

# PREČO SA NEDOŽÍVAME V ZDRAVÍ AŽ DO DÔCHODKU?

---

ALEBO NA ČO BY SA MALI ZAMERAŤ PREDVOLEBNÉ DISKUSIE  
V OBLASTI ZDRAVOTNÍCTVA?

Henrieta Tulejová, Dominika Šebová

## OBSAH

<b>OBSAH</b>	<b>1</b>
<b>1 ÚVOD</b>	<b>2</b>
<b>2 V ČOM ZAOSTÁVA SLOVENSKO OPROTI DOBRE FUNGUJÚCIM ZDRAVOTNÝM SYSTÉMOM</b>	<b>2</b>
<b>3 BRZDY ZDRAVOTNÉHO SYSTÉMU NA SLOVENSKU</b>	<b>4</b>
3.1 POMALŠÍ RAST VÝDAVKOV NA ZDRAVOTNÍCTVO A MENEJ PEŇAZÍ NA POISTENCA	4
3.2 NEFORMÁLNE POPLATKY A POPLATKOVÉ PEKLO OBMEDZUJÚ PRÍSTUP K ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI	7
3.3 NEDOSTUPNOSŤ LEKÁROV A ZDRAVOTNÍCKEHO PERSONÁLU	9
<b>4 ZÁVER</b>	<b>10</b>
<b>5 PRÍLOHA 1</b>	<b>11</b>

## 1 ÚVOD

Dĺžka života na Slovensku sa od pádu komunizmu predĺžila v priemere o 5 rokov u žien a 7,5 roka u mužov, stále je však nižšia oproti priemeru krajín EÚ. Slovensko zaostáva vo výsledkoch zdravotného systému za vyspelými európskymi krajinami. Ukázala to aj štúdia *Nadúmrtnosť na Covid-19*<sup>1</sup>, ktorá analyzovala, koľko životov mohlo byť zachránených, ak by slovenské zdravotníctvo počas pandémie lepšie fungovalo.

Dá sa s tým niečo spraviť? Na čo by sme sa mali zamerať, aby sa zdravotný stav Slovákov priblížil ostatným krajinám Európy? V tomto dokumente sa najprv pozrieme na porovnanie výsledkov zdravotného stavu, ktoré sú ovplyvniteľné zdravotným systémom (a menej životným štýlom občanov) oproti najlepšie hodnoteným systémom v Európe. Následne pomenujeme hlavné príčiny horších výsledkov na úrovni systému zdravotníctva.

## 2 V ČOM ZAOSTÁVA SLOVENSKO OPROTI DOBRE FUNGUJÚCIM ZDRAVOTNÝM SYSTÉMOM

**V priemere prežijú slovenskí muži a ženy v zdraví o 7,2 a 7,4 roka menej ako v EÚ<sup>2</sup>. Znamená to, že ešte pred dôchodkom nás začne trápiť a obmedzovať zlý zdravotný stav – u mužov na Slovensku už od 56,3 roka oproti 63,5 roka v EU a u žien od 57,1 roka oproti 64,5 roka v EÚ. Tento výsledok súvisí s naším životným štýlom, kvalitou životného prostredia ale aj fungovaním zdravotníctva.**

Pre identifikáciu oblastí, kde má slovenské zdravotníctvo najväčší priestor na zlepšenie je však potrebné zamerať sa na tie ukazovatele, ktoré sú ovplyvniteľné hlavne kvalitou zdravotného systému. Preto sme použili metodiku štúdie *Mirror, Mirror - Reflecting Poorly: Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries (2021)*<sup>3</sup>, ktorá porovnáva navzájom 11 popredných zdravotných systémov sveta. Ukazovatele zdravotného stavu vybral medzinárodný panel expertov a takmer všetky (10 z 11) sú založené na medzinárodne dostupných štatistikách.

Z týchto ukazovateľov sme rovnakou metodikou vytvorili hodnotenie výsledkov zdravotníctva na Slovensku. Okrem európskych krajín zapojených v spomínanej štúdií (UK, Francúzsko, Švajčiarsko, Švédsko, Nemecko, Holandsko, Nórsko) sme zahrnuli aj susedné krajiny: Poľsko, Maďarsko a Českú republiku. Každú krajinu sme porovnávali oproti priemernej hodnote ukazovateľa za všetky krajiny. Z rozdielov (meraných v počte štandardných odchýlok) sme určili skóre krajiny v jednotlivých ukazovateľoch. Súčet skóre za jednotlivé ukazovatele potom predstavoval celkové skóre pre krajinu. Celú metodiku výpočtu, zdroje použitých dát a tabuľku s dátami a skóre pre jednotlivé krajiny nájdete v Prílohe 1.

Prehľad ukazovateľov, výsledné skóre po jednotlivých ukazovateľoch i celkové skóre za vybrané krajiny ilustruje Obrázok 1. Jednotlivé bodky predstavujú skóre v danom ukazovateli. Pozitívne hodnoty skóre indikujú, že krajina má lepšie výsledky ako priemer všetkých hodnotených krajín a naopak. Najlepšie skóre získalo Nórsko (rovnako ako v spomínanej štúdií *Mirror, mirror 2021*)

---

<sup>1</sup> Pažitný et al.: *Nadúmrtnosť na COVID-19*, 2022

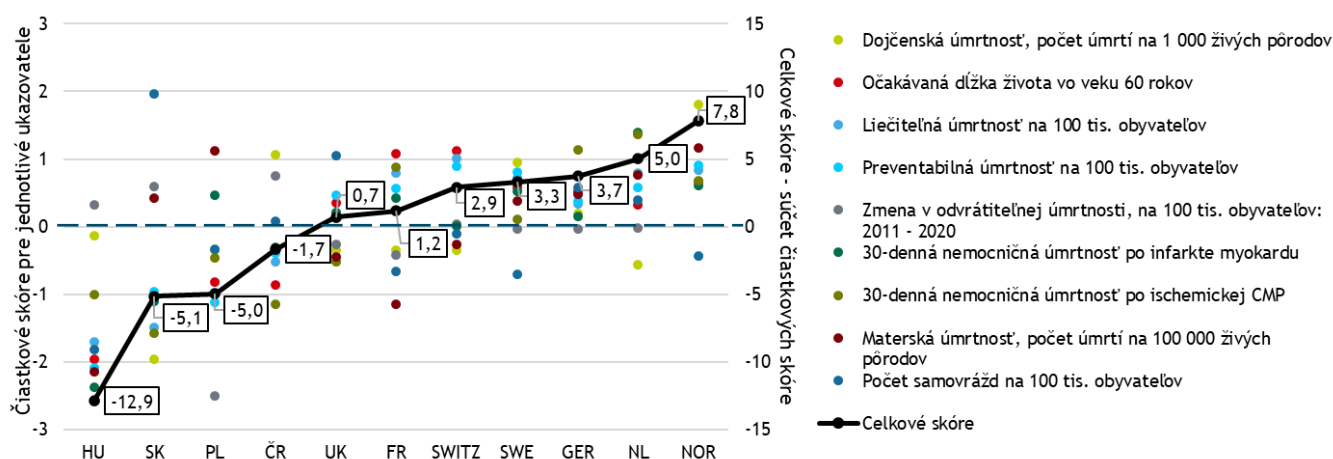
<sup>2</sup> Eurostat, 2020

<sup>3</sup> Schneider et al.: *MIRROR, MIRROR 2021 Reflecting Poorly: Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries*, The Commonwealth Fund, August 2021,

a najnižšie skóre naopak Maďarsko. Česká republika dopadla z krajín bývalej V4 najlepšie a s hodnotou celkového skóre -1,7 sa najviac blíži k vyspelým zdravotným systémom.

Slovensko sa spolu s Poľskom delí o predposlednú priečku. V prípade Slovenska vidno veľkú variabilitu vo výsledkoch. Najväčší priestor na zlepšenie na Slovensku máme v ukazovateli dočenskej úmrtnosti, kde sa od priemeru líšime o 2 štandardné odchýlky. Tento výsledok bude zrejme súvisieť s veľkou rómskou menšinou. **Výrazne však zaostávame aj v miere prežitia do 30 dní po hospitalizácii na mozgovú mŕtvicu alebo porážku (ischemickú cievnu mozgovú príhodu - CMP) a srdcový infarkt.** Ohrození sú najviac muži aj ženy približne od 50 rokov veku s výraznejším nárastom po 60-tke.

**Veľký priestor na zlepšenie máme aj v počte liečiteľných úmrtí – t.j. predčasných úmrtí do 75 rokov,** ktorým by sa dalo zabrániť, ak by sme využívali efektívnejšie dostupné možnosti liečby. Tento ukazovateľ opäť súvisí s tým, že máme nadpriemernú mieru úmrtí na mŕtvicu, rakovinu kolorekta a zápal pľúc. **S počtom 111 úmrtí na 100 tis. obyvateľov má Slovensko 4. najvyššiu úmrtnosť na mŕtvicu v OECD (ČR 61, priemer OECD 58 úmrtí)<sup>4</sup>.** Vývoj v susednej ČR ukazuje, že je možnosť zlepšenia – **od roku 2009 poklesla v ČR celková úmrtnosť pacientov s mŕtvicou o 72%, kým na Slovensku iba o 13%.**



OBRÁZOK 1: POROVNANIE UKAZOVATEĽOV ZDRAVOTNÉHO STAVU SLOVENSKA OPROTI DOBRE FUNGUJÚCIM ZDRAVOTNÝM SYSTÉMOM V EURÓPE A KRAJINÁM V4. ZDROJ: DATABÁZA EUROSTATU A OECD

**Naopak, dobré hodnotenie dosiahlo Slovensko v znížení počtu odvrátiteľných úmrtí za posledných 9 rokov,** čo súvisí s tým, že západné krajiny mali nižšie hodnoty už predtým a preto je ich ďalšie zníženie zložitejšie. Slovensko má vykázanú aj nižšiu materskú úmrtnosť a počet samovrážd. U týchto 2 ukazovateľov je potrebné brať výsledky s opatrnosťou. Dostupná analýza materskej úmrtnosti poukazuje na vysokú mieru podhodnotenia skutočných hodnôt vo verejne reportovaných dátach<sup>5</sup>, ktorá sa zároveň líši medzi krajinami. V prípade ukazovateľa počet samovrážd zase podľa odborníkov existuje riziko, že časť samovrážd je vykázaná v kategórii „smrť s neurčeným úmyslom“, pričom miera takýchto úmrtí je na Slovensku výrazne vyššia ako priemer

<sup>4</sup> Počet úmrtí na 100 tis. obyvateľov, Zdroj: OECD statistics, 2019

<sup>5</sup> <https://www.bmj.com/content/379/bmj-2022-070621>

EU<sup>6</sup>. I napriek tomu však vidíme, že máme (rovnako ako naši susedia) potenciál zlepšovať sa po vzore západných krajín, pričom inšpiráciou nám môže byť Česká republika, ktorá je vo väčšine ukazovateľov pred nami.

### 3 BRZDY ZDRAVOTNÉHO SYSTÉMU NA SLOVENSKU

V čom sa teda líšime od lepšie hodnotených systémov zdravotníctva? Je možné nejaký z nich „len“ okopírovať? Vo svete neexistujú dva identické zdravotné systémy. Každá krajina si vytvorila unikátny mix nástrojov zdravotnej politiky od veľkosti rozpočtu na zdravotníctvo, organizácie poskytovania zdravotných služieb až po nákup efektívnej, kvalitnej a včasnej zdravotnej starostlivosti. Dobre fungujúce systémy zdravotníctva spája zameranie sa na 3 hlavné ciele zdravotníctva podľa WHO :

1. Zameriavajú sa cielene na konkrétne oblasti, kde je možné zlepšiť alebo v prípade chronických ochorení aspoň udržať zdravotný stav obyvateľstva.
2. Dostatok zdrojov, aby bolo možné každému, bohatému aj chudobnému občanovi, zabezpečiť solidárny prístup k zdravotnej starostlivosti a ochrana občanov pred neúmernými finančnými nákladmi na potrebnú zdravotnú starostlivosť
3. Ústretovosť voči občanom - rešpektovanie ich preferencií pri čerpaní zdravotnej starostlivosti a ochrana osobných zdravotných údajov

Na zlepšenie výsledkov zdravotnej starostlivosti o pacientov s porážkou, infarktom či rakovinou existuje viacero odborných odporúčaní a analýz<sup>7</sup>. Čo bráni ich realizácii?

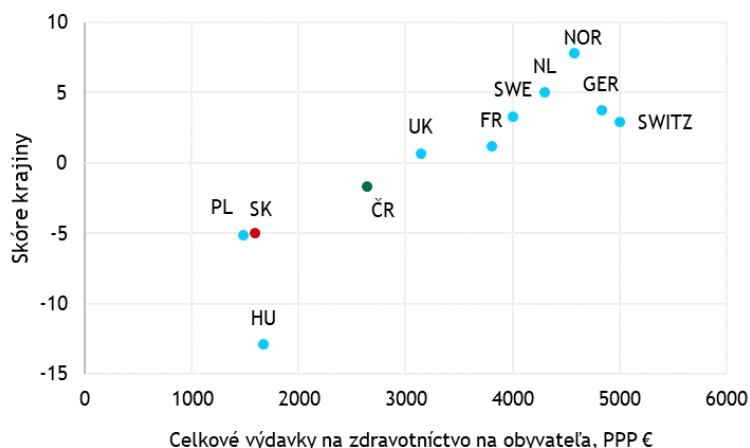
#### 3.1 POMALŠÍ RAST VÝDAVKOV NA ZDRAVOTNÍCTVO A MENEJ PEŇAZÍ NA POISTENCA

Prvou príčinou zaostávania je menší objem zdrojov a ich pomalší rast ako vo väčšine ostatných krajín Európy. Medzinárodné porovnania v dlhodobom horizonte ukazujú, že čím je krajina bohatšia, tým viac peňazí vynakladá na zdravotníctvo. **A s vyšším objemom zdrojov korelujú aj lepšie výsledky zdravotnej starostlivosti.**

Platí to i v prípade analyzovaných ukazovateľov zdravotného stavu, čo ilustruje ich vzťah s celkovými výdavkami na zdravotníctvo na obyvateľa (Obrázok 2). **Slovensko má z porovnávaných krajín najnižšie výdavky na obyvateľa a patrí do skupiny krajín spolu s Maďarskom a Poľskom, v ktorých bolo súčasne nižšie skóre = väčšia odchýlka od priemerných výsledkov** oproti Českej republike a ostatným krajinám. Aj keď platí zákon klesajúcich výnosov. Niektoré krajiny sú schopné dosiahnuť lepšie výsledky zdravotnej starostlivosti aj s menším objemom peňazí – napr. Francúzsko, Švédsko a Holandsko majú porovnateľný výsledok ale približne o 10-20% nižšie výdavky na obyvateľa oproti Nemecku a Švajčiarsku.

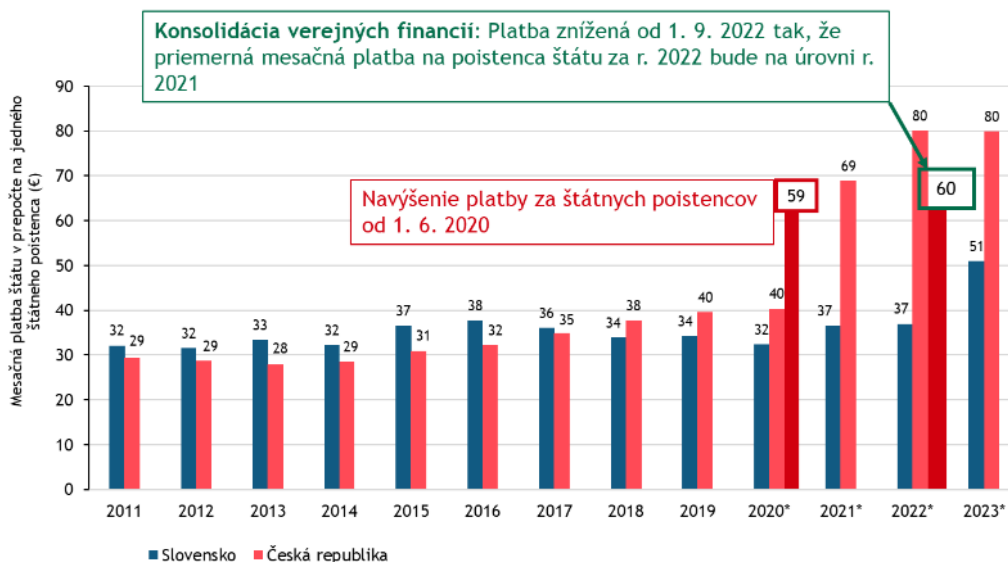
<sup>6</sup> <https://dennikn.sk/3217835/nevieme-kolko-ludi-si-vezme-zivot-preto-tomu-nevieme-ani-lepsie-predchadzat/>

<sup>7</sup> Napr. Doc. MUDr. M. Studenčan, PhD: Starostlivosť o pacientov s infarktom počas druhej vlny ostala na špičkovej úrovni, Zdravotnícke noviny 2022/02 alebo Závěry odborného webinára Americkéj obchodnej komory: Slovensko má jedinečnú šancu skrátiť čas, za ktorý sa onkologickí pacienti dostanú od diagnostiky k liečbe až na tretinu, Euractiv.sk, 2022/10



OBRÁZOK 2: VZŤAH MEDZI CELKOVÝMI VÝDAVKAMI NA ZDRAVOTNÍCTVO NA OBYVATEĽA (PPP) A SKÓRE ZA VYBRANÉ UKAZOVATELE ZDRAVOTNÉHO STAVU, 2020. ZDROJ: DATABÁZA EUROSTATU A OECD

Rozdiel oproti Českej republike vzniká predovšetkým vyššími príjmami v systéme verejného zdravotného poistenia. A to do veľkej miery súvisí s rozdielnym vývojom platby štátu na jedného štátneho poistenca, ktorá bola do roku 2017 vyššia na Slovensku. Od roku 2018 sa začala v ČR postupne navyšovať, kým na Slovensku stagnovala. Najvýznamnejší rast v ČR zaznamenala platba štátu počas Covidu, s cieľom pokryť mimoriadne výdavky spojené s pandémiou. **Avšak Česká republika vníma zaistenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti naďalej ako prioritu. Pre r. 2023 je platba štátu v ČR nastavená až na 80 €, aby bolo k dispozícii dostatok zdrojov na poskytnutie odloženej starostlivosti z obdobia Covidu.** (Obrázok 3).

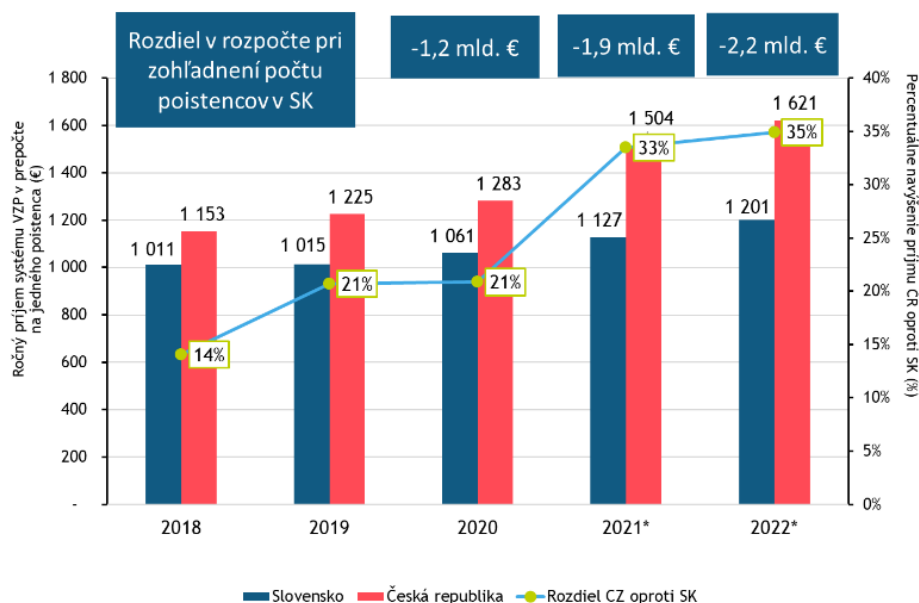


OBRÁZOK 3: Porovnanie vývoja v platbe štátu Zdroj: Správy UDZS o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia, Hodnocení předpokládaného vývoje veřejného zdravotného pojištění

Poznámka: \* suma platby štátu na Slovensku je od r. 2020 stanovená ako pevné číslo bez ohľadu na vývoj počtu poistencov. Pre graf bol prepočítaná podľa počtu poistencov.

Rozdiel v celkových výdavkoch verejného zdravotného poistenia medzi Slovenskom a Českou republikou rastie. V rokoch 2020-2021 sa **navýšil na 21% a 33% navyiac, čo v prepočte na počet poistencov Slovenska predstavuje navyiac o 1 a 1,9 miliardy € ročne** (v r. 2021 aj po započítaní

mimoriadnych výdavkov MZ SR na očkovacie látky na Covid-19 do príjmov verejného zdravotného poistenia).



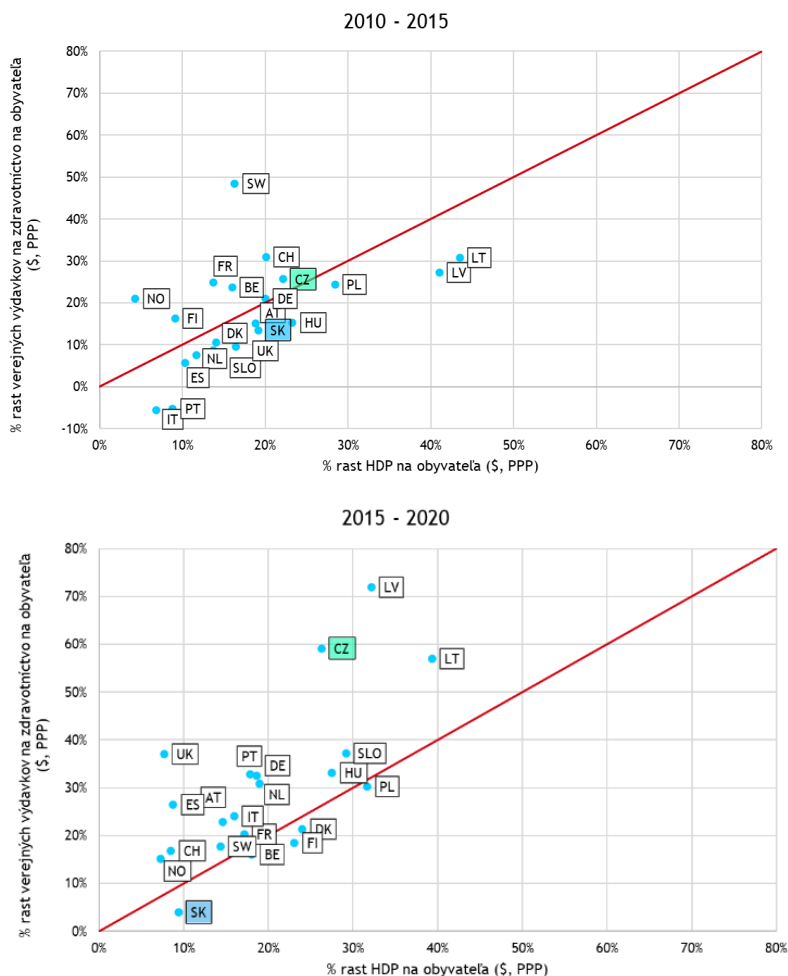
**OBRÁZOK 4: ROČNÝ PRÍJEM SYSTÉMU VEREJNÉHO ZDRAVOTNÉHO POISTENIA NA JEDNÉHO POISTENCA, 2018-2022.**  
ZDROJ: SPRÁVY UDZS O STAVE VYKONÁVANIA VEREJNÉHO ZDRAVOTNÉHO POISTENIA, HODNOCENÍ PŘEDPOKLÁDANÉHO VÝVOJE VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÉHO POJIŠTĚNÍ

Poznámka: \* K príjmom verejného zdravotného poistenia na Slovensku boli pre porovnatel'nosť v r. 2021 a 2022 pripočítané aj mimoriadne výdavky MZ SR na očkovacie látky na Covid-19. Údaje za r. 2022 sú zatiaľ predbežné.

Zdravotníctvo bolo opakovane deklarované v prieskumoch medzi obyvateľmi Slovenska ako priorita<sup>8</sup>. **Výdavky na zdravotníctvo medziročne rástli. Ak však porovnáme rýchlosť rastu verejných výdavkov zdravotníctva na občana s rýchlosťou rastu HDP na občana, zaostávame oproti väčšine krajín Európy.** Na obrázku 4 vidíme, že zatiaľ čo v r. 2010-2015 narástlo HDP na Slovensku o 19%, verejné výdavky narástli pomalšie, o 13,5%. V tomto období rástli výdavky na zdravotníctvo pomalšie ako HDP vo väčšine sledovaných krajín (tj. väčšina krajín je pod červenou čiarou). V r. 2015-2020 sa naopak rast HDP vo väčšine krajín spomalil, ale rast výdavkov na zdravotníctvo aj v dôsledku pandémie zrýchlil. Slovensko však zaostalo oproti ostatným krajinám – zatiaľ čo rast HDP na hlavu bol 9,5% v r. 2015-2020, rast verejných výdavkov na zdravotníctvo na hlavu bol len o 4%.

**Pokiaľ chceme dobehnúť vo výsledkoch zdravotnej starostlivosti vyspelé krajiny, bude potrebné postupne navyšovať sumu zdrojov na zdravotníctvo na obyvateľa.**

<sup>8</sup> Napr. podľa 68% respondentov by hlavnou prioritou vlády po jesenných voľbách mala byť oblasť zdravotníctva. Prieskum Ako sa máte, Slovensko? iniciovala Slovenská akadémia vied, MNFORCE a Seesame v čase 16. až 24. februára na vzorke 1000 respondentov.



**OBRAZOK 5: POROVNANIE RASTU HDP A VEREJNÝCH VÝDAVKOV NA ZDRAVOTNÍCTVO, 2010-2015-2020. ZDROJ: OECD**

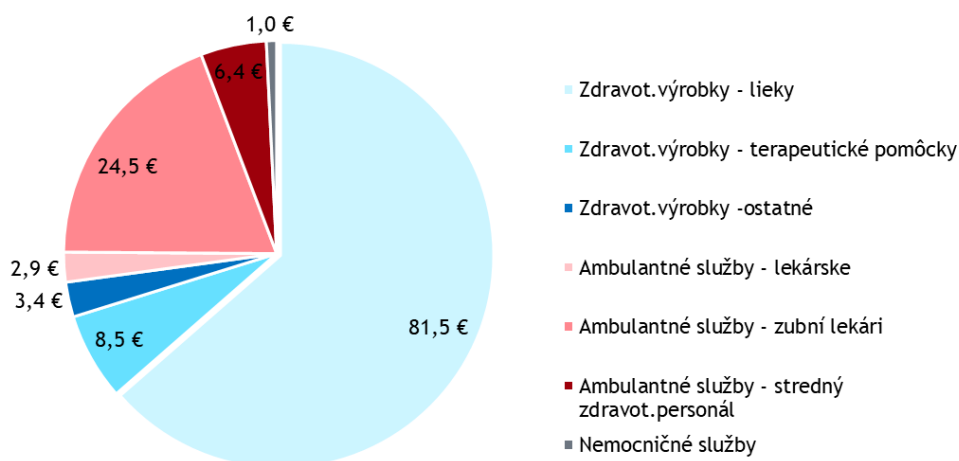
Poznámka: Sumy sú uvedené v USD v PPP. Štatistiky v EUR nemali dostatočne dlhú časovú radu.

### 3.2 NEFORMÁLNE POPLATKY A POPLATKOVÉ PEKLO OBMEDZUJÚ PRÍSTUP K ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Druhým problémom, ktorý súvisí s horšími výsledkami zdravotného stavu, je problém s neformálnou spoluúčasťou v zdravotníctve. **V dôsledku nedostatku zdrojov sa poskytovatelia zdravotnej starostlivosti buď zadlžujú (napr. nemocnice) alebo sa snažia získať financie iným spôsobom, a to často prostredníctvom „dobrovoľných“ a neformálnych poplatkov.** Poplatky za čerpanú zdravotnú starostlivosť existujú vo väčšine dobre fungujúcich systémov zdravotníctva, pretože si vďaka nim pacienti uvedomujú, že zdravotná starostlivosť nie je zadarmo. Na rozdiel od Slovenska sú však nastavené transparentne a dopredu a obmedzené tzv. stop-loss limitom – maximálnou sumou poplatkov, ktorú môže pacient zaplatiť za rok a po jej dosiahnutí už všetky náklady na zdravotnú starostlivosť hradí zdravotná poisťovňa. Takže domácnosti vedia, akú sumu si vyčleniť vo svojom ročnom rozpočte. Sociálne slabšie skupiny alebo chronicky chorí pacienti môžu byť chránení dotáciami na krytie poplatkov aj pod hranicou stop-loss limitu, aby neprekročili určité % ich príjmu a neboli tak bariérou pri čerpaní potrebnej starostlivosti.



Existencia neformálnych poplatkov je na Slovensku dobre známym „verejným tajomstvom“, avšak o ich rozsahu nie sú k dispozícii relevantné dáta. Podľa prieskumu výdavkov domácností Štatistickým úradom za r. 2020, tvorili priemerné výdavky domácností spolu 128 € na osobu na rok (obrázok 6) a v prepočte na všetkých obyvateľov by to bolo približne 700 mil. € v r. 2020. Väčšina - 83% z týchto reportovaných výdavkov je za lieky (64%) a zubných lekárov (19%). Podľa OECD však predstavovali výdavky domácností na zdravotníctvo 18,8% celkových výdavkov na zdravotníctvo, čo predstavuje spolu 1,25 mld. € v r. 2020 a až 220 € na osobu a rok.



OBRÁZOK 6: VÝDAVKY DOMÁCNOSTÍ ZA ZDRAVIE NA OSOBU A ROK V EUR, 2020, ZDROJ: ŠTATISTICKÝ ÚRAD, ANALÝZA PRÍJMOV A VÝDAVKOV DOMÁCNOSTÍ

Existenciu a veľké rozšírenie neformálnych poplatkov potvrdzuje aj prieskum Eurobarometru ohľadom korupcie v členských štátoch EÚ. Ten zaradil Slovensko na **tretie miesto v podiele pacientov, ktorí sa stretli s požiadavkou na nejakú formu „extra platby alebo hodnotného daru“ v zdravotníctve (9%)<sup>9</sup>**, pričom toto číslo narástlo od roku 2019 o 4 p. b.

Podľa prieskumu EU-SILC z r. 2019, až **2,1% sociálne slabších osôb v prvom kvintile z hľadiska príjmu reportovalo nenaplnenú zdravotnú potrebu z dôvodu finančnej bariéry<sup>10</sup>**. Priemer za Slovensko bol 0,4% a za ČR sa tieto hodnoty u všetkých socioekonomických skupín pohybovali okolo 0%. **Netransparentné poplatky bez stop-loss limitu tak veľmi pravdepodobne vytvárajú bariéru v prístupe k zdravotnej starostlivosti najmä u sociálne slabších obyvateľov.**

**Dobre nastavená spoluúčasť so stop-loss limitom by na Slovensku by mohla pomôcť na jednej strane doplniť chýbajúce zdroje, na druhej strane racionalizovať spotrebu zdravotnej starostlivosti.** Slovensko má priemerný počet návštev u lekára 11,1 čo je o 4,3 viac ako priemer

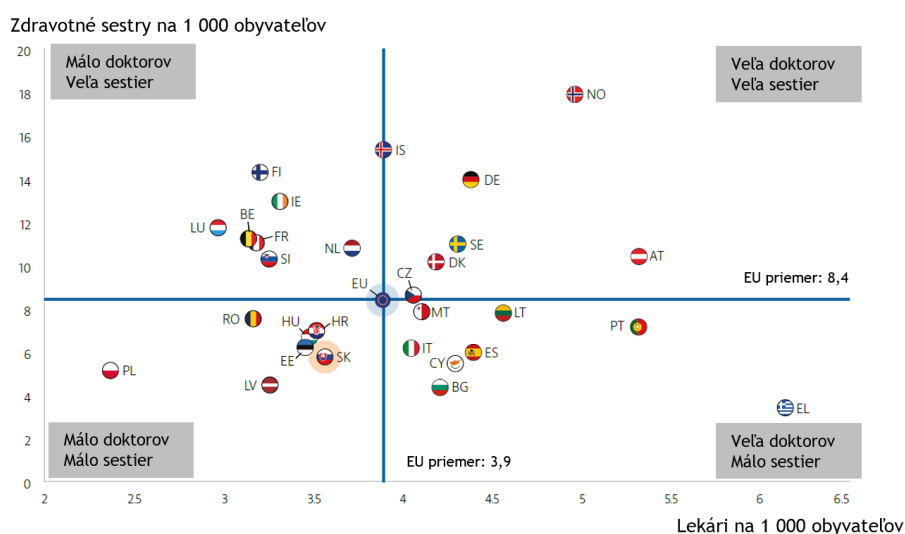
<sup>9</sup> <https://europa.eu/eurobarometer/api/deliverable/download/file?deliverableId=83025>

<sup>10</sup> [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet\\_health\\_care\\_needs\\_statistics#Unmet\\_needs\\_for\\_health\\_care](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet_health_care_needs_statistics#Unmet_needs_for_health_care)

OECD<sup>11</sup>. To, že takéto opatrenie funguje sme už v minulosti videli - po zavedení poplatkov v roku 2003 klesol do roku 2006 počet návštev z 13 na 10,4 návštevy na obyvateľa.<sup>12</sup>

### 3.3 NEDOSTUPNOSŤ LEKÁROV A ZDRAVOTNÍCKEHO PERSONÁLU

Tretím problémom, ktorý je opäť naviazaný na nedostatočné výdavky na zdravotníctvo je nedostatok zdravotníckeho personálu na Slovensku. Významnosť tohto problému bude v krátkom čase ešte narastať vzhľadom na vysoký priemerný vek lekárov aj sestier. Slovensko má v porovnaní s priemerom EU menší počet lekárov (8,4) na tisíc obyvateľov, ale porovnateľný či väčší počet ako Holandsko, Fínsko alebo Francúzsko (obrázok 7). Tieto krajiny si menší počet lekárov kompenzujú vyšším počtom sestier. Na Slovensku však máme málo sestier a sme 1 z mála krajín EU, kde podiel sestier neustále klesá.



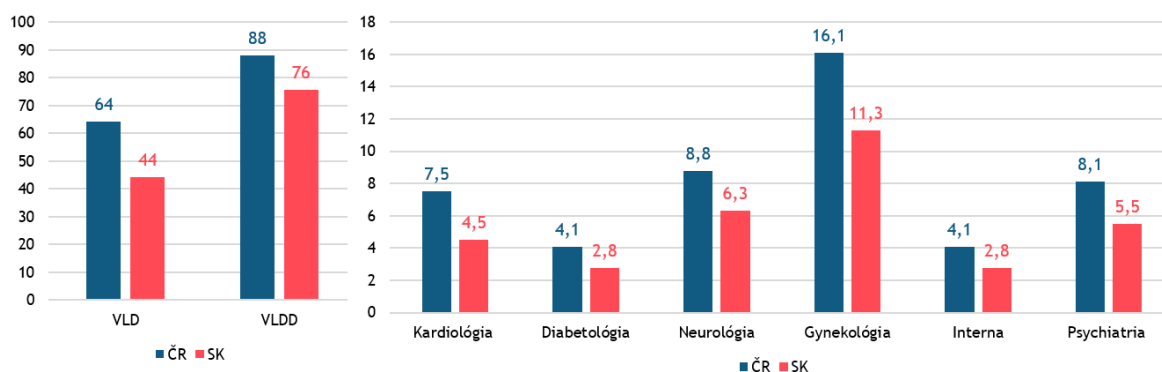
OBRÁZOK 7: POROVNANIE POČTU LEKÁROV A SESTIER NA 1000 OBYVATEĽOV V EURÓPE; ZDROJ: 2021 OECD, STATE OF HEALTH IN EU (SLOVAKIA)

**Platový automat v nemocniciach a nedostatočné úhrady ambulanciám spôsobujú nevyhovujúce rozmiestnenie lekárov, kedy väčší podiel lekárov preferuje lepšie platenú prácu v nemocniciach, čo vedie k nedostupnosti ambulantnej starostlivosti.** Ambulantná starostlivosť je pritom kľúčová najmä pre chronicky chorých pacientov. Je efektívna aj pre riešenie menej závažných zdravotných problémov, zníženie náporu pacientov na nemocnice i následnú starostlivosť po hospitalizácii. Jej zhoršujúca sa dostupnosť bude pravdepodobne súvisieť aj vyššou úmrtnosťou pacientov na mŕtvicu a infarkty do 30 dní po prepustení z nemocnice.

Dostupnosť ambulantnej starostlivosti je dôležitá aj vzhľadom na starnutie populácie, ktoré povedie k väčšiemu počtu chronicky chorých a krehkých pacientov, ktorí potrebujú pravidelnú ambulantnú starostlivosť. V porovnaní s Českou republikou máme **na 100 tis. dospelých obyvateľov o 20 všeobecných lekárov menej, u detí je to o 12 lekárov menej na 100 tis. detí.** Okrem primárnej sféry **zaostávame i v špecializovanej starostlivosti** – máme napríklad nižší počet kardiológov, diabetológov, neurológov, gynekológov, internistov či psychiatrov (obrázok 8).

<sup>11</sup> OECD, 2019

<sup>12</sup> M. Smatana: FINANČNÁ UDRŽATEĽNOSŤ ZDRAVOTNÍCTVA A SPOLUÚČASŤ PACIENTOV



OBRÁZOK 8: POROVNANIE POČTU LEKÁRSKYCH ÚVÄZKOV V AMBULANCIÁCH NA 100 TIS. OBYVATEĽOV, ČR A SK. V PRÍPADE VLD IDE O POČET LEKÁROV NA 100 TIS. DOSPELÝCH, U VLDD NA 100 TIS. DETÍ. ZDROJ: VZP, NCZI

Nedostupnosť ambulantnej starostlivosti vedie k nižšej kvalite prevencie. Slovensko má **najnižší podiel žien vo veku 50-69 rokov, ktoré absolvovali mamografický screening** z krajín OECD (SK 31%, ČR 61%, priemer OECD 62%)<sup>13</sup>. V prípade **rakoviny krčka maternice** je to 46% z celkového počtu žien – opäť **výrazne menej ako ČR (75%)** a tiež menej ako priemer EU16 (54%)<sup>14</sup>.

Ďalším dôsledkom sú neliečené chronické ochorenia, ktoré sa prejavujú v odvrátiteľných hospitalizáciách. Tie sú na Slovensku taktiež výrazne vyššie ako priemer EU aj ako v Českej republike. Hospitalizácií na **srdcové zlyhanie** máme napríklad ročne **490 na 100 tis. obyvateľov**, čo je **o 116 viac ako ČR** a **o 213 viac ako priemer EU**<sup>15</sup>. U diabetu je to 205 hospitalizácií na 100 tis. obyvateľov – o 43 viac ako ČR a o 66 viac ako priemer EU<sup>16</sup>.

## 4 ZÁVER

Naším cieľom nebolo pomenovať všetky príčiny zaostávania slovenského zdravotníctva. Dali by sa identifikovať viaceré ďalšie ako napríklad nestabilita regulačného prostredia alebo rastúca byrokracia a administratívna záťaž na poskytovateľov i pacientov. Tieto témy považujú podľa spomínanej štúdie *Mirror, mirror 2021* za dôležité aj v dobre fungujúcich systémoch zdravotníctva. My sme sa však zamerali len na ti najzásadnejšie brzdy zlepšenia zdravotného stavu.

<sup>13</sup> Zdroj: OECD, 2019

<sup>14</sup> Zdroj: OECD, 2019

<sup>15</sup> Zdroj: OECD, 2019

<sup>16</sup> Zdroj: OECD, 2019

## 5 PRÍLOHA 1

V metodike výpočtu skóre jednotlivých krajín sme sa inšpirovali výpočtom ukazovateľov popisujúcich výsledky zdravotného systému v Štúdiu Schneider et al.: *Mirror, mirror, 2021 (Appendix 8: Health care outcomes)*. Použili sme všetky ukazovatele okrem ukazovateľa „Dospelí vo veku 18 až 64 s aspoň dvoma chronickými chorobami“, ktorý vychádzal z ankety obsahujúcej iba obmedzený počet krajín (nie Slovensko). Pool krajín, ktoré sme zvolili, obsahuje tie krajiny z pôvodnej štúdie, ktoré sa nachádzajú v Európe plus krajiny V4. Skóre jednotlivých krajín je vypočítané ako vzdialenosť od priemeru, meraná počtom štandardných odchýlok. Priemer je vždy priemerom všetkých zapojených krajín. Použité ukazovatele:

1. **Dojčenská úmrtnosť, počet úmrtí na 1 000 živých pôrodov.** Definovaná ako počet úmrtí detí vo veku do jedného roka. Zdroj: OECD. Rok: 2020
2. **Očakávaná dĺžka života vo veku 60 rokov.** Zdroj: Databáza WHO. Rok: 2019
3. **Počet liečiteľných úmrtí na 100 tis. obyvateľov.** Zdroj: Databáza Eurostatu. Rok: 2020 alebo posledný dostupný (pre UK rok 2018).
4. **Počet preventabilných úmrtí na 100 tis. obyvateľov.** Zdroj: Databáza Eurostatu. Rok: 2020 alebo posledný dostupný (pre UK rok 2018).
5. **Zmena v odvrátiteľnej úmrtnosti, na 100 tis. obyvateľov: 2011 - 2020.** Počet odvrátiteľných úmrtí je súčtom liečiteľných a preventabilných úmrtí. Zdroj: Databáza Eurostatu. Ukazovateľ predstavuje rozdiel v počte odvrátiteľných úmrtí na 100 tis. obyvateľoch v rokoch 2011 a 2020. Pre UK bol namiesto 2020 použitý posledný dostupný rok, 2018.
6. **30-denná nemocničná úmrtnosť po infarkte myokardu.** Počet úmrtí na 100 pacientov, vek 45 rokov a viac, údaj štandardizovaný na vek a pohlavie. Zdroj: OECD. Primárne boli použité *linked data*, t. j. dáta zahŕňajúce úmrtia do 30 dní bez ohľadu na to, kde pacient zomrel. Pre krajiny, kde *linked data* neboli k dispozícii sme použili *unlinked data*, ktoré obsahujú iba úmrtia v rovnakej nemocnici, v akej bol pacient pôvodne prijatý. Rok 2019 alebo posledný dostupný. Francúzsko: 2017, Maďarsko: 2009, Švajčiarsko: 2012, Nemecko: *unlinked data* 2019
7. **30-denná nemocničná úmrtnosť po ischemickej cievnej mozgovej príhode.** Počet úmrtí na 100 pacientov, vek 45 rokov a viac, údaj štandardizovaný na vek a pohlavie. Zdroj: OECD. Primárne boli použité *linked data*, t. j. dáta zahŕňajúce úmrtia do 30 dní bez ohľadu na to, kde pacient zomrel. Pre krajiny, kde *linked data* neboli k dispozícii sme použili *unlinked data*, ktoré obsahujú iba úmrtia v rovnakej nemocnici, v akej bol pacient pôvodne prijatý. Rok 2019 alebo posledný dostupný. Maďarsko: 2009, Švajčiarsko: 2012, . Francúzsko: *unlinked data* 2015, Nemecko: *unlinked data* 2019, Poľsko: *unlinked data* 2018.
8. **Materská úmrtnosť, počet úmrtí na 100 000 živých pôrodov.** Zdroj: OECD. Vzhľadom na vysoké medziročné fluktuácie ukazovateľa miesto dát jedného roka použili priemer na posledných 10 rokov, t. j. za roky 2011 – 2020. Pre niektoré krajiny neboli dostupné údaje za všetky roky, v tom prípade sme použili dostupnú množinu. Česká republika: 2011 – 2019, Francúzsko: 2011 – 2015, Švajčiarsko: 2011 – 2019, UK: 2011 – 2017.
9. **Počet samovrážd na 100 tis. obyvateľov.** Štandardizované vzhľadom na vek a pohlavie. Zdroj: OECD. Rok: 2019 alebo posledný dostupný. Francúzsko: 2017. Nórsko: 2016

Indikátor	Zdrojové dáta											Skóre										
	V4				Ostatné							V4				Ostatné						
	SK	ČR	HU	PL	FR	GER	NL	NOR	SWE	SWITZ	UK	SK	ČR	HU	PL	FR	GER	NL	NOR	SWE	SWITZ	UK
Dojčenská úmrtnosť, počet úmrtí na 1 000 živých pôrodov	5,1	2,3	3,4	3,6	3,6	3,1	3,8	1,6	2,4	3,6	3,6	-2,0	1,1	-0,1	-0,3	-0,3	0,2	-0,6	1,8	1,0	-0,3	-0,3
Očakávaná dĺžka života vo veku 60 rokov	21,8	22,1	20,2	22,1	25,3	24,4	24,1	24,7	24,5	25,4	24,1	-1,0	-0,9	-2,0	-0,8	1,1	0,5	0,3	0,7	0,6	1,1	0,4
Liečiteľná úmrtnosť na 100 tis. obyvateľov	169	122	180	144	59	81	59	57	62	49	87,41	-1,5	-0,5	-1,7	-1,0	0,8	0,3	0,8	0,8	0,7	1,0	0,2
Preventabilná úmrtnosť na 100 tis. obyvateľov	262	218	350	275	143	157	141	115	123	116	150,43	-1,0	-0,4	-2,1	-1,1	0,6	0,4	0,6	0,9	0,8	0,9	0,5
Zmena v odvrátiteľnej úmrtnosti, na 100 tis. obyvateľov: 2011 - 2020	-30,7	-33,5	-26,1	23,5	-13,1	-19,9	-20,0	-48,1	-19,7	-21,0	-15,77	0,6	0,7	0,3	-2,5	-0,4	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	-0,3
30-denná nemocničná úmrtnosť po infarkte myokardu	13,5	10,2	18,8	7	7,2	8,3	3,2	6,4	6,8	8,9	8,1	-1,1	-0,3	-2,4	0,5	0,4	0,2	1,4	0,6	0,5	0,0	0,2
30-denná nemocničná úmrtnosť po ischemickej CMP	15,7	14,2	13,7	11,8	7,1	6,2	5,4	7,8	9,8	8,2	12	-1,6	-1,1	-1,0	-0,5	0,9	1,1	1,4	0,7	0,1	0,6	-0,5
Materská úmrtnosť, počet úmrtí na 100 000 živých pôrodov	3,8	5,9	11,1	1,8	8,2	3,7	2,9	1,7	3,9	5,7	6,2	0,4	-0,3	-2,1	1,1	-1,1	0,5	0,8	1,2	0,4	-0,3	-0,4
Počet samovrážd na 100 tis. obyvateľov	6,6	10,7	14,8	11,6	12,3	9,6	10	11,8	12,4	11,1	8,6	2,0	0,1	-1,8	-0,3	-0,7	0,6	0,4	-0,4	-0,7	-0,1	1,0
<b>Celkové skóre</b>												<b>-5,1</b>	<b>-1,7</b>	<b>-12,9</b>	<b>-5,0</b>	<b>1,2</b>	<b>3,7</b>	<b>5,0</b>	<b>7,8</b>	<b>3,3</b>	<b>2,9</b>	<b>0,7</b>



**Advance Healthcare Management Institute, s.r.o.**  
U Háje 296/22, 147 00 Praha 4

Tel.: +420 702 029 953  
office@advanceinstitute.cz  
www.advanceinstitute.cz

IČ: 28986024  
DIČ: CZ28986024  
Banka: Raiffeisenbank  
č. ú.: 4780992001/5500  
OR: vedená Městským soudem v Praze,  
oddíl C, vložka 157951