

**Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky
2014 - 2030**

Obsah

ÚVOD	3
1 MEDZINÁRODNÝ KONTEXT	5
2 ANALÝZA VÝKONNOSTI ÚROVNE SLOVENSKEHO ZDRAVOTNICTVA	14
3 DEMOGRAFICKÝ VÝVOJ	18
4 STRATEGICKÉ ZÁMERY	21
4.1 VEREJNÉ ZDRAVOTNÍCTVO	21
4.2 INTEGROVANÁ AMBULANTNÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ	22
4.3 ÚSTAVNÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ	23
5 KEJČOVÉ UKAZOVATELE STAVU ZDRAVIA A ZDRAVOTNICTVA A NÁSTROJE ZMENY	24
6 MONITOROVACÍ SYSTÉM	36
7 ZDROJE FINANCOVANIA	37
7.1 VEREJNÉ ZDRAVOTNÉ POISTENIE	37
7.2 ZDROJE ŠTÁTNEHO ROZPOČTU	37
7.3 ŠTRUKTURÁLNE FONDY PRE PROGRAMOVÉ OBDOBIE 2007 - 2013	38
7.4 ŠTRUKTURÁLNE A INVESTIČNÉ FONDY PRE PROGRAMOVÉ OBDOBIE 2014 - 2020	38
7.5 DRUHÝ AKČNÝ PROGRAM SPOLOČENSTVA V OBLASTI ZDRAVIA (2008 – 2013)	38
7.6 TRETÍ AKČNÝ PROGRAM EÚ PRE OBLASŤ ZDRAVIA NA ROKY 2014 – 2020	39
7.7 VEREJNO-SÚKROMNÉ PARTNERSTVÁ	40
ZÁVER	43

Úvod

Strategický rámec v oblasti zdravia pre roky 2014 – 2030 predstavuje základný dokument, ktorý by mal v strednodobom a dlhodobom horizonte určovať smerovanie štátnej politiky zdravia na Slovensku.

Kľúčové rozhodnutia v oblasti starostlivosti o zdravie boli v minulosti často pripravované bez dostatočného porozumenia a identifikovania skutočných problémov. Ambíciou tohto dokumentu je na základe metodického postupu identifikovať reálne problémy slovenského zdravotníctva, nájsť merateľné ukazovatele a stanoviť dosiahnuteľné ciele do roku 2030. Následne budú identifikované kľúčové nástroje pre dosiahnutie týchto cieľov. Spôsob implementácie týchto nástrojov budú tvoriť jednotlivé stratégie, vyplývajúce zo strategického rámca, ktoré budú pripravované a implementované následne.

Snahou ministerstva zdravotníctva bude uplatňovať princíp Zdravia vo všetkých politikách (z anglického Health in All Policies - HiAP)¹, a teda spolupracovať pri tvorbe a presadzovaní štátnej politiky zdravia so všetkými sektormi na dosiahnutie stanovených cieľov.

Je dôležité pripomenúť, že predkladaný Strategický rámec nemá ambíciu zostávať do r. 2030 nemenným z hľadiska nástrojov zmien, ale na základe relevantných a podložených argumentov bude pravidelne prehodnocovaný a jednotlivé realizačné stratégie môžu byť eventuálne korigované. Preto je potrebné vnímať aj tento dokument ako dynamický materiál, ktorý môže byť v budúcnosti doplňovaný na základe nových poznatkov.

Prvá časť dokumentu pomenúva spoločné priority členských krajín Svetovej zdravotníckej organizácie pre európsky región WHO Europe v oblasti zdravotníctva, ktoré sú súčasťou dokumentu Zdravie 2020 (Health 2020). Tieto priority sú základným východiskom stanovenia priorít aj pre zdravotníctvo na Slovensku.

Druhá časť sa zaoberá analýzou súčasného stavu z pohľadu efektívnosti zdravotníctva na Slovensku (*prebraté zo štúdie Inštitútu finančnej politiky Ministerstva financií SR Málo zdravia za veľa peňazí*) a pomenúva mimoriadne nízku efektívnosť súčasného systému na Slovensku.

Tretia časť popisuje očakávaný demografický vývoj na Slovensku do roku 2050 a odhaduje dopad starnutia populácie na zdravotníctvo na Slovensku. Zároveň definuje kľúčové faktory, ktorými Slovensko musí reagovať na zhoršujúci sa demografický vývoj.

Štvrtá časť sa zaoberá stanovením strategických zámerov v troch prioritných oblastiach zdravotníctva, ktorých realizácia by sa mala začať v čo najkratšom čase.

¹ HiAP je prístup k tvorbe zdravotnej stratégie, ktorá si kladie za cieľ zahrnúť zdravotné aspekty pri tvorbe politik v rôznych sektoroch, ktoré majú vplyv na zdravie. Patrí sem doprava, poľnohospodárstvo, využitie pôdy, bývanie, verejnej bezpečnosti a vzdelávanie.

Piata sekcia identifikuje kľúčové oblasti a ukazovatele stavu slovenského zdravotníctva, jeho porovnanie s krajinami OECD ako našimi referenčnými krajinami. Sú zoskupené do piatich celkov, a to zdravotný stav obyvateľstva, podpora verejného zdravia, všeobecná/ambulantná starostlivosť, ústavná zdravotná starostlivosť a elektronické zdravotníctvo. V tejto časti sú zadané aj cieľové parametre jednotlivých ukazovateľov pre rok 2030. Zároveň sú tu identifikované základné nástroje, ktorými je možné tieto cieľové ukazovatele postupne naplniť. Po identifikácii nástrojov na dosiahnutie stanovených parametrov budú pre každý nástroj pripravené implementačné stratégie, ktorých realizáciu a monitorovanie bude zastrešovať Ministerstvo zdravotníctva SR.

Ďalšia časť popisuje monitorovací systém, ktorý bude implementovaný z dôvodu sledovania zmien jednotlivých indikátorov, napĺňania a realizácie jednotlivých stratégií a zároveň bude pravidelne aktualizovať tento strategický rámec.

V poslednej časti sú predstavené rôzne zdroje financovania implementácie realizačných stratégií.

1 Medzinárodný kontext

V roku 2012 odsúhlasilo 53 členských štátov z európskeho regiónu WHO nový spoločný politický rámec – Zdravie 2020.

Spoločné ciele tohto rámca sú:

1. významným spôsobom zlepšiť zdravotný stav a prosperitu populácie,
2. znížiť zdravotné nerovnosti²,
3. posilniť verejné zdravie,
4. zaistiť, že zdravotné systémy orientované na ľudí sú univerzálne, udržateľné, spravodlivé a vysoko kvalitné.

Politika Zdravie 2020 je založená na štyroch prioritných oblastiach politických opatrení:

- investícia do zdravia počas celého životného cyklu a vytváranie možností pre posilňovanie zodpovednosti obyvateľov za zdravie,
- riešenie najväčších zdravotných výziev v regióne: neprenosných a prenosných ochorení,
- posilňovanie zdravotných systémov, posilňovanie kapacít verejného zdravotníctva a pripravenosti, surveillance³ a schopnosti reagovať na núdzové situácie,
- vytvorenie zdravých komunit a podporného prostredia pre zdravie ľudí.

V duchu súdržnosti a zhody vychádzajú uvedené štyri ťažiskové oblasti z kategórií, podľa ktorých sú určované priority a programy WHO. Tieto kategórie na globálnej úrovni schválili členské štáty a sú upravené s ohľadom na osobitné požiadavky a skúsenosti európskeho regiónu. Sú tiež zosúladené s relevantnými stratégiami a akčnými plánmi WHO na regionálnej a globálnej úrovni.

Štyri prioritné oblasti sú navzájom prepojené, od seba závislé a vzájomne sa podporujúce. Napríklad aktivity zamerané na podporu správneho životného štýlu a zodpovednosti ľudí za svoje zdravie môžu pomôcť zvládnuť epidémiu neprenosných chorôb. Aj takéto zdanlivo nie medicínske, ale verejno–zdravotnícke opatrenia pomôžu zamedziť nárastu nových neprenosných chorôb a zlepšiť aktuálny stav chorých na tzv. moderné civilizačné choroby – obezita, onkologické ochorenia, kardiovaskulárne ochorenia, hypertenzia, poruchy skeletu, metabolické ochorenia a pod. Vlády pomocou týchto opatrení dosiahnu vyšší efekt s priaznivým dopadom na zlepšenie verejného zdravia.

² Ako nerovnosť v zdraví sa definujú rozdiely v zdravotnom stave medzi rôznymi skupinami v rámci populácie, ktorým je možné predchádzať

³ epidemiologická metóda monitorovania

Predpokladom je však prepojenie jednotlivých rezortných politík, investícií a služieb, ktoré sa zamerajú na zníženie nerovností.

Riešenie uvedených priorít vyžaduje kombináciu riadiacich prístupov, ktoré podporujú zdravie, rovnosť a prosperitu. Prístupy k navodeniu zmien budú zahŕňať centrálné riadenie prostredníctvom politiky tvorby verejného zdravia, ako aj pomocou nových foriem spolupráce s organizáciami občianskej spoločnosti, s nezávislými agentúrami a odbornými poradcami.

Prioritná oblasť 1: Investícia do vlastného zdravia počas celého životného cyklu a vytváranie možností pre posilňovanie zodpovednosti občanov za zdravie.

Podpora dobrého zdravotného stavu občanov počas celého životného cyklu vedie k zvýšeniu predpokladanej dĺžky života a k dlhovekosti, ktoré môžu prinášať ekonomické, spoločenské a individuálne prínosy. Prebiehajúca demografická transformácia vybudovať efektívnu stratégiu zdravej životosprávy, ktorej prioritou budú nové prístupy k podpore zdravia a prevencie vzniku spoločensky závažných ochorení. Podporovanie zdravia by sa malo začínať už počas tehotenstva a ranného detstva, neskôr počas vyššieho veku človeka, čím sa dostávame k naplneniu cieľa aktívneho starnutia a k zvýšeniu dlhovekosti. Zdravé a aktívne starnutie populácie je politickou prioritou a významnou výskumnou prioritou.

Programy podpory zdravia založené na princípoch zapojenia ľudí do aktivít posilňujúcich ich mentálne a fyzické kapacity predstavujú individuálny a spoločenský prínos (vytváranie lepších podmienok pre zdravý spôsob života, zlepšenie zdravotnej gramotnosti, podpora samostatnosti a pod.). Zaistenie dostatku a finančnej dostupnosti zdravých potravín a výživy v priebehu života je jedným z nástrojov v boji s epidémiou obezity, rastom kardiovaskulárnych ochorení a diabetu. Ďalším významným spôsobom na zachovanie vitality je pestovanie povedomia a realizácia primeraných pravidelných pohybových aktivít v jednotlivých obdobiach života v súlade s európskymi politikami v oblasti predchádzania a prevencie pred spoločensky závažnými ochoreniami nefarmakologickými intervenciami.

Významnou úlohou štátu by mal byť urýchlený rozvoj ubytovacích kapacít s poskytovaním základnej dlhodobej zdravotnej starostlivosti, a to vo všetkých regiónoch Slovenska. Vznik zariadení takého typu by prispel k výraznej eliminácii vysokých finančných nákladov na zdravotnú starostlivosť dlhodobo chorých pacientov, ako aj na seniorskú starostlivosť. V súlade so zámerom sfunkčnenia integrovaného modelu zdravotnej starostlivosti je tiež potrebné zvyšovanie vlastnej zodpovednosti ľudí za prevenciu situácie odkázanosti na pomoc iných a rovnako je zodpovednosťou verejných autorít na rozličných úrovniach podporovať presadzovanie tohto záujmu (cez osvetovú a preventívnu činnosť) a následne poskytovať kvalitné a udržateľné služby v prípade, že k takejto odkázanosti dôjde.

Nákladovo efektívne politické riešenia môžu priamo ovplyvniť zlepšovanie zdravia ľudí a ich prosperitu, pričom skúsenosti a dôkazy z praxe týkajúce sa programov podpory

zdravia a národných stratégií pre hlavné skupiny ochorení ako sú napr. kardiovaskulárne ochorenia alebo diabetes mellitus, svedčia o rastúcom trende v celom európskom regióne. Sú dôkazom, že prepojenie vládnych zámerov, programov zlepšovania životného prostredia a prístupov, ktoré zvyšujú význam kontroly a zodpovednosti, môžu byť úspešné.

Dôležité je aj posilňovanie programov podpory duševného zdravia. Každý štvrtý človek v európskom regióne trpí v priebehu života nejakou formou poruchy duševného zdravia. Osobitnú pozornosť si zaslúži podpora včasnej diagnostiky depresí a prevencia samovrážd iniciovaním komunitných intervenčných programov. Výskumy vedú k lepšiemu porozumeniu negatívnych prepojení medzi problémami duševného zdravia so sociálnou marginalizáciou, nezamestnanosťou, bezdomovectvom, alkoholizmom a užívaním iných návykových látok; čoraz aktuálnejšie sú aj nové formy závislostí týkajúce sa virtuálneho internetového sveta. V kontexte zdravotných dopadov v súvislosti s užívaním a zneužívaním legálnych a nelegálnych drog je nevyhnutné rešpektovanie a realizácia národných programov - národná protidrogová stratégia SR, národný akčný plán pre problémy s alkoholom a národný akčný plán na kontrolu tabaku.

Závažným problémom v prevencii a liečbe duševných chorôb je sociálna izolácia seniorov (žijúcich osamele, resp. v domovoch sociálnych služieb), ich pocit životnej a sociálnej záťaž pre rodinu a spoločnosť.

Charakteristickým javom demografického vývoja v Slovenskej republike je starnutie populácie, ktoré je dôsledkom hlavne výrazne dlhodobej klesajúcej pôrodnosti a stabilizácii mier úmrtnosti v posledných rokoch.

Zdravý štart do života by mal byť najvyššou prioritou každej civilizovanej spoločnosti. Na jeho základe sa môžu rozvinúť stratégie ovplyvňujúce zdravie mladých ľudí, previazané s ich sociálnym prostredím. Od formovania základných zdravotných návykov v materských školách, cez rozvoj sociálnych zručností, ochranu proti rizikovým faktorom typickým pre mladosť, vekové skupiny detí, mládeže a dospelých si kvôli svojej špecifickosti vyžadujú zvýšenú pozornosť i osobitý prístup. Ambíciou je ponúknuť mladej generácii to najlepšie, čo ochrana zdravia ponúka, zohľadňujúc princípy rovnosti a participatívneho riadenia zdravia.

Voľba zdravšieho životného štýlu úzko súvisí aj s oblasťou zabezpečovania zdravých potravín a výživy počas života občanov. Podľa výsledkov epidemiologických štúdií na medzinárodnej i národnej úrovni škodlivé faktory vo výžive, ako sú napríklad nadmerný energetický príjem, zvýšený príjem nasýtených mastných kyselín, znížený príjem nenasýtených mastných kyselín, znížený príjem vlákniny, znížený príjem antioxidantov, nedostatočný príjem minerálnych látok, najmä vápnika, draslíka, horčíka, jódu a niektorých mikronutrientov ako selénu, nadmerný príjem sodíka (vo forme kuchynskej soli), významne ovplyvňujú výskyt chorôb neinfekčnej povahy.

Z výsledkov celoslovenského monitoringu vybraných skupín dospeléj populácie, vykonávaného orgánmi verejného zdravotníctva v Slovenskej republike v r. 2009 - 2012 vyplynulo, že stravovanie nášho obyvateľstva je stále energeticky bohaté, s veľkou

spotrebou živočíšnych tukov a bielkovín, čo má priamy dopad na zvýšenie nadváhy a obezity a vysokých hladín lipoproteinového metabolizmu, v závislosti od pohlavia a veku. Spotreba tukov preyšuje odporúčané výživové dávky pre obyvateľov SR (OVD) v niektorých prípadoch až o 40%, spotreba bielkovín približne o 45% a spotreba kuchynskej soli je vyššia v niektorých prípadoch až o 50 %, ako je odporúčaný denný príjem (5 g/deň).

V tejto súvislosti je potrebné zabezpečiť dostupnosť zdravých potravín a zdravej výživy s ohľadom na zloženie, označovanie, výchovu obyvateľstva a aktívnu spoluprácu všetkých rezortov. Dôležité je dosiahnutie zmeny zloženia niektorých potravín, najmä čo sa týka rizikového obsahu látok ako soli, nasýtených tukov (trans mastné kyseliny) a cukru, označovania takýchto potravín (napr. výživové a zdravotné tvrdenia), ich marketingu (reklama a internetová reklama) a ekonomického prínosu. Zachovanie a rozvíjanie výchovno–vzdelávacej a poradenskej činnosti obyvateľstva prostredníctvom orgánov verejného zdravotníctva je rovnako nevyhnutné na zvyšovanie povedomia o zdravej výžive.

Prioritná oblasť 2: Riešenie najväčších zdravotných výziev v regióne: neprenosných a prenosných ochorení.

Strategické zameranie sa na zdravý spôsob života tak mladej ako staršej populácie je dôležitým prvkom v nastavení perspektívy znižovania chorobnosti obyvateľstva. Na programy tohto charakteru môže prispievať široká škála zainteresovaných strán. Pre úspešnosť však bude nevyhnutná koordinácia všetkých rezortov vlády SR. Výsledkami tohto programu by mali byť činnosti od legislatívneho charakteru až po rozvoj rôznych grantových schém, ktoré budú výsostne zamerané na plnenie programových cieľov. Spektrum opatrení by sa malo pohybovať od propagačných aktivít až po konkrétne zdravotnícke opatrenia, týkať by sa malo aj zmien v zdravotnom poistení. Dôležitý bude rozvoj zdravotnej gramotnosti u mladej populácie až po integráciu úsilia pri tvorbe duševného a telesného zdravia, ako aj výchovy k zodpovednému rodičovstvu. U seniorov bude veľmi dôležité zapájanie sa do iniciatív zameraných na aktívne a zdravé starnutie, ktoré bude prispievať k zdravšiemu a kvalitnejšiemu strávenému životu ľudí v dôchodcovských kategóriách a k ich dlhodobej samostatnosti.

Pre úspešné zvládnutie vysokého výskytu neprenosných chorôb je nevyhnutná kombinácia zdravotníckych a iných prístupov. Program Zdravie 2020 podporuje zavádzanie integrovaných vládnych a spoločenských prístupov, pretože sa ukazuje, že opatrenia na ovplyvnenie správania sa jednotlivcov majú obmedzený efekt. Incidencia tzv. neprenosných chorôb je úzko spojená s pôsobením jednotlivých sociálnych a environmentálnych faktorov na zdravie obyvateľstva.

Neprenosné ochorenia

Zhruba od polovice 20. storočia sa v Európe aj na Slovensku výrazne zvýšil výskyt chronických neinfekčných ochorení. Zapríčiňujú v Európe, ale aj v Slovenskej republike, prevažnú časť úmrtí a chorobnosti. Chronické neinfekčné ochorenia v Slovenskej republike tvoria viac ako 80% úmrtnosti, chorobnosti a invalidizácie.

Najväčšie percento zo všetkých príčin úmrtnosti predstavujú choroby obehovej sústavy a nádorové ochorenia. Väčšine týchto ochorení sa dá predchádzať prevenciou. S cieľom zníženia výskytu týchto ochorení a ich následných komplikácií je potrebné hľadať rizikové faktory v životnom a pracovnom prostredí, v samotnom správaní sa jednotlivca a v jeho životnom štýle. Ovplyvniteľné rizikové faktory chronických neinfekčných ochorení priamo súvisiace so životným štýlom zohrávajú z hľadiska zdravotného stavu obyvateľstva významnú úlohu. Medzi najznámejšie patria: fajčenie, nesprávne stravovacie návyky, nedostatočná fyzická aktivita, nadmerný príjem alkoholu, užívanie psychoaktívnych látok, psychosociálny stres. S týmito faktormi priamo súvisí nadváha, obezita, diabetes mellitus, metabolický syndróm, hypertenzia, zubný kaz a iné. Dôležitá je minimalizácia týchto rizikových faktorov formou primárnej prevencie, ktorá sa dá realizovať iba za predpokladu, že jedinec bude mať záujem o vlastné zdravie.

Medzi najčastejšie sa vyskytujúce chronické neinfekčné ochorenia v Slovenskej republike patria srdcovocievne, nádorové, ochorenia tráviacej sústavy, z pľúcnych chorôb je to najmä chronická obštrukčná choroba pľúc a astma, ďalej sú to úrazy, poranenia, otravy, ochorenia pohybového aparátu a neustále sa zvyšujúci počet ochorení na diabetes mellitus a psychiatrických ochorení.

V budúcnosti treba počítať s nárastom neinfekčných chronických ochorení, najmä diabetu a nádorových ochorení podmienených starnutím populácie. Preto vzniká potreba zvýšeného, zlepšeného monitoringu, dohľadu a hodnotenia neprenosných ochorení. Intervencie smerujúce k celej populácii v oblasti prevencie môžu priviesť najväčšie prínosy pre obyvateľstvo v oblasti zdravia. Je zrejmé, že investície do preventívnych programov vedú k zníženiu mortality a majú tak jednoznačne ekonomický prínos, preto sú dôležité a treba im venovať pozornosť.

Prenosné ochorenia

Žiadna krajina si nemôže dovoliť nevenovať pozornosť problému prenosných chorôb a musí neprestajne zabezpečovať dodržiavanie najvyšších štandardov. Pre európsky región sú kľúčové nasledovné oblasti:

- Budovanie kapacít v oblasti informatizácie a stáleho dohľadu na zavedenie medzinárodných zdravotných predpisov, zlepšenie výmeny informácií a prípadné budovanie spoločných postupov pre dohľad zapojením orgánov kontroly verejného zdravia, veterinárneho dozoru a úradnej kontroly potravín pri produkcii zdravých potravín, potravinárstva a poľnohospodárstva pre lepšiu kontrolu infekčných chorôb, ktoré môžu byť prenášané zo zvierat na človeka, vrátane objavujúcich sa infekčných ochorení, rezistentných mikroorganizmov a vodou šíriteľných alimentárnych infekcií.
- Riešenie závažných vírusových, bakteriálnych, parazitárnych a hubových (mikroskopické huby) hrozieb: uplatňovanie regionálnych politík a akčných plánov na boj proti rezistencii voči antibiotikám, antimykotikám, antiparazitikám a virostatikám, zabránenie vzniku a šíreniu rezistentných mikroorganizmov a infekcií prostredníctvom obozretného používania antibiotík a kontrolou infekcií; zaistenie zdravotnej bezchybnosti základných

komodít, akými sú voda a potraviny; dosiahnutie a udržiavanie odporúčaných imunizácií ako spôsobu prevencie proti niektorým ochoreniam a dosiahnutie regionálnej aj globálnej eliminácie ochorení, akými sú napríklad detská obrna, osýpky, rubeola; plná kontrola závažných ochorení ako je tuberkulóza, HIV, chronické vírusové hepatitídy B a C a vtáčia chrípka a zaistenie, aby mala celá populácia, vrátane zraniteľných skupín, prístup do systému zdravotnej starostlivosti. Je potrebné viesť korektnú, pravidelnú a argumentačne silnú iniciatívu na podporu čo najvyššej zaočkovanosti populácie proti infekčným chorobám a udržať už zavedený vysoký štandard zaočkovanosti populácie proti vysoko nákazlivým chorobám nielen s prihliadnutím na zdravie očkovaných jedincov, ale aj ostatných jedincov žijúcich v komunite.

Z dôvodu migrácie obyvateľov SR za oddychom, ale aj za prácou i do krajín s rizikom infekčných chorôb u nás sa nevyskytujúcich, zabezpečiť informovanie obyvateľov pred takýmito cestami a upozorňovať na dôsledky rizikového správania sa v takýchto oblastiach. Rovnakú pozornosť treba venovať aj opačnej migrácii obyvateľov z rizikových oblastí na územie SR.

Prioritná oblasť 3: Posilňovanie zdravotných systémov, v centre záujmu ktorých sú ľudia, posilňovanie kapacít verejného zdravotníctva a pripravenosti, surveillance a schopnosti reagovať na núdzové situácie.

Dosiahnutie vysoko kvalitnej starostlivosti a zlepšenie výsledkov v zdravotníctve si vyžaduje zdravotnícke systémy, ktoré sú finančne udržateľné, pokrývajúce potreby s dôrazom na ľudí a prijímanie aj aplikáciu najnovších vedeckých poznatkov. Všetky krajiny sa musia prispôbovať meniacej sa demografickej situácii a vývoju spektra jednotlivých druhov ochorení, najmä z oblasti duševného zdravia, chronických a civilizačných ochorení súvisiacich so starnutím. Tieto skutočnosti si vyžadujú reštrukturalizáciu systémov poskytovania zdravotnej starostlivosti smerom k prevencii, podpore neustáleho zlepšovania kvality a integrácii služieb, zabezpečeniu kontinuity, odbornej a finančnej efektivity zdravotnej starostlivosti a zmenu miesta poskytovania zdravotnej starostlivosti čo najbližšie k domácejmu prostrediu kvôli bezpečnosti a nákladovej efektívnosti. V blízkej budúcnosti by pre efektívnosť liečby mal byť zvýraznený a dávaný do popredia potenciál cielej terapie tzv. personalizovanej medicíny.

Mnoho krajín dosiahlo univerzálne pokrytie, ale ešte stále je potrebné znižovať dopad vysokých súkromných výdavkov na zdravie. Je dôležité zabezpečiť dlhodobú udržateľnosť a odolnosť voči hospodárskym cyklom, voči ponukou ťahaným nákladom a eliminovať nevhodné výdavky pri poskytovaní primeranej úrovne finančnej ochrany. Hodnotenie zdravotníckych technológií a zabezpečenie mechanizmov kvality sú obzvlášť podstatné pre zachovanie transparentnosti a zodpovednosti zdravotníckeho systému a sú neoddeliteľnou súčasťou kultúry bezpečnosti pacientov.

Rámec Zdravie 2020 potvrdzuje záväzky v oblasti prístupu k všeobecnej zdravotnej starostlivosti ako základu zdravotných systémov 21. storočia. Primárna zdravotná

starostlivosť môže riešiť potreby dnešnej doby podporou a vytváraním priaznivého prostredia pre vznik úspešných partnerstiev a podporovania ľudí, aby sa sami podieľali na nových postupoch ako v prevencii, liečbe, tak aj v starostlivosti o vlastné zdravie. Na primárnu prevenciu⁴ nadväzuje sekundárna prevencia, ktorej úlohou, resp. poslaním, je vyhľadávanie skorých štádií porúch zdravia preventívnymi prehliadkami a skríningovými programami s cieľom zlepšenia šancí na úspešnosť liečby a terciárna prevencia, ktorá sa zameriava na prinavrátenie zdravia po prepuknutí ochorenia, a to starostlivosťou, ošetrovaním, liečbou či zmiernením prejavov ochorenia alebo jej symptómov.

Plné využitie nástrojov a inovácií 21. storočia ako komunikačných technológií (digitálne záznamy, telemedicína a eHealth) a sociálnych médií sa môže podieľať na lepšej a nákladovo efektívnejšej starostlivosti. Dôležitým princípom je vnímanie pacienta ako partnera pri zachovaní zodpovednosti za výsledok jeho liečby.

Podstatou fungovania zdravotných systémov 21. storočia je pružnejšia, kvalifikovanejšia a tímová spolupráca. Takýto koncept zahŕňa: tímové poskytovanie starostlivosti; nové formy poskytovania zdravotnej starostlivosti (zahrňujúce domácu starostlivosť a dlhodobú starostlivosť); postupná úprava kompetencií zdravotníckych pracovníkov; pacientovu starostlivosť o vlastné zdravie; zlepšovanie strategického plánovania, manažmentu, spolupráce medzi sektormi vysokej odbornosti a finančnej efektívnosti. Ide o novú integrovanú pracovnú kultúru, ktorá podporuje nové formy spolupráce medzi odborníkmi v oblasti verejného zdravia a zdravotnej starostlivosti v komunite, ako aj medzi zdravotníckymi a sociálnymi odbornými poskytovateľmi v zdravotníctve a v ostatných sektoroch.

Prioritná oblasť 4: Vytvorenie zdravých komunít a podporného prostredia pre zdravie ľudí.

Schopnosť flexibilne reagovať a odolávať negatívnym vplyvom sú kľúčovými faktormi ochrany a podpory zdravia a prinášajú úspech na individuálnej, ako aj komunitnej úrovni. Šance ľudí na zdravie úzko súvisia s podmienkami, v ktorých sa narodili, v ktorých vyrastali, pracovali a starli. Je nevyhnutné systematické posudzovanie účinkov na zdravie, ktoré má na človeka rýchlo sa meniace prostredie – špeciálne súvisiace s technológiami, prácou, sociálnymi podmienkami, nedostatkom pravidelných pohybových aktivít, stravovacími zvyklosťami, výrobou energie a urbanizáciou – a malo by vyústiť do aktivít na zabezpečenie pozitívneho prínosu pre zdravie. Zdravé komunity reagujú proaktívne na nové alebo nepriaznivé situácie, sú pripravené na ekonomické, sociálne a environmentálne zmeny a lepšie sa vyrovnávajú s krízami a ťažkosťami. Program WHO „Zdravé mestá a komunity“ poskytuje rozsiahle príklady ako vybudovať zdravú komunitu - zapojením najmä miestnych ľudí a s orientovaním komunity na zdravotnícke témy. Ďalšie siete

⁴ Pod pojmom primárna prevencia je potrebné rozumieť predchádzanie vzniku ochorení, ovplyvňovanie determinantov, ktoré pôsobia na zdravie a znižovanie zdravotných rizík.

prinášajú podobné skúsenosti – ako napríklad propagovanie aktívneho prístupu k podpore a rozvoju zdravia na školách a pracoviskách.

Rozširovanie interdisciplinárnej a medzirezortnej spolupráce v oblasti zdravia podporuje efektivitu verejného zdravotníctva. Zahŕňa: snahy o úplné zavedenie multilaterálnych environmentálnych dohôd a odporúčaní Európskeho procesu životného prostredia a zdravia; rýchle rozširovanie vedeckých poznatkov; hodnotenie vplyvov politík na zdravie v rôznych odvetviach (najmä v oblasti zdravia a životného prostredia); zabezpečovanie kontinuálneho rozvoja a prispôsobovania služieb potrebám v oblasti životného prostredia a zdravia; a podporu environmentálne zodpovednejšieho správania sa rezortu zdravotníctva.

Prudký ekonomický rozvoj v poslednom storočí priniesol množstvo nežiaducich efektov v podobe znehodnoteného životného prostredia, ktoré dnes prostredníctvom rozličných faktorov ovplyvňuje a poškodzuje zdravie ľudí. Na základe štatistík WHO je v Slovenskej republike približne 16% úmrtí spôsobených environmentálnymi rizikovými faktormi. Nevhodné životné podmienky v podobe primárneho alebo sekundárneho znečistenia zložiek životného prostredia chemickými či fyzikálnymi faktormi, negatívnymi prírodnými alebo umelými javmi, predstavujú riziko pre zdravie človeka pri dlhodobej i krátkodobej expozícii.

Slovenská republika aktívne sleduje európske trendy uplatňované v oblasti intervencie a prevencie pred nepriaznivými vplyvmi faktorov prostredia, ktoré sa postupne odzrkadľujú aj v činnosti orgánov verejného zdravotníctva. Tieto sa, najmä v poslednom desaťročí, zapájajú do riešenia nových, celoeurópskych úloh zameriavajúcich sa na vývoj nových metódik zisťovania a hodnotenia faktorov prostredia a budovania personálnych i technických kapacít potrebných pre tieto činnosti.

Aktuálnou prioritou je uplatňovanie a ďalšie rozvíjanie týchto kapacít v praxi pri zbere údajov o záťaži obyvateľov faktormi prostredia, budovaní nových indikátorov životného prostredia a zdravia a informovaní verejnosti v snahe zabezpečiť maximálnu úroveň prevencie v oblasti environmentálnych rizík.

Vytváranie zdravých komunit a podporného prostredia je úzko späté aj s oblasťou ochrany zdravia zamestnancov pri práci. Lepšia informovanosť verejnosti o možných rizikách spojených s vykonávaním práce, ako aj o spôsoboch ochrany pred škodlivými vplyvmi faktorov práce a pracovného prostredia zvyšuje zároveň aj možnosti aktívnej účasti zamestnanca pri ochrane vlastného zdravia.

Osobitnou komunitou, ktorá vyžaduje z hľadiska zdravia osobitý prístup, sú marginalizované skupiny, najmä rómska populácia⁵. Odhadovaná očakávaná dĺžka života u mužov sa pohybuje v rozpätí 55,3–64,4 rokov (celá populácia mužov na Slovensku 71,6)

⁵ Zdravotná starostlivosť v sociálne vylúčených rómskych komunitách,
http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/docs/2004_3_01_manuals_sk.pdf

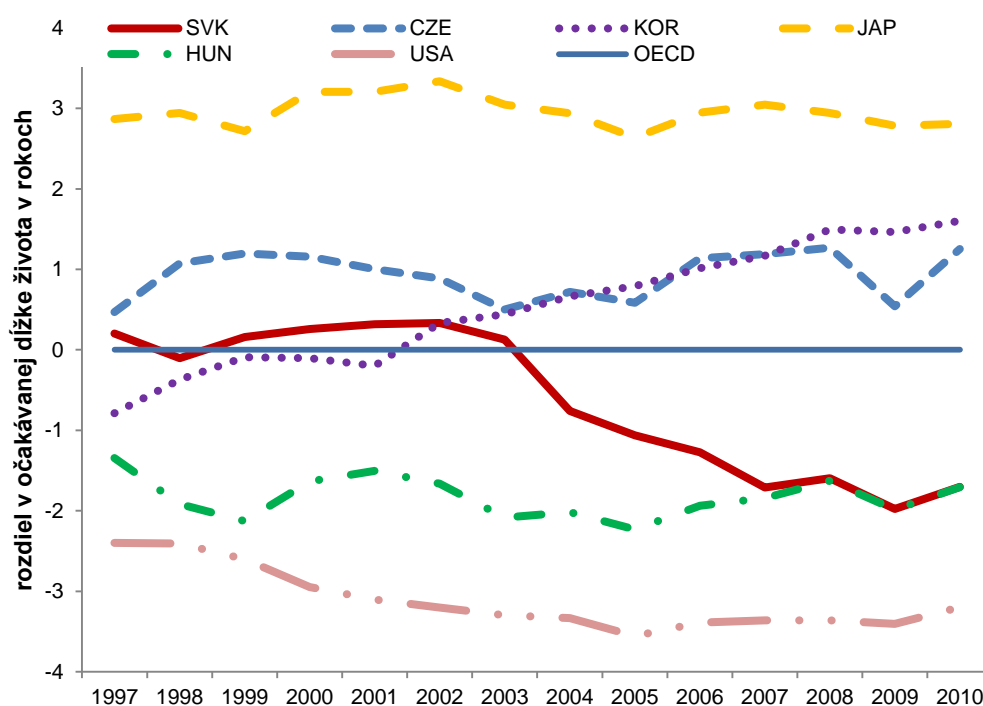
a u žien 59,5-71,6 rokov (celá populácia žien na Slovensku 78,8). Determinujúce faktory ovplyvňujúce nižšiu kvalitu zdravotného stavu rómskej populácie sú v súčasnosti najmä nižšia vzdelanostná úroveň, nedostatočná informovanosť o zdraví a motivácia starať sa o svoje zdravie, nízky štandard osobnej hygieny, nízky štandard komunálnej hygieny, absencia zdrojov pitnej vody, kanalizácie, chýbajúci odvoz smetí, absencia sociálnych zariadení, nízky štandard bývania, nezdravé stravovacie návyky, nevyhovujúca výživa, nízka fyzická aktivita, zvyšujúca sa miera užívania alkoholu a tabakových výrobkov už vo veľmi mladom veku a rozrastajúca sa závislosť na nelegálnych drogách.

2 Analýza výkonnosti úrovne slovenského zdravotníctva

Nedávna štúdia Medzinárodného menového fondu (Grigoli, 2012) porovnávala s využitím metódy DEA vývoj neefektívnosti v zdravotníctve medzi obdobiami rokov 2000 až 2004 a 2005 až 2008 v 37 krajinách OECD. Priestor pre znižovanie neefektívnosti v našom zdravotníctve je podľa nej výrazný. Medzi sledovanými obdobiami sa priestor pre potenciálne úspory zdrojov v slovenskom zdravotníctve v prípade očakávanej dĺžky života zvýšil zo 60⁶ na 64 percent celkových výdavkov. Podobné výsledky dosiahlo Slovensko aj v štúdiu OECD. S hodnotami vstupov pre rok 2007 sme sa pri rovnakej výške výdavkov mohli dožívať o viac ako 4 roky dlhšie (Joumard a iní, 2010).

Model, odhadujúci vplyv faktorov štatisticky významne ovplyvňujúcich zdravie na očakávanú dĺžku života, berie do úvahy výdavky na zdravotníctvo, spotrebu alkoholu, nerovnosť bohatstva a postsocialistickú minulosť krajiny. Rozdiel medzi skutočnou hodnotou očakávanej dĺžky života v krajine a jej modelovanou hodnotou predstavuje odhad efektívnosti. Ľudia v krajinách s efektívnym zdravotníctvom žijú dlhšie, než by predpovedali uvedené faktory, v menej efektívnych naopak kratšie.

Graf 1: Efektívnosť slovenského zdravotníctva



Zdroj: IFP z údajov OECD

Z Grafu 1 vidno, že Slovensko dosahovalo po korigovaní o dôležité faktory (najmä výšku zdravotníckych výdavkov a postsocialistické dedičstvo) do roku 2003 priemernú efektívnosť. Od roku 2004 do roku 2007 sa situácia zhoršovala. Porovnanie s Českou

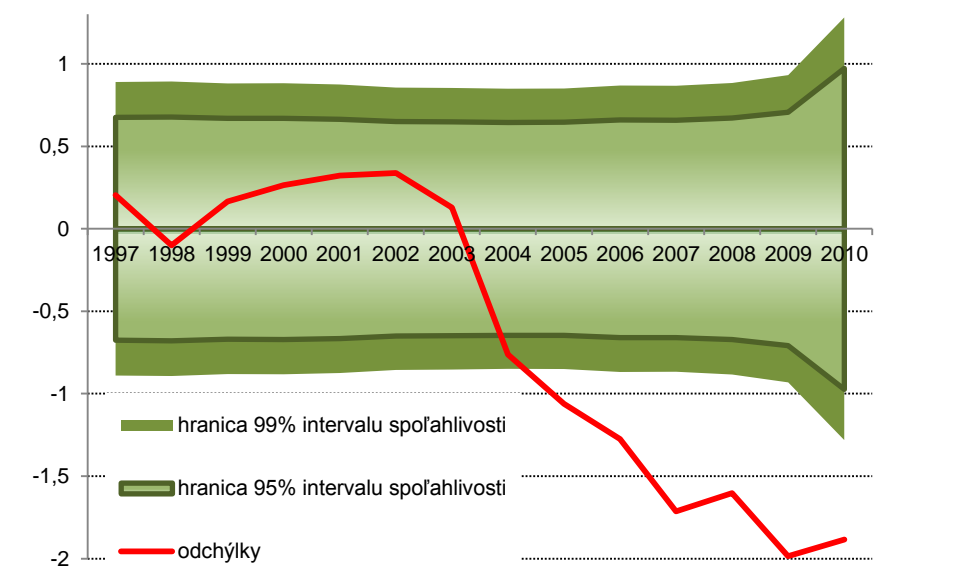
⁶ Toto číslo bolo iba o 9,1 percentuálnych bodov horšie ako priemer sledovaných krajín.

republikou je nepriaznivé – miera efektívnosti našich západných susedov bola na začiatku sledovaného obdobia podobná, no do roku 2010 sa mierne zlepšila. V súčasnosti zaostávame spolu s Maďarskom – kvôli neefektívnosti, nie životnému štýlu či výdavkom na zdravotníctvo – o tri roky za Čechmi, a o dva roky za priemerom vyspelých krajín. Medzi všetkými sledovanými krajinami sme za celé obdobie zaznamenali najväčší prepád. Z OECD sú na tom najhoršie Spojené štáty americké, ktoré oproti priemeru strácajú kvôli neefektívnosti viac ako tri roky života. Najefektívnejšou krajinou je Japonsko, a najúspešnejším „skokanom“ v efektívite je Južná Kórea.

V prípade, že by sme dosahovali efektívnosť priemeru OECD, mohli by sme sa pri súčasnom objeme zdrojov v zdravotníctve dožívať o dva roky dlhšie.

Nasledujúci graf (Graf2) znázorňuje vývoj odchýlok od modelovanej efektívnosti slovenského zdravotníctva. Od roku 1997 do roku 2003 (2004) sa odchýlky pohybovali v rozmedzí 95% (99%) intervalu spoľahlivosti pre modelované hodnoty efektívnosti. Negatívny vývoj od roku 2003 (2004) je bezpochyby štatisticky významný a nepredstavuje náhodný odklon od efektívnosti.

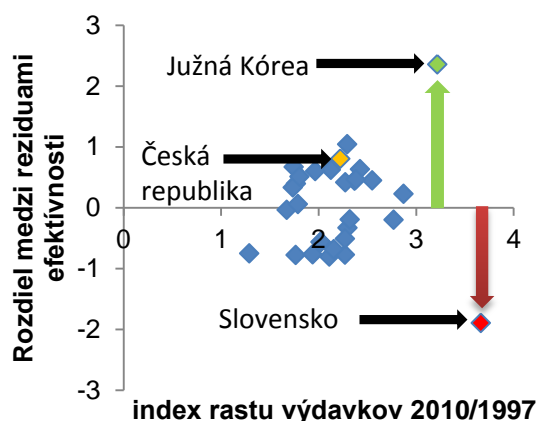
Graf 2: Štatistická významnosť odchýlok - prepád efektívnosti slovenského zdravotníctva



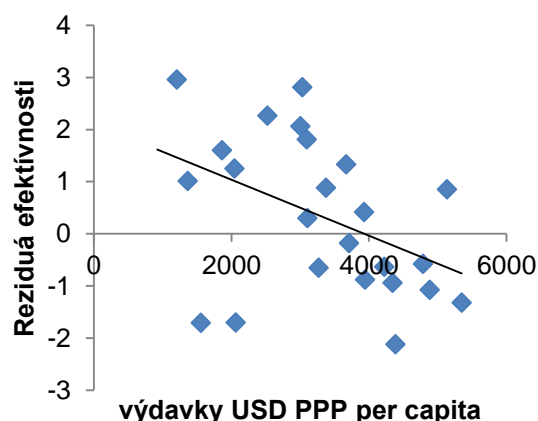
Zdroj: IFP z údajov OECD

Graf 3 ukazuje, že zlepšenie či zhoršenie efektívnosti nezávisí od rýchlosti rastu zdrojov v zdravotníctve. Najrýchlejšie rástli zdroje práve v Južnej Kórei a na Slovensku, „skokanovi“ a „antiskokanovi“ v efektívnosti.

Graf 3: Závislosť zmeny efektívnosti na raste výdavkov⁷



Graf 4: Závislosť efektívnosti na výške výdavkov na zdravotníctvo v roku 2010

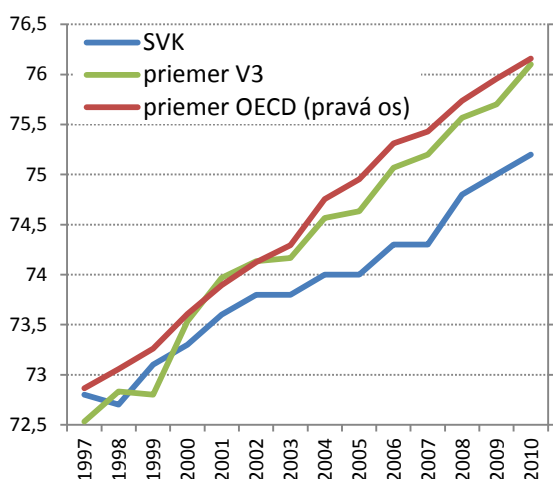


Zdroj: IFP z údajov OECD

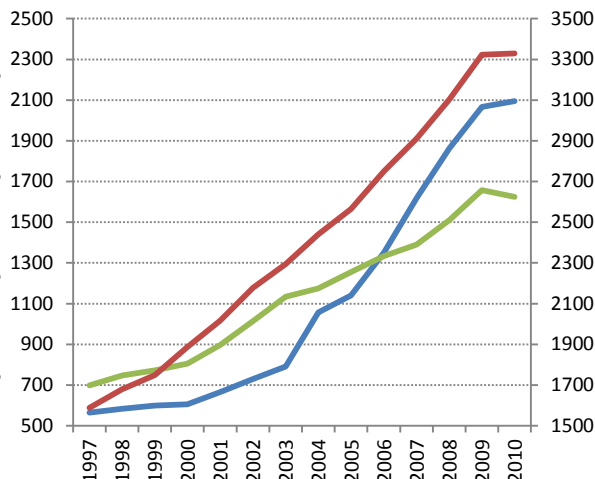
Z porovnania efektívnosti a výšky výdavkov (Graf 4) v roku 2009 je badateľná tendencia znižujúcej sa efektívnosti pri zvyšovaní výdavkov na zdravotníctvo.

Z nasledujúcich grafov (Graf 5 a Graf 6) vidno zdroj nepriaznivého vývoja efektívnosti slovenského zdravotníctva. Dĺžka života v krajinách V3⁸ prekonal vývoj na Slovensku na prelome rokov 1999-2000, do roku 2007 sa potom rozdiel zväčšoval. Na konci sledovaného obdobia sme sa dožívali takmer o jeden rok menej ako je priemer Česka, Maďarska a Poľska. Na strane výdavkov je príbeh opačný. Kým do roku 2003 sme dávali na zdravotníctvo menej ako naši susedia, od roku 2004 sa výdavky začali výrazne zvyšovať. V roku 2006 sme vo výške výdavkov na zdravotníctvo preskočili priemer V3 a v roku 2010 sme za zdravie platili o tretinu viac ako naši susedia.

Graf 5: Vývoj dĺžky života v rokoch



Graf 6: Vývoj výdavkov na zdravotníctvo v USD PPP na obyvateľa



⁷ Údaje v grafoch 3 a 4 sú za rok 2010, alebo najbližší k dispozícii.

⁸ Krajiny V3 – Poľsko, Maďarsko a Československo

Priemerný ročný rast výdavkov v období 1997 až 2010 bol na Slovensku druhý najvyšší z krajín OECD (za Tureckom) a takmer dvakrát vyšší ako priemer V3. Priemerný ročný rast dĺžky života na Slovensku v období medzi 1997 až 2010 bol spolu s Islandom štvrtý najnižší (nižší priemerný ročný rast bol zaznamenaný už iba v Japonsku, USA a vo Švédsku, pričom tieto krajiny však dosahujú jedny z najvyšších úrovní dĺžky života spomedzi celej OECD).

3 Demografický vývoj

Hlavnými črtami vývoja obyvateľstva SR v prvej polovici 21. storočia bude znižovanie prírastku obyvateľstva a starnutie. Intenzita týchto procesov bude bezprostredne závisieť od vývoja plodnosti, úmrtnosti a migrácie, avšak nepriamo ich budú ovplyvňovať aj ďalšie demografické faktory ako aj faktory spoločenské, politické, ekonomické, kultúrne a mnohé ďalšie.

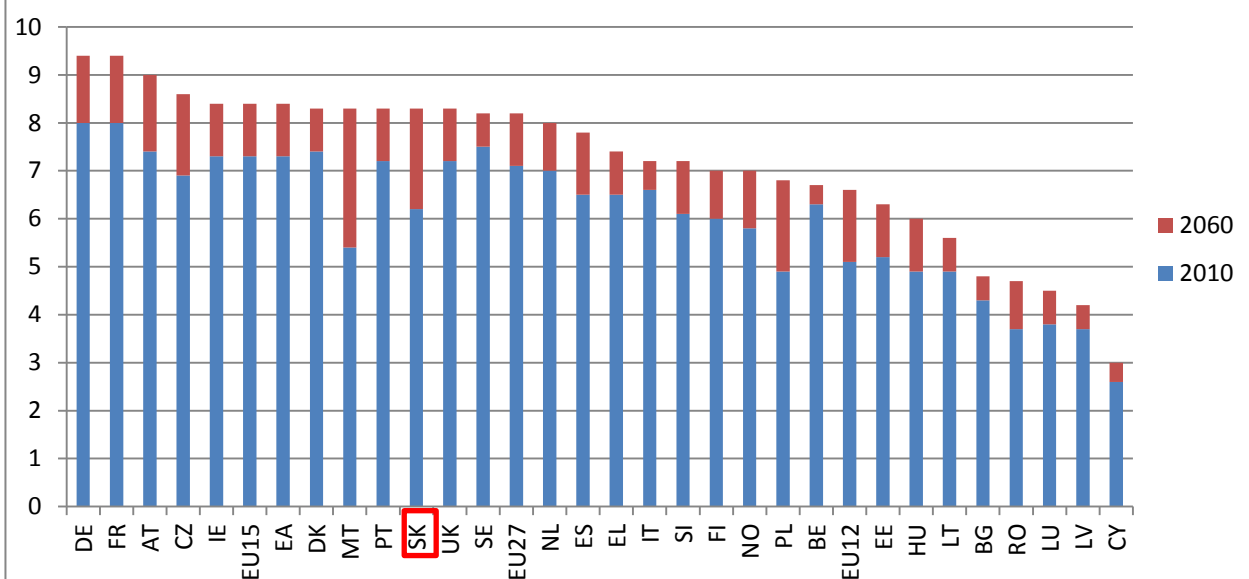
Prírastok obyvateľstva bude s najväčšou pravdepodobnosťou ešte nejaké obdobie stagnovať. Len zvýšenie plodnosti na úroveň jednoduchej reprodukcie a kladné migračné saldo vo výške najmenej 10 tisíc osôb ročne by umožnilo zachovať mierny prírastok obyvateľstva až do konca prognózovaného obdobia. Takýto vývoj je však veľmi málo pravdepodobný. Predpokladá sa, že najneskôr v priebehu 15 až 20 rokov sa začne obdobie trvalejšieho úbytku obyvateľstva, ktorý sa zastaví najskôr ku koncu storočia. Proces starnutia obyvateľstva sa bude v najbližších desaťročiach zrýchľovať. Je to dôsledok poklesu počtu narodených a predlžovania ľudského života. Ide o proces, ktorý je v horizonte tejto projekcie nezvratný, nemožno ho zastaviť, len zmierniť. Starnutie obyvateľstva je najzávažnejším dôsledkom súčasného demografického vývoja. Podľa prognózy počtu obyvateľov do roku 2060 sa ako najpravdepodobnejší vývoj z dnešného pohľadu zdá byť mierny nárast počtu obyvateľov do roku 2030 (na hodnotu 5558 tis. osôb) a následné zníženie na hodnotu 5345 tis. osôb do roku 2060.

Očakávaný demografický vývoj prinesie so sebou mnoho závažných zmien. Spoločnosť sa musí pripraviť na zvyšovanie podielu starších a starých ľudí, integráciu väčšieho množstva cudzincov (často z kultúrne veľmi rozdielnych pomerov), zvýšené napätie v medzigeneračných vzťahoch. Na zvládnutie situácie budú potrebné nové prístupy v populačnej, rodinnej, sociálnej, hospodárskej a migračnej politike. Máme tú výhodu, že problémy, ktoré nás očakávajú, sú známe. Navyše časový posun, s ktorým tieto problémy prichádzajú na Slovensko, nám umožňuje sledovať, ako sa so situáciou snažia vyrovnáť v tých krajinách, v ktorých tieto procesy už pokročili ďalej. To znamená, že máme viac času na hľadanie optimálnych riešení pre našu krajinu. Každopádne treba včas prijať také opatrenia, ktoré pomôžu zmierniť očakávané nepriaznivé dopady na spoločnosť a obyvateľstvo.

Na odhadnutie miery nárastu verejných výdavkov do zdravotníctva v korelácii s demografiou bolo vytvorených niekoľko scenárov, z ktorých za najviac reálny môžeme považovať „referenčný scenár“. Vychádza z predpokladu, že polovica rokov zvýšenej očakávanej dĺžky života bude prežitá v zhoršenom zdraví a súčasne zahŕňa aj scenár dopadu príjmovej elasticity na dopyt po zdravotných službách. Podľa referenčného scenára bude vývoj verejných výdavkov v zdravotníctve nasledovný⁹:

⁹<http://www.infostat.sk/vdc/pdf/Prognozza2060.pdf>

Graf 7: Nárast verejných výdavkov na zdravie počas rokov 2010-2060, ako % z HDP



V dôsledku nepriaznivého demografického vývoja sa na Slovensku v strednodobom horizonte predpokladá výrazný nárast dopytu po zdravotníckych službách najmä v oblasti starostlivosti o starších, pričom sektor zdravotníctva bude charakterizovaný nasledovnými znakmi:

- množstvo finančných zdrojov v zdravotníctve bude stabilné alebo bude mierne klesať,
- množstvo akútnych pacientov bude stabilizované,
- očakáva sa výrazný nárast počtu výkonov zdravotno-sociálnej starostlivosti z dôvodu starnutia populácie,
- počet zamestnancov v zdravotníctve bude mierne klesať.

Medzi kľúčové odpovede zdravotných systémov na riešenie týchto problémov patria:

- implementácia integrovaného modelu poskytovania zdravotnej starostlivosti – komunitne poskytovaná starostlivosť o zdravie založená na silnom postavení všeobecných lekárov, agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS), redukcii špecializovanej ambulantnej starostlivosti a akútnej lôžkovej starostlivosti,
- výrazné zvýšenie efektivity využitia existujúcich finančných zdrojov v zdravotníctve (viď predchádzajúca kapitola),
- výrazné zvýšenie produktivity práce najmä v nemocniciach,
- presun starostlivosti z akútnych nemocničných lôžok do ambulantnej zdravotnej starostlivosti, resp. domácej ošetrovateľskej starostlivosti,

- redukcia počtu akútnych lôžok v nemocniciach a skrátenie doby hospitalizácie v týchto nemocniciach,
- vytvorenie nákladovo efektívneho systému sociálno-zdravotných lôžok pre dlhodobo chorých, ktorých akútne zhoršenie chronického ochorenia nie je možné terapeuticky zvládnuť v domácom prostredí, vyžaduje dlhodobejšiu integrovanú odbornú zdravotnú a sociálnu starostlivosť poskytovanú v komunite, ale nevyžaduje využitie nákladovo náročnejších lôžok v nemocniciach,
- podpora preventívnych programov a aktivít na predchádzanie prenosných a neprenosných ochorení a zdravotného postihnutia (pravidelná preventívna starostlivosť v ambulanciách všeobecných lekárov, ktorí poskytujú všeobecnú ambulantnú starostlivosť pre dospelých (ďalej len všeobecný lekár pre dospelých), všeobecných lekárov, ktorí poskytujú všeobecnú ambulantnú starostlivosť pre deti a dorast (ďalej len všeobecný lekár pre deti a dorast), v ambulanciách zubných lekárov, centrách včasnej diagnostiky a v rámci očkovania.

Nutnou podmienkou funkčnosti integrovaného modelu poskytovania zdravotnej starostlivosti je rýchla, dostupná a efektívne fungujúca výmena informácií (eHealth).

4 Strategické zámery

Strategické smerovanie a zámery zdravotníctva sú vymedzené jeho poslaním, ako je uvedené v Programovom vyhlásení vlády SR:

Poslaním zdravotníctva je významne prispievať k zvyšovaniu kvality života občanov prostredníctvom znižovania úmrtnosti, chorobnosti, trvalých a dočasných následkov chorôb a úrazov, poskytovaním účelovej, kvalitnej a efektívnej zdravotnej starostlivosti, pôsobením verejného zdravotníctva, podporou individuálnej a komunitnej starostlivosti o zdravie.

Napĺňanie strategických zámerov a príslušných indikátorov bude rozložené do dlhšieho časového obdobia, počas ktorého je potrebné stanoviť priority.

Strategický rámec definuje nasledovné priority v troch oblastiach zdravotníctva.

4.1 Verejné zdravotníctvo

Verejné zdravotníctvo je základným pilierom starostlivosti o zdravie občanov. Ukazovatele verejného zdravia ako je stredná dĺžka dožitia pri narodení, počet stratených rokov života v dôsledku predčasných úmrtí a následkov chorôb či prevalencia chronických neprenosných ochorení, radia Slovensko do spodnej časti rebríčka krajín EÚ. Preto priority v oblasti verejného zdravotníctva sú:

1. vnímať starostlivosť o zdravie populácie ako jednu zo základných úloh výkonu verejnej správy (zdravie vo všetkých politikách),
2. vypracovať návrh funkčného modelu starostlivosti o zdravie populácie z pohľadu výkonu verejnej správy (štátna správa, samospráva),
3. vybudovať systém starostlivosti o zdravie populácie na národnej, regionálnej a lokálnej úrovni, spolu so zapojením všetkých relevantných subjektov verejnej a súkromnej správy, vrátane aktívneho zapojenia obyvateľstva, v zmysle navrhnutého funkčného modelu,
4. realizovať programy verejného zdravia v oblasti nemedicínskej prevencie spoločensky závažných chorôb a zdravotných rizík,
5. zvyšovať úroveň verejného zdravia u sociálne znevýhodnených komunit,
6. zvyšovať úroveň pripravenosti na biologické, chemické a radiačné ohrozenia verejného zdravia,

7. zlepšovať úroveň nemedicínskych determinantov zdravia prostredníctvom viaczostnej spolupráce (najmä v oblasti životného, pracovného a sociálneho prostredia),
8. posilňovať záujem a zodpovednosť občanov za vlastné zdravie, podporiť ich informovanosťou o zdravotnej starostlivosti, zdravom životnom štýle, ohrozeniach zdravia, prevencii drogových závislostí s využitím moderných komunikačných nástrojov a technológií.

4.2 Integrovaná ambulantná zdravotná starostlivosť

Jej jadro spočíva v práci všeobecných lekárov pre dospelých, všeobecných lekárov pre deti a dorast a gynekológov a zubných lekárov, ktorí poskytujú všeobecnú ambulantnú starostlivosť spolu so sestrami a ďalšími zdravotníckymi pracovníkmi. Všeobecná ambulantná starostlivosť by mala byť základom poskytovania zdravotnej starostlivosti s prepojením na špecializovanú a následnú zdravotnú starostlivosť. V súčasnosti je však ambulantná zdravotná starostlivosť fragmentovaná, s rozdielnymi motiváciami a nedostatkom koordinácie, čo spôsobuje neefektívne využívanie zdrojov. Fragmentácia má negatívny vplyv na kvalitu, náklady a výsledky. Eliminácia tejto neefektivity je kľúčová pre zlepšenie parametrov kvality a zníženia nákladov. Dôkazy ukazujú, že toto je možné dosiahnuť vyššou vertikálnou aj horizontálnou integráciou poskytovania zdravotnej starostlivosti. Integrovaný model je organizovaná, koordinovaná a spolupracujúca sieť, ktorá spája rôznych poskytovateľov do poskytovania kontinuálnych zdravotných služieb.

Medzi priority pre stanovené obdobie sú v tejto oblasti navrhnuté:

1. Implementovať koncepciu integrovaného modelu zdravotnej starostlivosti s prioritným zameraním na pozície všeobecného lekára pre dospelých, všeobecného lekára pre deti a dorast, gynekológa a zubného lekára ako lekárov prvého kontaktu (gatekeeping) a ošetrovateľstvo na základe koncentrácie činností tvorbou nových postupov v oblasti liečby a prevencie, posilnením a rozšírením všeobecnej ambulantnej a ošetrovateľskej starostlivosti. Zabezpečiť dopĺňanie systému zdravotníctva o všeobecných lekárov a špecialistov prostredníctvom rezidentského programu (cieľene finančne podporované špecializačné štúdium) s následným uplatnením v tých regiónoch, kde pretrváva ich nedostatok, resp. vysoký vekový priemer.
2. Implementovať medicínske preventívne programy v predchádzaní prenosných a neprenosných ochorení prostredníctvom spolupráce s ostatnými zložkami poskytovania zdravotnej starostlivosti.

4.3 Ústavná zdravotná starostlivosť

Je zabezpečovaná prostredníctvom nemocníc, alebo iných zdravotníckych zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti. Kľúčové priority tejto oblasti zahŕňajú:

1. redefinovanie typov nemocníc a rozsahu nimi poskytovanej zdravotnej starostlivosti, určenie spádového územia, prehodnotenie existujúcich typov a organizačných štruktúr zdravotníckych zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti,
2. prehodnotenie počtu a štruktúry akútnych lôžok a posilnenie lôžok doliečovacích, rehabilitačných, ošetrovateľských a lôžok pre dlhodobo chorých,
3. realizácia programu obnovy zdravotníckej infraštruktúry nemocníc s cieľom efektívneho využívania ľudských zdrojov, budov a zdravotníckej prístrojovej techniky,
4. funkčné prijímanie a odovzdávanie informácií (aj pomocou eHealth) medzi nemocnicami a inými zdravotníckymi zariadeniami ústavnej a ambulantnej zdravotnej starostlivosti, pričom bude kladený dôraz na kontinuitu zdravotnej starostlivosti pri prechode pacienta v rámci jednotlivých prostredí, osobitne v rámci tzv. prepúšťacieho manažmentu z nemocničného do domáceho či širšieho komunitného prostredia a komplexný manažment pacienta,
5. Implementácia, prevádzka a kultivácia DRG ako trvalo udržateľného nástroja pre financovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti.

V rámci týchto priorít budú v rokoch 2014 - 2016 vytvorené detailné implementačné stratégie, ktoré budú podrobne popisovať spôsob dosiahnutia stanovených cieľových indikátorov. Implementačné stratégie a nástroje zmeny sú špecifikované v nasledovnej kapitole v tabuľke č.2.

5 Kľúčové ukazovatele stavu zdravia a zdravotníctva a nástroje zmeny

Na základe definovania prioritných oblastí v predchádzajúcej kapitole boli identifikované kľúčové parametre popisujúce stav zdravia a zdravotníctva v jednotlivých európskych krajinách. Pri analýze parametrov Slovenska boli použité nasledovné zdroje:

1. OECD Health Data
2. European Community health indicators (ECHI)
3. WHO Global Health Observatory
4. Národné centrum zdravotníckych informácií (NCZI)
5. Štatistický úrad SR.

Snahou ministerstva bolo identifikovať kľúčové indikátory v oblastiach ambulantnej zdravotnej starostlivosti, lôžkovej zdravotnej starostlivosti a verejného zdravia, stanoviť súčasnú hodnotu indikátora na Slovensku, priemer krajín OECD a pre top 5 krajín OECD alebo EÚ. Následne bola identifikovaná cieľová hodnota indikátora pre rok 2030 na Slovensku.

Nasledujúca tabuľka zobrazuje zoznam indikátorov s hodnotami za rok 2011 alebo za posledný rok, ktorý bol k dispozícii a návrh cieľových stavov týchto indikátorov, ktoré sú štruktúrované do piatich celkov - kľúčových oblastí zdravia. Okrem už uvedených troch prioritných oblastí zdravotníctva je samostatnou oblasťou zdravotný stav obyvateľstva a tiež eHealth, ako jeden z kľúčových nástrojov pre dosiahnutie dostupnosti, kvality a efektívnosti vo všetkých troch prioritných oblastiach.

Tabuľka 1: Vybrané ukazovatele

Kľúčové oblasti zdravia (Health sector area of concern)	Oblasť indikátorov (Area of indicators)	Premenná (Variable)	Premenná 2 (Variable 2)	Jednotka (Unit)	SK	OECD priemer	TOP 5 OECD	Cieľový stav / Target index - rok 2030
Verejné zdravie - Zdravotný stav obyvateľstva (Public Health-Health status)	Zdravé roky života (Healthy life years) ¹⁰	Zdravé roky života pri narodení (Healthy life years at birth)	Muži (Males)	Roky (Years)	52,4	61,9	69,7	63
			Ženy (Females)	Roky (Years)	52,1	62,7	69,7	63
	Očakávaná dĺžka života (Life expectancy)	Pri narodení (At birth)	Muži (Males)	Roky (Years)	71,6	76,9	79,7	77,6
			Ženy (Females)	Roky (Years)	78,8	82,4	85,1	83
	Potenciálny počet rokov kratšej dĺžky života (Potential years of life lost)	Všetky príčiny (All causes)	Muži (Males)	Stratené roky na 100 000 ob. (Years lost per 100 000 population)	7 254,00	4 798,00	3 255,00	4 500,00
			Ženy (Females)	Stratené roky na 100 000 ob. (Years lost per 100 000 population)	3 073,00	2 457,00	1 797,00	2 400,00
	Príčiny úmrtnosti (Causes of mortality)	Všetky príčiny smrti (All causes of death)	Ročná báza (Annually)	Počet úmrtí na 100 000 ob. (Deaths per 100 000 population)	1 188,50	852,2	707,3	840,2
		Odvratiteľná úmrtnosť (Amenable mortality)	Ročná báza (Annually)	Počet úmrtí na 100 000 ob. (Deaths per 100 000 population)	187,7	95,1	63,8	94

¹⁰ http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Healthy_life_years_statistics

Kľúčové oblasti zdravia (Health sector area of concern)	Oblasť indikátorov (Area of indicators)	Premenná (Variable)	Premenná 2 (Variable 2)	Jednotka (Unit)	SK	OECD priemer	TOP 5 OECD	Cieľový stav / Target index - rok 2030	
		Ochorenia srdcovo-cievnej sústavy (Diseases of the circulatory system)	Ročná báza (Annually)	Počet úmrtí na 100 000 ob. (Deaths per 100 000 population)	674,2	331,2	203,4	328	
		Nádory (Neoplasms)	Ročná báza (Annually)	Počet úmrtí na 100 000 ob. (Deaths per 100 000 population)	261,2	229,7	187,2	187,2	
Verejné zdravie - Podpora verejného zdravia (Public Health - Health promotion)	Nemedicínske determinanty zdravia (Non-medical determinants of health)	Spotreba alkoholu (Alcohol consumption)	Ročná báza (Annually)	Litre na osobu (15+) (Liters per capita (15+))	10,7	9,2	6,2	8,9	
		Spotreba tabaku (Tobacco consumption)	Ročná báza (Annually)	% denných fajčiarov 15+ (% of population aged 15+ who are daily smokers)	19,5	19,5	15	17,3	
		Miera obezity populácie (Level of obese population)	Ročná báza (Annually)	% obéznych z celej populácie (% of obese population)	16,9	18,9	15,4	15,8	
	Prevenia (Prevention)	Imunizácia: Záškrt, tetanus, čierny kašeľ (Immunisation: Diphtheria, Tetanus, Pertussis)			% zaočkovaných detí (% of children immunised)	99	95,2	99	99
		Imunizácia: Osýpky (Immunisation: Measles)			% zaočkovaných detí (% of children immunised)	98	93,9	98,4	98

Kľúčové oblasti zdravia (Health sector area of concern)	Oblasť indikátorov (Area of indicators)	Premenná (Variable)	Premenná 2 (Variable 2)	Jednotka (Unit)	SK	OECD priemer	TOP 5 OECD	Cieľový stav / Target index - rok 2030
		Imunizácia: Hepatitída B (Immunisation: Hepatitis B)		% zaočkovaných detí (% of children immunised)	99	85,9	98	99
		Imunizácia: Chrápka (Immunisation: Influenza)		% obyvateľov nad 65 rokov (% of population aged 65 years and over)	23,8	52,2	74,6	52,2
		Mamografia, programové dáta (Mammography screening, programme data)		% vyšetrených žien vo veku 50-69 (Percentage of females aged 50-69 screened)	16	54,1	74,1	54,1
		Rakovina krčka maternice, programové dáta (Cervical cancer screening, programme data)		% vyšetrených žien vo veku 50-69 (Percentage of females aged 50-69 screened)	22,9	50,6	70	50,6
Všeobecná / Ambulantná starostlivosť (Primary /	Všeobecní lekári (General practitioners)	Priemerný vek všeobecných lekárov (Average age of General practitioners for adults)		Vek (Age)	53,9			40

Kľúčové oblasti zdravia (Health sector area of concern)	Oblasť indikátorov (Area of indicators)	Premenná (Variable)	Premenná 2 (Variable 2)	Jednotka (Unit)	SK	OECD priemer	TOP 5 OECD	Cieľový stav / Target index - rok 2030
Outpatient Care)	Všeobecní lekári ako gatekeepers (GPs acting as gatekeepers)	Pacienti odoslaní na vyšetrenie na vyšších úrovniach zdravotnej starostlivosti (Patients transferred to higher levels of care)	-	% návštev pacientov odoslaných na vyššiu úroveň zdravotnej starostlivosti (% of visits transferred to higher level of care)	80%	-	-	30%
	Konzultácie (Consultations)	Návštevy u lekára (Doctors consultations)		Počet na osobu (Number per capita)	11,3	6,4	4	6,4
	Štandardizované klinické procesy (Standardized clinical processes)	Počet implementovaných klinických odporúčaní v praxi (Number of clinical guidelines implemented and forced to use)		% pacientov v ambulantnej starostlivosti liečených podľa klinických odporúčaní (% of patients in ambulatory care treated according to clinical guidelines)	0%			50%
	Farmaceutické produkty a zdravotnícke pomôcky (Excessive pharmaceuticals expenditure)	Celkové výdavky na farmaceutické produkty a zdravotnícke pomôcky (Total expenditure on pharmaceuticals and other medical non-durables)		% z celkových výdavkov na zdravie (% total expenditure on health)	26,4	16,6	8,5	20
	Spotreba liekov (Pharmaceutical consumption)	Antibiotiká (Antibiotics)		Doporučená denná dávka (Daily defined doses)	24,5	21,1	13,2	17,2

Kľúčové oblasti zdravia (Health sector area of concern)	Oblasť indikátorov (Area of indicators)	Premenná (Variable)	Premenná 2 (Variable 2)	Jednotka (Unit)	SK	OECD priemer	TOP 5 OECD	Cieľový stav / Target index - rok 2030
	Prístup k zdravotnej starostlivosti (Access to healthcare)	Finančný prístup (Financial access)	Súkromné výdavky (Out-of-pocket expenditures)	Podiel z celkových výdavkov v zdravotníctve v % (Share of total exp. in health)	27,2	18,2	9,6	20
	Prevenícia (Prevention)	Pacienti, ktorí absolvovali preventívnu prehliadku (Patients with prevention by medical inspection)		Podiel pacientov v % (Share of patients in %)	32			60
Ústavná zdravotná starostlivosť (In-patient care)	Ukončené hospitalizácie (Discharges)	Všetky príčiny (All causes)		Na 100 000 ob. (Per 100 000 population)	21 196,7	16 555,3	11 378,3	15 000
		Choroby obehovej sústavy (Diseases of the circulatory system)		Na 100 000 ob. (Per 100 000 population)	3 333,9	2 081,2	1 053,8	1 800
	Lôžka (Hospital beds)	Celkovo nemocničných lôžok (Total hospital beds)		Počet na 1 000 ob. (Per 1 000 population)	6,4	5,1	2,3	3,5
		Akútna starostlivosť (Curative (acute) care beds)		Počet na 1 000 ob. (Per 1 000 population)	4,7	3,5	1,8	2,5
	Využitie kapacít (In-patient utilisation)	Obložnosť lôžok akútnej starostlivosti (Acute care occupancy rate)		% z disponibilných lôžok (% of available beds)	66,5	75,2	91	85

Kľúčové oblasti zdravia (Health sector area of concern)	Oblasť indikátorov (Area of indicators)	Premenná (Variable)	Premenná 2 (Variable 2)	Jednotka (Unit)	SK	OECD priemer	TOP 5 OECD	Cieľový stav / Target index - rok 2030
	Stav budov (Obsolescent hospital infrastructure)	Priemerný vek nemocničných budov (Average age of hospital buildings)		Roky (Years)	42			25
	Priemerná dĺžka hospitalizácie (Average length of stay)	Všetky príčiny (All causes)		Dni (Days)	7,3	7	4,3	5,8
		Akútna starostlivosť (Acute care)		Dni (Days)	6,6	6,2	4,2	5
	Štandardizované klinické procesy (Standardized clinical processes)	Počet implementovaných klinických odporúčaní v praxi (Number of clinical guidelines implemented and forced to use)		% pacientov v ústavnej starostlivosti liečených podľa klinických odporúčaní (% of patients in hospital care treated according to clinical guidelines)	0%			30%
	Výskum a vývoj (Research and development)	Počet univerzitných nemocníc zapojených do výskumných programov spolu s univerzitami, Slovenskou akadémiou vied, zahraničnými fakultnými nemocnicami a súkromným subjektmi (Number of teaching hospitals operating in research programs with universities, Slovak Academy of Science, foreign teaching hospitals and private companies)		Počet	0			3

Kľúčové oblasti zdravia (Health sector area of concern)	Oblasť indikátorov (Area of indicators)	Premenná (Variable)	Premenná 2 (Variable 2)	Jednotka (Unit)	SK	OECD priemer	TOP 5 OECD	Cieľový stav / Target index - rok 2030
	Udržateľnosť zdravotníckeho systému (Health system financial stability)	Operatívny zisk nemocníc (Operational profit of hospitals)	-	Milión EUR (Million EUR)	-116	-	-	120
Elektronické zdravotníctvo (eHealth)	Elektronická zdravotná dokumentácia (Electronic health documentation)	Pripojených PZS do Národného zdravotníckeho IS (Providers of health services involved in system)		%	0	20	95	99
		Elektronické zdravotné knižky občanov (Population with eHealth accounts)		%	0	25	95	99
		Počet zápisov do elektronickej zdravotnej knižky (Number of entries into eHealth record)		Miliónov ročne (Millions per year)	0	-	-	350
	Elektronická medikácia (Electronic medication)	Počet položiek na e-receptoch (Number of items on eRecipes)		Miliónov ročne (Millions per year)	0	-	-	215
	Propagácia zdravia (Health promotion)	Návštevy Národného zdravotného portálu (Visits of National health portal)		Mesačný počet návštev v tisícoch (Number of visits per month)	0	-	-	2300

Zdroj: databáza OECD, link: <http://stats.oecd.org/> časť Health

V rámci týchto priorít budú v priebehu rokov 2014 až 2016 postupne vytvorené detailné implementačné stratégie, ktoré budú podrobne popisovať spôsob dosiahnutia stanovených cieľových indikátorov. Súčasťou realizačných stratégií bude špecifikácia cieľov, štrukturálna dekompozícia činností, časové plány, matice zodpovednosti a právomoci realizátorov projektu, plán zdrojov, plán nákladov, analýza rizík a obmedzení a plán kontroly projektu.

Na základe preddefinovaných ukazovateľov boli k jednotlivým oblastiam identifikované nástroje, ktorých realizáciou sa dosiahnu cieľové hodnoty indikátorov:

Tabuľka 2: Nástroje zmeny

Kľúčové oblasti zdravia (Health sector area of concern)	Oblasť indikátorov (Area of indicators)	Stratégia/nástroje na uskutočnenie zmeny	Očakávaný príspevok stratégie/nástroja k dostupnosti (D)/kvalite(K)/efektívnosti(E) poskytovania služieb v zdravotníctve	Začiatok realizácie (rok)
Verejné zdravie - Zdravotný stav obyvateľstva (Public Health - Health status)	Zdravé roky života (Healthy life years)	Zlepšenie determinantov zdravia, prevencia, rozvoj programov na podnecovanie pravidelnej pohybovej aktivity vo všetkých vekových skupinách, zvýšenie kvality poskytovanej ZS, zvýšenie bezpečnosti pacienta, zníženie disparít, zavedenie unitárneho systému verejného zdravotného poistenia	K, D, E	2015
	Očakávaná dĺžka života (Life expectancy)			
	Potenciálny počet rokov kratšej dĺžky života (Potential years of life lost)			
	Príčiny úmrtnosti (Causes of mortality)	Programy prevencie ochorení, podpora spolupráce medzi všeobecnými lekármi, špecialistami a špecializovanými zdravotníckymi zariadeniami, národný monitorovací program	K	2015
		Programy onkologickej prevencie, funkčný Národné zdravotné registre, podpora spolupráce medzi všeobecnými lekármi, špecialistami a špecializovanými zdravotníckymi zariadeniami, národný monitorovací program, funkčný skriningový program, starostlivosť o pacientov v remisii, národný akčný plán pre problémy s alkoholom a NAP na kontrolu tabaku	K	2015
Verejné zdravie - Podpora verejného zdravia (Public Health - Health promotion)	Nemedicínske determinanty zdravia (Non-medical determinants of health)	Program znižovania spotreby alkoholu, tabaku, úmyselných a neúmyselných úrazov, osвета v kritických segmentoch	K	2015
		Program znižovania obezity, monitorovanie expozície škodlivinám zo životného prostredia – biomonitoring, programy prevencie, zdravšie potraviny a výživa, legislatívne zmeny	K	2016
	Prevencia (Prevention)	Tvorba štandardizovaných postupov pre výkon medicínskej prevencie	K, E, D	2015
		Implementácia štandardizovaných postupov pre výkon medicínskej	K, E, D	2016

Kľúčové oblasti zdravia (Health sector area of concern)	Oblasť indikátorov (Area of indicators)	Stratégia/nástroje na uskutočnenie zmeny	Očakávaný príspevok stratégie/nástroja k dostupnosti (D)/kvalite(K)/efektívnosti(E) poskytovania služieb v zdravotníctve	Začiatok realizácie (rok)
		prevencie do legislatívnej úpravy		
	Prevenícia (Imunizácia) (Prevention (Immunisation))	Pokračovanie v očkovačom programe	K,D	2013
Všeobecná / Ambulantná starostlivosť (Primary / Outpatient Care)	Všeobecní lekári (General practicioners)	Program plánovania ľudských zdrojov v zdravotníctve, rezidentský program, legislatívne redefinovanie rozsahu kompetencií všeobecných lekárov, budovanie centier integrovanej zdravotnej starostlivosti, program plánovania ľudských zdrojov v zdravotníctve	D, K, E	2014
	Všeobecní lekári ako gatekeepers (GPs acting as gatekeepers)			
	Konzultácie (Consultations)			
	Štandardizované klinické procesy (Standardized clinical processes)	Implementácia štandardizovaných klinických postupov do legislatívnej úpravy	K, E, D	2016
	Farmaceutické produkty a zdravotnicke pomôcky (Excessive pharmaceuticals expenditure)	Projekt zavedenia štandardizovaných klinických postupov	K, E, D	2015
Prístup k zdravotnej starostlivosti (Access to healthcare)	Program znižovania súkromných zdrojov v zdravotníctve úpravou poplatkov a doplatkov v zdravotníctve	D	2014	
Ústavná zdravotná starostlivosť (In-patient care)	Ukončené hospitalizácie (Discharges)	Program plánovania ľudských zdrojov v zdravotníctve, lepšia spolupráca medzi všeobecnými lekármi, špecialistami a sociálnym sektorom, efektívne zdieľanie informácií medzi nemocnicami (eHealth), nový program infraštruktúry nemocníc	D, K, E	2016
	Lôžka (Hospital beds)			
	Využitie kapacít (In-patient utilisation)			
	Stav budov (Obsolescent hospital infrastructure)			

Kľúčové oblasti zdravia (Health sector area of concern)	Oblasť indikátorov (Area of indicators)	Stratégia/nástroje na uskutočnenie zmeny	Očakávaný príspevok stratégie/nástroja k dostupnosti (D)/kvalite(K)/efektívnosti(E) poskytovania služieb v zdravotníctve	Začiatok realizácie (rok)
	Priemerná dĺžka hospitalizácie (Average length of stay)			
	Štandardizované klinické procesy (Standardized clinical processes)	Projekt zavedenia štandardizovaných klinických postupov	E	2016
	Výskum a vývoj (Research and development)	Implementácia biomedicínskej stratégie	K	2015
	Udržateľnosť zdravotníckeho systému (Health system financial stability)	Implementácia kontrolných mechanizmov v manažmente fakultných a univerzitných nemocníc, zavedenie DRG	E	2013
Elektronické zdravotníctvo (eHealth)	Elektronická zdravotná dokumentácia (Electronic health documentation)	Vytvorenie Národného zdravotníckeho informačného systému (NZIS), pripojenie NZIS do celoeurópskeho systému výmeny v rámci projektu epSOS	D,K,E	2016
		Zriadenie elektronických zdravotných knižiek pre všetkých poistencov ZP, údajová základňa NZIS	D,K,E	2016
		Elektronická podpora očkovaní, manažmentu laboratórnych vyšetrení, pripomenutí pacientom.	D,K,E	2016
	Elektronická medikácia (Electronic documentation)	Elektronický recept, elektronická podpora preskripcie	K,E	2016
	Propagácia zdravia (Health promotion)	Národný portál zdravia (NPZ), informačné miesta NPZ na sociálnych sieťach, mobilná podpora	D	2014

6 Monitorovací systém

Úlohou monitorovacieho systému bude zabezpečiť sledovanie a napĺňanie samotného strategického rámca, prípravu a implementáciu čiastkových stratégií špecificky zameraných na splnenie strategických zámerov stanovených v jednotlivých prioritách stratégie ako aj dosahovanie cieľových hodnôt vybraných indikátorov.

Monitorovanie a kontrola bude vykonávaná na dvoch úrovniach:

1. Ministerstvo zdravotníctva SR vypracuje „Akčný plán pre prípravu čiastkových stratégií/nástrojov zmien“, ktorý bude presnejšie definovať:
 - časový harmonogram vypracovania a začiatok implementácie jednotlivých čiastkových stratégií,
 - stanoví subjekty zodpovedné za prípravu čiastkových stratégií prípadne ďalšie relevantné subjekty podieľajúce sa na ich príprave.

Plnenie Akčného plánu - vypracovanie čiastkových stratégií - bude kontrolované na základe vopred stanovených termínov, vyplývajúcich z riadiacich aktov Ministerstva zdravotníctva SR.

2. Ministerstvo zdravotníctva SR zriadi monitorovaciu komisiu, ktorá bude zložená zo zástupcov ministerstva zdravotníctva, ministerstva školstva, ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny, ministerstva financií, ministerstva vnútra (úrazy), Úradu verejného zdravotníctva SR, patientskych organizácií, stavovských organizácií pracovníkov zdravotníctva, mimovládnych neziskových organizácií, zástupcov zdravotných poisťovní, poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, vyšších územných celkov a Združenia miest a obcí Slovenska a zo zástupcov vysokých škôl.

Táto komisia bude v pravidelných intervaloch monitorovať pokrok v strategickom rámci, navrhovať jeho prípadné doplnenia a dohliadať na plnenia jednotlivých stratégií. Zriadenie monitorovacej komisie nebude mať finančný dopad na rozpočet MZ SR.

MZ SR v spolupráci s partnermi vypracuje v ročných intervaloch správy o dosahovanom pokroku na úrovni strategického rámca najmä formou aktualizácie dosiahnutých hodnôt vybraných ukazovateľov a formou informácie o stave plnenia stratégií/nástrojov na uskutočnenie zmien. Správa bude verejne prístupná na webovom sídle MZ SR.

7 Zdroje financovania

Stratégia zlepšovania úrovne v zdravotníctve bude potrebné rôznou mierou podporiť aj finančne, na čo budú použité zdroje zo štátneho rozpočtu, verejného zdravotného poistenia, komunitárnych programov EÚ a štrukturálnych fondov. Povinnou súčasťou každého rozpracovania stratégie zmeny bude uvedený zdroj financovania a objem potrebných prostriedkov.

7.1 Verejné zdravotné poistenie

Ministerstvo zdravotníctva považuje verejné zdravotné poistenie za najkľúčovejší zdroj financovania zdravotnej starostlivosti. Preto sa predpokladá, že časť realizačných stratégií týkajúca sa poskytovania zdravotnej starostlivosti bude financovaná z týchto zdrojov najmä z dôvodu identifikovanej nízkej efektívnosti slovenského zdravotníctva, čo predpokladá lepšie prerozdelenie zdrojov medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Vyššia efektívnosť nebude viesť k znižovaniu finančných potrieb, ale k lepšej dostupnosti a vyššej produktivite a kvalite poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

Ročná výška zdrojov verejného zdravotného poistenia dosahuje úroveň 3,8 mld. EUR (rok 2012, z toho zdroje zo štátneho rozpočtu za poistencov štátu vo výške 1,36 mld. EUR)¹¹. V strednodobom horizonte sa očakáva len mierny nárast týchto zdrojov. Tieto zdroje sú určené na financovanie poskytovania zdravotnej starostlivosti (vrátane obnovy zdravotníckej infraštruktúry).

7.2 Zdroje štátneho rozpočtu

Ministerstvo zdravotníctva každoročne alokuje časť finančných prostriedkov zo štátneho rozpočtu na príspevok za poistencov štátu, prevádzku inštitúcií v pôsobnosti ministerstva, realizáciu preventívnych programov a investícií do obnovy infraštruktúry lôžkových zariadení.

Indikatívny ročný rozpočet na aktivity v oblasti verejného zdravia a preventívnych programov je na úrovni 7 mil. EUR.

¹¹ http://www.udzs-sk.sk/buxus/docs//vestniky/rocnik_2013/VE-9-2013_Sprava_o_stave_vykonavania_verejneho_zdravotneho_poistenia_za_rok_2012.pdf

7.3 Štrukturálne fondy pre programové obdobie 2007 - 2013

V aktuálnom programovom období 2007 – 2013 je vzhľadom na pokročilý stav zazmluvnenia a realizácie programov zredukovaný prístup k finančným zdrojom štrukturálnych fondov. Investície do zdravotníckej infraštruktúry môžu byť podporené v rámci Operačného programu Zdravotníctvo. Aktivity na rozvoj ľudských zdrojov v zdravotníctve môžu byť podporené v rámci opatrenia 2.2 Operačného programu Vzdelávanie. V tejto oblasti sú viazané finančné prostriedky na realizáciu rezidentských programov v indikatívnej hodnote 5 mil. EUR. Pri realizácii priorít strategického rámca sa posúdia možnosti, disponibilita voľných zdrojov a vhodnosť využitia týchto prostriedkov. Disponibilné prostriedky štrukturálnych fondov v programovom období 2007 – 2013 musia byť vyčerpané do 31.12.2015.

7.4 Štrukturálne a investičné fondy pre programové obdobie 2014 - 2020

Štrukturálne a investičné fondy sú účinným nástrojom pomoci členským štátom pri priamych aj nepriamych investíciách do oblasti zdravia. Možnosti priamych investícií zahŕňajú napríklad podporu udržateľných, inovatívnych a reformných zdravotných systémov; investície do zdravotníckej infraštruktúry za účelom transformatívnych zmien zdravotných systémov; zlepšenie prístupu ku kvalitnej a udržateľnej zdravotnej starostlivosti za účelom znižovania zdravotných nerovností medzi regiónmi s ohľadom na potreby špecifických opatrení pre marginalizované komunity; podporu rozvoja ľudských zdrojov v zdravotníctve; podporu aktívneho a zdravého starnutia najmä v kontexte zvýšenia zamestnanosti a zamestnateľnosti starších ľudí na trhu práce, adaptačné opatrenia súvisiace s klimatickými zmenami; aplikovaný výskum z zdravotníctva; investície do eHealth; podporu analytických a strategických kapacít rezortu zdravotníctva. Možnosti nepriamych investícií do zdravia predstavujú napríklad investície do regenerácie miest, zvyšovania zamestnanosti, podpory vzdelávania, investície v oblasti životného prostredia a dopravy.

Strategický rámec je ex ante kondicionalitou pre priame investície do zdravia a zdravotnej starostlivosti financované z prostriedkov štrukturálnych a investičných fondov v novom programovom období 2014 – 2020 v rámci tematického cieľa 9. Po schválení partnerskej dohody a operačných programov na obdobie 2014 – 2020 bude možné podrobne identifikovať objem týchto zdrojov pre financovanie konkrétnych nástrojov zmeny strategického rámca.

7.5 Druhý akčný program Spoločenstva v oblasti zdravia (2008 – 2013)

Program bol ustanovený rozhodnutím Európskeho parlamentu a Rady č. 1350/2007/ES zo dňa 23. októbra 2007. Hlavným cieľom programu je ochrana a podpora zdravia ľudí a zlepšovanie verejného zdravia prostredníctvom troch prioritných oblastí:

1. Zlepšenie zdravotného zabezpečenia občanov
2. Podpora zdravia a zmierňovanie nerovností v oblasti verejného zdravia

3. Tvorba a šírenie informácií a poznatkov v oblasti zdravia

Program je centrálné riadený Európskou komisiou prostredníctvom výkonnej agentúry „Executive Agency for Health and Consumers“. Členské štáty zabezpečujú poskytnutie informácií o aktivitách programu prostredníctvom siete Národných kontaktných bodov. Podmienky implementácie programu sú každoročne aktualizované prostredníctvom tzv. pracovných plánov. Pracovný plán ustanovuje oprávnené aktivity, podmienky účasti na programe, špecifikuje hodnotiace kritériá, definuje oprávnené výdavky a pod. Pracovné plány na jednotlivé roky tvoria základný východiskový dokument pre vyhlásenie výziev. Výzvy sú vyhlasované raz ročne počas celého obdobia realizácie programu. V rámci programu je možné financovať iba aktivity na medzinárodnej úrovni.

Prínos k dosahovaniu cieľov strategického rámca je najmä účasťou SR v tematicky relevantných spoločných akciách programu, ktoré dopĺňajú a podporujú národné stratégie a iniciatívy. Významovo najrelevantnejšími projektmi v nadväznosti na ciele strategického rámca sú nasledovné spoločné akcie, v ktorých je priamo zapojené MZ SR ako líder jedného z pracovných balíkov:

- European Union Network for Patient Safety and Quality of Care
- European Health Workforce Planning and Forecasting

Ide o medzinárodné projekty s trvaním tri roky, ktorých aktivity časovo presahujú do nového programového obdobia. EÚ zdroje z uvedených projektov predstavujú takmer 240 000 EUR. MZ SR zabezpečuje spolufinancovanie projektov vo výške takmer 148 000 EUR.

7.6 Tretí akčný program EÚ pre oblasť zdravia na roky 2014 – 2020

V rámci programu je možné financovať aktivity na medzinárodnej úrovni, ktorých cieľom je dopĺňať a podporovať politiky členských štátov s cieľom zlepšenia zdravia občanov EÚ a zníženia rozdielov v oblasti zdravotnej starostlivosti prostredníctvom propagácie zdravia, podnecovania inovácií v oblasti zdravia, zvyšovaním udržateľnosti zdravotných systémov a ochranou obyvateľov EÚ pred vážnym ohrozením zdravia. Program iniciuje a podporuje spoluprácu členských štátov tam, kde je spolupráca na úrovni EÚ vhodnejšia, resp. nevyhnutná a dopĺňa národné politiky členských štátov o spoločne riešené priority a ciele. Prínos k dosahovaniu cieľov strategického rámca sa očakáva najmä účasťou SR v tematicky relevantných spoločných akciách programu, ktoré môžu dopĺňať a podporovať národné stratégie a iniciatívy. V prípade tohto zdroja financovania nie je možné vopred identifikovať predmet podpory a objem disponibilných finančných prostriedkov pre konkrétnu členskú krajinu, keďže sa projekty programu realizujú na nadnárodnej úrovni a výzvy sa vyhlasujú až na základe ročných pracovných plánov.

7.7 Verejno-súkromné partnerstvá

Verejno-súkromné partnerstvo (PPP) je forma spolupráce medzi verejným a súkromným sektorom s cieľom financovania výstavby, rekonštrukcie, prevádzky a údržby infraštruktúry a poskytovania verejných služieb prostredníctvom tejto infraštruktúry. V rámci PPP sú subjekty verejného sektora partnerom a zákazníkom súkromného sektora, od ktorého nakupujú služby. Súkromný partner v zásade financuje a realizuje výstavbu, prevádzkuje dielo (infraštruktúru) a ako protihodnota je mu umožnené poskytovať služby spojené s týmto dielom za platby od jeho užívateľov (koncesia) alebo od verejného partnera. Podstatným znakom PPP je rozdelenie rizík spojených s výstavbou a prevádzkou diela medzi súkromným a verejným partnerom a dlhodobosť zmluvných vzťahov medzi súkromným a verejným partnerom.

Forma financovania výstavby nových nemocníc prostredníctvom verejno-súkromného partnerstva je často využívaná aj v zahraničí. Každoročne je v Európe formou PPP vybudovaných niekoľko desiatok zdravotníckych zariadení, od špecializovaných ambulancií, diagnostických centier až po univerzitné nemocnice.

Z týchto dôvodov je táto forma financovania budovania zdravotníckej infraštruktúry považovaná za perspektívnu oblasť aj na Slovensku a v budúcnosti sa predpokladá jej využitie najmä pri veľkých infraštruktúrnych projektoch.

V nasledujúcej tabuľke je uvedený prehľad kľúčových prioritných opatrení a nástrojov zmien (kapitola 5) a ich primárne zdroje financovania.

Tabuľka 3: **Zdroje financovania čiastkových stratégií/nástrojov zmien**

Kľúčové prioritné oblasti	Opatrenie (čiastkové stratégie/nástroje zmeny)	Primárny zdroj/e financovania	Vplyv na riešenie dostupnosti (D), efektívnosti (E) zdravotnej starostlivosti/verejného zdravotníctva
Verejné zdravie	Program podpory zdravia znevýhodnených komúní na Slovensku	štrukturálne a investičné fondy, štátny rozpočet	D
	Implementácia programov nemedicínskej prevencie (srdcovocievne a onkologické ochorenia)	štátny rozpočet	D
	Národný monitorovací program	štátny rozpočet	E
	Národný akčný plán pre problémy s alkoholom	štátny rozpočet	D
	Národný akčný plán na kontrolu tabaku	štátny rozpočet	D
	Program znižovania spotreby alkoholu, osвета v kritických segmentoch	štátny rozpočet	E
	Program znižovania spotreby tabaku, osвета v kritických segmentoch	štátny rozpočet	E
	Program znižovania obezity	štátny rozpočet	E
	Zavedenie unitárneho systému verejného zdravotného poistenia	štátny rozpočet	D, E
	Implementácia programov prevencie obezity, zdravšie potraviny a výživa	štátny rozpočet	D
	Pokračovanie v očkovacom programe	verejné zdravotné poistenie	D
Všeobecná ambulantná zdravotná starostlivosť	Konceptia rozvoja všeobecného lekárstva	štátny rozpočet	D, E
	Program plánovania ľudských zdrojov v zdravotníctve	programy EÚ pre oblasť zdravia, štrukturálne a investičné fondy, štátny rozpočet	D, E
	Tvorba/inovácia štandardizovaných klinických postupov	štrukturálne a investičné fondy	D, E
	Implementácia štandardizovaných klinických postupov v legislatívnej úprave	verejné zdravotné poistenie	D, E
	Tvorba štandardizovaných postupov pre výkon medicínskej prevencie	štrukturálne a investičné fondy	D, E
	Implementácia štandardizovaných postupov pre výkon medicínskej prevencie v legislatívnej úprave	verejné zdravotné poistenie	D, E

Kľúčové prioritné oblasti	Opatrenie (čiastkové stratégie/nástroje zmeny)	Primárny zdroj/e financovania	Vplyv na riešenie dostupnosti (D), efektívnosti (E) zdravotnej starostlivosti/verejného zdravotníctva
	Budovanie centier integrovanej zdravotnej starostlivosti	štrukturálne a investičné fondy	E
	Úprava platobného mechanizmu všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti	verejné zdravotné poistenie	E
	eHealth	verejné zdravotné poistenie, štrukturálne a investičné fondy	E
	Program znižovania súkromných zdrojov v zdravotníctve úpravou poplatkov a doplatkov v zdravotníctve	štátny rozpočet	D
	Rezidentský program	štrukturálne a investičné fondy	D
Ústavná zdravotná starostlivosť	Program novej infraštruktúry nemocníc	PPP	E
	DRG	verejné zdravotné poistenie, štrukturálne a investičné fondy	E
	Program plánovania ľudských zdrojov v zdravotníctve	programy EÚ pre oblasť zdravia, štrukturálne a investičné fondy, štátny rozpočet	D, E
	eHealth	štrukturálne a investičné fondy, verejné zdravotné poistenie	E
	Tvorba/inovácia štandardizovaných klinických postupov	štrukturálne a investičné fondy	D, E
	Implementácia štandardizovaných klinických postupov v legislatívnej úprave	verejné zdravotné poistenie	D, E
	Implementácia kontrolných mechanizmov v manažmente fakultných a univerzitných nemocníc	štátny rozpočet	E
Implementácia biomedicínskej stratégie	štrukturálne a investičné fondy, štátny rozpočet, Tretí akčný program EÚ pre oblasť zdravia na roky 2014-2020	E	

Záver

Slovensko v súčasnosti v porovnaní s ostatnými krajinami EÚ dosahuje nízku úroveň efektivity zdravotníctva. Jedným z hlavných dôsledkov je kratší počet rokov života v zdraví (Healthy life years) obyvateľov Slovenska oproti priemeru krajín EÚ. Kým obyvatelia Slovenska žijú v zdraví priemerne 52,2 roka, u obyvateľov EÚ je to takmer o 10 rokov viac (62 rokov)¹².

Strategický rámec je dokumentom, ktorého realizáciou sa predpokladá zlepšenie kľúčových indikátorov v oblasti zdravotného stavu obyvateľstva, verejného zdravia, ambulantnej a ústavnej zdravotnej starostlivosti a elektronického zdravotníctva. Pre ich naplnenie bude podstatná implementácia identifikovaných realizačných stratégií.

Medzi hlavné opatrenia na zvýšenie kvality zdravého života na Slovensku patria investície do siete primárneho kontaktu, nemocníc poskytujúcich akútnu zdravotnú starostlivosť a realizácia preventívnych programov v oblasti verejného zdravia.

¹² štatistické údaje EUROSTATU, rok 2011
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Healthy_life_years_statistics