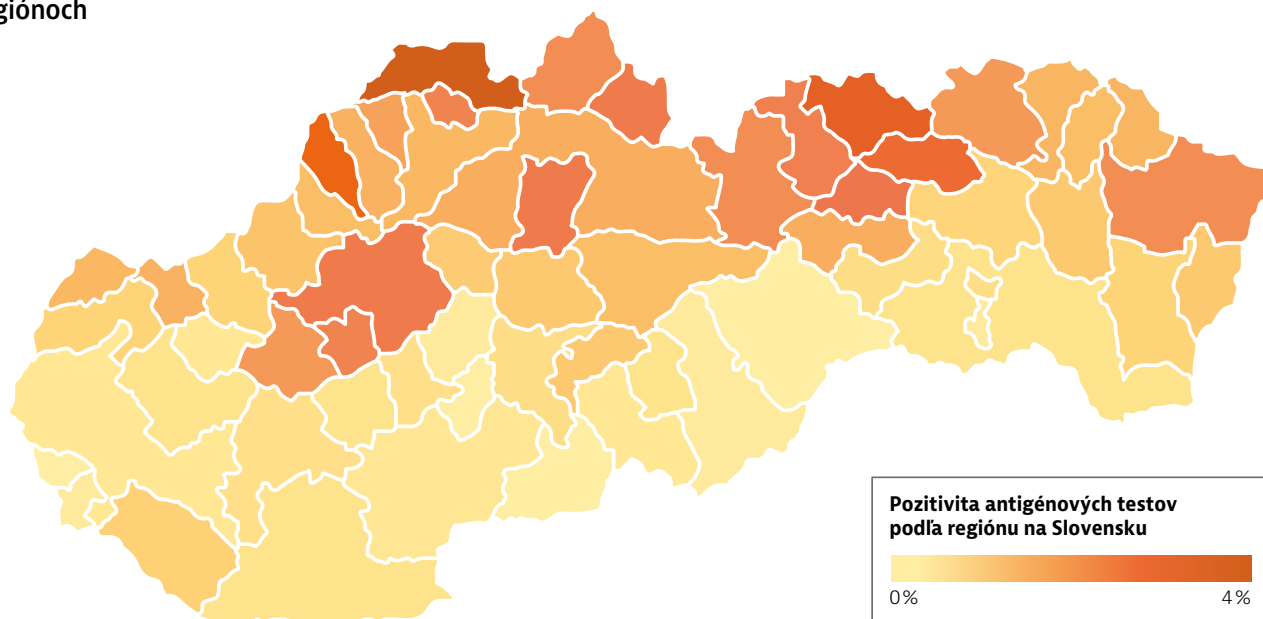
Hromadné antigénové testovanie nefungovalo podľa očakávaní

Slovenská vláda v snahe znížiť prenos zvolila na rozdiel od ostatných európskych krajín hromadné antigénové testovanie celého obyvateľstva. Túto netradičnú myšlienku brzdil nedostatok kapacít na zber, analýzu a interpretovanie údajov primeraným spôsobom. Pilotné testovanie sa začalo pre všetkých vo veku od 10 do 65 rokov v štyroch najviac postihnutých regiónoch koncom októbra 2020. Hromadné testovanie sa následne rozšírilo na celé obyvateľstvo, pričom prvé kolo uskutočnili samosprávy. Z viac ako 3,5 milióna testov bolo 1,06 % pozitívnych (v rozmedzí od 0,27 % do 3,22 % v jednotlivých regiónoch), pričom vzniklo vnútroštátne rozdelenie na sever a juh, pokiaľ ide o miery pozitivity (graf 18), a na východ a západ, pokiaľ ide o účasť na testovaní. Dve ďalšie kolá testovania sa následne vykonali v regiónoch, kde bola miera pozitivity vyššia ako 0,7 % a potom 1 %, pričom v januári 2021 nasledovalo ďalšie celoplošné hromadné testovanie pre všetky regióny.

Bez potvrdenia o validite testu, a to napríklad prostredníctvom validácie testu na mieste alebo následného PCR testu pri pozitívnych prípadoch, jasnej metodiky a výmeny údajov na vyhľadávanie a sledovanie kontaktov sa nedalo vplyv hromadného antigénového testovania ľahko odlíšiť od iných opatrení. Miery pozitivity sa však v najviac postihnutých regiónoch výrazne znížili medzi prvým a druhým kolom testovania. Tretie kolo v novembri 2020 bolo výlučne dobrovoľné, podľa expertov bolo však slovenské obyvateľstvo vyčerpané a miera účasti bola iba 19 %. Situácia sa po kampani hromadného testovania nezlepšila, čo viedlo vládu k zavedeniu semaforového systému varovania v regiónoch, a to od 8. februára 2021.

Keďže sa na testovanie kládol veľký dôraz, Slovensko malo z pochopiteľných dôvodov ťažkosti so sledovaním kontaktov. Za túto činnosť boli zodpovedné regionálne úrady verejného zdravotníctva a bola obmedzená počtom profesionálov, ktorí kontakty sledovali. Nepoužili sa nijaké dodatočné digitálne nástroje. Hoci nie sú k dispozícii žiadne údaje na meranie účinnosti sledovania kontaktov, bolo pravdepodobne nedostatočné.

Graf 18. Počas prvého kola hromadného antigénového testovania kolísali miery pozitivity v jednotlivých regiónoch



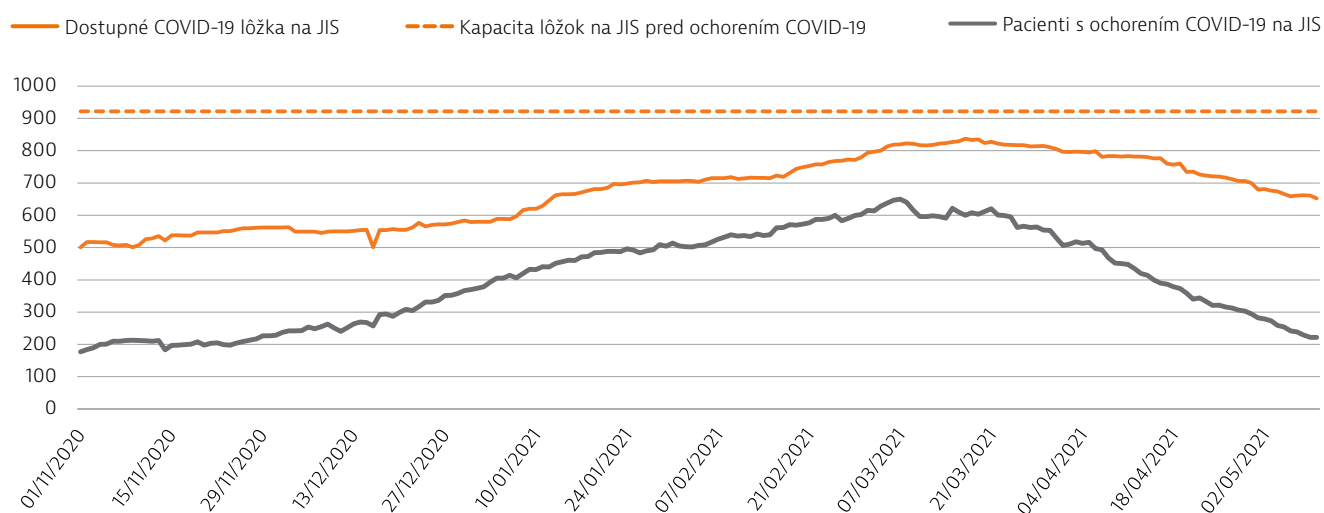
Zdroj: Kerekes a Folentová, 2020.

Zaviedli sa opatrenia s cieľom posilniť fyzické a ľudské zdroje

Pomerne vysoký počet lôžok a ich nízka obsadenosť na Slovensku pred pandémiou mohli zlepšiť schopnosť krajiny reagovať (pozri oddiel 4). Napriek tomu sa prijali opatrenia s cieľom zabezpečiť dostupnosť lôžok pre pacientov s ochorením COVID-19 na jar a jeseň 2020.

Prvotný plán rezervovať niektoré lôžka a/alebo nemocničné budovy pre pacientov s ochorením COVID-19 sa neuskutočnil a zatiaľ čo sa situácia zhoršovala, iné nemocnice začali prijímať pacientov s ochorením COVID-19. Na jar 2020 sa naplánované operácie a iné zásahy buď obmedzili, alebo prerušili, aby sa vytvoril priestor pre pacientov s ochorením COVID-19, čo sa zopakovalo neskôr v danom roku, keď počet prípadov začal znova stúpať. Pred pandémiou disponovali jednotky intenzívnej starostlivosti (JIS) na Slovensku 922 lôžkami a kapacita lôžok na JIS určených pre pacientov s ochorením COVID-19 sa zvýšila spolu s počtom hospitalizovaných (graf 19).

Graf 19. Počet lôžok na jednotkách intenzívnej starostlivosti dostupných pre pacientov s ochorením COVID-19 sa zvýšil s počtom hospitalizovaných



Poznámka: Dostupné COVID-19 lôžka na JIS sa vzťahujú na maximálny počet lôžok na JIS priradených pacientom s ochorením COVID-19 v ľubovoľnom čase. Počet dostupných (t. j. voľných) lôžok na JIS pre pacientov s ochorením COVID-19 v ľubovoľnom čase sa vypočíta odrátaním pacientov s ochorením COVID-19 na JIS od dostupných COVID-19 lôžok na JIS. Kapacita lôžok na JIS pred ochorením COVID-19 sa vzťahuje na JIS vo všetkých špecializovaných odboroch v medicíne, zameraných na deti aj dospelých, pričom nie je obmedzená na infekčné choroby a choroby pľúc. Zdroj: NZCI, 2021.

Kapacita pracovných síl v zdravotníctve bola pravdepodobne hlavnou prekážkou v reakcii Slovenska na pandémie (pozri oddiel 4), ale iba niekoľko politík sa zaviedlo na účely zvýšenia dostupnosti ľudských zdrojov. Na posilnenie kapacít ministerstvo zdravotníctva schválilo zmenu zákona v septembri 2020 s cieľom rozšíriť vymedzenie pojmu „zdravotnícky pracovník“, aby sa vzťahoval na študentov zapísaných do denného štúdia všeobecného lekárstva, ošetrovateľstva alebo urgentnej zdravotnej starostlivosti (vrátane paramedikov). To im umožnilo zbierať vzorky PCR a poskytovať zdravotnú starostlivosť v súlade s ich predchádzajúcimi skúsenosťami. Vo februári 2021 vláda schválila týmto študentom skoré začatie stáží, čo im umožnilo rýchlejšie sa pridať k pracovným silám prostredníctvom skoršieho ukončenia štúdia. Vo februári 2021 sa pre zdravotníckych pracovníkov, ktorí sú priamo v kontakte s pacientmi s ochorením COVID-19 v nemocniciach, realizovala platba ďalších 7 EUR za hodinu.

Slovensko na začiatku pandémie čelilo podobne ako ostatné krajiny EÚ nedostatku osobných ochranných prostriedkov (OOP) a iného zdravotníckeho vybavenia. V reakcii na to vláda na jar 2020 prijala obmedzenia (paralelného) vývozu výrobkov týkajúcich sa ľudského zdravia vrátane liekov a zdravotníckych pomôcok. Slovensko získalo darom OOP a iné zdravotnícke vybavenie od iných krajín, ale pľúcne ventilátory vyrábalo aj na vnútroštátnej úrovni. Reakcia zahŕňala aj centralizované obstarávanie a rýchlejšie postupy schvaľovania licencií na lieky používané pre pacientov s ochorením COVID-19.

Zraniteľným skupinám obyvateľstva sa počas pandémie venovala osobitná pozornosť

Starší ľudia sú vystavení výrazne vyššiemu riziku vážnych komplikácií spôsobených ochorením COVID-19. Slovensko vykonalo podobne ako mnohé iné krajiny EÚ politiky na ochranu osôb v dlhodobej starostlivosti a pracovníkov pred ochorením COVID-19 a na zachovanie kontinuity starostlivosti o starších ľudí. Tieto politiky zahŕňali prioritné testovanie klientov a zamestnancov opatrovateľských domovov, rozšírenie telezdravotníckych služieb a obmedzenia v rámci zariadení, ako sú obmedzené návštevy a izolácia.

Ďalšou ohrozenou skupinou obyvateľstva boli ľudia žijúci v marginalizovaných rómskych komunitách (pozri oddiel 5.2). Počas prvej vlny pandémie sa považovali za rizikovú skupinu a v niektorých prípadoch sa uplatňovala karanténa celých sídiel namiesto opatrení týkajúcich sa osobnej izolácie (Úrad verejného zdravotníctva, 2020). Rozšírili sa úlohy asistentov podpory zdravia zapojených do národného projektu Zdravé komunity s cieľom pomôcť ministerstvu zdravotníctva v týchto komunitách, a to aj zaznamenávaním informácií o vracajúcich sa cestujúcich, poskytovaním pomoci pri testovaní a sledovaní kontaktov, nadväzovaním spolupráce so zdravotníckymi pracovníkmi a presadzovaním vhodných hygienických opatrení.

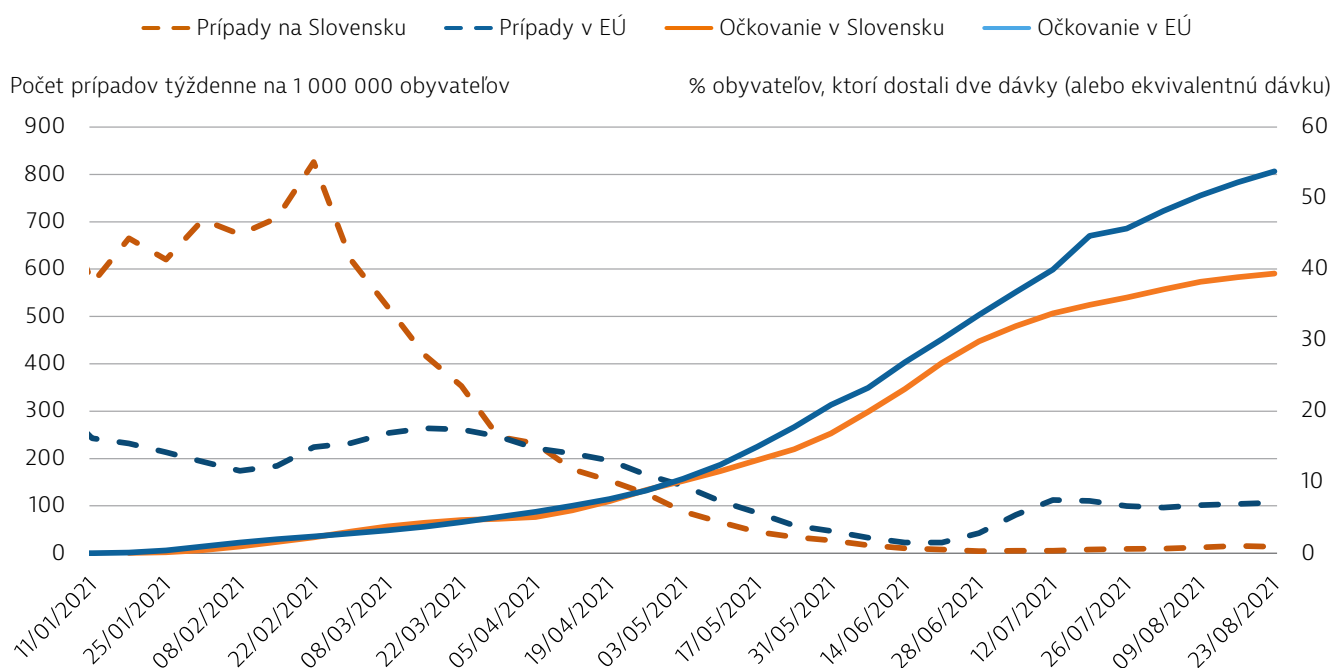
Očkovanie proti ochoreniu Covid-19 sa spustilo 26. decembra 2020, ale nasadenie vakcíny bolo vystavené mnohým výzvam

Slovensko prijalo svoj plán očkovania proti ochoreniu COVID-19 11. decembra 2020 a prvá dávka sa podala 26. decembra. Prípady ochorenia COVID-19 sa po rozšírení očkovania výrazne znížili (graf 20). Do konca augusta 2021 dostalo takmer 2,4 milióna ľudí aspoň jednu dávku vakcíny a 40 % obyvateľstva dostalo dve dávky alebo ekvivalentnú dávku. Týmto podielom sa zaostávalo za priemerom EÚ (54 %) a mierami v Česku (53 %) a Poľsku (50 %).

Ako v ostatných krajinách, aj na Slovensku sa očkovacia stratégia zamerala na prioritné skupiny a vynaložili sa snahy na zintenzívnenie dodávky otvorením veľkokapacitných očkovacích centier a používaním mobilných očkovacích tímov (ministerstvo zdravotníctva, 2021). Distribučný reťazec sa ešte viac rozšíril prostredníctvom spolupráce s ambulanciami všeobecných lekárov a hromadného očkovania na pracoviskách spoločností. Vakcíny mohli podávať lekári alebo zdravotné sestry pod lekárskeho dohľadom. Oprávnení pacienti si mohli požiadať o vakcínu prostredníctvom online platformy, ale niekoľko hromadných očkovacích centier prijímalo pacientov bez predchádzajúcej registrácie. Na začiatku roka 2021 sa zriadilo osobitné webové sídlo zamerané na očkovaciu kampaň, pričom sa jeho prostredníctvom poskytujú informácie a zverejnil sa na ňom zoznam slovenských osobností, ktoré vyjadrujú podporu očkovaniu.

Napriek týmto opatreniam sa slovenská očkovacia kampaň nezaobišla bez problémov. Pomalé nasadzovanie kampane bolo údajne následkom nejasných pravidiel. Od prijatia prvej očkovacej stratégie 11. decembra 2020 sa prioritné skupiny zmenili aspoň štyrikrát, pričom posledná zmena nastala 8. marca 2021. Okrem toho kontroverzie vyvolávalo podanie vakcíny osobám mimo zoznam prioritných skupín a obstaranie vakcín, ktoré ešte neboli v Európe schválené.



Graf 20. Počet prípadov ochorenia COVID-19 sa znížil po zvýšení zaočkovanosti

Poznámka: Priemer EÚ sa neváži (počet krajín sa v prípade výpočtu priemeru mení, a to v závislosti od týždňa).
Zdroje: Počet prípadov ochorenia COVID-19 poskytlo ECDC a miery očkovania sa prebrali z Our World in Data.

Slovenský informačný systém v oblasti zdravia by bolo možné zlepšiť prostredníctvom lepšieho prepojenia údajov

Pandémiou ochorenia COVID-19 sa ukázala dôležitosť spoľahlivej infraštruktúry údajov týkajúcich sa zdravia s cieľom poskytnúť údaje v reálnom čase vhodné pre tvorbu politik a rozhodovanie. Pred pandémiou bolo Slovensko jednou z mála krajín EÚ s vysokou technickou a prevádzkovou pripravenosťou na vygenerovanie spektra údajov v oblasti zdravia z elektronických zdravotných záznamov v reálnom čase (OECD/EÚ, 2020). Napriek tomu neboli záznamy z elektronického zdravotníctva použité na vygenerovanie údajov. Namiesto toho sa vybudoval úplne nový informačný systém v súvislosti s ochorením COVID-19, ktorý sa obchádzal so zavedeným systémom elektronického zdravotníctva. Hlavnými dôvodmi boli problémy s prepojením údajov, keďže údaje záznamov z elektronického zdravotníctva sú uložené na štyroch zdrojoch s rôznymi systémami a chýbajú im jedinečné identifikátory pacientov. Národné centrum zdravotníckych informácií plánuje posilniť systémy prostredníctvom rôznych pripravovaných projektov, ktorými sa zase podporí vytvorenie európskeho priestoru pre údaje týkajúce sa zdravia (Európska komisia, 2021b).

Investície do slovenského systému zdravotnej starostlivosti pochádzajú prevažne zo zdrojov financovania EÚ

Pred pandémiou poskytlo Slovensko približne 0,3 % svojho HDP na kapitálové investície do zdravotníctva v porovnaní s priemerom EÚ na úrovni 0,4 %. V auguste 2020 preradilo ministerstvo zdravotníctva 48 miliónov EUR z Európskeho fondu regionálneho rozvoja na pokrytie nemocničných nákladov v boji proti ochoreniu COVID-19. Nemocnice boli vyzvané, aby požiadali o nenávratné finančné príspevky na účely kúpy nového vybavenia, pomôcok alebo materiálov do konca roka 2021. Okrem toho Slovensko dostane 1,533 miliardy EUR z Fondu obnovy EÚ na svoj plán obnovy a odolnosti s cieľom posilniť svoj systém zdravotnej starostlivosti (Európska komisia, 2021c). Tieto zdroje sa rozdelia na tri časti: 1,163 miliardy EUR je určených na nemocničnú zdravotnú starostlivosť, neodkladnú zdravotnú starostlivosť a primárnu zdravotnú starostlivosť (vrátane optimalizovania siete nemocníc), 105 miliónov EUR je určených na zdravotnú starostlivosť v oblasti duševného zdravia a 265 miliónov EUR je určených na dlhodobú sociálnu a zdravotnú starostlivosť.

6 Hlavné zistenia

- Stredná dĺžka života na Slovensku sa medzi rokmi 2000 až 2020 neustále predlžovala zo 73,3 na 76,9, ale zostáva medzi najkratšími v EÚ, a to takmer štyri roky pod priemerom EÚ. V dôsledku ochorenia COVID-19 sa stredná dĺžka života skrátila takmer o rok medzi rokmi 2019 až 2020, čo je o čosi viac v porovnaní s priemerom EÚ. Rozdiely v strednej dĺžke života na základe sociálno-ekonomického postavenia sú naďalej jedny z najväčších v EÚ, muži s najvyšším vzdelaním žijú priemerne o 15 rokov dlhšie než muži s najnižším vzdelaním.
- Takmer polovica všetkých úmrtí na Slovensku súvisí s príčinami, ktorým sa potenciálne dalo predísť, pričom ide o príčiny súvisiace so správaním a environmentálne príčiny. Iba riziká súvisiace so stravovaním spôsobili 26 % všetkých úmrtí v roku 2019, čo je vysoko nad priemerom EÚ na úrovni 17 %. Miery obezity u dospelých a mladistvých sa zvyšujú. Vysoký výskyt fajčenia u dospelých aj mladistvých je naďalej obavou v oblasti verejného zdravia.
- V roku 2019 predstavovali výdavky na zdravotníctvo na Slovensku 7,0 % HDP, čo je oveľa menej v porovnaní s priemerom EÚ (9,9 %). Napriek tejto relatívne nízkej úrovni Slovensko poskytuje komplexný balík výhod takmer pre celé obyvateľstvo. Podiel verejných výdavkov podľa druhu služby je vyšší v porovnaní s priemerom EÚ, ale hotovostné výdavky predstavujú takmer 20 % výdavkov na zdravotníctvo, čo je do veľkej miery spôsobené nákupom ambulantných liekov.
- Slovensko má jedny z najvyšších mier úmrtnosti v EÚ z príčin, ktorým sa dalo predísť, a príčin, ktoré sú liečiteľné, ale na prevenciu vynakladá najmenej v EÚ. Stále existuje značný priestor na zlepšenie, pokiaľ ide o účinné politiky v oblasti verejného zdravia s cieľom znížiť počet hospitalizácií, ktorým sa dalo predísť, a predčasných úmrtí.
- Zatiaľ čo miera úmrtnosti na rakovinu na Slovensku patrí medzi najvyššie v EÚ, krajina vynakladá väčšie úsilie o zníženie jej rozšírenia. Po prvýkrát bol v roku 2018 prijatý Národný plán boja proti rakovine s cieľom dosiahnuť pokrok v oblasti prevencie a zdravotnej starostlivosti v prípade rakoviny s počiatočnými opatreniami zameranými na celoštátny skríning vybraných druhov rakoviny. Tieto skríningové programy boli, žiaľ, v roku 2020 dočasne pozastavené alebo odložené v dôsledku ochorenia COVID-19.
- Prístup k zdravotnej starostlivosti je pre väčšinu slovenského obyvateľstva všeobecne dobrý, pričom pred pandémiou veľmi málo ľudí uviedlo nenaplnené potreby v oblasti lekárskej starostlivosti. Kríza spôsobená ochorením COVID-19 a súvisiace opatrenia proti šíreniu obmedzili v rokoch 2020 a 2021 prístup k službám. Na začiatku roka 2021 nahlásilo 23 % ľudí, že sa zdržali počas prvých 12 mesiacov pandémie vyhľadania zdravotnej starostlivosti, čo je jemne viac v porovnaní s priemerom EÚ na úrovni 21 %. Zavedením telemedicíny sa pomohol zlepšiť prístup k starostlivosti počas druhej vlny pandémie.
- Zatiaľ čo počet prípadov ochorenia COVID-19 a úmrtí počas prvej vlny pandémie bol pomerne nízky, čo sa sčasti pripisuje rýchlemu zavedeniu opatrení proti šíreniu na Slovensku, od septembra 2020 sa počet exponenciálne zvýšil. Do konca júna 2021 bola miera úmrtnosti v dôsledku ochorenia COVID-19 približne o 80 % vyššia v porovnaní s priemerom EÚ. Slovensko počas druhej vlny čelilo viacerým výzvam vrátane častých zmien opatrení, kampane hromadného antigénového testovania, ktorá neprebehla v súlade s očakávaním, a nestabilnej politickej situácie.
- Vykonali sa opatrenia na zvýšenie dostupnosti materiálnych a ľudských zdrojov počas pandémie, ako je prerozdelenie nemocničných lôžok pacientom s ochorením COVID-19 a dodatočné finančné príspevky pre nemocnice na účely nákupu zdravotníckeho vybavenia. Vzhľadom na pomerne nízku hustotu lekárov a zdravotných sestier pred pandémiou však kapacita pracovných síl v zdravotníctve bola hlavnou prekážkou v reakcii Slovenska na pandémiu. Opatrenia na posilnenie kapacity pracovných síl v zdravotníctve zahŕňali mobilizáciu dodatočných zamestnancov a dodatočné odmeny, ale v priebehu pandémie prišli pomerne neskoro.

Hlavné zdroje

OECD/EU (2020), *Health at a Glance: Europe 2020 – State of Health in the EU Cycle*, Paris.

WHO Regional Office for Europe, European Commission, *European Observatory on Health Systems and Policies (2021), COVID-19 Health Systems Response Monitor – Slovakia*.

Odkazy

AOPP (2021), *Svoju daň si vyžiada nielen COVID, AOPP vidí zásadný problém v odloženej zdravotnej starostlivosti* [Not only will COVID demand its tax, AOPP sees a fundamental problem in deferred health care].

Bednarik M, Hidas S, Machlica G (2019), *Enhancing the social integration of Roma in Slovak Republic*, OECD Economics Department Working Papers, No. 1551, Paris, OECD Publishing, Paris.

EU Expert Group on Health Systems Performance Assessment (HSPA) (2020), *Assessing the resilience of health systems in Europe: an overview of the theory, current practice and strategies for improvement*.

Eurofound (2021), *Living, working and COVID-19 survey, third round (February–March 2021)*.

European Commission (2020a), *Country Report Slovakia 2020. 2020 European Semester*.

European Commission (2020b), *A pharmaceutical strategy for Europe*.

European Commission (2021a), *Europe's Beating Cancer Plan*.

European Commission (2021b), *The European Health Data Space*.

European Commission (2021c), *European Commission endorses Slovakia's recovery and resilience plan*.

Kerekes D, Folentová V (2020), *Najvyššiu účasť na testovaní hlási západné Slovensko. V Galante sa na odberových miestach zapotili najviac, pretestovali 76 percent obyvateľov* [Western Slovakia reports the highest participation in testing. In Galanta, the sampling sites worked the hardest, testing 76 percent of the population].

Ministry of Finance, Ministry of Health (2019), *Healthcare spending review II*.

Ministry of Health (2018), *Informácia o stave zdravotníckeho personálu v Slovenskej republike – nové znenie* [Information on the state of medical personnel in the Slovak Republic, new version].

Ministry of Health (2020), *Pandemický plán pre prípad pandémie v slovenskej republike* [Pandemic plan in the event of pandemics in the Slovak Republic].

Ministry of Health (2021), *Vyhláška, ktorou sa ustanovujú kritériá určovania poradia očkovania osôb protiochoreniu COVID-19* [Decree laying down criteria for determining the order of vaccination of persons against COVID-19 disease].

NCZI (2021), *2019 Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky* [2019 Medical Yearbook of the Slovak Republic].

Public Health Office (2020), *Plán riešenia ochorenia COVID-19 v marginalizovaných rómskych komunitách* [Plan for addressing COVID-19 in marginalised Roma communities].

UDZS (2020), *Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia* [Report on the state of implementation of public health insurance].

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	Švédsko	SE
Cyprus	CY	Holandsko	NL	Maďarsko	HU	Rakúsko	AT	Taliano	IT
Dánsko	DK	Írsko	IE	Malta	MT	Rumunsko	RO		

State of Health in the EU

Zdravotný profil krajiny 2021

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 (2021), *Slovensko: Zdravotný profil krajiny 2021, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brusel.

ISBN 9789264764095 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)