European Commission

State of Health in the EU

Slovensko

Zdravotný profil krajiny 2023

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO

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 tvorcov politík a autority pomocou vzájomného učenia a dobrovoľnej výmeny informácií. Po prvýkrát od uverejňovania súborov sa vo vydaní zdravotných profilov krajín za rok 2023 zavádza osobitný oddiel venovaný duševnému zdraviu.

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 6
4. SYSTÉM ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI 8
5. VÝKONNOSŤ SYSTÉMU ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI 11
   5.1 Efektívnosť 11
   5.2 Prístupnosť 13
   5.3 Odolnosť 16
6. AKTUÁLNA TÉMA: DUŠEVNÉ ZDRAVIE 20
7. 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 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 27 členských štátov, pokiaľ sa neuvádza inak. Tieto priemery EÚ nezahŕňajú Island a Nórsko.

Tento profil bol dokončený v septembri 2023 na základe údajov dostupných v prvej polovici septembra 2023.

Demografická a sociálno-ekonomická situácia na Slovensku v roku 2022

Demografické činitele	Slovensko	EÚ
Počet obyvateľov	5 134 712	446 735 291
Podiel obyvateľov vo veku nad 65 rokov (%)	17,4	21,1
Miera plodnosti[1] (2021)	1,6	1,5
Sociálno-ekonomické činitele		
HDP na obyvateľa (PKS EUR[2])	24 061	35 219
Relatívna miera chudoby[3] (%)	13,7	16,5
Miera nezamestnanosti (%)	6,1	6,2

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: Táto práca je publikovaná na zodpovednosť generálneho tajomníka OECD. Vyjadrené názory a použité argumenty nemusia nevyhnutne odrážať oficiálne názory členských krajín OECD. Názory a stanoviská vyjadrené v publikáciách Európskeho strediska pre sledovanie zdravotných systémov a politík nemusia nevyhnutne vyjadrovať oficiálnu politiku zúčastnených organizácií. V prípade akéhokoľvek rozporu medzi originálom práce v angličtine a prekladom by sa za platný mal považovať len text originálu práce.

Táto práca vznikla s finančnou podporou Európskej únie. Názory v ňom vyjadrené nemožno v žiadnom prípade považovať za oficiálne stanovisko Európskej únie.

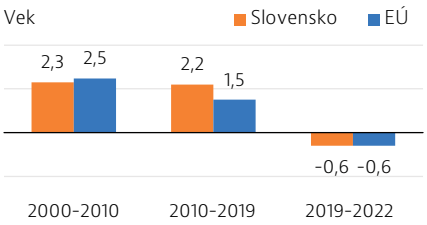
Názvy a zastúpenie krajín a území použité v tejto spoločnej publikácii sa riadia praxou WHO.

Územné výhrady platné pre OECD: Tento dokument, ako aj všetky údaje a mapy v ňom obsiahnuté nemajú vplyv na štatút alebo zvrchovanosť akéhokoľvek územia, na vymedzenie medzinárodných hraníc a limitov a na názov akéhokoľvek územia, mesta alebo oblasti. Ďalšie špecifické vyhlásenia o odmietnutí zodpovednosti sú k dispozícii tu.

Územné vyhlásenia o odmietnutí zodpovednosti platné pre WHO: Použité označenia a prezentácia tohto materiálu neznamenajú vyjadrenie akéhokoľvek názoru zo strany WHO, pokiaľ ide o právny štatút akejkoľvek krajiny, územia, mesta alebo oblasti alebo ich orgánov, alebo pokiaľ ide o vymedzenie ich hraníc alebo limitov. Bodkované a prerušované čiary na mapách predstavujú približné hraničné línie, v prípade ktorých ešte nemusí existovať úplná dohoda.

© OECD a Svetová zdravotnícka organizácia (pôsobiaca ako hostiteľská organizácia a sekretariát Európskeho strediska pre sledovanie zdravotných systémov a politík) 2023.

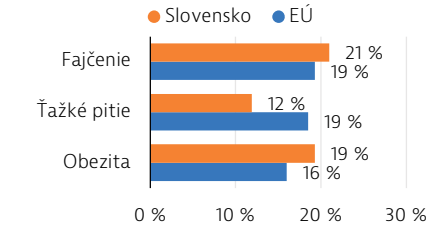
1 Hlavné body



Zmeny strednej dĺžky života pri narodení

Stav zdravia

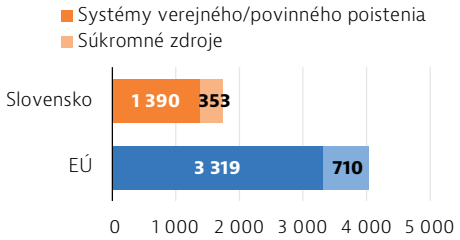
Stredná dĺžka života na Slovensku v desaťročí pred pandémiou COVID-19 rýchlo rástla, ale v rokoch 2019 až 2021 výrazne klesla a v roku 2022 sa opäť zvýšila na 77,2 roka, čo je však stále 3,5 roka pod priemerom EÚ. V období rokov 2020 - 22 bola nadúmrtnosť vysoká, v priemere o 20 % vyššia ako úroveň pred vypuknutím pandémie. Popri COVID-19 boli hlavnými príčinami úmrtí v rokoch 2020 a 2021 choroby obehovej sústavy a rakovina.



% dospelej populácie, 2019

Rizikové faktory

Takmer polovica všetkých úmrtí na Slovensku v roku 2019 súvisela s rizikovými faktormi správania vrátane rizík súvisiacich so stravovaním, fajčením tabaku, konzumáciou alkoholu a nízkymi úrovňami fyzickej aktivity. Miery fajčenia tabaku a obezity u dospelých sú vyššie v porovnaní s priemermi EÚ. Rovnako ako vo väčšine krajín EÚ býva výskyt rizikových faktorov správania na Slovensku vyšší u ľudí s najnižšími úrovňami vzdelania a príjmu.



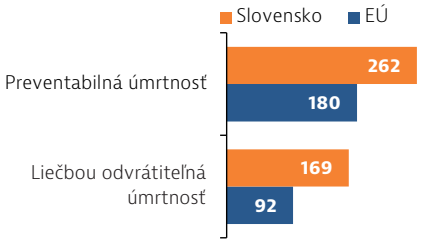
PKS v EUR na osobu, 2021

Systém zdravotnej starostlivosti

V roku 2021 Slovensko vynaložilo na zdravotníctvo 1 743 EUR na obyvateľa (upravené o rozdiely v kúpnej sile), čo je menej ako polovica priemeru EÚ vo výške 4 029 EUR a jedna z najnižších súm v EÚ. Výdavky na zdravotníctvo vyjadrené ako podiel HDP predstavovali 7,8 % v roku 2021, čo je takisto oveľa menej ako priemer EÚ vo výške 11,0 %. Približne 80 % výdavkov na zdravotníctvo v roku 2021 pochádzalo z verejných zdrojov, čo sa blíži priemeru EÚ vo výške 81 %.

Efektívnosť

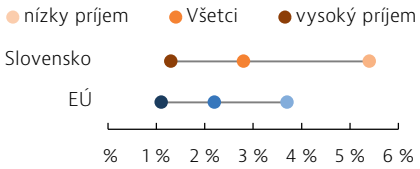
Slovensko má jedny z najvyšších mier úmrtnosti z preventabilných a liečiteľných príčin. Stále existuje značný priestor na zlepšenie, pokiaľ ide o účinné politiky v oblasti verejného zdravia s cieľom znížiť počet predčasných úmrtí. Hoci prevencia a podpora zdravia sú súčasťou politického programu, financovanie je stále nedostatočné.



Štandardizovaná miera úmrtnosti na 100 000 obyvateľov, 2020

Prístupnosť

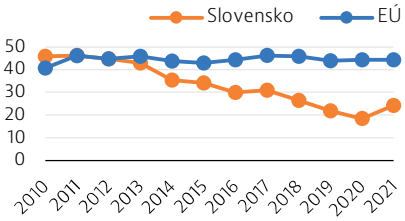
V roku 2022 približne 3 % Slovákov uvádzalo určité nenaplnené potreby v oblasti lekárskej starostlivosti, čo je nad priemerom EÚ. Nenaplnené potreby sa počas pandémie zvýšili u obyvateľov v najnižšom kvintile príjmov, najmä v dôsledku dlhších čakacích lehôt, pričom u obyvateľov v najvyššom kvintile sa znížili. U ľudí v najnižšom kvintile príjmov bola v roku 2022 štyrikrát vyššia pravdepodobnosť, že budú uvádzať nenaplnené potreby, než u ľudí v najvyššom kvintile.



% uvádzajúce nenaplnené lekárske potreby, 2022

Odolnosť

Pandémia poukázala na nedostatok zdravotníckych pracovníkov na Slovensku ako hlavnú prekážku z hľadiska reakcie na krízu. Počet zdravotných sestier sa za posledné desaťročie znížil v dôsledku nezaujímavých pracovných podmienok a nízkeho odborného uznania, čo sa odráža na neustále klesajúcom počte absolventov odboru ošetrovateľstvo, počas pandémie si však toto povolanie získalo určitú pozornosť.



Počet absolventov odboru ošetrovateľstvo na 100 000 obyvateľov

Duševné zdravie

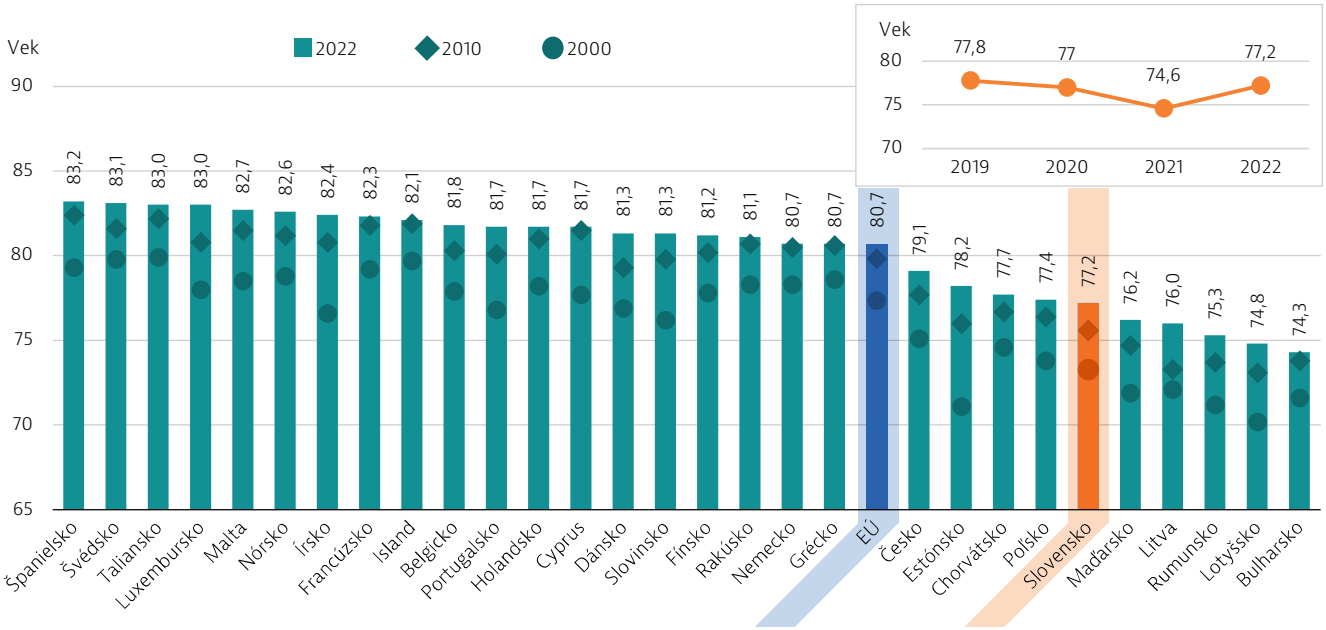
Odhaduje sa, že v roku 2019 mal približne každý siedmy človek na Slovensku duševnú poruchu. Úzkosť a depresia boli najčastejšími duševnými poruchami, po ktorých nasledovali poruchy spôsobené konzumáciou alkoholu a užívaním drog. Politické priority zahŕňajú posilnenie komunitných služieb a ambulantnej starostlivosti v oblasti duševného zdravia s cieľom zlepšiť prístupnosť, riešiť nízky počet špecializovaných zdravotníckych pracovníkov a podporiť investície do infraštruktúry v oblasti duševného zdravia.

2 Zdravie na Slovensku

Stredná dĺžka života na Slovensku počas pandémie ochorenia COVID-19 sa výrazne skrátila

V desaťročí pred pandémiou sa stredná dĺžka života na Slovensku predlžovala rýchlejšie ako priemer EÚ, v rokoch 2020 a 2021 sa však výrazne skrátila a v roku 2022 sa opäť začala predlžovať (graf 1). Stredná dĺžka života pri narodení na Slovensku v roku 2022 predstavovala 77,2 roka, čo bolo o 3,5 roka menej ako priemer EÚ (80,7 roka).

Graf 1. V roku 2022 bola stredná dĺžka života na Slovensku o 3,5 roka kratšia ako priemer EÚ



Poznámky: Priemer EÚ sa váži. Údaje za rok 2022 sú predbežné odhady Eurostatu, ktoré sa môžu líšiť od vnútroštátnych údajov a podliehať revízii. Údaje za Írsko sa týkajú roku 2021.
Zdroj: databáza Eurostatu.

Rodový rozdiel v strednej dĺžke života na Slovensku je väčší ako priemer EÚ. V roku 2022 mohli slovenské ženy očakávať, že sa v priemere dožijú o 6,9 roka viac ako muži (80,6 roka v porovnaní so 73,7 roka), pričom priemer EÚ tohto rozdielu je 5,4 roka. To do veľkej miery odráža rodové rozdiely vo výskyte rizikových faktorov správania, ako je fajčenie a veľká konzumácia alkoholu (pozri oddiel 3).

V roku 2021 boli hlavnými príčinami úmrtia na Slovensku kardiovaskulárne ochorenia a ochorenie COVID-19

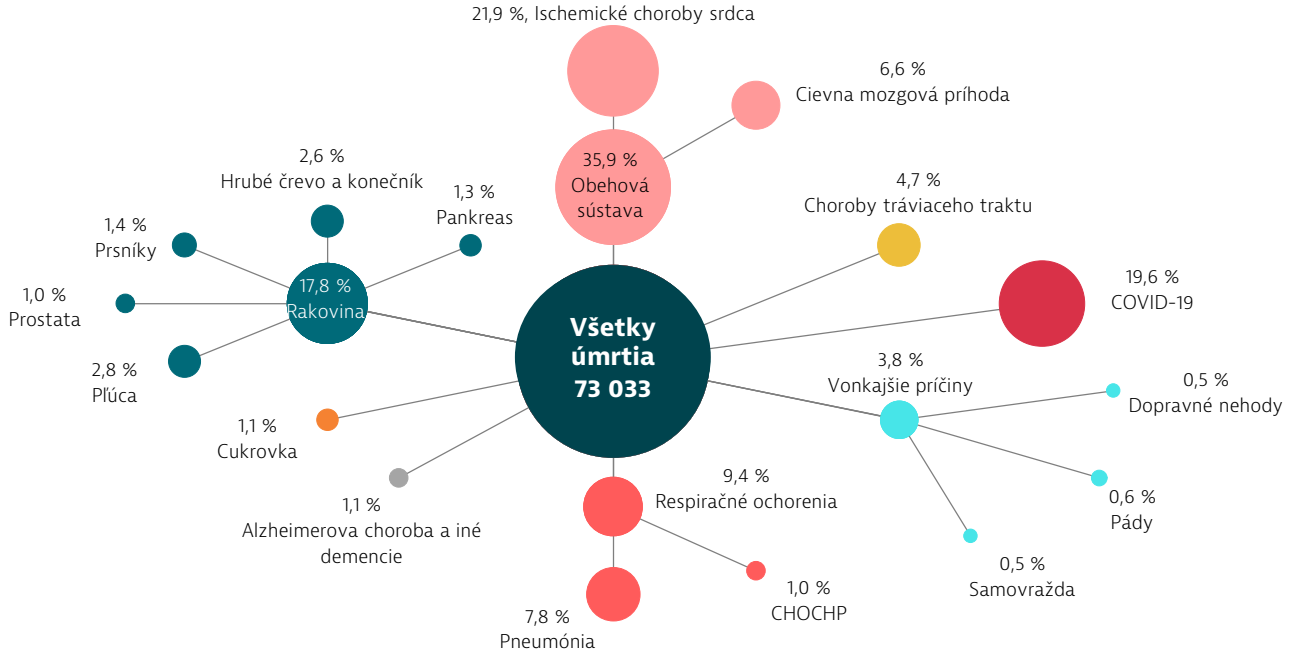
Predĺženie strednej dĺžky života v dvoch desaťročiach pred pandémiou bolo spôsobené najmä klesajúcou úmrtnosťou na ochorenia obehovej sústavy (kardiovaskulárne ochorenia), najmä ischemickú chorobu srdca, ale jej miera sa počas pandémie zvýšila. Kardiovaskulárne ochorenia zostali vedúcou príčinou smrti v roku 2021, pričom spôsobovali 36 % všetkých úmrtí. Ochorenie COVID-19 bolo druhou vedúcou príčinou a spôsobovalo takmer 20 % všetkých úmrtí, pričom po ňom nasledovala rakovina. Vedúcou príčinou smrti na rakovinu zostala rakovina pľúc, potom rakovina hrubého čreva a konečníka (graf 2).

Nadmerná úmrtnosť na Slovensku patrila počas pandemických rokov medzi najvyššie v EÚ

Ukazovateľ nadmernej úmrtnosti, ktorý je vymedzený ako podiel úmrtí spôsobených všetkými príčinami nad priemerom úmrtí za päť rokov pred pandémiou (2015 – 2019), môže poskytovať ucelenejšie informácie o vplyve ochorenia COVID-19 na úmrtnosť. Viac ako 30 000 nadmerných úmrtí na Slovensku v rokoch 2020 až 2022 predstavovalo o takmer 20 % vyššiu úmrtnosť v porovnaní s rokmi pred pandémiou, čo je oveľa vyššia miera nadmernej úmrtnosti, než bola pozorovaná vo väčšine iných krajín EÚ (graf 3). Nadmerná úmrtnosť na Slovensku dosiahla vrchol v roku 2021 a následne v roku 2022 klesla na 10 % nad úrovňami pred pandémiou.

Nahlásené úmrtia spôsobené ochorením COVID-19 predstavovali v rokoch 2020 až 2022 viac ako 60 % nadmerných úmrtí na Slovensku. Vyššia úroveň nadmernej úmrtnosti ako úmrtí spôsobených ochorením COVID-19 poukazuje na určité nedostatočné nahlasovanie úmrtí spôsobených ochorením COVID-19 alebo vyšší počet úmrtí z iných príčin, pri ktorých ochorenie COVID-19 mohlo byť

Graf 2. Ochorenia obehovej sústavy, ochorenie COVID-19 a rakovina spôsobovali takmer tri štvrtiny všetkých úmrtí na Slovensku v roku 2021



Poznámka: CHOCHP je chronická obštrukčná choroba pľúc.
Zdroj: databáza Eurostatu (údaje sa týkajú roku 2021).

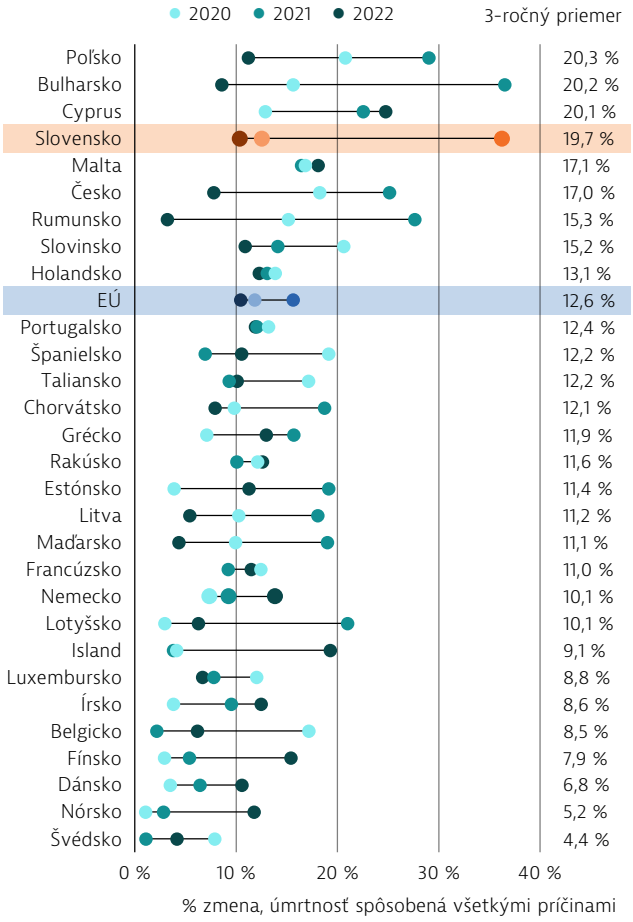
faktorom komorbidity. Nadmerná úmrtnosť v období od marca 2020 do februára 2022 sa blížila počtu úmrtí ľudí, ktorí mali pozitívny test v posledných troch mesiacoch svojho života (Pažitný et al., 2022).

Slovenské ženy vo veku 65 rokov môžu očakávať, že sa dožijú vyššieho veku ako muži, ale v horšom zdraví

Podobne ako iné krajiny EÚ aj Slovensko zaznamenalo za posledných dvadsať rokov demografický posun smernom k staršej populácii, pričom podiel ľudí vo veku 65 a viac rokov sa zvýšil z 11 % z celkového počtu obyvateľov v roku 2000 na 17 % v roku 2020. Predpokladá sa, že do roku 2050 sa tento podiel zvýši na 29 %.

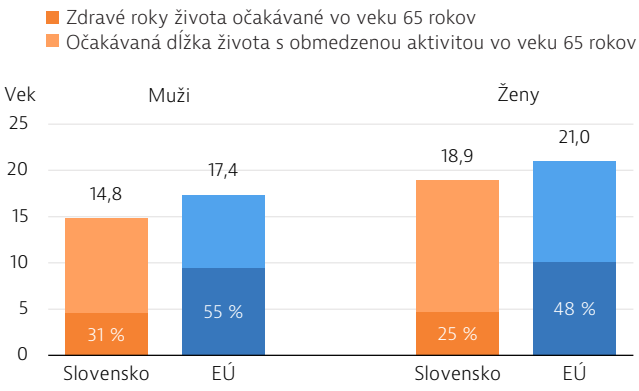
V roku 2020 slovenské ženy vo veku 65 rokov mohli očakávať, že budú žiť ešte 18,9 roka, pričom muži mohli očakávať, že budú žiť ešte 14,8 roka. V prípade očakávanej strednej dĺžky života v zdraví však neexistuje žiaden rodový rozdiel (vymedzený ako stredná dĺžka života v zdraví), pretože slovenské ženy zvyknú žiť menšiu časť svojho života po dovŕšení 65 rokov bez obmedzení aktivity (graf 4). Podľa prieskumu SHARE u ľudí vo veku 65 a viac rokov ženy uvádzali, že trpia viacerými chronickými stavmi (34 %) častejšie ako muži (14 %) a sú obmedzené vo svojich každodenných činnostiach (37 %) častejšie ako muži (18 %).

Graf 3. Nadmerná úmrtnosť na Slovensku dosiahla vrchol v roku 2021



Poznámka: Nadmerná úmrtnosť je vymedzená ako počet úmrtí spôsobených všetkými príčinami nad priemerom za predchádzajúcich päť rokov pred pandémiou ochorenia COVID-19 (2015 – 2019).
Zdroj: štatistika OECD týkajúca sa verejného zdravia za rok 2023 vychádzajúca z údajov Eurostatu.

Graf 4. Hoci ženy na Slovensku žijú dlhšie ako muži, v strednej dĺžke života v zdraví vo veku 65 rokov nie je žiaden rodový rozdiel



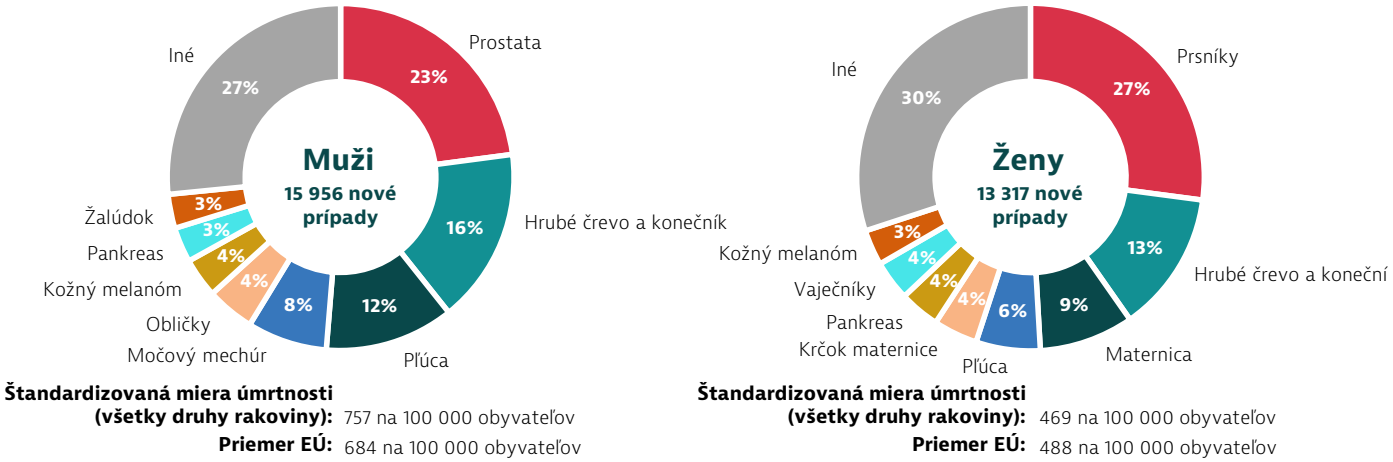
Poznámka: Porovnateľnosť údajov s ostatnými krajinami EÚ je obmedzená z dôvodu odlišných formulácií otázok prieskumu na meranie obmedzenia aktivity v rámci prieskumu EU-SILC.
Zdroj: databáza Eurostatu (údaje sa týkajú roku 2020).

Rozšírenie rakoviny na Slovensku je vysoké

Podľa najnovších odhadov Spoločného výskumného centra na základe tendencií výskytu v predchádzajúcich rokoch sa na Slovensku v roku 2022 očakávalo diagnostikovanie viac ako 29 000 nových prípadov ochorenia na rakovinu. Očakávalo sa, že u mužov budú štandardizované miery výskytu pre všetky druhy rakoviny v porovnaní s priemerom EÚ vyššie, ale u žien budú nižšie (graf 5). Hlavnými miestami rakoviny v tele u mužov sú prostata (23 %), hrubé črevo a konečník (16 %) a pľúca (12 %). U žien sú vedúcim miestom rakoviny v tele prsníky (27 %), potom hrubé črevo a konečník (13 %) a maternica (10 %).

V roku 2021 zomrelo na rakovinu viac ako 13 000 ľudí, pričom Slovensko malo jednu z najvyšších mier úmrtnosti na rakovinu v EÚ. Slovensko v roku 2021 zaviedlo do svojho Národného onkologického programu z roku 2018 nové opatrenia na obdobie 2021 – 2025 s cieľom znížiť výskyt rakoviny a úmrtnosť na rakovinu a zlepšiť kvalitu života pacientov v súlade s európskym plánom na boj proti rakovine (Európska komisia, 2021).

Graf 5. V roku 2022 sa na Slovensku očakávalo diagnostikovanie viac ako 29 000 prípadov rakoviny



Poznámky: Nezohľadňuje sa melanómová rakovina kože, rakovina maternice nezahŕňa rakovinu krčka maternice.
Zdroj: ECIS – európsky informačný systém o rakovine.

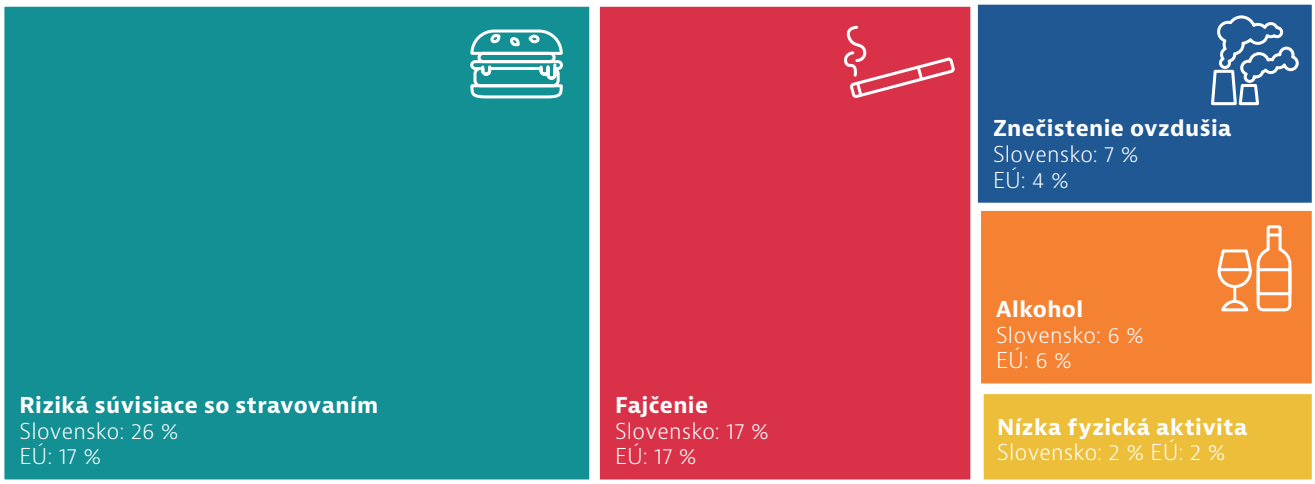
3 Rizikové faktory

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

Približne polovicu všetkých úmrtí na Slovensku v roku 2019 možno pripísať rizikovým faktorom správania vrátane rizík súvisiacich so stravovaním, s fajčením tabaku, konzumáciou alkoholu a nízkymi úrovňami fyzickej aktivity (graf 6). Environmentálne faktory ako znečistenie ovzdušia takisto 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. Podiely súvisiace so spotrebou tabaku (17 %), s konzumáciou alkoholu (6 %) a nedostatkom fyzickej aktivity (2 %) sa rovnali ich príslušným priemerom EÚ.

Graf 6. Nesprávne stravovanie, fajčenie a znečistenie ovzdušia prispievajú k mieram úmrtnosti



Poznámky: Celkový počet úmrtí súvisiacich s týmito rizikovými faktormi je nižší ako súčet každého jednotlivo, pretože jedno 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.
Zdroj: IHME (2020), Global Health Data Exchange (odhady za rok 2019).

Miera fajčenia tabaku zostáva vysoká

Vysoký výskyt fajčenia u dospelých a mladistvých je naďalej závažným problémom v oblasti verejného zdravia na Slovensku (graf 7). V roku 2022 uvádzalo až 18 % 15-ročných, že počas predchádzajúceho mesiaca fajčili cigarety. Hoci tento podiel sa od roku 2014 znížil, je stále nad priemerom EÚ (17 %). V roku 2019 uvádzalo 21 % dospelých, že denne fajčia, čo je vyššia miera než vo väčšine krajín EÚ. Pri fajčení existuje veľký rodový rozdiel: v roku 2019 uviedlo 27 % slovenských mužov, že denne fajčia, v porovnaní s 15 % žien.

V roku 2023 Slovensko zaviedlo nové právne predpisy na kontrolu nikotínu, pričom zakázalo predaj nových nikotínových produktov vrátane beztabakových vreciek osobám mladším ako 18 rokov a ich používanie týmito osobami. Od polovice roka 2023 prebiehajú diskusie o nariadeniach týkajúcich sa elektronických cigariet a vapingových výrobkov. Okrem toho Národný akčný plán na kontrolu tabaku a súvisiacich výrobkov na roky 2023 – 2030, ktorý vláda schválila koncom roku 2022, sa zameriava na gramotnosť v oblasti zdravia, pokiaľ ide o riziká fajčenia a používanie alternatívnych výrobkov, na poradenstvo na ukončenie fajčenia, posilňovanie ochrany nefajčiarov a súvisiace kampane v oblasti verejného zdravia.

Konzumácia alkoholu u dospelých sa blíži k priemeru EÚ, pričom miery ťažkého pitia sú nižšie

Celková konzumácia alkoholu u dospelých Slovákov (10,2 litra čistého alkoholu na obyvateľa v roku 2020) bola nad priemerom EÚ (9,8 litra). Hoci ťažké pitie je na Slovensku menej bežné v porovnaní s väčšinou iných krajín EÚ, je oveľa častejšie u mužov (19 %) ako u žien (5 %)[1]. Podiel 15-ročných, ktorí uviedli, že sa opili viac ako raz, bol v roku 2022 rovnaký ako priemer EÚ (18 %) a za posledných desať rokov sa znížil.

Nadváha a obezita sa stávajú závažnou obavou v oblasti verejného zdravia

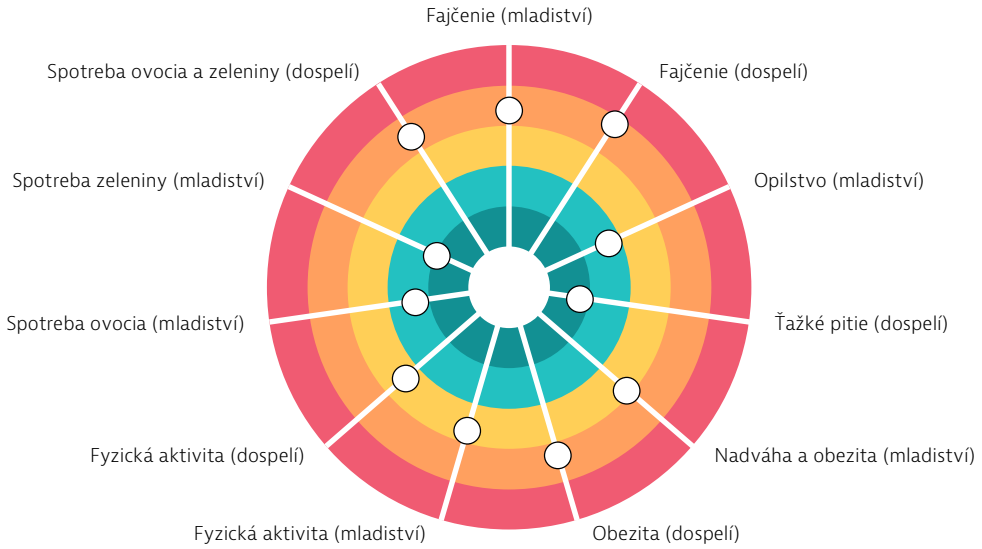
Takmer každý piaty dospelý (19 %) na Slovensku bol v roku 2019 obézny, čo je vyššia miera ako priemer EÚ (16 %). Od roku 2014 sa miera obezity na Slovensku mimoriadne prudko zvýšila u mužov. Nadváha a obezita sa takisto zvyšujú u mladistvých: 21 % 15-ročných trpelo v roku 2022 nadváhou alebo obezitou (zvýšenie z 15 % v roku 2014), čo je miera podobná priemeru EÚ.

Nesprávne stravovanie a chýbajúca aktivita sú kľúčovými faktormi nadváhy a obezity. V roku 2019 len 8,5 % dospelých Slovákov (10 % žien a 7 % mužov) uviedlo, že konzumujú aspoň päť porcií ovocia a zeleniny denne, čo je nižšia miera ako priemer EÚ vo výške 12,4 %. V roku 2022 len 34 % mladistvých uviedlo, že konzumujú aspoň jednu porciu ovocia, a len 38 % uviedlo, že konzumujú aspoň jednu zeleninu denne.

V roku 2019 len 30 % dospelých (25 % žien a 37 % mužov) uviedlo, že sa zapájajú do miernej fyzickej aktivity v trvaní aspoň 2,5 hodiny týždenne, čo je podiel mierne nižší ako priemer EÚ (33 %).

1 *Ťažké pitie je vymedzené ako konzumácia šesť a viac alkoholických nápojov pri jednej príležitosti u dospelých.*

Graf 7.Významnými obavami v oblasti verejného zdravia na Slovensku sú fajčenie a obezita



Poznámky: Čím bližšie je bodka k stredu, tým lepšie je na tom krajina v porovnaní s inými krajinami EÚ. V bielej „cieľovej oblasti" nie je nijaká krajina, keďže priestor na zlepšenie existuje vo všetkých krajinách vo všetkých oblastiach.
Zdroje: výpočty OECD založené na prieskume HBSC z roku 2022 v prípade ukazovateľov týkajúcich sa mladistvých a európske zisťovanie o zdraví z roku 2019 v prípade ukazovateľov týkajúcich sa dospelých.

Sociálno-ekonomické rozdiely sú výraznejšie v prípade návykov zdravého životného štýlu

Mnohé rizikové faktory správania na Slovensku sú častejšie u ľudí s nižšími stupňami vzdelania alebo úrovňami príjmu. Miera fajčenia bola dvakrát vyššia u ľudí s nižšími stupňami vzdelania (23 %) ako u ľudí s vyššími stupňami vzdelania (11 %). Miera obezity je takisto oveľa vyššia u ľudí s nižšími (22 %) ako vyššími (12 %) stupňami vzdelania, pričom je aspoň čiastočne spôsobená nižšími úrovňami fyzickej aktivity (graf 8).

Graf 8: Ľudia s nižším vzdelaním na Slovensku častejšie fajčia a sú obéznejší

Poznámka: Nízke vzdelanie je vymedzené ako vzdelanie ľudí, ktorí nemajú ukončené sekundárne vzdelávanie (ISCED 0-2), zatiaľ čo vysoké vzdelanie je vymedzené ako vzdelanie ľudí, ktorí ukončili terciárne vzdelávanie (ISCED 5-8).
Zdroj: databáza Eurostatu (na základe európskeho zisťovania o zdraví z roku 2019).

4 Systém zdravotnej starostlivosti

Slovensko poskytuje povinné zdravotné poistenie takmer všetkým svojim obyvateľom

Slovensko prevádzkuje systém povinného zdravotného poistenia s tromi konkurenčnými zdravotnými poisťovňami (jedna verejná a dve súkromné), ktoré rokujú o zmluvách s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti týkajúcich sa kvality, cien a objemov zdravotnej starostlivosti. V roku 2023 je 55,5 % obyvateľov poistených vo Všeobecnej zdravotnej poisťovni, ktorej jediným akcionárom je ministerstvo zdravotníctva.

Systém povinného zdravotného poistenia zabezpečuje takmer kompletné pokrytie populácie. Všetci obyvatelia s trvalým pobytom na Slovensku majú nárok na krytie zo systému povinného zdravotného poistenia, s výnimkou obyvateľov, ktorí majú platné

krytie zdravotného poistenia v inej krajine EÚ. Okrem ekonomicky neaktívnej populácie, ktorej príspevky na poistenie platí priamo štát, sú všetci ostatní obyvatelia povinní platiť mesačné preddavky.

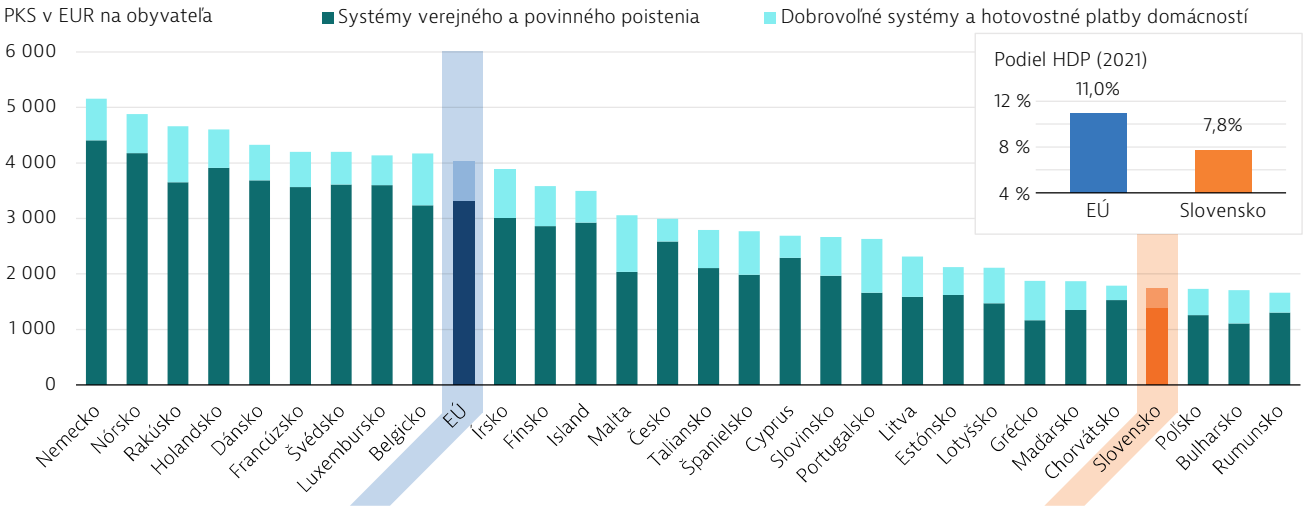
Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou vystupuje ako nezávislý monitorovací orgán pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti, poistenie a nákupy. Ministerstvo zdravotníctva ako ústredný správny orgán preberá významné regulačné funkcie tým, že vymedzuje balík nároku, riadi národné zdravotné registre a stanovuje minimálne kritériá týkajúce sa kvality. Okrem toho vlastní rôzne zdravotnícke zariadenia vrátane univerzitných nemocníc a špecializovaných zdravotníckych stredísk.

Výdavky na zdravotníctvo na Slovensku sú relatívne nízke, ale 80 % z nich je financovaných z verejných zdrojov

V roku 2021 Slovensko vynaložilo na zdravotníctvo 1 743 EUR na obyvateľa (upravené o rozdiely v kúpnej sile), čo je menej ako priemer EÚ vo výške 4 028 EUR (graf 9). Výdavky na zdravotníctvo vyjadrené ako podiel HDP predstavovali 7,8 % v roku 2021, čo bolo výrazne pod priemerom EÚ vo výške 11 %.

Takmer 80 % výdavkov na zdravotníctvo v roku 2021 bolo financovaných z verejných zdrojov (systémy verejného a povinného poistenia), čo je tesne pod priemerom EÚ vo výške 81 %. Hotovostné platby pozostávajú najmä zo spoluúčasti za ambulantne predpisované lieky, niektorých používateľských poplatkov a priamych platieb za služby, ktoré nie sú kryté zo systému povinného zdravotného poistenia, a predstavovali 19,4 % výdavkov na zdravotníctvo v roku 2021. Dobrovoľné zdravotné poistenie zohráva zanedbateľnú úlohu a predstavovalo menej ako 1 % celkových výdavkov na zdravotníctvo v roku 2021.

Graf 9. Výdavky na zdravotníctvo na Slovensku vyjadrené na obyvateľa, aj ako podiel HDP sú medzi najnižšími v EÚ



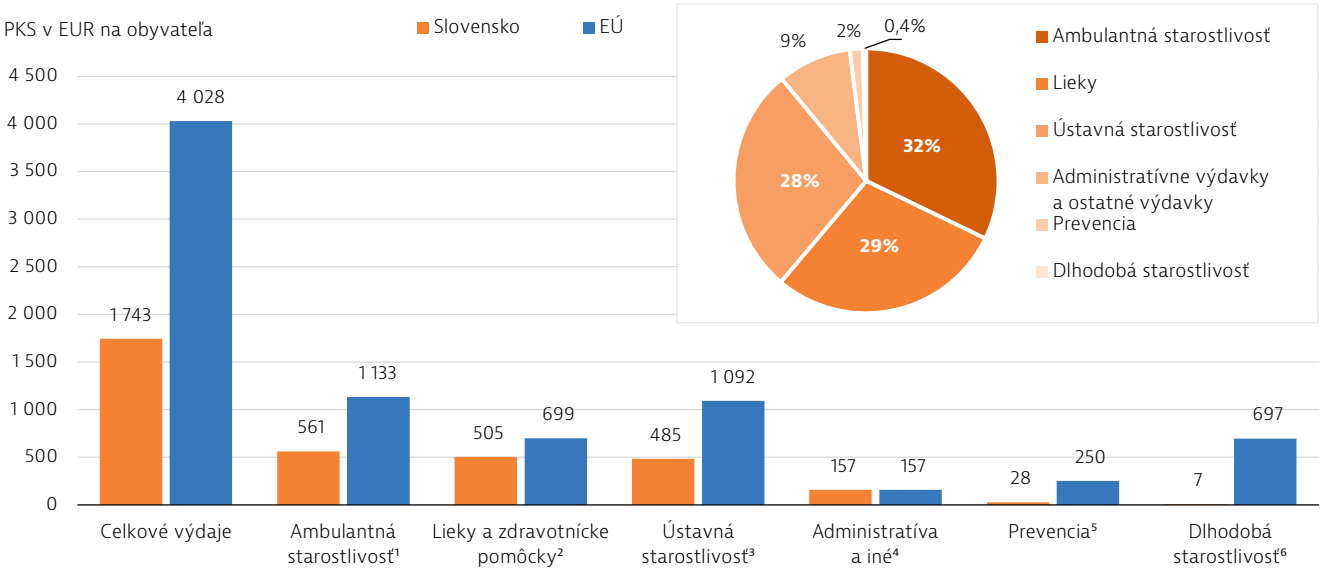
Poznámka: Priemer EÚ sa váži.
Zdroj: štatistika OECD týkajúca sa verejného zdravia za rok 2023 [údaje sa týkajú roku 2021 s výnimkou údajov za Maltu (2020)].

Výdavky na lieky si vyžadujú veľký podiel celkových výdavkov na zdravotníctvo

V roku 2021 Slovensko v rámci výdavkov na zdravotníctvo pridelilo takmer rovnaké podiely na ambulantnú starostlivosť (32 %), lieky (29 %) a ústavnú starostlivosť (28 %). Menšia časť výdavkov išla na administratívu, prevenciu a dlhodobú starostlivosť (graf 10). V absolútnom vyjadrení Slovensko míňa menej, ako sú priemery EÚ na všetky hlavné kategórie starostlivosti, a výdavky krajiny na obyvateľa v oblasti dlhodobej starostlivosti a prevencie boli v roku 2021 najnižšie v EÚ.

Vysoký podiel výdavkov na lieky, ktorý je vysoko nad priemerom EÚ vo výške 19 %, je spôsobený celkovo nízkou úrovňou výdavkov na zdravotníctvo na Slovensku. Zároveň ceny liekov sú zosúladené s vybranými krajinami EÚ, čo neplatí v prípade nákladov práce, ktoré majú vplyv na iné kategórie výdavkov. Od roku 2022 sa výdavky na lieky ďalej zvyšovali v dôsledku nových právnych predpisov zameraných na lepší prístup k inovatívnym liekom (pozri oddiel 5.2).

Graf 10. Slovensko míňa menej na obyvateľa ako je priemer EÚ vo všetkých kategóriách zdravotnej starostlivosti



Poznámky: V prípade priemeru EÚ ide o vážený priemer. 1. Vrátane domácej starostlivosti a podporných služieb (napr. preprava pacientov). 2. Zahŕňa len trh s ambulantnými pacientmi. 3. Vrátane liečebno-rehabilitačnej starostlivosti v nemocničných a iných zariadeniach. 4. Zahŕňa riadenie a správu systému zdravotnej starostlivosti a iné výdavky. 5. Zahŕňa len výdavky na organizované preventívne programy. 6. Zahŕňa len zložku zdravotníctvo a nezahŕňa žiadne výdavky v oblasti zariadení dlhodobej sociálnej starostlivosti.
Zdroj: štatistika OECD týkajúca sa verejného zdravia za rok 2023 [údaje sa týkajú roku 2021].

Slovensko má vysoký počet nemocničných lôžok a nízke miery obsadenosti, ale plánuje zaviesť nový systém siete nemocníc

Počet nemocničných lôžok na Slovensku bol v poslednom desaťročí stabilný, a to na úrovni 5,7 lôžka na 1 000 obyvateľov v roku 2021, čo je nad priemerom EÚ vo výške 4,8 lôžka na 1 000 obyvateľov. Spolu s nízkymi mierami obsadenosti (66 % na Slovensku v porovnaní so 73 % v celej EÚ bezprostredne pred pandémiou v roku 2019) to naznačuje, že existuje priestor na zlepšenie efektívnosti.

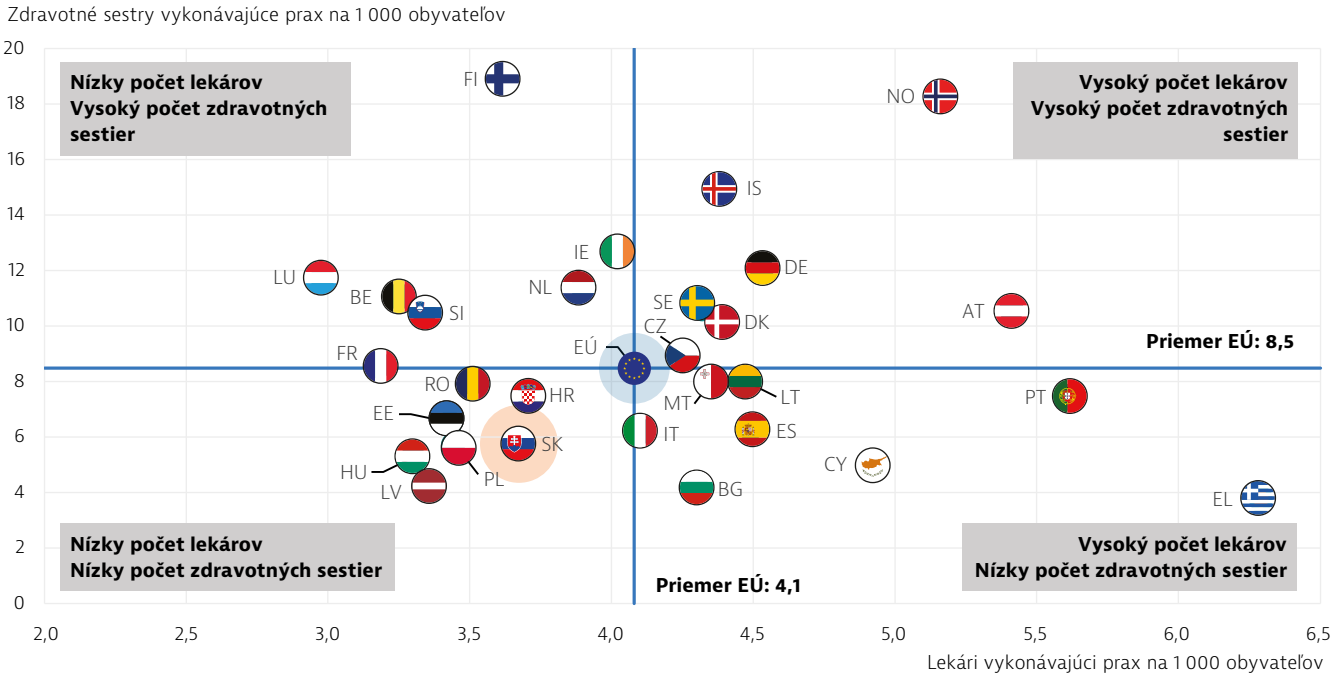
Investície do modernizácie nemocníc sú na poprednom mieste politického programu, pričom v rámci slovenského plánu obnovy a odolnosti sa plánujú investície do nemocníc takmer vo výške 1 miliardy EUR. Opätovné posúdenie počtov lôžok určených na akútnu starostlivosť a ich štruktúra v rámci klasifikácie novej siete nemocníc sú v Aktualizácii Strategického rámca starostlivosti o zdravie na roky 2014 – 2030 z roku 2022 (Ministerstvo zdravotníctva, 2022a) sú takisto stanovené ako priorita (pozri oddiel 5.3).

Nedostatok zdravotníckych pracovníkov na Slovensku je dlhodobým problémom

Napriek miernemu zvýšeniu v rokoch pred pandémiou zostal v roku 2021 počet aktívnych lekárov (3,7 na 1 000 obyvateľov) na Slovensku pod úrovňou priemeru EÚ (4,1 na 1 000 obyvateľov) (graf 11). Počet aktívnych lekárov na Slovensku je problémom v dôsledku starnutia a migrácie. Mierne rastúci počet nových absolventov odboru lekárstvo v posledných rokoch mal určitý vplyv na rastúci počet lekárov, ale ďalšie zvýšenie sa neočakáva (pozri oddiel 5.3).

Počet zdravotných sestier bol stabilný počas posledných desiatich rokov, pričom v roku 2021 dosiahol 5,7 zdravotných sestier na 1 000 obyvateľov, čo je oveľa nižšia úroveň v porovnaní s priemerom EÚ vo výške 8,5 na 1 000 obyvateľov. Nízka hustota zdravotných sestier je spôsobená migráciou pracovnej sily a zníženým počtom nových absolventov odboru ošetrovateľstvo. Oba problémy súvisia s nedostatočnou atraktívnosťou ošetrovateľstva z dôvodu nízkych miezd, vysokého počtu nadčasov a nízkeho odborného uznania. Štrajky koncom roka 2022 viedli k významnému zvýšeniu miezd zdravotníckych pracovníkov vrátane zdravotných sestier (pozri oddiel 5.3).

Graf 11. Slovensko má výrazne nižší počet lekárov a zdravotných sestier v porovnaní s priemermi EÚ



Poznámky: Priemer EÚ sa neváži. Údaje týkajúce sa zdravotných sestier zahŕňajú všetky kategórie zdravotných sestier (nielen tie, ktoré spĺňajú smernicu EÚ o uznávaní odborných kvalifikácií). 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: štatistika OECD týkajúca sa verejného zdravia za rok 2023 (údaje sa týkajú roku 2021 alebo najbližšieho roku, za ktorý sú k dispozícii).

5 Výkonnosť systému zdravotnej starostlivosti

5.1 Efektívnosť

Miery preventabilnej a úmrtnosti zostávajú vyššie ako vo väčšine krajín EÚ

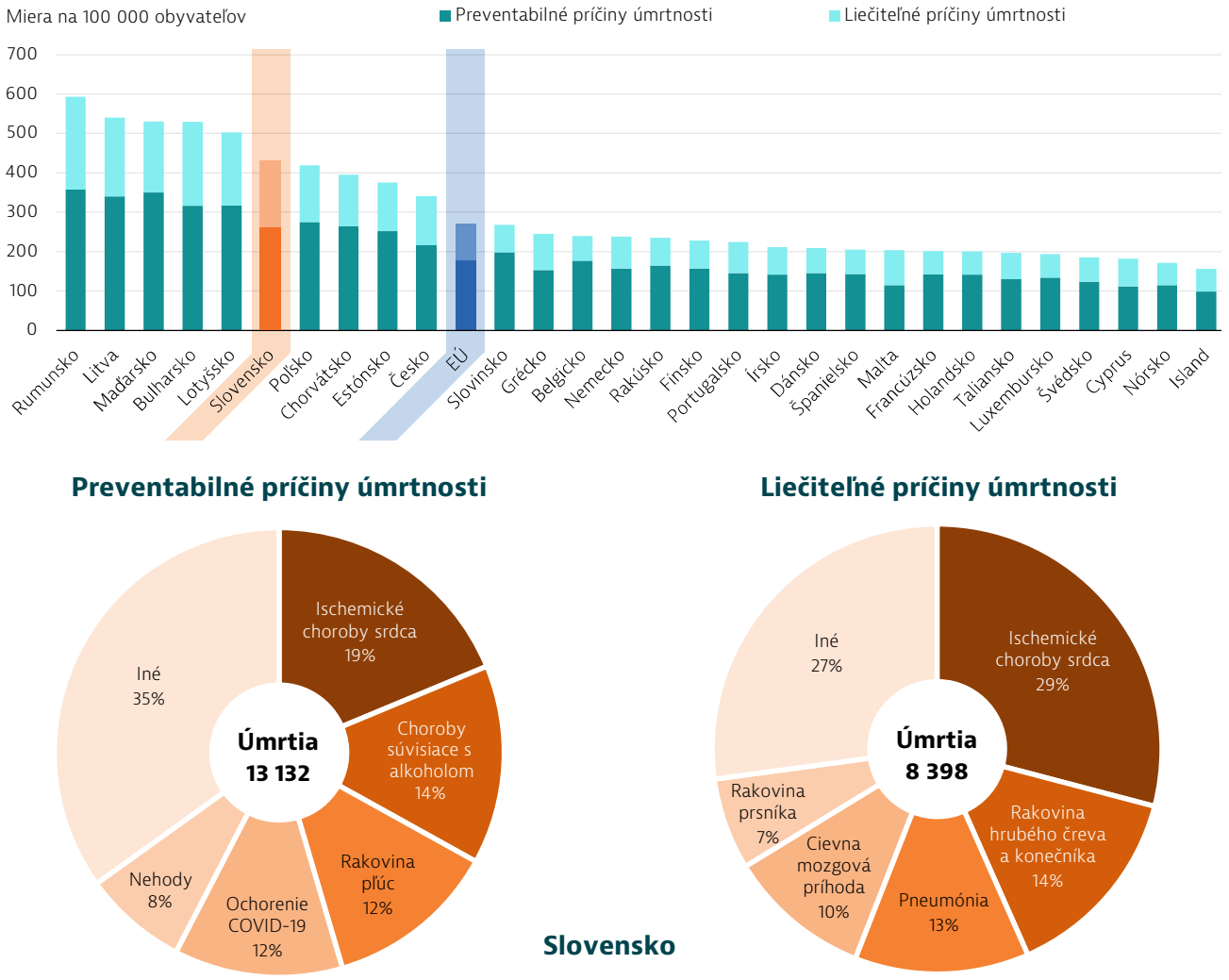
V roku 2020 boli na Slovensku miery úmrtnosti považovanej za preventabilnú a liečbou odvrátiteľnú na úrovni 60 % nad priemermi EÚ (graf 12). Po neustálom poklese počas predchádzajúcej dekády sa v roku 2020 miery preventabilnej úmrtnosti zvýšili v dôsledku vysokej miery úmrtnosti spôsobenej ochorením COVID-19 (pozri oddiel 2). Hlavnými príčinami preventabilnej úmrtnosti boli ischemická choroba srdca (19 %), potom úmrtia súvisiace s alkoholom (14 %), rakovina pľúc a ochorenie COVID-19 (každé 12 %). S výnimkou ochorenia COVID-19 všetky tieto príčiny úzko súvisia s vysokým výskytom modifikovateľných zdravotných rizík u obyvateľstva (pozri oddiel 3).

Miera úmrtnosti z liečiteľných príčin bola v roku 2020 o viac ako 80 % vyššia ako priemer EÚ a na rozdiel od mnohých iných krajín EÚ v poslednom desaťročí nebolo zaznamenané významné zlepšenie. Ischemická choroba srdca spolu s rakovinou hrubého čreva a konečníka predstavovali v roku 2020 na Slovensku 43 % úmrtnosti spôsobenej liečiteľnými stavmi.

Prevencia a podpora zdravia sú súčasťou politického programu, ale financovanie je stále nedostatočné

Slovensko v roku 2021 pridelilo len 1,5 % výdavkov na zdravotníctvo na prevenciu, čo je nízky podiel v porovnaní s ostatnými krajinami EÚ. V Aktualizácii Strategického rámca starostlivosti o zdravie na roky 2014 – 2030 z roku 2022 (Ministerstvo zdravotníctva, 2022a) sa zdôrazňuje potreba väčšieho dôrazu na prevenciu, podporu zdravia a gramotnosť v oblasti zdravia, ale konkrétne opatrenia sú naďalej obmedzené. Pokrok bol nedávno dosiahnutý prostredníctvom nového právneho predpisu v oblasti nikotínových výrobkov (pozri oddiel 3) a novoprijatého Národného akčného plánu na kontrolu tabaku a súvisiacich výrobkov na roky 2023 – 2030. S cieľom viac podporiť zdravý životný štýl sa v rámci plánuje podpora väčšej zodpovednosti občanov za svoje vlastné zdravie a zavedenie daňových úľav na potraviny prospešné zdraviu, čo je odlišný prístup k podpore zdravého stravovania potom, ako sa návrh z roku 2019 na zdanenie výrobkov s obsahom cukru a tuku ukázal byť politicky neuskutočniteľným v tom čase.

Graf 12. Značnému počtu úmrtí by sa mohlo na Slovensku predísť prostredníctvom zásahov v oblasti ochrany verejného zdravia, prevencie a zdravotnej starostlivosti



Poznámky: Preventabilná úmrtnosť je vymedzená ako úmrtie, ktorému sa dá predísť najmä zásahmi verejného zdravotníctva a primárnej prevencie. Liečbou odvrátiteľná (alebo zvládnuteľná) úmrtnosť je vymedzená ako úmrtie, ktorému sa dá predísť najmä zásahmi zdravotnej starostlivosti vrátane skríningu a liečby. Oba ukazovatele sa týkajú predčasnej úmrtnosti (do veku 75 rokov). Zoznamy pripisujú polovicu všetkých úmrtí na niektoré ochorenia (napr. ischemická choroba srdca, mozgová príhoda, cukrovka a vysoký krvný tlak) preventabilnej úmrtnosti a druhú polovicu liečiteľným príčinám, takže nedochádza k zdvojenému počítaniu toho istého úmrtia.
Zdroj: databáza Eurostatu (údaje sa týkajú roku 2020).

Na rozdiel od zaočkovanosti detí je zaočkovanosť proti chrípke a ľudskému papilomavírusu nízka

Slovensku sa poradilo zachovať si vysokú mieru zaočkovanosti detí povinnými vakcínami počas celej pandémie: 97 % detí vo veku jedného roka bolo v roku 2021 zaočkovaných treťou dávkou vakcíny proti difterii, tetanu a čiernemu kašľu. Zaočkovanosť proti chrípke u ľudí vo veku viac ako 65 rokov (13 % v roku 2021) však zostala hlboko pod úrovňou priemeru EÚ (51 % v roku 2021) a na Slovensku sa neprejavil všeobecný trend pozorovaný v mnohých krajinách EÚ, ktorým bol výrazne zvýšený podiel starších ľudí zaočkovaných proti chrípke.

Program očkovania proti ľudskému papilomavírusu (HPV) bol spustený v roku 2016 pre dievčatá vo veku 12 – 13 rokov a v roku 2019 bol rozšírený aj na chlapcov. Zaočkovanosť je zatiaľ nízka: podľa odhadov (OECD, 2023) bolo začiatkom roka 2021 zaočkovaných len 23 % dievčat a 1 % chlapcov vo veku 12 rokov. To je hlboko pod priemerom EÚ (59 % dievčat v roku 2020) a ďaleko od dosiahnutia cieľa európskeho plánu na boj proti rakovine, ktorým je zaočkovanie aspoň 90 % cieľovej populácie dievčat do roku 2030 (Európska komisia, 2021). Nízka miera zaočkovanosti proti HPV je však známou obavou na Slovensku, pričom cieľom akčných plánov v rámci Národného onkologického programu na roky 2021 – 2025 je zvýšiť povedomie zahrnutím informácií o očkovaní proti HPV do učebných osnov základných a stredných škôl (NOI, 2022).

Pandémia narušila zavádzanie programov skríningu rakoviny

Programy populačného skríningu rakoviny sa na Slovensku začali len nedávno a ich spustenie bolo výrazne ovplyvnené pandémiou ochorenia COVID-19 (OECD, 2023). Program skríningu rakoviny prsníka, ktorý bol zavedený v roku 2019, bol v období od apríla do júna 2020 pozastavený, pričom zavedenie programu skríningu rakoviny krčka maternice bolo pozastavené do polovice roka 2021. Skríning rakoviny hrubého čreva a konečníka bol súčasťou pravidelných preventívnych kontrol vykonávaných všeobecnými lekármi; v septembri 2021 boli v rámci nového populačného programu pridané personalizované pozvánky pre ľudí, ktorí predtým neabsolvovali skríning.

Hoci oportúnny skríning je k dispozícii už dlhodobo, údaje z programu zahŕňali len skríning uskutočnený poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti certifikovanými v rámci programu. Keďže mnohé návštevy na účely skríningu sa uskutočňujú v zdravotníckych strediskách, ktoré sa nezúčastňujú na populačných programoch, lepší obraz o úrovniach skríningu na Slovensku poskytujú údaje o nahlasovaní vlastného zdravotného stavu. Na základe údajov z prieskumu zameraného na skríningy počas posledných dvoch rokov (graf 13) malo Slovensko v roku 2019 nižšiu úroveň skríningu rakoviny prsníka v porovnaní s priemerom EÚ (54 % v porovnaní so 66 % v rámci celej EÚ); miera skríningu krčka maternice bola však mierne vyššia (62 % v porovnaní so 60 %) a miera skríningu rakoviny hrubého čreva a konečníka bola výrazne vyššia (39 % v porovnaní s 33 %).

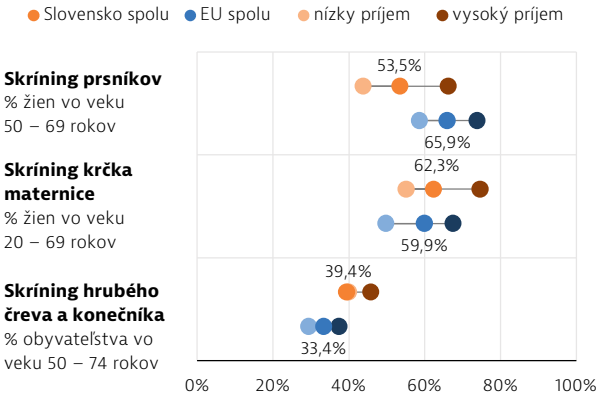
Rozdiely v účasti na skríningu na základe sociálno-ekonomického postavenia sú na Slovensku významné a výraznejšie ako v rámci celej EÚ (graf 13). U žien v najvyššom kvintile príjmov alebo s vyššími stupňami vzdelania je o viac ako 50 % vyššia pravdepodobnosť, že sa zúčastnia na skríningu rakoviny prsníka než u žien s nižším príjmom alebo nižšími úrovňami vzdelania. Podobne u žien s vyššími úrovňami vzdelania alebo príjmu je vyššia pravdepodobnosť, že sa zúčastnia na skríningu rakoviny krčka maternice.

Slovensko prijalo svoj Národný onkologický program v roku 2018 a počas pandémie ho aktualizovalo akčnými plánmi na roky 2021 – 2025. S cieľom zlepšiť účasť na programoch skríningu rakoviny boli pridelené dodatočné finančné zdroje na vzdelávacie programy a kampane v médiách, pričom akčné plány sa takisto výslovne zameriavajú na zlepšenie využívania skríningu medzi marginalizovaným obyvateľstvom (NOI, 2022).

Vysokým počtom hospitalizácií by sa mohlo predísť lepším zvládaním chronických ochorení

Údaje o hospitalizáciách z dôvodu chronických ochorení, ktoré vo všeobecnosti možno zvládať mimo nemocníc, poskytujú informácie o prístupe k službám

Graf 13. Účasť na programoch skríningu rakoviny sa medzi príjmovými skupinami na Slovensku líši



Poznámky: Nízky príjem je vymedzený ako obyvateľstvo v najnižšom kvintile príjmov, pričom vysoký príjem je vymedzený ako obyvateľstvo v najvyššom kvintile príjmov. Podiely sa vzťahujú na osoby, ktoré uvádzajú, že absolvovali test v období dvoch rokoch pred prieskumom.
Zdroj: databáza Eurostatu (údaje z európskeho zisťovania o zdraví z roku 2019).

ambulantnej starostlivosti a ich efektívnosti. Pred pandémiou ochorenia COVID-19 bol počet hospitalizácií, ktorým sa dalo predísť, v prípade astmy a chronickej obštrukčnej choroby pľúc (CHOCHP) mierne nižší ako priemer EÚ, ale oveľa vyšší v prípade cukrovky a kongestívneho zlyhania srdca (graf 14).

Výrazné zníženie hospitalizácií v prípade týchto chronických ochorení na Slovensku by sa rovnako ako v ostatných krajinách EÚ v rokoch 2020 a 2021 malo vykladať opatrne a v kontexte narušenia spôsobeného pandémiou ochorenia COVID-19, ktorá mala závažný vplyv na schopnosť nemocníc poskytovať starostlivosť pacientom, ktorí nemali ochorenie COVID-19, a zmeny správania, pokiaľ ide o vyhľadanie zdravotnej starostlivosti. Poklesy preto nemožno vykladať tak, že naznačujú zlepšenú prístupnosť alebo kvalitu primárnej zdravotnej starostlivosti.

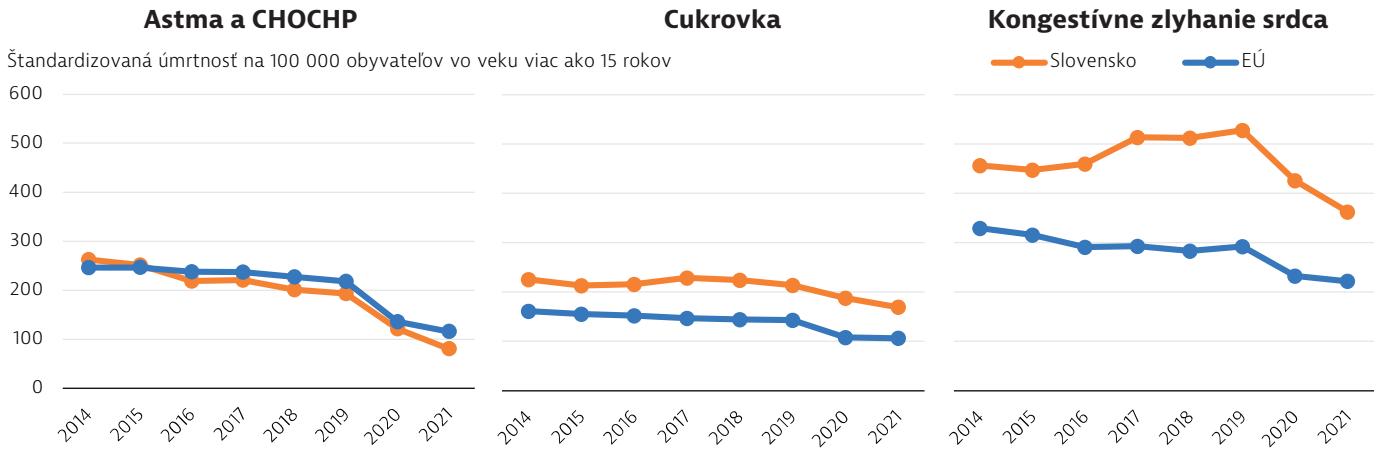
5.2 Prístupnosť

Pandémia prehĺbila rozdiely v prístupe k starostlivosti medzi príjmovými skupinami

Podľa prieskumu EU-SILC v roku 2018 malo 2,8 % slovenského obyvateľstva nenaplnené potreby v oblasti lekárskej starostlivosti z dôvodu vysokých nákladov, cestovnej vzdialenosti alebo čakacích lehôt, čo je nad priemerom EÚ vo výške 2,2 % (graf 15). Nenaplnené potreby v oblasti lekárskej starostlivosti v roku 2020 narástli v porovnaní s rokmi pred pandémiou, ale v roku 2021 mierne klesli a v roku 2022 sa takmer vrátili na pôvodné úrovne.

Rozdiely medzi príjmovými skupinami sa však v posledných rokoch prehĺbili: kým u obyvateľov v najnižšom kvintile príjmov nenaplnené potreby v oblasti lekárskej starostlivosti narástli, u ľudí v najvyššom kvintile klesli. V roku 2022 ľudia v

Graf 14. Počet hospitalizácií, ktorým sa dalo predísťsa na Slovensku znížil, existuje však priestor na ďalšie znižovanie



Poznámka: Miery hospitalizácií nie sú upravené o rozdiely vo výskyte ochorení medzi krajinami.
Zdroj: štatistika OECD týkajúca sa verejného zdravia za rok 2023.

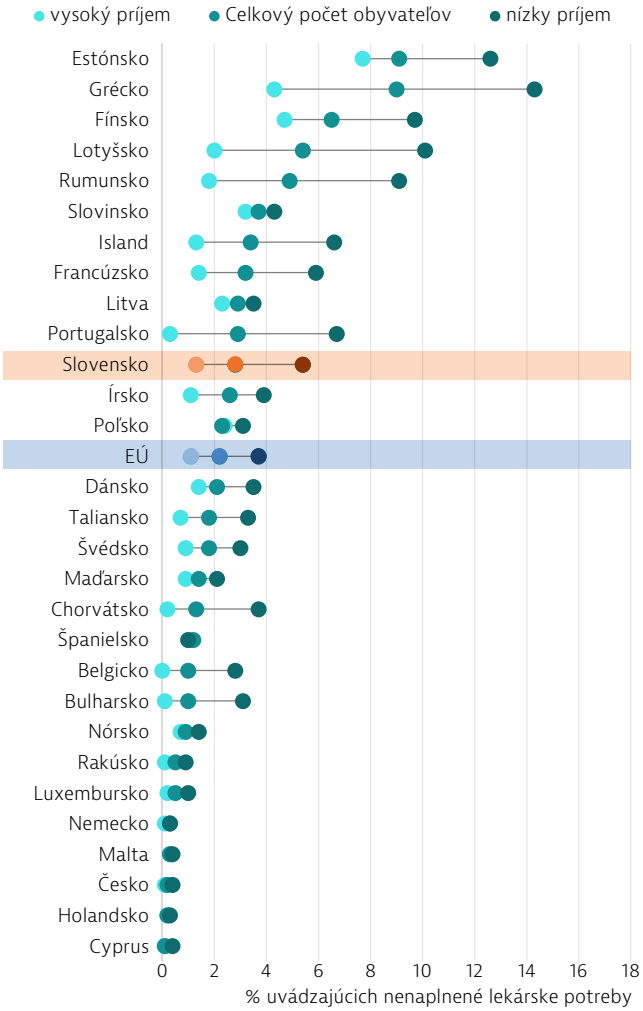
najnižšom kvintile príjmov uvádzali štyrikrát vyššie miery nenaplnených potrieb v oblasti lekárskej starostlivosti (5,4 %) ako ľudia v najvyššom kvintile (1.3 %), čo je zvýšenie v porovnaní s len dvojnásobným rozdielom v roku 2019.

Hlavným uvádzaným dôvodom nárastu nenaplnených potrieb v oblasti lekárskej starostlivosti sú čakacie lehoty. U ľudí v najnižšom kvintile príjmov sa podiel uvádzaných nenaplnených potrieb z dôvodu čakacích lehôt zvýšil z 2,2 % v roku 2019 na 3,8 % v roku 2022, na rozdiel od poklesu uvádzaného u ľudí v najvyššom kvintile. To naznačuje, že bohatší ľudia boli schopní využívať systém zdravotnej starostlivosti jednoduchšie a ich prístup k zdravotnej starostlivosti nebol ovplyvnený narušením služieb počas pandémie.

Balík výhod na Slovensku je rozsiahly a komplexný, ale pre konkrétne skupiny môže byť prístup sťažený

Systém povinného zdravotného poistenia na Slovensku pokrýva takmer 100 % obyvateľstva. Napriek tomu, že marginalizované komunity sú vo všeobecnosti pokryté, niektoré komunity čelia prekážkam v prístupe k zdravotnej starostlivosti. Pred pandémiou boli nízke úrovne využívania zdravotnej starostlivosti a horšie výsledky v oblasti zdravia u rómskeho obyvateľstva (ktoré predstavuje 8 % obyvateľov Slovenska) spôsobené informačnými prekážkami, diskrimináciou, kultúrnymi prekážkami a problémami spojenými s cenovou dostupnosťou (Bednarik, Hidas & Machlica, 2019). S cieľom riešiť tento problém ministerstvo zdravotníctva v roku 2017 podporilo poskytovanie zdravotnej starostlivosti týmto komunitám prostredníctvom národného projektu Zdravé komunity. Tento projekt, ktorý je financovaný z grantov EÚ, prispieva k primárnej prevencii, poskytuje služby primárnej starostlivosti ľuďom zo sociálne znevýhodnených komunít a uľahčuje ich interakciu so špecializovanými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.

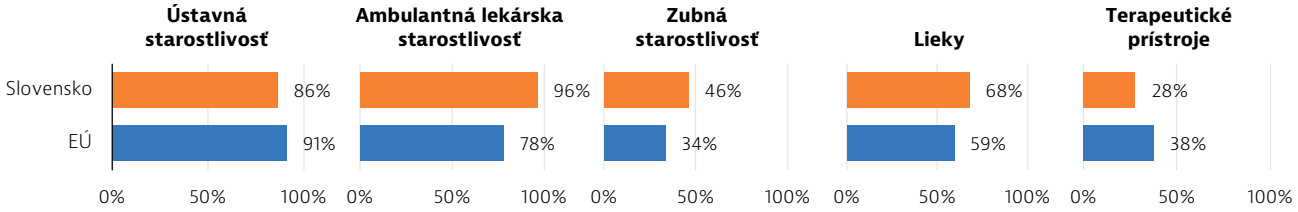
Graf 15. Slováci v najnižšom kvintile príjmov uvádzajú vyššie nenaplnené potreby v oblasti lekárskej starostlivosti ako obyvatelia v najvyššom kvintile



Poznámky: 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 z dôvodu určitých odchýlok vzhľadom na nástroj prieskumu.
Zdroj: databáza Eurostatu, na základe prieskumu EU-SILC [údaje sa týkajú roku 2022 s výnimkou Nórska (2020) a Islandu (2018)].

Slovensko poskytuje rozsiahly a komplexný balík výhod vrátane úhrad za určitú stomatologickú starostlivosť. Podiel výdavkov, na ktoré sa vzťahuje systém zdravotného poistenia, je takmer rovnaký alebo vyšší v porovnaní s priemerom EÚ, a to v prípade väčšiny zdravotníckych výrobkov a služieb zdravotnej starostlivosti, s výnimkou terapeutických prístrojov (graf 16). Nedávno sa podiel výdavkov na lieky hradených zo systému povinného zdravotného poistenia ďalej zvýšil. a to kvôli prijatiu novely v roku 2022, ktorá sa týka krytia inovatívnych liekov s cieľom zlepšiť ich dostupnosť (rámček 1).

Graf 16. Miera krytia z verejných zdrojov bola v roku 2021 vyššia v porovnaní s priemermi EÚ v prípade ambulantnej starostlivosti, stomatologickej starostlivosti a liekov



Poznámky: Ambulantné lekárske služby sa týkajú najmä služieb poskytovaných všeobecnými lekármi a špecialistami v ambulantnom sektore. Lieky zahŕňajú predpísané a voľne predajné lieky a zdravotnícke tovary krátkodobej spotreby. Terapeutické prístroje sa vzťahujú na výrobky na videnie, načúvacie prístroje, invalidné vozíky a iné zdravotnícke pomôcky. Priemer EÚ sa neváži.
Zdroj: štatistika OECD týkajúca sa verejného zdravia za rok 2023.

Rámček 1. Slovensko zlepšuje prístup k inovatívnym liekom

Obmedzený prístup k inovatívnym liekom je na Slovensku dlhodobým problémom. Začiatkom roka 2022 bolo pre slovenských pacientov dostupných len 23 % nových liekov, ktoré Európska agentúra pre lieky zaregistrovala v rokoch 2017 až 2020, čo je jeden z najnižších podielov v rámci krajín EÚ (Newton, Scott & Troein, 2022).

Opatrenia zavedené v roku 2018 mali obmedzený vplyv na prístupnosť, preto sa v roku 2022 novými právnymi predpismi presunul proces dohôd o riadenom vstupe zo zdravotných poisťovní na ministerstvo zdravotníctva s cieľom centralizovať ho a ďalej sa zvýšila prahová hodnota nákladovej efektívnosti pre rozhodnutia o preplatení liekov, čím sa uvoľnilo krytie nových liekov zo systému povinného zdravotného poistenia. Napríklad v období od februára 2022 do februára 2023 sa sprístupnilo 12 inovatívnych liekov na liečbu rakoviny (AIFP, 2023). Kým celkový prístup k inovatívnym liekom zostal v polovici roka 2023 na Slovensku relatívne nízky, zvýšené výdavky na lieky predstavujú výzvu pre udržateľné financovanie systému zdravotnej starostlivosti. Zdravotné poisťovne odhadujú, že v roku 2023 sa výdavky na lieky zvýšia približne o 10 % v porovnaní s rozpočtovaným 2 % zvýšením.

Výdavky na lieky predstavujú 35 % hotovostných platieb na Slovensku

Navyše k rozsiahlym výhodám, ktoré sú kryté, sú na Slovensku značné úrovne rozdelenia nákladov. Výdavky na hotovostné platby v roku 2021 dosiahli 19 % z celkových výdavkov na zdravotnú starostlivosť, čo je nad priemerom EÚ vo výške 15 % (graf 17). Tie tvoria najmä platby za lieky (35 %) a rôzne poplatky používateľov za služby zdravotnej starostlivosti a platby za služby mimo balíka výhod. Približne 12 % celkových výdavkov na hotovostné platby išlo na stomatologickú starostlivosť. Od roku 2020 do roku 2021 sa výdavky na hotovostné platby na ústavnú starostlivosť zvýšili z 15 % na 19 % a na ambulantnú starostlivosť z 1 % na 4 %. Tieto platby navyše čiastočne vysvetľujú rastúce rozdiely v príjmoch v prípade neuspokojených zdravotných potrieb, keďže sú často spojené s vyhnutím sa čakacím lehotám[2].

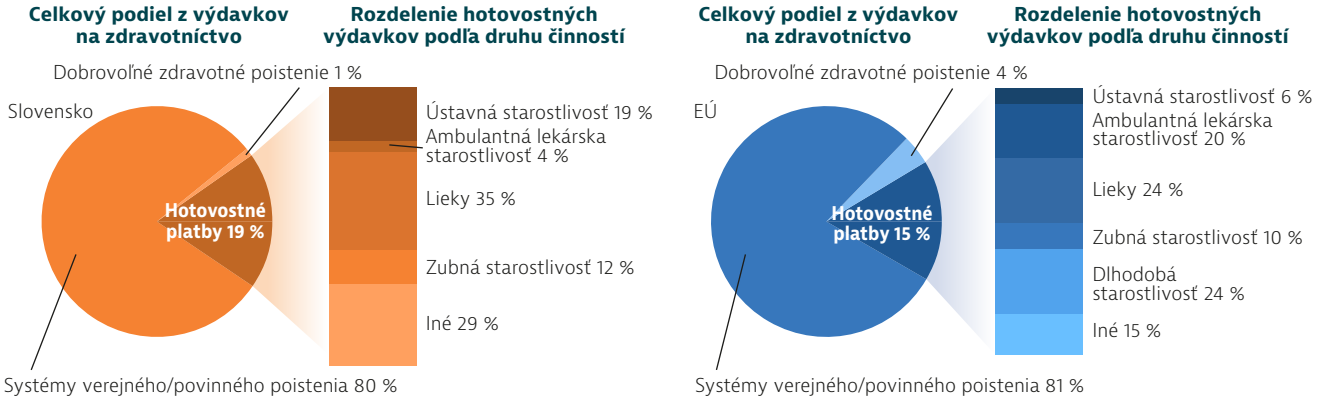
S cieľom znížiť finančné zaťaženie spôsobené výdavkami na lieky, najmä v prípade domácností s nízkym príjmom, bol v roku 2022 prijatý nový právny predpis s cieľom oslobodiť zraniteľné skupiny od priamych platieb za spoluúčasť na nákladoch za lieky po dosiahnutí štvrťročnej stropnej sumy, pričom predtým ich zdravotné poisťovne preplácali spätne. Podobná zmena bola zavedená v roku 2021 u detí.

Regionálne rozdiely v prístupe k všeobecným lekárom pretrvávajú

Zákonom stanovená požiadavka na maximálne 25 minút cestovania za všeobecným lekárom bola v roku 2022 splnená v prípade takmer všetkých obyvateľov Slovenska (Ministerstvo zdravotníctva, 2022b). Rozdiely však pretrvávajú v kapacite všeobecných lekárov liečiť svojich pacientov. Ministerstvo zdravotníctva vypočítalo, že v januári 2022 chýbalo 400 všeobecných lekárov pre dospelých a 223 pediatrov na dosiahnutie optimálneho počtu

2 *Platby navyše za súkromné služby zdravotnej starostlivosti sú na Slovensku bežnejšie ako v krajinách EÚ. V roku 2022 uvádzalo 9 % Slovákov (v porovnaní s priemerom EÚ vo výške 4 %), že dalo platbu navyše alebo hodnotný dar zdravotnej sestre alebo lekárovi, prípadne dar nemocnici (Eurobarometer, 2022).*

Graf 17. Veľký podiel hotovostných platieb na Slovensku tvorí spoluúčasť za lieky



Poznámky: Dobrovoľné zdravotné poistenie zahŕňa aj iné dobrovoľné systémy platby vopred. Priemer EÚ sa váži.
Zdroje: štatistika OECD týkajúca sa verejného zdravia za rok 2023, databáza Eurostatu (údaje sa týkajú roku 2021).

registrovaných pacientov na jedného lekára. Okrem toho priemerný vek všeobecných lekárov pre dospelých bol 57 rokov v roku 2022 (59 rokov v prípade všeobecných lekárov pre deti), pričom 41 % malo 63 a viac rokov (48 % v prípade všeobecných lekárov pre deti), a preto je pravdepodobné, že v najbližších rokoch odídu do dôchodku. Vláda v januári 2023 schválila Stratégiu všeobecnej ambulantnej starostlivosti do roku 2030 v znamení začiatku reforiem zameraných na riešenie súčasného aj budúceho nedostatku a posilnenie primárnej starostlivosti (rámček 2).

5.3 Odolnosť

Ukázalo sa, že najvýznamnejším narušením systémov zdravotnej starostlivosti v posledných desaťročiach bola pandémia ochorenia COVID-19. Poukázala na zraniteľnosti a výzvy, pokiaľ ide stratégie pripravenosti krajín na núdzovú situáciu, a na ich schopnosť poskytovať zdravotnú starostlivosť svojim obyvateľom. V reakcii na pretrvávajúce účinky pandémie, ako aj iných nedávnych kríz, ako sú tlaky na životné náklady a vplyv konfliktov ako vojna proti Ukrajine, vykonávajú krajiny politiky na zmiernenie pretrvávajúcich vplyvov na poskytovanie služieb, investujú do obnovy a odolnosti zdravotného systému[3], zlepšujú kritické oblasti zdravotníctva a posilňujú svoju pripravenosť na budúce šoky.

Miery obsadenosti nemocníc na Slovensku boli v roku 2021 medzi najnižšími v EÚ napriek vysokým mieram infekcie COVID-19

Pred pandémiou bol počet nemocničných lôžok na Slovensku vyšší ako priemer EÚ, pričom miera obsadenosti bola nízka. Slovensko na začiatku pandémie urýchlene zaviedlo súbor intervencií s cieľom zastaviť šírenie vírusu a zároveň vykonalo opatrenia zamerané na uvoľnenie kapacít nemocníc odložením elektívnej starostlivosti a opätovným posúdením potreby pobytu v nemocnici v prípade menej závažných prípadov. V dôsledku toho prepustenia z nemocnice klesli v roku 2020 o 18 % a ďalej sa znížili v roku 2021 o 8 %. Miery obsadenosti sa

Rámček 2. Stratégia všeobecnej ambulantnej starostlivosti do roku 2030 je začiatkom reformy zameranej na posilnenie primárnej starostlivosti na Slovensku

Stratégia všeobecnej ambulantnej starostlivosti do roku 2030, ktorá bola schválená v januári 2023, má šesť prioritných oblastí štruktúrovaných okolo troch hlavných cieľov:

- posilnenie kompetencií všeobecných lekárov, pediatrov a zdravotných sestier a podpora nových foriem spolupráce,
- podpora vzdelávania a odbornej prípravy a zvyšovanie atraktívnosti povolania všeobecného lekára,
- zlepšovanie prístupnosti primárnej starostlivosti, znižovanie administratívneho zaťaženia všeobecných lekárov a zmena systému platieb všeobecným lekárom.

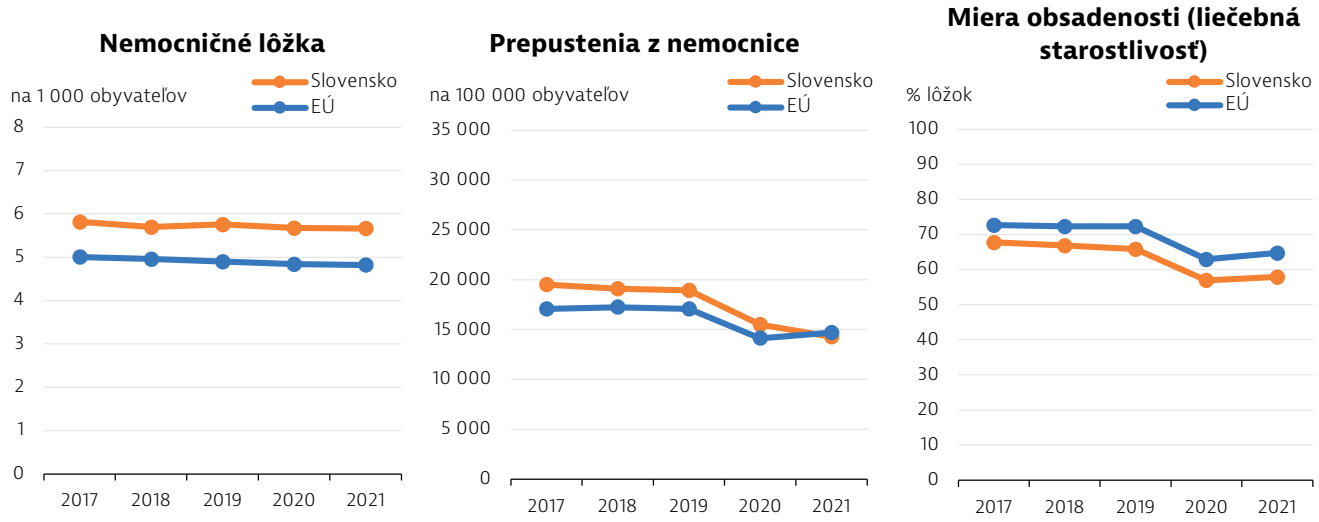
Opatrenia na realizáciu stratégie majú tri fázy. V prvej fáze sa klasifikovali okresy podľa súčasných a budúcich úrovní rizika prístupu k primárnej starostlivosti. Ministerstvo poskytuje nenávratnú finančnú dotáciu s cieľom podporiť otváranie nových ambulancií všeobecných lekárov v nedostatkových oblastiach, o ktorú môžu požiadať noví aj existujúci poskytovatelia zdravotnej starostlivosti. V druhej fáze sa rozšíria kompetencie všeobecných lekárov, podporia nové modely starostlivosti (spoločné ambulancie alebo zamestnanie druhej zdravotnej sestry) a posilní výkonnostná zložka systému platieb všeobecným lekárom. Tretia fáza bude zameraná na vysoké administratívne zaťaženie všeobecných lekárov.

Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva (2022b).

3 *V tomto kontexte sa odolnosť systému zdravotnej starostlivosti vymedzila ako schopnosť pripraviť sa na otrasy, zvládnuť ich (tlmiť ich, prispôsobiť sa im a transformovať ich) a poučiť sa z nich (EU Expert Group on Health Systems Performance Assessments, 2020).*

takisto znížili zo 66 % v roku 2019 na 57 % v roku 2020 a potom mierne vzrástli na 58 % v roku 2021, pričom podobná situácia bola pozorovaná v rámci celej EÚ (graf 18). Napriek vysokému počtu infekcií COVID-19 v roku 2021 zostala celková miera obsadenosti nemocničných lôžok nízka a bola jednou z najnižších v EÚ v uvedenom roku.

Graf 18. Miera obsadenosti lôžok určených na akútnu starostlivosť zostala počas celej pandémie nízka

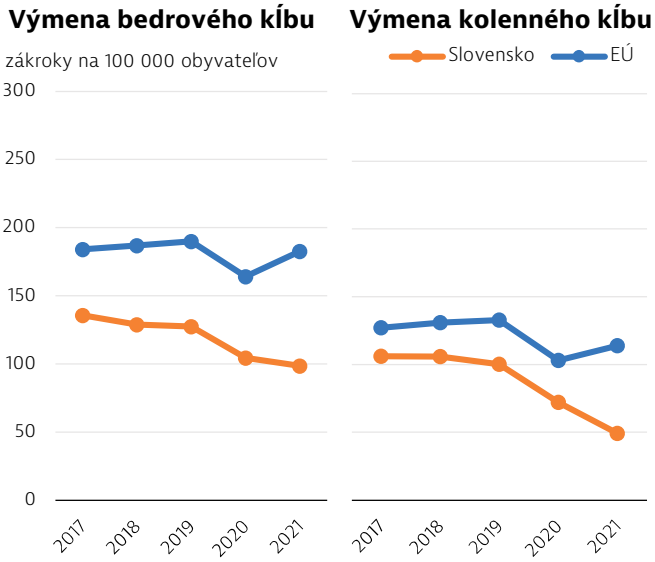


Poznámka: Priemer EÚ sa neváži.
Zdroje: štatistika OECD týkajúca sa verejného zdravia za rok 2023, databáza Eurostatu.

Narušenia nemocničnej starostlivosti v súvislosti s ochorením COVID-19 spôsobili zhoršenie v oblasti odkladu elektívnej zdravotnej starostlivosti

Činnosti elektívnej (nenaliehavej) starostlivosti klesli mimoriadne výrazne počas prvých dvoch rokov pandémie. Napríklad počet výmen bedrového kĺbu a kolenného kĺbu klesol o 20 alebo viac percent v roku 2020 a ďalej klesal v roku 2021 až na menej ako polovicu počtu pred pandémiou v prípade výmen kolenného kĺbu (graf 19). Tieto narušenia spôsobili odklad zdravotnej starostlivosti a prispeli k predĺženým čakacím lehotám, ako dokazuje nárast nenaplnených potrieb v oblasti lekárskej starostlivosti, a to najmä u ľudí s nižšími príjmami (pozri oddiel 5.2).

Graf 19. Elektívne chirurgické činnosti boli počas pandémie značne narušené



Poznámka: Priemer EÚ sa neváži.
Zdroj: štatistika OECD týkajúca sa verejného zdravia za rok 2023.

Verejné výdavky na zdravotnú starostlivosť na Slovensku sa v druhom roku pandémie výrazne zvýšili

Kým v reálnom vyjadrení sa verejné výdavky na zdravotnú starostlivosť počas prvého roka pandémie na Slovensku nezvýšili, v roku 2021 sa zvýšili o viac ako 12 % (graf 20), čo je vyššia miera rastu ako priemer EÚ vo výške 10 %. Približne polovica tohto nárastu v roku 2021 bola spôsobená zvýšením štátneho rozpočtu na výdavky spojené s pandémiou a výdavky potrebné na spolufinancovanie nových investícií podporovaných z finančných prostriedkov EÚ. Ministerstvá financií a zdravotníctva pravidelne vykonávajú revízie výdavkov v zdravotníctve s cieľom zvýšiť efektívnosť verejných výdavkov.

Hlavnou investičnou prioritou na Slovensku sú investície do siete nemocníc

Slovensko pridelilo takmer 20 % zdrojov v rámci svojho plánu obnovy a odolnosti na investície do zlepšenia kvality, prístupnosti a efektívnosti systému zdravotnej starostlivosti, čo je jeden z najvyšších podielov prostriedkov medzi krajinami EÚ (graf 21). Cieľom ambicióznych reforiem a investícií vo výške 1,27 miliardy EUR je posilniť fyzickú a digitálnu infraštruktúru slovenského systému zdravotnej starostlivosti (Ministerstvo financií, 2023)[4]. Hlavná zložka plánu obnovy a odolnosti (vo výške takmer

4 *Tieto údaje vychádzajú z revidovaného plánu obnovy a odolnosti k septembru 2023.*

Graf 20. Verejné výdavky na zdravotnú starostlivosť na Slovensku sa v roku 2021 významne zvýšili

Zdroj: štatistika OECD týkajúca sa verejného zdravia za rok 2023.

1 miliardy EUR) súvisí s investíciami do nemocníc (ako je modernizácia budov a vybavenia) s cieľom podporiť reformu optimalizácie siete nemocníc (rámček 4). Plán obnovy a odolnosti sa zameriava aj na digitalizáciu zdravotníctva a na neodkladnú zdravotnú starostlivosť. Ďalšia priorita slovenského plánu obnovy a odolnosti v oblasti zdravia sa výslovne zameriava na zdravotnú starostlivosť v oblasti duševného zdravia (pozri oddiel 6), ktorá je podporená financovaním vo výške 83 miliónov EUR.

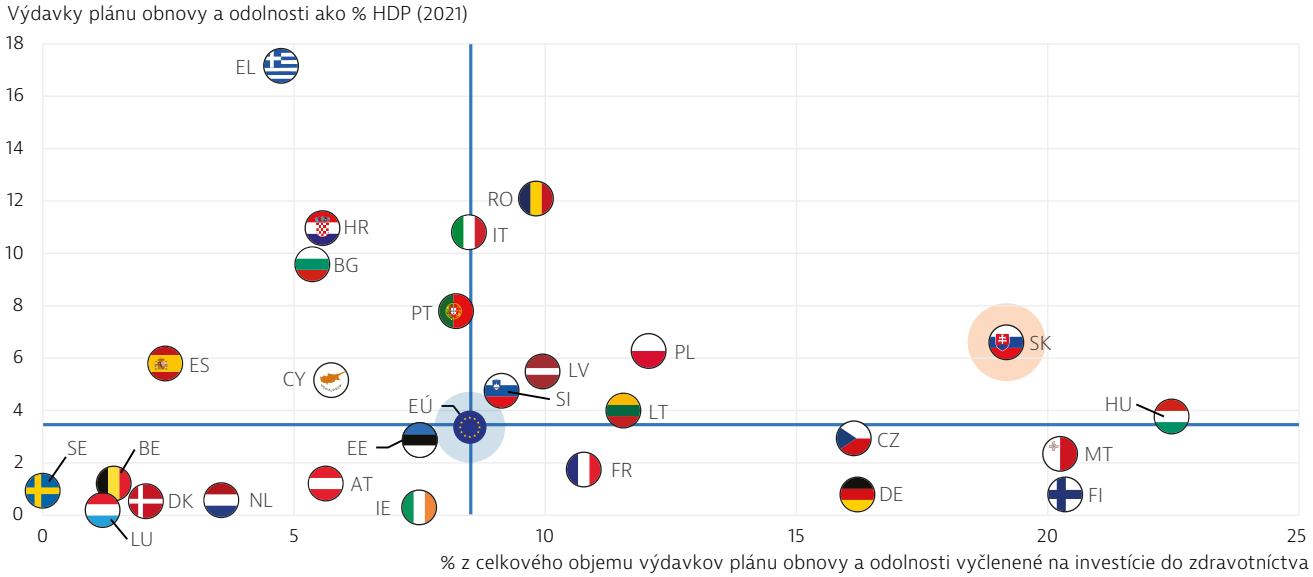
Tieto investície doplní spustenie programového obdobia politiky súdržnosti EÚ na roky 2021 – 2027, prostredníctvom ktorého má Slovensko investovať do svojho systému zdravotníctva celkovo 166 miliónov EUR. Tri štvrtiny z tejto sumy bude spolufinancovať EÚ. Na rozvoj infraštruktúry slovenského zdravotníctva sa použije 125 miliónov EUR z Európskeho fondu regionálneho rozvoja. Na účely zlepšenia prístupnosti služieb zdravotnej starostlivosti pre zraniteľné a sociálne znevýhodnené skupiny bolo okrem toho pridelených 41 miliónov EUR z Európskeho sociálneho fondu plus na financovanie rôznych opatrení.

Slovensko začalo prijímať kroky na riešenie nedostatku pracovných síl v zdravotníctve

Nedostatok zdravotníckych pracovníkov je na Slovensku dlhodobým problémom (pozri oddiel 4). Hoci sa hustota lekárov v poslednom desaťročí zvýšila, hustota zdravotných sestier sa nezmenila, ale dopyt po ošetrovateľskej starostlivosti rastie. Zmeny v priebehu času, pokiaľ ide o ponuku lekárov a zdravotných sestier, sú ovplyvnené dvoma hlavnými faktormi: prílevom (vstupom) nových lekárov a zdravotných sestier do povolania, ktorého zdrojom sú na Slovensku najmä domáce programy vzdelávania a odbornej prípravy; odlevom (odchodom) lekárov a zdravotných sestier, najmä z dôvodu odchodu do dôchodku, odchodu z povolania pred dôchodkovým vekom alebo odchodu z krajiny s cieľom nájsť lepšie pracovné príležitosti v iných krajinách.

Počet nových absolventov odboru lekárstvo na 100 000 obyvateľov sa na Slovensku v poslednom desaťročí zvýšil a zostáva blízko úrovne priemeru EÚ alebo nad ňou. Viac ako 40 % študentov odboru lekárstvo na Slovensku však tvoria zahraniční študenti, ktorí získajú titul v odbore lekárstvo na Slovensku, ale potom sa vrátia domov alebo odídu do inej krajiny EÚ, aby tam dokončili svoju odbornú prípravu a

Graf 21. Slovensko vyčleňuje veľký podiel svojho plánu obnovy a odolnosti na investície do zdravotníctva



Poznámka: Priemer EÚ sa váži.
Zdroje: Európska komisia, hodnotiaca tabuľka obnovy a odolnosti, databáza Eurostatu.

Rámček 3. Slovensko plánuje optimalizovať svoju sieť nemocníc

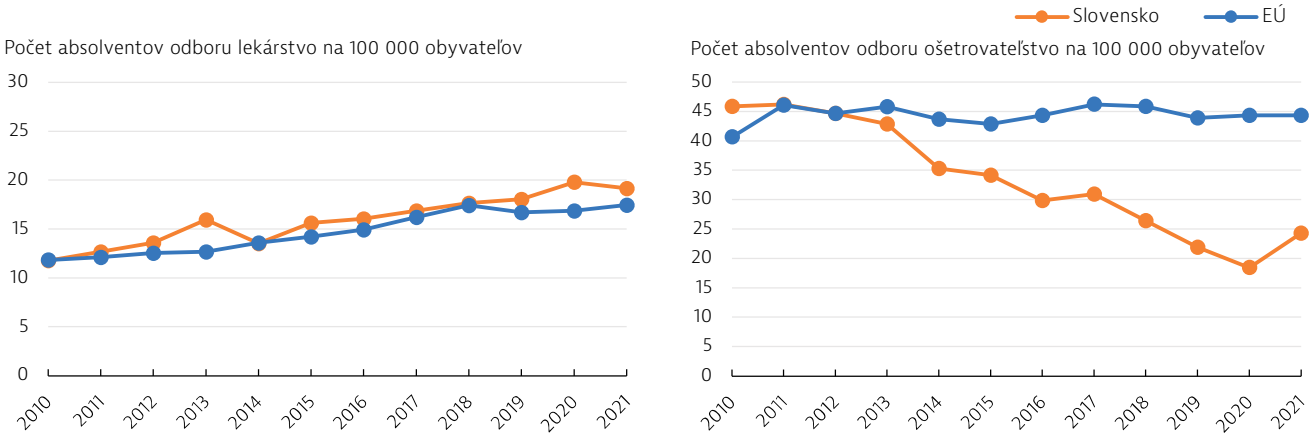
Slovensko v roku 2021 spustilo program na optimalizáciu svojej siete nemocníc, ktorá sa predtým ukázala byť neadekvátna, nedostatočná a neefektívna. Bolo zavedených päť kategórií nemocníc podľa úrovne zložitosti poskytovania zdravotnej starostlivosti a úrovne špecializácie. Nemocnice najvyššej úrovne sú najšpecializovanejšie zdravotnícke strediská; nemocnice najnižšej úrovne sú malé zariadenia, zvyčajne len so štyrmi oddeleniami a s oddelením následnej starostlivosti. Táto kategorizácia sa bude odrážať v zmluvách so zdravotnými poisťovňami, a to pri preplácaní aj pri vymedzení ich spádových oblastí. Okrem toho prispeje k centralizácii zdravotnej starostlivosti, v prípade ktorej normy kvality vyžadujú minimálny počet výkonov.

Ministerstvo zdravotníctva v roku 2022 uverejnilo vyhlášku, ktorou sa nemocnice zadeľujú do týchto kategórií, čo vyvolalo diskusiu o ich rozdelení. Klasifikácia má priamy vplyv na schopnosť nemocnice žiadať o investície z plánu obnovy a odolnosti, keďže niektoré výzvy na investovanie sú otvorené len pre nemocnice určitej úrovne. Popri iných investičných projektoch v oblasti zdravotnej starostlivosti sa z plánu obnovy a odolnosti budú financovať nové budovy existujúcich nemocníc a nová nemocnica, ktorej príprava sa uskutočňuje od polovice roku 2023.

pracovali (RRZ, 2023), a v dôsledku toho neprispievajú k zvýšeniu kapacity na Slovensku.

Počet absolventov odboru ošetrovateľstvo na 100 000 obyvateľov v rokoch 2010 až 2020 stabilne klesal a napriek zvýšeniu v roku 2021 je hlboko pod priemerom EÚ (graf 22). Odzrkadľuje to zníženú atraktívnosť ošetrovateľského povolania medzi mladými ľuďmi na Slovensku.

Graf 22. Hoci počet absolventov odboru lekárstvo sa v poslednom desaťročí zvýšil, počet absolventov odboru ošetrovateľstvo klesol



Poznámky: Počet absolventov zahŕňa domácich aj medzinárodných študentov. Priemer EÚ sa neváži.
Zdroje: štatistika OECD týkajúca sa verejného zdravia za rok 2023, databáza Eurostatu.

Kľúčovým faktorom pre prilákanie a udržanie väčšieho počtu zdravotných sestier, lekárov a iných kvalifikovaných zdravotníckych pracovníkov je zlepšovanie pracovných podmienok a mzdových sadzieb. Plat nemocničných lekárov a zdravotných sestier na Slovensku sa v rokoch 2010 až 2020 významne zvýšil, hoci ich mzdové sadzby boli v tom čase stále nižšie než vo väčšine krajín EÚ, a to aj po úprave o rozdiely v životných nákladoch (OECD/EU, 2022). Platy slovenských lekárov a zdravotných sestier sa opäť významne zvýšili koncom roka 2022 po tom, ako lekári zamestnaní v nemocniciach hrozili hromadnými výpoveďami. Priemerné mzdy lekárov v roku 2023 boli vyššie ako v Českej republike, ktorá je hlavnou destináciou slovenských lekárov pracujúcich v zahraničí, pričom priemerné mzdy slovenských zdravotných sestier zostali mierne pod úrovňami v Českej republike (Smatana, 2022). Tieto zvýšenia miezd spôsobujú tlaky na zvyšovanie rozpočtov na zdravotníctvo. Okrem platových rozdielov sú uvádzanými dôvodmi toho, že lekári pracujú v zahraničí, zlé pracovné podmienky, a najmä podmienky odbornej prípravy v odbore, ako aj nadmerné nadčasy, čo sú problémy, ktoré doteraz neboli vyriešené. V prípade slovenských zdravotných sestier je ako významný dôvod odchodu z povolania uvádzané odborné uznanie, najmä vo vzťahu k lekárom.

Znižovanie rizík iných hrozieb pre verejné zdravotníctvo: pripravenosť Slovenska na antimikrobiálnu rezistenciu

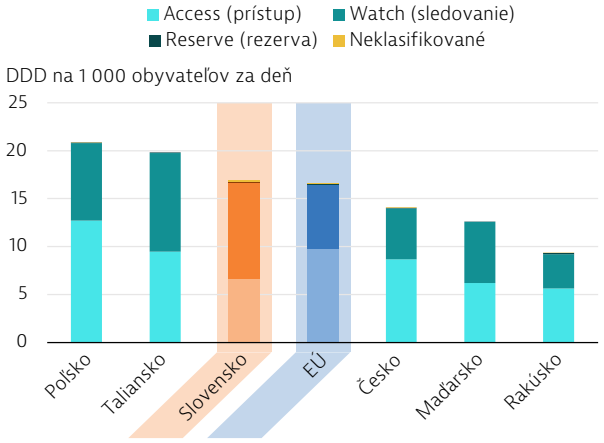
Antimikrobiálna rezistencia (AMR) je vážnou obavou v EÚ v oblasti verejného zdravia, pričom sa odhaduje, že približne 35 000 úmrtí v EÚ/Európskom hospodárskom priestore ročne je spôsobených infekciami rezistentnými voči antibiotikám (ECDC, 2022) a náklady spojené so zdravotnou starostlivosťou

dosahujú približne 1,1 miliardy EUR ročne (OECD/ECDC, 2019). Keďže nadmerné predpisovanie a nadmerné užívanie u ľudí vo veľkej miere prispievajú k rozvoju baktérií rezistentných voči antibiotikám, údaje o spotrebe antibiotík sú užitočným nástrojom na hodnotenie rizík AMR a účinnosti programov na podporu ich vhodného užívania.

Za monitorovanie AMR u ľudí je od roku 2001 zodpovedný Úrad verejného zdravotníctva, pričom spolupracuje s veterinárnou správou, ktorá monitoruje AMR u zvierat. Ministerstvo zdravotníctva zriadilo v roku 2009 odborný výbor pre AMR, ktorý dostal za úlohu vypracovať Národný akčný plán antimikrobiálnej rezistencie v Slovenskej republike na obdobie rokov 2019 – 2021, ktorý bol schválený v roku 2018.

Celková spotreba definovaných denných dávok (DDD) antibiotík na 1 000 obyvateľov na Slovensku bola v roku 2021 tesne nad priemerom EÚ. Podiel antibiotík, ktoré by sa mali používať len na osobitný a obmedzený počet terapeutických indikácií (59 %), bol však výrazne vyšší ako priemer EÚ (40 %) (graf 23).

Graf 23. Spotreba antibiotík na Slovensku bola v roku 2021 mierne nad priemerom EÚ



Poznámky: klasifikácia antibiotík WHO (Access, Watch a Reserve – AWaRe). skupina Access (prístup): antibiotiká prvej a druhej voľby, ktoré by mali byť široko dostupné vo všetkých krajinách; skupina Watch (sledovanie): antibiotiká, ktoré by sa mali používať len na osobitný a obmedzený počet terapeutických indikácií; skupina Reserve (rezerva): antibiotiká poslednej voľby v prípadoch, keď iné antibiotiká neboli účinné, alebo na infekcie spôsobené multirezistentnými baktériami; neklasifikované: antibiotiká, ktoré ešte nie sú klasifikované.
Zdroje: ECDC, Regionálny úrad Svetovej zdravotníckej organizácie pre Európu (údaje sa týkajú roku 2021).

6 Aktuálna téma: duševné zdravie

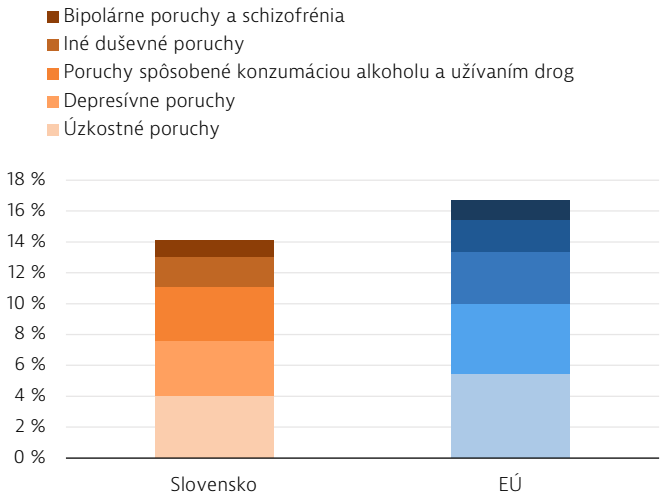
Hoci v informáciách o výskyte duševných problémov sú na Slovensku, podobne ako v iných krajinách EÚ, značné medzery, dostupné dôkazy naznačujú, že tieto problémy postihujú niekoľko stotisíc ľudí. Hospodárske náklady na duševné ochorenia na Slovensku sú značné, pričom priame a nepriame náklady sa odhadovali na úrovni 2,6 % HDP alebo približne 2 miliárd EUR v roku 2015 (OECD/EU, 2018).

Podľa odhadov Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) mal v roku 2019 duševný problém každý siedmy Slovák, čo zodpovedá počtu približne 760 000 ľudí. Podiel populácie s duševnými problémami (14,1 %) bol nižší v porovnaní s priemerom EÚ (16,7 %). Najčastejšími duševnými poruchami na Slovensku sú úzkostné poruchy (odhaduje sa, že postihujú 4,0 % populácie), depresívne poruchy (3,6 %), poruchy spôsobené konzumáciou alkoholu a užívaním drog (3,5 %) (graf 24). Kým ženy na Slovensku sú náchylnejšie na úzkosť, depresívne poruchy a poruchy stravovania, u mužov je bežnejšia škodlivá konzumácia alkoholu a psychoaktívnych látok (Grajcarová, 2020).

Depresiu uvádzajú častejšie ženy a ľudia v najnižšej príjmovej skupine

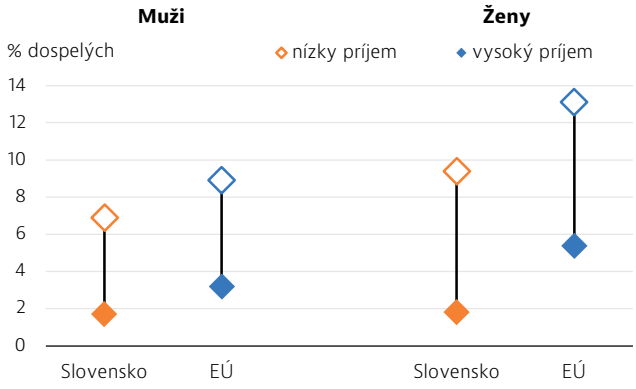
Z údajov z európskeho zisťovania o zdraví formou rozhovorov (EHIS) z roku 2019 vyplýva, že viac ako 4 % dospelých Slovákov uviedlo, že mali depresiu pred pandémiou. Depresiu uvádzali častejšie ženy (5,6 %) ako muži (3,0 %). U žien a mužov v najnižšom kvintile príjmov bola aspoň štyrikrát vyššia pravdepodobnosť, že budú uvádzať depresiu, než u ľudí v najvyššom kvintile (graf 25).

Graf 24. Približne každý siedmy človek na Slovensku mal pred pandémiou duševný problém



Zdroj: IHME, 2020 (údaje sa týkajú roku 2019).

Graf 25. U žien a mužov v najnižšom kvintile príjmov je vyššia pravdepodobnosť, že budú uvádzať depresiu



Zdroj: databáza Eurostatu (na základe európskeho zisťovania o zdraví z roku 2019).

Súvislosť medzi nízkym príjmom a zlým duševným zdravím počas pandémie ochorenia COVID-19 pretrvávala. Z údajov z prieskumu zozbieraných v období 2020 – 2022 vyplýva, že ľudia v neistej finančnej situácii boli vystavení zvýšenému riziku depresie. Podľa údajov z prieskumu Eurofoundu takmer 60 % ľudí na Slovensku žijúcich v domácnostiach, ktoré uvádzali finančné ťažkosti, bolo vystavených riziku depresie počas pandémie v porovnaní s 33 % ľudí, ktorí neuvádzali finančné ťažkosti (Eurofound, 2022), čo sú podiely blížiace sa priemerom EÚ.

Miera samovrážd sa na Slovensku počas posledných desiatich rokov znížila

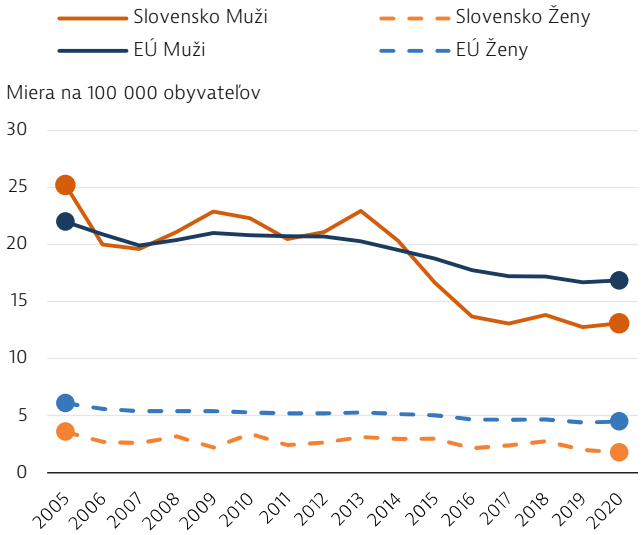
Kým samovražedné správanie je ovplyvnené zložitými sociálnymi a kultúrnymi faktormi, riziko samovraždy zvyšujú duševné problémy. Pokrok bol dosiahnutý v znižovaní miery úmrtnosti na Slovensku v dôsledku samovraždy, najmä u mužov, ktorá je teraz nižšia ako priemery EÚ (graf 26). Hoci existovali určité obavy, že sa miera úmrtnosti počas pandémie zvýši, v roku 2020 zostala na rovnakej úrovni.

Prístup k službám v oblasti duševného zdravia je na Slovensku obmedzený nedostatkom vyškolených pracovníkov

Služby v oblasti duševného zdravia sa na Slovensku poskytujú najmä v nemocniciach a v zariadeniach primárnej starostlivosti. Hoci krajina začiatkom 21. storočia zaviedla právne predpisy s cieľom integrovať viac služieb v oblasti duševného zdravia do primárnej starostlivosti, poskytovanie služieb sa v súčasnosti stále uskutočňuje najmä v rámci ústavnej starostlivosti a ambulantných oddelení v nemocniciach.

Účinný prístup k službám v oblasti duševného zdravia bol pred pandémiou obmedzený nedostatkom financovania a vyškolených pracovných síl, ako aj nízkou gramotnosťou a stigmou v oblasti duševného zdravia. Nízky počet špecializovaných lekárov (šesť psychiatrov na 100 000 obyvateľov v porovnaní s priemerom EÚ vo výške 20 psychiatrov na 100 000 obyvateľov v roku 2018) obmedzuje prístup k zdravotnej starostlivosti v oblasti duševného zdravia a spôsobuje dlhé čakacie lehoty vrátane akútnych pacientov (Grajcarová, 2020). Psychiatri takisto uvádzajú, že nemajú dostatok času na konzultácie s pacientmi. Tento problém je osobitne výrazný v prípade detských psychiatrov, ktorých dostupnosť bola v roku 2018 v niektorých regiónoch takmer nulová.

Graf 26. Miera samovrážd sa počas posledných desiatich rokov znížila, a to najmä u mužov



Zdroj: databáza Eurostatu.

Plán obnovy a odolnosti Slovenska sa zameriava na posilnenie služieb v oblasti duševného zdravia

Posilnenie služieb v oblasti duševného zdravia, financované v sume 83 miliónov EUR, je jednou z troch priorít zdravotníctva v rámci plánu obnovy a odolnosti Slovenska, ktorý slúži ako hlavný strategický dokument Slovenska v oblasti duševného zdravia a vychádza z analytickej štúdie odvetvia uskutočnenej ministerstvom financií (Grajcarová, 2020). Cieľom plánu obnovy a odolnosti je posilniť komunitné služby a ambulantné služby v oblasti duševného zdravia, čím sa podporí proces deinštitucionalizácie zdravotnej starostlivosti v oblasti duševného zdravia. Predpokladá sa, že zmenou učebných osnov a osnov odbornej prípravy psychiatrov sa zvýši atraktívnosť tohto povolania, najmä pre tých, ktorí sa špecializujú na detské poruchy, a to spolu s investíciami do infraštruktúry zdravotnej starostlivosti v oblasti duševného zdravia.

Úsilie zamerané na používanie digitálnych nástrojov v zdravotníckych zariadeniach v oblasti duševnej starostlivosti, napríklad vytvorením siete medzi poskytovateľmi služieb a digitalizáciou psychoterapeutických služieb, môže takisto prispieť k zlepšeniu prístupu k službám a ku kvalite starostlivosti.

7 Hlavné zistenia

- Stredná dĺžka života na Slovensku sa v desaťročí pred pandémiou predlžovala rýchlejšie ako priemer EÚ, ale v rokoch 2019 až 2022 sa skrátila o viac ako pol roka. V roku 2021 boli hlavnými príčinami úmrtia na Slovensku kardiovaskulárne ochorenia, ochorenie COVID-19 a rakovina.
- Takmer polovicu všetkých úmrtí na Slovensku v roku 2019 možno pripísať rizikovým faktorom správania. Riziká súvisiace so stravovaním a fajčením tabaku sú dva hlavné rizikové faktory, ktoré prispievajú k úmrtnosti. Vysoký výskyt fajčenia u dospelých a dospievajúcich zostáva obavou v oblasti verejného zdravia, najmä v prípade ľudí s nižšími stupňami vzdelania. Miera obezity u dospelých je vyššia ako priemer EÚ, pričom k tomuto rastúcemu rizikovému faktoru prispieva nesprávne stravovanie a chýbajúca fyzická aktivita.
- V roku 2021 predstavovali výdavky na zdravotníctvo na Slovensku 7,8 % HDP, čo je oveľa menej ako priemer EÚ vo výške 11,0 %. Približne 80 % výdavkov na zdravotníctvo je financovaných z verejných zdrojov, čo sa blíži priemeru EÚ. Hotovostné výdavky predstavovali 19 % celkových výdavkov na zdravotníctvo, čo je vyšší podiel ako priemer EÚ vo výške 15 %, keďže dobrovoľné zdravotné poistenie zohráva veľmi malú úlohu. Napriek ochrannej stropnej sume ide veľká časť hotovostných výdavkov na lieky.
- Slovensko poskytuje rozsiahly balík výhod, ale nenaplnené potreby v oblasti lekárskej starostlivosti sú mierne vyššie ako priemer EÚ, najmä v dôsledku čakacích lehôt, ktoré neúmerne postihujú ľudí v nižších príjmových skupinách.
- Miery úmrtnosti z preventabilných príčin a liečiteľných príčin boli v roku 2020 jedny z najvyšších v EÚ. Po neustálom poklese počas predchádzajúcej dekády vysoká úmrtnosť v dôsledku ochorenia COVID-19 spôsobila nárast miery preventabilnej úmrtnosti, pričom miera liečiteľnej úmrtnosti bola o viac ako 80 % vyššia ako priemer EÚ. Hoci prevencia a podpora zdravia sú súčasťou politického programu, investície sú naďalej nízke.
- Pandémia ochorenia COVID-19 narušila zavádzanie programov skríningu rakoviny a ohrozila poskytovanie elektívnej starostlivosti. V rokoch 2020 a 2021 nastal prudký pokles chirurgických zákrokov, ako sú výmeny bedrového kĺbu a kolenného kĺbu, pričom žiadne dôkazy nenaznačujú žiadne zmysluplné skrátenie odkladu zdravotnej starostlivosti u pacientov čakajúcich na elektívnu operáciu v roku 2021.
- Počet nemocničných lôžok na Slovensku je nad priemerom EÚ, pričom miera obsadenosti lôžok je relatívne nízka, čo naznačuje, že existuje priestor na zlepšenie efektívnosti. Investície do modernizácie nemocníc sú hlavnou prioritou v oblasti investícií do zdravotníctva z plánu obnovy a odolnosti. Cieľom reformy siete nemocníc je opätovné posúdenie potreby lôžok určených na akútnu starostlivosť s cieľom zlepšiť efektívnosť a kvalitu starostlivosti.
- Počty lekárov a zdravotných sestier na 1 000 obyvateľov sú na Slovensku nižšie ako priemery EÚ, pričom nedostatok zdravotníckych pracovníkov je dlhodobým problémom. Priemerný vek všeobecných lekárov je 57 rokov, pričom 41 % z nich bolo vo vyššom veku, než je štandardný vek odchodu do dôchodku. Cieľom nedávneho zvýšenia platov bolo odstránenie platových rozdielov medzi zdravotníckymi pracovníkmi v porovnaní so susednými krajinami, ale neriešilo iné dôležité aspekty náročných pracovných podmienok. Zvýšenie atraktívnosti povolania zdravotnej sestry a udržanie zamestnancov sú kľúčom k riešeniu aktuálnych nedostatkov.
- Obmedzeným prístupom k inovatívnym liekom, najmä na liečbu rakoviny, sa v roku 2022 zaoberali legislatívne zmeny, ktoré viedli k preplácaniu väčšieho počtu nových liekov. Jedným z dôsledkov sú zvýšené výdavky na lieky a dodatočný tlak na verejné rozpočty.
- Každý siedmy Slovák mal v roku 2019 duševný problém. Za posledné desaťročie bol dosiahnutý pokrok v znižovaní miery úmrtnosti v dôsledku samovraždy, najmä u mužov. Prístupnosť služieb v oblasti duševného zdravia je obmedzená, najmä v dôsledku nedostatočného počtu vyškolených špecializovaných zdravotníckych pracovníkov, nízkych úrovní financovania a stigmatizácie. S cieľom zlepšiť prístupnosť sa v rámci financovania priorizovalo posilnenie komunitných služieb a ambulantnej starostlivosti v oblasti duševného zdravia.

Hlavné zdroje

OECD/EU (2022), Health at a Glance: Europe 2022 – State of Health in the EU Cycle. Paris, OECD Publishing.

Health Systems and Policy Monitor (HSPM) – Slovakia (2023). European Observatory on Health Systems and Policies.

Odkazy

AIFP (2023), Napriek pozitívnym zmenám má Slovensko s dostupnosťou onkologických liekov stále problém.

Bednarik M, Hidas S, Machlica G (2019), Enhancing the social integration of Roma in Slovak Republic. OECD Publishing, https://doi.org/10.1787/197eb309-en.

ECDC (2022), Assessing the health burden of infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU/EEA, 2016-2020.

Eurobarometer (2022), Special Eurobarometer 523 survey: Corruption. European Commission.

Eurofound (2022), Living, working and COVID-19 survey, rounds two, three and five (summer 2020, spring 2021 and spring 2022)Living, working and COVID-19 survey, rounds two, three and five (summer 2020, spring 2021 and spring 2022).

Európska komisia (2021), Europe's Beating Cancer Plan.

Grajcarová (2020), Duševné zdravie a verejné financie – Diskusná štúdia. Ministerstvo financií.

Health Behaviour in School-aged Children study (2023), Data browser (findings from the 2021/22 international HBSC survey): https://data-browser.hbsc.org.

Ministerstvo financií (2023), Recovery and Resilience Plan.

Ministerstvo financií & Ministerstvo zdravotníctva (2022), Revízia výdavkov na zdravotníctvo – aktualizácia

Ministerstvo zdravotníctva (2022a), Aktualizácia Strategického rámca starostlivosti o zdravie pre roky 2014-2030.

Ministerstvo zdravotníctva (2022b), Stratégia všeobecnej ambulantnej starostlivosti do roku 2030.

Newton M, Scott K, Troein P (2022), EFPIA patients W.A.I.T. indicator 2021 survey. European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations.

NOI (2022), National Oncology Programme – updated NOP action plans for 2021-2025. National Oncology Institute.

OECD (2023), EU Country Cancer Profile: Slovak Republic 2023, EU Country Cancer Profiles.

OECD/ECDC (2019), Antimicrobial resistance: tackling the burden in the European Union, Briefing note for EU/EEA countries.

OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018 – State of Health in the EU Cycle.

Pažitný P et al. (2022), Nadúmrtnosť na COVID-19 v kontexte rozhodnutí zdravotnej politiky (roky 2020 – 2022) [COVID-19 excess mortality in the context of health-policy decisions taken (years 2020-2022)].

RRZ (2023), Budúcnosť lekárov a sestier v zdravotníctve [The Future of Physicians and Nurses in the Healthcare Sector]. Council for Budget Responsibility.

Smatana M (2022), Štrajk lekárov: je ministerstvo financií lakomé, alebo sú zástupcovia lekárskych odborov chamtiví? [Doctors' strike: is the Ministry of Finance stingy, or are representatives of medical unions greedy?].

Skratky štátov

Belgicko	BE	Estónsko	EE	Island	IS	Nemecko	DE	Slovensko	SK
Bulharsko	BG	Fínsko	FI	Litva	LT	Nórsko	NIE	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	Taliansko	IT
Dánsko	DK	Írsko	IE	Malta	MT	Rumunsko	RO		

European Commission

State of Health in the EU
Zdravotný profil krajiny 2023

Zdravotné profily krajín sú kľúčovým prvkom cyklu Európskej komisie *Stav zdravia v EÚ, projektu zameraného na* sprostredkovanie poznatkov, ktorý bol vypracovaný s finančnou podporou Európskej únie.

Tieto profily sú výsledkom partnerstva spolupráce medzi Organizáciou pre hospodársku spoluprácu a rozvoj (OECD) a Európskym strediskom pre monitorovanie systémov a politík v oblasti zdravia, ktoré spolupracujú s Európskou komisiou. Na základe konzistentnej metodiky využívajúcej kvantitatívne aj kvalitatívne údaje analýza zahŕňa najnovšie výzvy a vývoj v oblasti zdravotnej politiky v každej krajine EÚ/EHP.

Vo vydaní zdravotných profilov krajín na rok 2023 sa uvádza súhrn rôznych kritických aspektov vrátane:

- súčasný zdravotný stav v krajine;
- determinanty zdravia s osobitným zameraním na rizikové faktory správania;
- štruktúru a organizáciu systému zdravotnej starostlivosti;
- účinnosť, prístupnosť a odolnosť systému zdravotnej starostlivosti;
- Po prvýkrát v sérii sa uvádza stav duševného zdravia a súvisiace služby v krajine.

Doplnením kľúčových zistení zdravotných profilov krajín je *súhrnná správa* Európskej komisie.

Pre viac informácií pozri: ec.europa.eu/health/state

Túto publikáciu citujte takto:
OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023),
Slovensko: Zdravotný profil krajiny 2023, State of Health in the EU,
OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264410718 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO