
Zdravie a zdravotníctvo na Slovensku v Európskom porovnaní v roku 2016

(Analýzy a komentáre založené na údajoch správy OECD: *Health at a Glance: Europe 2016*)

Súhrn a závery

Z pozitív zdravotného stavu zaujme najmä najnižší výskyt HIV a demencie na Slovensku, vysoká miera vakcinácie detí nad priemerom EÚ, relatívne nízka konzumácia drog pod priemerom EÚ. Najnižší výskyt demencie v EÚ. **Z negatív** zdravotného stavu je to najmä vysoká miera chorobnosti na chronické neprenosné ochorenia súvisiaca s najnižším počtom rokov života prežitých v starobe v zdraví. Máme jednu z najvyšších novorodeneckých úmrtností v EÚ a nadpriemerne vysokú úmrtnosť detí. Na Slovensku je po Portugalsku najvyšší podiel úmrtí na zápaly pľúc v EÚ. Je tu nízka zaočkovanosť populácie voči chrípke, nízka miera skríningu nádorových ochorení a nízka je i priemerná dĺžka života Slovákov. **V systéme za pozitíva** možno v liekovej politike pokladať jeden z najvyšších podielov generík v rámci EÚ, nadpriemernú využiteľnosť CT prístrojov. **K výrazným negatívam** patrí ďaleko najvyššia návštevnosť urgentných príjmov v EÚ, čo svedčí o zlyhávaní primárnej zdravotnej starostlivosti a súčasne veľkom počte sociálne znevýhodnených obyvateľov, ktorými nie sú len príslušníci minoritných etník na Slovensku najmä Rómovia, ale hlavne veľkej časti slovenských seniorov v dôchodkovom veku, ktorí majú finančnú núdzu. Máme výrazný nedostatok zdravotných sestier, hlboko pod priemerom EÚ, sme jediná krajina, kde ich počet klesá. A to napriek tomu, že máme nadpriemerný počet absolventov lekárov a zdravotných sestier, ktorí však odchádzajú do zahraničia a do iných profesií, takže na Slovensku chýbajú.

Systémové zlepšenie nastalo v liekovej ekonomike. Výdavky na lieky na obyvateľa klesli mierne pod priemer EÚ. Patríme ku krajinám s najvyšším podielom predpisu generík, ktoré sú nákladovo efektívne. **Problémom** zostáva celkové podfinancovanie systému, ktoré ďaleko prevyšuje potenciál využitia vnútorných rezerv zdravotníctva. Kým v relatívnom porovnaní na Slovensku podiel vynaložených finančných prostriedkov na zdravotníctvo z HDP sa dostal len na 7 %, tak priemer v EÚ stúpá a v lepšie prosperujúcich krajinách s najlepším zdravím obyvateľstva dosiahol dokonca 10 – 11 % HDP. Ešte markantnejší je rozdiel v absolútnom monetárnom vyjadrení v Euro. Kým na Slovensku sa na zdravie jedného občana vynaložilo v priemere 1 539 Eur ročne, tak vo vyspelých krajinách sa dáva na zdravie obyvateľa suma dva a niekde až takmer štyrikrát väčšia. Okrem toho máme jedny z najnižších nákladov na invaliditu a práceneschopnosť v EÚ a najnižšie náklady na dlhodobú liečebnú starostlivosť činiace len 0,1 % HDP, čo však nezodpovedá reálnemu zdravotnému stavu a potrebám populácie. Najmenej prostriedkov tiež vynakladáme na budovanie a rekonštrukcie zastaraných zdravotníckych zariadení.

Ako ukazuje analýza štatistiky OECD zlepšenie zdravia a predĺženie očakávanej doby dožitia populácie je úmerné množstvu peňazí, ktoré sa v krajine na zdravotníctvo vynaloží. Slovensko je vo vynakladaných prostriedkoch hlboko pod priemerom EÚ a to sa odráža aj na zdraví obyvateľstva. Hľadanie a využitie

rezerv v organizácii a manažmente takto suboptimálne financovaného systému nemôže výraznejšie ovplyvniť zdravie obyvateľstva, aby sa dostalo do priemeru EÚ. Naopak hrozí zhoršovanie. Prioritou pri navýšení financií by mala byť politika zabezpečenia ľudských zdrojov. To je stabilizácia kvalitných mladých odborníkov, zabránenie ich odchodu do zahraničia, výrazné rozšírenie počtu a platových podmienok zdravotných sestier, opatrovateľov, lekárov najmä v primárnej sfére. Zvýšenie počtu a kvality zdravotníckeho personálu je kľúčovou úlohou. Ľudský kapitál je najvzácnejší a nemožno ho tak rýchle finančne zabezpečiť ako prístroje, budovy, či výpočtovú techniku, ktorá v zdravotníctve ľudské zdroje nenahradí.

Úvod

Keďže tabak, alkohol a ilegálne drogy sú významným činiteľom chorobnosti a úmrtnosti, pri súčasnom hľadaní východísk z krízy v slovenskom zdravotníctve preskúmali pracovníci Inštitútu drogových závislostí na základe analýzy najnovších objektívnych faktov od nezávislej renomovanej ekonomickej inštitúcie OECD, aký je náš stav v európskom porovnaní. Pozornému čitateľovi odporúčame našu analýzu konfrontovať s grafmi a podkladovým materiálom *Health at a Glance: Europe 2016* na http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016_9789264265592-en#.WH4JT302

Pretože medicína drogových závislostí funguje v kontexte celého zdravotníctva, podrobili sme podrobnejšej analýze všetky dostupné údaje z podkladového materiálu OECD so zameraním sa na postavenie slovenského zdravotníctva v porovnaní s ostatnými krajinami Európskej únie. Podnetom k tejto rozšírenej analýze, boli tiež závery správ INEKO a IFP z roku 2016, ktoré sa venovali ekonomike zdravotníctva. Používali pritom štatistické údaje s viacerých zdrojov, ktoré ale boli staršie ako aktuálna správa OECD o stave zdravotníctva v Európskej únii z novembra 2016. Program Ministerstva financií „Hodnota za peniaze“ sa v oblasti zdravotníctva opiera pri hľadaní východísk a pokusov o reformu práve o tieto správy. Na základe faktov správy OECD a hlbšieho poznania mechanizmov fungovania nášho zdravotníctva a ekonomiky sme interpretovali jednotlivé zistenia v kontexte Európy s predpokladaným zdôvodnením pozície Slovenska a s naznačením možných východísk v problémových oblastiach. Diferencie v niektorých našich záveroch a v hľadaní riešení s analýzami INEKA a IFP sú pravdepodobne v tom, že sme mali k dispozícii novšie údaje. Cieľom analýzy je poskytnúť náhľad do situácie a na perspektívy slovenského zdravotníctva v medzinárodnom kontexte, z trochu iného uhlu ako predošlé štúdie realizované pod líderstvom slovenských ekonómov. Hoci analýzu sme vypracovali pre našu internú potrebu, rozhodli sme sa ju sprostredkovať i úzkej skupine odborníkov, ktorí sa venuje tejto problematike.

Porovnania a interpretácie

Dožitie a úmrtnosť

Patríme medzi 5 krajín EÚ s najkratšou priemernou očakávanou **dĺžkou života 77 rokov pri narodení**. Očakávaná dĺžka života pri narodení bola v roku 2014 v Maďarsku 76, v Poľsku 77,8 rokov, v Česku 78,9 rokov. Priemer EÚ bol 80,9 rokov a najdlhšia bola v Španielsku 83,3 rokov.

V Európskej únii s **5 úmrtiami novorodencov** na 1000 pôrodov patríme ku krajinám s najvyšším počtom spolu s Bulharskom, Rumunskom a Maltou, kým v Česku ich bolo 2,4 v Poľsku 4,4 v Maďarsku 4,5 priemer EÚ je 3,6 úmrtí na 1000 živonarodených, v Slovinsku pripadá na 1000 novorodencov len **1,1 úmrtia**. Tiež v **úmrtnosti detí vo veku od 1 do 14 rokov** života je na tom Slovensko s **19,4** úmrtiami na 100-tisíc v porovnaní s ostatnými krajinami EÚ medzi najhoršími, piate od konca po Bulharsku, Rumunsku, Lotyšsku a Estónsku. Priemer EÚ je **11,8 úmrtí**, v Česku je to 10,5 Poľsku 14,4 Maďarsku 12,6a najlepšie **Švédsko má 8,3** úmrtí na 100 000 detí.

Interpretácie

Domnievame sa, že v tejto vekovej skupine sú zlé ukazovatele slovenského zdravotníctva predovšetkým podmienené vysokou novorodeneckou úmrtnosťou v marginalizovanej časti rómskej populácie, ktorá podobne ako v Bulharsku a Rumunsku je na Slovensku relatívne veľká. Žije v osadách v zlých hygienických a ekonomických podmienkach. Len v menšej miere by sa na zvýšenej novorodeneckej úmrtnosti mohla podieľať aj menšia dostupnosť detských lekárov najmä na vidieku.

Máme nadpriemerný počet **289 úmrtí** na 100 000 obyvateľov **na neprenosné ochorenia** (rakovina, infarkty, diabetes, mozgové príhody) v produktívnom **veku 25 – 64 rokov**. Priemer EÚ je 201, ČR má 244 úmrtí, Poľsko 305 a Maďarsko 411. Najmenej ich má **Cyprus 201**. S tým súvisí potenciálna strata produktívnych rokov života. Na Slovensku je takto **stratených 53 324 rokov**.

Na Slovensku zostáva obyvateľom **v zdraví najmenej rokov života** pri porovnaní s ostatnými krajinami EÚ. **Po 65. roku** veku prežijú Slováci v zdraví, bez invalidizujúcich ochorení menej ako tretinu zo zvyšku ich života, kým vo Švédsku sú to až dve tretiny zostávajúcich rokov života, ktoré Švédi prežijú bez závažných telesných a duševných obmedzení.

Interpretácie

V zhode s OECD je potrebné konštatovať, že samotná kvalita poskytovanej liečebno-preventívnej zdravotnej starostlivosti v krajine len v obmedzenej a menšej miere zodpovedá za dĺžku a kvalitu života obyvateľstva v zdraví. Je však dôležitým faktorom, ktorého váha je rôzna spolu s ďalšími determinantami zdravia ako sú sociálne, ekonomické podmienky v krajine, kvalita vzdelávacieho systému obyvateľstva, jeho životný štýl, kvalita potravín, demografická charakteristika, environmentálne podmienky, geografické, znečistenie ovzdušia a prírody, vybudovaná komplexná infraštruktúra v krajine. Vo väčšine týchto nemedicínskych determinantov zdravia za priemerom EÚ zaostávame, čo výrazne znižuje priemernú dĺžku života našich obyvateľov a kvalitu ich zdravia a má dopad aj na dostupnosť a kvalitu zdravotnej starostlivosti. V mnohom zaostávame aj za krajinami V4. Máme napríklad najvyšší podiel nočnej práce v EÚ, sme manufaktúrkou EÚ s vysokým podielom fyzicky namáhavej manuálnej práce, často v sťažných, v zdraví škodlivých pracovných podmienkach, čo zvyšuje riziko úrazov a skorší výskyt

mnohých chronických ochorení. Mnoho, najmä starých ľudí žije na Slovensku v horských oblastiach, kde je kombinácia sťaženej geografickej prístupnosti k zdravotnej starostlivosti a nedostatočnej primárnej starostlivosti. Pravidelné domáce návštevy pacienta s obmedzenou hybnosťou jeho praktickým lekárom v horských osadách sú zriedkavé a aj v mestských aglomeráciách nedostatočné, lebo obaja sú už starí a chorí (praktický lekár i chronický pacient) a ťažko sa k sebe navzájom približujú. Nedostatočné riešenie vyššie uvedených oblastí spolu so zaostávaním v oblasti verejného zdravotníctva, na ktoré štát vynakladá veľmi málo prostriedkov, nemôže nahradiť ani prípadné izolované zlepšenie v oblasti liečebno-preventívnej starostlivosti. Od zlepšenia v nej preto môžeme len v malej miere očakávať predĺženie života a zníženie chorobnosti v našej populácii tak, aby sme sa výraznejšie priblížili k priemeru EÚ, či krajín V4. Príčinou je nedostatočný objem slovenského HDP v absolútnom vyjadrení v porovnaní s rozvinutými krajinami EÚ, ale i dlhodobé nasmerovanie v prerozdeľovaní štátneho rozpočtu ako celku s poddimenzovaním oblasti verejných financií a v rámci toho s poddimenzovaním reálnych potrieb nákladov na zdravotníctvo, a len menšou mierou tiež nevyužívané vnútorné rezervy zdravotníctva.

Determinanty zdravia

V EÚ vo veku 15 rokov týždenne fajčí 14 % mladých. Na Slovensku je to 17 %. Najmenej vo Švédsku 7 %. Dospelí však fajčia nad priemerom EÚ. Viac ako 20 % dospelých u nás fajčí každý deň. Patríme spolu s Rumunskom a Rakúskom medzi tri krajiny, v ktorých sa od roku 2000 do roku 2014 neznižil počet fajčiarov. Inde bol zaznamenaný významný pokles. 29 % chlapcov a 26 % dievčat vo veku 15 rokov, bolo na Slovensku aspoň 2 razy v živote opitých. Je to nad priemerom EÚ, ale pomerne ďaleko od Dánska, kde to bolo 38 %, resp. 39 %. S 10 litrami čistého alkoholu na obyvateľa nad 15 rokov sme v roku 2014 boli v priemere EÚ. Nebol započítaný nelegálny alkohol. Kým v Belgicku, Rakúsku to bolo 12 litrov a v Litve až vyše 14 litrov. Naopak vo Švédsku len 7 l. V názorovom, excesívnom pití sme boli pod priemerom EÚ. V užívaní ilegálnych drog 15 – 34-ročnými pokiaľ ide o kanabis, kokaín, amfetamíny a extázu, sme sa v každej jednej z nich nachádzali hlboko pod priemerom EÚ.

Interpretácie

V európskom porovnaní podľa OECD sa Slovensko v týchto determinantoch zdravia ako celku s výnimkou fajčenia a pitia v skupine mladistvých umiestnilo v priemere a pokiaľ ide o užívanie drog výrazne pod priemerom EÚ. Obzvlášť pozitívna je situácia vo výskyte HIV/AIDS medzi injekčnými užívateľmi drog, ktorá je najlepšia v Európe a ako ukázala správa OECD, premietlo sa to aj do najnižšieho výskytu v celej našej populácii v európskom porovnaní.

Užívanie látok s potenciálom vyvolať závislosť, či už legálnych (tabak, alkohol), alebo ilegálnych (kokaín, marihuana, extáza, amfetamíny) je veľkým zdravotným rizikom pre jednotlivca i spoločnosť. Čím vyššia miera užívania, tým viac poškodení zdravia a vyššie náklady na zdravotníctvo. Fajčenie okrem toho, že v dospelom veku vyvoláva onkologické choroby, spôsobuje chronickú obštrukčnú chorobu pľúc a je na príčine závažných kardiovaskulárnych ochorení. Alkohol priamo zapríčiňuje, alebo sa spolupodieľa podľa SZO na vzniku a zhoršení 70 rôznych chorôb. Aj keď nadpriemerná konzumácia alkoholu a fajčenie mladých nepatrí k úplným európskym extrémom, pokračuje do dospelosti, kde významne prispieva ku zvýšenej chorobnosti a úmrtnosti našej populácie najmä na rakovinu a srdcovo-cievne ochorenia, vo vyššej miere ako v iných krajinách EÚ s porovnateľnou spotrebou, ale štedrejším príspevkom na

zdravotnú starostlivosť. Užívanie drog, zvlášť injekčnou formou, je na príčine smrteľných predávkovaní mladých ľudí, šírenia ťažko liečiteľných infekcií ako HIV/AIDS a hepatitídy typu C, preto v prípade ich nárastu i na príčine vysokých nákladov na zdravotníctvo. Ako vyzdvihla štúdia Inštitútu finančnej politiky ešte pod vedením pána Filka, na základe ich výskumu má na tom u nás zásadnú zásluhu dostupnosť programov znižovania poškodenia („harm reduction“) a liečby užívateľov drog v období posledných dvoch desaťročí. Jedno vložené Euro ušetrí spoločnosti 7.

Výskyt **obezity u detí** do 16 rokov je na Slovensku pod priemerom EÚ **okolo 15 %**. Ku priemeru tiež patríme **so 16 % obéznych** vo veku **nad 15 rokov**. Najmenej **9 % je ich** v Rumunsku. Deti a mládež do 15 rokov na Slovensku patrí spomedzi krajín EÚ k tým s najčastejšou telesnou aktivitou, cvičením. Najmenej cvičia deti v Grécku, Taliansku a Francúzsku. Čo sa týka telesnej aktivity dospelých, patríme k priemeru EÚ. V konzumácii ovocia sme v priemere alebo mierne nadpriemerom EÚ, u zeleniny naopak. Znečistenie ovzdušia je **25 PPM** u nás, **23 PPM priemer** v EÚ a 28 v Česku 33 v Poľsku a 23 v Rakúsku.

Interpretácie

Pokiaľ ide o determinanty zdravia, ktoré sú individuálne občanmi ovplyvniteľné, sme na tom v európskom porovnaní dobre. V mnohých, ako je napríklad obezita či fyzická aktivita, sme nad priemerom EÚ. Výnimkou je fajčenie mladých a podpriemerná konzumácia zeleniny. Čo však občan priamo nemôže ovplyvniť, sú externé činitele ako napríklad znečistenie ovzdušia, ktoré je nad priemerom EÚ, ale menšie ako v Česku, či Poľsku. **Determinanty zdravia sledované OECD nevysvetľujú podpriemernú úroveň zdravia na Slovensku v rámci EÚ.** Príčiny je potrebné hľadať inde.

Chorobnosť - štruktúra

Máme nadpriemerný počet **6,6 zaznamenaných prípadov syfilisu** na 100 000 obyvateľov, priemer EÚ je **5,1** najviac ich je na Malte 11,5 prípadov. Slovensko má **najnižší výskyt HIV pozitívnych ľudí – 1,6** na 100 000 obyvateľov. Najviac má Estónsko – 22,1 a priemer **EÚ je 5,9**. Ale po Portugalsku máme **najviac úmrtí na zápal pľúc – 54,2 na 100 000 obyvateľov**, kým najmenej je **vo Fínsku, len 5,4 a priemer EÚ je 26**. Slovensko patrí popri Maďarsku a Chorvátsku k trom krajinám v EÚ s **najvyššou úmrtnosťou na rakovinu**. A tiež popri Litve a Lotyšsku k trom krajinám v EÚ, kde je **najviac úmrtí na ischemickú chorobu srdca**. Vysoko nad priemerom EÚ sme aj v úmrtiach na mozgové príhody. **Na Slovensku je najnižší výskyt demencie** na 1000 obyvateľov v EÚ. S takmer 7 prípadmi cukrovky na 100 000 obyvateľov, čo je ochorenie s vysokými nákladmi, sme v priemere krajín EÚ.

Interpretácie

Nízky výskyt HIV/AIDS na Slovensku v európskom porovnaní je možné pripísať opatreniam v rámci Národného programu prevencie šírenia HIV/AIDS a Národného programu proti drogám, na základe ktorých sa prijali účinné liečebno-preventívne opatrenia. Menej sa darí v prevencii onkologických a srdcovo-cievnych ochorení, kde chýba rozsiahlejší celoplošný skrining, ale súvisí to aj s nezdravým životným štýlom našej populácie (alkohol, fajčenie, skladby stravy). Teda veľká časť týchto úmrtí je preventibilná včasným záchyтом a zmenou životného štýlu. Vysoké počty úmrtí na pneumóniu však svedčia o nedostatkoch priamo v liečebno-preventívnej oblasti, jednak nízka zaočkovanosť voči chrípke

v porovnaní s inými krajinami EÚ, čo často u oslabených skupín obyvateľstva môže viesť ku pneumónii so smrteľným koncom a po druhé nedostatok opatrovateľskej služby o ležiacich, najmä starých ľudí: chýbanie antidekubitových matracov, nedostatok opatrovateľiek a zdravotných sestier. Nevieme si vysvetliť veľmi pozitívny fenomén, ktorým je najnižší výskyt demencie na Slovensku v rámci EÚ.

Efektivita a kvalita starostlivosti

Úmrtnosť preventibilná na 100-tisíc, ktorá sa dá ovplyvniť nástrojmi verejného zdravotníctva, bola v priemere v EÚ 204 ľudí, na Slovensku 339, štvrtá najvyššia od posledného Lotyšska so 431. V Maďarsku 38, Česku 277, Poľsku 270, v Rakúsku 206 a najmenšia bola v Taliansku 143, na Cypre 148, Španielsku 151, Grécku 163, vo Švédsku 167, v Nemecku 197.

Úmrtnosť odvrátiteľná na 100 tisíc obyvateľov, ktorá je indikátorom efektivity liečebno-preventívnej zdravotnej starostlivosti, bola v priemere EÚ 119 ľudí, na Slovensku 237, šiesta od konca od najhoršieho Lotyšska s 332 úmrtiami. Za nami sa ešte nachádza Litva, Rumunsko, Bulharsko a Maďarsko s 245 úmrtiami. Najmenšiu odvrátiteľnú úmrtnosť zaznamenali vo Francúzsku so 73 ľuďmi, nasledovanom Španielskom, Talianskom, Holandskom, Cyprom a Švédskom. V Česku to bolo 176 Poľsku 167a v Nemecku 107, v Rakúsku 101. Najnižšia však bola mimo EÚ vo Švajčiarsku 70.

Interpretácie

Približne 2/3, z úmrtí preventibilných opatreniami verejného zdravotníctva, sa čiastočne prekrývajú s odvrátiteľnou úmrtnosťou, ktorá reflektuje stav zdravotného systému. Najjasnejšie poukazujú na deficit nášho zdravotníctva úmrtia na pneumónie, ktorých máme v rámci EÚ skoro najviac. OECD ich nezaraďuje medzi preventibilné, len medzi odvrátiteľné príčiny smrti. Na túto diagnózu najčastejšie v dnešnej dobe zomierajú oslabení a starí ľudia, pri nedostatočnej liečebnej a opatrovateľskej starostlivosti. Dôvodom je **nedostatok zdravotníckeho**, najmä sesterského a opatrovateľského personálu v nemocniciach, ale aj v domácom liečení pre imobilných pacientov, ktorí v dôsledku dekubitov často zomierajú na túto diagnózu. V infraštruktúre je **príčinou nedostatok antidekubitových matracov** pre takýchto pacientov. Okrem **nízkej miery preventívnych skriningových vyšetrení**: karcinómu krčku maternice, kolorektálneho karcinómu, či karcinómu prsníka, máme na Slovensku jedno z najnižších percent zaočkovania ľudí proti chrípke. **Faktom však zostáva, že zlepšenie týchto ukazovateľov na Slovensku nie je možné bez razantného navýšenia financií, ako do oblasti verejného zdravotníctva, tak aj pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti prostredníctvom stimulácie zo strany zdravotných poisťovní.** Zníženie odvrátiteľnej úmrtnosti v rámci zdravotnej starostlivosti vedie k menšiemu zlepšeniu celkovej úmrtnosti v porovnaní s možnosťami v oblasti zníženia preventibilnej úmrtnosti. Preto zodpovednosť za zlý stav zdravia na Slovensku spočíva vo väčšej miere na opatreniach v oblasti preventibilných úmrtí prostriedkami verejného zdravotníctva, a v menšej miere vo vylepšovaní zdravotnej diagnostiky a liečby, za ktoré zodpovedajú poskytovatelia zdravotnej starostlivosti.

Jedným z **indikátorov kvalitnej ambulantnej a podľa OECD primárnej starostlivosti**, je nadmerný počet **hospitalizácií** kvôli chronickým ochoreniam. V prípade počtu **hospitalizácií kvôli astme** sme ich

z porovnávaných krajín EÚ **mali najvyšší počet**, najhorší výsledok. V prípade *chronického srdcového zlyhávania* sme mali 3. najvyšší počet hospitalizácií po Poľsku a Maďarsku.

Predpis liekov. Slovensko je spolu s Holandskom **so 71 %-ným podielom generík** na celkovom našom liekovom trhu na 3. mieste v EÚ, po **Veľkej Británii 84 %** a Nemecku 81 %, . Priemer EÚ je **52 %**. Najmenší je v Luxemburgu 9 %. V Česku bol 42 %. Vysoký podiel generík je prejavom ekonomickej efektívnosti preskripcie. V objeme predpisovaných antibiotík sme sa nachádzali pod priemerom EÚ (dobrý znak), najviac ich bolo predpisovaných v Grécku, Rumunsku, Francúzsku a Taliansku, najmenej v Holandsku, Estónsku, Lotyšsku a Švédsku. Pri liečbe diabetu sme z porovnávaných krajín najmenej predpisovali lieky na zníženie cholesterolu a antihypertenzíva (zlý znak). **Každý desiaty človek na Slovensku vo veku nad 65 rokov** dostal predpísaný benzodiazepín s dlhým účinkom najmenej raz za rok (zlý znak), druhý najhorší po Slovinsku.

Preventívny skrining a očkovanie. Máme v rámci EÚ podpriemerné skriningové vyšetrenie v rámci prevencie rakoviny krčku maternice u žien. Po Rumunsku, Lotyšsku, Maďarsku a Litve, **máme 5. najvyššiu** a v Európe **nadpriemernú úmrtnosť na rakovinu krčku maternice**. Pritom **máme najmenší skrining rakoviny prsníka** u žien v EÚ a po Chorvátsku a Írsku **3. najvyššiu úmrtnosť na túto diagnózu**. Po Maďarsku máme v EÚ **druhú najvyššiu úmrtnosť na kolorektálnu rakovinu**, dokonca sa zvýšila. Je dôsledkom zlého životného štýlu (strava, pitie, fajčenie, pohyb) a nedostatočného skriningu. Máme **nadpriemernú zaočkovanosť** novorodencov a detí, ale tretiu najnižšiu vakcináciu populácie **proti chrípke** v EÚ osôb vo veku nad 65 rokov - len **14 %**, **priemer EÚ 50 %**, najväčšiu mieru zaočkovanosti má 73 % Veľká Británia a 72 % Holandsko. Máme **najvyššiu 94 % úspešnosť** liečby nových prípadov TBC v EÚ. Priemer EÚ je **74 %**, najhoršie Poľsko má 60 %.

Interpretácie

Nedostatočná primárna starostlivosť najmä o seniorov prejavujúca sa nízkou mierou vakcinácie nad 65 rokov voči chrípke je následne tiež asociovaná s druhou najvyššou úmrtnosťou na pneumóniu v EÚ v kombinácii s nedostatočnou domácou opatrovateľskou službou. Nedostatočný, veľmi nízky preventívny skrining rakoviny prsníka, rakoviny krčku maternice a kolorektálnych prekanceróz. Nedostatočná liečba komplikácií diabetu – hypertenzie a zvýšeného cholesterolu. Keďže sa jedná o široko na obyvateľstvo orientované preventívne opatrenia v prípade ich zvýšeného – zlepšeného pokrytia populácie a zvýšenej frekvencie, išlo by o významne zvýšené náklady pre zdravotné poisťovne. Napriek tomu práve z ich strany by sa mala zvýšiť nedostatočná podpora týchto zdravotne prospešných intervencií. Zvýšená efektívnosť z pohľadu zlepšeného zdravotného stavu populácie sa nekryje s lepšou cost-benefit analýzou. Tu je zrejmy rozdiel medzi effectiveness(indikátor zdravia)a efficacy(indikátor maximalizácie ekonomického profitu) podľa OECD.

Urgenty a primárna zdravotná starostlivosť

Ukazovateľom nedostatočnej **primárnej starostlivosti** je **počet návštev na urgentoch** v nemocniciach. Slovensko je na tom **najhoršie so 74 %-tmi pacientov**, ktorí prišli na urgenty do nemocníc, lebo nebola

pre nich dostupná primárna zdravotná starostlivosť. Na druhom mieste v Česku to už bolo iba 52 % a priemer EÚ je asi 25 % takýchto návštev. Druhým ukazovateľom úrovne primárnej zdravotnej starostlivosti je **miera odvrátiteľných hospitalizácií pre chronické ochorenia** ako je cukrovka, astma, chronická obštrukčná choroba pľúc, srdcové zlyhávanie. Najvyšší ich podiel **viac ako 50 % je na Slovensku**, v Maďarsku a v Poľsku.

Interpretácie

Na Slovensku výrazne zlyháva primárna zdravotná starostlivosť. Podľa ukazovateľov OECD je najhoršia v Európskej únii. Dôsledkom toho je preťaženie a zníženie kvality poskytovanej starostlivosti na urgentoch a zvýšenie počtu hospitalizácií. Podľa OECD hlavné príčiny spočívajú v zlej dostupnosti primárnej zdravotnej starostlivosti, najmä v najchudobnejšej časti populácie, v etnických, sociálne a finančne marginalizovaných skupinách ako sú i mnohí seniori. OECD na zlepšenie situácie odporúča zabezpečenie primárnej zdravotnej starostlivosti 24-hodín denne, 7 dní v týždni i mimo bežných pracovných hodín. To čiastočne zníži počet návštev na urgentoch v nemocniciach. Riešenie je spolupráca viacerých všeobecných lekárov, z ktorých vždy jeden má službu v noci a cez voľné dni. **V prvom rade je u nás na príčine nedostatočná, resp. nekvalitne fungujúca sieť praktických lekárov. Na mnohých miestach je ich nedostatok. Okrem ordinačných hodín v bežné pracovné dni, ktoré neprekračujú 6 hodín denne sú nedostupní, ani fyzicky ani telefonicky. Návštevy chorých doma sú nedostatočné, zriedkavé, alebo vôbec ich nevykonávajú.** Druhým faktorom je zníženie chudoby na starostlivosť odkázaných ľudí v absolútnom finančnom vyjadrení. Veľa, najmä starých ľudí u nás žije osamelo, vo finančnej núdzi a nie sú schopní si zabezpečiť kvalitné podmienky na liečebný režim pri ich chronickom ochorení. Príprava jedla, hygiena, zaobstaranie si a podávanie liekov. **Domáca ošetrovateľská starostlivosť je u nás nedostatočná, hlboko poddimenzovaná na rozdiel od krajín, kde je nízky počet hospitalizácií na chronické ochorenia liečiteľné v domácom prostredí. Hlavným dôvodom je výrazný nedostatok všeobecných lekárov, zdravotných sestier a opatrovateľov v primárnej zdravotnej starostlivosti a v sociálnych službách na Slovensku.** Okrem ich nedostatku je väčšina praktických lekárov už v dôchodkovom veku a ich pracovná výkonnosť je nízka. Sme jediná krajina, kde OECD v EÚ zaznamenala pokles už aj tak nedostatočného počtu zdravotných sestier. Bezplatná domáca opatrovateľská starostlivosť zo strany sociálnych služieb prakticky neexistuje. Finančná podpora pre rodinných príslušníkov zo strany sociálneho systému je taká nízka, že ich núti pracovať, a nie sú preto schopní adekvátne zabezpečiť opatrovanie chronicky chorých v potrebnej miere svojpomocne a suplovať tak profesionálne opatrovateľstvo. **Príčinou je únik kvalifikovaného zdravotníckeho personálu v primárnej zdravotnej a sociálnej starostlivosti do tej istej práce v zahraničí, ktorá u nás absentuje, alebo do iných profesií. Hlavným dôvodom je porovnateľne veľmi nízke finančné ocenenie práce v zdravotníctve na Slovensku v porovnaní s inými krajinami EÚ. V správe OECD o zdravotníctva za rok 2015 mali slovenské zdravotné sestry hneď po maďarských najnižšie mzdy. V správe z roku 2016 porovnanie príjmov sestier nebolo spomenuté. Jediným východiskom vedúcim k zlepšeniu je výrazné zvýšenie nákladov tak, aby viedlo k dostatočnému zvýšeniu príjmov na Slovensku pracujúcich zdravotníkov, k výraznému zníženiu rozdielu s ostatnými krajinami EÚ a tým k zaplneniu medzier v sieti týchto služieb. Iba tak je možné zvýšiť prestíž a atraktivitu práce v zdravotníctve.**

Dostupnosť liečby – personálne zabezpečenie

Podľa OECD máme základnú zdravotnú starostlivosť zo zdravotného poistenia pokrytú len na 94 %. Kým Česko a prevažná väčšina krajín EÚ na 100 %. Slovensko je v priemere EÚ s 2,3 % výdavku z vlastného vrecka na zdravotnú starostlivosť, najviac 5,8 % dávajú Bulhari, najmenej Luxemburčania. Priemer v EÚ je 3,5 lekára na 1000 obyvateľov, na Slovensku 3,4 najmenej 2,3 v Poľsku a najviac 6,3 v Grécku, v Rakúsku 5,1 v Nemecku 4,1 a v Česku 3,7. Vo všetkých krajinách okrem Slovenska a Poľska bol medzi rokom 2010 a 2014 zaznamenaný nárast. Na 1 000 obyvateľov je v priemere v EÚ 8,4 zdravotnej sestry, na Slovensku 5,8, najmenej v Grécku 3,2 resp. v Bulharsku 4,4 a najviac 16,5 v Dánsku. V Nemecku 13,1 v Holandsku 10 v Rakúsku 8 (vykazované len sestry z nemocníc!), v Česku 7,9. (Na rozdiel od väčšiny krajín, ktoré vykazujú len sestry pracujúce s pacientom, Slovensko vykazuje aj sestry, ktoré nie sú v klinike). Priemerný počet návštev lekára za rok je v EÚ 7,1 najviac v Maďarsku 11,8 a druhý najvyšší počet 11,3 návštev na Slovensku. Najnižší 2,9 vo Švédsku, ale v Holandsku 8,0 v Nemecku 9,9 v Česku 11,1. Na lekára pripadá na Slovensku 3 297 konzultácií za rok, priemer EÚ je 2 145 a vo Švédsku je to 704.

Absolventi lekári rok 2014 priemer v EÚ 12,3 na 100 tisíc obyvateľov, na Slovensku 13,5 lekára, najviac na Malte 26,2 potom v Írsku 21,9 a najmenej v Grécku 9,3. **Absolventky zdravotné sestry** v r. 2014 priemer v EÚ 39,1 na 100 tisíc na Slovensku 52,9 najviac v Rumunsku 110,8 potom Dánsko 92,4. Najmenej v Bulharsku 4,0 potom v Luxembursku 12,9 a v Česku 15,2. V Holandsku napr. iba 39.

Interpretácie

Viacerí slovenskí ekonomickí experti dávajú do popredia vysoký priemerný počet návštev u lekára ako vnútorný organizačný nedostatok systému, ktorý je podľa nich v rámci zdravotníctva potrebné redukovať. Z porovnania v EÚ však vyplýva, že máme len o málo vyššiu návštevnosť ako Nemci, ktorí majú neporovnateľne lepší zdravotný stav obyvateľstva a ani Holanďania za nami príliš v počte návštev nezaostávajú. Na rozdiel od týchto dvoch krajín však máme ďaleko najvyššiu chorobnosť na chronické ochorenia v relatívne mladom veku a v seniorskom veku veľa rokov života so závažným t postihnutím. Takéto porovnanie poukazuje na to, že vysoká návštevnosť lekára je nie nedostatkom a rezervou v organizácii zdravotníctva, ale vo vysokej miere indukovaná zlým zdravotným stavom nášho obyvateľstva, čo je pri hľadaní úspor v rámci nášho zdravotníctva ekonómami bagatelizovaný fakt. Z pohľadu kvality poskytovanej starostlivosti určite zaostávame napríklad a to nie len, za Švédskom kde na jedného lekára za rok pripadá iba 704 konzultácií s pacientom, kým u nás až 4,5-násobne viac. Tu väčšiu rolu popri rozdieloch vo vyššej chorobnosti zohráva u nás významnú rolu aj nízke ocenenie zdravotníckych výkonov na Slovensku a s tým súvisiaca poddimenzovaná sieť ambulantnej starostlivosti kontrahovaná zdravotnými poisťovňami, ktorá nereaguje na potreby zdravotného stavu obyvateľstva.

Kľúčovým problémom slovenského zdravotníctva je však nedostatok kvalifikovaného, odborného personálu: lekárov, sestier a ošetrovateľov. Hoci lekárov aj zdravotných sestier každoročne štúdium absolvuje u nás viac ako je priemer v EÚ, tým že veľká časť z nich odchádza pracovať do zahraničia, sme s počtom lekárov i sestier na 1 000 obyvateľov pod priemerom EÚ. V prípade zdravotných sestier hlboko pod priemerom EÚ a **sme jediná krajina, kde dokonca ich počet v posledných rokoch klesol**, kým inde stúpá. Aj tí, čo u nás zostali sú prestarnutí, nestačia často na výkon povolania tak, ako ich mladší kolegovia, ale nemá ich kto nahradiť. Veľká časť je v dôchodkovom veku. Chýbajú nám zdravotníci

pracovníci v celom ich spektre. Zbytočné je nakupovať vo veľkom moderné CT, či MRI prístroje, ak nebude mať kto výsledky popísať a s ich popisom sa čaká niekedy dlhú dobu pre nedostatok špecialistov.

Ekonomika – Náklady

Výdavky na zdravotníctvo. V EÚ bol priemer na obyvateľa v r. 2015 Eur 2 781, na Slovensku 1 539. Najviac Eur 6 023 v Luxembursku, najmenej Eur 816 v Rumunsku. V Nemecku Eur 4 003, Rakúsku Eur 3 789, v Česku Eur 1 850. V r. 2015 EÚ dalo 9,9 % HDP na zdravotníctvo. Nemecko, Švédsko a Francúzsko a Holandsko okolo 11 % ich HDP, ale USA až 17 %. Naopak Rumunsko, Lotyšsko, Estónsko a Poľsko vydali od 5,0 do 6,3 % HDP. Slovensko 7,0 %, Česko 7,5 % a Rakúsko 10,4 % HDP.

Interpretácie

Ako ukazuje štatistika OECD, zlepšovanie zdravotného stavu stúpa priamo úmerne podľa toho, koľko dávajú krajiny EÚ na zdravotnú starostlivosť, či už v % z HDP, alebo v absolútnych číslach. Kým porovnanie výdavkov podľa podielu v % z HDP nie je také markantné, na obrovské rozdiely v nákladoch na obyvateľa ukazuje finančné vyjadrenie v Eurách. Čo za sumou 1 539 Eur na obyvateľa na rok dokáže naše zdravotníctvo dosiahnuť, najmä zdravotnícky personál s výnimkou lekárenstva, je vysoko efektívne z hľadiska vynaložených nákladov.

Na dlhodobú liečebnú starostlivosť sa vynakladá priemerne v EÚ 1,5 % HDP. Najmenej na Cypre a na Slovensku 0,1 % HDP. V Nemecku asi 1,5 % HDP, v Česku 0,8 %. Najviac v Holandsku 4 % HDP.

Interpretácie

Slovensko nevynakladá prakticky žiadne finančné prostriedky na dlhodobú liečebnú starostlivosť. Je to spolu s primárnou sférou jeden z veľkých nedostatkov, ktorý sa premieta najmä u chronicky a dlhodobo chorých do predčasnej odvrátiteľnej úmrtnosti, skraca sa tým očakávaná dĺžka života. Táto starostlivosť je vysoko náročná na sesterský a opatrovateľský zdravotnícky personál, ktorý máme hlboko pod priemerom EÚ, je prestarnutý a ďalej pokračuje jeho redukcia.

Náklady na invaliditu a pracovnú neschopnosť sú v EÚ vyššie ako náklady na dávky v nezamestnanosti. Kým Slovensko patrí ku krajinám s najnižšími výdavkami – 1,4 % HDP, tak Česko dáva 1,7 %, priemer EÚ sú 2 % HDP a Rakúsko vynakladá na invaliditu a práceneschopnosť ročne 2,5 % HDP. Premietnite si to do absolútnych čísel.

Interpretácie

Napriek najvyššej chronickej chorobnosti po 50. roku života na Slovensku dôvodom toho, že máme jedny z najnižších výdavkov na invaliditu a práceneschopnosť je na hrane etiky sa pohybujúce posudzovanie pracovnej schopnosti pri nárokoch na invalidizáciu, ďalej potreba udržania si základných potrieb príjmom zo mzdy, nakoľko z dávok práceneschopnosti člena rodiny mnoho domácností by svoje nevyhnutné výdavky nezabezpečilo, takže ľudia v prípade choroby, ak aj majú nárok na práceneschopnosť si miesto toho vyberajú dovolenku na zotavenie. Korektné je uviesť, že dôležitým činiteľom je aj skorší vek

odchodu do dôchodku. V čase prieskumu vykonávaného OECD bol u nás 62 rokov, kým väčšina krajín EÚ má ho mala okolo 64-65 rokov, čím narastá s vekom u nich tiež chorobnosť a rozširuje sa počet práceneschopností a invalidizácií.

V nákladoch na lieky so sumou 396 Euro na obyvateľa sme podľa posledných údajov OECD boli 6 Eur pod priemerom **EÚ 402 Euro** ročne. Najvyššie boli **v Nemecku Eur 551**, v Rakúsku Eur 443 a najmenšie v Dánsku Eur 201. V Česku Eur 286.

Interpretácie

Ak naši lekári predpisujú prevažne generiká, ktoré sú lacné a účinné. Tu patríme v EÚ k špičke, preto nadmerné náklady na lieky u nás sú len relatívne. Pri 1 539 Eurách nákladov na zdravotníctvo na Slovensku denne po odpočítaní nákladov na lieky zostane pre ostatné časti zdravotníctva málo. Najmä chýbajú financie na personál. Vysoká spotreba liekov je indukovaná vysokou chorobnosťou, na chronické ochorenia najvyššou podľa OECD v EÚ. **Pri takejto chorobnosti sú náklady na lieky možno tiež nedostatočné a mali by byť nad priemerom EÚ. Zrejme a po tejto stránke je naša populácia "podliečená"**. Potvrdzujú to aj vyššie spomenuté zistenia o nízkej spotrebe antihypertenzív a liekov na redukcii cholesterolu.

V kapitálových investíciách do zdravotníctva je Slovensko hlboko pod priemerom EÚ i pokiaľ ide o % podielu z HDP, nehovoriac o absolútnych číslach.

Interpretácie

Kapitálové investície do slovenského zdravotníctva sú neudržateľne nízke, čo má priamy negatívny dopad na kvalitu zdravotníctva a zdravie obyvateľstva.

Trend výdavkov na zdravotníctvo

Slovensko okrem toho, že vydáva podpriemernú **čiasťku z HDP** na zdravotníctvo, patrí k skupine chudobných krajín EÚ ako je Rumunsko, Lotyšsko, Litva, Chorvátsko, kde **za posledných 5 rokov podiel z HDP na zdravotníctvo výrazne klesol**, u nás je 7 %. Kým vo väčšine ostatných krajín EÚ percento HDP vynakladané na zdravotníctvo sa zväčšilo, alebo prinajmenšom zostalo zachované a nekleslo. Celkový priemer podielu HDP **v EÚ mierne stúpol. Krajiny s najlepšou kvalitou zdravia** a dĺžkou života zaznamenali **nárast podielu HDP**. Dávajú nie len vysoký podiel z HDP na zdravotníctvo nad 10 %, ale aj v absolútnom finančnom vyjadrení mnohonásobne viac na obyvateľa ako Slovensko.

Interpretácie

Vyspelé európske krajiny, ale aj Česká republika vynakladajú v priemere na zdravotníctvo viac ako v relatívnych hodnotách, tak aj v absolútnom monetárnom vyjadrení. Ilustratívnejšie ako relatívne porovnanie v % HDP sú údaje a rozdiely v Eurách na hlavu obyvateľa. V Česku boli výdavky o 311 Eur, čo bolo o 20 % viac ako na Slovensku, a priemer EÚ bol na obyvateľa vyšší o 1 242 EUR, to je o 80 % viac ako sa vydalo na Slovensku. V susednom Rakúsku skoro 2,5-násobne viac ako u nás. Aj keď v tej malej sume, ktorá sa vydáva na zdravotníctvo na Slovensku nájdeme manažérske isté finančné rezervy,

usporená a lepšie alokovaná suma, je zanedbateľnou čiastkou v porovnaní s deficitom, o ktorý zostávame v množstve vynakladaných financií za priemerom EÚ a vyspelými krajinami. Analýza a návrh opatrení pre naše zdravotníctvo pripravené v spolupráci MF SR a MZ SR z októbra 2016 poukazuje, že pri využití vnútorných rezerv v účelnom vynakladaní prostriedkov, ktoré idú do zdravotníctva, by sa nám predĺžila očakávaná dĺžka života len o 3 mesiace, čo je málo v porovnaní s priemerom EÚ, alebo by sa dalo ušetriť 18 % teraz vynakladaných financií pri terajšej dĺžke života. Preto rozhodujúci činiteľ, ktorý môže zlepšiť úroveň nášho zdravotníctva v porovnaní s EÚ a tým aj kvalitu zdravia a očakávaný vek dožitia prostredníctvom liečebno-preventívnej starostlivosti nevyrieši zlepšenie jej manažmentu. Predpokladom zlepšenia zdravotnej situácie obyvateľstva Slovenska je zvrátiť trend nedostatku výdavkov na zdravotníctvo, aby sa výrazne zvýšil ich podiel z HDP. Opakované poukazovanie na to, že zlý stav nášho zdravotníctva spočíva predovšetkým v nevyužívaných rezervách vo vnútri systému je voči zdravotníckym pracovníkom nekorektné, zvyšuje pri súčasných nákladoch neprimerané očakávania a nároky zo strany laickej verejnosti, agresivitu voči zdravotníkom a odsúva bokom potrebu reálneho dofinancovania systému.

Prístroje

Počet CT prístrojov v EÚ je 21,4 na milión obyvateľov, na Slovensku 17,4 v Česku 15,1 najmenej v Maďarsku 7,9. Najviac je ich v Dánsku 37,7 v Nemecku 35,3 v Rakúsku 29,4. Priemerný počet CT vyšetrení za rok je v EÚ 118,1 na 1000 obyvateľov, na Slovensku 134,8 v Česku 98,3 najmenej v Rumunsku 22,1. Najviac v Luxemburgu 207,9.

Počet MRI prístrojov v EÚ je 15,4 na milión obyvateľov, na Slovensku 8,3 v Česku 7,4 najmenej v Maďarsku 3. Najviac je ich v Nemecku 30,5 v Rakúsku 19,7. Priemerný počet MRI vyšetrení za rok v EÚ je 67,5 na 1000 obyvateľov, na Slovensku 51,6 v Česku 46,3 najmenej na Cypre 6,5. Najviac 114,3 v Nemecku.

Interpretácie

Slovensko má vzhľadom na priemery v EÚ pomerne dobré pokrytie progresívnou diagnostickou prístrojovou zdravotníckou technikou (CT a MRI) ako aj dobrú mieru ich využiteľnosti. Tu nemožno organizačnými opatreniami očakávať zásadný prínos k priblíženiu sa priemeru EÚ.

Nemocničná starostlivosť

Priemerný počet postelí v EÚ je 5,2 na 1000 obyvateľov, na Slovensku 5,8 v Česku 6,5 v Rakúsku 7,6 a najviac v Nemecku 8,2. Najmenej je vo Švédsku 2,5. Priemerná doba hospitalizácie v EÚ 8 dní, na Slovensku 7,3 dňa, najdlhšia vo Fínsku 10,6 vo Francúzsku 10,1 v Česku 9,4 v Rakúsku 8,2. Najkratšia v Dánsku 4,3 potom v Bulharsku 5,4 Švédsku 5,7 dní. Hospitalizácia pri normálnom pôrode je v EÚ 3,2 dňa. Najdlhšia v Chorvátsku, Maďarsku a na Slovensku 5 dní. Najkratšia vo Veľkej Británii 1,5 dňa v Holandsku 1,9 dňa. Pri infarkte myokardu v EÚ 7,3 dňa, najkratšia v Bulharsku a Dánsku 4,0 potom vo Švédsku 4,4 a na Slovensku 4,8 dňa. Najdlhšia je v Nemecku 10,3 dní.

Interpretácie

Rozsah lôžkového fondu v nemocniciach a priemerná dĺžka hospitalizácie na Slovensku sú v priemere EÚ. Pri zohľadnení chorobnosti a úmrtnosti u nás, **možno skôr hovoriť o ich poddimenzovaní**. Otázne je do akej miery je vyhovujúca štruktúra našich postelí. Evidentne chýbajú kapacity na dlhodobú nemocničnú starostlivosť. Priemerná doba hospitalizácie na Slovensku je pod priemerom EÚ. Mnohé vyspelé krajiny s lepším zdravotným stavom obyvateľstva ju majú výrazne dlhšiu ako my. Preto u nás sa objavujúce ekonomické tlaky na skracovanie priemernej ošetrovacej doby nie sú medicínsky podložené najmä ak hlavným cieľom odporúčania má byť zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva. Naopak môžu byť kontraproduktívne. Výnimkou je hranične najdlhšia priemerná doba hospitalizácie žien po normálnom pôrode u nás v porovnaní s krajinami s najkratšou dobou, ako napríklad Holandsko je vysvetliteľná rozdielom v následnej domácej opatrovateľskej starostlivosti, keďže žena v Holandsku dostane na rozdiel od Slovenky bezplatne na týždeň po pôrode na pomoc do domácnosti s dieťaťom kvalifikovanú ošetrovateľku. Obdobne v škandinávskych krajinách s krátkou priemernou dobou hospitalizácií po operáciách a pôrodoch je doplnená na naše podmienky nadštandardnou bezplatnou sociálno-zdravotnou službou v domácom prostredí. **Preto ďalšie skracovanie doby hospitalizácie na Slovensku bez navýšenia prostriedkov a kapacít do domácej zdravotno-sociálnej postnemocničnej starostlivosti by znamenalo ohrozenie zdravia pacientov. Pokiaľ ide o lôžkový nemocničný fond namiesto jeho znižovania, by zo zdravotného hľadiska bola efektívna ich reprofilizácia.**

Operácie redukujúce imobilitu

Priemerný počet operácií bedrového kĺbu je v EÚ 189 na 100 000, na Slovensku 124 v Česku 175 a najviac v Nemecku 293, potom v Rakúsku 279. Najmenej na Cypre 48 a v Rumunsku 65. Priemerný počet operácií výmeny kolenného kĺbu v EÚ 130 na 100 tisíc obyvateľov, na Slovensku 101 v Česku 121 a najviac v Rakúsku 221 a potom v Nemecku 197. Najmenej v Rumunsku 23.

Interpretácie

Zaostávanie v počte operácií za priemerom EÚ ako aj za potrebami našich pacientov, čo má za následok zvýšenú mieru zníženej mobility a dlhodobo zvýšených nákladov na starostlivosť o takto chronicky postihnutých ľudí. Odráža sa to aj v zvýšenej dlhodobej chorobnosti. Obmedzenia možno predpokladať i z dôvodu limitovaných objemov poskytovaných zdravotnými poisťovňami na operácie, ako i niekde z dôvodu nedostatku vysoko kvalifikovaných špecialistov - lekárov.

Vypracoval Inštitút drogových závislostí Centra pre liečbu drogových závislostí Bratislava, január 2017