

Vplyv starnutia na zdravotnícky systém Slovenska

Prognóza dopytu a ponuky do roku 2030

Michal Páleník a kol.

2021

Univerzita Komenského v Bratislave

Táto práca bola podporovaná Agentúrou na podporu výskumu a vývoja na základe Zmluvy č. APVV-15-0722 – Sociálna pasca – náklady a cesta von

Táto publikácia je súčasťou projektu Politiky zamestnanosti realizovaného Inštitútom zamestnanosti. Tento projekt je podporený z Európskeho sociálneho fondu v rámci OP EVS.

Práca je súčasťou riešenia projektu VEGA 2/0150/21 Mikro makro modelovanie v slovenských podmienkach.

elektronickú verziu nájdete na <http://iz.sk/Syjk>
alebo na www.iz.sk/sk/projekty/starnutie-populacie

Michal Páleník et al:

The impact of aging on the health care sector in Slovakia – forecast of demand and supply until 2030

English summary on page 237.



Autorský kolektív:

Mgr. Ing. Michal Páleník, PhD., FM UK, IZ

Mgr. Lucia Kohnová, PhD., FM UK

RNDr. Viliam Páleník, PhD., EÚ SAV

RNDr. Miroslav Pollák, FM UK, IZ

Ing. Marek Radvanský, PhD., EÚ SAV

Recenzenti:

doc. Ing. Tomáš Želinský, PhD., EF TU

Ing. Ján Košta, CSc., EÚ SAV

Jazyková úprava: Mgr. Judita Páleníková

Obálka: Ing. František Guldán

Univerzita Komenského v Bratislave, 2021

ISBN 978-80-223-5149-2 (print)

ISBN 978-80-223-5152-2 (online)

online verziu nájdete na <http://iz.sk/syjk>



Obsah

Úvod.....	9
1 Prehľad literatúry v oblasti zdravotníctva, starnutia a migrácie.....	13
1.1 Historický prehľad v oblasti zdravotníctva.....	13
1.1.1 Lekári.....	13
1.1.2 Sestry.....	19
1.2 Migrácia zdravotníckych pracovníkov.....	19
1.2.1 Migrácia lekárov.....	19
1.2.2 Migrácia sestier.....	25
1.2.3 Regionálna migrácia.....	27
1.3 Zdravotníctvo z pohľadu európskych a slovenských projektov.....	30
1.4 Starnutie obyvateľstva a zdravotníctvo.....	38
1.5 Stav lekárov a sestier, porovnanie krajín.....	45
1.5.1 Prehľad počtu lekárov na Slovensku.....	45
1.5.2 Prehľad počtu sestier na Slovensku a v zahraničí.....	49
1.5.3 Študenti všeobecného lekárstva.....	55
1.6 Technologické trendy a zdravotníctvo.....	56
1.7 Slovenské zdravotníctvo v súčasnosti.....	58
1.8 Záver kapitoly 1.....	63
2 Demografický vývoj na Slovensku.....	67
2.1 Demografické trendy na Slovensku.....	67
2.2 Zmena demografickej štruktúry zamestnancov v sektore zdravotníctva.....	69
3 Dopyt po práci v sektore zdravotníctva a sociálnej starostlivosti.....	72
3.1 Demografický vývoj.....	73
3.2 Zamestnanosť v sektore zdravotnej a sociálnej pomoci.....	75
3.3 Odhad vývoja štruktúry zamestnanosti v zdravotnej starostlivosti.....	77
3.3.1 Činnosti nemocníc, sektor 86.1.....	78
3.3.2 Ambulantná a zubná lekárska činnosť - 86.2.....	85
3.3.3 Ostatná zdravotná starostlivosť - 86.9.....	97
3.3.4 Súhrn dopytu po jednotlivých typoch zdravotnej starostlivosti.....	97

3.4 Expanzný dopyt v sektore zdravotníctva na dátach ISCP.....	98
3.4.1 Expanzný dopyt po riadiacích pracovníkoch (ISCO 1).....	101
3.4.2 Expanzný dopyt po lekároch (ISCO 221).....	103
3.4.3 Expanzný dopyt po zubných lekároch (ISCO 2261).....	103
3.4.4 Expanzný dopyt po farmaceutoch (ISCO 2262) a farmaceutických laborantoch (3213).....	104
3.4.5 Expanzný dopyt po sestrách (ISCO 222 a 322) a praktických sestrách/zdravotníckych asistentoch (3256).....	105
3.4.6 Zhrnutie expanzného dopytu.....	106
3.5 Odhad dopytu po zdravotníckych pracovníkoch na dátach NCZI.....	106
3.5.1 Expanzný dopyt po práci v sektore zdravotníctva.....	107
3.5.2 Nahradzovací dopyt po práci v sektore zdravotníctva.....	109
3.5.3 Celkový dopyt po práci v sektore zdravotníctva.....	113
3.6 Záver kapitoly 3.....	114
4 Zdravotnícke študijné odbory.....	117
4.1 Celkový vývoj počtu študentov a absolventov vysokých škôl.....	122
4.1.1 Celkové počty študentov.....	122
4.1.2 Celkové počty absolventov v SR.....	123
4.1.3 Vývoj štúdia humánneho lekárstva.....	124
4.2 Všeobecné lekárstvo.....	125
4.3 Zubné lekárstvo.....	129
4.4 Farmácia.....	132
4.5 Sestra.....	135
4.5.1 Stredoškolské štúdium.....	135
4.5.2 Štúdium po maturite.....	137
4.5.3 Vysokoškolské štúdium ošetrovateľstva.....	139
4.6 Záver kapitoly 4.....	144
5 Ponuka práce v zdravotníctve.....	146
5.1 Všeobecné lekárstvo.....	146
5.1.1 Základný scenár.....	147
5.1.2 Súčasný scenár.....	148
5.1.3 Potrebný scenár.....	149

5.2	Zubné lekárstvo.....	151
5.3	Farmácia.....	151
5.4	Sestry.....	152
5.5	Záver kapitoly 5.....	153
6	Zdravie, úmrtnosť a stredný vek v rómskych komunitách.....	155
6.1	Rušivé skutočnosti.....	156
6.2	Skrátený opis zdravotných charakteristík.....	157
6.3	Kratší život Rómov.....	161
6.4	Komplexnosť problému zlepšenia zdravia a života Rómov.....	163
7	Dlhodobá starostlivosť na Slovensku a potrebná reforma.....	164
7.1	Zhodnotenie vývoja dlhodobej starostlivosti na Slovensku.....	165
7.1.1	História slovenského zákona o sociálnych službách.....	165
7.1.2	Základné oblasti a problémy dlhodobej starostlivosti.....	168
7.1.3	Dlhodobá starostlivosť v kontexte starnutia populácie.....	169
7.2	Odporúčania medzinárodných organizácií a situácia v Európe.....	170
7.2.1	Odporúčania európskych inštitúcií.....	171
7.2.2	Situácia v Európe.....	173
7.2.3	Situácia v Českej republike.....	176
7.3	Kvantifikácia dlhodobej starostlivosti na Slovensku.....	177
7.3.1	Poskytovatelia dlhodobej starostlivosti.....	178
7.3.2	Klienti sociálnych služieb.....	179
7.3.3	Zamestnanosť v sociálnych službách.....	182
7.3.4	Financovanie dlhodobej starostlivosti na Slovensku.....	182
7.4	Navrhovaná reforma dlhodobej starostlivosti.....	186
7.4.1	Odporúčanie na zmeny v regulačnom rámci.....	186
7.4.2	Návrh reformy financovania dlhodobej starostlivosti.....	187
7.4.3	Diskusia.....	193
7.5	Záver kapitoly 7.....	196
8	Zabezpečenie dostatku pracovníkov v zdravotníctve.....	198
8.1	Dopyt po absolventoch lekárov a sestier.....	198
8.2	Ponuka absolventov lekárov a sestier.....	199

8.3 Ako dosiahnuť dostatok pracovníkov.....	200
8.3.1 Zvýšenie počtu prijatých študentov na štúdium do zdravotníckych odborov.....	200
8.3.2 Sprehľadnenie a dostupnosť vzdelávania.....	203
8.3.3 Cielový nábor zdravotníckych pracovníkov z iných krajín.....	204
8.3.4 Smerovanie zdravotníckych pracovníkov do nedostatočne pokrytých oblastí.....	204
8.3.5 Návrat zdravotníckych pracovníkov.....	206
8.3.6 Podmienky práce.....	206
8.3.7 Zvýšenie miezd.....	207
8.3.8 Technologický pokrok.....	208
8.3.9 Krížové efekty.....	208
8.4 Záver kapitoly 8.....	209
9 Použitá literatúra.....	210
10 O autoroch.....	229
10.1 Michal Páleník.....	229
10.2 Lucia Kohnová.....	230
10.3 Miroslav Pollák.....	232
10.4 Marek Radvanský.....	234
10.5 Viliam Páleník.....	234
11 Summary.....	237
12 Zhrnutie.....	243

Úvod

V priebehu dvadsiateho storočia došlo vo väčšine krajín sveta k výraznému zlepšovaniu zdravotnej starostlivosti aj zdravia obyvateľstva. Súvisel s tým rozvoj nových diagnostických a liečebných metód či medikamentov. Povojnový mierový rozvoj aj napriek studenej vojne naštartoval pre niekoľko európskych generácií obdobie rozvoja, ktorý trvá už 75 rokov. Bol sprevádzaný rastom ambulantnej aj nemocničnej zdravotnej starostlivosti, ktorá si vyžiadala rast verejných aj súkromných výdavkov na ňu, ale aj znásobenie počtu lekárov, sestier a ďalšej zdravotníckej pracovnej sily. Povojnový babyboom naštartoval starnutie európskej populácie, ktoré bolo modifikované spoločenskými zmenami v roku 1989.

Aj slovenská populácia začína starnúť, v dôchodkovom veku sú početné povojnové populačné ročníky a na trh práce nastupujú malé porevolučné kohorty, čo spolu so starnutím kohort sedemdesiatych rokov bude ešte desiatky rokov určovať naše starnutie. V slovenskom zdravotníctve sa kvôli týmto faktorom otvárajú nožnice medzi rastúcim liečením a opatrovaním starnúcej populácie a nedostatkom zdravotníckej pracovnej sily spôsobenej odchádzaním do dôchodku a do zahraničia. Táto štúdia si kladie za cieľ vytvoriť prognózu dopytu a ponuky práce v slovenskom zdravotníctve, kvantifikovať vážnosť tohto problému a načrtnúť možné riešenia. Preto sme prácu rozdelili na nasledujúcich deväť častí.

Prvá kapitola je zameraná na **štúdium politik zdravotníckej zamestnanosti** cez zosumarizovanie relevantnej vedecko-výskumnej literatúry, skúseností zo zahraničia a medzinárodných aj slovenských projektov. Plní funkciu uvedenia do problematiky a zdroja inšpirácií pre ďalšie etapy tejto práce.

Druhá kapitola sa zameriava na opis zmien vekovej štruktúry zamestnancov zdravotníctva. Ukazuje, že popri starnutí celkovej populácie zamestnanci sektora zdravotníctva starnú rýchlejšie.

Tretia kapitola sa venuje analýze stavu a vývoja zamestnanosti v zdravotníckom sektore v kľúčových povolaniach (lekár, sestra), ako aj **dlhodobej prognóze vývoja potrieb zamestnanosti v zdravotníckom sektore, teda dopytu po práci**. V tejto práci budeme vychádzať z individuálnych dát ISCP o zamestnanosti v sektore Q (zdravotníctvo a sociálna pomoc) zbieraných u zamestnávateľov v SR. Dopyt po pracovnej sile v zdravotníctve je podmienený rôznorodými faktormi, ako napríklad dopytom po zdravotných službách, zmenami v legislatíve, ekonomickým rastom, technologickým pokrokom a podobne. V tejto práci budeme uvažovať o vývoji zamestnanosti vplyvom odhadovaných zmien v dopyte po zdravotných službách. Na meranie zmien tohto dopytu sme sa venovali niekoľkým vhodným prístupom a zvolili sme utilizačnú metódu, ktorá sa javí ako najvhodnejšia a zohľadňuje vývoj kľúčových indikátorov dopytu po službách v sektore Q.

Štvrtá kapitola sumarizuje údaje o školstve a študentoch v sektore zdravotníctva. Sústreďuje sa na odbory ako všeobecný lekár a zubný lekár (kde poukazujeme na rastúci podiel študentov zo zahraničia), ako i na študijné odbory pre pracovnú pozíciu sestra. Empirická analýza sa zameria len na **študentov a absolventov** pre kľúčové pracovné pozície, a to **lekár a zdravotná sestra**. Podrobnejšie informácie o štruktúre odborov štúdia a štruktúre zdravotníckych pracovných pozícií, ich histórii, súčasnosti a návrhoch na budúce zmeny sú postupne uvádzané v celej práci.

V **piatej kapitole** sa venujeme prognózovaniu počtu absolventov lekárskeho odboru. Pripravili sme scenáre, ktoré umožnia dosiahnuť počty lekárov, ktoré budú potrebné v blízkej budúcnosti (tak ako sme opísali v kapitole 3). Venujeme sa tiež možnostiam rastu počtu sestier tak, aby dosiahli požadované hodnoty. Zatiaľ čo zvýšenie počtu absolventov lekárov je realistické a relatívne ľahko dosiahnuteľné, na zvýšenie počtu sestier bude treba realizovať drastické kroky.

Slovensko však zďaleka nie je homogénna krajina, preto sa v **šiestej kapitole** venujeme špecifikám zdravotných charakteristík v rómskych komunitách.

V **siedmej kapitole** sa venujeme dlhodobej starostlivosti, ktorá sa prelína so zdravotnou starostlivosťou. Aktuálne je dopyt po dlhodobej starostlivosti uspokojovaný nedostatočne a navyše v dôsledku postupného prechodu kohort povojnového babyboomu do veku 80+ bude dopyt u nás po dlhodobej starostlivosti prudko narastať. Tá je už i v súčasnosti podfinancovaná a s nízkymi kapacitami. V kapitole opisujeme súčasný stav sektora dlhodobej starostlivosti, krátkodobú prognózu a navrhujeme zásadnú zmenu jej financovania.

Ôsma kapitola sumarizuje budúci **rozdiel medzi dopytom a ponukou práce** na slovenskom zdravotníckom trhu práce. Vychádza z prognózovanej ponuky absolventov (charakterizovanej v kapitole 5) a z expanzného a nahradzovacieho dopytu po nich (charakterizovanom v kapitole 3). Kapitola sa zameriava na jednotlivé nástroje politik zdravotníckeho trhu práce, ktoré sa využívali či využívajú v zahraničí a zaujíma stanovisko k ich uplatniteľnosti v slovenských podmienkach a dopĺňa o návrhy nových opatrení.

Je potrebné aktívnymi politikami ovplyvňovať saldo medzi počtom budúcich absolventov vstupujúcich do zdravotníctva a počtom pracovníkov, ktorí pôjdu do dôchodku, a ovplyvňovať aj dodatočný dopyt po pracovníkoch vyvolaný ďalšími faktormi, ako je migrácia zdravotníckych pracovníkov, rastúci dopyt vyvolaný starnutím populácie či technologický pokrok.

Táto monografia pracuje s dátami spreď obdobia pandémie ochorenia covid-19. Komplexné údaje z rokov 2020 a 2021 nie sú v čase písania dostupné. Z čiastkových informácií však očakávame, že pandémia tu predstavené dôsledky na zdravotníctvo zvýraznila a zrýchlila.

1 Prehľad literatúry v oblasti zdravotníctva, starnutia a migrácie

V posledných dekádach došlo k mnohým dramatickým zmenám týkajúcim sa zdravia obyvateľstva a poskytovania zdravotnej starostlivosti v mnohých krajinách sveta Slovenskú republiku nevynímajúc. Starnutie obyvateľstva a predlžujúci sa vek dožitia u mužov i žien je pre mnoho rozvinutých krajín problémom a výzvou zároveň, tak z pohľadu zamestnanosti v zdravotníctve, ako aj z pohľadu dopytu po špeciálnej zdravotnej starostlivosti v súvislosti s ochoreniami charakteristickými pre starnúce obyvateľstvo. Starnutie obyvateľstva, ako aj iniciatívy na skvalitňovanie zdravotného systému krajiny nie sú novým fenoménom, a preto možno vychádzať už zo skúseností a praxe, ktorá je uplatňovaná vo svete, avšak v jednotlivých krajinách sa líši. V rámci Európskej únie existujúce iniciatívy a financovanie projektov zameraných na oblasť zdravotníctva a starnutia obyvateľstva poukazujú na významnosť tejto témy, ako aj nevyhnutnosť uplatnenia opatrení, ktoré sa ukázu predovšetkým v dlhodobom horizonte. Nevyhnutné systémové zmeny, ktoré ovplyvnia kvalitu a dosah zdravotníckych služieb na Slovensku, ako aj v iných krajinách vychádzajú zo zhodnotenia množstva faktorov, ktoré na zdravotnícky systém vplývajú, počnúc starnutím obyvateľstva, chorobnosťou, starnutím zdravotníckych pracovníkov a množstvom absolventov, ako aj integráciou nových technológií, skvalitňovaním služieb, zefektívňovaním procesov i migračnými tendenciami zdravotníckych pracovníkov.

1.1 Historický prehľad v oblasti zdravotníctva

1.1.1 Lekári

Historicky sa nedostatok lekárov a zdravotníckych pracovníkov spomínal už pred viac ako 80 rokmi. Estes (1966) vo svojom článku opisoval kritický nedostatok lekárov a podporného personálu v USA, pričom ako problém vnímal postupný úbytok všeobecných lekárov, ktorí boli nahrádzaní špecialistami. Vo svojej štúdií bližšie špecifikoval, že v roku 1940 bolo približne 40 lekárov na 100 000 obyvateľov, v roku 1966 už 85.

Tento počet však naďalej narastal, v roku 1980 bol počet lekárov na 100 000 obyvateľov v USA 157, v roku 1996 220, pričom v roku 2013 bol tento počet 267 (Fraher – Spero, 2015). Estes vo svojej publikácii hovoril o dôležitosti zvyšovania efektivity práce lekárov, pričom už v roku 1966 spomína úlohu počítačov a automatizácie práce lekárov, ktorá je administratívna a zaťažujúca. Stewart (1966) vnímal nedostatok ľudskej sily v zdravotníctve ako nikdy nekončiaci problém, pričom zdôrazňuje, že je potrebné prehodnotiť podstatu práce lekárov a rovnako ako Estes vidí cestu v zefektívňovaní práce. Jednou z mnohých štúdií zaoberajúcich sa zdravotníctvom v USA bola aj štúdia Klarmana z roku 1951, kde autor taktiež opisuje nedostatok lekárov. V tejto štúdií sa autor zamerl na predpoklady potrebného počtu lekárov, pričom podľa odhadov z 30. rokov bola základná potreba lekárov pokrytá 135 lekármi na 100 000 obyvateľov. Podľa National Health Assembly boli predpoklady, že v roku 1960 bude potreba 254 900 lekárov, pričom bude nedostatok 42 000 lekárov. Údaje z roku 1960 hovoria o celkovom počte 267 334 registrovaných lekárov v USA (Pennel, 1964), čo predstavovalo 149 lekárov na 100 000 obyvateľov. Klarman taktiež spomína trend urbanizácie a znižujúce sa množstvo lekárov vo vidieckych oblastiach. Na porovnanie historických prognóz bol v roku 2006 odhadovaný počet potrebných lekárov v USA do roku 2015 911 500 a do roku 2020 976 000 (US Department of Health and Human Services, 2006) alebo 921 500 podľa HRSA (2006), pričom pre obe obdobia sa prognózovali nedostatky lekárov k daným počtom. Podľa údajov z 2016 bolo v USA registrovaných 953 695 lekárov (Young a kol., 2016), údaje z marca 2019 hovoria o celkovom počte 1 005 295 profesne aktívnych lekárov v USA (KFF statistics), teda v prepočte za rok 2019 je to 305 lekárov na 100 000 obyvateľov (WHO Global Health Observatory, 2018 uvádza číslo 250 lekárov na 100 000 obyvateľov). Historicky počty lekárov prevyšovali očakávané počty z prognóz rôznych inštitúcií a vedeckých publikácií, na čo však vplývali aj faktory, ktoré v prognózach často zahrnuté neboli.

Z historického hľadiska do vývoja počtu lekárov a zdravotníckych pracovníkov vstupuje jeden dôležitý aspekt, a to migrácia. Už v 60. rokoch možno hovoriť o cielenom nábore zdravotníckych pracovní-

kov do USA z menej rozvinutých krajín, označovanom ako brain drain. Získavanie „mozgov“ nebolo len záležitosťou lekárov, tento cielený nábor sa týkal taktiež inžinierov, vedcov a iných skupín. Imigračné politiky vtedajšej éry už mali obmedzenia na prílev migrantov, v USA boli kvantitatívne obmedzenia od roku 1924 150 000 imigrantov za rok, od roku 1965 170 000 (Duignan, 2003). Imigračné politiky USA, ale aj Kanady, Veľkej Británie či Austrálie však boli uspošobené na prilákanie vysoko kvalifikovanej sily, medzi ktorú patrili i lekári (Wright a kol., 2008). Podľa Shivala a kol. (1997) bolo do USA v období 1963 – 1979 prijatých bezmála 60 000 zahraničných lekárov. Vo Veľkej Británii bol medzi rokmi 1966 – 1974 počet prijatých zahraničných lekárov 12 640 (Maynard, Walker, 1974). Práve obdobie 1965 – 1979 sa považovalo za najväčší únik lekárov z menej rozvinutých krajín do USA, Veľkej Británie, Austrálie, Nového Zélandu, Kanady i Nemecka, pričom podľa WHO (Svetová zdravotnícka organizácia) žilo v roku 1972 v iných ako svojich národných krajinách 140 000 lekárov, z toho väčšina v USA (WHO, 1973). Toto číslo predstavovalo v tej dobe približne 6 % celkového svetového počtu lekárov. Autori však v tejto dobe vo svojich prácach často uvádzali, že dôvody odchodu lekárov z domovských krajín boli prevažne pre zlú politickú, sociálnu a ekonomickú situáciu (Gish, 1971) a zlú infraštruktúru a technologické zaostávanie, čo sú aj dôvody pre nízku úroveň návratu emigrovaných lekárov (Mejia, 1978).

V roku 2009 bolo podľa World Health Statistics (2010) celkovo na svete 8 747 790 lekárov a aj keď WHO neregistruje presné počty lekárov, odhadovaný celkový počet lekárov na svete je aktuálne medzi 10 a 15 miliónmi (World Bank data). Podľa dostupných dát OECD (2015) bolo v rámci krajín OECD v rokoch 2011 – 2014 približne 2 696 227 lekárov, pričom z toho 460 548 bolo vzdelaných v zahraničí, čo predstavuje 17,1 % len v krajinách OECD (International Migration Outlook, 2015).

Migrácia lekárov bola už v spomínanej dobe charakteristická migráciou lekárov z rozvíjajúcich sa do rozvinutých krajín, a zároveň migráciou lekárov medzi rozvinutými krajinami (Wright a kol., 2008). Podobne však aj v rámci rozvíjajúcich sa krajín je stále tendencia migrácie lekárov do

krajiny, v ktorej sú vnímané podmienky lepšie, napríklad z Ugandy a Tanzánie do Južnej Afriky (Bundred, Levitt, 2000).

Úlohu rozvinutých krajín v emigrácii zdôrazňujú aj dáta z roku 2004, pričom najväčším exportérom lekárov je India (71 290), následne Filipíny (20 000), Kanada (18 635), Veľká Británia (17 759), pričom v prvej desiatke sa nachádza aj Nemecko (13 571) a Írsko (11 388), ďalej aj Taliansko, Austrália a Španielsko (Bhargava a kol., 2011).

Zaujímavý pohľad z obdobia 70. rokov 20. storočia na dôvody odchodu vzdelaných lekárov z ich domovských krajín poskytuje Truscott (1971). Ako jeden z dôvodov odchodu tejto pracovnej sily vidí nedostatočnú absorpčnú kapacitu krajiny. Absorpčnú kapacitu možno chápať ako dostatočný dopyt, avšak v kontexte udržateľných podmienok, či už platových alebo iných pre všetkých lekárov, ktorí v krajine vyštudovali. Absorpčná kapacita musí byť plánovaná, aby boli dopyt a ponuka naplnené a nedošlo k poklesu miezd, zhoršeniu pracovných podmienok či neefektívnemu využitiu schopností pracovníkov. Ďalším dôvodom, ktorý Truscott spomína, je nedostatočná podpora vedy a výskumu v krajine a nedostatok prostriedkov venovaných výskumu a vývoju v menej vyspelých krajinách. Z tohto hľadiska vníma ako cestu k prekonaniu toku vzdelaných pracovníkov predovšetkým v dlhodobých investíciách rozvíjajúcich sa krajín, a nie v krátkodobých politikách znižovania emigrácie. Zároveň zdôrazňuje dôležitosť účasti rozvinutých krajín na znižovaní ťahového efektu.

Niektoré krajiny, ako Južná Kórea a Filipíny, v minulosti prijali migráciu zdravotníkov ako fakt, a tak produkovali výrazne viac lekárov zo škôl, než boli dopyt a potreba v krajine. V roku 1971 viac ako 40 % filipínskych lekárov pracovalo v zahraničí (Fraser, 1977). Podobný názor prezentuje aj Mejia (1978), krajiny, ktoré produkujú viac lekárov, ako je ich domáca potreba, sú hlavnými dodávateľmi tejto pracovnej sily, a krajiny, ktoré samy produkujú menej, než potrebujú, sú hlavnými prijímateľmi.

Mobilita lekárov môže byť považovaná nielen za negatívny, ale aj pozitívny efekt, a to v prípade, ak ide o dočasnú migráciu s cieľom získať znalosti, skúsenosti a vzdelanie, po čom sa následne jedinec vráti do

domácej krajiny. Historicky však dôvodom, prečo sa lekári nevracali do svojich domovských krajín, boli nielen nedostatočné ohodnotenie a horšie pracovné podmienky, ale aj chýbajúce možnosti využitia nových schopností a možnosť opätovného zamestnania, ktoré migranta uspokojí (Senewiratne, 1975).

Príkladom negatívneho aspektu migrácie, ktorá bola dôsledkom celkovej migrácie obyvateľstva po páde komunistického režimu, bolo Albánsko, kde jedna tretina obyvateľstva (1,4 milióna) opustila krajinu, pričom medzi emigrujúcimi bolo aj významné množstvo lekárov, i keď ich presné množstvo nie je známe. Tento trend však pokračuje naďalej, pričom medziročne počet lekárov odchádzajúcich do zahraničia je buď vyrovnaný, alebo stúpa (Fatmir Brahimaj, President of the Order of Doctors, 2017). Podľa ministra zdravotníctva Tritana Shehu 400 albánskych lekárov emigrovalo z krajiny za 2,5 roka (SHEHU, 2016). Tento trend vyústil do kritického stavu v počte lekárov, a to 110 na 100 000 obyvateľov (Albanian National Strategy on Health, 2016 – 2020). Na porovnanie, podľa European Observatory on Healthcare Systems malo Albánsko v roku 1997 130 lekárov na 100 000 obyvateľov, priemer EÚ bol 350, strednej a východnej Európy 250.

V skutočnosti však problémom Albánska nie je len samotná emigrovaná zdravotnícka pracovná sila a starnúca pracovná sila, ale aj nízka produkcia absolventov medicíny v krajine, pričom v Albánsku za posledných 5 rokov vyštudovalo 1 141 absolventov na celkovo troch fakultách medicíny (Koduzi a kol., 2017), čo je v priemere 7,9 absolventa na 100 000 obyvateľov. Na porovnanie, krajina s podobným počtom obyvateľov, Litva, mala počet absolventov medicíny za rok 2016 viac ako 450 (16,1 absolventa na 100 000 obyvateľov) (OECD dáta).

Okrem nedostatku lekárov sa v literatúre spomína aj ich prebytok. O prebytku v prípade lekárov hovoria napríklad prognózy japonských autorov Takata a kol. (2011), ktorí predpokladajú, že odstránenie regulácie počtu medicínskych študentov spolu so starnutím populácie v Japonsku povedie k prebytku lekárov do roku 2030. Iní autori však hovoria, že Japonsko bude trpieť nedostatkom lekárov, ktorý bude vrcholiť v roku

2035 (Yuji, 2012). Tieto nezrovnalosti v predikciách však vychádzajú z metód skúmania. Yuji predpokladá nedostatok lekárov najmä v oblasti Tokia, ktoré predstavuje najzaľudnenejšiu oblasť Japonska. Zároveň ich predikcie predpokladajú zníženie počtu pracovných hodín japonských lekárov, čo bude mať za následok nárast počtu potrebných lekárov.

Príkladom reakcie na nedostatok lekárov sú opatrenia v Kanade v 60. a začiatkom 70. rokov (Medical Care Act of 1966), keď začali postupne zvyšovať počet lekárov, pričom bol očakávaný výrazný prebytok. Následkom bola zmena regulácie a zvýšenie obmedzenia na import zahraničných lekárov, pričom výnimky ostali pre oblasti, ktoré neboli pokryté domácimi lekármi (Roose a kol., 1976). Podobne v USA pre nedostatok lekárov podnikli viaceré kroky, zvýšenie počtu prijatých na štúdium medicíny, kapitálové a stavebné granty pre zdravotnícke školy, priamu podporu vzdelávania a odbornej prípravy v oblasti rodinného lekárstva, všeobecného vnútorného lekárstva a pediatrie; platby nemocniciam cez Medicare a niektoré štátne programy Medicaid na náklady spojené s programami školenia na pobyt (Institute of Medicine /US/, 1996). Tieto intervencie vo forme investícií boli tiež úspešné a viedli k takmer zdvojnásobeniu počtu vyštudovaných lekárov. V Európe možno okolo roku 1990 hovoriť dokonca aj o nadbytku ponuky lekárov, ktorá viedla k ich čiastočnej nezamestnanosti vo Francúzsku, Belgicku, Nemecku, Holandsku či Španielsku.

Podľa dát Svetovej banky má celosvetová migrácia približne vyrovnaný trend, avšak percento migrantov sa výrazne zvýšilo v skupine vysoko vzdelanej populácie (high-skilled). V krajinách OECD bolo v roku 2010 28 miliónov migrantov, čo je nárast o 130 percent od roku 1990. Medzi krajinami OECD, ktoré sú destináciou migrantov, až 70 percent pripadá na anglicky hovoriace krajiny ako USA, Veľká Británia, Austrália a Kanada (Ozden a kol., 2017). Tento fakt je však dôvodom na obavu z odlevu inteligencie nielen pre rozvíjajúce sa, ale aj pre vyspelé a rozvinuté krajiny, ako je napríklad Nemecko. Taktiež v Nemecku je dôvodom na odchod nespokojnosť s podmienkami, ktoré lekári majú. Podľa prieskumov sú to najmä výška odmeny, príliš veľké pracovné zaťaženie

a nedostatok času na rodinu, záujmy a narastajúca úroveň administratívnej záťaže a byrokracie (Kopetsch, 2009).

V mnohých krajinách sa okrem počtu lekárov zmenil i pomer žien a mužov. Vysoký pomer žien medzi lekármi je podľa niektorých aj rizikový faktor, keďže ženy sú oddané práci menej ako muži vzhľadom na prerušenie zamestnania počas materstva a starostlivosti o deti (Richards, 2001).

1.1.2 Sestry

Historické publikácie spomínajú taktiež nedostatok sestier. Aiken (1989) opisuje nedostatok sestier v USA nie ako nedostatok ponuky sestier, ale zvýšenie množstva pomocných pracovných pozícií, na ktoré bol dopyt po sestrách. V skutočnosti však mnoho pracovných pozícií, ktoré sestry vykonávali, bolo nízko ohodnotených, čo malo za efekt zníženie záujmu o štúdium tohto odboru. Zároveň tieto práce často nemali súvis s priamym kontaktom s pacientom, čo bolo primárnym zameraním sestier. Ako východiská Aiken opisuje dôležitosť efektívnejšieho manažmentu zdravotníckych pracovníkov, vyššie platy sestier v kombinácii so špecializáciou, ktorá spolu s doplnením administratívnej a podpornej pracovnej sily vedie k nárastu produktivity aj efektivity práce sestier.

Podobne ako lekárov, USA importovali taktiež sestry, v 80. rokoch väčšinu zahraničných sestier tvorili sestry z Filipín (U. S. General Accounting Office, 1989). Vo vzťahu k sestrám sa spomína nielen nedostatok, ale aj prebytok sestier, ktorý bol napríklad v 70. rokoch v USA (Kusserow, 1988). V USA sa o prebytku sestier hovorí aj v súčasnosti, pričom ide najmä o regionálne rozdiely v dopyte a ponuke v niektorých štátoch.

1.2 Migrácia zdravotníckych pracovníkov

1.2.1 Migrácia lekárov

Medzinárodná migrácia lekárov začala už v prvej polovici 20. storočia odchodom mnohých Európanov do USA. Otázka náboru a migrácie lekárov bola súčasťou svetových politík a agendy od 90. rokov 20. storočia (Dumont, Zurn, 2007). Lekári a sestry, ako aj ostatní zdravotnícki pracov-

níci vždy využívali príležitosti, ktoré vychádzali z odchodu do iných krajín, spojené s možnosťami lepšieho blahobytu, kariérneho rastu a podobne (Mejía a kol., 1979). V niektorých krajinách viedla migrácia lekárov k výraznému nárastu podielu lekárov vzdelaných v iných krajinách, ako napríklad v Írsku (až 36 % v roku 2008), kde už možno hovoriť o závislosti od migrácie lekárov (Bidwell a kol., 2013).

Lákание lekárov z iných krajín sa stalo trendom aj v Európe, pričom Veľká Británia či škandinávské krajiny, ktoré nedokážu vyprodukovať dostatočné množstvo lekárov doma, vytvárajú masívne vládne kampane. V Nemecku či Rakúsku, naopak, využívajú súkromné personálne agentúry na prilákание lekárov z krajín s nízkymi príjmami ako Slovensko, Ukrajina, Česká republika či Poľsko (Kopetsch, 2009). Belgické spoločnosti robia nábor v Rumunsku, fínske a nórske v Estónsku (Ognyanova a kol., 2012). Všeobecne pomer lekárov vzdelaných v zahraničí a narodených v zahraničí je vyšší v EÚ-15 než v EÚ-10 (EÚ-10 reprezentuje Bulharsko, Česko, Estónsko, Litva, Lotyšsko, Maďarsko, Poľsko, Rumunsko, Slovensko a Slovinsko), pričom tento pomer bol v roku 2014 13,4 % k 4,5 % (Varga, 2017).

Aj keď podľa štúdie Ognyanovej a kol. (2012) vstup nových členských krajín do Európskej únie v rokoch 2003 – 2010 zvýšil rozsah migrácie zdravotníckych pracovníkov, skutočná migrácia bola výrazne nižšia než predpovedaná. Reštrikcie a sprísnenie podmienok niektorých európskych krajín v tej dobe mohlo znížiť intenzitu migrácie, avšak hlavným faktorom ostal tlak na odchod z krajiny pre ekonomické, politické či sociálne podmienky.

Migrácia zdravotníckych pracovníkov, predovšetkým lekárov je problémom väčšiny krajín Európy. Napriek tomu, že Nemecko je jednou z cieľových destinácií migrantov z iných krajín, taktiež vníma únik lekárov napríklad do Švajčiarska ako problém možného budúceho nedostatku lekárov v Nemecku. Nemecký minister zdravotníctva v roku 2018 v kontexte migrácie lekárov upozornil na možnú potrebu regulácie migrácie z úrovne EÚ (Spahn, 2018).

Štúdia Reinera a Dragosa (2012) analyzovala vracajúcich sa migrantov do svojich krajín v rámci strednej a východnej Európy. Podľa ich odhadov na základe dát z rokov 2006 – 2008 sa na Slovensko vracia približne 6,8 percenta migrantov, v porovnaní s Českou republikou 6,48 percenta, 2,61 percenta z Maďarska a 7,97 percenta z Poľska. Vo všetkých spomínaných krajinách bolo však väčšie percento navrátených mužov ako žien, pričom na Slovensku to bolo 10,19 % mužov imigrantov a 3,17 % žien.

Tlak na odchod z krajiny spôsobený nepriaznivými podmienkami, či už platovými alebo inými, je považovaný za najvýznamnejší dôvod migrácie (Oberoi, Lin, 2006). Práve preto aj návraty do krajín pôvodu sú silne ovplyvnené socio-ekonomickou a politickou situáciou v tejto krajine. Ratha a kol. (2009) zistili, že negatívny vplyv krízy na prijímajúce krajiny nezvýšil množstvo vracajúcich sa občanov, pretože dôležitejším aspektom bola situácia v domovskej krajine. Podľa Reinera a Dragosa (2012) sú očakávania týkajúce sa príležitostí na trhu práce v domácich krajinách silnejšími prediktormi návratu ako finančné stimuly alebo vládne programy na prilákanie migrantov späť domov. Zároveň migranti, ktorí sa vrátili späť do domácej krajiny, podľa viacerých štúdií mali neskôr vyšší príjem oproti priemeru o 7 – 15 % vďaka možnosti dobrého uplatnenia novonadobudnutých vedomostí a zručností (Epstein, Radu, 2007; Hazans, 2008).

Podľa údajov OSN (2013) boli najvýznamnejšie destinácie emigrantov zo Slovenska Česká republika, Veľká Británia, Nemecko, Rakúsko a USA, pričom tieto krajiny v roku 2013 predstavovali súčet 234 569 emigrantov. Dáta OSN 2015 ďalej poukazujú na podiel ľudí narodených na Slovensku žijúcich v zahraničí. V roku 2015 to bolo pre Slovensko 6,3 % populácie. Na porovnanie možno uviesť 8,8 % populácie Českej republiky, 6 % v Maďarsku, 6,7 % v Rakúsku či 5 % v Nemecku. Problém emigrácie nie je len otázkou východoeurópskych krajín, z ktorých sa obyvatelia najčastejšie sťahovali v rámci Európy, ale aj krajín ako Nemecko či Veľká Británia, odkiaľ často odchádzajú do USA alebo Austrálie.

Mimo Európy je najväčším svetovým dodávateľom lekárov India (Mullan, 2006), pričom sa taktiež odhaduje, že 20 – 50 % vyštudovaných

sestier v Indii hľadá zamestnanie v zahraničí. Problém migrácie možno podobne pozorovať aj v Afrike, pričom najväčší počet lekárov migrantov do USA je z francúzsky hovoriacich afrických krajín (Duvivier a kol., 2017).

Podľa Českej lekárskej komory bolo v Českej republike v roku 2015 2 557 lekárov cudzincov, pričom v porovnaní s rokom 2003 ide o nárast o 48 %. V roku 2015 v Českej republike predstavovali lekári cudzinci 6,2 % z celkového počtu lekárov v danom roku (Národní zdravotnický informační systém uvádza počet 41 290 lekárov v roku 2015 v ČR). Z toho počtu tvorili najväčšiu skupinu Slováci, a to 1 963, pričom mnoho z nich už potrebné vzdelanie získavalo v Českej republike. V roku 2018 uvádza ČLK počet 400 ukrajinských lekárov pôsobiacich v Českej republike. Česká republika sa rovnako zaoberá odlevom lekárov ako negatívnym vplyvom, avšak staršie štúdie priamo poukazovali na dobré pokrytie odchádzajúcich českých lekárov tými zo Slovenska (Hlincová a kol., 2007).

Tabuľka 1.1 Počet zahraničných lekárov na Slovensku v roku 2017

Pohlavie	Ukazovatele	Počet lekárov
muž	cudzí štátni príslušníci z krajín EHP a Švajčiarska	40
	cudzí štátni príslušníci mimo krajín EHP a Švajčiarska	245
žena	cudzí štátni príslušníci z krajín EHP a Švajčiarska	31
	cudzí štátni príslušníci mimo krajín EHP a Švajčiarska	117

Zdroj: Národné centrum zdravotníckych informácií, 2017

Na Slovensku bolo v roku 2017 podľa Národného centra zdravotníckych informácií celkom 433 zahraničných lekárov, čo v danom roku predstavuje 2,3 % z celkového počtu lekárov (Národná zdravotnícka ročenka SR uvádza počet 18 608 lekárov v 2017 na SR). Väčšina lekárov cudzincov na Slovensku pochádzala z krajín mimo európskeho hospodárskeho priestoru a Švajčiarska (Národné centrum zdravotníckych informácií, 2017).

Varga (2017) na vzorke viac ako 10 000 jednotlivcov skúmal migráciu lekárov v Maďarsku počas obdobia 2003 – 2011. V rámci štúdie zistil, že najvyššia pravdepodobnosť migrácie lekárov bola v skupine mladých, pričom však aj pravdepodobnosť návratu bola vyššia v tejto skupine než u starších lekárov. Najnižšia pravdepodobnosť migrácie maďarských lekár-

rov bola v skupine 41 – 50-ročných. Zaujímavým zistením bola zvýšená pravdepodobnosť migrácie, ak niekto z kolegov lekára migroval v posledných troch mesiacoch za prácou do zahraničia. V Maďarsku sa odhaduje, že v roku 2012 žilo v zahraničí 9 – 11 percent maďarských lekárov (Simon, 2016).

Jednou zo zdrojových krajín zdravotníckych pracovníkov, ktorá pociťuje odlev lekárov a sestier, je Litva. Litva bojuje s týmto problémom aj napriek rastúcemu počtu absolventov medicínskych škôl (Goštautaitė a kol., 2018). Hlavnými dôvodmi na odchod lekárov v Litve sú nízky plat, zlé fyzické podmienky na pracoviskách, slabé možnosti kariérneho rastu a veľká pracovná záťaž (Padaigaž – Starkienė, 2014), avšak v prípade miezd ide o také veľké rozdiely medzi vysielajúcimi a prijímajúcimi krajinami, že tento faktor nie je možné odbúrať čiastkovými nízkymi nárastmi platov (Vujicic a kol., 2004).

K podobným záverom došli aj Kroezen a kol., ktorí analyzovali množstvo štúdií týkajúcich sa problémov prilákania a udržania lekárov. Z ich záverov vyplýva, že je nevyhnutné, aby politiky a opatrenia krajín predstavovali komplexné balíčky, nie jeden nástroj, čo dokazujú výsledky z viacerých krajín Európy (Kroezen a kol., 2015). Zároveň je podľa nich dôležité identifikovať každý problém individuálne, či už ide o migráciu, starnutie, dopyt, ponuku, ako aj cieľovú skupinu a geografickú lokalizáciu problému. Vo východoeurópskych krajinách viacero štúdií preukázalo, že najvyššia vôľa migrácie je medzi študentmi medicíny, a to 34 – 55 percent (Kolčič a kol., 2014; Suciú a kol., 2017; Goštautaitė a kol., 2018; Ramos, Alves, 2017), pričom tieto percentá stále narastajú v krajinách, v ktorých pretrvávajú zlé podmienky. Najmä v skupine študentov je významným vplyvom pri vôli migrovať ich dlhší pobyt na štáži v zahraničí (Ramos, Alves, 2017; Santric – Milicevic, 2014). Študenti medicíny a dokonca ani lekári nepreukazovali ako významný dôvod pre migráciu finančný príjem v rámci štúdie z Litvy. Tento faktor bol významnejší pre sestry a pomocných zdravotníckych pracovníkov. Sestry boli taktiež silno ovplyvnené spoločenskou a tímovou klímou, pocitom podpory a spolu-práce.

Migrácia lekárov z východoeurópskych krajín začala už začiatkom 90. rokov, pričom však začlenením viacerých krajín do Európskej únie sa migrácia značne zvýšila (Young a kol., 2010). Pod tlakom týchto vplyvov boli predpoklady počtov emigrujúcich alarmujúce, avšak skutočnosť sa ukázala výrazne miernejšia (Dumont – Zurn, 2007). Najväčšími motivátormi na odchod lekárov z východných krajín Európy do Veľkej Británie boli znížené možnosti dobrého uplatnenia sa v domácej krajine a možnosti lepšieho vzdelania vo Veľkej Británii (Jinks a kol., 2000). Podobne podľa viacerých autorov kvalita života, pracovné podmienky a kariérne príležitosti sú hlavnými motivátormi na migráciu aj z vyspelých krajín ako Nemecko, Írsko či Veľká Británia (Ognyanova a kol., 2014; Gauld, Horsburgh, 2015). Krajiny, ktoré produkujú veľké množstvo lekárov či sestier, ale nemajú pre nich dostatočný počet pracovných miest a vhodné pracovné podmienky, sa tak stávajú len väčšími vývozcami týchto zdravotníckych pracovníkov do vyspelejších krajín.

Štúdia z Portugalska poukazuje na 7 – 12 % lekárov narodených v zahraničí z roku 2010, pričom 40 percent z nich je pochádzajúcich zo Španielska. V krajinách južnej Európy sa hovorí o zvýšení počtu migrantov najmä vplyvom finančnej krízy (Španielsko, Portugalsko či Grécko). Väčšina študentov medicíny, ktorí nenastúpia na školu v Portugalsku, ide študovať do Maďarska, Českej republiky alebo na Slovensko (Ribeira a kol., 2014). Avšak štatistiky o migrácii portugalských lekárov hovoria, že ich cieľovými destináciami sú najmä krajiny západnej Európy (Veľká Británia, Nemecko, Švajčiarsko, Írsko, Francúzsko, prípadne Španielsko). Dočasná migrácia pre štúdium teda neindikuje motiváciu lekárov ostať v krajine, v ktorej študovali. Podobné závery vychádzajú aj zo štúdie o afrických krajinách (Duviviera a kol., 2017). V roku 2005 začalo študovať v Afrike 10 664 študentov medicíny, z toho 11 percent pochádzalo z krajín mimo územia Afriky, pričom väčšina z tejto skupiny emigruje pracovať do USA.

V rámci Európy Rakúsko, Francúzsko, Portugalsko či Nórsko majú väčšinu imigrantov lekárov z Európy, Maďarsko, Česko či Poľsko z okolitých krajín, ale napríklad Veľká Británia a Írsko majú prevažnú väčšinu lekárov z mimoeurópskych krajín (García-Pérez a kol., 2007).

V roku 2013 malo Rakúsko okolo 28 % lekárov z iných európskych krajín. Primárnymi krajinami pôvodu týchto lekárov boli nemecky hovoriace krajiny alebo oblasti (Nemecko, Švajčiarsko, Taliansko), ale aj Slovensko, Česká republika a Maďarsko (Makulec, Kaczmarczyk, 2012). Najväčší import je u zubných lekárov, kde je to približne 40 % všetkých zubných lekárov v Rakúsku. Títo pochádzajú najmä z Maďarska a Nemecka (Hofmacher, 2013).

Štúdie z Pakistanu napríklad hovoria, že približne 1 000 – 1 500 lekárov emigruje do zahraničia, pričom sa vráti približne 10 – 15 % (Hossain, 2016). Pakistanskí lekári však okrem spomínaných dôvodov odchádzajú aj pre zlú bezpečnostnú situáciu v krajine, nefunkčnosť práva a poriadku.

Aj keď migrácia lekárov nie je žiadnym novým fenoménom, v súčasnosti sa upriamuje veľká pozornosť aj na jej dopady. Od roku 2010, keď Svetová zdravotnícka organizácia prijala kódex s názvom Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, rozvinula sa diskusia na tému etických problémov využívania lekárov a zdravotníckych pracovníkov z krajín, kde je ich výrazný nedostatok. Cieľom teda je využiť migráciu lekárov na maximalizáciu pozitívneho efektu, pričom sa obmedzia negatívne dopady. Pri svojich politikách musia prijímajúce krajiny taktiež rátať s dopadmi migrácie v kontexte možnej ďalšej migrácie do iných krajín (onward mobility), návratu do domovskej krajiny či potrebných investícií do integrácie zahraničných lekárov (jazykové, vzdelávacie kurzy) (Bach, 2003).

1.2.2 Migrácia sestier

Migrácia a nedostatok sestier predstavuje ďalší závažný problém zdravotníctva mnohých krajín, rozvíjajúcich sa aj rozvinutých. Najväčší nedostatok, podobne ako v prípade lekárov, je citeľný v slabo rozvinutých krajinách, najmä v subsaharskej oblasti, kde bolo menej ako 50 sestier na 100 000 obyvateľov, čo je výrazne menej než 100, odporúčaných WHO (Friedman, 2004). V prípade migrácie sestier však podobne ako v prípade lekárov zohrávajú veľkú rolu personálne agentúry, ktoré cielene sťahujú sestry do vyspelých krajín na pokrytie ich nedostatku

(Arends-Kuenning, 2006; Brush a kol., 2004; Stankiewicz, G., O'Connor, M., 2014). Štúdiá Gray a Johnsona (2009) analyzovala viacero výskumov zameraných na dôvody migrácie sestier. Z ich výsledkov vyplynulo, že motívatory migrácie sa odlišujú podľa krajiny pôvodu. Veľký záujem o migráciu bol zistený najmä v prípade anglicky hovoriacich sestier, a to do anglicky hovoriacich krajín. Zatiaľ čo v prípade málo rozvinutých krajín boli hlavné dôvody migrácie tlak na odchod z krajiny pre zlé podmienky, v rozvinutejších krajinách boli vyššie dôvody menej na úrovni základných potrieb, väčšiu rolu zohrávala odmena. Podľa zistení veľa sestier z týchto prieskumov bolo životelkami rodín, pričom peniaze posielali domov (Buchan a kol., 2006).

Problémom emigrácie sestier sa zaoberajú aj v Číne, odkiaľ veľké množstvo emigruje do Austrálie. Okrem dôvodov, ktoré boli spomenuté v predošlých štúdiách, je u čínskych sestier vnímaný aj pocit pokojnejších pracovných podmienok a viac voľného času, čo ovplyvňuje úroveň pracovného stresu vnímaného u zamestnávateľa (Zhou a kol., 2016). Zároveň možnosti profesijného rozvoja taktiež vplyvajú na vôľu sestier emigrovať do zahraničia (Kindgma, 2006). Napriek tomu, že zahraničné sestry sú žiadané v rozvinutých krajinách pre ich nedostatok, Walani (2015) upozorňuje na častý aspekt ich diskriminácie na pracovisku, či už pracovnými alebo platovými podmienkami. Walani vo svojej štúdii zhrňa poznatky iných autorov v tejto problematike zameranej na Veľkú Britániu, USA a Kanadu.

Napriek tomu, že dnes je svet otvorený, možnosti cestovania sú jednoduchšie, mladí ľudia sú menej viazaní v domovských krajinách než historicky, migrácia je stále regulovaná, avšak podobne ako v minulom storočí je regulovaná s väčšími výnimkami pre vzdelanú populáciu alebo vybrané skupiny.

Nedostatok sestier je považovaný za cyklický jav (Pittman a kol., 2007), pričom jeho cykly sú dané konkrétnymi politikami krajín, či už z hľadiska nábora sestier z iných krajín, alebo investícií a politik súvisiacich s domovským vzdelávaním. V poslednej dobe sú okrem Filipín výraznými dodávateľmi sestier vo svete aj Čína, Pakistan, Vietnam a India

(Zhou a kol., 2016; Garner a kol., 2015). Galbany-Estragués a Nelson (2016) vo svojej štúdií analyzujú migráciu sestier v Španielsku. Autori identifikovali finančnú krízu z 2008 ako kľúčový aspekt pri náraste migrácie sestier zo Španielska. Gónzales a Martínez (2014) identifikovali ako kľúčový dôvod to, že migranti nevideli optimisticky budúcnosť Španielska, bola vysoká nezamestnanosť a obmedzený profesijný rast. Problém v nezamestnanosti v Španielsku bol extrémny, pričom v roku 2013 išlo o 10 581 nezamestnaných sestier.

Rakúsko má jednu z najvyšších hustôt nemocníc spomedzi krajín Európskej únie. Úloha sestier sa však v zdravotníctve Rakúska líši napríklad od Veľkej Británie alebo Švédska, kde sestry majú istú formu zodpovednosti v starostlivosti o pacienta. V Rakúsku sú sestry závislé od rozhodnutia lekárov, ich konanie je ovplyvnené delegovaním úloh od lekárov. Tento jav spôsobuje znižovanie schopností a zručností sestier, najmä tých, ktoré imigrovali z krajín, kde ich zodpovednosti práce boli širšie než v Rakúsku (Hofmacher, 2013). V Rakúsku je celkovo nedostatok pracovníkov v dlhodobej starostlivosti, a tak je Rakúsko už dlhodobo aktívnym importérom sestier, najmä z okolitých krajín ako Slovensko, Česká republika a Maďarsko (Makulec, Kaczmarczyk, 2012), ale taktiež majú históriu s importom filipínskych sestier.

1.2.3 Regionálna migrácia

Z hľadiska migrácie zdravotníckej sily, lekárov i sestier, sa literatúra pozerá na dva pohľady, medzinárodnú migráciu (Dussault, Franceschini, 2006) a regionálnu migráciu (Ricketts, Randolph, 2007). Oba typy migrácie sú iniciované pozitívnymi motívmi (pull) migrácie, ako aj negatívnymi aspektami (push) aktuálneho stavu, pôsobiska. Dôvodmi, prečo majú lekári motiváciu ostať pôsobiť vo vidieckej oblasti, je najmä ich pôvod v danej oblasti (Wade a kol., 2007), vzdelanie v danom kraji alebo familiarity jeho blízkych, manžela/manželky (Rabinowitz a kol., 2013). Problém regionálnej migrácie lekárov je však najvyšší v oblastiach, kde je ťažké nájsť náhradu za ich služby, teda najmä v oblastiach, kde sa nenachádzajú väčšie nemocnice, a tak spôsobujú veľké straty pre komu-

nitú (McGrail, Matthew, 2017). Väčšina lekárov sa zdržuje vo väčších mestských oblastiach a celkovo klesá podiel rodinných lekárov.

Nedostatok lekárov vo vidieckych oblastiach je globálnym problémom, pretože nedostatok zdravotnej starostlivosti môže ohroziť komplexný systém zdravotníctva v krajine. Faktory, ktoré ovplyvňujú rozhodnutia lekárov pracovať vo vidieckej či mestskej oblasti, sa však výrazne líšia medzi lekármi z domovskej krajiny a zahraničnými lekármi (Parlier a kol., 2018). Zahraniční lekári sa zaujímajú predovšetkým o pracovné podmienky, kariérne plány a možnosť zamestnania pre rodinu či škôl pre deti (Terry, Le, 2015). V tomto kontexte je dôležité vysvetliť, že najmä vidiek západnej Európy je často vnímaný v pozitívnom kontexte (Baiylina, Berg, 2010) pre zahraničných lekárov, čo však nemusí byť v prípade iných, menej rozvinutých krajín.

V roku 2010 bolo menej ako 12 % lekárov pôsobiacich vo vidieckych oblastiach z celkového počtu lekárov v USA (Rosenblatt a kol., 2010). Pričom MacQueen a kol. (2018) bližšie špecifikujú, že ide o približne desatinu lekárov, ktorí pôsobia pre jednu pätinu obyvateľstva v týchto vidieckych oblastiach. Nedostatok lekárov vo vidieckych oblastiach je tak tiež historicky pretrvávajúcou situáciou, pričom prvé zmienky o tomto probléme sú už z roku 1923 (Purse, 1925). Cordes (1978) analyzoval pohľad lekárov na pozitíva a negatíva práce vo vidieckych oblastiach, pričom zistil, že spoločnosť má tendenciu prezentovať predovšetkým negatíva, a tak vytvára predsudky, ktoré demotivujú nových lekárov a absolventov na prácu vo vidieckych oblastiach. Z jeho výskumu vyplynulo, že dôvodmi spokojnosti boli najmä rozmanitá práca lekárov, výzvy rôznorodej lekárskej práce, vhodné pracovné podmienky či komunita, v ktorej lekár pracoval.

Krajiny, kde je študent povinný platiť za štúdium, uplatňovali možnosť financovania štúdia daným študentom, ktorí sa zaviazali na prácu vo vidieckych oblastiach prinajmenšom na nejaké obdobie (Hou, Ke, 2015; MacQueen a kol., 2018). Takýmito podpornými programami, prípadne kvótami na prijatie študentov pochádzajúcich z vidieckych oblastí sa krajiny ako USA či Čína snažili vyriešiť rozdiely medzi mestami a vidiekom

v počte lekárov. Zaujímavým príkladom týchto rozdielov je aj India. India ako jeden z hlavným vývozcov lekárov prijme ročne viac než 50 000 študentov medicíny na 410 škôl (Patel a kol., 2015). Podobne ako aj v USA, Číne, tak aj v Indii je medicínske vzdelávanie zamerané najmä na terciárnu starostlivosť, teda úzku špecializáciu v odbore. Preto prvotnými krokmi týchto krajín bolo zavedenie kurzov, respektíve rozšírenie vzdelania aj o skúsenosť z vidieckych oblastí, avšak doposiaľ štúdie nehovorila o úspechoch, vzhľadom na to, že štúdie nepreukázali žiadne výrazné zlepšenia (MacQueen a kol., 2018; Patel a kol., 2015). Napriek tomu vzdelávanie primárnej zdravotnej starostlivosti a kontakt alebo konkrétna skúsenosť so zdravotníctvom pre vidiecke oblasti sa považujú za kľúčový faktor pri napĺňaní dopytu po lekároch v týchto oblastiach (Kaduszkiewicz a kol., 2018), avšak je pravdepodobné, že majú vplyv najmä na tých študentov, ktorí mali už vopred záujem o prácu vo vidieckych oblastiach, nie na študentov, ktorí mali záujem o prácu v mestách (Barrett a kol., 2011). V tomto kontexte však zohráva dôležitú rolu skúsenosť s vidieckymi oblasťami a dojem, ktorý táto skúsenosť na jedincovi zachová. Práve pozitívna asociácia vidieka bola napríklad s príjemnou komunitou, pokojným životom, spoznaním možností pre rodinný život, vzdelanie detí a podobne faktorom, ktorý ovplyvňoval vôľu lekárov zotrvať alebo sa presunúť na vidiek (Sturesson a kol., 2019). V súlade s tvrdeniami Cordesa (1978) spred vyše 40 rokov predsudky voči vidieku v súvislosti s prácou a životom lekárov majú negatívny vplyv na vôľu pracovať na vidieku aj v súčasnosti.

Je zrejmé, že ani krajiny, ktoré sú hlavnými zdrojovými krajinami lekárov a produkujú množstvo absolventov medicíny, nemajú pokryté svoje vlastné potreby. Ani dostatočný počet vyštudovaných absolventov nezabezpečí krízové oblasti, ako je vidiek, kde nedostatky lekárov a zdravotníckych pracovníkov sú výrazne vyššie než v mestských oblastiach.

Rozdiel v ponímaní vidieka medzi domácimi a zahraničnými lekármi vyplýva aj z výsledkov štúdie v Nemecku z roku 2011, ktorá analyzovala rozdielnosť v podmienkach práce mestských a vidieckych lekárov. Na vzorke 715 lekárov autori Steinhäuser a kol. (2011) zistili, že lekári pôsobiaci na vidieku pracujú v priemere viac hodín než lekári v mestách. Záro-

veľ Koch a kol. (2011) v štúdií porovnávajúcej 11 vyspelých krajín zistili, že nemeckí lekári majú v porovnaní s ostatnými krajinami najvyšší počet ošetrovaných pacientov za týždeň (243 v porovnaní so 154 vo Veľkej Británii alebo 102 v USA). Nemecko však tiež pociťuje nedostatok lekárov vo vidieckych oblastiach (Kopetsch, 2010) a taktiež odlev lekárov do iných krajín ako napríklad Švajčiarsko. Čiastkovým riešením týchto nedostatkov, ktoré sú výraznejšie najmä pre východné Nemecko, bol nábor zahraničných lekárov z krajín ako Slovensko, Česká republika či Ukrajina, práve na doplnenie nepostačujúceho počtu (Kopetsch, 2009). Výskum Kopetscha z roku 2009 však hovorí, že migrácia lekárov je prípadom Nemecka, kde dokázateľne takmer 15 000 lekárov pracuje v zahraničí (najmä USA, Veľká Británia, Rakúsko, Švajčiarsko či Švédsko). Novšia štúdia Kuhna a kol. (2017) hovorí, že značný problém s lekármi vo vidieckych oblastiach môže vyplývať aj z toho, že študenti medicíny študujúci v mestách sa už priamo nestýkajú s praxou vo vidieckych oblastiach. Kvalitatívna štúdia zo severného Nemecka na vzorke 65 všeobecných lekárov však poukázala aj na spokojnosť lekárov pôsobiacich vo vidieckych oblastiach, pričom autori štúdie vidia ako možnosť podpory v tejto oblasti zapojenie lekárov do univerzitných prednášok (Pohontsch a kol., 2018).

Na Slovensku je regionálna migrácia dôležitá aj z pohľadu zabezpečenia dostatočnej zdravotnej starostlivosti v rómskych komunitách. Tejto téme sa viac venujeme v kapitole 6 od strany 155.

1.3 Zdravotníctvo z pohľadu európskych a slovenských projektov

Nedostatok zdravotníckych pracovníkov v súčasnosti a v budúcnosti je predmetom skúmania viacerých európskych projektov. Projekt Mobility of Health Professionals (MoHProf), koordinovaný nemeckým inštitútom Wissenschaftliches Institut der Aerzte Deutschlands (WIAD), bol trojročný projekt (november 2008 – marec 2012) financovaný Európskou komisiou a bol zameraný na skúmanie migrácie zdravotníckeho personálu v 25 krajinách sveta, čo je viac než polovica z Európy. V rámci projektu bolo skúmané aj časové obmedzenie práce pre zdravotníckych

pracovníkov, čo podľa výsledkov projektu viedlo k viacnásobnému zamestnaniu alebo kombinovanému zamestnaniu vo verejnom a súkromnom sektore. Výsledky projektu poukazujú na fakt, že tok lekárov bude s najväčšou pravdepodobnosťou stále pokračovať, aj keď sa zníži aktivita na ich nábor do iných krajín. Za týmto stojí najmä veľký vplyv faktorov, ktoré tlačia na odchod z krajiny. Jedným zo záverov projektu je taktiež starnúca pracovná sila, ktorá môže vyvolať nové vlny v migrácii lekárov, najmä zvýšený boj o študentov medicíny ako mladej pracovnej sily. V tomto prípade sú odporúčania projektu zamerané na adaptovanie sa krajín na trendy a zmeny súvisiace s očakávaniami a životným štýlom (napríklad balans medzi prácou a rodinou) mladých zdravotníckych pracovníkov. Negatívny účinok, ktorý môže mať starnutie zdravotníckeho personálu, je možný v prípade vidieckych oblastí, pretože ako hovoria závery projektu, očakáva sa, že nová mladá generácia bude výraznejšie reagovať na platové podmienky ako na intenzívnu potrebu lekárskej starostlivosti v starnúcej vidieckej lokalite, kde bude vykonávať svoju prax. Strategické zmeny v zdravotnom systéme na úrovni krajín by mali vychádzať z meniaceho sa dopytu, zavedenia samoriadiacich techník a metód vychádzajúcich aj z implementácie IKT (informačno-komunikačných technológií), z nového obsahu a opisu pracovných pozícií, nových zodpovedností zdravotníckych pracovníkov, ako aj zavedenia podpory zameranej na rodinnú starostlivosť a dobrovoľníctvo a nelicencovanej zdravotnej starostlivosti a aktívnych politík na udržanie zdravotníckych pracovníkov (MoHProf, 2019).

Iným projektom zameraným na migráciu zdravotníckych pracovníkov bol projekt Health Prometheus (Health professional mobility in the European Union study) v rokoch 2009 – 2012 koordinovaný European Health Management Association Limited. Projekt bol zameraný na výzvy súvisiace s nedostatkom zdravotníckych pracovníkov a ich migráciou. Projekt analyzoval prípadové štúdie zo 17 krajín Európy. Výsledky projektu poukazujú na vplyv migrácie nielen na celkový dopyt a ponuku zdravotníckych pracovníkov, ale napríklad aj na konkrétne špecializácie. Úbytok len nepatrného množstva špecialistov v Maďarsku, Litve či Estónsku je vnímaný, že ovplyvňuje potrebné pokrytie. V Poľsku boli najmenej

pokryté špecializácie anesteziológ a lekár pohotovostnej starostlivosti, pričom títo špecialisti majú tendenciu a vôľu migrovať. V Belgicku napríklad detskí psychiatri majú vôľu migrovať napriek nedostatku týchto lekárov v krajine. Vplyv migrácie sa vo výsledkoch projektu neukázal len u služobne starších lekárov, ale i v prípade študentov. Študenti však často študujú v inej krajine, ale nezostávajú v nej vykonávať svoju prax. Tento efekt tak skresľuje reálny odhad budúcej ponuky napríklad špecialistov v danej krajine (Prometheus, 2019).

Projekt zameraný na plánovanie zdravotníckej pracovnej sily Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting (JAHWF) prebiehal v rokoch 2013 – 2016. V rámci projektu bolo pri analýze 12 európskych krajín zistených niekoľko bariér pri zavedení efektívneho plánovania zdravotníckeho personálu, a to nedostatok zdrojov (ľudských, materiálnych, finančných), nejasný pomer nadbytku a prebytku aj vzhľadom na migráciu, nejasná, komplikovaná štruktúra plánovania, nejasné roly a zodpovednosti v plánovaní, nezohľadňovanie ponuky a dopytu a chyby pri spracovávaní a šírení dát a informácií. Projekt v rámci 12 krajín identifikoval Fínsko, Nemecko, Španielsko, Holandsko a Belgicko ako krajiny, ktoré sú v oblasti plánovania zdravotníckeho personálu najvyspelejšie, najpokročilejšie (JAHWPF, 2019). Cieľom projektu bolo zároveň spájať jednotlivé krajiny a zainteresované inštitúcie na šírenie najlepších praktík a spoločný rozvoj zdravotníctva. V publikácii z projektu The Handbook on Health Workforce Planning Methodologies across EU Countries sa autori vyjadrujú k viacerým dobrým príkladom.

Dánsky prognostický systém sa považuje za jednoduchý a flexibilný, pričom je orientovaný na štyri profesie: lekárov, zubných lekárov, dentálnych hygienikov a klinických dentálnych technikov. Z ich prognóz z roku 2013 vyplývajú potreby napríklad 5 732 všeobecných lekárov (oproti 4 370 v 2015), 1 247 anesteziológov (oproti 1 038 v 2015), 297 gastroenterológov a hepatológov (oproti 179 v 2015), 520 kardiológov (oproti 363 v 2015), 369 reumatológov (oproti 208 v 2015), 586 onkológov (oproti 185 v 2015), 592 neurológov (oproti 324 v 2015). Komplikovanejší alebo integrovaný je fínsky prognostický systém. Zahŕňa aj oblasti ako rôzne ekonomické scenáre, množstvo ľudí vstupujúcich do vzdelávania

a zamestnania, meniace sa požiadavky na kvalitu práce a podobne. Tento systém je prezentovaný vo forme podrobného procesu. Nórsky systém, naopak, nevytvára prognózy, avšak skôr odhady budúceho stavu pri aktuálnych podmienkach.

OECD všeobecne pri prognózovaní zdravotníckeho personálu vychádza z inkorporácie 5 elementov, a to: veľkosť populácie, využitie zdravotníckych služieb (podľa veku, pohlavia, lokality a pod.), zmeny vo využívaní zdravotníckych služieb (buď na základe zmeny v dopyte, alebo zmeny v potrebách) a zmeny v dodaní zdravotníckej starostlivosti (domáca starostlivosť, dlhodobá starostlivosť, telemedicína a pod.).

Krajinou, v ktorej prognostické metódy a dlhodobé plánovanie doteraz neboli úplne zavedené, je Poľsko. V Poľsku sú hlavnými inštitúciami s najväčším vplyvom na stav ľudských zdrojov v zdravotníctve ministerstvo zdravotníctva a ministerstvo vyššieho vzdelávania. Regulácia zdravotníckych pracovníkov bola v Poľsku riadená ovplyvňovaním limitných počtov prijatých študentov na medicínske odbory. Na porovnanie, v roku 2013/2014 bol tento počet 5 294, následne bol však navýšený v roku 2018/2019 na 7 816 miest (Dubas-Jakóbczyk a kol., 2018). Od roku 2016 bol však narušený monopol verejných vzdelávacích inštitúcií akreditáciou medicínskeho odboru na súkromnej univerzite. Poľský systém vzdelávania lekárov je postavený na absolvovaní štúdia na univerzite, ročnej praxi, po ktorej dostane absolvent povolenie na vykonávanie práce a následnej špecializácii, ktorá trvá 4 - 6 rokov. Avšak jednou z bariér pre získanie špecializácie je získanie umiestnenia, o ktorom rozhoduje ministerstvo zdravotníctva. Toto môže byť jednou z príčin, prečo 8,4 % z registrovaných lekárov nevykonáva lekársku prácu (Ministry of Health, 2015), pričom však Poľsko má jeden z najnižších počtov lekárov na 1 000 obyvateľov z krajín OECD (OECD, 2015). Poľsko je momentálne jednou z krajín, kde stav chýbajúceho strategického plánovania potreby zdravotníckeho personálu negatívne vplyva na zdravotnícky systém a podporuje aj vôľu poľských lekárov migrovať za prácou do zahraničia (Domagała, Klich, 2017). Jedným z prvotných opatrení bolo spustenie projektu Healthcare need maps, prognózovania potrieb lekárov. Výsledky však boli zamerané len na prognózovanie počtu kardiológov

a onkológov, kde sa v prípade onkológov očakáva do roku 2030 dopyt po 389 ďalších onkológoch a 655 ďalších kardiológoch (k existujúcim počtom) (Więckowska, 2015). Ďalším z problémov poľského zdravotníctva bol spôsob manažmentu nemocníc, kde viac než polovica lekárov bola zamestnaná vo forme dohody, kontraktu tak, aby nemocnica zabezpečila kontinuitu v službách a mohla obísť povinné oddychové pauzy po celodennej službe (Dubas-Jakóbczyk a kol., 2018), čo viedlo aj k zvýšeniu nákladov na mzdy.

Nadväzujúcou iniciatívou na projekt JAHWF je SEPEN – Support for the Health Workforce Planning and Forecasting Expert Network (2017 – 2018), zastrešený taktiež Európskou komisiou. Ide o sieť zameranú na plánovanie a prognózovanie v zdravotníctve s cieľom pokračovať v rozširovaní know-how, vedomostí, overených skúseností a podobne.

Ďalším projektom bol projekt RN4CAST (Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing), zameraný na plánovanie ľudských zdrojov v zdravotnej starostlivosti sestier. Projekt trval od januára 2009 do decembra 2011 a bol koordinovaný belgickou univerzitou Katholieke Universiteit Leuven. Výskum bol uskutočnený v 12 krajinách Európy na vzorke 457 nemocníc a celkovo 33 371 sestier. Výsledky projektu poukázali na významný vplyv dobrých pracovných podmienok a kvality nemocníc na udržanie sestier aj spokojnosť pacientov. Priaznivé podmienky pre sestry sa ukázali napríklad v Írsku, Fínsku alebo Nórsku. V krajinách mimo Európy ako napríklad USA, Austrália, Nový Zéland alebo Singapur využívajú magnet status alebo magnet akreditáciu, čo predstavuje ocenenie nemocníc alebo zdravotníckych zariadení, ktoré dosahujú kritériá kvality ošetrovateľstva, ktoré vplýva na výnimočné výsledky u pacientov, spokojnosť sestier a nízku fluktuáciu. V USA malo zavedenie takéhoto systému oceňovania pozitívne výsledky (McHugh a kol., 2013). Hlavné odporúčania z projektu sú zamerané na zlepšovanie pracovných podmienok pre sestry a najmä vytváranie lídrov pre sestry, keďže vedenie (leadership) sa ukázalo ako veľmi silný faktor pri spokojnosti a rozvoji sestier (RN4CAST, 2019; EFN 2017).

Významným projektom v oblasti zmien na pracovnom trhu zaoberajúcim sa aj oblasťou zdravotníctva bol projekt Neujobs. Tento výskumný projekt Európskej komisie bol zameraný na analýzu možných scenárov vývoja európskych pracovných trhov. Zo špecifických výsledkov projektu vyplynulo, že zvyšujúca sa tendencia zamestnávania imigrantov v oblasti zdravotnej starostlivosti, ako aj s tým súvisiace reštriktívne a kontrolné imigračné mechanizmy efektívne znižujú cenu práce v zdravotnej starostlivosti, čo však spôsobuje, že sa stáva menej atraktívnou pre domácu populáciu. Tento prístup však nevedie k dlhodobej udržateľnosti, a je skôr príkladom krátkodobého riešenia, ktoré neprispieva k zvyšovaniu blahobytu a kvalite (Feduyk a kol., 2014). Zároveň významným negatívnym efektom je odoberanie pracovnej sily z iných, často menej rozvinutých krajín a výrazné negatívne dopady odlevu lekárov pre tieto krajiny. Na projekte Neujobs sa podieľal aj projektový tím zo Slovenskej republiky pod vedením Viliama Páleníka. Z ich výskumu vyplynulo, že pri plánovaní potrieb zdravotníckeho personálu je potrebné vychádzať z vysokej miery neistoty, spôsobenej vplyvom mnohých faktorov. Avšak vo väčšine krajín možno očakávať umiernený rast dopytu po nemocničnom personále. V kontexte plánovania potrieb zdravotníckeho personálu rozlišujú medzi dodatočným množstvom vychádzajúcim z navýšenia dopytu (spôsobeného napríklad starnutím obyvateľstva), ale aj množstvom už existujúcich pracovníkov, ktorí budú musieť byť v blízkej budúcnosti nahradení (starnúci zdravotnícky personál). Radvanský (2014) v rámci scenárov očakáva zvýšený dopyt (bez dopytu spôsobeného výmenou lekárov) do roku 2030 po lekároch v EÚ o 5 000 a sestier o 15 000.

Faktory, ktoré ovplyvňujú budúce scenáre, však zahŕňajú mieru aj smer migrácie, čiže z pohľadu EÚ možno rozlíšiť migráciu v rámci tohto regiónu a migráciu smerom von do iných krajín ako USA, Kanada, Austrália. Významným faktorom budú aj pracovné podmienky a schopnosť udržať a prilákať zdravotníckych pracovníkov, a to aj vo forme vytvorenia a podpory atraktívneho zamestnania. Význam tohto faktora vychádza z konkrétnych príkladov krajín ako napríklad Albánsko, ktorého systém zdravotníctva je silno ovplyvňovaný zlými a neatraktívnymi podmienkami. Rovnako s tým súvisiace investície a jednotlivé

štátne politiky a ich dlhodobá alebo krátkodobá orientácia môžu významne ovplyvniť scenáre vývoja v jednotlivých krajinách. Hlavnými závermi a odporúčaniami z projektu Neujobs v oblasti zdravotnej starostlivosti a starnutia populácie je potreba posilnenia udržania domácich zdravotníckych pracovníkov, potreba reorganizácie pracovných úloh a zintenzívnenie zapojenia nových technológií a taktiež aktivity zamerané na zatraktívnenie práce v zdravotníctve na vidieku.

Projekt AHEAD, prebiehajúci v rokoch 2004 – 2007, koordinovaný výskumným inštitútom Center for European Policy Studies v Nemecku, bol zameraný na sledovanie zdravotného stavu obyvateľstva s cieľom vyhodnotiť súvzťažnosť medzi zdravotným stavom, starnutím populácie a nákladmi na systém zdravotného zabezpečenia. V rámci projektu boli identifikované rozdiely medzi krajinami EÚ, pričom práve v strednej Európe by mali byť viac vyzdvihnuté aktivity na podporu zdravia a zdravého životného štýlu a povedomie o civilizačných chorobách. Závery projektu upozorňujú aj na významnosť starnutia populácie v súvislosti s výdavkami na zdravotníctvo s rozširovaním poskytovaných zdravotníckych služieb, znižovaním čakacích dôb na vybrané operácie či nákup nového technického vybavenia. Práve v chudobnejších krajinách sú investície do zdravotníctva často nízke, pričom pokiaľ sa v týchto krajinách nevytvorí efektívny systém alokácie zdrojov, je možné očakávať rozpočtový deficit. Podľa Kvetana a Páleníka (2007) do roku 2050 môže ísť o deficit okolo 1,2 – 1,5 % HDP pri súčasnom systéme financovania, ktorý je z dlhodobého hľadiska neudržateľný. V publikácii Kvetana a kol. (2007), ktorá bola vypracovaná v rámci projektu AHEAD, bližšie charakterizujú špecifiká starnutia populácie na Slovensku v kontexte veku dožitia pri narodení a predpokladajú nárast tohto veku u mužov zo 70 v roku 2003 na 75 do roku 2030. U žien nárast zo 78 v roku 2003 na 82 v roku 2030. Autori zároveň v rámci prognóz očakávajú čiastočný nárast počtu novonarodených v súvislosti s ekonomickým rastom a rastom reálnych príjmov obyvateľstva.

V súvislosti so starnutím populácie a predĺžením priemerného veku dožitia, ako aj s možnosťou mierneho nárastu počtu novonarodených možno očakávať vysoký dopyt po zdravotníckych službách aj z pohľadu

teórie krivky J. J-krivka vystihuje relatívne nízky dopyt po službách zdravotnej starostlivosti zo strany obyvateľstva v strednom veku, mierne zvýšený dopyt zo strany detí a enormné využívanie zdravotníckych služieb obyvateľmi dôchodkového veku (Kvetan a kol., 2007). Podľa Národného centra zdravotníckych informácií je však podiel lekárov v odbore pediatria vysoký, predovšetkým však aj u mladých lekárov, a teda dopyt zameraný na výmenu starnúcej generácie lekárov v tomto odbore nebude taký výrazný ako v prípade odborov súvisiacich s chorobami starnúcej populácie.

Práve oblasti dlhodobej starostlivosti v súvislosti so silnou starnúcou generáciou sa venoval projekt ANCIEN (2009 – 2012) v nadväznosti na predošlé výskumné projekty. Projekt bol zameraný na prognózy potrieb starnúcej populácie, dlhodobej starostlivosti a výdavkov na túto starostlivosť. V rámci výskumu Slovensko, Česká republika či Poľsko patria medzi krajiny s veľmi nízkymi výdavkami na dlhodobú starostlivosť, naproti tomu Švédsko vynakladá trojnásobné výdavky oproti priemeru 21 analyzovaných krajín (Radvanský, Páleník, 2010). Podobne výdavky na dlhodobú starostlivosť sú vysoké i v Holandsku, Dánsku či Fínsku (Kraus a kol., 2010).

Medzi ďalšie aktuálne projekty v zdravotníctve patrí napríklad EU-US eHealth Workforce Development zameraný na vzdelávanie v IT zručnostiach pre lekárov a zdravotníckych pracovníkov, EURO-HEALTHY projekt zameraný na nerovnosti v zdravotnom stave a starostlivosti obyvateľstva v Európe, WE-CARE, INTERQUALITY a iné.

Významnosť témy starnutia a zdravotníctva potvrdzuje aj množstvo inštitúcií a organizácií, ktoré sa tejto téme venujú a skúmajú jednotlivé tematické celky v rámci Slovenska. Inštitút zamestnanosti ponúka analýzy a prognózy z oblasti trhu práce či už regionálneho alebo európskeho a prezentuje odborné poznatky verejnosti, zainteresovaným odborníkom i praxi. Jeho aktivity sú viditeľné aj vo forme množstva konferencií a odborných seminárov, ako aj účasti vo významných projektoch. V kontexte zdravotníctva a starnutia populácie v rámci konferencie Zapájanie do trhu práce a starnutie populácie boli prezentované zaujímavé

výsledky zo starnutia zdravotníckeho personálu, pričom jedným zo záverov bola nevyhnutnosť zatriktívnenia práce sestier na Slovensku a zabezpečenie vhodných podmienok pre ich prácu, ktorá je nevyhnutnou súčasťou zdravotníckeho systému, nie podružnou prácou lekárov (Páleník, 30 grafov, 2019).

Význam dopytu po lekároch, ako aj uplatniteľnosť absolventov lekárskejších a pridružených odborov zdôrazňuje aj ďalšia z významných organizácií venujúca sa analýzám a prognózam na trhu práce a zamestnanosti, Trexima Bratislava, spol. s r. o. Práve absolventi odborov ako napríklad všeobecné lekárstvo a zubné lekárstvo patria k najlepšie uplatňovaným na Slovensku (Trexima). Spoločnosť v rámci svojich webových portálov zbiera dáta od vyzvaných spoločností a prezentuje množstvo zaujímavých a významných výstupov. V rámci aktuálnych trendov big data a šírenia dátových zdrojov môže byť pre spoločnosť do budúcnosti zaujímavé časť zo svojich dátových súborov verejne šíriť a podporiť tak intenzívnu výskumnú aktivitu, ktorá smeruje práve cestou otvorenosti, verejného rozširovania a open data.

Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute (HPI) ako občianske združenie na Slovensku sa taktiež zaoberá zdravotnou politikou a ekonomikou zdravotníctva na Slovensku, ako aj v krajinách strednej a východnej Európy. V súvislosti s ekonomikou zdravotníctva možno spomenúť aj útvar Hodnota za peniaze, súčasť Ministerstva financií Slovenskej republiky, ktorý vyzdvihuje dôležitosť efektívneho alokovania zdrojov v zdravotníctve vzhľadom na očakávané rastúce výdavky do zdravotníctva, ktoré budú rásť rýchlejšie ako priemer ekonomiky a verejných financií.

1.4 Starnutie obyvateľstva a zdravotníctvo

Druhou oblasťou, ktorá zohráva významnú rolu v situácii zdravotníctva vo svete, je starnutie obyvateľstva a s tým súvisiace zmeny, ako aj samotné starnutie zdravotníckeho personálu. Súčasná kvalita zdravotníctva vyspelých krajín, ako aj jej dostupnosť pozitívne vplyvajú na priemernú dĺžku života. S vnímaním zdravotného stavu jedinca súvisí aj

jeho vôľa, ako aj možnosti pracovať. Zdraví jedinci dnes odchádzajú do dôchodku neskôr ako tí, ktorí majú zníženú pracovnú schopnosť či zhoršený zdravotný stav (Mein a kol., 2000; Harkonmäki a kol., 2006), čo je skutočnosť aj v prípade zdravotníckych pracovníkov. Otázkou viacerých výskumníkov bolo, ako sa mení zdravotný stav po nástupe na dôchodok. Výsledky týchto štúdií sú však nekonzistentné. Niektoré z novších štúdií sa však zhodujú na tom, že po nástupe na dôchodok sa z hľadiska sebahodnotenia cítili ľudia v lepšom zdravotnom stave, lepšom psychickom stave (Westerlund a kol., 2009), znížením problémov spojených so spánkom (Vahtera a kol., 2009), avšak priamy pozitívny vplyv na zníženie rizika chorôb nebol zistený (Oksanen a kol., 2012). Naopak, ľudia v dôchodkovom veku sú výraznejšie závislí od zdravotnej starostlivosti.

Podľa štúdie Colwilla a kol. (2008) vyhľadávajú ľudia nad 65 rokov pomoc všeobecných lekárov v priemere trikrát do roka, čo je dvakrát častejšie ako ľudia do 65 rokov. Taktiež návštevy urológa tvoria z 51 % pacienti nad 65 rokov (National Ambulatory Medical Care Surgery Fact Sheet-Urology, Center for Disease Control). Staršia populácia má zvyčajne vyšší výskyt chronických ochorení, telesného postihnutia, duševných chorôb a iných komorbidít (Boutayeb a Boutayeb, 2005). U lekárov s dôchodkovým vekom však klesá produktivita, a teda sú schopní ošetriť menej pacientov než mladší lekári (McKibben a kol., 2016). Podľa výsledkov výskumu WHO (2012) najčastejšími ochoreniami v európskom regióne u ľudí nad 70 rokov sú kardiovaskulárne ochorenia, onkologické ochorenia, neurologické ochorenia, ochorenia dýchacích ciest a poruchy zmyslových orgánov. Vplyvom veku sa zvyšujú najmä chronické choroby očí (Wong a kol., 2006), pričom výrazný nárast ochorení očí je už pre populáciu staršiu ako 40 rokov. Ostatné choroby či zranenia podľa zistení WHO nie sú v skupine ľudí nad 70 rokov početnejšie ako u mladších jedincov (WHO, 2014).

Podľa Richardsa (2001) vyšší dopyt po zdravotníckych službách je u starších jedincov, u žien (Kvetan, Páleník, 2010), u nezadaných, rozvedených alebo ovdovených a menej vzdelaných obyvateľov. Mukherji a kol. (2016) zistili, že v súlade s Richardsom a Kvetanom a Páleníkom je dopyt po zdravotníckych službách u žien vyšší, avšak je to najmä v mlad-

šom veku, od 60. roku rapídne stúpa dopyt po zdravotníckych službách práve v skupine mužov.

Demografické projekcie Eurostatu (EUROPOP, 2015) pokrývajúce obdobie 2015 – 2080 predpovedajú rast obyvateľstva Európskej únie do roku 2050, keď začne pokles. Z hľadiska pohľadu vekovej pyramídy bude obyvateľstvo naďalej starnúť, pričom sa predpokladajú vyrovnané počty obyvateľov v jednotlivých vekových kategóriách. Alarmujúce však je, že prognózy predpokladajú nielen zvýšenie počtu staršej populácie, ale význam zvyšujúceho sa počtu veľmi starej populácie, čo bude mať za následok predpokladaný nárast podielu osôb starších ako 80 rokov z 5,5 % na 12,7 % do roku 2080 (Eurostat, 2018).

Špecifiká vidieka vyžadujú vysokú mobilitu obyvateľstva. Práve staršie obyvateľstvo napriek tomu, že sa mobilita zvyšuje, je často závislé od rodinných príslušníkov práve v súvislosti s návštevami lekárov (NOLL, WEICK, 2008). V tomto kontexte viacerí autori spomínajú zvyšujúci sa dopyt po domácich návštevách lekármi (Fendrich, Hoffmann, 2007) alebo priamo dopyt po rodinných lekároch (Flum a kol., 2015).

O rapídnom starnutí populácie hovoria aj rozdiely v podiele starej populácie medzi rokmi 2006 a 2030. Zatiaľ čo v roku 2006 bolo takmer 500 miliónov ľudí na svete starších ako 65 rokov, očakáva sa, že v roku 2030 to už bude 1 miliarda (Mukherji a kol., 2016). S tým však súvisí očakávaný nárast výdavkov v zdravotníctve, pričom niektorí autori hovoria o náraste až 25 % do roku 2030 (Strunk a kol., 2006; Páleník a kol., 2012).

Starnúca populácia je však charakteristická najmä pre chronické ochorenia, ktoré si vyžadujú dlhodobú starostlivosť (Pawlson, 1994; Zhao a kol., 2018). Na rozdiel od akútnych ochorení sú títo jedinci často závislí aj od dlhodobej opatery a starostlivosti. Práve chronické choroby tak predstavujú v USA až tri štvrtiny priamych výdavkov na zdravotníctvo (Center for Technology and Aging Technologies for Remote Patient Monitoring in Older adults, 2009). Beard (2015) definuje chronické choroby, ktoré najviac zaťažujú starnúcu populáciu vo vyspelých krajinách, najmä vysoký tlak, vysoký cholesterol, artritída, cukrovka, srdcové choroby, rakovina a demencia.

Podľa dostupných údajov z databázy o zdraví starnúcej populácie SHARE (SHARE - Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) za rok 2017 označilo 40 % z celkovej vzorky 52 644 respondentov narodených v roku 1954 a skôr, že má alebo malo problém s vysokým tlakom, 28 % z tejto skupiny problém s vysokým cholesterolom. V priemere však len 15 % vo veku nad 65 rokov označilo, že nemá/nemalo žiadnu chorobu. Podobne aj v Brazílii na vzorke takmer 2 000 ľudí nad 60 rokov z oblasti Sao Paulo 13,5 % nemá žiadnu z chorôb, ale 45,7 % označilo, že má alebo malo tri a viac chronických chorôb (Lima a kol., 2009). Databáza SHARE sprístupňuje údaje o sebahodnotení občanov – respondentov, a teda čísla vypovedajú o existujúcej vzorke, preto možno údaje zovšeobecňovať na celú populáciu len podmienene. Percentné podiely v tabuľke prezentujú podiel respondentov, ktorí označili, že trpia alebo trpeli daným ochorením.

Tabuľka 1.2 Prehľad vybraných chronických chorôb u obyvateľstva 27 krajín databázy SHARE

	Spolu	vysoký tlak	vysoký cholesterol	cukrovka	rakovina	infarkt
Rakúsko	2 494	50%	27%	15%	5%	15%
Nemecko	2 604	51%	24%	17%	9%	14%
Švédsko	2 760	44%	18%	12%	5%	13%
Španielsko	3 607	47%	29%	19%	4%	14%
Taliansko	3 205	51%	30%	16%	4%	13%
Francúzsko	2 375	39%	26%	13%	6%	17%
Dánsko	2 013	43%	30%	10%	5%	12%
Grécko	2 340	58%	41%	16%	4%	14%
Švajčiarsko	1 797	36%	18%	9%	6%	10%
Belgicko	3 199	40%	37%	13%	7%	12%
Izrael	1 694	47%	33%	26%	7%	19%
Česká republika	3 360	59%	32%	23%	6%	15%
Poľsko	2 761	56%	29%	21%	7%	24%
Luxembursko	763	41%	39%	15%	9%	13%
Maďarsko	1 171	60%	17%	20%	6%	16%
Portugalsko	336	48%	40%	24%	5%	14%
Slovínsko	2 672	54%	30%	17%	5%	14%
Estónsko	3 640	54%	22%	15%	6%	21%

	Spolu	vysoký tlak	vysoký cholesterol	cukrovka	rakovina	infarkt
Chorvátsko	1 474	58%	24%	16%	7%	15%
Litva	1 138	62%	24%	11%	8%	23%
Bulharsko	1 249	62%	14%	15%	3%	20%
Cyprus	857	54%	47%	20%	5%	21%
Fínsko	1 221	49%	32%	17%	12%	18%
Lotyšsko	1 053	52%	18%	13%	5%	22%
Malta	812	52%	36%	22%	4%	11%
Rumunsko	1 168	53%	14%	14%	2%	10%
Slovensko	881	40%	23%	13%	2%	7%
SPOLU	52 644	50%	28%	16%	6%	15%

Zdroj: Spracované podľa dostupných dát z databázy SHARE, 2017

Demografické predpovede z roku 2010 (OSN, 2009) odhadovali, že podiel ľudí starších ako 60 rokov v Európe sa z roku 2009 do 2050 zvýši zo 161 miliónov na 236 miliónov. Novšia predpoveď z 2017 (OSN, 2017) hovorí o kratšom horizonte 2015 – 2035, kde očakávaný nárast je zo 177 miliónov v roku 2015 na 223 miliónov v roku 2035, čo predstavuje nárast o 29 %. V rámci tohto horizontu sa očakáva pokles v oboch skupinách, 0 – 34 (z 302 miliónov na 270 miliónov), ako aj 35 – 59 (z 262 miliónov na 237 miliónov). V rámci východnej Európy je očakávané miernejšie tempo rastu starnúcej populácie, pričom v horizonte 2015 – 2035 sa očakáva nárast počtu ľudí vo veku nad 60 rokov o 19 % (63 miliónov v roku 2015 na 75 miliónov v roku 2035) (OSN, 2017).

V rámci Európy OSN predpokladá celkový pokles populácie Európy medzi rokmi 2015 a 2035 o približne 1 %. Veľké rozdiely sa však prejavujú v jednotlivých vekových skupinách. Zatiaľ čo v skupine 0 – 34 sa predpokladá pokles 11 %, v skupine 35 – 64 8 %, v skupine 65+ sa očakáva nárast o 39 %. Populácia nad 65 rokov tak bude v roku 2035 tvoriť štvrtinu celkového obyvateľstva.

Podľa údajov OSN z roku 2017 sa predpokladá celkový pokles populácie aj v rámci regiónu východnej Európy (Bielorusko, Bulharsko, Česká republika, Maďarsko, Poľsko, Moldavsko, Rumunsko, Rusko, Ukrajina a Slovensko) medzi rokmi 2015 a 2035, a to o 6 %. V rámci vekových štruktúr bude pokles najvýraznejší v skupine 0 – 34, a to 18 percent

medzi rokmi 2015 a 2035, vyšší ako priemer v rámci celej Európy, pokles 8 % v skupine 35 – 64, avšak nárast v skupine 65+, a to až o 33 %.

Tabuľka 1.3 Vývoj podielu svetovej populácie nad 65 r. medzi rokmi 2010 – 2050

	2010	2025	2050
Severná Amerika	13%	18%	22%
Európa	16%	21%	27%
Afrika	4%	4%	7%
Ázia	7%	10%	18%
Svet	8%	11%	16%

Zdroj: Prognózy OSN, 2010

Podľa dát OECD je očakávaná dĺžka života pri narodení na Slovensku v priemere 77,3 roka (80,7 roka u žien a 73,8 u mužov). Na porovnanie, v Poľsku je tento vek v priemere 78 rokov, v Českej republike 79,1, v Maďarsku 76,2, v Rakúsku 81,7 a v Nemecku 81,1 (OECD, 2016).

Tabuľka 1.4 Predpokladaný nárast populácie nad 65 r. vo vybraných krajinách

	2015, v miliónoch	2035, v miliónoch	Percentuálny nárast populácie 65+	Celková populácia v krajine
Veľká Británia	11,85	16,9	30%	Rast
Česká republika	1,91	2,45	22%	Pokles
Litva	0,548	0,648	15%	Pokles
Maďarsko	1,71	2,06	17%	Pokles
Nemecko	17,26	23,97	29%	Mierny pokles
Poľsko	5,97	8,66	31%	Pokles
Slovensko	0,76	1,16	34%	Pokles
Slovinsko	0,374	0,565	34%	Mierny pokles

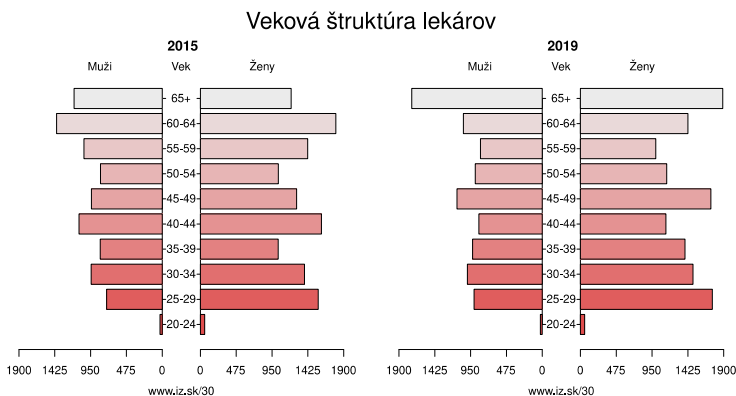
Zdroj: OSN, 2017

V kanadskej štúdií Rosenberg (2000) opisuje dva pohľady na starnutie populácie v súvislosti so zdravotníctvom. Prvý pohľad nazýva aj krízovým, keď sa očakáva nárast výdavkov v zdravotníctve na pokrytie potrieb starjúcej populácie. Druhý pohľad je menej krízový, pretože vníma starnutie len ako jeden faktor ovplyvňujúci systém, pričom zvýšené náklady môžu byť pokryté zvýšením produktivity práce, poklesom výdavkov v iných oblastiach zdravotníctva či novými formami poskytovania zdravotnej starostlivosti (napríklad jednoduchá chirurgia alebo domáca starostlivosť). Schopnosť manažovať tieto faktory vplyvajúce na výdavky

v zdravotníctve bude aj využitím nových trendov – technológií na ich optimalizáciu.

Starnutie populácie možno vnímať v kontexte mestskej a vidieckej situácie. Jednak lekári vo vidieckych oblastiach sú v priemere starší ako v mestách, pričom tento rozdiel sa stále prehĺbuje (Matsumoto a kol., 2018). Zároveň práve vo vidieckych oblastiach sa očakáva výrazný nedostatok všeobecných lekárov (Steinhaeuser a kol., 2014). Celkovo nedostatok lekárov vo vidieckych oblastiach je vnímaný s vyšším rizikom, pričom sa bude prejavovať najmä v nedostatočnej dostupnosti lekárskej starostlivosti, ako aj dlhým časom prepravy na potrebné miesto ošetrovania (Weinhold, Gurtner, 2014).

Obrázok 1.1 Starnutie lekárov na Slovensku



Zdroj: Páleník, 30 grafov, 2020, <http://iz.sk/30/vekova-struktura-lekarov>

Slovensko malo v roku 2015 2 756 vidieckych obcí s počtom obyvateľov do 5 000, v ktorých žilo 2 450 030 obyvateľov, čo predstavuje 45,3 % z celkového počtu obyvateľov Slovenska v danom roku. V obciach pod tisíc obyvateľov žilo 15,8 % obyvateľov. Podľa štatistického portálu Slovenskej republiky je hustota obyvateľstva v mestách v priemere 399,06 obyvateľa na kilometer štvorcový, pričom na vidieku je to 60,66 obyvateľa. Podľa Buchtu (2017, s. 24) „v niektorých okresoch na juhu stredného Slovenska a severovýchodnom Slovensku bude úbytok obyva-

telstva natoľko významný, že môžeme hovoriť o depopulácii spojenej s výrazným starnutím obyvateľstva“.

Slovensko, ako aj Poľsko sú krajinami charakteristickými dlhodobou starostlivosťou, ktorá je najčastejšie v kompetencii rodinných príslušníkov. To je odzrkadlené na počte zariadení dlhodobej starostlivosti v krajine, ako aj v počte pracovníkov v týchto zariadeniach. Podľa výsledkov štúdie v rámci projektu Neujobs sa odhaduje na Slovensku 25 000 zamestnancov v týchto zariadeniach, 72 000 v Poľsku, ale napríklad 334 000 v Taliansku, 140 000 v Dánsku a 952 000 v Nemecku. Najväčšie percento týchto zamestnancov tvoria sestry, zdravotnícky asistenti a pracovníci sociálnej starostlivosti (Schulz, Radvanský, 2014). Dopyt po dlhodobej starostlivosti sa však podľa všetkých scenárov bude zvyšovať, a teda bude nevyhnutné realizovať kroky smerujúce k udržateľnosti dlhodobej starostlivosti a poskytovania takéhoto typu zdravotníckej starostlivosti. Ako uvádzajú Schulz a Radvanský (2014), rodinní príslušníci budú stále významnými neformálnymi poskytovateľmi dlhodobej starostlivosti, a preto jedným z riešení bude podporiť a uľahčiť dostupnosť podpornej zdravotnej starostlivosti tak, aby nemuseli byť zaťažené štátne či verejné zariadenia (spolu s rodinnými príslušníkmi sú typom formálnej starostlivosti aj terénni pracovníci, ktorí napomáhajú pri dlhodobej starostlivosti). Taktiež bude nevyhnutné vytvárať lepšie podmienky a motivovať sestry k práci v týchto zariadeniach. Tieto kroky je nevyhnutné vykonávať v súčasnosti vo vzťahu k prognózam tak, aby išlo o dlhodobé komplexné riešenia a nebolo nevyhnutné pristúpiť ku krátkodobým riešeniam vo forme nahradenia chýbajúcej domácej zdravotnej sily zahraničnou.

1.5 Stav lekárov a sestier, porovnanie krajín

1.5.1 Prehľad počtu lekárov na Slovensku

Počet, ako aj vek lekárov v jednotlivých špecializáciách je významným prediktorom budúceho vývoja ponuky v zdravotníctve. Z dostupných dát Národného centra zdravotníckych informácií možno pozorovať, ktoré odbory sú zastúpené najväčším počtom lekárov a ktoré, naopak, najmen-

ším. Pri prognózach budúceho vývoja tvoria významnú časť lekári vo vyššom veku, ktorí budú musieť byť nahradení novými lekármi tak, aby bolo možné nasýtiť dopyt z hľadiska starnúcej populácie a chorobnosti. Z dlhodobého hľadiska preto významnú rolu tvoria skupiny lekárov v mladšom veku, pričom u viacerých špecializácií možno pozorovať výraznejší prepad v skupinách 40 – 50 rokov (napríklad chirurgia či pediatria). Taktiež niektoré zo špecializácií sú veľmi atraktívne pre mladých lekárov a absolventov vo vekových kategóriách 25 – 35 (napríklad pediatria, starostlivosť o deti a dorast, vnútorné lekárstvo či rádiológia), naopak, niektoré vôbec (klinická imunológia a alergológia, reumatológia či neuroológia).

Tab. 1.5 Prehľad počtu lekárov podľa veku a špecializácie na Slovensku (2017)

	do 30 rokov	30 - 39r	40 - 49r	50 - 59r	60 - 69r	70r a viac
všeobecné lekárstvo	128	292	424	461	812	325
vnútorné lekárstvo	306	693	470	350	428	140
gynekológia a pôrodníctvo	105	314	229	235	290	129
anestéziológia a intenzívna medicína	99	408	358	158	142	26
chirurgia	96	290	247	219	238	80
pediatria	197	365	129	119	132	37
všeobecná starostlivosť o deti a dorast	3	28	108	198	423	169
neuroológia	94	275	190	140	128	58
rádiológia	110	280	183	116	108	39
psychiatria	43	180	201	113	85	55
urgentná medicína	23	177	223	111	86	11
oftalmológia	53	120	133	119	133	42
fyziatria, balneológia a liečebná rehab.	36	112	87	82	167	65
ortopédia	44	121	108	100	112	37
otorinolaryngológia	31	97	115	72	118	44
kardiológia	21	107	112	102	97	29
dermatovenerológia	19	64	91	91	100	38
úrazová chirurgia	27	130	103	55	61	8
uroológia	39	93	69	54	68	21
pneumológia a ftizeológia	25	69	64	61	104	19
klinická onkológia	29	95	87	50	58	21
geriatria	30	124	68	39	53	14
nefrológia	8	44	91	77	69	20
hematológia a transfuziológia	17	72	73	61	65	11
neonatológia	43	91	50	42	46	4
diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy	5	43	73	61	70	16
gastroenterológia	6	41	62	68	57	8
klinická imunológia a alergológia	0	19	51	65	69	29
endokrinológia	5	28	57	41	32	11
infektológia	20	57	25	26	36	9
reumatológia	1	16	29	41	47	21
patologická anatómia	7	45	41	20	30	8
radiačná onkológia	11	36	44	22	18	3
neurochirurgia	22	41	29	15	14	5
plastická chirurgia	17	33	23	23	15	10
funkčná diagnostika	5	19	24	24	31	6
cievna chirurgia	9	27	20	14	22	8

	do 30 rokov	30 - 39r	40 - 49r	50 - 59r	60 - 69r	70r a viac
klinická biochémia	5	11	14	21	29	10
angiológia	1	20	25	18	8	3
pediatrická neurológia	0	9	14	20	15	5
pracovné lekárstvo	2	12	13	5	26	4
klinická mikrobiológia	2	5	12	11	19	7
detská psychiatria	3	14	10	8	12	8
lekárska genetika	4	15	8	6	8	6
foniatria	0	1	9	8	17	10
onkológia v chirurgii	4	14	7	1	8	5
onkológia v gynekológii	1	5	8	8	11	5
hepatológia	2	6	10	10	5	3
kardiochirurgia	3	5	10	14	1	1
telovýchovné lekárstvo	0	1	5	2	22	2
pediatrická gynekológia	0	2	5	4	16	3
hrudníková chirurgia	1	11	4	5	4	2
dorastové lekárstvo	0	0	0	4	11	5
mikrochirurgia oka	3	3	4	4	4	1
gerontopsychiatria	1	7	3	3	0	2
ortopedická protetika	0	0	3	1	4	1
onkológia v urológii	0	0	1	2	5	1

Zdroj: Národné centrum zdravotníckych informácií, 2017

Tabuľka 1.6 Prehľad percentuálneho počtu lekárov podľa veku a špecializácie na Slovensku (2017)

	do 30 rokov	30-39	40-49	50-59	60-69	70 a viac
všeobecné lekárstvo	5 %	12 %	17 %	19 %	33 %	13 %
vnútorné lekárstvo	13 %	29 %	20 %	15 %	18 %	6 %
evnekológia a pôrodníctvo	8 %	24 %	18 %	18 %	22 %	10 %
anestéziológia a intenzívna medicína	8 %	34 %	30 %	13 %	12 %	2 %
chirurgia	8 %	25 %	21 %	19 %	20 %	7 %
pediatria	20 %	37 %	13 %	12 %	13 %	4 %
všeobecná starostlivosť o deti a dorast	0 %	3 %	12 %	21 %	46 %	18 %
neurológia	11 %	31 %	21 %	16 %	14 %	7 %
rádiológia	13 %	33 %	22 %	14 %	13 %	5 %
psychiatria	6 %	27 %	30 %	17 %	13 %	8 %
urgentná medicína	4 %	28 %	35 %	18 %	14 %	2 %
oftalmológia	9 %	20 %	22 %	20 %	22 %	7 %
fyzioatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	7 %	20 %	16 %	15 %	30 %	12 %
ortonédia	8 %	23 %	21 %	19 %	21 %	7 %
otorinolaryngológia	6 %	20 %	24 %	15 %	25 %	9 %
kardiológia	4 %	23 %	24 %	22 %	21 %	6 %
dermatovenerológia	5 %	16 %	23 %	23 %	25 %	9 %
úrazová chirurgia	7 %	34 %	27 %	14 %	16 %	2 %
uroológia	11 %	27 %	20 %	16 %	20 %	6 %
pneumológia a ftizeológia	7 %	20 %	19 %	18 %	30 %	6 %
klinická onkológia	9 %	28 %	26 %	15 %	17 %	6 %

	do 30 rokov	30-39	40-49	50-59	60-69	70 a viac
geriatria	9 %	38 %	21 %	12 %	16 %	4 %
nefrológia	3 %	14 %	29 %	25 %	22 %	6 %
hematológia a transfuziológia	6 %	24 %	24 %	20 %	22 %	4 %
neonatólógia	16 %	33 %	18 %	15 %	17 %	1 %
diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy	2 %	16 %	27 %	23 %	26 %	6 %
gastroenterológia	2 %	17 %	26 %	28 %	24 %	3 %
klinická imunológia a alergológia	0 %	8 %	22 %	28 %	30 %	12 %
endokrinológia	3 %	16 %	33 %	24 %	18 %	6 %
infektológia	12 %	33 %	14 %	15 %	21 %	5 %
reumatológia	1 %	10 %	19 %	26 %	30 %	14 %
patologická anatómia	5 %	30 %	27 %	13 %	20 %	5 %
radičná onkológia	8 %	27 %	33 %	16 %	13 %	2 %
neurochirurgia	17 %	33 %	23 %	12 %	11 %	4 %
plastická chirurgia	14 %	27 %	19 %	19 %	12 %	8 %
funkčná diagnostika	5 %	17 %	22 %	22 %	28 %	6 %
cievna chirurgia	9 %	27 %	20 %	14 %	22 %	8 %
klinická biochémia	6 %	12 %	16 %	23 %	32 %	11 %
angiológia	1 %	27 %	33 %	24 %	11 %	4 %
pediatrická neurológia	0 %	14 %	22 %	32 %	24 %	8 %
pracovné lekárstvo	3 %	19 %	21 %	8 %	42 %	6 %
klinická mikrobiológia	4 %	9 %	21 %	20 %	34 %	13 %
det'ská psychiatria	5 %	25 %	18 %	15 %	22 %	15 %
lekárska genetika	9 %	32 %	17 %	13 %	17 %	13 %
foniatria	0 %	2 %	20 %	18 %	38 %	22 %
onkológia v chirurgii	10 %	36 %	18 %	3 %	21 %	13 %
onkológia v evnekológii	3 %	13 %	21 %	21 %	29 %	13 %
hepatológia	6 %	17 %	28 %	28 %	14 %	8 %
kardiochirurgia	9 %	15 %	29 %	41 %	3 %	3 %
telovýchovné lekárstvo	0 %	3 %	16 %	6 %	69 %	6 %
pediatrická evnekológia	0 %	7 %	17 %	13 %	53 %	10 %
hrudníková chirurgia	4 %	41 %	15 %	19 %	15 %	7 %
dorastové lekárstvo	0 %	0 %	0 %	20 %	55 %	25 %
mikrochirurgia oka	16 %	16 %	21 %	21 %	21 %	5 %
gerontopsychiatria	6 %	44 %	19 %	19 %	0 %	13 %
ortopedická ortetika	0 %	0 %	33 %	11 %	44 %	11 %
onkológia v urológii	0 %	0 %	11 %	22 %	56 %	11 %

Zdroj: Národné centrum zdravotníckych informácií, 2017

V rámci počtu lekárov, ktorý sa uvádza, však treba brať do úvahy aj pracovné úväzky, ktoré sú často v prípade lekárov viacnásobné,

v priemere vyššie ako 1, v prípade starších lekárov v posledných vekových skupinách uvedených v tabuľke je však priemerný pracovný úväzok často menší ako 1.

Tabuľka 1.7 Prehľad počtu zubných lekárov podľa veku na Slovensku (2019)

Vek	Muž	Žena	Spolu
do 24		5	5
24 - 30	248	443	691
31 - 35	178	274	452
36 - 40	146	168	314
41 - 45	125	177	302
46 - 50	110	182	292
51 - 55	80	118	198
56 - 60	82	161	243
61 - 65	191	385	576
nad 65	303	398	701
Celkový súčet	1 463	2 311	3 774

Zdroj: Slovenská komora zubných lekárov, 2019; pozri aj <http://iz.sk/30/vekovy-vyvoj-zubnych-lekarov>

Podľa štatistík EÚ bolo v roku 2016 na Slovensku okolo 50 zubných lekárov na 100 000 obyvateľov, v Českej republike približne 75, v Nemecku 85, v Maďarsku 62 či v Rakúsku 56. Dáta sa mohli odlišovať na základe podrobných špecializácií. Slovensko sa tak v prepočte na 100 000 obyvateľov nachádzalo pod priemerom EÚ. V roku 2019 je na Slovensku 3 774 zubných lekárov, z toho 701 vo veku nad 65 rokov. Nízky počet lekárov je vo vekových kategóriách 56 – 60 rokov (Slovenská komora zubných lekárov).

1.5.2 Prehľad počtu sestier na Slovensku a v zahraničí

Podľa dostupných údajov OECD bolo v roku 2017 na Slovensku približne 565 sestier na 100 000 obyvateľov, v Českej republike 810, ale napríklad vo Švédsku 1 090, v Nemecku 1 290 a Fínsku 1 430. Priemer bol približne okolo 800 a Slovensko sa v tomto rebríčku nachádzalo na posledných pričkach EÚ. Nedostatok sestier je však otázkou väčšiny krajín, či už z hľadiska komplexného nedostatku v krajine, alebo regionálnych disparít. Krajina, ktorá bojuje najmä s regionálnymi rozdielmi, je USA.

Dáta OECD uvádzajú k roku 2018 počet až 1 100 v USA. Rozdiel v hodnotách je spôsobený rozdielom v metodike výpočtov. US Department of Health and Human Services (HRSA) uvádza čísla výhradne registrovaných

sestier, zatiaľ čo OECD počíta aj s licencovanými praktickými sestrami a odbornými sestrami.

Tabuľka 1.8 Prehľad počtu registrovaných sestier v USA

	Počet registrovaných sestier	Medziročný nárast	Počet obyvateľov USA	Počet sestier na 100 000 obyvateľov	Medziročný rast
2016	2 857 180	4,1 %	323 071 340	884,4	2,5 %
2015	2 745 910	2,2 %	318 386 420	862,4	2,2 %
2014	2 687 310	1,0 %	318 386 420	844,0	0,2 %
2013	2 661 890	1,1 %	316 057 730	842,2	0,4 %
2012	2 633 980	-3,3 %	313 874 220	839,2	-4,0 %
2011	2 724 570	2,6 %	311 580 010	874,4	1,9 %
2010	2 655 020	2,8 %	309 326 090	858,3	2,0 %
2009	2 583 770	1,6 %	307 007 000	841,6	0,7 %
2008	2 542 760	3,0 %	304 375 000	835,4	2,1 %
2007	2 468 340	2,1 %	301 580 000	818,5	1,1 %
2006	2 417 150	2,1 %	298 593 000	809,5	1,1 %
2005	2 368 070	2,4 %	295 753 000	800,7	1,5 %
2004	2 311 970	2,9 %	293 046 000	788,9	2,0 %
2003	2 246 430	0,3 %	290 326 000	773,8	-0,6 %
2002	2 239 530	1,0 %	287 804 000	778,1	0,0 %
2001	2 217 990		285 082 000	778,0	
2001-2016	29 %			14 %	

Zdroj: US Department of Health and Human Services, 2018

V horizonte medzi rokmi 2001 a 2016 je v USA pozorovateľný celkový nárast počtu sestier o takmer 30 %, avšak rovnako aj nárast počtu sestier v prepočte na 100 000 obyvateľov. V rámci jednotlivých rokov bolo možné pozorovať aj medziročné poklesy. V dlhodobých predikciách dopytu a ponuky sestier v USA uvádza HRSA (2017) očakávaný vyšší rast ponuky než dopytu, a tak celkový odhadovaný počet registrovaných sestier v roku 2030 je 3 895 000. Za obdobie rokov 2014 – 2030 ide podľa údajov HRSA o očakávaný nárast približne 45 %. V rámci USA sa však prognózy líšia pre jednotlivé štáty, pričom zatiaľ čo niektoré budú mať výrazný prebytok (napríklad Florida 53 700 sestier v roku 2030), iné štáty sa budú pasovať s výraznými nedostatkami (Kalifornia, nedostatok 44 500 sestier) (HRSA,2017). Nerovnomernosť v ponuke a dopyte po sestrahách v jednotlivých štátoch USA je aj aktuálnou otázkou, s ktorou sa štáty vysporiadávajú rôznymi politikami a iniciatívami. Napríklad Wisconsinská univerzita v reakcii na predikcie nedostatku sestier predložila iniciatívu v hodnote 3,2 milióna dolárov na dotáciu školného pre budúce sestry s podmienkou výučby na univerzite po absolvovaní štúdia.

Vo vzťahu k predikciám bude dopyt po sestrách podľa HRSA (2017) ovplyvnený tlakom na zdravý životný štýl a manažment zdravia v kontexte znižovania obezity u obyvateľstva, zameraním sa na zníženie vysokého tlaku, prevencie cukrovky či eliminácie fajčenia u obyvateľstva. Tieto zmeny však budú viesť k zníženiu chorobnosti u obyvateľstva, ako aj zníženiu mortality. Práve zníženie mortality bude vplývať na zvyšovanie dopytu po sestrách, najmä v rôznych formách dlhodobej starostlivosti, ako aj znižovanie chorobnosti pri civilizačných ochoreniach bude ovplyvňovať obsah a zameranie práce sestier v budúcnosti.

Kanadský inštitút pre zdravotnícke informácie uvádza podrobnejší prehľad o počte sestier v Kanade, pričom uvádza aj informácie o ich vzdelaní či pracovnom umiestnení v mestách alebo na vidieku.

Z prehľadu informácií uvedených v tabuľke 1.9 možno pozorovať vysoký nárast počtu sestier starších ako 65 rokov medzi rokmi 2008 a 2017, a to o 66 %, pričom celkový počet sestier za toto obdobie narástol o 8 %. Napriek tomu, že počet sestier v prepočte na 100 000 obyvateľov ostáva približne rovnaký, je zaujímavé pozorovať 13 % nárast počtu sestier pôsobiacich v oblastiach vidieka.

Tabuľka 1.9 Prehľad počtu sestier v Kanade

Rok	počet sestier	menej ako 30	30 – 49	50 – 64	65
2008	279 346	31 165	135 399	104 036	8 746
2009	284 690	32 941	135 663	105 731	10 355
2010	287 344	33 772	135 065	106 902	11 601
2011	291 008	35 649	135 849	107 070	12 438
2012	292 883	37 154	136 021	106 278	13 428
2013	296 029	39 286	136 844	105 875	14 022
2014	293 205	39 781	136 794	103 090	13 539
2015	296 731	42 349	139 157	101 459	13 765
2016	298 743	43 522	141 342	99 652	14 226
2017	301 010	45 236	144 172	97 064	14 538
2008-2017	8.00 %	45.00 %	6.00 %	-7.00 %	66.00 %

Rok	vzdelanie v Kanade	vzdelanie v zahraničí	práca v mestách	práca na vidieku	počet sestier na 100 000 obyv.
2008	255 125	23 754	232 578	12 309	836
2009	259 558	23 801	236 854	11 615	843
2010	261 158	24 825	239 066	11 859	841
2011	264 348	25 218	240 138	11 956	843
2012	265 698	24 645	240 843	12 580	839
2013	269 065	26 424	246 637	14 252	840
2014	266 409	26 253	250 407	14 180	824
2015	269 504	26 475	254 118	13 840	825
2016	271 104	26 710	255 771	14 090	823
2017	272 929	27 095	256 555	13 928	822
2008-2017	7.00 %	14.00 %	10.00 %	13.00 %	-2.00 %

Zdroj: Canadian Institute for Health Information, Regulated Nurses 2017

Práve oblasť vidieka je jednou z významných oblastí z hľadiska potreby pokrytia zdravotnou starostlivosťou, a preto sú jednotlivé iniciatívy a politiky krajín často zamerané na zatriktívnenie práce v týchto oblastiach. Na druhej strane na základe údajov o vzdelaní sestier v Kanade nastal 14 % nárast v počte sestier vzdelaných v zahraničí. Vo vyspelých krajinách je často alternatívou pokrytia nedostatku pracovnej sily v istých oblastiach práve zahraničná pracovná sila.

Tabuľka 1.10 Prehľad počtu sestier na 100 000 obyv. vo vybraných krajinách

	SVK	CZE	DEU	HUN	POL	AUT	LTU	BGR	UKR
1994	701	725		544	541		898	601	
1995	647	740		535	548		894	607	
1996	601	738		541	558		898	611	
1997	592	735		533	562		883	571	
1998	739	735		547	551	696	875	573	
1999	723	738		537	510	703	793	551	
2000	742	759	1 052	528	496	716	763	385	611
2001	726	784	1 061	552	488	721	757	376	609
2002	693	799	1 074	568	486	712	744	362	613
2003	653	798	1 095	577	475	721	732	379	615
2004	632	811	1 107	578	493	714	725	383	617
2005	600	809	1 123	595	509	718	730	404	621
2006	604	805	1 135	620	509	727	738	410	622
2007	631	801	1 151	595	518	738	737	421	623
2008	625	794	1 174	615	519	753	747	424	619
2009	604	806	1 204	621	525	763	736	421	712
2010	603	806	1 216	622	521	770	737	422	705
2011	594	803	1 229	621	521	778	754	426	705
2012	582	806	1 238	632	549	783	759	439	709
2013	575	800	1 296	643	521	787	755	447	717
1994-2013*	-18 %	10 %	23 %	18 %	-4 %	13 %	-16 %	-26 %	17 %

Zdroj: Spracované podľa WHO Europe dataset, 2019

Pre porovnanie, aj v rámci Európy sa medziročný rast v počte sestier na 100 000 obyvateľov výrazne líši. Zatiaľ čo v prípade Slovenskej republiky klesol medzi rokmi 1994 a 2013 počet sestier o 18 %, v Maďarsku stúpól o 18 %, v Nemecku stúpól o 23 %. Aj v prípade Českej republiky sa počet zvýšil, a to o 10 % oproti roku 1994 (WHO, 2019).

Podľa viacerých rebríčkov je najviac sestier na 100 000 obyvateľov vo Švajčiarsku, na Islande, v severských krajinách Európy, Nemecku, Írsku, Luxembursku. V roku 2013 bol v EÚ-15 priemer 883 sestier a v EÚ-13 (vstup po 2004) to bolo 572 (WHO Europe). Slovenská republika sa teda v počte sestier nachádza v priemere EÚ-13.

Tabuľka 1.11 Prehľad počtu sestier vo vybraných krajinách podľa OECD

	CZE	AUT	GER	DEN	HUN	NOR	POL	SLO	SWI	LAT
2000	77 998	57 367	821 000	66 066	53 880	55 064	189 632	13 633	83 273	10 842
2001	80 206	57 950	829 000	68 942	56 237	58 263	186 491	14 194	86 048	10 548
2002	81 491	57 582	840 000	72 397	57 721	60 778	185 892	14 281	89 670	10 543
2003	81 384	58 511	857 000	73 217	58 457	63 063	181 291	14 673	94 263	10 791
2004	82 743	58 303	866 000	75 615	58 399	64 879	188 226	14 775	94 002	11 035
2005	82 835	59 067	878 000	77 975	59 992	65 626	194 205	14 955	94 240	11 204
2006	82 668	60 143	887 000	78 751	62 414	66 762	194 209	15 248	97 953	12 441
2007	82 667	61 245	898 000	78 043	59 829	76 902	197 452	15 585	100 700	12 174
2008	82 765	62 657	914 000	81 880	61 783	78 857	197 929	15 924	103 959	12 090
2009	84 514	63 622	935 000	86 199	62 272	81 238	200 280	16 370	107 303	10 484
2010	84 796	64 385	943 000	87 826	62 088	82 939	200 769	16 771	114 575	10 514
2011	84 328	65 248	953 000	89 206	61 915	84 664	200 850	17 107	119 992	10 206
2012	84 688	66 001	962 000	91 222	62 742	86 764	-	16 794	124 534	9 887
2013	84 045	66 701	995 000	92 756	63 589	89 966	200 587	17 133	128 693	9 831
2014	83 492	68 338	1 016 000	94 252	63 289	91 533	199 188	17 650	132 307	9 619
2015	84 450	69 516	1 033 000	96 051	63 673	93 222	197 381	18 122	137 306	9 263
2016	85 304	69 768	1 058 000		63 158		195 838	19 933	142 522	9 086
2000- 2016	9 %	22 %	29 %	45 %	17 %	69 %	3 %	46 %	71 %	-16 %

Zroj: Spracované podľa dát OECD

Na porovnanie, v Južnej Kórei v roku 2017 bolo 691 sestier na 100 000 obyvateľov, 520 v roku 2013 a v roku 2000 to bolo 298 (OECD, 2017), čo predstavuje viac ako 130 % nárast medzi rokmi 2000 – 2017. V Singapure bol počet sestier v roku 2000 410, v roku 2013 670 a v roku 2017 740, pričom opäť ide o veľký nárast medzi rokmi 2000 a 2017, 80 %.

Zaujímavý nárast v počte sestier je pozorovateľný aj v Európe. Napríklad Nórsko a Švajčiarsko sú krajiny, kde sa celkový počet sestier zvýšil od roku 2000 do 2016 o viac než 69 %. V prepočte teda možno hovoriť o viac než 1 700 sestrách na 100 000 obyvateľov v týchto krajinách.

Rozdielnosť v riadení ponuky a dopytu v jednotlivých krajinách možno vidieť aj na príklade Nórska a Švajčiarska, ktoré sú obe charakteristické pre vysoký počet sestier. Zatiaľ čo v Nórsku je 9,1 % sestier vzdelaných v zahraničí, vo Švajčiarsku je to výraznejší podiel – 18,7 %.

K výraznému problému s ubúdajúcim počtom sestier na Slovensku prispieva aj skutočnosť, že množstvo sestier odchádza zo Slovenska vykonávať nekvalifikovanú prácu. A to napríklad vo forme poskytovania starostlivosti pre dlhodobo chorých prostredníctvom súkromného sektora predovšetkým v Rakúsku či Nemecku. Jedným z výrazných motivátorov na odchod či dochádzanie do zahraničia sú platové podmienky, ktoré sú výrazne lepšie ako na Slovensku, sú to však aj zlé pracovné podmienky, veľa služieb, nadčasová práca a pod., uvádza prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Iveta Lazorová (Lazorová, 2017). Podľa Anny Ghannamovej, predsedníčky Asociácie poskytovateľov sociálnych služieb v SR, možno hovoriť o celkovom počte 23 000 slovenských opatrovateliek a sestier v Rakúsku. Pritom tento počet je stále nižší, než je celkový nedostatok týchto povolání na Slovensku. Okrem platových podmienok taktiež spomína ako motivátory odchodu do zahraničia vyššie prídavky na dieťa, vyšší dorovnávací dôchodok i pracovné podmienky (Ghannamová, 2019). Pre zlepšenie pracovných podmienok pre sestry na Slovensku je dôležité brať do úvahy aj význam komunikácie v rámci pracovných úloh, a to najmä v interakcii s lekármi. Efektívna komunikácia nielen v súkromnom sektore, ale aj vo verejnom sektore vplýva na kvalitu práce a výsledky organizácie (Stacho a kol.,

2019). Na podporu efektívnej komunikácie je možné využiť aj nové technologické trendy, ktoré sú postupne úspešne implementované v zahraničí.

Tabuľka 1.12 Perc. podiel sestier vzdelaných v domácej krajine vs. v zahraničí

	Vzdelané v domácej krajine	Vzdelané v zahraničí
Belgicko (2016)	96,6	3,4
Dánsko (2014)	98,8	1,2
Fínsko (2014)	98,2	1,8
Nemecko (2015)	92,8	7,2
Taliansko	94,6	5,4
Holandsko (2014)	99,9	0,1
Nórsko (2015)	90,9	9,1
Španielsko (2011)	97,9	2,1
Švédsko (2014)	97,2	2,8
Švajčiarsko (2012)	81,3	18,7
Veľká Británia	84,8	15,2

Zdroj: OECD, Deloitte 2017: Time to Care

1.5.3 Študenti všeobecného lekárstva

Študenti medicíny, ich počet, zameranie, ako aj vôľa zotrvať v praxi sú výraznými prediktormi situácie v dopyte a ponuke zdravotníckej pracovnej sily na Slovensku, ako aj v iných krajinách. Mnoho krajín preto aktívne uplatňuje politiky a iniciatívy na harmonizáciu stavu v počte a zameraní študentov. Mnoho krajín sa intenzívne zameriava na zvýšenie počtu študentov medicíny na pokrytie budúcich potrieb v krajine, ktoré sú ovplyvnené odchodom starnúceho podielu lekárov. Krajiny ako napríklad Veľká Británia zvýšili počet svojich absolventov medicíny na dvojnásobok od roku 2000 do 2013, Nórsko a Fínsko o 50 %, s cieľom zníženia závislosti od zahraničných lekárov.

Zvýšenie počtu študentov medicíny má efekt z dlhodobého hľadiska 7 – 10 rokov, pričom z krátkodobého hľadiska je možné obsadiť chýbajúce pozície zahraničnými lekármi (Chojnicki a kol., 2018). Tieto výsledky boli však dosiahnuté na vzorke 17 vyspelých krajín OECD, kde treba brať do úvahy, že podmienky pre retenciu lekárov sú často výrazne lepšie než v menej rozvinutých krajinách, a teda aj efekt navýšenia počtu študentov sa nemusí prejaviť tak, ako uvádzajú autori.

Na Slovensku sa počet absolventov medicíny v dlhodobom horizonte zvyšoval, avšak ide o celkový počet, ktorý je tvorený podielom domácich

i zahraničných študentov. Bližšie sa štatistikám venujeme v kapitole 4 od strany 117.

Z pohľadu aktuálne prijatých študentov (2019) je na lekárskej fakulte prijatých 220 študentov do programu v anglickom jazyku, z ktorých vyše 150 je z Nemecka a Rakúska. Dôvodom, prečo podiel prijímaných študentov do štúdia v anglickom jazyku a zo zahraničia je vysoký, je predovšetkým spoplatnené štúdium, ktoré pokrýva 42 % mzdových prostriedkov fakulty. Význam ekonomického hľadiska je alarmujúci, pretože podľa MUDr. Šteňa prakticky nikto z absolventov zo zahraničných študentov na Slovensku pri daných podmienkach nezostane. Ako východisko vidí vo zvýšení dotácií na domácich študentov podľa príkladu Českej republiky, kde bola dotácia zvýšená v prepočte o 3 milióny eur na jednu fakultu (v Českej republike je aktuálne 8 fakúlt). Výsledkom je teda vyššia motivácia prijímať vyšší podiel domácich študentov, a tak skutočná podpora domáceho zdravotníckeho systému (Šteňo J., 2019, rozhovor v RTVS). Je tiež alarmujúce, že príjmy lekárskeho fakúlt za zahraničných študentov predstavujú oveľa menej ako percento celkových príjmov zdravotníckeho sektora Slovenska.

V prípade počtu zubných lekárov sa Slovensko podľa štatistík Eurostatu umiestnilo na konci rebríčka v počte zubných lekárov na 100 000 obyvateľov. V tomto prípade opäť zohráva veľkú rolu počet absolventov, ktorých v roku 2019 bolo 105 na štyroch fakultách. Ako problémy identifikovala Slovenská komora zubných lekárov nedostatky v materiálovo-technologickom zabezpečení, ako aj personálnom (Slovenská komora zubných lekárov, tlačová správa, 7. 2. 2019). Podľa Eurostatu malo Slovensko v roku 2016 1,7 absolventa na 100 000 obyvateľov, v porovnaní s 3 v Českej republike, 2,5 v Poľsku, 3,6 v Maďarsku, 2,3 v Rakúsku či 6 v Litve (Eurostat).

1.6 Technologické trendy a zdravotníctvo

Zmeny v zdravotníctve sú ovplyvňované aj nástupom nových technológií ako umelá inteligencia, digitalizácia či robotizácia. 21. storočie v medicíne sa vyznačuje predovšetkým personalizovaným prístupom

k liečbe pacientov napríklad s ochoreniami ako rakovina alebo cukrovka (Mesko, 2017; Dassaue, 2013). Tento trend vytvára nové úlohy pre lekárov, ktoré sa odlišujú od historických prístupov masovej rovnakej liečby pacientov. Novým trendom spomínaným v odbornej literatúre je aj takzvaný e-pacient (Riggare, 2018), ktorý bude predstavovať prínos množstva informácií, ktoré môžu úroveň a kvalitu zdravotníctva zvýšiť a zefektívniť jeho fungovanie. Tento typ pacienta je zdravotne vzdelaný v zmysle svojej úlohy starostlivosti o svoje zdravie v digitálnom svete. Úlohou pacientov bude monitorovať svoje zdravie, zhromažďovať dáta o ňom a tieto potom poskytnúť lekárom tak, aby mohli robiť istú formu diagnostiky a liečby bez priameho kontaktu s pacientom (Mesko, Györffy, 2019). Elektronické nástroje majú taktiež potenciál zvýšiť dĺžku života pacientov (Kvedar a kol., 2014).

Jednou z nových technológií, v ktorých je veľký potenciál využitia v zdravotníctve, sú wearables alebo inteligentné prenosné zariadenia, ktoré môžeme mať na sebe, ako napríklad hodinky či náramky, ktoré sú schopné merať rôzne informácie súvisiace so zdravím, napríklad tlak, teplotu, fázy spánku, cukor v krvi a podobne (Steinhubl a kol., 2015). Informácie o zdravotnom stave a správaní osôb sú veľmi zaujímavé pre rôzne typy poisťovacích inštitúcií. Nemecká poisťovňa AOK Northeast zaviedla ponuku 50-eurového príspevku pre klientov na zakúpenie inteligentných (smart) hodínok s aplikáciou na meranie krokov, srdcového tepu, spálených kalórií a podobne. Súčasťou myšlienky zavedenia takéhoto príspevku je predpoklad, že takéto zariadenia budú motivovať klientov k sledovaniu a udržiavaniu svojho zdravia. Bonusový program AOK Northeast bol rozšírený na nepretržité odmeňovanie. Poistenec zbiera takzvané body za svoje aktivity a pri dosiahnutí istého počtu bodov môže dostať odmenu vo forme poukážok na dentálne ošetrovanie, hotovosť alebo môže túto odmenu využiť ako príspevok na charitu.

Keďže je to nová technológia, vynára sa množstvo otázok, na ktoré však ešte odpovede nie sú. V odbornej verejnosti sa diskutuje o morálnych problémoch súvisiacich s citlivými údajmi o osobách, ako aj morálnych problémoch súvisiacich so solidaritou vs. uprednostňovaním, ale aj o ekonomických aspektoch. Z tohto hľadiska sa diskutuje najmä o otázke,

či tí, ktorí sú finančne zvýhodňovaní za svoje aktivity, nie sú aj tí, ktorí predstavujú len malé náklady pre poisťovne, a teda, či tieto programy sú nákladovo efektívne (Arentz, Rehn 2016). V tomto prípade ide však viac o otázku prispôsobenia systémov poistenia využívaniu týchto moderných technologických nástrojov.

V USA nastal obrovský nárast v počte ľudí, ktorí využívajú inteligentné hodinky alebo náramky na monitorovanie svojho zdravia, pričom väčšina je ochotná poskytnúť dáta o svojom zdraví či už lekárom, sestram, alebo poisťovňam (Accenture, 2018). Tieto nástroje si môžu obstaráť jednotlivci sami alebo sú často aj súčasťou zamestnaneckých benefitov, pritom podľa štúdie PWC až dve tretiny ľudí či zamestnancov, ktorí dostali inteligentné hodinky alebo náramky, boli ochotní ich nosiť.

Význam využitia týchto nástrojov vyplýva aj z výsledkov WHO, ktoré hovoria, že až tretina dospelých svetovej populácie nedosahuje minimálnu týždennú hodnotu fyzickej aktivity odporúčanej WHO (Guthold a kol., 2018). Len samotná chôdza má preukázateľný vplyv na zdravie mladých aj starých ľudí, súvisiaci tiež so znížením kardiovaskulárnych ochorení a ochorení dýchacích ciest (Tudor-Locke a kol., 2011). V súvislosti s tým bol organizáciou WHO vytvorený akčný plán Global Action Plan on Physical Activity 2018 – 2030. Na nízku fyzickú aktivitu populácie reagovala aj medzinárodná poisťovňa Discovery (založená v Južnej Afrike), a to založením dvoch programov, Vitality Active Rewards a Vitality Active Rewards with Apple Watch. Rozdiel v týchto programoch je vo využití rôznych typov zariadení (Abraham, 2016).

1.7 Slovenské zdravotníctvo v súčasnosti

Švédská organizácia Health Consumer Powerhouse každoročne porovnáva európske zdravotné systémy prostredníctvom rebríčka EHCI (Euro Health Consumer Index). V porovnaní rokov 2018 a 2017 si Slovensko v rebríčku pohoršilo, pričom v roku 2018 sa nachádzalo na 17. mieste. Na prvých priečkach sa nachádzalo Švajčiarsko, Holandsko, Nórsko, Dánsko a Belgicko. Problémom na Slovensku bola hlavne dostupnosť špecialistov, ako aj liečenie niektorých chorôb, prevencia fajčenia či

pohybová aktivita. Naopak, dostupnosť všeobecných lekárov je na Slovensku veľmi dobrá aj v porovnaní s inými európskymi krajinami. Podľa NCZI je vo všetkých krajoch približne 35 – 40 všeobecných lekárov na 100 000 obyvateľov. Záverečná správa za revíziu výdavkov na zdravotníctvo z októbra 2018, naopak, hovorí o nedostatku všeobecných lekárov. V tomto kontexte sa nedostatok všeobecných lekárov môže vzťahovať skôr na vekovú štruktúru. Podiel lekárov nad 65 rokov je najvýraznejší (viac ako 40 %) práve v prípade všeobecných lekárov a napríklad pediatrov. V prípade špecialistov je táto veková štruktúra priaznivejšia. Možným problémom v budúcnosti môže byť znížený záujem absolventov o všeobecné lekárstvo, na Slovensku je to 9 % v porovnaní s EÚ, kde je to 17 % (Ministerstvo zdravotníctva SR).

Podľa údajov Ministerstva zdravotníctva SR na Slovensku chýba v súčasnosti 3 338 lekárov. Najviac chýba všeobecných lekárov, a to 441, rehabilitačných lekárov 329, vnútorné lekárstvo má nedostatok 263, všeobecné lekárstvo pre deti a dorast 181, paliatívna medicína 160 lekárov. Lekárov je nedostatok, pritom však dopyt po zdravotnej starostlivosti rastie, čo vedie k skracovaniu času stráveného s jedným pacientom. Podľa Asociácie súkromných lekárov SR dnes strávi pacient u všeobecného lekára v priemere 8 minút. Rovnako ako v prípade ambulancií, aj v nemocniciach sa skracuje čas pobytu pacientov. Výskum v rámci projektu Neujobs poukázal prostredníctvom klastrovej analýzy na podobnosť niektorých krajín v nemocničnej starostlivosti (počet prepustených z nemocnice, počet dní hospitalizácie), v prípade Slovenska možno hovoriť o podobnosti s Českou republikou, Rakúskom, Nemeckom, Maďarskom či Litvou (Radvanský, Dováľová, 2013). Cílené skracovanie pobytu pacienta v zdravotníckom zariadení pod vplyvom akútneho nedostatku zdravotníckeho personálu však nie je dlhodobo udržateľné a neprispieva ku kvalite zdravotnej starostlivosti.

Slovenská lekárska komora ďalej uvádza nedostatok takmer 2 000 lekárov v ambulantnej starostlivosti. Zároveň však v iných krajinách pracuje podľa odhadov vyše 4 000 slovenských lekárov, z toho najviac v Českej republike a Nemecku. V prípade sestier sa odhaduje nedostatok 15 000 (v krajinách EÚ pracuje priemerne 840 sestier na 100 000 obyva-

teľov, pričom na Slovensku je to 540, pri predpokladanom počte 800 sestier možno hovoriť o aktuálnom nedostatku 15 000 na Slovensku). Podľa riaditeľa kancelárie Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Milana Laurinca za 5 rokov bolo na Slovensku takmer 3 500 vyštudovaných sestier, ale do systému zdravotníctva vstúpilo len 58 % z tohto počtu. Ďalej uvádza, že predpokladaný počet sestier, ktoré sa okamžite zamestnali v zahraničí, je 1 200, pričom určitá časť sa po štúdiu neživí prácou v odbore. Okrem okolitých krajín je pre sestry zaujímavá aj Saudská Arábia (Laurinc, 2019).

Ako upozornila prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek (SKSaPA) Iveta Lazorová, sestier pod 35 rokov je na Slovensku aktuálne menej ako 15 % (Lazorová, 2019). Jeden zo spôsobov, ako zlepšiť pracovné podmienky sestrám, je vytvoriť sestrám prístup do elektronického zdravotníctva. Podľa generálneho riaditeľa Národného centra zdravotníckych informácií Petra Blaškoviša sú e-recept a e-zdravie populárne medzi pacientmi, pričom systém používa 66 % poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (Blaškoviš, 2019). Skutočnosť, že elektronizácia zdravotníctva ako nevyhnutná súčasť technologického pokroku sa na Slovensku implementuje a je pozitívne prijatá medzi verejnosťou, je veľmi dobrá. Technologické trendy umožňujú odstránenie časti administratívneho zaťaženia pre zdravotníckych pracovníkov, ako aj zefektívnenie chodu zdravotníckych zariadení. Podľa príkladu implementácie technológií do zdravotníctva však možno zhodnotiť, že ide o veľmi komplexnú záležitosť, pričom maximalizácia efektu bude závislá od mnohých zmien týkajúcich sa aj poisťovníctva, prevencie chorôb, zmeny kompetentností zdravotníckych pracovníkov, ako aj vytvorenia nových foriem zdravotnej starostlivosti. Tomuto by mohol napomôcť národný projekt Rozšírenie portfólia služieb a inovácia služieb elektronického zdravotníctva, realizovaný NCZI v rámci prioritnej osi 7 operačného programu Integrovaná infraštruktúra. Celková hodnota projektu predstavuje sumu 9 343 764,42 eura (Úrad vlády Slovenskej republiky).

Možným problémom pri implementácii nových systémov je podľa hovorca NCZI neochota zo strany lekárov. V tomto kontexte možno hovoriť predovšetkým o starších lekároch, ktorí majú častejšie odmietavý

prístup k využívaniu nových technológií a zmene svojich pracovných postupov. Napriek tomu je elektronické zdravotníctvo na Slovensku aktuálne implementované vo vyššej miere ako napríklad v Českej republike či Poľsku (Trend, 40/2019).

Vo vzťahu k významnému nedostatku sestier na Slovensku pristúpili niektoré inštitúcie k importu sestier zo zahraničia. Univerzitná nemocnica v Bratislave zamestnala 11 pracovníkov z Ukrajiny, pričom plánuje pokračovať v náboře aj v Srbsku. Podľa hovorkyne Univerzitetnej nemocnice Evy Kliskej išlo o cieľený nábor, pričom vyslaní pracovníci vycestovali do zahraničia s cieľom prilákať zahraničných zdravotníckych pracovníkov (SITA, 2019). Napriek tomu, že migrácia pracovníkov, či už v zdravotníctve alebo iných odboroch je prirodzeným javom v otvorených ekonomikách, nemožno import zahraničných zdravotníckych pracovníkov považovať za dlhodobé riešenie situácie na Slovensku. V tomto prípade ide predovšetkým o dôsledok výrazného nedostatku sestier, ktorý musí byť okamžite pokrytý pre zachovanie kvality zdravotníckej starostlivosti. Tento fakt opäť upozorňuje na dôležitosť zlepšenia predovšetkým pracovných podmienok a atraktivity povolania sestry na Slovensku tak, aby v dlhodobom horizonte dokázala krajina vytvoriť a udržať potrebný počet sestier.

V apríli 2018 nadobudla účinnosť nová vyhláška, ktorá rozširuje kompetencie sestrám. Slovenské sestry tak môžu podávať lieky proti bolesti a na zníženie teploty podľa dávkovania predpísaného lekárom, ako aj vyhodnocovať ich účinnosť, môžu taktiež aplikovať ďalšie vybrané lieky či odstraňovať stehy (Trend, 40/2019). Takáto novela na jednej strane odbremeňuje lekárov vzhľadom na možnosť delegovania niektorých úloh, avšak rozširuje pracovnú náplň sestier. Aby účinnosť takýchto zmien skutočne prispela ku kvalite a dostupnosti zdravotníckych služieb, je potrebné zabezpečiť dostatok sestier, ako aj ich pracovné podmienky. Bez takýchto zmien možno hovoriť len o presunutí časti pracovnej náplne na iného odborníka, nie o komplexnom riešení.

V prípade nedostatku lekárov vo vybraných špecializáciách reagovalo Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky vytvorením rezident-

ského štúdia. Cieľom takéhoto štúdia je zabezpečiť dostatočný počet lekárov vo vybraných odboroch, ako aj znížiť ich vekový priemer, pričom študent takéhoto štúdia má štúdium hradené a prechádza istou formou rekvalifikácie, resp. rozšírenia svojej odbornosti (najmä v prípade všeobecných lekárov, kde je cieľom rozšíriť ich kompetencie na poskytovanie širšej zdravotníckej starostlivosti). V roku 2019 Ministerstvo zdravotníctva SR vytvára 250 rezidentských miest, avšak celkovo počet záujemcov o tento program poklesol.

Ďalšou z pripravených a zatiaľ nerealizovaných zmien na Slovensku je stratifikácia nemocníc. Ústavné zdravotnícke zariadenia by sa mali rozdeliť na niekoľko typov podľa zamerania, zameranie na všeobecnú starostlivosť a špecializované pracoviská (Ministerstvo zdravotníctva SR). Cieľom je zvýšiť kvalitu poskytovanej starostlivosti tým, že budú pracoviská rozdelené, čo umožní uvoľnenie lôžok, ktoré môžu byť využité inak, prípadne sa predpokladá aj investovanie do nových technológií a zariadení s cieľom zlepšiť pracovné podmienky zdravotníckych pracovníkov. Návrh vychádza z rôznych štúdií napríklad z Rakúska a Nemecka, pričom povolenie na poskytovanie určitej špecializovanej starostlivosti bude pridelené na základe minimálneho počtu úkonov. Ako uvádza správa MZ SR, „podľa pôvodnej štúdie by nemocnica napríklad mohla predbežne vykonávať pôrody, iba ak ich ročný počet prevýši 640, výmenu bedrového kĺbu až od 190 operácií“. V rámci návrhu sa však komplexne nezohľadňuje ponuka zdravotníckych pracovníkov, ani jej možný budúci vývoj. Táto oblasť je však problematická, pretože kvôli nedostatku lekárov v niektorých oblastiach už dlhodobo funguje takzvaná živelná stratifikácia, a to vo forme zatvárania oddelení, nie kvôli nedostatočnému počtu úkonov, ale nedostatočnému počtu personálu, ktorý by tieto úkony vykonával. Je preto nevyhnutné v rámci politiky zlepšovania zdravotníckeho systému na Slovensku venovať vysokú pozornosť investovaniu do optimalizácie a rozvoja siete zdravotníckych pracovníkov, ktorí sú aktuálne výrazne motivovaní migrovať do zahraničia alebo v rámci regiónov z vidieckych oblastí do miest a zároveň je ich nedostatok. Podľa Petra Vísolajského, predsedu LOZ, problém financovania nemocníc vedie k netransparentnosti, čo sa týka skutočného nedostatku

pracovníkov, napríklad v prípade sestier, ktoré nie sú prijímané do nemocníc kvôli nedostatku zdrojov, čo následne vedie aj k obmedzeniu počtu prijatých sestier na štúdiu (Visolajský, 2018). Napriek netransparentnosti kritický nedostatok sestier je napríklad v malých nemocniciach v Žilinskom kraji (Lazovorá, 2018).

Efektívne financovanie rovnako ovplyvňuje vysoké školy, ktoré by vzhľadom k dopytu po zdravotníckych pracovníkoch mali prijímať vyšší počet študentov zo Slovenska a zároveň im poskytnúť kvalitné praktické vzdelanie, ktoré bude motivovať študentov, aby po ukončení štúdia vykonávali prax na Slovensku.

Pri pohľade na možné scenáre vývoja dopytu po zdravotníckej starostlivosti sa v rámci Európy predpokladá mierny nárast po zdravotníckej starostlivosti (Radvanský, 2014). Radvanský (2014) vo svojej štúdiu pracuje s dvomi možnými scenármi, a to statickým (pri nezmenených podmienkach) a dynamickým, s predpokladom znižovania potreby pre nemocničnú starostlivosť. V rámci Slovenska pri statickom scenári predpokladá zmenu v dopyte medzi rokmi 2010 a 2030 ako nárast o 20 %. Pričom v dynamickom scenári sa predpokladá pokles. V skutočnosti je množstvo faktorov, ktoré budúce scenáre môžu ovplyvniť, a to v kontexte využitia nových technológií, zmene a vzniku nových foriem zdravotníckej starostlivosti, zmene v prevencii chorôb a podobne.

V rokoch 2020 a 2021 zasiahla nielen Slovensko koronavírusová pandémia. V čase písania tejto monografie neboli k dispozícii novšie údaje o počtoch a demografických zmenách zamestnancov v sektore zdravotníctva. Predpokladáme však, že pandémia zvýraznila trendy, ktoré tu analyzujeme.

1.8 Záver kapitoly 1

Historicky sa počet lekárov neustále zvyšoval, rovnako ako sa rozširovali ich kompetencie a menil sa i spôsob výkonu práce nástupom nových technológií. Potreba zvyšovania počtu lekárov začala vznikať so zvyšovaním dopytu po zdravotníckych službách. Jedným z kľúčových faktorov, ktoré spôsobili tento dopyt, bolo starnutie populácie. Starnutie populácie

za začalo považovať za významný faktor až v neskoršom období po svetových vojnách, vzhľadom na to, že nedochádzalo k takému úbytku obyvateľstva spôsobeného vojnou a s tým súvisiacimi faktormi. Starnutie obyvateľstva a zvyšujúci sa priemerný vek dožitia viedli k vyššej potrebe lekárskej starostlivosti pre staršiu generáciu. Jednak vzniká potreba dostatočného počtu zdravotníckych pracovníkov, či už nemocničných, ambulantných alebo pracovníkov v dlhodobej starostlivosti, ale rovnako u staršej generácie vzniká špecifická potreba po vybraných odboroch. Ide najmä o chronické choroby – vysoký tlak, vysoký cholesterol, artritída, cukrovka, srdcové choroby, rakovina, demencia a podobne. Z pohľadu dlhodobej starostlivosti je vo vyspelých krajinách charakteristické, že sa zvyšuje dopyt po externých službách, čo aj v prípade Slovenska môže znamenať ešte väčšmi narastajúci dopyt po zariadeniach dlhodobej starostlivosti vzhľadom na to, že v súčasnosti je veľká časť starostlivosti uskutočňovaná rodinnými príslušníkmi.

Historický prehľad v zdravotníctve ukázal, že vyspelé krajiny už dlhodobo vytvárajú politiky s cieľom zabezpečiť dostatočnú a kvalitnú zdravotnú starostlivosť pre svoje obyvateľstvo aj s ohľadom na jeho starnutie a predlžovanie veku dožitia. Rôzne prognózy, ktoré boli historicky vytvorené, sa ukázali ako prekonané, a teda skutočný počet lekárov na 100 000 obyvateľov sa ukázal ako vyšší než predpokladaný. Sčasti vo vyspelých krajinách prispel k zvyšovaniu počtu lekárov aj podiel zahraničných lekárov, ktorí však boli cielene náborení tak, aby pokryli nedostatky, napríklad regionálne. V skutočnosti však takáto migrácia lekárov a zahraničných pracovníkov viedla k možným nedostatkom v domovských krajinách. Len málo krajín sa ukázalo ako cieľení vývozcovia lekárov a sestier. Krajina, ktorá je cieľným vývozcom zdravotníckych pracovníkov, však disponuje dostatočným množstvom absolventov tak, aby pokryla potreby domovskej krajiny. Preto významnú rolu pri zabezpečení kvalitného systému zdravotníctva zohráva schopnosť vytvoriť potrebné množstvo absolventov, ako aj zabezpečiť pracovné podmienky tak, aby vytvorili motiváciu absolventov ostať pracovať v domovskej krajine. Z mnohých výskumov však vyplynulo, že v krajinách, kde je nedostatok lekárov, sestier a iných zdravotníckych pracovníkov, sú podmienky neudržateľné a krajina je neschopná udržať a prilákať pracovníkov.

Náhrada domácej pracovnej sily za zahraničnú je považovaná za krátkodobé riešenie, ktoré pokrýva akútne nedostatky, avšak nie je systémovým riešením. V prípade Slovenska zohráva veľkú úlohu aj spôsob financovania vysokých škôl, ktoré vedie k naberaniu množstva zahraničných študentov, ktorí na Slovensku pracovať nezostávajú, a to vedie k nedostatočnému počtu slovenských študentov. Taktiež infraštruktúra, nové technológie, možnosti využitia znalostí a kompetencií a pracovné podmienky ovplyvňujú status quo na Slovensku. Dôkazom je aj množstvo lekárov, ktorí už momentálne pracujú v zahraničí ako napríklad v Českej republike, či množstvo sestier pracujúcich napríklad v Rakúsku, ktoré ani nie sú zamestnané v odbore, ktorý vyštudovali. Podľa poznatkov získaných z prehľadu literatúry budú v najbližšej dobe výrazne ohrozené vidiecke oblasti. Tam už prebieha prirodzená stratifikácia, a tak niektoré odbory vo vybraných oblastiach zanikajú a ostávajú len napríklad vo väčších mestách.

Slovensko, ktoré zaostáva v počte lekárov, sestier i zubných lekárov na 100 000 obyvateľov oproti ostatným krajinám Európy, je aktuálne v kľúčovom období, kde je nevyhnutné zmeniť systém tak, aby bolo možné pokryť aktuálny aj budúci dopyt po zdravotníckych pracovníkoch, ale aby bola zabezpečená aj kvalitná zdravotnícka starostlivosť. Zistenia a úspešné praktiky z iných krajín tak môžu slúžiť ako príklad, pričom však je dôležité brať do úvahy rozdielnosť systémov aj potrieb jednotlivých krajín, a nemožno predpokladať, že to, čo bolo úspešné v jednej krajine, bude rovnakým spôsobom aplikovateľné na Slovensko.

Významnú úlohu budú zohrávať nové technológie, ktoré jednak budú viesť k efektívnejšej zdravotnej starostlivosti aj z pohľadu samotného pacienta, telemedicína či poskytovanie informácií o zdravotnom stave prostredníctvom softvérov. Na druhej strane budú dôležitou súčasťou výkonu práce lekárov a sestier a budú nevyhnutne viesť k obmenám v obsahu aj spôsobe výkonu práce. V tomto kontexte zohrávajú sestry dôležitú úlohu, kde podľa vzoru iných krajín môžu prevziať viac zodpovedností a odbremeniť tak prácu lekárov. Opäť však nebude možné efektívne využiť tieto možnosti, ak nebude zabezpečený dostatočný počet lekárov a sestier pre potreby krajiny. Prehľad v danej oblasti o politikách

jednotlivých krajín ukázal, že najmä pozitívne impulzy, ako aj dostatočné investície viedli k zlepšeniam v zdravotníctve, k zvýšeniu počtu študentov a absolventov, ako aj k zlepšeniu schopnosti krajiny udržať si zdravotníckych pracovníkov. Z hľadiska dlhodobej udržateľnosti je pre Slovensko nevyhnutné podporiť tie odbory, ktoré budú významné a zlepšiť pracovné podmienky pre všetkých zdravotníckych pracovníkov aj prostredníctvom využitia nových technológií tak, aby bol dopyt po týchto službách pokrytý nielen v rozvinutých, ale aj v menej rozvinutých regiónoch.

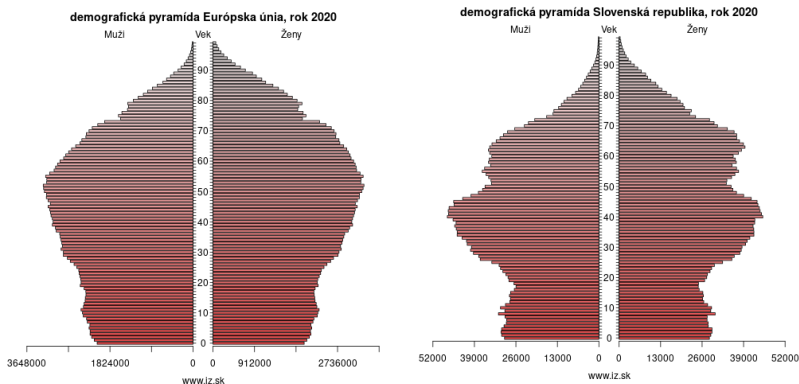
2 Demografický vývoj na Slovensku

Slovensko v súčasnosti prežíva výrazné demografické zmeny, najmä v oblasti starnutia populácie, teda rastúceho počtu a podielu ľudí vo vyšších vekových skupinách. Toto sa dotýka starnutia populácie (ako potenciálnych pacientov), ako i starnutia zamestnancov v sektore zdravotníctva.

V kapitole opisujeme tieto zmeny. Ich dôsledky sú kvantifikované v prognóze v kapitole 3.

2.1 Demografické trendy na Slovensku

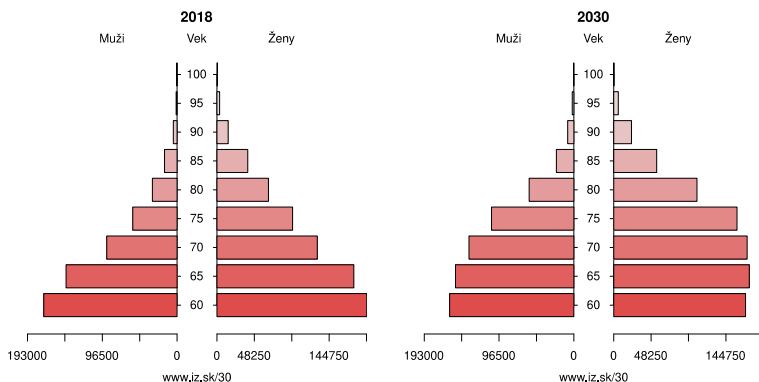
Populácia Slovenska starne, čo vidno aj zo zbežného pohľadu na demografické stromy.



Demografický strom EÚ a Slovenska v roku 2020, z údajov Eurostatu spracované na <http://iz.sk/RSK>

Rastúca skupina starších ľudí je viditeľná najmä vo vekovej kategórii nad 70 rokov, najmä žien.

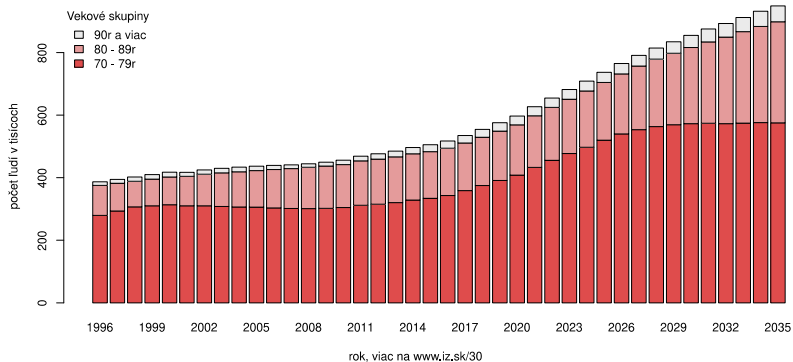
Veková štruktúra v SR



Veková štruktúra v roku 2018 a prognóza v roku 2030, spracované na <http://iz.sk/Sy92>

Dlhodobejší vývoj ukazuje zmeny, ktoré začali akcelerovať okolo roku 2014. Ako vidno, výrazne pribúda ľudí vo veku nad 70 rokov. Kým v roku 1996 ich bolo okolo 107-tisíc, v roku 2016 už 174-tisíc a do roku 2026 ich prognózujeme na 225-tisíc.

Demografický vývoj na Slovensku



Veková štruktúra 70+ na Slovensku od roku 1996 a prognóza do roku 2035, spracované na <http://iz.sk/Sy92>

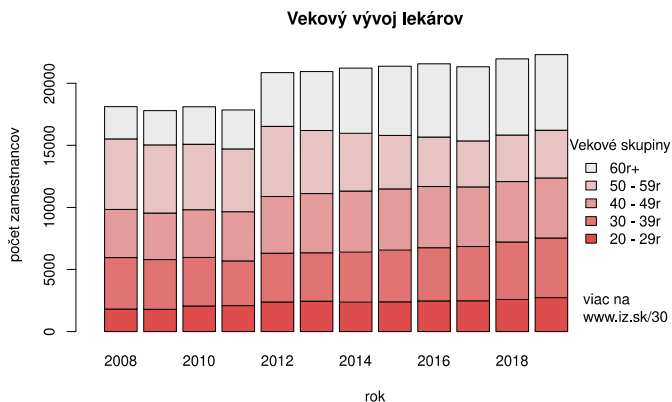
Sektor zdravotníctva ako i dlhodobej starostlivosti musí reagovať na starnutie populácie. Ako opisujeme v tretej kapitole, staršie

vekové kategórie častejšie využívajú služby zdravotníctva, ako i služby dlhodobej starostlivosti.

2.2 Zmena demografickej štruktúry zamestnancov v sektore zdravotníctva

Budúci vývoj počtu zamestnancov v sektore zdravotníctva je do veľkej miery definovaný súčasnou vekovou štruktúrou zamestnancov v sektore. Vekové zloženie jednotlivých zamestnaneckých skupín je rôznorodé. S týmito zmenami počítame v kapitole 3 ako s nahradzovacím dopytom.

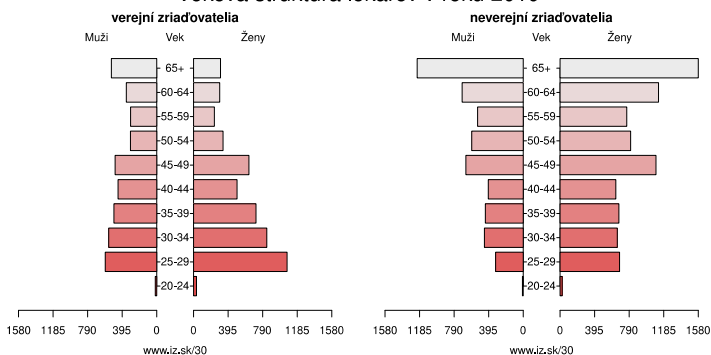
Vekový vývoj lekárov je charakterizovaný postupným nárastom počtu lekárov vo veku nad 60 rokov a poklesom počtu lekárov vo veku 50 – 59 rokov.



Spracované autormi na základe údajov NCZI, <http://iz.sk/30/vekovy-vyvoj-lekarov>

Z pohľadu štruktúry je viditeľné rozdelenie medzi verejnými a neverejnými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. U neverejných zriaďovateľov je výrazne vyšší podiel starších lekárov, u verejných prevažujú starší lekári a najmä mladšie lekárky.

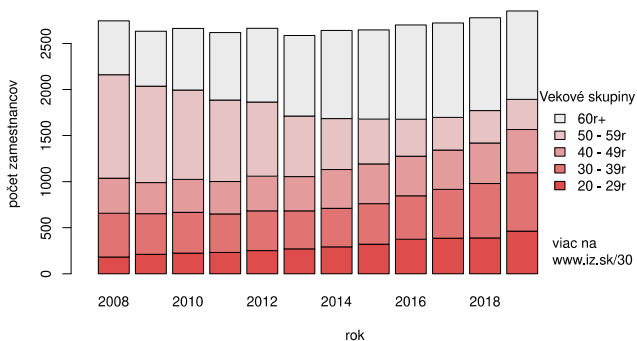
Veková štruktúra lekárov v roku 2019



Spracované autormi na základe údajov NCZI, dostupné na <http://iz.sk/Sy0u>

Pri pohľade na vývoj zubných lekárov, ako podskupiny lekárov, vidno výrazný nárast počtu lekárov nad 60 rokov veku, v posledných rokoch výrazný nárast zubných lekárov vo veku do 40 rokov a výrazný úbytok lekárov medzi 40 a 60 rokmi.

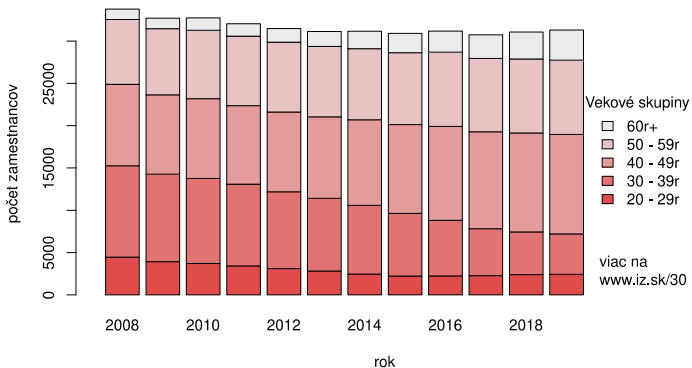
Vekový vývoj zubných lekárov



Spracované autormi na základe údajov NCZI, dostupné na <http://iz.sk/Swz6>

Dramatickejšia je situácia v prípade sestier. Popri tom, že ich počet kontinuálne klesá, mení sa aj ich veková štruktúra. Pribúda sestier nad 60 rokov, ale najmä výrazne ubúda sestier vo veku do 40 rokov. Kým v roku 2008 ich bolo 15 300, v roku 2019 iba 7 200, teda menej ako polovica.

Vekový vývoj sestier

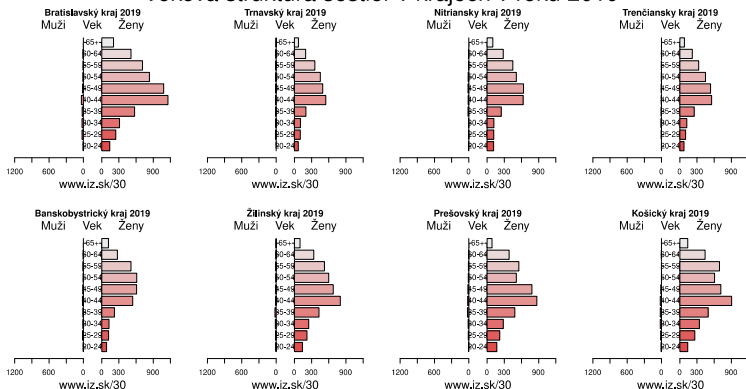


Spracované autormi na základe údajov NCZI, dostupné na <http://iz.sk/Swz5>

Pre ilustráciu prikladáme aj údaje o počte sestier podľa krajov. Vidno, že obdobná demografická štruktúra je v každom kraji. Ľavá strana nie sú chýbajúce údaje, ale počet mužov pracujúcich na pozícii sestry. V roku 2019 bolo z 31-tisíc sestier 30 647 žien a 662 mužov.

Najsilnejšie vekové kategórie sú sestry vo veku tesne nad 40 rokov.

Veková štruktúra sestier v krajoch v roku 2019



Spracované autormi na základe údajov NCZI, dostupné na <http://iz.sk/Sy90>

3 Dopyt po práci v sektore zdravotníctva a sociálnej starostlivosti

Sektor zdravotníctva a sociálnej starostlivosti na Slovensku je dlhodobo vnímaný ako jeden z problematických, a to nielen z hľadiska dostupnej infraštruktúry, ale aj z hľadiska vnímania nedostatku pracovných síl. Prehľad súčasného stavu (kapitola 1) ukazuje, že v niektorých povolaniach chýbajú stovky odborných pracovníkov. Predložená práca sa venuje analýze stavu a vývoja zamestnanosti v tomto sektore v kľúčových povolaniach (lekár, sestra), ako aj dlhodobej prognóze vývoja potrieb zamestnanosti v tomto sektore, teda dopytu po práci.

V tejto práci budeme vychádzať z individuálnych dát ISCP o zamestnanosti v sektore Q zbieraných u zamestnávateľov v SR prostredníctvom systému zisťovania spoločnosti Trexima.

Dopyt po pracovnej sile v zdravotníctve je podmienený rôznorodými faktormi, ako napríklad dopytom po zdravotných službách, zmenami v legislatíve, ekonomickým rastom, technologickým pokrokom a podobne. V tejto práci budeme uvažovať o vývoji zamestnanosti vplyvom odhadovaných zmien v dopyte po zdravotných službách. Na meranie zmien tohto dopytu existuje niekoľko vhodných prístupov (HWA, 2012):

- Prístup založený na vývoji potrieb – meria potrebu zdravotnej starostlivosti na základe zdravotného stavu obyvateľstva (využitím detailných informácií o výskyte jednotlivých diagnóz), a teda zohľadňuje aj tých, čo nevyhľadajú zdravotnú starostlivosť. Metóda teda dokáže odhadnúť skutočný dopyt po zdravotnej starostlivosti, teda dopyt neovplyvnený napríklad zníženou dostupnosťou zdravotnej starostlivosti v určitých regiónoch alebo vplyvom čakacích lehôt. Tento prístup je však analyticky náročný a vyžaduje množstvo nie vždy dostupných údajov.
- Utilizačná metóda – vychádza z analýzy aktuálneho dopytu, a je založená na pozorovaní aktuálnych faktorov dopytu. Využíva informáciu o aktuálnom využívaní jednotlivých typov zdravotnej starostlivosti podľa veku a pohlavia. Tento prístup využíva dáta, ktoré sú vo vše-

obecnosti k dispozícii. Limitáciou je, že nie vždy je možné identifikovať všetky zložky dopytu (hlavne pri domácej starostlivosti). Zmena dopytu sa zároveň vzťahuje na súčasný stav, teda odhad berie súčasný stav ako ten, ktorý je schopný plne uspokojiť dopyt po práci.

- Ekonom(etr)ický prístup – prepája dopyt po zdravotnej pracovnej sile s premennými, ktoré by mali prispievať k dopytu po zdravotných službách, ako napríklad vplyv príjmu domácností na dopyt po zdravotných a sociálnych službách. Tento prístup je pomerne ľahko aplikovateľný, ale dostatočne nezahŕňa informácie o štruktúre pracovnej sily v zdravotníctve. Ťažšie sa aplikuje v krajinách so silným verejným zdravotným poistením, ktorý dominantne limituje kapacitu zdravotných služieb a podlieha aj politickým rozhodnutiam.
- Benchmark – porovnáva hlavné indikátory o zdravotných službách s inými podobnými (alebo cieľovými) krajinami ako benchmark. Predpokladá sa, že táto hodnota predstavuje stav, ku ktorému by krajina mala smerovať (efektívny stav). Metóda vyžaduje minimálnu potrebu dát, avšak výsledky môžu byť významne skreslené vzhľadom na rozdiely v systémoch poskytovania starostlivosti (legislatíva, historický vývoj, prístup k rodine a pod.).

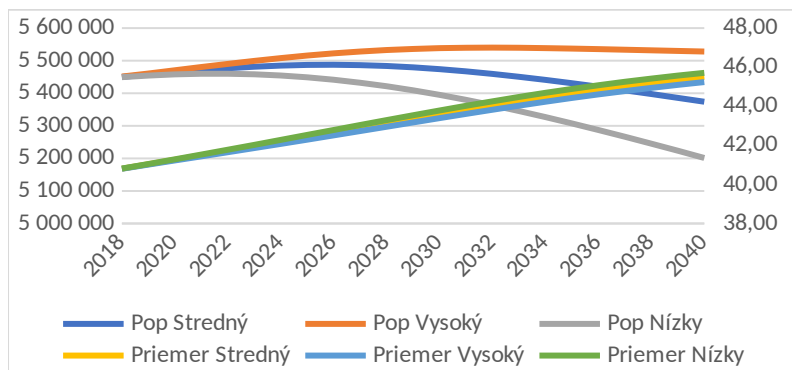
Predložená prognóza bude vychádzať z utilizačnej metódy, ktorá sa javí ako najvhodnejšia a zohľadňuje vývoj kľúčových indikátorov dopytu po službách v sektore Q.

3.1 Demografický vývoj

Medzi kľúčové determinanty vývoja dopytu po zdravotnej starostlivosti patrí demografický vývoj. Pre potreby projektu bude využitá aktuálna demografická prognóza vytvorená Výskumným demografickým centrom v roku 2019 (Šprocha a kol., 2019). Základný scenár bude vychádzať zo stredného variantu prognózy, vysoký a nízky scenár budú reflektovať horné a spodné ohraničenie prognózy. Z hľadiska počtu obyvateľov (graf 3.1) je možné identifikovať možný demografický vývoj SR vrátane vplyvu migrácie. Pri strednom scenári sa do roku 2040 očakáva pokles počtu obyvateľstva zhruba o 100-tisíc do roku 2040, pričom maximálny počet obyvateľov dosiahne SR okolo roku 2025. Nízky scenár očakáva výrazný

pokles obyvateľstva s prekročením hranice pod 5,4 milióna obyvateľov už v roku 2030.

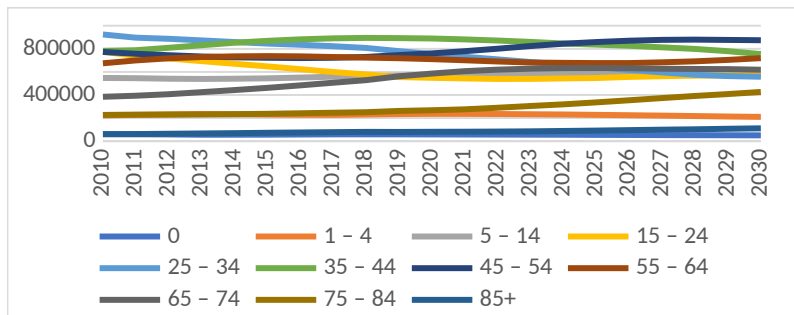
Graf 3.1 Očakávaný demografický vývoj SR a vývoj priemerného veku obyvateľstva pre tri prognózované scenáre



Zdroj: VDC (Šprocha a kol., 2019)

Vysoký scenár, naopak, ráta s nárastom pôrodnosti a migrácie s mier-
nym zvýšením počtu obyvateľov počas najbližšej dekády, avšak ani tento
scenár nedokáže zvrátiť očakávaný demografický pokles. Dobre to ilus-
truje aj očakávaný vývoj priemerného veku obyvateľstva, pričom Slove-
nsko bude jednou z najrýchlejšie starnúcich krajín v Európe. Zaujímavým
faktorom je, že ani jeden z týchto scenárov výrazne neovplyvní
priemerný vek obyvateľstva počas prognózovaného obdobia.

Graf 3.2 Očakávaný demografický vývoj vo vekových skupinách – stredný scenár



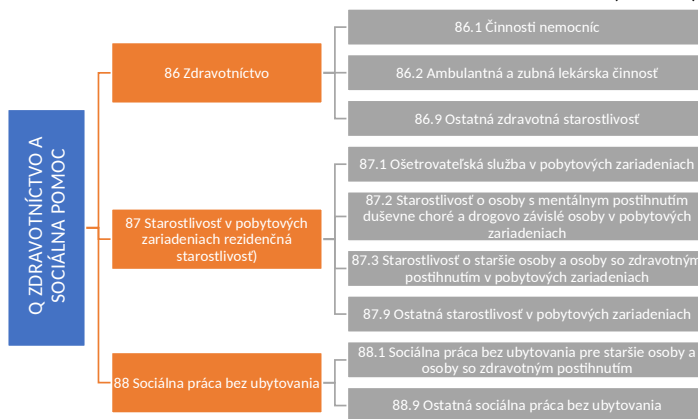
Zdroj: VDC (Šprocha a kol., 2019)

Z hľadiska dopytu po zdravotnej starostlivosti je práve veková štruktúra jeden z hlavných indikátorov dopytu. Starší ľudia majú výrazne vyšší dopyt po zdravotnej starostlivosti (okrem zubného lekárstva). Do roku 2030 môžeme očakávať najvýraznejší nárast v starších vekových skupinách, hlavne v skupine 75 – 84 rokov a 85+. Vo vekovej skupine nad 75 rokov je v tomto období očakávaný nárast o viac ako 70 % oproti súčasnému stavu.

3.2 Zamestnanosť v sektore zdravotnej a sociálnej pomoci

Z hľadiska členenia podľa ekonomických činností je sektor Q členený na tri hlavné úrovne. Z hľadiska zamestnanosti je kľúčový subsektor 86 zdravotníctvo, ktorý pokrýva väčšinu činností súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v nemocniciach, centier poskytujúcich zdravotnú dlhodobú aj dennú starostlivosť, ako aj poskytovanie ambulantly starostlivosti.

Schéma 3.1 Sektorová štruktúra v sektore zdravotníctva na tri úrovne (NACE 2)



Zdroj: Spracovanie podľa ŠÚSR

Sektor 87 zahŕňa poskytovanie starostlivosti spojenej buď s ošetrovaním, dohliadaním, alebo inými typmi starostlivosti s ubytovaním. Poskytovaná starostlivosť je zmesou zdravotníckych a sociálnych služieb, pričom zdravotnícke služby sú vo veľkej miere na úrovni ošetrovateľských

služieb. Sektor 88 predstavuje služby sociálnej a osobnej starostlivosti poskytované priamo v domácnostiach. Štruktúra kategórií z hľadiska činnosti je prehľadne zobrazená v schéme 3.1.

Indikovaný počet zamestnancov v tomto sektore sa výrazne líši podľa zdroja dát a tvorí pracovne náročný sektor s podielom viac ako 7 % na pracovnej sile SR. Národné účty indikujú zamestnanosť v sektore zdravotníctva a sociálnej starostlivosti (podľa ESA10) v roku 2018 na úrovni viac ako 130-tisíc zamestnancov, z toho cca 100-tisíc priamo v subsektore 86 – zdravotníctvo. Údaje o zamestnanosti podľa výberového zisťovania pracovných síl (VZPS) indikujú v roku 2018 celkovú zamestnanosť v sektore až na úrovni 200-tisíc zamestnancov, z toho 117-tisíc v subsektore zdravotníctva. Z pohľadu VZPS je možné identifikovať zlom práve v roku 2018, pričom dlhodobý priemer zamestnanosti v tomto subsektore vykazuje objemy zamestnancov mierne nad 100-tisíc. V tomto subsektore zároveň pracuje väčšina doktorov a sestier. Najspoľahlivejší údaj predstavuje evidenčný počet zamestnancov v zdravotníctve podľa údajov NZCI, ktorý bol v roku 2018 na úrovni 109-tisíc zamestnancov.

Tabuľka 3.1 Zamestnanosť v sektore zdravotníctva a sociálnej pomoci podľa metodiky ESA10

Zamestnanosť	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018
86	105 033	91 976	95 782	99 484	101 725	103 163	102 898
87	16 016	18 602	22 168	25 761	26 438	26 866	27 149
88	17 858	11 836	5 345	5 613	6 420	6 618	6 374
Spolu	138 907	122 414	123 295	130 858	134 583	136 647	136 421
Zamestnanci	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018
86	100 090	85 867	90 285	94 899	97 453	99 137	99 119
87	16 004	18 588	22 157	25 738	26 413	26 838	27 121
88	17 633	11 558	5 095	4 731	5 461	5 618	5 429
Spolu	133 727	116 013	117 537	125 368	129 327	131 593	131669

Zdroj: ŠÚSR

Významné rozdiely v zamestnanosti sú medzi metodikami ESA a VZPS indikované v sektore 87 – rezidenčná starostlivosť a hlavne 88 – sociálna práca bez ubytovania. Môže to byť spôsobené hlavne vysokým podielom opatrovateľov pracujúcich v zahraničí a pracovníkov bez formálneho

zamestnávateľa na Slovensku v opatrovateľskej službe zamestnávaných formou opatrovateľského príspevku.

Tabuľka 3.2 Zamestnanosť v sektore zdravotníctva a sociálnej pomoci podľa metodiky VZPS (tis. osôb)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
86	105,1	106,2	106,8	102,1	105,2	103,0	98,8	104,0	117,7
87	27,6	26,3	28,2	28,6	32,5	32,7	31,7	38,7	39,7
88	24,4	24,9	26,3	33,4	37,8	45,1	50,9	48,8	43,3
Spolu	157,1	157,5	161,3	164,1	175,5	180,7	181,4	191,4	200,7

Zdroj: Eurostat

Evidenčný počet zamestnancov z Národného centra zdravotníckych informácií (NCZI) poskytuje aj detailnú štruktúru zamestnancov podľa jednotlivých typov zdravotnej starostlivosti a povolání.

Tabuľka 3.3 Evidenčný počet pracovníkov v sektore zdravotníctva

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
86	108 097	105 743	105 397	104 312	105 382	106 682	107 896	107 729	109 332

Zdroj: NCZI

Dáta z Informačného systému o cene práce (ISCP) zbierané cez spoločnosť Trexima obsahujú detailnú informáciu o povolání v jednotlivých sektoroch sektora Q, hlavne pri väčších zamestnávateľoch.

Tabuľka 3.4 Vývoj počtu zamestnancov v sektore zdravotníctva a sociálnej pomoci

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
86	79 039	78 591	80 846	78 347	80 376	82 790	83 133	83 804	88 335
87	18 122	18 110	18 944	20 163	21 497	23 650	24 857	25 186	27 220
88	1 366	1 421	1 291	1 188	1 186	1 146	1 635	1 686	2 245
Spolu	98 527	98 122	101 081	99 698	103 059	107 586	109 625	110 676	117 800

Zdroj: ISCP, Trexima

3.3 Odhad vývoja štruktúry zamestnanosti v zdravotnej starostlivosti

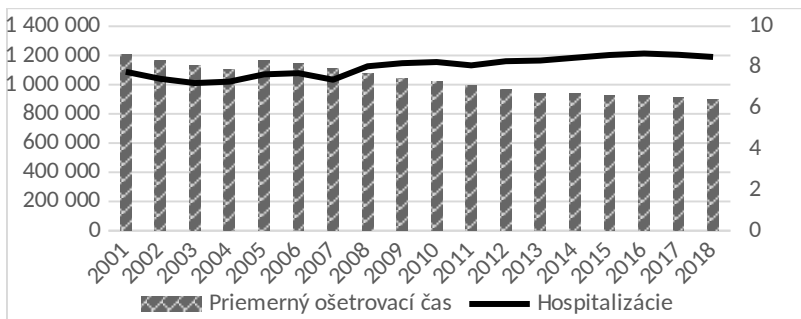
Na odhad vývoja dopytu po zdravotnej starostlivosti bude aplikovaná metóda utilizácie. Faktory utilizácie pre jednotlivé subsektory zdravotnej

starostlivosti sú mierne odlišné. Z tohto dôvodu bude sektor zdravotníctva ďalej rozčlenený na tretiu úroveň podľa sektorovej štruktúry NACE.

3.3.1 Činnosti nemocníc, sektor 86.1

Činnosti nemocníc zahŕňajú krátkodobé a dlhodobé všeobecné a špecializované nemocničné činnosti, služby záchranárov, zdravotných laboratórií, rádiologických služieb a pohotovostí. Zároveň do tejto kategórie patria aj doplnkové služby spojené s činnosťou nemocníc, teda napr. stravovacie služby v nemocniciach a podobne. Dopyt po nemocničnej starostlivosti je ovplyvnený dvomi základnými faktormi, počtom hospitalizácií a priemerným ošetrovacím časom. Vývoj celkového počtu hospitalizácií a ošetrovacieho času je zobrazený na grafe 3.3. Prognózou týchto ukazovateľov je možné vyčísliť očakávanú zmenu celkového počtu ošetrovacích dní, ktoré determinujú celkový dopyt po nemocničnej starostlivosti.

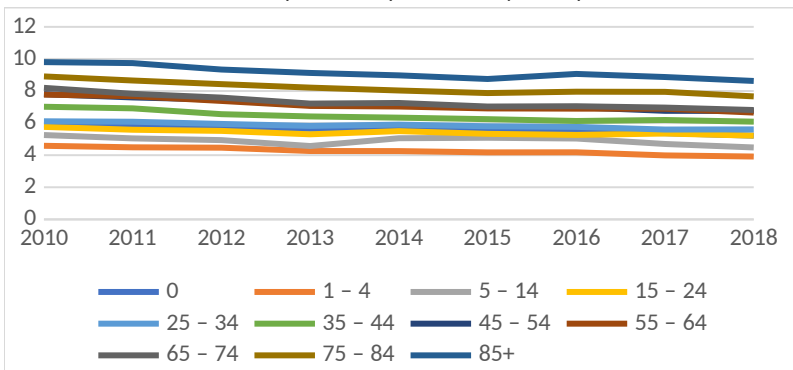
Graf 3.3 Vývoj priemerného ošetrovacieho času (v dňoch, pravá os) a celkového počtu hospitalizácií (počet, ľavá os)



Zdroj: NCZI

Pri prognóze celkového vývoja bola v prvom kroku identifikovaná celková zmena v priemernom ošetrovacom čase. Zmeny v počte ošetrovacích dní sú dané jednak technologickým pokrokom v medicíne, ktorý má vplyv na skrátenie ošetrovacieho času v niektorých prípadoch, zmenou prístupu k hospitalizáciám a pod. Tieto vplyvy nie sú predmetom tejto analýzy. Z hľadiska vplyvu na dĺžku ošetrovania je však dôležité, že k týmto zmenám dochádza obdobne vo všetkých vekových skupinách (graf 3.4).

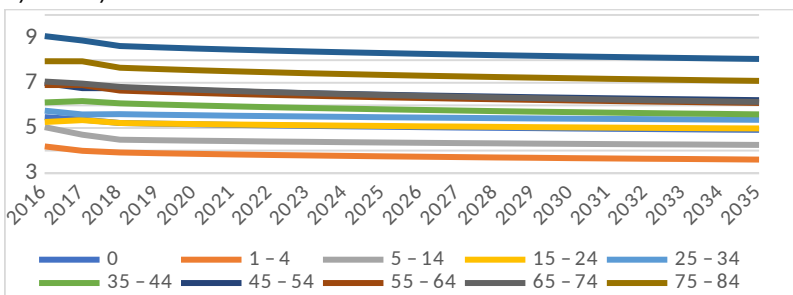
Graf 3.4 Priemerná dĺžka hospitalizácie podľa vekových skupín v dňoch



Zdroj: NCZI

Na prognózovanie klesajúceho trendu podľa dĺžky hospitalizácií počítame s log-lineárnou extrapoláciou aktuálneho poklesu (graf 3.5). Ide o relatívne konzervatívny prístup, ktorý ráta s postupnou elimináciou ďalšieho poklesu počtu ošetrovacích dní. Použitie lineárneho trendu by viedlo v dlhodobom horizonte k poklesu hospitalizácií na nulové hodnoty.

Graf 3.5 Prognóza vývoja dĺžky hospitalizácie podľa vekových skupín (v dňoch) - dynamický scenár



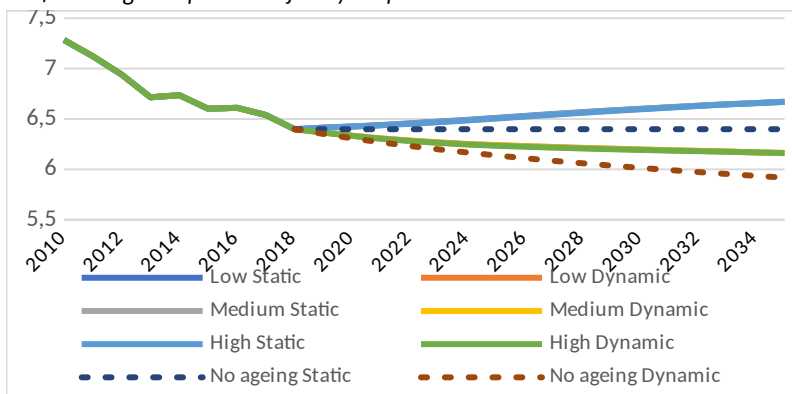
Zdroj: Vlastné výpočty

Aplikovaný prístup pre jednotlivé vekové skupiny indikuje priemerné zníženie dĺžky hospitalizácie do roku 2030 o 5 %, čo v prípade starších vekových skupín nad 55 rokov znamená zníženie priemernej dĺžky hospitalizácie o viac ako 0,5 dňa. Z hľadiska ďalšieho postupu budeme počítať s dvomi alternatívami - dynamickým scenárom s vyčísleným

poklesom a statickým scenárom, kde nepočítame s ďalším znižovaním dĺžky hospitalizácie.

Prognóza priemernej dĺžky hospitalizácie vychádza teda z dvoch faktorov, zo zmeny populácie a štruktúry vekových skupín na základe troch variantov demografickej prognózy, a dvoch prístupov k očakávanej dynamike dĺžky hospitalizácie podľa veku. Tieto predpoklady tvoria šesť variantov prognózy, ktoré budeme identifikovať z hľadiska dopytu po nemocničnej starostlivosti. Pri pohľade na graf 3.6 zobrazujúci prognózu priemernej dĺžky hospitalizácie môžeme vidieť, že napriek rozdielnemu celkovému demografickému vývoju majú jednotlivé vekové skupiny podobnú váhu vo všetkých troch demografických prognózach. To spôsobuje, že statický aj dynamický scenár je pre všetky scenáre takmer totožný. Pre porovnanie sú v grafe zobrazené aj dva scenáre bez demografického vývoja, teda so zachovaním vekovej štruktúry z roku 2018 (zobrazené prerušovanou čiarou). Pri dynamickom scenári je jasný výraznejší pokles priemernej dĺžky hospitalizácie (viac v súlade so súčasným trendom), a pri statickom scenári je hodnota priemernej dĺžky hospitalizácie nezmenená. Z tohto dôvodu môžeme tvrdiť, že očakávaný technologický pokrok, ktorý by mal vplývať na pokles dĺžky hospitalizácie, bude sčasti eliminovaný starnutím obyvateľstva, teda nárastom počtu obyvateľov v starších vekových skupinách s dlhšou priemernou dĺžkou hospitalizácie.

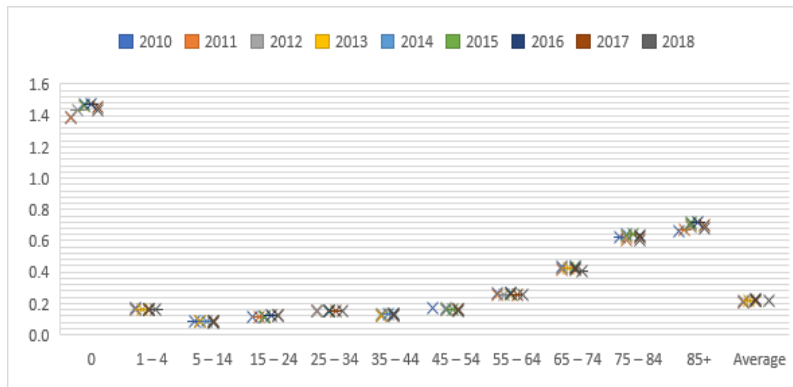
Graf 3.6 Prognóza priemernej dĺžky hospitalizácie



Zdroj: Vlastné výpočty

Pri vývoji podielu počtu hospitalizácií na osobu v individuálnych vekových skupinách nie je možné identifikovať zníženie v žiadnej vekovej skupine. V tomto prípade je z hľadiska prognózy očakávaný stabilný podiel na základe posledného pozorovaného stavu (graf 3.7). Z pohľadu starnúcej populácie je potrebné vnímať prudké zvýšenie počtu hospitalizácií v starších vekových skupinách nad 55 rokov. Vysoký podiel hospitalizácií v prvej vekovej skupine (až na výnimky každé dieťa je hospitalizované aspoň raz pri pôrode) je spôsobený hospitalizáciou pri pôrode a chorobami novorodencov s potrebnou hospitalizáciou.

Graf 3.7 Vývoj počtu hospitalizácií na obyvateľa vo vybraných vekových skupinách

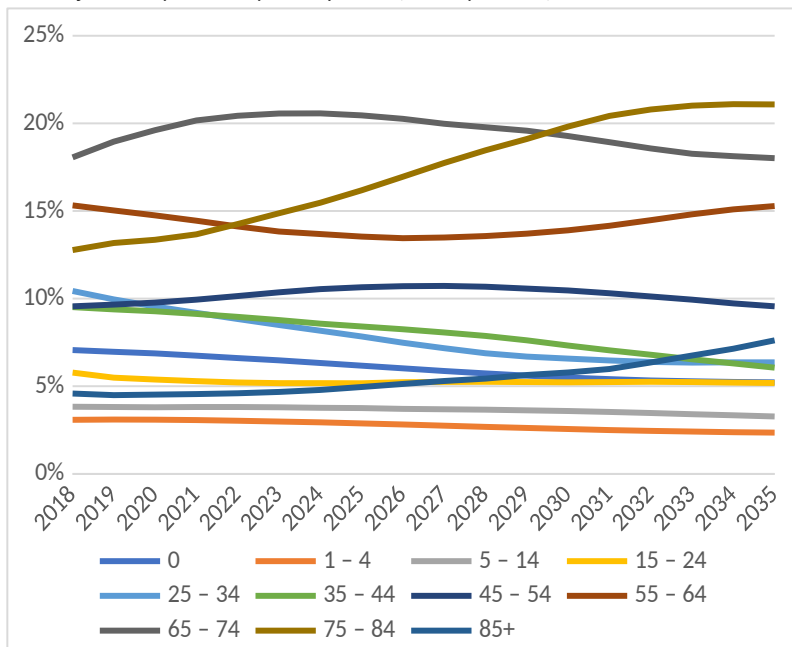


Zdroj: NCZI

Napriek tomu, že najvyšší počet obyvateľov na Slovensku bude v stredných vekových skupinách, celkový počet hospitalizácií v starších vekových skupinách bude výrazne narastať. V najbližšom období bude pätina hospitalizácií tvorená vekovou skupinou 65 až 74 rokov.

V priebehu najbližších desiatich rokov môžeme očakávať, že majoritný počet hospitalizácií sa presunie do vekovej skupiny 75 až 84-ročných. Kým v súčasnosti tvorí podiel hospitalizácií starších vo vekovej skupine nad 55 rokov približne polovicu všetkých hospitalizácií, v priebehu najbližších desiatich rokov vzrastie tento pomer až na 60 % (graf 3.8).

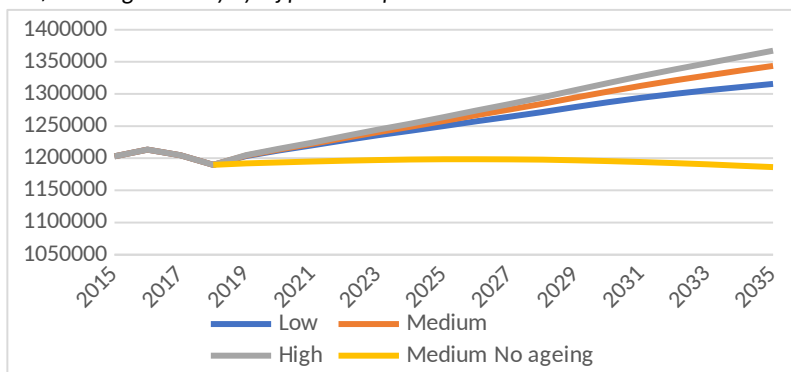
Graf 3.8 Prognóza zmeny podielu hospitalizácií na celkovom počte vplyvom starnutia v jednotlivých vekových skupinách (stredný scenár)



Zdroj: Vlastné výpočty

Napriek rozdielnym demografickým predpokladom nie je celkový počet hospitalizácií v jednotlivých scenároch až taký odlišný. Hlavným faktorom bude totiž celkové starnutie obyvateľstva, a ani iné predpoklady o migrácii a pôrodnosti výrazne nezmenia očakávané počty starších obyvateľov v SR. Z tohto dôvodu môžeme očakávať výrazný nárast celkového počtu hospitalizácií pri všetkých demografických scenároch. Na porovnanie uvádzame hypotetický scenár pri strednom vývoji populácie bez efektu starnutia. V tomto prípade by nedochádzalo k nárastu hospitalizácií, pričom vplyvom úbytku populácie by dokonca došlo k miernemu poklesu hospitalizácií ku koncu obdobia.

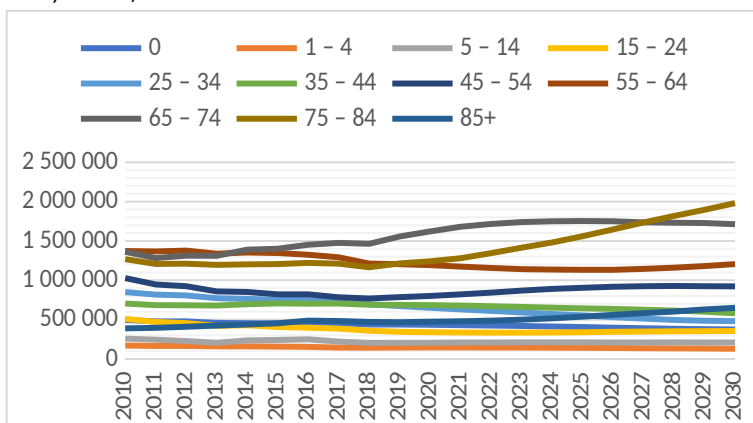
Graf 3.9 Prognózaný vývoj počtu hospitalizácií



Zdroj: Vlastné výpočty

Na základe predpokladaného vývoja počtu obyvateľov, dĺžky a počtu hospitalizácií je možné pre každú vekovú skupinu identifikovať počet celkových ošetrovacích dní v nemocniciach. Základný statický scenár je zobrazený na grafe 3.10. V statickom scenári (teda bez zmeny počtu ošetrovacích dní pri strednom demografickom vývoji) celkový počet hospitalizácií vo vekovej skupine nad 75 rokov vzrastie z 20 % v roku 2018 na takmer tretinu všetkých ošetrovacích dní.

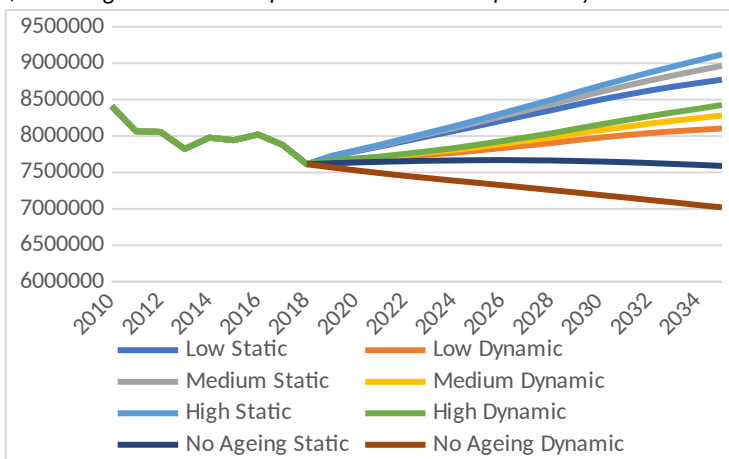
Graf 3.10 Prognóza vývoja počtu ošetrovacích dní podľa vekových skupín (stredný statický scenár)



Zdroj: Vlastné výpočty

Pokiaľ zhodnotíme všetky scenáre, pri všetkých scenároch (teda aj pri znížení dĺžky hospitalizácie vplyvom technologického pokroku v liečení pacientov) môžeme očakávať výrazný nárast celkového počtu ošetrovacích dní, a to predovšetkým vplyvom starnutia.

Graf 3.11 Prognóza celkového počtu ošetrovacích dní pre všetky scenáre



Zdroj: Vlastné výpočty

Pre ilustráciu uvádzame dva scenáre (statický a dynamický) vychádzajúce zo stredného scenára bez efektu starnutia, teda stabilného podielu vekových skupín v populácii. Pri statickom scenári by došlo k stabilizácii a miernemu poklesu počtu ošetrovacích dní vplyvom poklesu populácie, pri dynamickom scenári je tento efekt znásobený poklesom dĺžky hospitalizácií.

Z hľadiska očakávanej zmeny dopytu po nemocničnej starostlivosti môžeme teda pri najpravdepodobnejšom strednom scenári demografického vývoja očakávať do roku 2030 jeho nárast o 6 až 13 percent oproti súčasnému stavu. Pri zahrnutí všetkých alternatív sa celkový očakávaný nárast pohybuje v rozmedzí 5 až 14 %.

Pri prognózovaní celkového dopytu po nemocničnej starostlivosti sme teda predstavili šesť uvažovaných scenárov, pričom hlavným zdrojom zmien je demografický vývoj.

Tabuľka 3.5 Prognóza zmeny dopytu po nemocničnej zdravotnej starostlivosti k základnému roku 2018

		Zmena			
		2020	2025	2030	2035
Nízky	Statický	2,3 %	6,9 %	11,6 %	15,3 %
	Dynamický	0,9 %	2,5 %	4,8 %	6,5 %
Stredný	Statický	2,4 %	7,6 %	13,0 %	17,8 %
	Dynamický	1,0 %	3,1 %	6,1 %	8,8 %
Vysoký	Statický	2,5 %	8,0 %	14,1 %	19,8 %
	Dynamický	1,0 %	3,5 %	7,2 %	10,7 %
Bez starnutia	Statický	0,3 %	0,7 %	0,5 %	-0,3 %
	Dynamický	-1,1 %	-3,4 %	-5,5 %	-7,8 %

Zdroj: Vlastné výpočty

3.3.2 Ambulantná a zubná lekárska činnosť – 86.2

Druhým subsektorom s vysokým podielom lekárov a sestier je ambulantná zdravotná starostlivosť. Z hľadiska intenzity využívania (utilizácie) práce v tomto subsektore je vhodné ďalej rozčleniť tieto činnosti v štruktúre NACE na 4 desatinné miesta, teda na všeobecnú lekársku prax, špecializovanú lekársku prax a zubné lekárstvo (schéma 3.2).

Schéma 3.2 Členenie subsektora Ambulantná a zubná lekárska činnosť podľa NACE rev. 2



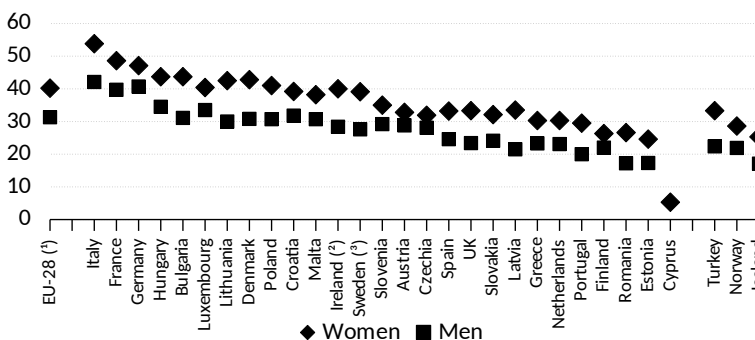
Zdroj: Spracovanie podľa ŠÚSR

Vo všetkých týchto prvkoch ambulantnej praxe môžeme očakávať inú mieru využitia. Kým zubné lekárstvo je relatívne špecifické s jasným záberom, činnosti všeobecnej a špecializovanej lekárskej praxe môžu byť výrazne ovplyvnené regulačným a lekárskeým rámcom. Inak povedané, ide o objem starostlivosti a úkonov, ktoré môžu byť poskytované už u všeobecného lekára, prípadne špecifickou povinnosťou získať výmenný lístok pred vyšetrením u špecialistu. Pri analýze návštevnosti jednotlivých typov ambulantnej starostlivosti vychádzame z dát NCZI a európskeho štatistického zisťovania EHIS.

3.3.2.1 Činnosti všeobecnej lekárskej praxe – 86.21

Činnosti v tomto subsektore tvoria lekárske konzultácie a vyšetrenia v oblasti všeobecnými lekármi a pediatriami, všeobecná ambulantná starostlivosť (na Slovensku všeobecne vnímané ako obvodní lekári). Napriek potrebe výmenného poukazu pri návšteve špecialistu dochádza na Slovensku v porovnaní s ostatnými európskymi krajinami k nižšiemu počtu návštev u všeobecného lekára, ako je európsky priemer. Vzhľadom na tento nižší podiel by sme pri harmonizácii systémov mohli očakávať mierne navýšenie odhadovaného počtu návštev. Na druhej strane, pri špecifikách slovenského systému by zrušenie povinnosti výmenného poukazu viedlo k opačnej zmene.

Graf 3.12 Subjektívne hlásené konzultácie – podiel ľudí, ktorí navštívili všeobecného lekára počas posledného mesiaca, podľa pohlavia, 2014



Zdroj: Eurostat, EHIS

3.3.2.2 Ambulantná činnosť – Všeobecné ambulancie pre dospelých

Vzhľadom na štruktúru zisťovania početnosti návštev v dotazníku EHIS, kde sa uvažujú len osoby s vekom nad 15 rokov, bude v ďalšej analýze rozdelený dopyt po všeobecných lekároch (ambulanciách) pre dospelých a všeobecných lekároch pre deti a dorast (pediatroch).

Tabuľka 3.6 Subjektívne hlásené konzultácie – podiel ľudí, ktorí navštívili všeobecného lekára počas posledného mesiaca

Vek \ Počet kontaktov	žiaden	1 kontakt	2 kontakty	3 a viac
Celkovo	71,7	21,5	5,5	1,3
15 - 24	85,6	10,4	3,3	0,6
25 - 34	83,5	12,4	3,5	0,7
35 - 44	82,4	13,5	3,3	0,8
45 - 54	70,2	22,3	5,7	1,9
55 - 64	60,9	31,3	6,1	1,8
65 - 74	48,1	40,0	9,6	2,3
75+	43,4	40,0	14,3	2,3

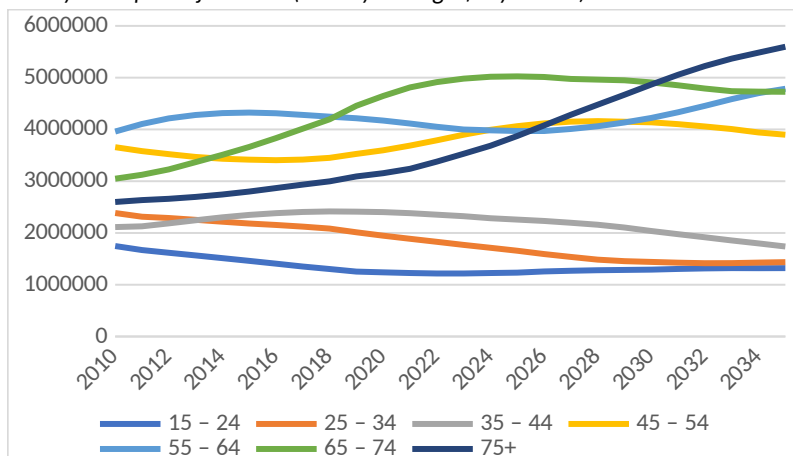
Zdroj: EHIS

Z hľadiska odhadu celkového počtu návštev podľa vekových skupín analýza vychádza z dát z kola 2014 (tabuľka 3.6), pričom predchádzajúce analýzy boli založené na zisťovaní v roku 2008. Vzhľadom na obmedzené informácie v čase je veľmi problematické identifikovať detailnejšie trendy, napriek tomu už z informácií o počte hospitalizácií je zrejmé, že vekový efekt by mal byť najvýraznejším faktorom.

Na základe informácií o počte kontaktov podľa vekových skupín a prognóze demografického vývoja je možné odhadnúť očakávaný počet návštev v ambulanciách všeobecného lekára. Pri porovnaní údajov o počte návštev z NCZI a odhadom na základe incidencie návštev je miera presnosti takto vypočítaných dát na úrovni mierne pod 90 %, čo je však dôležitejšie, nie je možné potvrdiť štatisticky významný rozdiel v trendovej zložke. Z tohto dôvodu môžeme pokladať očakávaný vývoj návštevnosti za relevantný. V prípade ambulantnej starostlivosti je možné identifikovať len mieru návštev populácie vo vekovej skupine nad 75 rokov. Z hľadiska vývoja zdravotného stavu a očakávaného počtu nárastu náv-

štev je však možné spolu s výrazným zvýšením počtu obyvateľov vo vekovej skupine nad 85 rokov považovať prognózovaný počet ako konzervatívny, a to i v prípade očakávaného zníženia chorobnosti smerom k vyšším vekovým skupinám vplyvom predĺženia doby života v zdraví. Vo vekovej skupine 15 – 24 rokov zároveň dochádza k presunu populácie z ošetrovania v pediatrickej ambulancii smerom k všeobecnému lekárovi pre dospelých.

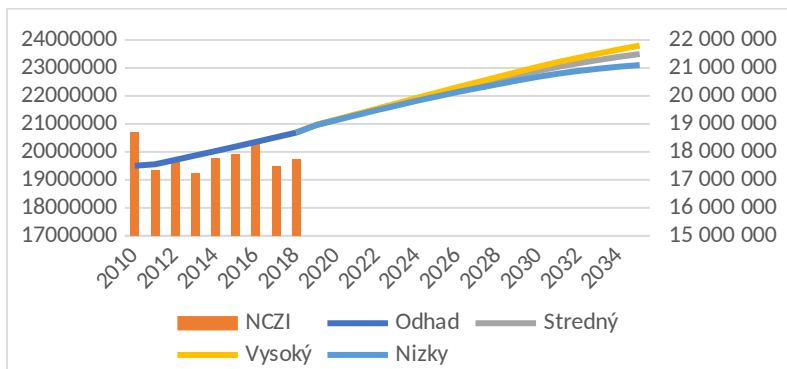
Graf 3.13 Odhadovaný celkový počet návštev u všeobecného lekára podľa vekových skupín za jeden rok (stredný demografický scenár)



Zdroj: Vlastné výpočty

Obdobne ako pri odhade počtu hospitalizácií je hlavným faktorom očakávanej zmeny dopytu (utilizácie) po kontaktoch vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti starnutie obyvateľstva. Vzhľadom na dostupné ukazovatele sa v prípade ambulantnej starostlivosti počíta len so statickým scenárom so stabilným počtom kontaktov v jednotlivých vekových skupinách, čo čiastočne kompenzuje diskutovaný očakávaný zvýšený počet návštev v agregovanej vekovej skupine nad 75 rokov. Na grafe 3.14 vidieť, že demografické scenáre majú len mierny vplyv na očakávaný počet návštev a hlavným determinantom je relatívne stabilný odhad starnejšej populácie na Slovensku. Na porovnanie uvádzame porovnanie modelových výstupov s počtom návštev z evidencie NCZI.

Graf 3.14 Prognóza počtu návštev u všeobecného lekára vo vekových skupinách nad 25 rokov



Zdroj: Vlastné výpočty, NCZI

3.3.2.3 Pediatrická ambulatná činnosť

Ako bolo uvedené v predchádzajúcej časti, informácie zo zisťovania EHIS pokrývajú len informácie o dospeljej populácii. Keďže jedným z hlavných determinantov demografických prognóz je zmena vývoja pôrodnosti, je do analýzy potrebné začleniť aj predpokladaný dopad demografického vývoja na dopyt po pediatrickej ambulatnej starostlivosti, v ktorej podľa evidencie pracuje viac ako 1 000 lekárov. Z pohľadu nižších vekových skupín máme k dispozícii informácie z evidencie NCZI o počte návštev u pediaterov (tabuľka 3.7). Trendová zložka početnosti návštev nie je ani v tomto prípade jednoznačná, preto uvažujeme o fixných pomeroch návštevnosti na základe posledného dostupného pozorovania.

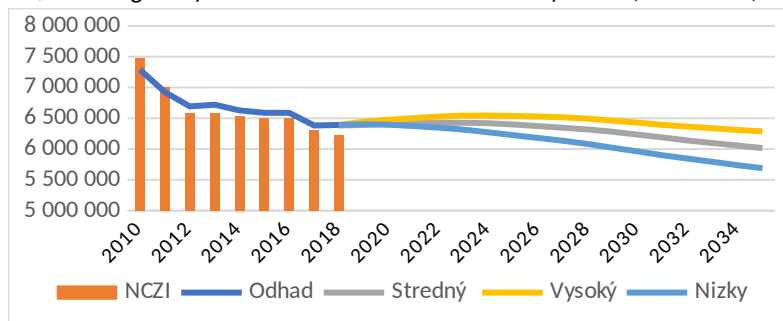
Tabuľka 3.7 Návštevy na osobu za rok vo všeobecnej ambulancii pre deti podľa vekových skupín (pediater)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
0	18,9	19,8	18,4	20,4	20,0	19,5	19,0	18,9
1 - 5	8,7	8,2	7,7	7,9	7,9	7,9	7,7	7,6
6 - 14	5,4	5,2	4,9	5,2	4,9	5,0	5,0	5,0
15 - 18	5,3	5,1	4,9	4,8	4,7	4,8	4,9	4,8
19 - 26	2,7	2,4	2,2	2,3	2,4	2,4	2,5	2,5

Zdroj: NCZI

Z dlhodobého hľadiska môžeme vo všetkých uvažovaných scenároch predpokladať pokles dopytu po pediatickej ambulantnej starostlivosti vplyvom poklesu počtu populácie v najnižších vekových skupinách jednak vplyvom nízkej miery pôrodnosti, ktorá nezabezpečuje prirodzenú reprodukciu obyvateľstva, ako aj postupného znižovania počtu žien vo fertilyných populačných ročníkoch (pozri demografickú prognózu). Zároveň sú odhadované rozdiely v prognózach dopytu pre jednotlivé demografické scenáre výraznejšie ako u starnúcej populácie. Prognóza dopytu po pediatickej ambulantnej starostlivosti je zároveň najpresnejšia pri porovnaní s administratívnymi dátami NCZI (graf 3.15).

Graf 3.15 Prognóza počtu návštev u všeobecného lekára pre deti (vek do 25 r.)



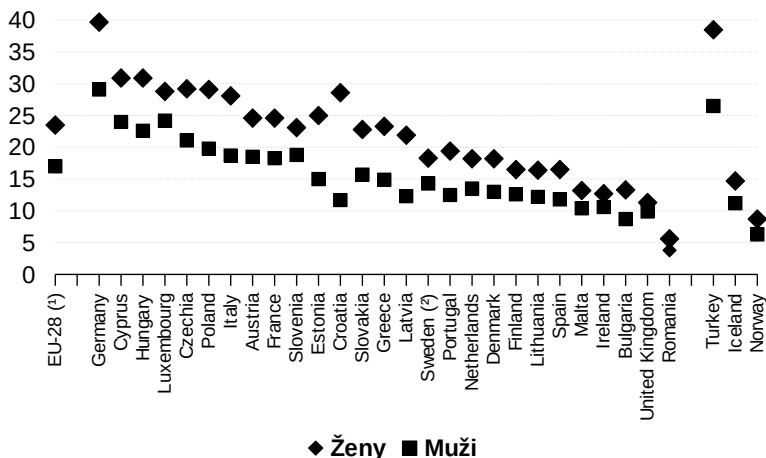
Zdroj: Vlastné výpočty, NCZI

3.3.2.4 Činnosti špeciálnej lekárskej praxe – 86.22

Činnosti špeciálnej (špecializovanej) lekárskej praxe v ambulanciách (špecializovanej ambulantnej starostlivosti) predstavujú pomerne široký záber. Definícia tejto kategórie NACE vo všeobecnosti zahŕňa lekárske konzultácie a ošetrovanie v oblasti špecializovanej medicíny vykonávané lekáskymi špecialistami (napr. chirurgami) a ďalšie oblasti, ako sú centrá plánovania rodičovstva poskytujúce lekárske ošetrovanie ako napr. sterilizáciu, prerušenie tehotenstva bez ubytovania či umelé oplodnenia. Z hľadiska využitia by bolo možné identifikovať špecifické pracoviská s veľkým množstvom kontaktov (napr. gynekologické ambulancie), avšak z hľadiska celkového dopytu je súbor činností taký komplexný, že vyčlenenie niektorých podkategórií by neprineslo požadované výrazné

zlepšenie odhadu dopytu v tejto oblasti. V oblasti počtu kontaktov s lekármi špecializovanej praxe sa Slovensko nachádza blízko priemeru EÚ.

Graf 3.16 Subjektívne hlásené konzultácie - podiel obyvateľstva, ktorí navštívili špecializovaného lekára v priebehu posledných štyroch týždňov pred zisťovaním, podľa pohlavia, 2014, v percentách



Zdroj: Eurostat, EHIS

Počet návštev v ambulanciách špecializovanej starostlivosti rastie s vekom obdobne ako pri ambulantnej starostlivosti. Tento nárast je však na rozdiel od všeobecnej starostlivosti nižší v starších vekových skupinách, pričom uvádzaná návštevnosť v kategórii nad 75 rokov je dokonca mierne nižšia ako vo vekovej skupine 65 až 74 rokov. V tejto kategórii sú teda návštevy z väčšej časti pokryté všeobecným lekárom z dôvodu manažmentu chronických chorôb a predpisov liekov v tejto vekovej kategórii.

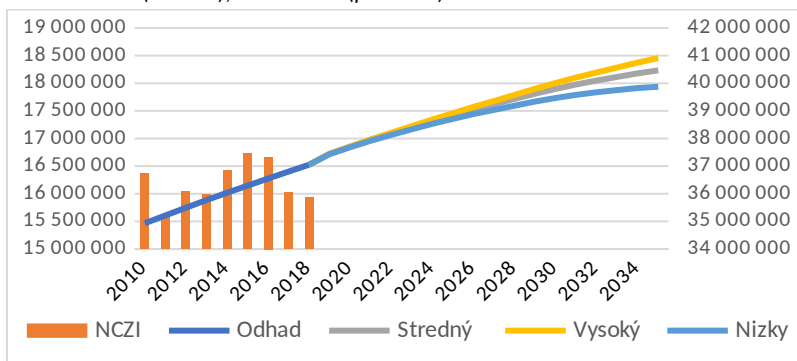
Tabuľka 3.8 Subjektívne hlásené konzultácie – podiel ľudí, ktorí navštívili špecializovaného lekára počas posledného mesiaca

Vek \ Počet kontaktov	žiaden	1 kontakt	2 kontakty	3 a viac
Celkovo	80,6	13,6	4,3	1,6
15 - 24	91,2	6,2	2,0	0,7
25 - 34	87,6	9,2	2,3	0,9
35 - 44	84,9	10,6	3,1	1,4
45 - 54	79,4	14,3	4,7	1,6
55 - 64	73,5	17,8	6,7	2,1
65 - 74	66,3	23,8	6,7	3,2
75+	66,7	23,4	7,4	2,6

Zdroj: EHIS

Hlavným determinantom rastu v tejto oblasti je opäť starnutie obyvateľstva. Počet návštev vysvetlených týmto výpočtom je pri porovnaní s administratívnymi dátami NCZI výrazne nižší ako pri iných typoch starostlivosti, zhruba na úrovni 50 %.

Graf 3.17 Prognóza počtu návštev u všeobecného lekára vo vekových skupinách nad 25 rokov (ľavá os), skutočnosť (pravá os)



Zdroj: Vlastné výpočty, NCZI

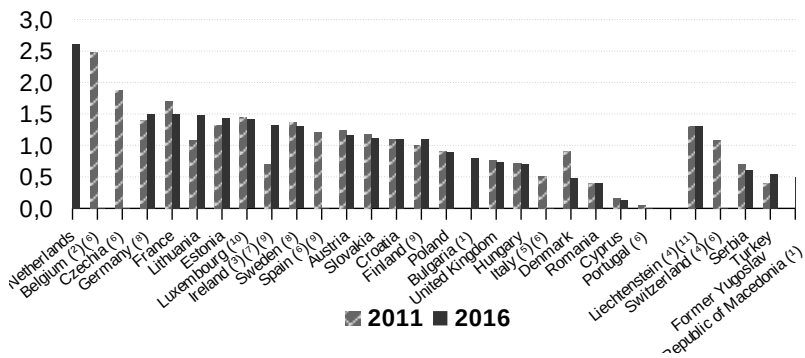
Tento fakt môže byť vysvetlený tromi kľúčovými faktormi. Prvým je spôsob výpočtu návštev v týchto ambulanciách, ktorý vychádza z rozdielu evidovaného počtu návštev vo všetkých typoch ambulantnej starostlivosti bez návštev všeobecných ambulancií (vrátane pediatriov) a zubnej starostlivosti. Definícia návštev u špecializovaných lekárov môže byť teda

užšia ako v prípade presne identifikovaných skupín ambulancií. Druhým faktorom je, že v prípade niektorých diagnóz môže byť počet návštev u špecializovaných lekárov výrazne vyšší ako 3 (tabuľka 3.8). Tretím faktorom je nezahrnutie návštev detí v týchto typoch ambulancií v odhade. Zároveň je z dát zrejmé, že variabilita v čase zahŕňa množstvo špecifických faktorov (a typov špecializovanej starostlivosti).

3.3.2.5 Zubná lekárska prax – 86.23

Zubná lekárska prax, zubno-lekárska zdravotná starostlivosť, je z hľadiska vzdelania lekárov špecifickou oblasťou zdravotnej starostlivosti. Z pohľadu identifikácie dopytu po zubnej starostlivosti však môžeme využívať rovnaký prístup k analýze, informácie o štruktúre návštev u zubného lekára sú však k dispozícii v inej podobe. Na grafe 3.18 môžeme porovnať priemerný počet návštev u zubného lekára počas posledného roka. Slovensko v tomto prípade dosahuje približne priemer na úrovni 1,1 návštevy na obyvateľa v roku 2016.

Graf 3.18 Priemerný počet návštev u zubného lekára na obyvateľa v rokoch 2011 a 2016

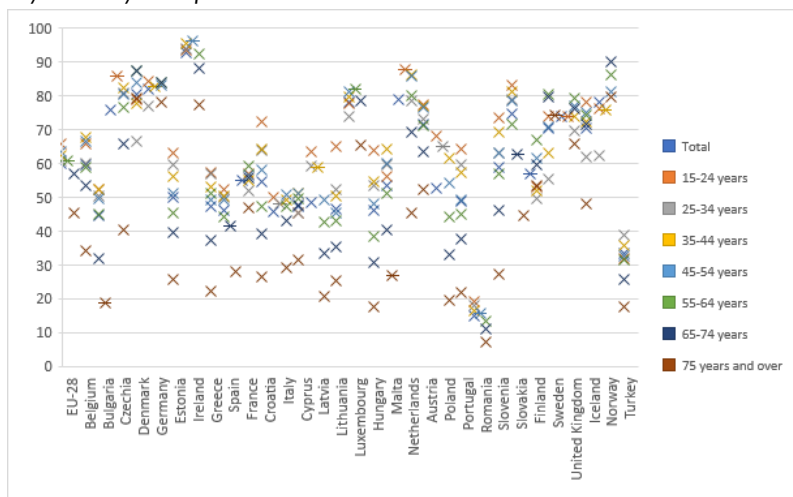


Zdroj: Eurostat, EHIS

Z hľadiska rozloženia počtu návštev podľa jednotlivých vekových skupín z databázy EHIS sú dostupné len údaje k zisťovaniu v roku 2014. Z tohto pohľadu je zrejmé, že Slovensko má mierne nadpriemernú návštevnosť vo vekových skupinách do 65 rokov, v kategórii do 74 rokov dosahuje početnosť na úrovni priemeru EÚ a v skupine nad 75 rokov

dochádza k výraznému poklesu. V starších vekových skupinách výrazne narastá počet náhrad a znižuje sa potreba návštevy u zubného lekára. Toto sa deje vo výraznejšej miere vo vekovej skupine 55 – 64 rokov, kde je výrazný nárast opakovaných návštev.

Graf 3.19 Podiel obyvateľov s aspoň jednou návštevou u zubného lekára v jednotlivých vekových skupinách v roku 2014



Zdroj: Eurostat, EHIS

Tabuľka 3.9 Subjektívne hlásené konzultácie – podiel ľudí, ktorí navštívili zubného lekára počas posledného roka (odhad 2014)

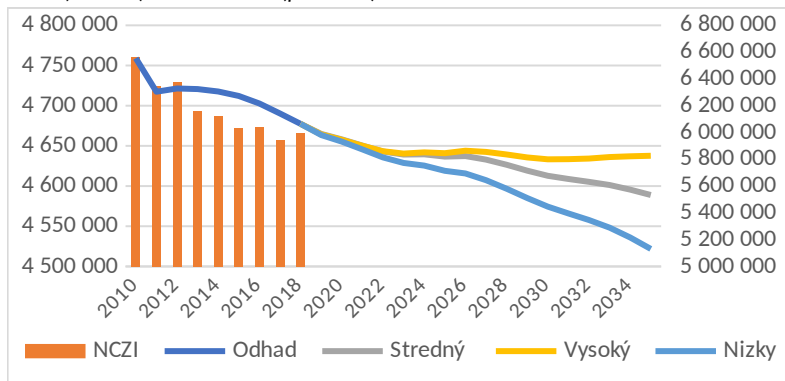
Vek \ Počet kontaktov	žiaden	1 kontakt	2 kontakty	3 a viac
Celkovo	25,2	54,0	13,8	7,0
15 - 24	16,9	57,8	18,9	6,4
25 - 34	21,2	59,8	13,5	5,6
35 - 44	18,8	61,3	13,0	6,8
45 - 54	21,6	56,0	13,0	9,4
55 - 64	28,3	44,6	15,0	12,1
65 - 74	37,5	52,9	5,5	4,1
75+	55,6	29,0	13,6	1,7

Zdroj: Vlastný prepočet na základe dát EHIS

Na určenie detailnejšej informácie o počte návštev bola využitá informácia zo zisťovania EHIS 2008, pričom tieto pomery boli upravené na základe agregovanej informácie zo zisťovania v roku 2014 (tabuľka 3.9).

Výsledný odhad dopytu po zubnej zdravotnej starostlivosti je zobrazený na grafe 3.20.

Graf 3.20 Prognóza počtu návštev u zubného lekára vo vekovej skupine nad 15 rokov (ľavá os) a skutočnosť (pravá os)

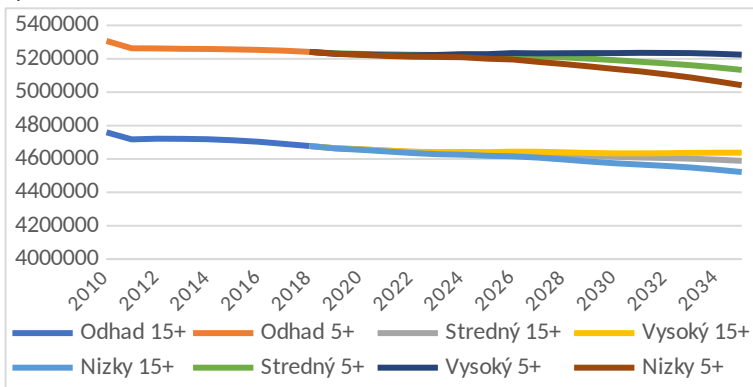


Zdroj: Vlastné výpočty

Trendom je napríklad zvyšovanie počtu obyvateľov, ktorí navštevujú zubnú ambulanciu z dôvodu vykonania dentálnej hygieny špecializovaným pracovníkom (nie zubným lekárom). Výsledky sa výraznejšie líšia z pohľadu jednotlivých demografických scenárov. Dôvodom je, že ťažisko úkonov u zubárov je vo vekových skupinách do 65 rokov, kde sa očakáva výrazný pokles populácie. Tento negatívny trend dopytu po zubnej zdravotnej starostlivosti môže byť zmiernený lepšou starostlivosťou o chrup a inováciami, ktoré môžu napomôcť presunúť dentálne problémy do vyšších vekových kategórií.

Pre skvalitnenie prognózy využijeme predpoklad kontaktov u zubára vo vekovej skupine 5 – 14 rokov. Odporúčaný interval zubnej prehliadky u detí do 15 rokov je 6 mesiacov. Pre zjednodušenie sme zvolili predpoklad, že každé dieťa v tejto vekovej skupine absolvuje jednu prehliadku ročne.

Graf 3.21 Porovnanie prognózy počtu návštev u zubného lekára vo vekovej skupine nad 5 a nad 15 rokov



Zdroj: Vlastné výpočty

Výsledný dopyt pre celú vekovú skupinu nad 5 rokov spolu s porovnaním predchádzajúcich odhadov je zobrazený na grafe 3.21. Vzhľadom na výrazné rozdiely v predpokladoch o veľkosti najmladších vekových skupín je celková očakávaná zmena výraznejšia ako v predchádzajúcom prípade.

Tabuľka 3.10 Prehľad očakávanej zmeny dopytu po jednotlivých typoch ambulantnej starostlivosti

		2020	2025	2030	2035
Všeobecná ambulancia – dospelí	Stredný	2,2 %	6,7 %	10,7 %	13,6 %
	Vysoký	2,3 %	6,9 %	11,4 %	15,0 %
	Nizky	2,2 %	6,3 %	9,6 %	11,7 %
Všeobecná ambulancia – pediater	Stredný	0,5 %	0,2 %	-2,3 %	-5,8 %
	Vysoký	1,3 %	2,3 %	0,6 %	-1,6 %
	Nizky	0,0 %	-2,6 %	-6,7 %	-11,0 %
Špecializovaná starostlivosť	Stredný	2,0 %	5,4 %	8,3 %	10,3 %
	Vysoký	2,0 %	5,6 %	8,9 %	11,7 %
	Nizky	1,9 %	5,0 %	7,3 %	8,5 %
Zubná ambulancia	Stredný	-0,2 %	-0,4 %	-0,9 %	-2,1 %
	Vysoký	-0,3 %	-0,3 %	-0,1 %	-0,3 %
	Nizky	-0,3 %	-0,8 %	-2,0 %	-3,8 %

Zdroj: Vlastné výpočty

Tabuľka 3.10 identifikuje zmeny v hlavných činnostiach jednotlivých typov ambulancií podľa identifikovaných demografických scenárov. Keďže váha jednotlivých typov ambulancií je rozdielna, pre potreby odhadu vývoja celého subsektora budú alokované na výpočet dopytu po práci váhy na základe zamestnanosti identifikovaných typov povolání.

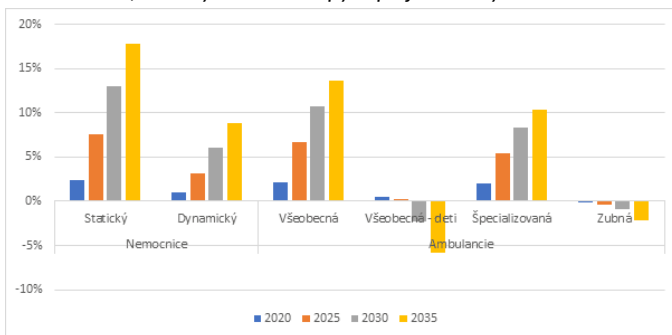
3.3.3 Ostatná zdravotná starostlivosť – 86.9

Táto trieda zahŕňa činnosti týkajúce sa ľudského zdravia, ktoré nie sú vykonávané v nemocniciach alebo všeobecnými lekármi či zubármi. Ide napríklad o činnosti na klinikách, ktoré nepatria k nemocniciam, zubných hygienikov, laboratórne pracoviská alebo ambulantly prevoz pacientov. Z väčšej časti ide o podporné činnosti, ktoré z hľadiska odhadu budú vztiahnuté na nadriadené činnosti (napr. zubné ambulancie) alebo pôjde o priemernú identifikovanú zmenu zdravotnej starostlivosti zahŕňajúcu činnosti nemocníc a ambulancií.

3.3.4 Súhrn dopytu po jednotlivých typoch zdravotnej starostlivosti

Expanzný dopyt po pracovníkoch v sektore zdravotníctva bude vychádzať z informácií o základnej štruktúre počtu pracovných miest zdravotníckych pracovníkov z NCZI a očakávanej zmene v kľúčových subsektorech zdravotníctva. Údaje NCZI určujú evidenčný počet pracovníkov v každom subsektore.

G 3.22 Súhrn identifikovaných zmien dopytu po jednotlivých druhoch starostlivosti



Zdroj: Vlastné výpočty

Pre určenie váh vybraných skupín v subsektore zdravotnej starostlivosti bude využitá informácia o pracovných miestach, ktorá identifikuje podiel zamestnancov v povolaniach pri jednotlivých typoch poskytovanej starostlivosti.

Tabuľka 3.11 Počet pracovných miest vo vybraných zdravotníckych povolaniach

	Spolu	Ambulancie spolu	Z toho ambulancie				Nemocnice	Iné pracoviská	Lekárne
			všeobecné	detské	špecializované	zubné			
Lekári	16 806	8 532	1 904	988	5 640	0	6 314	1 960	0
Zubní lekári	2 550	2 519	0	0	2 519	2 516	30	1	0
Farmaceuti	3 950	1	0	0	1	0	2	24	3 933
Sestry	29 896	10 660	1 900	994	7 766	2 124	15 559	3 663	14
Pôrodné asistentky	1 712	626	0	0	626	0	1 033	54	0
Zdravotnícki laboranti	2 730	186	1	0	186	1	15	2 525	3
Farmaceutickí laboranti	2 198	3	0	0	3	0	1	131	2 185
Fyzioterapeuti	1 793	41	0	0	41	0	432	1 320	1
Zdravotnícki záchranári	1 609	1 586	8	0	1 578	0	16	7	0
Zdravotnícki asistenti	3 045	424	13	2	409	161	2 194	421	5
Rádiologickí technici	1 295	17	0	0	17	12	6	1 272	0
Sanitári	4 934	284	5	2	278	11	3 569	1 014	67

Zdroj: NCZI, 2017, Vlastné výpočty

3.4 Expanzný dopyt v sektore zdravotníctva na dátach ISCP

Pri odhade expanzného a nahradzovacieho dopytu v nemocničnej zdravotnej starostlivosti budeme vychádzať zo štatistiky založenej na dátach Treximy ISCP. Expanzný dopyt je vyjadrením absolútnej zmeny zamestnanosti v danom sektore/povolani, teda identifikuje novovytvorené alebo zrušené pracovné miesta v porovnaní so stavom v predchádzajúcom období. Neberie do úvahy aktuálny prebytok/deficit pracovníkov v danom povolaní. V prípade lekárov sa teda aktuálny stav zamestnanosti berie ako adekvátny súčasným potrebám, čo vzhľadom na čakacie doby v niektorých odboroch nekorešponduje s aktuálnym stavom

a predložené výsledky je možné chápať ako minimálnu hranicu expanzného dopytu v SR.

Tabuľka 3.12 Počet pracujúcich podľa povolání v subsektore nemocničnej starostlivosti – sektor 861

ISCO	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1 Riadiaci pracovníci	3 183	3 020	2 969	2 967	2 936	2 865	2 953
221 Lekári	10 657	11 270	11 472	11 692	11 931	11 663	12 655
222 Sestry	17 265	17 489	17 334	17 549	18 767	18 351	18 898
2 Iní špecialisti	2 873	2 947	2 948	3 032	3 116	3 178	3 286
321 Laboranti a farmaceuti	2 840	2 751	2 786	2 777	2 816	2 770	2 894
322 Praktická sestra a pôrodná asistentka	5 077	5 031	4 846	4 770	3 834	3 580	3 657
3 Ostatní technickí a odborní prac.	5 566	5 068	4 855	5 015	5 622	5 944	6 473
4 Administratívni pracovníci	2 840	2 751	2 786	2 777	2 816	2 770	2 894
5 Pracovníci v službách	1 206	1 230	1 182	1 341	1 341	1 360	1 386
532 Pracovníci v oblasti osobnej zdravotnej starostlivosti	5 558	5 466	5 325	5 407	5 094	4 906	5 055
6-8 Ostatní kvalifikovaní pracovníci	1 840	1 753	1 656	1 661	1 556	1 460	1 491
9 Pomocní a nekvalifikovaní pracovníci	6 346	6 101	5 896	6 256	6 569	6 484	6 751

Zdroj: ISCP

V sektore zdravotnej starostlivosti (86) bola identifikovaná pre najpočetnejšie povolania podľa ISCO nasledovná štruktúra zamestnanosti. Pri porovnaní administratívnych dát o zamestnanosti v jednotlivých subsektoroch s dátami ISCP je možné identifikovať výrazné rozdiely. Vzhľadom na tieto rozdiely budeme kvantifikovať dopyt po jednotlivých povolaniach na základe identifikovaných váh povolání uvedených v ďalšej časti 3.5. Štruktúra hlavných povolání v subsektore nemocničnej starostlivosti a pre sektor zdravotnej starostlivosti podľa ISCP je identifikovaná v nasledujúcich tabuľkách.

Tabuľka 3.13 Počet pracovníkov podľa povolání v zdravotnej starostlivosti – sektor 86

ISCO	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1 Riadiaci pracovníci	3 744	3 586	3 606	3 605	3 621	3 555	3 696
221 Lekári	11 753	12 541	12 808	13 313	13 286	13 132	14 496

ISCO	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
222 Sestry	17 586	17 838	17 771	18 437	19 150	18 891	19 576
226 Zubní lekáři, farmaceuti, fyzioterapeuti	2 097	2 154	2 242	2 345	2 402	2 453	2 788
2 Iní specialisti	1 456	1 454	1 492	1 602	1 590	1 566	1 598
321 Laboranti a farmaceuti	3 847	3 751	3 932	3 896	4 186	4 362	4 620
322 Praktická sestra a porodná asistentka	5 978	6 192	5 965	5 782	5 057	4 425	4 670
325 Asistenti a hygienici	4 979	5 165	5 610	5 687	6 219	6 584	7 508
3 Ostatní technickí a odborní pracovníci	2 631	2 337	1 988	2 034	2 187	2 062	2 139
4 Administrativní pracovníci	2 751	2 243	2 360	2 415	2 515	2 559	2 774
5 Pracovníci v službách	2 391	2 366	2 437	2 607	2 550	2 381	2 635
532 Pracovníci v oblasti osobnej zdravotnej starostlivosti	6 102	6 007	5 908	5 997	5 621	5 256	5 631
6-8 Ostatní kvalifikovaní pracovníci	3 086	3 143	3 119	3 199	3 162	3 032	3 142
9 Pomocní a nequalifikovaní pracovníci	7 521	7 272	7 078	7 692	7 838	7 661	8 199
Neurčení	4 924	2 298	4 060	4 179	3 749	5 885	4 863
Spolu	80 846	78 347	80 376	82 790	83 133	83 804	88 335

Zdroj: ISCP

Vzhľadom na zmenu štatistického vykazovania povolání budú na analýzu povolání využité dáta od roku 2012. Zhruba 5 % dát z databázy ISCP nemá dostupnú informáciu o povolání. Vzhľadom na potrebu minimalizovať chybu odhadu celkovej zamestnanosti založenej na týchto dátach budeme pracovníkov označených ako neurčení uvádzať samostatne. Hlavné zdravotné povolania (lekáři, sestry a laboranti) sú takmer úplne zastúpení v subsektore 86, pričom v celom sektore Q sú reprezentované hlavne povolania v oblasti osobnej zdravotnej starostlivosti.

Tabuľka 3.14 Počet pracovníkov podľa povolání v sektore sociálnej a zdravotnej starostlivosti – sektor Q

ISCO	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1 Riadiaci pracovníci	4 277	4 117	4 138	4 188	4 258	4 156	4 450
221 Lekáři	11 771	12 572	12 835	13 352	13 320	13 151	14 520
222 Sestry	17 768	18 100	18 029	18 679	19 417	19 078	19 797
226 Zubní lekáři, farmac., fyzioterapeuti	2 239	2 339	2 417	2 525	2 598	2 682	3 060

ISCO	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
2 Iní špecialisti	2 592	2 782	2 788	3 010	3 113	3 105	3 920
321 Laboranti a farmaceuti	3 847	3 753	3 932	3 896	4 186	4 362	4 620
322 Praktická sestra a pôrodná asistentka	7 084	7 579	7 443	7 234	6 448	5 711	6 088
325 Asistenti a hygienici	5 254	5 513	5 968	6 073	6 683	7 028	8 035
3 Ostatní technickí a odborní pracovníci	4 049	3 890	3 604	3 790	4 045	3 824	4 012
4 Administratívni pracovníci	3 134	2 674	2 810	2 925	3 098	3 118	3 472
5 Pracovníci v službách	4 557	4 707	4 886	5 229	5 420	4 946	5 705
532 Pracovníci v oblasti osobnej zdravotnej starostlivosti	10 397	10 427	10 993	11 404	11 594	10 722	12 014
6-8 Ostatní kvalifikovaní pracovníci	3 697	3 787	3 728	3 812	3 791	3 461	3 607
9 Pomocní a nekvalifikovaní pracovníci	9 725	9 526	9 504	10 263	10 539	10 058	10 767
Neurčení	10 690	7 932	9 984	11 206	11 115	15 274	13 733
Spolu	101 081	99 698	103 059	107 586	109 625	110 676	117 800

Zdroj: ISCP

Pri analýze expanzného dopytu môžeme identifikovať zmeny v hlavných povolaniach pomerovo k zmene dopytu po službách v jednotlivých subsektoroch. Pre niektoré povolania je táto identifikácia vhodnejšia (napr. počet doktorov a sestier v pomere na objem výkonov), pri niektorých je to skôr otázka vývoja štruktúry celého sektora a prístupu k starostlivosti ako takej (počet riadiacich pracovníkov). Z tohto dôvodu treba vnímať vyčíslené absolútne hodnoty a zmeny zamestnanosti so zdravým skepticizmom a skôr ich vnímať v širšom trendovom kontexte.

3.4.1 Expanzný dopyt po riadiacich pracovníkoch (ISCO 1)

Počet riadiacich pracovníkov súvisí s počtom jednotlivých zdravotníckych zariadení a oddelení. Na identifikáciu vývoja počtu riadiacich pracovníkov využijeme informáciu o ich štruktúre v subsektoroch.

Tabuľka 3.15 Expanzný dopyt po riadiacich pracovníkoch (ISCO 1) – počiatkový stav a priemerná ročná zmena

	Stav	Počet			Zmena		
		2018	2020/24	2025/29	2030/34	2020/24	2025/29
861 - Nemocnice	2 953	21	25	22	0,7 %	0,8 %	0,7 %
862 - Ambulancie	391	2	1	1	0,5 %	0,3 %	0,2 %
869 - Ostatná zdrav. starostlivosť	352	2	2	2	0,7 %	0,6 %	0,5 %
87 - Reзиденčná starostlivosť	700	20	15	9	2,7 %	1,8 %	1,0 %
88 - Sociálna práca	54	2	1	1	2,7 %	1,8 %	1,0 %
Spolu - subsektor 86	3 696	26	29	24	0,7 %	0,7 %	0,6 %
Spolu - sektor Q	8 146	73	45	34	1,6 %	0,9 %	0,7 %

Zdroj: Vlastné výpočty

Z hľadiska ambulantnej starostlivosti je priemerná zmena identifikovaná na základe počtu zdravotníckych pracovníkov v jednotlivých typoch ambulancií.

Tabuľka 3.16 Počet zdravotníckych riadiacich pracovníkov (ISCO 1342X)

	Lekár	Zubný lekár	Sestra	Lekárnik	Ostatní
861 - Nemocnice	1 287	15	802	44	336
862 - Ambulancie	83	13	56	0	105
869 - Ostatná zdravotná starostlivosť	69	0	39	0	62
87 - Reзиденčná starostlivosť	2	0	99	0	30
88 - Sociálna práca	1	0	3	0	4

Zdroj: ISCP

Z pohľadu zamestnanosti je dôležitým faktorom to, či môžu riadiaci pracovníci vykonávať aj zdravotnú prax. Informácie NCZI umožňujú jednoznačne identifikovať počet zdravotníckych pracovníkov, avšak nie je možné ich jednoznačne spárovať s dátami ISCP. Z hľadiska ISCO môžeme využiť informáciu o podskupine ISCO 1342X, ktorá identifikuje riadiacich zdravotníckych pracovníkov. Z pohľadu počtu lekárov je riadiacich pracovníkov približne 10 % z celkového počtu lekárov, pri sestrách je to približne 5 % (tabuľka 3.16).

3.4.2 Expanzný dopyt po lekároch (ISCO 221)

Štruktúra lekárskeho miesta podľa metodiky ISCP (ISCO 221) výrazne nezodpovedá evidovaným miestam podľa NCZI. Dáta NSCP identifikujú 87 % lekárskeho pracovníkov v sektore nemocníc, pričom NCZI identifikovalo nadpolovičnú väčšinu lekárov s pôsobnosťou v ambulantnej starostlivosti. Istý nesúlad mohol vzniknúť z dôvodu viacerých pracovných úväzkov, ako aj nezahrnutím riadiacich zdravotných pracovníkov, ale aj nezahrnutím malých ambulancií do vykazovania. Z hľadiska celkového dopytu sa prikláňame k štruktúre NCZI. Z tohto dôvodu uvádzame len celkový expanzný dopyt po lekároch. Pre porovnanie ponúkame indikatívny výpočet na základe dát NCZI. Expanzný dopyt po lekároch (nové pracovné miesta) je pozitívny v celom období a je možné v nasledujúcej dekáde očakávať dodatočnú potrebu približne 100 lekárov každý rok.

Tabuľka 3.17 Expanzný dopyt po lekároch (ISCO 221) - počiatočný stav a priemerná ročná zmena

	Stav	Počet			Zmena		
	2018	2020/24	2025/29	2030/34	2020/24	2025/29	2030/34
Lekári - bez riadiacich	14 520	99	93	71	0,7 %	0,6 %	0,5 %
Lekári - s riadiacimi	15 962	109	103	78	0,7 %	0,6 %	0,5 %
Lekári - NCZI	19 178	131	123	94	0,7 %	0,6 %	0,5 %

Zdroj: ISCP a Vlastné výpočty

3.4.3 Expanzný dopyt po zubných lekároch (ISCO 2261)

Výpočet zmeny dopytu po zubných lekároch utilizačnou metódou bol popísaný v predchádzajúcej kapitole. Dáta ISCP dokážu identifikovať len malú časť zubných lekárov (ISCO 2261X) na úrovni 306 lekárov. Je zrejmé, že dáta ISCP vo všeobecnosti nepokrývajú zubné ambulancie. Štatistika NCZI vychádzajúca z administratívnych údajov uvádza počet zubných lekárov na úrovni 2 779. Z hľadiska expanzného dopytu bol identifikovaný budúci pokles dopytu, čo vedie k predpokladanému veľmi miernemu poklesu počtu zubných lekárov v SR.

Tabuľka 3.18 Expanzný dopyt po zubných lekároch (ISCO 2261) – počiatočný stav a priemerná ročná zmena

	Stav	Počet			Zmena		
	2018	2020/24	2025/29	2030/34	2020/24	2025/29	2030/34
Zubný lekár – bez riadiacich	306	0	0	-1	0,0 %	-0,1 %	-0,2 %
Zubný lekár – s riadiacimi	334	0	0	-1	0,0 %	-0,1 %	-0,2 %
Zubný lekár – NCZI	2 779	-1	-3	-6	0,0 %	-0,1 %	-0,2 %

Zdroj: ISCP a Vlastné výpočty

3.4.4 Expanzný dopyt po farmaceutoch (ISCO 2262) a farmaceutických laborantoch (3213)

Obdobná situácia ako v prípade zubných lekárov je aj pri farmaceutických povolaniach. Z hľadiska ISCO sú farmaceuti v triede 2262, kde databáza ISCP obsahuje len 308 pracovníkov.

Tabuľka 3.19 Expanzný dopyt po farmaceutoch (ISCO 2262) a farmaceutických laborantoch (3213) – počiatočný stav a priemerná ročná zmena

	Stav	Počet			Zmena		
	2018	2020/24	2025/29	2030/34	2020/24	2025/29	2030/34
Farmaceut – bez riadiacich	308	4	3	2	1,3 %	1,0 %	0,6 %
Farmaceut – s riadiacimi	352	5	4	3	1,3 %	1,0 %	0,6 %
Farmaceut – NCZI	4 354	60	48	32	1,3 %	1,0 %	0,6 %
Farmaceutický laborant	303	4	3	2	1,3 %	1,0 %	0,6 %
Farmaceutický laborant – NCZI	2 280	32	25	17	1,3 %	1,0 %	0,6 %

Zdroj: ISCP a Vlastné výpočty

V skutočnosti počet farmaceutov výrazne rastie, v roku 2018 je na základe administratívnych dát v sieti zdravotnej starostlivosti 4 354 farmaceutov. Tento počet rastie výrazne rýchlejšie ako dopyt po zdravotnej starostlivosti, medzi rokmi 2013 a 2018 bol priemerný ročný nárast počtu farmaceutov na úrovni 5,5 %. Obdobne, farmaceutických laborantov je v databáze ISCP 303, pričom NCZI eviduje 2 280 pracovníkov. Na prognóvanie rastu týchto skupín použijeme indikáciu podľa váženého priemerného rastu dopytu po službách zdravotnej starostlivosti bez zubného lekárstva a rastu počtu ľudí vo vekovej skupine nad 65 rokov v pomere dva ku jednej.

3.4.5 Expanzný dopyt po sestrách (ISCO 222 a 322) a praktických sestrách/zdravotníckych asistentoch (3256)

Sestry sú vykazované v dvoch hlavných triedach ISCO. Sestry-špecialistky prevažne v nemocniciach sú zaradené v kategórii ISCO 222 a sestry v ambulanciách a iných zariadeniach v triede 322. Sestry špecialistky sú zamestnané prevažne v subsektore zdravotnej starostlivosti, kým sestry bez špecializácie pracujú aj v sektore sociálnej a domácej starostlivosti. V rámci databázy ISCP je za rok 2018 vykázaných 19 576 sestier špecialistiek a 6 088 sestier bez špecializácie, z toho 4 670 v sektore zdravotnej starostlivosti. Administratívne dáta NCZI evidujú 31 061 sestier, z toho 16 600 v nemocničnej starostlivosti. Výsledky podľa vážneho dopytu (na základe počtu sestier) naznačujú potrebu približne 200 dodatočných sestier počas najbližších desiatich rokov.

Tabuľka 3.20 Expanzný dopyt po sestrách špecialistkách (ISCO 222), sestrách bez špecializácie (ISCO 322) a sestrách podľa NCZI – spolu

	Stav	Počet			Zmena		
	2018	2020/24	2025/29	2030/34	2020/24	2025/29	2030/34
Sestry - špecialistky	19 797	143	168	145	0,7 %	0,8 %	0,7 %
Sestry - bez špecializácie	6 088	39	29	17	0,6 %	0,5 %	0,3 %
Sestry - spolu	25 885	182	196	163	0,7 %	0,7 %	0,6 %
Sestry NCZI	31 061	200	203	160	0,6 %	0,6 %	0,5 %

Zdroj: Vlastné výpočty

Z legislatívneho hľadiska sú vyčlenené praktické sestry/zdravotníckí asistenti v skupine 3256, ktorí neabsolvovali kompletnú odbornú prípravu v povolani sestra a by nemali samostatne vykonávať viaceré odborné úkony (viac v kapitole 4.5). V databáze ISCP je za rok obsiahnutých 4 096 zdravotných asistentov v celom sektore Q, pričom v sektore zdravotnej starostlivosti ich je 3 643. NCZI uvádza 3 308 praktických sestier.

Tabuľka 3.21 Expanzný dopyt po praktických sestrách/zdravotníckych asistentoch

	Stav	Počet			Zmena		
	2018	2020/24	2025/29	2030/34	2020/24	2025/29	2030/34
Praktická sestra - sektor 86	3 256	22	21	16	0,7 %	0,6 %	0,5 %
Praktická sestra - sektor Q	4 096	28	26	20	0,7 %	0,6 %	0,5 %
Praktická sestra - NCZI	3 308	23	21	16	0,7 %	0,6 %	0,5 %

Zdroj: Vlastné výpočty

3.4.6 Zhrnutie expanzného dopytu

Na hlavných zdravotníckych povolaniach sme ilustrovali expanzný dopyt po pracovnej sile v zdravotníctve na dátach ISCP. Zo spracovaných dát je zrejmé, že tento informačný systém dostatočne nepokrýva všetky zdravotné pracoviská najmä z pohľadu malých poskytovateľov hlavne ambulantnej starostlivosti. Zároveň približne 10 % údajov nemá informáciu o triede povolania pracovníka zdravotnej starostlivosti, čo môže viesť k skresleniu informácií. Niektoré zdravotnícke povolania môžu byť zaradené vo viacerých triedach ISCO (napr. vedúci pracovníci, sestry a podobne). Z tohto dôvodu by bolo vhodné upraviť váhovanie tried povolaní na základe dostupných administratívnych dát.

3.5 Odhad dopytu po zdravotníckych pracovníkoch na dátach NCZI

Najdetailnejšiu informáciu o štruktúre zdravotníckych pracovníkov v sektore nám poskytuje štatistika NCZI založená na administratívnych dátach.

Tabuľka 3.22 Evidenčný počet pracovníkov v zdravotníctve - fyzické osoby

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Pracovníci spolu	105 396	104 311	105 382	106 682	107 896	107 729	109332
Zdravotníckí pracovníci spolu	79 228	78 675	79 729	80 318	81 534	81 068	82 331
z toho							
lekári	18 193	18 355	18 574	18 719	18 864	18 608	19 178
zubní lekári	2 665	2 586	2 642	2 647	2 701	2 723	2 779
farmaceuti	3 522	3 333	3 644	3 826	4 183	4 243	4 354

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
sestry	31 478	31 128	31 166	30 904	31 183	30 732	31 061
pôrodné asistentky	1 765	1 775	1 795	1 760	1 834	1 736	1 742
zdravotníckí laboranti	3 190	3 063	3 175	3 147	2 994	3 081	2 749
farmaceutickí laboranti	2 271	2 065	2 161	2 182	2 304	2 302	2 280
fyzioterapeuti	1 709	1 726	1 818	1 901	1 905	1 833	1 955
zdravotníckí záchranári	1 755	1 779	1 773	1 816	1 864	1 905	1 979
praktické sestry / zdravotníckí asistenti	1 735	1 969	2 213	2 452	2 858	3 130	3 308
rádiologickí technici	1 315	1 314	1 291	1 314	1 323	1 322	1 390
sanitári	5 437	5 334	5 250	5 398	5 241	5 122	5 133
iní zdravotníckí pracovníci	1 432	1 475	1 526	1 535	1 483	1 538	1 459
Nezdravotníckí pracovníci spolu	24 731	24 222	24 241	24 928	24 913	25 208	25 542
Z toho							
technicko-hospodárski pracovníci	9 174	9 216	8 914	9 469	9 560	9 526	9 687
robotnícke povolania a prevádzkovi pracovníci	15 037	14 464	14 769	14 870	14 753	15 061	15 256
pedagogickí pracovníci	360	367	381	390	412	434	435
pracovníci vedy, výskumu a vývoja	160	175	177	187	173	172	147
Člen vlády a predstavený v politickej funkcii	1	1	1	1	1	1	1
Štátni zamestnanci	1 411	1 435	1 411	1 435	1 448	1 453	1 458

Zdroj: NCZI

Tabuľka 3.22 uvádza počet pracovníkov v hlavných povolaniach zdravotníctva (fyzické osoby). Pozorované hodnoty v sebe zahŕňajú informáciu o raste dopytu po zdravotných službách, úpravu siete poskytovateľov, legislatívne vplyvy, ako aj zmeny efektivity v niektorých povolaniach.

3.5.1 Expanzný dopyt po práci v sektore zdravotníctva

Z hľadiska expanzného dopytu bude pre zdravotnícke povolania brány do úvahy len vplyv zmeny dopytu identifikovaný v časti 3.4. Predpokladaný nárast dopytu po povolaniach je kombináciou štruktúry pracovníkov v jednotlivých subsektoroch (inak povedané váženou hodnotou pred-

pokladaného rastu subsektora, v ktorom sú pracovníci zamestnaní) (pozri tabuľku 3.23). Špecifickou kategóriou sú pôrodné asistentky, kde je rast založený na predpokladanom počte pôrodov zo strednej demografickej prognózy.

Tabuľka 3.23 Štruktúra pracovných miest vo vybraných zdravotníckych povolaniach (2017)

	Ambulancie spolu	Z toho ambulancie				Nemocnice	Iné pracoviská	Lekárne
		všeobecné	detské	špecializované	zubné			
Lekári	50,8 %	11,3 %	5,9 %	33,6 %		37,6 %	11,7 %	
Zubní lekári	98,8 %			98,8 %	98,7 %	1,2 %		
Farmaceuti							0,6 %	99,6 %
Sestry	35,7 %	6,4 %	3,3 %	26,0 %	7,1 %	52,0 %	12,3 %	
Pôrodné asistentky	36,5 %			36,5 %		60,3 %	3,1 %	
Zdravotnícki laboranti	6,8 %			6,8 %		0,6 %	92,5 %	0,1 %
Farmaceutickí laboranti	0,1 %			0,1 %		0,0 %	6,0 %	99,4 %
Fyzioterapeuti	2,3 %			2,3 %		24,1 %	73,6 %	0,1 %
Zdravotnícki záchranári	98,6 %	0,5 %		98,1 %		1,0 %	0,4 %	
Zdravotnícki asistenti	13,9 %	0,4 %	0,1 %	13,4 %	5,3 %	72,1 %	13,8 %	0,2 %
Rádiologickí technici	1,3 %			1,3 %	0,9 %	0,5 %	98,2 %	
Sanitári	5,8 %	0,1 %		5,6 %	0,2 %	72,3 %	20,5 %	1,3 %
Iní zdrav. pracovníci	43,1 %			43,1 %		17,8 %	38,9 %	0,2 %
Ostatní zdrav. prac.	20,1 %	0,1 %		20,0 %	18,2 %	10,4 %	69,1 %	0,9 %

Zdroj: NCZI, Vlastné výpočty

Pri využití dostupných informácií o pracoviskách jednotlivých povolaniach je možné identifikovať expanzný dopyt po vybraných zdravotníckych povolaniach (tabuľka 3.24). Z hľadiska očakávaného expanzného dopytu je dopyt po lekároch a sestrách blízko priemerných hodnôt v sektore zdravotníctva.

Tabuľka 3.24 Expanzný priemerný ročný dopyt po vybraných zdravotníckych povolaniach na základe dát NZCI

	Stav	Počet			Zmena		
	2018	2020/24	2025/29	2030/34	2020/24	2025/29	2030/34
Lekári	1 9178	132	125	100	0,67 %	0,61 %	0,45 %
Zubní lekári	2 779	-1	-2	-5	-0,02 %	-0,10 %	-0,21 %
Farmaceuti	4 354	63	50	34	1,33 %	1,00 %	0,63 %
Sestry	31 061	196	203	168	0,63 %	0,62 %	0,47 %
Pôrodné asistentky	1 742	-20	-27	-10	-1,38 %	-1,54 %	-0,42 %
Zdravotnícki laboranti	2 749	19	18	14	0,67 %	0,61 %	0,45 %
Farmaceutickí laboranti	2 280	32	26	18	1,30 %	0,98 %	0,62 %
Fyzioterapeuti	1 955	13	14	11	0,68 %	0,66 %	0,50 %
Zdravotnícki záchranári	1 979	14	12	9	0,68 %	0,55 %	0,38 %
Zdravotnícki asistenti	3 308	21	24	22	0,66 %	0,71 %	0,57 %
Rádiologickí technici	1 390	9	9	7	0,66 %	0,61 %	0,45 %
Sanitári	5 133	36	40	36	0,71 %	0,75 %	0,61 %
Iní zdravotnícki pracovníci	1 459	10	10	8	0,68 %	0,62 %	0,46 %
Ostatní zdravotnícki pracovníci	2 964	17	16	12	0,55 %	0,50 %	0,35 %
Spolu	8 2331	543	519	423	0,64 %	0,59 %	0,45 %

Zdroj: Vlastné výpočty

3.5.2 Nahradzovací dopyt po práci v sektore zdravotníctva

Nahradzovací dopyt (replacement demand, označovaný aj ako nahrádzací dopyt) je dopyt spôsobený odchodom pracovníka z povolania a potrebou jeho nahradenia v nasledujúcom roku, teda ide o náhradu za existujúce pracovné miesto. Existuje viacero definícií nahradzovacieho dopytu (pozri napr. Kriechel – Sauerman, 2009). Zo všeobecného pohľadu možno do definície zahrnúť odchod z povolania na dôchodok, invaliditu, materskú dovolenku, odchod do zahraničia či zmenu povolania (zачytiteľnú len pri zmene ISCO kódu nového povolania). Príkladom je prechod do iného sektora, keď sestra začne robiť v obchode alebo keď lekár začne robiť vo farmaceutickom sektore (a ďalej nevykonávajú odbornú prax). V oboch prípadoch bude treba existujúce miesto nahradiť. Z definície teda na rozdiel od expanzného dopytu bude nahradzovací dopyt kladný, prípadne nulový. V prípade tejto analýzy

budeme nahradzovací dopyt chápať hlavne z dôvodu odchodu do dôchodku, odchodu v špecifických prevažne starších vekových skupinách a zdravotných problémov a úmrtí identifikovateľných prostredníctvom stock-flow odhadu na základe demografického vývoja pracovníkov v danom povolani a pravdepodobnosti odchodu do dôchodku v určitom veku. V prípade tejto analýzy budeme predpokladať, že zdravotní pracovníci budú odchádzať stabilne vo veku pozorovanom v predchádzajúcich obdobiach.

Tabuľka 3.25 Veková štruktúra vybraných zdravotníckych povolani v roku 2018

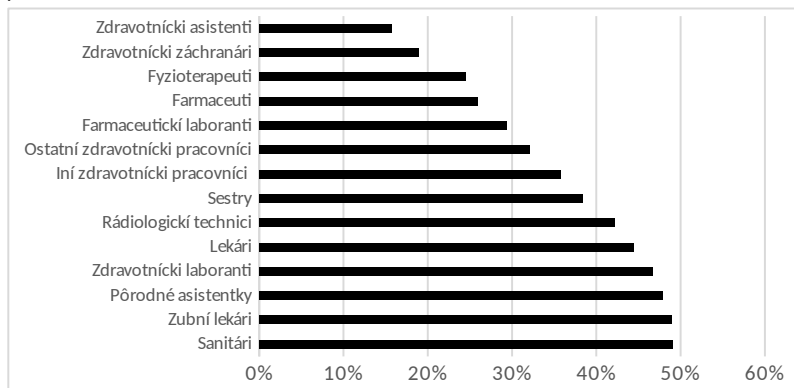
	-19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65+
Lekári	0 %	0 %	11 %	11 %	10 %	10 %	14 %	9 %	8 %	13 %	14 %
Zubní lekári	0 %	1 %	13 %	12 %	9 %	8 %	8 %	6 %	7 %	16 %	21 %
Farmaceuti	0 %	3 %	22 %	18 %	11 %	12 %	8 %	6 %	8 %	7 %	4 %
Sestry	0 %	3 %	5 %	6 %	10 %	21 %	17 %	14 %	14 %	8 %	3 %
Pôrodné asistentky	0 %	5 %	9 %	8 %	8 %	7 %	16 %	19 %	16 %	9 %	4 %
Zdravotníckí laboranti	0 %	8 %	7 %	6 %	5 %	13 %	14 %	17 %	20 %	8 %	1 %
Farmaceutickí laboranti	1 %	14 %	12 %	9 %	10 %	14 %	12 %	11 %	12 %	5 %	2 %
Fyzioterapeuti	0 %	12 %	19 %	12 %	8 %	13 %	12 %	7 %	8 %	7 %	2 %
Zdravotníckí záchranári	0 %	8 %	18 %	15 %	10 %	17 %	13 %	10 %	6 %	3 %	0 %
Zdravotníckí asistenti	2 %	20 %	14 %	11 %	10 %	15 %	12 %	9 %	6 %	1 %	0 %
Rádiologickí technici	0 %	6 %	9 %	4 %	8 %	15 %	16 %	15 %	14 %	10 %	4 %
Sanitári	0 %	1 %	3 %	5 %	9 %	17 %	17 %	20 %	19 %	9 %	1 %
Iní zdravotníckí pracovníci	0 %	1 %	14 %	13 %	12 %	12 %	12 %	9 %	10 %	11 %	6 %
Ostatní zdrav. pracovníci	1 %	9 %	10 %	9 %	9 %	17 %	13 %	10 %	10 %	7 %	4 %
Spolu	0 %	4 %	9 %	9 %	10 %	15 %	14 %	12 %	12 %	9 %	6 %

Zdroj: Spracovanie na základe dát NCZI

Informácia o vekovej štruktúre zdravotných pracovníkov je dostupná zo štatistík NCZI, ako aj z dát Treximy. Vekovú štruktúru v jednotlivých povolaniach v roku 2018 ilustrujeme v tabuľke 3.25. V tejto tabuľke vidieť, že hlavne lekári a zubní lekári sú výrazne starší ako ostatné povolania, pričom u lekárov je takmer 27 % pracovníkov vo veku nad 60 rokov (a takmer 5 % vo veku nad 70 rokov), u zubných lekárov je to dokonca 37 %, teda výrazne viac ako tretina. Výrazne starší sú ešte sanitári, zdravotníckí laboranti, pôrodné asistentky a zdravotné sestry. Obdobná

je aj situácia u nezdravotníckeho personálu, kde pedagogickí pracovníci majú podiel starších takmer 60 % a takmer 55 % je to pri robotníckych povolaniach.

Graf 3.23 Podiel pracovníkov vo veku nad 50 rokov vo vybraných zdravotných povolaniach



Zdroj: NCZI

Z hľadiska dopytu po práci je zrejmé, že nahradzovací dopyt tvorí väčšiu časť potreby pracovnej sily. Keďže definícia nahradzovacieho dopytu nepočíta s vplyvom (e)migrácie zdravotnej pracovnej sily do zahraničia a hlavným zdrojom dopytu je odchod vo vyšších vekových skupinách, lekári a sestry netvoria najvyššiu mieru nahradzovacieho dopytu. Práve naopak, schopnosť vykonávať prácu vo vyššom veku, teda schopnosť zostať dlhšie na trhu práce v povolaní lekár spôsobuje, že tento dopyt je mierne nižší ako pri iných povolaniach.

Tabuľka 3.26 Priemerný ročný nahradzovací dopyt po vybraných zdravotníckych povolaniach na základe dát NZCI

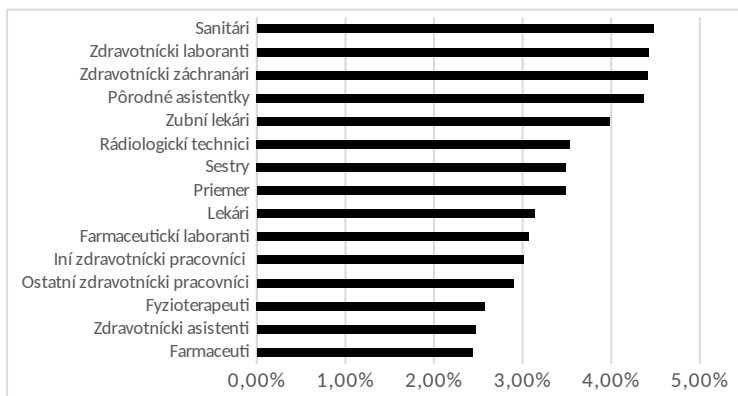
	Stav	Počet			Zmena		
	2018	2020/24	2025/29	2030/34	2020/24	2025/29	2030/34
Lekári	19 178	640	620	522	3,24 %	3,04 %	2,49 %
Zubní lekári	2 779	119	102	67	4,28 %	3,69 %	2,43 %
Farmaceuti	4 354	119	113	106	2,57 %	2,30 %	2,08 %
Sestry	31 061	1 125	1 141	1 191	3,52 %	3,46 %	3,51 %
Pôrodné asistentky	1 742	70	71	66	4,15 %	4,59 %	4,52 %

	Stav	Počet			Zmena		
	2018	2020/24	2025/29	2030/34	2020/24	2025/29	2030/34
Zdravotníckí laboranti	2 749	134	121	102	4,71 %	4,13 %	3,39 %
Farmaceutickí laboranti	2 280	77	76	75	3,18 %	2,95 %	2,81 %
Fyzioterapeuti	1 955	55	51	54	2,71 %	2,44 %	2,51 %
Zdravotníckí záchranári	1 979	96	87	73	4,71 %	4,12 %	3,40 %
Zdravotníckí asistenti	3 308	78	93	112	2,30 %	2,64 %	3,08 %
Rádiologickí technici	1 390	51	52	52	3,58 %	3,50 %	3,40 %
Sanitári	5 133	243	239	217	4,60 %	4,36 %	3,82 %
Iní zdravotníckí pracovníci	1 459	48	44	42	3,18 %	2,84 %	2,61 %
Ostatní zdravotníckí prac.	2 964	90	89	92	2,95 %	2,85 %	2,87 %
Spolu	82 331	2 945	2 898	2 771	3,57 %	3,40 %	3,19 %

Zdroj: Vlastné výpočty

Napriek tomu vidieť, že extrémny podiel lekárov vo vyšších vekových skupinách zvýrazní vplyv nahradzovacieho dopytu v týchto povolaniach. V prípade lekárov budeme počas najbližších desiatich rokov potrebovať ročne nahradiť viac ako 600 lekárov z dôvodu vysokého veku a viac ako 100 zubných lekárov. V prípade sestier bude ročná potreba na úrovni viac ako 1 100 sestier, teda 3,5 % celkového stavu. Práve faktor dĺžky zotrvania v povolani má výrazný vplyv na nahradzovací dopyt.

Graf 3.24 Priemerný ročný nahradzovací dopyt po vybraných zdravotníckych povolaniach ako podiel z celkového počtu pracujúcich v povolani na základe dát NZCI



Zdroj: Vlastné výpočty

Z grafu 3.24 vidieť, že najvyšší nahradzovací dopyt z hľadiska demografickej štruktúry pracovníkov nemajú lekári a zubní lekári, ale sanitári, zdravotnícki laboranti a zdravotnícki záchranári. Väčšina týchto pracovníkov odchádza z povolania pri alebo ešte pred dosiahnutím dôchodkového veku, čo spôsobuje vyššiu potrebu nahradenia. Lekárske povolania s dlhšou dobou zotrvania v práci, naopak, túto potrebu znižujú.

3.5.3 Celkový dopyt po práci v sektore zdravotníctva

Celkový dopyt po práci v sektore zdravotníctva je súčtom expanzného a nahradzovacieho dopytu. Súhrnné výsledky sú indikované v tabuľke 3.27.

Tabuľka 3.27 Celkový priemerný ročný dopyt po vybraných zdravotníckych povolaniach na základe dát NZCI

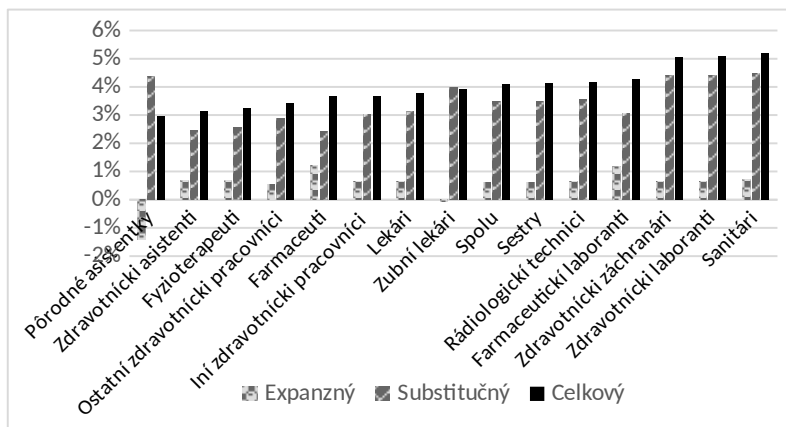
	Stav	Počet			Zmena		
	2018	2020/24	25/29	30/34	2020/24	2025/29	2030/34
Lekári	19 178	772	745	621	3,91 %	3,66 %	2,97 %
Zubní lekári	2 779	118	100	62	4,25 %	3,61 %	2,24 %
Farmaceuti	4 354	183	163	141	3,98 %	3,34 %	2,76 %
Sestry	31 061	1 322	1 344	1 359	4,14 %	4,09 %	4,01 %
Pôrodné asistentky	1 742	50	45	56	2,99 %	2,94 %	3,81 %
Zdravotnícki laboranti	2 749	153	139	116	5,39 %	4,75 %	3,88 %
Farmaceutički laboranti	2 280	109	101	93	4,55 %	3,97 %	3,48 %
Fyzioterapeuti	1 955	68	65	65	3,39 %	3,10 %	3,04 %
Zdravotnícki záchranári	1 979	111	99	82	5,41 %	4,69 %	3,82 %
Zdravotnícki asistenti	3 308	100	118	134	2,94 %	3,35 %	3,68 %
Rádiologički technici	1 390	61	61	59	4,25 %	4,12 %	3,88 %
Sanitári	5 133	279	280	253	5,28 %	5,11 %	4,46 %
Iní zdravotnícki pracovníci	1 459	58	54	50	3,87 %	3,47 %	3,10 %
Ostatní zdravotnícki prac.	2 964	106	105	104	3,50 %	3,36 %	3,26 %
Spolu	82 331	3 488	3 416	3 194	4,22 %	4,00 %	3,66 %

Zdroj: Vlastné výpočty

Graf 3.25 ilustruje celkovú potrebu pracovníkov v jednotlivých zdravotníckych povolaniach. Výsledky naznačujú, že počas najbližších desiatich rokov bude potreba pracovného trhu viac ako 50 % súčasného stavu sanitárov, zdravotníckych záchranárov a laborantov. V prípade

nedostatku týchto pracovníkov na trhu bude treba riešiť možnosti ich nahradenia prekvalifikovaním iných pracovníkov, zmenou liečebných postupov a ich modernizáciou, technológiami, prípadne dovozom pracovníkov zo zahraničia.

Graf 3.25 Priemerný ročný expanzný, celkový a nahradzovací dopyt po vybraných zdravotníckych povolaniach (priemer 2020 – 2029)



Zdroj: Vlastné výpočty

V najbližších rokoch bude na trhu práce potrebné ročne umiestniť viac ako 1 300 sestier a viac ako 750 lekárov. Túto potrebu bude treba sanovať prostredníctvom zvýšenia počtu absolventov v týchto špecifických odboroch, schopnosťou prilákať pracovníkov, ktorí odišli za prácou do zahraničia, ako aj možnosťou získať týchto pracovníkov z iných krajín (prevažne mimo EÚ). V prípade nedostatku pracovníkov ochotných pracovať vo vedľajších zdravotníckych povolaniach (napríklad pri treťom v poradí – sanitároch) bude určite hrať úlohu aj miera odmeňovania.

3.6 Záver kapitoly 3

V predloženej analýze sme sa venovali možnostiam alternatívneho prístupu k odhadu dopytu po zdravotníckych pracovníkoch v sektore Q. Ako hlavná metóda bol zvolený takzvaný utilizačný prístup, ktorý identifikuje budúci dopyt po zdravotných službách v jednotlivých subsektoroch identifikovaním vývoja hlavných dopytových faktorov, teda počtu ošetro-

vacích dní v nemocničnej starostlivosti a počet kontaktov s doktormi v ambulantnej starostlivosti. Táto identifikovaná zmena, výrazne podmienená demografickým vývojom a starnutím bola následne využitá pri odhade potrieb zamestnanosti pri predpoklade konštantného počtu pracovníkov na zdravotný prípad v jednotlivých subsektoroch. Ostatné potreby (napríklad lekárenstvo) boli odvodené z dopytu po hlavných zdravotníckych službách.

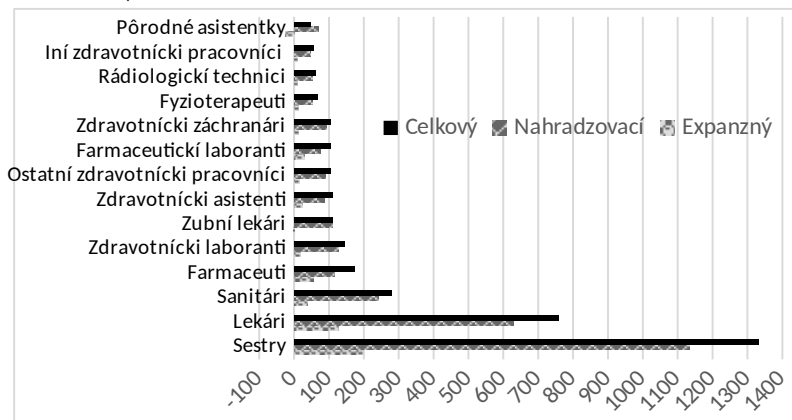
Na základe výsledkov je možné tvrdiť, že napriek poklesu celkového počtu obyvateľstva SR je možné očakávať relatívne výrazný nárast dopytu po zdravotnej starostlivosti vplyvom starnutia. Zároveň sme nepočítali s výrazným očakávaným vplyvom na dlhodobú starostlivosť a domáce ošetrovanie, ktoré si vyžadujú špecifickú analýzu. Predložené výsledky identifikujú predpokladaný stav zamestnanosti v hlavných zdravotníckych povolaniach, pričom z dlhodobého hľadiska sú ostatné faktory okrem starnutia myslené ako *ceteris paribus*. Práve ďalšie zmeny v systéme zdravotníctva, prevencie, zvýšenia efektivity, vplyv technologického pokroku a lepší manažment pacienta, vynaložených zdrojov a modernizácia prístrojového vybavenia môžu viesť k zníženiu budúcich potrieb. Na druhej strane je zrejmé, že v časti zdravotného systému existuje výrazný nedostatok pracovných síl a ponuky starostlivosti, pričom výsledkom sú často dlhé čakacie lehoty na ošetrovanie, prípadne odradenie časti pacientov od liečenia menej závažných chorôb (pričom predložená analýza berie súčasný stav ako adekvátny potrebám). Tieto faktory, naopak, môžu znamenať skrytý zvýšený dopyt po zdravotnej starostlivosti. Z tohto pohľadu je potrebné citlivo a so zdravým skepticizmom vnímať aj predložené výsledky.

Z hľadiska identifikovania zmien v jednotlivých povolaniach bola analyzovaná možnosť využitia individuálnych dát zo systému ISCP na analýzu vývoja potrieb pracovníkov v jednotlivých povolaniach. Dostupnosť administratívnych dát poskytovaných prostredníctvom NCZI ukazuje rezervy takéhoto prístupu. Z hľadiska využitia takéhoto typu dát (rovnako v prípade dát z VZPS) je potrebná lepšia harmonizácia a úprava váh jednotlivých povolání tak, aby bol k dispozícii súlad dát z rôznych systémov. Ako bolo ilustrované v úvode analýzy, nie je celkom možné identifi-

kovať celkový počet pracovníkov v povolaniach v sektore Q. Z hľadiska sociálnej práce je možné využiť sociálne štatistiky Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR, zároveň je v prípade ošetrovateľskej starostlivosti potrebné upozorniť na vysoké percento „neformálnej“ sociálnej práce poskytovanej v domácnostiach.

Z hľadiska identifikácie potreby zdravotných pracovníkov boli identifikované oba typy dopytu po práci, expanzný aj nahradzovací. Súčasný stav pracovníkov je problematický z hľadiska vekovej štruktúry, pričom hlavne v prípade lekárov a zubných lekárov je počet pracovníkov vo vekovej skupine nad 60 rokov extrémny. V prípade, že by bol aj v týchto povolaniach aplikovaný zákonný vek odchodu do dôchodku, identifikované potreby by boli výrazne vyššie.

Graf 3.26 Priemerná ročná potreba pracovníkov vplyvom expanzného, celkového a nahradzovacieho dopytu po vybraných zdravotníckych povolaniach (priemer 2020 - 2029)



Zdroj: Vlastné výpočty

Porovnanie odhadovaného dopytu s očakávanou ponukou na trhu práce v jednotlivých zdravotníckych povolaniach (hlavne vo forme absolventov) môže pomôcť identifikovať potrebné kroky a opatrenia na dlhodobú stabilizáciu systému zdravotnej starostlivosti.

4 Zdravotnícke študijné odbory

Študenti a neskôr absolventi zdravotníckych odborov tvoria dôležitú súčasť ponuky práce v zdravotníctve. Sú najdôležitejšou skupinou zdravotníckeho trhu práce, ktorá má uspokojiť expanzný aj nahradzovací dopyt po práci. Tento hlavný faktor je modifikovaný prílevom či odlevom absolventov a pracujúcich do zahraničia a zo zahraničia. Ďalším modifikujúcim faktorom je vek odchodu do starobného dôchodku, súbeh pobera-nia dôchodku a vykonávania práce, ako i existencia čiastkových úväzkov.

Pre pracovnú silu v zdravotníctve je charakteristické jej odborné a statusové rozvrstvenie, ktoré obmedzuje až zamedzuje prechody medzi skupinami pracovných pozícií celožitvým vzdelávaním. Preto sa v tejto analýze zameriavame len na študentov a absolventov na kľúčové pracovné pozície, a to lekár a sestra študujúca dennou formou štúdia, farmaceut, sanitár. Abstrahujeme od študentov a absolventov iných odborov, študentov súkromných a štátnych vysokých škôl, externého či špecializačného štúdia a pod.

Pred rokom 1989, počas existencie spoločného štátu Čechov a Slovákov, platil pre Českú socialistickú republiku aj pre Slovenskú socialistickú republiku pre vysoké školstvo jeden spoločný zákon o vysokých školách. Nižšie právne normy, napr. vyhlášky, si každý štát upravoval samostatne.

Podľa vtedy platného zákona sa vysoké školy členili na vysoké školy univerzitného smeru, vysoké školy technického smeru, vysoké školy ekonomického smeru, vysoké školy pôdohospodárskeho smeru a vysoké školy umeleckého smeru¹.

Na Slovensku boli vysoké školy univerzitného smeru Univerzita Komenského v Bratislave so svojimi deviatimi fakultami (Lekárska fakulta, Lekárska fakulta v Martine, Farmaceutická fakulta, Právnická fakulta, Filozofická fakulta, Prírodovedecká fakulta, Matematicko-fyzikálna fakulta, Fakulta telesnej výchovy a športu, Pedagogická fakulta v Trnave, v roku 1990 pribudla Rímskokatolícka cyrilometodejská boho-

¹ Abstrahujeme od VŠ vojenských, policajných a politicko-komunistických.

slovecká fakulta a Evanjelická bohoslovecká fakulta), Vysoká škola veterinárska v Košiciach a potom samostatné pedagogické fakulty: Pedagogická fakulta v Nitre a Pedagogická fakulta v Banskej Bystrici.

Medzi vysoké školy technického smeru patrili Slovenská technická vysoká škola v Bratislave, Vysoká škola dopravy a spojov v Žiline a Vysoká škola technická v Košiciach. Vysoké školy ekonomického smeru predstavovala Vysoká škola ekonomická v Bratislave a vysoké školy pôdohospodárskeho smeru zastupovali Vysoká škola poľnohospodárska v Nitre a Vysoká škola lesnícka a drevárska vo Zvolene. Medzi vysoké školy umeleckého smeru patrili Vysoká škola múzických umení v Bratislave a Vysoká škola výtvarných umení v Bratislave. Uvedené členenie vysokých škôl aj s ich názvami zostali ešte aj po roku 1990, keď vznikol nový zákon o vysokých školách, zodpovedajúci spoločenskej situácii tej doby.

V roku 1992 bola snaha o spojenie dvoch vysokých škôl v Nitre. Pedagogická fakulta v Nitre a Vysoká škola poľnohospodárska v Nitre sa zlúčili, ich nový názov bol Nitrianska univerzita so sídlom v Nitre. Ani nie po pol roku sa Nitrianska univerzita rozdelila na dve vysoké školy, ktoré mali názov Vysoká škola pedagogická a Vysoká škola poľnohospodárska.

V roku 1996 bol zákon o vysokých školách novelizovaný, čo prinieslo okrem tých zmien, ktoré vyplývali z aplikačnej praxe, aj zmeny názvov temer všetkých vysokých škôl (okrem umeleckých vysokých škôl), ktoré sa premenovali na univerzity. Bolo štrnásť vysokých škôl, z toho dvanásť vysokých škôl, ktoré mali v názve pojem univerzita a dve vysoké školy umeleckého zamerania a tri štátne vysoké školy, konkrétne:

- *Univerzita Komenského v Bratislave,*
- *Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach,*
- *Slovenská technická univerzita v Bratislave,*
- *Technická univerzita v Košiciach,*
- *Univerzita veterinárskeho lekárstva v Košiciach, v roku 2010 zmena názvu: Univerzita veterinárskeho lekárstva a farmácie v Košiciach,*
- *Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre,*
- *Slovenská poľnohospodárska univerzita v Nitre,*
- *Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici,*
- *Trnavská univerzita v Trnave,*

- *Žilinská univerzita v Žiline,*
- *Ekonomická univerzita v Bratislave,*
- *Technická univerzita vo Zvolene,*
- *Vysoká škola múzických umení v Bratislave,*
- *Vysoká škola výtvarných umení v Bratislave.*

Neskôr vznikli ďalšie univerzity:

- *Prešovská univerzita v Prešove* (vznikla v decembri 1996 rozdelením Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach),
- *Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave* (vznik 1997),
- *Trenčianska univerzita v Trenčíne* (vznik 1997), neskôr zmena názvu: *Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne,*
- *Akadémia umení v Banskej Bystrici* (vznik 1997),
- *Katolícka univerzita v Ružomberku* (vznikla v roku 2000 ako neštátna vysoká škola, v roku 2002 bola začlenená medzi verejné vysoké školy),
- *Univerzita J. Selyeho v Komárne* (vznik 2003).

Postupne začali pribúdať aj neštátne vysoké školy (neskôr to boli súkromné vysoké školy), ktoré mohli byť zriadené, ale aj zrušené len zákonom. Ako prvá bola zákonom zriadená neštátna vysoká škola v decembri 1999 *Vysoká škola manažmentu v Trenčíne*. Od apríla 2002 bola transformovaná na súkromnú vysokú školu.

V roku 2002 sa podmienky pre pôsobenie súkromných vysokých škôl zmenili, už sa nezriadujú zákonom. Na pôsobenie súkromnej vysokej školy vláda SR udeľuje štátny súhlas, návrh na udelenie štátneho súhlasu predkladá vláde ministerstvo školstva.

V súčasnosti je na Slovensku 20 verejných vysokých škôl, 11 súkromných vysokých škôl a tri štátne vysoké školy. Jednej súkromnej vysokej škole bol v decembri 2015 odňatý štátny súhlas, ktorý ju oprávňoval na pôsobenie ako súkromnej vysokej školy. Ďalšej súkromnej vysokej škole bol odňatý štátny súhlas v júni 2020. Od roku 2002 sa vysoké školy začali členíť na verejné, súkromné a štátne vysoké školy. Predtým bolo členenie na štátne a neštátne vysoké školy.

Verejné a súkromné vysoké školy sú v gescii Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu SR. Štátne vysoké školy patria pod jednotlivé rezorty. V súčasnosti sú na Slovensku tri štátne vysoké školy:

- *Akadémia policajného zboru v Bratislave*, ktorá patrí pod Ministerstvo vnútra SR,
- *Akadémia ozbrojených síl generála Milana Rastislava Štefánika so sídlom v Liptovskom Mikuláši* patrí pod Ministerstvo obrany SR,
- *Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave* patrí pod Ministerstvo zdravotníctva SR.

Okrem uvedených vysokých škôl na Slovensku pôsobia aj pobočky zahraničných vysokých škôl na základe udelenia oprávnenia vydaného Ministerstvom školstva, vedy, výskumu a športu SR. V súčasnosti sú to štyri pobočky zahraničných vysokých škôl so sídlom v Českej republike, vo Francúzsku, v Poľskej republike a v Maďarsku. Štúdium na týchto pobočkách sa riadi právnymi predpismi štátu ich sídla. V predchádzajúcom období na Slovensku pôsobili ešte tri zahraničné pobočky vysokých škôl z Českej republiky a jedna pobočka zahraničnej vysokej školy z Nemeckej spolkovej republiky. Tieto štyri pobočky požiadali o ukončenie pôsobenia na území Slovenskej republiky.

Podľa zákona o vysokých školách sa vysokoškolské vzdelanie v študijnom odbore získava štúdiom podľa akreditovaného študijného programu v tomto študijnom odbore. Študijný program je súbor predmetov, ktoré pozostávajú zo vzdelávacích činností, ktorými sú najmä prednáška, seminár, cvičenie, záverečná práca, projektová práca, laboratórne práce, stáž, exkurzia, odborná prax, štátna skúška a ich kombinácie a súbor pravidiel zostavený tak, že úspešné absolvovanie týchto vzdelávacích činností pri zachovaní uvedených pravidiel umožňuje získať vysokoškolské vzdelanie.

Podľa zákona o vysokých školách na Slovensku vysokoškolské štúdium má tri stupne.

Bakalársky študijný program je prvým stupňom vysokoškolského štúdia v dĺžke trvania tri alebo štyri akademické roky v dennej forme štúdia a štyri alebo päť akademických rokov v externej forme štúdia. Dĺžka štúdia závisí od žiadosti vysokej školy pri akreditácii jednotlivého študijného

programu. Po ukončení bakalárskeho štúdia je absolventom udelený akademický titul bakalár, v skratke Bc. Aj pomaturitné (vyššie odborné) štúdium trvá tri roky, na rozdiel od iných krajín EÚ však neumožňuje získanie titulu bakalár (Bc.).

Magisterský študijný program, inžiniersky študijný program a doktorský študijný program sú programy druhého stupňa vysokoškolského štúdia. Dĺžka štúdia v druhom stupni je jeden, dva alebo tri akademické roky v dennej forme štúdia a dva, tri alebo štyri akademické roky v externej forme štúdia. Spájajúci prvý a druhý stupeň je päť alebo šesť akademických rokov v dennej forme štúdia a sedem alebo osem akademických rokov v externej forme štúdia. Vysoká škola môže vytvoriť študijný program spájajúci prvý stupeň a druhý stupeň, len ak to umožňuje opis študijného odboru. V študijnom odbore, v ktorom nie je možné študovať samostatne v študijných programoch prvého stupňa a samostatne v študijných programoch druhého stupňa, môže vysoká škola vytvárať len študijné programy spájajúce prvý stupeň a druhý stupeň. Absolvent študijného programu spájajúceho prvý stupeň a druhý stupeň získava vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa.

Po skončení druhého stupňa vysokoškolského štúdia je absolventom magisterského študijného programu udelený akademický titul magister, v skratke Mgr., v umeleckých magisterských študijných programoch je udelený akademický titul magister umenia, v skratke Mgr. art. Absolventom druhého stupňa inžinierskeho študijného programu je udelený akademický titul inžinier, v skratke Ing., absolventom inžinierskeho štúdia v oblasti architektúry a urbanizmu sa udeľuje akademický titul inžinier architekt, v skratke Ing. arch.

Doktorandský študijný program je tretím stupňom vysokoškolského vzdelania. Štandardná dĺžka štúdia sú tri alebo štyri akademické roky v dennej forme štúdia a štyri alebo päť akademických rokov v externej forme štúdia. Absolventom doktorandského štúdia je udeľovaný akademický titul doktor (philosophiae doctor), v skratke PhD., absolventom umeleckých doktorandských študijných programov sa udeľuje akademický titul doktor umenia (artis doctor), v skratke ArtD.

Okrem toho doktorandom v oblasti katolíckej teológie je po absolvovaní prvej ucelenej časti doktorandského štúdia udelený akademický titul licenciát teológie, v skratke ThLic., o jeho udelení vydá vysoká škola osvedčenie. Absolventom doktorandského štúdia v týchto oblastiach sa udeľuje akademický titul doktor (philosophiae doctor), v skratke PhD. V predchádzajúcom období sa týmto absolventom udeľoval aj akademický titul doktor teológie, v skratke ThDr. Iné konfesie neboli v zákone o vysokých školách riešené.

4.1 Celkový vývoj počtu študentov a absolventov vysokých škôl

Kapacity vysokých škôl na Slovensku sú hlavne v závislosti od spoločenských zmien, politických rozhodnutí a demografického vývoja a len sčasti od potrieb trhu práce. Sledovať sa to dá podľa vývoja počtu študentov a absolventov vysokých škôl v členení na verejné vysoké školy, denné štúdium, prvý a druhý stupeň vysokoškolského štúdia a pod.

4.1.1 Celkové počty študentov

V roku 1989 bolo na Slovensku necelých 50-tis. študentov vysokých škôl. Potom nastáva nárast študentov až do roku 2009 na cca 130-tisíc v dennej forme prvého a druhého stupňa vysokoškolského štúdia slovenského štátneho občianstva. Od roku 2010 nastáva postupný pokles študentov až na úroveň necelých 90-tisíc od roku 2018 v dennej forme prvého a druhého stupňa vysokoškolského štúdia. Pod tento pokles študentov sa podpísal demografický vývoj.

Na rozdiel od študentov slovenského štátneho občianstva počty študentov iného štátneho občianstva (cudzincov) neustále narastajú. V roku 2004 to bolo 1 563 študentov cudzincov, čo bolo 1,5 % z celkového počtu študentov, v roku 2019 to bolo 9 530 študentov, v roku 2020 to bolo dokonca 10 839 študentov iného štátneho občianstva v dennej forme štúdia prvého a druhého stupňa, čo predstavuje 11 % z celkového počtu študentov. Sumárne počty študentov na verejných

vysokých školách slovenského štátneho občianstva aj iného štátneho občianstva sú uvedené v tabuľke 4.1.

Tabuľka 4.1 Počet študentov celkom

rok	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020
Slovenské štátne občianstvo	106 194	121 058	131 048	125 501	121 024	112 449	99 140	88 774	87 721
iné občianstvo	1 563	1 877	2 848	3 391	4 014	4 968	5 796	8 098	10 839
- podiel cudzincov na celkovom počte študentov	1,5 %	1,5 %	2,1 %	2,6 %	3,2 %	4,2 %	5,5 %	8,4 %	11,0 %

Zdroj: CVTI SR²

4.1.2 Celkové počty absolventov v SR

V roku 1989 bolo na Slovensku necelých 10-tis. absolventov vysokých škôl. Po roku 1989 nastáva postupný nárast absolventov až do akademického roku 2009/2010, keď je počet absolventov na úrovni viac ako 41-tis. v dennej forme štúdia v prvom a druhom stupni slovenského štátneho občianstva. Od roku 2012 nastáva neustály pokles absolventov až na úroveň necelých 27-tis. v roku 2019 v dennej forme štúdia v prvom a druhom stupni, čo vlastne kopíruje celkový demografický vývoj.

Počty absolventov iného štátneho občianstva (cudzincov) na verejných vysokých školách neustále narastajú. V roku 2004 to bolo 262 absolventov, čo predstavovalo 1,4 % z celkového počtu absolventov, v roku 2018 je to 1 035 absolventov, v roku 2019 je to 1 338 absolventov, čo predstavuje 4,7 % z celkového počtu absolventov. Sumárne počty absolventov sú uvedené v tabuľke 4.2.

Tabuľka 4.2 Počet absolventov celkom

rok	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2019
Slovenské štátne občianstvo	19 134	20 628	34 431	41 843	38 367	36 369	33 580	29 258	26 887
iné občianstvo	262	307	468	703	605	754	859	1 035	1 338
- podiel cudzincov na celkovom počte absolventov	1,4 %	1,5 %	1,3 %	1,7 %	1,6 %	2,0 %	2,5 %	3,4 %	4,7 %

Zdroj: CVTI SR

² V tejto aj v nasledujúcich tabuľkách tejto kapitoly sú uvádzané údaje za verejné vysoké školy v dennej forme štúdia.

4.1.3 Vývoj štúdia humánneho lekárstva

Študijné programy druhého stupňa, ktoré sa zameriavajú na štúdium v oblasti humánneho lekárstva a veterinárskeho lekárstva, sú doktorské študijné programy. Absolventom štúdia podľa doktorských študijných programov v oblasti všeobecného humánneho lekárstva je udelený akademický titul doktor všeobecného lekárstva, v skratke MUDr. Absolventom doktorského štúdia v oblasti zubného humánneho lekárstva je udelený akademický titul doktor zubného lekárstva, v skratke MDDr. Akademický titul MDDr. bol zavedený do zákona o vysokých školách až v roku 2003, k čomu sa Slovensko zaviazalo pri prístupových rokovaniach do Európskej únie. Predtým bol aj absolventom zubného lekárstva udeľovaný akademický titul MUDr., rovnako ako aj absolventom všeobecného lekárstva, čo bolo máťuce pre zahraničie a zubní lekári mali problém so svojim uplatnením v zahraničí. Absolventom doktorského štúdia v oblasti veterinárskeho lekárstva je udelený akademický titul doktor veterinárskeho lekárstva, v skratke MVDr.

Medzi študentov a absolventov humánneho lekárstva (medicíny) sa zaraďujú študenti a absolventi v študijnom odbore **všeobecné lekárstvo a zubné lekárstvo** (pôvodne stomatológia). Ich vývoj sledujeme za obdobie od roku 2004 do roku 2020 vrátane.

Študijné odbory všeobecné lekárstvo a zubné lekárstvo ako doktorské študijné programy je možné na Slovensku študovať na dvoch verejných vysokých školách na ich troch fakultách a na jednej štátnej vysokej škole.

Verejné vysoké školy:

- *Univerzita Komenského v Bratislave* (Lekárska fakulta, Jesseniova lekárska fakulta so sídlom v Martine),
- *Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach* (Lekárska fakulta).

Štátna vysoká škola: *Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave* (Lekárska fakulta).

Uvedené študijné odbory sú podľa zákona o vysokých školách doktorské študijné programy, je možné ich študovať len v dennej forme štúdia, ich trvanie je šesť akademických rokov a je to spojené štúdium prvého

a druhého stupňa štúdia. Akreditované študijné programy sú v slovenskom jazyku a je možné ich študovať aj v cudzom jazyku (podľa akreditácie). Z tohto dôvodu okrem študentov slovenského štátneho občianstva je veľký záujem o štúdium aj občanov iného štátneho občianstva.

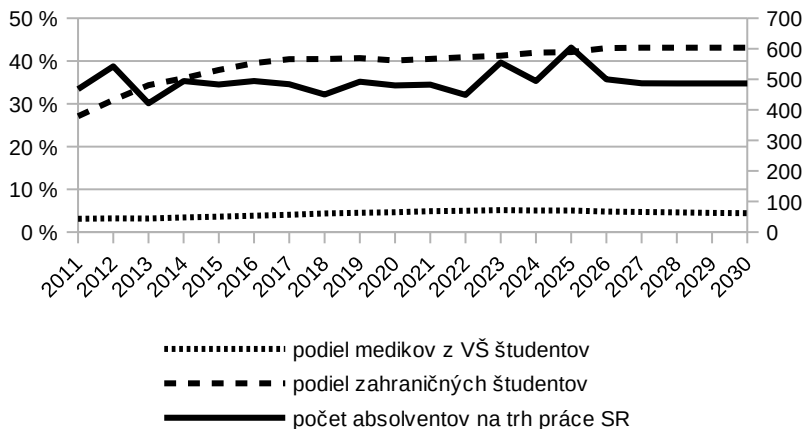
Zaujímavý je počet študentov lekárskejších fakúlt verejných vysokých škôl slovenského a iného štátneho občianstva. Napr. Lekárska fakulta UK v Bratislave v roku 2020 má 2 162 študentov slovenského štátneho občianstva a 1 040 študentov iného štátneho občianstva, Jesseniova lekárska fakulta UK so sídlom v Martine má 1 007 študentov slovenského štátneho občianstva a 639 študentov iného štátneho občianstva (teda 39 %). Najviac pozoruhodná je Lekárska fakulta UPJŠ v Košiciach, ktorá má v roku 2020 1 788 študentov slovenského štátneho občianstva a 1 268 študentov iného štátneho občianstva (**teda 41 %**).

4.2 Všeobecné lekárstvo

Počet študentov slovenského štátneho občianstva v študijnom odbore všeobecné lekárstvo sa počas sledovaného obdobia menil len mierne. Najmenej študentov v odbore všeobecné lekárstvo bolo v roku 2004, a to 3 351 študentov, najviac študentov bolo v roku 2009, a to 3 854 študentov. Počet študentov v študijnom odbore všeobecné lekárstvo sa ustálil na cca 3 700 študentov. V roku 2020 stúpol počet študentov na 4 045, čo vidieť aj na počte novoprijatých študentoch. Kým v roku 2019 bolo 600 novoprijatých študentov (rok predtým 773), v roku 2020 novoprijatých 840 študentov. Štatistika novoprijatých študentov na vysokých školách je len za slovenské štátne občianstvo, štatistiky novoprijatých cudzincov podľa odborov nie sú uvádzané.

Za povšimnutie stojí, že pokiaľ pre demografický vývoj všeobecne klesal celkový počet študentov na vysokých školách, v študijnom odbore všeobecné lekárstvo je počet študentov v sledovanom období relatívne rovnaký, resp. mierne stúpa.

Graf 4.1 Podiel a počet študentov medicíny – základný scenár, vývoj kapacity lekárskech fakúlt SR

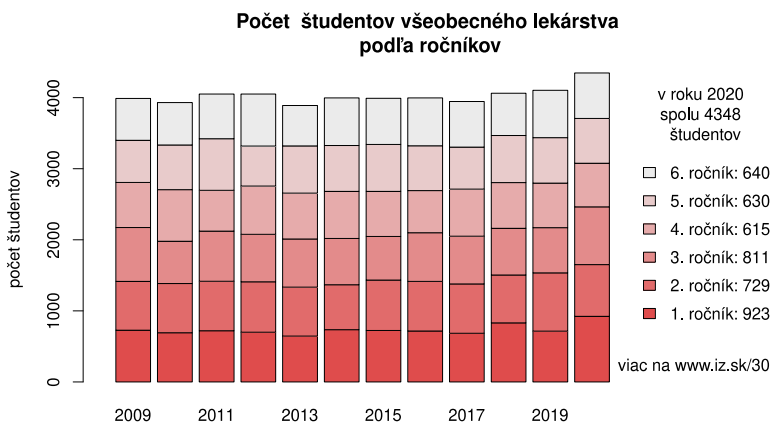


Zdroj: CVTI a prognóza autorov

Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky v roku 2006 prijalo zámer, ktorý znel: „Efektívny vysokoškolský systém umožňujúci prístup ku kvalitnému vysokoškolskému vzdelávaniu všetkým občanom, ktorí oň prejavia záujem a preukážu potrebné schopnosti, a ktorý tvorí základ výskumno-vývojového potenciálu Slovenska“ a z jeho štyroch cieľov jeden bol program „zvyšovať v rokoch 2006 až 2008 medziročne podiel novoprijatých študentov – občanov SR na denné štúdium na generácii 19-ročných tak, aby v akademickom roku 2008/2009 dosiahol hodnotu najmenej 45 %“. Tento podprogram vznikol v dôsledku pozmeňovacích návrhov poslancov NR SR pri schvaľovaní zákona o štátnom rozpočte.

Zámer ministerstva, ktorý sa týkal počtu novoprijatých študentov, sa prejavil v študijnom odbore všeobecné lekárstvo až v akademickom roku 2007/2008. V predchádzajúcich rokoch 2004, 2005 a 2006 bolo novoprijatých 643, 675 a 660 študentov na študijný odbor všeobecné lekárstvo, v roku 2007 bolo novoprijatých 707 študentov. Neskôr počty novoprijatých študentov klesali až na počet 604 študentov v roku 2017. V roku 2018 bolo novoprijatých až 773 študentov, čo je enormný nárast, v roku

2019 bolo len 600 novoprijatých, v roku 2020 bolo novoprijatých 840 študentov.



Zdroj: CVTI, dostupné na <https://iz.sk/30-grafov-o-zdravotnictve/studenti-lekari>

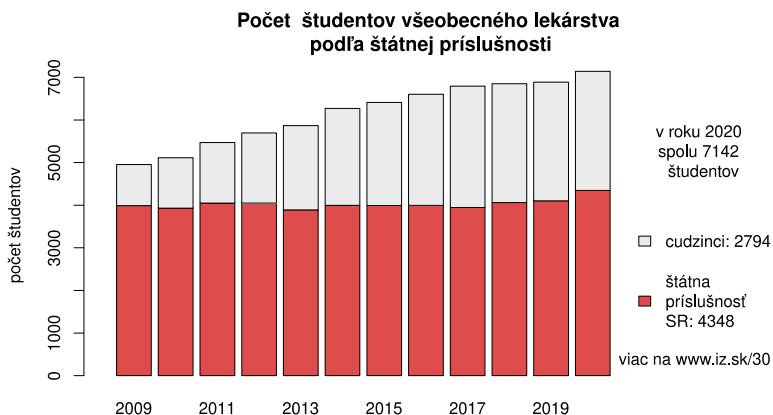
Navýšený počet novoprijatých študentov v roku 2007 sa odrazil v počte absolventov po šiestich rokoch, t. j. v roku 2013 (doktorské štúdium, pod ktoré spadá študijný odbor všeobecné lekárstvo, je šesťročný a nedelí sa na prvý a druhý stupeň, je to súvislé šesťročné štúdium).

Pokiaľ pred rokom 2013 bol počet absolventov 589, 590, 577, 421, 458, v roku 2013 to bolo 690 absolventov v študijnom odbore všeobecné lekárstvo. V nasledujúcich rokoch počty absolventov postupne klesali až na 605 absolventov v roku 2018 v študijnom odbore všeobecné lekárstvo, v roku 2019 klesol počet absolventov na 545.

4.2.1.1 Študenti, absolventi - iné štátne občianstvo v študijnom odbore všeobecné lekárstvo

Počty novoprijatých študentov iného štátneho občianstva nie sú v štatistikách CVTI SR uvádzané. Štatistika uvádza počty novoprijatých študentov na vysokých školách len slovenského štátneho občianstva podľa odborov, k dispozícii je len celkový počet študentov iného štátneho občianstva podľa fakúlt a ročníkov. Uvádzané sú celkové počty študujúcich iného štátneho občianstva (cudzincov) a absolventov. Kým

počet študujúcich iného štátneho občianstva v roku 2004 v študijnom odbore všeobecné lekárstvo bol len 253 študentov, čo predstavovalo 7 % z celkového počtu študentov, v roku 2018 je to až 2 611 študentov, čo je viac ako 10-násobok a predstavuje to 41 % z celkového počtu študentov. V roku 2020 je to 2 656 cudzincov, čo je 39,6 % z celkového počtu študentov. Povšimnutiahodné je, že **počet študentov iného štátneho občianstva (cudzincov) v študijnom odbore všeobecné lekárstvo enormne vzrástol**. Celkové odhadované príjmy zo školného v akademickom roku 2020/2021 predstavujú cca 26 mil. €, čo je okolo 0,3 % rozpočtu sektora zdravotníctva.



Zdroj: CVTI, <https://www.iz.sk/30-grafov-o-zdravotnictve/studenti-lekari>

Počty absolventov iného štátneho občianstva výrazne vzrástli od roku 2004. V roku 2004 bolo 28 absolventov v odbore všeobecné lekárstvo, čo bolo 5,1 % z celkového počtu absolventov v študijnom odbore všeobecné lekárstvo. Počet týchto absolventov (cudzincov) začal narastať po roku 2015. V roku 2018 to bolo 301 absolventov, v roku 2019 330 absolventov, čo predstavuje 37,7 % z celkového počtu absolventov.

Sumárne počty študentov a absolventov slovenského a iného štátneho občianstva v študijnom odbore všeobecné lekárstvo sú uvedené v tabuľke 4.3.

Tabuľka 4.3 Počet študentov a absolventov všeobecného lekárstva

rok		2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020
počet novo prijatých	Slovenské štátne občianstvo	643	660	664	650	655	675	656	773	840
počet študentov	Slovenské štátne občianstvo	3351	3445	3654	3761	3837	3758	3722	3764	4045
	iné občianstvo	253	411	811	1179	1641	2174	2427	2611	2656
	- podiel cudzincov na celkovom počte študentov	7,0 %	10,7 %	18,2 %	23,9 %	30,0 %	36,6 %	39,5 %	41,0 %	39,6 %
počet absolventov	Slovenské štátne občianstvo	520	509	458	577	589	531	602	605	610
	iné občianstvo	28	29	29	58	114	168	231	301	367
	- podiel cudzincov na celkovom počte absolventov	5,1 %	5,4 %	6,0 %	9,1 %	16,2 %	24,0 %	27,7 %	33,2 %	37,6 %

Zdroj: CVTI SR, <https://www.iz.sk/30-grafov-o-zdravotnictve/studenti-lekari>

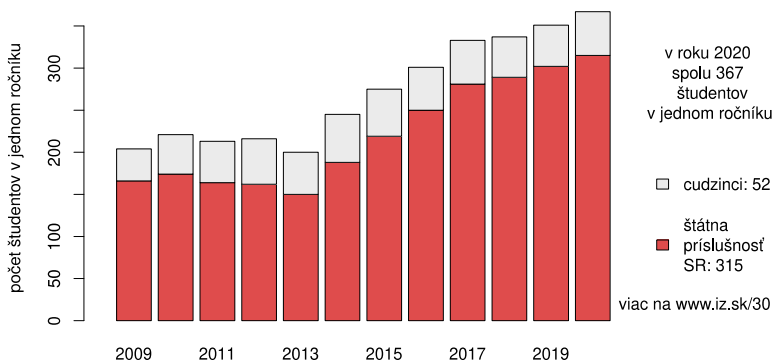
4.3 Zubné lekárstvo

Počet študentov v študijnom odbore zubné lekárstvo sa počas sledovaného obdobia menil dosť podstatne. Najmenej študentov v odbore zubné lekárstvo bolo v roku 2004, a to 359 študentov, najviac študentov bolo v roku 2017, a to 604 študentov. Počet študentov v študijnom odbore zubné lekárstvo sa ustálil na cca 550 študentov. V roku 2020 bol počet študentov 560, z toho počet novoprijatých študentov bol 96 študentov. Štatistika novoprijatých študentov na vysokých školách je len za slovenské štátne občianstvo, štatistiky novoprijatých cudzincov podľa odborov nie sú uvádzané, k dispozícii je len celkový počet študentov iného štátneho občianstva.

Ako sme opísali v kapitole Všeobecné lekárstvo na s. 125 Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky v roku 2006 prijalo zámer s cieľom zvyšovať v rokoch 2006 až 2008 medziročne podiel novoprijatých študentov – občanov SR na denné štúdium na generácii 19-ročných tak, aby v akademickom roku 2008/2009 dosiahol hodnotu najmenej 45 %.

Zámer ministerstva, ktorý sa týkal počtu novoprijatých študentov, sa prejavil v študijnom odbore zubné lekárstvo už v roku 2006. Kým v roku 2004 bolo novoprijatých 73 študentov, v roku 2006 to bolo 113 .

Počet študentov v jednom ročníku zubných odborov podľa štátnej príslušnosti



Zdroj: CVTI, <https://www.iz.sk/30-grafov-o-zdravotnictve/studenti-zubari>

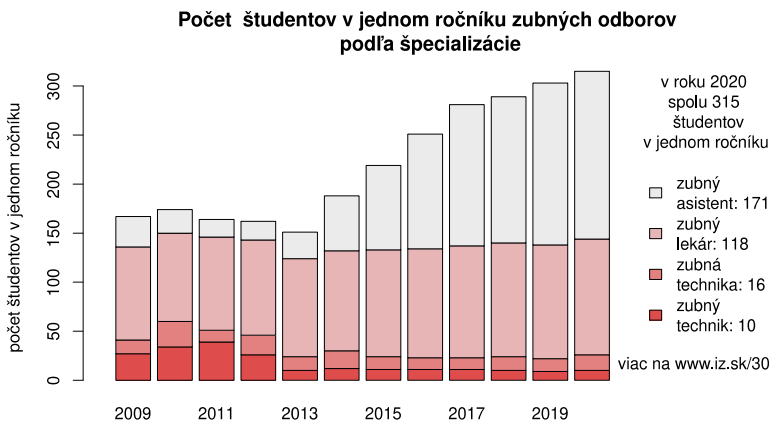
Navýšený počet novoprijatých študentov v roku 2006 sa odrazil v počte absolventov po šiestich rokoch, t. j. v roku 2012, resp. 2013 (doktorské štúdium, pod ktoré spadá študijný odbor zubné lekárstvo, je šesťročné a nedelí sa na prvý a druhý stupeň, je to súvislé šesťročné štúdium). V počte absolventov je výrazný nárast až na 100 absolventov v roku 2013, kým napr. v roku 2009 to bolo len 44 absolventov. Počet absolventov v študijnom odbore zubné lekárstvo sa ustálil na čísle okolo 90, v roku 2019 to bolo 97 absolventov.

Za povšimnutie stojí, že pokiaľ pre demografický vývoj všeobecne klesal počet študentov vysokých škôl, v študijnom odbore zubné lekárstvo počet študentov v sledovanom období stúpala.

4.3.1.1 Študenti, absolventi – iné štátne občianstvo v študijnom odbore zubné lekárstvo

Počty novoprijatých študentov iného štátneho občianstva nie sú v štatistikách CVTI SR uvádzané. Uvádzané sú celkové počty študujúcich iného štátneho občianstva. Kým počet študujúcich iného štátneho občianstva v roku 2004 v študijnom odbore zubné lekárstvo bol len 58 študentov, čo predstavovalo 13,9 % z celkového počtu študentov zubného lekárstva, v roku 2015 to bolo 308 študentov, čo bolo až 35,9 %

z celkového počtu študentov, v roku 2018 to bolo 278 študentov (skoro 5-násobok). Povšimnutiahodné je, že **počty študentov iného štátneho občianstva v tomto študijnom odbore enormne vzrástli**.



Zdroj: CVTI, <https://www.iz.sk/30-grafov-o-zdravotnictve/studenti-zubari>

Podobne je to aj v počte absolventov iného štátneho občianstva. Kým v roku 2004 bolo 6 absolventov iného štátneho občianstva, čo bolo 10,7 % z celkového počtu absolventov v zubnom lekárstve, percentuálny podiel absolventov narastal, až na 37,4 % v roku 2016, keď bolo 49 absolventov iného štátneho občianstva, v roku 2019 bolo 42 absolventov iného štátneho občianstva, čo predstavuje 30,2 % z celkového počtu absolventov.

Sumárne počty študentov a absolventov slovenského a iného štátneho občianstva v študijnom odbore zubné lekárstvo sú uvedené v tabuľke 4.4.

Tabuľka 4.4 Počet študentov a absolventov v študijnom odbore zubné lekárstvo

rok		2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020
počet novo prijatých	Slovenské štátne občianstvo	73	113	103	81	97	84	88	97	96
počet študentov	Slovenské štátne občianstvo	359	444	504	514	547	536	579	555	560
	iné občianstvo	58	72	170	275	297	296	293	278	287
	- podiel cudzincov na celkovom počte absolventov	13,9 %	14,0 %	25,2 %	34,9 %	35,2 %	35,6 %	33,6 %	33,4 %	33,9 %
počet absolventov	Slovenské štátne občianstvo	50	47	45	64	79	94	82	92	83
	iné občianstvo	6	9	1	11	20	42	49	31	32
	- podiel cudzincov na celkovom počte absolventov	10,7 %	16,1 %	2,2 %	14,7 %	20,2 %	30,9 %	37,4 %	25,2 %	27,8 %

Zdroj: CVTI SR, <https://www.iz.sk/30-grafov-o-zdravotnictve/studenti-zubari>

4.4 Farmácia

Študijný odbor farmácia z pohľadu dopytu na trhu práce má vecne korelovať so štúdiom humánneho lekárstva. Na Slovensku sa dá študovať iba na dvoch verejných vysokých školách, na Univerzite Komenského v Bratislave (Farmaceutická fakulta) a Univerzite veterinárskeho lekárstva a farmácie v Košiciach.

Štúdium farmácie na Farmaceutickej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave sa začalo už v roku 1952. Neskôr od roku 1960 sa Bratislava stala sídlom jedinej celoštátnej farmaceutickej fakulty v bývalom Československu. Až do roku 2006 sa študijný program farmácia dal študovať na Slovensku len na tejto jednej fakulte.

Na rozdiel od Farmaceutickej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave, Univerzita veterinárskeho lekárstva a farmácie v Košiciach zaviedla nový študijný program farmácia v roku 2006, súčasný názov univerzity je účinný od januára 2010, predchádzajúci názov bol Univerzita veterinárskeho lekárstva v Košiciach.

Študijný odbor farmácia je možné študovať len v dennej forme štúdia, jeho trvanie je päť akademických rokov a je to spojené štúdium prvého a druhého stupňa štúdia. Akreditované študijné programy sú v slovenskom jazyku a je možné študovať ich aj v cudzom jazyku (podľa akreditácie).

V roku 2004 bol počet študentov spolu 948, najviac bolo v roku 2011, a to 1 709 študentov, v roku 2018 to bolo 1 327 študentov. V tomto študijnom odbore, na rozdiel od všeobecného a zubného lekárstva, sa prejavil demografický vývoj populácie a počet študentov postupne klesal až na úroveň 1 245 študentov v roku 2020.

Podobne klesajúci trend je aj v počte novoprijatých študentov, keď najviac novoprijatých študentov bolo v roku 2007, až 384, ktoré však súviselo so zámerom MŠVVaŠ SR (pozri vyššie). V roku 2020 je to 277 novoprijatých študentov.

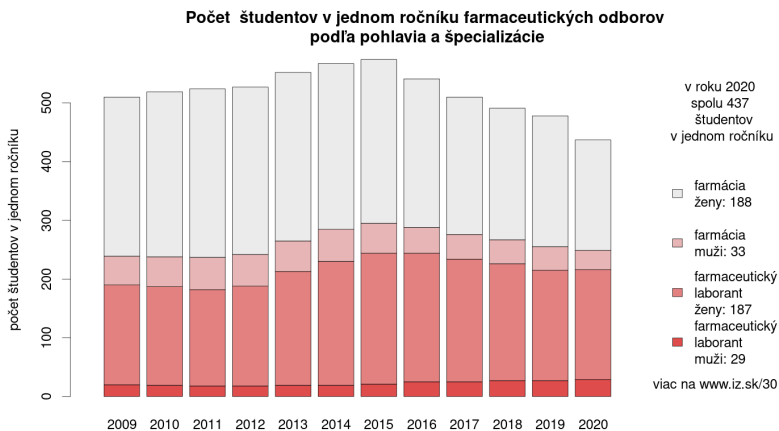
V študijnom odbore farmácia v roku 2004 bolo 164 absolventov slovenského štátneho občianstva, potom počet absolventov postupne narastal. V roku 2012 to bolo 333 absolventov ako dôsledok navýšeného počtu novoprijatých študentov v roku 2007, potom začal počet absolventov klesať až na 283 v roku 2018 a 249 v roku 2019.

4.4.1.1 Študenti, absolventi – iné štátne občianstvo v študijnom odbore farmácia

Počet študentov farmácie iného štátneho občianstva (cudzincov) v roku 2004 bol 94, najviac študentov iného štátneho občianstva bolo v roku 2011, a to 387 študentov, čo predstavovalo 18,0 % z celkového počtu študentov farmácie. Postupne klesá počet študentov iného štátneho občianstva až na úroveň 81 študentov v roku 2020, čo je 6,1 % z celkového počtu študentov farmácie. Pokiaľ v študijnom odbore všeobecné a zubné lekárstvo počet študentov iného štátneho občianstva enormne narastá, v študijnom odbore farmácia klesá na úroveň spred pätnástich rokov, resp. je nižší ako v roku 2004.

Počet absolventov iného štátneho občianstva v študijnom odbore farmácia v roku 2004 bol 9 absolventov, čo bolo 5,2 % z celkového počtu absolventov odboru farmácie, v roku 2012 to bolo až 76 absolventov, čo predstavovalo 18,6 % z celkového počtu absolventov. Po roku 2012 nastáva postupný pokles absolventov, keď v roku 2019 skončilo len 15 študentov, čo predstavuje 5,7 % z celkového počtu absolventov v odbore

farmácia. Príčina poklesu záujmu cudzincov o štúdium farmácie na Slovensku nie je známa.



Zdroj: CVTI, <https://www.iz.sk/30-grafov-o-zdravotnictve/studenti-farmacia>

Sumárne počty študentov a absolventov slovenského a iného štátneho občianstva v študijnom odbore farmácia sú uvedené v tabuľke 2.5.

Tabuľka 2.5 Počet študentov a absolventov v študijnom odbore farmácia

rok		2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020
počet novo prijatých	Slovenské štátne občianstvo	275	276	323	356	356	350	253	283	277
počet študentov	Slovenské štátne občianstvo	948	1170	1498	1663	1696	1683	1484	1327	1245
	iné občianstvo	94	136	249	364	357	247	131	102	81
	- podiel cudzincov na celkovom počte absolventov	9,0 %	10,4 %	14,3 %	18,0 %	17,4 %	12,8 %	8,1 %	7,1 %	6,1 %
počet absolventov	Slovenské štátne občianstvo	164	177	156	266	333	309	342	283	289
	iné občianstvo	9	18	34	25	76	71	71	15	13
	- podiel cudzincov na celkovom počte absolventov	5,2 %	9,2 %	17,9 %	8,6 %	18,6 %	18,7 %	17,2 %	5,0 %	4,3 %

Zdroj: CVTI SR

4.5 Sestra

Na Slovensku, ale aj v Českej republike bol pred rokom 2004 dostatok vysokokvalifikovaných sestier, ktorých výučbu zabezpečovali stredné zdravotnícke školy.

Pred vstupom do EÚ Slovensko začalo implementovať do svojich právnych noriem smernice Európskeho parlamentu a Rady vo veci vzdelania sestier. V slovenských právnych predpisoch to bol zákon č. 118/2002 Z. z., ktorým sa dopĺňa zákon NR SR č. 277/1994 Z. z. o zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení niektorých ďalších zákonov. Na základe § 54 ods. 5 uvedeného zákona bolo vydané nariadenie vlády SR č. 156/2002 Z. z. o odbornej spôsobilosti pracovníkov v zdravotníctve. Podľa tohto nariadenia má mať sestra vysokoškolské vzdelanie v prvom alebo druhom stupni štúdia v odbore ošetrovateľstvo alebo vyššie odborné vzdelanie v odbore diplomovaná všeobecná sestra (nariadenie platilo do 30. 4. 2004, neskôr to boli ďalšie nariadenia vlády, ktoré však podstatu vzdelania sestier nemenili).

V súčasnosti je v platnosti smernica Európskeho parlamentu a Rady č. [2005/36/ES](#) o uznávaní odborných kvalifikácií v znení dodatkov. Táto smernica v článku 31 špecifikuje, že na pozíciu sestry zodpovednej za všeobecnú starostlivosť je potrebné vzdelanie v rozsahu aspoň 4 600 hodín (minimálne 3 roky) po dosiahnutí desaťročného všeobecného vzdelania³. Napriek týmto požiadavkám Slovenská republika spolu s ďalšími najmä novými členskými krajinami začala uplatňovať výrazne prísnejšie podmienky pre pozíciu sestry: 12 rokov všeobecného vzdelávania nasledovného minimálne tromi rokmi špecializovaného štúdia.

4.5.1 Stredoškolské štúdium

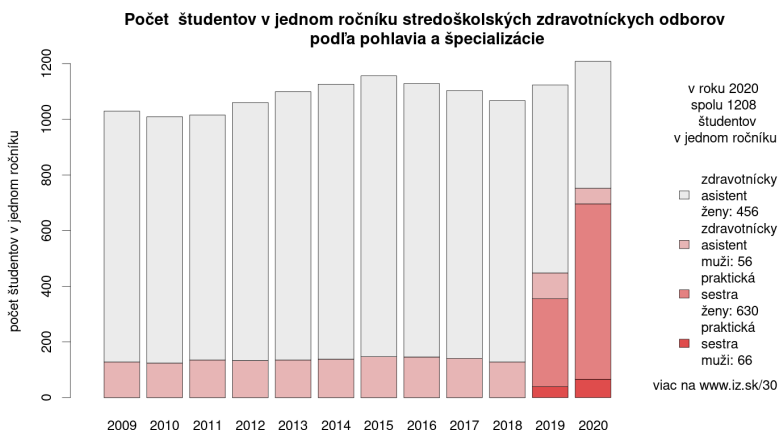
Pri vstupe Slovenska do EÚ v roku 2004 sa udiali zásadné zmeny vo vzdelávaní sestier – ťažisko sa presunulo na vzdelávanie sestier na vyso-

³Smernica 2013/55/EÚ, ktorá smernicu 2005/36/ES novelizovala, neprinesla zásadnejšie zmeny.

kých školách. Pred týmto obdobím stredné zdravotnícke školy vychovávali kvalifikované sestry, ale vzhľadom na zmenu legislatívy sa tieto školy začali orientovať na iné odbory.

Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky podľa § 47 písm. a) a b) zákona č. 61/2015 Z. z. o odbornom vzdelávaní a príprave a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 209/2018 Z. z. vydalo vyhlášku č. 251/2018 Z. z. o sústave odborov vzdelávania pre stredné školy a o vecnej pôsobnosti k odborom vzdelávania. V súčasnosti je podľa tejto vyhlášky možné na stredných zdravotníckych školách študovať 12 zdravotníckych odborov: asistent výživy, zdravotnícky laborant, zubný technik, farmaceutický laborant, očný optik, ortopedický technik, sanitár, zdravotnícky záchranár, zubný asistent, praktická sestra (predtým zdravotnícky asistent), masér, masér pre zrakovo hendikepovaných. Absolventky študijného odboru praktická sestra podľa súčasnej legislatívy nemôžu vykonávať povolanie sestry. Môžu vykonávať povolania ako praktická sestra či zdravotnícky asistent.

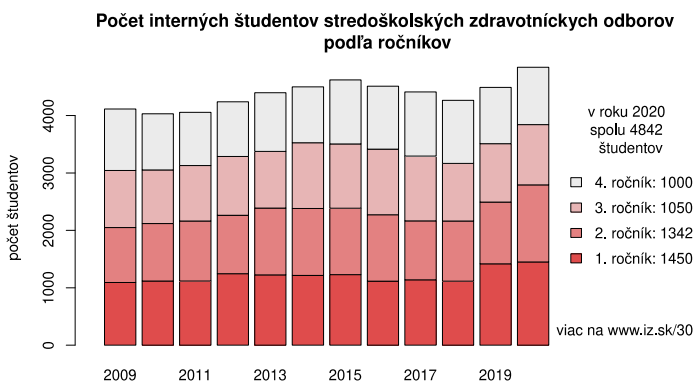
Okrem toho stredné zdravotnícke školy sa zameriavajú aj na vyššie odborné, pomaturitné vzdelávanie, a to: diplomovaný fyzioterapeut, diplomovaný optometrista, diplomovaný rádiologický asistent a diplomovaná všeobecná sestra.



Zdroj: CVTI, <https://www.iz.sk/30-grafov-o-zdravotnictve/studenti-sestry>

Vývoj počtu študentiek (a niekoľkých študentov) počas posledných desať rokov bol veľmi turbulentný. Napríklad od začiatku milénia do roku 2019 neexistoval študijný odbor zdravotnej sestry. Až od roku 2019 existuje praktická sestra. Dovtedy existoval študijný odbor zdravotnícky asistent (paradoxne v mužskom rode, aj keď 90 % študentiek boli ženy).

Ak sa však pozrieme na vývoj podľa ročníkov štúdia, počet študentiek je stabilnejší, aj keď veľmi nízky.

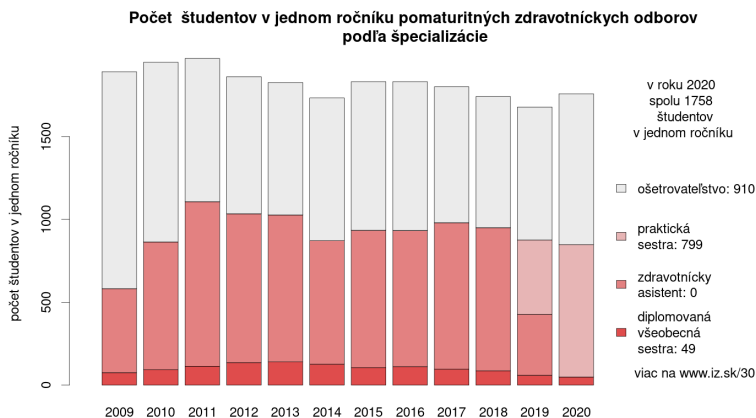


Zdroj: CVTI, www.iz.sk/30-grafov-o-zdravotnictve/studenti-sestry

4.5.2 Štúdium po maturite

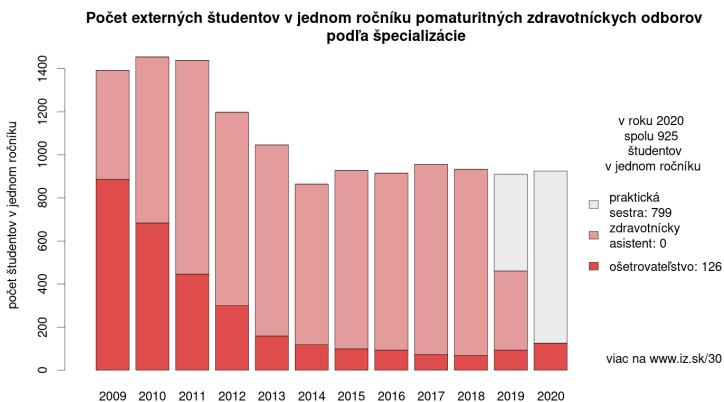
Absolventi a absolventky stredoškolského štúdia s maturitou môžu ďalej pokračovať vo vzdelávaní. Jeho zloženie sa posledné roky výrazne menilo.

Na stredných zdravotníckych školách sa dá študovať trojročný odbor diplomovaná všeobecná sestra a externou formou dvojročné pomaturitné štúdium kvalifikačného odboru praktická sestra (v minulosti zdravotnícky asistent), na vysokých školách odbor ošetrovatelstvo internou aj externou formou.



Zdroj: CVTI, <https://www.iz.sk/30-grafov-o-zdravnictve/studenti-sestry>

Študijný odbor ošetrovateľstvo sa študuje na vysokej škole, po jeho absolvovaní sa udeľuje ako po jedinom z hore uvedených aj titul bakalár, napriek tomu, že dĺžka i náročnosť pomaturitného a vysokoškolského štúdia sú podobné.

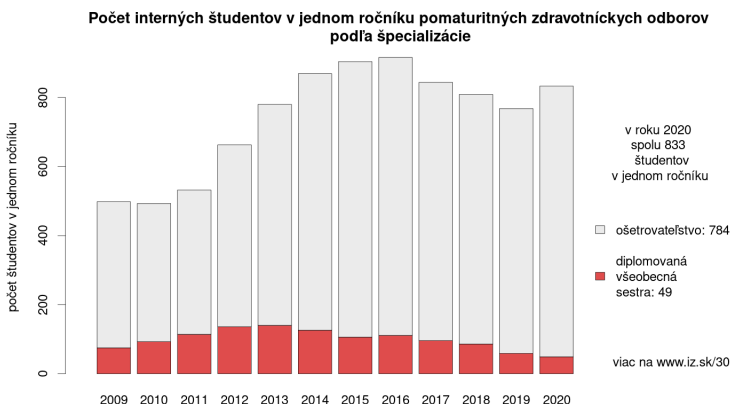


Zdroj: CVTI, <https://www.iz.sk/30-grafov-o-zdravnictve/studenti-sestry>

Na stredných zdravotníckych školách sa odbor všeobecná zdravotná sestra, detská sestra atď. prestali študovať, nahradili ich iné odbory. Avšak je možné vyštudovať odbor diplomovaná všeobecná sestra, je to trojročné vyššie pomaturitné štúdium. Tento odbor je možné študovať až

po štvorročnom štúdiu ukončenom maturitou. Absolventom štúdia odboru diplomovaná všeobecná sestra je kvalifikovaná sestra. Napriek tomu, že ide o trojročný študijný pomaturitný odbor, absolvent nedostane titul bakalár.

Situácia je však taká, že absolventi stredoškolských zdravotníckych odborov túto možnosť využívajú len zriedkavo a využívajú radšej možnosť študovať na vysokej škole študijný odbor ošetrovateľstvo, kde tiež za tri roky získavajú odbornú spôsobilosť pre výkon povolania sestra a majú udelený akademický titul bakalár – Bc. (a majú možnosť pokračovať v druhom stupni vzdelania a získať titul Mgr.).



Zdroj: CVTI, <https://www.iz.sk/30-grafov-o-zdravotnictve/studenti-sestry>

V štruktúre študentov je veľký rozdiel medzi interným a externým štúdiom. V internom štúdiu prevláda ošetrovateľstvo a diplomovaná všeobecná sestra, v externom štúdiu pomaturitné odbory praktická sestra (resp. zdravotnícky asistent) a ošetrovateľstvo.

4.5.3 Vysokoškolské štúdium ošetrovateľstva

Pre aproximáciu smerníc Európskeho parlamentu a Rady začali mnohí študenti uprednostňovať školy, ktoré im umožňovali získať vysokoškolské vzdelanie s akademickým titulom bakalár – Bc. alebo magister – Mgr. Na stredných zdravotníckych školách, aj napriek tomu, že vychovávali

vysoko kvalifikované sestry, odbor zdravotná sestra šiel do útlmu, neskôr bol zrušený.

Na vysokoškolské štúdium sa môžu prihlásiť všetci absolventi, ktorí získali maturitné vysvedčenie, čiže aj absolventi napríklad elektrotechnickej či poľnohospodárskej školy. Po troch rokoch denného štúdia na vysokej škole v študijnom odbore ošetrovatelstvo získavajú akademický titul bakalár – Bc.

Možnosť študovať v študijnom odbore ošetrovatelstvo, v nelekárskom študijnom odbore ponúka na Slovensku sedem verejných vysokých škôl, jedna súkromná vysoká škola a jedna štátna vysoká škola:

verejné vysoké školy:

- Univerzita Komenského v Bratislave – Jesseniova lekárska fakulta so sídlom v Martine,
- Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach – Lekárska fakulta,
- Prešovská univerzita v Prešove – Fakulta zdravotníckych odborov,
- Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre – Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva,
- Katolícka univerzita v Ružomberku – Fakulta zdravotníctva,
- Trnavská univerzita v Trnave – Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce,
- Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne – Fakulta zdravotníctva;

súkromná vysoká škola:

- Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave; štátna vysoká škola:
- Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave – Fakulta ošetrovatelstva a zdravotníckych odborných štúdií, Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici.

Študijný program ošetrovatelstvo je možné študovať v bakalárskom štúdiu v dĺžke štúdia tri akademické roky v dennej forme štúdia, v magisterskom štúdiu v dĺžke trvania dva akademické roky v dennej forme štúdia. V rokoch 2004 až 2006 dobiehalo ešte aj súvislé päťročné magister-

ské štúdium. Absolventi štúdia sa uplatnia ako sestry s príslušnou autonómiou v rozsahu komplexnosti riešenia ošetrovateľskej praxe v klinických a preventívnych odboroch zdravotnej starostlivosti v ambulantnej, sekundárnej a terciárnej oblasti vrátane edukačnej činnosti v štátnej a neštátnej sfére.

V tabuľkách uvádzame len študentov na verejných vysokých školách v dennej forme štúdia v prvom stupni štúdia.

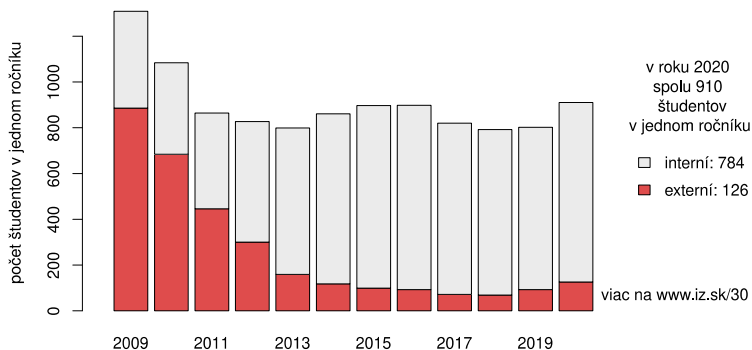
V študijnom odbore ošetrovateľstvo v dennej forme sa počet študentov v sledovanom období 2004 až 2020 radikálne nemenil. V roku 2004 bolo 1 310 študentov, v roku 2005 bolo 1 601 študentov, v roku 2006 bolo 1 544 študentov. Najmenej študentov bolo v roku 2010 – 963 študentov a v roku 2011 – 981 študentov. Potom počet študentov postupne narastal, v roku 2018 to bolo 1 103 študentov, ale napr. v roku 2015 to bolo 1 265 študentov.

Počet novoprijatých študentov bol najvyšší na začiatku sledovaného obdobia (v rokoch 2004 – 605 študentov a 2005 – 603 študentov), ako následok zmeny legislatívy vo vzdelávaní sestier, keď sestry museli mať aspoň prvý stupeň vysokoškolského vzdelania. Najmenej novoprijatých študentov bolo v roku 2009 (322 študentov). Potom počet novoprijatých študentov postupne narastal až na počet 479 študentov v roku 2019 a 485 študentov v roku 2020. Celkový pokles študentov na všetkých vysokých školách ako dôsledok demografického vývoja sa na počte novoprijatých študentov v študijnom odbore ošetrovateľstvo zásadným spôsobom neprejavil.

Počty absolventov sa priebežne menili vzhľadom na zmenu legislatívy vo vzdelávaní zdravotných sestier (nariadenia vlády SR). V roku 2004 bolo v tomto odbore len 172 absolventov. V roku 2005 to bolo 443 absolventov, v roku 2006 402 absolventov a v roku 2007 to bolo 500 absolventov, čo bolo najviac absolventov za sledované obdobie. Potom sa počet absolventov pohyboval okolo 300 ročne. V roku 2018 to bolo 370 absolventov.

V študijnom odbore ošetrovateľstvo sa výrazne menila štruktúra interných a externých študentiek.

Počet študentov v jednom ročníku bakalárskeho odboru ošetrovateľstva podľa druhu



Zdroj: CVTI, <https://www.iz.sk/30-grafov-o-zdravotnictve/studenti-sestry>

Počet študentov v externých odboroch klesá. Obrovský nárast počtu externých študentiek bol dôsledok nových povinností sestier mať vysokoškolské vzdelanie.

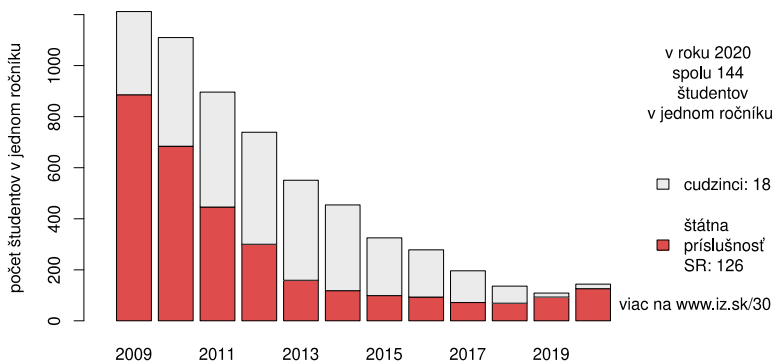
Tab. 4.6 Počet študentov a absolventov v študijnom odbore ošetrovateľstvo (Bc.)

rok		2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020
počet novo prijatých	Slovenské štátne občianstvo	605	507	358	357	434	479	414	441	485
počet študentov	Slovenské štátne občianstvo	1 310	1 544	1 164	963	1 091	1 204	1 208	1 103	1 221
	iné občianstvo	16	3	8	6	8	14	19	35	71
	- podiel cudzincov na celkovom počte absolventov	5,14 %	2,22 %	1,61 %	1,43 %	0,73 %	0,50 %	0,66 %	0,27 %	1,29 %
počet absolventov	Slovenské štátne občianstvo	172	402	441	349	256	297	308	370	317
	iné občianstvo	0	0	0	1	1	2	3	1	3
	- podiel cudzincov na celkovom počte absolventov	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,34 %	0,39 %	0,57 %	0,68 %	0,25 %	0,9 %

Zdroj: CVTI SR, verejné vysoké školy internou formou

Tabuľka 2.6 popisuje štúdium ošetrovateľstva na internej forme na verejných vysokých školách. Nasledujúce grafy popisujú vývoj aj na súkromných vysokých školách a rozdelenie na internú a externú formu.

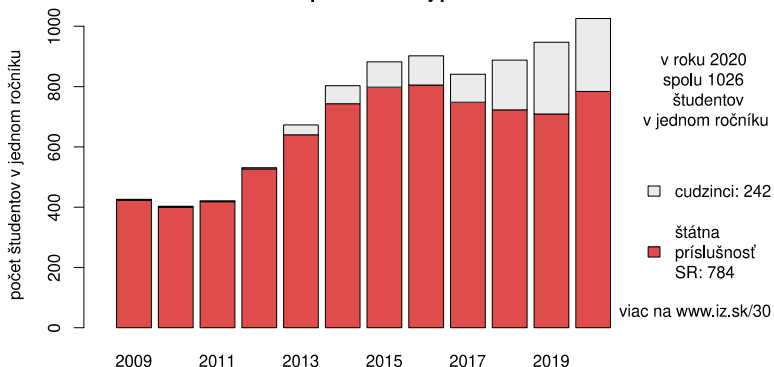
Počet externých študentov v jednom ročníku bakalárskeho odboru ošetrovatel'st' podľa štátnej príslušnosti



Zdroj: CVTI, <https://www.iz.sk/30-grafov-o-zdravnictve/studenti-sestry>

Pri interných študentoch stúpa podiel študentov zo zahraničia, ktorí nezostanú pracovať v zdravotníckom systéme Slovenska.

Počet interných študentov v jednom ročníku bakalárskeho odboru ošetrovatel'st' podľa štátnej príslušnosti



Zdroj: CVTI, <https://www.iz.sk/30-grafov-o-zdravnictve/studenti-sestry>

Ako vidno z tohto prehľadu, vývoj počtu absolventiek, ktoré majú potenciál zostať v zdravotníckom systéme Slovenska, je:

- okolo 1 000 absolventiek maturitného odboru praktická sestra (resp. zdravotnícky asistent),

- okolo 850 absolventiek odborov ošetrovateľstvo a diplomovaná všeobecná sestra (z ktorých časť ukončilo vzdelanie podľa predošlého bodu),
- (v externom systéme: okolo 900 absolventiek externej formy vzdelania v odbore praktická sestra a vyše 100 absolventiek v študijnom odbore ošetrovateľstvo).

4.6 Záver kapitoly 4

Predmetná analýza sa obmedzila na empirický vývoj a analýzu počtu študentov a absolventov zdravotníckych odborov na Slovensku v členení na humánne lekárstvo (všeobecné lekárstvo a zubné lekárstvo), farmáciu, ošetrovateľstvo a sestra v období rokov 2004 až 2020. Analýza obsahuje aj interpretáciu vývojových zlomov spôsobených hlavne spoločenskými či legislatívnymi zmenami.

Jej hlavným cieľom bolo poskytnúť relevantné konzistentné dáta pre extrapoláčnú prognózu absolventov zdravotníckych študijných odborov, ako aj námety na nástroje pre zosúladovanie dopytu a ponuky na slovenskom zdravotníckom trhu práce.

Z hľadiska slovenského zdravotníctva je dôležité, že nie všetci absolventi slovenských škôl zostanú pôsobiť v slovenskom zdravotníctve. V analýze sme ako špecifickú a početnú skupinu absolventov vyčlenili zahraničných študentov a absolventov na slovenských vysokých školách v odbore všeobecné lekárstvo. O ich uplatnení v slovenskom zdravotníctve nie sú konkrétne štatistické údaje. V odboroch zubné lekárstvo a ošetrovateľstvo je počet zahraničných študentov veľmi malý, v odbore farmácia pomerne malý, s klesajúcou tendenciou.

Venovali sme sa len študentom a absolventom dennej formy štúdia na verejných vysokých školách hlavne preto, že v odboroch humánnej medicíny externá forma štúdia nie je možná vôbec a vo vysokoškolskom odbore ošetrovateľstvo bola spôsobená diskutabilnou aproximáciou práva EÚ v oblasti viazaného povolania zdravotnej sestry. Externé štúdium stredoškolsky vzdelanej sestry v bakalárskom štúdiu ošetrovateľstva nezvýšilo ponuku práce zdravotných sestier slovenského zdravotníctva.

tva, len umožnilo sestrám vo svojom statuse postúpiť, presnejšie povedané zostať. Časť stredoškolsky vzdelaných sestier, ktoré z rôznych dôvodov nezískali vysokoškolské vzdelanie pod hrozbou straty statusu, volilo odchod zo zdravotníctva, napríklad do opatrovateľstva v zahraničí. O veľkosti tejto skupiny sa nepodarilo získať konkrétne empirické údaje, každopádne to znížilo ponuku práce zdravotných sestier.

Externé štúdium, rekvalifikácie a celoživotné vzdelávanie budú nabrať na význame pri uspokojovaní po dopyte v zdravotníctve o odbornostiach mimo lekárov a sestier. Tejto téme sa táto analýza nevenovala, hlavne z dôvodu nedostatku dát a veľkého počtu špecializácií. Rovnako sme sa nezamerali na špecializačné a doktorandské štúdium, ktoré hlavne u lekárov je veľmi dôležité pre uspokojenie konkrétnych potrieb zdravotníctva.

Táto analýza abstrahuje aj od absolventov zdravotných odborov **zahraničných vysokých škôl**, ktorí by tvorili ponuku práce na slovenskom trhu práce, hlavne z dôvodu rozsahu a nekompatibilnosti dát. Táto sa delí na dve základné skupiny, a to na slovenských absolventov zahraničných vysokých škôl a zahraničných absolventov zahraničných vysokých škôl. V prvej skupine je dôležitá konkurencieschopnosť slovenského zdravotníctva z pohľadu platov a podmienok, ktorá je nízka. V druhej skupine sa k tomu pridružuje aj jazyková bariéra. Tieto všeobecné konštatovania majú svoje výnimky, ale aj nástroje zmien, ktoré by mali byť predmetom ďalších analýz.

5 Ponuka práce v zdravotníctve

V tejto kapitole sa sústredíme na ponuku práce lekárov a sestier ako absolventov škôl. Keďže požiadavky na lekárov a sestry sú úzko zviazané s formálnym vzdelávaním, vieme veľmi presne kvantifikovať, koľko lekárov, lekárk a sestier príde na trhu práce. V prvej časti sa sústredíme na prognózu počtu absolventov lekárskejších fakúlt Slovenska v odbore všeobecnej lekárskejštv, v druhej časti sa pozrieme na študijný odbor ošetrovateľstvo. Štruktúru a históriu školstva v sektore zdravotníctva podrobnejšie opisuje kapitola 4. Modelovanie demografickej štruktúry súčasných zamestnancov sektora je bližšie opísané v kapitole 3.

5.1 Všeobecné lekárskejštv

V kapitole 4 sme opisovali možnosti štúdia všeobecného lekárskejštv na Slovensku. Na základe týchto dát prognózujeme vývoj počtu absolventov všeobecného lekárskejštv do roku 2030. Model má niekoľko základných predpokladov, ako je úspešnosť ukončenia štúdia (modelujeme cez pravdepodobnosť opakovania ročníka 2 % a pravdepodobnosť opustenia školy 0 – 3 % podľa ročníka štúdia) a pravdepodobnosť zotrvania v sektore zdravotníctva na Slovensku (80 %; resp 0 % pri študentoch s iným štátnym občianstvom). V modeli rozlišujeme medzi dvoma skupinami študentov všeobecného lekárskejštv:

- študenti zväčša zostávajúci na Slovensku: štúdium v slovenskom jazyku, štátni príslušníci SR;
- študenti vždy odchádzajúci do zahraničia: štúdium v anglickom jazyku, iní štátni príslušníci.

V modeli a v opisoch modelu ich rozlišujeme. Vývoj týchto dvoch skupín študentov sme opísali v kapitole 4. Predpokladáme, že celková kapacita lekárskejších fakúlt je 7 000 študentov (v roku 2011 to bolo 5 300 študentov, v roku 2004 to bolo 3 600 študentov). Výraznejšie navýšenie tejto kapacity nevidíme reálne, najmä vzhľadom na ich rapídne zvýšenie počas posledného obdobia, limity fyzickej infraštruktúry a učiteľských kapacít a nutnosti zachovania kvality vzdelávania.

V modeli vychádzame zo štatistických ročeniek vysokého školstva publikovaných CVTI. Demografické údaje používame iba na kvantifikáciu podielu študentov medicíny na celkovom počte VŠ študentov.

Modelujeme tri scenáre:

- Základný scenár predpokladá rovnaké správanie škôl ako v rokoch 2011 až 2019, teda 660 prijatých študentov so slovenským štátnym občianstvom a 500 prijatých študentov s cudzím štátnym občianstvom.
- Súčasný scenár predpokladá zachovanie počtu novoprijatých študentov zo SR v rovnakom počte ako v roku 2020, teda 840 študentov a zníženie novoprijímaných študentov zo zahraničia z 500 na 400.
- Nevyhnutný scenár dosahuje požiadavky stanovené modelom popísaným v kapitole 3, teda 760 nových lekárov do zdravotníctva v SR. Dôsledkom je zvýšenie novoprijatých študentov zo SR na 1 050 a zníženie novoprijatých študentov z iných krajín na 100 – 150.

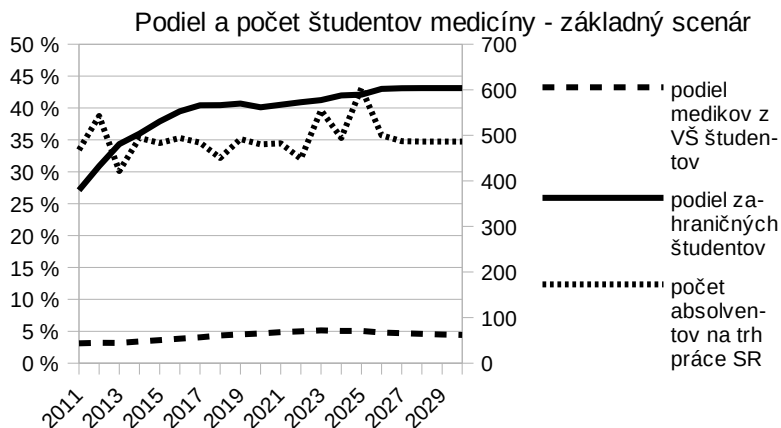
V nasledujúcich podkapitolách bližšie opisujeme tieto scenáre.

5.1.1 Základný scenár

Základný scenár predpokladá rovnaké správanie lekárskech fakúlt, aké mali v rokoch 2011 až 2019. Na štúdium v slovenskom jazyku budú prijímať 660 študentov, na štúdium v anglickom jazyku 500 študentov.

Dôsledkom bude zachovanie kapacity medicínskych fakúlt na úrovni tesne pod 7 000 študentov vo všetkých ročníkoch spolu. Počet absolventov smerujúcich do zdravotníctva na Slovensku bude 490 ročne. Pri predpoklade, že 30 % populačných ročníkov je na vysokej škole, tak mediaci všeobecného lekárstva budú predstavovať 4 – 5 % vysokoškolských študentov SR.

Graf 5.1 Základné údaje o základnom scenári



Zdroj: Prepočty autorov na základe modelu

Ako je z výsledkov zrejmé, tento scenár **nedokáže zabezpečiť** dostatok lekárov pre zdravotnícky systém Slovenska.

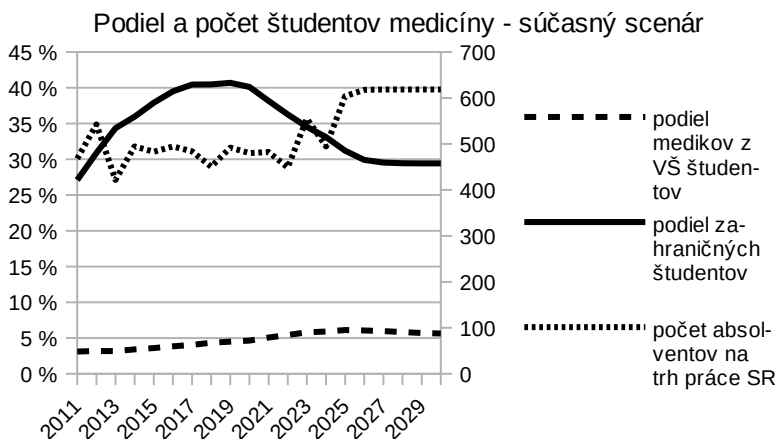
5.1.2 Súčasný scenár

Druhý scenár predpokladá, že lekárske fakulty na Slovensku zotrávajú v mierne zmenenom správaní, ktoré ukázali v roku 2020. Udržia zvýšený počet novoprijatých študentov zo Slovenska na úrovni 840 študentov (v predošlom scenári to bolo 660) a z iných krajín na úrovni 350 (v minulom scenári to bolo 500).

Dôsledkom bude zachovanie kapacít fakúlt na úrovni 7 000 študentov (v roku 2011 to bolo 5 300 študentov), pričom sa zníži podiel študentov z iných krajín zo súčasných 40 % na 29 %, čo je údaj porovnateľný s rokom 2011.

Počet študentov medicíny zo SR bude predstavovať 4 900 študentov (teda 6 % všetkých vysokoškolských študentov SR v SR). Celkový počet absolventov smerujúcich do zdravotníctva na Slovensku bude **okolo 620 ročne**, čo je menej ako očakávaných 760 ročne.

Graf 5.2 Základné údaje o súčasnom scenári

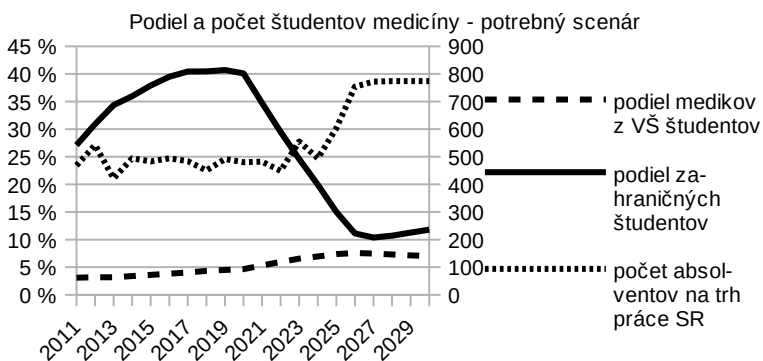


Zdroj: Prepočty autorov na základe modelu

5.1.3 Potrebný scenár

Tento scenár sme pripravili, aby sme ukázali, čo je potrebné vykonať na dosiahnutie cieľov opísaných v kapitole 4, teda prírlev **760 absolventov** do zdravotníctva SR. Toto znamená prijímanie 1 050 študentov každý rok (namiesto 660, resp. 840 v predošlých scenároch).

Graf 5.3 Základné údaje o potrebnom scenári

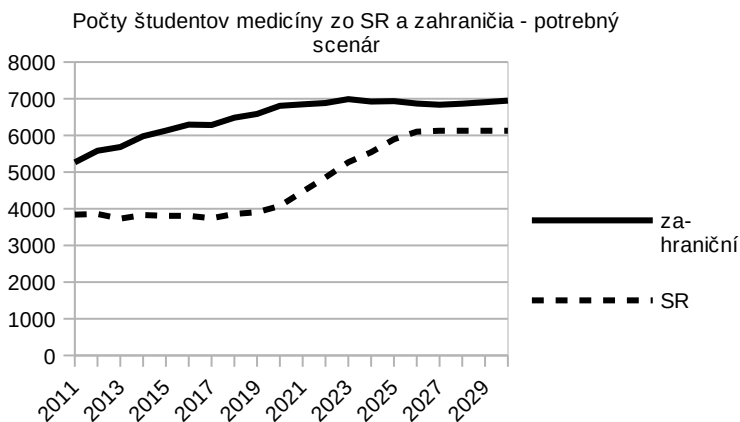


Zdroj: Prepočty autorov na základe modelu

Pri daných obmedzeniach (najmä celková kapacita medicínskych škôl na úrovni 7 000 študentov) je dôsledkom zníženie počtu prijímaných cudzích štátnych príslušníkov na 100 (resp. 150 od roku 2026). Tento scenár zabezpečí ročný prílev **760 absolventov od roku 2026**.

Podiel zahraničných študentov teda klesne zo 40 % na 10 % (rovnaký počet študentov ako v roku 2008). Tieto počty umožnia humanitárne aktivity, ako je výchova lekárov pre rozvíjajúce sa krajiny v Afrike alebo v Ázii, umožnia tiež spoluprácu so zahraničnými univerzitami a výskumnými projektami i osobnostný rozvoj vyučujúcich, keďže celkový počet študentov bude stále nad 10 %.

Graf 5.4 Rozdelenie študentov všeobecnej medicíny podľa štátnej príslušnosti



Zdroj: Prepočty autorov na základe modelu

Z pohľadu potenciálu vhodných kandidátov na štúdium medicíny je tento scenár na hornej hranici realizácie: počet študentov medicíny by predstavoval 7 % všetkých vysokoškolských študentov. Tento podiel je vysoký, avšak nie nereálny.

Tab 5.1 Porovnanie scenárov

rok	Základný	Súčasný	Potrebný
2020	480	480	480
2021	482	482	482
2022	449	449	449
2023	555	555	555
2024	494	494	494
2025	604	604	604
2026	500	618	754
2027	487	618	772
2028	486	618	774
2029	486	618	774
2030	486	618	774

Zdroj: Prepočty autorov

5.2 Zubné lekárstvo

Ako sme opísali v kapitole 4.3 Zubné lekárstvo, počet absolventov zubného lekárstva predstavuje posledné roky okolo 100 absolventov slovenského štátneho občianstva a okolo 50 absolventov iného štátneho občianstva. Výrazne tiež rastie počet absolventov v iných zubných profesiách. Podľa údajov zobrazených v kapitole 2.2 výrazne rastie podiel zubárov mladších ako 40 rokov. Celkový dopyt po zubných lekároch podľa prepočtov v kapitole 3.5.3 predstavuje tiež okolo sto zubárov ročne. Ponuka a dopyt sú teda agregátne zhruba vyrovnané.

Celkové trendy v oblasti zubných lekárov sú pozitívne a pri ich zachovaní nehrozí viditeľný nedostatok zubárov na agregovanej a celoštátnej úrovni. Situácia sa môže a bude líšiť na regionálnej úrovni – v niektorých regiónoch môže ľahko vzniknúť nedostatok zubárov.

5.3 Farmácia

Podľa údajov opísaných v kapitole 4.4 je počet absolventiek farmácie okolo 300 ročne, s klesajúcou tendenciou v posledných rokoch. Celkový odhadovaný dopyt je na úrovni 100 ročne (strana 113). V sektore teda pri zachovaní situácie podobnej ako v súčasnosti nehrozí nedostatok pracovníkov.

5.4 Sestry

Matematické prognózovanie budúceho počtu sestier naráža na množstvo metodologických problémov. Na rozdiel od pojmu lekár, ktorý je v legislatíve stabilný a jasne naviazaný na formálne vzdelávanie a kompetencie, pojem sestra sa v minulosti i súčasnosti výrazne menil. Z pohľadu súčasnej legislatívy vo vzdelávaní existujú praktická sestra, diplomovaná všeobecná sestra, ako i absolventi odboru ošetrovateľstvo. Z pohľadu regulovaných povolání existuje sestra, praktická sestra/zdravotnícky asistent a sanitár. Kompetenčne sa časť práce sestier presúvala na sanitárov či praktickú sestru (zdravotníckeho asistenta). Štatistické problémy s vykazovaním sestier podčiarkuje aj fakt, že sestry boli jedným z hlavných dôvodov zmien číselníka povolání ILO v roku 2008 (spolu s povolániami v IT a manažérskymi povolániami)⁴.

Vzdelávanie sestier sme opísali v kapitole 4.5, kde sme aj ukázali, ako výrazne sa za posledných 20 rokov menilo. Vzhľadom na dané problémy s konzistentnosťou časových radov v minulosti aj vzhľadom na nejasnosť budúceho vývoja legislatívy budeme prognózovať budúci vývoj ponuky sestier iba rádovo.

V súčasnosti je okolo 1 000 absolventiek maturitných odborov sestry (praktická sestra, zdravotnícky asistent) a okolo 800 absolventiek baka-lárskeho študijného odboru ošetrovateľstvo. Medzi týmito skupinami je čiastočný prienik, ktorý odhadujeme na 20 %. Časť absolventiek stredoškolských odborov sa uplatní v príbuzných sektoroch (kozmetika, pedikúra), časť v zamestnaní úplne mimo odboru, časť pokračuje na vysokých školách v iných odboroch, a iba okolo 20 % pokračuje v štúdiu vo vysokoškolskom odbore ošetrovateľstvo. Celkový počet absolventiek študijných odborov na pozíciu sestry či praktickej sestry odhadujeme na 1 600 ročne. Okolo 800 absolventiek ročne spĺňa formálne požiadavky na pozíciu sestry.

⁴<https://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/docs/publication08.pdf>

Z celkového počtu absolventiek iba relatívne malá časť začne pracovať v sektore zdravotníctva (z absolventiek odboru ošetrovateľstvo 44 %⁵). Podľa informácií NCZI⁶ je vo vekovej kategórii 20 – 24 rokov 800 až 950 sestier (podľa roka), vo vekovej kategórii 25 – 29 rokov 1 400 až 1 500 sestier, teda zhruba 230 zamestnancov a zamestnankýň v jednom populačnom ročníku. Z odhadovaného počtu 1 600 absolventiek ročne teda **iba 14 % začne pracovať ako sestra** v zdravotníctve Slovenska. Celkový počet absolventiek a absolventov odboru ošetrovateľstvo a diplomovaná všeobecná sestra je okolo 850 ročne, čo je tiež štvornásobok reálneho počtu mladých sestier v sektore zdravotníctva.

Z modelu v kapitole 3.5.3 Celkový dopyt po práci v sektore zdravotníctva vyplýva, že v sektore zdravotníctva bude potrebných 1 300 sestier ročne. Tento prílev nie je možné pokryť existujúcimi kapacitami školstva v zdravotníckych odboroch pri súčasnom nastavení, ktoré tvoria prílev zhruba 230 nových sestier. Je **potrebné vykonať všetky** z nasledovných krokov:

- zvýšiť kapacity školstva v týchto odboroch,
- motivovať absolventky pracovať ako sestry,
- zlepšiť celoživotné vzdelávanie vrátane kariérneho rastu,
- motivovať slovenské sestry pracujúce v zahraničí vrátiť sa do SR,
- motivovať sestry nevykonávajúce povolanie sestry, aby ho začali vykonávať.

5.5 Záver kapitoly 5

Analýza vývoja počtu slovenských absolventov slovenských vysokých škôl všeobecnej medicíny (lekárov), zubnej medicíny, farmácie a ošetrovateľstva (sestier) nastupujúcich na slovenský trh práce umožnili vytvoriť predikčné modely, ktorých aplikáciou sme kvantifikovali prognózy týchto absolventov do roku 2030.

Situácia v oblasti zubárstva a farmácie v agregátnej forme je vyrovnaná, pričom pri zubároch je vyššie riziko nedostatku pracovníkov. Rizi-

⁵<https://www.iz.sk/download-files/sk/evs/vzdelavanie-sestier>

⁶Spracované na iz.sk/30-grafov-o-zdravotnictve/vekova-struktura-sestier

kom je ich nerovnomerné pokrytie, či z regionálneho pohľadu, alebo z pohľadu špecializácií.

U lekárov sme modelovali tri scenáre, z ktorých len posledný umožňuje dosiahnuť počty absolventov, ktoré budú v blízkej budúcnosti potrebné (viac pozri v kapitole 2). Tento potrebný scenár predpokladá, že počet prijatých študentov slovenského štátneho občianstva stúpne na 1 050 (oproti doterajším 660), zrkadlovo potom musí klesnúť počet novoprijatých študentov iného štátneho občianstva na 100 (ich podiel na celkovom počte študentov zostane na 10 %, čo je primerane vysoké).

V prípade pozície sestry je situácia diametrálne odlišná. Sú potrebné výrazné zmeny v systéme motivácie a odmeňovania sestier tak, aby sa zvyšoval ich počet na úroveň, ktorá bude potrebná v budúcnosti. Pri zachovaní súčasných trendov bude z každoročného očakávaného prírastku 1 300 pracovných miest obsadených iba 230. Na zvyšných 1 070 miest nebude dostatok absolventiek.

Koronakríza rokov 2020 a 2021 nie je v dôsledku absencie komplexných údajov v modeloch obsiahnutá. Predpokladáme však, že celkové trendy minimálne zdôraznila, ak nie výrazne zhoršila. Čiastkové údaje ukazujú väčší odchod lekárov a najmä sestier zo sektora (či už do skoršieho dôchodku, alebo do iného zamestnania).

6 Zdravie, úmrtnosť a stredný vek v rómskych komunitách

V predošlých kapitolách sme opisovali a prognózovali vývoj ekonomiky a zdravotníckeho sektora na celoštátnej, priemernej úrovni. Celoštátny priemer však opisuje špecifickú situáciu regiónov či sociálnych skupín nedostatočne. V tejto kapitole sa venujeme opisu špecifík situácie Rómov z pohľadu zdravotníctva.

Pri opise Rómov v strednej Európe nemožno vynechať chatrné zdravie, nadpriemernú chorobnosť a nižší vek života. Prírodzene, to isté platí o rómskej menšine na Slovensku. Čím viac budeme dôslední, presní a exaktní, tým detailnejšie budú údaje, čísla a dáta. Pravdou stále je, že údaje o Rómoch nám chýbajú, máme ich málo a potrebovali by sme ich oveľa viac. Sú totiž nevyhnutnou podmienkou pre odborné nastavovanie verejných politík, ktoré sú zamerané na zlepšenie životných podmienok rómskej menšiny a tiež na zlepšenie spolužitia nerómskej väčšiny s rómskou menšinou, čo platí pre všetky štáty strednej Európy. Pre samotnú implementáciu projektov rôzneho druhu, typu a zámeru postačujú aj existujúce dáta a údaje o rómskej menšine na dosiahnutie veľmi dobrých a užitočných výsledkov. Tie sa totiž opierajú najmä o dlhoročnú skúsenosť a dobrý úmysel zainteresovaných realizátorov projektov.

Krátka minulosť riešenia problémov zanedbaných rómskych komunit na medzinárodnej úrovni nám pripomína odhodlanie Dekády rómskej inklúzie z rokov 2005 až 2015, ktorej členom bola aj Slovenská republika. Medzi štyri nosné priority patrila okrem oblasti zamestnanosti, vzdelania a bývania aj oblasť zdravia. Pre každú z týchto oblastí vypracoval každý členský štát Dekády akčný plán. Akčné plány boli schvaľované na úrovni vlád a parlamentov, takže mali svoju dostatočnú spoločenskú váhu a legitimitu. Na úrovni Slovenskej republiky sa tieto akčné plány (vrátane akčného plánu pre oblasť zdravia) naposledy stali v roku 2012 súčasťou Stratégie SR pre integráciu Rómov do roku 2020. Odporúčaním Európskej komisie pre všetky krajiny EÚ v prospech integrácie Rómov bolo vypracovanie záväzných štátnych strategických dokumentov, ktoré obsahujú

minimálne štyri povinné základné akčné plány pre oblasť zamestnanosti, vzdelania, bývania a zdravia. Slovenská stratégia bola schválená vládou SR v januári 2012, neskôr aktualizovaná a v súčasnosti sa rozbiehajú práce na príprave nového strategického dokumentu pre integráciu Rómov v rámci Slovenskej republiky. Oblasť zdravia bude určite súčasťou každej ďalšej celoštátnej stratégie pre integráciu Rómov na Slovensku.

6.1 Rušivé skutočnosti

Skôr ako prejdeme k jednotlivým odborným konštatovaniam a odborným dátam, poukážme na niekoľko vplyvov a skutočností, ktoré zasahujú a nepriaznivo ovplyvňujú presný opis a presnú charakteristiku životných parametrov príslušníkov rómskych komunít, najmä marginalizovaných rómskych komunít. Prvou skutočnosťou je rozvrstvenie a rozloženie rómskej populácie na Slovensku. Druhou skutočnosťou je prezentovanie a stotožňovanie marginalizovaných rómskych komunít s celou rómskou menšinou. Treťou skutočnosťou je malá informovanosť o živote Rómov pre väčšinou spoločnosť a navyše veľmi často sú tieto informácie a správy podávané nevyvážené a hlavne negatívne. Štvrtou skutočnosťou je fakt pretrvávajúcich mýtov a predsudkov voči Rómom.

Podľa Atlasu rómskych komunít na Slovensku 2013 vieme, že z celkového počtu 402 840 Rómov 187-tis. (46,5 %) býva v rozptyle medzi majoritou; 51-tis. (12,9 %) býva v osídleniach vo vnútri obce; 95-tis. (23,8 %) býva v osídleniach na okraji obce; 68-tis. (17,0 %) býva v segregovaných osídleniach. Mierne odlišné čísla dané odlišnou metodikou môžeme nájsť v novšom Atlase rómskych komunít 2019: 129-tis. v koncentráciách vo vnútri obce, 151-tis. v koncentráciách na okraji obce, 56-tis. v koncentráciách mimo obce a 150-tis. v priestorovej integrácii.

Z uvedenej štatistiky vyplýva, že menej ako 20 % Rómov žije v podmienkach tej chudoby, ktorá väčšinou spoločnosť irituje a rozčuľuje, napriek tomu, že tá istá väčšina obyvateľstva má výrazný podiel viny na existencii najväčšej koncentrovanej chudoby na Slovensku, ktorou sú segregované rómske osady. Prípadné negatívne správanie členov margi-

nalizovaných rómskych komunít zo segregovaných osád je považované za správanie všetkých Rómov, čo nie je pravda.

Pravda o živote Rómov v osadách sa v médiách ešte stále deformuje a rýchlu mediálnu informovanosť o živote chudobných Rómov garantujú iba škandály, krv a v ideálnom prípade sú to prírodné nešťastia s mŕtvymi obeťami. Priebežnými občasnými správami sú vytrhnuté fakty, neúplné pravdy a falošné mýty. Pozitívne príklady spolužitia väčšiny s rómskou menšinou sú stále málo zastúpené a málo propagované.

Mýty o Rómoch môžeme rozdeliť do rôznych skupín: tradičné, pestované, staré mýty a podozrievavé, nenávisťné, nové mýty. Do prvej skupiny patria tvrdenia napríklad o tom, že Rómovia sú dobrí kováči a hudobníci, alebo že kradnú a sú špinaví a hluční. Do druhej skupiny patria výpovede napríklad o zneužívaní sociálneho systému Rómami, ktorí nechcú pracovať a žijú na úkor pracujúcej väčšiny.

Zvláštnym príkladom mýtov je stotožnenie správania vyplývajúceho zo sociálneho nedostatku so správaním založeným na etnickom základe. Čiže sociálna núdza podmieni správanie, ktoré je považované za charakteristiku celej etnickej skupiny.

Správanie rómskych rodín a ich členov v sociálnej núdzi považujú príslušníci väčšinovej spoločnosti za typický prejav správania členov celého rómskeho etnika. Sociálne príčiny sú neopodstatnene nahradené a zamenené za príčiny etnické.

6.2 Skrátený opis zdravotných charakteristík

Mnohé správy⁷ o stave rómskej populácie na Slovensku konštatujú, že po roku 1989 sa zdravotný stav rómskej populácie zhoršuje. Rozdiel v zdravotnom stave rómskej a väčšinovej populácie sa prejavuje v reálnom stave, ako i v pocitovom hodnotení.

Odborníci⁸ za hlavné determinanty zhoršeného zdravotného stavu považujú nedostatočnú úroveň zdravotného a sociálneho povedomia;

⁷ Mnohé údaje, informácie a texty v tejto kapitole sa opierajú o dokument Stratégia SR pre integráciu Rómov do roku 2020 a o dokument Stratégia pre rovnosť, inklúziu a participáciu Rómov do roku 2030.

nízky štandard osobnej hygieny; nízky štandard komunálnej hygieny; bývania a ekologickú rizikovosť prostredia (nedostatočný prístup k pitnej vode, infraštruktúre). K nevyhovujúcemu zdravotnému stavu v rómskych komunitách prispieva nedostatočná výživa ako dôsledok chudoby a zhoršená reálna dostupnosť k zdravotnej starostlivosti z dôvodu nedostatku finančných zdrojov na cestovanie za lekárom. Zhoršujúca sa je i miera užívania alkoholu, tabakových výrobkov a narastajúce závislosti a s nimi previazané ďalšie riziká. Podľa niektorých autorov je vo viacerých rómskych komunitách pomerne veľká genetická záťaž, ktorá súvisí s vysokou incidenciou kongenitálnych (vrodených) ochorení. Medzi prekážky v dostupnosti zdravotnej starostlivosti považuje revízia výdavkov na ohrozené skupiny⁹:

- vysoké dopravné náklady a doplatky,
- absenciu opatrení na zmiernenie finančnej záťaže zdravotnej starostlivosti v dôsledku nízkeho príjmu,
- vzdialenosť zdravotných zariadení od miesta bydliska, čo je dôvodom nízkej spotreby zdravotnej starostlivosti v rómskych komunitách,
- korupciu v zdravotníctve, ktorá obmedzuje prístup ku kvalitnej a včasnej zdravotnej starostlivosti pre chudobných ľudí.

Viaceré štúdie zaoberajúce sa natalitou (medicínske, etnologické, etnodemografické) poukazujú na vyššiu perinatálnu a dojčenskú úmrtnosť. Podľa niektorých zdrojov je detská úmrtnosť rómskej populácie 18 %, zatiaľ čo v nerómskej populácii predstavuje 14,6 % (Digne, 2003).

Zlé životné podmienky v segregovaných rómskych osadách a v lokalitách s vysokou koncentráciou rómskej populácie, ako aj nízke zdravotné povedomie majú vplyv na častý výskyt infekčných ochorení. Existujú náznaky, že choroby ako hepatitída, bacilárna dyzentéria sú stále závažným problémom mnohých rómskych komunit. Ide o tzv. choroby špinavých rúk, ktoré sa šíria napríklad kontaminovanou vodou

⁸ Čačipen pal o Roma – Súhrnná správa o Rómoch na Slovensku. Edit. Vašečka, M. Inštitút pre verejné otázky. Bratislava, 2002. s. 658.

⁹ Revízia výdavkov na skupiny ohrozené chudobou alebo sociálnym vylúčením – záverečná správa, MF SR, Hodnota za peniaze, marec 2020, s. 185 – 186.

a potravinami¹⁰. K závažným problémom patria aj infekcie dýchacích ciest. Z nedostatku hygieny prameňa choroby ako svrab a pedikulóza (zavšivenie). Rovnako pri predchádzaní infekčným ochoreniam je problémom nižšia zaočkovanosť rómskej populácie, ako aj detí v porovnaní s väčšinovou populáciou. „Podľa výskumu UNDP 2010 výskyt chronických ochorení v rómskej populácii v roku 2010 predstavoval 19 %. Rovnaký podiel výskytu chronických ochorení v rámci rómskej populácie vychádza aj podľa výskumu Fundación Secretariado Gitano 19. Väčšina osôb z rómskej populácie s dlhodobým zdravotným problémom uviedla, že ide o ochorenie diagnostikované odborníkom (86 %). Len 6 % z nich priznalo chronické problémy so zdravím bez toho, aby išlo o oficiálnu diagnózu. Najčastejším chronickým ochorením v rómskej populácii boli srdcovo-cievne ochorenia, ktoré zasiahli viac než štvrtinu rómskej populácie. Za nimi nasledovali s odstupom ochorenia dýchacích ciest a alergie, choroby pohybového ústrojenstva a ochorenia nervových a zmyslových orgánov.“¹¹

Vzhľadom k sociálnej odkázanosti sa v posledných rokoch čoraz častejšie objavuje i fakt, že rodiny majú reálnu skúsenosť s nedostatkom jedla. Podľa prieskumov respondenti uvádzajú, že v priebehu mesiaca niekoľko dní trpia hladom. Predpokladá sa tiež vyššia spotreba alkoholu a následne choroby s tým spojené (cirhóza pečene, ochorenia tráviaceho traktu a pod.) a aj ďalekosiahle sociálne a ekonomické dôsledky alkoholizmu (patologické javy, násilné činy, rozpad rodiny a pod.). Častejšie sa objavujú indicie na nárast závislostí v rómskej populácii (fajčenie, a to i u detí a tehotných žien, fetovanie, gamblerstvo a pod.). Príčiny treba hľadať nielen v zlej sociálnej situácii, ale aj v nízkej vzdelanostnej úrovni a slabom zdravotnom povedomí¹². V rómskych komunitách absen-

¹⁰ Podľa Správy o zdravotnom stave obyvateľstva 2006 – 2008 v roku 2008 z celkového počtu 730 hlásených prípadov ochorení na vírusovú hepatitídu typu A sa v Prešovskom kraji vyskytlo 573 prípadov. Viac než 80 % ochorení sa zistilo v 13 epidémiách. V najväčšej epidémii, v obci Lomnička (okres Stará Ľubovňa), ochorelo v priebehu mesiacov august až november 300 osôb (z celkového počtu 730 hlásených prípadov za celý rok), z toho bolo 299 Rómov.

¹¹ Stratégia SR pre integráciu Rómov do roku 2020, s. 16.

tujú vedomosti o ochrane zdravia, reprodukčnom zdraví, sexuálnom správaní, opatere detí a o osobnej hygiene.

Predovšetkým správy mimovládnych organizácií poukazujú na skutočnosť, že Rómovia môžu byť diskriminovaní aj pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, napríklad oddelenými izbami pre Rómov a ostatných. Od roku 2003 Slovensko čelí žalobám z násilných sterilizácií rómskych žien (Zoon, 2001; Bukovská, 2003). Slovenská republika čelí viacerým žalobám pre priamu a nepriamu diskrimináciu Rómov v oblasti zdravotníctva, ktorá vedie k nižšej kvalite poskytovanej starostlivosti. Poradňa pre občianske a ľudské práva zdokumentovala viacero prípadov diskriminácie v zdravotníckych zariadeniach, ako napríklad segregáciu rómskych žien v pôrodniciach aj prípady fyzického násillia a dehonestujúceho správania zdravotného personálu voči Rómkam pri pôrode¹³.

Zdravotný stav Rómov v segregovaných či vylúčených osídleniach nie je rovnaký, výrazne sa líši medzi regiónmi, dokonca aj v rámci jedného okresu (Belák, 2018).

Koncom 90. rokov 20. storočia sa pilotovali viaceré programy, ktoré sa snažili zlepšovať dostupnosť zdravotnej starostlivosti predovšetkým pre príslušníkov marginalizovaných rómskych komunít. Od roku 2007 funguje program podpory zdravia znevýhodnených komunít na Slovensku na roky 2007 – 2015, ktorý sa realizuje prostredníctvom regionálnych úradov verejného zdravotníctva. Po tomto období pokračuje tento program ako národný projekt Zdravé komunity pod organizáciou Ministerstva zdravotníctva SR Zdravé regióny. Celkové výdavky projektu v roku 2018 predstavovali 3,3 milióny eur a boli financované z EŠIF. Projekt je zameraný na zlepšenie zdravotnej situácie vylúčených skupín, predovšetkým marginalizovaných rómskych komunít. V rámci aktuálneho programového obdobia bolo na Zdravé komunity do konca roka 2018 zazmluvnených 11,6 milióna eur. Projekt realizuje štátna príspevková organizácia

¹² Čačipen pal o Roma – Súhrnná správa o Rómoch na Slovensku. Edit. Vašečka, M. Inštitút pre verejné otázky. Bratislava, 2002.

¹³ Revízia výdavkov na skupiny ohrozené chudobou alebo sociálnym vylúčením – záverečná správa, MF SR, Hodnota za peniaze, marec 2020, s. 186.

Zdravé regióny zriadená Ministerstvom zdravotníctva SR¹⁴. Celkový rozpočet organizácie Zdravé regióny predstavoval v roku 2019 približne 4 milióny eur. Ukazuje sa, že na podmienky SR pri existencii viac ako 600 rómskych osád s rôznou mierou sociálneho vylúčenia je národný projekt Zdravé komunity veľmi nápomocný, ale stále nedostačujúci.

Prirodzenou reakciou na negatívne konštatovania o zdravotnom stave rómskeho obyvateľstva bolo určenie globálneho cieľa akčného plánu stratégie: „Podporiť prístup k zdravotnej starostlivosti a verejnému zdraviu, vrátane preventívnej zdravotnej starostlivosti a zdravotníckej osvetu. Znížiť rozdiel v zdravotnom stave medzi Rómami a väčšinovou populáciou.“¹⁵

6.3 Kratší život Rómov

„Na posun v prospech predproduktívneho veku a absenciu starobných dôchodcov v štruktúre celkovej rómskej populácie ukazuje aj skladba podľa veku a priemerný vek. Čo sa týka zloženia podľa veku, veková skupina najmladších do 15 rokov dosiahla 40 % a na 50-ročných a starších pripadlo 11 %. Zastúpenie žien a mužov bolo v rámci skúmanej rómskej populácie veľmi vyvážené, muži tvorili 51 % a ženy 49 %.

Reprodukčné správanie rómskej populácie vykazuje oproti majorite viaceré rozdiely, ktoré sa následne prejavujú na celkovej skladbe rómskych obyvateľov a domácností. Charakterizujú ho vyššie miery pôrodnosti, nižší vek dožitia, skorší začiatok reprodukčnej aktivity a dlhšie reprodukčné obdobie“ (Vaňo, 2001).

„Rómska populácia vykazuje vyšší populačný prírastok a v porovnaní s majoritnou je jej veková skladba posunutá smerom k mladším ročníkom. Aj napriek tomu údaje ukazujú, že demografické správanie sa rómskej populácie z dlhodobého hľadiska kopíruje správanie sa majority,

¹⁴ Revízia výdavkov na skupiny ohrozené chudobou alebo sociálnym vylúčením – záverečná správa, MF SR, Hodnota za peniaze, marec 2020, s. 46.

¹⁵ Stratégia SR pre integráciu Rómov do roku 2020, s. 36.

avšak s časovým oneskorením, ktoré je priamoúmerné sociálnemu statusu jednotlivých komunit.“¹⁶

Nie je prekvapením tvrdenie, že Rómovia sa na Slovensku dožívajú kratšieho života, muži o 7 rokov a ženy o 5 rokov (Pollák, 2019).

Na základe relevantných demografických ukazovateľov je možné konštatovať, že podľa veku má rómska populácia progresívny charakter. Znamená to, že predproduktívna zložka populácie (detí) je najvyššia, ďalej nasleduje produktívna zložka a počet osôb v poproduktívnom (tiež dôchodkovom) veku je minimálny. Na základe tejto demografickej štruktúry je možné konštatovať, že priemerná dĺžka života rómskej populácie je výrazne kratšia ako u majority. Niektoré zdroje uvádzajú, že až o 10 rokov (Digne, 2003).

Existujú údaje, ktoré sú ešte nepriaznivejšie. Napríklad: „Podľa prieskumu uskutočneného v Poprade (RÚVZ, 2008) je priemerná dĺžka života oproti majoritnej populácii o 10 až 15 rokov nižšia.“¹⁷ Viac na túto tému sa možno dočítať v prácach Borisa Vaňa (2002). Za citáciu stojí určite opis úmrtnosti u rómskeho obyvateľstva.

Pri prognóze vývoja rómskeho obyvateľstva hrá úmrtnosť významnejšiu úlohu, ako sme zvyknutí pri demografických prognózach nerómskeho obyvateľstva. Rómovia majú totiž vysokú úmrtnosť, a tým aj veľký potenciál na jej znižovanie. Akonáhle sa zlepšia životné podmienky rómskeho obyvateľstva, je možné počítať aj s významným poklesom úmrtnosti.

Pre úplnosť a porovnanie doplníme informáciu, že priemerný vek dožitia Slovákov sa za poslednú dekádu zvýšil o 2,5 roka, keď sa muži dožívajú 73,8 roka a ženy o 7 rokov viac. Tieto údaje potvrdzuje Štatistická ročenka, ktorá hovorí o strednej dĺžke života mužov a žien. Muž narodený na Slovensku v roku 2018 sa dožije štatisticky 73,71 roka a žena 80,35 roka¹⁸.

Dôsledkom rôznej demografickej štruktúry Rómov a majority budú aj iné požiadavky na štruktúru zdravotnej starostlivosti. Kým priemerné

¹⁶ Stratégia SR pre integráciu Rómov do roku 2020, s. 15 – 16.

¹⁷ Rómska populácia a zdravie: Analýza situácie na Slovensku, PDCS, 2009, s. 20.

¹⁸ Štatistická ročenka Slovenskej republiky 2019, SAV, 2019, s. 89 – 92.

prognózy ukazujú vyššiu potrebu geriatrickej starostlivosti, v regiónoch s vyšším počtom Rómov bude väčšia potreba pediatrov.

6.4 Komplexnosť problému zlepšenia zdravia a života Rómov

Pri riešení zdravotných problémov Rómov sa nestačí sústrediť iba na odstraňovanie prekážok, ktoré priamo súvisia so zdravím. Zdravie je veľmi dôležité, ale nie je jedinou oblasťou života ľudí, a o to viac života chudobných ľudí, ktorá determinuje ich osobný, rodinný a komunitný stav v dobrom aj v zlom. Už spomínané štyri základné oblasti strategických dokumentov nie sú určené náhodne. Navzájom sa ovplyvňujú a pozitívne výsledky v každom z nich majú pozitívny dopad na zvyšné tri. Stratégia zdôrazňuje, že problém sociálneho vylúčenia je nutné riešiť komplexne, a preto z dlhodobého hľadiska budú neúspešné tie riešenia, ktoré túto nevyhnutnú podmienku nebudú rešpektovať¹⁹. Nutnosť komplexného prístupu pri riešení integrácie chudobných komunít a ich sociálneho posunu k strednej vrstve je rozpracovaná aj na Slovensku. Metodika tohto komplexného prístupu sa opiera o koncept Mosty z chudoby a je úspešne realizovaná²⁰.

¹⁹ Stratégia SR pre integráciu Rómov do roku 2020, s. 7.

²⁰ POLLÁK, M., MAČÁKOVÁ, S., MUŠINKA, A., HYBÁČKOVÁ, B., PÁLENÍK, M.: Z chudoby k sebestačnosti, ETP Slovensko, Košice, 2018.

7 Dlhodobá starostlivosť na Slovensku a potrebná reforma

Osoby spadajúce pod dlhodobú starostlivosť sú veľmi často vystavené problémom najmä s ich finančnou a miestnou dostupnosťou, ktorú supluje vo veľkej miere rodina, ktorá však už zďaleka nezodpovedá tradičnej viacgeneračnej podobe. Štát v súčasnosti v nedostatočnej miere pristupuje k svojim úlohám z pohľadu príslušných ústavných práv a prijatých medzinárodných záväzkov. Naša populácia starne, čo vyvoláva stále vyššiu potrebu riešiť dlhodobú starostlivosť zodpovedajúcimi verejnými politikami. Na jednej strane bude narastať počet osôb, ktoré potrebujú dlhodobú starostlivosť, v tom istom čase však pre starnutie pracovnej sily bude klesať počet tých, ktorí budú schopní túto starostlivosť poskytovať. Môžeme očakávať, že ľudia, ktorí dosiahli 65 rokov, budú v mnohých prípadoch žiť ďalších 20 rokov alebo i dlhšie. Miera nárastu osôb odkázaných na pomoc je výrazne prepojená s nárastom počtu osôb vo veku 80 rokov a viac. Preto je veľmi dôležité vytvoriť transparentný a motivujúci systém financovania, ktorý povedie k efektívnemu správaniu poskytovateľov dlhodobej starostlivosti a uspokojeniu potrieb ich klientov.

Z hľadiska dlhodobej starostlivosti je potrebné prihliadať na špecifické potreby jednotlivých skupín príjemateľov. Je preto nevyhnutné podrobne analyzovať situáciu ľudí odkázaných na sociálnu starostlivosť s prihliadnutím na riešenia, ktoré prinášajú vysokú mieru pomoci s cieľom navrhnúť primerané opatrenia. Dôležitá je deinštitucionalizácia dlhodobej starostlivosti s vysokokvalitnou starostlivosťou v komunitách a rodinách. Je nutné reformovať spôsob poskytovania dlhodobej starostlivosti tak, aby zariadenia určené pre dlhodobé pobyty seniorov a zdravotne ťažko postihnutých boli postupne nahrádzané službami poskytovanými v rodine a komunitě s tým, že každý má právo zvoliť si miesto a spôsob, akým chce žiť. Nutnou podmienkou toho je, aby prostriedkami z verejných zdrojov primárne disponovali klienti dlhodobej starostlivosti a nie inštitucionálni poskytovatelia, ako je to v súčasnosti na Slovensku.

Prístup k dlhodobej starostlivosti je jedno zo základných práv v rámci Všeobecnej deklarácie ľudských práv. Služby dlhodobej starostlivosti musia byť pre prijímateľov a musia zodpovedať ich potrebám. Je pritom dôležité vychádzať z doterajšieho vývoja našich sociálnych služieb a z výziev, pred ktorými stojíme.

7.1 Zhodnotenie vývoja dlhodobej starostlivosti na Slovensku

7.1.1 História slovenského zákona o sociálnych službách

V bývalom Československu až do roku 1956 tzv. starostlivosť o chudobných organizovala predovšetkým cirkev, neskôr obce, ktoré budovali starobince, chudobince, sirotince, útulky či obecné kuchyne. V oblasti sociálnej starostlivosti pôsobil celý rad cirkevných spolkov a dobrovoľníckych charitatívnych organizácií, napríklad Československý červený kríž či Liga proti tuberkulóze. Ich činnosť bola subvencovaná štátom.

V roku **1956 prebehla v Československu prvá reforma sociálneho zabezpečenia**, v rámci ktorej bolo upravené aj poskytovanie sociálnej starostlivosti. Hlavnou zmenou bolo prenesenie jej výkonu na štát, respektíve jeho vtedajšie orgány miestnej správy – národné výbory. V rámci sociálnej starostlivosti boli štátom poskytované dávky a služby sociálnej starostlivosti osobám, ktoré potrebovali pomoc, najmä osobám so zmenenou pracovnou schopnosťou, deťom, seniorom a ľuďom s ťažkým zdravotným postihnutím. Cieľom reformy bolo zlepšenie materiálneho zabezpečenia a rozvoj spoločenského života ľudí, ktorí sa ocitli v nepriaznivej sociálnej situácii, a to poskytnutím pomoci pri umiestnení do zamestnania či ústavnej starostlivosti.

Ústavná starostlivosť bola určená pre seniorov a osoby s ťažkým zdravotným postihnutím, ktorým bolo poskytované potrebné zaopatrovanie, príležitosti k vhodnej pracovnej činnosti a kultúrna starostlivosť. Na úhradu nákladov pobytovej služby prispievali prijímatelia podľa svojich finančných možností.

Pojem *služby sociálneho zabezpečenia* bol v Československu zavedený v roku 1964. Služby boli poskytované občanom, ktorí potrebovali pomoc spoločnosti na prekonanie nepriaznivých životných pomerov. Zákon zaviedol široké spektrum dávok a služieb sociálnej starostlivosti podľa jednotlivých cieľových skupín. Išlo o výchovnú a poradenskú starostlivosť v sociálnej a rodinnej oblasti, sociálnoprávnu ochranu, starostlivosť o občanov so zmenenou pracovnou schopnosťou, opatrovateľskú službu, stravovanie dôchodcov, starostlivosť v pobytových zariadeniach sociálnej starostlivosti, kompenzácie pre občanov so zdravotným postihnutím, kultúrnu a rekreačnú starostlivosť o dôchodcov či bezúročné pôžičky.

Z hľadiska vývoja predmetnej legislatívnej úpravy bol pre oblasť sociálnej ochrany zásadný rok 1988. Bol prijatý **zákon č. 100/1988 Zb. o sociálnom zabezpečení**, ktorý sa až do roku 1998 stal základom celého systému sociálneho zabezpečenia pre sociálnu starostlivosť o rôzne skupiny ľudí. Občanom, ktorí nemohli pre svoj dlhodobý nepriaznivý zdravotný stav alebo vek uspokojovať svoje životné potreby, ako i občanom, ktorí potrebovali zvláštnu pomoc na prekonanie nepriaznivých životných pomerov, vtedajšie národné výbory poskytovali služby sociálneho zabezpečenia vo forme opatrovateľskej služby, stravovania dôchodcov, inú vecnú pomoc ako finančné príspevky, mimoriadne výhody pre občanov so zdravotným postihnutím či pobytové zariadenia.

Národné výbory po roku 1989 zanikli a následne sa na komunálnej úrovni transformovali na obecné a mestské úrady, ktoré tieto kompetencie „zdedili“. Okrem ústavnej starostlivosti zriaďovali ďalšie účelové zariadenia sociálnej starostlivosti ako manželské a predmanželské poradne, domovy pre matky s deťmi, zariadenia pre občanov spoločensky neprispôsobených, kluby dôchodcov a jedálne pre dôchodcov. Sociálne služby boli poskytované na základe práva sociálneho zabezpečenia všetkým občanom, ktorí potrebovali pomoc spoločnosti pri prekonaní nepriaznivých životných pomerov.

Rok 1989 predznamenal zásadnú reformu celého systému sociálneho zabezpečenia. Kľúčovou úlohou reformy po roku 1990 bol podobne ako

v iných krajinách strednej a východnej Európy **prechod k modelu sociálnych služieb podľa britskej koncepcie**. Reformy sa niesli v duchu rétoriky o zodpovednosti jednotlivca, neviditeľnej ruke trhu a konkurencii v oblasti sociálnych služieb, pričom sa akcentovala požiadavka zásluhovosti, povinnosti rodiny, na ktorú sa preniesli aj funkcie, ktoré má štát, napr. v oblasti sociálneho zabezpečenia. Treba dodať, že služby sociálnej starostlivosti mali v bývalom Československu vysokú a s Európou porovnateľnú kvalitu a rozsah. Model sociálnych služieb, ktorý sa po roku 1990 uplatnil na Slovensku, bol od začiatku aj predmetom kritiky s odôvodnením, že sa nehodí pre slovenské pomery.

V roku **1998 bol prijatý zákon o sociálnej pomoci**. Hlavným cieľom zákona bolo zabezpečiť občanom pomoc pri prekonávaní alebo zmierňovaní stavu hmotnej alebo sociálnej núdze. Zákon o sociálnej pomoci bol koncipovaný ako komplexná právna norma, ktorá upravovala sociálnu pomoc zameranú pre všetky skupiny fyzických osôb nachádzajúcich sa v hmotnej a v sociálnej núdzi (občania s ťažkým zdravotným postihnutím, seniori, nezamestnané osoby, rodiny s deťmi, sociálne neprispôsobené osoby). V dôsledku okliešťovania sociálnej politiky v rokoch 2002 – 2006 vznikla potreba upraviť novým spôsobom oblasť hmotnej núdze a oblasť sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, ktorá sa premietla do samostatných právnych noriem prijatých v rokoch 2004 a 2005. Zmena zákonov v oblasti hmotnej núdze si vyžiadala aj viaceré rozsiahle zmeny zákona č. 195/1998 Z. z. o sociálnej pomoci v oblasti kompenzácií občanov s ťažkým zdravotným postihnutím.

V pozadí nového **zákona o sociálnych službách z roku 2008** stojí iné chápanie sociálnych služieb, ako to bolo v dovtedajšom ponímaní. Klasické typy sociálnych služieb problematiku práv prijímateľov sociálnych služieb riešili len okrajovo. Pôvodný medicínsky model staval prijímateľa sociálnych služieb do roly pacienta. O jeho liečbe i ďalšom živote rozhodoval predovšetkým lekár a zdravotnícky personál. V moderne ponímaných sociálnych službách prevláda **model sociálneho začlenenia**. Dôraz sa kladie na začlenenie do bežného prostredia a na vytvorenie životných podmienok, ktoré sú porovnateľné so životnými podmienkami ľudí bez zdravotného postihnutia. Dlhodobá starostlivosť by mala umožň-

niť žiť spôsobom, ktorý je v spoločnosti považovaný za bežný a jej prijímateľ by mal byť v rámci moderných sociálnych služieb rešpektovaný predovšetkým ako občan a ako dospelá osoba. Tento prístup vedie k zvýšenej pozornosti k dodržiavaniu sociálnych práv.

7.1.2 Základné oblasti a problémy dlhodobej starostlivosti

Slovensko prechádza problematickým obdobím, keď sú osoby, ktoré spadajú pod dlhodobú starostlivosť, vystavené problémom najmä s finančnou a miestnou dostupnosťou, ktorú supljuje vo veľkej miere rodina. Štát pritom v nedostatočnej miere pristupuje k svojim záväzkom z pohľadu ústavných práv a prijatých medzinárodných dohovorov. Základnými problémami sa javia najmä:

- **deinštitucionalizácia** ako právo slobodného výberu osoby odkázanej na dlhodobú starostlivosť. Tým, že neexistuje štátna dávka (teda príspevok na starostlivosť podľa stupňa odkázanosti vyplácaný každému prijímateľovi – nie poskytovateľovi), je prakticky odopreté právo slobodného výberu na formy sociálnej služby;
- **Štandardy, kvalita a cenová dostupnosť** a primeranosť, keď výška úhrad ako výdavok prevyšuje príjem v podobe starobného a/alebo invalidného dôchodku, rušenie zariadení sociálnych služieb, kvalita, kontrola, finančná a miestna nedostupnosť a s tým spojená nesloboda v rozhodovaní o sebe;
- nevyhovujúci technický stav a slabá vybavenosť zariadení sociálnych služieb;
- miestna a finančná **nedostupnosť opatrovateľskej služby**, nakoľko väčšina municipalít ju nedokáže zabezpečiť v požadovanom rozsahu a prijateľných cenách;
- nedostatok komunitných centier, denných centier pre ťažko zdravotne postihnuté osoby (ŤZP), s demenciou a špecializovaných zariadení;
- spojenie zdravotnej a sociálnej starostlivosti o seniorov a ŤZP, je obmedzená možnosť dlhodobej, kvalitnej a cenovo dostupnej ošetrovateľskej starostlivosti a fyzioterapie pre seniorov a ŤZP osoby v domácej starostlivosti. Kúpeľná liečba je pre väčšinu nedostupná, rušili sa špecializované liečebné centrá;

- v rámci kompenzačných pomôcok problém spôsobuje nízka finančná spoluúčasť a nedostatok kvalitných cenovo prijateľných pomôcok, ktoré by bolo možné uhradiť aj z vlastných zdrojov;
- **zdravotnícky materiál** (vločky, podložky pod chorých, papierové podbradníky, špeciálne plachty pod chorých atď.) iba čiastočne a nedostatočne hrazený zdravotnými poisťovňami;
- byty špeciálneho určenia ako byty pre **ťažko zdravotne postihnuté osoby** s tým, že byt je stavebne určený na trvalé bývanie ŤZP osoby, najmä bezbariérový byt (vysoké nájomné);
- finančná dostupnosť a administratívne prekážky na zariadenie **bezbariérových bytov** a domov;
- vysoké ceny energií a služieb nereflektujúce nízke starobné a invalidné dôchodky;
- nedostatočné príjmy osôb v rámci dlhodobej starostlivosti – **spotrebný kôš** týchto osôb, ako aj ich domácností je rozdielny so spotrebným košom bežnej alebo seniorskej domácnosti. Až 34 % výdavkov je v priemere mesačne spotrebovaných na kompenzácie v rámci dlhodobej starostlivosti.

7.1.3 Dlhodobá starostlivosť v kontexte starnutia populácie

Populácia starne, čo vyvoláva stále vyššiu potrebu pre spoločnosť, v tomto prípade štát riešiť dlhodobú starostlivosť. Na jednej strane bude narastať počet osôb, ktoré potrebujú dlhodobú starostlivosť, v tom istom čase však počet tých, ktorí budú schopní poskytnúť túto starostlivosť, bude klesať. Je dôležité, aby štát vedel zabezpečiť rastúce požiadavky po službách dlhodobej starostlivosti pri zachovaní kvality a možnosti výberu u prijímateľov dlhodobej starostlivosti a ich rodín. Finančná udržateľnosť systémov dlhodobej starostlivosti a zabezpečenie kvalifikovanej a motivovanej pracovnej sily sú zásadné problémy pre zaistenie vysoko kvalitnej dlhodobej starostlivosti a ochrany ľudskej dôstojnosti.

Bývanie vo vlastnom dome či byte so svojím osobným majetkom, v blízkosti príbuzných a priateľov, mať možnosť plniť svoj životný štýl a užívať si súkromia predstavuje záruku pre dôstojný život a sociálnu inklúziu. Právo slobodného výberu buď pre udržanie v domácom prostredí

alebo pre ústavnú starostlivosť, pričom obe možnosti sú finančne porovnateľné z hľadiska verejných rozpočtov, by malo byť zaručené. Z týchto dôvodov je potrebné verejnými politikami podporiť zmenu paradigmy od prevahy inštitucionalizovaného riešenia k viacej integrovanému komunitnému riešeniu.

Na Slovensku, tak ako aj vo väčšine európskych štátov môžeme očakávať, že ľudia, ktorí dosiahli 65 rokov, budú v mnohých prípadoch žiť ďalších 20 rokov alebo i dlhšie. Miera nárastu osôb odkázaných na pomoc je výrazne prepojená s nárastom počtu osôb vo veku 80 rokov a viac. Je to výsledok postupného zhoršovania zdravia a nárastu nesebestačnosti v neskorších fázach života, a tým odkázanosť na dlhodobú starostlivosť.

Vyspelé európske štáty zažívajú nárast v počte a v podiele obyvateľov vo veku 80 a viac rokov. Obyvatelia v tejto vekovej skupine predstavujú najrýchlejšie rastúci segment populácie a tvoria cieľovú skupinu pre dlhodobú sociálnu a zdravotnú starostlivosť. S nárastom odkázaných na dlhodobú starostlivosť priamo súvisí aj udržateľnosť existujúceho systému starostlivosti. Na Slovensku, ktoré má jednu z najrýchlejšie starnúcich populácií, to platí o to viac, lebo už má v dlhodobej starostlivosti zásadné problémy, a to tak finančné, ako aj z pohľadu sociálnych a ústavných práv dotknutých osôb a ich rodín. Pri hľadaní riešení bude potrebné inšpirovať sa aj dobrými skúsenosťami z porovnateľného zahraničia.

7.2 Odporúčania medzinárodných organizácií a situácia v Európe

Systém dlhodobej starostlivosti na Slovensku je predmetom porovnávania s inými krajinami, ako i odporúčaní medzinárodných organizácií, pričom sú dôležité povinnosti, ktoré nám vyplývajú z Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím, kam možno zaradiť aj prestarnuté osoby. Ide najmä o právo rešpektovať ľudskú dôstojnosť, slobodu, právo človeka žiť nezávislým spôsobom života, zvoliť si, kde a s kým bude žiť. Zdôrazňuje sa pritom v rámci dlhodobej starostlivosti prechod z inštitucionálnej na komunitnú a domácu starostlivosť.

7.2.1 Odporúčania európskych inštitúcií

Bližšie sumarizujeme odporúčania Európskeho parlamentu a Európskeho hospodárskeho a sociálneho výboru. **Uznesenie Európskeho parlamentu** z 5. júla 2011 o budúcnosti sociálnych služieb (2009/2222 INI):

- prístup k službám všeobecného záujmu je základné právo zahrnuté v hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach uznávaných v rámci Všeobecnej deklarácie ľudských práv (INI, písm. D);
- sociálne služby a **dlhodobá starostlivosť** zahŕňajú zákonom dané i doplnkové systémy sociálneho zabezpečenia poskytované **priamo osobe** (INI, čl. 1);
- základným pilierom európskeho sociálneho modelu je zachovať všeobecne dostupné, kvalitné, všeobecne prístupné a cenovo dostupné sociálne služby a dlhodobú starostlivosť a zaručiť nediskriminačný prístup k týmto službám (INI, písm. E, čl. 3);
- všeobecná povaha sociálnej služby nezávisí od oblasti, v ktorej sa poskytuje, ale od spôsobu, akým sa poskytuje, v zmysle rôznych faktorov, ako neziskový štatút či absencia výberu príjemcov (UNI, čl. 7);
- aby sociálne služby a dlhodobá starostlivosť plnili svoju úlohu, nemôžu k nim mať prístup iba znevýhodnené a zraniteľné osoby, ale tieto služby musia byť všeobecne prístupné a nezávislé od bohatstva či príjmu, a zároveň musia zaručovať spravodlivý prístup pre všetky znevýhodnené osoby (INI, čl. 10);
- tradičnú úlohu má štát ako poskytovateľ sociálnych služieb vo verejnom záujme (INI, čl. 23); EP sa domnieva, že otvorenie priestoru pre súkromných poskytovateľov by mohlo viesť k zvýšeniu dostupnosti a kvality služieb a k rozšíreniu možnosti voľby pre spotrebiteľa;
- sociálne služby a **dlhodobá starostlivosť** musia zodpovedať právam a **potrebám užívateľov** (INI, čl. 36);
- zmluvy zaväzujú EÚ a členské štáty zamedziť narúšaniu sociálnych služieb a dlhohodobej starostlivosti uplatňovaním trhových pravidiel na netržové služby (čl. 38).

Stanovisko Európskeho hospodárskeho a sociálneho výboru z 508. plenárneho zasadnutia 27. a 28. mája 2015 zdôraznilo tieto tézy:

- žiada, aby sa prostredníctvom konzistentných a rozčlenených údajov rozšírili poznatky o situácii ľudí žijúcich v inštitucionálnej starostlivosti a aby sa stanovili ukazovatele dodržiavania ľudských práv;
- vyzýva členské štáty, aby zaviedli antidiskriminačné opatrenia a podporovali právo ľudí so zdravotným postihnutím, aby sa plne zapájali do spoločnosti a hospodárstva, ako súčasť národných programov reforiem;
- konštatuje, že z dôvodu úsporných opatrení boli znížené rozpočty miestnych a regionálnych orgánov, čo priamo vplýva na prístupnosť sociálnych služieb; to v niektorých členských štátoch vyvolalo inštitucionalizačné tendencie;
- odporúča členským štátom, aby na podporu prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť, na rozvoj sociálnych a zdravotníckych služieb a odbornú prípravu pracovníkov podporných služieb využili európske štrukturálne a investičné fondy;
- odporúča, aby členské štáty na základe analýzy nákladovej účinnosti zreformovali systém dlhodobej starostlivosti a namiesto znižovania finančných prostriedkov pristupovali k tejto problematike z dlhodobého hľadiska a **investovali do ľudí a služieb**;
- zdôrazňuje, že deinštitucionalizácia je proces, ktorý si vyžaduje dlhodobú politickú stratégiu a vyčlenenie primeraných finančných prostriedkov na rozvoj alternatívnych pomocných služieb v komunite;
- naliehavo žiada členské štáty, aby uznali právnu spôsobilosť mužov a žien so zdravotným postihnutím na rovnakom základe ako v prípade ostatných osôb, a to vo všetkých oblastiach života, a aby v potrebných prípadoch zakotvili asistované rozhodovanie;
- odporúča **zriadiť vysokokvalitné komunitné služby** ako kľúčový krok v procese deinštitucionalizácie; je nebezpečné zatvoriť inštitúcie bez toho, aby sa ľuďom ponúkli alternatívne služby;
- domnieva sa, že pri starostlivosti doma sa potrebný rozvoj profesionálnych služieb dá zabezpečiť za prijateľné ceny;
- odporúča, aby sa profesionáli v celej Európe vyškoľovali prostredníctvom práce v komunitných službách a aby boli informovaní o procese deinštitucionalizácie;

- odporúča, aby boli komunitné služby k dispozícii lokálne a boli cenovo dostupné a prístupné pre všetkých;
- zdôrazňuje význam prístupu k zamestnanosti, aby sa osobám opúšťajúcim ústavné zariadenia umožnilo v plnej miere zúčastňovať sa na živote spoločnosti; špecializované služby zamestnanosti a odborného vzdelávania a prípravy by mali byť dostupné bez diskriminácie pre všetkých, ktorí ich potrebujú;
- odporúča, aby sa vytvorili partnerstvá medzi všetkými stranami zúčastnenými na procese deinštitucionalizácie;
- zdôrazňuje, že rôzne skupiny používateľov majú rozdielne potreby, ktoré si vyžadujú, aby boli vyvinuté špecifické riešenia, a to v spolupráci so všetkými zúčastnenými stranami vrátane používateľov a ich zastupujúcich organizácií, rodín, poskytovateľov služieb, zapojených hospodárskych odvetví a orgánov verejnej moci;
- naliehavo žiada Európsku komisiu, aby prijala európsky rámec pre kvalitu komunitných služieb, a pripomína naliehavú potrebu prísnych, záväzných noriem, aby sa zabezpečila najvyššia úroveň kvality;
- naliehavo žiada členské štáty, aby zriadili nezávislé a účinné kontrolné a monitorovacie služby na zabezpečenie plnenia regulačných noriem a noriem kvality v službách v oblasti starostlivosti;
- odporúča, aby sa riešili výzvy spojené s negatívnymi stereotypmi a zvyšovalo sa povedomie v školách aj v spoločnosti prostredníctvom inkluzívneho vzdelávania a mediálnych kampaní.

7.2.2 Situácia v Európe

Rozdiely v jednotlivých systémoch zaistenia dlhodobej starostlivosti vyplývajú najmä z chápania dlhodobej starostlivosti ako verejnej či rodinnej zodpovednosti, zvoleného spôsobu podpory (finančné alebo vecné dávky), vymedzenia formálnych (inštitucionálnych) a neformálnych (domácich) štruktúr poskytovania starostlivosti a tiež z **rozsahu vynakladaných verejných finančných prostriedkov**. V niektorých krajinách sa problematika dlhodobej starostlivosti chápe ako výhradná zodpovednosť štátu, v iných prebieha zvyšovanie verejnej podpory pre doteraz rodinných opatrovateľov. Ďalšiu skupinu krajín predstavujú tie, kde systém

dlhodobej starostlivosti doteraz prakticky neexistuje alebo je na veľmi nízkej úrovni.

I keď systémy dlhodobej starostlivosti možno členiť podľa rôznych kritérií, určitú predstavu si možno urobiť aj z podielu výdavkov vynakladaných z verejných zdrojov na dlhodobú starostlivosť v systéme sociálnej ochrany. Podľa správy Európskej komisie priemerné výdavky na služby dlhodobej starostlivosti v krajinách Európskej únie predstavujú 1,8 % HDP. V niektorých krajinách (Švédsko, Dánsko, Holandsko) dosahujú viac než 3,8 % HDP, v nových členských krajinách EÚ sa pohybujú okolo 0,5 % HDP. Slovensko vynaložilo v roku 2010 na dlhodobú starostlivosť z verejných aj súkromných zdrojov 0,3 % HDP. V súčasnosti je to 0,9 %. Podiel financií teda stúpa, avšak je stále nedostatočný a poddimenzovaný.

Prístupy k systému dlhodobej starostlivosti sú v jednotlivých krajinách rôzne. Severské krajiny poskytujú pomoc najvyššiemu podielu starších osôb na báze decentralizovaného verejného systému domácej opatery. V rámci Európskej únie je v priemere 3,3 % osôb vo veku nad 65 rokov v tzv. ústavnej starostlivosti. Najvyšší podiel dlhodobej ústavnej starostlivosti je na Islande (9,3 %). Nórsko, Fínsko, Švédsko, a Švajčiarsko uvádzajú podiel medzi 5 až 7 %. Naopak, v Ruskej federácii a v Litve je tento podiel nižší ako jedno percento. Na Slovensku je aktuálne približne 2,5 % obyvateľov, ktorí spadajú do systému dlhodobej starostlivosti.

Za účelom zabezpečiť plnú dôstojnosť starších ľudí je nutné poskytnúť primerané sociálne a zdravotné zariadenia. Najbežnejšími osobami, ktoré poskytujú pomoc osobám odkázaným na dlhodobú starostlivosť, sú dospelé deti a partneri alebo manželskí partneri. V rámci Európskej únie najvyšší podiel detí, ktoré poskytujú osobné služby v rámci dlhodobej starostlivosti rodičom, je v Portugalsku, Španielsku a v Českej republike, kde predstavujú viac ako 50 %. Výrazná je prevaha žien. Viac ako 80 % sú ženy v Luxembursku, Španielsku a Dánsku. Na Slovensku, v Portugalsku, Taliansku a vo Fínsku tvoria ženy 75 % až 80 %. Vo Veľkej Británii a v Spojených štátoch amerických je tento podiel nižší (58 % a 61 %).

Systémy zaistenia starostlivosti sa v jednotlivých krajinách Európy líšia aj v dôsledku historického vývoja a sú zviazané s konkrétnym **modelom sociálneho štátu**. Pojem sociálny štát na Slovensku zahŕňa celý rad prvkov sociálnej politiky, ktorých cieľom je reagovať na sociálne riziká, resp. ich možné negatívne dôsledky (napríklad staroba, choroba, invalidita), a eliminovať sociálne dopady trhového mechanizmu (napr. nezamestnanosť, chudoba). Medzi jeho základné prvky **sociálnej politiky** patria sociálna pomoc, sociálna podpora, dôchodkové a zdravotné poisťenie, zdravotná politika, politika zamestnanosti, rodinná politika, bytová politika a systém vzdelávania.

Dlhodobá starostlivosť sa u nás chápe ako **sociálne riziko**, na ktoré musí reagovať sociálna politika. Základným nástrojom finančného zabezpečenia potrieb osôb so zdravotným postihnutím a osôb, ktoré z dôvodu dlhodobo nepriaznivého zdravotného stavu potrebujú pomoc inej osoby pri zabezpečení starostlivosti, sa stal v modernej Európe **príspevok na nesebestačnosť** (resp. odkázanosť) ako štátna dávka. Cieľom zavedenia príspevku na odkázanosť ako nového nástroja zabezpečenia dlhodobej starostlivosti je posilniť kompetencie a autonómiu osôb závislých od pomoci inej osoby tak, aby si každý individuálne mohol zvoliť pre neho najefektívnejší a najvhodnejší spôsob zaistenia potrieb a zaistiť slobodnú voľbu spôsobu zabezpečenia dlhodobej starostlivosti. Poskytnutie príspevku významne zvyšuje možnosť samostatného rozhodnutia človeka odkázaného na starostlivosť o spôsobe zabezpečenia vlastných potrieb. Je na ňom, či sa rozhodne, že starostlivosť mu bude zabezpečovať rodina, príbuzní alebo profesionálne sociálne služby, či už pobytové, alebo terénne.

Existujú **rôzne varianty poskytovania príspevku na odkázanosť** v závislosti od politických cieľov a modelov sociálneho štátu. Niektoré modely umožňujú využívanie poskytnutých finančných príspevkov bez ďalších obmedzení, a to buď na posilnenie príjmov rodiny, ktorá sa o človeka stará (Taliansko), alebo na ľubovoľnú voľbu zabezpečenia sociálnej služby, či už formálnej, alebo neformálnej (Rakúsko, Česká republika). Inou možnosťou je poskytovať poukážky využiteľné len na nákup služieb od registrovaných poskytovateľov sociálnej služby. Naprí-

klad v Holandsku uplatnili tzv. osobný účet, z ktorého možno hradit dopredu definované formálne sociálne služby. Ide o model, ktorý ponecháva len malý priestor pre platby starostlivosti z neformálnych zdrojov (blízke osoby, susedská výpomoc). Nemecký model predstavuje so svojou možnosťou voľby medzi finančnou a vecnou dávkou stredný variant. Ďalšie rozdiely v príspevku na odkázanosť vyplývajú z definície cieľovej skupiny alebo stupňa odkázanosti na pomoc inej osoby. Zatiaľ čo v Rakúsku, Nemecku, vo Francúzsku či v Českej republike je príspevok na odkázanosť vyplácaný v závislosti od stupňa fyzickej odkázanosti, v Taliansku je vyplácaná dávka v jednotnej výške.

Dôvodom hľadania najpriateľnejšieho riešenia príspevku na odkázanosť nie sú len ekonomické aspekty, ale ide predovšetkým o priblíženie života zdravotne postihnutých ľudí a seniorov normálnemu životu podporovanému sociálnymi službami. Primárne sa dáva dôraz na práva osôb so zdravotným postihnutím a seniorov a s tým spojené ich právo na autonómiu. Realizácia tohto práva znamená, že nový spôsob financovania dlhodobej starostlivosti má naplňovať všetky základné atribúty sociálnej politiky, t. j. chrániť občanov v sociálne nepriaznivej situácii, pretože táto ochrana prispieva k odstráneniu alebo zmierneniu dôsledkov vyplývajúcich z určitých sociálnych, rodinných alebo životných udalostí, zabezpečiť **dôstojné životné podmienky pre všetkých** a ich rovnaké šance, vyrovnávať alebo zmiernovať rozdiely v životných podmienkach sociálnych aktérov a vytvárať podmienky pre integráciu ľudí odkázaných na dlhodobú starostlivosť do spoločnosti.

7.2.3 Situácia v Českej republike

V okolitých štátoch, napr. v Nemecku, Rakúsku, vo Francúzsku, ale už aj v Českej republike, je základným nástrojom finančného zabezpečenia potrieb osôb so zdravotným postihnutím a osôb, ktoré strácajú schopnosť starostlivosti o seba z dôvodu veku, príspevok na odkázanosť priamo občanovi a zaistenie starostlivosti ako štátnej dávky.

Príspevok na starostlivosť (doslovne „příspěvek na péči“) v Českej republike dostáva od štátu človek, ktorý je kvôli dlhodobo nepriaznivému

zdravotnému stavu závislý od pomoci inej osoby. Výška príspevku je závislá od veku žiadateľa a miery jeho závislosti od pomoci inej osoby minimálna, ľahká, stredne ťažká a ťažká. V susednej Českej republike je to u dospelého človeka 800, 4 000, 8 000 a 12 000 českých korún (čo je od cca 31 € po 310 €), u dieťaťa 3 000, 5 000, 9 000 a 12 000 českých korún (čo je od 80 po 310 €). Zavedenie príspevku na odkázanosť spred viac ako 10 rokov v Českej republike donútilo dovtedajší mimoriadne skostnatnený systém sociálnych služieb reagovať.

Päť rokov od zavedenia tejto filozofie sociálnych služieb si podľa materiálov českého ministerstva práce a sociálnych vecí službu registrovaných poskytovateľov platilo iba okolo 18 percent ľudí. Približne o 53 % seniorov a zdravotne postihnutých občanov sa stará príbuzný či blízky človek. O takmer pätinu občanov sa stará cudzí človek, väčšinou so znalosťou diagnózy a schopnosťou prispôbiť sa jej. Len necelá desatina príjemcov príspevku si opatrovanie zaistila u profesionálov.

Z dohovoru OSN, odporúčaní európskych inštitúcií a skúseností európskych krajín vyplýva kľúčový princíp, že sociálne služby a dlhodobá starostlivosť musia zodpovedať právam a potrebám užívateľov, čo sa dosahuje hlavne tým, že sa im poskytuje príspevok na nesebestačnosť/ odkázanosť/starostlivosť ako štátna sociálna dávka, čo na Slovensku neplatí. Vzhľadom na spoločnú históriu rozvoja sociálneho zabezpečenia je prirodzené, že úspešné zavedenie českého príspevku na opateru je pre Slovensko inšpiratívne.

7.3 Kvantifikácia dlhodobej starostlivosti na Slovensku

Na Slovensku sa, tak ako aj v ostatných rozvinutých krajinách, prejavuje trend starnutia obyvateľstva. Preto sa ťažisko dlhodobej starostlivosti o ľudí so zdravotných postihnutím a seniorov presúva do starostlivosti o prestarnutých klientov vo veku často nad 80 rokov.

Podľa údajov Štatistického úradu SR žilo v roku 2016 v Slovenskej republike 5 435 343 obyvateľov. Z toho počtu bolo 814 659 seniorov vo veku nad 65 rokov, t. j. 14,99 %. Za posledných 20 rokov môžeme vidieť

výrazný trend starnutia obyvateľstva. Porovnanie nám ukazuje, že odvtedy podiel občanov v predproduktívnom veku klesol z 22 % z celkovej populácie na 15 % a počet seniorov nad 65 rokov narástol z 11 % na 14,99 %. Podiel obyvateľov v produktívnom veku tiež stúpil o tri percentuálne body zo 67 % na 70 %. V budúcnosti sa bude trend starnutia našej populácie prejavovať ešte výraznejšie.

Pre posúdenie alternatív zlepšenia dlhodobej starostlivosti je dôležitá analýza doterajšieho vývoja z hľadiska štruktúry ich klientov, poskytovateľov či zriaďovateľov.

7.3.1 Poskytovatelia dlhodobej starostlivosti

Štruktúru počtu poskytovateľov sociálnych služieb možno študovať z hľadiska zriaďovateľa, cieľovej skupiny či druhu zariadenia.

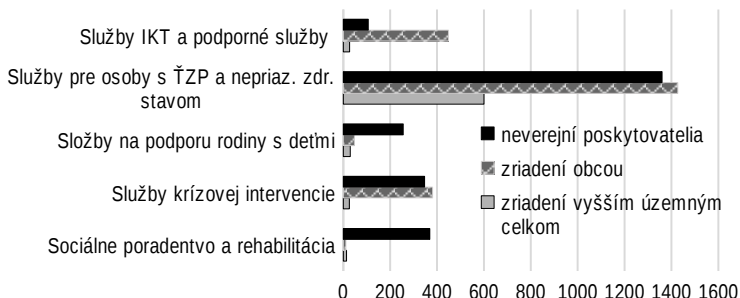
Sociálne služby na Slovensku v roku 2019 poskytovalo skoro **5 500 poskytovateľov**, pričom verejní poskytovatelia sociálnych služieb sa so zriaďovateľskou pôsobnosťou delia medzi VÚC a mestá a obce. Počet neverejných poskytovateľov je síce o niečo nižší, avšak dôležitá je aj veľkosť jednotlivých poskytovateľov.

Tabuľka 7.1. Počet poskytovateľov sociálnych služieb podľa typu

	Zriadení VÚC	Zriadení obcou či mestom	Neverejní poskytovatelia	Poskytovatelia spolu
Sociálne poradenstvo a rehabilitácia	14	11	369	394
Služby krízovej intervencie	26	381	347	754
Služby na podporu rodiny s deťmi	30	48	256	334
Služby pre osoby s ŤZP a nepriaznivým zdravotným stavom	600	1 427	1 360	3 387
Služby IKT a podporné služby	27	449	107	583
Spolu	697	2 316	2 439	5 452

Z hľadiska typu poskytovanej služby sú najpočetnejšie zariadenia poskytujúce služby pre osoby s ŤZP a nepriaznivým zdravotným stavom (graf 7.1).

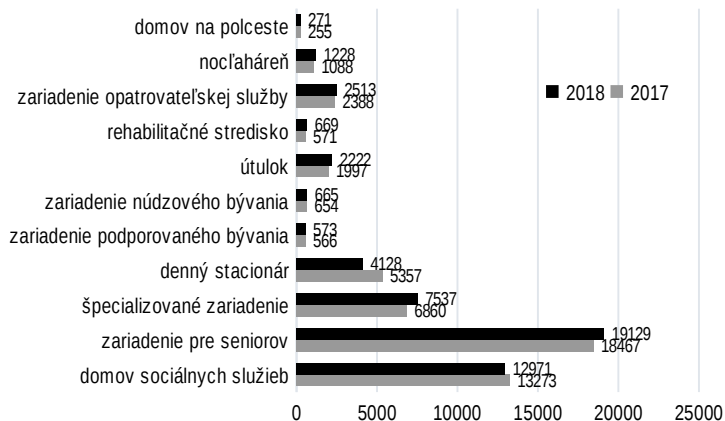
Graf 7.1 Počet poskytovateľov sociálnych služieb podľa poskytovaných služieb



7.3.2 Klienti sociálnych služieb

Pokiaľ ide o počty miest v zariadeniach sociálnych služieb, sú prakticky plne obsadené a bolo v nich celkom **52 000 klientov**. Medzi typmi zariadení poskytovania sociálnej služby z hľadiska počtu klientov jasne prevládajú zariadenia **pre seniorov**, ktoré spolu s domovmi sociálnych služieb predstavujú **2/3 kapacít** všetkých zariadení, pričom aj niektoré iné druhy zariadení poskytujú služby seniorom (graf 7.2).

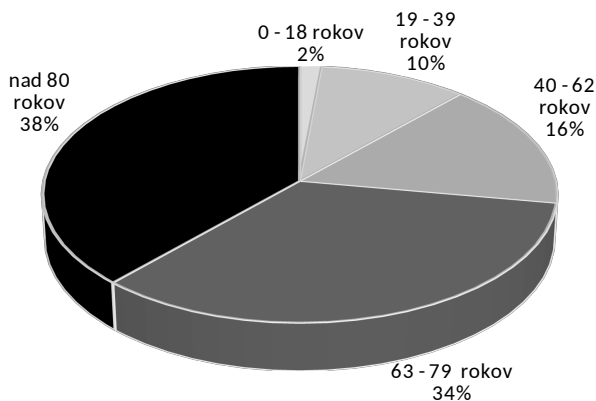
Graf 7.2 Kapacity zariadení sociálnych služieb podmienených odkázanosťou na pomoc inej osoby



V porovnaní s počtom klientov v zariadeniach pre seniorov a domovoch sociálnych služieb je veľmi nízky počet klientov v zariadeniach opa-

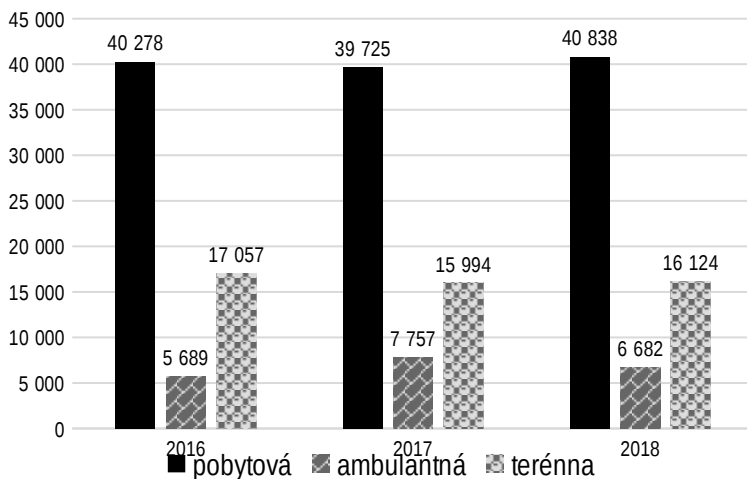
trovateľskej služby či v denných stacionároch (len desatina) – čo nie je pre nezáujem, ale skôr pre nedostatok financií.

Graf 7.3 Veková štruktúra prijímateľov sociálnych služieb v zariadeniach



V rámci vekovej štruktúry prijímateľov sociálnej služby v zariadeniach je najvyšší podiel klientov **nad 80 rokov (skoro 40 %)**. Ich počet a podiel sa bude postupne so starnutím populácie a vyššou dĺžkou dožitia obyvateľov postupne zvyšovať, treba sa preto na ňu zamerať (graf 7.3).

Graf 7.4. Počet klientov podľa formy poskytovania sociálnej služby



Z hľadiska formy miesta poskytovania sociálnej služby jednoznačne **prevláda pobytová forma**, ktorá predstavuje **až 2/3 klientov**. Takáto výrazná prevaha nad ambulantným a terénnym poskytovaním sociálnych služieb nie je prirodzená ani žiaduca a bude to treba riešiť pri úvahách pri návrhoch reforiem dlhodobej starostlivosti. Zmeny za roky 2016 až 2018 nevykazujú tendenciu zmien, konkrétne údaje sú v grafe 7.4.

Z hľadiska stupňa odkázanosti je v podmienkach Slovenska uzákone-
ných šesť stupňov, pričom s rastúcim stupňom odkázanosti výrazne ras-
tie počet priznaných odkázaností z cca 200 osôb pri stupni odkázanosti I
na 30 000 pri stupni VI (porov. tabuľka 7.2).

Tabuľka 7.2 Počet priznaných odkázaností podľa stupňov v roku 2019

Stupeň odkázanosti	počet prijímateľov
I.	238
II.	3 338
III.	3 057
IV.	9 940
V.	10 126
VI.	30 603

Treba upozorniť, že tieto údaje zahŕňajú osoby, ktoré o priznanie odkázanosti sami požiadali a bol im aj priznaný. Ide o pomerne zložitý proces, ktorý občania podstupujú, až keď na to majú dôvod, t. j. odkáza-
nosť potrebujú pri prijímaní sociálnej starostlivosti z finančných dôvodov. Týmto sa dá vysvetliť mimoriadne nízky počet priznaných odkázaností nízkeho stupňa, lebo tam je finančná motivácia okrajová. Odhady postavené na zdravotných štatistikách diagnóz, ktoré indikujú odkáza-
nosť v porovnaní s počtom priznaných odkázaností, ukazujú, že v priemere **až 20-tisíc potencionálnych prijímateľov je mimo systému** súčasných sociálnych služieb²¹. Ide hlavne o neformálnu starostlivosť v rámci rodiny alebo komunity, ale aj osoby, ktoré sú na starostlivosť odkázané, ale nedostávajú ju.

²¹a aj bez príspevku na opatrovanie

7.3.3 Zamestnanosť v sociálnych službách

Sociálne služby hlavne pre starnutie populácie u nás narastajú. Dokladá to aj tabuľka 7.3. Len za sledované obdobie 5 rokov vzrástol počet prijímateľov sociálnych služieb o 13 %, zamestnancov o 16 % a počet zamestnancov na jedného prijímateľa bol o niečo viac ako 0,5 (naviac pracovná náročnosť dlhodobej starostlivosti je vyššia ako v sociálnych službách všeobecne). Znamená to, že sociálne služby sú veľmi náročné na pracovnú silu, kde jeden pracovník je na zhruba dvoch klientov. Pracovníkov v tomto odvetví je trvalý nedostatok a pritom porovnateľný počet našich opatrovateľských pracovníkov pracuje v zahraničí.

Tabuľka 7.3. Vývoj sociálnych služieb v rokoch 2014 až 2018

Rok	Prijímateľa (v osobách)	Zamestnanci (v osobách)	Zamestnanci na 1 prijímateľa (v osobách)	Výdavky (v tis. €)	Výdavky na prijímateľa (v € mesačne)
2014	54 793	29 379	0,54	253 999	386
2015	58 097	30 541	0,53	411 758	591
2016	61 786	32 866	0,53	442 710	597
2017	62 674	33 594	0,54	488 936	650
2018	61 826	34 052	0,55	519 566	700

7.3.4 Financovanie dlhodobej starostlivosti na Slovensku

V rámci poskytovania ošetrovateľských výkonov v dlhodobej starostlivosti je rozdiel vo financovaní týchto výkonov, pokiaľ sú poskytované v rámci poskytovateľov zdravotnej starostlivosti alebo sociálnych služieb.

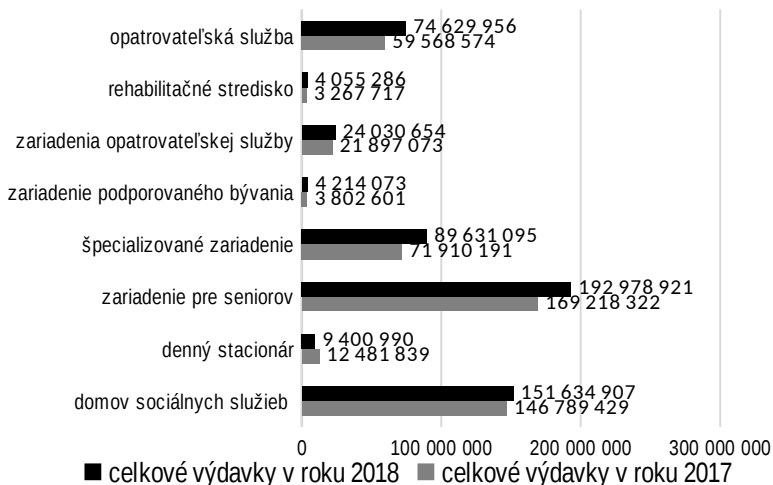
7.3.4.1 Financovanie dlhodobej starostlivosti v sociálnych službách

Celkové výdavky na sociálne služby boli v roku 2018 na úrovni 550 mil. eur a ako ukazuje graf 7.5, ich výška narastá vo všetkých druhoch zariadení (výnimkou sú denné stacionáre, kde sa zmenili podmienky financovania). Výdavky v zariadeniach pre seniorov a v domovoch sociálnych služieb dominujú vo výdavkoch na sociálne služby celkom, lebo tvoria skoro dve tretiny z nich.

Opatrovateľské služby, ktoré by mali byť porovnateľné so spomínaným opatrovaním v zariadeniach, predstavujú len pätinu ich výdavkov. Tento nepomer je spôsobený hlavne systémom financovania. Spolu s nedostupnosťou sociálnych služieb neumožňuje klientom slobodne sa

rozhodovať pri výbere formy a umiestnenia služby dlhodobej starostlivosti.

Graf 7.5 Celkové výdavky na sociálne služby:



Zdroj: Vybrané údaje ŠÚ SR, Zariadenia sociálnych služieb v SR (MPSVR SR) 11-01

Cesty financovania dlhodobej starostlivosti sú veľmi neprehľadné a neefektívne. Ide o **podielové dane**, ktorými štátny rozpočet financuje samosprávne kraje a mestá a obce, z ktorých ony financujú dlhodobú starostlivosť vo svojich zariadeniach, v neverejných zariadeniach, ale aj domáce opatrovateľské služby. Samotná výška prostriedkov na dlhodobú starostlivosť a aj podiely prostriedkov použitých na rôzne formy dlhodobej starostlivosti sú veľmi rozdielne, tým nie sú porovnateľne dostupné pre všetkých, často uprednostňujú vlastné zariadenia, a preto klienti nemajú možnosť voľby formy a miesta poskytovania dlhodobej starostlivosti.

Druhým kanálom ich financovania sú prostriedky štátneho rozpočtu cestou **kapitoly ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny**, pri ktorých je sčasti prijímateľom klient podľa stupňa odkázanosti. Aj v prípade európskych štrukturálnych a investičných fondov nie sú prijímatelia kli-

enti, ale buďto investície do infraštruktúry alebo financovanie mzd pracovníčok dlhodobej dlhodobej starostlivosti.

7.3.4.2 Financovanie dlhodobej starostlivosti v rámci zdravotnej starostlivosti

Hospitalizácia seniorov sa v nemocnici vo väčšine prípadov **ukončuje zásadne presne po 21 dňoch**. Je to obvyklá prax, že v prípade hospitalizácie seniora je tolerovaný jeho pobyt na jednom oddelení maximálne na dobu 21 dní. Po tomto termíne, ak pretrváva zhoršený zdravotný stav, musí si dotýčny senior (resp. jeho príbuzní) vyriešiť situáciu sám, pričom spôsoby riešenia sú: preloženie na iné oddelenie, ukončenie hospitalizácie a opätovné prijatie po niekoľkých dňoch, prípadne umiestnenie seniora v zariadení sociálnych služieb alebo domáca starostlivosť zabezpečovaná svojpomocne rodinou alebo opatrovateľskou službou.

Vo viacerých spomenutých prípadoch sa seniori a ich príbuzní dostávajú mimo systém ústavou garantovanej bezplatnej starostlivosti. Na základe zdravotného poistenia majú občania právo na „bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon“. Práve termín 21 dní pritom nemá oporu v žiadnej legislatíve, všeobecne záväzných normách ani v žiadnej koncepcii medicínskych odborov a vznikol z pseudomedicínskych, najmä finančných dôvodov. Tieto 21-dňové pobyty, ako aj oddelenia dlhodobo chorých zväčša **majú charakter dlhodobej starostlivosti**, sú však financované z prostriedkov zdravotnej starostlivosti, čo je ďalší faktor, ktorý zneprehľadňuje systém financovania dlhodobej starostlivosti u nás a zaslúži si zmenu. Finančný objem takýchto služieb charakteru dlhodobej starostlivosti poskytovaných v zdravotníckych zariadeniach a financovaných zo zdravotného poistenia je na úrovni **280 mil. eur** ročne.

7.3.4.3 Preplácania ošetrovateľských výkonov v zariadeniach sociálnych služieb

Dlhodobá starostlivosť je služba, ktorá kompetenčne aj finančne spadá pod rezort práce aj rezort zdravotníctva. Ošetrovateľské úkony majú charakter zdravotnej starostlivosti a majú byť financované z rezortu

zdravotníctva, aj keď sa poskytujú v sociálnych zariadeniach. V praxi to tak nie je, a to kvôli rôznym legislatívnym alebo byrokratickým obmedzeniam.

MPSVaR SR uskutočnilo v roku 2013 analýzu ošetrovateľských výkonov poskytovaných celkovo v 285 zariadeniach sociálnych služieb (ak zariadenie poskytuje kombináciu sociálnych služieb, je započítané v každom druhu sociálnej služby), z toho v 175 domovoch sociálnych služieb, v 78 zariadeniach pre seniorov a v 32 špecializovaných zariadeniach²². Podrobnejšie údaje o zariadeniach, sestrách a klientoch sú v tabuľke 7.4.

Spomínané ošetrovateľské úkony sú súčasťou zdravotnej starostlivosti a majú byť financované zdravotnými poisťovňami ako analogické úkony, materiál či pomôcky v zdravotníckych zariadeniach. Preto sme uvedenú reprezentatívnu vzorku sociálnych zariadení prepočítali na všetky sociálne zariadenia v SR a vyčíslili, že v rámci zdravotného poistenia malo byť podľa počtu ošetrovateľských výkonov zo zdravotného poistenia uhradených v roku 2013 až viac ako 76 mil. eur. Na základe cien v roku 2020 by spoluúčasť v rámci zdravotného poistenia mala byť podľa počtu ošetrovateľských výkonov **zo zdravotného poistenia uhrádzaná vo výške 105 mil. eur.**

Tabuľka 7.4 Ošetrovateľská starostlivosť vo vybraných sociálnych zariadeniach

SR	Počet zariadení, v ktorých sa poskytovala ošetrovateľská starostlivosť	Počet sestier, ktoré poskytovali ošetrovateľské výkony				Celkový počet klientov zariadenia	Počet klientov, ktorým sa poskytovali ošetrovateľské výkony
		Spolu	Z toho				
			na plný úväzok	na viac ako 1/2 úväzok	na menej ako 1/2 úväzok		
SPOLU	285	1 242,24	1 061	57	126	1 7584	15 834
Domov sociálnych služieb	175	909,57	805,3	39	68,5	13 176	12 098
Zariadenie pre seniorov	78	210,34	163,8	9,5	36,5	3 480	2 800
Špecializované zariadenie	32	122,33	98,83	8,5	21	1 081	980

²² Pozri: <https://www.employment.gov.sk/sk/ministerstvo/vyskum-oblasti-prace-socialnych-veci-institut-socialnej-politiky/spravy-socialnej-situacii-obyvatelstva/rok-2018.html>

V roku 2018 bolo na sociálne služby uhradených zhruba 520 mil. eur. Ako vyplýva z tabuľky 7.3, za 5 rokov sa tieto náklady zdvojnásobili, a to len pri 13 % náraste klientov. Mohlo to byť spôsobné aj zmenami v štruktúre poskytovaných sociálnych služieb smerom k nákladnejším či určitým skvalitnením, dôsledkom neprehľadnosti financovania, nízkej ekonomickej efektívnosti poskytovaných sociálnych služieb (napr. kúrenie v starších budovách), či rastúcimi mzdovými výdavkami (mzdy rástli rýchlejšie plus sa zvýšili príplatky za prácu v noci či cez deň). K tomu treba pripočítať nesystémové poskytovanie dlhodobej starostlivosti v rámci zdravotného systému a nedostatočné preplácanie ošetrovateľskej starostlivosti v sociálnych zariadeniach.

7.4 Navrhovaná reforma dlhodobej starostlivosti

Starnutie populácie spolu s neprehľadným demotivačným systémom financovania dlhodobej starostlivosti vedú k potrebe zlepšenia regulačného rámca, ale aj systému financovania dlhodobej starostlivosti na Slovensku.

7.4.1 Odporúčanie na zmeny v regulačnom rámci

Navrhované odporúčania v rámci systému dlhodobej starostlivosti vychádzajú najmä zo systémových zmien a náhľadu na túto problematiku v zmysle Dohovoru OSN o právach zdravotne postihnutých osôb a uznesenia Európskeho parlamentu z 5. júla 2011 o budúcnosti sociálnych služieb (2009/2222 INI) a stanoviska Európskeho hospodárskeho a sociálneho výboru z mája 2015.

Ide najmä o:

- kompetencie – kompetencie samosprávy alebo službu vo verejnom záujme;
- financovanie sociálnych služieb – zavedenie príspevku na starostlivosť;
- posudzovanie odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby;
- posudzovanie príjmu a majetku na účely platenia úhrad;
- zdravotnú starostlivosť v pobytových zariadeniach sociálnych služieb, úhrady zo systému zdravotného poistenia;

- kvalitu sociálnych služieb a inšpektorát kvality, ľudské práva a ich dodržiavanie.

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb v rámci systému dlhodobej starostlivosti:

- v záujme prijímateľov sociálnych služieb vyžadujúcich 24-hodinovú ošetrovateľskú starostlivosť je potrebné preklasifikovať časť akútnych lôžok v ústavných zdravotníckych zariadeniach na lôžka pre dlhodobých chorých s adekvátnou lekárskou aj ošetrovateľskou starostlivosťou, s prítomnosťou sociálneho pracovníka, vrátane obdobia terminálneho štádia;
- využije sa tým existujúce materiálo-technické zabezpečenie a kvalifikovaná pracovná sila v ústavných zdravotníckych zariadeniach. SR má najvyšší počet akútnych lôžok na obyvateľa v rámci celej EÚ a dlhodobo sa diskutuje o ich využití na tento účel;
- v súčasnosti pri zdravotnej starostlivosti v pobytových zariadeniach sociálnych služieb chýba zosúladenie legislatívy MPSVR a MZ SR a efektívne a zosúladené preplácanie úkonov v zariadeniach sociálnej služby.

7.4.2 Návrh reformy financovania dlhodobej starostlivosti

Pri koncipovaní predkladanej reformy sme zohľadňovali povšimnutiahodné skúsenosti zo zahraničia a testovali v konfrontácii so situáciou u nás, pričom sme mali cieľ dosiahnuť:

- transparentné financovanie chodu dlhodobej starostlivosti,
- aby sa klient stal nositeľom prostriedkov, nie zariadenia (a aj to len niektoré),
- rozpočtová neutrálnosť z pohľadu verejného rozpočtu, ekonomicky aktívneho obyvateľstva a aj klientov.

7.4.2.1 Objem prostriedkov na fond odkázanosti vs. zavedenie príspevku na sebestačnosť v Českej republike

Pri úvahách o reforme financovania dlhodobej starostlivosti sme pre spoločnú históriu sociálneho systému vzali do úvahy aj **skúsenosti**

s reformou v Českej republike, kde pristúpili k zavedeniu príspevku na nesebestačnosť pred viac ako 10 rokmi²³. Skúsenosti so zavedením „príspevku na péči“ sú v zmysle vyjadrení MPSVaR ČR, ako aj MZ ČR veľmi dobré. Podľa ich názoru príspevok rieši plnohodnotne problém ľudí odkázaných na dlhodobú starostlivosť, takisto ako aj ich rodín, keďže sa eliminoval finančný tlak na príspevky rodiny na dlhodobú starostlivosť, ktorý hradí štát formou štátnej dávky. V roku 2020 je celkový rozpočet na zdravotníctvo v ČR na úrovni 13,3 mld. eur. Z tohto porovnania vyplýva, že **výdavky na „príspevek na péči“ sú vo výške 17 % rozpočtu zdravotníctva**.

V Českej republike sa počet osôb, ktoré majú nárok na túto štátnu dávku, pohybuje na úrovni 368-tisíc osôb, čo je viac ako 3-násobok u nás očakávaného počtu prijímateľov, v ČR je iný rozsah stupňov odkázanosti ako u nás (4 stupne v ČR versus 6 stupňov v SR). U nás sa skutočný počet osôb odkázaných na dlhodobú starostlivosť a vo všetkých formách starostlivosti pohybuje na úrovni 122-tisíc až 128-tisíc v priebehu posledných 10 rokov (tabuľka 7.5). Pre náš výpočet budeme počítať s 1/3 počtom z českých 368-tisíc osôb s nárokom na dávku, teda počtom 124-tisíc osôb, rovnako ako aj 1/3 výdavkov na dávku odkázanosti. Vzhľadom na vysokú dynamiku starnutia slovenskej populácie ide o konzervatívny odhad.

Tabuľka 7.5 Porovnanie rozpočtov na zdravotníctvo v Česku a na Slovensku vrátane výdavkov na dlhodobú starostlivosť a počtami poberateľov

Rok 2020	Česko	Slovensko	Poznámka (Slovensko)
Výdavky na zdravotníctvo	13 270 000 000 €	5 400 000 000 €	Skutočnosť
Výdavky na dlhodobú starostlivosť	2 290 000 000 €	755 726 500 €	Odhad na počet poberateľov s rovnakým pomerom výdavkov ako rozpočet ČR
Počet poberateľov	368 000	122 667 ²⁴	Počet osôb poberajúcich osobnú asistenciu, príspevok na opatrovanie, opatrovateľské služby a osoby u inštitucionálnych poskytovateľov sociálnych služieb

²³ Označovaný aj ako príspevok na starostlivosť. Pozri časť 7.2.3 Situácia v Českej republike.

²⁴ údaje za SR obsahujú nielen seniorov, ale aj odkázaných ľudí v neseniorskom veku

Návrh reformy financovania dlhodobej starostlivosti na Slovensku zohľadňuje uvedené kritériá prehľadnosti, klient nositeľ prostriedkov a rozpočtová neutrálnosť je v tabuľke 7.6. V riadkoch sú uvedené jednotlivé zmeny, pričom sú uvedené vo finančných tokoch, ako i v zodpovedajúcich službách. V stĺpcoch sú sledované vplyvy na piatich hlavných aktérov, ktorých saldo má byť nulové. Ide o štátny rozpočet, zdravotné fondy, fond odkázanosti, ekonomicky aktívni občania a klienti dlhodobej starostlivosti. Platí pritom zásada analýzy zmien, tzn. že ak jednému aktérovi klesnú príjmy (prijaté služby), tak inému o rovnakú sumu klesnú výdavky (poskytnuté služby). V ďalšom texte budeme komentovať túto tabuľku po jednotlivých riadkoch.

7.4.2.2 Fond odkázanosti

Fond odkázanosti je nový fond, ktorý by vznikol na poskytovanie štátnej dávky, ktorej cieľom je poskytnúť občanom, ktorí sa dostanú do stavu odkázanosti na dlhodobú starostlivosť, finančné prostriedky, ktorými pokryjú nevyhnutné náklady na ňu. Príjmom fondu bude nový **odvod na odkázanosť vo výške 1,5 %** z hrubej mzdy zamestnanca²⁵. Takýto odvod v našich podmienkach vygeneruje 384 mil. €, na modelovaných dátach z roku 2019 (štvrtý riadok tabuľky 3.6). Týmto odvodom by bola zaťažená mzda, čo povedie k dodatočným výdavkom ekonomicky aktívnych občanov o rovnakú sumu. Iným príjmom tohto fondu je dofinancovanie zo štátneho rozpočtu (riadok 12). Táto položka umožní v budúcnosti zvyšovať rozpočet dlhodobej starostlivosti v dôsledku demografických zmien.

Výdavkom fondu odkázanosti budú štátne dávky na odkázanosť, teda budú vo výške 934 mil. eur ročne určené pre predpokladaných 124 000 poberateľov, ktorí sú nesebestační a potrebujú dlhodobú starostlivosť. Jedna priemerná mesačná dávka by tak bola na úrovni 630 eur (riadok 5).

²⁵ Situácia v relevantných krajinách je opísaná v časti 7.2.2 Situácia v Európe. Sadzba 1,5 % je aj v Nemecku.

Tabuľka 7.6 Kvantifikácia reformy financovanie dlhodobej starostlivosti z hľadiska hlavných aktérov (v mil. €)

1	Riadky: zmeny/Stĺpce: hlavní aktéri (mil. €)	Štátny rozpočet	Zdravotné fondy	Fond odkázanosti	Ekonomickí aktívni občania	Klienti dlhodobej starostlivosti
2	Zmeny vo finančnom hospodárení	Príjmy kapitoly ŠR: zvýšenie (+)/zníženie (-)	Príjmy zdrav. fondov: zvýšenie (+)/zníženie (-)	Príjmy fondu: zvýšenie (+)/zníženie (-)	Platené dane a odvody: zvýšené (-)/znížené (+)	Platené dane a odvody: zvýšené (-)/znížené (+)
3	Zmeny v poskytovaných službách	Výdavky kap. ŠR:	Výdavky na zdravotné služby	Výdavky na odkázanosť	Prijaté služby	Prijaté služby
4	Príjmy fondu odkázanosti (odvod 1,5 % zo mzdy)			384	-384	
5	Výdavky fondu odkázanosti			-934		934
6	Zníženie podielových daní pre obce a kraje	201				-201
7	Zníženie dane z príjmov FO o 0,5 p. b. na 18,5 % a úprava odpočítateľnej položky na osemnásobok minimálnej mzdy	-201			201	
8	Pokles odvodu zdravotného poistenia o 0,5 p. b.		-181		181	
9	Zdravotné služby dlhodobo chorých nad 21 dní		280			-280
10	Preplácanie ošetrovateľských výkonov zo zdravotného poistenia		-105			105
11	Financovanie dlhodobej starostlivosti z kap. MPSVaR	550				-550
12	Dotovanie fondu odkázanosti zo ŠR	-550		550		
13	Dofinancovanie zdravotných poistencov štátu	-5	5			
14	Saldo SPOLU +/-	-5	-1	0	-2	8

7.4.2.3 Podielové dane

Podielové dane preposiela štátny rozpočet samosprávnym krajom a mestám a obciam na financovanie ich činnosti. K nim patrí aj dlhodobá starostlivosť, ktorú ročne poskytujú v odhadovanom objeme 201 mil. eur ročne (riadok 6). Pre zavedenie dávky na odkázanosť by samosprávy prestali financovať dlhodobú starostlivosť (teda klesnú služby dlhodobej starostlivosti financované samosprávami) a štátny rozpočet o rovnakú sumu zníži podielové dane. Pozícia samospráv ako zriaďovateľov alebo prevádzkovateľov rôznych foriem poskytovania dlhodobej starostlivosti by sa nezmenila.

Zníženie podielových daní sa dosiahne zvýšením odpočítateľnej položky dane z príjmu fyzických osôb **na osemnásobok minimálnej mzdy**²⁶ a znížením dolnej daňovej sadzby **o 0,5 p. b.** na 18,5 %. V roku 2019 bola odpočítateľná položka vo výške 3 937 €, teda 7,6-násobok minimálnej mzdy. Takáto zmena daňového systému spolu so zmenami v odvodovom systéme vyústí do zníženia výnosov z daní z príjmov fyzických osôb o 201 mil. €, o ktoré klesnú príjmy štátneho rozpočtu a zrkadlovo sa znížia dane platené ekonomicky aktívnym obyvateľstvom (riadok 7)²⁷. Tento pokles podielových daní je proporčný zníženiu finančných záväzkov obcí a VÚC voči klientom dlhodobej starostlivosti.

7.4.2.4 Odvod zdravotného poistenia

Príjmami zdravotných poisťovní sú zdravotné odvody, ktoré budú **znížené o 0,5 p. b.** (riadok 8). V súčasnosti sú zdravotné odvody vypočítané fixnou sadzbou odvodov a v prípade zamestnanca po znížení odpočítateľnou položkou.

Zatiaľ čo výška odvodov je uvádzaná v percentách, výška odpočítateľnej položky je v zákone uvádzaná ako fixná suma v eurách. Suma 380 € sa

²⁶ Zvýšením odpočítateľnej položky sa zároveň posilní sociálna kohézia, a to nižším daňovým zaťažením nízkopríjmových skupín pracovníkov.

²⁷ V prepočtoch zároveň rátame so znížením zdravotných odvodov (čo zvyšuje daňový základ – riadok 8) a so zavedením nového odvodu na odkázanosť (čo znižuje daňový základ – riadok 4).

nemenila od januára roku 2015. Počas týchto 6 rokov bola inflácia vyše 8 %, priemerná mzda narástla o 28 %, minimálna mzda vzrástla o 64 %.

Navrhujeme, aby odpočítateľná položka zdravotných odvodov bola vo výške minimálnej mzdy, zmena formy odpočítateľnej položky z mesačnej na ročnú a zníženie zdravotných odvodov zamestnanca o 0,5 p. b. Automatická **valorizácia odpočítateľnej položky** zabezpečí, že percento odvodov bude aj pri zmene výšky minimálnej mzdy rovnaké.

Toto zníženie odvodov sa prejaví v poklese zdravotných odvodov o 181 mil. €, pri modelovaní roku 2019.

7.4.2.5 Výdavky zdravotných poisťovní

Niektoré platby za zdravotnú starostlivosť v zdravotníckych zariadeniach, hlavne v nemocniciach, zahŕňajú aj platby, ktoré sú skôr za **dlhodobú starostlivosť**. Ako sme uviedli v časti 7.2 o financovaní dlhodobej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach, ide o oddelenia dlhodobo chorých či používaný limit 21-dňového pobytu na jednom oddelení a pod.²⁸ Toto zneprehľadňuje financovanie dlhodobej starostlivosti a aj zdravotníctva, a preto navrhujeme prestať ich takto financovať (riadok 9). Ide o objem 280 mil. eur v cenách 2019, o ktoré by sa znížili platby zdravotných poisťovní z dôvodu zníženia množstva hospitalizovaných osôb, ktoré majú charakter faktickej dlhodobej starostlivosti a klienti dlhodobej starostlivosti by prišli o tieto hospitalizácie.

Zdravotnícke zariadenia by mohli reprofelizovať časť kapacít na dlhodobú starostlivosť financovanú klientmi z dávky na odkázanosť.

7.4.2.6 Preplácanie ošetrovateľských úkonov

Zo zdravotného poistenia sa majú preplácať ošetrovateľské úkony v sociálnych zariadeniach, čo je však vleklým problémom²⁹. Kvantifikovali sme, že pre ich plné uhrádzanie by vzrástli výdavky zdravotných poisťovní o 105 mil. eur, a tým by zodpovedajúco stúpili ošetrovateľské služby

²⁸ Bližšie to je uvedené v podkapitole 7.3.4.2 Financovanie dlhodobej starostlivosti v rámci zdravotnej starostlivosti.

²⁹ Bližšie sme sa mu venovali v časti 7.3.4.3 Preplácania ošetrovateľských výkonov v zariadeniach sociálnych služieb.

poskytnuté klientom dlhodobej starostlivosti (riadok 10). Tým by sa dosiahlo poskytovanie rovnakých ošetrovateľských služieb a ich rovnaké preplácanie zo zdravotného poistenia bez rozdielu druhu dlhodobej starostlivosti.

7.4.2.7 Financovanie dlhodobej starostlivosti rezortom práce

Veľká časť dlhodobej starostlivosti je financovaná z kapitoly Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky³⁰. Ročne sa pritom 550 mil. eur v cenách 2019 rôznymi formami dostáva ku klientom dlhodobej starostlivosti a ich **presunutím do fondu odkázanosti** by sa výrazne prispelo k prehľadnosti a efektívnosti systému financovania dlhodobej starostlivosti.

Technicky by to spočívalo v znížení výdavkov rezortu práce na dlhodobú starostlivosť a z toho vyplývajúcom znížení služieb klientom (riadok 11), avšak so zrkadlovým dotovaním fondu odkázanosti, a tým aj dávok odkázanosti (riadok 12).

7.4.3 Diskusia

Dôležitým kritériom navrhovanej reformy dlhodobej starostlivosti je **rozpočtová neutralita všetkých hlavných aktérov**, ktorých sme vybrali a uviedli v stĺpcoch tabuľky 7.6, kde v riadku 14 sú ich výsledné saldá. Vzhľadom na viackoľajnosť a veľkú neprehľadnosť financovania dlhodobej starostlivosti u nás je veľká neistota v kvantifikácii prostriedkov vyčlenených v rôznych častiach verejných rozpočtov na dlhodobú starostlivosť. Preto pri saldách aktérov pod 10 mil. eur (pod 1 % zmien) považujeme reformu za rozpočtovo neutrálnu.

V riadku 13 je dofinancovanie zdravotných poisťencov štátu, ktoré je dlhodobo podfinancované a predstavuje kanál, kade môže štátny rozpočet v prípade potreby dofinancovať zdravotné poisťovne, ak by sa ukázala táto reforma u nich deficitná. Môže to byť potrebné preto, že v budúcnosti bude aj zdravotníctvo pod tlakom starnutia populácie

³⁰ Bližšie sme o tom diskutovali v časti 7.3.4 Financovanie dlhodobej starostlivosti na Slovensku.

tlačené do schodkovosti. Oddeľovanie dominantne opatrovateľských hospitalizácií bude konfrontované so žiadosťami príbuzných a zotrvačnosťou systému s argumentom „vždy sa to tak robilo“.

Ďalšia neistota je **rozdiel medzi vyčlenenými prostriedkami** a tými, ktoré skutočne dostanú klienti (či už vo finančnej podobe, alebo v podobe služby)³¹. Zníženie tohto rozdielu je hlavným finančným zdrojom prínosu navrhovanej rozpočtovo neutrálnej reformy. Nefinančný, ale o to dôležitejší je **ľudsko-právny rozmer reformy**, keď klient sa stáva nositeľom finančných prostriedkov formou dávky na odkázanosť, a tým sa bude skutočne slobodne rozhodovať o forme a mieste prijatia dlhodobej starostlivosti.

V prípade **štátneho rozpočtu** je najväčšou položkou financovanie dlhodobej starostlivosti z rezortu práce a jeho presun do fondu odkázanosti. Ak by podrobnejšia analýza ukázala, že dávka odkázanosti môže zmysluplne nahradiť menšiu alebo naopak väčšiu časť tohto financovania dlhodobej starostlivosti, bude možné pred realizáciou reformy túto položku zmeniť a následne sa adekvátne zmení aj výška dávky na odkázanosť.

V prípade **zdravotných poisťovní** je dôležité, že v dôsledku reformy by preplácali ošetrovateľské úkony klientov dlhodobej starostlivosti bez ohľadu na to, kde dostávajú starostlivosť. Zároveň by nepreplácali opatrovateľské služby, aj keď sa poskytujú v zdravotníckych zariadeniach.

Fond odkázanosti má pri svojom vzniku niekoľko inštitucionálnych alternatívnych možností – ďalší fond Sociálnej poisťovne, fond pri zdravotných poisťovniach, nová verejná poisťovňa alebo aj fond v štátnej pokladnici a pod. Z hľadiska hospodárenia je uvažovaný ako **priebežný systém**. Je možné prepočítať ho aj ako kapitalizačný, avšak museli by byť prijaté aj určité predpoklady o jeho financovaní v období akumulácie

³¹ Tento rozdiel vzniká napríklad vtedy, keď samosprávy pod rôznymi zámienkami nepoužijú adekvátnu časť podielových daní na dlhodobú starostlivosť a/alebo ich prednostne použijú na dotovanie len tých zariadení, ktorých sú zriaďovateľom. Ale sú to aj neustrážené režijné náklady, ktoré vznikajú pri presunoch prostriedkov cez rôzne stupne a formy ich distribúcie, rezortizmus a pod.

kapitálu. Výhodou by bola konečná nižšia citlivosť na budúce demografické výkyvy.

Ekonomicky aktívni obyvatelia sa vo všeobecnosti myslia ako zamestnané a nezamestnané osoby. Pri odhade príjmov fondu odkázanosti sme uvažovali o platení odvodov zo mzdy. Mohlo by sa uvažovať aj o platbách za nezamestnaných či za ekonomicky neaktívnych (analogicky ako pri poistencoch štátu v zdravotnom poistení s následným prenavstavením parametrov reformy). Výhodou by bola nižšia citlivosť fondu odkázanosti na výkyvy zamestnanosti spôsobené hospodárskym cyklom.

Prijímatelia dlhodobej starostlivosti by pri uvažovanom nastavení reformy uvedenej v tabuľke 7.6 a počte prijímateľov 124 000 osôb dostávali priemernú dávku odkázanosti 630 eur mesačne. Táto dávka spolu s priemerným starobným dôchodkom a priebežnou valorizáciou dáva reálnu možnosť výberu a **primeraného uhradenia** rôznych foriem dlhodobej starostlivosti. Otvorená ostáva diskusia o uplatňovaní zásluhovosti a/alebo solidárnosti vo výške individuálnych dávok, rovnako aj v závislosti výšky dávky od **stupňa odkázanosti**. Riešenia týchto otázok sú v rôznych krajinách rôzne.

Počet poberteľov dávky odkázanosti bol odhadnutý proporčne s Českom a zo súčtu aktuálnych prijímateľov rôznych foriem dlhodobej starostlivosti, ako aj z neistého odhadu neformálnej starostlivosti a osôb bez starostlivosti. Podľa analógie s Českom sme očakávali „preklopenie“ neformálnej starostlivosti do formálnej, prakticky odbúranie osôb bez starostlivosti a pod. Správanie slovenskej spoločnosti môže však byť iné, či už pre kultúrno-rodinné rozdiely, alebo pre viac ako 10-ročný časový odstup od zavedenia tejto dávky v Českej republike.

Odhady parametrov reformy boli robené na dátach za rok 2019. **Vplyvom starnutia populácie** bude počet prijímateľov dlhodobej starostlivosti rásť, čo bude z hľadiska financovania dlhodobej starostlivosti nepriaznivé. Na druhej strane vplyvom reálnej konvergencie bude dlhodobo rásť mzda, začnú pôsobiť priaznivé efekty reformy v oblasti efektívnosti finančných tokov. V budúcnosti bude potrebné pravidelne

analyzovať, ktoré z uvedených efektov budú prevládať a primerane reagovať prestavením parametrov tohto financovania.

Vytvorenie dávky na odkázanosť bude mať **pozitívny vplyv na zamestnanosť** v službách dlhodobej zamestnanosti, a to hlavne v oblasti domácej a komunitnej starostlivosti, ktorá je u nás málo rozšírená. Dôležitým dôvodom je smerovanie súčasných prostriedkov do starostlivosti v zariadeniach. Ide napríklad o samosprávy, ktoré uprednostňujú financovanie vlastných zariadení pred opatrovaním v domácnostiach. Aj štruktúrne fondy a prostriedky fondu obnovy sú dominantne smerované do zariadení. Tento dopyt po pracovnej sile do domácej starostlivosti bude uspokojovaný žiadúcim návratom opatrovateliek zo zahraničia, príbuznými a pod. Dlhodobá starostlivosť pri cielenej aktívnej politike trhu práce je veľmi vhodná na umiestňovanie dlhodobo nezamestnaných a pod. Nárast tejto zamestnanosti možno hrubo odhadnúť na 30 000 osôb.

7.5 Záver kapitoly 7

Vyspelé európske štáty zažívajú nárast v počte a v podiele obyvateľov vo veku 80 a viac rokov. Obyvatelia v tejto vekovej skupine predstavujú najrýchlejšie rastúci segment populácie a tvoria cieľovú skupinu pre dlhodobú sociálnu a zdravotnú starostlivosť. S nárastom odkázaných na ňu súvisí aj udržateľnosť ich existujúceho systému starostlivosti. Na Slovensku, ktoré má jednu z najrýchlejšie starnúcich populácií, to platí o to viac, lebo už teraz má v dlhodobej starostlivosti zásadné problémy, a to finančné, ako aj z pohľadu sociálnych a ústavných práv dotknutých osôb a ich rodín. Pri hľadaní riešení je potrebné inšpirovať sa aj dobrými skúsenosťami z porovnateľného zahraničia.

Z dohovoru OSN, odporúčaní európskych inštitúcií a skúseností európskych krajín vyplýva ako kľúčový princíp, že sociálne služby a dlhodobá starostlivosť musia zodpovedať právam a potrebám užívateľov, čo sa dosahuje hlavne tým, že sa im poskytuje príspevok na nesebestačnosť/odkázanosť/starostlivosť ako štátna sociálna dávka, čo na Slovensku neplatí. Systém financovania dlhodobej starostlivosti na

Slovensku je veľmi neprehľadný a neefektívny a podporuje starostlivosť v zariadeniach a hlavne u verejných poskytovateľov. Vzhľadom na spoločnú históriu rozvoja sociálneho zabezpečenia je prirodzené, že úspešné zavedenie českého príspevku na opateru je pre Slovensko inšpiratívne.

Výsledné, nami navrhované opatrenia predstavujú súbor spolu súvisiacich opatrení v regulačnom rámci a nový systém financovania dlhodobej starostlivosti na Slovensku taký, aby nová štátna dávka na odkázanosť bola naviazaná na osobu a nie na zariadenia či poskytovateľa sociálnej služby, ako to je doteraz. Pri kvantifikovaní nového systému financovania sme vychádzali zo zahraničných skúseností a využívali posledné dostupné oficiálne údaje. Pri zavádzaní rátame so zavedením nového fondu odkázanosti spoločne s presunom povinností, a tým aj financií, medzi verejnými inštitúciami. Súvisiace opatrenia s poklesom odvodu zdravotného poistenia o 0,25 % a plným preplácaním ošetrovateľských výkonov zo zdravotného poistenia sú takisto dôležitou časťou navrhovanej reformy.

Základom koncepcie dlhodobej starostlivosti v rámci financovania je zavedenie nového fondu odkázanosti, ktorý bude komplexne financovať dlhodobú starostlivosť. Tento sme koncipovali rovnako, ako je v Nemecku, na úrovni 1,5 % hrubej mzdy. Zároveň so zvyšovaním odvodového zaťaženia uvažujeme o znížení dane z príjmu na 18,5 %. Toto zníženie kompenzuje nižšie povinnosti obcí a VÚC v oblasti dlhodobej starostlivosti. Zároveň sa ukotví preplácanie všetkých ošetrovateľských výkonov zo zdravotných poisťovní tak, ako je to pri poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti.

8 Zabezpečenie dostatku pracovníkov v zdravotníctve

Starnutie slovenskej populácie vedie k rastu dopytu po zdravotníckych službách, čo spolu so starnúcim zdravotníckym personálom, s menšími populačnými ročníkmi študentov zdravotníckych odborov a rastúcim dopytom vyspelého zahraničia po zdravotníckych pracovníkoch vytvára riziko nedostatku takýchto pracovníkov. Empirické údaje, ako aj signály z praxe potvrdzujú, že toto riziko je reálne, zvýraznené aj koronavírusovou pandémiou. Otázkou však zostáva, v ktorých podsektoroch je toto riziko výrazne vážne a hlavne, nakoľko je odstrániteľné.

Základným ukazovateľom budúceho nedostatku či prebytku pracovnej sily v takom odvetví, ako je zdravotníctvo, je budúci dopyt po pracovníkoch (sumarizovaný v podkapitole 3.5.3) a absolventmi niektorých odborov ako ponuka nových pracovníkov (opísané v kapitole 5). Fenomény ako ponúkaná mzda, pracovné podmienky a migrácia pracovníkov sektora dokážu tieto ukazovatele upraviť.

8.1 Dopyt po absolventoch lekároch a sestrách

Tretia kapitola sa venovala dopytu po práci v sektore zdravotníctva a sociálnej starostlivosti s dôrazom na lekárov a sestry v zdravotníctve. Metódou využitia sme pre slovenské zdravotníctvo za jednotlivé pracovné pozície prognózovali expanzný a nahradzovací dopyt po pracovnej sile. Podľa tejto prognózy, zosumarizovanej na strane 113, bude slovenské zdravotníctvo do roku 2030 ročne potrebovať priemerne 760 nových lekárov s tendenciou mierneho rastu približne 30 lekárov ročne. Pri aktuálnom počte 19 200 lekárov to predstavuje potrebu nárastu na úrovni 4 % ročne.

U sestier bude situácia ešte vážnejšia. Podľa prognózy bude slovenské zdravotníctvo potrebovať priemerne až 1 330 nových sestier ročne, čo pri počte 30 100 sestier v roku 2018 predstavuje potrebný nárast 4,3 % ses-

tier ročne. Prognóza je podľa druhov pracovísk a pracovných pozícií za sektor Q opísaná v časti 3.5.

Samostatný sektor dlhodobej starostlivosti bude vyžadovať vyšší počet pracovníkov a pracovníčok so zručnosťami podobnými zručnostiam vyžadovaným v sektore zdravotníctva.

8.2 Ponuka absolventov lekárov a sestier

Piata kapitola tejto práce je zameraná na prognózu absolventov ako ponuky práce v sektore zdravotníctva do roku 2030. Vznikla modelovou extrapoláciou vývoja počtu študentov a absolventov za roky 2004 až 2020. Brali sme pritom zreteľ na demografické trendy v príslušných demografických ročníkoch, vývoj preferencií maturantov, úspešnosť štúdiá, ako aj retenciu absolventov.

Počet študentiek a študentov odborov farmaceut a zubár v agregátom súhrne pokryje požiadavky budúceho vývoja dopytu. Rizikom zostávajú nerovnosti v regionálnom a štruktúrnom pokrytí.

U absolventov slovenských vysokých škôl všeobecného lekárstva/lekárov do roku 2030 vidíme reálne, aby sa zmenou legislatívy či fungovania lekárskeho fakúlt **dosiahol požadovaný počet absolventov**. Znížením počtu zahraničných študentov a miernym zvýšením počtu študentov zo Slovenska, pri zachovaní celkovej kapacity lekárskeho vysokých škôl, je reálne dosiahnuť 770 absolventov všeobecného lekárstva do zdravotníckeho systému SR.

V prípade sestier pri nezmenenom prístupe očakávame **prílev 280 absolventiek namiesto 1 300**. Zvýšenie na päťnásobok nie je možné bez zásadných zmien. Je potrebné zvýšiť kapacity školstva v týchto odboroch, motivovať absolventky pracovať ako sestry, zlepšiť celoživotné vzdelávanie vrátane kariérneho rastu, motivovať slovenské sestry pracujúce v zahraničí vrátiť sa na Slovensko, motivovať sestry nevykonávajúce povolanie sestry, aby ho začali vykonávať a pod.

Sektor dlhodobej starostlivosti, opísaný v kapitole 7, nie je primerane finančne zabezpečený, a teda prvotným problémom je agregátne finančné krytie, po zabezpečení ktorého môže prísť diskusia o nedostatku

pracovníčok a pracovníkov v sektore. Reforma opísaná v kapitole 7 umožní dlhodobé a administratívne funkčné fungovanie sektora, avšak v období výrazného rastu odkázaných ľudí bude potrebné dofinancovanie fondu odkázanosti (riadok 12 na s. 187).

8.3 Ako dosiahnuť dostatok pracovníkov

Dopyt a ponuka pracovnej sily v zdravotníctve sa pod rôznymi vplyvmi dynamicky menia a kvalifikačné predpoklady pre vykonávanie kľúčových pozícií sú prísne regulované. To často spôsobuje, že na ich vyrovnávanie nestačia štandardné mechanizmy trhovej ekonomiky a aj v minulosti sa uplatňovali rôzne nástroje na ich vyrovnávanie. Svedčí o tom aj prehľad pomerne bohatej a rôznorodej literatúry uvedenej v prvej kapitole tejto práce. Základným nástrojom zosúladenia ponuky a dopytu po práci je samozrejme mzda, ktorá je priamo naviazaná na nákladovosť celého zdravotníckeho systému. **Zvýšenie priemernej mzdy** úmerne prognózovanému nedostatku pracovníkov v jednotlivých zdravotníckych povolaniach vytvorí nutný predpoklad pre zosúládovanie ponuky a dopytu po práci ďalšími nástrojmi, ktoré uvádzame nižšie.

8.3.1 Zvýšenie počtu prijatých študentov na štúdium do zdravotníckych odborov

Základným opatrením na zvýšenie počtu pracovníkov v zdravotníctve je zvýšenie počtu študujúcich v príslušných odboroch. Používajú sa na to rôzne priame a nepriame formy podpory, ktoré rozvedieme v ďalšom texte.

8.3.1.1 Priama podpora štúdia zdravotníckych odborov

Pri verejne financovanom vzdelávaní ide o zvýšenie výdavkov verejných rozpočtov na zdravotnícke vzdelávanie, ktoré mávajú rôzne formy závislé od podmienok konkrétnej krajiny a od tvorcov politik. Cez rôzne kanály sa výsledne prejavujú v zatraktívnení štúdia zdravotníckych odborov.

V podmienkach Slovenska sú zriaďovateľmi stredného odborného školstva, kam patria aj stredné zdravotnícke školy, samosprávne kraje, ktoré majú možnosť prioritizovať zdravotnícke odbory. Finančné nástroje na to má alebo si vie vytvoriť aj centrálna vláda³². V prípade vysokého školstva sa zdravotnícke odbory študujú hlavne na verejných vysokých školách, kde centrálna vláda má možnosť podporiť zdravotnícke študijné odbory cez priame platby prerozdelenia prostriedkov medzi vysoké školy³³ a/alebo dodatočnými prostriedkami pre vysoké školstvo.

8.3.1.2 Kapitálové a stavebné granty pre zdravotnícke odbory

Kapitálové a stavebné investície do zdravotníckeho školstva sa prejavujú na kapacitách škôl, ale aj na technickej atraktivnosti samotných škôl a ich internátov. Je to možné z rozpočtov centrálnej a regionálnych vlád, ako aj z eurofondov. Aj v tejto oblasti sa, žiaľ, prejavuje nežiaduce vytlačenie domácich zdrojov európskymi.

8.3.1.3 Platby zdravotníckym zariadeniam na náklady spojené s praktickou výučbou študentov

V slovenskom zdravotníckom vysokom školstve je praktická výučba študentov financovaná cestou dotácie vysokej škole, ktorá ju vypláca oprávneným príjmom³⁴. Výšku tejto dotácie je možné meniť bez potreby legislatívnych zmien. Samotná sieť univerzitných nemocníc, ktoré zabezpečujú praktickú výučbu, sa javí dostatočnou, ale prax je žiaduce vykonávať aj v ďalších zariadeniach, vrátane regionálnych. V strednom zdravotníckom školstve je prax uskutočňovaná v zdravotníckych zariadeniach analogicky s vysokými školami.

Tieto druhy dodatočných dotácií je potrebné používať vtedy, keď kapacity praktickej výučby študentov sú limitujúcim miestom celého

³² Napríklad zvýšením výchovno-vzdelávacieho normatívu zdravotníckych odborov stredných zdravotníckych škôl.

³³ Zvýšením koeficientov v lekárskejších a zdravotníckych študijných odboroch pri ich financovaní.

³⁴ Na vysokých školách to je dotácia na praktickú výučbu študentov v lekárskejších a zdravotníckych študijných odboroch na klinických pracoviskách v zdravotníckych zariadeniach.

zdravotníckeho vzdelávania. Zvýšením tejto dotácie by sa zvýšil záujem zdravotníckych zariadení o poskytovanie praktickej výučby³⁵.

8.3.1.4 Obmedzenie štúdia v anglickom jazyku

Špecifickou otázkou zdravotníckeho vzdelávania je štúdium vo svetovom jazyku, hlavne v anglickom. Toto štúdium je pre študentov prínosom vo väčších možnostiach ich uplatnenia doma či v zahraničí. V Európskej únii to súvisí s princípom voľného pohybu študentov. Štúdium v anglickom jazyku na verejnej vysokej škole v takej lacnej krajine, ako je Slovensko, je zaujímavé pre študentov z drahších štátov Európskej únie a Európskeho hospodárskeho priestoru. Takáto migrácia má prínos vo vzájomnom poznávaní, výmene skúseností a pod. Má však byť obojstranná, prebiehať vo vyváženom trhovom prostredí bez trhových externalít, napríklad, aby náklady na štúdium a náročnosť na štúdium boli porovnateľné.

Na Slovensku bolo v roku 2019 až 330 absolventov všeobecného lekárstva s cudzím štátnym občianstvom a so slovenským 542 (podrobnejšie pozri 4.2.1.1 na strane 127). Je to umožnené tým, že štúdium v anglickom jazyku je na lekárske fakultách v takomto rozsahu poskytované, propagované a školné je relatívne nízke (výrazne nižšie ako náklady v domovskej krajine, navyše s vysokou úspešnosťou štúdia).

Zjednodušene povedané, za ostatných 15 rokov prakticky celý nárast kapacít štúdia všeobecného lekárstva na Slovensku postupne obsadili zahraniční študenti v anglickom jazyku. Výsledok je obsadenie skoro polovice našich kapacít budúcimi lekármi, ktorí určite nenastúpia do sektora zdravotníctva na Slovensku. V poslednom roku príjem zo školného za týchto zahraničných študentov, ktorí nezostanú pracovať v sektore na Slovensku, **predstavoval 0,3 % rozpočtu sektora**, čo je zanedbateľná suma.

Podľa prognózy uvedenej v časti 5.3 bude chýbať 260 nových lekárov ročne, čo je porovnateľné s 300 absolventmi na verejných vysokých školách s iným štátnym občianstvom. Zásadné obmedzenie štúdia

³⁵ Uvedomujeme si, že motiváciou zdravotníckych zariadení poskytnúť prax nie je len získať finančné prostriedky, ale aj určitá prestíž a zvýšenie možnosti získať kvalitných absolventov a absolventky.

v anglickom jazyku jeho finančným znevýhodnením sa ponúka ako signifikantný a v krátkej dobe realizovateľný nástroj zosúladovania ponuky a dopytu po lekároch na Slovensku³⁶.

8.3.2 Sprehľadnenie a dostupnosť vzdelávania

Vzdelávanie pracovníkov zdravotníctva je úzko prepojené s formálnym vzdelávaním. Toto sa deje pred začiatkom pracovného života a trvá niekoľko rokov. Štúdium na povolanie lekára bolo posledné roky stabilné, avšak štruktúra odborov potrebných na povolanie sestry sa za posledných 20 rokov výrazne, nad rámec platných smerníc EÚ, menilo (pozri podkapitola 4.5).

Niekoľkoročné štúdium na povolania v zdravotníctve, najmä ak je štúdium náročné, a teda študenti a študentky nemajú čas na brigády popri štúdiu, výrazne znižuje reálnu dostupnosť tohto štúdia pre mládež z menej bohatých rodín. Aby sa zvýšil reálny dopyt po tomto štúdiu, je potrebné zaviesť výraznejšie sociálne a motivačné štipendiá v študijných odboroch sektora zdravotníctva. Na stredných školách fungujú sociálne i motivačné štipendiá, ktoré sa dajú jednoducho rozšíriť a zvýšiť pri zdravotníckych odborov³⁷.

Celoživotné vzdelávanie prakticky neumožňuje kariérny postup počas životnej kariéry (napr. sanitár -> praktická sestra -> sestra -> lekár). Existujúce možnosti ďalšieho vzdelávania umožňujú iba postup v rámci daného povolania. Existujúce možnosti štúdia popri zamestnaní nie sú vhodné pre veľkú časť pracovníčok. Absentuje možnosť plateného sabatikalu s cieľom zvýšenia kvalifikácie či podpora od zamestnávateľov na celoživotné vzdelávanie praktických sestier, sestier či sanitárov. Je dôležité reálne **umožniť celoživotným vzdelávaním presun medzi profesiami**.

³⁶ Finančné prostriedky z MŠVVaŠ SR na akreditované študijné programy verejných vysokých škôl sú ministerstvom pridelované podľa viacerých koeficientov, ako je napr. náročnosť študijného programu. Pre potreby podpory štúdia lekárstva je možné do vzorca doplniť i konkrétny študijný odbor.

³⁷Páleník, M.: Učebnica mzdovej kalkulačky, 2021, s. 31. Kapitola dostupná na <https://www.iz.sk/kalkulacka/oplati-sa-studovat>

8.3.3 Cieleny nabor zdravotnickych pracovníkov z iných krajín

Už v 60. rokoch 20. storočia možno hovoriť o cielennom nábere zdravotníckych pracovníkov do USA z menej rozvinutých krajín. Takejto politike sa začalo hovoriť brain drain (únik mozgov). Nielen imigračné politiky USA, ale následne aj Kanady, Veľkej Británie či Austrálie boli postupne uspošobené na prilákanie vysokokvalifikovanej pracovnej sily, medzi ktorú patrili nielen lekári, ale aj sestry. V postkomunistickom období sa otvorením trhu práce aj u zdravotníckych špecialistov začalo ekonomické migrovanie za prácou. V niektorých obdobiach (v prechodnom období po roku 2004, po vstupe do EÚ) v niektorých krajinách mali charakter aktívnych politík brain drainu. Tieto politiky sú výhodné pre prijímajúce krajiny, lebo získavajú nadpriemerne kvalitnú nedostatkovú pracovnú silu, avšak nevýhodné pre poskytujúce krajiny, ktoré ju strácajú a, navyše, nadpriemernej pracovnej sily mávajú veľmi málo.

Pre Slovensko je dôležité, či chce takéto aktívne politiky použiť voči tretím krajinám. Pripadajú do úvahy hlavne sestry z Ukrajiny alebo ďalších postkomunistických krajín hlavne z dôvodu jazykovej a kultúrnej blízkosti.

8.3.4 Smerovanie zdravotníckych pracovníkov do nedostatočne pokrytých oblastí

Nedostatok zdravotníckych pracovníkov sa najvypuklejšie prejavuje v niektorých špecifických oblastiach, ktoré si vyžadujú ciele politiky. Ide hlavne o vidiecke oblasti, ale môžu to byť aj odľahlé mestá alebo niektoré špecializácie. Vo vidieckych oblastiach spravidla nadpriemerne starne populácia, a tým aj pracovná sila v zdravotníctve. V oblastiach s väčším podielom ľudí z marginalizovaných rómskych komunít je však vyšší podiel detí a nižší podiel starších. Takto sa otvárajú nožnice medzi dostupnosťou zdravotníckych služieb medzi regiónmi SR.

Podľa Národného centra zdravotníckych informácií je vo všetkých krajoch približne 35 – 40 všeobecných lekárov na 100 000 obyvateľov. Záverečná správa za revíziu výdavkov na zdravotníctvo z októbra 2018, naopak, hovorí o nedostatku všeobecných lekárov. V tomto kontexte sa

nedostatok všeobecných lekárov môže skôr vzťahovať na vekovú štruktúru. Podiel lekárov nad 65 rokov je najvýraznejší (viac ako 40 %) práve v prípade všeobecných lekárov a napríklad pediatrov. V prípade špecialistov je táto veková štruktúra priaznivejšia (podrobnejšie pozri kap. 1.5.1 Prehľad počtu lekárov na Slovensku na s. 45).

Na základe zahraničných skúseností sú preto programy na prilákanie mladých lekárov na náš vidiek potrebné. Dokladajú to údaje o vývoji situácie u nás. Výrazne previazaným problémom je aj zdravotná situácia Rómov, bližšie opísaná v kapitole 6 od strany 67. Pokrývanie segregovaných rómskych komunít zdravotnou starostlivosťou je špecifickým problémom, ktorého riešenie je ťažšie ako pokrytie homogénnej populácie zdravotnou starostlivosťou. Praktickým problémom je aj praktická absencia Rómov a Rómok medzi študentami zdravotníckych odborov.

8.3.4.1 Domáci absolventi

Krajiny, kde je študent povinný platiť za štúdium, uplatňovali možnosť financovania štúdia daným študentom, ktorí sa zaviazali na prácu vo vidieckych oblastiach prinajmenšom na nejaké obdobie. Takýmito podpornými programami, prípadne kvótami na prijatie študentov pochádzajúcich z vidieckych oblastí, sa krajiny ako USA snažili vyriešiť rozdiely medzi mestami a vidiekom v počte lekárov.

Na Slovensku sa tiež začína prejavovať nedostatok lekárov vo vidieckych oblastiach. Preto je, v súlade so zahraničnými skúsenosťami, namieste zavádzanie takýchto zvýhodnených štipendijných či pôžičkových programov alebo rezidentských programov. Analogické programy si vyžadujú aj sestry a ďalší zdravotnícki pracovníci.

8.3.4.2 Imigrujúci zdravotnícki pracovníci

Zahraniční lekári sa zaujímajú predovšetkým o pracovné podmienky, kariérne plány a možnosť zamestnania pre rodinu či škôl pre deti. V tomto kontexte je potrebné informovať ich, že vidiek na Slovensku môže začínajúcemu lekárovi poskytnúť aj lepšie podmienky ako veľké mestá a zapracovať to aj do imigračnej politiky.

8.3.5 Návrat zdravotníckych pracovníkov

Migranti, ktorí sa vrátili späť do domácej krajiny, podľa viacerých štúdií mali neskôr vyšší príjem oproti priemeru o 7 – 15 % vďaka možnosti dobrého uplatnenia novonadobudnutých vedomostí a zručností (Epstein, Radu, 2007; Hazans, 2008). Štúdie z Pakistanu napríklad hovoria, že ročne približne 1 000 – 1 500 lekárov emigruje do zahraničia, pričom sa vráti približne 10 – 15 % (Hossain, 2016)³⁸.

Pre návrat slovenských zdravotníckych pracovníkov na Slovensko je dôležité zvýšenie priemerného mzdového ohodnotenia, avšak nie je potrebné úplné dosiahnutie priemernej mzdy v zahraničí. Navrátiivší pracovníci vďaka svojim skúsenostiam a poznatkom získajú nadpriemerné mzdy a pri svojom rozhodovaní zohľadňujú aj iné aspekty (napr. kariérne perspektívy, náklady na bývanie, sociálne zázemie).

Našou najpočetnejšou skupinou sú opatrovatelky v nemecky hovoriacich krajinách, ktorých je podľa odhadu viac ako 40 000. Z nich časť sa môže vrátiť na pozície sestier, ale aj na ďalšie pracovné pozície v slovenskom zdravotníckom a opatrovateľskom systéme.

Druhou porovnateľne veľkou skupinou sú zdravotníci študenti a pracovníci v Českej republike, u ktorých je dosiahnutie porovnateľných plátov predstaviteľné, absentuje však aj naša snaha o vytváranie aktívnych politík na ich návrat na Slovensko.

8.3.6 Podmienky práce

Podmienky práce, ktoré sa týkajú technického stavu a vybavenia slovenských zdravotníckych zariadení, už boli spomínané v časti 8.3.1 pri kapitálových a stavebných grantoch pre zdravotnícke odbory.

Dôležité sú vzťahové podmienky pre prácu. Statusový charakter slovenského zdravotníctva spôsobuje, že sestry, ktoré už majú vysokoškolské vzdelanie, môžu považovať svoj status za nespravodlivo nízky. Dôležitým prejavom statusu sú aj platy sestier, ktorých dynamika výrazne

³⁸ Pakistanskí lekári však okrem spomínaných dôvodov odchádzajú aj pre zlú bezpečnostnú situáciu v krajine, nefunkčnosť práva a poriadku.

zaostáva za platmi lekárov. Môže to spôsobovať klesajúci záujem o štúdium ošetrovateľstva so súbežne rastúcim odchodom do zahraničia.

Časť vzťahových podmienok pre prácu sa dá zlepšovať legislatívne (napr. zvýšením kompetencií a samostatnosti sestier), ale väčšina má na pracoviskách zvykový charakter a tie sa menia ťažko. Bude na to potrebná úprimná dlhodobá snaha všetkých zainteresovaných partnerov a celej spoločnosti.

Pozícia sestry alebo lekára je historicky chápaná ako povolanie, poslanie a menej ako bežné zamestnanie. Pracovníci a pracovníčky sú pod tlakom, čoho dôsledkom je často vyhorenie. Je dôležité predchádzať týmto stavom najmä znížením pracovnej napätosti, zlepšením možností na kariérny rast, dostupnosťou sabatikalu³⁹ a znižovaním zbytočného stresu pri výkone povolania. Medzi tieto môžeme radiť aj nočné služby, ktoré de facto znemožňujú prácu osamoteným rodičom.

Ďalším problémom je množstvo nadčasov, a teda vyšší počet odpracovaných hodín. Tento sťažuje prepojenie rodinného a pracovného života, čo buď odrádza rodičov detí od práce v sektore, alebo zhoršuje ich rodinný život.

Zlepšenie fyzickej infraštruktúry sektora zdravotníctva bude mať pozitívny vplyv aj na prísun pracovníkov. Ak budú nemocnice a polikliniky moderne vybavené, budú mať dostatok materiálu či nižšie administratívne zaťaženie, tak sa zníži motivácia odchádzať do zahraničia či mimo zdravotníctva v dôsledku nevyhovujúcich pracovných podmienok. V synergii s inými opatreniami toto môže mať priaznivý efekt, avšak nie samostatne.

8.3.7 Zvýšenie miezd

Veľká časť kapitoly 8 sa venuje nedostatočným mzdám v sektore zdravotníctva a dlhodobej starostlivosti: nízke mzdy sú prekážkou návratu lekárov a sestier zo zahraničia, nízke mzdy motivujú najmä sestry a opatrovateľky k odchodu do iných krajín EÚ, nízke mzdy u niektorých

³⁹<https://www.iz.sk/download-files/sk/evs/sabatikal-pre-sestry>

poskytovateľov zvyšujú presun pracovníkov k iným poskytovateľom s mierne vyššími platmi.

Kvantifikovať potrebné zvýšenie miezd tak, aby prilákalo dostatok pracovníkov a pracovníčok (alebo aspoň znížilo ich odchod), je možné. Zatiaľ čo platy lekárov sú vcelku v primeraných hodnotách, platy sestier a pôrodných asistentiek by sa mali skokovo zvýšiť o 10 - 15 %⁴⁰.

8.3.8 Technologický pokrok

Starnutie populácie je dôležitý faktor ovplyvňujúci zdravotnícky systém, pričom zvýšené náklady môžu byť z veľkej časti pokryté zvýšením produktivity práce, poklesom výdavkov v iných oblastiach zdravotníctva či novými formami poskytovania zdravotnej starostlivosti (napríklad jednoduchá chirurgia alebo domáca starostlivosť). Schopnosť manažovať tieto faktory vplývajúce na výdavky v zdravotníctve sa prejaví aj využitím nových trendov technológií na ich optimalizáciu. Prejavuje sa to znižovaním priemerného času zdravotnej starostlivosti v nemocničných zariadeniach pri súbežnom stagnovaní celkového počtu hospitalizácií (bližšie pozri časť 3.3.1 Činnosti nemocníc, sektor 86.1).

Takýto technický pokrok síce tlmí nárast dopytu po zdravotníckej pracovnej sile, avšak zvyšuje investičnú náročnosť zdravotníctva, potrebu celoživotného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov a vedie aj k vzniku nových zdravotníckych špecializácií⁴¹.

8.3.9 Krížové efekty

Politiky na zosúladenie ponuky a dopytu po práci zdravotníckych pozícií môžu mať rôznu formu aj intenzitu. Pri nedostatočných politikách sa nedosiahne žiaduci stav, ale pri nadmerných vzniknú nové problémy.

V Európe sa možno okolo roku 1990 hovorilo dokonca aj o nadbytku ponuky lekárov, ktorý viedol k ich čiastočnej nezamestnanosti vo Francúzsku, v Belgicku, Nemecku, Holandsku či Španielsku. V slovenských

⁴⁰<https://www.iz.sk/download-files/sk/evs/zmeny-platovych-podmienok-sestier>

⁴¹ Rozširovanie neinvazívnych diagnostických metód, ako sú CT prístroje, vytvára dopyt po špecializovanej obsluhu a diagnostike.

podmienkach by napríklad hypotetický nadmerný rast kapacít lekárskejších študijných odborov mohol rastom ponuky práce viesť k poklesu domácich miezd lekárov, čo by podporilo ich ďalší odchod a zamedzilo návrat zo zahraničia.

Preto je veľmi dôležité pristupovať k opatreniam na zosúladenie ponuky a dopytu až po dôkladnom prognózovaní a kvantifikácii efektov jednotlivých opatrení a programov vrátane ich vzájomného synergetického ovplyvňovania.

8.4 Záver kapitoly 8

Starnutie slovenskej populácie vedie k rastu dopytu po zdravotníckych službách, čo spolu s ďalšími faktormi spôsobuje nedostatok zdravotníckych pracovníkov. Empirické údaje, ako aj signály z praxe potvrdzujú, že toto riziko je reálne.

Prognózovaný nedostatok pracovníkov na kľúčových zdravotníckych pozíciách bude potrebné riešiť zodpovedajúcimi cieľavedomými politikami. Podľa zahraničných skúseností a vlastných analýz ich možno rozdeliť do týchto skupín:

- zvýšenie priemernej mzdy úmerne prognózovanému nedostatku pracovníkov v jednotlivých zdravotníckych povolaniach,
- zvýšenie počtu prijatých študentov na štúdium zdravotníckych odborov,
- cieleňý nábor zdravotníckych pracovníkov z menej rozvinutých krajín,
- smerovanie zdravotníckych pracovníkov do nedostatočne pokrytých oblastí,
- návrat zdravotníckych pracovníkov zo zahraničia,
- podmienky práce,
- technický pokrok.

Uvedené politiky môžu mať rôznu formu aj intenzitu. Ich používanie má reálnu šancu znížiť nedostatok pracovníkov v pozíciách zubár alebo lekár. Avšak na zníženie nedostatku sestier a sfunkčnenie dlhodobej starostlivosti je nutné výrazne, dlhodobo a cieľavedome využívať všetky uvedené politiky.

9 Použitá literatúra

- ABRAHAM, M. (2016). *Wearable Technology: A Health-and-Care Actuary's Perspective*, Institute and Faculty of Actuaries.
- ACCENTURE. (2018). *Accenture 2018 Consumer Survey on Digital Health*. Dostupné na: <https://www.accenture.com/us-en/insight-new-2018-consumer-survey-digital-health>
- AIKEN, L. H. (1989). *The Hospital Nursing Shortage - A Paradox of Increasing Supply and Increasing Vacancy Rates*. *Seminars in Health Care Delivery*. *West J Med*, 151:87-92.
- Albanian National Strategy on Health 2016-2020. p. 11.
- ARENDS-KUENNING, M. (2006). *The balance of care: trends in the wages and employment of immigrant nurses in the US between 1990 and 2000*. *Globalizations* 3 (3) 333-348.
- ARENTZ, C., REHM, R. (2016). *Behavior-based tariffs in health insurance*. *Otto Wolff Discussion Paper*, 04/2016.
- BACH, S. (2003). *International migration of health workers: labour and social issues*. Geneva: International Labour Office.
- BARRETT, F. A., LIPSKY, M. S., NAWAL, L. M. (2011). *The Impact of Rural Training Experiences on Medical Students: A Critical Review*. *Academic Medicine: Volume 86, Issue 2*, pp. 259-263. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3182046387
- BAYLINA, M., BERG, N. G. (2010). *Selling the countryside: Representations of rurality in Norway and Spain*. *European Urban and Regional Studies*. 17(3):277-92. WOS:000278910600004.
- BELÁK, A.: *Úrovne podmienok pre zdravie a zdravotné potreby vo vylúčených rómskych osídleniach na Slovensku, 2018*, www.zdraveregiony.eu/wp-content/uploads/2018/04/ZK_potreby_e-verzia.pdf.
- BERNASOVSKÝ, I., BERNASOVSKÁ, J. : *Anthropology of Romanies (Gypsies)*. Brno, Nauma 1999.
- BHARGAVA, A., DOCQUIER, F., MOULLAN, Y. (2011). *Modeling the Effects of Physician Emigration on Human Development*. *Economics and human biology*. 9. 172-83. DOI: 10.1016/j.ehb.2010.12.004.
- BIDWELL, P., HUMPHRIES, N., DICKER, P., THOMAS, S., NORMAND, CH., BRUGHA, R. (2013). *The national and international implications of*

- a decade of doctor migration in the Irish context, *Health Policy*. Volume 110, Issue 1, pp. 29-38. ISSN 0168-8510. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.10.002>.
- BLAŠKOVITŠ, P. (2019). Do systému zdravotie je pripojených 66 % percent PZS. *Zdravie*. Dostupné na: <https://www.ezdravotnictvo.sk/sk/-/do-systemu-zdravie-je-pripojenych-66-percent-pzs>
- BOUTAYEB, A., BOUTAYEB, S. (2005). The burden of non-communicable diseases in developing countries. *Int J Equity Health*. 4:2.
- BRAHIMAJ, F. (2017) President of the Order of Doctors, *Gazeta Shëndeti*.
- BRUSH, B. L., SOCHALSKI, J., BERGER, A. (2004). Imported care: recruiting foreign nurses to US health care facilities. *Health Affairs* 23 (3) 78.
- BUCHAN, J., JOBANPUTRA R., GOUGH, P., HUTT, R. (2006). Internationally recruited nurses in London: a survey of career paths and plans. *Human Resources for Health*. 4 (14).
- BUCHTA, S. (2017). Premeny slovenského vidieka. Dostupné na: http://www.avv.sk/wp-content/uploads/2018/08/5.Buchta-Premeny_prezentacia.pdf
- BUNDRED, P. E., LEVITT, C. (2000). Medical Migration: Who are the Real Losers? *The Lancet*. 356:245-246. DOI: 10.1016/S0140-6736(00)02492-2.
- CENTER FOR TECHNOLOGY AND AGING. (2009). Technologies for Remote Patient Monitoring in Older Adults. Position Paper, Discussion Draft, December, 2009.
- COLWILL, J. M., CULTICE, J. M., KRUSE, R. L. (2008). Will generalist physician supply meet demands of an increasing and aging population? *Health Aff (Millwood)*. 2008 May-Jun; 27(3):w232-41.
- CORDES, S. M. (1978). Opinions of rural physicians about their practices, community medical needs, and rural medical care. *Public Health Rep.*; 93(4): 362-368.
- DART, A. (2015). The Case for Connected Wearables in Insurance. *Asia Insurance Review*. Dostupné na: <http://www.asiainsurancereview.com/Magazine/ReadMagazineArticle/aid/35855/The-case-for-Connected-Wearables-in-Insurance>
- DASSAU, E., ZISSER, H., HARVEY, R. A., PERCIVAL, M. W., GROSMAN, B., BEVIER, W. et al. (2013). Clinical evaluation of a personalized artificial pancreas. *Diabetes Care*. 36(4):801-809.

- DIGNE, M. a kol.: Zlepšenie situácie Rómov v Slovenskej republike – návrhy a odporúčania. Twinning Covenant SK0002/SK00/IB-OT. 2003
- DOMAGALA, A., KLICH, J. (2018). Planning of Polish physician workforce –systemic inconsistencies, challenges and possible ways forward. *Health Policy*. 122(2): 102-108. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.11.013>.
- DOVÁLOVÁ, G., HOŠOFF, B., HVOZDÍKOVÁ, V., PÁLENÍK, V., PETRÍKOVÁ, K., POTANČOKOVÁ, M., ŠPROCHA, B.: Strieborná ekonomika v podmienkach Slovenskej republiky a Európskej únie = Silver Economy in the conditions of Slovak Republic and European Union. In PÁLENÍK, Viliam. Strieborná ekonomika – potenciál na Slovensku. - Bratislava : Ekonomický ústav SAV, 2014, s. 25-131. ISBN 978-80-7144-234-9.
- DUBAS-JAKÓBCZY, K., DOMAGALA, A., MIKOS, M. (2018). Impact of the doctor deficit on hospital management in Poland: A mixed-method study. *The international Journal of Health Planning and Management*. <https://doi.org/10.1002/hpm.2612>
- DUIGNAN, P. R. (2003). *Making and Remaking America: Immigration into the United States*. Stanford University.
- DUMONT, J., ZURN, P. (2007). Immigrant health workers in OECD countries in the broader context of highly skilled migration. In: SOPEMI ed. *International migration outlook*. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development.
- DUSSAULT, G., FRANCESCHINI, M. C. (2006). Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Hum Resour Health*. 4:12.
- DUVIVIER, et al. (2017). A comparison of physician emigration from Africa to the United States of America between 2005 and 2015. *Human Resources for Health*. 15:41. DOI: 10.1186/s12960-017-0217-0.
- EFN: Position paper on EU nursing workforce – matrix 3+1; 2017
- EPSTEIN, G. S., RADU, D. (2007). Returns to return migration and determinants of subsequent mobility, mimeo - KNOWMIG Paper, University of Edinburgh.
- European Observatory on Healthcare Systems. Albania. 1999.
- EUROSTAT. (2018). Healthcare personnel statistics – physicians. ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/pdfscache/37382.pdf

- EUROSTAT. (2018). Štruktúra a starnutie obyvateľstva. Dostupné na: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/sk
- FEDUYK, O., BARTHA, A., ZENTAI, V. (2014) THE ROLE OF MIGRANT LABOUR IN MEETING EUROPEAN CARE DEMAND. Neujobs position paper WP 13.2.
- FENDRICH, K., HOFFMANN, W. (2007). More than just aging societies: the demographic change has an impact on actual numbers of patients. *Journal of Public Health*. 15, pp. 345-351.
- FLUM, E., MAAGAARD, R., GODYCKI-CWIRKO, M., SCARBOROUGH, N., SCHERPBIER, N., LEDIG, T., STEINHÄUSER, J. (2015). Assessing family medicine trainees: what can we learn from the European neighbours?. *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung*, 32(2), Doc21. DOI:10.3205/zma000963.
- FRAHER, E. P., SPERO, J. C. (2015). The State of the Physician Workforce in North Carolina: Overall Physician Supply Will Likely Be Sufficient but Is Maldistributed by Specialty and Geography. Cecil G. Sheps Center for Health Services Research. The University of North Carolina.
- FRASER, A. G. (1977). Medical migration and world health. *Journal of medical ethics*. 3,179-x82.
- FRIEDMAN, E. (2004). An action plan to prevent brain drain: Building equitable health systems in Africa. Boston, MA, USA.
- GALBANY-ESTRAGUE, P., SIOBAN, N. (2016). Migration of Spanish nurses 2009–2014. Underemployment and surplus production of Spanish nurses and mobility among Spanish registered nurses: A case study. *International Journal of Nursing Studies*. 63 112–123.
- GARCÍA-PÉREZ, M. A., AMAYA, C., OTERO, Á. (2007). Physicians' migration in Europe: An overview of the current situation. *BMC Health Services Research*. 7(201).
- GARNER, S. L., CONROY, S. F., BADER, S. G. (2015). Nurse migration from India: a literature review. *Int. J. Nurs. Stud*. 52.
- GAULD, R, HORSBURGH, S. (2015). What motivates doctors to leave the UK NHS for a life in the sun in New Zealand; and, once there, why don't they stay? *Human Resources for Health*. 13:1–9.

- GHANNAMOVÁ, A. (2019) Pravda: rozhovor. Dostupné na: <https://uzitoc-na.pravda.sk/seniori/clanok/515658-anna-ghannamova-socialne-sluzby-potrebuju-systemove-riesenia/>
- GISH, O. (1971). Doctor Migration and World Health: The Impact of the International Demand for Doctors on Health Services in Developing Countries. Occasional Papers on Social Administration No 43. London: G. Bell & Sons, York House.
- GÓNZALEZ, C., MARTÍNEZ, J. (2014). Country Focus: Migration of Spanish Nationals During the Crisis.
- GOŠTAUTAITĖ, B., BUCIUNIENE, I., MILAŠAUSKIENE, Ž., BAREIKIS, K., BERTAŠIŪTĖ, E., MIKELIONIENĖ, G. (2018). Migration intentions of Lithuanian physicians, nurses, residents and medical students. Health Policy. 122. DOI: 10.1016/j.healthpol.2018.07.001.
- GRAY, J., JOHNSON, L. (2009). Intentions and Motivations of Nurses to Migrate: A Review of Empirical Studies. International Journal of Migration, Health and Social Care. Vol. 4, Issue: 4, pp. 41-48. <https://doi.org/10.1108/17479894200800023>
- HARKONMÄKI, K., RAHKONEN, O., MARTIKAINEN, P., SILVENTOINEN, K., LAHELMA, E. (2006). Associations of SF-36 mental health functioning and work and family factors with intentions to retire early among employees. *Occup Environ Med.* 63:558–563
- HAZANS, M. (2008). Post-enlargement return migrants' earnings premium: evidence from Latvia. Higher School of Economics, Moscow, September, mimeo.
- Health Workforce Australia (2012), Health workforce 2025, Medical Specialities, Volume 3, Adelaide 2012. www.hwa.gov.au
- Health Workforce Planning Models, Tools and Processes in Five Countries, Stephen Kinsella
- HNILICOVÁ, H., VAVRECKOVÁ, J., DOBÍASOVÁ, K. (2007). Migration trends of Czech physicians. *Cas Lek Cesk.* 147(1):49–54. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18323043>
- HOFMACHER, M. M., QUENTIN, W. (2013). Austria: health system review. *Health Syst Transit.* 15:1–29.
- HOSSAIN, N., SHAH, N., SHAH., T., BINTE LATEEF, S. (2016). Physicians' Migration: Perceptions of Pakistani Medical Students. *Journal of the College of Physicians and Surgeons--Pakistan : JCPSP.* 26. 696-701.

HOU, J., KE, Y. (2015). Addressing the shortage of health professionals in rural China: issues and progress Comment on "Have health human resources become more equal between rural and urban areas after the new reform?". International journal of health policy and management. 4(5), 327–328. DOI:10.15171/ijhpm.2015.57.

HRSA. (2006). Physician Supply and Demand: Projections to 2020.

HRSA. U.S. Department of Health and Human Services (2017) Supply and Demand Projections of the Nursing Workforce: 2014-2030. Rockville, Maryland.

<https://www.cvtisr.sk/>

<http://www.cvtisr.sk/cvti-sr-vedecka-kniznica/informacie-o-skolstve/statistiky/statisticka-rocenka-publikacia/statisticka-rocenka-vysoke-skoly>.

<https://www.nczi.sk>

<https://www.iz.sk/>

<https://www.minedu.sk/677-sk/financovanie/>

<https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2002/131/>

<https://www.health.gov.sk/?statny-vzdelavaci-program-1>

<https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2018/156/>

<https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2018/251/>

HUMAN RESOURCES FOR HEALTH: Models for projecting workforce supply and Requirements, Thomas L. Hall, MD, DrPH, WHO 2001

CHOJNICKI, X. & MOULLAN, Y. (2018). Is there a 'pig cycle' in the labour supply of doctors? How training and immigration policies respond to physician shortages. Social Science & Medicine. 200. DOI: 10.1016/j.socscimed.2018.01.038.

Inštitút zamestnanosti: Sabatikal pre sestry, 2019, dostupné na <https://www.iz.sk/download-files/sk/evs/sabatikal-pre-sestry>

Inštitút zamestnanosti: Zmeny platových podmienok sestier 2019, dostupné na <https://www.iz.sk/download-files/sk/evs/zmeny-platovych-podmienok-sestier>

Inštitút zamestnanosti: Analýza legislatívnej normy o stave financovania odkázaných občanov u neverejných poskytovateľov zo strany samosprávy v roku 2018, 2019, dostupné na <https://www.iz.sk/download-files/sk/evs/stav-financovania-2018>

- Inštitút zamestnanosti: Prehľad a zhodnotenie východísk, vývoja a stavu dlhodobej starostlivosti na Slovensku, 2020, dostupné na <https://www.iz.sk/download-files/sk/evs/dlhodoba-starostlivost-prehľad>
- Inštitút zamestnanosti: Konceptia dlhodobej starostlivosti na Slovensku ako prienik zdravotnej a sociálnej starostlivosti, 2020, dostupné na: www.iz.sk/download-files/sk/evs/dlhodoba-starostlivost-konceptia
- Inštitút zamestnanosti: Financovanie dlhodobej starostlivosti a analýza zamestnanosti na Slovensku, 2020, dostupné na www.iz.sk/download-files/sk/evs/dlhodoba-starostlivost-financovanie
- Inštitút zamestnanosti: Zrušenie možnosti štúdia odboru všeobecné lekárstvo v anglickom jazyku, 2020, dostupné na <https://www.iz.sk/download-files/sk/evs/studium-lekarstva-v-anglickom-jazyku>
- JAHWPF Joint action health workforce planning and forecasting. (2019). Dostupné na: www.euhwforce.eu
- JINKS, C., ONG, B. N., PATON, C. (2000). Mobile medics? The mobility of doctors in the European Economic Area. *Health Policy*. 54(1):45–64.
- KADUSZKIEWICZ, H., TEICHERT, U., BUSSCHE, H. (2018). Ärztemangel in der hausärztlichen Versorgung auf dem Lande und im Öffentlichen Gesundheitsdienst. *Bundesgesundheitsbl* 61: 187. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2671-1>
- KANIOKOVÁ, M.: O šesť rokov menej., Nadácia Socia, Bratislava, 2020, ISBN 978-80-89851-21-8, www.socia.sk/publikacia-o-sest-rokov-menej/
- KINGMA, M. (2006). Nurses on the move: Migration and the global healthcare economy. Ithaca: Cornell University Press.
- KLARMAN, H. E. (1951). Requirements for Physicians. *American Economic Review*. Vol. 41, No. 2, Papers and Proceedings of the Sixty-third Annual Meeting of the American Economic Association, pp. 633-645.
- KODUZI, G., KONGJONAJ, A. LAZAREVIK, V. (2017). Why Do Albania Doctors Migrate? *European Journal of Interdisciplinary Studies*. Volume 3, Issue 2.
- KOCH, K., MIKSCH, A., SCHÜRMAN, C., JOOS, S., SAWICKI, P. T. (2011). The German health care system in international comparison: the primary care physicians' perspective. *Deutsches Arzteblatt international*, 108(15), 255–261. DOI:10.3238/arztebl.2011.0255.

- KOLČIĆ, I., ČIKEŠ, M., BOBAN, K., BUĆAN, J., LIKIĆ, R., ČURIĆ, G., et al. (2014). Emigration-related attitudes of the final year medical students in Croatia: a cross-sectional study at the dawn of the EU accession. *Croatian Medical Journal*. 55:452-8.
- KOPETSCH, T. (2009). The migration of doctors to and from Germany. *Journal of Public Health*. 17:33. DOI: 10.1007/s10389-008-0208-7.
- KOPETSCH, T. (2010). The German Health Care System Is Running out of Physicians! A study about the Structure of the Age and Trend of the Number of Physicians. Berlin: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- KOŠTA, J.: Porovnanie vývoja sociálnej sféry na Slovensku s vybranými krajinami EÚ, WP105, Ekonomický ústav SAV, Bratislava 2018.
- Kraus, M., M. Riedl, E. Mot, P. Willemé, G. Röhring T. Cypionka (2010), A Typology of Long-Term Care Systems in Europe, ENEPRI Research Report No. 91, CEPS, Brussels (www.ancien-longtermcare.eu).
- KRIECHEL, B., SAUERMAN, J.: Forecasting skill supply and demand in Europe to 2020: Replacement demand—methods and results. 2009.
- KROEZEN, M., DUSSAULT, G., CRAVEIRO, I., DIELEMAN, M., JANSEN, C., BUCHAN, J., et al. (2015). Recruitment and retention of health professionals across Europe: a literature review and multiple case study research. *Health Policy*. 119:1517-28.
- KUHN, B., KLEIJ, K. S., LIERSCH, S., STEINHÄUSER, J., AMELUNG, V. (2017). Which strategies might improve local primary healthcare in Germany? An explorative study from a local government point of view. *BMC family practice*. 18(1), 105. DOI:10.1186/s12875-017-0696-z.
- KUSSEROW, R. P. Nurse participation in hospital decision making. Potential impact on the nursing shortage.
- KVEDAR, J., COYE, M. J., EVERETT, W. (2014). Connected health: a review of technologies and strategies to improve patient care with telemedicine and telehealth. *Health Aff (Millwood)*. 33:194-9. DOI: 10.1377/hlthaff.2013.0992.
- KVETAN, V., MLÝNEK, M., PÁLENÍK, V., RADVANSKÝ, M. (2007) Starnutie, zdravotný stav a determinanty výdavkov na zdravie v podmienkach Slovenska, Research studies of Institute of Economics SAV.

- KVETAN, V., PÁLENÍK, V. (2007) Health and Morbidity in the Slovak Republic. ENEPRI Research Report No. 6. SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2004998> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2004998>
- KVETAN, V., PÁLENÍK, V. (2010) Analýza determinantov samohodnotenia zdravotného stavu a využitia zdravotnej starostlivosti. FORUM STATISTICUM SLOVACUM 1/2010. p. 107- 116.
- LAURINC, M. (2019). Rozhovor pre TV JOJ. Dostupné na: <https://www.noviny.sk/slovensko/473419-zahada-zmiznutia-stoviek-slovenskych-zdravotnych-sestier>
- LAZOROVÁ, I. (2017) Lazorová: Chceme, aby sestry neodchádzali preč. Pravda: rozhovor. Dostupné na: <https://zurnal.pravda.sk/rozhovory/clanok/423403-lazorova-chceme-aby-sestry-neodchadzali-prec/>
- LAZOROVÁ, I. (2018). Iveta Lazorová: Keď má sestra po 33 rokoch práce 530 eur v čistom, to je naozaj na zaplakanie. Život: rozhovor. zivot-pluska.sk/rozhovory/slovensku-chyba-15-tisic-zdravotnych-sestier
- LAZOROVÁ, I. (2019). Aktuálne riešená problematika Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek. SKSaPA. Dostupné na: http://www.modernezdravotnictvo.sk/tmp/asset_cache/link/0000047986/20_Kober%2C%20SKSaPA.pptx.pdf
- LIMA, M. G., BARROS, M. B. A., CÉSAR, C. L. G., GOLDBAUM, M., CARADINA, L., et al. (2009). Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study. *Rev Panam Salud Publica.* 25: 314–321.
- LOHR, K. N., VANSELOW, N. A., DETMER, D. E., editors. (1996). *The Nation's Physician Workforce: Options for Balancing Supply and Requirements.* Institute of Medicine (US) Committee on the U.S. Physician Supply. Washington (DC): National Academies Press (US); 2, U.S. Physician Supply and Requirements: Match or Mismatch? Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK232541/>
- MACQUEEN, I. T., MAGGARD-GIBBONS, M., CAPRA, G., RAAEN, L., ULLOA, J. G., SHEKELLE, P. G., HEMPEL, S. (2018). Recruiting Rural Healthcare Providers Today: a Systematic Review of Training Program Success and Determinants of Geographic Choices. *Journal of general internal medicine.* 33(2), 191–199. DOI:10.1007/s11606-017-4210-z.
- MAKULEC, A., KACZMARCZYK, P. (2012). *Austria. Mobility of Health Professionals.* Centre of Migration Research: Warsaw.

- MATSUMOTO, M., KIMURA, K., INOUE, K., KASHIMA, S., KOIKE, S., TAZUMA, S. (2018). Aging of hospital physicians in rural Japan: A longitudinal study based on national census data. *PLoS one*. 13(6), e0198317. DOI:10.1371/journal.pone.0198317.
- MAYNARD, A., WALKER, A. (1974). The Royal Commission on the National Health Service, Research Paper Number 4. London: Her Majesty's Stationary Office. Doctor Manpower 1975–2000: Alternative Forecasts and their Resource Implications.
- MCGRAIL, M. R., et al. (2017). Mobility of US Rural Primary Care Physicians During 2000–2014. *Annals of Family Medicine*. Vol. 15, No. 4.
- MCKIBBEN, M. J., KIRBY, E. W., LANGSTON, J. et al. (2016). Projecting the Urology Workforce Over the Next 20 years. *Urology*. 98:21.
- MEIN, G., MARTIKAINEN, P., STANSFELD, S. A., BRUNNE, E. J., FUHRER, R., MARMOT, M. G. (2000). Predictors of early retirement in British civil servants. *Age Ageing* 29:529–536.
- MEJIA, A. (1978). Migration of physicians and nurses: a world wide picture. *International Journal of Epidemiology*. Volume 7, Issue 3, pp. 207–215. <https://doi.org/10.1093/ije/7.3.207>
- MEJÍA, A., PIZURKI, H. (1979). Royston E. Physician and nurse migration: analysis and policy implications. Report on a WHO study. Geneva, World Health Organization.
- MESKO, B. (2017). The role of artificial intelligence in precision medicine. *Expert Rev Precis Med Drug Dev*. 2(5):239-241.
- MESKO, B., GYÖRFFY, Z. (2019). The Rise of the Empowered Physician in the Digital Health Era: Viewpoint. *J Med Internet Res*. 21(3):e12490. DOI: 10.2196/12490.
- MCHUGH, M. D., KELLY, L. A., SMITH, H. L., WU, E. S., VANAK, J. M., AIKEN, L. H. (2013). Lower Mortality in Magnet Hospitals. *Medical Care*: Volume 51, Issue 5, pp. 382–388. DOI: 10.1097/MLR.0b013e3182726cc5.
- MoHprof mobility of health professionals. (2019). www.mohprof.eu
- MUKHERJI, A., ROYCHOUDHURY, S., GHOSH, P., BROWN, S. (2016). Estimating Health Demand for an Aging Population: A Flexible and Robust Bayesian Joint Model. *J. Appl. Econ*. 31: 1140– 1158. DOI: 10.1002/jae.2463.

- MULLAN, F. (2006). Doctors for the world: Indian physician emigration. *Health Aff (Millwood)*. 25:380–93.
- MUŠINKA, A. – ŠKOBLA, D. – HURRLE, J. – MATLOVIČOVÁ, K. – KLING, J.: Atlas rómskych komunit na Slovensku 2013. UNDP, Bratislava, 2014.
- MUŠINKA, A., POLLÁK, M.: Darí sa, OZ Krásny Spiš, Levoča, 2018.
- NCZI: Sieť zdravotníckych zariadení a pracovníci v zdravotníctve SR, séria 2013 – 2019.
- NCZI: Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky, séria 2009 – 2019.
- NOLL, H.-H. and WEICK, S. (2008): Lebenssituation von Älteren. In: StBA, Noll, H.-H. and Habich, R. Auszug aus dem Datenreport 2008. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn: BPB, p.193-199.
- OBEROI, S., LIN, V. (2006). Brain drain of doctors from southern Africa: brain gain for Australia. *Aust Health Rev*. 30: 25–33.
- OECD. (1994). *Creating Rural Indicators for Shaping Territorial Policy*. Paris: OECD.
- OECD. (2015). *Health at a Glance, OECD indicators*.
- OECD. (2015). *International Migration Outlook 2015*. OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/migr_outlook-2015-en.
- OECD. (2017). *Health at a Glance 2017: OECD indicators*, OECD, Paris.
- OGNYANOVA, D., MAIER, C. B., WISMAR, M., GIRASEK, E., BUSSE, R. (2012). Mobility of health professionals pre and post 2004 and 2007 EU enlargements: Evidence from the EU project PROMeTHEUS. *Health Policy*. Volume 108, Issues 2–3, 2012, Pages 122-132. ISSN 0168-8510. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.10.006>.
- OGNYANOVA, D., YOUNG, R., MAIER, C. B., BUSSE, R. (2014). Why do health professionals leave Germany and what attracts foreigners? A qualitative study. *Health Professional Mobility in a Changing Europe*. 203–232. Chapter 9.
- OKSANEN, T., VIRTANEN, M. (2012). Health and retirement: a complex relationship. *Eur J Ageing*. 9: 221. <https://doi.org/10.1007/s10433-012-0243-7>.
- OSN, DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS. POPULATION DIVISION. (2013). *Trends in International Migrant Stock: The 2013 Revision*. United Nations database, POP/DB/MIG/Stock/Rev.

- OSN. (2009), World Population Prospects: The 2008 Revision, Population division of the department of economics and social affairs of the United Nations Secretariat, New York, NY.
- OSN. (2010). Health workers, international migration and development. Population facts. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (No.2010/2/E/Rev). Retrieved from . United States Department of Health
- OZDEN, C., KERR, S., KERR, W., PARSONS, CH. Global talent flows: Causes and consequences of high-skilled migration. The World Bank Research.
- PADAIGA, Z., PUKAS, M., STARKIENE, L. (2014). Health professional migration in Lithuania: why they leave and what makes them stay. In: Buchan J, Wismar M, Glinos IA, Bremner J, Health professional mobility in a changing Europe. Copenhagen: World Health Organization. p. 155–76.
- PÁLENÍK, M.: 30 grafov o starnutí pacientov, lekárov a sestier, <https://www.iz.sk/30-grafov-o-zdravotnictve>
- PÁLENÍK, M.: Učebnica mzdovej kalkulačky, Univerzita Komenského v Bratislave, 2021, ISBN 978-80-223-5147-8, dostupné na iz.sk/kalkulacka/ucebnica
- PÁLENÍK, V., DOMONKOS, T., DOVÁĽOVÁ, G., HVOZDÍKOVÁ, V., LICHNER, I., PÁLENÍK, M., PAUHOFOVÁ, I., PETRÍKOVÁ, K., RADVANSKÝ, M. (2012). Strieborná ekonomika v slovenskom, európskom a svetovom kontexte, Bratislava, Ekonomický ústav SAV, ISBN: 978-807144-205-9, dostupné na <http://ekonom.sav.sk/sk/publikacie/-p228>
- PÁLENÍK, V.: Vplyv starnutia slovenskej populácie na nákladovosť starobného dôchodkového zabezpečenia – riziká a možné riešenia. <https://www.empa.sk/download-files/sk/vplyv-starnutia-2018-palenik.pdf>, Bratislava : EMPA, 2018.
- PÁLENÍK, V.: Healthcare in the context of the silver economy : prezentácia. Bratislava : EMPA, 2018. 18 s. Dostupné na: <https://www.empa.sk/download-files/sk/techsummit-silver-palenik.pdf>
- PÁLENÍK, V., DOVÁĽOVÁ, G., HOŠOFF, B., HVOZDÍKOVÁ, V., LICHNER, I., PAUHOFOVÁ, I., PETRÍKOVÁ, K., RADVANSKÝ, M.: Potential of the silver economy in an ageing Europe dealing with an ongoing debt crisis and problems in the labour market. 2015, ISBN 978-86-80394-00-8 .

- PÁLENÍK, V. a kol.: *Strieborná ekonomika – potenciál na Slovensku = Silver economy – potential in Slovakia*. Bratislava, Ekonomický ústav SAV, 2014. 359 s. ISBN 978-80-7144-234-9.
- PAUHOFOVÁ, I., DOVAL'OVÁ, G.: *Potential of Silver Economy in the European Union (selected views)*, *European Scientific Journal* August 2015, ISSN: 1857 –7881.
- PARLIER, A. B., GALVIN, S. L., THACH, S., KRUIDENIER, D., FAGAN, E. B. (2018). *The Road to Rural Primary Care: A Narrative Review of Factors That Help Develop, Recruit, and Retain Rural Primary Care Physicians*. *Academic Medicine*. 93(1):130–40. WOS:000418741700033. pmid:28767498.
- PATEL, V., PARIKH, R., NANDRAJ, S., BALASUBRAMANIAM, P., NARAYAN, K., PAUL, V. K., KUMAR, S., CHATTERJEE, M., REDDY, K. S. (2015). *India still struggles with rural doctor shortages*. *The Lancet*. Volume 386, Issue 10011, 12–18, pp. 2422-2435.
- PAWLSON, G. L. (1994). *Chronic illness: Implications of a new paradigm for health care*. *Journal of Quality Improvement*. 20:33–39.
- PENNEL, M. (1964). *Statistics on Physicians, 1950-63 - Europe* PMC. *Public Health Reports*.
- PILKOVÁ, A. a kol.: *Inkluzivita podnikania na Slovensku: stav a vývojové tendencie*, Univerzita Komenského v Bratislave, 2017, ISBN 78-80-223-4442-5.
- PITTMAN, P., AIKEN, L., BUCHAN, J. (2007). *International migration of nurses: introduction*. *Health Serv. Res.* 42 (3p2), 1275–1280. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6773.2007.00713.x>.
- POLLÁK, M.: *Chudoba a rodina, in Rómovia, rodina, príbuzenstvo – Zborník príspevkov z medzinárodnej konferencie*, Prešovská univerzita v Prešove, Prešov, 2019.
- POLLÁK, M., MAČÁKOVÁ, S., MUŠINKA, A., HYBÁČKOVÁ, B., PÁLENÍK, M.: *Z chudoby k sebestačnosti*, ETP Slovensko, Košice, 2018.
- POLLÁK, M., PÁLENÍK, M.: *Inklúzia Rómov v rámci zelenej ekonomiky na Slovensku – Príklady dobrej praxe*, ISBN 978-80-223-5148-5, 2021.
- POLLÁK, M.: *Chudoba a rodina, in Rómovia, rodina, príbuzenstvo – Zborník príspevkov z medzinárodnej konferencie*, Prešovská univerzita v Prešove, Prešov, 2019.

- POHONTSCH, N. J., HANSEN, H., SCHÄFER, I., SCHERER, M. (2017). General practitioners' perception of being a doctor in urban vs. rural regions in Germany - A focus group study. *Family practice*. 35(2), 209–215. DOI:10.1093/fampra/cmz083.
- PROMeTHEUS health professional mobility in Europe. (2019). Dostupné na: www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/activities/research-studies-and-projects/prometheus
- PUSEY, W. A. (1925). Medical education and medical service, I: The situation. *JAMA* 84281.
- RABINOWITZ, H. K., DIAMOND, J. J., MARKHAM, F. W., SANTANA, A. J. (2013). Retention of rural family physicians after 20-25 years: outcomes of a comprehensive medical school rural program. *J Am Board Fam Med*. 26 (1) :24 -27.
- RADVANSKÝ, M. (2014) Impact of Ageing on demand for EU Hospital Workforce in 2030. In *EcoMod2014 : international conference on economic modeling*, Bali 16.-18.7.2014 [online]. - Denpasar Bali, Indonesia : Bank of Indonesia, p. 1-18. This paper was supported by NEUJOBS project. [www.neujobs.eu](http://ecomod.net/conferences/ecomod2014?tab=downloads). Dostupné na internete: <http://ecomod.net/conferences/ecomod2014?tab=downloads>.
- RADVANSKÝ, M., DOVÁĽOVÁ, G. (2013). Effects of demographic changes on hospital workforce in EU countries.
- RADVANSKÝ, M., DOVÁĽOVÁ, G. (2013), Impact of ageing on curative health care workforce. Country report Slovakia. NEUJOBS WP.
- RADVANSKÝ, M., PÁLENÍK, V. (2010). The long-term care system for the elderly in Slovakia. CEPS.
- Rachel A Kiersey, Health Research Board, Dublin 2016
- RAMOS, P., ALVES, H. (2017). Migration intentions among Portuguese junior doctors: results from a survey. *Health Policy*. 121:1208–14.
- RATHA, D., MOHAPATRA, S., SILWAL, A. R. (2009). Migration and remittance trends 2009. Migration and Development Brief No. 11. November, The World Bank, Washington, DC.
- RAVASZ, A., KOVÁCS, L., MARKOVIČ, F.: Atlas rómskych komunit 2019, Vydavateľstvo VEDA, 2019, dostupné na <https://imbbmi.files.wordpress.com/2021/03/atlas-romskych-komunit-2019.pdf>

- Revízia výdavkov na skupiny ohrozené chudobou alebo sociálnym vylúčením – záverečná správa, Ministerstvo financií SR, Hodnota za peniaze, marec 2020.
- RIBEIRO, J. S., CONCEICAO, C., PEREIRA, J., LEONE, C., MENDONCA, P., TEMIDO, M., et al. (2014). Health professionals moving to. . . and from Portugal. *Health Policy*. 114:97–108.
- RICKETTS, T. C., RANDOLPH, R. (2007). Urban-rural flows of physicians. *J Rural Health*. 23(4):277–285.
- RIGGARE, S. (2018). E-patients hold key to the future of healthcare. 360: k846. DOI: 10.1136/bmj.k846 29483151.
- RICHARDS, A. (2001). Physician recruitment and retention: shortage and utilization. *Leadership in Health Services*. Vol. 14, Issue: 1, pp.7-14. <https://doi.org/10.1108/13660750110380379>
- RN4CAST nurse forecasting in Europe. (2019). Dostupné na: www.rn4-cast.eu/en
- ROOS, N., GAUMONT, M., HORNE, J. (1976). The Impact of the Physician Surplus on the Distribution of Physicians across Canada. *Canadian Public Policy / Analyse De Politiques*, 2(2), 169-191. DOI:10.2307/3549205.
- ROSENBERG, M. W. (2000). The Effects of Population Ageing on the Canadian Health Care System. *Social and Economic Dimensions of an Aging Population Research Papers 14*, McMaster University.
- ROSENBLATT R. A., CHEN, F. M., LISHNER, D. M., DOESCHER M. P. (2010). The Future of Family Medicine and Implications for Rural Primary Care Physician Supply. Final Report #125, August 2010. SEATTLE, WA: WWAMI Rural Health Research Center, University of Washington School of Medicine Department of Family Medicine.
- SANTRIC-MILICEVIC, M. M., TERZIC-SUPIC, Z. J., MATEJIC, B. R., VASIC, V., RICKETTS, T. C. (2014). First-and fifth-year medical students' intention for emigration and practice abroad:a case study of Serbia. *Health Policy*. 118:173–83.
- SCHULZ, E., RADVANSKÝ, M. (2014). Impact of Ageing Populations on Silver Economy, Health and Long-Term Care Workforce.
- SCHULZ, E., RADVANSKÝ, M., CODA MOSCAROLA, F., GOLINOWSKA, S., GEYER, J. Impact of ageing on curavite health care workforce in selected EU countries. In NEUJOBS working paper, 21.01.2014, no. D12.1, p. 1- 89.

- SENEWIRATNE, B. (1975). Emigration of Doctors: A Problem for the Developing and the Developed Countries. Part I. *British Medical Journal*. 1,618-62.
- SHUVAL, J. T., BERNSTEIN, J. H.(1997). *Immigrant Physicians: Former Soviet Doctors in Israel, Canada, and the USA*. Westport: Praeger.
- SIMON, D. (2016). Why do doctors leave - and what would make them stay? On the characteristics of the migration of medical doctors from Hungary. *Külgazdaság*. 2. 3-36.
- SITA (2019) Univerzitná nemocnica Bratislava zamestná dvadsať Ukrajincov. Dostupné na: <https://bratislava.sme.sk/c/22139757/univerzitna-nemocnica-bratislava-zamestna-dvadsat-ukrajincov.html>.
- Slovenská komora zubných lekárov (2019). Tlačová správa 7. 2. 2019. Dostupné na: <http://www.skzl.sk/images/2019/TS/TS.pdf>
- STACHO, Z., STACHOVÁ, K., PAPULA, J., PAPULOVÁ, Z., KOHNOVÁ, L. (2019). Effective communication in organisations increases their competitiveness. *Polish Journal of Management Studies*, 19 (1), pp. 391-403. DOI: 10.17512/pjms.2019.19.1.30.
- STANKIEWICZ, G., O'CONNOR, M. (2014). Overseas qualified nurses in Australia: reflecting on the issue. *Aust. J. Adv. Nurs*. 31 (3), 32–38.
- STEINHÄUSER, J., OTTO, P., GOETZ, K., SZRCSENYI, J., JOOS, S. (2014). Rural area in a European country from a health care point of view: an adoption of the Rural Ranking Scale. *BMC health services research*. 14, 147. DOI:10.1186/1472-6963-14-147.
- STEINHUBL, S. R., MUSE, E. D., TOPOL, E. J. (2015): The Emerging Field of Mobile Health. In *Science Translational Medicine*. 7 (283), pp. 1–6.
- STEWART, W. H. (1966). Medical education and the community. *Med. Ann. DC* 35: 416.
- Stratégia SR pre integráciu Rómov do roku 2020.
- STRUNK B. C., GINSBURG, P. B., BANKER, M. I. (2006). The effect of population aging on future hospital demand. *Health Affairs*. 25: w141–149.
- STURESSON, L., ÖHLANDER, M., NILSSON, G., STENFORS, T. (2019). Migrant physicians' conceptions of working in rural and remote areas in Sweden: A qualitative study. *PLOS ONE* 14(1): e0210598. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210598>
- SUCIU, S., M, POPESCU, C. A., CIUMAGEANU, M. D., BUZOIANU, A. D. (2017). Physician migration at its roots: a study on the emigration pref-

- erences and plans among medical students in Romania. *Human Resources for Health*. 15:6.
- SUZMAN, R., BEARD, J. (2015). Global health and aging: preface. National Institute on Aging website. Dostupné na: <https://www.nia.nih.gov/research/dbsr/global-aging>
- ŠPROCHA a kol.: (2018), Demografická prognóza obyvateľov Slovenska do roku 2060 (aktualizácia 2019), Infostat, Bratislava.
- ŠTEFÁNIK, M., DOMONKOS, T., HORVÁT, P., HVOZDÍKOVÁ, V., LICHNER, I., MIKLOŠOVIČ, T., PÁLENÍK, V., RADVANSKÝ, M. Modelling the economic potential of the silver economy. In NEUJOBS working paper [online], 2013, no. D 12.3, p. 1-67. Dostupné na: http://www.neujobs.eu/sites/default/files/NEUJOBS%20Working%20Paper_Modelling%20Silver%20Economy_12.3.pdf (NEUJOBS – Employment 2025 : how will multiple transitions affects the European labour market (7RP)
- ŠTEŇO, J. (2019). RTVS. Dostupné na: <https://www.rtvs.sk/radio/archiv/11380/1197883>
- TAKATA, H., NAGATA, H., NOGAWA, H., TANAKA, H. (2011). The current shortage and future surplus of doctors: a projection of the future growth of the Japanese medical workforce. *Human resources for health*, 9, 14. DOI:10.1186/1478-4491-9-14.
- TERRY, D. R., LE Q. (2015). Challenges of working and living in a new cultural environment: A snapshot of international medical graduates in rural Tasmania. *The Australian journal of rural health*. Epub 2015/01/17. pmid:25594443.
- The MINISTRY of HEALTH. Statistical Bulletin of Health Care System. (2015). Dostupné na: www.csioz.gov.pl.
- TRUSCOTT, M. H. (1971). The Brain Drain of Scientists, Engineers, and Physicians From the Developing Countries to the United States. *LSU Historical Dissertations and Theses*. 2015 – roky?
- TUDOR-LOCKE, C., CRAIG, C. L., AOYAGI, Y., BELL, R. C., CROTEAU, K. A., DE BOURDEAUDHUIJ, I., EWALD, B., GARDNER, A. W., HATANO, Y., LUTES, L. D., et al. (2011) How Many Steps/Day Are Enough? For Older Adults and Special Populations, *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 8(1): 80.
- U.S. General Accounting Office. Information on Foreign Nurses Working in the United States under Temporary Work Visas (Washington: GPO, 1989).

- VAŇO, B.: Prognóza vývoja rómskeho obyvateľstva v SR do roku 2025. 2001.
- VAHTERA, J., WESTERLUND, H., HALL, M., SJÖSTEN, N., KIVIMÄKI, M., SALO, P., FERRIE, J. E., JOKELA, M., PENTTI, J., SINGH-MANOUX, A., GOLDBERG, M., ZINS, M. (2009). Effect of retirement on sleep disturbances: the GAZEL prospective cohort study. *Sleep* 32:1459–1466.
- VARGA, J. (2017). Out-migration and attrition of physicians and dentists before and after EU accession (2003 and 2011): the case of Hungary. *Eur J Health Econ.* 18: 1079. <https://doi.org/10.1007/s10198-016-0854-6>
- VISOLAJSKÝ, P. (2019). Návrhy na stabilizáciu zdravotníckych pracovníkov sú nekonceptčné. Dostupné na mediweb.hnonline.sk/diskusia/nazory/navrhy-na-stabilizaciu-zdravotnickych-pracovnikov-su-nekonceptcne
- VUJICIC, M., ZURN, P., DIALLO, K., ADAMS, O., DAL POZ, M. R. (2004). The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries. *Human Resources for Health.* 2:3.
- WADE, M. E., BROKAW, J. J., ZOLLINGER, T. W., WILSON, J. S., SPRINGER, J. R., DEAL, D. W., et al. (2007). Influence of hometown on family physicians' choice to practice in rural settings. *Fam Med.* 39(4):248–54.
- WALANI, S. R. (2015). Global migration of internationally educated nurses: Experiences of employment discrimination. *International Journal of Africa Nursing Sciences.* 3 65–70.
- WEINHOLD, I., GURTNER, S. (2014). Understanding shortages of sufficient health care in rural areas. *Health Policy.* 118:201–214. DOI: 10.1016/j.healthpol.2014.07.018.
- WESTERLUND, H., KIVIMÄKI, M., SINGH-MANOUX, A., MELCHIOR, M., FERRIE, J. E., PENTTI, J., JOKELA, M., LEINWEBER, C., GOLDBERG, M., ZINS, M., VAHTERA, J. (2009). Self-rated health before and after retirement: findings from the French GAZEL cohort study. *Lancet* 374:1889–1896.
- WHO, A Global Health Estimates (GHE). (2014). DALYs by age, sex and cause (for the year 2012). Dostupné na: http://www.who.int/health-info/global_burden_disease/estimates/en/index2.html
- WHO. (1973). *Multinational Study of the International Migration of Physicians and Nurses.* Geneva.

- WHO. (2010). Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Geneva, World Health Organization (63rd World Health Assembly, WHA63.16).
- WIECKOWSKA, B. (2015). The use of quantitative methods to assess quality of care and demand for service provision in oncology and cardiology in Poland. Warsaw: Ministry of Health.
- WONG, T. Y., LOON, S.-C., SAW, S.-M. (2006). The epidemiology of age related eye diseases in Asia. *Br J Ophthalmol.* 90:506–11. DOI: 10.1136/bjo.2005.083733.
- WRIGHT, D., FLIS, N., GUPTA, M. (2008). The 'Brain Drain' of physicians: historical antecedents to an ethical debate, c. 1960-79. *Philosophy, ethics, and humanities in medicine : PEHM*, 3, 24. DOI:10.1186/1747-5341-3-24.
- YOUNG, A., CHAUDHRY, H. J., XIAOMEI P., ARNHART, K., DUGAN, M., SNYDER, G. B. (2016). A Census of Actively Licensed Physicians in the United States. Dostupné na: <https://www.fsmb.org/siteassets/advocacy/publications/2016census.pdf>
- YUJI, K., IMOTO, S., YAMAGUCHI, R., MATSUMURA, T., MURASHIGE, N., KODAMA, Y., KAMI, M. (2012). Forecasting Japan's physician shortage in 2035 as the first full-fledged aged society. *PloS one*, 7(11), e50410. DOI:10.1371/journal.pone.0050410.
- ZHAO, C., WONG, L., ZHU, Q., YANG, H. (2018). Prevalence and correlates of chronic diseases in an elderly population: A community-based survey in Haikou. *PLoS one* 13(6): e0199006. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199006>.
- ZHOU, Y., ROSCIGNO, C., SUN, Q. (2016). Why do China-educated nurses emigrate? A qualitative exploration. *International Journal of Nursing Studies*. 53: 163–172.
- ZOON, I. : Minority report 2001. Budapest, Open society Institut 2001, tiež Bukovská, B a kol. Telo i duša, Košice, 2003.
- ŽELINSKÝ, T: Chudoba a deprivácia na Slovensku – Metodologické aspekty a empiria, Equiligrira Košice, 2014, ISBN: 978-80-8143-133-3
- ŽELINSKÝ, T: Aká budúcnosť čaká deti z domácností ohrozených chudobou?, Technická univerzita v Košiciach, 2020, ISBN: 978-80-553-3527-8

10 O autoroch

10.1 Michal Páleník

Mgr. Michal Páleník, PhD. je vedeckovýskumný pracovník Fakulty managementu Univerzity Komenského v Bratislave a spolupracovník Inštitútu zamestnanosti. Dlhodobo sa venuje výskumu trhu práce najmä v oblasti dlhodobej nezamestnanosti a starnutia populácie. Medzi jeho ťažiskové témy patrí inkluzívny trh, systém dávok v hmotnej núdzi a prechodu do zamestnanosti, marginalizované komunity, Zákonník práce, ale aj dôchodkový systém, sabbatical alebo najmenej rozvinuté okresy.

Výber publikácií Michala Páleníka

Michal Páleník: Učebnica mzdovej kalkulačky – dávkový a odvodový systém na Slovensku, 2021, dostupné na iz.sk/kalkulacka/ucebnica, ISBN 978-80-223-5147-8 – učebnica opisuje fungovanie dávkového, odvodového a daňového systému na Slovensku, sumarizuje poznatky o systéme, poukazuje na jeho dôsledky a zlyhania. Využíva mzdovú kalkulačku na interaktívne skúmanie problematiky.

Miroslav Pollák – Michal Páleník: Inklúzia Rómov v rámci zelenej ekonomiky na Slovensku, 2021, dostupné na (iz.sk/Syjl), ISBN: 978-80-223-5148-5 – venuje sa prepojeniu inklúzie Rómov a zelenej ekonomiky. Obsahuje a analyzuje desať príkladov z praxe na Slovensku (obce Raslavice a Spišský Hrhov, obecné kompostárne, občianske združenia Pro Tornensis, Košakt, Svatobor, Pre lepší život, IKV, Ľudia a perspektíva a Nadácia pre ochranu biodiverzity Karpát). Hlavnou časťou je kapitola venujúca sa odporúčaniam pre hospodársku prax, kde autori zhrnuli výsledky z jednotlivých oblastí a navrhli riešenia tak, aby boli rozšíriteľné aj do iných častí SR.

Michal Páleník, Viliam Páleník, Ivana Oravcová: Inkluzívne zamestnávanie, 2013, dostupné na iz.sk/sk/projekty/inkluzivny-rast, ISBN: 978-80-970204-4-6 – návrh implementácie sociálnych aspektov do praxe. Inkluzívny trh spája fungovanie sociálnych/inkluzívnych podnikov, zapájanie

dlhodobo nezamestnaných a objednávanie si služieb od verejných inštitúcií. Sústreďuje sa na formu financovania, aby toto financovanie zvládlo zapojiť desiatitisíce dlhodobo nezamestnaných do zamestnanosti a férovo ich financovať.

Michal Páleník a kol.: Sociálny systém – skutočnosť a vízia, 2014, dostupné na iz.sk/sk/projekty/socialny-system, ISBN: 978-80-970204-5-3 – opis problematiky sociálneho systému na Slovensku. Venuje sa právnej úprave sociálneho systému, situácii a histórii systému hmotnej núdze, špecifikám rómskych komunít v tomto systéme, ale najmä požiadavkám, ktoré by mal sociálny systém spĺňať.

Viliam Páleník a kol.: Inkluzívny rast v stratégii Európa 2020 – Naivita alebo genialita? 2015, dostupné na <http://ekonom.sav.sk/sk/publikacie/p339>, ISBN 978-80-7144-250-9 – Hlavnou motiváciou celej monografie je zjednotenie prieskumu a analýza variantných scenárov, ktoré sa venujú napríklad predpokladu pokračovania v existujúcej politike trhu práce, zintenzívneniu politiky solidarity, zapojenie nezamestnaných do dobrovoľníckych a aktivačných prác, ako aj absolventov do absolventskej praxe, vytvorenie inkluzívneho trhu, ktorého princípmi sú pozitívna diskriminácia, paralelný trh služieb a pracovníkov, jednoduchá administratíva a garancia objemu zákaziek a skvalitňovanie pracovnej sily predovšetkým vzdelávaním.

Viliam Páleník a kol.: Strieborná ekonomika – potenciál na Slovensku, 2014, dostupné na iz.sk/Svg3, ISBN 978-80-7144-234-9 – monografia sa venuje striebornej ekonomike, teda ekonomickým príležitostiam plynúcim z väčšieho počtu starších obyvateľov, na Slovensku a v Európe. Okrem kvantifikácií starnutia a jeho dopadov sa venuje aj pozitívnym príkladom zo sveta.

10.2 Lucia Kohnová

Mgr. Lucia Kohnová, PhD. je pedagogická a vedeckovýskumná pracovníčka Fakulty managementu Univerzity Komenského v Bratislave. Dlhodobo sa venuje skúmaniu rozdielností správania podnikov na Slovensku a v západnej Európe, v kontexte inovácií, zamestnanosti

a manažerských prístupov. V rámci viacerých národných a medzinárodných vedeckých projektov, ktorých je členkou sa taktiež venuje oblasti vzdelávania zamestnancov, rozvoju zručností a znalostí v kontexte aktuálne prebiehajúcej štvrtej priemyselnej revolúcie, digitalizácii a optimalizácií procesov a budovaniu konkurencieschopnosti. V rámci výskumu v jednotlivých oblastiach skúma zmeny z pohľadu historického prierezu a z pohľadu kultúrnych rozdielností medzi krajinami Európy.

Výber publikácií

Lucia Kohnová a kol.: Job mismatch: the phenomenon of the overskilled employees as a result of poor managerial competences, 2020, Entrepreneurship and Sustainability Issues, ISSN (online) 2345-0282. Publikácia v zahraničnom indexovanom časopise sa venuje problému zamestnanosti a využívaniu potenciálu zručností a schopností zamestnancov. Publikácia opisuje bližšie problém delegácie zodpovednosti za plánovanie a organizáciu práce zamestnancov, ako jednu z bariér efektívneho využitia ľudských zdrojov.

Lucia Kohnová, Nikola Salajová, Maroš Šlenker: Zmeny v potrebných zručnostiach a znalostiach zamestnancov pod vplyvom technologických zmien v rámci priemyselných revolúcií, 2020, The Journal of Culture, ISSN (print) 2336-7849 – publikácia v zahraničnom vedeckom časopise je zameraná na zmenu v zručnostiach a znalostiach zamestnancov pod vplyvom digitalizácie a automatizácie a ďalších technologických zmien. Výskum analyzuje očakávané zmeny v potrebných zručnostiach zamestnancov.

Lucia Kohnová, Nikola Salajová: Industrial revolutions and their impact on managerial practice: learning from the past, 2019, Problems and Perspectives in Management, ISSN (print) 1727-7051 – publikácia v zahraničnom indexovanom časopise sa venuje historickému prierezu a opisu zmien na trhu práce pod vplyvom významných technologických zmien. Sústreďuje sa na oblasti, ktoré aktuálne prechádzajú významnými zmenami a poukazuje na predošlé skúsenosti s takými významnými transformáciami spoločnosti.

Katarína Stachová, Ján Papula, Zdenko Stacho a Lucia Kohnová: External partnerships in employee education and development as the key to facing industry 4.0 challenges, 2019, Sustainability, ISSN (online) 2071-1050 – publikácia v karentovanom zahraničnom časopise sa venuje oblasti vzdelávania zamestnancov a významu partnerstiev a sietí pri snahe rýchlo a efektívne sa adaptovať na prebiehajúce zmeny v prostredí. Publikácia taktiež poukazuje na kultúrne rozdielnosti medzi krajinami západnej a východnej Európy, ktoré majú významný vplyv na intenzitu partnerstiev pri vzdelávaní.

Ján Papula, Lucia Kohnová, Zuzana Papulová : Impact of national culture on innovation activities of companies: a case of Germany, Austria, Switzerland and the Czech Republic, 2018, Economic Annals-XXI ISSN (print) 1728-6220 ISSN – publikácia v zahraničnom indexovanom časopise sa venuje problematike kultúrnych rozdielností v Európe a ich vplyvu na inovačné aktivity. Kultúrna podobnosť nemecky hovoriacich krajín sa preukázala ako významne dôležitá v kontexte intenzity inovácií, ako aj proaktivity pri zavádzaní nových technológií a inovačných zmien.

Ján Reháč, Lucia Kohnová, Kovačičová Zuzana: Inkluzivita podnikania znevýhodnených skupín obyvateľstva v Európe, Sociálna kohézia ako nástroj odstraňovania disparít v spoločnosti, ISBN 978-80-225-3811-4, 2014 – publikácia prezentovaná na zahraničnej vedeckej konferencii sa venuje podnikaniu a inkluzivite znevýhodnených skupín obyvateľstva, najmä z pohľadu žien, starších a mladých. Výskum bol založený na národných dátach Global Entrepreneurship Monitor (GEM).

10.3 Miroslav Pollák

RNDr. Miroslav Pollák sa od roku 1998 venuje rómskej téme v spolupráci s viacerými mimovládnyimi neziskovými organizáciami. Svoje výskumné aktivity zameriava na štúdium sociálnej ekonomiky, komunitný rozvoj, problematiku chudoby a systémové riešenia sociálneho postavenia marginalizovaných skupín. V období rokov 2010 – 2012 bol splnomocnencom vlády SR pre rómske komunity. Dlhodobo pôsobí v oblasti ľudských práv. Ako aktivista a predseda Občianskeho združenia Krásny

Spiš navrhuje a realizuje projekty zamerané na násilie a neslobodu počas 20. storočia. Zorganizoval niekoľko desiatok výstav na tému exodov a na tému národností na Slovensku. Inicioval výstavbu pamätníka obetiam exodov na Slovensku a vydal niekoľko kníh z oblasti ľudských práv. Angažované kultúrne aktivity s celospoločenským dopadom uskutočňuje v rámci spolku Živá kultúra.

Výber publikácií Miroslava Polláka

Tatár, E., Pollák, M., Bugatová, K.: Džavas ke tu mende – Ideme k vám. Vranov nad Topľou : Mesto Vranov nad Topľou, 2002, ISBN 80-968849-6-4

Maciak, Ľ., Maciaková, J., Pollák, M.: Rozvoj obce – a každý môže byť starostom. Levoča : ETP Slovensko – Centrum pre udržateľný rozvoj, 2007, ISBN 80-969157-3-9

Mačáková, S., Pollák, M. a kol.: Komunitná práca v znevýhodnených komunitách. Košice : ETP Slovensko – Centrum pre udržateľný rozvoj, 2008, ISBN 978-80-968196-3-8

Pollák, M., Švorc, P. edit.: Spišské exody v 20. storočí. Levoča – Bratislava : OZ Krásny Spiš a Kalligram, spol. s r. o., 2015, ISBN 978-80-8101-883-1

Brostl, A., Pollák, M. eds.: Ľudské práva a slobody na Spiši v minulosti. Levoča : OZ Krásny Spiš, 2017, ISBN 978-80-972534-1-7

Pollák, M., Mačáková, S., Mušínska, A., Hybačková, B., Páleník, M.: Z chudoby k sebestačnosti, Druhé rozšírené vydanie. Košice : ETP Slovensko – Centrum pre udržateľný rozvoj, 2018, ISBN 978-80-972911-2-9

Mušínka, A., Pollák, M.: Darí sa. Levoča : OZ KRÁSNY SPIŠ, 2018, ISBN 978-0-89975-00-6

Pollák, M.: Participácia obcí pri rozvoji územných klastrov. Bratislava : MVSR/USVROS, 2020, ISBN 978-80-89051-43-4

Pollák, M., Páleník, M.: Inklúzia Rómov v rámci zelenej ekonomiky na Slovensku, 2021, dostupné na (iz.sk/Syjl), ISBN: 978-80-223-5148-5

10.4 Marek Radvanský

Ing. Marek Radvanský, PhD. má doktorát z operačného výskumu a ekonometrie na Ekonomickej univerzite v Bratislave, taktiež absolvoval polročný postdoktorandský výskumný pobyt SAIA na Alpen-Adria-Universität v Klagenfurte. V Ekonomickom ústave SAV pôsobí viac ako 16 rokov, od roku 2010 je vedúcim oddelenia ekonomického modelovania a analýz. Jeho vedecká činnosť je orientovaná na oblasti matematickej ekonómie, modelovania a prognóz hlavne v oblasti makroekonómie, trhu práce a vzdelávania. Výskumne sa podieľal na viac ako troch desiatkach výskumných projektov, a to v rámci európskych výskumných schém (FP6, FP7, H2020), na projektoch medzinárodnej spolupráce IVF, kontraktovanom výskume EK, národných projektoch APVV a VEGA, ako aj projektoch pre decíznu sféru a súkromný sektor. Významná časť jeho výskumného pôsobenia je zameraná na reálnu aplikáciu výsledkov v praxi a podporu rozhodovania pri formovaní relevantných politík.

10.5 Viliam Páleník

RNDr. Viliam Páleník, PhD. je absolvent Matematicko-fyzikálnej fakulty UK v Bratislave a od roku 1991 samostatný vedecký pracovník Ekonomického ústavu Slovenskej akadémie vied. Ekonometrickými metódami skúma makroekonomický vývoj, trh práce a inklúziu na Slovensku a v Európskej únii. Venuje sa aj vplyvu starnutia na zmeny v štruktúre produkcie a pracovnej sily, ako aj na inovácie a technologický pokrok. Je autorom alebo spoluautorom desiatok vedeckých článkov v oblasti ekonomického modelovania a empirických analýz. Aktívne sa zúčastňuje spoločenského diskurzu, má viac ako 1 000 masmediálnych vystúpení. Je úspešným riešiteľom vedeckých projektov Európskej komisie (ACE Phare, AHEAD, NEUJOBS FP7, FIRSTRUN Horizon 2020), Svetovej banky a viedol viacero projektov slovenských vedeckých agentúr (APVV, VEGA), vládnych inštitúcií (MF SR, MPSVaR SR, NBS) a veľkých podnikov. Dve volebné obdobia bol členom Snemu SAV a aj členom Európskeho hospodárskeho a sociálneho výboru a hosťujúcim docentom FMFI UK, je prezidentom Inštitútu zamestnanosti v Bratislave.

Výber publikácií Viliama Páleníka

KVETAN, V., PÁLENÍK, V. Health and Morbidity in the Accession Countries. Country Report - Slovak Republic [elektronický zdroj]. Brussels : European Network of Economic Policy Research Institutes, December 2006. 69 s. ENEPRI Research Report, 30. Dostupné na internete: <www.ENEPRI.ORG www.CEPS.BE>. ISBN 92-9074-648-0.

PÁLENÍK, V., DOVÁĽOVÁ, G., HOŠOFF, B., HVOZDÍKOVÁ, V., LICHNER, I., PAUHOFOVÁ, I., PETRÍKOVÁ, K., RADVANSKÝ, M. Potential of the silver economy in an ageing Europe dealing with an ongoing debt crisis and problems in the labour market. Srbsko razvojno udruženje, 2015. Dostupné: ekonom.sav.sk/uploads/journals/333_potential-of-the-silver-economy.pdf

PÁLENÍK, V., KVETAN, V., KRIVANSKÁ, K., PAULOVIČ, A., ROBERTS, Glynn G., ŠIMO, J. Mid-term projection of trends in macroeconomic development of Slovak health sector. Editor: Viliam Páleník: EMPA 2005. 249 s. ISBN 80-969426-2-X.

PÁLENÍK, V., DOMONKOS, T., GRACZOVÁ, D., LICHNER, I., MIKLOŠOVIČ, T., PÁNIKOVÁ, L., RADVANSKÝ, M. Možnosti modelovania zmien ekonomiky SR so zreteľom na fungovanie v EMU. Bratislava: Ekonomický ústav SAV, 2011. ISBN 978-80-7144-192-2

ŠTEFÁNIK, M., DOMONKOS, T., HORVÁT, P., HVOZDÍKOVÁ, V., LICHNER, I., MIKLOŠOVIČ, T., PÁLENÍK, V., RADVANSKÝ, M. Modelling the economic potential of the silver economy. In NEUJOBS working paper [online], 2013, no. D 12.3, p. 1-67. Dostupné na: www.neujobs.eu/sites/default/files/NEUJOBS%20Working%20Paper_Modelling%20Silver%20Economy_12.3.pdf (NEUJOBS – Employment 2025 : how will multiple transitions affects the European labour market (7RP)

DOVÁĽOVÁ, G., HOŠOFF, B., HVOZDÍKOVÁ, V., PÁLENÍK, V., PETRÍKOVÁ, K., POTANČOKOVÁ, M., ŠPROCHA, B. Strieborná ekonomika v podmienkach Slovenskej republiky a Európskej únie = Silver Economy in the conditions of Slovak Republic and European Union. In PÁLENÍK, Viliam. Strieborná ekonomika – potenciál na Slovensku. Bratislava : Ekonomický ústav SAV, 2014, s. 25-131. ISBN 978-80-7144-234-9.

PÁLENÍK, V., PÁLENÍK, M., DOMONKOS, T., OSTRIHOŇ, F., JÁNOŠOVÁ, M. Inkluzívny rast a zamestnanosť = Inclusive growth and employment. In PÁLENÍK, Viliam. Inkluzívny rast v stratégii Európa 2020 : naivita alebo genialita? Bratislava: Ekonomický ústav SAV, 2015, s. 35-60. ISBN 978-80-7144-250-9.

PÁLENÍK, V., MIKLOŠOVIČ, T. Concept of Environmental Taxes as EU's Own Resource and CGE Modelling of its Effects on Slovakia. In Ekonomický časopis, 2018, roč. 66, č. 3, s. 268-285. ISSN 0013-3035.

KVETAN, V., PÁLENÍK, V. Health and morbidity in the Slovak Republic : Extracting the policy implications from Health and morbidity in the accessions countries. country report - Slovak Republic. ENEPRI research report No. 30 december. In ENEPRI policy brief [seriál], 2007, no. 6, p.1-14. Dostupné na: http://shop.ceps.eu/BookDetail.php?item_id=1577

KVETAN, V., PÁLENÍK, V., MLÝNEK, M., RADVANSKÝ, M. Health expenditure scenarios in the new member states : country report on Slovakia. In ENEPRI research report, 2007, no. 48, p. 1-27. Dostupné na: http://shop.ceps.eu/BookDetail.php?item_id=1616

RANGELOVA, R., ROOVĀLI, L., REMÁK, E., GOLINOWSKA, S., KVETAN, V., PÁLENÍK, V., TOPÓR-MADRY, R. Health and morbidity in the new member states : extraciting the policy implications from ENEPRI research report nos. 26-31. In ENEPRI policy brief, 2007, no. 1, p. 1-12.

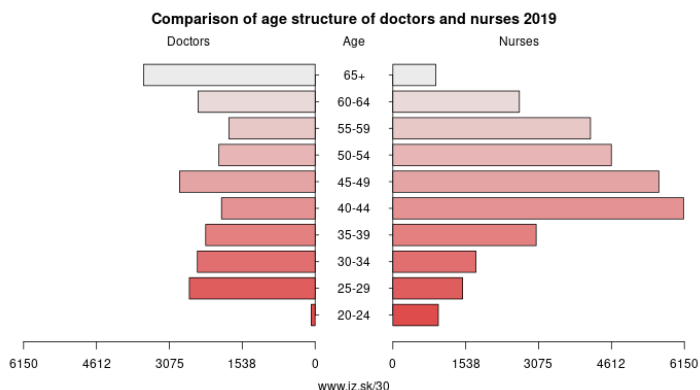
RADVANSKÝ, M., PÁLENÍK, V. The long-term care system for the elderly in Slovakia = The Slovakian long-term care system : contribution to WP 1 of the ANCIEN projekt. ENEPRI research report Brussels, 2010, no. 86, p. 1-23. Dostupné: <http://www.ceps.eu/book/slovakian-long-term-care-system>

11 Summary

Michal Páleník et al: [The impact of aging on the health care sector in Slovakia – forecast of demand and supply until 2030](#)

Population aging is one of the most important factors affecting the health care system. In comparison to other sectors, aging affects health care in two ways: the employees in the sector are aging and the general population is aging as well (older patients increase demand for sector's services).

Aging of health workers leads to the retirement of a portion of these workers, which creates strong replacement demand. As we described in chapter 2.2 on page 69, employees' aging is visible among doctors as well as nurses. The over 65 age group is the main age category of doctors, followed by doctors below 30 years of age. The smallest group is between 50 and 59 years of age. There is a relatively large supply of young doctors. Nurses have a different age structure: the majority of nurses are over 40 years old. There is relatively low number of nurses over 60 years of age. The situation among dentists and pharmacists is not as dramatic.



Source: iz.sk/30-graphs-on-ageing/comparison-of-age-structure-nurses-doctors

Situation worsened during the Covid19 pandemic. Even though there are very few published data, we see older doctors and larger number of nurses exiting the health care sector. Overall, Covid19 quickened and highlighted the negative trends already present.

The second effect of population aging on health care is caused by rising morbidity due to the aging of patients. As we described in chapter 3.3.1, aging of patients will increase the number of hospitalizations and visits to doctors. Assuming the middle demographic scenario, we expect an increase in hospitalization days by 13 %. In table 3.10 on page 96 we summarize, that we expect an increase of general health care by 11 % and specialized health care by 8 % by 2030.

In chapter 3.4, we quantify expansion demand for health care workers. This demand is created by additional demand for services, mainly because of population/patient aging. Table 3.24 on page 109 quantifies this demand. In the majority of professions it is around 0.7 % annually with mild fluctuations over the years.

Replacement demand describes how many new workers will be needed due to retirement of existing workers. It is summarized in table 3.26 on page 111. Average annual replacement demand is 3.5 %, however it varies greatly among professions and over time: paramedics or nurses are near 5 %, pharmacists at 2 %.

The sum of replacement and expansion demand is the most important indicator. It is quantified in table 3.27 on page 113.

The table describes, how many new workers will be needed in each of the occupations. Up to 2030 it will be necessary to add 3 450 workers annually. Of these, around 1330 are nurses, 750 doctors, and around one hundred each of dentists, pharmacists, technicians, medical assistants, and paramedics. Looking at relative numbers, there is a need to replace the workforce by 5 % annually among paramedics, laboratory technicians and sanitary workers. We used pre-covid19 data and we expect mainly negative effects of the covid19 pandemic (increase in burnout syndrome, (early) retirement of a significant portion of workers, workers leaving for

other sectors/occupations, postponing of white medicine). Therefore the modeled demands are underestimated.

Tab. 3.27 Total yearly demand for different health care occupations in Slovakia

	2019 state	Expected yearly inflow of workers			Change		
	2018	2020/24	25/29	30/34	2020/24	2025/29	2030/34
Doctors	19 178	772	745	621	3.91 %	3.66 %	2.97 %
Dentists	2 779	118	100	62	4.25 %	3.61 %	2.24 %
Pharmacists	4 354	183	163	141	3.98 %	3.34 %	2.76 %
Nurses	31 061	1 322	1 344	1 359	4.14 %	4.09 %	4.01 %
Midwives	1 742	50	45	56	2.99 %	2.94 %	3.81 %
Medical laboratory technicians	2 749	153	139	116	5.39 %	4.75 %	3.88 %
Pharmaceutical laboratory technicians	2 280	109	101	93	4.55 %	3.97 %	3.48 %
Physiotherapist	1 955	68	65	65	3.39 %	3.10 %	3.04 %
Paramedics	1 979	111	99	82	5.41 %	4.69 %	3.82 %
Medical assistants	3308	100	118	134	2.94 %	3.35 %	3.68 %
Radiology technicians	1390	61	61	59	4.25 %	4.12 %	3.88 %
Sanitary workers	5133	279	280	253	5.28 %	5.11 %	4.46 %
Other	1459	58	54	50	3.87 %	3.47 %	3.10 %
Other workers in sector	2964	106	105	104	3.50 %	3.36 %	3.26 %
Total	82331	3488	3416	3194	4.22 %	4.00 %	3.66 %

Source: Calculations by the authors

As we can see, over the next 10 years, there will be a need to find almost 50 % additional doctors and nurses to fill the vacancies. Due to the needed legislation and organizational changes, ten years is an alarmingly short period. The situation is even worse with paramedics and medical technicians, where there will be a need to find over 50% of workers.

Employment in health care is highly regulated by the government and several years of education are needed to work in this field. Therefore, graduates of secondary schools and universities are the only possible source of new workers (together with immigrants). In chapter 4 we focus on the description of individual study fields, their history as well as current trends. We focus on pharmacists (from page 132), dentists (from page 129), as well as doctors and nurses.

General medicine (described on page 125) is a stable field of study. The number of general medicine students having Slovak citizenship is stable over last decade at around 4 thousand. The number of students with foreign citizenship increased from 960 in 2009 to 2 800 in 2020. So the whole increase of universities' capacities was absorbed by foreign students studying in English. 40 % of capacities of Slovak medicine faculties is dedicated to students, who will not stay in the health sector in Slovakia. Total annual income from tuition fees from these students are around 26 mil. €, which is 0,3 % of the total budget of health care sector in Slovakia.

The study system for the nursing profession is not stable. Over the recent decades, this system has overcome several significant to unnecessary changes. We describe the history and current situation on pages 135 to 144. Standard secondary school education of nurses was changed to "medical assistant" and in 2019 to "practical nurse". Meanwhile, Bc. in nursing (ošetrovatelstvo) was introduced. Other post-secondary studies exist as well (practical nurse, medical assistant, diploma general nurse). However, these students do not receive tertiary education title Bc. (even though the study intensity is comparable to the tertiary nursing programme).

In chapter 5 we describe ways to fill vacancies due to expansion and replacement demand. If current trends continue, vacancies of pharmacists and dentists will be filled, at least at the aggregate level.

There will be a great number of unfilled doctors' vacancies, if current trends continue. To fill these vacancies, we will need to limit the number of general medicine students of foreign citizenship to the levels of 2008: 10% of all medicine students. As we showed on page 149, using these educational capacities will allow for inflow of graduates at the needed rate of 760 annually.

At the aggregate level, it is possible to fill doctors' vacancies. The question is, how to fill vacancies in each region and in each specialization. Segregated Roma communities are one of the factors affecting regional differences in health care. In chapter 6, starting on page 155, we

focus on health specifics of these communities. Regional modeling must consider situation of these communities. On the other hand, they can help to mitigate effects of population aging, not only in health care and long-term care sectors. This will be possible only by effective active labour market policies and inclusive market.

The nursing profession has an alarming development ahead. There are around 1 300 expected vacancies, however, the real inflow of graduates is only 230 (so only 17 % of the required number, more on page 152). To avoid total collapse of the health care sector due to lack of nurses, it is necessary to implement fundamental changes described in chapter 8 on page 198. These needed changes consist of, but not limited to, improving conditions of work, increasing salaries of nurses, reviving career progression, motivating more young people to study nursing, motivating graduates to work as nurses in Slovakia, making sabbatical available, etc.

Long-term care is closely connected to population aging and the health care system. These two sectors compete for workers with similar skills (nurses, personal care workers, health assistants). In chapter 7, between pages 164 and 184, we describe the situation in long-term care sector in Slovakia, as well as the situation in various other countries. Since long-term care is underfinanced and understaffed, it is necessary to increase its financing.

Because of Covid19 pandemic, as well as future growth in long-term care, the lack of nurses will be even larger than described in this publication.

Long-term care in Slovakia is not available to all eligible recipients. One of the reasons is multi-source financing with unclear responsibilities (villages and cities, regions, central government, health care insurance), provided to facilities not individuals. Therefore, we describe possible reform of long-term care system (chapter 7.4 on page 186). The main feature of this reform is the creation of a long-term care fund, which would provide funding to all eligible recipients. The legislative changes would include a reduction in personal income taxes (and corresponding

reduction in the responsibilities of villages and cities), a reduction in health insurance contributions (and corresponding reduction of insurers' obligations in long-term care) and the introduction of a long-term care fund contribution at 1.5 % of gross wages (not changing total taxes and contributions paid by working individuals). Further changes (including payments from central government) are described on page 189.

The result of this reform will be clear and transparent funding with individual person/client being the one choosing which services and facilities to use. Funding will automatically follow each person.

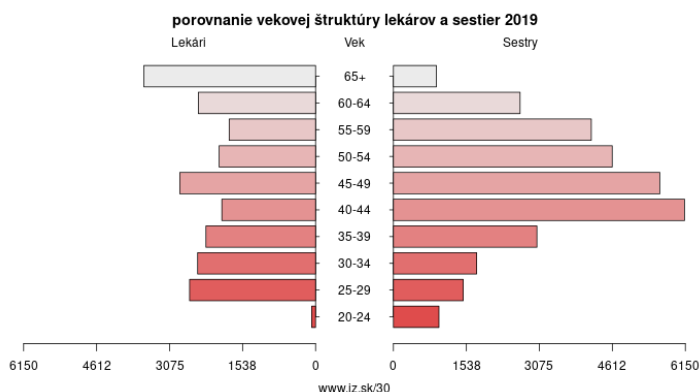
Out of the health care sector professions studied in this book, the forecast of filling vacancies until 2030 on the aggregate level is satisfactory for dentists and pharmacists. With realistic changes to the education system of medicine, the needs for doctors can be met. However, there is an alarming shortage of nurses and without drastic fundamental changes, this shortage will only increase resulting in the collapse of the health care system.

12 Zhrnutie

Michal Páleník a kol.: Vplyv starnutia na zdravotnícky systém Slovenska – prognóza dopytu a ponuky do roku 2030

Starnutie predstavuje jeden z najvýznamnejších faktorov vplyvujúcich na zdravotnícky systém. Oproti iným sektorom je vplyv starnutia na zdravotníctvo dvojnásobný: starne nielen personál sektora, ale aj populácia, teda pacienti/klienti, čo zvyšuje dopyt po službách sektora.

Starnutie zdravotníckych pracovníkov má za dôsledok odchod časti pracovníkov do dôchodku, čo vyvoláva silný nahradzovací dopyt. Ako sme opísali v kapitole 2.2 od strany 69, starnutie zamestnancov sektora je viditeľné aj u lekárov, aj u sestier. U lekárov sú najväčšou kategóriou lekári nad 65 rokov nasledovaní lekármi pod 30 rokov. Najmenšia je kategória medzi 50 a 59 rokmi. Existuje teda relatívny dostatok mladých lekárov. U sestier je situácia iná: najväčšou vekovou kategóriou sú sestry vo veku nad 40 rokov. Je relatívne málo sestier nad 60 rokov a extrémne málo sestier mladších ako 40 rokov. U zubárov a farmaceutiek nie je situácia až taká dramatická.



Zdroj: <http://iz.sk/30/porovnanie-lekarov-a-sestier>

Vplyvom pandémie ochorenia covid-19 sa situácia zhoršila. Aj keď zatiaľ nie sú publikované dáta, z medializovaných informácií vidno

odchod zo systému zdravotníctva najmä u starších lekárov a väčšieho množstva sestier. Celkovo pandémia covidu-19 zvýraznila a zrýchlila doterajšie negatívne trendy.

Druhý vplyv starnutia populácie Slovenska na zdravotnícky systém je dôsledkom rastúcej chorobnosti s rastúcim vekom pacientov. Ako sme opísali v kapitole 3.3.1, v dôsledku starnutia pacientov očakávame nárast hospitalizácií či návštev lekárov. Pri strednom demografickom scenári očakávame nárast hospitalizačných dní o 13 %. V tabuľke 3.10 na strane 96 sumarizujeme, že do roku 2030 očakávame nárast všeobecnej ambulantnej starostlivosti o 11 % a špecializovanej starostlivosti o 8 %.

V kapitole 3.4 kvantifikujeme expanzný dopyt po pracovníkoch v sektore zdravotníctva. Tento vzniká dodatočným dopytom po službách, najmä v dôsledku starnutia populácie ako potenciálnych pacientov. Tabuľka 3.24 na strane 109 ho kvantifikuje a vo väčšine profesií sa pohybuje na úrovni okolo 0,7 % ročne, s miernymi zmenami v priebehu rokov.

Nahradzovací dopyt opisuje, koľko nových pracovníkov bude potrebných z dôvodu odchodu existujúcich pracovníkov do dôchodku. Je sumarizovaný v tabuľke 3.26 na strane 111. Priemerný ročný nahradzovací dopyt je 3,5 %, avšak výrazne sa líši medzi rokmi a profesiami: u záchranárov, sanitárov či sestier sa blíži k piatim percentám, u farmaceutov je skôr pri dvoch percentách.

Najdôležitejšou informáciou je celkový dopyt ako súčet nahradzovacieho a expanzného dopytu. Je opísaný v tabuľke 3.27 na strane 113.

Tabuľka opisuje, koľko nových pracovníkov a pracovníčok bude potrebné získať na jednotlivé profesie. Do roku 2030 bude potrebné do sektora získať 3 450 pracovníkov ročne. Z toho ročne 1 330 sestier, 750 lekárov a vyše sto zubárov, farmaceutov, laborantov, zdravotníckych asistentov, záchranárov a sanitárov. Pri pohľade na relatívne počty pri zdravotníckych laborantoch, sanitároch a záchranároch bude potrebné získať vyše 5 % nových pracovníkoch ročne každý rok.

Model sme vytvorili na predkoronových dátach a predpokladáme, že vplyv koronavírusovej pandémie bol najmä negatívny, ako napríklad rastúce syndrómy vyhoria či odchod povšimnutiahodného počtu zamest-

nancov do dôchodku či mimo sektora, či odkladanie bielej medicíny (najmä preventívnych prehliadok). Teda v tabuľke uvádzané výsledky sú skôr podhodnotené.

Tab. 3.27 Celkový priemerný ročný dopyt po zdravotníckych povolaniach na Slovensku

	Stav	Požadovaný prítok ročne			Zmena		
	2018	2020/24	25/29	30/34	2020/24	2025/29	2030/34
Lekári	19 178	772	745	621	3,91 %	3,66 %	2,97 %
Zubní lekári	2 779	118	100	62	4,25 %	3,61 %	2,24 %
Farmaceuti	4 354	183	163	141	3,98 %	3,34 %	2,76 %
Sestry	31 061	1 322	1 344	1 359	4,14 %	4,09 %	4,01 %
Pôrodné asistentky	1 742	50	45	56	2,99 %	2,94 %	3,81 %
Zdravotnícki laboranti	2 749	153	139	116	5,39 %	4,75 %	3,88 %
Farmaceutickí laboranti	2 280	109	101	93	4,55 %	3,97 %	3,48 %
Fyzioterapeuti	1 955	68	65	65	3,39 %	3,10 %	3,04 %
Zdravotnícki záchranári	1 979	111	99	82	5,41 %	4,69 %	3,82 %
Zdravotnícki asistenti	3308	100	118	134	2,94 %	3,35 %	3,68 %
Rádiologickí technici	1390	61	61	59	4,25 %	4,12 %	3,88 %
Sanitári	5133	279	280	253	5,28 %	5,11 %	4,46 %
Iní zdravotnícki pracovníci	1459	58	54	50	3,87 %	3,47 %	3,10 %
Ostatní zdravotnícki prac.	2964	106	105	104	3,50 %	3,36 %	3,26 %
Spolu	82331	3488	3416	3194	4,22 %	4,00 %	3,66 %

Zdroj: Výpočty autorov

Ako vidno, počas najbližších 10 rokov bude potrebné nájsť skoro polovicu nových lekárov a sestier. Vzhľadom na potrebnú dobu na legislatívne a organizačné zmeny je 10 rokov alarmujúco krátka doba. Ešte horšia situácia bude u sanitárov, zdravotníckych laborantov či záchranárov, kde bude nutné nájsť viac ako polovicu pracovníkov.

Zamestnávanie v sektore zdravotníctva je zo strany štátu výrazne regulované a na prácu je potrebné dlhoročné štúdium. Absolventi stredných a vysokých škôl daných odborov teda predstavujú jediný zdroj nových pracovníkov sektora (spolu s imigráciou). V kapitole 4 sa venujeme opisu jednotlivých študijných odborov, ich historickému vývoju, ako i súčasným trendom. Popri farmácii (od s. 132) a zubnom lekárstve

(od s. 129) sa sústreďujeme na všeobecné lekárstvo a štúdium na pozíciu sestry.

Všeobecné lekárstvo (opisované od s. 125) je stabilný študijný odbor. Počet študentov slovenského štátneho občianstva všeobecného lekárstva za posledných 10 rokov sa drží na úrovni okolo 4-tisíc. Počet študentov cudzej štátnej príslušnosti študujúcich na Slovensku vzrástol z 960 v roku 2009 na 2 800 v roku 2020. Celé zvyšovanie kapacít lekárskech fakúlt bolo pohltené zahraničnými študentami študujúcimi v anglickom jazyku, teda 40 % kapacít lekárskech fakúlt je dedikovaných študentom, ktorí určite nezostanú pracovať v zdravotníckom sektore na Slovensku. Celkové príjmy lekárskech fakúlt zo školného týchto študentov predstavujú okolo 26 mil. €, čo je 0,3 % rozpočtu rezortu zdravotníctva.

Štúdium pre pracovnú pozíciu sestry nie je zastabilizované a za posledné desiatky rokov prešlo množstvom veľkých až zbytočných zmien. História a súčasný stav opisujeme na stranách 135 až 144. Zo štandardného stredoškolského študijného odboru sestra sa začiatkom milénia stal zdravotnícky asistent a v roku 2019 praktická sestra. Medzitým začal existovať bakalársky odbor ošetrovateľstvo a popri tom existovali a existujú aj pomaturitné odbory praktická sestra, zdravotnícky asistent či diplomovaná všeobecná sestra (napriek podobnej náročnosti štúdia ako odbor ošetrovateľstvo nezíska diplomovaná všeobecná sestra titul bakalár). Z pohľadu pracovných pozícií existuje nielen sestra, ale aj praktická sestra/zdravotnícky asistent.

V kapitole 5 opisujeme, ako by bolo možné zaplniť voľné pracovné miesta v dôsledku expanzného a nahradzovacieho dopytu absolventmi a absolventkami škôl. Pri zachovaní súčasných trendov počtu absolventov je sektor farmácie a zubného lekárstva v agregátnej forme pokrytý.

V sektore všeobecného lekárstva pri zachovaní súčasného počtu absolventov bude množstvo nepokrytých pracovných miest. Aby počty absolventov dokázali pokryť budúce voľné pracovné miesta, je potrebné, tak ako sme opísali na strane 149, znížiť počet študentov z cudziny na úroveň roku 2008, teda na 10 % celkového počtu študentov všeobecného lekárstva, a využiť väčšinu kapacity štúdia medicíny na Slovensku

pre štúdium v slovenčine. Týmto sa zabezpečí požadovaný prílev 760 absolventov ročne.

Po agregátnej stránke je teda možné pokryť budúci dopyt po lekároch, avšak otvorenou otázkou zostáva, ako zabezpečiť, aby boli pokryté aj jednotlivé regióny a špecializácie. Jedným z faktorov vplyvajúcich na regionálne rozdiely v sektore zdravotníctva je rozmiestnenie segregovaných rómskych komunít. V kapitole 6 od strany 155 sa venujeme zdravotným špecifikám týchto komunít. Pri pokrývaní zdravotníckych potrieb v jednotlivých regiónoch a špecializáciách je potrebné brať do úvahy aj geografické rozmiestnenie a špecifiká rómskych komunít. Na druhej strane v prípade efektívnej aktívnej politiky trhu práce majú za pomoci inkluzívneho zamestnávania potenciál prispieť k zníženiu dôsledkov starnutia populácie, nielen v sektore zdravotníctva či dlhodobej starostlivosti.

Pri sestrách je situácia alarmujúca. Aby boli pokryté voľné miesta, je potrebný prílev 1 300 sestier ročne, avšak reálny prílev je iba okolo 230 (teda 17 % potrebného počtu, viac na s. 152). Aby sektor zdravotníctva neskolaboval v dôsledku akútneho nedostatku sestier, sú nutné zásadné zmeny, ktoré sme opísali v kapitole 8 od strany 198. Medzi ne patrí najmä zlepšenie pracovných podmienok a statusu sestry, zvýšenie miezd, sfunkčnenie kariérneho postupu, väčšia motivácia študentiek a študentov pre štúdium, úspešné ukončenie štúdia a najmä následné uplatnenie sa v zdravotníckom sektore na Slovensku, sprístupnenie sabatikalu atď.

So starnutím populácie priamo súvisí sektor dlhodobej starostlivosti, ktorý dopytom po pracovnej sile so zdravotníckym sektorom čiastočne konkuruje (sestry, opatrovatelky a pod.). V kapitole 7 medzi stranami 164 a 184 opisujeme situáciu v našej dlhodobej starostlivosti, jej klientov, ako i príklady fungovania zo zahraničia. Keďže dlhodobá starostlivosť je na Slovensku finančne aj personálne výrazne podhodnotená, je nevyhnutné, aby sa zvýšilo jej financovanie, ako i množstvo personálu, najmä opatrovateliek. Opatrovateľky majú veľkú časť zručností rovnakú so sestrami či sanitármi. Dá sa preto predpokladať, že zvýšenie financovania dlhodobej starostlivosti odčerpá časť našich opatrovateliek a sestier do

sektora dlhodobej starostlivosti hlavne zo zahraničia a čiastočne aj zo zdravotníctva.

V dôsledku koronakrízy, ako i dlhodobého nárastu dlhodobej starostlivosti bude nedostatok sestier ešte alarmujúcejší, ako ukazuje naša prognóza.

Dlhodobá starostlivosť v súčasnosti nie je poskytovaná každému oprávnenému poberateľovi. Jedným z dôvodov je, že financovanie je z množstva zdrojov (obce, VÚC, štát, zdravotné poistenie) s nejasnými povinnosťami a je poskytované zariadeniu a nie človeku. Preto v kapitole 7.4 od strany 186 opisujeme návrh reformy dlhodobej starostlivosti. Hlavnou črtou navrhutej reformy je zjednotenie financií zo všetkých zdrojov pod jeden fond (fond odkázanosti), z ktorého budú čerpať odkázaní na financovanie starostlivosti. Legislatívne by sme znížili dane zo mzdy (a alikvótne znížili povinnosti obcí), znížili zdravotné odvody (a znížili povinnosti zdravotných poisťovní v oblasti dlhodobej starostlivosti) a zaviedli odvod do fondu odkázanosti vo výške 1,5 % (tak, aby sa celkové daňovo-odvodové zaťaženie pracujúcej osoby nezmenilo). Ďalšie zmeny (napr. platby od MPSVaR) sú bližšie opísané od strany 189.

Dôsledkom reformy dlhodobej starostlivosti bude jasné a prehľadné financovanie, kde nositeľom peňazí bude človek – klient. Teda človek si bude vyberať pre seba vhodné akreditované zariadenie a financie z fondu odkázanosti ho budú automaticky sledovať.

Zo sledovaných profesií v sektore zdravotníctva sú do roku 2030 profesie farmácie a zubného lekárstva agregátne pokryté, lekárska profesia pokrytá po reálnych zmenách vo vysokom školstve. Sestier je alarmujúci nedostatok a bez zásadných zmien ich bude ešte menej, čo vyústí do kolapsu sektora zdravotníctva.

Vplyv starnutia na zdravotnícky systém Slovenska

Prognóza dopytu a ponuky do roku 2030

Michal Páleník a kol.

ISBN: 978-80-223-5149-2 (print)

ISBN: 978-80-223-5152-2 (online)

elektronickú verziu nájdete na <http://iz.sk/Syjk>

alebo na www.iz.sk/sk/projekty/starnutie-populacie

