



STRATEGICKÉ SMEROVANIE ZDRAVOTNÍCTVA SR

ANALÝZA VYBRANÝCH STRATEGICKÝCH DOKUMENTOV

Apríl 2022

Autori

Martin Rajňák,
analytik odboru stratégie a analýz NKÚ SR

martin.rajnak@nku.gov.sk

Branislav Štofan,
analytik odboru stratégie a analýz NKÚ SR

branislav.stofan@nku.gov.sk

Stanislav Neumann,
analytik odboru stratégie a analýz NKÚ SR

stanislav.neumann@nku.gov.sk

Jana Juriová,
riaditeľka odboru stratégie a analýz NKÚ SR

jana.juriova@nku.gov.sk

Recenzenti

Martin Smatana
Martin Vlachynský, INESS
Útvar hodnoty za peniaze, MF SR

Obsah

ZHRNUTIE.....	5
ÚVOD	6
1 MEDZINÁRODNÉ POROVNANIE VÝDAVKOV A VÝSLEDKOV SLOVENSKEHO ZDRAVOTNÍCTVA	7
2 ZÁKLADNÉ STRATÉGIE V REZORTE ZDRAVOTNÍCTVA	9
2.1 PREHLAD TVORBY STRATÉGIÍ V OBDOBÍ 1999 – 2022	9
2.2 AKTUÁLNA STRATÉGIA V ZDRAVOTNÍCTVE	10
2.2.1 Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030.....	11
2.2.2 Vyhodnotenie ukazovateľov a nástrojov zmeny Strategického rámca.....	12
3 HODNOTENIE AKTUÁLNYCH STRATEGICKÝCH MATERIÁLOV PRE JEDNOTLIVÉ PODOBLASTI ZDRAVOTNÍCTVA	15
ZÁVER A ODPORÚČANIA.....	20
POUŽITÉ ZDROJE	21
PRÍLOHY	23

Zoznam skratiek

COVID-19	Infekčné ochorenie vyvolané koronavírusom SARS-CoV-2
EŠIF	Európske štrukturálne a investičné fondy
EÚ	Európska únia
IFP	Inštitút finančnej politiky
MF SR	Ministerstvo financií SR
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva SR
NKÚ SR	Najvyšší kontrolný úrad SR
OECD	Organizácia pre hospodársku spoluprácu a rozvoj
OSA	Odbor stratégie a analýz
PPP	Parita kúpnej sily
SMART	koncept atribútov dobre stanovených cieľov
ÚHP	Útvar hodnoty za peniaze
V3	Skupina štátov do ktorej patrí Maďarsko, Česká republika a Poľsko
WHO	Svetová zdravotnícka organizácia

Zoznam grafov, tabuliek, schém a boxov

Graf 1: Celkové verejné výdavky na zdravie (% HDP)	7
Graf 2: Celkové verejné výdavky na zdravie (US dollar, per capita, PPP).....	7
Graf 3: Očakávaná dĺžka života pri narodení (ženy)	8
Graf 4: Úmrtnosť odvrátiteľná zdravotnou starostlivosťou (na 100 tis. obyvateľov).....	8
Graf 5: Očakávaná dĺžka života mužov pri narodení (roky)	13
Graf 6: Spotreba alkoholu (v litroch na osobu; 15+).....	13
Graf 7: Počet nemocničných lôžok (na 1000 obyvateľov)	14
Graf 8: Obloženost' lôžok akútnej starostlivosti (% z disponibilných lôžok).....	14
Graf 9: Úmrtnosť odvrátiteľná prevenciou (na 100 tis. obyvateľov).....	17
Graf 10: Výdavky na preventívnu zdravotnú starostlivosť (v eurách na obyvateľa)	17
Graf 11: Vývoj štruktúry záväzkov vo fakultných a univerzitných nemocniciach (v mil. eur)	18
Tabuľka 1: Základné strategické dokumenty v zdravotníctve od roku 1999	10
Tabuľka 2: Aktuálne platné strategické dokumenty pre čiastkové oblasti zdravotníctva (február 2022).....	16
Schéma 1: Časová os prijímania základných strategických dokumentov v zdravotníctve SR	9
Schéma 2: Odpočet aktuálnych hodnôt indikátorov oproti východiskovému stavu (2014) a po aplikácii čiastkového cieľa v jednej tretine cieľovej úrovne (vpravo).....	13
BOX 1: Umiestnenie dlhodobej stratégie na webovom sídle MZ SR.....	12
BOX 2: Strategický prístup k oddĺženiu zdravotníckych zariadení.....	18
BOX 3: Príklad nekonceptného prístupu pri modernizácii nemocnice	19

Zoznam príloh

Príloha 1: Historický vývoj základných stratégií v zdravotníctve	23
Príloha 2: Bližšie nehodnotené materiály poskytnuté MZ SR	27
Príloha 3: Ukazovatele definované v Strategickom rámci	28

Zhrnutie

- Výsledky slovenského zdravotníctva nie sú uspokojivé. V očakávanej dĺžke života žien pri narodení je Slovensko na piatom mieste od konca v rámci krajín EÚ27. Podobne je na tom v odvrátiteľnej úmrtnosti, horších je iba päť krajín EÚ27.
- Zaostávanie Slovenska vo výsledkových ukazovateľoch zdravotníctva je dlhodobé a nie je badať trend približovania sa k priemeru krajín EÚ27.
- Medzinárodné porovnanie ukazuje aj podfinancovanie slovenského zdravotníctva, a ani v tomto ohľade nie je badať pozitívny trend.
- Dlhodobé zaostávanie slovenského zdravotníctva vo výsledkoch aj vo financovaní naznačuje, že Slovensko má dlhodobo nedostatočný strategický prístup k tejto oblasti.
- Neexistuje žiaden ustálený cyklus pravidelného prijímania a vyhodnocovania celkovej stratégie slovenského zdravotníctva.
- Stratégiu slovenského zdravotníctva v súčasnosti zastrešuje „Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030“, ktorý bol prijatý v roku 2013, ide teda o viac ako osem rokov starý dokument.
- MZ SR dlhodobo neplní úlohu pravidelne monitorovať napĺňanie Strategického rámca.
- Vývoj ukazovateľov Strategického rámca naznačuje, že k zmenám a zlepšeniu stavu v slovenskom zdravotníctve dochádza len veľmi pomaly a pri zachovaní súčasnej dynamiky nebude možné dosiahnuť vytýčené ciele.
- MZ SR nemá zavedený žiaden systém evidencie či vyhodnocovania stratégií v rezorte zdravotníctva.
- Väčšina platných strategických dokumentov z rezortu zdravotníctva neobsahuje dostatočný popis financovania a ani monitorovania realizácie stratégie.
- Možno identifikovať viacero podoblastí slovenského zdravotníctva, ktoré nie sú pokryté aktuálnym samostatným strategickým materiálom napriek tomu, že by to bolo žiadúce.
- NKÚ SR identifikovalo viacero návrhov na zlepšenie strategického riadenia slovenského zdravotníctva. Odporúča predovšetkým prijať aktuálny strategický dokument zastrešujúci oblasť zdravotníctva, pokryť vybrané podoblasti samostatnými strategickými dokumentmi či zabezpečiť kvalitu a napĺňanie stratégií.

Úvod

Sektor zdravotníctva je v posledných rokoch prioritou NKÚ SR, čo dokazujú všetky relevantné dokumenty určujúce priority kontrolnej činnosti NKÚ SR¹⁾. Tento sektor má vysokú prioritu vo všetkých aspektoch, ktoré NKÚ pri svojom strategickom plánovaní posudzuje; či už ide o objem verejných výdavkov alebo zaostávanie vo výsledkových ukazovateľoch v medzinárodnom porovnaní. Z týchto dôvodov bol v roku 2021 sektor zdravotníctva vybraný na pilotné strategické mapovanie²⁾ zamerané na identifikáciu tzv. „bielych miest“ – teda podoblastí mapovaného sektora, ktoré nie sú pokryté nedávnou alebo aktuálnou činnosťou NKÚ SR, no zároveň sú v nich identifikované významné riziká. Aj na základe tohto mapovania bolo vedením NKÚ SR identifikované kritické miesto pri tvorbe stratégií a strategickom manažovaní rezortu, keďže práve z tohto miesta pramenia mnohé ďalšie identifikované systémové riziká. Za strategické riadenie slovenského zdravotníctva je zodpovedné Ministerstvo zdravotníctva SR (MZ SR), ktoré podľa zákona vypracúva návrhy zásadných smerov a priorít rozvoja štátnej zdravotnej politiky³⁾. Z toho dôvodu bolo prijaté rozhodnutie zamerať sa práve na MZ SR s cieľom analyzovať strategické dokumenty, ktoré by mali byť kľúčovým nástrojom strategického riadenia rezortu a identifikovať odporúčania, ktoré by ho mohli zlepšiť.

Analyzované boli dva druhy dokumentov. V prvom rade išlo o strategické materiály zastrešujúce oblasť zdravotníctva ako celku. Na tejto úrovni bola analýza realizovaná aj za minulosť, pričom aj po zohľadnení dostupnosti predmetných dokumentov bolo stanovené, že nie je relevantné venovať sa obdobiu pred rokom 1999. Druhým typom boli strategické dokumenty pokrývajúce čiastkové oblasti zdravotníctva. Pri tomto type dokumentov sme sa sústredili len na tie, ktoré boli platné v čase spracovávaní analýzy, resp. doručenia doplňujúcich vyžiadaní od MZ SR, teda k februáru 2022. Vzhľadom k značnej rôznorodosti analyzovaných dokumentov bola použitá metodika spočívajúca v hodnotení, či daný dokument obsahuje základné atribúty, ktoré sú pre kvalitný strategický dokument dôležité. Osobitná pozornosť bola venovaná aktuálne platnému strategickému dokumentu zastrešujúcemu oblasť zdravotníctva⁴⁾. Pri tomto dokumente bolo analyzované aj napĺňanie definovaných opatrení a vývoj cieľových ukazovateľov.

Prvá kapitola sa venuje stručnému popisu vývoja výdavkov a výsledkových ukazovateľov slovenského zdravotníctva z hľadiska medzinárodného porovnania. Druhá kapitola je venovaná strategickým materiálom zastrešujúcim oblasť zdravotníctva ako celku. V tretej kapitole sú analyzované strategické dokumenty pokrývajúce čiastkové oblasti zdravotníctva. Vyplývajúce odporúčania sú sumarizované v kapitole 4.

¹⁾ Napr. *Prioritné oblasti zamerania kontrolnej činnosti NKÚ SR na rok 2022* [online], *Strategické oblasti zamerania kontrolnej činnosti NKÚ SR na roky 2021 – 2023*. [online].

²⁾ Ide o interný dokument, ktorý nie je verejne dostupný.

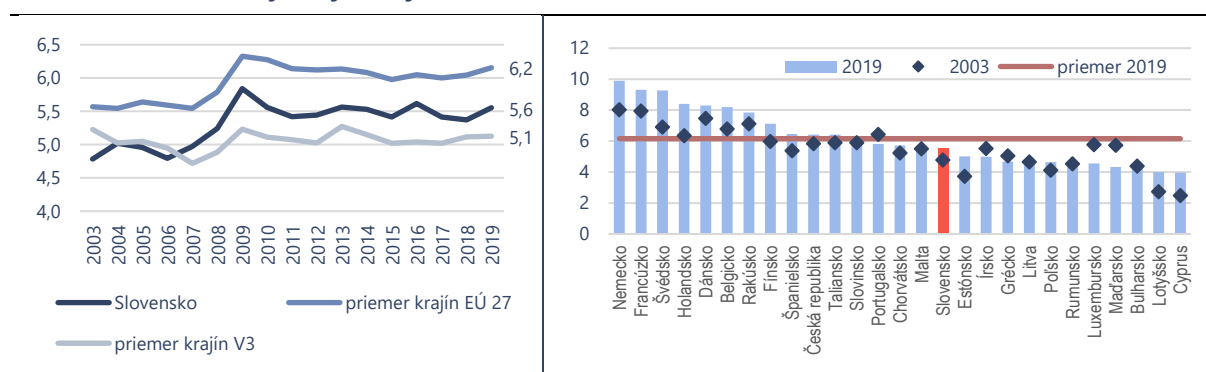
³⁾ Zákon 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov; § 45, (1), a)

⁴⁾ *Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030*. [online]

1 Medzinárodné porovnanie výdavkov a výsledkov slovenského zdravotníctva

Ak zoberieme do úvahy celkové verejné výdavky⁵⁾, ktoré smerovali do oblasti zdravia, na Slovensku sa v posledných rokoch minul na zdravie objem financií v prepočte na HDP, ktorý sa pohyboval medzi priemerom V3 a priemerom EÚ27. Po prudkom raste v období medzi rokmi 2006 až 2009 nasledovalo dlhé obdobie, v ktorom verejné výdavky Slovenska na zdravotníctvo oscilovali okolo hodnoty 5,5 % HDP⁶⁾ (graf1).

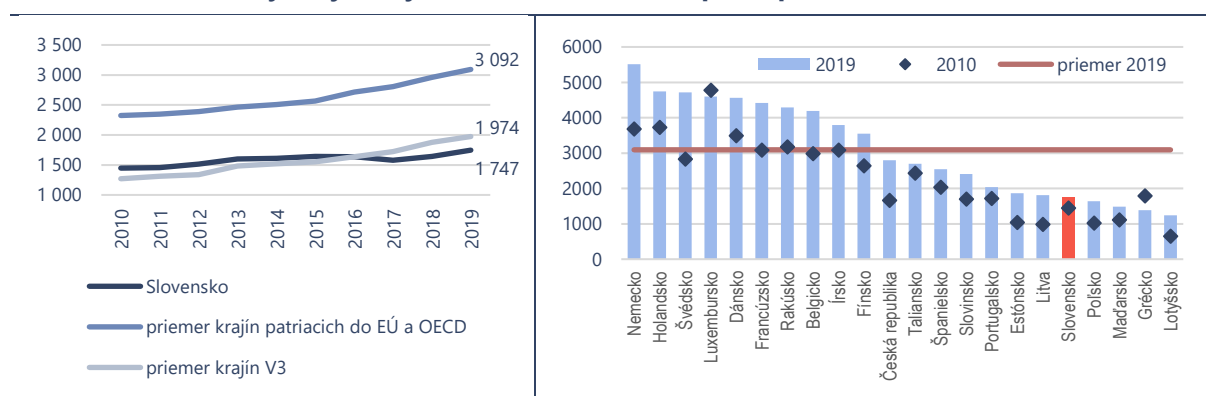
Graf 1: Celkové verejné výdavky na zdravie (% HDP)



Zdroj: OECD Health spending; spracovanie OSA NKÚ; údaj za Maltu je z roku 2018

Kým v prepočte na HDP sa slovenské výdavky javia ako mierne podpriemerné, prepočet na obyvateľa ukazuje výraznejšie zaostávanie (graf 2). V porovnaní s priemerom krajín patriacich do EÚ a zároveň OECD boli slovenské verejné výdavky na zdravie v roku 2019 na úrovni 56 %. Veľmi neuspokojivý je trend vývoja tohto ukazovateľa. Podľa zobrazených dát je zrejmé, že zaostávanie Slovenska za vyspelými krajinami EÚ v oblasti verejných výdavkov na zdravie sa postupom času ešte prehĺbil. Zaostávanie Slovenska v oblasti financovania zdravotníctva je jasne konštatované aj v nedávnom zdravotnom profile krajiny, ktorý publikovalo OECD v spolupráci s European Observatory on Health Systems and Policies.⁷⁾

Graf 2: Celkové verejné výdavky na zdravie (US dollar, per capita, PPP)



Zdroj: OECD Health expenditure and financing; spracovanie OSA NKÚ. Databáza OECD neobsahuje dáta za krajiny EÚ, ktoré nie sú zároveň členmi OECD. V grafoch sa preto neobjavujú údaje za Bulharsko, Chorvátsko, Cyprus, Maltu a Rumunsko.

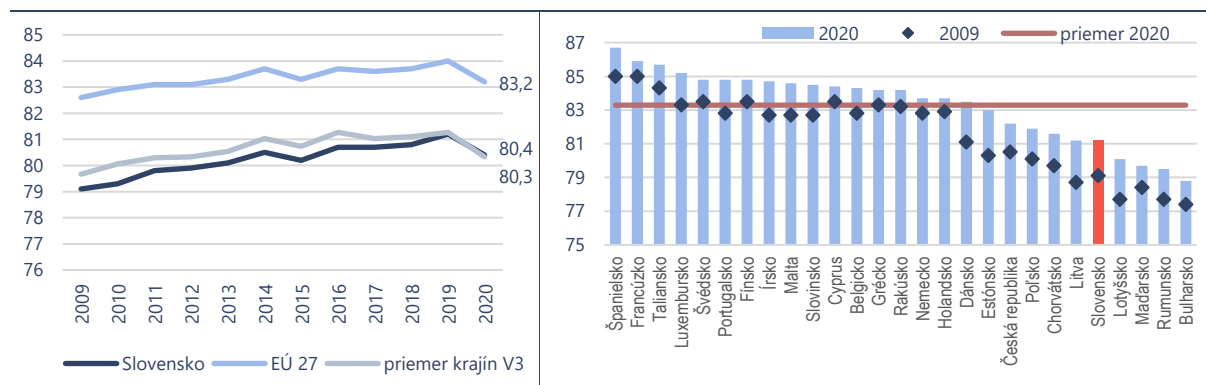
⁵⁾ Z databázy OECD boli exportované dáta o výdavkoch na zdravotníctvo charakterizované ako "Government/compulsory", teda ide o sumu výdavkov vlády a verejného zdravotného poistenia.

⁶⁾ Predbežné dáta OECD za rok 2020 naznačujú prudký rast až na hodnotu 6,3 %. Podobný rast je vidno aj u ostatných krajín, za ktoré sú v databáze uvedené predbežné údaje. Rast pravdepodobne súvisí najmä s výdavkami spôsobenými pandémiou.

⁷⁾ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Slovensko: Zdravotný profil krajiny 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brusel. [\[online\]](#)

Ani výsledkové ukazovatele neponúkajú lepší obraz. Pri pohľade napríklad na očakávanú dĺžku života pri narodení u žien⁸⁾ sa potvrdilo výrazné zaostávanie Slovenska za priemerom krajín EÚ. S hodnotou 80,4 roka bolo Slovensko podľa tohto ukazovateľa v roku 2020 piate od konca (graf 3).

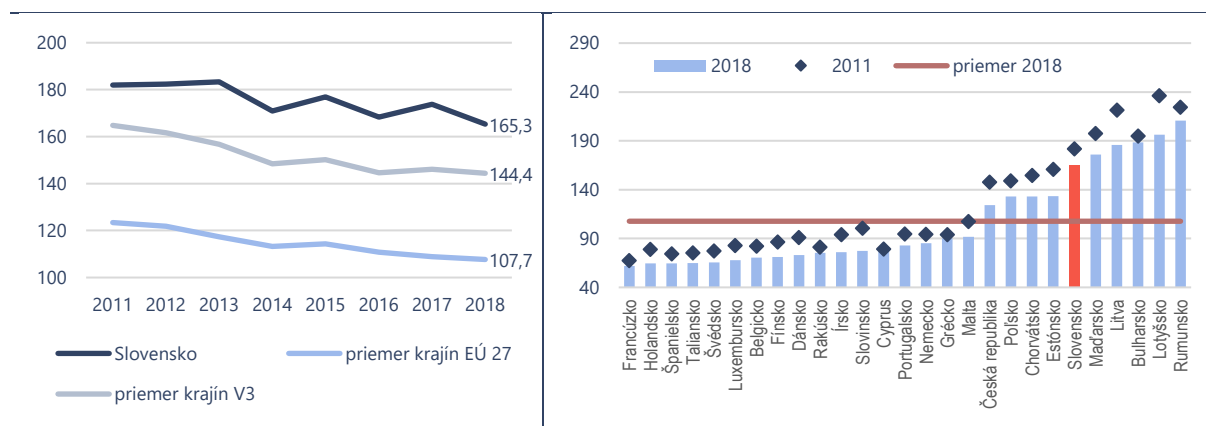
Graf 3: Očakávaná dĺžka života pri narodení (ženy)



Zdroj: Eurostat, TPS00205; spracovanie OSA NKÚ

O kvalite zdravotníctva krajiny najlepšie vypovedá ukazovateľ úmrtnosti odvrátiteľnej zdravotnou starostlivosťou⁹⁾ (graf 4). Aj v tomto ukazovateli patrí Slovensko s hodnotou 165,3 k najhorším spomedzi krajín EÚ27. Aj keď je v sledovanom období vidno pokles tejto miery na Slovensku, zlepšovanie nie je rýchlejšie ako v ostatných krajinách, a teda Slovensku sa nedarí dobiehať priemer krajín EÚ27, ani priemer krajín V3. Ak by slovenské zdravotníctvo bolo schopné odvracať úmrtia aspoň na úrovni priemeru krajín EÚ27, znamenalo by to ročne o takmer 3 150 úmrtí menej.

Graf 4: Úmrtnosť odvrátiteľná zdravotnou starostlivosťou (na 100 tis. obyvateľov)



Zdroj: Eurostat, hlth_cd_apr; spracovanie OSA NKÚ;

* pri Francúzsku je posledný údaj z roku 2017 – tento je zobrazený na grafe a aj vstupoval do výpočtu priemeru krajín EÚ za 2018

* dáta sú dostupné až od roku 2011

Medzinárodné porovnanie výsledkov slovenského zdravotníctva, ako aj objemu verejných zdrojov alokovaných na túto oblasť radia Slovensko na posledné priečky. Tento nepriaznivý stav je prítomný dlhodobo, pričom nie je badateľné žiadne zlepšovanie. To naznačuje, že prístup Slovenska k zdravotníctvu nie je dostatočne cieľavedomý a strategický.

⁸⁾ V porovnaní sa zvykne tento ukazovateľ využívať práve u žien, keďže majú stabilnejšie hodnoty v čase.

⁹⁾ Definícia uvedená v dokumente Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death (October 2021 version): „Treatable (or amenable) mortality: Causes of death that can be mainly avoided through timely and effective health care interventions, including secondary prevention and treatment (i.e. after the onset of diseases, to reduce case-fatality).“ [\[online\]](#)

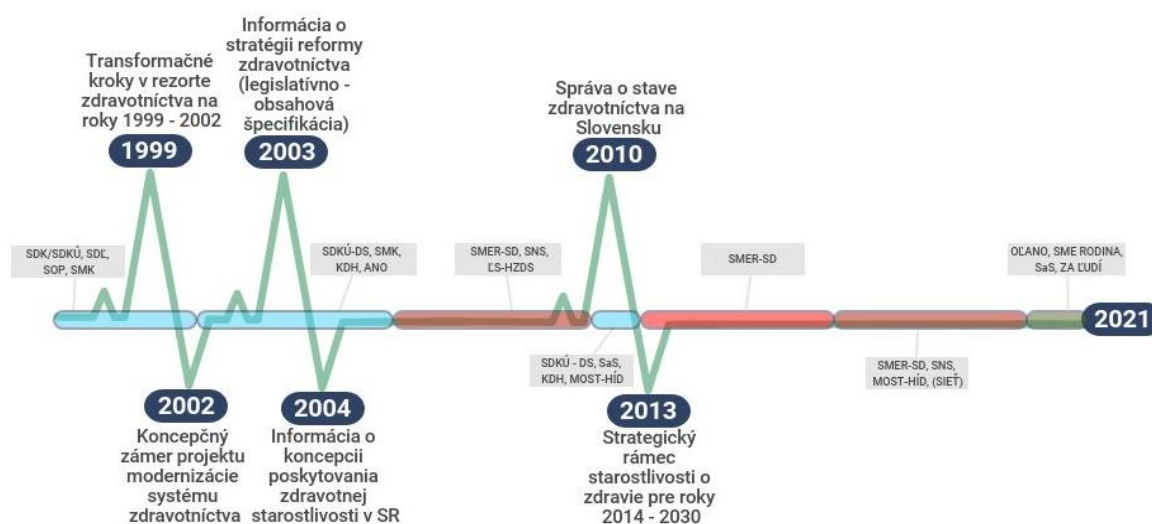
2 Základné stratégie v rezorte zdravotníctva

Pod pojmom „základné stratégie“ v tejto analýze rozumieme také dokumenty, ktoré zastrešujú stratégiu celého rezortu. Na tejto najvyššej sektorovej úrovni sme analyzovali aj históriu tvorby týchto dokumentov. Kompromisom medzi snahou o analyzovanie dostatočne dlhého časového obdobia na jednej strane a dostupnosťou dokumentov na druhej strane bolo, že historický prehľad bol spravený od roku 1999. Tomuto prehľadu a samotným dokumentom je venovaná prvá časť tejto kapitoly, ako aj príloha 1. Druhá podkapitola sa zameriava na základný strategický dokument, ktorý bol platný v čase spracovávaní tejto analýzy.

2.1 Prehľad tvorby stratégií v období 1999 – 2022

Celkovú stratégiu slovenského zdravotníctva formálne zastrešuje viac ako 8 rokov starý dokument – „Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 - 2030“. Tento dokument bol prijatý koncom roku 2013 a do času spracovania tejto analýzy nebol nahradený novším komplexným strategickým materiálom. Dokumenty, ktoré predchádzali v súčasnosti platnej stratégii zobrazuje Schéma 1. Stratégiu slovenského zdravotníctva vstupujúceho do tretieho tisícročia zastrešoval dokument „Transformačné kroky na r. 1999 – 2002 v rezorte zdravotníctva“¹⁰⁾. V polovici roku 2002 schválila vláda „Konceptný zámer projektu modernizácie systému zdravotníctva“¹¹⁾. O rok neskôr sa začali prijímať materiály súvisiace s tzv. „Zajacovou reformou“. Zásadné legislatívne zmeny tejto reformy boli predstavené začiatkom roka 2004 v dokumente „Informácia o koncepcii poskytovania zdravotnej starostlivosti v SR“¹²⁾. Komplexným a prepracovaným dokumentom bola „Správa o stave zdravotníctva na Slovensku“¹³⁾, ktorý ministerstvo publikovalo v roku 2010.

Schéma 1: Časová os prijímania základných strategických dokumentov v zdravotníctve SR



Podrobný popis je v prílohe 1.

Zdroj: spracovanie NKÚ SR

¹⁰⁾ Samotný dokument nie je dostupný.

¹¹⁾ Samotný dokument a ďalšie materiály rokovania vlády k tomuto bodu sú dostupné [online].

¹²⁾ [online]

¹³⁾ [online]

Bližší pohľad na históriu a kontext prijímania top-level stratégií v rezorte zdravotníctva naznačuje, že **neexistovala pravidelnosť či nejaký koncepčný prístup k ich tvorbe**. Navyše väčšina z týchto dokumentov nespĺňala potrebné náležitosti strategického dokumentu¹⁴⁾. Ako je zrejmé z Tabuľky 1, **strategickým dokumentom chýbali najmä dve oblasti, a to definícia SMART¹⁵⁾ cieľov a stanovenie monitoringu naplňania danej stratégie**. Z tohto pohľadu vychádza z analyzovaných dokumentov najlepšie práve posledný a stále platný Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030, u ktorého sa dá nájsť každý z hodnotených atribútov.

Tabuľka 1: Základné strategické dokumenty v zdravotníctve od roku 1999

Názov	rok	text dokumentu	analýza východiskového stavu	definovaný želaný stav (vízia, strategické ciele)	definované SMART ciele	definované zdroje financovania	definovaný spôsob monitoringu
Transformačné kroky na r. 1999-2002 v rezorte zdravotníctva	1999		Materiál nie je dostupný				
Koncepčný zámer projektu modernizácie systému zdravotníctva	2002	tu	čiast.	áno	nie	áno	nie
Informácia o stratégii reformy zdravotníctva (legislatívno-obsahová špecifikácia)	2003	tu	čiast.	áno	nie	nie	nie
Koncepcia poskytovania zdravotnej starostlivosti v SR	2004	tu	áno	áno	nie	áno	nie
Správa o stave zdravotníctva na Slovensku	2010	tu	áno	nie	nie	nie	nie
Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 - 2030	2013	tu	áno	áno	áno	áno	áno

Podrobnejší popis top-level dokumentov a ich kontextu sa nachádza v **prílohe 1**.

2.2 Aktuálna stratégia v zdravotníctve

Ako vyplýva z predošlej podkapitoly, v súčasnosti je stratégia v oblasti zdravotníctva zastrešená osem rokov starým dokumentom. Zdravotníctvo je síce zahrnuté vo viacerých aktuálnejších nadrezortných strategických materiáloch, akými sú Národný program reforiem či aktuálne Plán obnovy a odolnosti. Žiadny z týchto dokumentov však nemá za úlohu riešiť zdravotníctvo ako celok a nemôže plniť úlohu zastrešujúceho strategického dokumentu určujúceho verejnú politiku v sektore zdravotníctva. Navyše takéto dokumenty sú v gescii inštitúcií mimo MZ SR, aj keď ministerstvo na ich príprave participuje. Spolupráca MZ SR na príprave dokumentov typu Národný program reforiem, Plán obnovy a odolnosti alebo Revízia výdavkov na zdravotníctvo a pod. nemôže podľa názoru NKÚ SR nahrádzať tvorbu aktuálneho a komplexného strategického dokumentu určujúceho verejnú politiku v oblasti

¹⁴⁾ Atribúty boli vybrané na základe predchádzajúcej praxe autorov, ako aj po zohľadnení platnej Metodiky a inštitucionálneho rámca tvorby verejných stratégií. [\[online\]](#)

¹⁵⁾ SMART je dlhodobo známy koncept atribútov dobre stanovených cieľov. Má viacero obmien, tu preberáme definíciu z vyššie spomenutej Metodiky a inštitucionálneho rámca tvorby verejných stratégií, prílohy 4, podľa ktorej sú ciele SMART, ak spĺňajú: S – specific (konkrétne), M – measurable (merateľné), A – achievable (dosiahnuteľné), R – result focused (zamerané na dosiahnutie výsledkov), T – time-bound (časovo ohraničené).

zdravotníctva. V nasledujúcich dvoch častiach bližšie charakterizujeme práve v súčasnosti platný strategický dokument a venujeme sa jeho vyhodnoteniu.

2.2.1 Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030

Dokument, ktorý v súčasnosti zastrešuje stratégiu oblasti zdravotníctva je „**Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 - 2030**“¹⁶⁾, ktorý bol prijatý koncom roka 2013. Materiál bol „pripravený z dôvodu potreby vytvoriť základný dokument, ktorý bude v strednodobom a dlhodobom horizonte určovať smerovanie zdravotnej politiky na Slovensku“ ([11], s. 3). Zároveň slúžil ako podklad pre splnenie podmienok pre čerpanie EŠIF v období 2014 – 2020. Oproti Správe o stave zdravotníctva z roku 2010 má tento materiál výrazne menší rozsah. Dokument sa v úvodných častiach hlási k spoločnému politickému rámcu, ktorý stanovila Svetová zdravotnícka organizácia WHO v roku 2012 pod názvom „Zdravie 2020“¹⁷⁾. Načrtáva znižovanie efektivity slovenského zdravotníctva v období rokov 2002 – 2009¹⁸⁾ a popisuje kľúčový problém starnutia populácie. Ďalej dokument preberá definíciu poslania zdravotníctva¹⁹⁾ z programového vyhlásenia vlády²⁰⁾ a definuje priority v troch oblastiach:

- Verejné zdravotníctvo,
- Integrovaná ambulantná zdravotná starostlivosť,
- Ústavná zdravotná starostlivosť.

Materiál predpokladá, že v rámci definovaných priorít budú v rokoch 2014 – 2016 vytvorené detailné implementačné stratégie²¹⁾. **Pozitívom dokumentu je, že definoval konkrétne ukazovatele a stanovil k nim aj cieľové hodnoty, ktoré naše zdravotníctvo má do roku 2030 dosiahnuť.** Boli stanovené aj konkrétne „nástroje na uskutočnenie zmeny“, spolu s uvedením roku, kedy sa daný nástroj má začať realizovať. Ministerstvo malo v záujme monitorovania naplňania strategického rámca vypracovať akčný plán a zriadiť monitorovaciu komisiu. V ročných intervaloch mali byť vypracovávané správy o dosahovanom pokroku, pričom tieto správy mali byť verejne dostupné na webovom sídle MZ SR ([11], s. 36). Na stránke ministerstva sa však v čase spracovávaní našej analýzy (začiatok roka 2022) nachádzala len jedna Správa o stave plnenia úloh Strategického rámca za rok 2014 (z júla 2015²²⁾). Podľa informácií od MZ SR,²³⁾ posledné menovacie dekréty monitorovacej komisie sú z roku 2016, pričom žiaden z menovaných zamestnancov už na ministerstve nepracuje. **MZ SR dlhodobo neplní úlohu pravidelne monitorovať naplňanie Strategického rámca.** Stav tejto úlohy názorne dokumentuje odpoveď MZ SR: „Žiadni súčasní zamestnanci relevantných sekcií na MZ SR nemajú vedomosť o ďalších zasadnutiach, správach, „uzatváracích“ dokumentoch o ukončení úloh, alebo akejkolvek inej činnosti v súvislosti s uvedenou stratégiou.“²⁴⁾ O prístupe k stále platnému Strategickému rámcu na MZ SR svedčí aj jeho

¹⁶⁾ [online]

¹⁷⁾ [online]

¹⁸⁾ V tejto časti dokument preberá analýzu IFP MFSR: Málo zdravia za veľa peňazí, december 2012. [online]

¹⁹⁾ Poslaním zdravotníctva je významne prispievať k zvyšovaniu kvality života občanov prostredníctvom znižovania úmrtnosti, chorobnosti, trvalých a dočasných následkov chorôb a úrazov, poskytovaním účelovej, kvalitnej a efektívnej zdravotnej starostlivosti, pôsobením verejného zdravotníctva, podporou individuálnej a komunitnej starostlivosti o zdravie ([11], s. 21).

²⁰⁾ Programové vyhlásenie vlády SR na roky 2012-2016. [online]

²¹⁾ Príkladom takejto implementačnej stratégie je dokument s názvom „Implementačná stratégia - systém integrovaného poskytovania zdravotnej starostlivosti“ [online]. Tento strategický dokument je kvalitne vypracovaný, rieši problematiku budovania integrovaných centier zdravotnej starostlivosti, no jeho posledná aktualizácia je z mája 2018 a ministerstvo túto stratégiu ani v odpovedi neuviedlo ako v súčasnosti platný aktuálny dokument.

²²⁾ [online]

²³⁾ Vyjadrenie k žiadosti NKÚ SR o poskytnutie dokladov k analýze tvorby štátnej zdravotnej politiky a strategických dokumentov v oblasti zdravotníctva, z 2. 11. 2021.

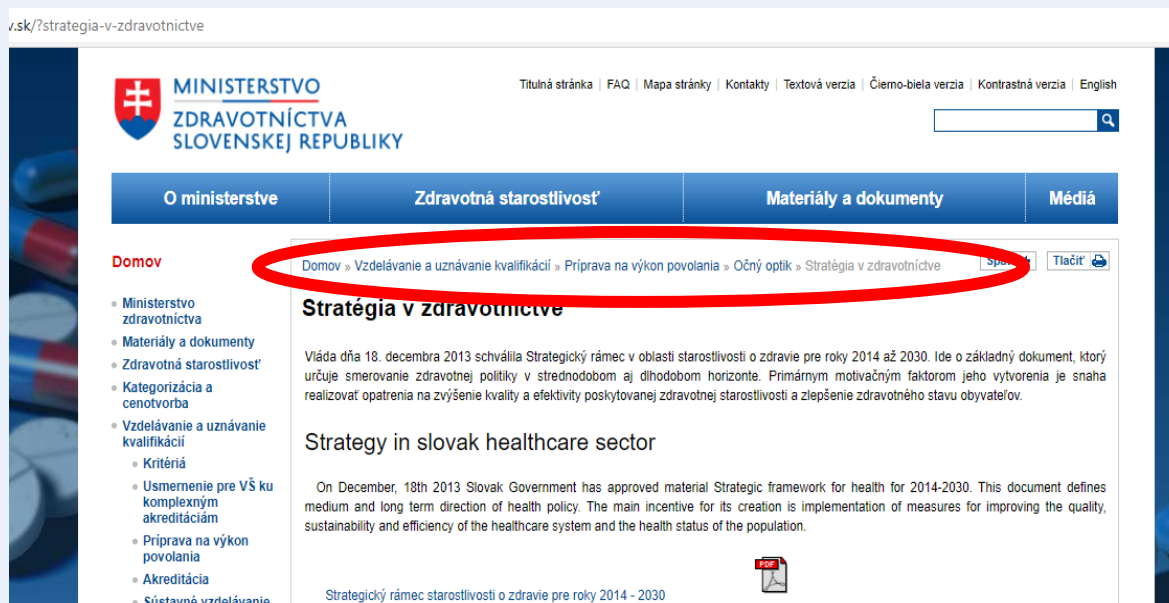
²⁴⁾ Tamtiež, s. 6.

umiestnenie na webovom sídle rezortu (BOX 1). MZ SR toto umiestnenie upravilo až potom, ako na danú skutočnosť upozornil NKÚ SR.

BOX 1: Umiestnenie dlhodobej stratégie na webovom sídle MZ SR

O tom, ako MZ SR k stále platnému Strategickému rámcu pristupovalo svedčí aj skutočnosť, že Strategický rámec a s ním súvisiace dokumenty boli v čase spracovania tejto analýzy na webovom sídle MZ SR uverejnené na tomto odkaze: „Domov » Vzdelávanie a uznávanie kvalifikácií » Príprava na výkon povolania » Očný optik » Stratégia v zdravotníctve“

(printscreen z novembra 2021)



MZ SR toto umiestnenie upravilo až potom, ako na danú skutočnosť upozornil NKÚ SR, teda v novembri 2021

2.2.2 Vyhodnotenie ukazovateľov a nástrojov zmeny Strategického rámca

Meranie dosiahnutého progresu v každej oblasti nie je možné bez jasne definovaných indikátorov a stanovených cieľových hodnôt. Strategický rámec definoval širokú škálu ukazovateľov z rôznych podoblastí zdravotníctva – ambulantná a lôžková zdravotná starostlivosť, verejné zdravie, elektronické zdravotníctvo a pod. Najväčšia časť ukazovateľov pochádzala z medzinárodnej databázy OECD. Výhodou tak bola možnosť priameho porovnania so zahraničím. **Výsledkom analýzy ukazovateľov je konštatovanie, že k zmenám a zlepšeniu stavu v slovenskom zdravotníctve dochádza len veľmi pomaly a pri zachovaní súčasnej dynamiky nebude možné dosiahnuť vytýčené ciele.**

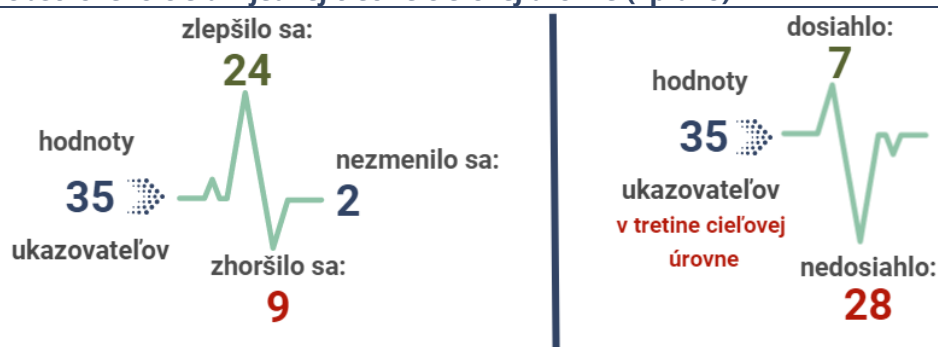
Strategický rámec definoval celkovo **43 ukazovateľov** (príloha 3). Každý ukazovateľ obsahoval najaktuálnejšiu hodnotu, hodnotu cieľového stavu v roku 2030 a v prípade, že sa sledoval aj v rámci databáz OECD²⁵⁾, aj priemernú hodnotu za OECD a hodnotu piatich najlepších krajín OECD. V čase realizácie tejto analýzy tak bolo možné urobiť čiastkový odpočet pokroku v jednotlivých oblastiach. Z pôvodného počtu zadaných ukazovateľov **bolo možno vyhodnotiť 35 indikátorov**, zvyšných

²⁵⁾ Dva ukazovatele pochádzali z databázy Eurostatu.

osem buď medzičasom zaniklo, zmenili sa alebo sa prestali sledovať.²⁶⁾ Porovnávali sa hodnoty indikátorov z roku 2014 s najnovšie dostupnými.²⁷⁾

Na prvý pohľad je vyhodnotenie pozitívne. Až 24 ukazovateľov sa oproti východiskovému stavu zlepšilo, deväť zhoršilo a dva sa nezmenili. Dôležitá v tomto prípade je však dynamika rastu/poklesu indikátorov. Vzhľadom na to, že rok 2019 je približne v jednej tretine obdobia platnosti stratégie, aj hodnoty ukazovateľov by sa mali nachádzať v tretine cieľového stavu, ktorý chce SR dosiahnuť. V rámci analýzy sme preto vytvorili čiastkový cieľ, ktorý sa vypočítal ako jedna tretina rozdielu hodnoty ukazovateľa v roku 2014 a jeho cieľovej hodnoty v roku 2030²⁸⁾. Po aplikácii tohto faktora sa štatistika výrazne mení. **Z 35 indikátorov až 28 nedosiahlo túto hodnotu (80 %) a iba sedem áno** (schéma 2).

Schéma 2: Odpočet aktuálnych hodnôt indikátorov oproti východiskovému stavu (2014) a po aplikácii čiastkového cieľa v jednej tretine cieľovej úrovne (vpravo)

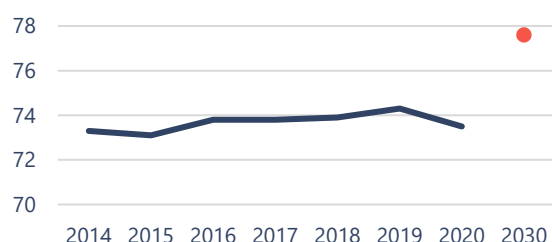


Zdroj: spracovanie NKÚ SR

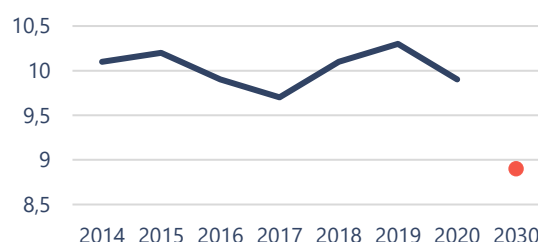
Z doterajšieho vývoja vyplýva, že pri väčšine ukazovateľov hrozí riziko nedosiahnutia cieľového stavu, ak sa zachová súčasná dynamika ich plnenia. Grafy 5 až 8 ilustrujú takýto vývoj na vybraných indikátoroch spolu so zobrazením ich cieľového stavu v roku 2030.

Slovensko zaostáva aj pri medzinárodnom porovnaní; 26 ukazovateľov bolo možné porovnať s priemernou hodnotou krajín OECD (príp. krajín EÚ27). **Len päť ukazovateľov²⁹⁾ dosiahlo hodnoty lepšie ako bol priemer týchto krajín a jeden³⁰⁾ dosiahol rovnakú úroveň.** Ostatné indikátory vykázali horšie výsledky.

Graf 5: Očakávaná dĺžka života mužov pri narodení (roky)



Graf 6: Spotreba alkoholu (v litroch na osobu; 15+)



Zdroj: OECD.Stat; spracovanie OSA, NKÚ SR

²⁶⁾ Dôvodom zastavenia sledovania niektorých ukazovateľov bol fakt, že hodnotili tie isté oblasti.

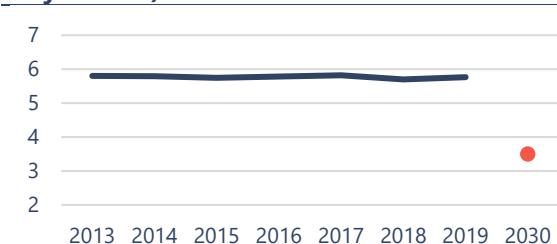
²⁷⁾ Najviac údajov bolo k dispozícii za rok 2019, v piatich prípadoch bol najaktuálnejší údaj za rok 2018 a v dvoch prípadoch za rok 2020.

²⁸⁾ Metodika rozdelenia časového pásma na rovnocenné tretiny je pritom pomerne zhovievavá, keďže pri mnohých ukazovateľoch sa nedá predpokladať lineárny priebeh zlepšovania, ale postupné spomaľovanie zlepšovania (napr. je jednoduchšie zvýšiť ukazovateľ dožitia zo 70 na 75 rokov, ako zo 75 na 80).

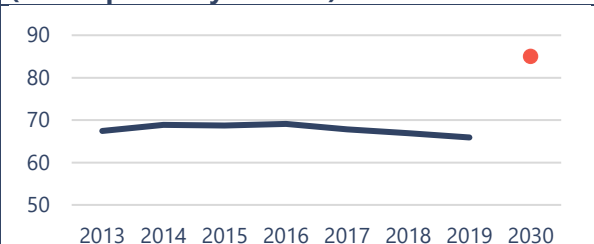
²⁹⁾ Imunizácia: Záškrt, tetanus, čierny kašeľ; Imunizácia: Osýpky; Imunizácia: Hepatitída B; Spotreba liekov (ATC skupina J); Priemerná dĺžka hospitalizácie (všetky prípady).

³⁰⁾ Priemerná dĺžka hospitalizácie (akútna starostlivosť).

Graf 7: Počet nemocničných lôžok (na 1000 obyvateľov)



Graf 8: Obložnosť lôžok akútnej starostlivosti (% z disponibilných lôžok)



Zdroj: OECD.Stat; spracovanie OSA, NKÚ SR

Strategický rámec ponúka aj spôsob, akým by sa jednotlivé cieľové hodnoty indikátorov mali dosiahnuť. Ide o tzv. **nástroje zmeny**, teda definované nástroje, prostredníctvom ktorých by sa zmena mala uskutočniť. Tieto nástroje boli priamo naviazané na oblasti indikátorov. Rovnako tak boli zadefinované aj tri oblasti zdravotníctva, v ktorých daný nástroj spôsobí zmenu. Ide o dostupnosť, kvalitu a efektívnosť poskytovania služieb v zdravotníctve. Celkovo bolo stanovených 21 nástrojov zmeny. Začiatok realizácie nástrojov bol v období rokov 2013 – 2016 (najviac sa ich začalo zavádzať v rokoch 2015 a 2016).

Podľa údajov poskytnutých MZ SR bolo z 24 nástrojov zmeny³¹⁾ ku koncu roka 2021 úplne splnených iba päť. **Až 67 % týchto nástrojov bolo v stave „čiastočne splnené“ alebo „plní sa“**. V ostatných prípadoch boli nástroje nespĺnené alebo sa nehodnotili. O úspešnosti plnenia zavedenia týchto nástrojov do praxe by mali vypovedať hodnoty ukazovateľov. Pri pohľade zhora možno pozorovať určité prepojenie už zavedených nástrojov s indikátormi, ktoré dosiahli tretinový čiastkový cieľ. V oboch prípadoch ide o 20 % podiel (konkrétne, 21 % nástrojov zmeny bolo splnených a 20 % indikátorov dosiahlo čiastkový cieľ). Pri detailnejšom pohľade však prepojenosť indikátorov a zavedených nástrojov zmeny **nebolo možné vo všetkých prípadoch overiť**. Napríklad, nástroj „Tvorba štandardizovaných postupov pre výkon medicínskej prevencie“³²⁾ bol síce splnený, ale v kategórii Prevencia vzrástol iba jeden zo šiestich sledovaných ukazovateľov. Problém môže byť aj v časovom hľadisku. Nástroj zmeny bol splnený v roku 2021, ale ukazovatele v tejto oblasti sú dostupné len za roky 2018 a 2019. Či skutočne došlo k zlepšeniu v tejto oblasti, to nebolo možné vyhodnotiť. Rovnako tak nemožno predpokladať, že hneď po zavedení nástroja do praxe dôjde k zlepšeniu hodnôt indikátorov. **Urobiť relevantný odpočet týchto nástrojov bude možné až v budúcnosti**. Veľký počet nástrojov, ktoré ešte neboli splnené, spolu s pomalým rastom indikátorov, dáva určitý obraz o tom, že aj **v tejto oblasti je potrebné zaviesť procesy do praxe v čo najkratšom možnom čase**.

³¹⁾ MZ SR v zaslanom vyžiadaní rozdelilo v troch prípadoch nástroje zmeny do dvoch kategórií, preto sa pôvodný počet zvýšil z 21 na 24.

³²⁾ Cieľom projektu bolo vypracovanie siedmich štandardizovaných postupov pre výkon medicínskej prevencie. Ku koncu roka 2021 bolo vypracovaných 25 štandardizovaných postupov pre výkon medicínskej prevencie, čo znamená, že cieľ projektu bol splnený.

3 Hodnotenie aktuálnych strategických materiálov pre jednotlivé podoblasti zdravotníctva

Okrem strategických materiálov zaoberajúcich sa zdravotníctvom ako celkom existuje mnoho dokumentov určujúcich stratégiu v jednotlivých podoblastiach zdravotníctva. V ich prípade sme sa už nevenovali historickému vývoju, ale zaoberali sme sa iba dokumentami, ktoré boli aktuálne v čase spracovávaní analýzy.

Spôsob, akým sa MZ SR vysporiadalo s našou požiadavkou o uvedenie zoznamu všetkých aktuálnych strategických materiálov upravujúcich podoblasti zdravotníctva preukazuje, že **ministerstvo nemá dostatočný prehľad o strategických dokumentoch vo vlastnom rezorte**. K spôsobu zostavenia tohto zoznamu ministerstvo uviedlo: „Keďže neexistuje centrálna ani čiastková evidencia dokumentov, požadovaný zoznam prijatých dokumentov do Tabuľky 1 a 2 bol zostavený ako extrakt z verejnej databázy dokumentov predložených na rokovanie vlády, s predkladateľom MZ a kľúčovými slovami „stratégia“ alebo „konceptia“.“³³⁾ Výsledkom tohto postupu bolo, že na jednej strane sa v zozname objavili aj neaktuálne dokumenty (napríklad z roku 2003), no na druhej strane v zozname chýbalo viacero dokumentov (národné akčné plány a pod.). Zoznam bol doplnený³⁴⁾ až potom, čo NKÚ SR upozornil na túto nekompletnosť. Napriek tomu je úplnosť a aktuálnosť zoznamu otáznava. Napríklad ohľadom takej dôležitej oblasti, akou je oddelovanie zdravotníckych zariadení, bol v odpovedi uvedený ako aktuálny dokument „Konceptia systému riešenia vonkajšej a vnútornej zadĺženosti zdravotníckych zariadení v strednodobom horizonte - nové znenie“ z roku 2008. Ide však o neaktuálny dokument, keďže od roku 2008 boli v oblasti oddelovania uskutočnené viaceré systémové kroky a boli sprevádzané aj koncepcijnými materiálmi. Konkrétne v roku 2017 bola vládou prijatá „Konceptia oddelenia zdravotníckych zariadení“³⁵⁾ a v roku 2020 „Návrh finančnej stabilizácie zdravotníckych zariadení - nové znenie“³⁶⁾, no tieto novšie dokumenty ministerstvo v odpovedi neuviedlo³⁷⁾. **Ak ministerstvo nemá dostatočný prehľad o aktuálnych strategických dokumentoch v rezorte, je zrejme, že nemôže účinne zabezpečovať ani realizáciu či kontrolu prijatých stratégií.**

Zaslaný zoznam dokumentov sme očistili o tie, ktoré neboli strategickými materiálmi (napr. monitorovanie správy) alebo o dokumenty staršie ako 10 rokov³⁸⁾ a naopak jeden aktuálny dokument³⁹⁾ sme pridali. Po týchto úpravách vznikol zoznam 17 strategických dokumentov, ktoré sme hodnotili detailnejšie a to aj z hľadiska toho, či obsahujú nasledujúce dôležité náležitosti stratégie: analýza východiskového stavu, definovanie želaného stavu, definovanie SMART cieľov, definovanie zdrojov a spôsobu financovania realizácie stratégie a definovanie spôsobu monitoringu naplňovania stratégie. Zoznam hodnotených dokumentov spolu s hodnotením vybraných atribútov je uvedený v Tabuľke 2.

³³⁾ Odpoveď MZ SR zo dňa 2. 11. 2021.

³⁴⁾ Odpoveď MZ SR zo dňa 11. 2. 2022.

³⁵⁾ [online]

³⁶⁾ [online]

³⁷⁾ Neaktuálnosť, resp. nedostatočný prehľad o aktuálnych dokumentoch sa ukázal aj v tomto konkrétnom prípade: V jednom z najnovších dokumentov „Aktualizácia Národného programu podpory zdravia“ z decembra 2021 sa priamo v preambule píše, že dokument „sa opiera o Konceptiu štátnej politiky zdravia SR“. Dokument s názvom Konceptia štátnej politiky zdravia SR bol schválený v 2008 a zrušený v 2014. Opieranie aktuálneho strategického materiálu o 14 rokov starý a osem rokov neplatný dokument je prinajmenšom zarážajúce.

³⁸⁾ Zoznam dokumentov, ktoré boli vyňaté z detailnejšieho hodnotenia je uvedený v prílohe 2.

³⁹⁾ Návrh finančnej stabilizácie zdravotníckych zariadení – nové znenie.

Tabuľka 2: Aktuálne platné strategické dokumenty pre čiastkové oblasti zdravotníctva (február 2022)

Názov	rok	text dokumentu	analýza východiskového stavu	definovaný želaný stav (vizia, strategické ciele)	definované SMART ciele, prípadne úlohy ⁴⁰⁾	definované zdroje financovania	definovaný spôsob monitoringu
Národný akčný plán pre problémy s alkoholom na roky 2021-2030	2022	tu	áno	áno	áno	nie	nie
Správa o zdravotnom stave obyvateľstva SR za roky 2015 – 2020 ⁴¹⁾	2022	tu	áno	nie	nie	nie	nie
Aktualizácia Národného programu podpory zdravia	2022	tu	áno	áno	áno	nie	nie
Národný akčný radónový plán Slovenskej republiky 2022 – 2026	2022	tu	áno	čiasť	čiasť	nie	áno
Stratégia dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republike	2021	tu	áno	áno	áno	nie	nie
Akčné plány národného onkologického programu	2021	tu	čiasť	čiasť	áno	áno	nie
Národná stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti	2021	tu	áno	áno	áno	nie	čiasť
Národná stratégia očkovania proti ochoreniu COVID-19 v podmienkach Slovenskej republiky	2020	tu	čiasť	áno	áno	áno	nie
Návrh finančnej stabilizácie zdravotníckych zariadení - nové znenie ⁴²⁾	2020	tu	áno	nie	nie	čiasť	nie
Akčný plán pre životné prostredie a zdravie obyvateľov SR (NEHAP V.)	2019	tu	áno	áno	čiasť	čiasť	nie
Zlepšovania zdravia obyvateľov marginalizovaných rómskych komunít ⁴³⁾	2017	tu	áno	čiasť	nie	nie	nie
Akčný plán pre potraviny a výživu na roky 2017 – 2025	2017	tu	áno	áno	áno	nie	nie
Národný akčný plán pre podporu pohybovej aktivity na roky 2017 – 2020	2017	tu	áno	áno	áno	áno	áno
Národný akčný plán v prevencii obezity na roky 2015 – 2025	2015	tu	áno	áno	áno	áno	áno
Protokol o vode a zdraví	2014	tu	čiasť	áno	áno	áno	nie
Návrh Národnej protidrogovej stratégie Slovenskej republiky na obdobie rokov 2013 - 2020	2013	tu	čiasť	áno	čiasť	nie	nie
Národná stratégia rozvoja zdravotnej starostlivosti o pacientov so zriedkavými chorobami na roky 2012-2013	2012	tu	čiasť	nie	čiasť	nie	nie

⁴⁰⁾ Vzhľadom k rôznorodosti hodnotených materiálov sme brali ako splnené toto kritérium aj vtedy, ak v dokumente neboli definované v pravom slova zmysle „ciele“, ale boli jasne formulované konkrétne úlohy spĺňajúce kritériá SMART (pozri pozn. pod čiarou 13).

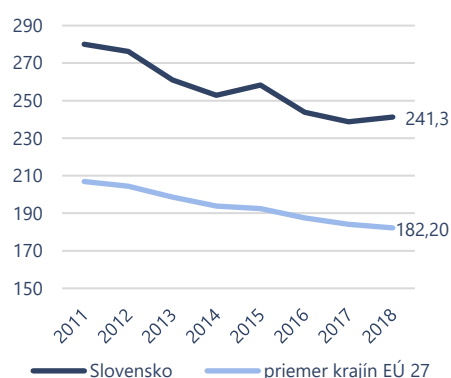
⁴¹⁾ Ponechané v zozname, aj keď nejde o čisto strategický materiál.

⁴²⁾ Zaradené do prehľadu aj napriek nezaraďeniu dokumentu v rámci odpovede ministerstva.

⁴³⁾ Celý názov materiálu je: „Návrh finančnej stabilizácie programu zameraného na podporu zlepšovania zdravia obyvateľov marginalizovaných rómskych komunít najmä v 150 obciach identifikovaných v pásme indexu podrozvinutosti prostredníctvom projektu Zdravé komunity na roky 2015 až 2022 a jeho dlhodobej udržateľnosti a vypracovanie Stratégie vyrovňovania rozdielov v zdravotnom stave medzi Rómami a väčšinou populáciou“.

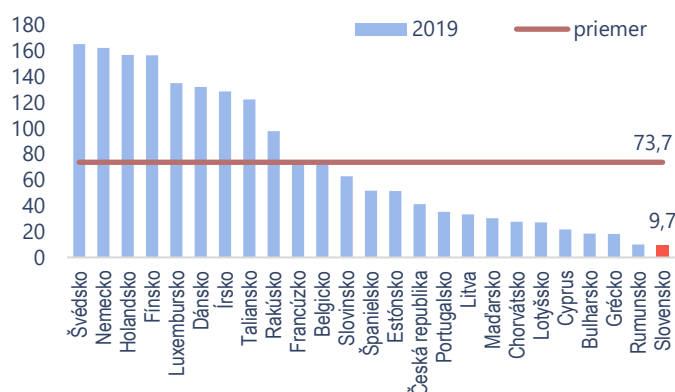
Hodnotenie ukázalo, že všetky dokumenty obsahovali viac či menej detailnú analýzu východiskového stavu. U veľkej väčšiny stratégií bol zadefinovaný želaný stav alebo vízia, ktorá sa chce dosiahnuť, a taktiež väčšina hodnotených dokumentov obsahovala zadefinované konkrétne ciele alebo úlohy, často aj s určením zodpovednosti a termínu ich uskutočnenia. Problematickejšími sa ukázali dva dôležité atribúty. **V 59 % hodnotených dokumentoch nebolo definované, ako má byť daná stratégia financovaná.** Ako najväčší problém sa ukázalo **definovanie spôsobu monitoringu plnenia stratégií, keďže tento atribút absentoval až u vyše 76 % hodnotených dokumentov.** Stratégie, pri ktorých nie je určené, ako budú financované a nie je u nich definovaný záväzný pravidelný monitoring ich plnenia, spravidla končia len ako deklaratórne materiály bez reálneho dopadu. Možno to ilustrovať na príklade **oblasti prevencie. Tej je venovaných najviac čiastkových stratégií, no do reálnych výsledkov sa to nepretavuje,** keďže úmrtnosť odvrátiteľná prevenciou je na Slovensku dlhodobo vysoko nad priemerom krajín EÚ27 (graf 9). Množstvo strategických dokumentov zdôrazňujúcich prevenciu nemá žiaden vplyv ani na dostatočné financovanie tejto oblasti, keďže podľa dát Eurostatu dáva Slovensko na prevenciu spomedzi krajín EÚ27 najmenej (graf 10)⁴⁴⁾.

Graf 9: Úmrtnosť odvrátiteľná prevenciou (na 100 tis. obyvateľov)



Zdroj: Eurostat, hlth_cd_apr; sprac. OSA NKÚ;

Graf 10: Výdavky na preventívnu zdravotnú starostlivosť (v eurách na obyvateľa)



Zdroj: Eurostat, databáza HLTH_SHA11_HC; spracovanie NKÚ SR;

V slovenskom zdravotníctve sú aj oblasti, ktoré **nie sú pokryté aktuálnymi čiastkovými stratégiami, a to napriek tomu, že by to bolo žiadúce.** K takým oblastiam možno zaradiť elektronizáciu zdravotníctva, kde posledný komplexný strategický materiál bol prijatý v roku 2008⁴⁵⁾, alebo liekovú politiku s posledným strategickým dokumentom z roku 2007⁴⁶⁾. Jedným z najpálčivejších problémov slovenského zdravotníctva je nedostatok lekárov a sestier, no pre oblasť ľudských zdrojov v slovenskom zdravotníctve neexistuje žiadna stratégia⁴⁷⁾. V neposlednom rade je strategický prístup nevyhnutný aj pre oblasť kapitálových výdavkov súvisiacich s veľkými infraštruktúrnymi projektmi. V tejto oblasti sú prijaté iba metodické materiály na prípravu a hodnotenie investícií⁴⁸⁾, no jasná stratégia investovania ako aj konkrétny investičný plán⁴⁹⁾ absentujú.

⁴⁴⁾ Porovnateľnosť hodnôt tohto ukazovateľa môže byť limitovaná nejednotnou metódikou vykazovania týchto dát. Zhodnotenie medzinárodnej porovnateľnosti dát pri tomto ukazovateli by bolo nad rámec tohto dokumentu.

⁴⁵⁾ Strategické ciele eHealth – kľúčový nástroj informatizácie verejnej správy v oblasti zdravotníctva na Slovensku. [online].

⁴⁶⁾ Návrh stratégie liekovej politiky do roku 2010. [online]

⁴⁷⁾ Podľa tlačovej správy z 15. 12. 2021 ministerstvo pracuje na stratégii ľudských zdrojov. [online]

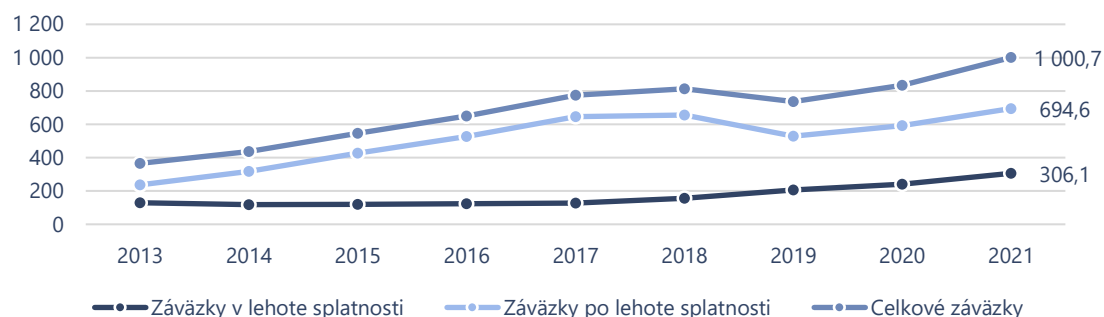
⁴⁸⁾ Metodický pokyn o predkladaní žiadostí o súhlas na použitie / poskytnutie finančných prostriedkov na investičné účely. [online].

⁴⁹⁾ MZ SR málo na webovej stránke zverejnený dokument s názvom „Investičný plán 2021-2026“ z 31. marca 2021 [online], no ide o všeobecný dokument bez zoznamu konkrétnych projektov. Rezort sa v tomto dokumente zaväzuje, že „Investičný plán bude MZ SR pravidelne aktualizovať a v priebehu druhého štvrtroka 2021 konkretizuje investičný plán do požadovanej granularita“. Tento záväzok rezort zatiaľ nesplnil.

BOX 2: Strategický prístup k oddĺženiu zdravotníckych zariadení

Nedostatky v strategickom riadení slovenského zdravotníctva sa premietajú aj do zadlžovania zdravotníckych zariadení, ktoré má dlhodobu nepriaznivý vývoj (graf 11).

Graf 11: Vývoj štruktúry záväzkov vo fakultných a univerzitných nemocniciach (v mil. eur)



Zdroj: MZ SR

Od roku 2003 sa realizovali na Slovensku štyri oddĺženia (piate sa rozbieha), ale žiadne z nich dlhodobejšie neodstránilo zadlženosť zdravotníckych zariadení. A to aj napriek tomu, že kvalita koncepčných materiálov a predovšetkým riešenie problému zadlženosti sa postupne od roku 2003 posúvali na vyššiu úroveň. Od roku 2011 v koncepčných materiáloch o oddĺžení zdravotníckych zariadení okrem informácie o jednorazových objemoch verejných financií na oddĺženie boli zahrnuté návrhy systémových opatrení na riešenie zadlženosti. V správe o realizácii opatrení na riešenie zadlženosti zdravotníckych zariadení voči Sociálnej poisťovni z roku 2011 sa prvýkrát objavilo kľúčové systémové opatrenie – zavedenie platby za diagnostickú skupinu (DRG). Koncepčné materiály o oddĺžení z rokov 2017 a 2020 preberali systémové opatrenia z revízie výdavkov na zdravotníctvo. Napriek tomu zadlžovanie zdravotníckych zariadení pokračuje.

NKÚ SR kladne hodnotí určitý posun na strane optimalizácie nákladov, ale strana výnosov je poznačená vyše desaťročným zavádzaním systému DRG. Veľké rezervy sú v kontrolnej oblasti. Napríklad podľa materiálu o oddĺžení z roku 2017 sa mali vyhodnotiť a zverejniť ozdravné plány zdravotníckych zariadení, čo sa nerealizovalo. Zodpovednosť za odpočet plnenia opatrení navrhnutých revíziou výdavkov v implementačných správach prešla v roku 2020 z implementačnej jednotky z Úradu vlády SR na MF SR a od apríla 2022 znova prešla na Úrad vlády SR. Častá zmena zodpovedného úradu aj osoby hodnotiteľa neprospieva konzistentnosti jednotlivých odpočtov. Nepostačujúce je hodnotenie, že opatrenia sa neplnia s prepisom dátumu plnenia na ďalšie obdobie. NKÚ SR odporúča zaviesť štvrtročné hodnotenia vybraných kľúčových opatrení. Zdokonaľiť kontrolný proces bude potrebné aj pri očakávanej optimalizácii siete nemocníc, ktorá má prispieť k poskytovaniu kvalitnejšej zdravotnej starostlivosti koncentráciou špecializovaných výkonov.

Spoločný problém všetkých materiálov o vývoji dlhu, oddĺžení a finančnej stabilizácii zdravotníckych zariadení bol, že náklady najväčších fakultných a univerzitných nemocníc nie sú v dostatočnej miere pokryté výnosmi od zdravotných poisťovní. Tieto výnosy dlhodobu nepokrývajú náklady nemocníc na personál, lieky, krv a zdravotnícky materiál. Dlhodobu nepriaznivo na hospodársky výsledok nemocníc vplyva predovšetkým zvyšovanie osobných nákladov. Nemocniciam zvyšujú náklady aj rekonštrukcie a stavebno-technické úpravy investične poddimenzovaných objektov, ako aj náklady na opravu a udržiavanie zastaranej a poruchovej zdravotníckej techniky. Dosiahnutie vyrovnaného hospodárenia a postupná eliminácia zadlžovania nemocníc je možná za predpokladu racionalizácie nákladov a dofinancovania na strane výnosov.

BOX 3: Príklad nekonceptného prístupu pri modernizácii nemocnice

Na chýbajúci strategický prístup ku kľúčovým investíciám poukazuje aj príklad projektu kompletnej rekonštrukcie FNsP F. D. Roosevelta v Banskej Bystrici v hodnote 104,5 mil. eur. Schválený vládou bol v januári 2019 (UV 49/2019) a dostal kladné posúdenie aj od ÚHP. Rekonštrukcia sa podľa plánov mala začať v marci 2020 a mala byť ukončená v polovici roka 2023. Realita po dvoch rokoch od plánovaného začiatku je taká, že rekonštruovať nemocnicu sa ani nezačalo. A to aj napriek víťaznému zhotoviteľovi, ktorý vzišiel z verejného obstarávania. Po nástupe novej vlády došlo k pozastaveniu realizácie projektu (z dôvodu chýbajúcich financií a vypuknutej pandémie), pričom nemocnica nakoniec tesne pred podpisom zmluvy verejné obstarávanie zrušila (z dôvodu chýbajúceho finančného krytia).

Problém pri tomto projekte vznikol už v samotnom zárodku. Tým bolo nekonceptné rozhodnutie o modernizácii nemocnice. MZ SR totiž nedisponovalo žiadnou stratégiou ani koncepciou zameranou na investície do zdravotníckych zariadení a preto nemohlo objektívne posúdiť, či výber práve tejto nemocnice bol ten najsprávnejší. V analýze predloženej na vládu síce boli spomenuté dôvody, prečo je rekonštrukcia potrebná, chýbalo však akékoľvek porovnanie stavu s ostatnými fakultnými nemocnicami i argument, prečo práve táto nemocnica bola vybraná. Ak by existoval zo strany rezortu zdravotníctva strategický materiál venujúci sa investičnému dlhu a potrebe modernizácie jednotlivých nemocníc s finančným harmonogramom a prioritizáciou projektov, došlo by k eliminácii nekonceptných rozhodnutí a v konečnom dôsledku by to zrýchlilo proces modernizácie zdravotníckych zariadení.

Záver a odporúčania

Analýza strategických dokumentov v rezorte zdravotníctva ukázala viacero nedostatkov v tejto oblasti. Týkajú sa procesov tvorby stratégií, dostatočnosti pokrytia niektorých podoblastí strategickými dokumentami, monitoringu ich napĺňania, ale aj reálneho napredovania zdravotníctva popísaného vývojom stanovených ukazovateľov. Zistené skutočnosti v kombinácii s poznatkami z kontrolnej činnosti NKÚ SR indikujú, že MZ SR do veľkej miery rezignovalo na úlohu nositeľa verejnej politiky a regulácie v oblasti zdravotníctva. NKÚ SR preto vidí priestor pre svoju ďalšiu činnosť v tejto oblasti, a to napríklad pri kontrole transparentnosti a efektívnosti riadenia finančných tokov v sektore alebo pri kontrole kvality a plnenia stratégií vybraných podoblastí zdravotníctva. Ako vhodný kandidát sa ukazuje oblasť prevencie, kde je prijatých pomerne veľa strategických dokumentov, no výsledky Slovenska v oblasti prevencie sú veľmi slabé.

V oblasti tvorby stratégií v rezorte zdravotníctva NKÚ SR odporúča prijať nasledovné opatrenia.

- Stanoviť a dodržiavať primeraný pravidelný cyklus tvorby, implementácie, monitoringu a vyhodnocovania stratégie zastrešujúcej celú oblasť zdravotníctva, ako aj čiastkových stratégií pre dôležité podoblasti zdravotníctva.
- Zabezpečiť, aby k prijatým stratégiám boli v pravidelných cykloch prijímané a vyhodnocované konkrétne akčné plány vedúce k napĺňaniu stratégií.
- Definovať vlastníka strategického procesu na MZ SR (útvár v zmysle organizačnej štruktúry).
- Vykonať a zverejniť odpočet plnenia Strategického rámca.
- Zhodnotiť aktuálnosť v súčasnosti platného Strategického rámca a zabezpečiť, aby bolo slovenské zdravotníctvo pokryté aktuálnym strategickým dokumentom.
- V procese tvorby stratégií zohľadňovať existujúce aktuálne analytické materiály (ako napr. Revízia výdavkov na zdravotníctvo).
- Prijatť strategické dokumenty pre oblasti zdravotníctva, ktoré nie sú dostatočne pokryté aktuálnym dokumentom tohto typu, ako napríklad oblasť rozvoja ľudských zdrojov v zdravotníctve, oblasť digitalizácie zdravotníctva a pod.
- Zabezpečiť, aby všetky prijímané stratégie mali dostatočne pokryté nevyhnutné náležitosti, prinajmenšom popis východiskového stavu, definíciu vízie, definíciu strategických aj čiastkových cieľov spĺňajúcich kritériá SMART, definíciu financovania stratégie a stanovenie monitoringu napĺňania prijatej stratégie.
- Akcelerovať reformy tak, aby plnenie dlhodobých cieľov pre vybrané indikátory definované v Strategickom rámci bolo reálne.

Použité zdroje

- [1] Eurostat. Online databázy [\[online\]](#)
- [2] Kolektív autorov (2011); Správa o stave zdravotníctva na Slovensku. Bratislava: Ministerstvo zdravotníctva SR. [\[online\]](#)
- [3] MF SR, IFP (2012). Málo zdravia za veľa peňazí. [\[online\]](#)
- [4] Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky (2021). Stratégia dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republike. [\[online\]](#)
- [5] Ministerstvo zdravotníctva SR (2002). Koncepčný zámer projektu modernizácie systému zdravotníctva. [\[online\]](#)
- [6] Ministerstvo zdravotníctva SR (2003). Informácia o stratégii reformy zdravotníctva (legislatívno-obsahová špecifikácia). [\[online\]](#)
- [7] Ministerstvo zdravotníctva SR (2004). Informácia o koncepcii poskytovania zdravotnej starostlivosti v SR. [\[online\]](#)
- [8] Ministerstvo zdravotníctva SR (2007). Návrh stratégie liekovej politiky do roku 2010. [\[online\]](#)
- [9] Ministerstvo zdravotníctva SR (2008). Strategické ciele eHealth - kľúčový nástroj informatizácie verejnej správy v oblasti zdravotníctva na Slovensku. [\[online\]](#)
- [10] Ministerstvo zdravotníctva SR (2010). Správa o stave zdravotníctva na Slovensku. [\[online\]](#)
- [11] Ministerstvo zdravotníctva SR (2011); Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 - 2030. [\[online\]](#)
- [12] Ministerstvo zdravotníctva SR (2012). Národná stratégia rozvoja zdravotnej starostlivosti o pacientov so zriedkavými chorobami na roky 2012-2013. [\[online\]](#)
- [13] Ministerstvo zdravotníctva SR (2013). Návrh Národnej protidrogovej stratégie Slovenskej republiky na obdobie rokov 2013 - 2020. [\[online\]](#)
- [14] Ministerstvo zdravotníctva SR (2015). Národný akčný plán v prevencii obezity na roky 2015 – 2025. [\[online\]](#)
- [15] Ministerstvo zdravotníctva SR (2017). Návrh finančnej stabilizácie programu zameraného na podporu zlepšovania zdravia obyvateľov marginalizovaných rómskych komunití najmä v 150 obciach identifikovaných v pásme indexu podrozvinutosti prostredníctvom projektu Zdravé komunity na roky 2015 až 2022 a jeho dlhodobej udržateľnosti a vypracovanie Stratégie vyrovnávania rozdielov v zdravotnom stave medzi Rómami a väčšinovou populáciou. [\[online\]](#)
- [16] Ministerstvo zdravotníctva SR (2020). Národná stratégia očkovania proti ochoreniu COVID-19 v podmienkach Slovenskej republiky. [\[online\]](#)
- [17] Ministerstvo zdravotníctva SR (2020). Návrh finančnej stabilizácie zdravotníckych zariadení - nové znenie. [\[online\]](#)
- [18] Ministerstvo zdravotníctva SR (2021). Akčné plány národného onkologického programu. [\[online\]](#)
- [19] Ministerstvo zdravotníctva SR (2021). Investičný plán 2021-2026. [\[online\]](#)
- [20] Ministerstvo zdravotníctva SR (2021). Metodický pokyn o predkladaní žiadostí o súhlas na použitie / poskytnutie finančných prostriedkov na investičné účely. [\[online\]](#)
- [21] Ministerstvo zdravotníctva SR (2021). Národná stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti. [\[online\]](#)
- [22] Ministerstvo zdravotníctva SR, IZP (2015). Správa za rok 2014 o stave plnenia úloh Strategického rámca starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030. [\[online\]](#)

- [23] NKÚ (2020). Strategické oblasti zamerania kontrolnej činnosti NKÚ SR na roky 2021 – 2023. [\[online\]](#)
- [24] NKÚ 2021. PRIORITNÉ OBLASTI ZAMERANIA KONTROLNEJ ČINNOSTI NKÚ SR NA ROK 2022. [\[online\]](#)
- [26] OECD. Online databázy [\[online\]](#)
- [25] OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Slovensko: Zdravotný profil krajiny 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brusel. [\[online\]](#)
- [27] OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death (October 2021 version). [\[online\]](#)
- [28] Pažitný, P., Zajac, R. (2001); Stratégia reformy zdravotníctva – reálnej reformy pre občana. Bratislava: M.E.S.A.10. [\[online\]](#)
- [29] Úrad podpredsedu vlády Slovenskej republiky pre investície a informatizáciu (2017). Metodika a inštitucionálny rámec tvorby verejných stratégií. [\[online\]](#)
- [30] Úrad verejného zdravotníctva SR (2014). Protokol o vode a zdraví. [\[online\]](#)
- [31] Úrad verejného zdravotníctva SR (2017). Akčný plán pre potraviny a výživu na roky 2017 - 2025. [\[online\]](#)
- [32] Úrad verejného zdravotníctva SR (2017). Národný akčný plán pre podporu pohybovej aktivity na roky 2017 – 2020. [\[online\]](#)
- [33] Úrad verejného zdravotníctva SR (2019). Akčný plán pre životné prostredie a zdravie obyvateľov SR (NEHAP V.). [\[online\]](#)
- [34] Úrad verejného zdravotníctva SR (2022). Aktualizácia Národného programu podpory zdravia. [\[online\]](#)
- [35] Úrad verejného zdravotníctva SR (2022). Národný akčný plán pre problémy s alkoholom na roky 2021-2030. [\[online\]](#)
- [36] Úrad verejného zdravotníctva SR (2022). Národný akčný radónový plán Slovenskej republiky 2022 - 2026. [\[online\]](#)
- [37] Úrad verejného zdravotníctva SR (2022). Správa o zdravotnom stave obyvateľstva SR za roky 2015 – 2020. [\[online\]](#)
- [38] Úrad vlády SR (2012). Programové vyhlásenie vlády SR na roky 2012-2016. [\[online\]](#)
- [39] WHO (2013). Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. [\[online\]](#)
- [40] Zachar, D., (2013); Reformné procesy v zdravotníctve – obdobie rokov 2000-2012. Bratislava: INEKO. [\[online\]](#)
- [41] Zajac, R., Pažitný, P., (2000); Slovensko 2000. Súhrnná správa o stave spoločnosti. Bratislava: IVO; samostatná kapitola Zdravotníctvo. [\[online\]](#)
- [42] Zákon 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Prílohy

Príloha 1: Historický vývoj základných stratégií v zdravotníctve

Do tretieho tisícročia priviedla Slovensko pravicovo-ľavicová vláda tvorená politickými stranami SDK/SDKÚ a SDL, ktorej premiérom bol Mikuláš Dzurinda. Rezort zdravotníctva viedol Tibor Šagát. Stav zdravotníctva v tomto období najlepšie charakterizuje skutočnosť, že ministerstvo vyhlásilo „Krizový stav“ a zároveň bola menovacím dekrétom ministerstva konštituovaná „Transformačná rada“. Východisko z tejto situácie malo byť definované v kľúčovom strategickom dokumente **„Transformačné kroky na r. 1999 - 2002 v rezorte zdravotníctva“**⁵⁰⁾, ktorý vláda SR prijala⁵¹⁾ v októbri 1999. Cieľom materiálu bolo vypracovať zásadné kroky v reforme zdravotníctva tak, aby navrhované systémové kroky dlhodobou stabilizovali zdravotnícky systém [40]. Za konečný cieľ zdravotníctva bolo v materiáli označené zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva, k čomu malo slúžiť presunutie ťažiska zdravotnej politiky do troch oblastí, konkrétne:

1. prevencia, podpora a posilňovanie zdravia;
2. primárna starostlivosť a zásadná rekonštrukcia systému ústavnej starostlivosti;
3. optimálne využitie finančných zdrojov a rozvoj viaczdrojového financovania.

V auguste 2000 vláda schválila⁵²⁾ **„Odpočet uskutočnených transformačných krokov v rezorte zdravotníctva za roky 1999 - 2002 (I. vyhodnotenie)“**⁵³⁾, ten už predkladal minister Roman Kováč, keďže medzičasom došlo – aj kvôli zlyhaniu slovenského zdravotníctva v prípade choroby vtedajšieho prezidenta SR Rudolfa Schustera – k výmene na poste ministra zdravotníctva.

Na prelome rokov 2000 a 2001 bol ministerstvom vypracovaný komplexný materiál pod názvom **„Analýza hospodárenia systému zdravotnej starostlivosti a návrh opatrení na zlepšenie hospodárenia a finančnej situácie systému zdravotnej starostlivosti“**⁵⁴⁾, ktorý bol na úrad vlády predložený trikrát (december 2000, marec a apríl 2001), no na rokovanie vlády sa nedostal, pretože zakaždým bol vrátený na prepracovanie⁵⁵⁾.

V júni 2002 bol vládou schválený **„Koncepčný zámer projektu modernizácie systému zdravotníctva“**⁵⁶⁾. Tento dokument podľa predkladacej správy vychádzal z dokumentu „Transformačné kroky na r. 1999-2002 v rezorte zdravotníctva“ a jeho vypracovanie súviselo so zámerom vlády čerpať na modernizáciu rezortu zdravotníctva prostriedky Svetovej banky. V decembri 2002 druhá Dzurindova vláda, v ktorej bol ministrom zdravotníctva Rudolf Zajac, schválila aktualizáciu tohto dokumentu. Cieľom projektu bolo „prispiet’ k realizácii nevyhnutných reformných opatrení, predovšetkým v oblastiach vyžadujúcich veľké investície, a tým k ďalšej modernizácii zdravotníckeho systému Slovenskej republiky“, pričom dokument definoval šesť hlavných oblastí pre podporu:

- a) informatizácia zdravotníctva,
- b) zvýšenie alokatívnej a technickej efektívnosti v systéme zdravotníctva zavedením systémových zmien,
- c) monitorovanie a usmerňovanie verejnej mienky a komunikácia reformy,

⁵⁰⁾ Dokument nie je dostupný.

⁵¹⁾ Zasadnutie vlády SR z 21. októbra 1999.

⁵²⁾ Zasadnutie vlády SR z 23. augusta 2000.

⁵³⁾ Dokument nie je dostupný, z iných zdrojov (napr. [40]) vyplýva, že odpočet bol v pozitívnom význame.

⁵⁴⁾ Dokument nie je dostupný.

⁵⁵⁾ Informácia z kontroly plnenia úloh z vybraných uznesení vlády SR, súvisiacich so zabezpečovaním schváleného štátneho rozpočtu na rok 2001. [online]

⁵⁶⁾ Tento dokument a ďalšie materiály rokovania vlády k tomuto bodu sú dostupné. [online]

- d) zavedenie systému kvality a kontroľingu v zdravotníctve,
- e) vytvorenie systému sociálnej medicíny,
- f) vzdelávanie a manažment riadiacich pracovníkov.

V dokumente sú definované aj ukazovatele merania úspešnosti daného projektu, medzi ktorými je aj zriadenie Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Dokument pomenováva hlavné problémy rezortu (preberá ich zo správy Svetovej banky – Social Sector Policy Review) a popisuje aj širší strategický kontext. K vybraným problémom sú stručne definované riešenia. Hlavnú časť dokumentu tvorí podrobnejší popis vyššie spomenutých šiestich hlavných oblastí, resp. komponentov projektu. Pozitívnu stránkou strategického materiálu je, že v ňom boli popísané aj aspekty týkajúce sa manažmentu, financovania a hodnotenia tohto projektu.

V marci 2003 vláda vzala na vedomie materiál pod názvom **„Informácia o stratégii reformy zdravotníctva (legislatívno-obsahová špecifikácia)”⁵⁷⁾**. Aj keď samotný materiál bol stručný (8 strán), poskytol systematický pohľad na navrhovanú reformu zdravotníctva a obsahoval konkrétne ciele a opatrenia spolu s harmonogramom ich prijímania. Navrhoval také opatrenia, ako napríklad zavedenie poplatkov za návštevy u lekárov, či postupná korporatizácia nemocníc. Dokument súvisel so začiatkom tzv. „Zajacovej reformy“, ktorej východiská boli obsiahnuté ešte pred nástupom Rudolfa Zajaca do funkcie ministra, a to v materiáli **„Stratégia reformy zdravotníctva – reálnej reformy pre občana”⁵⁸⁾**. Skutočnosť, že konkrétna predstava o reforme bola v ucelenej podobe publikovaná ešte pred nástupom nového ministra na jeho post bola síce nezvyčajná, ale efektívna [39], no napriek tomu sa reformu v plnom rozsahu realizovať nepodarilo.

V nadväznosti na Stratégiu reformy zdravotníctva, ktorú vláda vzala na vedomie v marci 2003 schválila vláda v januári 2004 dokument pod názvom **„Konceptia poskytovania zdravotnej starostlivosti v SR”⁵⁹⁾**. Týmto dokumentom MZ SR predstavilo sériu šiestich reformných zákonov, ďalej implementujúcich „Zajacovú reformu“ do praxe.

Vo februári 2004 bol vládou schválený materiál **„Správa o pripravenosti rezortu zdravotníctva na plnenie koncepcie zdravotnej starostlivosti, prijatej vládou SR v decembri 2003”⁶⁰⁾**, ktorého cieľom bolo zistiť, či je reforma zdravotníctva a koncepcia zdravotnej starostlivosti plne v súlade s programovým vyhlásením vlády. V materiáli sa konštatuje, že pripravená reforma zdravotníctva a koncepcia poskytovania zdravotnej starostlivosti (vyššie spomínaná „Zajacová reforma“) sú plne v súlade s programovým vyhlásením vlády a vychádzajú zo siedmich základných princípov:

1. Rovnaká starostlivosť pre rovnakú potrebu
2. Schopnosť platiť
3. Univerzálne pokrytie
4. Ochrana práv pacientov
5. Vymáhanie pravidiel hry
6. Zdravotná starostlivosť je technicky služba a eticky poslanie
7. Zaručenie voľného vstupu licencovaných poskytovateľov na zdravotný trh.

V období ďalších šiestich rokov nebol ministerstvom vydaný žiadny dokument, ktorý by komplexne riešil stratégiu/koncepciu zdravotníckej politiky. V polovicike roka 2006 Dzurindovu vládu vystriedala prvá

⁵⁷⁾ [\[online\]](#)

⁵⁸⁾ [\[online\]](#)

⁵⁹⁾ [\[online\]](#)

⁶⁰⁾ [\[online\]](#)

Ficová vláda a na post ministra zdravotníctva nastúpil Ivan Valentovič. Ľavicová vláda mala na zdravotníctvo iný pohľad a viaceré aspekty „Zajacovej reformy“ sa postupne rušili. Došlo napríklad k zrušeniu niektorých minulou vládou zavedených poplatkov, zastavila sa transformácia štátnych zdravotníckych zariadení na akciové spoločnosti a taktiež došlo k zákazu zisku zdravotných poisťovní, čo však neskôr Ústavný súd zrušil. Čo sa týka koncepčných materiálov, napríklad v januári 2008, bol vládou schválený materiál „Konceptia Štátnej politiky zdravia Slovenskej republiky“⁶¹⁾, no ten riešil skôr oblasť verejného zdravia (prevencia, zdravotný stav obyvateľstva a pod.), nie zdravotníctvo ako celok.

Ku koncu funkčného obdobia prvej Ficovej vlády bol v júni 2010 ministerstvom zverejnený dokument „Záverečný odpočet programového vyhlásenia vlády SR na podmienky rezortu zdravotníctva“⁶²⁾, kde sa konštatuje splnenie takmer všetkých úloh, ktoré si vláda v oblasti zdravotníctva dala.

V polovici roka 2010 prevzala riadenie štátu Radičovej vláda, v ktorej rezortu zdravotníctva šéfoval Ivan Uhliarik. Necelý rok na to vydalo ministerstvo publikáciu „**Správa o stave zdravotníctva na Slovensku**“⁶³⁾ Ide o rozsiahly dokument, z pohľadu rozsahu a komplexnosti jedinečný. Podieľalo sa na ňom 22 autorov, ktorí na takmer 250 stranách podávajú podrobný popis stavu zdravotníctva od demografie a chorobnosti, cez legislatívne prostredie, popis systému a hlavných aktérov zdravotníctva na Slovensku, ľudské zdroje a financovanie, až po identifikáciu kľúčových výziev slovenského zdravotníctva v stredno- a dlhodobom horizonte. Cieľom dokumentu bolo „*sumarizovať a analyzovať aktuálne informácie o slovenskom zdravotníctve ako podklad pre tvorbu zodpovednej zdravotnej politiky, koncepcií a stratégií rozvoja*“ ([2], s. 6). Z rozsiahleho materiálu vyberáme.

- Dokument spomína absenciu životaschopného globálneho národného programu na podporu zdravia „*V našej spoločnosti viazne dialóg o systémovej koncepcii zdravotnej politiky a tým aj celoštátnych preventívnych programoch*“ ([2], s. 24)
- V oblasti legislatívy autori kriticky píšú o „*neustále meniacich sa prioritách a smeroch jednotlivých vládnych garnitúr v pôsobnosti zdravotníctva*“ ([2], s. 88)
- V oblastiach, ktoré presahujú zdravotníctvo a preto si vyžadujú medzirezortnú spoluprácu dokument konštatuje, že „*nevhodná delba kompetencií a chýbajúca koordinácia medzi rezortmi zdravotníctva a sociálnych vecí predstavuje prekážku efektívneho riešenia problematiky dlhodobej a sociálno-zdravotnej problematiky.*“ A v ďalšej časti je uvedené, že „*Kompetenčné spory sú pre rozhranie zdravotníctvo/školsťvo typické desiatky rokov, najvypuklejšie sa prejavujú v štátnych univerzitných a fakultných nemocniciach*“ ([2], s. 94)
- Dokument preberá výsledky analýzy (Sanigest International – Hodnotenie nemocníc Slovensko 2004), a poukazuje na to, že „*zdravotnícka infraštruktúra nemocníc je z technického, z ekonomického a tiež z prevádzkového hľadiska nevyhovujúca, navyše zastaraná*“ ([2], s. 111).
- V časti popisujúcej stav ľudských zdrojov sa upozorňuje na negatívny trend starnutia tak lekárov ako aj sestier ([2], s. 166, 170), ako aj na problémy so zabezpečovaním dostupnosti zdravotnej starostlivosti v niektorých regiónoch, v dôsledku migrácie zdravotníckych pracovníkov a nepriaznivým demografickým vývojom. ([2], s. 186). V závere kapitoly sa konštatuje, že „*Počet absolventov ... nie je postačujúci na pokrytie chýbajúceho počtu zdravotníckych pracovníkov*“ a spomína sa aj „*akútna potreba zvýšenia mzdového ohodnotenia zdravotníckych pracovníkov*“ ([2], s. 191)

⁶¹⁾ [online]

⁶²⁾ [online]

⁶³⁾ [online]

- V záverečnej kapitole sú sumarizované mnohé silné a slabé stránky slovenského zdravotníctva. V úplnom závere je konštatované „*podstatné zlepšenie zdravotného stavu slovenskej populácie v posledných 10 rokoch*“, ako silná stránka je spomenutá výborná dostupnosť neodkladnej a ambulantnej starostlivosti a dostupnosť a spektrum liekov. Prioritnými výzvami podľa autorov bolo päť oblastí ([2], s. 229):
 - rozsah a štruktúra financovania zdravotnej starostlivosti,
 - nedostatočné investície do infraštruktúry (najmä nemocníc),
 - oslabené postavenie všeobecného lekára,
 - definovanie vízie univerzitných nemocníc ako centier excelentnosti,
 - starostlivosť o dlhodobo chorých, imobilných a geriatrických pacientov.

Medzi kľúčovými hrozbami bola spomenutá migrácia mladých lekárov a sestier do zahraničia, či pretrvávanie neefektívnych systémov riadenia v segmente nemocníc.

Napriek komplexnému spracovaniu a ambícii dokumentu poskytnúť „*rozsiahly podkladový materiál pre návrh koncepčných riešení pre slovenské zdravotníctvo v strednodobom a dlhodobom horizonte*“ ([2], s. 229), nie je zrejmé, žeby sa tento dokument reálne pretavil do ďalších reforiem zdravotníctva. S vysokou pravdepodobnosťou to súvisí s politickou nestabilitou, ktorá necelý rok po zverejnení tohto materiálu vyústila do pádu Radičovej vlády.

Ďalší pokus o komplexné, koncepčné uchopenie zdravotníctva prišiel na konci roku 2013, kedy ministerstvo pod vedením Zuzany Zvolenskej predložilo a vládou následne bol prijatý „**Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030**“⁶⁴⁾. Tento materiál je platný do súčasnosti a podrobnejšie sa mu venujeme v hlavnom texte dokumentu.

⁶⁴⁾ [\[online\]](#)

Príloha 2: Bližšie nehodnotené materiály poskytnuté MZ SR

Názov	rok	link	dôvod nezahrnutia do zoznamu hodnotených materiálov
Informácia o realizácii protidrogovej politiky v Slovenskej republike v rokoch 2017 – 2018 v súlade s Národnou protidrogovou stratégiou Slovenskej republiky na obdobie rokov 2013 – 2020	2019	tu	nejde o strategický materiál, ale o monitorovaciu správu
Informácia o realizácii protidrogovej politiky v Slovenskej republike v rokoch 2017 – 2018 v súlade s Národnou protidrogovou stratégiou Slovenskej republiky na obdobie rokov 2013 – 2020	2015	tu	nejde o strategický materiál, ale o monitorovaciu správu
Návrh zámeru prípravy koncepcie zlúčenia zdravotných poisťovní Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s. a Spoločná zdravotná poisťovňa, a. s.	2009	tu	časovo neaktuálne
Koncepcia systému riešenia vonkajšej a vnútornej zadĺženosti zdravotníckych zariadení v strednodobom horizonte – nové znenie	2008	tu	časovo neaktuálne
Koncepcia v odbore hygiena detí a mládeže	2008	tu	ide o koncepciu odboru ako organizačnej zložky, nejde teda o strategický dokument v zmysle tejto analýzy
Koncepcia tvorby štandardných diagnostických a liečebných postupov	2008	tu	metodický dokument, charakterovo nejde o strategické dokumenty v zmysle tejto analýzy
Koncepcia tvorby katalógu/zoznamu zdravotných výkonov	2008	tu	metodický dokument, charakterovo nejde o strategické dokumenty v zmysle tejto analýzy
Strategické ciele eHealth – kľúčový nástroj informatizácie verejnej správy v oblasti zdravotníctva na Slovensku	2008	tu	časovo neaktuálny dokument
Návrh stratégie liekovej politiky do roku 2010	2007	tu	časovo neaktuálny dokument
Implementácia Európskej stratégie starostlivosti o deti a dorast	2007	tu	časovo neaktuálny dokument
Informácia o stratégii imunizácie pre nasledujúce obdobie	2006	tu	časovo neaktuálny dokument
Návrh koncepcie sociálnej a dlhodobej starostlivosti	2004	tu	časovo neaktuálny dokument; dlhodobá starostlivosť je riešená stratégiou z 2021
Informácia vo veci koncepcie poskytovania zdravotnej starostlivosti v Košickom kraji	2003	tu	časovo neaktuálny dokument
Koncepcia poskytovania zdravotnej starostlivosti v Bratislavskom kraji	2003	tu	časovo neaktuálny dokument
Informácia o stratégii reformy zdravotníctva (legislatívno-obsahová špecifikácia)	2003	tu	časovo neaktuálny dokument, navyše ide o top-level stratégiu
Informácia vo veci koncepcie nových právnych foriem vzťahu medzi štátom a poskytovateľmi verejných služieb	2002	tu	časovo neaktuálny dokument

Príloha 3: Ukazovatele definované v Strategickom rámci

Premenná	Jednotka (Premenná)	SK14	SK19	OECD AVG 14	OECD AVG 19	Cieľový stav 2030	Poznámka	zlepšenie/ zhoršenie stavu	1/3 v 2019	dosiahnutý čiastkový cieľ 2019
Zdravé roky života pri narodení	roky (Muži)	55,5	56	61,1**	64,2**	63	**krajiny EÚ 27	↑	58,0	✗
	roky (Ženy)	54,6	56,3	61,4**	65,1**	63	**krajiny EÚ 27	↑	57,4	✗
Očakávaná dĺžka života pri narodení	roky (Muži)	73,3	73,5*	77,5	77,6*	77,6	*2020	↑	74,7	✗
	roky (Ženy)	80,5	80,4*	83	83,1*	83	*2020	↓	81,3	✗
Potenciálny počet rokov kratšej dĺžky života - všetky príčiny	Stratené roky na 100 000 ob. (Muži)	9071,8	N/A	6382	N/A	4 500,00			7547,9	
	Stratené roky na 100 000 ob. (Ženy)	3991,3	N/A	3266	N/A	2 400,00			3460,9	
Príčiny úmrtnosti – všetky príčiny smrti	Počet úmrtí na 100 000 ob. (ročná báza)	1354	1309	1119	1106	840,2	*2018 údaje za EÚ 27	↑	1182,7	✗
Príčiny úmrtnosti – Úmrtnosť odvrátiteľná zdravotnou starostlivosťou	Počet úmrtí na 100 000 ob. (ročná báza)	170,9	165,3	113	108	120	*2018 údaje za EÚ 27	↑	153,9	✗
Príčiny úmrtnosti – Ochorenia srdcovo-cievnej sústavy	Počet úmrtí na 100 000 ob. (ročná báza)	493,5	N/A	289	272,2*	328	*2016		438,3	
Príčiny úmrtnosti – Nádory	Počet úmrtí na 100 000 ob. (ročná báza)	260,3	N/A	207,3	201,3*	187,2	*2016		235,9	
Spotreba alkoholu	Litre na osobu, 15+ (ročná báza)	10,1	9,9	8,8	8,7	8,9	*SK 2020	↑	9,7	✗
Spotreba tabaku	% denných fajčiarov 15+ (ročná báza)	22,9	21	19,3	16,7	17,3		↑	21,0	✓
Miera obezity populácie	% obéznych z celej populácie (ročná báza)	16,3	19,4	17,1	18,2	15,8		↓	16,1	✗
Imunizácia: Záškrt, tetanus, čierny kašeľ	% zaočkovaných detí	96,8	96,5*	95	94,8*	99	*2018	↓	97,5	✗
Imunizácia: Osýpky	% zaočkovaných detí	97	96*	94,8	94,8*	98	*2018	↓	97,3	✗
Imunizácia: Hepatitída B	% zaočkovaných detí	97	97*	90,6	91*	99	*2018	-	97,7	✗
Imunizácia: Chrípka	% obyvateľov nad 65 rokov	14,1	11,5	42,7	44,8	52,2		↓	26,8	✗
Mamografia, programové dáta	% vyšetrených žien vo veku 50 – 69	30,1	31	59,2	58,4	54,1		↑	38,1	✗

Rakovina krčka maternice, programové dáta	% vyšetrených žien vo veku 20 – 69	46,9	46,1	59,6	58	50,6		↓	48,1	✗
Priemerný vek všeobecných lekárov	vek	53,9	59 (VLD) 61 (VLDD)	N/A	N/A	40		↓	49,3	✗
Pacienti odoslaní na vyšetrenie na vyšších úrovniach zdravotnej starostlivosti	% návštev pacientov odoslaných na vyššiu úroveň zdravotnej starostlivosti	13%	13%	N/A	N/A	30%		-	18,7%	✗
Návštevy u lekára	počet na osobu	11,2	11,1	6,9	6,8	6,4		↑	9,6	✗
Počet implementovaných klinických odporúčaní v praxi	% pacientov v ambulantnej starostlivosti liečených podľa klinických odporúčaní	N/A	48,7%	N/A	N/A	50%				✓
Celkové výdavky na farmaceutické produkty a zdravotnícke pomôcky	% z celkových výdavkov na zdravie	27	24,4	16,3	15,1	20		↑	24,7	✓
Spotreba liekov – Antibiotiká ATC skupina J	doporučená denná dávka	22,1	20,8	23	22,2	17,2		↑	20,5	✗
Prístup k zdravotnej starostlivosti – Finančný prístup	podiel z celkových výdavkov v zdravotníctve v % (súkromné výdavky)	18	19,2	20,6	20,2	20		↑	18,7	✓
Pacienti, ktorí absolvovali preventívnu prehliadku	podiel pacientov v %	32	20%	N/A	N/A	60		↓	41,3	✗
Ukončené hospitalizácie – Všetky príčiny	Na 100 000 ob.	19 427,4	18 914	15 252,7	14 309,8	15 000		↑	17951,6	✗
Ukončené hospitalizácie – Choroby obehovej sústavy	Na 100 000 ob.	2 947,8	2 625,8	1 933,3	1 829	1 800		↑	2565,2	✗
Celkovo nemocničných lôžok	Počet na 1 000 ob.	5,79	5,76	4,6	4,4	3,5		↑	5,0	✗
Lôžka – Akútna starostlivosť	Počet na 1 000 ob.	4,92	4,85	3,7	3,5	2,5		↑	4,1	✗
Obložnosť lôžok akútnej starostlivosti	% z disponibilných lôžok	68,9	65,9	76,1	76,6	85		↓	74,3	✗

Priemerný vek nemocničných budov - nevyhovujúci indikátor	Roky	N/A	N/A	N/A	N/A	25				
Priemerná dĺžka hospitalizácie – všetky príčiny	Dni	7,4	7,1	7,2	7,4	5,8		↑	6,9	✗
Priemerná dĺžka hospitalizácie – akútna starostlivosť	Dni	7	6,6	6,6	6,6	5		↑	7,7	✗
Počet implementovaných klinických odporúčaní v praxi	% pacientov v ústavnej starostlivosti liečených podľa klinických odporúčaní	0	37%	N/A	N/A	30	*SK 14 pôvodný údaj zo stratégie	↑	10,0	✓
Počet UN zapojených do výskumných programov spolu s univerzitami, SAV, zahraničnými fakultnými nemocnicami a súkromnými subjektmi	Počet	1	2	N/A	N/A	3	*2020	↑	1,7	✓
Operatívny zisk nemocníc	Milión EUR	-116	-52	N/A	N/A	120	*SK 14 pôvodný údaj zo stratégie	↑	-37,3	✗
Pripojených PZS do Národného zdravotníckeho IS - neaktuálny indikátor	%	0	18 771	N/A	N/A	99				
Elektronické zdravotné knižky občanov	%	0	99	N/A	N/A	99		↑	33,0	✓
Počet zápisov do elektronickej zdravotnej knižky	Miliónov ročne	0	154	N/A	N/A	350		↑	116,7	✓
Počet položiek na e-receptoch - neaktuálny indikátor	Miliónov ročne	0	61	N/A	N/A	215			71,7	
Návštevy Národného zdravotného portálu	Mesačný počet návštev v tisícoch	0	83	N/A	N/A	2300		↑	766,7	✗