

## **Zápis zo stretnutia zainteresovaných aktérov Agendy 2030 k téme Zdravie a kvalita života**

**Miesto stretnutia:** Bratislava, 5. apríl 2018

**Prítomní:** Valéria Bankóová, Ján Cvečka, Katarína Danková, Milan Dragula, Zuza Fialová, Peter Guštafik, Radoslav Herda, Andrea Hagovská, Daniela Kállayová, Martin Kinčeš, Ján Králik, Miloš Nemeček, Elena Pätoprstá, Sandra Salamonová, Eva Schnitzerová, Katarína Slezáková, Bohdan Smieška, Tomáš Szalay, Lena Sýkorová, Ľuboslava Šefčíková, Dana Šimová, Jana Zakarovská, .

**Cieľ stretnutia:** Validovať/ podrobiť oponentúre návrh priorit implementácie Agendy 2030 pre Slovensko <sup>[1]</sup>a vytvoriť podklad pre rozhodovanie Rady vlády pre Agendu 2030 pre udržateľný rozvoj s dôrazom na tému č. 3 – *Zdravie a kvalita života a*

### **Program:**

**10:00 – 11:40**

**Predstavenie implementačného rámca Agendy 2030 pre udržateľný rozvoj**

*Sandra Salamonová, Odbor koordinácie Agendy 2030*

### **Informácia o participačnom procese**

*Bohdan Smieška, facilitátor PDCS, o. z*

**Predstavenie návrhu prioritných tém implementácie Agendy 2030 pre Slovensko**

*Dana Šimová, konzultantka*

**Diskusia k navrhnutým prioritným témam – návrh zmien a doplnení, prípadne návrh horizontálnych princípov**

**12:00 – 14:00**

**Bližšie predstavenie témy a kontextu národnej priority:**

**Zdravie a kvalita života,**

*Tomáš Szalay, senior analytik Health Policy Institute*

**Diskusia – pripomienkovanie zarámčovania témy a návrh zmien a doplnení hlavných výziev**

**Sumarizácia záverov, dohody o ďalších krokoch**

**Záver**

## Hlavné pripomienky a návrhy v diskusii k celkovému dokumentu:

Jeden zo zúčastnených aktérov navrhol zakomponovať do dokumentu princíp dostupnosti, v zmysle „**accessibility**“ vo všeobecných horizontálnych prioritách. Strategický dokument by mal brať do úvahy aj občanov s postihnutím a inak znevýhodnených ľudí, pretože aj to je súčasťou kvality života.

Viacerí účastníci sa zhodli, že v dokumente chýba definícia “kvality života” a že je potrebná operacionalizácia tohto pojmu. Súčasťou kvality života je podľa jedného z účastníkov diskusie aj duchovný rozmer.

K prioritě č. 4 bola jedným z účastníkov artikulovaná pripomienka o potrebe doplnenia **lokálnej sebestačnosti regiónov**.

V pléne vyvstala otázka, keďže je Agenda 2030 smerovaná aj pre budúce generácie, ako boli zakomponovaní mladí ľudia do procesu jej tvorby. Je považované za dôležité **do procesu zakomponovať dialóg medzi generáciami**, snažiť sa o **medzigeneračnú solidaritu**, ktorej pojem absentuje v mnohých politikách.

Zaznel názor, že potrebujeme rozvinúť podmienky nie len pre inteligentné mestá, ale aj **inteligentný vidiek (Smart Villages)**, keďže tento prístup je súčasťou európskej agendy, a zabezpečuje väčšiu spravodlivosť.

Viacerí účastníci sa priklonili k názoru, že v stratégii by nemali byť veci, na ktoré nie je zabezpečené finančné krytie. Národný investičný plán by sa preto mal pripravovať podľa stratégie a nie paralelne, lebo neskôr sa ukáže, že na kľúčové opatrenia nebudú financie.

## **Poznámky z prezentácie experta nad rámec materiálu Východiská prípravy národných priorit (T. Szalay):**

Expert zdôraznil, že počty lekárov uvádzané v materiáli sú z r. 2009, sú neaktuálne. Takisto upozornil, že tvrdenia o úmrtnosti a chorobnosti vychádzajú z nekvalitných (nepresných) dát, ktoré sú tým pádom nepravdivé. Na základe nepresných údajov sa robia zlé rozhodnutia.

Účastníci diskusie vyjadrili súhlas s potrebou relevantných dát včítane Open Data. Dáta v zdravotníctve pochádzajú z rôznych zdrojov a rôznych metodík zberu a spracovania, nie sú validované a nevieme či sú interpretované správne. Mal by existovať inštitút, ktorý by dáta validoval.

Expert nastolil otázku udržateľnosti financovania zdravotníctva prostredníctvom novej formy financovania, v ktorej budú kvalitné dáta absolútne kľúčové. Mali by sme sa inšpirovať dobrými skúsenosťami z iných krajín, aby mali pacienti rovnocenný prístup k inovatívnej liečbe, nie len liekovej.

Expert zhodnotil, že máme pomerne vysoké počty „lekárov špecialistov“ v pomere k praktickým lekárom a tiež ich nerovnomerné regionálne rozdelenie - väčšina lekárov pôsobí vo veľkých aglomeráciách. Pacienti dostávajú nekvalitné pomôcky s krátkou životnosťou.

## **Hlavné pripomienky a návrhy, ktoré zazneli v diskusii k téme – Zdravie a kvalita života:**

Viacerí diskutujúci konštatovali, že verejné zdravotníctvo nefunguje dobre, nemá adekvátne financovanie a realizuje len formálne programy.

Väčšina účastníkov opakovane poukázala na skutočnosť, že medzi výzvami priority nie je špecificky definovaná kvalita života (Čo to je? Ako ju chceme merať? Ako ju chceme zlepšovať?) Zaznel návrh jednej z účastníčok, aby (ako nevyhnutná súčasť kvality života) bolo medzi výzvami formulované nasledovné: **Moderné a dostupné služby pre všetkých**. Účastníci sa opätovne vrátili k potrebe **relevantných dát**, ktoré by mali byť **validované na to ustanovenou inštitúciou**: v zdravotníctve sa napr. spotreba liekov, či počet onkologických ochorení reportovaných rôznymi inštitúciami niekedy líši až desaťnásobne. Jedným účastníkom bolo poukázané aj na nekvalitu dát pri dotazníkových prieskumoch, ktoré slúžia na porovnávanie medzi krajinami. V dôsledku nie vždy najkvalitnejšieho prekladu otázok existujú vo výsledku veľké rozdiely medzi susednými krajinami, čo však často vyplýva z iného kultúrneho kontextu, pričom rozdiely sú v skutočnosti často zanedbateľné.

Niektorí účastníci diskusie nastolili problematiku / potrebu oddĺženia zdravotníctva (ako príklady boli uvedené napr. Dánsko a Nemecko, ktoré postupne oddlžujú nemocnice).

Jeden z účastníkov vyjadril obavu, že Úrady verejného zdravotníctva za chvíľu prestanú existovať, pretože sú výrazne podfinancované.

Expert vyjadril názor, že v štáte absentuje procesné riadenie (začiatok, koniec procesov a jasná zodpovednosť za procesy). Štát vedie iba rezortné riadenia, avšak rezortný prístup k riadeniu je prežitkom.

Viacerí účastníci sa zhodli, že je potrebné začať **merať kvalitu zdravotnej starostlivosti – indikátory kvality by mali byť štandardizované**. Zároveň je **potrebný integrovaný systém zdravotnej starostlivosti** v mestách a na dedinách.

V pléne zaznel aj názor, že únik slovenských lekárov do zahraničia nesúvisí iba s neadekvátnym finančným ohodnotením, ale je aj dôsledkom neefektívnych a často nedôstojných pracovných podmienok. Pracovníci v zdravotníctve nezriedka pracujú na starých prístrojoch, ktoré sú často i zdraviu škodlivé (napr. staré röntgeny, ktoré sú napriek účinnosti nového zákona stále v prevádzke), tiež mnohokrát pracujú v budovách, ktoré sú vo veľmi zlom technickom stave (napr. plesne).

Podľa jedného z účastníkov kvalita života závisí aj od manažovateľnej úrovne zdravia. Dôležitá je ochrana zdravia a primárna prax – to by mal štát prioritizovať. Dochádza k preplácaniu zdravotníctva, lebo absentuje potrebná kvalita na prvej úrovni. “Ako sa rozhodujú študenti medicíny, akú špecializáciu si zvolia? Na základe akých indikátorov? Kariéra? Kvalita života? Spoločenské uznanie?” Štát by to mal zlepšiť a ovplyvňovať rozhodnutie študentov.



Podľa experta sa zvyšuje počet ľudí žijúcich s chronickými chorobami a preto musíme zvýšiť počet zdravých, aby zostali peniaze na chronicky chorých. Viac peňazí by malo ísť do primárnej praxe. Napr. v Dánsku až 80% problémov pacientov je schopná vyriešiť primárna sféra.

Jeden z prítomných účastníkov artikuloval názor, že do východiskovej štúdie treba zaradiť príčiny, prečo zdravotníctvo nefunguje, pričom podľa jeho názoru by medzi príčinami mala byť aj zmienka o korupcii.

Bolo konštatované, že kľúčový ukazovateľ, ktorý sa používa vo svete, je "priemerná dĺžka života v plnom zdraví". SR v tomto ukazovateli zaostáva napr. za Švédskom až o 20 rokov. Index zdravého dožitia máme na Slovensku druhý najhorší v EÚ. Dĺžka života prežitia v plnom zdraví úroveň je 52 rokov v SR a v OECD je to 62 rokov.

Mnohí zo zúčastnených sa zhodli na tom, že diskutovaná téma nie je len o zdravotníctve, ale aj o životnom prostredí – napr. toxíny vo vode, obsah pesticídov a pod. a v neposlednom rade v povahe životného štýlu. Zmena životného štýlu u ľudí je nevyhnutná, avšak to je nepopulárne. Až 80 % indikátorov zdravotného stavu sú iné vonkajšie faktory ako napr.: sociálny status, životný štýl, genetické faktory, pričom správanie jednotlivca (životospráva) predstavuje na tomto podiele až 40 %. Je preto potrebné ovplyvňovať správanie ľudí - zvýšiť spoluzodpovednosť za vlastné zdravie. V diskusii viackrát zaznelo, že je dôležité vtaihnúť pacienta aktívne do starostlivosti o svoje zdravie, ovplyvňovať správanie ľudí, pracovať so životným štýlom. Čo ale s pacientmi, ktorí nespolupracujú a vedome poškodzujú svoje zdravie, alebo s ľuďmi v sociálne deprivovanom prostredí, ktorí nie sú schopní ovplyvniť svoje determinanty zdravia a tiež s ľuďmi trpiacimi závislosťami?

Expert spomenul potrebu nového zdroja udržateľného financovania zdravotníctva, ktorý by nepochádzal len z miezd. Podľa jeho názoru zvyšovanie odvodov nie je správna cesta, je potrebné hľadať aj iné zdroje. Starnutie populácie a zvyšovanie počtu starých a chorých zvyšuje náklady na zdravotnú starostlivosť.

Účastníci poukázali aj na problém udržateľnosti verejných financií vo svetle zvyšovania dôchodkového veku, keď ľudia dlhšie pracujú, ale sú v zlom zdravotnom stave;

Jedna z účastníčok navrhla, že **sekundárna prevencia by mala byť ukotvená v systéme zdravotníctva, tak isto ako imunizačný program.**

Ďalej bolo navrhnuté, aby sa investovalo viac do **prevencie a vzdelávania u detí**, zaznelo, že „naprogramovať ich“ na zdravý životný štýl sa dá do 7 rokov. V škole je už neskoro, dôležitú úlohu zohráva rodina a primárny kontakt.

Ďalším účastníkom diskusie bolo navrhnuté vrátiť vakcíny na Úrad verejného zdravotníctva a nie ich distribuovať ich cez lekárne. Podľa neho bude to lacnejšie a štát bude mať kontrolu nad tým, koľko sa čoho minie. Bojovať proti anti-vakcinačnej lobby je potrebné aj preventívnymi programami a vzdelávaním. V tomto kontexte iný účastník konštatoval, že z

hľadiska ochrany a bezpečnosti našich občanov potrebujeme vlastnú fabriku na výrobu vakcín. Vakcíny dodávané zo zahraničia môžu byť nespoľahlivé alebo vôbec nedodané v prípade veľkej nákazy či krízy – podľa jeho názoru sa jedná o bezpečnosť štátu. Slovensko malo vlastnú výrobu vakcín liekov v Šarišských Michaľanoch, ktorá bola v minulosti zrušená.

Jedna účastníčka konštatovala, že v zdravotníctve by sa malo investovať do systému, do organizácie, do programov verejného zdravotníctva (celonárodný organizovaný preventívny program) a do ľudí, ktorí sú schopní systém zorganizovať. Pretože hoci máme veľa národných programov, sú podfinancované a formálne.

V diskusii taktiež zaznelo, že prevládajúci politický diškurz sa vedie o kvalite zdravotnej starostlivosti, nie však o zdraví obyvateľstva. Politici to často artikulujú výlučne ako politickú objednávku zameranú na povahu zdravotnej starostlivosti a nie na zdravie v širšom rámci, pretože starostlivosť oň leží čiastočne aj na pleciach samotných ľudí. Aj preto bolo jednou z účastníčok zdôraznené, že **prioritou by malo verejné zdravie**, nie zdravotníctvo. Pojem “verejné zdravotníctvo” sa u ľudí spája skôr so štátnymi poliklinikami, je preto potrebné rozširovať medzi ľudí povedomie o tom, že sa jedná o „**koordinované úsilie štátu o zdravie obyvateľstva**“. Hlavným a dlhodobým cieľom stratégií by nemalo byť **zmeniť stav iba zdravotníctva, ale stav zdravia**.

#### **Záverečné poznámky účastníkov pri sumarizácii diskusie:**

- Dôležitá pre implementáciu Agendy 2030 v slovenskom prostredí bude politická vôľa presadiť zmenu paradigmy a vnímania problémov pri všetkých navrhnutých národných prioritách;
- Samotná stratégia s návrhmi cieľov, opatrení a indikátorov by mala mať povahu strešného medzirezortného dokumentu, ktorý bude nadradený rôznym rezortným stratégiám.

Zápis spracovali: Ľuboslava Šefčíková, Zuzana Fialová, Bohdan Smieška,

Miesto a dátum Bratislava 5.4. 2018