
Implementačná stratégia - systém integrovaného poskytovania
zdravotnej starostlivosti: Modernizácia zdravotníckej infraštruktúry a zlepšenie
dostupnosti kvalitných služieb v primárnej a akútnej lôžkovej zdravotnej starostlivosti

Obsah

1. Úvod	2
2. Súčasný stav	6
2.1. Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030.....	6
2.1.1. Priority strategického rámca	6
2.1.2. Politická podpora a legislatívna podpora Ministerstva zdravotníctva a vlády Slovenskej republiky pri vykonávaní reformných procesov	7
2.2. Trendy v oblasti zdravotnej starostlivosti v EÚ	9
2.3. Reforma nemocničného systému.....	10
3. Strategické ciele	11
3.1. Integrovaný model zdravotnej starostlivosti.....	11
3.2. Integrované centrá zdravotnej starostlivosti (ICZS)	13
3.2.1. Obligatorne vs fakultatívne sociálne služby v rámci ICZS	17
3.2.2. Pilotná časť implementačnej fázy	21
3.3. Reforma nemocničného sektora	26
3.3.1. Hlavný plán	26
3.3.2. Pilotná časť v Trenčianskom samosprávnom kraji	29
3.4. Integrovaný systém zdravotnej starostlivosti vedie k reforme celého systému.....	31
4. Opatrenia	32
4.1. Realizačné predpoklady.....	33
4.1.1. Stavebná činnosť	33
4.1.2. Opatrenia a postup pri ich realizácii.....	33
4.2. Riziká, ktoré môžu viesť k neúspešnej reforme integrácii primárnej a nemocničnej zdravotnej starostlivosti	37
4.2.1. Možné negatíva a ich riešenie.....	38
4.3. Motivátory prechodu z terajšieho stavu primárnej starostlivosti do centralizovanej	38
4.4. Monitoring	39
4.5. Odhad nákladov na implementáciu ICZS a reformu akútnych nemocníc	39

1. Úvod

V porovnaní s mnohými inými krajinami EÚ, slovenský systém zdravotníctva má nízku úroveň efektivity a výkonnosti. Vo svojej súčasnej podobe je tu riziko do budúcnosti jeho ekonomickej udržateľnosti. Hlavným dôsledkom tohto stavu je pokračujúci nepriaznivý vplyv na zdravotný stav obyvateľstva, napríklad kratší počet rokov zdravého života (Healthy Life Year) slovenskej populácie v porovnaní s priemerom EÚ - 52,2 rokov oproti veku 62 rokov pre Európu ako celok (10 rokov znevýhodnenia slovenských obyvateľov).¹ To vedie aj k predčasnému odchodu z trhu práce a sociálnemu vylúčeniu osôb v dôchodkovom veku.

Odporúčania Rady, ktoré sa týkajú národného programu reforiem Slovenska na rok 2013 a ktorým sa predkladá stanovisko Rady k programu stability Slovenska na roky 2012 – 2016 sa táto problematika odráža v potrebe zlepšenia dlhodobej udržateľnosti verejných financií zvýšením nákladovej efektívnosti odvetví zdravotnej starostlivosti.² To je aj v súlade so základnými princípmi stratégie Európa 2020 (dokument EÚ politiky súdržnosti stratégie), ktorá kladie dôraz na potrebu zabezpečiť, aby súčasné ako aj budúce generácie mohli mať vysokú kvalitu zdravého života, podporenú unikátnym sociálnym modelom v Európe a podporovanú udržateľným systémom zdravotnej starostlivosti.³ Slovensko v súčasnej dobe nedosahuje tento ideál pre svojich občanov. Napríklad, ako je uvedené vyššie, nízky počet rokov zdravého života obyvateľov v porovnaní s inými časťami Európy.

Podľa odporúčaní rady⁴ výdavky na zdravotnú starostlivosť budú hlavnou hybnou silou rastu nákladov súvisiacich so starnutím obyvateľstva, ktorý predstavuje 2 % HDP, čo je druhý najvyšší predpokladaný rast výdavkov na zdravotnú starostlivosť zo všetkých členských štátov EÚ. Problémy pretrvávajú hlavne v oblasti nemocničnej starostlivosti a primárnej starostlivosti. Vláda v decembri 2013 prijala strategický rámec v oblasti zdravia na roky 2014 – 2030 na zlepšenie nákladovej účinnosti.

Zdravá populácia je kľúčom k rastu spoločnosti. Zdravotný stav ovplyvňuje ekonomický rast zvýšením produktivity pracovníkov, zvýšením úspor počas života jednotlivca, čo zlepšuje vzdelanie a podporuje zahraničné priame investície. Každý ďalší rok predĺženia očakávanej dĺžky života zvyšuje ekonomický výkon o 4%, dokonca aj po korekcii na pracovnú prax a vzdelanie.⁵

Existujú dva hlavné dôvody, prečo sa súčasnému systému zdravotnej starostlivosti nepodarilo prispieť účinne k zlepšeniu zdravotného stavu:

¹ http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Healthy_life_years_statistics#Main_tables

² http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/nd/csr2013_slovakia_sk.pdf

³ EUROPE 2020 Strategy <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:SK:PDF>

⁴ ODPORÚČANIA RADY, ktoré sa týka národného programu reforiem Slovenska na rok 2014 a ktorým sa predkladá stanovisko Rady k programu stability Slovenska na rok 2014. http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2014/csr2014_slovakia_sk.pdf

⁵ BLOOM, D., CANNING, D., and JAMISON, D.T.: *Health, Wealth and Welfare*. Finance and Development, 2004 (March)

- 1) nedostatok účinného manažmentu chronických ochorení hlavne v primárnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti;
- 2) nadrozmerný, neefektívny a neudržateľný akútny sektor nemocničných zariadení, ktorý odčerpáva zdroje z miesta, kde to je najviac potrebné - sektor primárnej zdravotnej starostlivosti a investícií v oblasti verejného zdravia.

Kým v krajinách EÚ, lekári primárnej starostlivosti zohrávajú dôležitú úlohu v starostlivosti o pacientov s chronickými ochoreniami tak na Slovensku napr. pacienti s diabetom 2. typu sa v súčasnosti odporúča navštíviť každoročne 6 rôznych odborníkov (Tabuľka 1). Taktiež, v Austrálii klinický manažment diabetu 2. typu je prevažne vykonávaný lekármi primárneho kontaktu, často v rámci dohôd tzv. "zdieľaná starostlivosť" s miestnymi diabetickými centrami alebo súkromným endokrinológom.⁶ Prevalencia diabetes 2. typu na Slovensku je v súčasnosti 6,5%, teda cca 350 000 ľudí, z ktorých polovica trpí miernou formou, ktorá by mohla byť plne pod kontrolou všeobecných lekárov. Zároveň je tu skupina cca 12,5% pacientov, s pre-diabetes, ktorí v najbližších rokoch budú postihnutí ochorením, ak sa včas nepodnikne preventívna intervencia. Indikátory, ktoré sú kontrolované sú predovšetkým úroveň glykovaného hemoglobínu, krvného cukru a ďalších biochemických parametrov uvedených v krvi a v moči, krvný tlak, očné pozadie a pod. počas pravidelných návštev diabetických pacientov v priebehu roka u lekárov.

Tabuľka 1:

Súčasný model	Perspektíva
4x diabetológ	1x internista
1-2x internista alebo kardiológ	VLD
2x nefrológ	
1x neurológ	
1x oftalmológ	

Tieto dva hlavné nedostatky v poskytovaní služieb sú vzájomne prepojené. Nízka úroveň, včasná diagnostika a neefektívna liečba chronických ochorení v primárnej ambulantnej starostlivosti zvyšuje tlak na špecializovanú starostlivosť a hospitalizácie. Toto so sebou prináša multiplikačný efekt a to tým, že znevýhodňuje obyvateľov v produktívnom veku na trhu práce (chronické ochorenie sú významným faktorom u ľudí, ktorí opúšťajú pracovisko predčasne), prispieva k sociálnemu vylúčeniu, je faktorom, ktorý môže zhoršiť chudobu a cez zbytočne vynaložené náklady nemocničnej starostlivosti sa nedokáže zlepšiť udržateľnosť systému zdravotnej starostlivosti. To sú faktory, ktoré v konečnom dôsledku

⁶

http://www.nhmrc.gov.au/files_nhmrc/publications/attachments/di7_part1_evidence_based_guideline_case_detection_diagnosis_type_2_diabetes_131223.pdf; Str 2)

spomaľujú ekonomický rast krajiny. Slovensko spolu s ostatnými stredoeurópskymi krajinami, má dedičstvo v systéme centralizovaného nemocničného sektora s nadbytočným počtom akútnych lôžok, ktoré spôsobujú vysoké priame fixné náklady a následne v dôsledku snahy nemocníc vyplniť posteľe s pacientmi (na udržanie „cash-flow“), aj vysokými variabilnými nákladmi. Počet hospitalizácií na 100 000 obyvateľov na Slovensku je 21 196 v porovnaní s OECD v priemere 16 555 v priemere takmer o 30 % vyšší). Tento fakt spolu s absenciou platobného mechanizmu DRG, spôsobuje značné nedostatky v akútnom nemocničnom sektore, čo má za následok výrazne vysoké priame a nepriame zadĺženie okresných ako aj krajských nemocníc.⁷

Ďalším indikátorom neefektívnosti v systéme primárnej zdravotnej starostlivosti je to, že priemerný počet návštev slovenských pacientov u lekára za rok je takmer dvakrát vyšší (11,3) v porovnaní s priemerom OECD (6,4). Jedným z dôvodov tohto javu je aj zlá integrácia poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorá sa prejavuje vysokou mierou fragmentácie prevažne primárnych poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na území Slovenska (v 620 územných jednotkách - obce - je 1290 kontaktných miest⁸ s celkovým počtom 2780 praktických lekárov pre dospelých a 1251 pediatrov v 783 kontaktných miestach). Ďalším dôvodom je aj vysoká návštevnosť špecializovaných ambulancií, čo naznačuje nedostatočnú starostlivosť o pacienta v primárnom kontakte. Viac ako 80 % pacientov s chronickými ochoreniami sú odporúčaní z primárneho kontaktu všeobecným lekárom do špecializovaných ambulancií a k nemocničným špecialistom. To je v ostrom nepomere s údajmi z iných krajín, kde sa kladie vyšší dôraz na primárny kontakt a väčšiu integráciu poskytovateľov v primárnom kontakte ako aj ich spolupráca a vytváranie spoločných tímov. Takto sa dajú dosiahnuť lepšie výsledky v manažmente pacienta, oveľa nižší počet zbytočných odporúčaní pacienta k ambulantným špecialistom a do nemocníc, pričom sa zabezpečí lepšia dostupnosť pacientov k zdravotnej starostlivosti, a to tým že miestna ambulancia všeobecného lekára je miestom, kde je väčšina zdravotnej starostlivosti poskytovaná pacientom s chronickým ochorením. Tento systém práce sa odráža aj na výsledkoch zníženia morbidita a mortality u pacientov s chronickými ochoreniami, rovnako ako aj vo zvýšení efektivity zdravotníckych služieb.^{9,10}

Mnoho krajín v ostatnom čase podniklo celý rad reforiem zdravotného systému, napríklad vo Veľkej Británii, Fínsku a v mnohých iných krajinách začína prevládať systém

⁷ Štátom vlastnené nemocnice hlásili ročnú stratu vo výške 116 mil Sk. EUR v roku 2012, Ministerstvo zdravotníctva prijalo trojročný plán na zníženie deficitu v roku 2015.

⁸ Kontaktné miesto pre účely tejto stratégie sa rozumie ako budova (priestor), kde sa nachádzajú ambulancie lekárov

⁹ Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Eds. Saltman R B, Rico A, Boerma W G W. Open University Press, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2006.

¹⁰ Rittenhouse DR, Shortell SM, Fisher ES. Primary Care and Accountable Care — Two Essential Elements of Delivery-System Reform. N Engl J Med 2009; 361:2301-2303 December 10, 2009

integrovaného poskytovania primárnej zdravotnej starostlivosti.¹¹ Má to však aj nezanedbateľný vplyv na nemocničný sektor. Kombinácia presunu pacientov s chronickými chorobami do primárnej starostlivosti, viaceré špecializované ambulancie ako aj zvýšený počet seniorov s pridruženými ochoreniami (komorbidity) znamená, že pri vývoji novej integrovanej zdravotnej starostlivosti sa nesmie zabudnúť na reformu, ktorá bude zameraná na akútny nemocničný sektor.

¹¹ Beck M. et al: The Role and Effectiveness of Public – Private Partnerships (NHS LIFT) in the Development of Enhanced Primary Care Premises and Services, *Report for the National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation programme, January 2010*

2. Súčasný stav

2.1. Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030

Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014-2030 bol schválený vládou Slovenskej republiky dňa 18. decembra 2013 a zavádza priority zlepšenia efektivity zdravotnej starostlivosti a s ním následné zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva:

- **Primárna ambulantná zdravotná starostlivosť by mala byť hlavným cieľom zlepšenia systému zdravotnej starostlivosti**, vrátane motivácie všeobecných lekárov ako aj v prerozdeľovaní zdrojov. Toto bude posilnené zavedením nových finančných stimulov, ktoré sa odrazia v postupnom zavádzaní platieb za výkony na úrovni primárnej starostlivosti;
- **Implementovať koncepciu integrovaného modelu primárnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (ďalej aj ako Integrovaná zdravotná starostlivosť) s prioritným zameraním na odbory všeobecného lekára pre dospelých, všeobecného lekára pre deti a dorast a gynekológa ako lekárov prvého kontaktu (tzv. „gatekeeping“) ako aj ošetrovateľstvo na základe koncentrácie ich činností do centier integrovanej starostlivosti; tvorbu nových postupov v oblasti liečby a prevencie, posilnením a rozšírením kompetencií všeobecnej ambulantnej a ošetrovateľskej starostlivosti.**
- **Zlepšenie výkonnosti s ňou aj zlepšenie prevádzkovej a ekonomickej udržateľnosti systému zdravotnej starostlivosti**, bude hlavným výsledkom integrácie primárnej zdravotnej starostlivosti. Toto sa sekundárne odrazí aj na nižšom tlaku na nemocničný sektor, čím sa zabezpečia toľko potrebné a previazané reformy v nemocnici, ktoré v sebe budú obsahovať reštrukturalizáciu nemocníc s novou štruktúrou nemocničných služieb, t.j. multidimenzionálny prístup k zdravotnej starostlivosti. **Na regionálnej úrovni budú vysokošpecializované zariadenia akútnej starostlivosti a na miestnej úrovni komunitne orientované zariadenia pre chronických chorých pacientov (rehabilitačná starostlivosť podporená s primárnou opatrovateľskou službou).**
- **Implementovať medicínske preventívne programy v predchádzaní prenosných a neprenosných ochorení prostredníctvom spolupráce s ostatnými zložkami poskytovania zdravotnej starostlivosti a inštitúciami verejného zdravotníctva.**

2.1.1. Priority strategického rámca

- 1) **Implementácia konceptu integrovaného modelu starostlivosti o zdravie** so zameraním na väčšie vymedzenie úlohy praktického lekára pre dospelých, praktických lekárov pre deti a dorast, a gynekológa ako lekárov primárnej starostlivosti („gatekeepers“) a koncentrácia ošetrovateľských činností v integrovaných centrách. Vytvorenie nových postupov v liečbe a prevencii, posilnenie a rozšírenie všeobecnej ambulantnej a ošetrovateľskej zdravotnej starostlivosti vrátane iniciatív na podporu verejného zdravotníctva.
- 2) **Kontinuálne zabezpečenie vzdelávania praktických lekárov** prostredníctvom

rezidentského programu hlavne v regiónoch, kde je nedostatok praktických lekárov alebo kde je ich vysoký priemerný vek lekárov (a hroziaci odchod do dôchodku).

3) **Zlepšiť preventívne lekárske programy** v rámci prevencie prenosných a neprenosných chorôb prostredníctvom spolupráce s ďalšími zložkami poskytovania zdravotnej starostlivosti **a inštitúciami verejného zdravotníctva**.

4) **Prostredníctvom reforiem integrovanej zdravotnej starostlivosti zabezpečiť aj dlhodobejšie potreby starnúceho obyvateľstva**, najmä vplyv zvýšenia komorbidít. Tieto výzvy spolu s pokrokom v akútnej nemocničnej starostlivosti si budú vyžadovať nové usporiadanie nemocničného systému, vrátane väčšej špecializácii na komplexnú medicínu, lepší prístup k rutinnej liečby, ktorá môže byť poskytnutá v komunitnom prostredí a širšej dostupnosti dlhodobej (chronickej) starostlivosti a rehabilitačných činností.

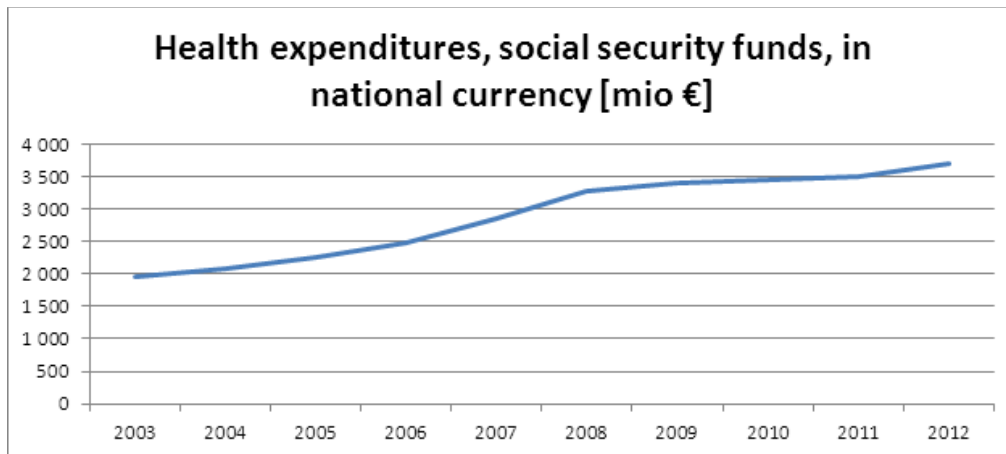
5) Implementácia a **racionalizácia nemocničného sektora** sa zabezpečí cez integrovaný prístup v „ceste pacienta“ cez systém zdravotnej starostlivosti, pričom všetky procesy musia byť nastavené od základov (centrá primárnej starostlivosti) až po vrchol pyramídy (vysokošpecializované centrá na liečbu akútnych stavov, resp. centrá excelentnosti). Jedine takýmto prístupom sa zabezpečí zlepšená efektivita poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, čo bude mať vplyv na celkový zdravotný stav občanov SR.

2.1.2. Politická podpora a legislatívna podpora Ministerstva zdravotníctva a vlády Slovenskej republiky pri vykonávaní reformných procesov

Slovenská vláda vyjadrila podporu zdravotníctvu v rámci jednej zo svojich hlavných priorít, čo je potvrdené aj tým, že Slovensko je jednou z mála krajín, ktoré v priebehu finančnej krízy neznižuje celkový rozpočet na zdravotnú starostlivosť (Obrázok 1).

Schválením strategického rámca pre roky 2014-2030, Slovenská vláda urobila ďalší významný krok v deklarovaní svojej politickej podpory pre reformy, ktoré sa majú prijať v systéme zdravotnej starostlivosti. Navyše, súčasná právna úprava zdravotnej starostlivosti plne umožňuje vykonávať všetky navrhované zmeny. S drobnými úpravami legislatívy sa očakáva v priebehu realizačnej fázy.

Obrázok 1: Celkové verejné výdavky na zdravotníctvo v SR (mil eur)



Zdroj: OECD, Štatistický úrad SR

Formálna správa Európskej komisie podporuje integrovanú zdravotnú starostlivosť na Slovensku a odporúča, aby sa princípy začlenili do Politiky súdržnosti a stratégie Európa 2020. Pracovný dokument Komisie, "Investície do zdravia"¹² (ako súčasť sociálneho investičného balíčka), významne prispieva a ilustruje, ako reforma a rozvoj zdravotníctva môže "prispieť k investíciám v sociálnej oblasti pre rast a súdržnosť". Slovenský model integrovanej starostlivosti obsahuje hlavné zásady a odporúčania.

V celkovej politike z hľadiska slovenského zdravotníctva je dôležité **"zabezpečenie efektivity a poskytovanie zdravotných služieb, ktoré sú nákladovo efektívne a účinné, ktoré majú zásadný význam pre zabezpečenie univerzálneho prístupu k spravodlivým službám v oblasti zdravotníctva a ich primerané a udržateľné financovanie."** Vo viacerých špecifických štrukturálnych a prevádzkových cieľoch sa určilo niekoľko oblastí, kde štrukturálne reformy a zvýšenie efektivity zlepšia udržateľnosť zdravotných systémov. Napríklad:

- „Motivácia pacientov k lepšiemu využívaniu primárnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti pomocou lepšieho servisu („gatekeeping“) a zdefinovať nákladovo-efektívnu cestu starostlivosti od všeobecného lekára cez špecializovanú zdravotnú starostlivosť až k nemocničnej neodkladnej starostlivosti, za súčasnej podpory pacientov a v menšej miere využívať nemocničné kapacity a záchrannú službu“ (najmä pre chronické choroby) - Slovensko tento cieľ reformy podporuje svojou reformou v integrovanej zdravotnej starostlivosti.
- "Zabezpečenie vyváženej kombinácie zručností zamestnancov a predvídania potrieb zamestnancov v dôsledku ich starnutia" odporúčajú sa akcie, ako sú "zlepšenie motivácie zamestnancov prostredníctvom nefinančných nástrojov (pracovné podmienky, kariérny postup, atď.), a podpora kontinuálneho profesijného rastu" - Reformná stratégia zahŕňa tieto typy akcií.

¹² http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf

- "Zníženie prebytočného využívania špecializovanej a nemocničnej starostlivosti a zároveň zlepšiť základnú zdravotnú starostlivosť, zlepšenie prístupu k primárnej zdravotnej starostlivosti. Viac trénovať, zatraktívniť a vytvárať nové možnosti pre iných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, napríklad sestry. Podporovať presun praktických lekárov do oblastí, kde je ich nedostatok. - aj keď model pre Slovensko bol vyvinutý primárne ako "investície do zdravotníctva" očakávané odporúčania sa plne naplnia reformou integrovanej zdravotnej starostlivosti.

Implicitne v týchto odporúčaníach, a ako o tom svedčí aj odkaz "Investícia do zdravia" (napr. WHO (2012) Politika zdravotnej starostlivosti v podmienkach finančnej krízy, WHO Policy Summary 5)¹³ je celý integrovaný prístup k reforme. Možno teda uzavrieť, že nástroje, ktoré by mohli podporovať systémy zdravotnej starostlivosti v úsporných ekonomických opatreniach je lepšia koordinácia primárnej a sekundárnej starostlivosti, vrátane úlohy zmeny a reštrukturalizácie nemocničného systému.

Navrhované reformy sú takisto v súlade so zásadami záverov Rady EÚ zo 6. júna 2011¹⁴: Členské štáty by mali - "Zvážiť inovatívne prístupy a modely starostlivosti, reagovať na výzvy a vyvíjať stratégie v dlhodobej zdravotnej starostlivosti s cieľom zmeny od nemocnične centralizovaných systémov smerom k integrovanej zdravotnej starostlivosti, zvyšovať rovnaký prístup k vysoko kvalitnej starostlivosti a znižovať nerovnosti".

2.2. Trendy v oblasti zdravotnej starostlivosti v EÚ

Mnohé členské štáty sa podieľajú na postupnej reforme ich systémov zdravotnej starostlivosti, konzistentný trend je jasný:

- 1) Efektívnejší manažment chronických ochorení (vrátane demografických faktorov) je základom každej reformy zdravotníctva. Hlavným princípom je skoršia diagnostika chronického ochorenia a jeho liečba na miestnej (komunitnej) úrovni.¹⁵ Posilnenie kompetencií centier (vrátane ich úlohy ako prvého kontaktného bodu pre pacienta) a následné odstránenie zbytočných hospitalizácií a špecializovaných vyšetrení;
- 2) Vývoj nových služieb a nových modelov starostlivosti, ktoré posúvajú starostlivosť o viac pacientov z nemocnice do miestnej komunity;
- 3) Vytváranie špecializovaných centier (koncové nemocničné siete) ako centrá excelentnosti s cieľom zlepšiť kvalitu, dosiahnutie lepších výsledkov, aby nedochádzalo k zbytočnej duplikácii služieb a lepšieho využívania obmedzených zdrojov pracovnej sily;

¹³ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/170865/e96643.pdf

¹⁴ http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lsa/122395.pdf

¹⁵ Kringos DS, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P. Europe's Strong Primary Care Systems Are Linked To Better Population Health But Also To Higher Health Spending. Health Affairs Vol 32 (4). pp 686-694. April 2013.

- 4) Súčasné zmeny menších nemocníc pre poskytovanie rehabilitácie a s vekom súvisiacich ochorení (chronické lôžka) ako medzičlánok medzi miestnymi komunitnými centrami primárnej zdravotnej starostlivosti a väčšími špecializovanými nemocničnými centrami.

2.3. Reforma nemocničného systému

V roku 2012 zaznamenali poskytovatelia zdravotnej starostlivosti v rámci akútnej nemocničnej starostlivosti 841 479 hospitalizácií, pričom priemerná dĺžka jednej hospitalizácie je 6,6 dní¹⁶. Celkovo títo poskytovatelia zdravotnej starostlivosti spravujú 19 971 akútnych lôžok. Priemerná vyťaženosť 1 lôžka je 62,3%. Podľa cieľov vyplývajúcich zo Strategického rámca pre zdravotnú starostlivosť na roky 2014-2030 je potrebné zvýšiť percentuálnu vyťaženosť lôžka na 85%. V priemere to predstavuje obložnosť jedného akútneho lôžka v rámci jedného roka na úrovni približne 310 dní.

Na základe uvedených faktov je možné definovať potreby a úlohy, ktoré sú nevyhnutné pre zvyšovanie efektívnosti poskytovania akútnej zdravotnej starostlivosti v SR. Cieľom analýzy, ktorú uskutočnil Inštitút zdravotnej politiky (MZ SR), bola identifikácia nemocníc, ktoré sú pri zohľadnení počtu hospitalizácií, priemernej dĺžky jednej hospitalizácie, reálnych aktuálnych možností obložnosti lôžok v týchto nemocniciach, regionálnej dostupnosti a spádovej oblasti, schopné zabezpečiť kompletnú akútnu zdravotnú starostlivosť, pričom súčasne dôjde k rastu nákladovej efektívnosti v dôsledku znižovania nákladov na lôžka pri udržaní úrovne poskytovanej starostlivosti.

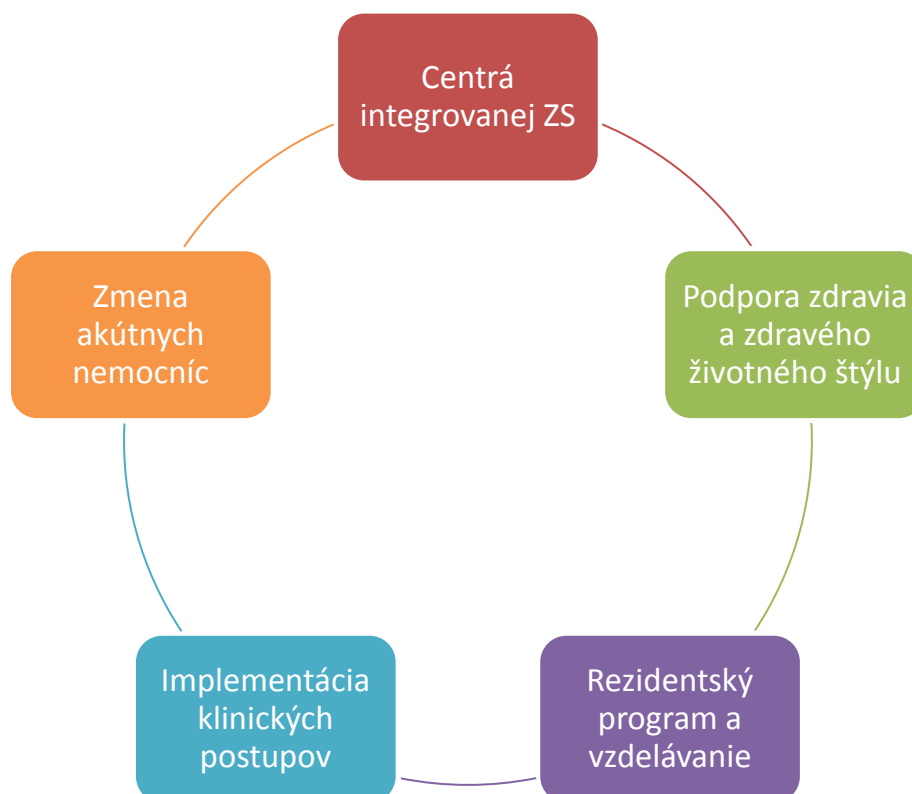
¹⁶ 6,6 dní predstavuje priemernú dĺžku hospitalizácie váženú počtom hospitalizácií jednotlivých poskytovateľov.

3. Strategické ciele

3.1. Integrovaný model zdravotnej starostlivosti

Na základe vyššie popísanej analýzy, je definovaných 5 opatrení, ktoré sa majú prijať za účelom vykonávania integrovaného modelu starostlivosti o zdravie. Aby boli dosiahnuté očakávané výsledky, musí byť vykonávanie týchto opatrení realizované a vykonávané paralelne. Ak by tak nebolo, je tu vysoká pravdepodobnosť, že opatrenia vykonávané nezávisle na ostatných by nepriniesli očakávané výsledky.

1. Vytváranie integrovaných centier zdravotnej starostlivosti (centrá integrovanej primárnej ambulantnej starostlivosti).
2. Zmena akútnych centier a regionálnych centier excelentnosti v nemocničnom sektore.
3. Implementácia klinických postupov a liečebno-preventívnych postupov
4. Rezidentský program a vzdelávanie, najmä lekárov a zdravotných sestier
5. Integrácia a šírenie informácií na podporu zdravia.



Všetkých týchto päť opatrení je vzájomne prepojených, a to konkrétne centrá integrovanej zdravotnej primárnej starostlivosti s regionálnymi akútnymi nemocničnými centrami prostredníctvom implementácie štandardizovanej starostlivosti, klinických

odporúčaní a postupov pre prevenciu, dostupnosť a zlepšenie účinnosti v liečbe pacientov a prepojenie so vzdelaním klinického personálu na zabezpečenie zavádzania nových procesov. Rezidentný program je dôležitým opatrením národnej stratégie, ktorá je zameraná predovšetkým na praktických lekárov, t.j. kontaktný bod v integrovaných centrách primárnej zdravotnej starostlivosti.

Celý tento proces musí byť podporovaný výmenou informácií medzi jednotlivými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, t.j. zlepšeni IKT infraštruktúry. Ak by sa úspešne realizovali tieto opatrenia, tak možno očakávať podstatné zlepšenie vo výsledku a výstupných indikátoroch definovaných v strategickom rámci.

Strategické ciele:

Problémová oblasť	Ukazovateľ	Merná jednotka	Súčasný stav	cieľový stav	Cieľový dátum
Vysoký priemerný vek všeobecných lekárov	Priemerný vek (roky)	vek	53,9	40	do 2030
Pacienti odoslaní na vyššie úrovne zdravotnej starostlivosti	% návštev pacientov odoslaných na vyššiu úroveň zdravotnej starostlivosti	%	80%	30%	do 2030
Návštevy u lekára	Počet návštev pacienta/ na osobu	počet návštev	11,3	6,4	do 2030
Vysoká rozdrobenosť poskytovateľov primárnej zdravotnej starostlivosti v SR	Počet lekárov primárneho kontaktu na jedno kontaktné miesto	počet lekárov	1,63	10	do 2030
Priveľa akútnych lôžok	Počet akútnych lôžok na 1000 obyvateľov	počet lôžok	4,7	2,5	do 2030
Využitie kapacít	Obloženosť akútnych lôžok	%	66,5	85	do 2030
Priemerná dĺžka hospitalizácie (akútna starostlivosť)	Skrátenie doby hospitalizácie	počet dní	5,5	5	do 2030

Konkrétne by sa jednalo o viac pacientov liečených na úrovni primárnej starostlivosti, menej zbytočných návštev pacientov v ambulanciách, menej hospitalizácií v akútnych nemocniciach chronicky chorými pacientami, menej akútnych lôžok, vyššia miera obsadenosti lôžok, viac ošetrovaní podľa štandardizovaných klinických postupov, nižšia spotreba liekov a zlepšenie prevencie. Tieto opatrenia si však vyžadujú zmenu legislatívy ako aj zmenu platobných mechanizmov v primárnom kontakte (prejsť z úplného kapitačného modelu na pomerný model, t.j. kapitácia + platba za výkony, resp. P4P).

Celkovo reforma smerom k integrovanému modelu zdravotnej starostlivosti musí byť vykonávaná na regionálnej úrovni. Každý región je v oblasti zdravotnej starostlivosti definovaný spádovou oblasťou akútnej nemocnice so zodpovedajúcimi zariadeniami primárnej a sekundárnej ambulantnej starostlivosti. Preto regióny zdravotnej starostlivosti nemusia byť totožné so správnymi celkami (obce či vyššie územné celky). Podľa zahraničných porovnaní, jedno akútne nemocničné centrum by malo byť približne pre 200 000 obyvateľov, teda celé Slovensko bude rozdelená na cca 30-35 regiónov.

3.2. Integrované centrá zdravotnej starostlivosti (ICZS)

Integrované centrá zdravotnej starostlivosti (ďalej ICZS) vytvárajú najvhodnejší priestor pre prepájanie primárnej zdravotnej starostlivosti ako aj sociálnych služieb na komunitnej úrovni pre občanov daných lokalít. Vychádzajúc zo Zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách existuje viacero druhov sociálnych služieb, ktoré by mali byť súčasťou ICZS. Podobne ako aj v zdravotnej starostlivosti, tak aj v sociálnych službách je vysoká miera fragmentácie poskytovateľov a nedostatočné sieťovanie medzi jednotlivými sociálnymi službami, ale aj medzi sociálnymi službami a zdravotnou starostlivosťou. Vychádzajúc z holistických prístupov orientovaných na človeka je nevyhnutné prepájanie týchto segmentov so zameraním na subsidiaritu poskytovania sociálnych služieb a čo najdlhšie zotrvanie občana, ktorý je v nepriaznivej životnej situácii, vo vlastnej domácnosti za podpory komplexných a dostatočných sociálnych služieb a zdravotnej starostlivosti. Súčasne je nevyhnutné intenzívne pracovať a cielene rozvíjať podporu verejného zdravia obyvateľstva a sociálnej integrácie v komunitách znevýhodnených a ohrozených skupín obyvateľstva (ekonomicky a sociálne slabé rodiny, obyvatelia rómskych komunit).

Zhoršený zdravotný stav človeka je často jedným z rizík a dôvodov pre vznik nepriaznivej sociálnej situácie. Primárna zdravotná starostlivosť je práve tým priestorom, kde sa dá najskôr identifikovať vznik nepriaznivej sociálnej situácie. Často sú to lekári primárnej zdravotnej starostlivosti, ktorí vedia identifikovať tieto riziká, ale na druhej strane nemajú dostatočné kompetencie a znalosti na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie. Lekári primárnej zdravotnej starostlivosti nevedia, kam môžu distribuovať pacientov, ktorým hrozí riziko sociálneho vylúčenia a nepriaznivej sociálnej situácie, nemajú dostatok informácií o sociálnych službách a podporných službách vo svojom regióne.

Sociálne služby sú predovšetkým zamerané prevenciu, riešenie alebo zmiernenie sociálne situácie fyzickej osoby, rodiny alebo komunity; zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopnosti fyzickej osoby viesť samostatný život; zabezpečovanie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb fyzickej osoby, riešenie krízovej situácie fyzickej osoby a rodiny a prevenciu sociálneho vylúčenia fyzickej osoby.

Poskytovanie sociálnych služieb v ICZS bude zabezpečované v súlade so zákonom o sociálnych službách. Toto predpokladá podrobné rokovania so verejnými a neverejnými zriaďovateľmi a poskytovateľmi sociálnych služieb v konkrétnych regiónoch a podrobnú

analýzu potrieb vychádzajúcu z koncepčných materiálov samosprávy a dostupnosti jednotlivých sociálnych služieb.

Zmeny v primárnej zdravotnej starostlivosti z pohľadu pacienta

V r. 2013 uskutočnila patientska organizácia Slovenský pacient, ktorá yastrešuje viac ako 50 rôznych patientských organizácii v spolupráci s agentúrou GfK Slovakia prieskum na vzorke pacientov (1 200 respondentov) o kvalite poskytovania zdravotnej starostlivosti na Slovensku. Do prieskumu boli zahrnutí občania, ktorí sa v ostatnom období (menej ako týždeň) dostali do kontaktu zo zdravotnou starostlivosťou (ambulantná, nemocničná). Ukázalo sa, že pacientov trápia najmä tieto problémy:

- a) Poplatky a doplatky v zdravotníctve;
- b) Dlhé čakacie doby na vyšetrenie, resp. hospitalizáciu;
- c) Všeobecní lekári neliečia, ale iba odosielajú pacientov k špecialistom;
- d) Zlá dostupnosť k všeobecným lekárom – roztrieštenosť.

Očakávania od zavedenia ICZS

- Lepšia primárna zdravotná a sociálna infraštruktúra;
- Lepší prístup k integrovaným multidisciplinárnym službám základnej zdravotnej a sociálnej starostlivosti;
- Zlepšenie podpory verejného zdravia obyvateľstva a sociálnej integrácie v komunitách sociálne ohrozených a znevýhodnených skupín obyvateľstva
- Zvýšenie vzdelávania a odbornej prípravy budúcich pracovníkov v primárnej starostlivosti.
- Výsledkom by malo byť zníženie priemerného počtu konzultácií u špecializovaných lekárov u dlhodobo kompenzovaných pacientov s chronickými ochoreniami. Zároveň sa posilní aj primárna starostlivosť formou konzultácií, aby sa dosiahlo zníženie akútnych hospitalizácií v dlhodobom horizonte.

Prečo je nutné zavedenie ICZS:

Primárna zdravotná starostlivosť je základným pilierom zdravotnej starostlivosti a je dôležité ju prispôbiť súčasným požiadavkám ako sú:

- zvyšujúca sa prevalencia chronických ochorení aj v dôsledku demografických zmien – kapacitné možnosti špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti sú nepostačujúce pre záchyt miernych až stredne ťažkých typov ochorení;

- zníženie počtu hospitalizácií – skorší záchyt chronických ochorení (ICHS, HT, DM, atď) vedie k znižovaniu hospitalizácií;
- zmeny v liečbe, tým že pacienti potrebujú väčšiu a zložitejšiu starostlivosť;
- rastúci dopyt po klinickej praxi a školiacich zariadeniach pre primárnu zdravotnú starostlivosť študenti, rezidenti a zdravotnícki pracovníci;
- nevyhnutnosť prepojenia zdravotnej a sociálnej starostlivosti so zameraním na rozvoj komunitných služieb orientovaných na občana (pacienta);
- integrácia zdravotných a sociálnych služieb a podpora verejného zdravia obyvateľstva ako aj pri cielej práci so znevýhodnenými skupinami obyvateľstva v im známom prostredí;
- zvýšenie a rozvoj siete základného a špecializovaného sociálneho poradenstva, prevencie a sociálnej rehabilitácie a integrácie, čo najbližšie k občanovi;
- rozvoj a podpora sociálnych a zdravotných služieb v prostredí, ktoré je čo najbližšie občanom.

Aké služby by malo poskytovať ICZS:

Zdravotná starostlivosť poskytovaná prostredníctvom ICZS bude zahŕňať:

- Lekársku prax všeobecného lekára pre dospelých a pre deti, gynekológia a stomatólogia;
- Služby ADOS koordinované centrami
- Odberové pracovisko s oddelenou infekčnou a neinfekčnou časťou
- Zariadenie pre pravidelné služby poskytujúce zdravotníckym pracovníkom, ako sú fyzioterapeuti, dietetická poradňa, pediatria, pracovné lekárstvo, geriatra, psychológia a služby súvisiace s duševným zdravím a programy podpory zdravia • Poradenstvo a izby pre návštevy lekárskeho špecialistov (konzíliá);
- Zariadenie pre prax zdravotných sestier a rezidentov (veľké centrá)
- Zariadenie pre pravidelný screening chronických chorôb - prevencia
- Fakultatívne možnosť zastrešovania LSPP (lekárska služba prvej pomoci)
- Väzby na kľúčové prvky miestneho zdravotného systému, ako sú nemocnice, komunitné zdravotnícke služby, ŠAS, call centrá – telefonické poradenstvo
- Poradne zdravia – s cieľom zlepšenia zdravotného stavu obyvateľstva a predchádzanie chronickým neinfekčným (civilizačným) ochoreniam – zvýšiť záujem obyvateľov o vlastné zdravie a prevenciu, (napr. prevencia obezity, srdcových ochorení, podpora zdravej výživy, fyzickej aktivity, psychického zdravia, odvykanie od fajčenia, a pod.)
- Lekáreň

V rámci sociálnej starostlivosti poskytovanej v ICZS musíme rozlišovať služby, ktoré sú obligatórne a nevyhnutné pre základnú starostlivosť a podporu občanov, ktorí sa dostanú do nepriaznivej sociálnej situácie a sú identifikovaní v primárnej zdravotnej

starostlivosti. Zároveň sa budú v ICZS môcť poskytovať aj fakultatívne a špecializované sociálne služby, ktoré budú vychádzať z regionálnych potrieb komún, kde sa budú jednotlivé ICZS nachádzať. V rámci tejto skupiny pojde primárne o ambulatné služby. Tretiu skupinu sociálnych služieb budú tvoriť základne pre poskytovanie vybraných terénnych sociálnych služieb. Vytvorenie tejto skupiny služieb v konkrétnych ICZS bude tiež vychádzať z regionálnych potrieb jednotlivých komún. Väčšina navrhovaných sociálnych služieb, ktoré môžu byť poskytované v ICZS patrí v rámci Slovenskej republiky medzi nedostatkové.

Programové ciele ICZS:

- Integrované centrá zdravotnej starostlivosti (ICZS) budú poskytovať svojim pacientom základnú primárnu integrovanú starostlivosť na jednom mieste;
- ICZS sa budú vo väčšej miere venovať diagnostike a liečbe chronických ochorení (nižšie a stredné riziko);
- ICZS budú reagovať na miestne podmienky a vytvoria podmienky pre komunitného pracovníka v oblasti zdravotnej výchovy, ktorého úlohou bude zabezpečovať zvyšovanie povedomia o užitočnosti preventívnych prehliadok u lekára a význame zaočkovania. Zlepší sa komunikácia medzi obyvateľmi segregovaných a separovaných rómskych osídlení a lekárov prvého kontaktu.
- ICZS budú poskytovať prístupnú, vhodnú a dostupnú zdravotnú starostlivosť svojim pacientom;
- Autonómia poskytovateľov cez fakturačný platobný mechanizmus – hromadné vyúčtovanie – zjednodušenie nárokov na administratívu;
- ICZS budú poskytovať poradenstvo s cieľom zvýšiť záujem obyvateľov o vlastné zdravie a prevenciu, osvetu o preventívnej zdravotnej starostlivosti vrátane propagácie zdravého životného štýlu, čím sa môže zlepšiť diagnostika ako aj liečba chronických ochorení;
- ICZS budú využívať účinné a efektívne informačné technológie;
- ICZS by mali poskytovať vhodné pracovné prostredie, ktoré by malo priťahovať a motivovať kvalitné pracovné sily;
- Vytváranie priestorov pre vzdelávacie činnosti zdravotníckych pracovníkov a podpora primárneho výskumu a klinického skúšania;
- ICZS budú centrami vysoko kvalitnej zdravotnej starostlivosti s osvedčenými liečebnými postupmi a vzdelávacou základňou pre profesionálnu akreditáciu praktických lekárov;
- Financovanie ICZS bude zabezpečené z poistných zdrojov ako aj s doplatkov pacientov, prípadne iných zdrojov (klinické štúdie, lekárne);
- ICZS budú zohrávať významnú rolu vo vzdelávaní študentov, stážistov ako aj rezidentov.

3.2.1. Obligatorne vs fakultatívne sociálne služby v rámci ICZS

ICZS sú miesta prvého kontaktu občanov, ktorí by sa vzhľadom na svoj zhoršený zdravotný stav mohli dostať do nepriaznivej sociálnej situácie. Vychádzajúc z tejto skutočnosti je pre zabezpečenie holistického prístupu k občanom nevyhnutné, aby okrem primárnej zdravotnej starostlivosti dostali v prípade potreby informácie o nevyhnutnej podpore v sociálnej oblasti. V rámci každého ICZS bude vytvorený priestor pre nasledovné sociálne služby:

- **Sociálne poradenstvo** (základné a špecializované) predstavuje odbornú činnosť zameranú na pomoc fyzickej osobe v nepriaznivej sociálnej situácii a je zamerané na posúdenie povahy problému fyzickej osoby, rodiny alebo komunity, poskytnutie základných informácií o možnostiach riešenia problému a odporúčanie a sprostredkovanie ďalšej pomoci. Vo forme špecializovaného sociálneho poradenstva sa ďalej zameriava na zistenie príčin vzniku, charakteru a rozsahu problémov fyzickej osoby, rodiny alebo komunity s poskytnutím odbornej pomoci.
- **Sociálna rehabilitácia** (terénna a ambulatná forma) predstavuje odborné činnosti na podporu samostatnosti, nezávislosti a sebestačnosti fyzickej osoby rozvojom a nácvikom zručností alebo aktivizovaním schopností a posilňovaním návykov pri sebaobslužbe, pri úkonoch starostlivosti o domácnosť a pri základných sociálnych aktivitách s maximálnym využitím prirodzených zdrojov v rodine a komunite.
- **Preventívna aktivita** predstavuje odborné činnosti zamerané na predchádzanie rizikovému správaniu fyzickej osoby, rodiny alebo komunity a na predchádzanie rizikovým situáciám a na ich prekonanie alebo riešenie.

Všetky tieto tri odborné činnosti sú vzájomne úzko prepojené a dajú sa kombinovať a prepájať na zdravotnú starostlivosť. Nevyhnutným predpokladom pre ich kvalitné realizovanie je holistický a multidisciplinárny prístup, pre ktorého zabezpečenie predstavujú ICZS ideálny priestor.

Fakultatívne:

- **Služby včasnej intervencie** je nová sociálna služba, ktorá sa poskytuje dieťaťu do siedmich rokov jeho veku ak je jeho vývoj ohrozený z dôvodu zdravotného postihnutia a rodine tohto dieťaťa. Hlavnú odbornú činnosť tejto sociálnej služby predstavuje stimulácia komplexného vývoja dieťaťa so zdravotným postihnutím, ktorá je zameraná na jeho podporu a rozvoj v súlade s jeho individuálnymi potrebami a potrebami členov jeho rodiny, na posilnenie vlastných schopností členov jeho rodiny pre prekonávanie nepruaznivej sociálnej situácie a na podporu ich sociálneho začlenenia. Vzhľadom na to, že v rámci ICZS budú pôsobiť pediatri a aj ďalší špecialisti zdravotnej starostlivosti predstavuje ICZS dobrý priestor na vytvorenie minimálnej siete centier služieb intervencie.

- **Rehabilitačné stredisko** predstavuje v ICZS ambulatnú službu pre fyzickú osobu, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osobe v súlade so zákonom o sociálnych službách na účel sociálnej rehabilitácie.
- **Denné centrum** je sociálna služba, ktorá sa poskytuje fyzickej osobe, ktorá dovršila dôchodkový vek, fyzickej osobe s ťažkým zdravotným postihnutím alebo s nepriaznivým zdravotným stavom, rodičovi s dieťaťom alebo starému rodičovi s vnukom alebo vnučkou. V Dennom centre sa poskytuje sociálne poradenstvo alebo zabezpečuje záujmová činnosť.
- **Denný stacionár** je sociálna služba poskytovaná fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby v súlade so zákonom o sociálnych službách len na určitý čas počas dňa. V rámci služby sa poskytuje sociálne poradenstvo, sociálna rehabilitácia, stravovanie, pracovná terapia a záujmová činnosť.
- **Monitorovanie a signalizácia pomoci** predstavuje sociálnu službu, ktorej obsahom je nepretržitá, dištančná, hlasová, písomná (sms) alebo elektronická komunikácia s fyzickou osobou, ktorá má nepriaznivý zdravotný stav prostredníctvom signalizačného zariadenia alebo audiovizuálneho zariadenia napojeného na centrálny dispečing, ktorý zabezpečí potrebnú pomoc na základe vyslaného signálu.
- **Požičiavanie pomôcok** je sociálna služba, ktorou sa zabezpečuje požičiavanie pomôcok pre fyzické osoby na dohodnutý čas, najdlhšie do zabezpečenia pomôcky na základe verejného zdravotného poistenia, formou peňažného príspevku na zaobstaranie pomôcky podľa osobitného predpisu, z iných zdrojov alebo do trvania podmienok pre poskytnutie pomôcky.

Základňa pre terénne sociálne služby

Základňa pre terénne sociálne služby predstavuje priestor pre administratívne a klientské centrum pre poskytovanie vybraných sociálnych služieb. Prevádzkovanie základní pre vybrané terénne sociálne služby v priestoroch ICZS poskytne občanom získať a zabezpečiť si efektívne kompletné zdravotné a sociálne služby v jednom priestore. Zároveň sa týmto vytvorí dostatočný priestor pre multirezortnú spoluprácu medzi ADOS a domácou opatrovateľskou službou, prepravnou službou a ďalšími sociálnymi službami.

- **Terénna sociálna služba krízovej intervencie**
- **Domáca opatrovateľská služba**
- **Prepravná služba**
- **Podpora samostatného bývania**

- **Monitoring sociálno-ekonomických potrieb zdravotne a sociálne ohrozených skupín obyvateľstva a Rómov (dostupnosť pitnej vody, hygienické pomery v osadách a pod.)**
- **Ochrana verejného zdravia (spolupráca s lekármi primárneho kontaktu pri zabezpečení očkovania detí a dospelých, preventívne prehliadky, spolupráca pri riešení mimoriadnych udalostí – napr. epidémie infekčných chorôb a pod.)**

Dostupnosť jednotlivých sociálnych služieb v rámci SR

Sociálne služby, ktoré budú súčasťou ICZS sú služby, ktoré sa poskytujú na komunitnej úrovni a sú v súčasnosti vo veľkej miere málo dostupné. Ich poskytovaním a zabezpečením v ICZS predpokladáme rozširovanie zdravotnej a sociálnej starostlivosti na komunitnej úrovni v rámci SR, tak aby boli tieto služby ľahko dostupné, čo najväčšej skupine obyvateľstva. Potrebu sociálnych služieb na komunitnej úrovni preukazuje aj prehľad počtu poskytovateľov vybraných sociálnych služieb, ktoré môžu byť prevádzkované v ICZS v tabuľke č. 2.

Tabuľka č. 2 - Prehľad vybraných druhov sociálnych služieb, ktoré môžu byť poskytované v rámci ICZS a počet poskytovateľov týchto služieb

Druh sociálnej služby	Počet poskytovateľov sociálnych služieb								
	Bratislava	Trnava	Nitra	Trenčín	Žilina	Banská Bystrica	Prešov	Košice	SR
Sociálne poradenstvo (špecializované)	26	5	9	3	8	5	17	24	97
Sociálna rehabilitácia (terénna)	2	4	1	1	2	1	2	1	14
Služby včasnej intervencie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rehabilitačné stredisko (ambulatné)	16	0	3	1	1	3	6	7	37
Denné centrum	43	24	9	14	10	11	41	30	182
Denný stacionár	12	11	13	5	9	11	26	16	103
Monitorovanie a signalizácia pomoci	0	1	2	0	2	2	2	3	12
Požičovňa pomôcok	16	4	3	7	4	7	9	2	52
Prepravná služba	16	5	15	15	11	8	13	9	92
Domáca opatrovateľská starostlivosť	62	96	97	130	207	109	112	146	959
Podpora samostatného bývania	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Terénna sociálna služba krízovej intervencie	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Centrálny register sociálnych služieb MPSV SR, apríl 2014.

3.2.2. Pilotná časť implementačnej fázy

Ako bolo uvedené vyššie, integrovaný model zdravotnej starostlivosti je založený na zásade regionalizácie a nemusí byť uskutočnená v rovnakom čase vo všetkých regiónoch. To je spôsobené predovšetkým z týchto dôvodov: rozdiel v otázkach miestnej politickej situácie v každom regióne, rôzna pripravenosť jednotlivých samosprávnych krajov a obcí na vykonanie štrukturálnych reforiem, rôzne modely vlastníctva poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (predovšetkým nemocníc, primárnej starostlivosti a špecializovaných polikliník). Preto Ministerstvo zdravotníctva vybralo Trenčiansky samosprávny kraj ako pilotný región pri definovaní, príprave a plánovaní integrovanej reformy poskytovania zdravotnej starostlivosti. Hlavné dôvody pre výber Trenčianskeho samosprávneho kraja pre pilotný projekt sú existujúce regionálne implementačné kapacity (na regionálnej úrovni), SK zástupca v medzinárodnom projekte Health Equity 2020, vlastníctvo krajských akútnych centrálnych nemocníc regionálnou vládou a konsolidovaná sieť ambulantných špecialistov v týchto nemocniciach.

3.2.1.1. Súčasný stav v Trenčianskom samosprávnom kraji

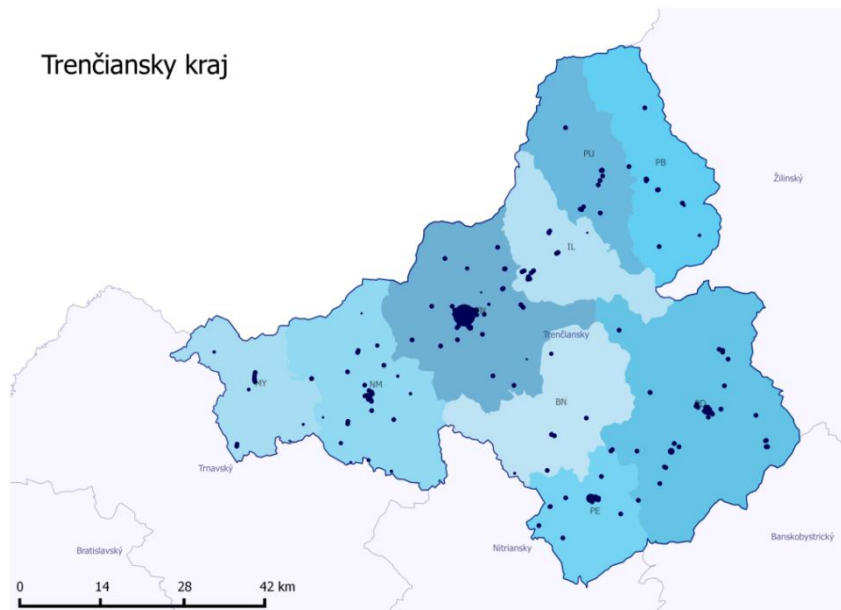
Trenčiansky samosprávny kraj bol zriadený od 1. januára 2002 podľa zákona NR SR č. 302/2001 Z. z. o samospráve vyšších územných celkov. Rozlohou územia 4 501 km² ako aj počtom obyvateľov **593 159** (ŠÚ SR k 31.12.2012) je TSK po Trnavskom samosprávnom kraji druhým našim najmenším krajom.

Zdravotnú starostlivosť v Trenčianskom kraji poskytujú poskytovatelia ambulantnej, ústavnej zdravotnej starostlivosti, záchranej zdravotnej služby a lekárenskej starostlivosti.

Všeobecnú ambulantnú zdravotnú starostlivosť v kraji poskytuje **389 poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti**. Z tohto počtu je **256 všeobecných lekárov pre dospelých a 133 všeobecných lekárov pre deti a dorast**. Dlhodobým problémom je starnutie všeobecných lekárov. Priemerný vek všeobecných lekárov pre dospelých v Trenčianskom kraji je 55,78 rokov a priemerný vek všeobecných lekárov pre deti a dorast je 57,31 rokov.

Počet úväzkov všeobecných lekárov pre dospelých je **248,23** a pracujú v **141 kontaktných miestach**, u pediatrov je to **124,01** úväzkov v **71 kontaktných miestach**.

Obrázok 2: Aktuálne rozloženie primárnej ambulantnej starostlivosti v Trenčianskom regióne

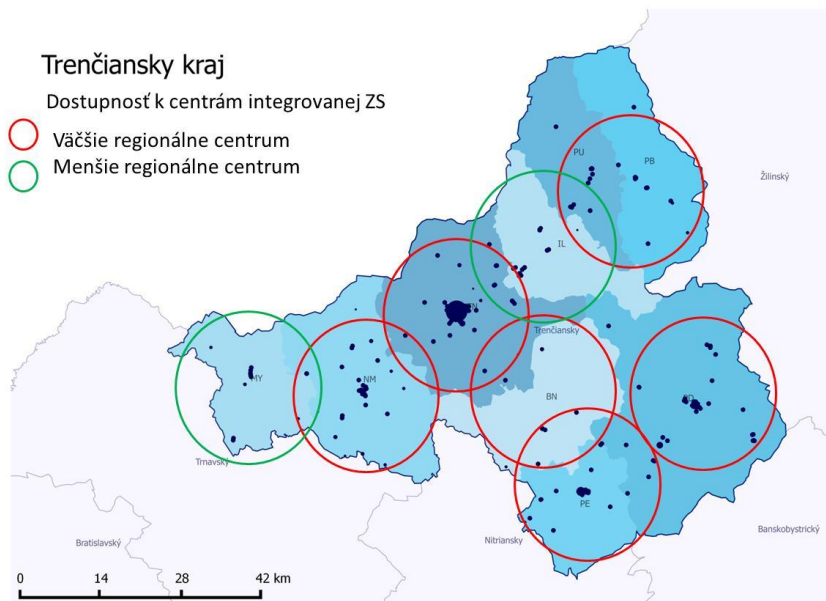


Veľmi defragmentovaný počet kontaktných bodov poskytovania primárnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti pre dospelých (tmavomodré krúžky), t.j. 248,23 plným úväzkom všeobecného lekára pre dospelých zodpovedá 141 kontaktných bodov (1,76 úväzku na jeden kontaktný bod).

Holistický prístup:

Zriadenie centier primárnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti v miestach najväčšej koncentrácie kontaktných bodov poskytovania ZS v súčasnosti, bez povšimnutia geografických a infraštruktúrnych vplyvov na dostupnosť pacientov k ZS.

Obrázok 3: Predbežné (holistické) rozloženie primárnej ambulantnej starostlivosti v Trenčianskom regióne



Realistický prístup

Súčasná priemerná vzdialenosť na základe prieskumu v Trenčianskom kraji je cca 12,84 km k primárnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Navrhnutým riešením by sa táto dostupnosť nemala zvýšiť, naopak mala by sa znížiť a to aj na základe ďalších pridaných hodnôt, ktoré budú centrá poskytovať, t.j. komplexná dostupnosť pacienta ku kvalitným zdravotníckym službám (menej návštev na vyšších špecializovaných pracoviskách umiestnených prevažne vo väčších mestách).

Kritériá geografického umiestnenia centier:

Základným kritériom bola súčasná koncentrácia lekárov primárneho kontaktu ako aj dopravná dostupnosť pacientov do centra prostriedkami verejnej dopravy (autobusy, vlaky, MHD), tak aby pacient nemusel prestupovať viac ako 1x (nie vždy to tak je v súčasnom stave!). Súčasnú dedinskú ambulanciu, kde ordinuje lekár 1, maximálne 2 dni v týždni boli podrobené analýze, ako by mohli byť pretransformovaní poskytovatelia do centier a vykonávali prácu lekára 1-2 krát za týždeň v pôvodnom dedinskom zariadení. Všetky súčasné kontaktné miesta, ktoré nespĺňali vyššie popísané kritériá nie je možné pretransformovať do nových ICZS a zostanú v nezmenenej podobe. Analýza ukázala, že to je 27% v rámci celého Slovenska.

Všetky centrá musia spĺňať podmienky pre znevýhodnených občanov, napr. bezbarierový prístup, parkovacie plochy pre ZŤP.

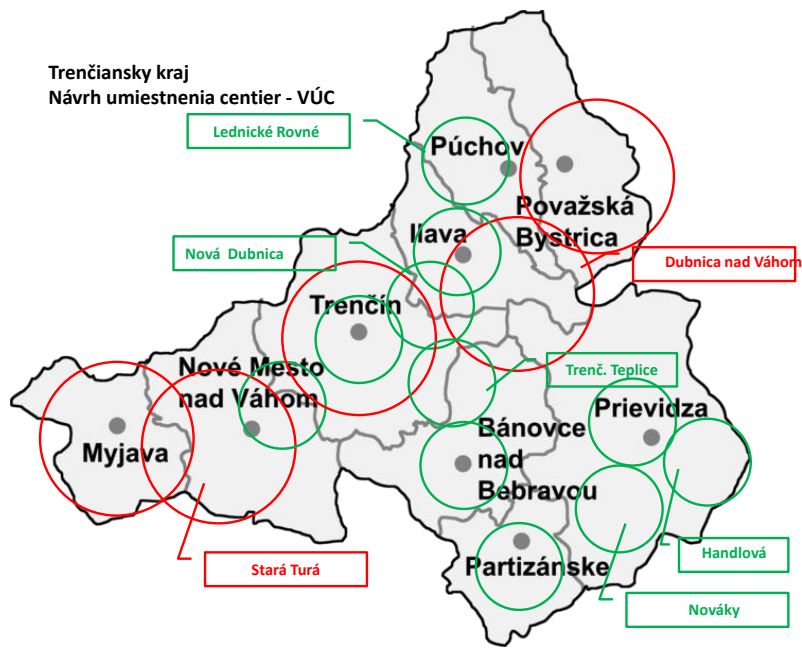
Tabuľka 3: Porovnanie súčasného stavu všeobecných lekárov pre dospelých :

Okres	Hlavné kontaktné miesto (KM)		Počet úväzkov na kontaktné miesto (súčasný stav)	Ďalšie kontaktné miesta (súčasný stav)		
	Mesto	Adresa		Počet KM	úväzky	úväzok/KM
Bánovce nad Bebravou	Bánovce nad Bebravou	Hviezdoslavova	10	5	4,2	0,840
Ilava	Dubnica nad Váhom	Pod Hájom	7,2	5	5,9	1,180
Ilava	Ilava	Ľ. Štúra	3	2	3,1	1,550
Ilava	Nová Dubnica	Gagarinova	4			
Myjava	Myjava	Staromyjavská	6,5	4	3,5	0,875
Nové Mesto nad Váhom	Nové Mesto nad Váhom	rôzne		26	24,25	0,933
Nové Mesto nad Váhom	Stará Turá	Mýtna	5			
Partizánske	Partizánske	Nitrianska	4	10	14,8	1,480
Považská Bystrica	Považská Bystrica	Nemocničná	11	7	12	1,714
Prievidza	Handlová	SNP	5	2	3	1,500
Prievidza	Nováky	Matice Slovenskej	3	3	5	1,667
Prievidza	Prievidza	Nábřežná	14,8	28	31,25	1,116
Púchov	Púchov	Pod Lachovcom	7	6	11	1,833
Trenčín	Trenčín	Zlatovská	4			
Trenčín	Trenčín	Legionárska	4,06	27	32,67	1,210
Trenčín	Trenčianska Teplá, Turná, Jastrabie, Stankovce	Štvrť SNP	9			

Následne boli uskutočnené pracovné stretnutia so zástupcami Trenčianskeho samosprávneho kraja, kde sa konkretizovali miesta, kde by mali byť vytvorené centrá ICZS. Ako kritéria boli zvolené:

- regionálna dostupnosť;
- súčasná koncentrácia poskytovateľov primárnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti;
- požiadavky miest;
- prevaha rekonštrukcie súčasných miest vs nová výstavba;
- vlastnícke vzťahy súčasných miest.

Obrázok 4: Predbežné rozloženie primárnej ambulancnej starostlivosti v Trenčianskom regióne



3.3. Reforma nemocničného sektora

Dôkazy získané z reforiem nemocničného sektora v rámci Európy budú základom pre reformu aj na Slovensku. Trenčiansky kraj je toho príkladom. V súčasnej dobe má región 8 akútnych nemocníc s významným počtom zdvojených služieb v rámci hlavných špecialít. Využitie posteľového fondu (obložnosť) v rámci nemocníc je variabilný, čo vedie k neefektívnemu čerpaniu zdrojov a k zlému využitiu pracovných síl. Navrhujeme znížiť počet akútnych nemocníc až o 4 a tým zracionalizovať rozdelenie špecialít spravodlivejšie. Prístupný a klinicky efektívny rozsah služieb v celom regióne. Stratégia do roku 2030 si naplánovala cieľ 2,5 akútnych nemocničných lôžok na 1000 obyvateľov. Toto je v súlade už v súčasnosti s top krajinami v Európe a v rámci budúcich odporúčaní WHO. Reformou nemocničného sektora pre Trenčiansky kraj sa dá dosiahnuť až 2,37 lôžok na 1000. Tento cieľ sa dá dosiahnuť iba na základe nastavenia nových výkonnostných parametrov, napríklad priemerné využitie lôžok bude 85 % (bežná a dosiahnuteľná štandardná referenčná hodnota po celej Európe), optimálny počet lôžok ako aj doba hospitalizácie pacientov. Zmena a zlepšenie výkonov pre nemocnice bude na základe stanovených zásad a príkladov, ktoré sa osvedčili inde v Európe (napr. Holandsko, Švédsko, Severné Írsko). Toto bude zahŕňať hlavne priemernú dĺžku pobytu v nemocnici a čakacie doby na zákroky, bežne používané v mnohých zdravotných systémoch. Veľmi dôležitým zdrojom informácií pre plánovanie nemocničnej reformy budú aj informácie získané z procesu realizácie novej fakultnej nemocnice v Bratislave, ktorá je v súčasnosti v procese prípravy štúdie uskutočniteľnosti.

3.3.1. Hlavný plán

- Zmapovanie súčasného a budúceho dopytu nemocničných služieb (na základe epidemiologických parametrov a trendov vrátane demografického vplyvu starnutia populácie s aktuálnymi potrebami a analýzami nedostatkov ako aj duplicit v dostupnosti služieb).
- Zabezpečiť, aby budúce plánovanie uvažovalo aj s predpokladaným nárastom komorbidít pacientov – vplyv starnúcej populácie. To vyžaduje aj rozvoj nových foriem liečby ako je domáca komunitná starostlivosť resp. rehabilitačné ústavy (chronické lôžka).
- Nevyhnutné predpoklady plánovania tak, aby odrážali zemepisné (čas jazdy) a urbanistické (vidiek/mesto) faktory.
- Zhodnotenie stavu súčasnej nemocničnej infraštruktúry pre identifikáciu, ktoré:
 - sú životaschopné v prevádzkových a ekonomických podmienkach a sú vhodne umiestnené a schopné adaptácie (rozšírenie poskytovania základných akútnych služieb);
 - sú vhodné, alebo zle umiestnené na akútne klinické služby, ale sú vhodné pre alternatívne služby, napr. rehabilitácie, komunitné nemocnice, ktoré poskytujú starostlivosť s nižšou intenzitou, polikliniky a pod.;

- sú neekonomické a prevádzkovo nevyhovujúce (neschopné adaptácie) pre budúce využitie zdravotnej starostlivosti a mali by byť predmetom likvidácie;
- Príprava hlavného plánu na základe vyššie uvedenej analýzy.
- Plán tiež poskytne šablónu, ktorá by mala obsahovať:
 - stanovenie minimálnych štandardov (liečba pacienta) pre každú špecializáciu (na základe rozsiahlych klinických dôkazov z EÚ) nevyhnutných poskytovať bezpečné a vysoko kvalitné služby u pacientov - podporí aj úlohu vymedzenia nemocníc poprípade vytvorenie regionálnych centier excelentnosti;
 - rozvoj integrovanej zdravotnej starostlivosti s využitím centier primárnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti;
 - zavedenie vzorových výkonnostných noriem pre klinické služby na základe osvedčených postupov v rámci EÚ;
 - zavedenie štandardov výkonnosti v prevádzke (neklinické služby) – obdobné porovnanie v rámci EÚ;
- Vytvorenie plánu zabezpečenia integrovanej nemocničnej a primárnej starostlivosti s cieľom zabezpečiť:
 - koordinovanú alokáciu prostriedkov na obnovenie rovnováhy služieb od nemocnice smerom k primárnej starostlivosti;
 - postupné znižovanie počtu akútnych lôžok úmerne s expanziou primárnej starostlivosti a miestnych (komunitných) typov nemocníc;
 - implementáciu integrovaných modelov starostlivosti v procese manažovania zmien;
 - plán investícií na podporu zmien v hlavnom pláne;
 - školenia, rekvalifikáciu v klinických odboroch, ošetrovateľskej a odbornej pracovnej sily na vykonanie zmien a účinne participovať v rámci nového systému zdravotnej starostlivosti.

To sú komplexné, ale nutné stratégie pre zmenu systému.

Podporné argumenty k realizácii Hlavného plánu:

Boli vytvorené nasledovné kroky pre napĺňanie Hlavného plánu:

- Hlavný plán bol vyvinutý na Aalto University (Fínsko) na riešenie regionálnej reformy zdravotníctva („Vision for a Service System of the Near Future”, financovaný zo štrukturálnych fondov EÚ) a vybraný DG Regio ako dobrý praktický príklad, tzv. “stratégia Kymenlaakso” – ako spolupráca fínskych regiónov v reforme zdravotníctva.
- Epidemiologické a demografické hodnotenie systému sa adoptovalo zo Severného Írska, kde boli využité v reforme primárnej zdravotnej starostlivosti.
- Prístup ku stratégii klinického modelovania bol prevzatý z Holandska a z Veľkej Británie (NHS) na implementáciu reformy v akútnej nemocničnej zdravotnej starostlivosti.

- Zabezpečenie širokého porovnávania top EÚ nemocníc vo vytvorení štandardov klinickej a neklinickej dobrej praxe.
- Prístup k šablóne modelu a analýz systémov používaných na Sicílii na zmenu celého systému diagnostiky – stratégia bola financovaná z fondu regionálneho rozvoja EÚ Komisie - vybraný DG Regio ako dobrý praktický príklad pre investíciu v klinických technológiách.
- Hodnotiace kritériá vyvinuté „Multi-consult“ (Nórsko) pre nemocničný sektor (pozn. všetky verejné budovy, vrátane nemocníc v Nórsku musia byť zo zákona schválené pred ich výstavbou).
- Dostupné školiace a vzdelávacie programy pre klinický personál (a sestry) vyvinuté Centrom pre rozvoj zdravotníckeho manažmentu (Durham University, veľká Británia).
- Prístup k odporúčaniam z nedávneho summitu EÚ (organizovaný z Nuffield Trust, Veľká Británia) „budúcnosť a organizácia nemocničných služieb“, Január 2014.

Očakávania v reforme nemocničného sektora

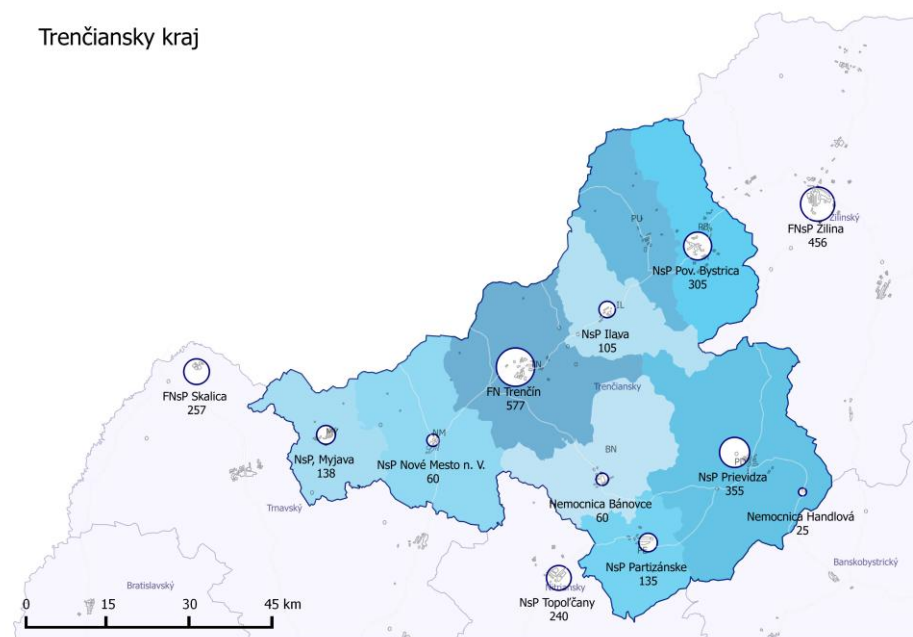
- viac udržateľné, dostupné a efektívne z hľadiska nákladov, znížením počtu lôžok (vo veľkej časti ako faktor zlepšených služieb primárnej starostlivosti), zamedzenie zbytočnej duplikácie služieb, lepšie využitie špecializovanej pracovnej sily;
 - zlepšenie kvality služieb prostredníctvom stupňovitého systému v poskytovaní zdravotnej starostlivosti s jasnou úlohou v každej časti a s väčším rozsahom služieb na regionálnej úrovni s dôrazom na budúci vplyv starnutia obyvateľstva;
 - zlepšenie klinických výstupov vďaka zameraniu v príslušnej špecializácii, napr. viac času pre zložité prípady, väčšia produkcia pre bežné prípady, lokálny manažment starších pacientov s komorbiditami, atď.
 - vylepšené zariadenie pre výučbu, výskum a vývoj - pre všetky úrovne a typy služieb;
 - lepšie pracovné prostredie prispieva k lepšiemu náboru zamestnancov a ich udržanie do budúcnosti;
 - prekonanie dedičstva vysokých nákladov na údržbu existujúcej nemocničnej infraštruktúry prostredníctvom odstránenia a likvidácie nevhodných zariadení.
- Na vykonanie týchto zmien je nevyhnutné, aby sa investovalo do týchto oblastí:
- rekonštrukcia a rozšírenie - operačné sály, JIS, zobrazovacie techniky, intenzívna starostlivosť;
 - implementácia integrovaného systému starostlivosti;
 - informačný systém, ktorý bude napomáhať transformácii procesov (cesta pacienta systémom zdravotnej starostlivosti);
 - vzdelávanie zdravotníckeho personálu.

Celkovo z analýzy vyplynula potreba maximálne 26-30¹⁷ poskytovateľov akútnej zdravotnej starostlivosti. V takejto podobe bude poskytovanie tejto zdravotnej starostlivosti zabezpečené v plnej miere a súčasne sa otvoria možnosti úspor vyplývajúcich z nákladovej efektívnosti.

3.3.2. Pilotná časť v Trenčianskom samosprávnom kraji

Akútnu ústavnú zdravotnú starostlivosť poskytuje 8 nemocníc, a 2 špecializované nemocnice, v ktorých je k dispozícii 1855 akútnych lôžok. V zriaďovateľskej pôsobnosti Ministerstva zdravotníctva SR je Fakultná nemocnica v Trenčíne, NsP Nové Mesto nad Váhom, n.o. a Nemocnica s poliklinikou Ilava, n.o.. 2 nemocnice sú v súkromnom vlastníctve (Nemocnica Bánovce a Nemocnica Handlová), a v zriaďovateľskej pôsobnosti Trenčianskeho samosprávneho kraja sú 3 nemocnice: NsP Prievidza so sídlom v Bojniciach, NsP Považská Bystrica a NsP Myjava. Jedná sa o príspevkové organizácie so samostatnou právnou subjektivitou.

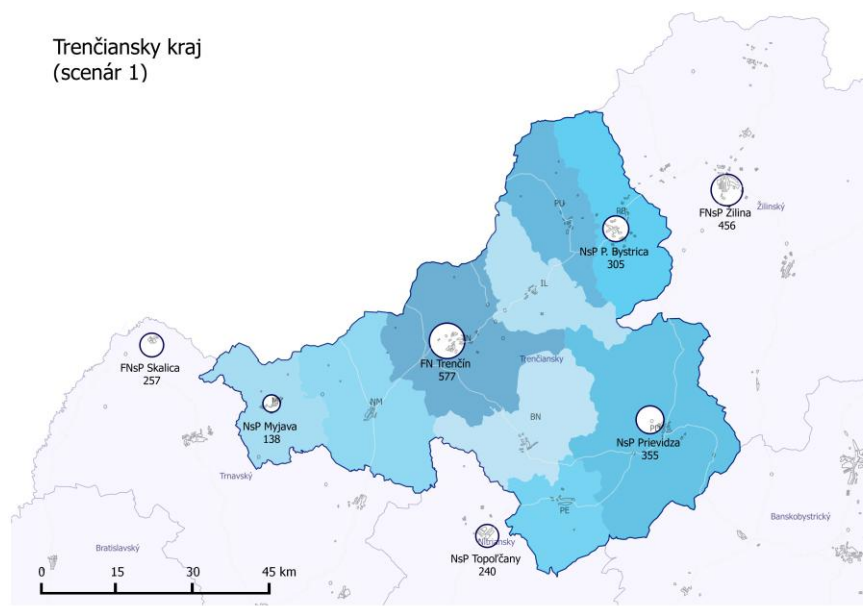
Obrázok 5: Aktuálne akútne nemocnice v Trenčianskom regióne



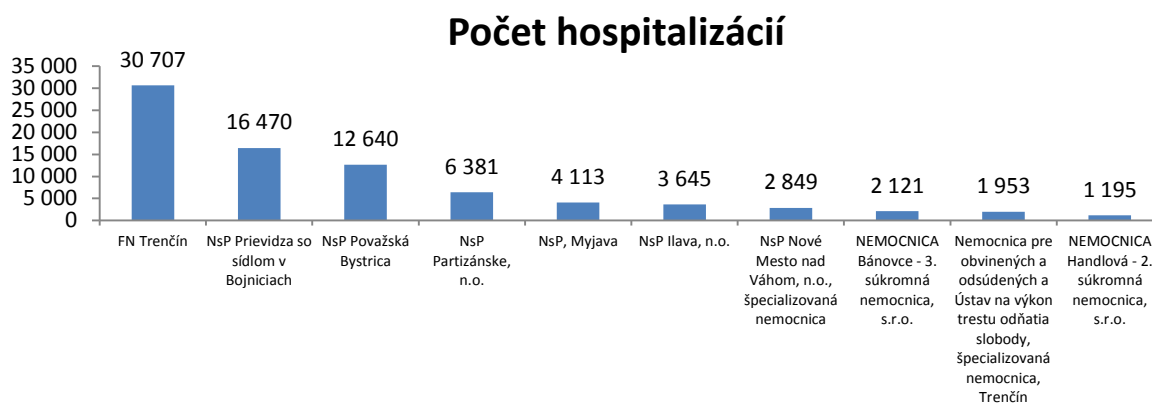
Na základe analýzy finančnej výkonnosti zdravotníckych zariadení, výkon/výstup, posúdenia zariadení, strategickej a operatívnej politiky, analýzy vstupov zdravotníckeho zariadenia a kľúčových aktív, fyzickej dostupnosti na základe geografického informačného systému, všetka akútna zdravotná starostlivosť v regióne môže byť poskytovaná v štyroch zariadeniach (pozri obrázok nižšie).

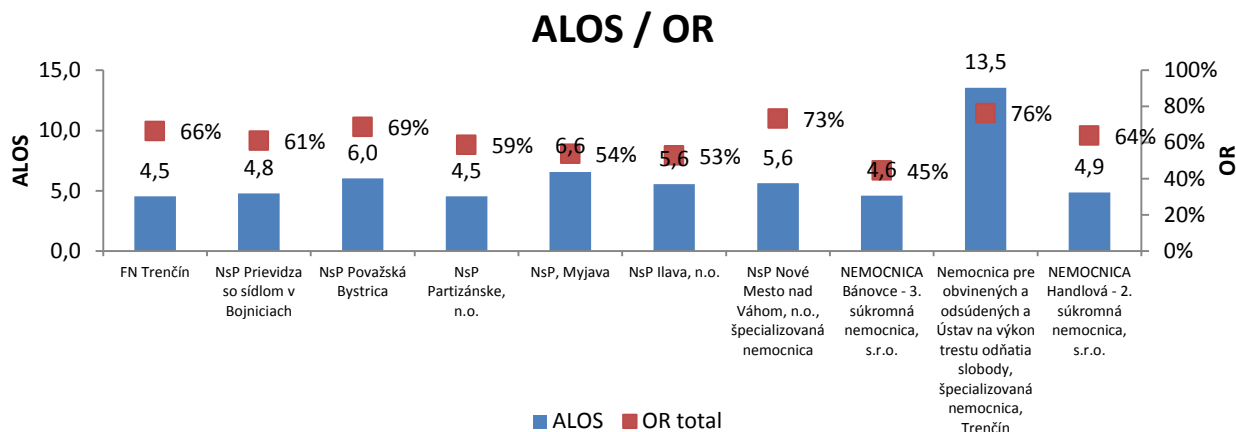
¹⁷ V prípade Bratislavského VÚC by funkciu poskytovateľa akútnej zdravotnej starostlivosti mala zabezpečovať Univerzitná nemocnica.

Obrázok 6: Nová štruktúra nemocníc akútnej zdravotnej starostlivosti v Trenčianskom regióne



V roku 2013 bolo v týchto nemocniciach na **akútnych lôžkach** celkovo zaznamenaných **82 074 hospitalizácií**, najviac akútnych hospitalizácií je vo Fakultnej nemocnici v Trenčíne (30 707 hospitalizácií).





Priemerná doba hospitalizácie (ALOS) bola **5,2 dňa**, pričom sa medzi jednotlivými nemocnicami líšila v rozmedzí 4,5 – 13,5 dňa (v tomto prípade však išlo o špecializovanú nemocnicu v Trenčíne). **Vážená priemerná obloženosť (OR)** na akútnom lôžku je na úrovni **64%**.

3.4. Integrovaný systém zdravotnej starostlivosti vedie k reforme celého systému

Nová stratégia integrovanej zdravotnej starostlivosti zmení výrazne súčasnú rovnováhu a dynamiku systému zdravotnej starostlivosti. Nový systém bude klásť dôraz tam, kde je to najviac potrebné – a bude predovšetkým bližšie k pacientovi. Systém bude pružnejší a bude lepšie reagovať na meniacu sa povahu dopytu po zdravotnej starostlivosti, napríklad s potrebami starnúcej populácie ako aj pokrokmí v diagnostike a liečbe ochorení. To je nemožné efektívne dosiahnuť so súčasným nemocnične centralizovaným systémom zdravotnej starostlivosti, kde sú nadovšetko aj zastarané zariadenia a služby. Na Slovensku bol v minulosti zbytočný nárast počtu nemocníc (lôžok) čoho dnešnou realitou v porovnaní s inými krajinami je, že:

- existuje zbytočná duplicita medzi nemocnicami v tesnej geografickej dostupnosti;
- sa zbytočne vytvára konkurencia pre nedostatkovú pracovnú silu;
- je riziko zhoršenia kvality zdravotnej starostlivosti z dôvodu nedostatku medicíny založenej na dôkazoch;
- sa zbytočne a často vytvára umelá konkurencia pre pacientov;
- finančné zdroje dostupné v nemocniciach sa príliš málo a neefektívne využívajú v nemocničnom sektore k udržaniu potrebnej investície do nových klinických technológií a modernej infraštruktúry;
- mnoho nemocníc má značné finančné deficity vďaka kombinácii týchto faktorov.

4. Opatrenia

Podporované budú aktivity zamerané na reformné a inovatívne budovanie a modernizáciu zdravotníckej infraštruktúry za účelom zlepšenia dostupnosti ku kvalitnej zdravotnej starostlivosti a zvýšenia produktivity práce. Aktivity budú priamo prispievať k procesu transformácie aktuálneho nemocnične orientovaného systému poskytovania zdravotnej starostlivosti na integrovaný model, ktorý presúva ťažisko z ústavnej starostlivosti do komunitnej ambulantnej primárnej a následnej zdravotnej starostlivosti s orientáciou na klienta a funkčne prepája existujúce služby.

Bude podporená primárna zdravotná starostlivosť formou budovania infraštruktúry centier integrovanej zdravotnej starostlivosti. Tieto centrá sa stanú základným pilierom zdravotnej starostlivosti a budú prispôbované súčasným a budúcim požiadavkám a trendom ako sú zvyšujúca sa prevalencia chronických ochorení, znižovanie počtu hospitalizácií ako aj starnutie obyvateľstva.

Geografické rozmiestnenie a počet centier integrovanej zdravotnej starostlivosti prihliada na analýzu súčasného stavu rozdrobenej primárnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti vo všetkých regiónoch Slovenska a geografické rozloženie primárnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti v jednotlivých regiónoch. Súčasťou pevnej siete budú dva typy centier integrovanej zdravotnej starostlivosti – väčšie centrá s kapacitou 20-25 lekárskeho miest a menšie regionálne centrá s kapacitou 12-15 lekárskeho miest. Väčšie centrá budú alokované v regiónoch s počtom obyvateľov 50,000 v okruhu 25 km a menšie centrá v regiónoch s počtom obyvateľov 20,000 v okruhu 10-15 km. Výsledky analýzy prieskumu MZ SR budú konzultované na úrovni samosprávnych krajov a budú akceptované ich preferencie. V každom plánovanom kontakte pevnej siete sa bude posudzovať, či v regióne už existuje vhodná infraštruktúra, ktorá by sa rekonštrukciou mohla prebudovať na centrum integrovanej zdravotnej starostlivosti, alebo na zriadenie centra bude vhodnejšie vybudovanie novej infraštruktúry. Je to aj v dôsledku kapacít lekárskeho miest, ktoré by mohli byť zachované v novo vytvorenej infraštruktúre.

Vo všetkých centrách budú pôsobiť všeobecný lekár pre dospelých, všeobecný lekár pre deti a dorast, gynekológ, fakultatívne stomatológ a budú vytvorené priestory pre konziliárne vyšetrenia ambulantných špecialistov. Všetky zariadenia budú vybavené modernou IT infraštruktúrou, ktorá umožní ľahší manažment pacienta a odbúra zbytočnú byrokraciu lekárom (viac času na vyšetrenia pacientov). Každé zariadenie bude vybavené spoločnými vyšetrovacími zariadeniami (EKG, Rtg – u väčších typoch ICZS, USG, analyzátori pre rýchlu diagnostiku krvi a moču a pod.). V zriedkavých prípadoch zhoršenia fyzickej dostupnosti (geografia Slovenska, zlá dopravná infraštruktúra) bude k dispozícii dopravná zdravotná služba pre starších a imobilných pacientov a prostredníctvom centier budú posilnené aktivity domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Vybudované centrum získa povolenie na poskytovanie integrovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti pri podmienke personálneho obsadenia kapacity centra na minimálne 50%. V centrách integrovanej

zdravotnej starostlivosti budú poskytované služby hradené z verejného zdravotného poistenia, resp. iných verejných zdrojov.

V rámci modernizácie infraštruktúry nemocníc poskytujúcich akútnu zdravotnú starostlivosť za účelom zlepšenia ich produktivity bude podporená iba optimalizovaná sieť akútnych všeobecných nemocníc - poskytovateľov akútnej ústavnej zdravotnej starostlivosti v rámci územia SR. Optimalizovaná sieť bude komunikovaná so všetkými samosprávnymi krajinami. Geografické rozmiestnenie a počet akútnych všeobecných nemocníc v rámci zracionalizovanej siete bude prihliadať na optimálne geografické rozloženie akútnej ústavnej zdravotnej starostlivosti v jednotlivých regiónoch pri rešpektovaní optimálnej spádovosti. V podporených akútnych nemocniciach budú poskytované služby hradené z verejného zdravotného poistenia. Dôležitou podmienkou investície do infraštruktúry existujúcich akútnych všeobecných nemocníc v rámci optimalizovanej siete bude preukázateľné a kvantifikovateľné zvýšenie produktivity zdravotníckeho zariadenia. Za týmto účelom každý žiadateľ vypracuje transformačný plán zdravotníckeho zariadenia v preddefinovanej štruktúre.

4.1. Realizačné predpoklady

Vypracovali sa analýzy súčasného stavu rozdrobenej primárnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti a geografického rozloženia primárnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti v jednotlivých regiónoch, pri súčasnom zachovaní fyzickej a zlepšení kvalitnej zdravotnej starostlivosti.

4.1.1. Stavebná činnosť

Analýzou sa potvrdilo, že až 46% centier je možné prebudovať rekonštrukciou súčasného stavu (stavebná rekonštrukcia, infraštruktúra) a 54% centier je nutné vybudovať na novo. Všetky zariadenia - vybavenosť modernou IT infraštruktúrou, ktorá umožní ľahší manažment pacienta (recepčia) a odbúra zbytočnú byrokraciu lekárom (viac času na vyšetrenia pacientov).

4.1.2. Opatrenia a postup pri ich realizácii

- Pilotná štúdia uskutočniteľnosti –prieskum súčasného stavu poskytovania primárnej ambulantnej ZS v jednotlivých VÚC – **január 2014**.
- Vytvorenie presného plánu a geografického rozvrhnutia centier naprieč Slovenskom (veľké – mestské centrá a menšie centrá – využitie už súčasných dobre rozvinutých lokálnych centier – analýza vlastníckych vzťahov) – **marec-máj 2014**

- Komunikácia so všetkými dotknutými regiónmi a predloženie návrhov zo strany MZ SR – **máj 2014**
- Spätná väzba z regiónov na rozmiestnenie ICZS a akútnych nemocníc – **jún 2014**
- Právna analýza vlastníctva a vlastníckych vzťahov pripravovaných centier v existujúcich priestoroch – **jún/júl 2014**
- Analýza potreby akútnych lôžok v rámci SR, komunikácia s regiónmi o optimálnom rozložení nemocníc - **jún/júl 2014**
- Právna analýza zamestnaneckého pomeru poskytovateľov ZS v centrách (živnosť, s.r.o., atď.) – **jún/júl 2014**
- Analýza stavu – využitie súčasného stavu centier a ich „upgrade“ na centralizované centrum, resp. vytvorenie nových centier „na zelenej lúke“ – **jún/júl 2014**
- Komunikácia a predstavenie zámerov na vytvorenie ICZS a rozmiestnenia akútnych nemocníc so všetkými dotknutými stranami („stakeholders“):
 - samosprávne kraje – **máj-september 2014**
 - miestne samosprávy (ZMOS) – **september/október 2014**
 - zdravotné poisťovne – **august/september 2014**
 - asociácie a komory poskytovateľov ZS - **september/október 2014**
 - patientske organizácie - **september/október 2014**
- Príprava obsahovej náplne veľkého a malého ICZS – **október/november 2014**
- Príprava štandardného projektu pre veľké a malé centrum – **december 2014**
 - veľké centrum – cca 25 ambulancií, recepcia, čakárne, sociálne zariadenia, prípravovňa, sklad, obslužné miestnosti – cca 1500 m² podlahovej plochy
 - malé centrum – cca 10 ambulancií, recepcia, čakárne, sociálne zariadenia, prípravovňa, sklad, obslužné miestnosti – cca 600 m²
- Sumarizácia a príprava zmien v legislatíve - **september/október 2014** (nový druh poskytovateľa, pevná minimálna sieť ICZS, platobné mechanizmy, t.j. kapitácia vs platba za výkony, resp. +P4P, atď.)
- Plán pevnej siete akútnych nemocníc – **H1/2015**
- Transformačné plány pre nemocnice – **H2/2015**
- Príprava legislatívnych zmien – zákony a podzákoné normy (Vyhlášky) – **účinnosť k 1.1.2016**
- Vytvorenie neziskových organizácií – MZ SR, samosprávny kraj, obec – **H1/2015**
- Územné a stavebné konania – podľa aktuálneho stavu prípravy jednotlivých ICZS
- Verejné obstarávanie na dodávky stavebných prác – **H1/2015**

Prijímatelia:

Pre aktivitu „budovanie infraštruktúry centier integrovanej zdravotnej starostlivosti“:

- neziskové organizácie¹⁸ zriadené Ministerstvom zdravotníctva SR v spolupráci so samosprávnymi krajmi a obcami, ktoré sú vlastníkami alebo dlhodobými nájomcami pozemkov (v prípade výstavby novej infraštruktúry), resp. vlastníkami alebo dlhodobými nájomcami existujúcej infraštruktúry zdravotníckych zariadení (v prípade modernizácie existujúcej infraštruktúry).

Pre aktivitu „modernizácia infraštruktúry nemocníc poskytujúcich akútnu zdravotnú starostlivosť za účelom zlepšenia ich produktivity“:

- všeobecné nemocnice¹⁹ – iba v rámci zracionalizovanej siete poskytovateľov akútnej ústavnej zdravotnej starostlivosti,

Cieľové skupiny:

- obyvatelia SR.

Cieľové územie:

- celé územie SR, okrem Bratislavského kraja.

Pre efektívne dosiahnutie čo najväčšieho príspevku operácií/projektov k naplneniu špecifického cieľa a dosiahnutie stanovených výsledkov by navrhované operácie/projekty mali rešpektovať nasledovné princípy:

- projekt musí byť v súlade so Strategickým rámcom starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030 a jeho relevantnými čiastkovými stratégiami/nástrojmi zmien,
- projekt musí reflektovať regionálne špecifiká (geografia, dopravná dostupnosť, demografia, epidemiológia, ...) a integračné trendy,
- projekt vybudovania centra integrovanej zdravotnej starostlivosti vo forme výstavby novej infraštruktúry, resp. vo forme modernizácie existujúcej infraštruktúry je z hľadiska nákladovej efektívnosti najvhodnejším stavebným riešením v príslušnej lokalite,
- projekt modernizácie infraštruktúry nemocníc poskytujúcich akútnu zdravotnú starostlivosť musí preukázateľne zlepšiť produktivitu práce podporeného zdravotníckeho zariadenia,
- podporené stavebné objekty musia byť plne bezbariérové v súlade s princípmi univerzálneho navrhovania,
- pre projekt bude platiť efektívna bonifikácia, pokiaľ pri obnove/výstavbe budov alebo ich častí budú tepelnotechnické vlastnosti stavebných konštrukcií a budov spĺňať parametre nad rámec aktuálne požadovanej úrovne energetickej hospodárnosti podľa STN 73 0540-2: 2012,

¹⁸ podľa zákona č. 213/1997 Z.z. z 2. júla 1997 o neziskových organizáciách poskytujúcich všeobecne prospešné služby.

¹⁹ podľa § 7 ods. 4 písm. a)1. zákona č. 578/2004 Z.z. z 21. októbra 2004 o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

- pre projekt bude platiť efektívna bonifikácia, pokiaľ pri obnove/výstavbe budov alebo ich častí sa budú realizovať opatrenia na minimalizáciu vplyvu zastaveného prostredia na lokálne klimatické podmienky (zadržanie vody, prehrievanie prostredia a pod.) napr. v podobe zelených fasád a striech,
- projekt pri obnove/výstavbe budov alebo ich častí musí plniť požiadavky na hygienické parametre vnútorného prostredia budov (výmena vzduchu, využitie denného svetla a kvalita umelého osvetlenia ako aj akustické parametre budovy).

Nákladová efektivita:

Cieľom celého projektu (ICZS ako aj reštrukturalizácia akútnych nemocníc) je zlepšiť nákladovú efektivitu, ktorá sa bude merať formou HTA^{20,21} a bude prispôbená potrebám každého regiónu.

Takáto analýza bude pozostávať z nasledovných krokov:

- 1) Prvotná identifikácia
 - a. veľkosť populácie
 - b. cieľ, ktorý chceme dosiahnuť
 - c. analýza dotknutých subjektov („stakeholders“)
 - d. analýza zdrojov
 - e. analýza rizík
- 2) Identifikácia zdravotných priorít
 - a. profil obyvateľov
 - b. zhromažďovanie dát
 - c. analýza potrieb
 - d. identifikácia a hodnotenie zdravia
- 3) Hodnotenie zdravotných priorít
 - a. výber zdravotných stavov a určujúcich faktorov s najvýznamnejším vplyvom
 - b. určenie účinnej a prijateľnej intervencie na zmenu
- 4) Plánovanie zmien
 - a. objasnenie cieľov intervencie
 - b. akčné plánovanie
 - c. sledovanie a hodnotenie stratégie
 - d. stratégia minimalizácie rizík
- 5) Hodnotenie
 - a. poučenie z projektu
 - b. meranie vplyvu

Sumarizácia hlavných očakávaných výsledkov:

- zvýšenie počtu lekárov primárneho kontaktu na jedno kontaktné miesto;

²⁰ Sibbald et al. BMC Health Services Research 2013, 13:209, <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/209>

²¹ Sue Cavanagh and Keith Chadwick: Health needs assessment, 2005. NICE UK, www.nice.org.uk

- zníženie priemerného počtu návštev u lekára (na pacienta);
- zlepšenie dostupnosti ku kvalitnej primárnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti;
- zvýšenie obložnosti akútnych lôžok;
- skrátenie doby hospitalizácie;
- zníženie počtu nemocníc s akútnymi lôžkami;
- zvýšenie počtu akútnych výkonov v zostávajúcich akútnych nemocniciach.

4.2. Riziká, ktoré môžu viesť k neúspešnej reforme integrácii primárnej a nemocničnej zdravotnej starostlivosti

Dôležitým predpokladom úspešnosti navrhnutých reformných krokov je včasná komunikácia s dotknutými skupinami („stakeholders“) a ich podpora pri zmenách.

Na základe dostupných údajov reforiem v zdravotníctva v Európe je nutné poučiť sa z príkladov neúspechu a vyvarovať sa im:

- Ak sa aj zníži celková kapacita lôžok v nemocničnom sektore na plánovanú úroveň s využitím lepšej primárnej zdravotnej starostlivosti môže to v konečnom viesť k funkčnému ale ekonomickému chaosu v nemocniciach.
- Väčšina nemocníc je už teraz pod silným finančným tlakom, strata peňažných tokov vyplývajúca z presunu starostlivosti o pacienta v primárnej sfére môže vytvárať ďalšie finančné turbulencie, nakoľko nemocnice majú v súčasnosti vysoké režijné náklady.
- Mnoho nemocníc sa bude aj naďalej usilovať liečiť „nevhodných pacientov“ (napr. chronické ochorenia) v snahe udržať si „cash flow“ a tým môžu ohroziť stratégiu primárnej starostlivosti.
- Ak bude plánovaná reforma nemocničného sektora, tak zníženie nákladov potrebných pre financovanie lepšej primárnej starostlivosti bude neúčinné.
- Efektívna primárna starostlivosť bude zabezpečovať pre pacienta ošetrovanie na správnom mieste a v správny čas - v dôsledku toho bude potreba zabezpečiť správne štruktúrované a odstupňované nemocničné služby na podporu tohto cieľa (ŠAS, chronické a akútne nemocničné lôžka).
- Ak sa nepodniknú kroky na zabezpečenie miestnych komunitných nemocníc, tak mnoho lekárov primárneho kontaktu bude preťažených pacientami, ktorých nebude možné umiestniť v príslušnom miestnom zdravotníckom zariadení, napr. seniorov s komorbiditami. Títo pacienti môžu byť presúvaní do špecializovaných nemocníc, čím zbytočne môžu blokovať lôžka pre akútnych pacientov.
- Je potrebné vzdelávať lekárov v primárnej starostlivosti primerane aj školenie nemocničného personálu na novú nemocničnú štruktúru - to môže tiež zahŕňať poskytovanie primárnej starostlivosti (špecializovaných konzílií) v miestnych komunitných nemocniciach a ďalšiu integráciu poskytovania starostlivosti

4.2.1. Možné negatíva a ich riešenie

1. Zhoršenie fyzickej dostupnosti – vzdialenosť

Odstránenie:

- i. Zvýšená aktivita ADOS – riadená centrami – hlavne u starších (imobilných pacientov)
- ii. Zabezpečenie kyvadlovej dopravy priamo z centier
- iii. Niektoré odľahlé lokality (vzhľadom na geografické členenie Slovenska a dostupnú infraštruktúru) budú zachované ako doteraz (cca 27%)

2. Nedostatočná motivácia prechodu do centier

Odstránenie:

- i. Možnosť zazmluvnenia zariadenia ešte v prípravnej fáze
- ii. Viac ako 90% lekárov v súčasnosti sídli v prenajatých priestoroch (prieskum TN)
- iii. Atraktívne zamestnanie pre novovyškolených rezidentov

4.3. Motivátory prechodu z terajšieho stavu primárnej starostlivosti do centralizovanej

1) Splnenie inklúzy kritérií projektu – geografické rozloženie, vybavenie personálne ako aj prístrojové

2) Finančná motivácia

- vytvorenie moderných centier vybavených prístrojovov technikou, personálom, administratívnou podporou, vzdelávacím zázemím
- lepší platobný mechanizmus platiteľov pre centrá – kapitácia + niektoré výkony, ktoré sa nemusia liečiť v ŠAS (chronické ochorenia – HT, ICHS, DM, atď.) + prevencia
- zníženie nároku na administratívu
- lepší manažment pacienta – call centrum, poradenstvo
- podmienky pre atrahovanie a udržanie mladých lekárov v oblasti primárnej zdravotnej starostlivosti (príklad: LIFT program vo Veľkej Británii).

4.4. Monitoring

Za účelom efektívneho vynakladania prostriedkov a dodržiavania časového harmonogramu celého implementačného procesu bola zriadená „Riadiaca komisia pre dohľad nad plnením úloh realizačných stratégií, programov a projektov“, ktorej štatút bol publikovaný 14.4.2014 vo Vestníku MZ SR²².

Hlavnou oblasťou činnosti komisie bude

- a) monitoring implementácie realizačných stratégií, vyplývajúcich zo Strategického rámcestarostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030,
- b) monitoring implementácie programov a projektov, vyplývajúcich z realizačných stratégií.

Medzi kľúčové činnosti, ktorými sa bude komisia zaoberať patria najmä:

- a) zadávanie úloh, súvisiacich s prípravou a revíziou realizačných stratégií,
- b) schvaľovanie návrhov a zmien realizačných stratégií,
- c) zadávanie úloh, súvisiacich s prípravou a revíziou programov a projektov, vyplývajúcich z realizačných stratégií,
- d) schvaľovanie návrhov a zmien projektových zámerov,
- e) schvaľovanie návrhov a zmien programových a projektových plánov,
- f) schvaľovanie správ o stave programov a projektov,
- g) monitorovanie plnenia cieľov realizačných stratégií, programov a projektov.

4.5. Odhad nákladov na implementáciu ICZS a reformu akútnych nemocníc

Náklady na vybudovanie ICZS:

1. NFP z fondov EÚ: 150,138 m€
2. spoluúčasť: 5%

	Počet	plocha (m2)	náklady/m2 (EUR)	náklady/ICZS (EUR)
Veľké ICZS	57	1,500	1,200	102,600,000
Malé ICZS	77	600	1,200	55,440,000
Celkové náklady				158,040,000

Detailné náklady na budovanie ICZS budú rozpracované po pilotnej fáze projektu.

²² Vestník MZ SR, Čiastka 21-22, 14.apríla 2014, Ročník 62, str. 122-124

Pilotná fáza projektu

V r. 2015 sa uskutoční pilotná fáza projektu, t.j. vybudovanie troch ICZS (1 veľké – mestské centrum, 1 malé centrum a 1 centrum v regióne s marginalizovanými rómskymi komunitami). Na základe týchto pilotných štúdií budú detailnejšie rozpracované náklady na výstavbu/rekonštrukciu ICZS.

Náklady do reštrukturalizácie akútnych nemocníc:

Na základe dokumentu *Informácia o stave investícií v akútnej lôžkovej zdravotnej starostlivosti na Slovensku a zámer realizácie výstavby novej nemocnice v Bratislave*, ktorý bol schválený Uznesením vlády SR v júli 2013²³, je potrebné investovať ročne cca 113 miliónov EUR do obnovy nemocničného sektora každých 35 rokov (to je životnosť každej nemocnice). Ministerstvo zdravotníctva sa snaží o dosiahnutie tohto cieľa s použitím troch hlavných zdrojov finančných prostriedkov (ako je uvedené v nasledujúcej tabuľke) - štátny rozpočet, financie verejného a súkromného sektora (PPP) a štrukturálnych fondov Európskej únie. Dôkazom toho je aj skutočnosť, že Slovenská vláda schválila ďalších 30 miliónov EUR na rok 2014, ktoré majú byť investované do akútneho nemocničného sektora.

mEUR	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Suma	Priemer/rok
Štátny rozpočet	30	40	50	60	60	60	60	360	51
PPP			120	130				250	36
EU štrukturálne fondy (vrátane kofinancovania zo štátneho rozpočtu)		30	30	30	30	30	30	180	26
Celkovo	30	70	200	220	90	90	90	790	113

Z fondov EÚ sa bude investovať iba do 10tich akútnych nemocníc – univerzitné a fakultné nemocnice a to tak aby bola týmto spôsobom podporená aspoň jedna nemocnica v každom samosprávnom kraji a to v sume 150,38 m€ (176,9 m€ NFP). Zvyšných 16 nemocníc bude financovaných nasledovne:

- výstavba novej Bratislavskej univerzitnej nemocnice – 250 m€ (PPP)
- zvyšné nemocnice zo štátneho rozpočtu v sume 300 m€

²³ <http://www.rokovania.sk/Rokovanie.aspx/BodRokovaniaDetail?idMaterial=22607>