EKONOMICKÁ UNIVERZITA V BRATISLAVE

NÁRODOHOSPODÁRSKA FAKULTA

Evidenčné číslo:

UKAZOVATELE A MERANIE ZDRAVIA OBYVATEĽOV

Diplomová práca

2015 **Bc. Monika Trubenová**

EKONOMICKÁ UNIVERZITA V BRATISLAVE

NÁRODOHOSPODÁRSKA FAKULTA

UKAZOVATELE A MERANIE ZDRAVIA OBYVATEĽOV

Diplomová práca

Študijný program: 6230805 Sociálny rozvoj a sociálna politika

Študijný odbor: 6230 Národné hospodárstvo

Školiace pracovisko: Katedra sociálneho rozvoja a práce

Vedúci záverečnej práce: Ing. Michaela Nováková, PhD.

Bratislava, 2015 **Bc. Monika Trubenová**

ČESTNÉ VYHLÁSENIE

Čestne vyhlasujem, že diplomovú prácu na tému „Ukazovatele a meranie zdravia obyvateľov“ som vypracovala samostatne a že som uviedla všetku použitú literatúru.

Dátum: 7.8.2015 .....

Bc. Monika Trubenová

ABSTRAKT

TRUBENOVÁ, Monika: Ukazovatele a meranie zdravia obyvateľov. – Ekonomická univerzita v Bratislave. Národohospodárska fakulta; Katedra sociálneho rozvoja a práce NHF. – Ing. Michaela Nováková, PhD. – Bratislava: NHF EU, 2015, 57 s.

Cieľom diplomovej práce na základe analýzy ukazovateľov zdravia je stanoviť dôležitosť výstupu rezortu zdravotníctva. Jednotlivé analyzované ukazovatele sú porovnávané z hľadiska V4, pretože majú totožný vývoj. Práca obsahuje 15 obrázkov a ilustrácií, 15 tabuliek a 9 grafov. Práca je rozdelená do troch hlavných kapitol. Prvá kapitola je venovaná vymedzeniu základných pojmov a ich charakteristike, v ďalšej časti popisuje ukazovatele zdravia a záverečná kapitola sa zaoberá samotnou analýzou porovnania ukazovateľov krajín V4. Výsledkom riešenia danej problematiky sme dospeli k záveru, že ukazovatele a zdravie obyvateľov sa neustále každým rokom mení a preto ani hodnoty, ku ktorým sme dospeli v rámci analýzy nie sú jednotné pre krajiny.

Kľúčové slová: ukazovatele, zdravie, V4, životná úroveň

ABSTRACT

TRUBENOVÁ, Monika: Indicators and the measurement of the health of the population. – University of Economics in Bratislava. The Faculty of national economy; The Department of social development and the work of the Faculty of national economy. – Ing. Michaela Nováková, PhD. – Bratislava: NHF EU, 2015, 57 s.

The first chapter on the analysis of health indicators is to determine the importance of the output of the health sector. Individual analyzed indicators are compared in terms of V4 because they have the same development. The work contains 15 images and illustrations, 15 tables, and 9 charts. The work is divided into three main chapters. The first chapter is devoted to the definition of fundamental concepts and their characteristics, the next chapter describes the health indicators, and the final chapter deals with the analysis of the comparison of indicators by countries V4. The result of the solutions we have reached the conclusion that the health of the population and is constantly changing and therefore the value of every year, to which we have reached in the framework of an analysis are not unique for the country.

Key words: indicators, health, standard of living, V4

OBSAH

Úvod **8**

1 Základné pojmy a ich charakteristika **10**

1.1 Zdravie 10

1.1.1 Hodnotenie zdravia 11

1.1.2 Determinanty zdravia 12

1.2 Zdravotníctvo 15

1.1.1 Zdravotná starostlivosť 15

1.2.2 Zdravotná politika 17

1.2.3 Zdravotnícky trh 18

2 Ukazovatele zdravia **26**

2.1 Zdravie ako jeden z faktorov kvality zivota 26

2.2 Index ľudského rozvoja 32

2.3 Prestonova krivka 35

2.4 Stredná dĺžka života v zdraví 37

3 CIEĽ A METODIKA PRÁCE **40**

4 Porovnanie ukazovateľov krajín V4 ..... **41**

3.1 Index ľudského rozvoja krajín 41

3.2 Stredná dĺžka života pri narodení v krajinách V4 49

3.3 Vek dožitia života v zdraví 54

3.4 Prestonova krivka krajín V4 56

Záver **59**

Použitá literatúra **61**

ZOZNAM OBRÁZKOV A ILUSTRÁCII

Obrázok 1 Schéma: Pacient, poskytovateľ zdravotnej starostlivosti a poisťovňa – trh, na ktorých vystupujú 24
Obrázok 2 HDI v jednotlivých krajinách sveta v roku 2014 34
Obrázok 3 Prestonova krivka 36
Obrázok 4 Všeobecný model zmeny zdravia 38
Obrázok 5 Index ľudského rozvoja v jednotlivých krajinách EÚ – 28 za rok 2014 42
Obrázok 6 Hodnota indexu ľudského rozvoja 2014 46
Obrázok 10 Ekonomická úroveň HDP a podiel výdavkov na zdravotníctvo 49
Obrázok 11 Stredná dĺžka života a zdravé roky života vo veku 65 rokov pre Slovenskú republiku a EÚ (EU15 a EÚ 25) 50
Obrázok 12 Stredná dĺžka života a stredné dĺžky života vo veku 65 rokov podľa obmedzenia aktivity, chronickej chorobnosti a subjektívneho vnímania zdravia pre Slovenskú republiku 51
Obrázok 13 Stredné dĺžky života v zdraví vo veku 65 rokov v Európskej únii v roku 2010, založené na zdravotných obmedzeniach, chronickej chorobnosti a vnímania zdravia 52

ZOZNAM TABULIEK

Tabuľka 1 Predpoklady dokonalých trhov vs. trh zdravotnej starostlivosti 19
Tabuľka 2 - Štruktúra dotazníka WHOQOL-100 30
Tabuľka 3 Dimenzie života a ich ukazovatele 32
Tabuľka 4 Hodnoty jednotlivých indikátorov 33
Tabuľka 5 Vývoj Indexu ľudského rozvoja v SR v rokoch 1990 – 2013 42
Tabuľka 6 Priemerný ročný rasť Indexu ľudského rozvoja v SR (%) 42
Tabuľka 7 Vývoj Indexu ľudského rozvoja v krajinách V4 43
Tabuľka 8 HDI a IHDI krajín v krajinách V4 roku 2013 45
Tabuľka 9 Indikátory indexu ľudského rozvoja krajín 46
Tabuľka 10 Indikátory indexu ľudského rozvoja krajín V4 46
Tabuľka 11 Výdavky na zdravotníctvo v krajinách V4 (% HDP) 47
Tabuľka 12 Ročná miera rastu celkových výdavkov krajín V4 na zdravotníctvo .....
v reálnom vyjadrení od roku 2004 do 2013 48

ZOZNAM GRAFOV

Graf 1 Index ľudského rozvoja – Česká republika 43
Graf 2 Index ľudského rozvoja – Maďarsko 43
Graf 3 Index ľudského rozvoja – Poľsko 44
Graf 4 Index ľudského rozvoja – Slovenská republika 45
Graf 5 Stredná dĺžka života pri narodení v krajinách V4 53
Graf 6 Stredná dĺžka života pri narodení v krajinách V4 podľa pohlavia – muži 53
Graf 7 Stredná dĺžka života pri narodení v krajinách V4 podľa pohlavia – ženy 54
Graf 8 Vek dožitia v zdraví – ženy 55
Graf 9 Vek dožitia v zdraví – muži 55
Graf 10 Výdavky na zdravotníctvo a očakávaná dĺžka života pri narodení v krajinách V4 58

Úvod

Témou záverečnej práce sú „Ukazovatele a meranie zdravia obyvateľov.“ Hodnotenie celkového zdravia populácie je úlohou, ktorej bolo v posledných rokoch venované značné vedecké úsilie. To bolo zamerané na rozvoj metodológie a praktického uplatnenia súhrnných ukazovateľov zdravia populácie, ktoré kombinovaním údajov o úmrtnosti s údajmi o zdraví popisujú zrozumiteľnú a jednoduchú formu stavu určitej populácie. Tieto ukazovatele sú vhodným nástrojom pre porovnávanie úrovne zdravia medzi populáciami a posudzovania nerovností v zdraví, k monitorovaniu dlhodobých trendov v zdraví, oceňovaní príspevkov rôznych rizikových faktorov k zdraviu, pre zistenie priorít zdravotnej politiky, pre plánovanie potrebných zdravotných intervencií a hodnotení ich efektivity, prípadné posudzovania výkonnosti celého zdravotného systému. Súhrnné ukazovatele zdravia populácie sa pomaly zaraďujú i medzi základne ukazovatele charakterizujúce celkovú vyspelosť krajín, čo dokladá i zaradenie ukazovateľov zdravej dĺžky života medzi Európske štrukturálne ukazovatele.

Kvalitný systém zdravotníctva, ktorý zabezpečuje dobrý zdravotný stav obyvateľstva, je kľúčovým predpokladom pre fungujúcu spoločnosť a budúcnosť Slovenska. Zdravie je prioritou v živote jednotlivca a základným pilierom silnej ekonomiky, preto je meranie zdravia obyvateľov nevyhnutné. Vzhľadom k tejto problematike sme sa rozhodli si rozdeliť záverečnú prácu do štyroch hlavných kapitol, aby sme mohli v celom obsahu poňať túto tému. V úvode sme si hneď popísali základné pojmy a stručne ich charakterizovali. Považovali sme za dôležité popísať a objasniť pojem zdravia a zdravotníctva, ktoré je nosníkom danej témy. Druhá kapitola je zameraná na ukazovatele zdravia, v tretej kapitole sme si stručne popísali cieľ a metodiku práce a posledná, štvrtá kapitola, je praktickou časťou, kde si už podrobnejšie porovnáme ukazovatele krajín V4.

Sektor zdravotníctva patrí medzi najväčšie výzvy slovenského hospodárstva, pričom dbá aj na zlepšenie kvality života. Treba brať však do úvahy, že zdravotná starostlivosť je určitý druh tovaru, ktorý je predávaný a spotrebovaný podľa ponuky a dopytu na trhu. Trh všetko nevyrieši, lebo zdravotníctvo a zdravotná starostlivosť nie je klasický produkt, v ktorom fungujú trhové princípy. Pokiaľ by sa glorifikovali trhové princípy, teda o všetkom by rozhodoval dopyt, ponuka a cena, doplatil by na to pacient. Myslím si, že v SR je v porovnaní s inými krajinami, výrazne dostupnejšia zdravotná starostlivosť.

Bezplatná je aj pre ekonomicky najslabšie skupiny obyvateľstva. Čiže z môjho pohľadu je orientovanie sa iba na trhové princípy základom toho, aby zdravotnícky systém definitívne skolaboval.

1 ZÁKLADNÉ POJMY A ICH CHARAKTERISTIKA

Prvá kapitola diplomovej práce je zameraná na objasnenie základných teoretických pojmov súvisiacich s problematikou ukazovateľov a meraní zdravia obyvateľstva. Pre správne pochopenie celej diplomovej práce kladieme dôraz na ich správnu interpretáciu.

1.1 Zdravie

Dôležitou úlohou pri vytváraní sociálneho prostredia majú subjektívne činitele a z nich zdravotné uvedomenie človeka. Zdravie a choroba sú základné kategórie sociálneho lekárstva. Sú rôzne prístupy k ujasňovaniu týchto pojmov.

Zdravie je jednou z najvýznamnejších zložiek ľudského potenciálu. Je predpokladom a podmienkou pre spoločenské uplatnenie, produktivitu, ale aj pre individuálne uspokojenie jednotlivca. Zdravie je súčasne zdrojom a rovnako aj cieľom pre fungovanie ľudskej spoločnosti. Pri tom musíme mať na zreteli sústavné vzájomné pôsobenie organizmu aj prostredia. Pri definícii vychádzame z toho, že zdravie a choroba predstavujú dynamický proces, ktorý prebieha v integrálnom systéme – človek a prostredie.

Zdravie je výrazom rovnováhy, choroba výrazom narušenia rovnováhy medzi organizmom a prostredím. Zdravie je hodnota, ktorú si cení každý.

Existuje viacero definícií zdravia:

- **Svetová zdravotnícka organizácia (SZO)** definuje „*zdravie ako stav dokonalého telesného, duševného a sociálneho uspokojenia a nielen neprítomnosť choroby alebo chyby.*“[1]
- **Podľa zákona o ochrane zdravia ľudí, schváleného 24. 08. 1994 NR SR,** je „*zdravie stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody, nielen neprítomnosti choroby, je výsledkom vzťahov medzi ľudským organizmom a sociálne–ekonomickými, fyzikálnymi, chemickými a biologickými faktormi životného prostredia, pracovného prostredia a spôsobu života.*“[2]

[1] STANEK, V. a PECHOVÁ, M. 2010. *Zdravotná politika*. s. 8.
[2] Tamtiež, s. 8

- „*v literatúre sa v poslednom období uvádza pri definovaní zdravia aj* ***dynamický pohľad,*** *a to, že zdravie je súbor schopností človeka vyrovnať sa s nárokmi vnútorného a vonkajšieho prostredia životných funkcií*.“[3]

Okrem týchto definícií existuje ešte niekoľko iných všeobecne prijímaných definícií pojmu – zdravie:

- **Definícia podľa Birchera (2005)** – definuje „*zdravie ako dynamický stav blaha charakterizovaný fyzickým a duševným potenciálom, ktorý spĺňa nároky života merateľné vekom, kultúrou a osobnou zodpovednosťou*.“[4]
- **Definícia podľa Saracchiho (2005)** – definuje „*zdravie ako stav blaha, bez choroby alebo postihnutia, ako základné a univerzálne ľudské právo*.“[5]

Zdravie má tým pádom 3 základné aspekty, a to stránku duševnú, telesnú a sociálnu. Zdravie umožňuje jednotlivcovi alebo skupine ľudí realizovať ich túžby, uspokojiť svoje potreby a zmeniť alebo vyrovnať sa s prostredím. Zdravie je zdrojom pre každodenný život, a nie cieľom života, je to pozitívne poňatie sociálnych a osobných zdrojov rovnako ako aj fyzických schopností. Právo na ochranu a obnovu zdravia sa zaraďuje medzi základné ľudské práva. Každý jedinec - bez kladenia dôrazu na rasu, náboženstvo, politické presvedčenie, ekonomický a sociálny status – má právo na požívanie vysoko dosiahnuteľnej úrovne a kvality zdravia.[6]

Z ekonomického pohľadu zdravie nie je čistý ekonomický statok a teda sa nestáva predmetom kúpi a predaja. Je výsledkom činnosti zdravotníctva, čo nemá hmotnú podstatu, z čoho vyplýva, že je ťažko merateľné a kvantifikované.[7]

1.1.1 Hodnotenie zdravia

Hodnotenie zdravia na individuálnej úrovni je komplexným zhodnotením zdravotného stavu človeka, ktoré by malo vychádzať z kvantitatívnej i kvalitatívnej metodológie a zahrnúť jeho fyzickú, psychickú, sociálnu, spirituálnu a etickú dimenziu.[8]

Úroveň zdravia na skupinovej alebo spoločenskej úrovni nie je len výsledkom hodnotením alebo dokonca jedine spriemerovaním mnohých individuálnych zdravotných

---

[3] STANEK, V. a PECHOVÁ, M. 2010. *Zdravotná politika*. s. 8.
[4] ONDRUŠ, P. 2014. *Svetové zdravotnícke systémy v čase globalizácie*. s.9
[5] Tamtiež, s. 9
[6] ONDRUŠ, P. 2014. *Svetové zdravotnícke systémy v čase globalizácie*. s. 10
[7] ZLÁMAL, J. a BELLOVÁ, J. 2013. *Ekonomika zdravotnictví*. s. 12
[8] BŘICHÁČEK, V. Zdravie ako biosociálny jav. In: Dunovský, J. et al. Sociálna pediatria, s. 27-31

stavov. Je tiež všeobecne uznávaným meradlom vyspelosti danej spoločnosti nielen v oblasti medicíny, ale aj v oblasti ekonomickej, politickej a kultúrnej.

Úroveň zdravia spoločnosti totiž nie je určená len ekonomickými možnosťami krajiny, či momentálnou politickou situáciou, ale je neodlučiteľne spojená s úrovňou v oblasti zdravia, predovšetkým úrovňou vzdelávania v oblasti zdravia, predovšetkým úrovňou stredného a vysokého školstva a na ne nadväzujúcu výchovu generácii zdravotníkov, ktoré vyžadujú relatívne dlhú tradíciu.

K hodnoteniu populácie sa používajú jednak všeobecné charakteristiky vyjadrujúce úroveň zdravia podľa daných kritérií, jednak tiež niektoré sprostredkované nepriame údaje postihujúce aktuálny vývoj vzťahu medzi zdravým a chorobou v skupine, komunite alebo spoločnosti ako je:

- chorobnosť (morbidita, pomer počtu chorých k počtu obyvateľov), vyjadrená v relatívnych číslach buď v pohode incidencie (počet novo vzniknutých ochorení za určité obdobie k danému počtu obyvateľov, najčastejšie k 1000 alebo k 100 000) alebo prevalencia (počet všetkých prípadov daného ochorenia k počtu obyvateľov)
- úmrtnosť (mortalita, pomer počtu zomretých na dané ochorenie alebo na všetky príčiny k celkovému počtu obyvateľov)
- smrtnosť (letalita, pomer počtu zomretých na dané ochorenie k celkovému počtu ochorenia touto chorobou)

Stredná dĺžka života vyjadruje očakávanú dĺžku života bez narušenia zdravia, tj. časť života jedinca, ktorý nie je poznamenaný postihnutím, poruchami alebo chronickým ochorením.[9]

1.1.2 Determinanty zdravia

Determinanty zdravia sú veľmi dôležité, pretože sa podieľajú na kvalite života. Determinanty zdravia by sme mohli v jednoduchosti označiť za faktory, ktoré majú veľký vplyv na zdravie človeka, pretože je do určitej miery ovplyvnené alebo inak povedané determinované a to na jednej strane do určitej miery kladným a záporným spôsobom.

[9] JANOUT, V., Hodnotenie zdravotného stavu, prístupy klinickej epidemológie. In: Provazník, K. et al. Manuál prevencie v lekárskej praxi

Medzi hlavné determinanty, ktoré ovplyvňujú zdravie človek sú:

- Životný štýl
- Genetický základ
- Socioekonomické a prírodné životné prostredie
- Zdravotná starostlivosť[10]

Mohli by sme ich rozdeliť aj nasledujúcim spôsobom:

1. **Individuálne:** životný štýl – keďže lekárska starostlivosť môže ovplyvniť zdravie človeka len na 10%, podpora zdravia sa stáva dôležitou disciplínou, ktorá by mala byť okrem Ministerstva zdravia riadená aj odborníkmi na podporu zdravia z ostatných rezortov (školstva, sociálnej starostlivosti a pod.). Je potrebné sa zaoberať tým, čo naše zdravie zlepšuje (napr. cvičenie, strava, spánok, stav mysle), ale aj zhoršuje (alkohol, fajčenie, nedostatok pohybu, zlá duševná hygiena)

Päť pilierov životného štýlu:

- Voda – Počas 24 hodín ľudské telo vypotí v priemere 100ml tekutín. Človek musí preto nahradiť tento objem tekutín, ktorý každý deň stráca. Optimálne množstvo vody u dospelého človeka je 2 – 3 litre. Voda je v ľudskom tele nenahraditeľná:
  - Zúčastňuje sa na procese trávenia, vstrebávania a asimilácie potravy
  - Reguluje telesnú teplotu
  - Dodáva kyslík bunkám
  - Slúži ako mastiaci prostriedok pre kĺby a membrány
  - Tvorí približne 92% krvi
- Slnko – krátky pobyt na Slnku podporuje tvorbu vitamínu D, ktorý je potrebný na vstrebávanie vápnika, čo je základom pre zdravé kosti a zuby.
- Vzduch – pohyb na čerstvom vzduchu sa môže podporovať rôzne napr. prechádzkami, rekreačnou turistikou a pod. Človek by sa mal vyhýbať prašnému prostrediu, prostrediu znečistenému emisiami či výfukovými plynmi.
- Pohyb – pohyb by sa mal stať prirodzenou súčasťou života. Dôležitá je pravidelnosť (minimálne 3 krát do týždňa) a cieľ, pre ktorý cvičíme (kondícia, psychická pohoda, tvarovanie postavy).

[10] ŠTEC, P. 2014. *Determinanty zdravia*. [online]. Kežmarok: Promeda s. r. o. 7972 p. [cit. 2015. 02. 28]. Dostupné na internete: <http://www.promeda.sk/7972/>

- Výživa – cieľom každého z nás by malo byť vyvážené stravovanie: pestrá strava, bohatá na všetky potrebné živiny, správne rozložená počas dňa.[11]

2. **Faktory prostredia (prírodné, sociálne):**

Prírodné faktory prostredia – životné prostredie je nevyhnutné pre človeka. *„Presadzovanie ekologického správania spoločnosti a jednotlivcov v záujme zachovania rovnováhy v prírode musí byť základným princípom politiky štátu. Obnoviteľnosť prírodných zdrojov nie je neobmedzená. Z hľadiska priemyselnej výroby by malo ísť o striedmosť vo využívaní prírodných zdrojov a „pretváranie prírody" musí ísť cestou intenzifikácie výroby s vysokou pridanou hodnotou produkcie, závislou na uplatňovaní inovácií v technológiách, s využívaním obnoviteľných energetických zdrojov."*[12]

Sociálne životné prostredie charakterizujú sociálne determinanty zdravia:

- Ekonomická úroveň rozvinutosti spoločnosti (bývanie, spotreba domácností)
- *„Pracovné prostredie – práca formuje človeka ako biopsychosociálnu bytosť. Pracovný potenciál je súčasťou zdravotného potenciálu jedinca, ktorá ovplyvňuje možnosti pracovného uplatnenia. Pracovné podmienky vytvárajú spolu s pracovným potenciálom človeka pracovné požiadavky. Ak pracovné požiadavky presahujú možnosti adaptácie na jedinca, prekročením pracovného potenciálu, môže dôjsť k narušeniu zdravia a následnej strate pracovnej schopnosti.*
- *Sociálne zabezpečenie a úroveň medziľudských vzťahov – zmyslom sociálneho zabezpečenia je podpora a tvorba podmienok pre rozvoj sociálnej kohézie, ktorá je definovaná ako kvalita sociálnych vzťahov založená na existencii dôvery, vzájomného uznania záväzkov a rešpektu v komunitách aj v širšej spoločnosti. Sociálny gradient je definovaný ako vplyv úrovne sociálnoekonomických faktorov na zdravie. Uznáva sa za štatisticky dokázané, že jedinci nižšieho socioekonomického postavenia (vyjadreného kvalitou materiálneho zabezpečenia – spotreba domácností a úroveň dosiahnutého vzdelania) sú častejšie chorí, ako jedinci vyššieho socioekonomického postavenia. Sociálne príčiny teda prispievajú k rozdielom vo výskyte chorobnosti a úmrtnosti medzi sociálnymi skupinami. Čím dlhšie žijú ľudia v nevýhodnom stresovom,*

[11] Stredná zdravotnícka škola. 2014. *Zdravý životný štýl*. [online]. [cit. 2015. 02. 28]. Dostupné na internete: <http://szsrv.edupage.org/text8/>
[12] ŠTEC, P. 2012. *Determinanty zdravia*. [online]. Kežmarok: Promeda s. r. o. 7972 p. [cit. 2015. 02. 28] Dostupné na internete <http://www.promeda.sk/7972/>

sociálnoekonomickom prostredí, tým väčší negatívny dopad má táto situácia na ich zdravie.“[13]

1.2 Zdravotníctvo

Spoločenská stránka starostlivosti o zdravie, a tým pádom aj spoločenské vzťahy v tejto sfére činnosti sú staré ako človek. Prehlbovanie spoločenskej deľby práce vyčlenilo zdravotnú starostlivosť spomedzi ľudskej činnosti a zobrazilo ju v jednej sfére, ktorá sa zameriava na starostlivosť o zdravie človeka.

V sústave spoločenských vzťahov zdravotníctva rozhodujúce miesto zaujímajú ekonomické vzťahy sféry zdravotníctva, ktoré sa dajú zjednodušene nazvať ekonómiou.[14]

„*Zdravotníctvo definujeme ako súbor inštitúcií, zariadení, ich materiálno-technické vybavenie, pracovníkov a ich činnosti, ktoré vychádzajú z najnovších poznatkov lekárskej vedy a humánnych princípov medicíny, so zameraním na rozvoj a ochranu individuálneho a kolektívneho zdravia a liečbu chorôb s cieľom zabezpečiť priaznivý biologický a sociálne–ekonomický vývoj obyvateľstva a spoločnosti*.“[15]

Neoddeliteľnou súčasťou zdravotníctva je systém organizácie a riadenia. K hlavnej úlohe zdravotníctva patrí organizovanie a spravovanie poskytovania zdravotníckych služieb. *„Zdravotnícke služby majú: nemateriálny charakter, nemožno ich produkovať na sklad ani si ich obstarať vopred, existuje heterogenita zdravotníckych výkonov, problémom je konštrukcia ukazovateľov kvality, existuje miestne a časové spojenie produkcie a spotreby služieb, pri tvorbe zdravotníckej siete sa uplatňuje územný princíp. Zdravotné služby vystupujú z hľadiska ekonómie ako zmiešané kolektívne statky a nemožno na ne uplatniť v plnej miere trhový mechanizmus. Štátne zásady sú potrebné najmä preto, že pôsobí nekonkurenčnosť trhu zdravotníckych služieb, zlyháva informovanosť na trhu týchto služieb, pôsobí faktor neistoty, externé efekty, ako aj faktor rovnosti a spravodlivosti a sú tu statky pod ochranou.“* (Nováková, M., 2014, s. 25)

1.1.1 Zdravotná starostlivosť

Poslaním zdravotníctva je poskytovanie odborných zdravotníckych služieb, chrániť, upevňovať a navracať zdravie. Definícia zdravotnej starostlivosti vymedzuje zdravotnú starostlivosť ako starostlivosť o ochranu, zachovanie a navrátenie zdravia

[13] Tamtiež, [online]
[14] NOVÁKOVÁ, M. 2014. *Zdravie a zdravotná starostlivosť v socioekonomických súvislostiach*. s. 3
[15] Tamtiež, s. 3

fyzickej osoby, ktorú poskytuje zdravotnícky pracovník, poskytuje sa v zdraví, v chorobe, v tehotenstve, pri pôrode a v šestonedelí. Zdravotná starostlivosť zahŕňa prevenciu, diagnostiku a liečbu vrátane rehabilitácie, ošetrovateľskú starostlivosť a pôrodnú asistenciu, záchrannú zdravotnú službu a osobitnú zdravotnú starostlivosť. Poskytuje sa formou ambulantnej starostlivosti a formou ústavnej zdravotnej starostlivosti. Zdravotná starostlivosť je aj lekárenská starostlivosť a kúpeľná starostlivosť. Štát vytvára podmienky na to, aby sa zdravotná starostlivosť poskytovala na odbornej úrovni, plynule, sústavne a aby bola dostupná. Podmienky poskytovania zdravotnej starostlivosti na základe povinného zdravotného poistenia bezplatne a za čiastočnú úhradu na základe individuálneho pripoistenia a zdravotnej starostlivosti za celú úhradu upravujú nové predpisy a zákony.[16]

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti sa v osobitných regiónoch sveta výrazne odlišuje. Má to spojitosť hlavne s hospodárskou vyspelosťou krajiny. V rozvojových nízkopríjmových krajinách bez rozvinutého systému zdravotnej starostlivosti sú prvým kontaktom pre choré osoby zvyčajne ich rodinní príslušníci alebo dedinský liečiteľ s obmedzenými možnosťami a využitím tradičného liečiteľstva. Lekárska starostlivosť je nedostupná z dôvodov, ako napr. financie, vzdialenosť, doprava a pod. Obyvatelia mnohých zaostalých krajín stále využívajú alternatívnu medicínu a miestnych liečiteľov.

Na rozdiel od zaostalých krajín majú rozvinuté krajiny vyvinutý systém primárnej a špecializovanej starostlivosti. V nich je poskytovanie starostlivosti charakteristické zmiešaním verejného a privátneho sektora.

Vo vyspelých zdravotníckych systémoch je zdravotná starostlivosť poskytovaná nasledovne:

- **Primárna starostlivosť** – základ zdravotníckeho systému. Pre pacientov je to prvý kontakt s poskytovateľmi zdravotných služieb. Primárna starostlivosť je poskytovaná verejnými alebo súkromnými, či rodinnými lekármi, ktorí vykonávajú činnosť buď samostatne, alebo sú združení na klinikách alebo poliklinikách. Medzi ich úlohy patrí prevencia a liečba bežných ochorení, poranení, základné urgentné služby, spolupráca so špecialistami a odporučenie pacientov do nemocničnej starostlivosti.
- **Sekundárna a terciálna starostlivosť** zahŕňa veľké spektrum špecializovaných medicínskych služieb, ktoré nie sú zvyčajne zabezpečované rodinnými lekármi

[16] STANEK, V. a PECHOVÁ, M. 2010. *Zdravotná politika*. s. 80

alebo poliklinikami, ako sú urgentná starostlivosť, diagnostické vyšetrenia, špecializovaná liečba, rehabilitačné služby, konzultácie či paliatívna starostlivosť. Tieto služby sa poskytujú v nemocniciach, v sekundárnych a vysoko špecializovaných terciárnych zdravotníckych zariadeniach. Nemocnice fungujú buď ako štátne, alebo súkromné zariadenia na princípe neziskových, alebo ziskových organizácií.

- **Prídavné služby** obsahujú hlavne poskytovanie starostlivosti v oblastiach, ktoré nie sú pokryté poisťovacími plánmi, ako je predpisovanie liekov, dentálna starostlivosť, starostlivosť o zrak, seniorov a invalidov aj cez služby pacientov v jeho domácich podmienkach.

Privátne služby v zdravotníckych systémoch existujú tiež v oblasti poskytovania služieb pre seniorov, ako je rezidenčná starostlivosť. Privátne spoločnosti postavia, vlastnia a personálne zabezpečujú tieto zariadenia a seniorom účtujú poplatky za poskytnuté služby.

Na zdravotnú starostlivosť štátu dohliada Ministerstvo zdravotníctva v spolupráci s ostatnými ministerstvami a inštitúciami, ktoré sa podieľajú na zdravotnej starostlivosti. Ministerstvo uplatňuje právomoci a riadiacu funkciu pomocou zákonov, nariadení, alokáciou finančných zdrojov a pod.[17]

1.2.2 Zdravotná politika

Ekonomika zdravotníctva je súčasťou ekonomickej vedy, ktorá skúma optimálne alokovanie ľudských, materiálnych a finančných zdrojov tak, aby dochádzalo k medicínskej, ekonomickej a organizačnej integrácii.[18]

„*Zdravotná politika predstavuje súhrn politických aktivít, ktoré majú vplyv na zdravie kvalitu života ľudí a spoločenských skupín. Obsahuje smery činností, ktoré pôsobia na rad inštitúcií, služieb a podporných zariadení a na spôsoby úhrady systému zdravotnej starostlivosti*.“[19]

Je zameraná na socioekonomické, osobné a environmentálne pôsobenie na zdravie a na zložité poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Zdravotná politika by mala byť zameraná na dosiahnutie 3 základných cieľov:

---

[17]ONDRUŠ, P. 2014. *Svetové zdravotnícke systémy v čase globalizácie*. s. 20
[18] NOVÁKOVÁ, M. 2014. *Zdravie a zdravotná starostlivosť v socioekonomických súvislostiach*. s. 28
[19] Tamtiež, s. 28

- Zlepšovanie zdravotného stavu obyvateľstva
- Zvyšovanie akcieschopnosti zdravotného systému
- Zabezpečovanie finančnej ochrany pred tzv. katastrofickými nákladmi na zdravotnú starostlivosť

Účinnosť zdravotného systému je funkciou alokačnej a technickej efektívnosti využívania disponibilných zdrojov. V neefektívnom systéme, aj pri zvyšovaní objemu zdrojov na zdravotníctvo, môže zdravotný stav a kvalita služieb stagnovať, alebo klesať (čierna diera – vo svete sa pojem používa v prípadoch, keď navyšovanie zdrojov nevedie k očakávanej zmene cieľového parametra, ako napríklad predlžovanie stredného veku. V efektívnych systémoch, ale navyšovanie zdrojov môže zlepšiť komfort alebo bezpečnosť výkonov, ako napríklad stomatologické výkony v lokálnej anestéze sú určite komfortnejšie ako bez anestézy.).[20]

1.2.3 Zdravotnícky trh

Zdravotnícky trh je v tomto smere veľmi dôležitý, pretože na prvé miesto sa dostáva odvodený dopyt, teda dopyt po inom tovare a to po zdravotnej starostlivosti. Na základe zdravotníckeho dopytu sa dostávame k trhom, ktoré fungujú v spoločensko-ekonomickom prostredí a ktoré vymedzujú pravidlá pre fungovanie týchto trhov. Z prostredia vyplývajú parametre ako celková výkonnosť ekonomiky, rozsah trhov, akceptácia etických noriem, korupcia na trhoch, či formy regulácie.

Ekonómia zdravotníctva, by nemala význam, keby neexistoval problém vzácnosti zdrojov. Vzácnosť je ekonomický problém, bez ohľadu na to, v akom sektore sa pohybujeme. Ľudské potreby a priania sú v rozpore s obmedzenými zdrojmi. Spoločnosť nemá dostatok produkčných zdrojov na krytie všetkých ľudských prianí a potrieb. Vzácne zdroje sa používajú alternatívne, a teda ich využívanie jedným spôsobom, znemožňuje využívanie iným spôsobom. O spôsobe a účele využívania vzácnych zdrojov môžu rozhodnúť trhy, či regulačné mechanizmy vlády. Trh alokuje pomocou ceny, ktorá sa na tomto trhu tvorí. Cena je jediným meradlom vzácnosti. Nesprávna, neprirodzená alebo neznáma cena znamená deformované meradlo vzácnosti. Alokáciu môže zabezpečovať aj štát, pomocou sústavy svojich nástrojov. Stáva sa tak vtedy, keď sa cena generovaná trhom nepovažuje za vhodný nástroj alokácie. Trhové sily sú tie, ktoré najefektívnejšie alokujú

[20] NOVÁKOVÁ, M. 2014. *Zdravie a zdravotná starostlivosť v socioekonomických súvislostiach*. s. 29

vzácne zdroje, a preto má trh vyhradené svoje miesto v sektoroch, v ktorých z istých príčin považujeme za opodstatnenú aj alokáciou regulačným mechanizmom štátu.

Zdravotníctvo funguje v podmienkach kvázi – trhu, ktorý je vzdialený od podmienok dokonalého trhu. Pôsobia tu subjekty, ktorých primárnym cieľom nie je dosahovanie zisku a ceny nie sú len výsledkom dopytu a ponuky. Špecifická je povaha dopytu po zdravotnej starostlivosti – ide o odvodený dopyt. Odvodený dopyt vzniká od dopytu po inom tovare.

Kupujúci nakupujú zdravotnú starostlivosť nie preto, že by preferovali byť príjemcami zdravotnej starostlivosti, ale preto, lebo chcú byť zdraví. A teda dopyt po zdravotnej starostlivosti je odvodený od dopytu po zdraví. Ekonomická teória určuje predpoklady dokonalých trhov. Trh zdravotnej starostlivosti je výrazne vzdialený od predpokladov (tabuľka 1).

Tabuľka 1 Predpoklady dokonalých trhov vs. trh zdravotnej starostlivosti

Predpoklad	Realita na trhu zdravotnej starostlivosti
Plná informovanosť. • Kupujúci s predávajúcim majú rovnaké informácie o kvalite. • Kupujúci presne vie, koľko a kedy chce nakupovať.	• Informačná asymetria. • Neistota, či spotrebiteľ bude potrebovať zdravotnú starostlivosť.
Neosobné transakcie. • Kupujúci spolu s predávajúcimi vystupujú a konajú nezávisle od seba, je im ľahostajné,s kým vstúpia do transakcie.	• Personálne transakcie s funkciou osobnej dôvery.
Statky sú súkromné. • Spotrebiteľ je ovplyvnený výrobkom, či službou, ktorú kupuje. Znáša všetky náklady a má celý úžitok spojený s výrobkom, či službou. • Možnosť vylúčenia zo spotreby osoby, ktoré neplatia. • Tovary sú súťaživé: ak tovar spotrebuje jedna osoba, nemôže tento tovar spotrebovať iná osoba.	• Prítomnosť externalít • Existencia verejných statkov, pri ktorých sa nedá vylúčiť zo spotreby osobu, ktorá neplatí. • Stretávame sa s nesúťaživosťou tovarov, a teda to, že tovar spotrebuje jedna osoba nevylučuje aj spotrebovanie inou osobou.
Sebecká motivácia. • Kupujúci koná kvôli uspokojeniu svojej potreby a predávajúci kvôli zisku.	• Etické obmedzenia, usmernenia
Rozdrobená trhová štruktúra. • Veľký počet subjektov na strane dopytu	• Napr. obmedzené množstvo nemocníc

aj ponuky • Malá trhová sila subjektov	v rámci relevantného regiónu
Voľný vstup a výstup činnosti. • Každý, kto chce tovary ponúkať, smie vstúpiť na trh a hocikedy ho opustiť	• Reštrikcie vo vykonávaní profesie, finančné reštrikcie
Homogénny produkt • Spotrebiteľ nevie rozlíšiť medzi tovarmi rôznych predávajúcich	• Diferencovaný produkt – napr. rôzne názvy pre rovnaké substancie a pod.

Zdroj: vlastné spracovanie na základe dostupných informácií

V tabuľke 1 znaky takzvaného dokonalého trhu vytvárajú model, ktorý je viac či menej deformovaný. Trhy sú väčšinou nedokonalé. Trh v zdravotníctve je výrazne deformovaný, preto si niektorí deformujúce vplyvy zaslúžia pozornosť:

Deformujúci vplyv 1.: Informačná asymetria

Jedným zo znakov dokonalého trhu je dokonalá informovanosť. Subjekty na strane ponuky a dopytu, by mali mať na trhu rovnaký prístup k informáciám a porovnateľnú mieru informovanosti o vlastnostiach tovarov, napr. o ich úžitkovej hodnote. Kupujúci by mal presne vedieť, koľko a kedy chce spotrebovať. Značne tu vystupuje informačná asymetria. Lekár má informačnú prevahu nad spotrebiteľom. Lekár má vysokú prípravu a aj skúsenosti z praxe. Vie podstatne viac o chorobách, možnostiach liečby alebo o vhodnosti medikamentov ako pacient. Lekár narába s informáciami, ktoré pacient nedokáže správne vyhodnotiť. Zásluhou vedomostí a skúseností majú lekári viac informácií o liečebných postupoch, rizikách a výsledkoch a len veľmi malú časť zdieľajú s pacientmi. Na strane ponuky tak má trh výraznú informačnú prevahu nad stranou dopytu. Informačná asymetria sa zmierňuje s narastajúcou dostupnosťou informácií, ale úplne nezaniká. Pacient nemá informácie o tom, či by „samoliečba“ nebola výhodnejšia, ako liečba u lekára. Na trhu poskytovania zdravotnej starostlivosti vznikajú situácie, kedy nemožno očakávať prejavenie sa súťaže: keď pacienti trpia urgentnými, či život ohrozujúcimi zdravotnými problémami, nebudú porovnávať ponuky poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. V týchto situáciách si pacient nebude racionálne vyberať. Navyše, v prípade fiktívneho neregulovaného trhu dáva informačná asymetria lekárovi moc na vytvorenie ceny a vyvolávanie dopytu. Znamená to, že dopyt spotrebiteľa je vyvolaný odporučeniami a názormi lekára.

Deformujúci vplyv 2.: Adverzný výber

Tento jav vychádza z informačnej asymetrie. Tak ako na trhu zdravotnej starostlivosti tak aj na trhu zdravotného poistenia vzniká informačná asymetria medzi spotrebiteľom a poisťovateľom. Vzniká informačná prevaha na strane dopytu: spotrebiteľ vie o svojom zdravotnom stave viac ako poisťovňa. Vzniká tak riziko tzv. adverzného výberu. Pojem adverzný výber opisuje situáciu, keď dopyt po poistení je v pozitívnom vzájomnom vzťahu s rizikom strát jednotlivca a poisťovateľ tento vzájomný vzťah nie je schopný zohľadňovať v cene poistenia. Spotrebiteľ očakávajúci zdravotný problém, bude vyvíjať dopyt po zdravotnom poistení. Popritom zdravotná poisťovňa nie je vždy schopná stanoviť cenu poistky podľa klientových rizík a jeho zdravotného stavu. Potom nastáva z pohľadu poisťovne vysoká pravdepodobnosť výberu „zlých spotrebiteľov“.

Do takejto situácie by sa dostala napr. aj banka, ktorá stanoví jednotnú cenu pre obsluhu účtov všetkých klientov bez ohľadu na počet transakcií a výšku zostatkov na účtoch. Takú banku si zrejme vyberú klienti s nízkymi zostatkami na účtoch a vysokým počtom transakcií. Informačná asymetria a s ňou spojený adverzný výber vzniká beztak kvôli informáciám, ktoré pozná iba jednotlivec, ale aj kvôli reguláciám a sociálnym normám zabraňujúcim poisťovateľovi vo využívaní nástrojov k stanoveniu cien. Prípad, keď je reguláciami zabraňované poisťovateľovi používať nástroje na rozlišovanie klientov, sa označuje ako regulatórny adverzný výber.

Deformujúci vplyv 3.: Morálny hazard

Fakt, že zdravotné riziko je koncentrované do nízkeho podielu populácie znamená neistotu budúcej choroby. Dôsledkom neistoty budúcej choroby a tým neistoty budúcich nákladov je uzatváranie zdravotného poistenia. S poistením sa spája tzv. morálny hazard. Morálny hazard je riziko zmeny správania sa poistenca uzavretím poistky. Môže nastať situácia, že poistenec prenesie časť rizika spojeného so správaním na poisťovňu a toto vedomie môže privádzať k zmene jeho návykov alebo až k hazardu s predmetom poistenia, keď neznáša dôsledky vyplývajúce zo svojho správania. Po uzavretí zmluvy o zdravotnom poistení poistenca prestanú zaujímať náklady na jeho liečbu a nemá záujem o ich minimalizáciu. Môže jeho motivácia klesnúť k predchádzaniu chorôb a udržiavaniu zdravého životného štýlu.

Deformujúci vplyv 4.: Bariéry vstupu

Ako bariéry vstupu sa myslia faktory, ktoré zhoršujú vstup do odvetvia. Čím významnejšie sú bariéry vstupu, tým horšie smie nový účastník trhu vstúpiť na tento trh, tým pádom je menej pravdepodobné objavenie sa nového konkurenta. Typickými bariérami vstupu sú administratívne prekážky, investičné náklady alebo mimoriadna náročnosť na vzdelanie. V zdravotníctve existujú typické obmedzenia vstupu na trh: Lekári a iní zdravotnícki profesionáli získali rozsiahle formalizované vzdelávanie. Zabezpečuje to nie len kompetenciu a ochranu verejnosti, ale aj znižuje konkurenciu. Pre zdravotníctvo je typické pôsobenie profesných zväzov, asociácií a komôr. Postavili značné bariéry vstupu, čím dochádzalo k akejsi regulácii intenzity súťaže účastníkmi trhu. Okrem bariér vstupu existujú aj bariéry výstupu. Bariérami výstupu môžu byť: zmluvná povinnosť pôsobiť stanovené obdobie, povinnosť udržať chod prevádzky, náhradné plnenie v prípade skončenia činnosti, dlhodobá návratnosť investícií a pod. Vysoké investičné náklady zvyšujú náročnosť vstupu, ako aj výstupu.

Deformujúci vplyv 5.: Externality

Externality predstavujú druh tzv. zlyhania trhu. Externality sú náklady alebo výnosy, ktoré sa odzrkadľujú v cenách. Rozlišujeme externality pozitívne a negatívne. Obzvlášť v zdravotníctve sa prejavuje externalita označovaná ako „externalita zo súcitu“. Ak subjekt B je príjemcom externého úžitku z činnosti subjektu A, ide pri subjekte B o tzv. „sebeckú“ externalitu. Zaočkovaním subjektu A proti vzniku infekčnej choroby získava úžitok subjekt B tým, že sa nenakazí od subjektu A. Ak, ale vznikne úžitok subjektu z toho, že sa lekárskou starostlivosťou odstránilo utrpenie niekoho iného, ide o „externalitu zo súcitu“. Vychádza sa z predpokladu, že vedomosť o utrpení iných ľudí znižuje kvalitu života subjektu B. Vedomosť o tom, že sa trpiacim poskytla starostlivosť, zvyšuje kvalitu života subjektu B. Z tohto je zrejmé, že externé efekty nemusia mať iba peňažný charakter. Predmetom obáv nie je spotreba zdravotných služieb inými osobami, ale zdravotný stav týchto osôb. Zdravotná starostlivosť je jedným z determinantov zdravia a zaistenie prístupu k službám zdravotnej starostlivosti je politickou odpoveďou na túto externalitu.

V prípade negatívnej externality subjekt A úmyselne či neúmyselne neplatí za faktory, ktoré užíva a ich užívaním tvorí náklady pre iné subjekty. V cenách tohto producenta sa potom neodrážajú celkové náklady spojené s produkciou tovarov alebo služieb.

Deformujúci vplyv 6.: Nedokonalé vzťahy agentov a príkazcov

Na trhu môže vznikať problém záujmov tzv. príkazcov a ich agentov. Aktér zvaný agent, počína na požiadanie druhej strany, zvanej príkazca. Agent má viac informácií o konaní alebo úmysloch ako príkazca, pretože príkazca nemôže plne monitorovať agenta. V prípade zdravotníctva možno takýto problém dokumentovať na vzťahu pacient a poskytovateľ ponúkajúci pacientovi služby, ktorého záujmy sú iné ako záujmy pacienta. Lekár má prevahu nad pacientom, čím sa stáva pacientovým agentom. Pacient ako príkazca nemá možnosti na monitorovanie a vyhodnocovanie konania lekára – agenta. Vzťah príkazcu a agenta v tomto ponímaní na trhoch v systéme zdravotníctva môže viesť k nasledovnému konaniu: Lekár vyberá postupy a metódy, ktoré maximalizujú jeho príjmy a nemaximalizujú zdravotný prínos pre svojho príkazcu – pacienta.

Tri trhy poskytovania zdravotnej starostlivosti

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti je služba. Preto sa ocitá na trhu tovarov. Podľa toho, v akých záujmoch vystupujú hlavní aktéri zdravotníctva, možno pracovať s tromi špecifickými trhmi pre fungovanie zdravotníctva:

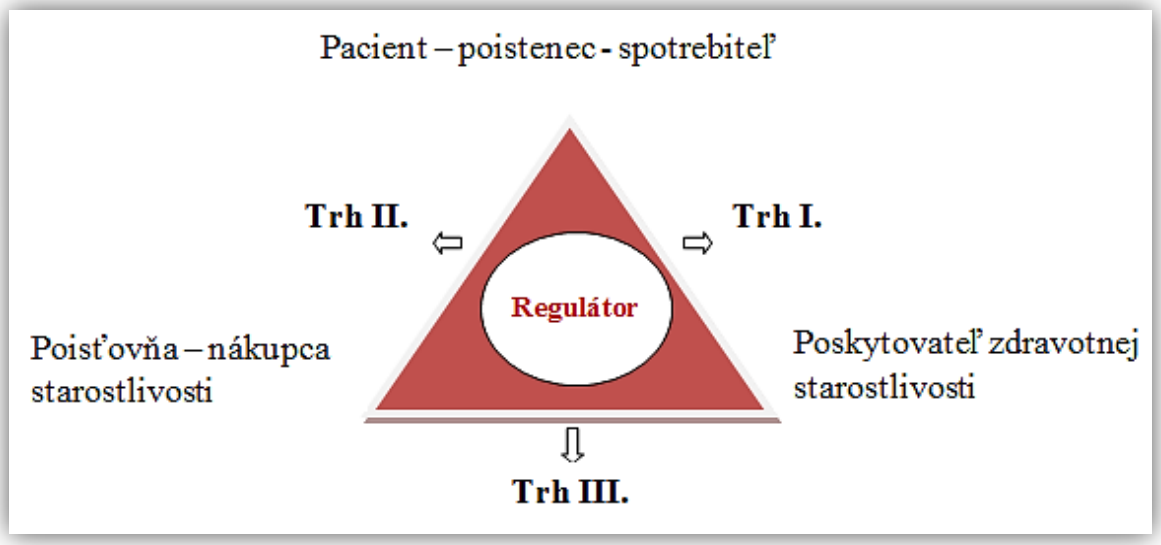
1. Trh I. je trhom, kde sa poskytuje zdravotná starostlivosť. Stretávajú sa na ňom pacienti s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Ide o záujem medzi dopytom po zdravotnej starostlivosti a ponukou zdravotnej starostlivosti. Spotrebiteľ nepreferuje byť prijímateľom zdravotnej starostlivosti, ale preferuje byť zdraví.
2. Trh II. je trh zdravotného poistenia. Stretávajú sa na ňom dopyt po zdravotnom poistení s ponukou zdravotného poistenia. Spotrebiteľ má snahu znižovať riziko nepredvídateľných a veľkých nákladov liečby. Avšak spotrebiteľ nevie kedy mu vzniknú náklady spojené s liečbou a preto sa bráni tomuto riziku poistením.
3. Trh III. je trh, kde sa nakupuje zdravotná starostlivosť. Stretávajú sa tu zdravotné poisťovne spolu s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Poisťovne sú v pozícii kupujúceho zdravotnú starostlivosť pre svojich klientov – poistencov. Na dopytovej strane sú zdravotné poisťovne a na strane ponuky poskytovatelia zdravotnej starostlivosti.

Spotrebiteľ v snahe obnoviť zdravie vstupuje na dva trhy:

- Na trhu, kde sa poskytuje zdravotná starostlivosť, vstupuje do interakcie s poskytovateľom tejto starostlivosti. Prijímateľ zdravotnej starostlivosti, môže aj nemusí byť platcom za poskytovanie starostlivosti.

- Na trhu, kde sa poskytuje zdravotné poistenie, vstupuje do interakcie so zdravotnou poisťovňou. Existujúci zmluvný vzťah so zdravotnou poisťovňou umožňuje, aby spotrebiteľ za stanovených okolností nemusel byť platcom na trhu poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Obrázok 1 Schéma: Pacient, poskytovateľ zdravotnej starostlivosti a poisťovňa – trh, na ktorých vystupujú



Zdroj: vlastné spracovanie

Obrázok 1 tieto tri trhy znázorňuje ako tri strany trojuholníka, na ktorého vrcholoch sú aktéri trhov, v strede trojuholníka je regulátor (orgány verejnej správy), ktorý istým spôsobom ovplyvňuje dianie na každom z týchto troch trhov. Spotrebitelia vystupujú na strane dopytu na trhu poskytovania zdravotnej starostlivosti a na trhu zdravotného poistenia. Vystupujú v roli pacienta, aj v roli poistenca. Dopyt po zdravotnej starostlivosti nie je funkciou ceny. Ak náklady na liečbu kryje zdravotné poistenie, spotrebiteľ stráca motiváciu znižovať náklady a obmedzovať dopyt po službách zdravotnej starostlivosti. Zdravotné poisťovne sú finančné korporácie, ktoré sa zameriavajú na transformáciu rizika spojeného s nákladmi liečby. Transformuje sa individuálne riziko na kolektívne riziko. Zdravotná starostlivosť ako tovar sa líši od iných výrobkov a služieb, ako strava, vzdelanie a bývanie. Jednotlivé domácnosti čelia nízkej pravdepodobnosti nehody alebo choroby, aj

keď väčšina domácností, by si ťažko dovolila náklady spojené s liečbou pri ťažkom ochorení.

Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti vystupujú na ponukovej strane na trhu poskytovania zdravotnej starostlivosti a aj na trhu nákupu zdravotnej starostlivosti. Uzatvárajú zmluvy so zdravotnými poisťovňami o výkone služieb pre klientov – poistencov týchto poisťovní.[21]

[21] MORVAY, K. 2014. Nedokonalé trhy v zdravotníctve. [online]. [cit. 2015. 03. 07]. Dostupné na internete: <http://www.hpi.sk/2014/03/nedokonale-trhy-v-zdravotnictve/>

2 UKAZOVATELE ZDRAVIA

Táto nasledujúca kapitola bude zameraná na ukazovatele zdravia. Preto sme považovali za dôležité si najskôr analyzovať meranie zdravia, charakterizovať ho a následne opísať nástroje používané k meraniu kvality života. V druhej podkapitole sme sa zamerali na index ľudského rozvoja, prestonovu krivku a strednú dĺžku života v zdraví.

2.1 Zdravie ako jeden z faktorov kvality života

Merateľnosť kvality života predstavuje jeden z nevyhnutných predpokladov pre pokrok v úspešnom zlepšovaní kvality zdravotníckej starostlivosti. Samotné meranie nemožno realizovať jedine jedným subjektom, ale malo by sa na ňom podieľať niekoľko subjektov ako sú lekári, poisťovne, manažéri i nadriadené úrady a malo by byť súčasťou plánu zlepšovania kvality. Pri meraní je nevyhnutné špecifikovať účel a zámer hodnotenia, ďalej vymedziť populáciu u ktorej bude skúmaná kvalita života a vybrať konceptuálne zameranie a teoretický rámec. [22] Pre účely merania často dochádza k fragmentácii kvality života a v tej súvislosti sa potom používajú pojmy ako domény (širšie vymedzená oblasť života), ukazovatele (užšie vymedzené ukazovatele domén), dimenzia či komponenty. [23]

Křivohlavý[24] rozlišuje tri základné skupiny metód merania zdravia:

- metódy objektívne, kedy kvalitu zdravia hodnotí druhá osoba
- metódy subjektívne, kedy je hodnotiteľom sama daná osoba,
- metódy zmiešané.

Subjektívne a objektívne hľadisko merania zdravia rozlišuje taktiež Kriby. Objektívne meranie sociálnych ukazovateľov znamená hodnotenie možností, prekážok a zdrojov v prostredí jedinca a hodí sa skôr pre meranie kolektívnej kvality života.

[22] VAĎUROVÁ, H., MUHLPACHR, P., *Kvalita života: teoretická a metodologická východiská*, Brno. Masarykova univerzita v Brne, 2005, 143 s.
[23] GURKOVÁ, E. ET AL., *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetřovatelský výzkum*. Praha: Grada Publishing, 2011. 223 s.
[24] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci.* Praha: Grada Publishing, a. s., 2002. 200 s.

Subjektívnym hľadiskom je potom odhad celkovej spokojnosti so životom, ktorá je výsledkom spojenia osobných hodnôt a životného štýlu, prostredníctvom ktorého sa ho jedinec snaží naplniť a ďalej subjektívny odhad spokojnosti s jednotlivými životným oblasťami.[25]

V spojitosti s meraním kvality zdravotnej starostlivosti sú odborníkmi stanovené tri základné pojmy. Tie zahŕňajú:

- prvok
- kritérium
- štandard

Pod pojmom prvok chápeme základný údaj, ktorého množina nám umožňuje popísať poruchu zdravia alebo poskytovanú zdravotnú službu. Úplne jasne definovaný prvok choroby alebo služby, ktorý je nielen presne merateľný, ale rovnako popisuje buď štruktúru, proces, či výsledok a zároveň má špecifický vzťah ku kvalite, nazývame kritérium alebo indikátorom. Ide o štatistický ukazovateľ, ktorý je vždy vyjadrený kvantitatívnou formou. Kritéria možno rozdeliť na štrukturálne, procesuálne a výsledkové. Aby ich bolo možné využiť v rámci meranej úrovne zdravotnej starostlivosti, musí zodpovedať náročným charakteristikám, teda mala by byť objektívnym, validným a konzistentným pri opakovaných meraniach.

Tento ukazovateľ možno taktiež poňať ako tzv. riziko, či mimoriadnu udalosť. Posudzovanie daných ukazovateľov je proces identifikovania, vyhodnocovania a riešenia v budúcnosti možných, či súčasných problémov, ktoré môžu vyústiť v rôzne zranenia, poškodenia, finančné straty a pod. Do skupiny často sledovaných indikátorov zdravotníckej, či liečebnej starostlivosti v zdravotných zariadeniach môžu patriť napríklad tieto:

- pooperačné komplikácie
- medikačné chyby
- opakované röntgenové snímky
- nozokominálne nákazy
- spotreba antibiotík
- dĺžka hospitalizácie

[25] DRAGOMIRECKÁ, E. BARTOŇOVÁ, J. Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF. Psychometrické vlastnosti a první 89 zkušenosti s českou verzí. Psychiatrie. 2006a

- počet readmisií
- pády pacientov
- spokojnosť pacientov
- mortalita

Medzi možné indikátory kvality sa radí i počet tzv. mimoriadnych udalostí, či rizík-nezhôd v zdravotníckom zariadení. Práve vyššie uvedené príklady indikátorov vo veľkom počte prípadov obsahom mimoriadnych udalostí, či rizík. Zmienenou mimoriadnou udalosťou je na mysli taká udalosť, kedy došlo k pochybeniu pri výkone starostlivosti o pacienta alebo kedy lekárska intervencia nebola prevedená na základe platných štandardov, či smerníc a následkom bolo poškodenie zdravia pacienta, personálu, či majetku. Oblasť mimoriadnych udalostí je skutočne široká a na starosť ju má management riadenia rizík. Systém hlásenia týchto udalostí u nás funguje jedine v časti zdravotníckych zariadení. [26]

Voľba správneho meracieho nástroja je nevyhnutným krokom každého výskumu. Nástroje pre meranie kvality života môžu mať rôznu podobu – najčastejšie sa jedná o seba-posudzovacie škály, dotazníky, štruktúrované rozhovory, či škály hodnotené inou osobou.

Môžeme rozlíšiť dve hlavné skupiny nástrojov merania kvality života:

- Všeobecné nástroje sú multidimenzionálne, pokrývajú veľkú škálu oblastí a môžu byť použité pre rôzne skupiny populácie.
- Špecifické nástroje merania sa zameriavajú na takú oblasť merania, ktorá je špecifická pre danú populáciu, chorôb alebo podmienky. Výhodou týchto nástrojov je možnosť citlivo zhodnotiť určitú oblasť a zachytávať klinicky významné zmeny, ktorých výsledok možno však zložitejšie zovšeobecňovať a porovnávať. [27]

Ďalšie základné charakteristiky, ktoré je nutné posúdiť u každého meracieho nástroja sú: reliabilita (rozmedzie v ktorom nástroj vykazuje totožné výsledky pri opakovaných meraniach), validita (rozmedzie v ktorom nástroj meria to, čo je predmetom merania) a citlivosť nástroja.

Odbor duševného zdravia Svetovej zdravotníckej organizácie inicioval v roku 1991 vývoj nástrojov merania kvality života vhodných pre medzinárodné štúdie. WHOQOL

[26] ŠKRLA, P. ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetřovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s.
[27] DRAGOMIRECKÁ, E. BARTOŇOVÁ, J. *Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL*-BREF. *Psychometrické vlastnosti a první 89 zkušenosti s českou verzí.* Psychiatrie. 2006

(World Health Organization Quality of Life) bol názov inštrumentu, ktorý mal prekonať a rozšíriť doterajšie ponímanie kvality života, ktoré znamenalo „jedine“ subjektívne hodnotenie zdravotného stavu a každodenných činností. Tento inštrument mal naplniť štyri princípy považované na základe rozvoja skúmania kvality života za nevyhnutné pre jej hodnotenie. Zmieňované princípy sú komplexnosť (pokrytie rôznych aspektov života a nie len oblasť fyzického zdravia), jedinečnosť subjektívneho pohľadu, relatívna dôležitosť jednotlivých oblastí života pre daného jedinca a kultúrna relevancia. [28]

Z pätnástich zástupcov výskumných centier z celého sveta bola vytvorená pracovná skupina WHOQOL, ktorá absolvovala niekoľko fáz pre vytvorenie dotazníka. Základom pre vývoj inštrumentov bolo vymedzenie pojmu a stanovenie definície kvality života, ďalej definovanie oblastí a podoblastí kvality života a v neposlednej rade taktiež vývoj pilotnej verzie inštrumentu. Výsledkom práce bol stopoložkový inštrument známy pod názovom WHOQOL- 100, ktorý bol prvým z nástrojov WHOQOL. WHOQOL-100 sa skladá z dvadsiatich štyroch podoblastí, či aspektov života združených do šiestich hlavných domén, ako je znázornené v nasledujúcej tabuľke na ďalšej strane.[29]

[28] DRAGOMIRECKÁ, E. BARTOŇOVÁ, J. *Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL*-BREF. *Psychometrické vlastnosti a první 89 zkušenosti s českou verzí.* Psychiatrie. 2006
[29] WHO, 1996, Dostupný z: http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf

Tabuľka 2 - Štruktúra dotazníka WHOQOL-100

Domény	Facety
Fyzické zdravie	Bolesť a nepríjemné pocity Energia a únava Spánok a odpočinok Pozitívne pocity Myslenie, učenie, pamäť a sústredenie
Prežívanie	Sebadôvera Vnímanie tela a vzhľadu Negatívne pocity Pohyblivosť Každodenné činnosti
Úroveň nezávislosti	Závislosť na liekoch alebo liečba Pracovná výkonnosť Osobné vzťahy
Sociálne vzťahy	Sociálna podpora Sexuálny život Osobná bezpečnosť Domáce prostredie Finančná situácia Zdravotná a sociálna starostlivosť
Prostredie	Nové informácie a znalosti Voľný čas a záľuby Životné prostredie Doprava
Spiritualita	Spiritualita, náboženstvo, osobná viera
Celkové hodnotenie	Samostatné položky hodnotiace celkovú kvalitu života a zdravotný stav

Zdroj.: vlastné spracovanie podľa: WHO, 1996. [online]. [cit. 2015. 03. 24]. Dostupné na internete: <http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf>

Koncept pre meranie kvality života, ktorý vytvorilo Centrum pre podporu zdravia na univerzite v Toronte vychádza z rovnakej teoretickej základne ako WHO a posudzuje tri základné oblasti života, v ktorých každá obsahuje tri subdomény.

Byť (being) – osobná charakteristika človeka. Do tejto oblasti sa radia subdomény:

- fyzické bytie (zdravá hygiena, výživa atď.)
- psychologické bytie (psychologické zdravie, vnímanie, cítenie, sebaúcta a pod.)
- spirituálne bytie (osobné hodnoty, presvedčenie, viera)

Patriť niekam (belonging) – spojenie s konkrétnym prostredím. Tu sa rozlišujú podoblasti:

- fyzické napojenie (domov, škola, pracovisko)
- sociálne napojenie (rodina, priatelia a pod.)
- komunitné napojenie (pracovná príležitosť, finančný príjem, zdravotné a sociálne služby, vzdelávanie)

Realizovať sa (becoming) – dosahovanie osobných cieľov, nádeje a inšpirácie. Tromi podoblasťami tejto domény sú:

- praktická realizácia
- voľnočasová realizácia
- rastová realizácia

Táto koncepcia kvality života zdôrazňuje jednak jedincovi fyzické, psychické a duševné schopnosti, ale taktiež jeho väzby na prostredie. Nezabúda sa ani na oblasť uspokojenia vyšších potrieb. [30] Kvalita je tu ponímaná ako miera spokojnosti s dôležitými možnosťami vo svojom živote. Tieto možnosti vyplývajú z príležitostí a obmedzení v živote jedinca a odrážajú interakciu osobných a environmentálnych faktorov. Hodnotenie kvality života v uvedených troch oblastiach, z ktorých každá má tri subdomény je určené dvoma faktormi: relatívnou dôležitosťou jednotlivých ukazovateľov a mierou spokojnosti v príslušnej doméne, zodpovedá teda individuálnym perspektívam jedinca.

Subjektívna metóda hodnotenia kvality života SEIQoL bola vytvorená v roku 1994 C. A. O Boylom a H.M. McGeem. Základom je individuálne ponímanie kvality života danej osoby a vlastný systém hodnôt. Metóda sa snaží rozpoznať, ktoré aspekty života pre danú osobu v danej situácii sú závažné a zaisťuje ich dôležitosť. Behom štruktúrovaného rozhovoru osoba uvedie päť životných cieľov, ktoré považuje za najdôležitejšie a mieru spokojnosti s nimi. Medzi najčastejšie uvádzané ciele patrí zdravie, rodina, práca, náboženstvo, financie a vzdelávanie.[31]

Tvorcom sebaposudzovacieho dotazníka je M. Zannoti. Inštrument vychádzajúci z Maslowej teórie potrieb zahŕňa teda i oblasti života ako sú vnútorné hodnoty jedinca, ktoré zohľadňujú maximálne možnú mieru subjektivity. Dotazník sa skladá z dvadsiatich

[30] VAĎUROVÁ, H., MUHLPACHR, P., Kvalita života: teoretická a metodologická východiská, Brno. Masarykova univerzita v Brne, 2005, 143 s.
[31] KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2002. 200 s.

troch oblastí, ktoré sa dotýkajú vnútornej a vonkajšej reality každodenného života. Respondent hodnotí spokojnosť s každou z nich na päťbodovej škále a taktiež jej subjektívnu dôležitosť.[32]

V 36-tich ekonomicky vyspelých krajinách sveta je Slovensko na 26. priečke pred Poľskom (27.) i Maďarskom (30.), ale za Českou republikou, ktorá je na 23. mieste. Rebríček hodnotí len vyspelé krajiny, aj keď na svete je spolu okolo 200 uznávaných štátov (ďalšie informácie v článku Najlepším miestom pre život je Austrália, Slovensko je na 26. mieste**)**

2.2 Index ľudského rozvoja

Existuje veľa ukazovateľov, ktoré vedia kvantifikovať dimenzie ľudského rozvoja. Napríklad zdravie človeka, ktoré sa pokladá za jednu z podmienok kvalitného života, možno dokázať chorobnosťou, dĺžkou života, zdravotníckymi zariadeniami a na základe výberu správnych údajov možno zdravie medzinárodne porovnávať.

Index ľudského rozvoja – HDI (Human Development Index) predstavuje doteraz najkomplexnejší ukazovateľ kvality života. Rozvojový program OSN od roku 1990 publikuje správy o ľudskom rozvoji, obsahujúce index ľudského rozvoja. Index ľudského rozvoja zdôrazňuje skutočnosti, že ľudia a ich schopnosti by mali byť hodnoteným kritériom krajiny a nie samotný ekonomický vývoj. Jeho cieľom je zmerať stupeň ľudského rozvoja jediným indexom a zabezpečiť medzinárodné porovnanie rôznych krajín sveta. Index ľudského rozvoja dáva obraz o podmienkach ľudského rozvoja pomocou ukazovateľov troch dimenzií života, ktoré sú považované za najdôležitejšie.

Tabuľka 3 Dimenzie života a ich ukazovatele

Dimenzie života	Indikátory
1. Zdravie	Očakávaná dĺžka života pri narodení
2. Vzdelanie	Miera gramotnosti dospelého obyvateľstva (2/3 váhy) Kombinovaná miera zápisu na základné, stredné a vysoké školy (1/3 váhy)
3. Životná úroveň	Hrubý národný dôchodok na obyvateľa v parite kúpnej sily

[32] VAĎUROVÁ, Helena, MÜHLPACHR, Pavel. Kvalita života: teoretická a metodologická východiska. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005

Zdroj: vlastné spracovanie podľa: Národná správa o ľudskom rozvoji Slovenská republika. 2000. Index ľudského rozvoja. [online]. Slovenská republika. [cit. 2015. 03. 24]. Dostupné na internete: <http://www.cphr.sk/undp2000sl_07_cast4.pdf>

Očakávaná dĺžka života pri narodení predstavuje počet rokov, ktoré sa dožije novorodenec, ak naďalej budú pretrvávať špecifické úmrtnosti počas celého života. Miera gramotnosti dospelého obyvateľstva vyjadruje priemerný počet rokov vzdelávania ľudí vo veku od 25 rokov a viac. Kombinovaná miera zápisu na základné, stredné a vysoké školy, vyjadruje počet rokov, ktoré môže dieťa očakávať pri zapojení sa do vzdelávacieho procesu, pri predpoklade zachovania aktuálnych trendov účasti na vzdelávacích procesoch. Hrubý národný dôchodok na obyvateľa v parite kúpnej sily predstavuje celkové príjmy z ekonomiky vybudované z vlastníctva príslušného štátu prepočítané príslušnou sadzbou na jedného obyvateľa.

Index ľudského rozvoja určuje minimálnu a maximálnu hodnotu pre jednotlivé indikátory. Pri zostavovaní indexu boli stanovené fixné minimálne a maximálne hodnoty pre jednotlivé indikátory.

Tabuľka 4 Hodnoty jednotlivých indikátorov

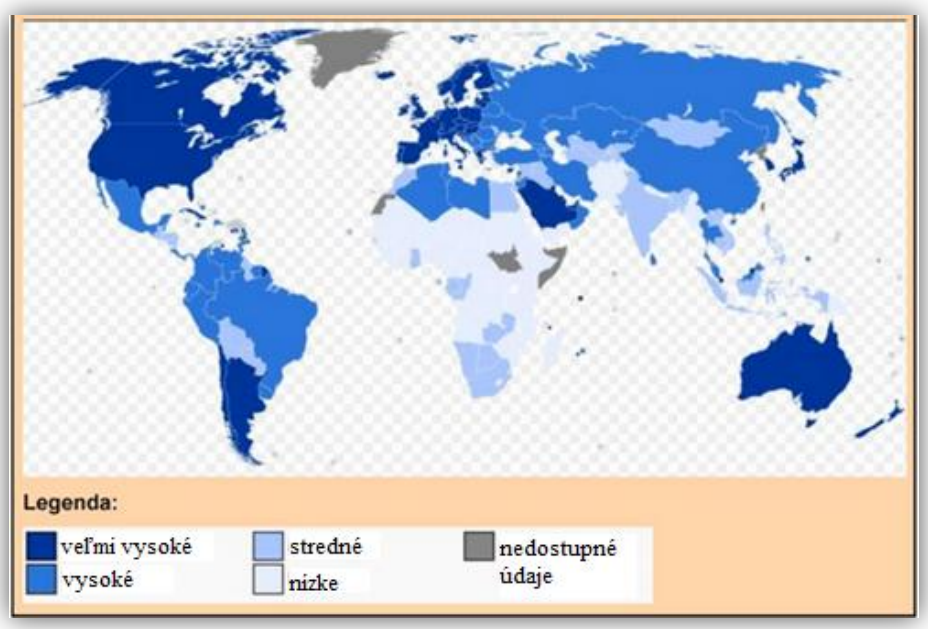
Indikátory	Hodnota indikátorov
Očakávaná dĺžka života pri narodení	20 rokov a 85 rokov
Stredná dĺžka života pri narodení - ženy	79,9
Stredná dĺžka života pri narodení - muži	72,5
Vek dožitia v zdraví - ženy	54,3
Vek dožitia v zdraví - muži	80
Miera gramotnosti dospelého obyvateľstva	0 rokov a 15 rokov
Kombinovaná miera zápisu na základné, stredné a vysoké školy	0 rokov a 18 rokov
Hrubý národný dôchodok na obyvateľa v parite kúpnej sily	100 $ a 75 000 $

Zdroj: vlastné spracovanie zo správy Trvalo udržateľného ľudského rozvoja

Správa publikovaná v roku 2014, ktorá nesie názov Trvalo udržateľný ľudský rozvoj: zníženie rizík a zvýšenie odolnosti bola vypracovaná agregovanými indikátormi zdravia, vzdelania, príjmov, rodovej nerovnosti, chudoby, zamestnanosti, osobnej bezpečnosti, zahraničného obchodu a finančných tokov, mobility a spojenia, životného

prostredia a demografie. Hodnotenie krajín indexom ľudského rozvoja je každoročne prepočítavané na základe aktuálnych medzinárodne porovnateľných údajov z oblasti zdravia, vzdelania a príjmu.

Obrázok 2 HDI v jednotlivých krajinách sveta v roku 2014



Zdroj: vlastné spracovanie zo správy Trvalo udržateľného ľudského rozvoja

Podľa výšky Indexu ľudského rozvoja sú štáty rozdelené na krajiny s veľmi vysokou úrovňou ľudského rozvoja, krajiny s vysokým ľudským rozvojom, krajiny s ľudským rozvojom na strednej úrovni a krajiny s nízkou mierou ľudského rozvoja. Hodnotenie krajín je zobrazené na obrázku 2 vyššie.

Metodika výpočtu HDI pozostáva v určení čiastkových indexov. Čiastkové indexy sa vypočítajú podľa vzorca:

$$\text{Čiastkový index} = \frac{aktu\,álna\ \ hodnota\ -minim\,álna\ \ hodnota}{maxim\,álna\ \ hodnota\ -minim\,álna\ \ hodnota}$$

Výsledný index je vypočítaný ako geometrický priemer z čiastkových indexov.

$$\text{HDI} = \sqrt[3]{\text{I života x I vzdelania x I príjmu}}$$

Zdroj.:

http://www.prog.sav.sk/fileadmin/pusav/download_files/prognosticke_prace/2015/PP_7__1_2015_Marcincin_cl3.pdf

2.3 Prestonova krivka

Tak, ako je potrebné jedným parametrom sústredene vyjadriť ekonomickú úroveň, je potrebné jedným parametrom sústredene vyjadriť aj stav zdravia. Pre tento účel je vhodný ukazovateľ strednej dĺžky života. Ukazovateľ strednej dĺžky života vyjadruje priemerný počet rokov, ktoré môže očakávať obyvateľ danej krajiny pri jeho narodení.

Vzťah medzi úrovňou ekonomiky a strednej dĺžky života odzrkadľuje tzv. Prestonova krivka. Prestonova krivka ukazuje, že jedinec narodený v bohatej krajine môže očakávať, že bude žiť dlhšie ako jedinec, ktorí sa narodil v chudobnej krajine[33]

„*Pravdaže, táto zákonitosť nie je rovnaká pri každej úrovni ekonomiky. Pri nízkych úrovniach ekonomiky (a teda nízkych úrovniach príjmov) je prírastok ekonomickej úrovne spojený so značným prírastkom strednej dĺžky života. Pri vysokých úrovniach ekonomiky (príjmov) je už dlhšie zvýšenie príjmu spojené už len s malou zmenou v strednej dĺžke života. Rast ekonomickej úrovne nemôže neobmedzene prinášať stále rovnako veľké prírastky dĺžky života. Stredná dĺžka života totiž naráža na mimoekonomické (biologické) bariéry. Preto ma Prestonova krivka charakter trendovej krivky. Od určitej kritickej hranice je dodatočný prírastok ekonomickej úrovne spojený s postupne stále menším prírastkom dĺžky života (klesajúca hraničná hodnota dĺžky života).*

Možno identifikovať kritický bod, v ktorom sa vzťah mení (mení sa sklon krivky). Táto úroveň ekonomiky sa všeobecne spája so zlomom v tzv. epidemiologickej premeny. Hodnoty za jednotlivé krajiny sú značne rozptýlené okolo schematicky znázornenej Prestonovej krivky. Znamená to, že vzťah medzi rastom ekonomickej úrovne a rastom dĺžky života je v jednotlivých krajinách podobný, ale pri značnej voľnosti.

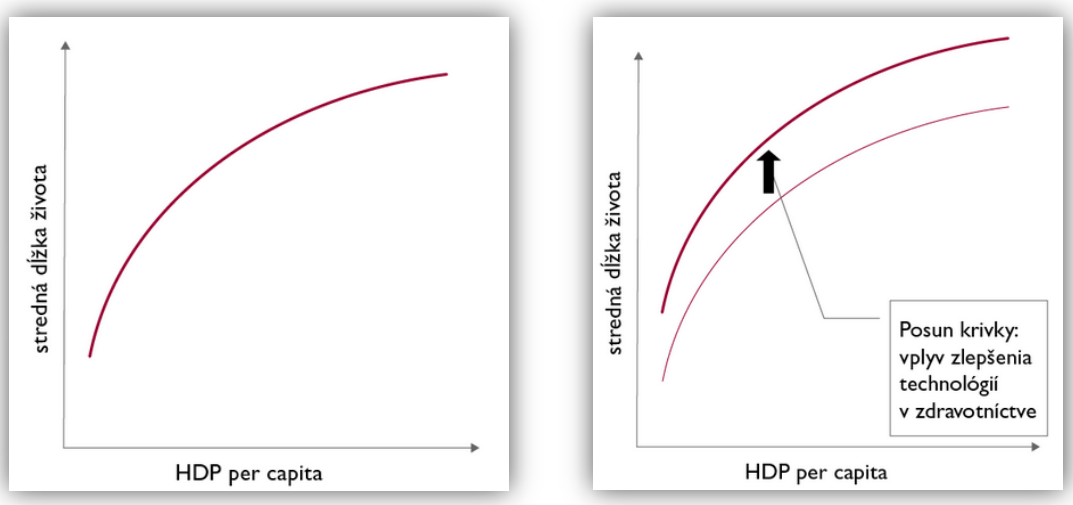
V rôznych krajinách je rovnaký prírastok ekonomickej úrovne spojený s nerovnakým prírastkom dĺžky života. Je to preto, lebo ekonomická úroveň nie je jediným určujúcim faktorom dĺžky života (vstupuje sem komplex faktorov biologických, environmentálnych, spoločenských, kultúrnych...).“[34]

---

[33] MORVAY, K. 2014. *Ekonomický rozvoj a parametre zdravia alebo zdravotníctva: súvisia*?. [online]. [cit. 2015. 03. 29]. Dostupné na internete: <http://www.hpi.sk/2013/01/ekonomicky-rozvoj-a-parametre-zdravia-alebo-zdravotnictva-suvisia/>

[34] MORVAY, K. 2014. Ekonomický rozvoj a parametre zdravia alebo zdravotníctva: súvisia?. [online]. [cit. 2015. 03. 29]. Dostupné na internete: <http://www.hpi.sk/2013/01/ekonomicky-rozvoj-a-parametre-zdravia-alebo-zdravotnictva-suvisia/>

Obrázok 3 Prestonova krivka



Zdroj: http://www.hpi.sk/2013/01/ekonomicky-rozvoj-a-parametre-zdravia-alebo-zdravotnictva-suvisia/

„Možno tak zovšeobecniť, že ak stúpne ekonomická úroveň krajiny, zrejme stúpne aj stredná dĺžka života. Krajina sa tak posunie po Prestonovej krivke nahor a doprava. Okrem posunu po krivke je prípustný ja posun celej krivky. To znamená, že môže dôjsť k posunu v očakávanej dĺžke života vo väčšine krajín bez ohľadu na ekonomickú výkonnosť.“[35]

„Dôležitým poznatkom Prestonových výskumov bol posun krivky nahor v priebehu 20. storočia. To znamená, že stredná dĺžka života sa zvýšila vo väčšine štátov, nezávisle od zmien v ekonomickej úrovni (príjmoch). Stalo sa tak pravdepodobne vplyvom technologických zmien, vzdelávania, vakcinácie, zlepšených služieb verejného zdravotníctva, rehydratačnej terapie, lepšej výživy a s tým súvisiacimi ďalšími priaznivými exogénnymi faktormi. Podľa Prestona bol tento, od ekonomickej úrovne nezávislý, nárast strednej dĺžky života najvýraznejší v chudobných krajinách.“[36]

Štúdia Prestonovej krivky ukázala, že krivka v 20. Storočí stúpala bez ohľadu na rast príjmov krajiny. Tento fakt sa dá vysvetliť zlepšovaním vzdelania, technológií, zdravotnej starostlivosti alebo prístupu k potravinám. Prestonova krivka tým pádom nabáda chudobnejšie krajiny, aby sa snažili zvyšovať svoje príjmy. Avšak je pravda, že zvyšovanie dĺžky života ma na svedomí väčšinou zlepšovanie zdravotnej starostlivosti a nie nárast príjmov, tie sú v chudobnejších krajinách potrebné na to, aby sa mohla

[35] Tamtiež, [online]
[36] MORVAY, K. 2014. Ekonomický rozvoj a parametre zdravia alebo zdravotníctva: súvisia?. [online]. [cit. 2015. 03. 29]. Dostupné na internete: <http://www.hpi.sk/2013/01/ekonomicky-rozvoj-a-parametre-zdravia-alebo-zdravotnictva-suvisia/>

zabezpečiť dostupnosť nových medicínskych technológií. Kritika tejto krivky spočíva v tom, že ju možno aplikovať len v priereze krajín v istom časovom okamihu. Keby sa zamerala na časový prierez dát, tak by sa dalo povedať, že rozdiely v príjmoch krajín sa zväčšujú, zatiaľ čo rozdiely v očakávanej dĺžke života sa zmenšujú. Ďalšou kritikou je príčinná súvislosť medzi príjmami a zdravím. Nie je jasné, či zdravie ovplyvňujú viac príjmy, alebo príjmy ovplyvňujú zdravie. Dobrý zdravotný stav má vplyv na výkonnosť jednotlivca , pretože je schopný pracovať viac a efektívnejšie. To isté platí aj u detí, ktoré majú lepšie vzdelanie, pretože trávia viac času v škole a vedia sa lepšie sústrediť, čím sa vytvára potenciál pre rast ľudského kapitálu.

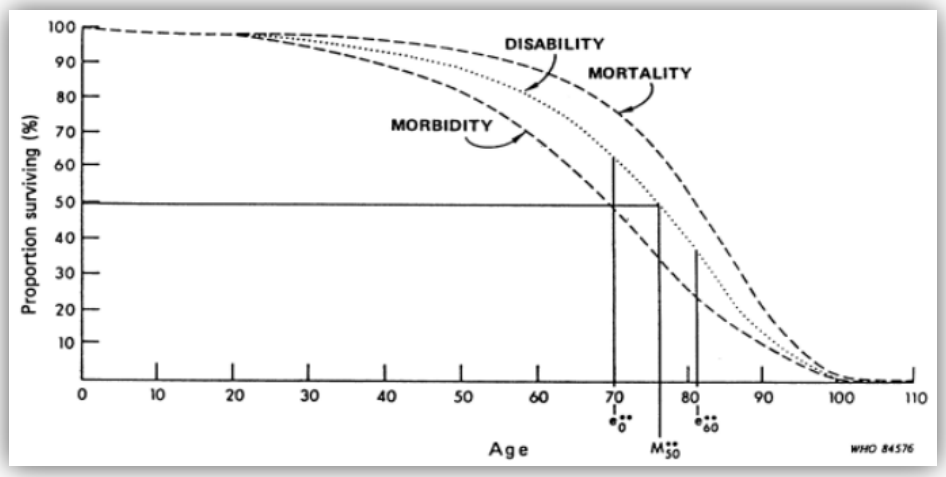
2.4 Stredná dĺžka života v zdraví

„*Ukazovatele strednej dĺžky života v zdraví boli počiatočne vypracované s cieľom odpovedať na otázku, či sa s dlhším životom predlžuje aj doba prežitá v dobrom zdraví (pokles chorobnosti) alebo v zlom zdraví (rozšírenie chorobnosti). Takže stredné dĺžky života v zdraví rozdeľujú strednú dĺžku života na životné obdobia strávené v rôznych stavoch zdravia, od dobrého zdravia po zlé zdravie. V tomto smere pridali dimenziu kvality ku kvantite odžitého života*.“[37]

Všeobecný model zmeny zdravia poukazuje na rozdiely medzi životom prežitým v rôznych stavoch zdravia: stredná dĺžka života (priestor pod krivkou „mortality“), život bez zdravotných obmedzení (priestor pod krivkou „disability“) a život bez chronických ochorení (priestor pod krivkou „morbidity“).

[37] EHLEIS information system. 2013. *Stredná dĺžka života v zdraví na Slovensku*. [online]. [cit. 2015. 03. 31]. Dostupné na internete: <http://maryland.mri.cnrs.fr/pdf/CountryReports_Issue6_translated/Slovensku.pdf>

Obrázok 4 Všeobecný model zmeny zdravia



Zdroj: http://www.eurohex.eu/pdf/CountryReports_Issue7_translated/Slovensku.pdf

E_0 – E_{60}: počet rokov života očakávaného pri narodení a vo veku 60 rokov
M_{50}: je vek 50% žien, ktorý môžu očakávať, že prežijú bez straty autonómie

V skutočnosti je konceptov strednej dĺžky života v zdraví asi toľko, koľko je konceptov zdravia. Najviac využívané stredné dĺžky života v zdraví sú založené na zdraví tak, ako ho vnímajú ľudia (vnímané zdravie), každodenných aktivitách a chronických ochoreniach.

Stredná dĺžka života v zdraví je nezávislá od populácie a vekovej štruktúry a vie teda priamo porovnávať rôzne populačné podskupiny, ako sú napr. pohlavie, socio–profesijné kategórie, ako aj európske krajiny. Stredná dĺžka života v zdraví sa najčastejšie vypočíta za pomoci Sullivanovej metódy. Na vykonanie relevantných porovnaní, by aj základné zdravotné merania mali byť naozaj porovnateľné.

Európska únia reagovala na problém pridaním súboru stredných dĺžok života v zdraví do zdravotných ukazovateľov Európskeho spoločenstva za cieľom poskytnutia súhrnných údajov o postihnutí, chronických chorobách a subjektívnom vnímaní zdravia. Práve preto do Štatistiky o príjmoch a životných podmienkach domácností (SILC) bol zavedený Minimálny európsky modul zdravia (MEHM), pozostávajúci z 3 všeobecných otázok zahŕňajúcich tieto aspekty, za účelom zlepšiť porovnania stredných dĺžok života v zdraví v jednotlivých krajinách:

- „Vo všeobecnosti by ste mohli povedať, že Vaše zdravie je:“ – prípadné odpovede: „veľmi dobré“, „skôr dobré“, „priemerné“, „skoro zlé“ alebo „veľmi zlé“.

- „Máte nejaké chronické ochorenie?“ – prípadné odpovede: „áno“ alebo „nie“.
- „Museli ste obmedziť svoje aktivity zo zdravotných dôvodov najmenej v posledných šiestich mesiacoch?“ – prípadné odpovede: „výrazne musel obmedziť“, „čiastočne musel obmedziť“ alebo „nemusel obmedziť“.

Okrem toho stredná dĺžka života v zdraví bola bez obmedzenia aktivity, na základe otázky o postihnutí, vybratá v roku 2004 ako jedna zo štrukturálnych ukazovateľov pre vyhodnotenie strategických cieľov EÚ s názvom „Zdravé roky života“.

3 CIEĽ A METODIKA PRÁCE

Cieľom diplomovej práce na základe analýzy ukazovateľov zdravia je stanoviť dôležitosť výstupu rezortu zdravotníctva. Jednotlivé analyzované ukazovatele sú porovnávané z hľadiska V4, pretože majú totožný vývoj.

K dosiahnutiu nami vytýčeného cieľa sú potrebné čiastkové ciele, ktoré budú viesť k naplneniu nášho hlavného cieľa. Medzi tieto čiastkové ciele patrí charakteristika základných pojmov ako je zdravie, zdravotníctvo, determinanty zdravia, zdravotnícky trh, trhy na poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Následne po splnení tohto čiastkového cieľa sme si stanovili ďalší a to analyzovať ukazovatele zdravia, preto sme sa zamerali na meranie kvality života, index ľudského rozvoja, Prestonovu krivku, strednú dĺžku života v zdraví. Práve tieto dve kapitoly nám poslúžili k splneniu hlavného cieľa a to porovnať ukazovatele krajín V4, analyzovali sme vývoj a porovnali jednotlivé ukazovatele zdravia za stanovené obdobie, z analyzovaných údajov previedli analýzu hlavných komponentov vybraných ukazovateľov a interpretovali výsledky analýzy hlavných komponentov a určili faktory ovplyvňujúce zdravotnú úroveň v každej krajine.

Na dosiahnutie nami vytýčeného cieľa sme študovali literatúru zaoberajúcu sa danou problematikou a teda základnými pojmami a charakteristikou zdravia a zdravotníctva, ukazovateľmi zdravia a následne porovnaním ukazovateľov krajín V4. Výsledkom spracovania teoretickej časti je syntéza poznatkov z oblasti zdravia, zdravotníctva a ukazovateľov zdravia. Sekundárna analýza práce pozostáva z analýzy vybraných ukazovateľov hodnotiacich životnú úroveň v krajinách Vyšehrádskej štvorky. Samotná analýza pozostáva z porovnania indexu ľudského rozvoja, vývoja indexu ľudského rozvoja, indikátorov indexu ľudského rozvoja a Prestonovej krivky.

4 POROVNANIE UKAZOVATEĽOV KRAJÍN V4

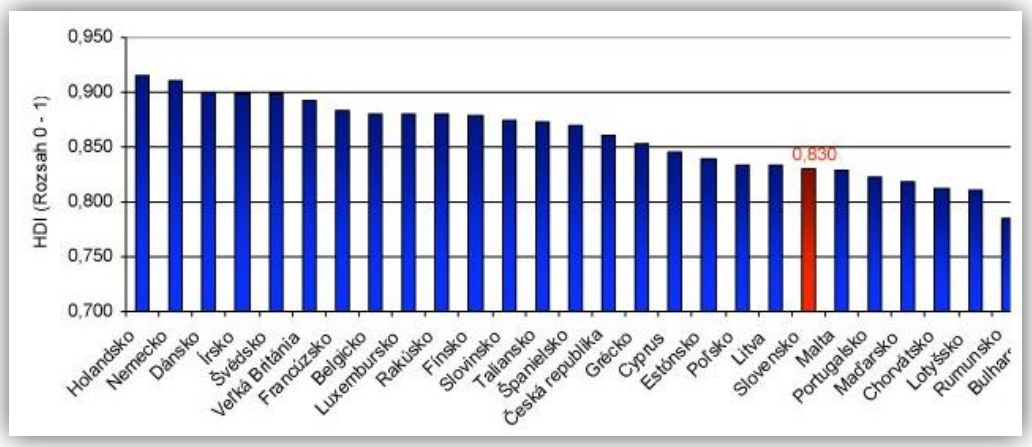
Cieľom tejto časti práce je vybrať ukazovatele hodnotiace životnú úroveň v krajinách Vyšehrádskej štvorky. Tieto ukazovatele analyzovať a porovnať medzi jednotlivými krajinami a prostredníctvom nich vystihnúť faktory formujúce životnú úroveň v jednotlivých krajinách. Pre zistenie životnej úrovne v jednotlivých krajinách budeme skúmať životnú úroveň za pomoci vybraných ukazovateľov v rôznych oblastiach pre skúmaný súbor krajín V4. Skúmaným súborom sú krajiny medzi ktoré patrí Slovenská republika, Česká republika, Poľsko, Maďarsko. Zoskupenie krajín V4 je datované od roku 1991. Spoločnou hnacou silou postkomunistických štátov bola predovšetkým snaha o integráciu medzi vyspelými západnými štátmi Európy. I napriek histórii a geografickej polohe v Strednej Európe sú životné podmienky v krajinách V4 odlišné.

Skôr ako prejdeme k samotnému porovnaniu týchto krajín, tak si popíšeme indikátory ľudského rozvoja SR v roku 2014, index ľudského rozvoja v jednotlivých krajinách EÚ – 28 za rok 2014 a priemerný ročný rast Indexu ľudského rozvoja v SR (%).

3.1 Index ľudského rozvoja krajín

Analýzu indexu ľudského rozvoja krajín V4 sme si vybrali práve preto, že patrí k najvýznamnejším ukazovateľom kvality života, ktorý predstavuje najmä spojenie ekonomických ukazovateľov s ukazovateľmi sociálnymi. V nasledujúcej tabuľke si uvedieme HDI, ktorý predstavuje určitú alternatívu bežne používaného spôsobu hodnotenia rozvoja krajiny. Je založený na porovnaní HDP na obyvateľa, čím slúži aj k hodnoteniu kvality života. Druhý alternatívny ukazovateľ, ktorý si uvedieme v tabuľke bude IHDI, ktorý je určitým doplňujúcim indikátorom k HDI. V prípade, že by boli obe hodnoty rovnaké, tak by to viedlo k záveru, že v krajinách V4 by neexistovali nerovnosti v sledovaných indikátoroch.

Obrázok 5 Index ľudského rozvoja v jednotlivých krajinách EÚ – 28 za rok 2014



Zdroj: Enviroportal (http://www.enviroportal.sk/pokrok-spolocnosti/index-ludskeho-rozvoja)

Index ľudského rozvoja ukazuje na to, ako sa ekonomický rast prejavuje na kvalite života. Jeho publikácia pomocou Rozvojového programu OSN hovorí o tom, že prioritou rozvoja už nie je iba samostatný ekonomický rast.[38]

Tabuľka 5 Vývoj Indexu ľudského rozvoja v SR v rokoch 1990 – 2013

	1990	2000	2005	2008	2010	2011	2012	2013
Slovensko	0, 747	0, 776	0, 803	0, 824	0, 826	0, 827	0, 829	0, 830

Zdroj: vlastné spracovanie

Tabuľka 6 Priemerný ročný rast Indexu ľudského rozvoja v SR (%)

	1990 - 2000	2000 - 2013
Slovensko	0, 39	0, 51

Zdroj: vlastné spracovanie

Slovenská republika sa umiestnila podľa Indexu ľudského rozvoja publikovaného v správe v roku 2014 spomedzi 187 krajín sveta na 37. mieste a patrí medzi štáty, kde ľudský rozvoj je na vysokej úrovni. V rámci krajín EÚ – 28 sa Slovenská republika umiestnila na 21. mieste. a medzi krajinami V4 obsadila 3. Miesto, keď predbehla Maďarsko.

[38] Informačný portál rezortu MŽP SR. 2014. *Index ľudského rozvoja*. [online]. [cit. 2015. 03. 29]. Dostupné na internete: <http://www.enviroportal.sk/pokrok-spolocnosti/index-ludskeho-rozvoja>

V období od roku 1990 – 2000 priemerný rast Indexu ľudského rozvoja Slovenskej republiky predstavoval 0, 39 % a v období od roku 2000 – 2013 predstavoval 0, 51 %.

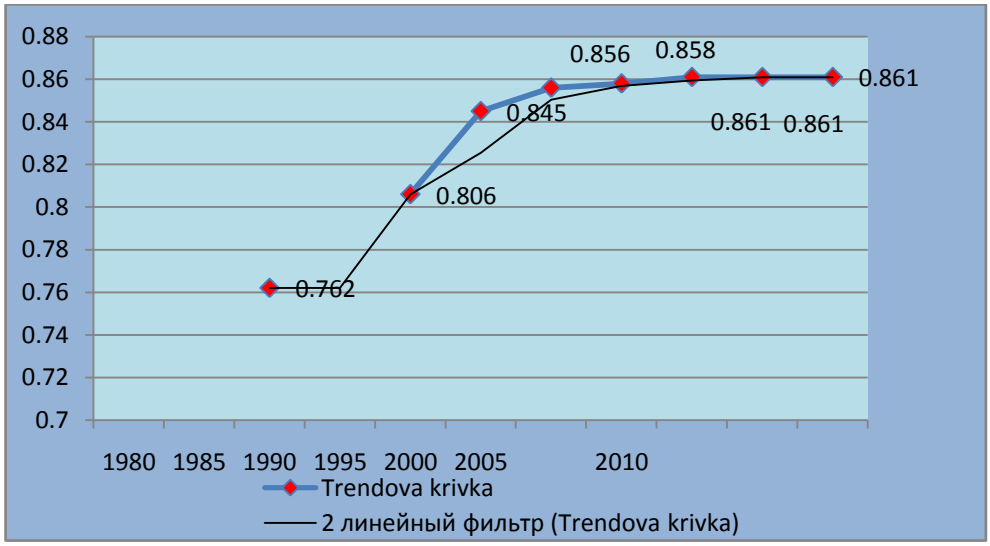
Tabuľka 7 Vývoj Indexu ľudského rozvoja v krajinách V4

HDI	Krajina	1980	1985	1990	2000	2005	2008	2010	2012	2013
28	Česká republika	-	-	0,762	0,806	0,845	0,856	0,858	0,861	0,861
35	Poľsko	0,687	0,694	0,714	0,784	0,803	0,817	0,826	0,833	0,834
37	Slovensko	-	-	0,747	0,776	0,803	0,824	0,826	0,829	0,830
43	Maďarsko	0,696	0,707	0,701	0,774	0,805	0,814	0,817	0,817	0,818

Zdroj.: Vlastné spracovanie

Ako môžeme vidieť v tabuľke č. 8, tak Česká republika sa umiestnila podľa Indexu ľudského rozvoja spomedzi 187 krajín sveta na 28. mieste, Poľsko na 35. mieste, Slovensko na 37. mieste a Maďarsko na 43. mieste. Všetky krajiny V4 patria medzi štáty, kde je ľudský rozvoj na vysokej úrovni, čo môžeme vidieť aj na vyššie uvedenom obrázku.

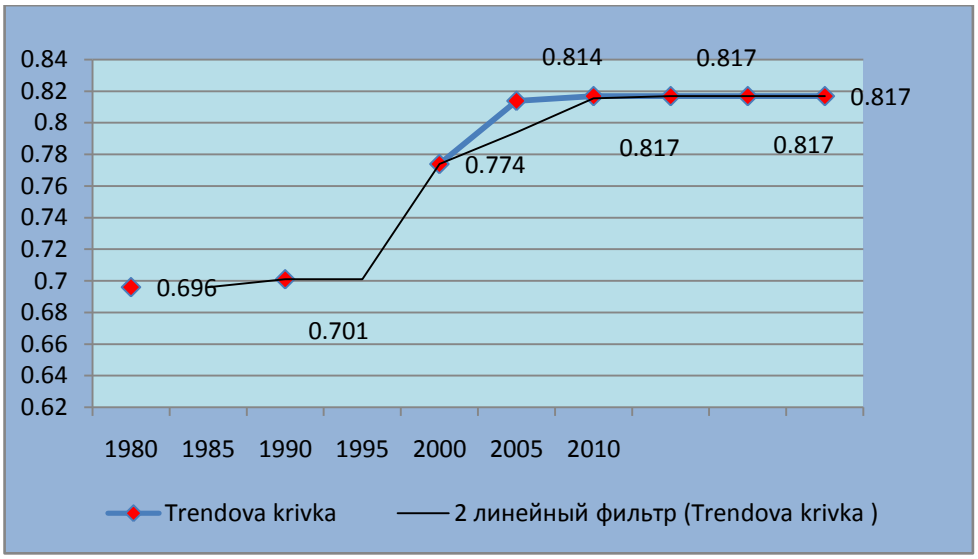
Graf 1 Index ľudského rozvoja – Česká republika



Zdroj.: Vlastné spracovanie

Graf 1, zobrazený vyššie, poukazuje na index ľudského rozvoja Českej republiky od roku 1980 do roku 2014.

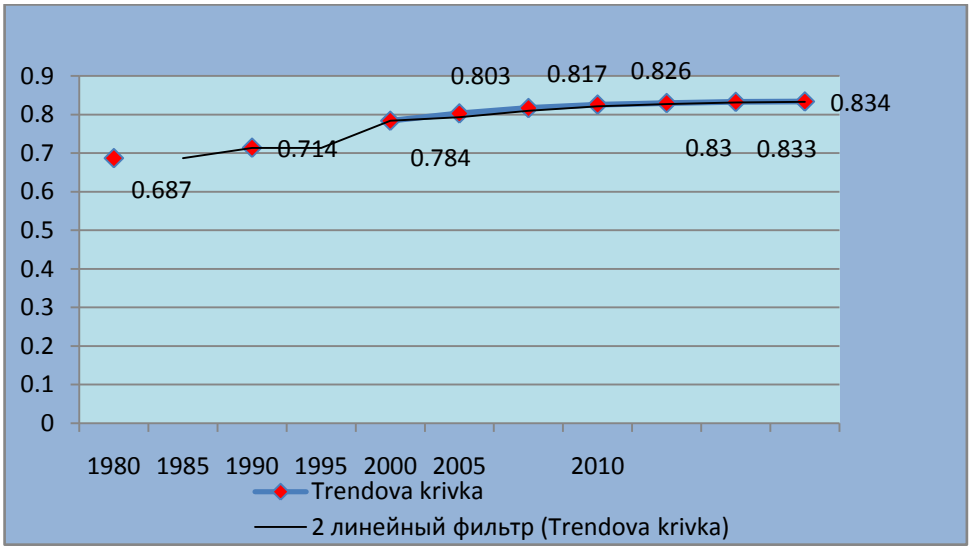
Graf 2 Index ľudského rozvoja – Maďarsko



Zdroj.: Vlastné spracovanie

Graf 2, zobrazený vyššie, poukazuje na index ľudského rozvoja Maďarska od roku 1980 do roku 2014.

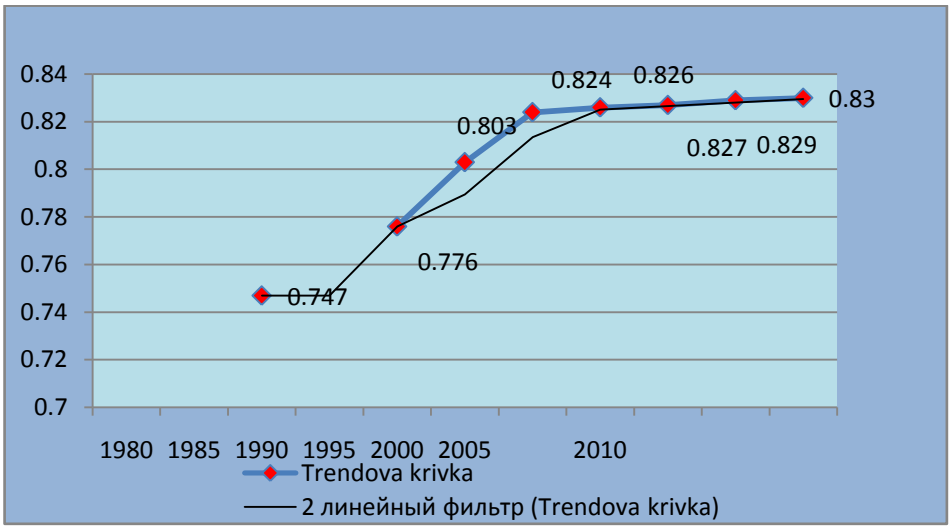
Graf 3 Index ľudského rozvoja – Poľsko



Zdroj.: Vlastné spracovanie

Graf 3, zobrazený vyššie, poukazuje na index ľudského rozvoja Poľska od roku 1980 do roku 2014.

Graf 4 Index ľudského rozvoja – Slovenská republika



Zdroj.: Vlastné spracovanie

Graf 4, zobrazený vyššie, poukazuje na index ľudského rozvoja Slovenskej republiky od roku 1980 do roku 2014

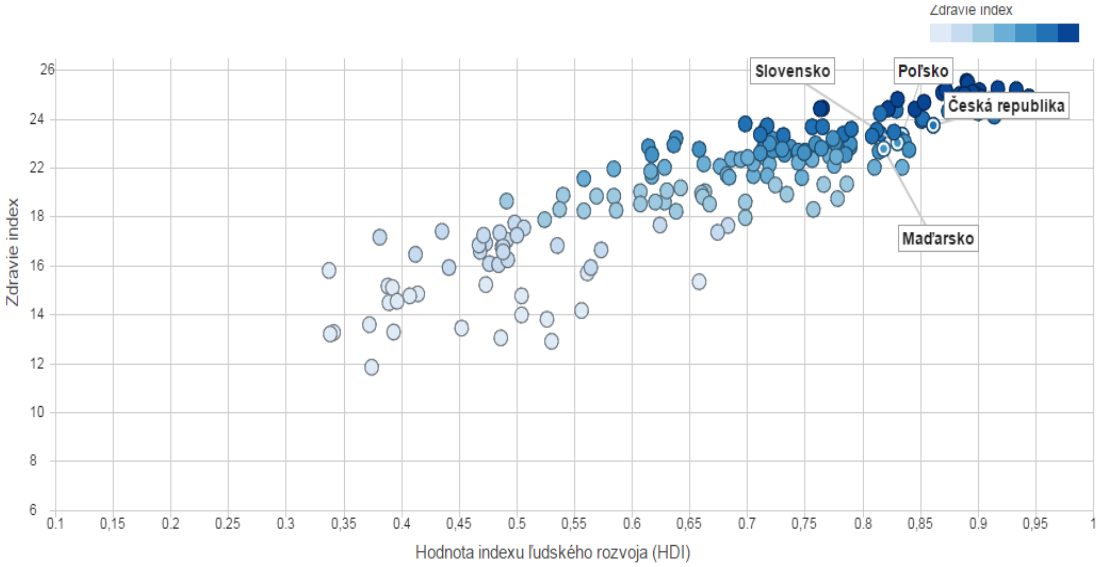
Tabuľka 8 HDI a IHDI krajín v krajinách V4 roku 2013

Krajina	HDI	IHDI	Rozdiel v %
Česká republika	0,865	0,821	5
Slovensko	0,834	0,787	5,7
Maďarsko	0,816	0,759	7
Poľsko	0,813	0,734	9,7

Prameň: UNDP, Human Development Report 2013

Ako vyplýva z vyššie uvedenej tabuľky, tak zoskupenia ekonomík daných krajín V4 dosahujú nižší ľudský rozvoj ako je ich celkový potenciál. Najnižší rozdiel vykazuje Česká republika. V tomto prípade to znamená, že spomedzi všetkých má najnižšiu stratu tvorenú existujúcimi nerovnosťami danej krajiny. V prípade Slovenskej republiky má stratu 5,7 % a v tom prípade je na tom lepšie ako krajiny Maďarsko a Poľsko.

Obrázok 6 Hodnota indexu ľudského rozvoja 2014



Zdroj.: http://hdr.undp.org/en/data

Tabuľka 9 Indikátory indexu ľudského rozvoja krajín

Indikátor	Rok	Hodnota
Očakávaná dĺžka života pri narodení	2013	75,4
Miera gramotnosti dospelého obyvateľstva	2012	11,6
Kombinovaná miera zápisu na základné, stredné a vysoké školy	2012	15
Hrubý národný dôchodok na obyvateľa v parite kúpnej sily	2012	25 336

Zdroj: vlastné spracovanie

Tabuľka 10 Indikátory indexu ľudského rozvoja krajín V4

Indikátor	Hodnoty v %				
Krajiny	Slovensko	Česko	Maďarsko	Poľsko	Rok
Očakávaná dĺžka pri narodení	75,4	77,7	76,6	76,4	2013
Miera gramotnosti dospelých	99,8	99,9	99,0	99,7	2012
Kombinovaná miera zápisu vzdelávaní	82	88	90	90	2012
Hrubý národný dôchodok	25336	24535	21239	21487	2013

na obyvateľa v parite kúpnej sily					

Zdroj.: Prameň: UNDP, Human Development Report 2013

Vyššie uvedená tabuľka 10 nám ukazuje, že očakávaná dĺžka pri narodení je najvyššia v Českej republike a najnižšia na Slovensku. Miera gramotnosti je najvyššia v Českej republike, na Slovensku a v Poľsku a na poslednom mieste je Maďarsko. Čo sa týka kombinovanej miery zápisu, tak najvyššia je v Maďarku a Poľsku a najmenšia na Slovensku. Hrubý národný dôchodok na obyvateľa v parite kúpnej sily je najvyšší v Slovenskej a Českej republike a menší v Maďarsku a Poľsku.

Tabuľka 11 Výdavky na zdravotníctvo v krajinách V4 (% HDP)

HDI	Krajina	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
28	Česká republika	6,3	6,9	6,7	6,5	6,8	8,0	7,5	7,4	7,5
35	Poľsko	5,5	6,2	6,2	6,3	6,9	7,2	7,0	6,7	6,8
37	Slovensko	5,5	7,0	7,3	7,8	8,0	9,2	9,0	8,7	8,1
43	Maďarsko	7,2	8,4	8,3	7,7	7,5	7,7	7,8	7,7	8,0

Zdroj.: Prameň: UNDP, Human Development Report 2013

Ako môžeme vidieť na základe vyššie uvedenej tabuľky 11, tak podiel HDP na zdravotníctvo je medzi štátmi V4 premenlivé. V období medzi rokmi 2000 – 2009 rástli zdravotnícke výdavky v SR až sa dostali na hodnotu 9,2 % čo znamená v tom období najrýchlejší rast zo všetkých krajín V4. Na základe uvedeného grafu môžeme povedať, že Česká republika a Poľsko mali zo štátov V4 od roku 2000 najmenšie výdaje na zdravotníctvo. Od roku 2000 patrí Slovensku pravidelne čelná pozícia spolu s Maďarskom, čo sa týka výšky celkových výdavkov na zdravotníctvo.

Tabuľka 12, vyobrazená nižšie, poukazuje na ročnú mieru rastu celkových výdavkov krajín V4 na zdravotníctvo v reálnom vyjadrení a to od roku 2004 až do roku 2013.

Tabuľka 12 Ročná miera rastu celkových výdavkov krajín V4 na zdravotníctvo v reálnom vyjadrení od roku 2004 do 2013

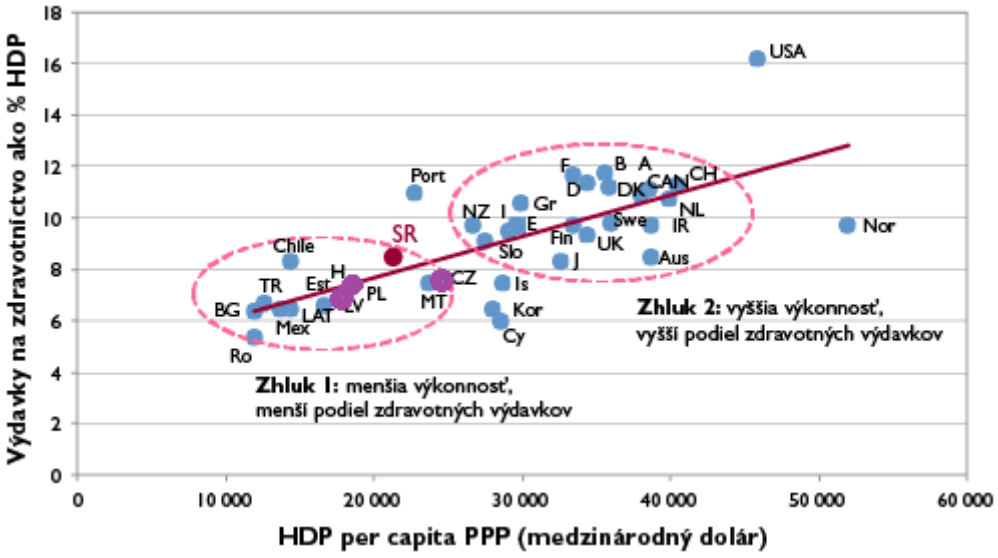
	2004 - 2005	2005 - 2006	2006 - 2007	2007 - 2008	2008 - 2009	2009 - 2010	2010 - 2011	2011 - 2012	2012 - 2013
ČR	7,2	3,3	3,0	7,8	9,9	-2,9	2,8	-0,4	..
Poľsko	4,7	3,8	6,0	9,1	14,3	6,4	1,1	2,3	0,3
SR	30,2	4,2	13,00	16,6	9,4	8,5	-2,9	-3,7	4,2
Maďarsko	6,8	1,6	-7,0	-1,9	-3,4	5,3	1,2	-2,5	..

Zdroj.: Prameň OECD Health policies and data

Cez body znázorňujúce porovnanie HDP na obyvateľa a výdavky na zdravotníctvo v USD v parite kúpnej sily môžeme vidieť priamku, ktorá znázorňuje funkciu závislostí medzi týmito veličinami. Táto priamka znázorňuje aká je výška podielu zdravotných výdavkov pri danej úrovni ekonomickej krajiny. Krajiny, ktoré sa nachádzajú pod priamkou majú nízky podiel zdravotných výdavkov s ohľadom na výkonnosť ekonomiky. Naopak, krajiny ktoré sa nachádzajú nad čiarou, tak tie majú tieto zdravotné výdavky vysoké v súvislosti s výkonnosťou ekonomiky.

Ako môžeme vidieť, tak z pozície priamky vyplýva, že Slovenská republika sa nachádza mierne nad ňou a hodnotou ekonomickej výkonnosti mierne nad 20 000 USD PPP, čomu zodpovedá najpravdepodobnejší podiel zdravotných výdavkov okolo 8,5 % HDP. Poľsko sa nachádza mierne pod priamkou, hodnota ekonomickej úrovni je 19432 USD PPP, čomu zodpovedá podiel zdravotných výdavkov okolo 7,2 %. Maďarsko sa nachádza na priamke, hodnota ekonomickej výkonnosti 22167 USD PPP, čomu zodpovedá podiel zdravotných výdavkov okolo 7,7 %. Najnižšiu hodnotu zdravotných výdavkov vzhľadom na ekonomickú úroveň má Česká republika.

Obrázok 7 Ekonomická úroveň HDP a podiel výdavkov na zdravotníctvo

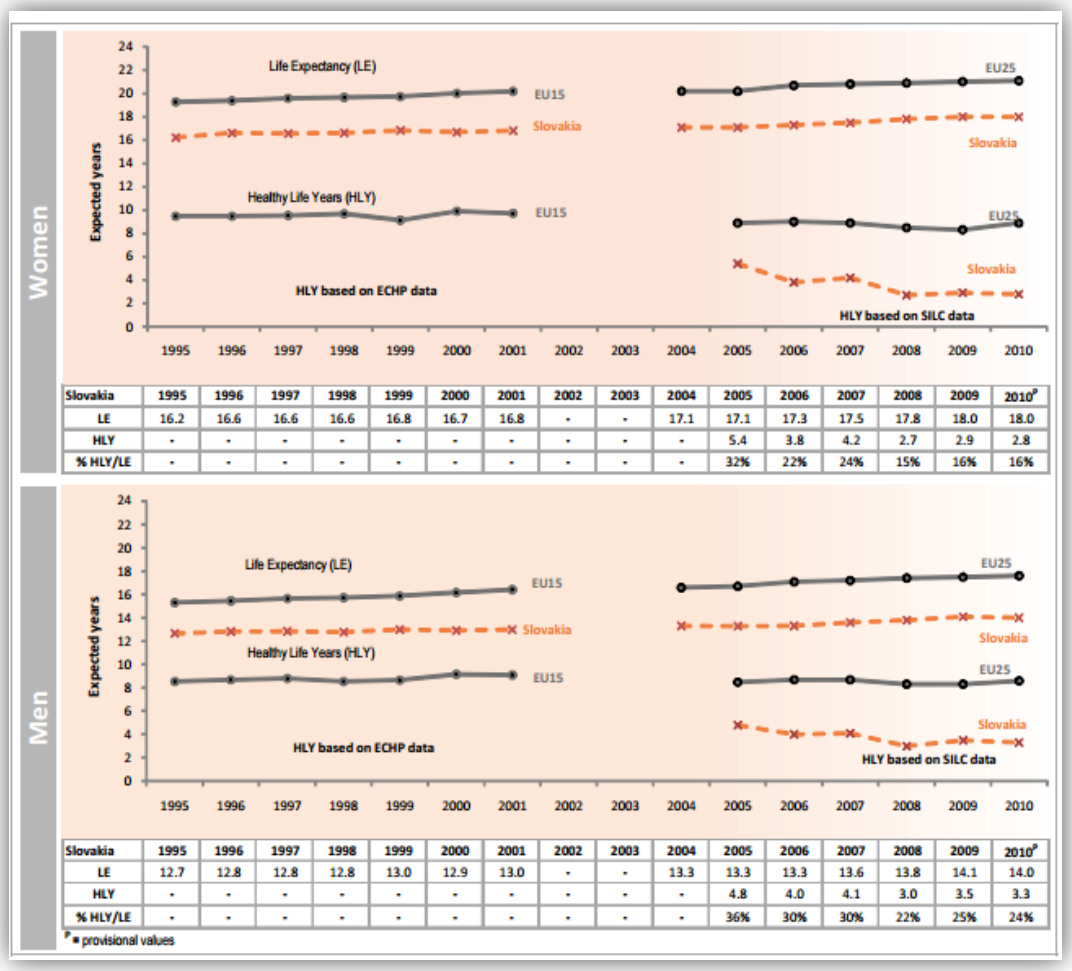


Zdroj.: http://www.hpi.sk/

3.2 Stredná dĺžka života pri narodení v krajinách V4

V posledných rokoch sa zvýšil dôraz na sledovanie nielen dĺžky života, ale taktiež nato, ako veľmi je kvalitný daný život. Teda koľko rokov z neho prežije jedinec v dobrom zdravotnom stave. V roku 2000 bolo dokonca Verejné zdravie začlenené do Lisabonskej stratégie. Z toho dôvodu bol vytvorený ukazovateľ HLY (Healthy Life Years). Je kombináciou strednej dĺžky života a subjektívneho hodnotenia zdravotného stavu, ktorý je zistený pomocou výberového riadenia. (Daňková, Hrkal, 2005) Vývoj dĺžky života v zdraví je veľmi premenlivý z toho dôvodu je vhodnejšie previesť porovnanie pomocou priemeru v rokoch. (Langhamrová, 2013)

Obrázok 8 Stredná dĺžka života a zdravé roky života vo veku 65 rokov pre Slovenskú republiku a EÚ (EU15 a EÚ 25)



Women																
Slovakia	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010p
LE	16.2	16.6	16.6	16.6	16.8	16.7	16.8	-	-	17.1	17.1	17.3	17.5	17.8	18.0	18.0
HLY	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5.4	3.8	4.2	2.7	2.9	2.8
% HLY/LE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32%	22%	24%	15%	16%	16%

Men																
Slovakia	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010p
LE	12.7	12.8	12.8	12.8	13.0	12.9	13.0	-	-	13.3	13.3	13.3	13.6	13.8	14.1	14.0
HLY	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.8	4.0	4.1	3.0	3.5	3.3
% HLY/LE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	36%	30%	30%	22%	25%	24%

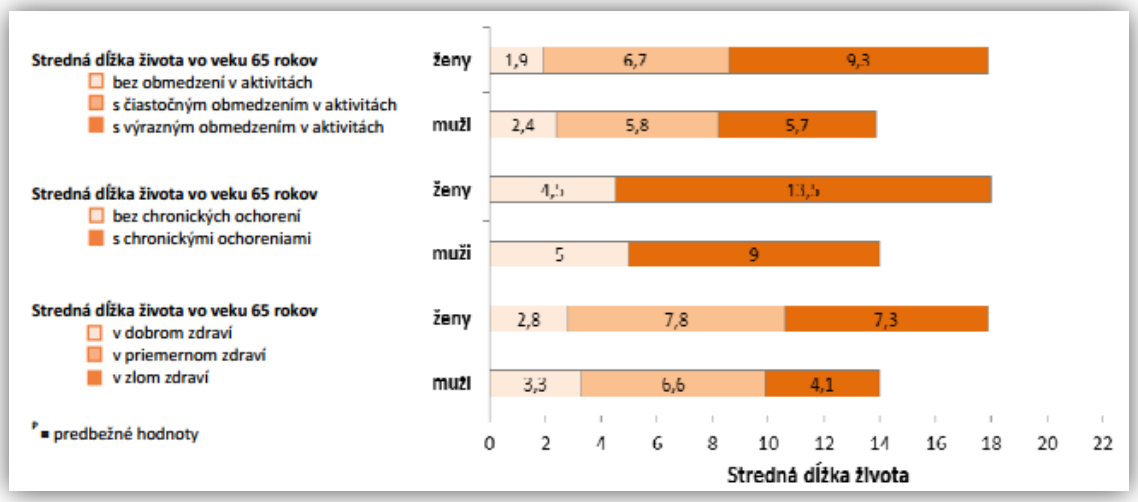
p = provisional values

Zdroj: http://www.eurohex.eu/pdf/CountryReports_Issue7_translated/Slovensku.pdf

Z obrázku 9 vyplýva, že Stredná dĺžka života na Slovensku vo veku 65 rokov stúpla o 1,3 roka u žien a 1,1 roka u mužov v rokoch 2000 – 2010. Preto, že Slovensko vstúpilo do Európskej únie v roku 2004, prvé údaje o Strednej dĺžke života v zdraví z rokov 1995 až 2001 nie sú dostupné.

Súbory údajov o Zdravých rokoch života, ktoré boli vypracované v roku 2005 z údajov SILC – u ukazujú, že v roku 2010 sa pri ženách a mužoch vo veku 65 rokov predpokladá, že prežijú 16 % (u žien) a 24 % (u mužov) života bez dlhodobých obmedzení v aktivitách. V roku 2010 boli hodnoty Zdravých rokov života pre Slovensko pod priemerom EU27 a to o 6,2 roka u žien a 5,4 roka u mužov.

Obrázok 9 Stredná dĺžka života a stredné dĺžky života vo veku 65 rokov podľa obmedzenia aktivity, chronickej chorobnosti a subjektívneho vnímania zdravia pre Slovenskú republiku



Zdroj: http://www.eurohex.eu/pdf/CountryReports_Issue7_translated/Slovensku.pdf

Z obrázku 10 vyplýva, že v roku 2010 bola v Slovenskej republike stredná dĺžka života vo veku 65 rokov, 18,0 rokov u žien a 14,0 rokov u mužov. Podľa údajov SILC – u v roku 2010, vo veku 65 rokov, ženy strávili 2,8 roka bez obmedzení v aktivitách, 7,8 roka s čiastočným obmedzením v aktivitách a 7,3 roka s výrazným obmedzením v aktivitách. Čo sa týka mužov, muži vo veku 65 rokov prežili 3,3 roka bez obmedzení v aktivitách v porovnaní s 6,6 rokmi s čiastočným obmedzením aktivít a 4,1 rokmi s výrazným obmedzením v aktivitách.

Aj keď stredná dĺžka života je pri mužoch nižšia ako pri ženách, pre všetky stredné dĺžky života v zdraví boli hodnoty počtu rokov života strávených v pozitívnom zdraví vyššie pri mužoch ako pri ženách. Z toho vyplýva, že ženy pri porovnaní s mužmi prežili väčšiu časť svojho života v zlom zdravotnom stave.

Obrázok 10 Stredné dĺžky života v zdraví vo veku 65 rokov v Európskej únii v roku 2010, založené na zdravotných obmedzeniach, chronickej chorobnosti a vnímania zdravia

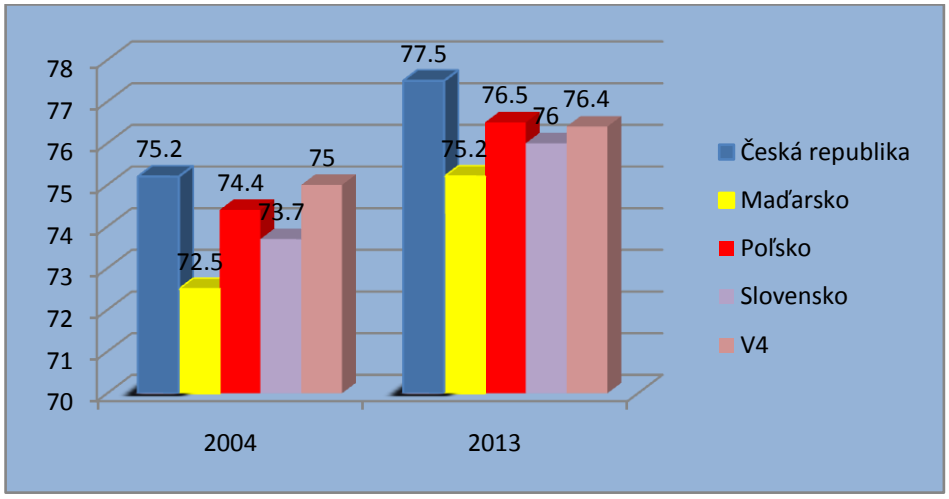
	Stredná dĺžka života vo veku 65 rokov							
	Obmedzenia v aktivitách			Chronické ochorenia		Vnímané zdravie		
	bez	s čiastočnými	s výrazným	s	bez	velmi dobré alebo dobré	priemerné	zlé alebo velmi zlé
Ženy EU27 (min-max)	8,8 (2.8-15.5)	7,2 (3.0-9.4)	5,0 (2.0-7.3)	7,6 (3.1-12.1)	13,5 (8.0-17.7)	7,1 (1.0-13.3)	8,8 (6.2-12.6)	5,2 (1.6-11.7)
Muži EU27 (min-max)	8,6 (3.3-14.1)	5,6 (2.3-7.0)	3,4 (1.4-4.4)	6,7 (3.4-11.0)	10,8 (5.8-13.5)	6,8 (1.1-11.7)	7,1 (5.1-11.1)	3,6 (1.1-6.2)

Zdroj: http://www.eurohex.eu/pdf/CountryReports_Issue7_translated/Slovensku.pdf

Podľa obrázku 11 je možné vidieť, že v roku 2010 bola stredná dĺžka života vo veku 65 rokov pre členské krajiny Európskej únie 21,1 rokov u žien a 17, 5 roka u mužov. Podľa údajov SILC – u z roku 2010, vo veku 65 rokov, ženy z členských krajín Európskej únie prežili 8,8 roka bez obmedzení v aktivitách, 7,2 rokov s čiastočným obmedzením v aktivitách a 5,0 roka s výrazným obmedzením v aktivitách. Muži z členských krajín Európskej únie vo veku 65 rokov prežili 8,6 rokov bez obmedzení v aktivitách v porovnaní s 5,6 rokmi s čiastočným obmedzením v aktivitách a 3,4 rokmi s výrazným obmedzením v aktivitách. Počty rokov prežitých bez obmedzení v aktivitách u mužov a žien boli takmer totožné, ale predstavovali 49% zvyšného života u mužov a 42% zvyšného života u žien. Roky strávené vo veľmi dobrom alebo dobrom zdraví boli o niečo nižšie u žien ako u mužov, avšak roky strávené bez chronického ochorenia boli vyššie o 0,9 roku. Z toho vyplýva, že ženy v porovnaní s mužmi strávili väčšiu časť života v zlom zdravotnom stave.[39]

[39] EHLEIS information system. 2013. *Stredná dĺžka života v zdraví na Slovensku*. [online]. [cit. 2015. 03. 31]. Dostupné na internete: http://maryland.mri.cnrs.fr/pdf/CountryReports_Issue6_translated/Slovensku.pdf

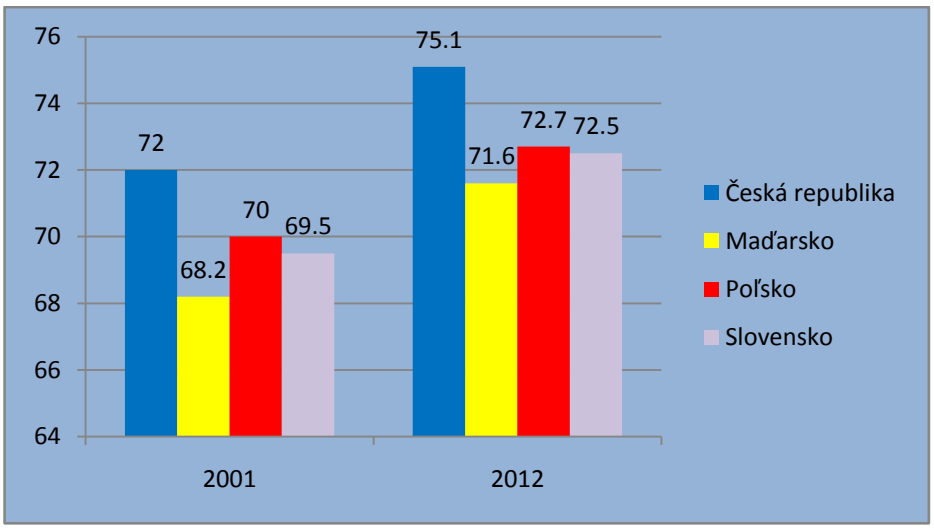
Graf 5 Stredná dĺžka života pri narodení v krajinách V4



Zdroj.: Vlastné spracovanie podľa údajov www.csac.cz

Stredná dĺžka života rastie vo všetkých členských štátoch EÚ, teda i v krajinách združených v iniciatíve V4. Najvyššie hodnoty v rámci V4 boli v roku 2013 dosiahnuté v Českej republike, a to 77,5 roka, čo za sledované obdobie predstavovalo nárast o 2,3 roka. Pre porovnanie uvádzame, že stredná dĺžka života v EU15 vzrástla za rovnaké obdobie zo 79,1 roka na 81,1 roka, teda o dva roky. Oproti tomu Maďarsko má najnižšiu strednú dĺžku života a to 75,2 roka.

Graf 6 Stredná dĺžka života pri narodení v krajinách V4 podľa pohlavia – muži

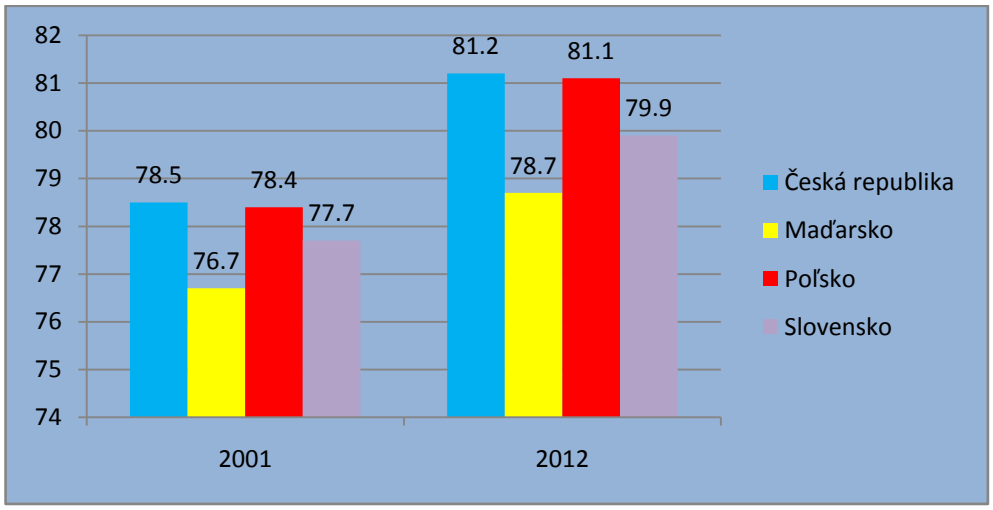


Zdroj.: Vlastné spracovanie podľa údajov www.statistic.sk

Stredná dĺžka života v zdraví krajín V4 podľa pohlavia nám ukazuje, že najviac sa dožívajú muži v Českej republike. Oproti roku 2001 sa táto hranica zvýšila o tri roky, hneď za Českou republikou pokračuje Poľsko, stredná dĺžka života sa tam pohybuje okolo 72

rokov a na Slovensku je to 72,5. Najnižšia stredná dĺžka života je v Maďarsku, v nej sa dožívajú muži okolo 71 rokov.

Graf 7 Stredná dĺžka života pri narodení v krajinách V4 podľa pohlavia – ženy



Zdroj.: Vlastné spracovanie podľa údajov www.statistic.sk

Keď si porovnáme strednú dĺžku života žien v krajinách V4 s mužmi, tak prídeme k záveru, že ženy sa dožívajú o niečo viac. Môžeme si to dať na príklade Českej republiky, kde sa muži dožívali v roku 2012 okolo 75 roku života a ženy až 81 roku života. To isté by sme mohli povedať aj o ostatných krajinách V4.

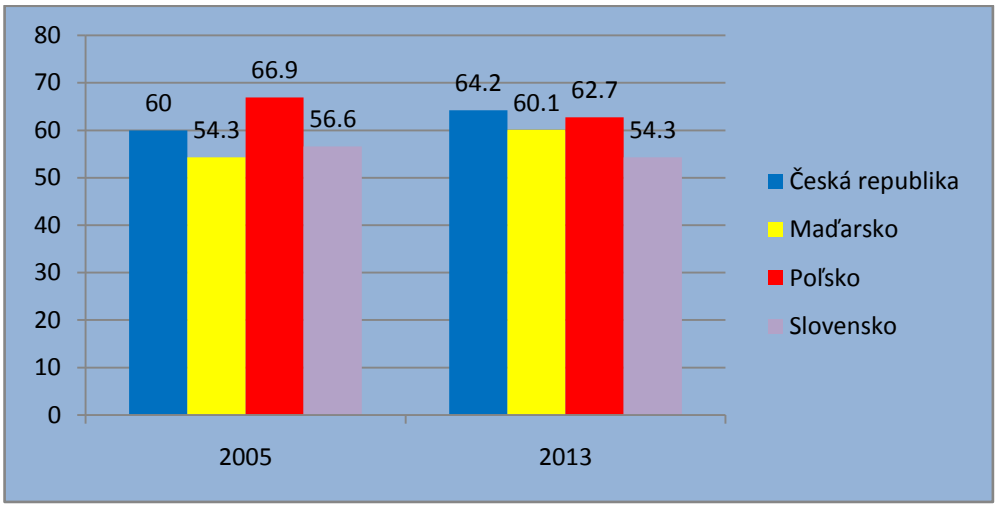
Najvyšší priemerný počet rokov sa dožívajú ženy v Českej republike a Poľsku a to okolo 81 roku života. V porovnaní s rokom 2001 tento počet vzrástol o tri roky. Na Slovensku sa ženy dožívajú 79,9 roku života a v porovnaní s rokom 2001 sa zvýšil tento rast o dva roky. Najnižšia stredná dĺžka života žien je v Maďarsku. Ženy sa tu v priemere dožívajú 78,7 roku života.

3.3 Vek dožitia života v zdraví

Vek dožitia v zdraví meria počet rokov, ktoré priemerne prežije osoba narodená v danom roku v zdraví. HLY je ukazovateľ strednej dĺžky života prežitého v zdraví, ktorý kombinuje informácie úmrtnosti a chorobnosti. K výpočtu sú potrebné vekové špecifické údaje o prevalencii obyvateľov v dobrom a zlom zdraví a vekové špecifické údaje o úmrtnosti. Dobré zdravie je definované ako neprítomnosť obmedzenia funkčných schopností/zdravotného postihnutia. Ukazovateľ je rovnako počítaný zvlášť pre mužov a ženy. Ukazovateľ je rovnako nazývaný stredná dĺžka života bez zdravotného postihnutia (alebo bez „obmedzenia“), tj. v dobrom zdraví. Nádej dožitia pri narodení vyjadruje

priemerný počet rokov, ktorý má novorodenec nádej sa dožiť pri zachovaní aktuálnej úrovne úmrtnosti behom jeho života.

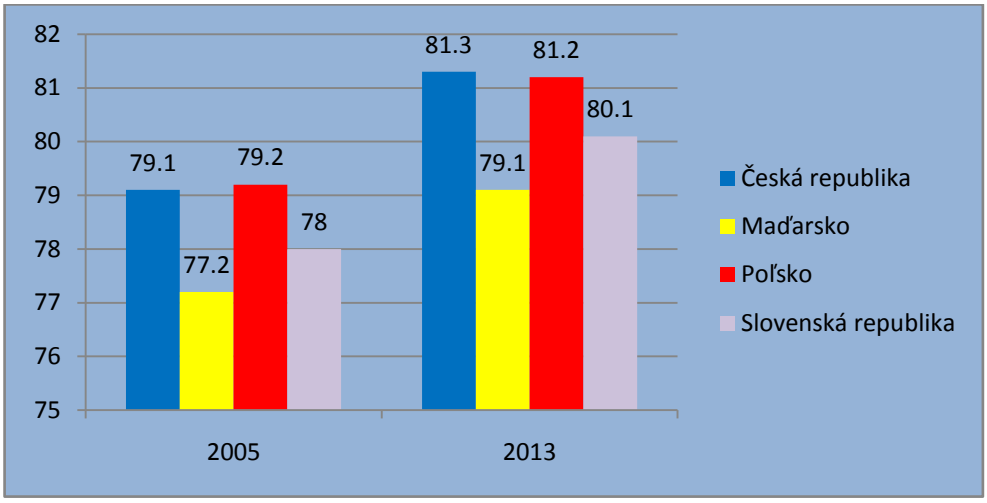
Graf 8 Vek dožitia v zdraví – ženy



Zdroj.: Vlastné spracovanie podľa údajov www.apl.czso.cz

Ako môžeme vidieť tak nádej dožitia v zdraví majú ženy najviac v Poľsku, kde sa vek odhaduje na 62,7 roka, avšak v porovnaní s rokom 2013 sa toto dožitie znížilo o 4,2 roka. Hneď po Poľsku nasleduje Česká republika, kde sa nádej dožitia v zdraví u žien odhaduje na 64,2 roka a v porovnaní s rokom 2005 sa nádej dožitia zvýšila o 4,2 roka. V porovnaní s prechádzajúcimi štátmi má Slovenská republika vek dožitia v zdraví pri ženách len 54,3 roka, čo je najmenej zo všetkých štátov V4.

Graf 9 Vek dožitia v zdraví – muži



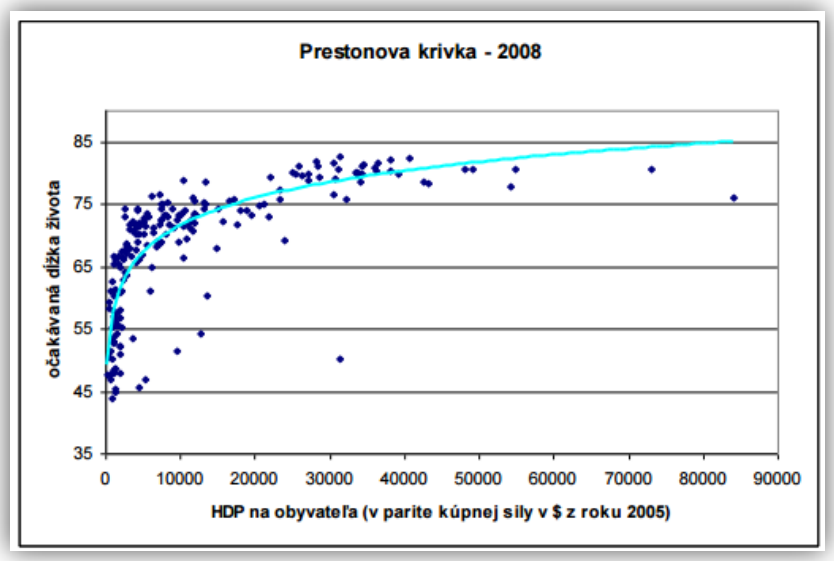
Zdroj.: Vlastné spracovanie podľa údajov www.apl.czso.cz

Vek dožitia v zdraví u mužov v rámci krajín V4 je najvyšší v Českej republike a Poľsku, kde priemerný počet rokov je okolo 81 rokov. Muži prežijú v Slovenskej republike v zdraví 80 rokov a v Maďarsku 79,1 roka.

3.4 Prestonova krivka krajín V4

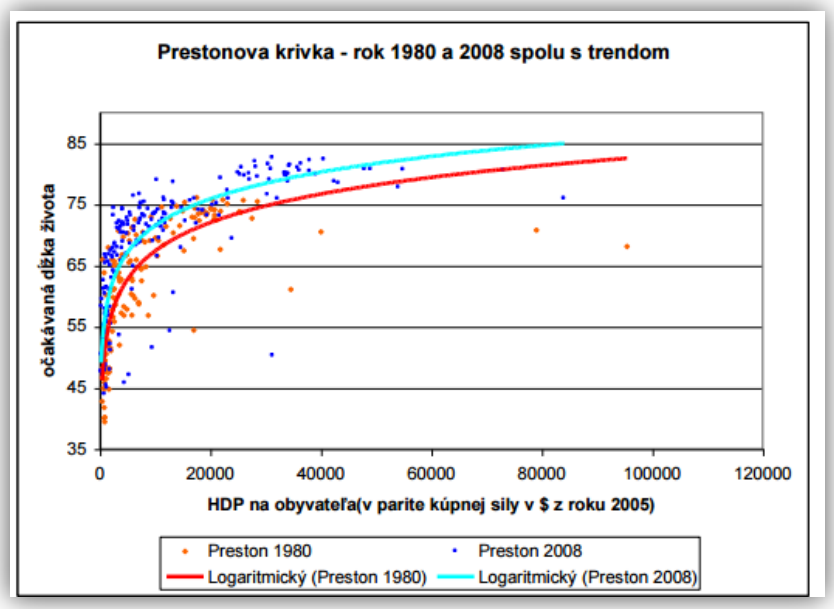
Nižšie v grafe uvedieme Prestonovu krivku pre viac ako 200 krajín sveta, kde sa dá lepšie poukázať daná závislosť, pretože máme väčšiu pestrosť krajín s východiskom pri HDP na obyvateľa. Pre určenie závislosti použijeme logaritmickú funkciu.

Obrázok 11 Prestonova krivka pre viac ako 200 krajín sveta za rok 2008



Zdroj: http://www.iam.fmph.uniba.sk/studium/efm/diplomovky/2011/matejkova/diplomovka.pdf

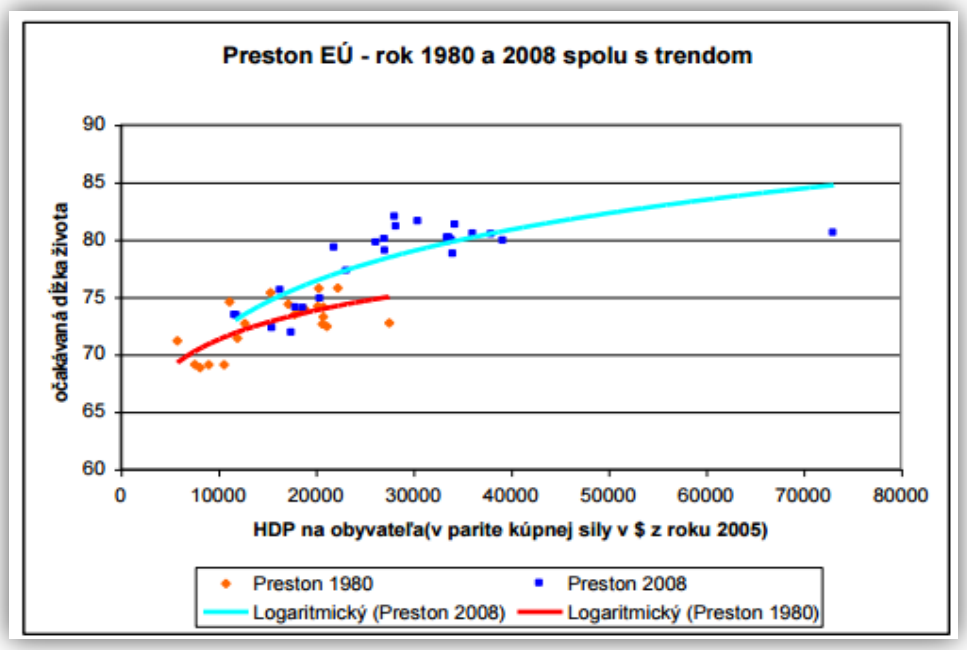
Obrázok 12 Porovnanie Prestonovej krivky pre viac ako 200 krajín za rok 1980 - 2008



Zdroj: http://www.iam.fmph.uniba.sk/studium/efm/diplomovky/2011/matejkova/diplomovka.pdf

Z obrázku 6 vyplýva, že od roku 1980 až po rok 2008 nastal posun Prestonovej krivky nahor, čo určuje, že neplatí iba jednoduchý kauzálny vzťah od HDP k dĺžke života. Dĺžka života rástla najmä preto, že sa vyvinuli nové technológie a lieky na jeho skvalitnenie a predĺženie. Posun Prestonovej krivky je možné ukázať aj v krajinách EÚ v roku 1980 a 2008.

Obrázok 13 Porovnanie Prestonovej krivky pre krajiny EÚ za rok 1980 - 2008

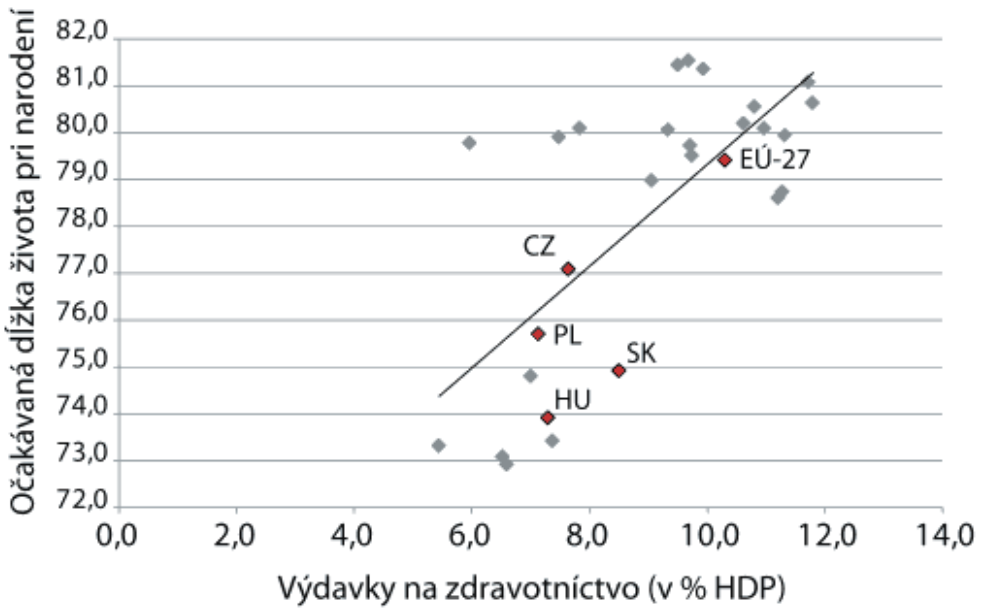


Zdroj: http://www.iam.fmph.uniba.sk/studium/efm/diplomovky/2011/matejkova/diplomovka.pdf

Pozorované krajiny nedosahujú až takú vysokú úroveň HDP na obyvateľa, ako je to napríklad v rozvinutých európskych krajinách, čiže ich závislosť očakávanej dĺžky života od HDP má ešte viditeľné zakrivenie. Pri rozvinutých krajinách je toto zakrivenie minimálne a závislosť má lineárny priebeh.[40]

[40] GEORGIADIS, G., PINEDA, J., RODRÍGUEZ, F. 2010. *Has the Preston Curve Broken Down*? In: Human Development Research Paper 2010/ 32. 59.s

Graf 10 Výdavky na zdravotníctvo a očakávaná dĺžka života pri narodení v krajinách V4



Zdroj.: World Bank, World Development Indicators and Global Development Finance

Vo vyspelých západoeurópskych krajinách s dlhšou očakávanou dĺžkou života sú i percentuálne výdavky z HDP na zdravotníctvo vyššie. Ako môžeme vidieť na vyššie uvedenom grafe, tak približne rovnakú časť HDP ako Maďarsko, okolo 7,5 %, vynakladá na zdravotnú starostlivosť i Česká republika, Poľsko, avšak očakávaná dĺžka života v týchto krajinách je v priemere o 3,5 roka dlhšia než v Maďarsku. Maďarské zdravotníctvo preto vynakladá tieto prostriedky menej efektívne než ostatné krajiny. Čo sa týka Slovenskej republiky, tak vynakladá na zdravotnú starostlivosť asi 8,2 % a očakávaná dĺžka života je 75 rokov.

Veľmi dôležité je poznamenať, že s rozvojom ekonomiky je možné vidieť pokrok ohľadom zdravotného stavu obyvateľov, môžeme spomenúť infekčné choroby, ktoré sa nachádzajú v krajinách ako je Afrika, kde sú veľmi rozvinuté. V našich ekonomikách sú rozšírené civilizačné choroby, či už onkologické, kardiovaskulárne, cukrovka atď., ktoré sú z finančného hľadiska dosť náročné, tzn. zdravie je teda limitované.

Záver

Zlepšovanie zdravotného stavu obyvateľstva naliehavo odporúča zdravotne politický program Svetovej zdravotníckej organizácie. Je potrebné si uvedomiť, že sa zdravie týka nielen človeka samotného, ale i okolitého prostredia, je teda výsledkom vzájomných vzťahov medzi organizmom, psychikou a osobnosťou jednotlivca. O zdravie každého jedinca je nevyhnutné sa starať už od jeho narodenia, pretože stále platí, že prevencia je lacnejšia ako liečba. Preto samotné ukazovatele a meranie zdravia obyvateľov naberajú v posledných rokov na význame ako na národnom, tak i medzinárodnom.

V práci sme si popísali základné pojmy súvisiace s danou problematikou. Cieľom bola analýza ukazovateľov zdravia a vybrať ukazovatele hodnotiace životnú úroveň zdravia obyvateľov Vyšehrádskej štvorky. Tieto ukazovatele bolo potrebné následne analyzovať a porovnať medzi jednotlivými krajinami a prostredníctvom nich vystihnúť faktory formujúce zdravotnú úroveň v jednotlivých krajinách. Na dosiahnutie nami vytýčeného cieľa sme študovali všetku dostupnú literatúru zaoberajúcu sa danou problematikou. Prácu sme si rozdelili do troch hlavných kapitol, ktoré sa podrobne venovali základnými pojmami súvisiacimi s danou témou, ukazovateľmi zdravia a analýzou porovnania ukazovateľov krajín V4.

Pri porovnaní krajín V4 sme prišli k záveru, že napriek tomu že sa životná úroveň od roku 1980 podstatne zvýšila, tak napriek tomu tieto krajiny zaostávajú za krajina EÚ15.

Z hľadiska dĺžky života v zdraví bolo v tejto kapitole zistené, že k zlepšeniu dĺžky života v zdraví došlo v Českej republike a Poľsku a k zhoršeniu dĺžky života v zdraví došlo v Maďarsku a na Slovensku. Avšak tieto výsledky ukazovateľov dĺžky života v zdraví sú ovplyvnené subjektívnym pocitom zdravia, ktorý vyplňujú anketári. Je teda otázkou, či skutočne došlo k zhoršeniu zdravotného stavu v Maďarsku a na Slovensku alebo obyvatelia týchto krajín subjektívne hodnotia svoj zdravotný stav za horší. Práve v týchto krajinách sa totiž začali absolútne hodnoty dĺžky života v zdraví mužov i žien znižovať po roku 2008, čo môže súvisieť i s hospodárskou krízou a celkovou ekonomickou i spoločenskou depresiou.

Výsledkom našej práce je, že ukazovatele, ktoré sme analyzovali nie sú jednotné ale premenlivé, každým rokom sa tieto hodnoty menia. V rámci V4 môžeme povedať, že na základe skúmaných ukazovateľov naša krajina zaostáva za Českou republikou a Poľskom a je skoro porovnateľná s Maďarskom.

Kvalita zdravotnej starostlivosti je veľmi ošemetný, ťažko merateľný a do určitej miery subjektívny parameter. Dalo by sa očakávať, že hlavným želaným výstupom je zdravie jednotlivca (a spoločnosti). To sa ale veľmi ťažko definuje, a ešte ťažšie kvantifikuje.

POUŽITÁ LITERATÚRA

BŘICHÁČEK, V. Zdravie ako biosociálny jav. In: Dunovský J. et al., Sociálna pediatria. Vybrané kapitoly. Praha: Grada Publishing, 1999, 27 – 31 s.

DRAGOMIRECKÁ, E. BARTOŇOVÁ, J. Dotazník kvality života Svetovej zdravotníckej organizácie WHOQOL-BREF. Psychometrické vlastnosti a prvých 89 skúseností s českou verziou. Psychiatrie. 2006a, roč. 10, č. 3, s. 144-149. ISSN 1211- 7579

GURKOVÁ, E. ET AL., Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetřovatelský výzkum. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 223 s.

JANOUT, V. Hodnotenie zdravotného stavu, prístupy klinickej epidemiológie. In Provazník, K., Komárek, L., Manuál prevencie v lekárskej praxi. Časť IX. Praha, Štátny zdravotný ústav, 2001

KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2002. 200 s.

NOVÁKOVÁ,M. 2014. Zdravie a zdravotná starostlivosť v socioekonomických suvislostiach. Ekonóm 2014

ONDRUŠ,P. 2014. Svetové zdravotnícke systémy v čase globalizácie. PRO 2014. ISBN 978-80-89057-47

STANEK,V. - PECHOVA,M. 2010. Zdravotná politika. Ekonóm 2010. ISBN 978-80-225-2892-7

ŠKRLA, P. ŠKRLOVÁ, M. Kreativní ošetřovatelský management. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s.

VAĎUROVÁ, H., MUHLPACHR, P. Kvalita života: teoretická a metodologická východiská, Brno. Masarykova univerzita v Brne, 2005, 143 s.

ZLÁMAL,J. - BELLOVÁ, J. 2013. Ekonomika zdravotníctví. NCO NZO 2013. ISBN 978-80-7013-551-8

Internetové zdroje

Analytical Cytometry VIII. [online]. 2015 [cit. 2015. 08. 26] Dostupné na internete: www.csac.cz

Determinanty zdravia [online] cit. [2015.06.09] Dostupné na internete: http://www.promeda.sk/7972/

EHEMU Country Reports [online]. 2014 [cit. 2015. 08. 26] Dostupné na internete: http://www.eurohex.eu/pdf/CountryReports_Issue7_translated/Slovensku.pdf

EHLEIS information system. 2013. Stredná dĺžka života v zdraví na Slovensku. [online]. [cit. 2015. 03. 31]. Dostupné na internete: http://maryland.mri.cnrs.fr/pdf/CountryReports_Issue6_translated/Slovensku.pdf

HPI THINK TANK [online]. 2014 [cit. 2015. 08. 26] Dostupné na internete: http://www.hpi.sk

Human Development Reports [online]. 2015 [cit. 2015. 08. 26] Dostupné na internete: http://hdr.undp.org/en/2013-report

Informačný portál rezortu MŽP SR [online]. 2014 [cit. 2015. 08. 26] Dostupné na internete: http://www.enviroportal.sk/pokrok-spolocnosti/index-ludskeho-rozvoja

Index zaostalosti zmiešaných obcí. [online]. 2015 [cit. 2015. 08. 26] Dostupné na internete: http://www.prog.sav.sk/fileadmin/pusav/download_files/prognosticke_prace/2015/PP_7__1_2015_Marcincin_cl3.pdf

MORVAY, K. 2014. Nedokonalé trhy v zdravotníctve. [online]. [cit. 2015. 03. 07]. Dostupné na internete: http://www.hpi.sk/2014/03/nedokonale-trhy-v-zdravotnictve/

OECD health. [online]. [cit. 2015. 08. 26]. Dostupné na internete: http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm

Stredná zdravotnícka škola. 2014. Zdravý životný štýl. [online]. [cit. 2015. 02. 28]. Dostupné na internete: http://szsrv.edupage.org/text8/

ŠTEC, P. 2014. Determinanty zdravia. [online]. Kežmarok: Promeda s. r. o. 7972 p. [cit. 2015. 02. 28]. Dostupné na internete: http://www.promeda.sk/7972/

Štatistický úrad Slovenskej republiky. [online]. [cit. 2015. 08. 26]. Dostupné na: www.statistic.sk

Zdravý životný štýl [online] cit. [2015.06.09] Dostupné z : http://szsrv.edupage.org/text8/