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

**Informácia a hodnotenie dokumentu na XXIX.
sneme SLK 19.-20.9. 2014 ŽILINA Holliday Inn**

Odporúčania Rady Európy, ktoré sa týkajú národného programu reforiem Slovenska na rok 2013 a ktorým sa predkladá stanovisko Rady k programu stability Slovenska na roky 2012 – 2016

- V reakcii na požiadavky zmluvy o stabilite, koordinácii a správe Slovensko v novembri 2013 zaviedlo pravidlo vyrovnaného rozpočtu. Rozpočtový rámec je však oslabený chýbajúcimi rozpočtovými stropmi. Aj keď sa ich zavedenie predpokladalo v programe stability na rok 2013, záväzok sa doposiaľ nesplnil. Pokiaľ ide o udržateľnosť verejných financií, Slovensko zostáva krajinou so stredným rizikom a predpokladá sa, že výdavky na zdravotnú starostlivosť budú hlavnou hybnou silo rastu nákladov súvisiacich so starnutím obyvateľstva., ktorý predstavuje 2 % HDP, čo je druhý najvyšší predpokladaný rast výdavkov na zdravotnú starostlivosť zo všetkých členských štátov EÚ. Problémy pretrvávajú hlavne v oblasti nemocničnej starostlivosti a primárnej starostlivosti. Vláda v decembri 2013 prijala strategický rámec v oblasti zdravia na rok 2014 – 2030 na zlepšenie nákladovej účinnosti. Stratégia si teraz vyžaduje podrobné vykonávacie plány.

Implementačná stratégia - systém integrovaného poskytovania zdravotnej starostlivosti

- Zdravá populácia je kľúčom k rastu spoločnosti. Zdravotný stav ovplyvňuje ekonomický rast zvýšením produktivity pracovníkov, zvýšením úspor počas života jednotlivca, čo zlepšuje vzdelanie a podporuje zahraničné priame investície. Každý ďalší rok predĺženia očakávanej dĺžky života zvyšuje ekonomický výkon o 4%, dokonca aj po korekcii na pracovnú prax a vzdelanie.⁵
- BLOOM, D., CANNING, D., and JAMISON, D.T.: *Health, Wealth and Welfare*. Finance and Development, 2004 (March)

Zlyhanie nákladovej účinnosti slovenského zdravotníctva

- Existujú dva hlavné dôvody, prečo sa súčasnému systému zdravotnej starostlivosti nepodarilo prispieť účinne k zlepšeniu zdravotného stavu:
- 1. nedostatok účinného manažmentu chronických ochorení hlavne v primárnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti;
- 2. nadrozmerný, neefektívny a neudržateľný akútny sektor nemocničných zariadení, ktorý odčerpáva zdroje z miesta, kde to je najviac potrebné - sektor primárnej zdravotnej starostlivosti a investícií v oblasti verejného zdravia.

Fragmentácia ambulantej starostlivosti

- **Tabuľka 1:** na Slovensku napr. pacienti s diabetom 2. typu sa v súčasnosti odporúča navštíviť každoročne 6 rôznych odborníkov

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

Fragmentácia ambulatnej starostlivosti

- Ďalším indikátorom neefektívnosti v systéme primárnej zdravotnej starostlivosti je to, že priemerný počet návštev slovenských pacientov u lekára za rok je takmer dvakrát vyšší (11,3) v porovnaní s priemerom OECD (6,4). Jedným z dôvodov tohto javu je aj zlá integrácia poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorá sa prejavuje vysokou mierou fragmentácie prevažne primárnych poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na území Slovenska (v 620 územných jednotkách - obce - je 1290 kontaktných miest⁸ s celkovým počtom 2780 praktických lekárov pre dospelých a 1251 pediatrov v 783 kontaktných miestach)

Fragmentácia ambulancnej starostlivosti

- Ďalším dôvodom je aj vysoká návštevnosť špecializovaných ambulancií, čo naznačuje nedostatočnú starostlivosť o pacienta v primárnom kontakte. Viac ako 80 % pacientov s chronickými ochoreniami sú odporúčaní z primárneho kontaktu všeobecným lekárom do špecializovaných ambulancií a k nemocničným špecialistom. To je v ostrom nepomere s údajmi z iných krajín, kde sa kladie vyšší dôraz na primárny kontakt a väčšiu integráciu poskytovateľov v primárnom kontakte ako aj ich spolupráca a vytváranie spoločných tímov.

Fragmentácia nemocničnej starostlivosti

- Počet hospitalizácií na 100 000 obyvateľov na Slovensku je 21 196 v porovnaní s OECD v priemere 16 555 v priemere takmer o 30 % vyšší). Tento fakt spolu s absenciou platobného mechanizmu DRG, spôsobuje značné nedostatky v akútnom nemocničnom sektore, čo má za následok výrazne vysoké priame a nepriame zadĺženie okresných ako aj krajských nemocníc.⁷

Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030 – čo sa očakáva

- **Primárna ambulantná zdravotná starostlivosť by mala byť hlavným cieľom zlepšenia systému zdravotnej starostlivosti**
- **Implementovanie koncepcie integrovaného modelu primárnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (ďalej aj ako Integrovaná zdravotná starostlivosť) s prioritným zameraním na odbory všeobecného lekára pre dospelých, všeobecného lekára pre deti a dorast a gynekológa ako lekárov prvého kontaktu (tzv. „gatekeeping“) ako aj ošetrovatelstvo na základe koncentrácie ich činností do centier integrovanej starostlivosti;**
- **Tvorba nových postupov v oblasti liečby a prevencie, posilnením a rozšírením kompetencií všeobecnej ambulantnej a ošetrovateľskej starostlivosti.**

Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030 čo sa očakáva

- **Zlepšenie výkonnosti a s ňou aj zlepšenie prevádzkovej a ekonomickej udržateľnosti systému zdravotnej starostlivosti**
- **Na regionálnej úrovni budú vysokošpecializované zariadenia akútnej starostlivosti, a na miestnej úrovni komunitne orientované zariadenia pre chronických chorých pacientov (rehabilitačná starostlivosť podporená s primárnou opatrovateľskou službou).**

Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030 čo sa očakáva

- **Implementovať medicínske preventívne programy v predchádzaní prenosných a neprenosných ochorení prostredníctvom spolupráce s ostatnými zložkami poskytovania zdravotnej starostlivosti a inštitúciami verejného zdravotníctva.**

Priority strategického rámca

- **Implementácia konceptu integrovaného modelu starostlivosti o zdravie**
- **Kontinuálne zabezpečenie vzdelávania praktických lekárov** prostredníctvom rezidentského programu hlavne v regiónoch, kde je nedostatok praktických lekárov alebo kde je ich vysoký priemerný vek lekárov (a hroziaci odchod do dôchodku).

Priority strategického rámca

- **Zlepšiť preventívne lekárske programy**
- **Prostredníctvom reforiem integrovanej zdravotnej starostlivosti zabezpečiť aj dlhodobejšie potreby starnúceho obyvateľstva**
- **Racionalizácia nemocničného sektora** sa zabezpečí cez integrovaný prístup v „ceste pacienta“ cez systém zdravotnej starostlivosti, pričom všetky procesy musia byť nastavené od základov (centrá primárnej starostlivosti) až po vrchol pyramídy (vysokošpecializované centrá na liečbu akútnych stavov, resp. centrá excelentnosti).

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

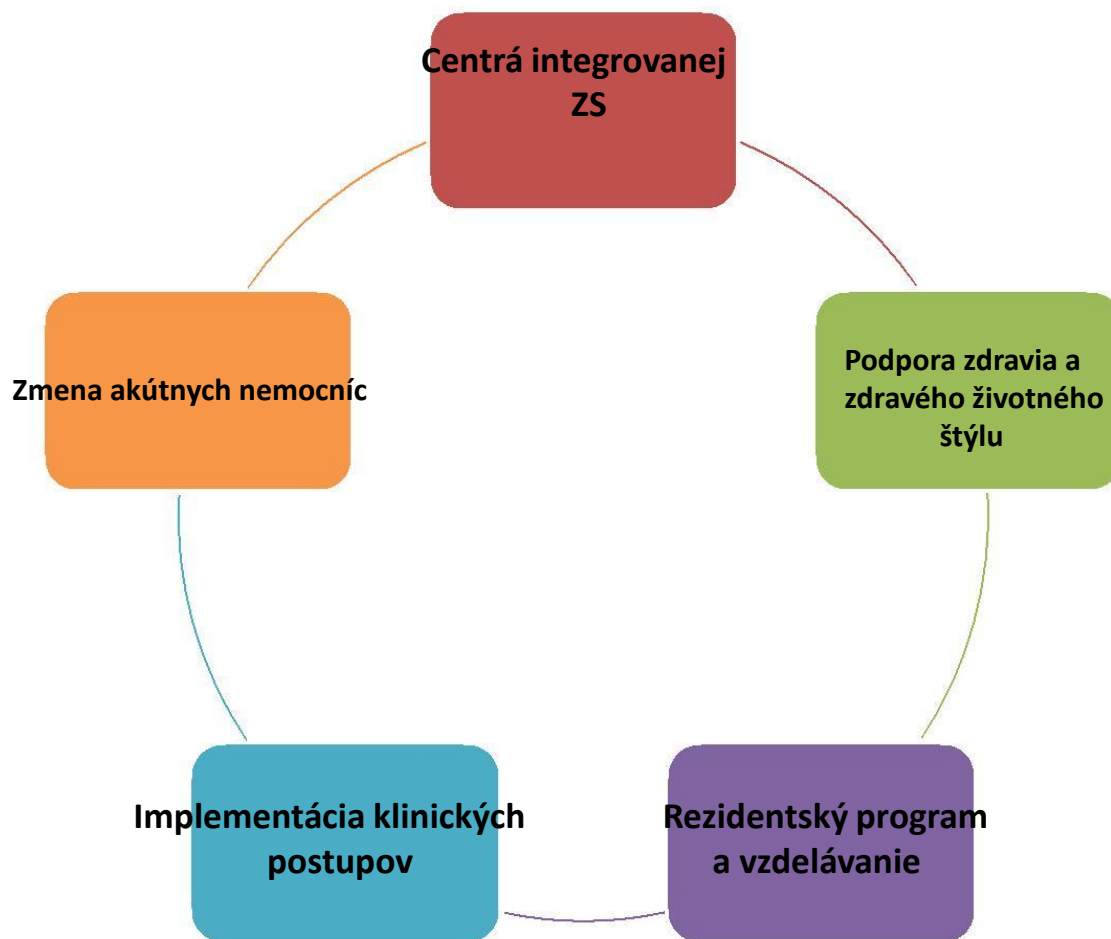
- Schválením strategického rámca pre roky 2014-2030, Slovenská vláda urobila ďalší významný krok v deklarovaní svojej politickej podpory pre reformy, ktoré sa majú prijať v systéme zdravotnej starostlivosti. Navyše, súčasná právna úprava zdravotnej starostlivosti plne umožňuje vykonávať všetky navrhované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



Strategické ciele

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

Strategické ciele



Strategické ciele

- Všetkých týchto päť opatrení je vzájomne prepojených, a to konkrétne centrá integrovanej zdravotnej primárnej starostlivosti s regionálnymi akútnymi nemocničnými centrami prostredníctvom implementácie štandardizovanej starostlivosti, klinických odporúčaní a postupov pre prevenciu, dostupnosť a zlepšenie účinnosti v liečbe pacientov a prepojenie so vzdelaním klinického personálu na zabezpečenie zavádzania nových procesov. Rezidentný program je dôležitým opatrením národnej stratégie, ktorá je zameraná predovšetkým na praktických lekárov, t.j. kontaktný bod v integrovaných centrách primárnej zdravotnej starostlivosti.

Strategické ciele

Problémová oblasť	Ukazovateľ	Merná jednotka	Súčasný stav	Cieľový stav	Cieľový dátum
Vysoký priemerný vek VLD	Priemerný vek	roky	53,0	40	do 2030
Pacienti odoslaní na vyššie úrovne starostlivosti	% návštev pacientov odoslaných na vyššiu úroveň	%	80%	30%	do 2030
Návštevy u lekára	Počet návštev na lekára	Počet návštev	11,3	6,4	do 2030
Vysoká rozdrobenosť VLD	Počet VLD na jedno kontaktné miesto	Počet VLD	1,63	10	do 2030
Priveľa akútnych lôžok	Počet akútnych lôžok na 1000 obyvateľov	Počet lôžok	4,7	2,5	do 2030
Využitie kapacít	Obložnosť	%	66,5	85%	do 2030
Priemerná dĺžka hospitalizácie	Skrátenie doby hospitalizácie	Počet dní	5,5	5	do 2030

Strategické ciele

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

Strategické ciele

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

Integrované centrá zdravotnej starostlivosti (ICZS)

- Integrované centrá zdravotnej starostlivosti (ďalej ICZS) vytvárajú najvhodnejší priestor pre prepájanie primárnej zdravotnej starostlivosti ako aj sociálnych služieb na komunitnej úrovni pre občanov daných lokalít. Vychádzajúc zo Zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách existuje viacero druhov sociálnych služieb, ktoré by mali byť súčasťou ICZS.
- Podobne ako aj v zdravotnej starostlivosti, tak aj v sociálnych službách je vysoká miera fragmentácie poskytovateľov a nedostatočné sieťovanie medzi jednotlivými sociálnymi službami, ale aj medzi sociálnymi službami a zdravotnou starostlivosťou

Integrované centrá zdravotnej starostlivosti (ICZS)

- Poskytovanie sociálnych služieb v ICZS bude zabezpečované v súlade so zákonom o sociálnych službách. Toto predpokladá podrobné rokovania so verejnými a neverejnými zriadovateľmi a poskytovateľmi sociálnych služieb v konkrétnych regiónoch a podrobnú analýzu potrieb vychádzajúcu z koncepčných materiálov samosprávy a dostupnosti jednotlivých sociálnych služieb.

Aké služby by malo poskytovať ICZS:

- Lekársku prax všeobecného lekára pre dospelých a pre deti, gynekológia a stomatológia;
- Služby ADOS koordinované centrami
- Odberové pracovisko s oddelenou infekčnou a neinfekčnou časťou
- Zariadenie pre pravidelné služby poskytujúce zdravotníckym pracovníkom, ako sú fyzioterapeuti, dietetická poradňa, pediatria, pracovné lekárstvo, geriatria, psychológia a služby súvisiace s duševným zdravím a programy podpory zdravia • Poradenstvo a izby pre návštevy lekárskeho špecialistov (konzíliá);

Aké služby by malo poskytovať ICZS:

Zdravotné služby

- Zariadenie pre prax zdravotných sestier a rezidentov (veľké centrá)
- Zariadenie pre pravidelný screening chronických chorôb - prevencia
- Fakultatívne možnosť zastrešovania LSPP (lekárska služba prvej pomoci)
- Väzby na kľúčové prvky miestneho zdravotného systému, ako sú nemocnice, komunitné zdravotnícke služby, ŠAS, call centrá – telefonické poradenstvo

Aké služby by malo poskytovať ICZS:

Zdravotné služby

- Poradne zdravia – s cieľom zlepšenia zdravotného stavu obyvateľstva a predchádzanie chronickým neinfekčným (civilizačným) ochoreniam – zvýšiť záujem obyvateľov o vlastné zdravie a prevenciu, (napr. prevencia obezity, srdcových ochorení, podpora zdravej výživy, fyzickej aktivity, psychického zdravia, odvykanie od fajčenia, a pod.)
- Lekáreň

Aké služby by malo poskytovať ICZS:

Sociálne služby

- V rámci sociálnej starostlivosti poskytovanej v ICZS musíme rozlišovať služby, ktoré sú obligatórne a nevyhnutné pre základnú starostlivosť a podporu občanov, ktorí sa dostanú do nepriaznivej sociálnej situácie a sú identifikovaní v primárnej zdravotnej starostlivosti.
- Zároveň sa budú v ICZS môcť poskytovať aj fakultatívne a špecializované sociálne služby, ktoré budú vychádzať z regionálnych potrieb komunit, kde sa budú jednotlivé ICZS nachádzať. V rámci tejto skupiny pojde primárne o ambulatné služby.
- Tretiu skupinu sociálnych služieb budú tvoriť základne pre poskytovanie vybraných terénnych sociálnych služieb. Vytvorenie tejto skupiny služieb v konkrétnych ICZS bude tiež vychádzať z regionálnych potrieb jednotlivých komunit. Väčšina navrhovaných sociálnych služieb, ktoré môžu byť poskytované v ICZS patrí v rámci Slovenskej republiky medzi nedostatkové.

Aké služby by malo poskytovať ICZS: Obligatórne sociálne služby

- **Sociálne poradenstvo**
- **Sociálna rehabilitácia**
- **Preventívna aktivita**

Aké služby by malo poskytovať ICZS:

Fakultatívne sociálne služby

- Služby včasnej intervencie pre deti do 7 rokov
- Rehabilitačné stredisko
- Denné centrum
- Denný stacionár
- Monitorovanie a signalizácia pomoci
- Požičiavanie pomôcok

- Základňa pre terénne sociálne služby
- Terénna sociálna služba krízovej intervencie
- Domáca opatrovateľská služba
- Prepravná služba
- Podpora samostatného bývania
- Monitoring sociálno-ekonomických potrieb zdravotne a sociálne ohrozených skupín
- Ochrana verejného zdravia (spolupráca s lekármi primárneho kontaktu pri zabezpečení očkovania detí a dospelých, preventívne prehliadky, spolupráca pri riešení mimoriadnych udalostí – napr. epidémie infekčných chorôb a pod.)

Pilotný projekt Trenčiansky samosprávny kraj

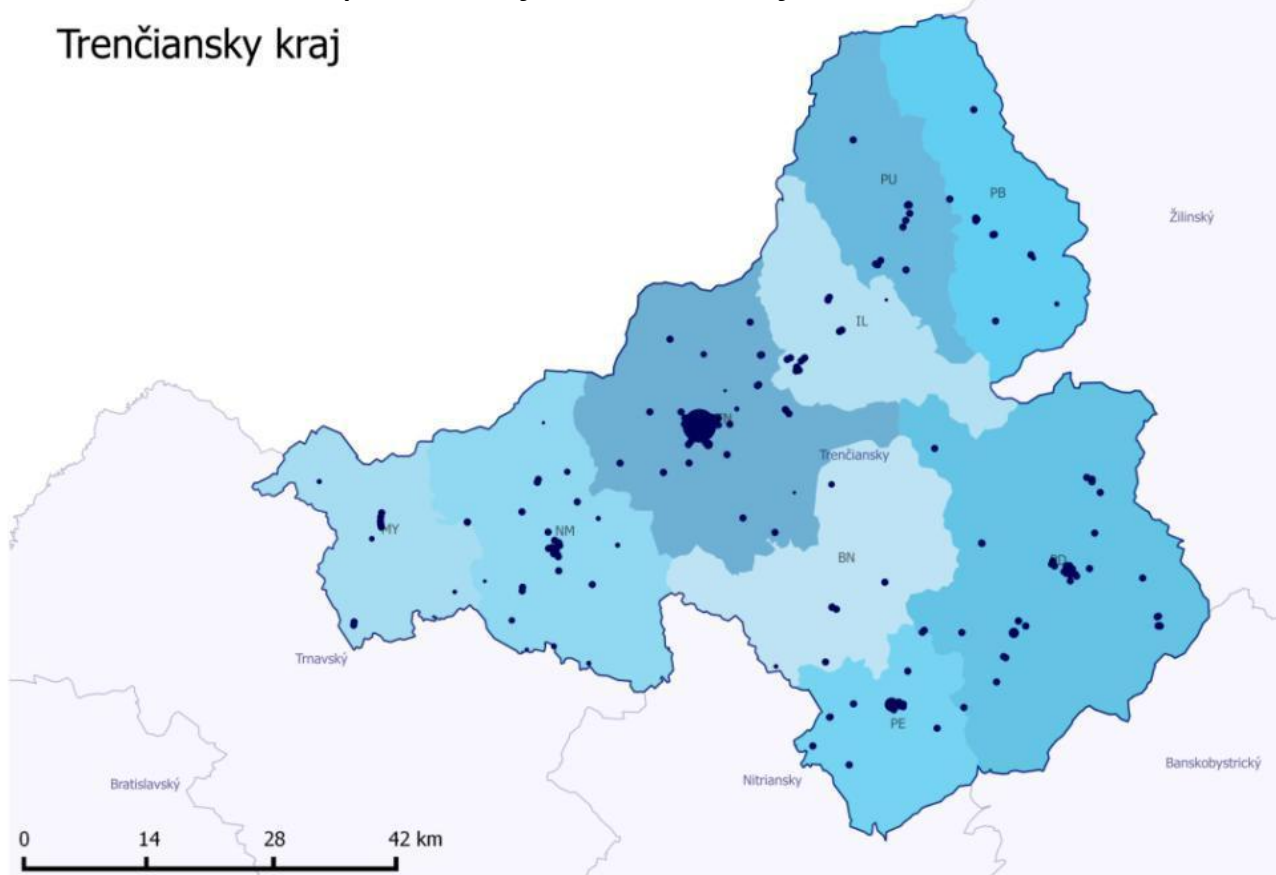
- Všeobecnú ambulantnú zdravotnú starostlivosť v kraji poskytuje **389 poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti**. Z tohto počtu je **256 všeobecných lekárov pre dospelých** a **133 všeobecných lekárov pre deti a dorast**.
Dlhodobým problémom je starnutie všeobecných lekárov. Priemerný vek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

Pilotný projekt Trenčiansky samosprávny kraj

- **Kritéria tvorby Integračných centier ZS**
- regionálna dostupnosť;
- súčasná koncentrácia poskytovateľov primárnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti;
- požiadavky miest (poskytovania);
- prevaha rekonštrukcie súčasných miest vs nová výstavba;
- vlastnícke vzťahy súčasných miest (poskytovania).

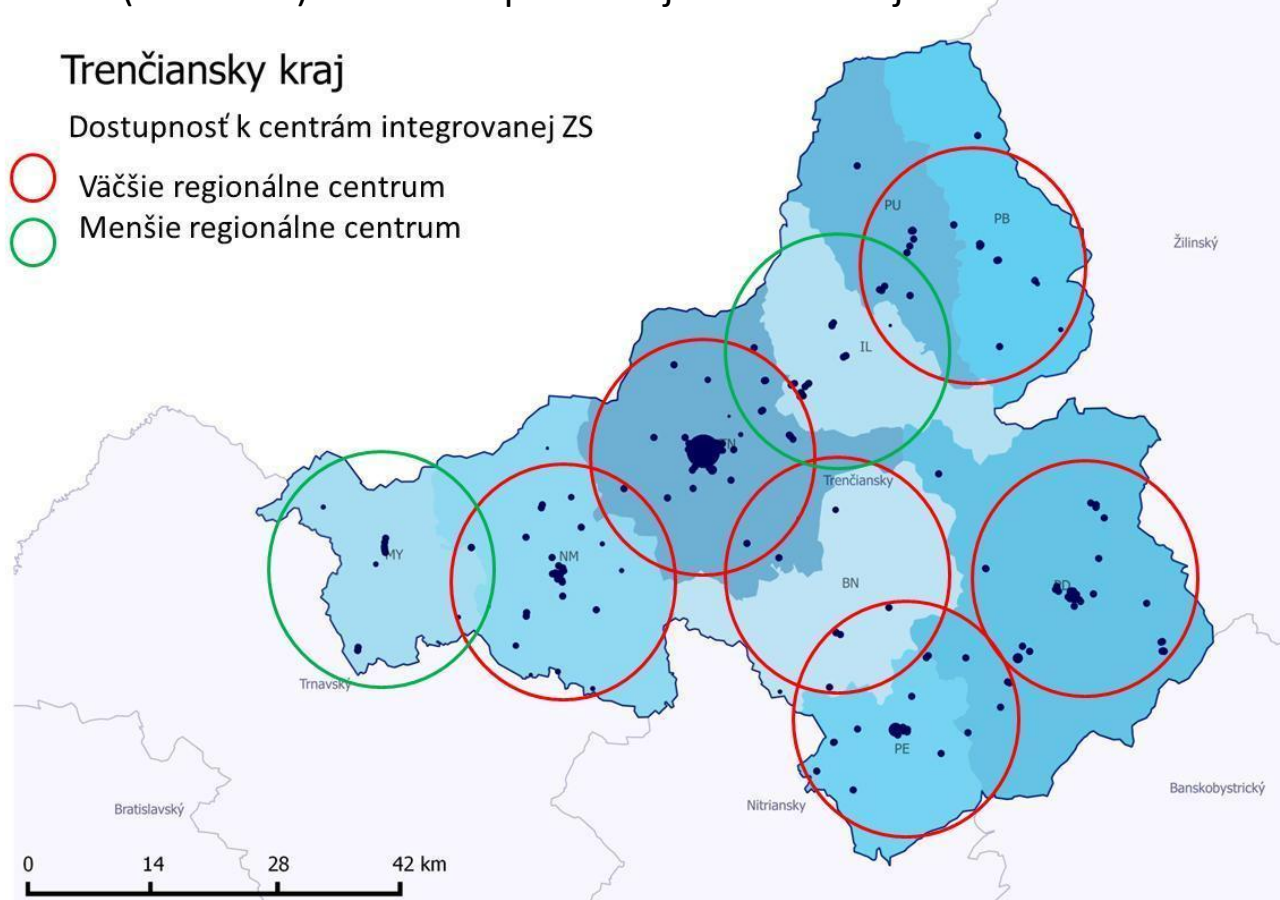
Pilotný projekt Trenčiansky samosprávny kraj

Obrázok 2: Aktuálne rozloženie primárnej ambulantnej starostlivosti v Trenčianskom regióne



Pilotný projekt Trenčiansky samosprávny kraj

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

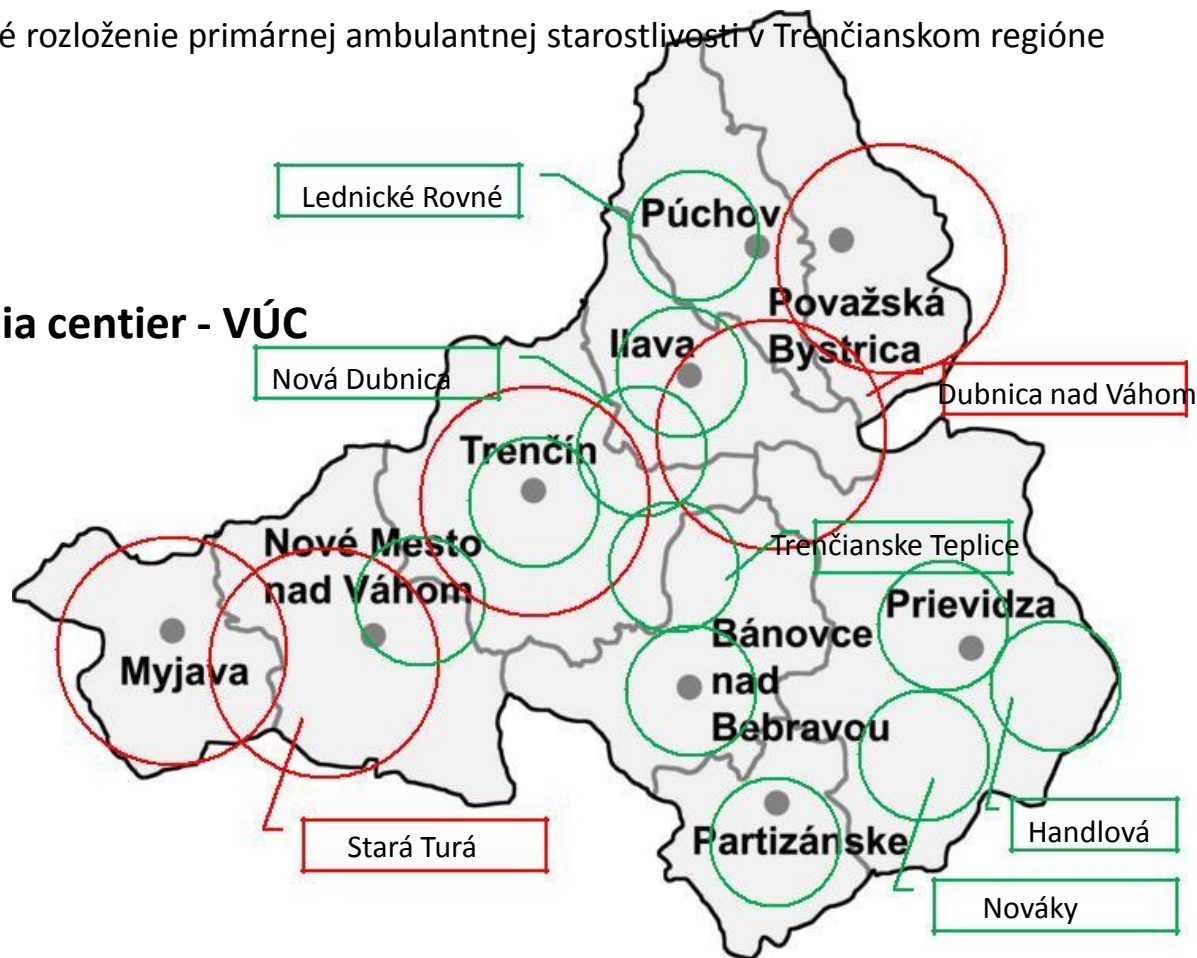


Pilotný projekt Trenčiansky samosprávny kraj

Obrázok 4: Predbežné rozloženie primárnej ambulantnej starostlivosti v Trenčianskom regióne

Trenčiansky kraj

Návrh umiestnenia centier - VÚC

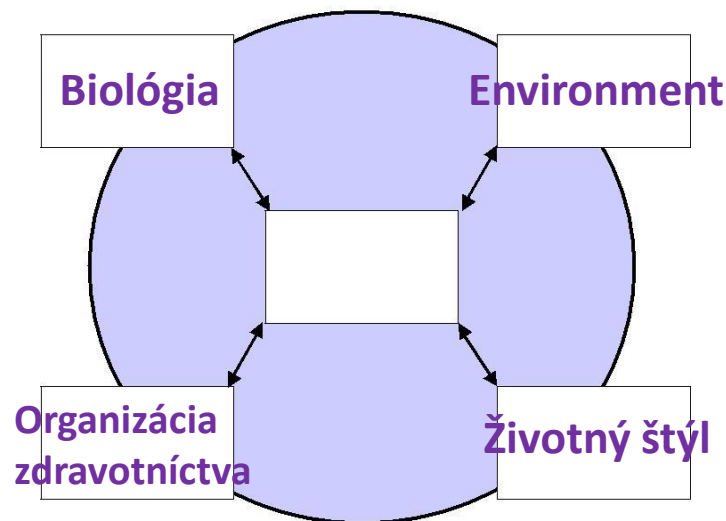


Integrácia zdravotnej starostlivosti – Strediská integrovanej starostlivosti – Kritika forsírovania centrálnej úlohy zdravotnej starostlivosti v zdraví obyvateľov Slovenska

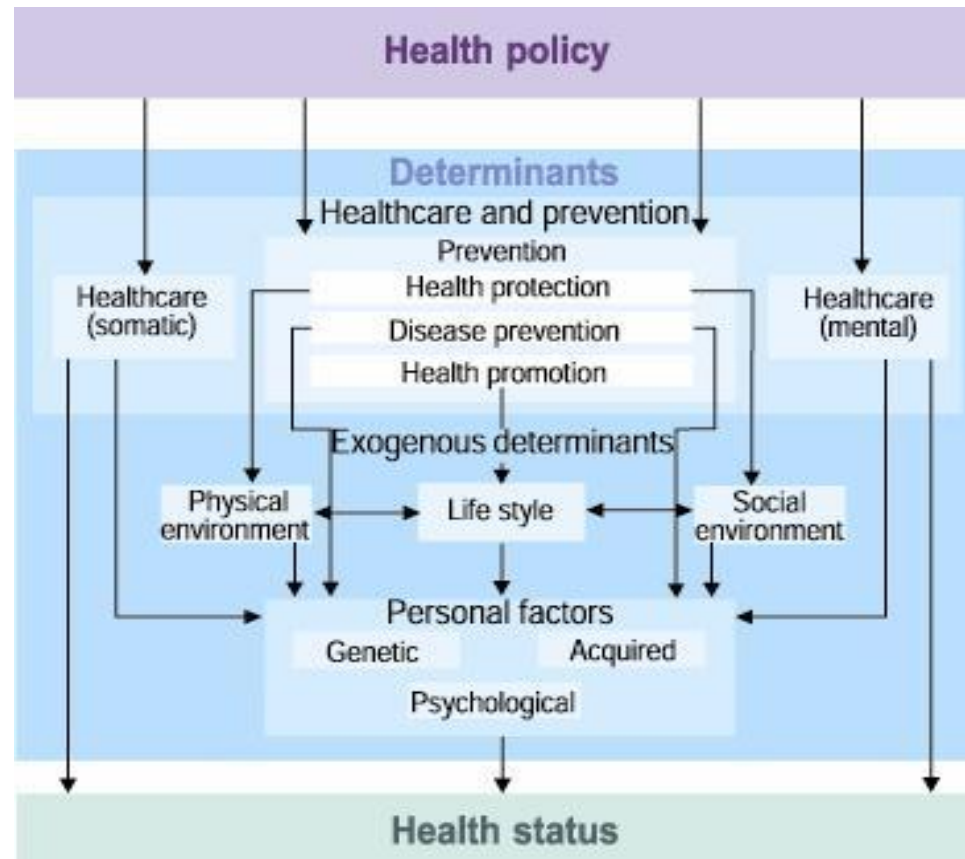
1. námietka

- 1. Argumentácia, že je to nízka efektivita zdravotníckych služieb, ktorá je zodpovedná za desaťročný prepad dĺžky zdravého života voči vyspelým krajinám EÚ je nekorektná. Ak platí Lallondeho model, tak určite. Tento model nikto nevyvrátil, a nespravili to ani jeho neskoršie korekcie

Kde je národný program podpory zdravia? Zdravotníctvo nemôže riešiť a nevie vyriešiť všetky problémy zdravia ľudí



Elaboration of the health field model in the Dutch PHSF report (Van Oers, 2003)



Integrácia zdravotnej starostlivosti – Strediská integrovanej starostlivosti – Kritika narábania s údajmi o neefektivite zdravotnej starostlivosti na Slovensku

- Údaje z práce
- boli uvedené
- nekorektne

Unclassified ECO/WKP(2010)25
Organisation de Coopération et de
Développement Économiques
Organisation for Economic Co-operation and
Development
19-May-2010



English - Or. English
ECONOMICS DEPARTMENT
HEALTH CARE SYSTEMS: EFFICIENCY AND
INSTITUTIONS
ECONOMICS DEPARTMENT WORKING PAPERS
No. 769
by Isabelle Joumard, Christophe André and
Chantal Nicq

Integrácia zdravotnej starostlivosti – Strediská integrovanej starostlivosti – Kritika nedostatočného legislatívneho zabezpečenia

- **2.námietka**
- Strediská zdravotnej starostlivosti nemožno budovať v teréne vyše 2 800 obcí a miest Slovenska– bez **komunitnej reformy** hrozí, že sa postaví v nesprávnom čase na nesprávnom mieste a nesplní účel. Pokiaľ majú byť strediská integrované nemôžu byť orientované len na spádové nemocnice

Integrácia zdravotnej starostlivosti – Strediská integrovanej starostlivosti – Kritika nedostatočného legislatívneho zabezpečenia

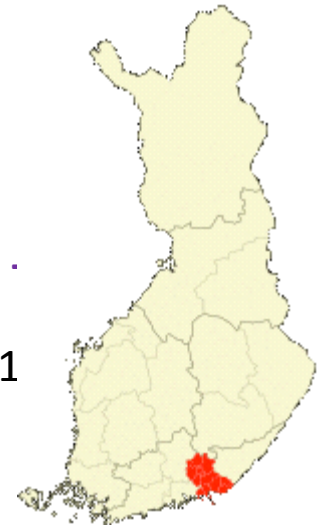
- **3.námietka**
- Zákon č. 448/2008 Z.z. nerieši všetky aspekty sociálne-zdravotnej starostlivosti. Kde je zákon o dlhodobej starostlivosti, kde je intermediárna starostlivosť, kde je spoločné financovanie sociálne-zdravotného rozhrania.
- **4. námietka**
- Podobnému projektu sa zatiaľ ako tak darí len v systémoch s financovaním zdravotníctva z daní, v systémoch s jednou zdravotnou poisťovňou, často navyše so spoločným ministerstvom zdravotníctva a sociálneho zabezpečenia. O aké problémy pôjde vedia kolegovia z Rakúska, kde je sociálne zdravotných poisťovní viac ale s prikázaným členstvom, navyše financovaných „z jednej ruky“ a kde sa podobný projekt rozbieha.

Integrácia zdravotnej starostlivosti – Strediská integrovanej starostlivosti – Kritika eventuálneho neuváženého budovania nových stredísk – aj keď z cudzích peňazí

- **5. námietka**
- **Software** (legislatíva, financie, organizačná štruktúra, riadenie, motivácia, rozvoj pracovnej sily, školenia, kultúra a mnoho ďalších faktorov) je dôležitejší ako **hardware** (budovy a ich zariadenie) i keď spoločné zdieľanie priestorov má priaznivý účinok na integrovanú činnosť hlavne multidisciplinárnych kolektívov.

Integrácia zdravotnej starostlivosti – Strediská integrovanej starostlivosti – Kritika východísk zostavovania tzv. Hlavného plánu pre TSK

- **6.námietka**
- Hlavný plán bol vyvinutý na Aalto University (Fínsko) na riešenie regionálnej reformy zdravotníctva („Vision for a Service System of the Near Future“, financovaný zo štrukturálnych fondov EÚ) a vybraný DG Regio ako dobrý praktický príklad, tzv. “stratégia Kymenlaakso” – ako spolupráca fínskych regiónov v reforme zdravotníctva.
- Vid'. **Improving care for older people and those with chronic Conditions**
Barrie Dowdeswell, Director of Research, European Centre for Health Assets and Architecture, Netherlands
- **Health investments using Structural Funds EUREGIO III Case study - Region, Finland**
EUREGIO III project -Work Package 5: Case material December 2011



Integrácia zdravotnej starostlivosti – Strediská integrovanej starostlivosti – Kritika východísk zostavovania tzv. Hlavného plánu pre TSK

- **6.námietka**
- **FÍNSKO – nemyslíme si, že práve Fínsko by malo byť jediným vzorom integrácie. Nevieme však, čo sa z plánu preberie a čo nie.**
- Fínsko je **rozľahlá** krajina s približne 5,3 milióna ľudí. Zdravotná starostlivosť je poskytovaná kombináciou služieb; verejná služba je financovaná prostredníctvom miestnych daní, štátnych dotácií a poplatkov užívateľov služieb, súkromnou službou a profesijnou službou. Väčšina zdravotnej starostlivosti je poskytovaná cez verejnú službu, ktorá je poskytovaná v 415 obciach. Obce majú zákonnú povinnosť poskytovať základné zdravotné služby, vrátane verejného zdravia, a to prostredníctvom primárnych zdravotných stredísk. Dvadsať nemocničných okresov, z ktorých každý má jednu alebo viacero akútnych nemocníc, organizuje a poskytuje odbornú zdravotnú starostlivosť. Obce musia patriť do nemocnice okresu a prispievajú k nákladom na odbornú starostlivosť pre svoje obyvateľstvo, ale neposkytujú túto úroveň starostlivosti priamo (Vuorenkoski, Mladovsky a Mossialos, 2008).

Integrácia zdravotnej starostlivosti – Strediská integrovanej starostlivosti – kritika implementačnej stratégie

7. námietka

Koncové ciele, hodnotiace kritériá (pilotného) projektu

- Pozor na navrhované ukazovatele, ktoré sa týkajú faktov, ktoré nemusia mať alebo majú len voľný vzťah k pacientovi/klientovi sociálnych služieb
- Upozorňujeme, že existuje len veľmi málo ukazovateľov, ktoré by umožnili rozhodnúť o tom, ktorý typ zdravotnej starostlivosti je lepší
- Čo sa bude hodnotiť a ako sa vyhodnotí úspešnosť projektu z pohľadu pacienta?

Integrácia zdravotnej starostlivosti – Strediská integrovanej starostlivosti – kritika implementačnej stratégie

- **8. námietka**
- „Master plan“ pre jeden región – pokiaľ vieme len pre jeho časť - nestačí.
- Sú potrebné aspoň dva regióny. Chýba ešte jeden – „menej industrializovaný“

Integrácia zdravotnej starostlivosti – Strediská integrovanej starostlivosti – kritika implementačnej stratégie

- Aké ďalšie kritické návrhy a pohľady dámy a páni ešte máme?
- Diskutujme, navrhujme, vytvorme pracovnú, či monitorovaciu skupinu, navrhujeme spoluprácu pri tejto časti projektu
- („nástrely“ – páči sa nám doterajšia transparentnosť procesu implementácie ?, ako chcú sústrediť lekárov do stredísk?, ako bude organizovaná činnosť tímov?, bude jednotné alebo oddelené financovanie zdravotných a sociálnych služieb?, koľko preboha tam má byť sústredených služieb - je to veľa i na trojposchodovú budovu s hektárovou rozlohou...)

Ďakujem!



Integrácia zdravotnej starostlivosti na roky 2013 -2030 Návrh na uznesenie Snemu SLK

- **Návrh na uznesenie:**
- Snem SLK sa zaoberal dostupnými materiálmi prípravy projektov Stratégie integrovanej zdravotnej starostlivosti 2013
- Je si vedomý slabín ale aj silných miest slovenského zdravotníctva. Považuje integračný proces v poskytovaní zdravotnej starostlivosti za jeden z kľúčových faktorov pre zlepšenie výkonnosti slovenského zdravotníctva a jeho nákladovej účinnosti.
- Pochybuje však o tom, že by zdravotníctvo samotné či v partnerstve len s niektorými rezortmi túto otázku úspešne vyriešilo. Myslíme si, že má ísť o integráciu starostlivosti a nielen Integráciu zdravotnej starostlivosti.

Integrácia zdravotnej starostlivosti na roky 2013 -2030 Návrh na uznesenie Snemu SLK

- Požaduje úplnú transparentiu procesov jeho implementácie, výraznejšie použitie metódy otvorenej konzultácie s verejnosťou, ako aj širšie zapojenie ďalších subjektov v jeho implementácii.
- Požaduje zo strany riadiacich i vykonávacích autorít používanie výlučne motivačných faktorov pre získanie odbornej verejnosti a zúčastnených subjektov. Chýbanie reálnej motivácie je aj jednou z príčin malého ohlasu a praktického neúspechu Národného programu podpory zdravia

Integrácia zdravotnej starostlivosti na roky 2013 -2030 Návrh na uznesenie Snemu SLK

- Požaduje podrobné informovanie príprave, priebehu a vyhodnotení pilotných projektov Národnej stratégie
- Požaduje použitie aj na pacienta – klienta zameraných indikátorov k vyhodnoteniu výsledkov pilotných projektov, ktoré by boli porovnateľné s eventuálne podobnými, či zhodnými indikátormi ak sa tieto používajú medzinárodne.

Integrácia zdravotnej starostlivosti na roky 2013 -2030 Návrh na uznesenie Snemu SLK

- Slovenská lekárska komora je pripravená spolupracovať pri implementácii projektu integrácie so všetkými zainteresovanými autoritami.

Integrácia zdravotnej starostlivosti – Strediská integrovanej starostlivosti – Kritika východísk zostavovania tzv. Hlavného plánu pre TSK

- Zlepšenie spolupráce medzi jednotlivými poskytovateľmi zdravotnej sociálnej starostlivosti je dôležitým cieľom na niekoľko rokov, ale dlhoročná fínska tradícia miestnej samosprávy viedla k rozsiahlej decentralizácii a k značným rozdielom v ich poskytovaní.
- Avšak, zdravotná a sociálna politika starostlivosti sa stále usiluje o rovnaký prístup a poskytovanie.
- To je cieľ, ktorý v kombinácii s fínskou geografiou, predstavuje značnú záťaž pre systém zdravotnej starostlivosti a môže vysvetliť intenzívny vývoj IT aplikácií pre zdravotníctvo a sociálnu starostlivosť (Van Raak *et al*).

Integrácia zdravotnej starostlivosti – Strediská integrovanej starostlivosti – Kritika východísk zostavovania tzv. Hlavného plánu pre TSK

- Centrá primárnej zdravotnej starostlivosti - zdravotné strediská
- Pôvodne vznikli ako spôsob na zlepšenie prístupu k zdravotnej starostlivosti. Fínske centrá primárnej starostlivosti vyvinuli rad integrovaných služieb. Ponúkajú celý rad služieb: ambulatnú zdravotnú starostlivosť, ústavnú starostlivosť (v skutočnosti, na niektorých miestach prevádzkujú GP nemocnice), preventívnu starostlivosť, starostlivosť o chrup, materskú starostlivosť, starostlivosť o zdravie detí, školskú zdravotnú starostlivosť, starostlivosť o staršie osoby, plánovanie rodiny, rehabilitáciu a pracovne lekársku starostlivosť. Zariadenia prevádzkujú väčšinou röntgen, laboratórne zariadenia, robia menšie chirurgické zákroky a endoskopie, EKG a ultrazvuk, a centrum zamestnáva lekárov primárnej starostlivosti, zdravotné sestry, pôrodné asistentky, sociálnych pracovníkov, zubných lekárov, fyzioterapeutov a psychológov (Vuorenkoski, Mladovsky a Mossialos, 2008).

Integrácia zdravotnej starostlivosti – Strediská integrovanej starostlivosti – Kritika východísk zostavovania tzv. Hlavného plánu pre TSK

- Niektoré zdravotnícke zariadenia sa zameriavajú na integráciu zdravotných služieb, zatiaľ čo iné sa zameriavajú na komplexnejšiu starostlivosť, vrátane služieb sociálnej starostlivosti. Príkladom je "domáca starostlivosť". Spočiatku sestry vykonávali iba ošetrovateľskú starostlivosť, zatiaľ čo domáca starostlivosť poskytovala sociálnu podporu. Teraz sa v domácej starostlivosti vykonávajú aj ošetrovateľské úkony, vrátane starostlivosti o rany, spravovanie užívania liekov, či starostlivosť o diabetikov a to všetko v rámci poskytovania služieb domácej (aj opatrovateľskej) starostlivosti (Kokko, 2009).

Integrácia zdravotnej starostlivosti – Strediská integrovanej starostlivosti – Kritika východísk zostavovania tzv. Hlavného plánu pre TSK

- Servisné kruhy / tímová práca
- Takto pracujúci multi-disciplinárny tím si získal vo Fínsku veľkú pozornosť. Členovia tímu organizujú úlohy tak, že kolegovia zo zdravotnej a sociálnej starostlivosti môžu pracovať spoločne medzi sebou navzájom a s pacientmi. Servisné kruhy je jedna verzia fínskeho modelu tímovej práce. Napríklad, tím starajúci sa o choré dieťa má členov z primárnej starostlivosti, špecializovanej zdravotnej starostlivosti, sociálnej starostlivosti, a z neziskového sektora. Každý člen kruhu je si vedomý potrieb dieťaťa a aj toho, akú úlohu zohrávajú ostatní partneri pri zabezpečovaní najvhodnejšej služby (Niskanen, 2002).

Integrácia zdravotnej starostlivosti – Strediská integrovanej starostlivosti – Kritika východísk zostavovania tzv. Hlavného plánu pre TSK

- **Príkladom starostlivosti domácej služby v Helsinkách bol starý program „Služba starého veku“ (Old Age Care). Okrem "normálnej" domácej opatrovateľskej starostlivosti, program zahŕňal intenzívnu domácu starostlivosť nahradzujúcu tak nemocničnú alebo ústavnú starostlivosť a urýchľujúcu tak prepustenie z nemocnice.** Režim sa týkal multidisciplinárnych tímov lekárov, zdravotných sestier, sociálnych pracovníkov a expertov domáceho poradenstva a to všetko s spoluakútnou geriatrickú odbornosťou (Valvanne, 2005). Priebežné hodnotenie projektu poukazovalo na zvýšenie spokojnosti pacientov - ale celkovo – ako uvádza Valvanne, sú výsledky z projektu zmiešané.
- Možné dôvody pre to sú:
- Prístup zhora nadol, spojený s nedostatkom efektívneho vedenia.
- Protichodnosť miestnej zdravotnej politiky
- Zlyhanie intenzívneho programu domácej starostlivosti, pretože odborníci nevideli zmysel v tom, že existujú dve úrovne služieb
- Profesionálne hranice zostali - napriek multidisciplinárnej práci.