

**Návrh Strategického rámca v zdravotníctve  
pre roky 2013 - 2030**

## Obsah

ÚVOD .....	3
1 MEDZINÁRODNÝ KONTEXT .....	5
<u>NEPRENOSNÉ OCHORENIA</u> .....	9
<u>PRENOSNÉ OCHORENIA</u> .....	10
2 ANALÝZA DOSAHOVANÝCH VÝSLEDKOV VÝKONNOSTI ÚROVNE SLOVENSKEHO ZDRAVOTNÍCTVA <sup>0</sup> .....	14
3 DEMOGRAFICKÝ VÝVOJ A OČAKÁVANÝ NÁRAST POTRIEB ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI NA SLOVENSKU <sup>0</sup> .....	18
4 IDENTIFIKÁCIA KEÚČOVÝCH OBLASTÍ A UKAZOVATEĽOV STAVU ZDRAVOTNÍCTVA NA SLOVENSKU .....	21
5 STRATEGICKÉ ZÁMERY V OBLASTI ZDRAVOTNÍCTVA NA SLOVENSKU	34
6 MONITOROVACÍ SYSTÉM .....	36
7 ZDROJE FINANCOVANIA .....	37
8 BIOMEDICÍNSKY VÝSKUM.....	38

## Úvod

Strategický rámec v zdravotníctve pre roky 2013 – 2030 predstavuje základný dokument, ktorý by mal v strednodobom a dlhodobom horizonte určovať smerovanie zdravotnej politiky na Slovensku.

Kľúčové rozhodnutia v zdravotníctve v minulosti boli 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 cieľov do roku 2030. Spôsob implementácie týchto nástrojov budú tvoriť jednotlivé stratégie, vyplývajúce zo strategického rámca, ktoré budú pripravované a implementované následne.

Je dôležité pripomenúť, že predkladaný Strategický rámec nemá ambíciu zostávať do r. 2030 nemenným, avšak na základe relevantných a podložených argumentov by mal byť pravidelne prehodnocovaný a eventuálne korigovaný. Preto je potrebné vnímať aj tento dokument ako úvodný materiál na to, aby bol v budúcnosti doplňovaný na základe nových poznatkov, ktoré zdravotníctvo a moderný výskum a vývoj ale aj ekonomické pomery budú prinášať.

Prvá časť dokumentu pomenúva spoločné priority členských krajín 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 zdravotníctva na Slovensku.

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

Štvrtá časť identifikuje kľúčové oblasti a ukazovatele stavu slovenského zdravotníctva, jeho porovnanie s krajinami OECD ako našimi referenčnými krajinami a to v oblasti zdravotného stavu obyvateľstva, verejného zdravia, poskytovania zdravotnej starostlivosti, jej financovania, zdravotníckej technológie a tzv. kontextuálnych tém vyplývajúcich z aktuálnych potrieb. V tejto časti sú zadefinované 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.

Piata časť sa zaoberá stanovením aktuálnych prioritných oblastí, ktorých realizácia by sa mala začať v čo najkratšom čase.

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 siedmej časti sú predstavené rôzne potenciálne možnosti financovania implementácie realizačných stratégií.

Záverečná kapitola je venovaná objasneniu významu rozvoja a transferu výsledkov biomedicínskeho výskumu do klinickej praxe s dôrazom na inovatívne a efektívne spôsoby zlepšovania zdravotného stavu obyvateľov.

# 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 nerovnosti
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, v centre záujmu ktorých sú ľudia, posilňovanie kapacít verejného zdravotníctva a pripravenosti, surveilancie<sup>1</sup> a schopnosti reagovať na núdzové situácie;
- Vytvorenie zdravých komunít a podporného prostredia pre zdravie ľudí.

V duchu súdržnosti a zhody vychádzajú uvedené štyri prioritné oblasti z kategórií, podľa ktorých sú určované priority a programy WHO. Uvedené kategórie boli na globálnej úrovni schválené členskými štátmi 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 počtu nových neprenosných chorôb a zlepšiť aktuálny stav chorých na tzv. moderné civilizačné choroby – obezita, onkologické ochorenia, choroby krvného obehu, hypertenzia, poruchy skeletu, metabolické ochorenia, a pod. Vlády pomocou týchto opatrení dosiahnu vyšší efekt s priaznivým dopadom na zlepšenie verejného zdravia. Predpokladom je však prepojenie jednotlivých rezortných politík a investícií a služieb, ktoré sa zamerajú na zníženie nerovností.

Riešenie uvedených štyroch priorít vyžaduje kombináciu riadiacich prístupov, ktoré podporujú zdravie, rovnosť a prosperitu. Rozumná vláda bude predvídať zmeny, podporovať inovácie a investície zameria na podporu zdravia a zdravého životného štýlu a na prevenciu chorôb. Prístupy k navodeniu zmien budú zahŕňať centrálné riadenie prostredníctvom politiky tvorby verejného zdravia, rovnako ako aj pomocou nových foriem

---

<sup>1</sup> epidemiologická metóda monitorovania

spolupráce s organizáciami občianskej spoločnosti, nezávislých agentúr a odborných poradcov.

***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 dôležité ekonomické, spoločenské a individuálne benefity. Prebiehajúca demografická transformácia vyžaduje od predstaviteľov krajín 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 deti sa lepšie učia, zdraví dospelí sú viac produktívni a zdraví seniori sú aktívnym článkom spoločnosti. Zdravé a aktívne starnutie je politickou prioritou a hlavnou výskumnou prioritou.

Programy podpory zdravia založené na princípoch zapojenia ľudí do jednotlivých aktivít posilňujúcim ich mentálne a fyzické kapacity predstavujú skutočný individuálny a spoločenský prínos. Medzi ne patria: vytváranie lepších podmienok pre zdravý spôsob života, zlepšenie zdravotnej gramotnosti, podpora samostatnosti a riadenie sa mottom, že zdravšia voľba je jednoduchšia voľba a pod. Zaistenie dostatku a finančnej dostupnosti zdravých potravín a výživy v priebehu života je jedným z nástrojov v boji so spoločensky závažnými ochoreniami – epidémiou, ktorá sa šíri po celej Európe.

Veľmi významné bude urýchlené budovanie štátnych a podpora budovania neštátnych ubytovacích kapacít s poskytovaním základnej dlhodobej lekárskej a ošetrovateľskej starostlivosti, a to vo všetkých regiónoch Slovenska. V takýchto zariadeniach by sa plnohodnotne uplatňovali moderné metódy budovania zdravej staroby, čím by sa výrazne eliminovali dnes tak závažne vysoké finančné náklady na dlhodobú liečebnú starostlivosť dlhodobo chorých pacientov ako aj na seniorskú starostlivosť.

Presvedčivé dôkazy poukazujú na to, že nákladovo efektívne politické riešenia môžu priamo ovplyvniť zlepšovanie zdravia ľudí a ich prosperitu. 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 tvorby životného prostredia a prístupov, ktoré zvyšujú význam kontroly a zodpovednosti, môžu byť úspešné. Takýto vývoj môže byť lepšie podchytený posilnením sociálno-behaviorálneho výskumu.

Nesmierne dôležité je aj posilňovanie programov podpory duševného zdravia. Jeden zo štyroch ľudí v európskom regióne trpí v priebehu života nejakou formou poruchy duševného zdravia. Osobitnú pozornosť si zaslúži podpora včasnej diagnostiky depresii a prevencia samovrážd iniciovaním komunitných intervenčných programov. Výskumy vedú k lepšiemu porozumeniu negatívnych prepojení medzi problémami duševného zdravia so

sociálnou marginalizáciou, nezamestnanosťou, bezdomovectvom, alkoholom a užívaním iných návykových látok. Taktiež nové formy závislostí tykajúce sa virtuálneho internetového sveta by mali byť predmetom záujmu.

Závažným problémom v prevencii a liečbe duševných chorôb je sociálna izolácia seniorov (žijúcich osamele, resp. v domovoch sociálnych služieb), ich pocit životnej a sociálnej záťaže 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. Index starnutia sa v rokoch 2003-2010 postupne zvyšoval, v roku 2010 dosiahol hodnotu 81,0 rokov (59,0 u mužov a 104,1 u žien). Priemerný vek žijúcich obyvateľov sa v Slovenskej republike v rokoch 2003-2010 postupne zvyšoval, v roku 2010 dosiahol hodnotu 38,7 rokov (37,1 u mužov; 40,3 u žien).<sup>2</sup>

Trendy v narastajúcej strednej dĺžke života nasvedčujú tomu, že mnohí mladí ľudia, ktorých program Zdravie 2020 ovplyvní, sa pravdepodobne dožijú začiatku 22. storočia. Na to, aby bol tento ambiciózny cieľ dosiahnutý a taktiež aj na zvýšenie kvality života počas jeho trvania je vhodné investovať do ochrany zdravia zavčas v živote.

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) majú významné uplatnenie z hľadiska výskytu 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 u ľudí v závislosti od pohlavia

---

<sup>2</sup> Zdroj: Správa o zdravotnom stave obyvateľstva SR za roky 2009 – 2011.

a veku. Spotreba tukov prevyšuje 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 tiež dosiahnuť dostupnosť zdravých potravín a zdravej výživy obyvateľstva s ohľadom na zloženie, označovanie, výchovu obyvateľstva a aktívnu spoluprácu všetkých rezortov. Dôležité je dosiahnutie zmeny zloženia niektorých potravín, označovania potravín (napr. výživové a zdravotné tvrdenia), fiškálnej politiky, marketingu (reklama a internetová reklama), najmä pokiaľ ide o spomínané rizikové faktory soľ, nasýtené tuky (trans mastné kyseliny) a cukor. 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 obzvlášť dôležitým momentom v nastavení perspektívy znižovania chorobnosti slovenského obyvateľstva. Na programy tohto charakteru môže prispievať široká škála zainteresovaných strán. Pre úspešnosť tohto programu 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 až po konkrétne zdravotnícke opatrenia, či opatrenia v zmene zdravotného poistenia s uplatňovaním motivačných kritérií bonusového či malusového štýlu. Dôležitý bude rozvoj zdravotnej gramotnosti u mladej populácie až po integráciu úsilia pri tvorbe duševného a sexuálneho zdravia ako aj výchovy k plánovanému rodičovstvu. U seniorov bude veľmi dôležité zapájanie sa do iniciatív zameraných na aktívne a zdravé starnutie, ktoré bude prospievať 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.

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

- Budovanie kapacít v oblasti informácií 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 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 nezávadnosti 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 detská obrna, osýpky, rubeola; plná kontrola závažných ochorení ako je tuberkulóza, HIV, malária 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 preočkovanosťi populácie proti infekčným chorobám a udržať už zavedený vysoký štandard preočkovanosťi populácie proti vysoko nákazlivým chorobám nielen s prihliadnutím na zdravie očkovaných jedincov, ale aj ostatných jedincov žijúcich v komunite.

Z dôvodu masovej migrácie obyvateľov SR za oddychom ale aj prácou i do krajín s rizikom infekčných chorôb u nás sa nevyskytujúcich, zabezpečiť informovanie obyvateľov pred takýmito cestami. Upozorňovať obyvateľov na dôsledky rizikového správania sa v takýchto oblastiach a zabezpečiť edukáciu zdravotníckych pracovníkov o chorobách, ktoré môžu byť takto importované do SR. Rovnakú pozornosť venovať opačnej migrácii obyvateľov z rizikových oblastí na územie SR. Vzhľadom k globálnym zmenám klimatických podmienok venovať pozornosť možného šírenia pôvodcov infekčných a parazitárnych chorôb i na území SR (malária, západonílska horúčka...).

### **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 príčin úmrtí a chorobnosti. Keď zahrnieme aj úrazy, a úmrtia z vonkajších príčin tvoria chronické neinfekčné ochorenia v Slovenskej republike 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 prostredí, pracovnom prostredí, v samotnom správaní sa jednotlivca a v jeho životnom štýle. Ovplyviteľné rizikové faktory chronických neinfekčných ochorení priamo súvisiace so životným štýlom zohrávajú z hľadiska zdravotného stavu obyvateľstva významnú úlohu. Medzi najznámejšie patrí: fajčenie, nesprávne stravovacie návyky, nedostatočná fyzická aktivita, nadmerný príjem alkoholu, psychosociálny stres. S týmito faktormi priamo súvisí nadhmotnosť, 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, tráviacej sústavy, z pľúcnych chorôb 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 so vzostupom neinfekčných chronických ochorení, najmä so vzostupom diabetes mellitus a nádorových ochorení podmienených starnutím populácie. Preto vystáva potreba zvýšeného, zlepšeného monitoringu, dohľadu a hodnotenia neprenosných ochorení. Intervencie smerujúce k celej populácii v oblasti prevencie môžu priviesť najväčšie benefity pre obyvateľstvo v oblasti zdravia. Je zrejmé, že investície do preventívnych programov vedú k zníženiu mortality a majú tak jednoznačne ekonomický benefit, preto je dôležitá investícia do podpory zdravia, do preventívnych opatrení a programov.

### **Prenosné ochorenia**

Ľudská populácia je dlhodobo ohrozovaná infekčnými chorobami a ich epidemickým výskytom. Aj keď v súčasnosti je epidemiologická situácia vo výskyte viacerých infekčných ochorení v Slovenskej republike priaznivá, prenosné ochorenia aj naďalej ohrozujú zdravie obyvateľstva. Cestovanie, migrácia, obchod významne zvyšujú riziko vzniku a šírenia prenosných ochorení a riziko epidémií. Účinnosť boja proti infekčným ochoreniam spočíva na účinných systémoch zistenia výskytu pôvodcov ochorení a schém reagovania, ktoré sú závislé na účinnej surveilancii chorôb.

V Slovenskej republike sa od roku 2007 využíva epidemiologický informačný systém EPIS, ktorého cieľom je integrovať všetky údaje o infekčných ochoreniach hlásených regionálnymi úradmi verejného zdravotníctva. Systém EPIS sa podarilo prepojiť s laboratórnymi informačnými systémami niektorých mikrobiologických laboratórií. Tento proces pokračuje a jeho dobudovania výrazne skráti čas potrebný na získavanie informácií o výskyte pôvodcov infekčných chorôb epidemiológmi regionálnych úradov verejného zdravotníctva. Vzhľadom na zvýšenú migráciu osôb je potrebné monitorovať výskyt infekčných ochorení aj na európskej úrovni. Slovenská republika je zapojená do európskeho epidemiologického informačného systému TESSY. Riadený je Európskym centrom pre surveilanciu infekčných ochorení (ECDC). Jeho cieľom je zber údajov, analýza ich kvality a snaha o zjednotenie podmienok pre kvalitnú surveilanciu členských krajín Európskej únie.

Významným preventívnym opatrením v boji proti prenosným ochoreniam je očkovanie. Účinnosť očkovania je vo svete i na Slovensku dokázaná ústupom až vymiznutím ochorení, ktorým sa dá predchádzať očkovaním. Pravidelné povinné očkovanie detí sa na Slovensku vykonáva od 50-tych rokov minulého storočia. Vďaka tomu je v súčasnosti epidemiologická situácia vo výskyte infekčných ochorení preventabilných očkovaním na Slovensku priaznivá. Zaočkovanosť detí v rámci pravidelného povinného

očkovania proti desiatim prenosným ochoreniam (diftéria, tetanus, čierny kašeľ, poliomyelitída, vírusová hepatitída typu B, hemofilové invazívne infekcie, pneumokokové invazívne infekcie, osýpky, mumps a rubeola) dosahuje vyše 95% vo všetkých druhoch očkovania.“

**Prioritná oblasť 3: Posilňovanie zdravotných systémov, v centre záujmu ktorých sú ľudia, posilňovanie kapacít verejného zdravotníctva a pripravenosti, surveilancie 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 zdieľanie najnovších vedeckých poznatkov. Všetky krajiny sa musia prispôbovať meniacej sa demografickej situácii a vývoju spektra jednotlivých druhov ochorení, najmä z oblasti duševného zdravia, chronických ochorení 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 continuity, odbornej a finančnej efektivity zdravotnej starostlivosti a zmenu miesta poskytovania zdravotnej starostlivosti čo najbližšie k domácomu prostrediu kvôli bezpečnosti a nákladovej efektívnosti. V blízkej budúcnosti by pre efektívitu liečby mal byť zvýraznený a dávaný do popredia potenciál cielenej terapie tzv. personalizovanej medicíny.

Mnoho krajín dosiahlo univerzálne pokrytie, ale ešte stále je potrebné znižovať katastrofálny 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 dôležité pre zachovanie transparentnosti a zodpovednosti zdravotníckeho systému a sú neoddeliteľnou súčasťou kultúry bezpečnosti pacientov.

Rámec Zdravie 2020 potvrdzuje záväzky v oblasti prístupu k primárnej 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 liečbe, tak aj v starostlivosti o vlastné zdravie. Na primárnu prevenciu<sup>3</sup> nadväzuje sekundárna prevencia ktorej úlohou, resp. poslaním je vyhľadávanie skorých štádií porúch zdravia preventívnymi prehliadkami a screeningovými 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.

---

<sup>3</sup> Pod pojmom primárna prevencia je potrebné rozumieť predchádzanie vzniku ochorení, ovplyvňovanie determinantov, ktoré pôsobia na zdravie a znižovanie zdravotných rizík.

Plné využitie nástrojov a inovácii 21. storočia ako komunikačných technológií (digitálne záznamy, telemedicína a eHealth) a sociálnych médií sa môže podieľať na lepšej a nákladovo efektívnejšej starostlivosti. Dôležitými princípmi sú vnímanie pacienta ako zdroja príjmov a ako partnera pri zachovaní zodpovednosti za výsledok jeho liečby.

Revitalizácia verejného zdravia a transformácia poskytovaných služieb vyžaduje zmeny vo vzdelaní a v príprave na zdravotnícke povolania. Pružnejšia, kvalifikovanejšia a tímová pracovná sila je podstatou fungovania zdravotných systémov 21. storočia. Toto zahŕňa: tímové poskytovanie starostlivosti; nové formy poskytovania zdravotnej starostlivosti (zahrňujúce domácu starostlivosť a dlhodobú starostlivosť); pacientovu starostlivosť o vlastné zdravie; zlepšovanie strategického plánovania, manažmentu, spolupráce medzi sektormi vysokej odbornosti a finančnej efektívnosti. Predstavuje to 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.

Vyvíjanie adaptabilnej politiky, pružných štruktúr a prezieravosti účinne predchádzať a riešiť mimoriadne udalosti v zdravotníctve je veľmi dôležité. Je tiež dôležité, aby politiky odzrkadľovali zložitosť príčin a boli schopné rýchlo a inovatívne reagovať na nepredvídateľné udalosti, akými je napríklad vypuknutie prenosnej choroby. Medzinárodné zdravotné predpisy vyžadujú, aby jednotlivé krajiny implementovali multi-rizikový, medzisektorový a cezhraničný prístup pri mimoriadnych udalostiach vo verejnom zdraví, a aby boli pripravené efektívne riešiť aspekty súvisiace so zdravím pri mimoriadnych udalostiach alebo humanitárnych pohromách.

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

Rozširovanie interdisciplinárnej a medzirezortnej spolupráce v oblasti ľudského, environmentálneho a zvieracieho 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 so sebou 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 metodík 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 záťažii 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 komunít 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.

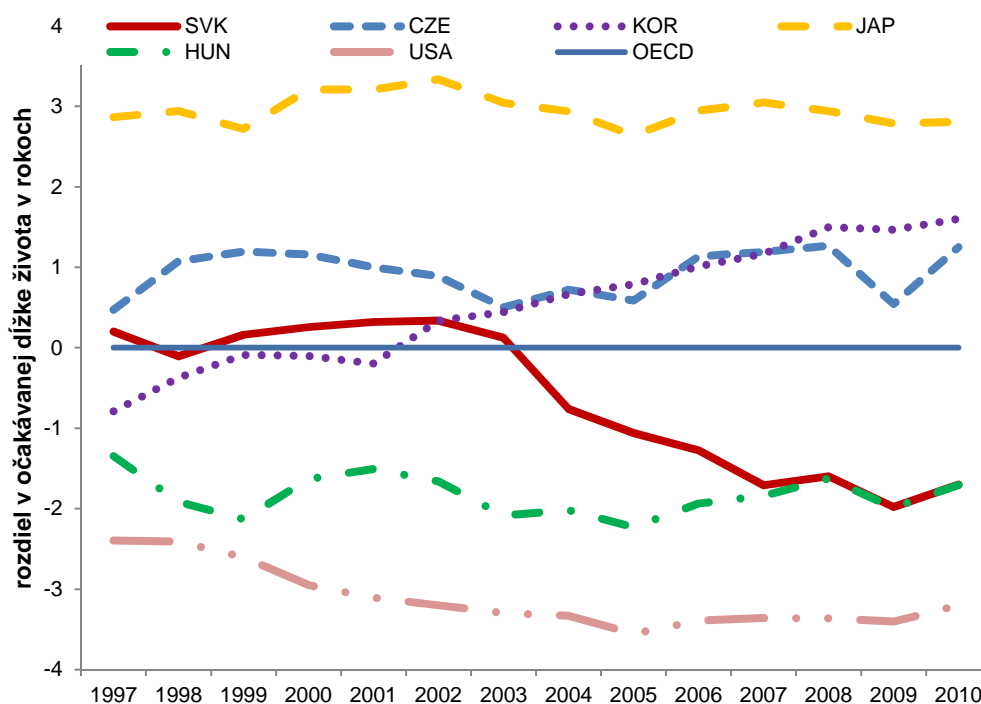
Globálny akčný plán WHO pre zdravie pracovníkov uvádza, že zlepšenie zdravia zamestnancov je možné dosiahnuť predovšetkým dobre koordinovaným úsilím spoločnosti ako celku, pod vedením vlády a s podstatnou účasťou zamestnancov a zamestnávateľov. Medzi svojimi prioritami tiež uvádza nutnosť zvýšene sa zamerať aj na informovanosť zamestnancov v oblasti ochrany ich zdravia.“

## 2 Analýza dosahovaných výsledkov výkonnosti úrovne slovenského zdravotníctva<sup>(4)</sup>

Nedávna štúdia Medzinárodného menového fondu (Grigoli, 2012) porovnala 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 60<sup>5</sup> 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

<sup>4</sup> Málo zdravia za veľa peňazí, Inštitút finančnej politiky, Ministerstvo financií SR, 2012

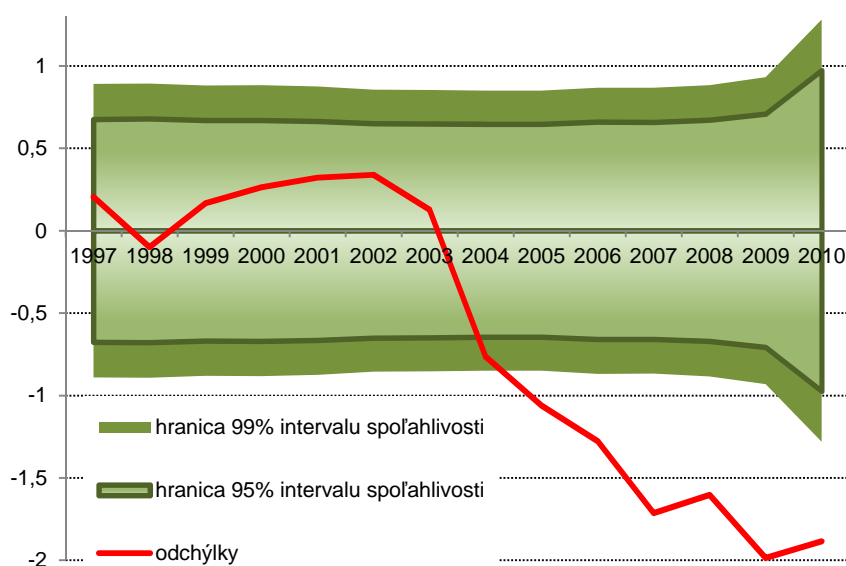
<sup>5</sup> Toto číslo bolo iba o 9,1 percentuálnych bodov horšie ako priemer sledovaných krajín.

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.

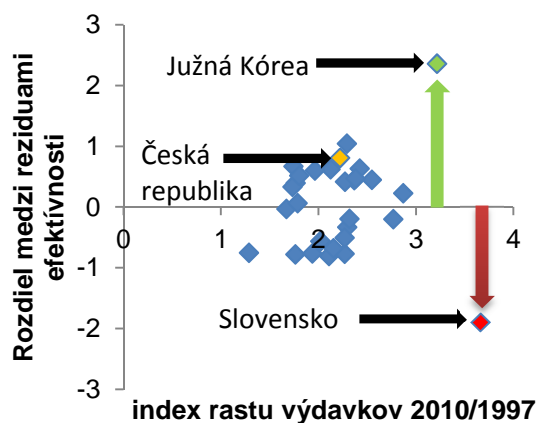
**Graf 2 Štatistická významnosť odchýlok - prepád efektívnosti slovenského zdravotníctva**



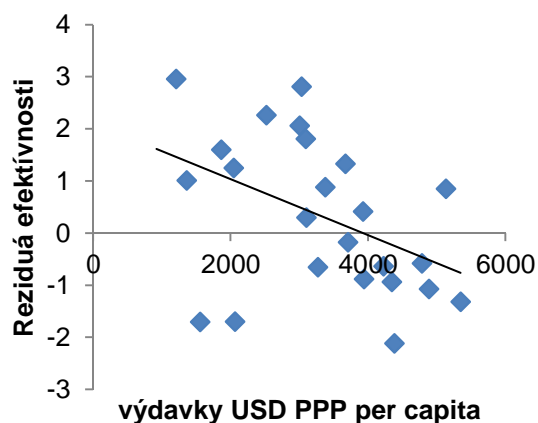
Zdroj: IFP z údajov OECD

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

**Graf 3 Závislosť zmeny efektívnosti na raste výdavkov<sup>6</sup>**



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

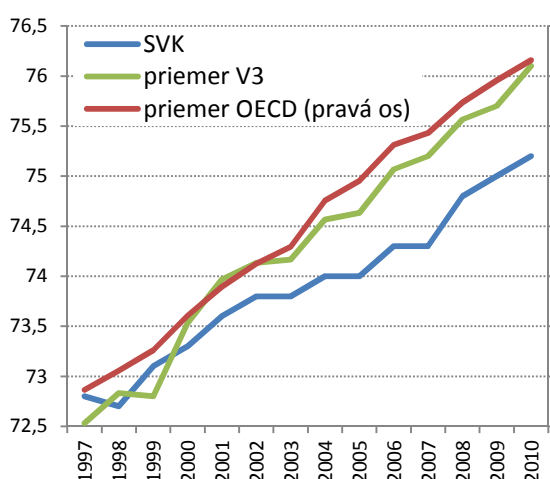


Zdroj: IFP z údajov OECD

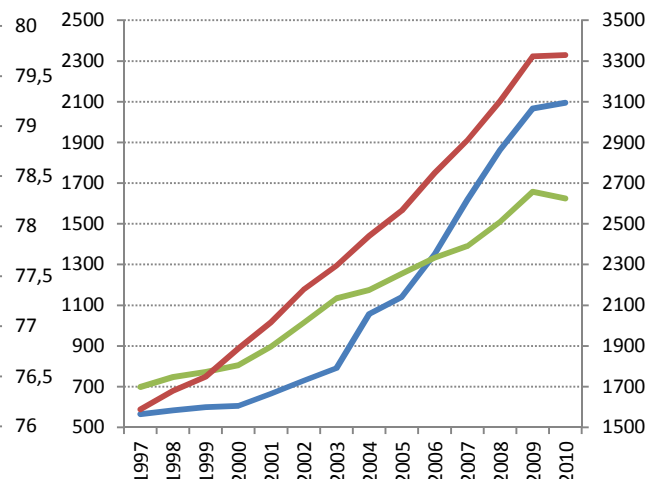
Z porovnania efektívnosti a výšky výdavkov (Graf 4) v roku 2009 je badateľná tendencia znižujúcej sa efektívnosti pri zvyšovaní výdavkov na zdravotníctvo.

Z nasledujúcich grafov (Graf 5 a Graf 6) vidno zdroj nepriaznivého vývoja efektívnosti slovenského zdravotníctva. Dĺžka života v krajinách V3<sup>7</sup> 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**



<sup>6</sup> Údaje v grafoch 3 a 4 sú za rok 2010, alebo najbližší k dispozícii.

<sup>7</sup> 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 a očakávaný nárast potrieb zdravotnej starostlivosti na Slovensku<sup>(8)</sup>

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. Dnes ťažko povedať na akej hodnote, avšak z dnešného pohľadu sa zdá reálny pokles počtu obyvateľov SR až na hranicu 4 milióny osôb do roku 2100. Proces starnutia obyvateľstva sa bude v najbližších desaťročiach zrýchľovať. Je to dôsledok poklesu počtu narodených a predlžovania ľudského života. Je to proces, ktorý je v horizonte tejto projekcie nezvratný, nemožno ho zastaviť, len zmierniť. Starnutie obyvateľstva je najzávažnejším dôsledkom súčasného demografického vývoja.

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 o problémoch, ktoré nás očakávajú, dobre vieme. Navyše časový posun, s ktorým tieto problémy prichádzajú na Slovensko, nám umožňuje sledovať, ako sa so situáciou snažia vyrovnávať 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.

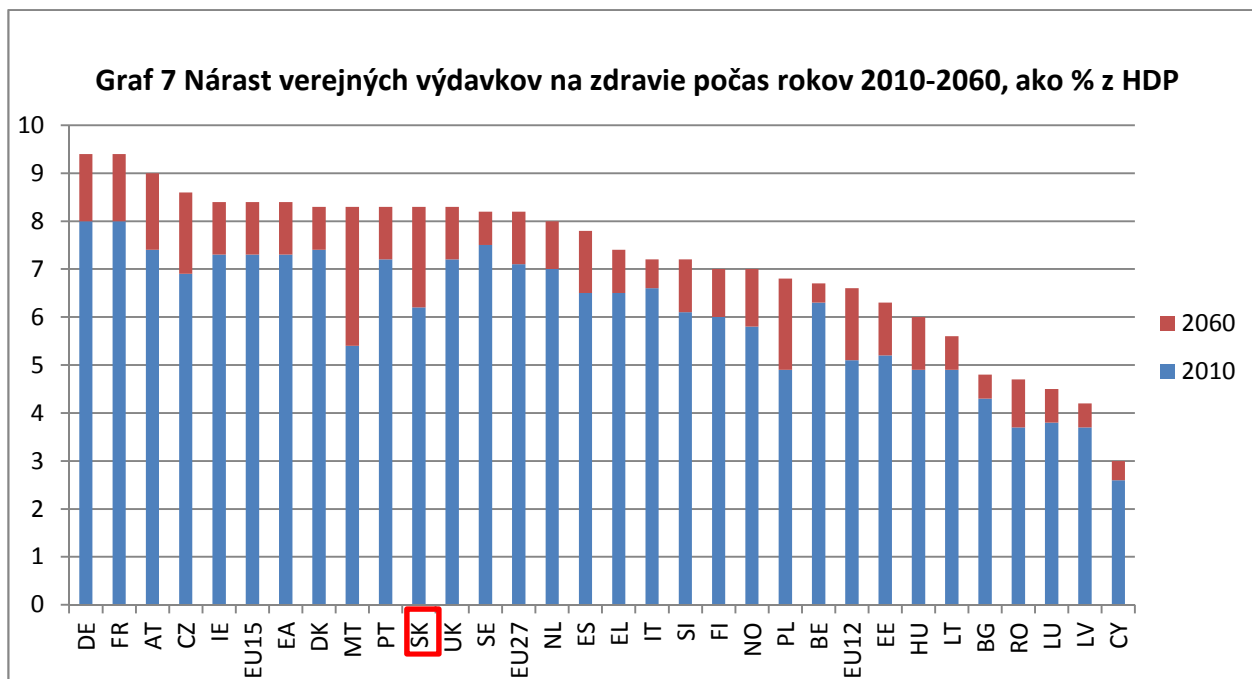
Podľa prognózy počtu obyvateľov do roku 2060 sa ako najpravdepodobnejší vývoj z dnešného pohľadu zdá byť mierny nárast počtu obyvateľov do roku 2030 (na hodnotu 5558 tis. osôb) a následné zníženie na hodnotu 5345 tis. osôb do roku 2060.

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

---

<sup>8</sup> Prognóza vývoja obyvateľstva Slovenska 2012-2060; Infostat

dopadu príjmovej elasticity na dopyt po zdravotných službách. Podľa referenčného scenára bude vývoj verejných výdavkov v zdravotníctve nasledovný<sup>9</sup>:



V dôsledku nepriaznivého demografického vývoja sa na Slovensku v strednodobom horizonte predpokladá výrazný nárast dopytu po zdravotníckych službách najmä v oblasti starostlivosti o starších. To znamená, že:

- množstvo finančných zdrojov zdravotníctva 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 zdravotná starostlivosť založená na silnom postavení všeobecných lekárov, agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti a redukcii špecializovanej ambulantnej 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,

<sup>9</sup>[http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/european\\_economy/2012/pdf/ee-2012-2\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/ee-2012-2_en.pdf)

- 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 nie je potrebné 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 pre dospelých, všeobecných lekárov pre deti a dorast, centrá včasnej diagnostiky, očkovanie).

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

## **4 Identifikácia kľúčových oblastí a ukazovateľov stavu zdravotníctva na Slovensku**

V súčasnosti existuje vo svete niekoľko štatistických zberov dát o zdravotníctve, ktoré identifikovali kľúčové parametre, popisujúce stav zdravotníctva v jednotlivých krajinách. Pri príprave slovenských parametrov 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 zdravotného stavu obyvateľstva, poskytovania zdravotnej starostlivosti, zdravotníckej techniky, výdavkov na zdravotníctvo a tzv. kontextuálnych tém. Týchto päť kľúčových skupín indikátorov bolo zadaných medzinárodnými organizáciami a sú všeobecne akceptovateľné ako hlavné oblasti kvantifikujúce stav zdravotníctva a zdravia obyvateľov v krajine, preto sme si ich zvolili aj my.

Nasledujúca tabuľka zobrazuje identifikované prioritné oblasti, zoznam indikátorov a návrh cieľových stavov týchto indikátorov.

Tabuľka 1: Vybrané ukazovatele

Kľúčové oblasti zdravia (Health sector area of concern)	Indikátor (Indicator)	Premenná (Variable)	Premenná 2 (Variable 2)	Jednotka (Unit)	SK	OECD priemer	TOP 5 OECD	Target index - year 2030
Zdravotný stav (Health status)	Zdravé roky života (Healthy life years)	Zdravé roky života pri narodení (Healthy life years at birth)	Muži (Males)	roky (years)	52,4	61,9	69,7	60
			Ženy (Females)	roky (years)	52,1	62,7	69,7	60
	Očakávaná dĺžka života (Life expectancy)	Pri narodení (At birth)	Muži (Males)	roky (years)	71,6	76,9	79,7	76,9
			Ženy (Females)	roky (years)	78,8	82,4	85,1	82,4
	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)	7 254,0	4 798,0	3 255,0	4 798,0
			Ženy (Females)	stratené roky na 100 000 ob. (years lost per 100 000 population)	3 073,0	2 457,0	1 797,0	2 457,0
	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)	1 188,5	852,2	707,3	852,2
			Ročná báza (annually)	Počet úmrtí na 100 000 ob. (Deaths per 100 000 population)	187,7	95,1	63,8	95,1
			Ročná báza (annually)	Počet úmrtí na 100 000 ob. (Deaths per 100 000 population)	674,2	331,2	203,4	331,2

Kľúčové oblasti zdravia (Health sector area of concern)	Indikátor (Indicator)	Premenná (Variable)	Premenná 2 (Variable 2)	Jednotka (Unit)	SK	OECD priemer	TOP 5 OECD	Target index - year 2030	
		Nádory (Neoplasms)	Ročná báza (annually)	Počet úmrtí na 100 000 ob. (Deaths per 100 000 population)	261,2	229,7	187,2	187,2	
Podpora zdravia (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	9,2	
		Spotreba tabaku (Tobacco consumption)	Ročná báza (annually)	% denných fajčiarov 15+ (% of population aged 15+ who are daily smokers)	19,5	19,5	15,0	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	15,4	
	Prevenia (Imunizácia) (Prevention (Immunisation))	Imunizácia: Záškrt, tetanus, čierny kašeľ (Immunisation: Diphtheria, Tetanus, Pertussis)			% zaočkovaných detí (% of children immunised)	99,0	95,2	99,0	99,0
		Imunizácia: Osýpky (Immunisation: Measles)			% zaočkovaných detí (% of children immunised)	98,0	93,9	98,4	98,0
		Imunizácia: Hepatitída B (Immunisation: Hepatitis B)			% zaočkovaných detí (% of children immunised)	99,0	85,9	98,0	99,0
		Imunizácia: Chrípka (Immunisation: Influenza)			% obyvateľov nad 65 rokov (% of population aged 65 years and over)	23,8	52,2	74,6	52,2
	Skríning (Screening)	Mamografia, programové dáta (Mammography screening, programme data)			% vyšetrených žien vo veku 50-69 (Percentage of females aged 50-69 screened)	16,0	54,1	74,1	54,1

Kľúčové oblasti zdravia (Health sector area of concern)	Indikátor (Indicator)	Premenná (Variable)	Premenná 2 (Variable 2)	Jednotka (Unit)	SK	OECD priemer	TOP 5 OECD	Target index - year 2030
		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	70,0	50,6
Systém poskytovania zdravotnej starostlivosti (Health care delivery)	Všeobecní lekári (General practitioners)	Priemerný vek všeobecných lekárov (Average age of General practitioners for adults)		vek (age)	53,9			40,0
	Všeobecní lekári ako Gatekeepers (GPs acting as gatekeepers)	Pacienti odporučení na vyšetrenie na vyšších úrovniach zdravotnej starostlivosti (Patients transferred to higher levels of care)	-	% návštev pacientov odporučených na vyššiu úroveň zdravotnej starostlivosti (% of visits transferred to higher level of care)	-	-	-	20%
	Konzultácie (Consultations)	Návštevy u lekára (Doctors consultations)		Počet na osobu (Number per capita)	11,3	6,4	4	6,4
	Ukončené hospitalizácie (Discharges)	Všetky príčiny (All causes)		Na 100 000 ob. (Per 100 000 population)	21 196,7	16 555,3	11 378,3	16 555,3
				Na 100 000 ob. (Per 100 000 population)	3 333,9	2 081,2	1 053,8	2 081,2
	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
				Počet na 1 000 ob. (Per 1 000 population)	4,7	3,5	1,8	2,5



Kľúčové oblasti zdravia (Health sector area of concern)	Indikátor (Indicator)	Premenná (Variable)	Premenná 2 (Variable 2)	Jednotka (Unit)	SK	OECD priemer	TOP 5 OECD	Target index - year 2030
	Využitie kapacít (In-patient utilisation)	Obložnosť lôžok akútnej starostlivosti (Acute care occupancy rate)		% z disponibilných lôžok (% of available beds)	66,5	75,2	91,0	85
	Stav budov (Obsolescent hospital infrastructure)	Priemerný vek nemocničných budov (Average age of hospital buildings)		Roky (Years)	42,0			25
	Priemerná dĺžka hospitalizácie (Average length of stay)	Všetky príčiny (All causes)		Dni (Days)	7,3	7,0	4,3	5,8
		Akútna starostlivosť (Acute care)		Dni (Days)	6,6	6,2	4,2	5
	Prístup k zdravotnej starostlivosti (Access to healthcare)	Fyzický prístup (Physical access)						
		Finančný prístup (Financial access)	Súkromné výdavky (Out-of-pocket exp.)		Podiel z celkových výdavkov v zdravotníctve v %	27,2	18,2	9,6
	Starostlivosť u akútnej exacerbácie chronických chorôb (Care for Acute Exacerbation of Chronic Conditions)	Úmrtnosť u prijatých pacientov s akútnym infarktomyokardu do 30 dní (Admission-based AMI 30 day in-hospital mortality rate)		Vek-pohlavie štandardizovaná miera (%) (Age-sex standardised rate (%))	5,7	5,4	2,8	2,8
		Úmrtnosť u prijatých pacientov s mŕtvicou do 30 dní (Admission-based Hemorrhagic stroke 30 day in-hospital mortality rate)		Vek-pohlavie štandardizovaná miera (%) (Age-sex standardised rate (%))	25,4	18,5	10,8	10,8

Kľúčové oblasti zdravia (Health sector area of concern)	Indikátor (Indicator)	Premenná (Variable)	Premenná 2 (Variable 2)	Jednotka (Unit)	SK	OECD priemer	TOP 5 OECD	Target index - year 2030
Výdavky na zdravie (Health financing)	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
	Mechanizmy platieb poskytovateľom (Provider payment mechanisms)	Zavedenie DRG (DRG implementation as a payment mechanism)		rok (year)				2016
	Udržateľnosť zdravotníckeho systému (Health system financial stability)	Operatívny zisk nemocníc (Operational profit of hospitals)	-	milión EUR (million EUR)	-116	-	-	120
Zdravotnícka technika (Health technology)	Diagnostika (Diagnostic exams)	Vyšetrenia počítačovej tomografie (Computed Tomography exams, total)		Na skener (Per scanner)	6 455,9	7 612,8	12 203,8	12 203,8
		Vyšetrenia magnetickej rezonancie (Magnetic Resonance Imaging exams, total)		Na skener (Per scanner)	4 875,4	5 285,7	7 549,8	7 549,8
	Zariadenia (Medical technology)	Počítačové tomografie (Computed Tomography scanners)		Na milión ob. (Per million population)	13,8	22,6		22,6
		Prístroje magnetickej rezonancie (Magnetic Resonance Imaging units)		Na milión ob. (Per million population)	6,8	12,5		12,5

Kľúčové oblasti zdravia (Health sector area of concern)	Indikátor (Indicator)	Premenná (Variable)	Premenná 2 (Variable 2)	Jednotka (Unit)	SK	OECD priemer	TOP 5 OECD	Target index - year 2030
	Spotreba farmák (Pharmaceutical consumption)	Antibiotiká (Antibiotics)		doporučená denná dávka (daily defined doses)	24,5	21,1	13,2	17,2
<b>Contextual issues (Kontextuálne podnety)</b>	Bezpapierová výmena informácií medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti (Paperless exchange of information among health care providers)	Všeobecní lekári (General practicioners)		% poskytovateľov s bezpapierovou výmenou informácií (%of providers with paperless information exchange)				
		Špecialisti (Specialists)						
		Poskytovatelia lôžkovej starostlivosti (Inpatient providers)						
		Diagnostika, zobrazovanie (Diagnostics, imaging)						
	Ostatný poskytovatelia (Other providers)							
	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 guideline)				50%
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				30%	

Kľúčové oblasti zdravia (Health sector area of concern)	Indikátor (Indicator)	Premenná (Variable)	Premenná 2 (Variable 2)	Jednotka (Unit)	SK	OECD priemer	TOP 5 OECD	Target index - year 2030
				clinical guidelines)				
	Aktívna spolupráca so sociálnym sektorom (Improved cooperation with social sector)	Percentuálny rozsah a výška zdravotnej starostlivosti - ošetrovateľských úkonov poskytovaných sociálnym sektorom a hrađených rozpočtom zdravotníckeho sektora (Scope and amount of healthcare services provided by social sector covered by health care budget)						
Počet multidisciplinárnych tímov v zdravotníckom sektore , vrátane odborníkov zo sociálneho sektora								
Počet zariadení dlhodobej starostlivosti, v ktorých je poskytovaná komplexná zdravotná a sociálna starostlivosť								

Kľúčové oblasti zdravia (Health sector area of concern)	Indikátor (Indicator)	Premenná (Variable)	Premenná 2 (Variable 2)	Jednotka (Unit)	SK	OECD priemer	TOP 5 OECD	Target index - year 2030
	Výskum a vývoj (Research and development)	Počet univerzitných nemocníc zapojených do výskumných programov spolu s univerzitami, Slovenskou akadémiou vied, zahraničnými fakultnými nemocnicami a súkromným subjektami (Number of teaching hospitals operating in research programs with universities, Slovak Academy of Science, foreign teaching hospitals and private companies)						3

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

**Tabuľka 2: Nástroje zmeny**

Kľúčové oblasti zdravia (Health sector area of concern)	Indikátor (Indicator)	Stratégia/nástroje na uskutočnenie zmeny	Očakávaný príspevok stratégie/nástroja k dostupnosti (D)/kvalite(K)/efektívnosti(E) poskytovania služieb v zdravotníctve	Rok/roky realizácie
<b>Zdravotný stav (Health status)</b>	Zdravé roky života (Healthy life years)	N/A		
	Očakávaná dĺžka života (Life expectancy)	N/A		
	Potenciálny počet rokov kratšej dĺžky života (Potential years of life lost)	N/A		
	Príčiny úmrtnosti (Causes of mortality)	<p>programy prevencie srdcovocievnych ochorení, podpora spolupráce medzi všeobecnými lekármi, kardiológmi a špecializovanými zdravotníckymi zariadeniami, národný monitorovací program</p>	K	
<b>Podpora zdravia (Health promotion)</b>	Nemedicínske determinanty zdravia (Non-medical determinants of health)	monitorovanie spotreby alkoholu, kvalitné vzdelávanie v kritických segmentoch	K	

Kľúčové oblasti zdravia (Health sector area of concern)	Indikátor (Indicator)	Stratégia/nástroje na uskutočnenie zmeny	Očakávaný príspevok stratégie/nástroja k dostupnosti (D)/kvalite(K)/efektívnosti(E) poskytovania služieb v zdravotníctve	
				Rok/roky realizácie
		monitorovanie spotreby tabaku, kvalitné vzdelávanie v kritických segmentoch	K	
		monitorovanie obezity, programy prevencie, zdravšie potraviny a výživa, legislatívne zmeny	K	
	Prevenca (Imunizácia) (Prevention (Immunisation))	pokračovanie v očkovačom programe	K,D	
		rozšírenie očkovačieho programu	K,D	
	Skríning (Screening)	motivačné prístupy pre všeobecných lekárov, gastroenterológov a gynekológov a pôrodníkov na zvýšenie skríningových aktivít	E,D	
Verejné zdravie	Prevenca, podpora a ochrana zdravia občanov SR	Zdravie 2020 – Národné ciele verejného zdravia v Slovenskej republike do roku 2020	K,D	
Systém poskytovania zdravotnej starostlivosti	Všeobecní lekári (General practitioners)	rezidentský program, legislatívne redefinovanie rozsahu kompetencií všeobecných lekárov	D	
	Všeobecní lekári ako Gatekeepers (GPs acting as gatekeepers)		K,E	
	Konzultácie (Consultations)		K,E	

Kľúčové oblasti zdravia (Health sector area of concern)	Indikátor (Indicator)	Stratégia/nástroje na uskutočnenie zmeny	Očakávaný príspevok stratégie/nástroja k dostupnosti (D)/kvalite(K)/efektívnosti(E) poskytovania služieb v zdravotníctve	
				Rok/roky realizácie
<b>(Health care delivery)</b>	Ukončené hospitalizácie (Discharges)	lepšia spolupráca medzi všeobecnými lekármi, špecialistami, efektívne zdieľanie informácií medzi nemocnicami (eHealth), nový program infraštruktúry nemocníc	E	
	Lôžka (Hospital beds)	nový program infraštruktúry nemocníc	E	
	Využitie kapacít (In-patient utilisation)		E	
	Stav budov (Obsolescent hospital infrastructure)		K,D	
	Priemerná dĺžka hospitalizácie (Average length of stay)		E	
	Prístup k zdravotnej starostlivosti (Access to healthcare)		D	
	Starostlivosť u akútnej exacerbácie chronických chorôb (Care for Acute Exacerbation of Chronic Conditions)	implementácia programu urgentnej starostlivosti	K,D,E	
<b>Výdavky na zdravie (Health financing)</b>	Farmaceutické produkty a zdravotnícke pomôcky (Excessive pharmaceuticals expenditure)	projekt zavedenia smerníc klinickej liečby	E	
	Mechanizmy platieb poskytovateľom (Provider payment mechanisms)	implementácia projektu DRG	E,D	



Kľúčové oblasti zdravia (Health sector area of concern)	Indikátor (Indicator)	Stratégia/nástroje na uskutočnenie zmeny	Očakávaný príspevok stratégie/nástroja k dostupnosti (D)/kvalite(K)/efektívnosti(E) poskytovania služieb v zdravotníctve	
				Rok/roky realizácie
	Udržateľnosť zdravotníckeho systému (Health system financial stability)	implementácia kontrolných mechanizmov	E	
Zdravotnícka technika (Health technology)	Diagnostika (Diagnostic exams)	koordinovanie poskytovania zdravotnej starostlivosti medzi poisťovňami a poskytovateľmi	D,E	
	Zariadenia (Medical technology)	nastavenie hodnotenia stavu prístrojov	D,E	
	Spotreba farmák (Pharmaceutical consumption)		E	
Contextual issues (Kontextuálne podnety)	Bezpapierová výmena informácií medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti (Paperless exchange of information among health care providers)	Integrovaný model poskytovania zdravotnej starostlivosti, eHealth	E	
	Štandardizované klinické procesy (Standardized clinical processes)	Implementácia správnych klinických postupov do legislatívnej úpravy	K,E	
	Aktívna spolupráca so sociálnym sektorom (Improved cooperation with social sector)	Vytvorenie zákona o dlhodobej zdravotnej starostlivosti Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v SR	E,D,K	
	Výskum a vývoj (Research and development)	Biomedicínska stratégia	K	

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

## 5 Strategické zámery v oblasti zdravotníctva na Slovensku

Z hore uvedeného je zrejmé, že napĺňanie indikátorov bude rozložené do dlhšieho časového obdobia, počas ktorého je potrebné si stanoviť priority. Ich cieľom bude zabezpečiť poskytovanie vysokokvalitnej, dostupnej a efektívnej zdravotnej starostlivosti, ktorá bude zodpovedať právam a meniacim sa potrebám obyvateľov. MZ SR vybuduje nevyhnutný legislatívny a regulačný rámec na napĺňanie Strategického rámca v zdravotníctve pre roky 2013 – 2030. Strategický rámec sa bude týkať troch hlavných oblastí nášho zdravotníctva.

**(Primárna) ambulantná zdravotná starostlivosť**, ktorej jadro spočíva v práci všeobecných lekárov pre dospelých a všeobecných lekárov pre deti a dorast, gynekológov primárneho kontaktu spolu so sestrami a ďalšími zdravotníckymi pracovníkmi by mala byť základom poskytovania zdravotnej starostlivosti. Medzi konkrétne priority pre najbližšie roky MZ SR navrhuje:

1. Vytvorenie podmienok na posilnenie role všeobecného lekára pre dospelých, všeobecného lekára pre deti a dorast a gynekológa primárneho kontaktu v spoločnosti (gatekeeping),
2. Zabezpečenie vzdelávania všeobecných lekárov pre dospelých i špecialistov prostredníctvom rezidentského programu; ich uplatnenie v tých regiónoch, kde pretrváva ich nedostatok, resp. vysoký vekový priemer,
3. Posilnenie primárnej zdravotnej starostlivosti novými formami poskytovania zdravotnej starostlivosti ako je integrovaná zdravotná starostlivosť,
4. Lepšia spolupráca medzi všeobecnými lekármi a špecialistami (aj pomocou e-Health),
5. Presun časti zdravotnej starostlivosti z lôžkovej do komunitne orientovanej ambulantnej starostlivosti,
6. Posilnenie postavenia sestier a pôrodných asistentiek v záujme lepšej starostlivosti v oblasti podpory zdravia, udržania zdravia, alebo prinavrátenia zdravia; potenciál sestier a pôrodných asistentiek je aj v oblasti edukácie jednotlivca, rodiny, komunity v otázkach podpory zdravia, udržania zdravia a pod.,
7. Vytvorenie podmienok na implementáciu programov verejného zdravia v oblasti spoločensky závažných chorôb založených na viaczortnej spolupráci a vybudovaní monitorovacieho systému,
8. Podpora preventívnych programov v predchádzaní prenosných a neprenosných ochorení v primárnom kontakte.
9. Lepšia spolupráca medzi všeobecnými lekármi a sociálnym sektorom.

**Ústavná zdravotná starostlivosť** je zabezpečovaná prostredníctvom nemocníc, alebo iných zdravotníckych zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti. MZ SR je schopné zabezpečiť:

10. Funkčné zdieľanie informácií (aj pomocou e-Health) medzi nemocnicami a inými zdravotníckymi zariadeniami ústavnej zdravotnej starostlivosti, pričom bude kladený dôraz na kontinuitu zdravotnej starostlivosti a efektívne využívanie zdrojov,
11. Zadefinovanie typov nemocníc a rozsahu nimi poskytovanej zdravotnej starostlivosti,
12. Určenie spádového územia, ktoré by prinieslo systematický manažment hospitalizácií a šetrenie finančných prostriedkov za preklady pacientov,
13. Prehodnotenie existujúcich typov a organizačných štruktúr zdravotníckych zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti,
14. Posúdenie stavu budov a zdravotníckej prístrojovej techniky a realizácia programu obnovy zdravotníckej infraštruktúry nemocníc s cieľom efektívneho využívania budov a zdravotníckej prístrojovej techniky v priebehu pätnástich rokov,
15. Prehodnotenie počtu a štruktúry akútnych lôžok a posilnenie lôžok doliečovacích, rehabilitačných, ošetrovateľských a lôžok pre dlhodobo chorých tak, aby bola zabezpečená kontinuita poskytovania zdravotnej starostlivosti a efektívne využívanie zdrojov,
16. Venovanie pozornosti oblasti ľudských zdrojov tak, aby bol zabezpečený dostatok kvalifikovaných zdravotníckych pracovníkov.

**Dlhodobá starostlivosť** predstavuje poskytovanie zdravotnej starostlivosti, sociálnych služieb a osobných služieb osobám s chronickými telesnými, alebo duševnými chorobami buď v zdravotníckych zariadeniach ústavnej starostlivosti, v zariadeniach sociálnych služieb, alebo v prirodzenom sociálnom prostredí osoby. V tejto oblasti bude úlohou MZ SR:

17. Vytvorenie legislatívnych podmienok zameraných na riešenie inovovaného modelu dlhodobej starostlivosti so zreteľom na koordináciu a integráciu služieb s inými rezortmi,
18. Vytvorenie a realizácia stratégie deinštitucionalizácie v špecializovanej psychiatrickej starostlivosti.

V rámci týchto priorít budú do konca roka 2015 vytvorené detailné implementačné stratégie, ktoré budú podrobne popisovať spôsob dosiahnutia stanovených cieľových indikátorov.

## 6 Monitorovací systém

Úlohou monitorovacieho systému je zabezpečiť sledovanie a napĺňanie stanovených indikátorov a priebežne dopĺňať samotný strategický rámec. Z tohto dôvodu Ministerstvo zdravotníctva SR zriadi monitorovaciu komisiu, ktorá bude zložená zo zástupcov ministerstva zdravotníctva, ministerstva školstva, ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny, ministerstva financií, Slovenskej lekárskej komory, 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 so študijným odborom ošetrovateľstvo.

Táto komisia bude v pravidelných intervaloch vyhodnocovať podnety na zmeny v strategickom rámci 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.

### **Verejné zdravotné poistenie**

Ministerstvo zdravotníctva považuje verejné zdravotné poistenie za najkľúčovejší zdroj financovania zdravotnej starostlivosti. Preto sa predpokladá, že časť realizačných stratégií bude financovaná z týchto zdrojov najmä z dôvodu identifikovanej nízkej efektívnosti slovenského zdravotníctva, čo predpokladá lepšie prerozdelenie zdrojov medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.

### **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. Na investície do zdravotníckej infraštruktúry v rámci Operačného programu Zdravotníctvo je možné indikatívne využiť ešte približne 10 mil. EUR a rovnaký indikatívny objem finančných prostriedkov je možné využiť na rozvoj ľudských zdrojov v zdravotníctve v rámci opatrenia 2.2 Operačného programu Vzdelávanie. Pri realizácii krátkodobých priorít strategického rámca sa posúdia možnosti a vhodnosť využitia týchto prostriedkov. Disponibilné prostriedky štrukturálnych fondov v programovom období 2007 – 2013 musia byť vyčerpané do 31.12.2015.

### **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. 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. 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.

### **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 zdieľané 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 objem disponibilných finančných prostriedkov pre konkrétnu členskú krajinu, keďže sa projekty programu realizujú na nadnárodnej úrovni.

## **8 Biomedicínsky výskum**

Predpokladom pre úspešné plnenie jedného z hlavných celospoločenských cieľov MZ SR – tvorby a implementácie MODERNEJ ZDRAVOTNEJ POLITIKY - je pred jej samotnou aplikáciou v reálnej spoločenskej situácii - nevyhnutné prepojenie politik všetkých rezortov vlády v oblastiach týkajúcich sa zlepšenia zdravotnej situácie obyvateľstva SR. Aj s vedomím potreby napĺňania tohto celospoločenského cieľa sa MZ SR od počiatkov aktívne zapojilo do prípravy moderného strategického materiálu - Stratégia výskumu, vývoja a inovácií v SR do roku 2020 a do rozpracovania prioritných oblastí aplikovaného výskumu, vývoja a inovácií, hlavne v oblasti rozvoja biomedicínskeho výskumu – tzv. RIS 3SK.

RIS 3SK, ako historicky jedinečný vládny program má za cieľ aktívne prepojiť všetky investície do inovácií a do rozvoja spoločnosti založenej na poznatkoch.

Ministerstvo zdravotníctva SR sa s vedomím nevyhnutnosti a v snahe podporovať rozvoj strategických oblastí vedy, výskumu a inovácií - opiera okrem analýzy konkrétnych problémov zdravia občanov SR aj o všeobecné ciele EÚ v politike výskumu a inovácií,

ktoré majú celoeurópsky význam. Zdravie obyvateľstva je absolútnym základom pre fungovanie a rozvoj všetkých činností vo všetkých oblastiach spoločnosti.

Program Stratégia výskumu, vývoja a inovácií v SR do roku 2020 a jeden z jeho prioritných programov - Biomedicína a biotechnológie - vznikol ako konsenzuálny materiál významných odborníkov slovenskej medicínskej vedy a ministerstva zdravotníctva a zameraním svojich priorit plne rešpektuje potreby zdravotníctva, zdravotníckeho výskumu a inovácií v tejto oblasti na najbližšie roky. MZ SR sa plne stotožňuje s cieľmi programu Biomedicína a biotechnológie, ktoré zároveň predstavujú aj východisko pre strategický experimentálny výskum v SAV a na slovenských univerzitách a pre biomedicínsky výskum v zdravotníctve - v jeho univerzitných nemocniciach a špecializovaných ústavoch.

Sú to tieto skupiny prioritných tém z oblastí spoločensky a ekonomicky najzávažnejších ochorení, ktoré budú predstavovať tematickú základňu pre biomedicínsky výskum na Slovensku v rokoch 2014 – 2020:

### **1. Onkologické ochorenia:**

- a. Nové stratégie pre zlepšenie prevencie a zníženie incidencie vzniku nových nádorových ochorení;
- b. Inovácia diagnostických postupov pre včasný záchyt nádorov;
- c. Inovatívne postupy v liečbe agresívnych nádorov;
- d. Nové postupy na kontrolované uvoľňovanie biologicky aktívnych liečiv;
- e. Experimentálna diagnostika a progresívne metódy individualizovanej liečby nádorov

### **2. Ochorenia srdca, ciev a mozgu:**

- a. Kardiometabolický syndróm – prevencia a zníženie incidencie vzniku nových ochorení, neuroendokrinné, genetické a psychosociálne faktory a nové liečivá;
- b. Zlyhávajúce srdce, predsieňová fibrilácia;
- c. Kardiorespiračné vzťahy, nové postupy v diagnostike a liečbe respiračného zlyhania;
- d. Zlepšenie preventívnych, diagnostických a liečebných stratégií pacientov s vysokým rizikom aterosklerózy a jej komplikácií
- e. Vytvorenie cielených koordinovaných postupov v primárnej, sekundárnej i terciárnej prevencii aterosklerózy pre zníženie kardiovaskulárnej morbidity i mortality v populácii.

### **3. Endokrinné a metabolické poruchy:**

- a. Genetické poruchy metabolizmu a poruchy životosprávy – obezita;

- b. Nové prístupy k DNA diagnostike týchto porúch a k prevencii ich negatívnych endokrinných a metabolických dôsledkov;
- c. Mechanizmy vzniku autoimunity, diagnostika a personalizovaná liečba autoimunitných porúch;

#### **4. Infekčné ochorenia vírusového a bakteriálneho pôvodu:**

- a. Vynárajúce sa infekčné agensy, imunita, vzťahy patogén-hostiteľ;
- b. Nové rýchle a citlivé testy na detekciu patogénov a protilátok;
- c. Inovatívne epidemiologické, diagnostické a preventívne opatrenia pri tlení zoonóz a významných infekčných chorôb

#### **5. Regeneračná a transplantačná medicína:**

- a. Nové prístupy k regenerácii poškodených tkanív a orgánov;
- b. Nové stratégie protinádorovej liečby ;

#### **6. Neurovedy:**

- a. Mozgové príhody, neurodegeneračné ochorenia;
- b. Nové prístupy k depresívnym stavom, autizmu, poruchám motorickej aktivity a kognitívnym poruchám;
- c. Vytvorenie koordinovaných postupov v prevencii ischemických a neurodegeneračných chorôb;

#### **7. Alergie a alergény:**

- a. Genomika alergií
- b. Bioanalytické metódy na vysokocitlivú identifikáciu alergénov v potravinách.

Cieľom Ministerstva zdravotníctva SR v oblasti biomedicínskeho a experimentálneho výskumu na obdobie rokov 2014 – 2020 bude vytvoriť spoločnú platformu pre pracoviská SAV a univerzít, ktoré sú oprávnené vykonávať experimentálny výskum a na strane druhej pre pracoviská v zriaďovateľskej pôsobnosti rezortu zdravotníctva – podľa zákona oprávnené vykonávať biomedicínsky výskum tak, aby boli rešpektované rámce programu - Biomedicína a biotechnológie a aktuálne potreby zdravotníctva a zdravia ľudu.

MZ SR vytvorí Komisiu pre medicínsky a zdravotnícky výskum, vývoj a inovácie – ako jednotnú odbornú tematickú platformu pre všetky formy a oblasti výskumu pre zdravie



– s cieľom tematického vymedzovania a koordinácie úloh výskumu a vývoja, ktoré budú súvisieť hlavne s aktuálnou situáciou v oblasti zdravia obyvateľstva SR. Na báze nových národných programov tvorby zdravia a bezpečnosti potravín v oblastiach uvedených v programe Biomedicína a rešpektujúc ich parciálne ciele a úlohy - bude Komisia MZ SR s rešpektovaním aktuálnej zdravotnej analýzy vyhlasovať každoročne tematické výzvy, o ktoré sa budú môcť spoločne uchádzať jednotlivé vedecké a zdravotnícke inštitúcie, vytvoriac tak funkčné multidisciplinárne riešiteľské kolektívy, ktoré využijú technológie a prístrojové celky vytvorené z Operačného programu výskum a vývoj a OP zdravotníctvo počas programového obdobia 2007 – 2013. Témy budú určované MZ SR, s cieľom zabezpečiť riešenie skutočne aktuálnych potrieb zdravotníctva rešpektujúc rámec vytýčený programom Biomedicína.

Očakávanými výsledkami budú hlavne tvorba klinicky alebo komerčne realizovateľných výstupov, nových diagnostických a liečebných postupov alebo iných foriem intelektuálneho vlastníctva, tvorba malých a stredných podnikov typu start-up a iných poznatkov aplikovateľných v praxi, ktoré pomôžu riešiť súčasnú komplikovanú zdravotnú situáciu - minimálne v uvedených oblastiach spoločensky a ekonomicky závažných typov ochorení obyvateľov Slovenska. Prepojením biomedicínsky orientovaného výskumu a inovácií v rezorte zdravotníctva, školstva, podnikateľskej sféry a techniky dôjde ku viacerým pozitívnym efektom ale hlavne ku zvýšeniu motivácie a dynamiky riešiteľských výskumných kolektívov ale aj akcieschopnosti v biomedicínskom aplikovanom a základnom výskume - vo svete jednej z najdynamickejších poznatkových oblastí, čo doposiaľ v biomedicíne na Slovensku chýba. Organizácii dnešného biomedicínskeho výskumu založeného na grantovej podpore agentúr MŠVVaŠ SR dnes chýba jej priame zainteresovanie na problémoch spojených so zdravím obyvateľstva a medicínou samotnou, nakoľko hlavným motívom sú iba vedecké no nie zdravotnícke ciele – spojené so zlepšením zdravia obyvateľstva, a to si pri dnešnej situácii nemôžeme dovoliť.

Pre docielenie žiaduceho stavu – t. j. vysokej účinnosti biomedicínskeho výskumu na Slovensku – zameraného na podporu a tvorbu zdravia obyvateľstva a inovácie – je potrebné po stránke legislatívnej vykonať niekoľko opatrení:

- Oprávniť univerzitné nemocnice na Slovensku (Bratislava, Martin, Košice) a špecializované inštitúty (NÚSCH, SÚSCH, VÚSCH, NOÚ, VOÚ, a ďalšie špecializované inštitúcie rezortu zdravotníctva) pre vykonávanie úloh vedeckého výskumu, aby sa stali oprávnenými participovať na výzvach v oblasti výskumu a vývoja zo Štrukturálnych fondov EÚ v rokoch 2014 -2020 a z iných grantových schém SR a EÚ (napr. HORIZONT 2020).

- Akreditovať vybrané laboratóriá v SAV a na univerzitách pre vykonávanie diagnostickej zdravotníckej vysoko – špecializovanej činnosti, s cieľom lepšie využiť existujúci potenciál vybudovaný z fondov EÚ aj pre účely zdravotníctva.

- Alokovať čiastku cca 500 mil. EUR pre realizáciu biomedicínskeho výskumu pod správu MZ SR z prostriedkov na výskum, vývoj a inovácie na roky 2014-2020.

Úlohy MZ SR pre vytvorenie základných predpokladov pre úspešný biomedicínsky výskum:

- Vytvorenie nových národných zdravotníckych programov pre oblasti obsiahnuté v prioritných témach biomedicínskeho výskumu RIS 3S, ktoré budú okrem časti zdravotníckej definovať aj parciálne ciele výskumu a vývoja a zabezpečiť ich plnohodnotné financovanie z rozpočtu SR.

- Zriadiť Radu pre biomedicínsky výskum, vývoj a inovácie pri MZ SR

- Vytvoriť organizačné a personálne predpoklady na MZ SR pre organizáciu biomedicínskeho výskumu na Slovensku

Všetky úlohy a výstupy budú rešpektovať spoločný európsky rámec pre zdravotnú politiku – Zdravie 2020, čo umožní následné zapojenie sa riešiteľských kolektívov do programu Horizont 2020 a podporí ich trvalú udržateľnosť v rezorte zdravotníctva, školstva a vedy.

Všetky poznatky získané z výskumu zameraného na praktické medicínske problémy budú použiteľné tak pre klinickú prax ako aj pre pregraduálne vzdelávanie a doktorandské štúdium, a taktiež pre špecializačné vzdelávanie v medicíne. Očakávame kumulatívny efekt v zmysle úzkeho prepojenia experimentálneho a biomedicínskeho predklinického a klinického výskumu a zvýšenia akcieschopnosti vedecko – klinického komplexu pri riešení prevencie, diagnostiky a liečby spoločensky závažných ochorení.