

3. Zdravie na Slovensku

Zdravie je stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody, nielen absencia choroby alebo postihnutia.

Svetová zdravotnícka organizácia, WHO 1948

3.1 ZDRAVOTNÝ STAV POPULÁCIE

Zdravotný stav obyvateľstva krajiny je výslednicou zložitej súhry veľkého počtu faktorov. Poznanie zdravotného stavu krajiny je základom pre určenie priorít pri tvorení stratégie preventívnych opatrení. Voľba správnych priorít má v konečnom dôsledku význam nielen pre zlepšenie zdravotného stavu obyvateľov, ale aj pre ekonomiku krajiny. Pri integračnom úsilí SR zaradiť sa do európskych štruktúr je žiaduce, aby zdravotný stav obyvateľov integrujúcej sa krajiny nebol diametrálne odlišný od krajín Európskej Únie.

3.1.1 Demografické predpoklady

Stredný stav obyvateľov Slovenska sa v súčasnosti pohybuje okolo 5,4 milióna. V máji 2001 žilo pri sčítaní obyvateľstva v Slovenskej republike 5 378 951 obyvateľov, z toho 2 611 921 mužov (podiel 48,6%) a 2 767 030 žien (podiel 51,4%). Na 1000 žien pripadalo 944 mužov. V roku 1990 bolo v SR 5 310 711 obyvateľov, z toho 48,9% mužov a 51,1% žien. Na 1000 žien vtedy pripadalo 956 mužov.

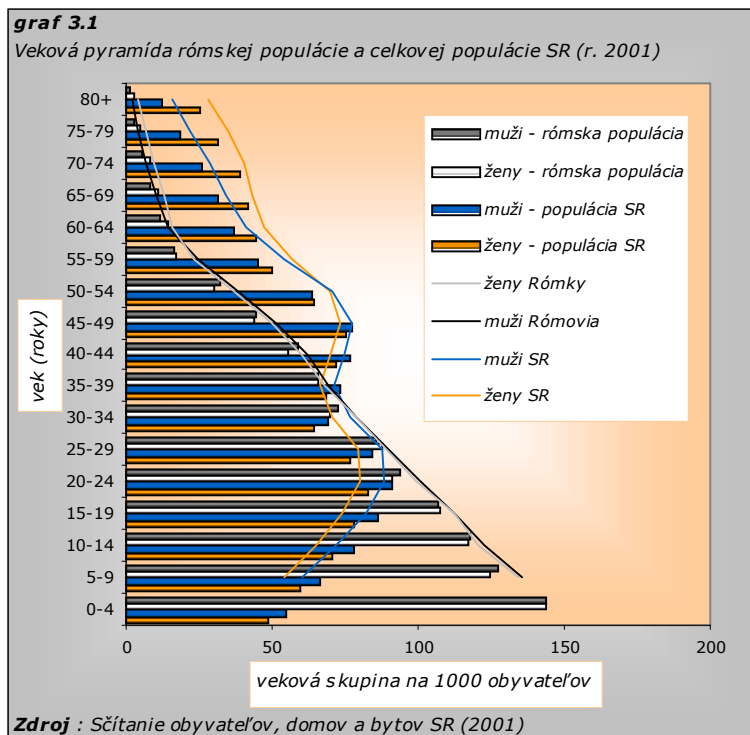
V poslednom štvrtstoročí sa dramaticky zmenil prirodzený pohyb obyvateľstva. Prirodzený prírastok trvale klesá, pretože celková úmrtnosť zostáva takmer konštantná (pohybuje sa okolo 10 úmrtí na 1000 obyvateľov) a na druhej strane výrazne klesá pôrodnosť. Počet živonarodených detí dosiahol v r. 2001 v dejinách Slovenska doteraz najnižšiu hodnotu 9,5 detí na 1 000 obyvateľov. V r. 1923 bola táto hodnota viac ako trojnásobná a ešte v r. 1975 dvojnásobná. Nie je preto prekvapujúce, že na začiatku 21. storočia sa prírastok počtu obyvateľov SR úplne zastavil (v r. 2001 bol prvý krát zaznamenaný úbytok 0,2 na 1 000 obyvateľov). Podiel žien na prirodzenom prírastku je dlhodobo vyšší a v roku 2000 dosiahol až 97,2%. Bolo to spôsobené vysokou úmrtnosťou mužov, ktorú neovplyvnil ani vyšší počet živonarodených chlapcov.

Vzhľadom na to, že produktívnym vekom v súčasnosti prechádzajú početné populačné ročníky narodené v povojnovom období a v 70-tych rokoch, takmer celý nárast počtu obyvateľov sa sústreďuje do vekových skupín 20-29 a 45-54 ročných. Vplyvom úbytku detskej populácie a rastom početnosti osôb v poproduktívnom veku sa ďalej zvyšuje aj priemerný vek žijúcich obyvateľov a index starnutia. V roku 2000 dosiahol priemerný vek mužov 34,4 a žien 37,5 rokov. Je to oproti roku 1990 zvýšenie o 2,3 roka u mužov a 1,1 roka u žien. Index starnutia, definovaný ako pomer poproduktívnej zložky obyvateľstva (muži nad 60 a ženy nad 55 rokov) k predproduktívnemu obyvateľstvu (vek 0-14 rokov) sa na Slovensku dramaticky zvyšuje a iba v r. 1993-2001 stúpil z 74,0 na 98,5. Podobný trend možno pozorovať aj v iných európskych krajinách.

Predchádzajúca národná správa poukázala na odlišné demografické správanie rôznych etnických skupín na Slovensku. Tieto rozdiely sú podmienené viacerými faktormi, ktoré výrazne vystupujú do popredia najmä u rómskej minority.⁶⁹ Z grafu 3.1 je zreteľná odlišná veková štruktúra Rómov v porovnaní s ostatným obyvateľstvom SR. Podiel detí do veku 14 rokov tvorí u Rómov v SR 38,7%, kým u celkovej populácii iba 18,9%. Naopak, podiel obyvateľov starších ako 60 rokov predstavoval v r. 2001 iba 3,6% z celej rómskej populácie, zatiaľ čo celoslovenský priemer bol 15,5%. Počet detí na jednu rómsku ženu je 4,2, čo je viac ako trojnásobok pôrodnosti celej ženskej populácie SR (1,2 na jednu matku v r. 2001). Ako poznamenali autori predchádzajúcej správy, reprodukčné správanie rómskej populácie je blízke situácii u nerómskej populácii pre niekoľkými desaťročiami, resp. je porovnateľné s údajmi z rozvojových krajín. Je zrejme, že demografická štruktúra a správanie zodpovedá sociálnym, ekonomickým a kultúrnym podmienkam a sídelnej štruktúre danej skupiny obyvateľstva.⁷⁰

⁶⁹ Medzi tieto faktory patrí napríklad dlhodobo odlišný vývoj úmrtnosti a pôrodnosti, stupeň etnickej identity, miera asimilácie, atď.

⁷⁰ Bližšie pozri kapitolu *Rómovia a chudoba* v Národnej práve o ľudskom rozvoji SR 2000. UNDP, CPHR, Bratislava (2000).



Široká základňa pyramídy rómskej populácie sa s pribúdajúcim vekom rýchlo zužuje v dôsledku vysokej úmrtnosti Rómov v pomerne mladom veku. Šírka vekovej pyramídy pre celú populáciu SR preto od veku 35 rokov trvale prevyšuje rómsku pyramídu. Vrchol rómskej pyramídy končí prakticky pri veku 75 rokov kvôli relatívne nízkej očakávanej dĺžke života v porovnaní s majoritnou populáciou.⁷¹ Nižší priemerný vek dožitia u Rómov súvisí okrem socio-ekonomických faktorov pravdepodobne aj s horším prístupom k zdravotnej starostlivosti a nedostatočným pochopením významu prevencie u časti tohto etnika (týka sa to najmä Rómov žijúcich v izolovaných osadách).

3.1.2 Dĺžka života obyvateľov SR

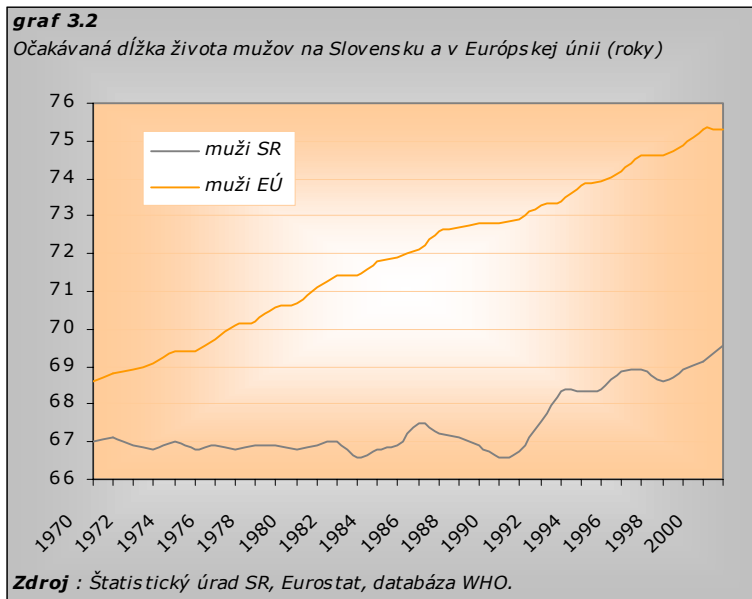
Ukazovatele zdravotného stavu obyvateľov významne korelujú s ukazovateľmi dĺžky života. Očakávaná dĺžka života pri narodení je dôležitý syntetický ukazovateľ, ktorý udáva nádej na dožitie pri zachovaní súčasnej vekovej štruktúry úmrtnosti. Posledný údaj z r. 2001 udáva u mužskej populácie SR hodnotu 69,5 rokov, u žien 77,6 rokov. Súčasná nádej na dožitie má najmä u mužskej populácie nízke hodnoty. V porovnaní s „najzdravšími“ európskymi krajinami, s Islandom a Švédskom, žijú slovenskí muži o 8 rokov kratšie. Rozdiel v dĺžke života u žien nie je až taký priepastný, ale i tak je nádej slovenských žien na dožitie o 6 rokov kratšia ako u Francúzok. V skupine štátov bývalého socialistického bloku je postavenie Slovenska lepšie, slovenské ženy a muži žijú dlhšie ako v Maďarsku, Rumunsku, Bulharsku, pobaltských krajinách, ako aj na Ukrajine, v Bielorusku a Rusku.

Vývoj dĺžky života na Slovensku možno rozdeliť do niekoľkých vývojových etáp. K najväčšiemu nárastu došlo v období po II. svetovej vojne. Medzi hlavné dôvody patrilo zníženie celkovej úmrtnosti, pokles dojčenskej úmrtnosti, zníženie úmrtnosti na infekčné parazitárne ochorenia, zvýšenie hygienických štandardov. Obyvatelia Slovenska sa v tom čase dožívali približne rovnakého veku ako obyvatelia vyspelých demokratických krajín Európy.

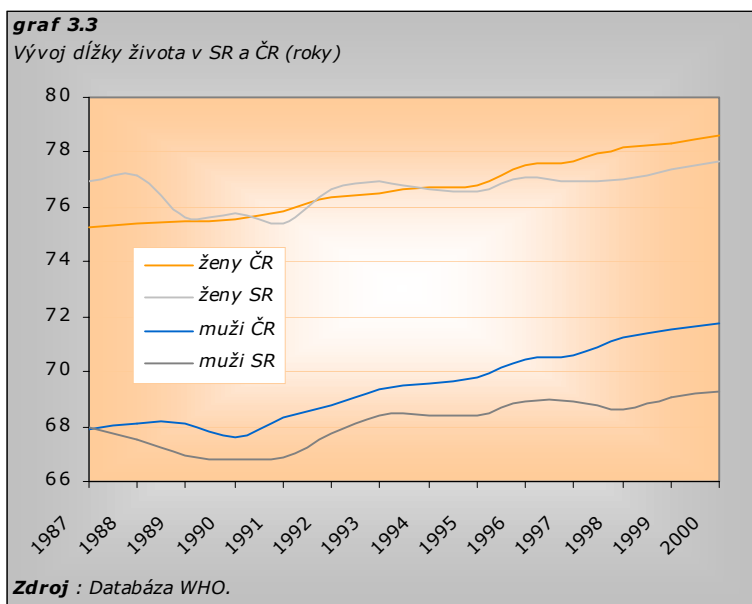
Rozdiely v strednej dĺžke života medzi SR a západnou Európou vznikali postupne. Ešte v roku 1960 boli rozdiely minimálne a ako ukazuje graf 3.2, ešte dva roky po okupácii Československa bol v r. 1970 rozdiel u mužov medzi Slovenskom a EÚ asi jeden a pol roka. Potom však bol vývoj už diametrálne odlišný. Postupné zvyšovanie kvality života i lekárskej starostlivosti v štátoch EÚ viedlo ku kontinuálnemu nárastu, zatiaľ čo na Slovensku – podobne ako v Česku a ostatnom „socialistickom tábore“ – došlo ku stagnácii. Následkom toho, bez ohľadu na nové objavy v oblasti medicíny, dĺžka života mužov v SR bola v r. 1989 rovnaká ako v r. 1970. Po demokratických zmenách koncom roku 1989 svietila nádej na zlepšenie a skutočne medzi rokmi 1990-1993 sa očakávaná dĺžka života mužov i žien zvýšila o

⁷¹ Odhady odborníkov sa rôznia: na základe sčítaní obyvateľstva v r. 1970 a 1980 bol odhadnutý vek dožitia rómskych mužov 55,3 rokov a žien 59,5 rokov (Kalibová, 1989). Aktuálnejšie odhady udávajú pre Rómov strednú dĺžku života 62,4 roka a pre Rómky 71,6 rokov. Rozdiel 6-7 rokov oproti majoritnému obyvateľstvu sa javí ako realistický odhad súčasného stavu.

1,5 až 2 roky. Potom však došlo k spomaleniu rastu, takže v posledných piatich rokoch dĺžka života mužov i žien stúpala len mierne.



Graf 3.3 ukazuje prekvapivý rozdiel v trendoch nádeje na dožitie mužov a žien v Slovenskej a Českej republike. V ČR je nárast dĺžky života mužov výrazný, vďaka čomu Česi už dostihli v dĺžke života poslednú krajinu Európskej Únie – Portugalsko, a v porovnaní so SR sa rozdiel približuje trom rokom. Aj u žien je trend podobný, ale rozdiel v dĺžke života žien v SR a ČR nie je veľký. Dôležitú úlohu môže v tomto porovnaní zohrávať podstatne vyšší podiel izolovaného rómskeho obyvateľstva na Slovensku.



Pri pohľade na grafy 3.2 a 3.3 sa vynára otázka, čo sa dialo v období troch desaťročí 1960-1990, keď východisková situácia dĺžky života bola v r. 1960 v bývalom Československu veľmi podobná krajinám západnej Európy, avšak po 30-tich rokoch činil rozdiel v nádeji na dožitie mužov obývajúcich krajinu EÚ viac ako 6 rokov v neprospech Slovenska. Čo zapríčinilo taký priepastný rozdiel, charakterizujúci dĺžku života v EÚ a SR?

V roku 1968 invázia vojsk krajín Varšavskej zmluvy zlikvidovala nádej na reformovanie komunizmu. Obyvatelia Slovenska boli izolovaní od vývoja v západnej Európe. V tejto situácii sa ľudia sústredili predovšetkým na budovanie vlastných domovov. Veľmi rozšírená bola kategória manuálnych pracovníkov (tzv. kovorofníkov), s nízkymi zárobkami, ktorá si zvyšovala svoje príjmy prácou na poli a záhradkách a

chovaním domácich zvierat. Takýto spôsob života ľudí bol vyčerpávajúci: po oficiálnom zamestnaní znamenal návrat domov prácu na záhrade, starostlivosť o zvieratá, prípadne budovanie nového domu. Dovolenky boli využívané nie na oddych, ale na výstavbu domu či záhradné práce. Relax najmä preťažených mužov spočíval často v pobyte v miestnom pohostinstve a bol spojený s konzumáciou alkoholických nápojov a veľkého množstva cigariet.

Výživa týchto ľudí obsahovala veľké množstvo živočíšnych tukov, hlavne bravčového mäsa. V zimnom a jarnom období potrava obsahovala minimum ochranných látok vzhľadom na nízky príjem čerstvej zeleniny a ovocia. Importované južné ovocie bolo vzácné a pomerne drahé. Mnohé rodiny extrémne sporili na strave, aby ušetrili na kúpu automobilu. Takto sa vytvorila chronická nerovnováha: na jednej strane podmienky pre zvýšenú tvorbu škodlivých kyslíkových radikálov, hrajúcich úlohu v patogenéze cievnych i nádorových ochorení (často znečistené pracovné i životné prostredie, vysoká spotreba cigariet a destilátov) a na druhej strane nízka spotreba ochranných látok zo zeleniny a ovocia, schopných likvidovať zdravie škodlivé radikály.⁷²

Socialistické zdravotníctvo síce zvládlo do značnej miery infekčné ochorenia a podstatne znížilo dojčenskú úmrtnosť, na druhej strane však nedostatok devíz zabránil dovozu modernej diagnostikovej techniky a liečiv. V ekonomicky vyspelých štátoch s trhovým mechanizmom kvalita života a vzdelanostná úroveň stúpala, zvyšoval sa záujem jedinca o vlastné zdravie a kvalitu zloženia stravy. V zdravotníctve sa vedecký pokrok prejavil zvyšovaním úrovne diagnostiky a liečby. Ani tieto úvahy však priepastný rozdiel medzi Západom a Východom úplne nevyvetľujú.

3.1.3 Analýza štruktúry úmrtnosti

Dojčenská úmrtnosť⁷³ významne ovplyvňuje strednú dĺžku života najmä v rozvojových krajinách. V ekonomicky rozvinutých krajinách sa dojčenská úmrtnosť pohybuje okolo 5 (priemer EÚ), v Českej republike sa dojčenská úmrtnosť už približuje priemeru EÚ (5,9), na Slovensku je mierne vyššia (8,6 v r. 2000). Tento faktor však ovplyvňuje dĺžku života v SR iba v menšej miere.

V štruktúre úmrtnosti podľa príčin smrti nedochádza v posledných rokoch v SR k podstatným zmenám. Pre celú populáciu sú najčastejšou príčinou smrti choroby obehovej sústavy (srdcovocievne – kardiovaskulárne choroby), nasledujú nádory, vonkajšie príčiny (poranenia, otravy, vraždy a pod.), choroby dýchacej sústavy a choroby tráviacej sústavy. Týchto 5 najčastejších príčin smrti predstavovalo 94% všetkých úmrtí na Slovensku v r. 2000. Viac ako tri štvrtiny úmrtí zapríčinili poruchy kardiovaskulárneho systému (55%) a zhubné nádory (22,6%). Pre SR je charakteristické, že tieto dve ochorenia ohrozujú už pomerne mladú časť populácie. Významnejším ukazovateľom ako celková úmrtnosť je včasná mortalita, pretože pre celkovú dĺžku života i pre ekonomiku krajiny je tento ukazovateľ rozhodujúci. Výsledná stredná dĺžka života mužov i žien odráža hlavne kardiovaskulárnu a onkologickú mortalitu v pomerne mladom veku. Podľa týchto indikátorov je postavenie SR v porovnaní so západnou Európou veľmi nepriaznivé.

Tabuľka 3.1 zahŕňa najnovšie údaje o včasnej úmrtnosti mužov a žien na choroby srdca a ciev v Európe (pre vekovú kategóriu 0-64 rokov). Postavenie Slovenska je síce lepšie ako v krajinách bývalého ZSSR a v Maďarsku, ale zreteľne horšie ako v krajinách EÚ. Tak napr. celková kardiovaskulárna úmrtnosť mužov i žien je v SR dvojnásobná v porovnaní so susedným Rakúskom a takmer štvornásobná v porovnaní s Francúzskom. Úmrtnosť na ischemickú chorobu srdca (infarkty myokardu) je u mužov štvornásobná a u žien sedemnásobná v porovnaní s Francúzskom. V porovnaní s okolitými krajinami, kde dochádza k zreteľnému poklesu včasnej kardiovaskulárnej mortality, je v SR pokles menší – avšak nádejný. Horšie umiestenie SR v porovnaní s Českom i Poľskom môže súvisieť s vysokým výskytom kardiovaskulárnych rizikových faktorov u rómskej minority v porovnaní s majoritnou populáciou.

box 3.1

HALE – nový ukazovateľ zdravého života

V posledných rokoch sa v materiáloch WHO objavil nový dôležitý ukazovateľ, dĺžka života upravená o zlý zdravotný stav, tzv. DALE (disability-adjusted life expectancy). V poslednom roku došlo k zmene názvu tohto ukazovateľa na zdravú dĺžku života, tzv. HALE (health-adjusted life expectancy). Tento indikátor je kratší ako konvenčná dĺžka života, pretože uvádza iba nádej na roky zdravého života. HALE sa v súčasnosti pohybuje pre mužskú populáciu SR okolo 61,6 rokov, čo znamená, že slovenskí muži strácajú približne 8 rokov zdravého života v dôsledku choroby, invalidity alebo iných prejavov zlého zdravotného stavu. Nad Slovenskom sa v rebríčku HALE nachádzajú aj menej rozvinuté krajiny, ako Kostarika, Spojené arabské emiráty, Jamajka a Kuba. Hodnota HALE pre ženy SR je podstatne vyššia – 66,6 a ich umiestenie v rebríčku WHO je tiež lepšie. Slovenské ženy však strácajú v zlom stave až takmer 11 rokov, čo sa rovná približne 14% celkovej dĺžky života (11% u mužov). (Zdroj: WHO, 2002).

⁷² Zdroj: Ginter (1996)

⁷³ Zomretí do jedného roku života na 1000 živonarodených detí.

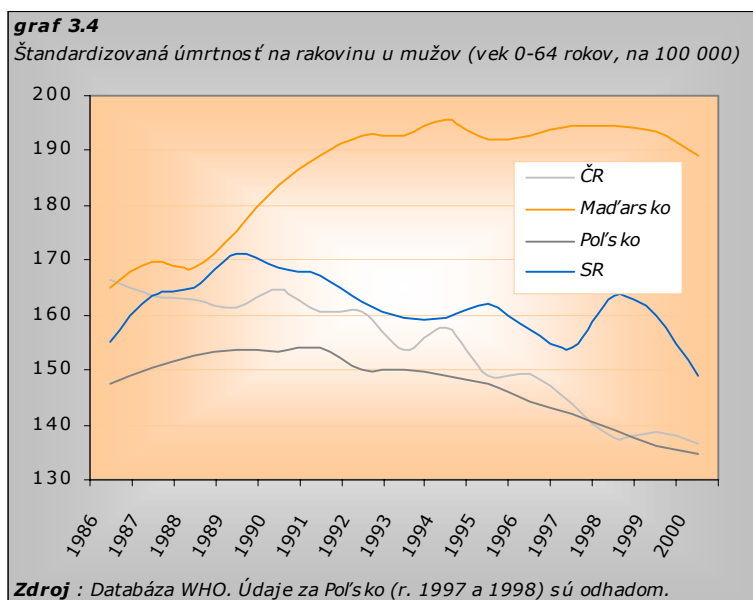
tabuľka 3.1

Včasná úmrtnosť mužov a žien na kardiovaskulárne ochorenia v Európe (štandardizovaná úmrtnosť pre vekový interval 0-64 rokov/na 100 000 obyvateľov; posledné dostupné údaje prevažne z roku 2000)

Krajina	Kardiovaskulárna úmrtnosť celková		Úmrtnosť na ischemickú chorobu srdca	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
Ruská federácia	371	135	224	54
Ukrajina	336	122	208	64
Maďarsko	210	73	108	30
Slovensko	178	57	92	27
Poľsko	164	53	77	17
Česká republika	132	43	73	18
Rakúsko	79	28	46	10
Nemecko	79	28	42	10
Grécko	89	30	54	11
Francúzsko	52	16	22	4

Zdroj: Štatistická ročenka zdravia SR, Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky.

Najčastejšou príčinou úmrtí na srdcovocievne choroby je ischemická choroba srdca (MKCH, I 20-25)⁷⁴, z ktorej úmrtia na akútne infarkt tvoria 1/5. Na druhom mieste sú úmrtia pre cievne choroby mozgu, ktoré predstavujú zhruba 20%-ný podiel z úmrtí na srdcovocievne choroby. Na hypertenznú chorobu zomiera podľa štatistického spracovania úmrtných listov približne 10% osôb.



Graf 3.4 ukazuje veľmi nepriaznivý vývoj včasnej úmrtnosti mužov na všetky druhy nádorov na Slovensku. Slovenskí muži vo veku 25-64 rokov majú v Európe – po Maďarsku, Ruskej federácii a Ukrajine – najvyššiu onkologickú mortalitu. V porovnaní s Gréckom, Anglickom či Švajčiarskom je u nás úmrtnosť mužov na nádorové ochorenia takmer dvojnásobná. Pre tento ukazovateľ je u slovenských mužov typická stagnácia, takže úmrtnosť na rakovinu v r. 2000 bola prakticky rovnaká ako v roku 1986. V okolitých štátoch, s výnimkou Maďarska (napr. v Českej republike, Rakúsku a Poľsku) úmrtnosť mužov na nádory dlhodobo klesá. Na Slovensku možno pozorovať výraznejší pokles až v r. 2000. Úmrtnosť žien na rakovinu je v SR nižšia ako v okolitých štátoch. Včasná úmrtnosť žien na rakovinu prsníka bola na Slovensku dlhodobo nižšia ako v Česku a dokonca aj ako priemer Európskej Únie, ale znepokojujúci je prudký nárast v posledných rokoch.

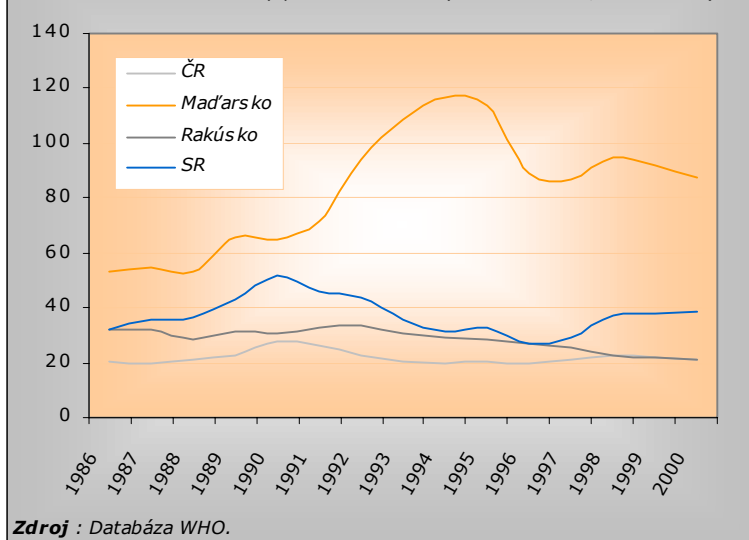
Z vonkajších príčin úmrtnosti sú najčastejšie dopravné nehody, úmyselné ublíženia na zdraví a pády. Štandardizovaná úmrtnosť je mierne vyššia ako v krajinách EÚ, avšak takmer výhradne u mužov. Ženy majú celkovo zhruba štvornásobne nižšiu mortalitu z vonkajších príčin ako muži a v mnohých ohľadoch aj pozitívnejšie štatistiky ako krajiny EÚ. V r. 2000 mali vonkajšie príčiny na svedomí 5,9% všetkých úmrtí (8,7% u mužov, 2,7% u žien).

⁷⁴ MKCH = Medzinárodná klasifikácia chorôb. I 20-25 predstavuje rôzne formy ischemickej choroby srdca.

U žien i mužov v SR dlhodobo klesá úmrtnosť na choroby respiračného systému až na priemernú úroveň krajín EÚ. V roku 2000 však došlo k pomerne výraznému nárastu, keď na ochorenia dýchacej sústavy zomrelo 2912 obyvateľov (nárast o 11% oproti 1999), čo predstavuje 5,5% zomretých. V prepočte na 100 000 obyvateľov to predstavuje u mužov 62,5 úmrtí a u žien 45,8 úmrtí, pričom európsky štandard je u mužov 85 úmrtí a u žien 44 úmrtí.⁷⁵ Choroby dýchacej sústavy sú najčastejšou príčinou pracovnej neschopnosti. Ich podiel na celkovej chorobnosti v roku 2000 bol 46,9%. Na tuberkulózu bolo v roku 2000 hlásených 1111 ochorení, čo bol v porovnaní s rokom 1999 pokles o 111 prípadov.

V poradí piatou najčastejšou príčinou smrti na Slovensku v roku 2000 boli choroby tráviacej sústavy, ktoré spôsobili 2630 úmrtí, čo je 5% zomretých. V prepočte na 100 tisíc obyvateľov to u mužov predstavuje 66,7 úmrtí a u žien 31,7 úmrtí, pričom európsky štandard je u mužov 41,1 úmrtí a u žien 23,7 úmrtí.⁷⁶ Veľmi nepriaznivé sú však údaje o včasnej úmrtnosti mužov i žien na chronické ochorenia pečene a cirhózu. Graf 3.5 ukazuje, že úmrtnosť mužov na tieto príčiny je v SR podstatne vyššia ako v EÚ. Pozoruhodný je nárast úmrtnosti okolo r. 1990, ktorý sa objavil i v Českej republike a možno odráža i politickú nestabilitu tohto obdobia. Znepokojuje nárast úmrtnosti v poslednom období, následkom čoho úmrtnosť mužov na cirhózu je asi 2,5 násobne vyššia ako v EÚ. Tento jav nepochybne súvisí s vysokou spotrebou destilátov, z ktorých po domácky vyrobená časť obsahuje často ďalšie škodlivé látky.

graf 3.5
Úmrtnosť mužov na choroby pečene a cirhózu (vek 0-64 rokov, na 100 000)



Časť údajov je pre SR aj pozitívna: úmrtnosť na choroby nervového systému, na duševné poruchy a samovraždy, ako aj na choroby močovej a pohlavnej sústavy klesá a približuje sa priemeru Európskej únie. Úmrtnosť na infekčné a parazitárne ochorenia je v SR nižšia ako v EÚ.

3.1.4 Chorobnosť obyvateľstva

Štruktúra chorobnosti obyvateľstva SR sa už dlhšiu dobu významnejšie nemení. Prvé miesta si trvale udržiavajú chronické neinfekčné ochorenia, najmä kardiovaskulárne ochorenia a zhubné nádory. Ďalšie miesta zaujímajú úrazy, ochorenia dýchacej a tráviacej sústavy a diabetes, ktorého incidencia prudko stúpa. Zreteľne sa zvyšujúci trend majú psychiatrické ochorenia, ktoré sú na treťom mieste medzi príčinami invalidizácie. Zvyšuje sa počet drogovovo závislých, ako aj výskyt syfilisu. Výskyt AIDS je zatiaľ na Slovensku výrazne nižší ako v celej Európskej únii. Klesá výskyt vírusovej hepatitídy A a najmä B, ktorej výskyt je vďaka očkovaní prakticky rovnaký ako v EÚ.

Kardiovaskulárne ochorenia

Choroby obehovej sústavy (CHOS) predstavujú cca 3-4% z počtu ukončených prípadov práceneschopnosti (PN) pre chorobu a úrazy zo všetkých príčin priznaných prípadov PN. V r. 2000 bolo

⁷⁵ Zdroj: ŠÚ SR, WHO.

⁷⁶ Detto.

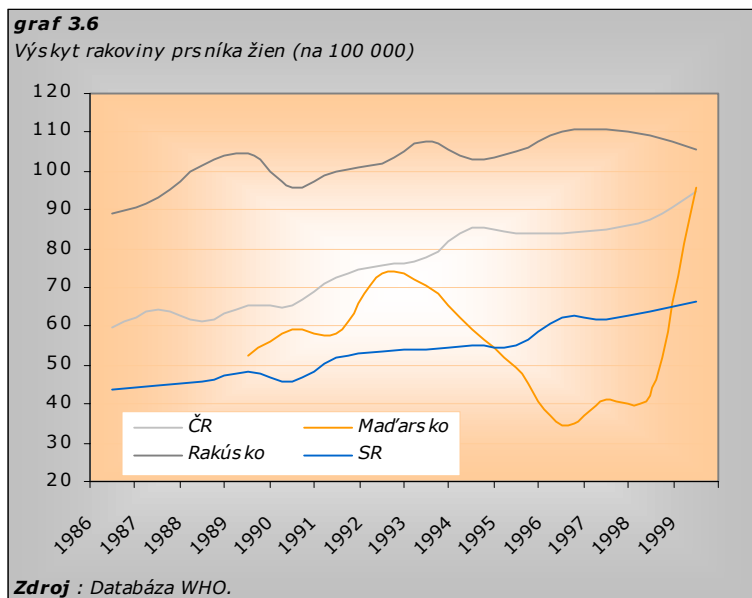
na 100 000 poistencov evidovaných 2419 prípadov PN pre CHOS, čo je oproti r. 1990 výrazný pokles. V r. 1990 bolo evidovaných 3354 prípadov u mužov a 3582 u žien na 100 000 poistencov.

Takmer 50% PN z CHOS je priznaných pre hypertenznú chorobu (vysoký krvný tlak). Kým PN pre cievne choroby mozgu a ischemické choroby srdca (a z nich na infarkt myokardu) vykazujú pokles, PN pre hypertenznú chorobu má naďalej stúpajúci trend, viac v neprospech žien. Najexponovanejšou skupinou sú ženy vo veku 50-59 rokov, ktoré frekvenciou 4000 prípadov PN na 100 000 poistencov v r. 1999 prevýšili mužov tej istej vekovej skupiny takmer o 1/3.

Onkologické ochorenia

V posledných desaťročiach sa postupne menil podiel jednotlivých lokalizácií a ich typov zo všetkých zhubných nádorov. Kým okolo roku 1970 mali u príslušníkov oboch pohlaví spolu dominantné postavenie nádory žalúdka, v rokoch 1980 – 1994 zhubné nádory pľúc, v posledných rokoch sa na prvé miesto dostali nádory hrubého čreva a konečníka (kolorektálne karcinómy). Výskyt a úmrtnosť na zhubné nádory hrubého čreva javili prudký vzostup najmä u mužov, v posledných rokoch majú tendenciu k stabilizácii. Zhubné nádory konečníka zaznamenali takisto markantný vzostup, najmä u mužov. Práve v prípade nádorov hrubého čreva a konečníka (obe lokalizácie sa uvádzajú spolu, pretože ide vlastne o jeden orgán) treba očakávať rýchly vzostup i v budúcnosti a treba sa zamerať na ich prevenciu hlavne intervenciami vo výžive obyvateľstva.

Zhubné nádory prsníkov u žien zaznamenávajú za posledné obdobie prudký vzostup, tak ako v iných vyspelých krajinách, i keď zatiaľ SR nedosahuje také hodnoty incidencie ako v západnej a severnej Európe a severnej Amerike. Stúpajúci trend je podobný v celej strednej Európe (pozri graf 3.6), pričom Rakúsko a Česká republika sú na tom ešte horšie. Aj v budúcich rokoch treba počítať s ďalším vzostupom incidencie a pravdepodobne i mortality na tieto nádory vzhľadom na zvyšovanie priemerného veku a celý rad nepriaznivých faktorov, predovšetkým fajčenie žien (a to aj počas tehotenstva), vyšší vek žien pri prvom pôrode, klesajúci počet pôrodov, konzumácia alkoholu a pod. Vývoj mortality na nádory prsníkov sa v posledných rokoch podarilo stabilizovať, ale existujú ešte veľké rezervy. Vysoký počet žien – takmer polovica – prichádza k lekárovi v pokročilom stave ochorenia, keď sú vyhliadky na úspešnú liečbu veľmi nízke. Treba uviesť, že v mnohých vyspelých štátoch sa podarilo nielen udržať na rovnakých hladinách, ale i znížiť počet zomretých, napriek prudkému stúpaniu a vysokým počtom ochorení na nádory prsníkov, dobre cieleňou a organizovanou sekundárnou prevenciou.



Kým s problémom incidencie a mortality zhubných nádorov krčka maternice sa vo väčšine vyspelých krajín už dávnejšie vyrovnali (ide o ochorenie, ktoré možno v ranom štádiu plne liečebne zvládnuť), s vývojom v Slovenskej republike nemôže byť, aj napriek poklesu oboch ukazovateľov v posledných rokoch, spokojnosť. Slovensko má stále v porovnaní s inými štátmi malý podiel nádorov zachytených preventívnymi prehliadkami vo veľmi rannom, tzv. „in situ“ štádiu⁷⁷. Na zhruba 900 invazívnych

⁷⁷ Nález zachytený v rannom štádiu v mieste svojho vzniku.

nádorov⁷⁸ pripadá v súčasnosti asi 300 in situ nádorov, kým vo vyspelých krajinách majú tieto skoré štádiá naopak výraznú prevahu. Je zrejme, že sekundárna prevencia tohto ochorenia je u nás nevyhovujúca a počet vyšetrení nekoreluje s výsledkami, pretože nepokrývajú rovnomerne a pravidelne celú populáciu.

Napriek markantnému vzostupu výskytu a mortality na nádorové ochorenia u dospelých osôb, počty novozistených ochorení u detí vo veku 0 – 15 rokov sa za posledných 30 rokov veľmi nezmenili. Ročne bolo nahlásených 170-180 nových ochorení, v posledných rokoch toto číslo kleslo na necelých 150. Na poklese výskytu sa pravdepodobne podieľa aj pokles počtu detí v populácii.⁷⁹

V 21. storočí sa všeobecne očakáva onkologická časovaná bomba (tzv. oncological time bomb). Prudký nárast onkologických ochorení bude zrejme súvisieť s poklesom kardiovaskulárnych ochorení a úmrtí vďaka očakávanej úspešnosti preventívnych programov a tým predĺžením veku starých ľudí v populácii. K rastu počtu onkologických ochorení a úmrtí prispieje aj rozvoj pandémie AIDS, pretože zvládnutím banálnych infekcií, osoby postihnuté týmto ochorením zomierajú stále častejšie na zhubné nádory.

Poranenia, otravy a iné následky vonkajších príčin

V roku 1990 bolo evidovaných 287 569 úrazov, z ktorých 55 868 (20%) bolo pracovných. V roku 2000 bolo registrovaných 87 788 úrazov, čo je v porovnaní s rokom 1990 pokles o takmer 70%. Pracovné úrazy poklesli na 22 116, čo je pokles o 60%. Oproti roku 1990 poklesol v roku 2000 aj počet smrteľných úrazov z 229 na 88 (o 60%).

⁷⁸ Nádory v pokročilom štádiu, ktoré prerastajú z miesta svojho vzniku do okolitých tkanív.

⁷⁹ Zdroj: Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky (ÚZIS).