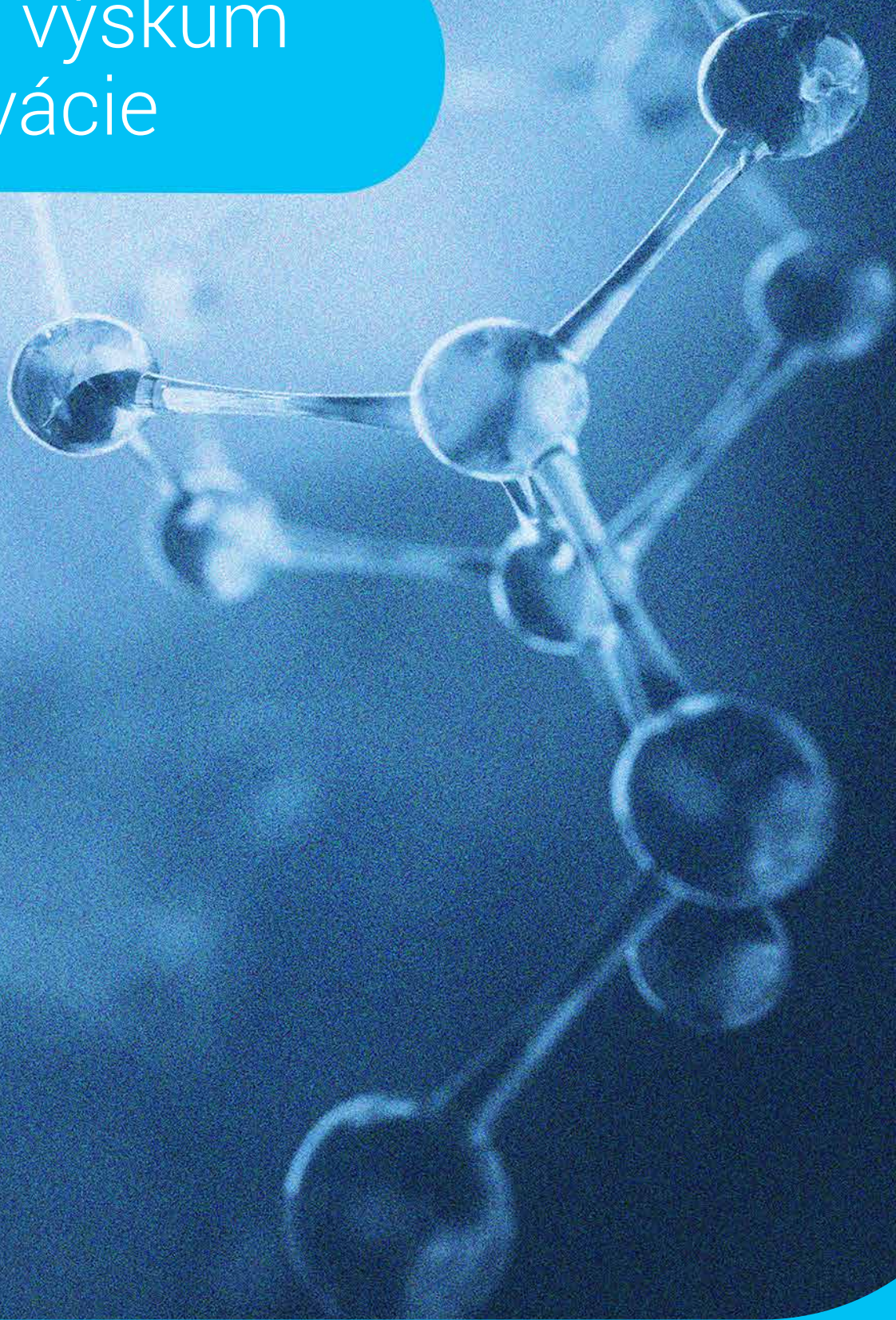


Veda, výskum a inovácie



5. Veda, výskum a inovácie

Špecifické odporúčania Rady EÚ vyzývajú Slovensko k podpore inovácií a ku zmenšeniu rozdrobenosti systému verejného výskumu. Popri riešení fragmentácie výskumných kapacít je žiaduca aj konsolidácia a koordinácia podporných agentúr a nástrojov pod jednu strešnú organizáciu, do jedného ekosystému. Nevyhnutné navýšenie verejných zdrojov na výskum a inovácie bude distribuované cez funkčný podporný ekosystém. Podpora sa zameria predovšetkým na užšiu spoluprácu univerzít a súkromného sektora a na prilákanie start-upov a výskumníkov zo zahraničia. Prioritou pre Slovensko bude zvrátiť trend brain drainu a prilákať vysokokvalifikovanú pracovnú silu, a nielen vo výskume. Hlavným cieľom Slovenska je dostať sa do roku 2030 do skupiny tzv. silných inovátorov v European Innovation Scoreboard, ktorý sa prejaví v navýšení súkromných aj verejných zdrojov na vedu a výskum na úroveň priemeru EÚ.

Výsledkové a výstupové indikátory pre vedu, výskum a inovácie

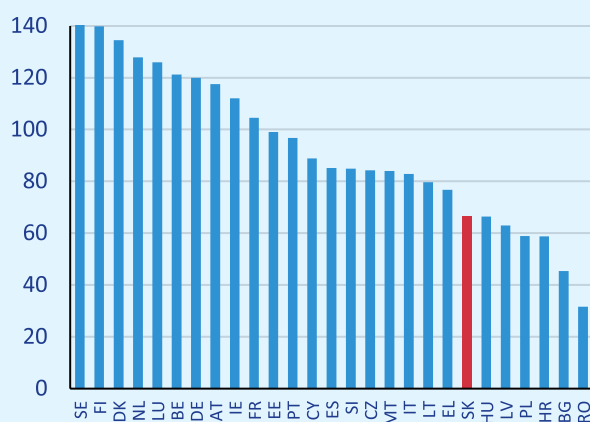
Výsledkové a výstupové indikátory pre vedu, výskum a inovácie

		2015	2016	2017	2018	2019	Cieľ 2024	Cieľ 2030
Produktivita práce na odpracovanú hodinu	SK	77,8	72,6	72,0	72,9	73,2	82	92
	(% z priemeru EÚ 27)	EU	100	100	100	100		
European innovation scoreboard	SK	67	69	64	63,5	66,6	82	Priemer EÚ
	(relatívny výkon voči EU)	EÚ	100	100	100	100		
BERD (Súkromné výdavky na VaV)	SK	0,33	0,4	0,48	0,45	n/a	0,6	Priemer EÚ
	(% HDP)	EÚ	1,36	1,37	1,42	1,45		
GERD (Celkové výdavky na VaV)	SK	1,16	0,79	0,89	0,84	n/a	1,2	Priemer EÚ
	(priemer dosiahnutých bodov)	EÚ	2,12	2,11	2,15	2,19		

V porovnaní so zahraničím na Slovensku inovuje málo podnikov, kvalita výskumu je všeobecne nízka a podfinancovaná a chýba výraznejšia spolupráca verejného a súkromného sektora. Podľa Európskeho prehľadu výsledkov inovácie (European innovation scoreboard) je naša krajina iba mierny inovátor (21. miesto v EÚ27). Nadpriemerný výsledok dosahuje Slovensko v rámci indikátorov iba v prípade vplyvu inovácií na tržby a zamestnanosť, na čo vplyva najmä exportná výkonnosť automobilového priemyslu.

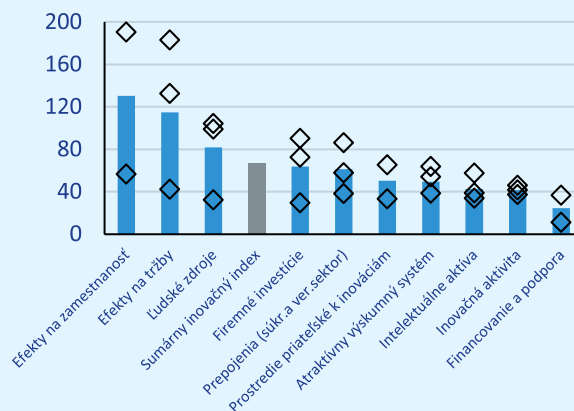
Vo všetkých ostatných kategóriách sa Slovensko umiestňuje podpriemerne – najvýraznejšie je to v prípade finančnej podpory inovácií a výskumu, a z toho najmä v subindikátore využívania rizikového kapitálu, kde dosahuje iba 11 % priemernej úrovne v EÚ. Na úrovni súhrnných indikátorov je zaostávanie výrazné v intelektuálnych aktívach, v podiele inovujúcich malých a stredných podnikov, a všeobecne v atraktivnosti výskumného systému a v prostredí priateľskom k inováciám. V týchto kategóriách dosahuje Slovensko maximálne 50 % výkonnosti v EÚ.

Graf 31: Pozícia Slovenska v rebríčku European innovation scoreboard (2020)



Zdroj: Eurostat, EIS 2019

Graf 32: Relatívna hodnota indikátorov v EIS voči EU27 (EU=100)



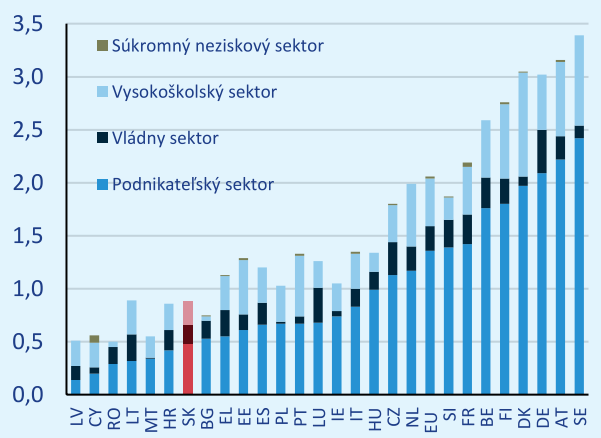
* kosoštvorce reprezentujú jednotlivé subindikátory

Zdroj: Eurostat, EIS 2019

Hlavným zdrojom zásadných a originálnych inovácií býva podnikový výskum a vývoj, ktorý na Slovensku výrazne zostáva. V roku 2017 realizovali podniky výskum a vývoj v objeme 0,48 % HDP, čo radí Slovensko na jednu z posledných priečok EÚ. Na druhej strane, podiel podnikového výskumu na HDP sa za posledných 10 rokov viac než zdvojnásobil. Hlavným dôvodom tohto trendu je príspevok automobilového priemyslu, kde sa výdavky zvýšili prakticky z nuly na dnešných 0,17 % HDP. K nárastu prispeli aj odvetvia počítačového programovania, strojárstva a guma a plasty. Ostatné odvetvia nezvyšujú svoje výdavky na výskum a vývoj. Výsledkom nízkej miery investícií v podnikovom výskume a vývoji je málo patentov, ochranných známok, úžitkových vzorov alebo dizajnov.

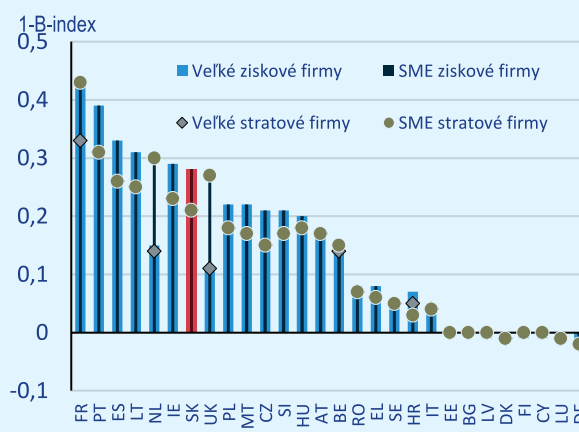
Vládna podpora súkromného výskumu a vývoja sa ešte len rozbieha a to najmä nepriamou formou daňového superodpočtu a patent boxu. Priame finančné zdroje od vlády k podnikom na riešenie výskumu a vývoja dosahujú iba nepatrných 0,01 % HDP. Nepriamo je podnikový výskum podporovaný formou superodpočtu, ktorý sa zaviedol v roku 2015 a postupne stúpa (v roku 2020 na 200 %), pričom dosiahol úroveň, kedy je jeden z najštedrejších v Európe. Medzinárodné porovnanie ako aj skúsenosti s čerpaním na Slovensku ukazujú, že krajiny, resp. podniky s najvyššími investíciami do výskumu a inovácií využívajú systém daňových úľav minimálne.

Graf 33: Výdavky na výskum a vývoj podľa sektora, kde sa výskum uskutočňuje (% HDP, 2017)



Zdroj: Eurostat

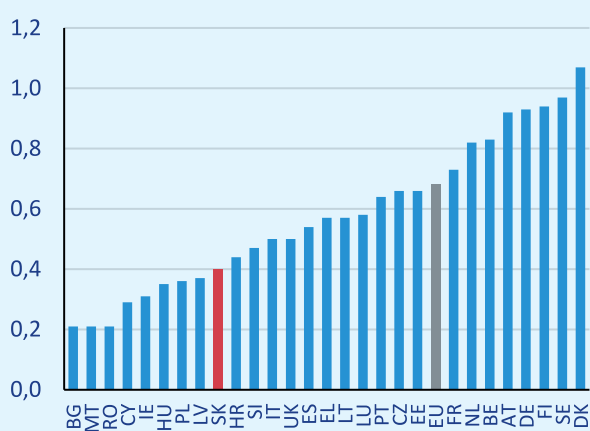
Graf 34: Index daňovej subvencie 1-B-index (2019)



Zdroj: OECD

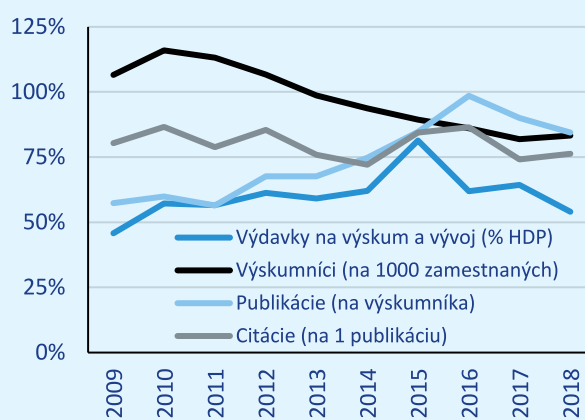
Ak Slovensko má byť atraktívnou destináciou pre podnikový výskum a vývoj, je nevyhnutné vytvárať podhubie aj výdavkami na kvalitný výskum na univerzitách a iných verejných výskumných inštitúciách. Verejné výdavky na výskum a vývoj dosahujú 0,4 % HDP, čo je v európskom porovnaní podpriemerná hodnota. Slovenské univerzity dlhodobo zaostávajú za najlepšími univerzitami nielen v západnej Európe, ale aj v regióne. Slovenská akadémia vied je kvôli nedokončenej transformácii limitovaná v získavaní vlastných finančných zdrojov. Vedecké parky zívajú prázdnotou. Je preto nutné výrazne zvýšiť a zastabilizovať verejné financovanie výskumu a vývoja. A to aj vytvorením nových finančných schém a nástrojov, ktoré budú podporovať udržanie a príchod excelentných výskumníkov ako aj medzinárodnú spoluprácu a spoluprácu so súkromným sektorom. Absencia kvalitného univerzitného podhubia je brzdou pre vyššiu mieru domáceho podnikového výskumu.

Graf 35: Výskum a vývoj realizovaný na univerzitách a vo vládnom sektore (% HDP, 2017)



Zdroj: Eurostat

Graf 36: Vstupy a výstupy pre verejný výskum a vývoj (% priemeru V3)



Zdroj: Národný program reforiem 2020

Hlavné strategické politiky a iniciatívy vo vede, výskume a inováciách do roku 2030

1. Efektívnejší governance Vedy, výskumu a inovácií

Stratégia inteligentnej špecializácie RIS3 predstavuje strategický dokument definujúci oblasti špecializácie slovenskej politiky výskumu a inovácií (Val) a je tiež ex ante kondicionalitou pre čerpanie EÚ fondov v tejto oblasti. Zreviduje sa tak, aby namiesto sektorových priorít boli výskumné a inovačné priority definované horizontálne. Vďaka tomu sa udrží koncentrácia financovania Val na prioritné témy pre Slovensko, podporia sa skutočne inovatívne firmy v žiadaných oblastiach namiesto fixovania súčasnej štruktúry ekonomiky a predstierania inovácie podnikmi pôsobiacimi vo vybraných sektoroch. Revízia prierezovo zmapuje existujúce politiky a výdavky na oblasti vedy, výskumu a inovácií. Vytvorí tak predpoklad na optimalizáciu a štandardizáciu procesov v podporných agentúrach.

Podpora výskumu a inovácií na Slovensku je neprehľadná, pričom absentuje strategický prístup a koordinácia. Rada EÚ opakovane vyzýva Slovensko (napr. CSRs 2019, 2020) na zjednotenie a koordinovanie výskumných a inovačných podporných nástrojov. Vytvorí sa preto jedna strešná organizácia pre oblasť výskumu a inovácií (Slovak research and innovation support ecosystem; SK RISE), ktorá zastreší existujúce podporné agentúry, ako sú napr. APVV, VEGA, KEGA, Výskumná agentúra, SIEA, SBA, ale aj SARIO, časti CVTI a vo voľnejšej podobe aj SZRB a EXIM banku. Existujúca Rada vlády pre vedu, techniku a inovácie sa transformuje do Správnej rady tejto novej strešnej organizácie, pričom sa zúži počet členov, na čelo sa postaví premiér a členmi sa namiesto niektorých zväzov stanú významné osobnosti z oblasti Val. Organizácia dostane po vzore iných úspešných krajín (Singapur, Fínsko, Izrael) výkonný profesionálny manažment, ktorý sa bude zodpovedať Správnej rade a bude vystavaný z nových ľudí, ktorí majú skúsenosti s riadením podobných organizácií. Nie z predstaviteľov doterajších agentúr.

Výhodami jednej strešnej organizácie sú najmä:

- jedno informačné a dátové centrum pre mapovanie inovačného ekosystému na Slovensku
- reálna koordinácia výskumnej a inovačnej politiky namiesto súčasného rezortizmu
- jeden partner vo vzťahu ku programom Horizon
- odstránenie fragmentácie VaV a finančných nástrojov
- posilnenie spolupráce akadémie a súkromného sektora
- zjednodušenie a sprehľadnenie poskytovania finančnej podpory inovátorom a výskumníkom
- synergie medzi aktérmi a štádiami základného a aplikovaného výskumu, vývoja a predprodukčnej etapy

Popri finančnej a poradenskej vetve (doterajšie agentúry) sa v rámci strešnej organizácie vystavia aj strategicko analytická jednotka, ktorá bude mať na starosti najmä inovačnú stratégiu (momentálne RIS3) a vyhodnocovanie existujúcich nástrojov. Súčasťou strešnej organizácie bude aj Slovenský inštitút technológií a inovácií (SITI), ktorého hlavnou úlohou bude prepájať aktérov vo výskume a inováciách, pomáhať s poradenstvom pri technologickom transfere, štátnej pomoci, intelektuálnom vlastníctve a medzinárodnej spolupráci. Systematicky bude podporovať tematické klastre a vstupovať podľa potreby do inovačných hubov, centier a technologických parkov rôzneho druhu. Bude vytvárať aj regionálne inovačné centrá, ktoré budú zastrešovať a podporovať inovácie na lokálnej úrovni a spoluvytvárať regionálne rozvojové stratégie.

Celková finančná potreba pre roky 2021 až 2024: 20 mil. eur

Poznámka: rozbeh SK RISE, IIP, SITI a organizácia nových nástrojov podpory. Následne financovanie z úspor po konsolidácii výskumných a inovačných agentúr, z rozpočtových a z projektových peňazí.

Míľniky

Míľnik 1: do 2020: Aktualizácia strategického dokumentu RIS3 ako horizontálnych priorít

Míľnik 2: 2021: Revízia výdavkov a politik na Vedu, výskum a inovácie

Míľnik 3: 2021: Presunutie podpory a koordinácie výskumu a inovácií pod jednu strešnú organizáciu

Míľnik 4: 2021: Založenie Inštitútu inovačnej politiky (IIP)

Míľnik 5: 2021: Založenie Slovenského inštitútu technológií a inovácií (SITI)

Ciele

Hlavný výsledkový ukazovateľ:
European Innovation Scoreboard

Cieľ 1: do 2024: zvýšiť celkové výdavky na VaV na úroveň 1,2 % HDP

Cieľ 2: do 2024: zvýšiť verejné výdavky na VaV na 0,6 % HDP

Cieľ 3: do 2024: dosiahnuť EIS skóre na úrovni 82 % priemeru EÚ

2. Transformácia SAV a iných rezortných výskumných inštitútov

Cieľom reformy je dokončiť transformáciu ústavov SAV na hospodársku formu, ktorá umožní zvýšiť objem spolupráce medzi verejným, akademickým a súkromným výskumným sektorom tak, aby verejné a akademické výskumné inštitúcie mohli vstupovať do obchodných a majetkových vzťahov týkajúcich sa VaV s plnou ochranou práv duševného vlastníctva a finančnou profitabilitou.

Míľniky

Míľnik 1: 2021: prijatie novely zákona o VVI, novely zákona o organizácii štátnej podpory výskumu a vývoja a novely zákona o SAV

Míľnik 2: do 2023: Zrealizovanie transformácie SAV

Míľnik 3: do 2024: Zrealizovanie transformácie rezortných výskumných inštitútov

Ciele

Hlavný výsledkový ukazovateľ:
European Innovation Scoreboard

Cieľ: do 2024: dosiahnuť EIS skóre na úrovni 82 % priemeru EÚ

3. Reforma financovania a nové nástroje podpory pre výskum a inovácie

Paralelne popri procese štandardizácie postupov a zvýšení objektivity pridelovania grantov, napr. hodnotenie medzinárodným panelom, výskumné projekty iba v angličtine, vyššia flexibilita vo výdavkoch, povinné a priebežné zverejňovanie výsledkov projektov a pod.

Podpora výskumu a inovácií bude potrebovať nové flexibilné nástroje. Sú to napr. automatické granty podľa výstupov akademikov, patentové vouchre, matching granty (spolufinancovanie ku súkromným alebo európskym zdrojom), financovanie projektov „Seal of excellence“, resp. projektov, ktoré splnili prahovú hodnotu (napr. MSCA IF, Widening fellowship, pri ERC hodnotenie A v druhom kole), financovanie prípravy žiadostí o ERC granty (preklenovací grant pre tých čo dosiahnu B v druhom kole na prípravu novej žiadosti, ERC štipendium na prípravu grantu u držiteľa ERC) automatické dofinancovanie projektov v rámci schém Horizontu, ktoré vyžadujú spolufinancovanie, ako ERA Chair, Teaming, MSCA COFUND, prioritné financovanie výskumných projektov riešených na Slovensku, kde je medzinárodný tím alebo v rámci projektu príde k presťahovaniu zahraničných výskumníkov na Slovensko, podpora inovačným centrom a hubom, podpora veľkej výskumnej infraštruktúry v hlavných doménach špecializácie, early stage granty (pre prechod zo základného do aplikovaného výskumu na účely proof-of-concept a patentovej prihlášky) alebo podpora projektom na prilákanie mozgov a projektom na prilákanie start-upov s vlastnými patentami. Taktiež je nutné navýšiť zdroje pre rastové financovanie perspektívnym podnikom (v objemoch 1-10 mil. eur), ktoré je na Slovensku nedostatočné (dostupnosť venture kapitálu má najhoršie hodnotenie v European innovation scoreboard).

Štátne strategické priority VaV, ktoré vziđu z aktualizovanej RIS3 a z Revízie výdavkov a politík na výskum a inovácie a v nadväznosti na transformáciu SAV a štrukturálne zmeny na univerzitách, budú financované veľkými strategickými grantmi. Financované budú veľké tímy s desiatkami pracovníkov.

Súčasťou reformy financovania je aj záväzok stability verejných zdrojov na súťažné financovanie výskumu vrátane pravidelného navyšovania o 0,05 % HDP ročne v období 2021-2030 zo štátneho rozpočtu, vďaka čomu sa dosiahne približne úroveň priemeru EÚ v roku 2030.

Míľniky

Míľnik 1: do 2021: Štandardizácia a zjednodušenie postupov v grantových agentúrach

Míľnik 2: do 2021: Vyhlásenie výzvy na dofinancovanie projektov Seal of Excellence

Míľnik 3: do 2021: Vyhlásenie výzvy na matching granty ku EÚ a súkromným výskumným zdrojom

Míľnik 4: do 2021: Vyhlásenie výzvy na udržanie vedeckých parkov

Míľnik 5: do 2021: Vyhlásenie výzvy na veľké projekty pre excelentných výskumníkov (obdoba ERC grantov)

Míľnik 6: do 2021: Vyhlásenie pilotnej schémy priameho financovania excelentných výstupov

Míľnik 7: do 2021: Vyhlásenie otvorenej výzvy na patentové a inovačné vouchre

Míľnik 8: do 2021: Vznik schémy na early stage granty

Míľnik 9: do 2022: Vytvorenie a dofinancovanie digitálnych inovačných platforiem

Míľnik 10: do 2023: Vytvorenie a dofinancovanie inovačných klastrov

Míľnik 11: do 2023: Strategické granty pre prioritné oblasti VaV

Ciele

Hlavný výsledkový ukazovateľ:
Celkové výdavky na VaV (GERD)

Cieľ 1: do 2022: Výdavky na výskum a vývoj 1,0 % HDP

Cieľ 2: do 2022: Skrátenie hodnotenia štandardnej výzvy APVV zo 6 na 3 mesiace

Cieľ 3: do 2024: Výdavky na výskum a vývoj 1,2 % HDP

Cieľ 4: do 2024: Vytvorenie piatich inovačných klastrov

Cieľ 5: do 2025: Zdvojnásobenie počtu prijatých patentov EPO

Cieľ 6: do 2026: Výdavky na výskum a vývoj 1,5 % HDP

4. Stratégia lákania mozgov

Pod jednu inštitúciu (SK RISE) sa zastreší agenda návratov Slovákov a prilákania zahraničných talentov-mozgov a vytvoria sa podporné schémy na udržanie mladých ľudí na Slovensku ako aj na podporu príchodu zahraničných expertov.

Fast-track schéma pre vysokokvalifikovaných zamestnancov (vrátane výskumníkov a VŠ učiteľov) a študentov z tretích krajín skráti kumulatívny počet dní čakania na pracovné povolenie a povolenie k pobytu (vrátane jeho obnovovania) pre nich a ich rodinných príslušníkov na maximálne 15 dní a zjednoduší súvisiace procedúry, a umožní im čo najjednoduchšiu integráciu na Slovensku. S cieľom ich úspešnej integrácie sa vytvorí aj program podpory pre rodinných príslušníkov a sociokultúrnej orientácie.

Výrazne sa preto prepracuje systém práce oddelení cudzineckej polície alebo sa agenda presunie na klientske centrá. Komunikácia sa zdigitalizuje a bude vedená v angličtine.

Vytvorí sa podporný program na prilákanie zahraničných talentov, okrem iného aj vedcov a vysokoškolských učiteľov zo zahraničia. Cieľom je zvýšiť transfer vedomostí a poznatkov do slovenskej ekonomiky a akademického prostredia. Existujúce výskumné centrá a univerzity sa naplnia špičkovými vedcami zo zahraničia. Príchod výskumníkov zo zahraničia podporí internacionalizáciu univerzít, naruší „imbreeding“ slovenských univerzít a prinesie rýchly transfer poznatkov na Slovensko.

Vysoké školy a vedecké pracoviská vytvoria vhodné prostredie na prilákanie výskumníkov a učiteľov zo zahraničia, napr. zavedením štandardov daných odporúčaním EK („Európska charta výskumných pracovníkov a Kódex správania pre nábor výskumných pracovníkov“) a implementáciou Stratégie ľudských zdrojov vo výskume (HRS4R). Cieľom je nielen prilákať, ale aj udržať ľudí zo zahraničia na Slovensku.

Míľniky

Míľnik 1: do 2021: Fast-track program pre vysokokvalifikovaných zamestnancov z tretích krajín

Míľnik 2: do 2022: Spustenie podporných schém na prilákanie a integráciu vysokokvalifikovaných pracovníkov

Míľnik 3: do 2022: Spustenie podpornej schémy na prilákanie a udržanie študentov zo zahraničia

Míľnik 4: do 2022: Spustenie motivačného štipendia na udržanie najlepších maturantov

Ciele

Hlavný výsledkový ukazovateľ:
Produktivita práce na odpracovanú hodinu
European Innovation Scoreboard

Cieľ 1: do 2024: Podporených 1 000 vysokokvalifikovaných zamestnancov

Cieľ 2: do 2024: Podporených 3 000 študentov zo zahraničia

Cieľ 3: do 2024: Podiel štátnych a verejných vedeckovýskumných inštitúcií získa značku EK „HR Excellence in Research“

Cieľ 4: do 2030: zvýšiť produktivitu práce na odpracovanú hodinu na 90 % priemeru EÚ zo súčasných 73 %

Cieľ 5: do 2030: zvýšiť HDP o viac ako 1 %
Očakávané ekonomické benefity:

Fast-track migračný program: 1,0 % HDP do roku 2030, 5,0 % HDP do roku 2050

Motivačné štipendium pre najlepších maturantov: 0,3 % HDP do 2030 a 1,6 % HDP do 2050

Prilákanie vysokokvalifikovaných ľudí (1 000): 0,15 % HDP do roku 2030

Vytvorí sa podporný program na prilákanie a udržanie zahraničných študentov. Študentská mobilita je v tomto kontexte jedným z najjednoduchších spôsobov prilákania vysokokvalifikovanej zahraničnej pracovnej sily. Podobné schémy sa vytvoria aj pre ostatné oblasti s nedostatkom pracovnej sily. Po skončení štúdia sa im automaticky zmení účel pobytu.

Na spomalenie ďalšieho odlivu mozgov sa vytvorí pomocný nástroj – tzv. „stabilizačné pôžičky“, t.j. motivačné štipendia pre 10 % najlepších maturantov, ktoré budú podmienené odpracovaním si istej doby na Slovensku. V opačnom prípade sa zmenia na návratné pôžičky.

5. Zlepšenie prístupu k dátovej a k medzinárodnej výskumnej infraštruktúre

Prístup k vedeckým databázam predstavuje základnú infraštruktúru pre vedecko-výskumné bádanie. Vzhľadom na účelnosť je vhodné tento prístup zabezpečiť centrálnou podľa požiadavky jednotlivých inštitúcií.

Takisto je nutné systematicky na celoštátnej úrovni vytvoriť podmienky pre otvorenú vedu na Slovensku, aby mohli akademici bez finančných bariér publikovať v open access žurnáloch, ktoré býva spoplatnené.

Členstvo v medzinárodných a európskych organizáciách vedy a výskumu je základný predpoklad internacionalizácie vedy a výskumu, môže slúžiť na vytváranie medzinárodných partnerstiev, zlepšovať úspešnosť pri získavaní medzinárodných a európskych projektov a aj prestíž SR ako destinácie pre investorov a inovátorov. Rozpočet na uhrádzanie členstiev je však dlhodobo podfinancovaný, čo znemožňuje pristupovanie k ďalším členstvám.

Míľniky

Míľnik 1: do 2021: Zabezpečenie prístupu k vedeckým databázam

Míľnik 2: do 2021: Zabezpečenie bezplatnej možnosti publikovania v open access žurnáloch pre slovenských akademikov

Míľnik 2: 2021 Audit členstiev v ESFRI a medzinárodných organizáciách VaV

Míľnik 3: 2022 Mechanizmus hodnotenia členstiev a zaraďovania významnej vedeckej infraštruktúry

Ciele

Hlavný výsledkový ukazovateľ:
European Innovation Scoreboard

Cieľ 1: do 2025: Zdvynásobenie priemerných získaných prostriedkov z programu Horizon

Cieľ 2: do 2025: Navýšenie publikácií s medzinárodným spoluautorstvom o 25 %

6. Posilnenie zdrojov na výskum a inovácie

Extra zdroje na naplnenie cieľov v oblasti nových nástrojov na podporu výskumu a inovácií ako aj na podporu brain-gain stratégie.

Celková finančná potreba pre roky 2021 až 2026: 2 500 mil. eur

Míľniky

Ciele

Hlavný výsledkový ukazovateľ:
Verejné výdavky na VaV

Cieľ: do 2024: Zvýšiť verejné výdavky na VaV kumulatívne o 0,4 % HDP

Zdravie



6. Zdravie

Troma prioritami v oblasti zdravotnej starostlivosti sú nákladová efektívnosť, definícia nároku pacienta a strategické riadenie zdravotníckeho personálu. Nákladová udržateľnosť zdravotníctva patrí aj medzi špecifické odporúčania Rady pre Slovensko. K lepším výsledkom povedie optimalizácia nemocničnej starostlivosti spojená s dobudovaním kapacít a posilnenie primárnej starostlivosti. Starnúca ekonomika si vyžiada reformu v dlhodobej starostlivosti vrátane jej integrovaného riadenia. Podpora prevencie a reforma v oblasti duševného zdravia zvýši kvalitu života obyvateľov a znížia ekonomické náklady. Hlavným cieľom politik v zdravotníctve je znížiť odvrátiteľné úmrtia na priemer EÚ do roku 2030. Navyše, sociálne znevýhodnené skupiny majú kratšiu očakávanú dĺžku dožitia a vyššiu novorodeneckú úmrtnosť – v oboch indikátoroch dosiahne Slovensko priemer EÚ inklúziou týchto skupín v zdravotnej starostlivosti.

Výsledkové indikátory pre zdravotníctvo

		2015	2016	2017	2018	2019	Cieľ* 2024	Cieľ* 2030
Úmrtnosť odvrátiteľná zdravotnou starostlivosťou (Počet úmrtí na 100-tisíc obyvateľov)	SK	176,9	168,3	176,0	n/a	n/a	147,4	110,5
	EÚ	113,4	110,0	110,5 ⁵⁸	n/a	n/a		
Očakávaná dĺžka života žien pri narodení (Počet rokov)	SK	76,7	77,3	77,3	77,4	n/a	81,1	82,9
	EÚ	82,5	82,9	82,8	82,9	n/a		
Novorodenecká úmrtnosť (Počet úmrtí v prvom roku života na 1 000 živonarodených)	SK	5,1	5,4	4,5	5,0	n/a	3,2	2,6
	EÚ	3,6	3,7	3,5	3,5	n/a		
Úmrtnosť odvrátiteľná prevenciou (Počet úmrtí na 100-tisíc obyvateľov)	SK	257,7	243,3	240,9	n/a	n/a	194,3	184,3
	EÚ	189,4	184,6	184,3	n/a	n/a		

Hlavným ukazovateľom stavu slovenského zdravotníctva je úmrtnosť odvrátiteľná zdravotnou starostlivosťou. Slovenská miera odvrátiteľnej úmrtnosti dosahuje 176 úmrtí na 100 000 obyvateľov, čo je o výše polovicu viac ako priemer krajín EÚ28 (111 úmrtí). Zároveň je vyššia než priemer krajín V3 (147 úmrtí). Úmrtnosť odvrátiteľná zdravotnou starostlivosťou zachytáva úmrtia ľudí mladších ako 75 rokov, ktorým sa dalo predísť včasnou a efektívnou zdravotnou starostlivosťou, vrátane sekundárnej prevencie. Tento ukazovateľ pokrýva široké spektrum príčin – môže ísť o infekčné ochorenia ako napríklad tuberkulóza, niektoré typy rakoviny (napr. rakovina prsníka), respiračné ochorenia (astma), alebo ochorenia tráviaceho systému (napr. zápal slepého čreva).⁵⁹

Doplňovými výsledkovými ukazovateľmi sú očakávaná dĺžka života žien pri narodení a novorodenecká úmrtnosť. Slovensko za priemerom EÚ zaostáva aj v týchto doplnkových ukazovateľoch. Vzhľadom na všeobecné zaostávanie musia reformy adresovať celý systém zdravotníctva, nie len niektoré podoblasti. Reformný plán vychádza z porovnaní kľúčových prvkov a aktérov zdravotných systémov a identifikuje oblasti, v ktorých slovenský systém najviac zaostáva za porovnateľnými krajinami a trendami v zahraničí.

V roku 2019 dosiahli na Slovensku verejné výdavky na zdravotníctvo 5,8 % HDP. Slovensko dáva na zdravotníctvo z verejných peňazí väčšiu časť HDP ako je priemer krajín V3 (5,1 %), a menej než priemer krajín EÚ- 28 (6,6 %). Celkové výdavky aj s priamymi platbami pacientov boli v roku 2018 na Slovensku mierne nižšie (6,7 % HDP) ako v krajinách V3 (6,8 % HDP). Pacienti platili v roku 2018 z vrecka menší podiel na celkových výdavkoch na zdravotníctvo (18,9 %) ako v krajinách V3 (21,3 %) a EU-28 (21,2 %). Podiel domácností, ktoré čelia finančnej núdzi v dôsledku priamych platieb je na Slovensku v porovnaní so zahraničím relatívne nízky (WHO, 2019)⁶⁰. Všeobecne platí, že bohatšie krajiny míňajú na zdravotníctvo viac nielen v nominálnom vyjadrení, ale aj voči veľkosti ekonomiky.

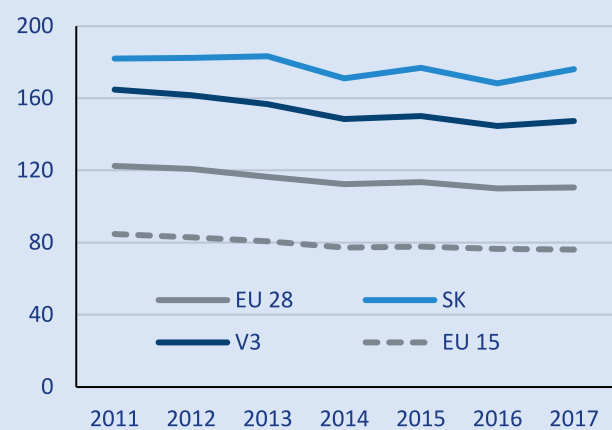
58 Bez údajov za Francúzsko

59 <https://www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf>

60 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311654/9789289054058-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

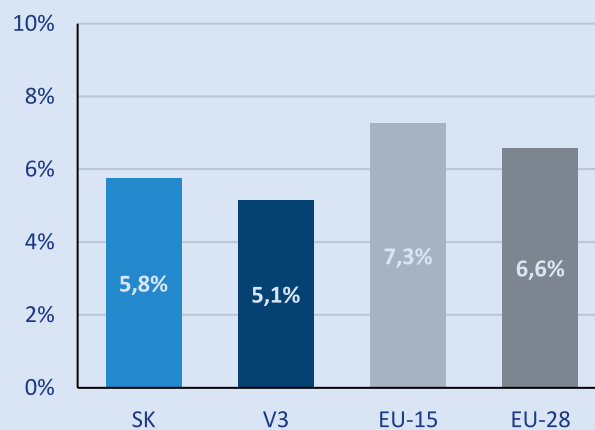
Konvergencii výdavkov k vyspelým ekonomikám musia predchádzať úsporné opatrenia identifikované v revízii výdavkov⁶¹, ktoré zlepšia nákladovú efektívnosť systému. Prevláda nesprávny mix všeobecnej a špecializovanej ambulantnej starostlivosti, ktorý predražuje systém. V porovnaní s krajinami V3 tvoria lieky väčšiu časť výdavkov na zdravotníctvo. Centrálne nákupy liekov, zdravotníckych pomôcok a elektronizácia sú nedostatočne rozšírené a implementované. V diagnostických vyšetreniach je stále prítomná duplicita, ktorú je nutné redukovať. Poistný systém nie je dostatočne efektívne regulovaný, vyžaduje definíciu nároku pacienta s cieľom podporiť súťaž poisťovní. V ústavnej starostlivosti chýba transparentné riadenie, optimalizácia ich siete, dobudovanie kapacít a dokončenie systému DRG. Veľké štátne koncové nemocnice majú zlé finančné hospodárenie, čo negatívne vplyva na fiškálne ciele. Programy prevencie a podpory zdravia sú nedostatočne rozšírené, pritom majú potenciál znížiť náklady v zdravotníctve aj záťaž na ekonomiku.

Graf 37:
Odvratiteľná úmrtnosť
(na 100-tisíc obyvateľov)



Zdroj: OECD

Graf 38:
Verejné výdavky na zdravotníctvo
(% HDP), 2019



Zdroj: OECD, ZP, RIS

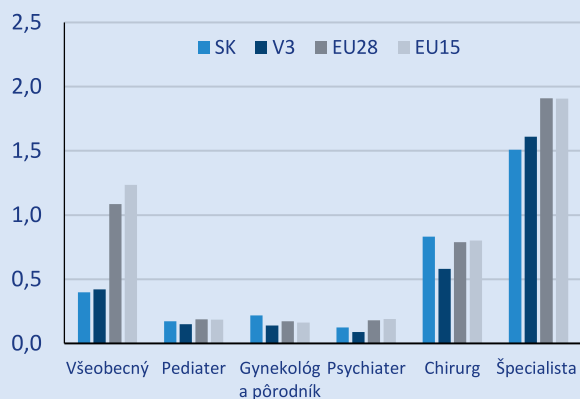
Na Slovensku je neefektívne nastavená ambulantná starostlivosť. Slovensko za priemerom EÚ výrazne zaostáva v počte všeobecných lekárov, čo vplyva na nadmerné vyšetrenia u drahších špecialistov. Chýba definícia nároku pacienta a adekvátne siete poskytovateľov s dôrazom na podporu primárnej sféry. Dostupnosť je negatívne ovplyvnená nedostatočným tzv. gatekeeping-om⁶². Štrukturálny šok COVID-19 preukázal možnosť jednoduchého prechodu na uplatňovanie telemedicíny u všeobecných lekárov. Na ponukovej strane nie je dostatok lekárov uvoľnených do systému všeobecného lekárstva, neatraktivnosť pozícií tkvie v odmeňovaní a úzkych kompetenciách. Dôsledkom sú nadmerné návštevy u špecialistov, ktoré sú drahé, potenciálne medicínsky neoptimálne a zároveň fixujú nesprávnu štruktúru zdravotníckeho personálu. Všeobecným lekárom navyše chýba kapacita na vykonávanie prevencie.

Na Slovensku pracuje v porovnaní s najvyspelejšími krajinami EÚ menej zdravotných sestier. Zároveň je nepriaznivá aj veková skladba u sestier - len 15 % sestier má menej ako 35 rokov. Ak súčasný trend pretrvá, v budúcnosti sa nedostatok sestier výrazne zvýši. Zdravotné sestry majú pritom zásadný vplyv na skúsenosť pacienta, ale aj zdravotné výsledky v nemocniciach a sú potrebné pre efektívnejšie fungovanie primárnej starostlivosti. Mzdy zdravotných sestier sa síce dostali na 1,1-násobok priemernej mzdy (porovnateľné s priemerom V3 a EÚ), no ich práca zostáva neatraktivná aj kvôli časti kompetencií, ktoré by mohli byť po vzore zahraničných praxí presunuté na nižší zdravotnícky personál.

⁶¹ <https://finance.gov.sk/sk/financie/hodnota-za-peniaze/revizia-vydavkov/zdravotnictvo/>

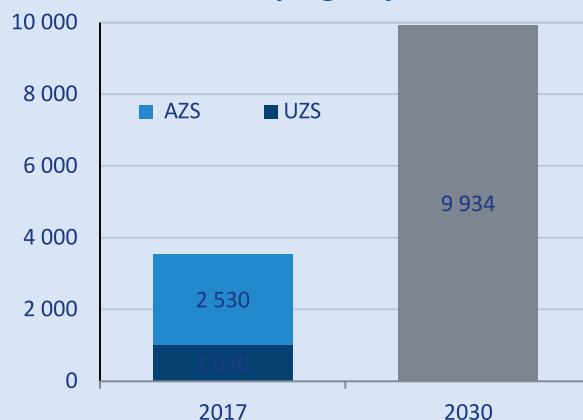
⁶² Regulácia na strane dopytu pacientov po zdravotnej starostlivosti

Graf 39:
Počet lekárov podľa špecializácií
(na 1 000 obyvateľov), 2016*



* Údaje za Slovensko z NCZI k 30.6.2016 podľa metodiky OECD. Údaje za V3 iba v kategórii Všeobecný, inak iba Poľsko. Zdroj: MZ SR

Graf 40:
Počet chýbajúcich sestier podľa štatistického zisťovania a prognózy MZ



* Bez pôrodných asistentiek (v roku 2017 chýbalo 50 PA).

Zdroj: OECD, NCZI, prepočty UHP

V ústavnej zdravotnej starostlivosti chýba optimalizácia siete nemocníc podľa nároku pacienta zabezpečujúca kvalitu starostlivosti a zefektívnenie procesov. Mnohé nemocnice sú dnes zastarané s nevhodnou infraštruktúrou, čo má negatívny vplyv na efektívnosť procesov, spokojnosť pacienta a šírenie nákaz. Všetky investície v systéme musia zohľadňovať plán optimalizácie siete nemocníc. Medzi slovenskými nemocnicami existujú výrazné rozdiely v kvalite poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Chýbajúcim prvkom je zavedenie nároku pacienta v zmysle predpísanej časovej dostupnosti a minimálnych štandardov pre povolenie poskytovať špecializáciu. Neefektívnosť sa v nemocniciach odráža v nadmernom počte lôžok, pri dlhých hospitalizáciách a nižšej obsadenosti lôžok. Zlepšenie procesov má potenciál uvoľniť kapacity, ktoré môžu byť použité na dlhodobú alebo ambulantnú starostlivosť. Pre efektívne nastavenie siete nemocníc je potrebné optimalizovať aj sieť ambulantnej starostlivosti. Plné zavedenie systému DRG zlepší porovnávanie produkcie nemocníc a následné naviazanie úhrad na DRG môže zefektívniť hospodárenie nemocníc, napr. cez motiváciu skrátiť dĺžku hospitalizácie. Nedostatkú úhrad z DRG môže byť finančné znevýhodnenie koncových nemocníc, preto je dôležité zaviesť aj kompenzačné mechanizmy.

Výzvou slovenského zdravotníctva je identifikovať a nastaviť správny mix personálu podľa najlepších praxí v zahraničí. Okrem akútneho nedostatku všeobecných lekárov a sestier pretrváva aj nedostatok všetkých typov pracovníkov. Schémy brain gain⁶³ sú potrebné pre všetky typy pozícií v zdravotníctve. Mix kompetencií nie je vhodne nastavený a v súlade s dobrou praxou zo zahraničia je potrebné ich presúvanie na nižšie úrovne zdravotníckeho personálu. Viaceré západné krajiny presunuli časť zodpovedností špecialistov na všeobecných lekárov, z lekárov na sestry, z gynekológov na pôrodné asistentky a zo sestier na asistentov a sanitárov. Takéto opatrenia zvýšili dostupnosť zdravotnej starostlivosti, znížili čakacie doby a zvýšili spokojnosť pacientov a pritom mali na náklady pozitívny až neutrálny vplyv⁶⁴.

⁶³ Viac v Kapitole 5.

⁶⁴ OECD (2017). Health at a Glance.

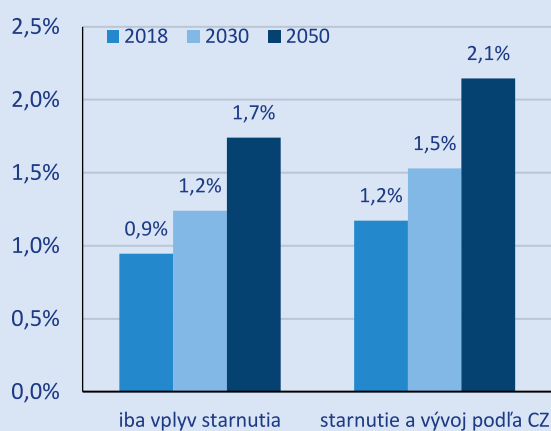
Štandardné diagnosticko-terapeutické postupy sú jedným z najefektívnejších nástrojov pre dosiahnutie kvalitnej a nákladovo-efektívnej zdravotnej starostlivosti. Kvalitné štandardné usmernenia zvyšujú bezpečnosť a kvalitu liečby a pomáhajú kontrolovať výdavky. Na Slovensku sa štandardné postupy tvoria pomaly, v súčasnosti je schválených už takmer 100 postupov, je však potrebné zaručiť, že sú použiteľné v praxi. Kľúčová je ich implementácia, teda zavedenie postupov do vzdelávacieho procesu zdravotníkov, zadefinovanie kompetencií a záväznosti v ich vykonávaní a zároveň zadefinovanie kompetencií v kontrole a vymáhaní dodržiavania postupov.

Slovensko dáva na lieky väčšiu časť verejných výdavkov na zdravotníctvo (19 %) v porovnaní s krajinami V3 (13 %), zlepšenie nákladovej efektívnosti môže priniesť výrazné úspory. Zvýšenie hodnoty za peniaze v liekovej politike je spojené s objektívnym analyzovaním prínosov a nákladov aj u liekov, ktoré sa v minulosti vyhli posudzovaniu, rozširovaním centrálnych nákupov liekov a dokončením elektronizácie v predpisovaní. Tieto opatrenia uvoľnia zdroje pre iné oblasti zdravotníctva. Ministerstvu zdravotníctva chýbajú vlastné kapacity na analýzu klinického prínosu a kontrolu farmako-ekonomických štúdií poskytovanými držiteľmi registrácie.

Slovenský poisťný systém je neefektívne regulovaný. Na Slovensku je verejné zdravotné poistenie spravované tromi poisťovňami, konkurenčná súťaž ako hlavná výhoda pluralitného systému však chýba. V rozvinutých krajinách existujú rôzne typy zdravotníckych systémov, podľa výsledkov sa nedá povedať, ktorý je najlepší (unitárny vs. pluralitný). Slovenský systém zdravotného poistenia zlepší definícia nároku pacienta na hrazenú starostlivosť, zavedenie jednoducho dostupných a prehľadných čakacích zoznamov pre všetky bežné a dôležité výkony a tiež pravidlá narábania so zdrojmi z poistenia, ktoré neboli použité na zdravotnú starostlivosť.

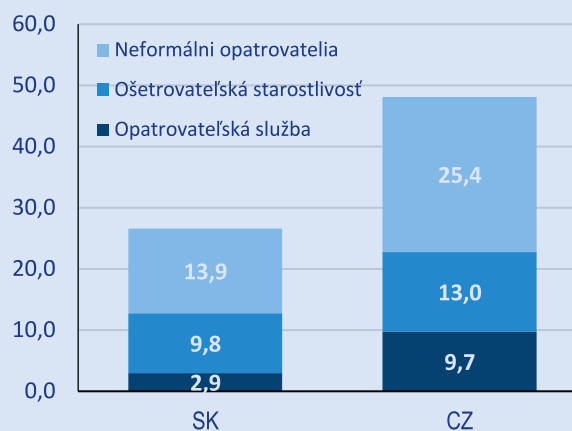
Podiel obyvateľov nad 65 rokov na Slovensku do roku 2030 narastie zo 16 % na vyše 21 %. Veľkou výzvou bude zabezpečiť kvalitné a dostupné služby v dlhodobej starostlivosti udržateľným spôsobom. Slovensko dáva na dlhodobú starostlivosť 0,9 % HDP, viac ako krajiny V3 (0,8 %), ale výrazne menej ako Česko (1,5 %). Iba vplyvom starnutia sa výdavky do roku 2030 zvýšia na 1,2 %, ak by sa zohľadnil aj vývoj podľa Česka, narastú na 1,5 % HDP (Graf 41). Vo výsledkoch u seniorov Slovensko zaostáva, v porovnaní s V3 aj Českom majú seniori kratšiu očakávanú dĺžku života vo veku 65 rokov a nižšiu spokojnosť so životom. Tieto ukazovatele však môžu skôr odrážať efektívnosť zdravotníctva, výsledkové ukazovatele, ktoré dobre merajú efektívnosť dlhodobej starostlivosti, nie sú dostupné.

Graf 41:
Projekcia výdavkov na dlhodobú starostlivosť, % HDP



Zdroj: ŠÚSR, UPSVaR, NCZI, ČSU

Graf 42:
Prijímatelia domácej starostlivosti na 1000 obyvateľov, 2018



Zdroj: ŠÚSR, UPSVaR, NCZI, ČSU

Dlhodobá zdravotná a sociálna starostlivosť o seniorov a dlhodobo chorých pacientov na Slovensku nezodpovedá súčasným potrebám obyvateľstva. Slovensko výrazne zaostáva v kapacitách komunitnej a domácej starostlivosti, aj v počte neformálnych opatrovateľov, teda príbuzných a blízkych, ktorí seniorov opatrujú a dostávajú finančnú podporu (Graf 42). Poddimenzovaná formálna dlhodobá starostlivosť nadmerne zaťažuje neformálnych opatrovateľov, ktorým chýbajú podporné služby. Nedostatočne rozvinutá je následná zdravotná starostlivosť, ktorá umožňuje plynulý prechod zo zdravotnej do sociálnej starostlivosti a pomáha tak predchádzať rehospitalizáciám a pobytu na drahých akútnych lôžkach v nemocniciach. Potrebné je aj navýšenie kapacít paliatívnej starostlivosti o pacientov v terminálnom štádiu ochorenia. Slovensko trpí nedostatkom personálu a odlivom pracovníkov do zahraničia, oproti Česku chýba približne 30 % pracovníkov v sociálnych službách. Deinštitucionalizácia dlhodobej sociálnej starostlivosti je slabá, a chýba meranie a hodnotenie kvality služieb. Neefektívnosť sa prejavuje v duplicitnom posudkovom systéme, slabej prevencii odkázanosti a neprehľadnom riadení a financovaní dlhodobej starostlivosti. Táto oblasť je nadrezortná, implementácia spadá najmä do kompetencií rezortov sociálnych vecí a zdravotníctva.

Duševné poruchy zaťažujú zdravie ľudí viac ako mnohé iné ochorenia, ktoré majú v súčasnosti na Slovensku vyššiu prioritu. Duševné poruchy navyše výrazne predražujú zdravotný a sociálny systém a znižujú výkonnosť ekonomiky. Slovensko vo výdavkoch na starostlivosť o duševné zdravie výrazne zaostáva za ostatnými rozvinutými krajinami. Tento typ starostlivosti tvorí len 3 % z celkových výdavkov na zdravotnú starostlivosť, kým priemer rozvinutých krajín je 7 – 8 %. Výsledky je možné zlepšiť prostredníctvom cielených preventívnych programov, vytvorením poradensko-psychologickej siete poradní, zvýšením dostupnosti komunitnej a psychoterapeutickej starostlivosti.

V rámci EÚ má Slovensko šiestu najvyššiu úmrtnosť na choroby (tzv. preventable mortality), ktorým sa dá predísť primárnou prevenciou, najmä očkovaním, lepším životným štýlom a priaznivejšími vplyvmi prostredia. Slovensko za vyspelými krajinami zaostáva v zaočkovanosti seniorov na chrípku, v posledných rokoch klesla zaočkovanosť detí na osýpky. Na Slovensku fajčí viac ľudí ako v krajinách EÚ28 a viac adolescentov ako v susedných krajinách. Slovensko za krajinami EÚ28 a V3 zaostáva taktiež v miere skríningov na rakovinu prsníka a má aj vyššiu úmrtnosť na rakovinu prsníka.

Sociálne znevýhodnené skupiny trpia horším zdravotným stavom, čo môže znižovať ich šance uspieť vo vzdelávaní a na trhu práce. Dôvodom sú zlé životné podmienky, ako aj nedostatočné využívanie zdravotnej starostlivosti vo vylúčených komunitách. Očakávaná dĺžka života pri narodení a dojčenská úmrtnosť nedosahuje úroveň väčšinovej populácie. Kým priemerná očakávaná dĺžka života v roku 2015 bola v celkovej populácii 76 rokov, ľudia v systéme pomoci v hmotnej núdzi sa dožívali v priemere iba 69 rokov a obyvatelia marginalizovaných rómskych komunít (MRK) 70 rokov⁶⁵. Dojčenská úmrtnosť je takmer trojnásobne vyššia v porovnaní so zvyškom populácie⁶⁶. Využívanie zdravotnej starostlivosti v MRK obmedzuje na strane dopytu najmä nízka zdravotná gramotnosť a finančné bariéry a na strane ponuky nízka dostupnosť niektorých služieb (napr. gynekológia), nízky záujem lekárov a prácu v tomto prostredí a diskriminácia v zdravotníckych zariadeniach.

⁶⁵ ÚHP (2020): Revízia výdavkov na skupiny ohrozené chudobou alebo sociálnym vylúčením.

⁶⁶ IFP (2018): Inklúzia Rómov je potrebná aj v zdravotníctve.

Hlavné strategické politiky a iniciatívy v zdravotníctve do roku 2030

1. Reforma ambulantnej starostlivosti

V slovenskom zdravotníctve chýbajú všeobecní lekári a až 43 % z nich má nad 60 rokov. Preťaženie lekári nevyužívajú svoje kompetencie a posielajú pacientov drahším špecialistom.

Zmena systému odmeňovania zlepší motiváciu všeobecných lekárov kompetencie využívať. Zvýšená finančná atraktivnosť by z dlhodobého hľadiska mala zvýšiť počet všeobecných lekárov. Otvorenie novej ambulancie je finančne náročné, čo znižuje atraktivnosť pre mladých lekárov.

Slovensko má najviac návštev lekára na obyvateľa spomedzi krajín EÚ. Vďaka odstráneniu nepotrebných návštev získajú najmä všeobecní lekári viac času na liečbu a menej pacientov posunú k drahším špecialistom.

Výhľadovo bude potrebných 120 mil. eur ako cieľové navýšenie ročných prevádzkových výdavkov na VAS pri dorovnaní slovenských výdavkov na VAS na ČR v % HDP).

Celková investičná potreba pre roky 2021 až 2026 na posilnenie kapacít všeobecnej ambulantnej starostlivosti vrátane výdavkov na prevádzku s postupným nábehom: 590 mil. eur

Míľniky

Míľnik 1: do 2021:

- Analýza opodstatnenosti povinných administratívnych návštev všeobecnej ambulantnej starostlivosti (VAS) a legislatívna úprava na ich zredukovanie
- Návrh siete centier primárnej excelentnosti (CAE) a centier integrovanej ZS (CIZS)

Míľnik 2: do 2021: Definícia nároku pacienta (dojazdovej vzdialenosti) a optimálnej siete VAS

Míľnik 3: do 2021: Posilnenie vzdelávania a rezidentského programu, rozširovanie kompetencií všeobecných lekárov a zníženie ich zbytočnej záťaže

Míľnik 4: 2022 : Zabezpečenie vybavenia a finančnej motivácie pre vykonávanie existujúcich kompetencií u súčasných VL a nastavenie finančnej motivácie pre štúdium/odstraňovanie bariér pre vstup VL do systému

Míľnik 5: do 2022: Zmapovanie potrieb v súčasnej sieti špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ŠAS) a návrh opatrení pre riešenie nedostatku personálu ŠAS

Míľnik 6: 2026 : Zriadenie nových CIZS a CAE podľa plánu siete

Ciele

Hlavný výsledkový ukazovateľ:
Úmrtnosť odvrátiteľná zdravotnou starostlivosťou

Cieľ 1: do 2026: nárast podielu návštev všeobecnej ambulantnej starostlivosti bez odporúčania k špecialistovi na úroveň ČR (podľa posledných údajov zo 72 % na 85 %).

Cieľ 2: do 2026: pokles miery odvrátiteľných hospitalizácií

Cieľ 3: do 2026: nárast počtu všeobecných lekárov o 600, zníži sa ich priemerný vek

2. Nárast počtu sestier, stabilizácia personálu a reforma kompetencií

V slovenskom zdravotníctve chýbajú zdravotné sestry a vzhľadom na vekovú štruktúru dnes pracujúcich sestier bude tento problém ešte narastať. Pre nápravu je nutné zvýšiť počet mladých sestier nastupujúcich do zamestnania alebo prilákať sestry zo zahraničia.

Platy zdravotných sestier, vyjadrené ako násobok priemernej mzdy, sú však porovnateľné so zahraničím. Možnosti zvyšovania atraktívnosti práce zdravotnej sestry preto treba hľadať aj v nefinančných aspektoch (kompetencie, pracovné prostredie).

Stratégia pre riešenie nedostatku všetkých pracovníkov v zdravotníctve má potenciál zlepšiť dostupnosť a kvalitu starostlivosti. Presúvanie kompetencií na nižšie úrovne zdravotníckeho a nezdravotníckeho personálu po vzore západných krajín pomáha lepšie využiť zdroje a zlepšiť zdravotnú starostlivosť. Preto je tiež potrebné zrevidovať vzdelávanie sestier s dôrazom na klinickú prax.

Celková finančná potreba na platy nových sestier, motivačné štipendiá pre študentov ošetrovateľstva a príspevky na vzdelávanie sestier pre roky 2021 až 2026: 450 mil. eur

Míľniky	Ciele
Míľnik 1: 2021: Analýza o stave personálu, bariérach vstupu, dostupných kompetenciách, dôvodoch odchodu a motiváciách sestier	Hlavný výsledkový ukazovateľ: Úmrtnosť odvrátiteľná zdravotnou starostlivosťou
Míľnik 2: do 2022: Úprava vzdelávania a rekvifikácií zdravotných sestier	Cieľ 1: do 2026: nárast počtu sestier v ZS o 3 600
Míľnik 3: do 2022: Rozšírenie kompetencií sestier a zavedenie motivačných opatrení pre zvýšenie atraktivity povolania sestry, praktická sestra	
Míľnik 4: do 2026: Prehodnotenie kompetenčného mixu personálu, na základe prieskumu o stave personálu s dôrazom na reálne vykonávané (nie len oficiálne priznané) kompetencie	
Míľnik 5: do 2026: Stratégia stabilizácie rozvoja ľudských zdrojov v zdravotníctve	

3. Reforma ústavnej starostlivosti

UZS je na Slovensku nadužívaná v porovnaní s ambulantnou starostlivosťou. Medzi jednotlivými slovenskými nemocnicami existujú výrazné rozdiely v kvalite poskytovanej ZS, príčinou je aj nedostatočná skúsenosť nemocníc s vykonávaním určitých typov výkonov.

Zavedenie predpísanej časovej dostupnosti a minimálneho počtu výkonov zlepší kvalitu zdravotnej starostlivosti a zefektívni geografické rozloženie siete nemocníc.

Hierarchia nemocníc je podkladom pre správnu cestu pacienta systémom koordinovanej ZS. Implementáciou podporných tímov pacienta v nemocniciach sa dosiahne lepšie využitie akútnych lôžok.

Mnohé nemocnice sú zastarané, modernizácia budov má potenciál zlepšiť ich energetickú efektívnosť, zefektívniť klinické a prevádzkové procesy, zvýšiť komfort a spokojnosť pacientov a personálu, či znížiť riziko šírenia nákaz.

V existujúcom systéme sú nemocnice dlhodobo stratové a neefektívne riadené. Zavedením centrálného modelu riadenia s využitím moderného informačného systému zabezpečí úspora administratívnych FTE, procesná efektívnosť a včasný dosah na ekonomické a medicínske procesy.

Plne funkčný platobný mechanizmus zvýši transparentnosť a v kombinácii s doplnkovými platobnými mechanizmami aj spravodlivosť platieb za zdravotnú starostlivosť a má potenciál zlepšiť procesy a hospodárenie nemocníc.

Diagnostické zobrazovacie a laboratórne vyšetrenia tvoria veľkú časť výdavkov na zdravotnú starostlivosť, efektívnosti môže pomôcť odstránenie duplicitných a defenzívnych vyšetrení, prehodnotenie cenotvorby.

Celková kumulovaná investičná potreba pre roky 2021-2026 (okrem IT projektov): 950 mil. eur

Plán počíta s investíciami, ktoré je možné dokončiť do konca roka 2026, teda najmä s už pripravenými projektami, alebo menšími nemocnicami, kde je možné očakávať menej procesných prekážok (napr. prioritný projekt vlády, 3 pripravené projekty výstavby a rekonštrukcie nemocníc, ďalšie 4 nové lokálne nemocnice a 4 rekonštrukcie regionálnych nemocníc).

Celková finančná potreba pre IT projekty pre roky 2021 až 2026: bude doplnená do apríla 2021.

Míľniky

Míľnik 1: 2021: Analýza spotreby UZS

Míľnik 2: 2021: Analýza spotreby a nákladovej efektívnosti diagnostiky (laboratórií a zobrazovanie) do 2022:

Míľnik3: Definovaná a legislatívne schválená optimálna sieť nemocníc

Míľnik 4: Vytvorenie investičného plánu výstavby a modernizácie nemocníc

Míľnik 5: Prípravné kroky na centralizáciu riadenia nemocníc vo vybraných službách, nákupoch, HR politike a opatrenia v diagnostike podľa analýzy

Míľnik 6: Definovanie oblastí pre digitalizáciu a automatizáciu v celom spektre liečebných programov a postupov, facility manažmentu a prevádzkových procesov

Míľnik 7: Prehodnotenie DRG a optimalizácia úhradových mechanizmov v ústavnej zdravotnej starostlivosti

Míľnik 8: do 2026: Ďalšia modernizácia nemocníc vrátane digitalizácie a jednotného informačného systému pre zariadenia v pôsobnosti MZ SR, centralizácia vybraných služieb štátnych nemocníc a opatrenia v diagnostike podľa analýzy

Ciele

Hlavný výsledkový ukazovateľ:

Úmrtnosť odvrátiteľná zdravotnou starostlivosťou

Cieľ 1: do 2026: Výstavba minimálne 3 nemocníc, rekonštrukcia minimálne 3 nemocníc

Cieľ 2: do 2030: zníženie miery rehospitalizácií, mortality, reoperovanosti a priemernej dĺžky hospitalizácie o X % na základe analýzy (TBD, analýza do apríla 2021)

4. Reforma akútnej zdravotnej starostlivosti

Záchranná zdravotná služba (ZZS) je dostupná do 15 minút pre 78 % územia, pričom tento pomer z dôvodu navyšovania počtu zásahov klesá. ZZS zrealizuje viac ako 60 % zásahov u pacientov, ktorí nie sú v priamom ohrození života alebo zdravia.

Operačné stredisko ZZS má významné percento hovorov vybaviť telekonzultáciou cez prítomných lekárov OS ZZS.

Celková kumulovaná investičná potreba pre vybudovanie nových kapacít telemedicínskych služieb, dobudovanie kapacít operačného strediska a postupné navýšenie prevádzkových výdavkov pre roky 2021 až 2026: 275 mil. eur

Mílniky

Mílnik 1: do 2021: Analýza siete záchranej zdravotnej služby (ZZS) s ohľadom na časovú a plošnú dostupnosť na území SR a Analýza siete ambulantnej pohotovostnej služby

Mílnik 2: do 2022: Nová definícia neodkladnej zdravotnej starostlivosti

Mílnik 3. do 2022: Zriadenie akútnych telemedicínskych služieb/kapacit operačného strediska (OS) ZZS

Mílnik 4: do 2023: Vybudovanie vzdelávacích centier záchranárov v rámci SR, začiatok výstavby a dovybavenie staníc ZZS

Ciele

Hlavný výsledkový ukazovateľ:
Úmrtnosť odvrátiteľná zdravotnou starostlivosťou

Cieľ 1: do 2022: pre 90 % územia zabezpečiť dostupnosť do 15 min.

Cieľ 2: do 2024: zvýšiť % opodstatnených zásahov na všetkých zásahoch (TBD, analýza do apríla 2021)

Cieľ 3: do 2024: zvýšiť % služieb OS ZZS vybavených prostredníctvom telemedicíny (TBD, analýza do apríla 2021)

5. Reforma dlhodobej zdravotno-sociálnej starostlivosti vrátane paliatívnej

Pri rýchlom starnutí obyvateľstva je potrebné zlepšiť dostupnosť a zvýšiť kvalitu dlhodobej starostlivosti. Je potrebné výrazne posilniť komunitnú a domácu zdravotnú a sociálnu starostlivosť, podporiť neformálnych opatrovateľov, ako aj kapacity v následnej zdravotnej starostlivosti. Procesy zlepšiť zavedenie jednotnej komplexnej zdravotno-sociálnej posudkovej činnosti. Zavedenie jednotného príspevku na podporu nezávislého života ľudí v odkázanosti s flexibilným využitím hotovosti a poukazu pri výbere služieb dlhodobej starostlivosti zjednoduší systém sociálnych dávok podľa konceptu osobného rozpočtu v súlade s dohovorom OSN. Podpora poskytovania zdravotnej starostlivosti v sociálnych službách odbremeniť drahšie zdravotnícke zariadenia.

Je potrebné zaviesť efektívne meranie a hodnotenie kvality služieb, zvýšiť počet personálu a prehodnotiť kompetencie v riadení služieb.

Táto oblasť je nadrezortná, implementácia bude spadať najmä do kompetencií rezortov sociálnych vecí a zdravotníctva.

Celková kumulovaná investičná potreba pre dobudovanie kapacít zdravotnej a sociálnej dlhodobej starostlivosti, vrátane postupného navyšovania prevádzkových výdavkov pre roky 2021 až 2026: 2 000 mil. eur

Investičný plán počíta so zariadeniami rôzneho typu, napr.: 1 700 miest v zariadeniach pre seniorov, 2 400 miest v špecializovaných zariadeniach, 2 000 miest v nových a transformovaných zariadeniach podporovaného bývania, nové kapacity denných stacionárov a iných komunitných zariadení dlhodobej zdravotnej a sociálnej starostlivosti.

Mílniky

Mílnik 1: do 2021: Schválenie legislatívy k zavedeniu jednotnej posudkovej činnosti a jednotného príspevku pre ľudí v odkázanosti

Mílnik 2: do 2021: Zverejnenie analýzy revízie výdavkov na dlhodobú starostlivosť (vrátane paliatívnej) a predloženie návrhu strategického dokumentu o integrácii sociálno-zdravotnej starostlivosti

Mílnik 3: do 2022: Schválenie nového zákona o sociálnych službách (MPSVR SR) a zákona o dlhodobej starostlivosti (MZ SR)

Mílnik 4: do 2022: Schválenie nového zákona o dohľade nad sociálnou starostlivosťou

Mílnik 5: do 2022: Zadefinovanie siete dlhodobej starostlivosti a zavedenie novej formy komunitnej zdravotnej starostlivosti - Intenzívna domáca starostlivosť (IDOS)

Mílnik 6: do 2026: Dobudovanie kapacít pobytovej, komunitnej a domácej starostlivosti zdravotnej aj sociálnej dlhodobej starostlivosti a spustenie informačného portálu

Ciele

Hlavný výsledkový ukazovateľ:
Očakávaná dĺžka života pri narodení

Cieľ 1: do 2024: pokles miery odvrátiteľných hospitalizácií seniorov, (TBD, analýza, december 2021)

Cieľ 2: do 2024: navýšenie počtu zariadení sociálnych služieb, v ktorých komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť hradia ZP

Cieľ 3: do 2026: dorovnanie počtu prijímateľov domácej zdravotnej a sociálnej starostlivosti na 1 000 obyv. na ČR

Cieľ 4: do 2026: dorovnanie kapacít v zariadeniach dlhodobej zdravotnej a sociálnej starostlivosti na 1000 obyvateľov podľa modelu ČR

6. Reforma starostlivosti o duševné zdravie

Prvý epidemiologický výskum na Slovensku môže znížiť problém so skrytou chorobnosťou, ktorú pri duševných poruchách spôsobuje stigma a neznalosť.

Programy pre skorú prevenciu porúch, podporu duševného zdravia a všeobecnú informovanosť patria medzi najúčinnšie opatrenia v oblasti duševného zdravia a zároveň majú vysokú návratnosť investícií.

Zdravotno-sociálna starostlivosť v oblasti duševného zdravia je na Slovensku zastaraná. Je potrebné výrazne posilniť deinštitucionalizáciu, zaviesť komunitnú starostlivosť, zabezpečiť špecializované oddelenia a kapacity v ústavnej zdravotnej starostlivosti, zvýšiť počet personálu, rozšíriť poskytovanie psychoterapie a zlepšiť predpisovanie psychofarmák.

Nevyhnutnou súčasťou modernizácie je efektívna medzirezortná spolupráca.

Náklady

Výhľadovo navýšenie výdavkov na psychologickú a psychiatrickú starostlivosť o 200 mil. eur ročne cieľovo (dopočet na úroveň výdavkov ČR)

Celková investičná potreba pre dobudovanie kapacít starostlivosti o duševné zdravie, vrátane postupne rastúcich prevádzkových výdavkov na roky 2021 až 2026: 800 mil. eur

Mílniky

Mílnik 1: do 2021: Epidemiologický výskum duševného zdravia, vrátane analýzy rozšírenia kapacít v psychiatrii, detskej psychiatrii a psychológii

Mílnik 2: do 2021: Rámcová stratégia reformy starostlivosti o duševné zdravie a vytvorenie funkčného nadrezortného koordinačného orgánu pre reformu starostlivosti o duševné zdravie

Mílnik 3: do 2022: Schválený plán siete komunitných služieb a zvýšenia počtu personálu, vyhodnotenie účinnosti existujúcich programov prevencie

Mílnik 4: do 2026: Dokončené a spustené všetky komunitné riešenia - centrá duševného zdravia, mobilné jednotky a krízové centrá a case manažéri, systematická podpora účinných programov prevencie

Ciele

Hlavný výsledkový ukazovateľ:
Úmrtnosť odvrátiteľná zdravotnou starostlivosťou

Cieľ 1: do 2024 dorovnanie počtu psychiatrov na 1000 obyv. na ČR

Cieľ 2: do 2024 dorovnanie počtu psychológov na 1000 obyv. na ČR

Cieľ 3: do 2024 dorovnanie počtu miest v komunitných službách na 1000 obyv. na ČR

7. Štandardné postupy a lepší manažment pacienta

Na Slovensku sa štandardné medicínske postupy tvorili pomaly a ich formu je potrebné preskúmať. Zároveň je potrebné zabezpečiť ich implementáciu vrátane monitoringu a vymáhania ich dodržiavania.

Lepšiemu manažmentu pacienta pomôže sledovanie pohybu pacienta systémom, plná elektronizácia eHealth, ktorá umožní zdieľanie zdravotnej karty pacienta medzi lekármi a kontrolu duplicitných vyšetrení, liekových indikácií a interakcií.

Celková finančná potreba pre roky 2021 až 2026: bude doplnená v apríli 2021

Mílniky

Mílnik 1: do 2021: Zmapovanie pohybu pacienta systémom a vytvorenie metodiky a jednotného dizajnu SOP (standard operating procedures)

Mílnik 2: do 2021: Analýza možností telemedicíny podľa špecializácií

Mílnik 3: 2022: Spustenie aspoň jedného z chýbajúcich tmodulov eHealth

Mílnik 4: do 2024: Analýza kvality poskytovateľov podľa SOP

Mílnik 5: 2024: Funkčný eHealth

Ciele

Hlavný výsledkový ukazovateľ:
Úmrtnosť odvrátiteľná zdravotnou starostlivosťou

Cieľ 1 do 2021: zavedenie sledovania priemernej dĺžky cesty pacienta systémom

Cieľ 2: do 2024: zavedenie sledovania kvality poskytovanej starostlivosti v ambulantnom sektore

8. Klinický prínos a nákladová efektívnosť zdravotníckych technológií (HTA)

Ministerstvu zdravotníctva chýbajú dostatočné kapacity na posudzovanie klinického prínosu prichádzajúcich technológií a ich farmako-ekonomických rozborov. Vytvorenie nezávislej HTA inštitúcie umožní objektívnejšie hodnotenie prínosov a nákladov zdravotníckych technológií, čo povedie k vyššej kvalite zdravotnej starostlivosti vďaka efektívnejšiemu využitiu zdrojov v zdravotníctve. Jednou z priorit HTA inštitúcie bude preskúmať nákladovú efektívnosť liekov určených na zriedkavé ochorenia. Pomocou legislatívnej zmeny sa od roku 2018 do systému hrađených liekov dostali lieky aj bez preukázania nákladovej efektívnosti.

Skúsenosti zo zahraničia naznačujú, že tieto lieky majú často viac ako 10-násobne horší pomer prínosov a nákladov ako je na Slovensku štandardne požadovaný. Je preto potrebné stanoviť aj pre tento typ liekov záväzné limity maximálnej ceny za rok života prežitého v zdraví (QALY – quality adjusted life year). Predmetné lieky, ktoré už sú kategorizované a majú významný vplyv na prostriedky verejného zdravotného poistenia, by mali prejsť HTA hodnotením s možnosťou prehodnotenia ich kategorizácie ak nespĺnia novo nastavené limity.

Celková finančná potreba pre vybudovanie a prevádzku agentúry pre HTA na roky 2021 až 2026: 7,8 mil. eur

Míľniky

Míľnik 1: do 2021: Vytvorenie HTA inštitúcie transformáciou MZ odboru agentúry pre HTA; posilnenie personálnych kapacít inštitúcie.

Míľnik 2: do 2022: na základe limitov stanovených MZ do 2021, HTA inštitúcia preskúma nákladovú efektívnosť liekov určených na zriedkavé choroby, ktoré majú významný dopad na rozpočet VZP a zverejní odporúčania, pri ktorých liekoch by malo dôjsť k prehodnoteniu kategorizácie.

Ciele

Hlavný výsledkový ukazovateľ:
Úmrtnosť odvrátiteľná zdravotnou starostlivosťou

Cieľ: do 2022: posudzovanie prínosov a nákladov väčšiny zdravotníckych technológií, ktoré žiadajú o kategorizáciu a majú dopad na rozpočet nad 1,5 mil. eur ročne.

9. Kvalitnejšia regulácia poistného systému

Nárok pacienta z verejného zdravotného poistenia je v SR definovaný široko a nejasne. Znižuje to schopnosť kontrolovať a porovnávať efektívnosť zdravotných poisťovní v zabezpečovaní nároku pacienta. Poisťovne zároveň nemôžu zreteľne súťažiť v ponuke nad rámec základného balíka.

Na Slovensku sa neevidujú čakania na akútne výkony, ako sú objednávania k špecialistom, na MR a CT vyšetrenia alebo čakanie na operácie pri závažných diagnózach ako je rakovina prostaty.

V súčasnosti chýbajú pravidlá pre narábanie so zdrojmi určenými na zdravotnú starostlivosť. V minulosti vyplatili súkromné poisťovne svojim akcionárom spolu 440 mil. eur. Peniaze mohli byť alternatívne použité napríklad na zabezpečenie vyššej dostupnosti zdravotnej starostlivosti.

Míľniky

Míľnik 1: do 2022: Spustenie porovnávania výkonnosti zdravotných poisťovní zohľadňujúc zákonné nároky pacientov vrátane čakacích lehôt na akútne výkony

Míľnik 2: do 2022: Zavedenie pravidiel pre zdravotné poisťovne pre narábanie so zdrojmi určenými na zdravotnú starostlivosť

Ciele

Hlavný výsledkový ukazovateľ:
Úmrtnosť odvrátiteľná zdravotnou starostlivosťou

Cieľ: porovnávaná a hodnotená výkonnosť zdravotných poisťovní v zabezpečovaní zdravotnej starostlivosti

10. Reforma prevencie a podpory zdravia

Slovensko zaostáva v populačných skríningoch, zaočkovanosti proti chrípke a vo fajčení a užívaní alkoholu u mladistvých. V súčasnosti nie je k dispozícii analýza efektívnosti prevencie a podpory zdravia, z ktorej môžu vychádzať ďalšie kroky. Potrebné je vzdelávanie obyvateľstva v oblasti zdravia a boj proti dezinformáciám.

Celková finančná potreba na rozšírenie kapacít pre podporu zdravia na roky 2021 až 2026: 25 mil. eur

Mílniky

Mílnik 1: do 2021: Analýza prevencie a podpory zdravia s dôrazom na prehodnotenie systému odmeňovania (VL)

Mílnik 2: Analýza opatrení zvýšenia vzdelanosti obyvateľstva v oblasti prevencie a opatrení v boji proti dezinformáciám,

Mílnik 3: Zriadenie nadrezortnej pracovnej skupiny pre podporu zdravia

Mílnik 4: do 2022: Pripravený akčný plán prevencie a podpory zdravia s návrhom opatrení na motiváciu pacienta za starostlivosť o zdravie

Mílnik 5: do 2026: Implementácia opatrení prevencie a podpory zdravia podľa akčného plánu

Ciele

Hlavný výsledkový ukazovateľ:
Úmrtnosť odvrátiťelná prevenciou

Cieľ 1: do 2024: zvýšiť skrining prsníka žien z 31 % na 52 % (dorovnanie na V3)

Cieľ 2: do 2024: zvýšiť zaočkovanosť seniorov na chrípku z 13 % na 24 % (dorovnanie na V3)

Cieľ 3: do 2023: znížiť podiel mladistvých fajčiarov z 31 % na 28 % (dorovnanie na V3)

11. Inkluzívne opatrenia v prostredí marginalizovaných rómskych komunít (MRK)

Zvýšenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti pre ľudí z prostredia MRK si vyžaduje ochranu pred nadmernými doplatkami za lieky na základe príjmu pre skupiny ohrozené chudobou, podporu prevencie, vzdelávanie zdravotného personálu, kompenzáciu zvýšených nákladov lekárov pracujúcich s touto skupinou, podporu vzdelávania Rómov v zdravotníckych odboroch a pravidelný monitoring zdravotnej situácie v MRK.

Celková finančná potreba na prevádzkové výdavky vybraných opatrení pre roky 2021 až 2026: 21 mil. eur (najmä posilnenie prevencie a starostlivosti bonifikáciou všeobecných lekárov v regiónoch s veľkým podielom obyvateľov ohrozených chudobou a kompenzácia ochrany pred doplatkami pre zraniteľné skupiny)⁶⁷.

Mílniky

Mílnik 1: do 2021: Štandardizácia spolupráce RÚVZ a terénnych pracovníkov Zdravých regiónov pri prevencii, monitorovaní a kontrole infekčných epidémií v MRK

Mílnik 2: do 2021: Spustenie pravidelného monitorovania zdravotného stavu a spotreby zdravotnej starostlivosti obyvateľov MRK MZ SR v spolupráci s pracovníkmi Zdravých regiónov a poskytovateľmi

Mílnik 3: do 2022: Podpora inklúzie sociálne znevýhodnených skupín do vzdelávania v štandardných zdravotníckych odboroch

Mílnik 4: do 2024: Posilnenie primárnej a sekundárnej prevencie

Mílnik 5: do 2024: Zavedenie ochrany pred nadmernými doplatkami za lieky na základe príjmu pre skupiny ohrozené chudobou

Ciele

Hlavný výsledkový ukazovateľ:
Novorodenecká úmrtnosť

Cieľ 1: do 2024: zníženie novorodeneckej úmrtnosti na úroveň najlepšej krajiny vo V3

Cieľ 2: do 2024: dorovnanie účasti na preventívnych prehliadkach tehotných matiek, detí a dospelých na majoritu

⁶⁷Investície na činnosť organizácie Zdravé regióny sú uvedené v kapitole 3 Trh práce a sociálna udržateľnosť.