SLOVENSKÉ NÁRODNÉ
STREDISKO
PRE ĽUDSKÉ PRÁVA

Analýza komponentov 11 a 12 Plánu obnovy a odolnosti Slovenskej republiky v kontexte ľudských práv a udržateľnej obnovy

Názov: **Analýza komponentov 11 a 12 Plánu obnovy a odolnosti Slovenskej republiky v kontexte ľudských práv a udržateľnej obnovy**

Vydalo: **Slovenské národné stredisko pre ľudské práva, Bratislava, 2022**

Autorský tím:
Mgr. Zuzana Pavlíčková, LL.M
Mgr. Anna Máriássyová

Za obsah a jazykovú úpravu zodpovedá autorský tím.

Grafická úprava:
Kovidesign
Kamila Černáková

Fotografie použité v tejto publikácii sú ilustračné a boli riadne licencované z freepik.com

ISBN: 978-80-99917-47-8

Obsah

Úvod 4

1. Právo na zdravie 6

1.1 HRBA prístup k zdraviu 12

2. Opis komponentov 11 a 12 Plánu obnovy SR zameraných na zdravie a zdravotnú starostlivosť 16

2.1 Komponent 11 - Moderná a dostupná zdravotná starostlivosť 16

2.2 Komponent 12 - Humánna, moderná a dostupná starostlivosť o duševné zdravie 19

3. HRBA analýza komponentov 11 a 12 Plánu obnovy SR 22

3.1 Princíp participácie 22

3.2 Princíp zodpovednosti 25

3.3 Princíp nediskriminácie a rovného zaobchádzania 28

3.4 Princíp posilnenia postavenia 32

3.5 Princíp zákonnosti 35

3.6 Princíp dostupnosti 39

3.7 Princíp prístupnosti 43

3.8 Princíp prijateľnosti 46

3.9 Princíp kvality 49

Záver 53

Príloha – Rozdelenie reforiem a investícií komponentov 11 a 12 Plánu obnovy SR podľa termínov implementácie 56

Úvod - Koncept udržateľnej obnovy

Predkladaná analýza sa zameriava na dva samostatné komponenty Plánu obnovy a odolnosti Slovenskej republiky[1] (ďalej ako „Plán obnovy SR"), ktoré sa týkajú práva na zdravie, verejného zdravia a zdravotnej starostlivosti, a to komponent 11 – Moderná a dostupná zdravotná starostlivosť a komponent 12 – Humánna, moderná a dostupná starostlivosť o duševné zdravie.[2] Analýza nadväzuje na *Analýzu komponentu 6 Plánu obnovy a odolnosti Slovenskej republiky v kontexte ľudských práv a udržateľnej obnovy*[3] vypracovanú na žiadosť Slovenského národného strediska pre ľudské práva (ďalej ako „Stredisko") s finančnou podporou Dánskeho inštitútu pre ľudské práva v rámci globálneho projektu NHRI.EU, ktorá obsahuje aj teoretické východiská konceptu udržateľnej obnovy, prístupu založeného na ľudských právach (ďalej ako „HRBA prístup") a konceptov a nástrojov podporujúcich HRBA prístup k obnove.

Koncept udržateľnej obnovy po pandémii ochorenia COVID-19 postavenej na ochrane a podpore ľudských práv má za cieľ potláčať a obmedziť negatívne dopady pandémie na ľudské práva a spoločnosť. Jeho súčasťou je:

- definovanie popandemickej obnovy postavenej na ľudských právach a partnerstvách s cieľom dosahovať udržateľný rozvoj;
- metodika, ktorá pomáha zamerať pozornosť na najnaliehavejšie problémy a určiť ich ako kľúčové priority, ktoré by mali byť súčasťou verejných politík, stratégií a plánov obnovy;
- rámec, v ktorom sa pri obnove uprednostňujú potreby ľudí ohrozených chudobou, zraniteľných skupín a marginalizovaných skupín a zároveň vyzdvihuje potenciál Agendy 2030 pre zlepšenie ich situácie naprieč sociálnou, ekonomickou a environmentálnou oblasťou.[4]

Plán obnovy SR ako kľúčový strategický dokument určujúci politiky v oblasti postcovidovej obnovy v Slovenskej republike je potrebné v kontexte udržateľnej obnovy a Agendy 2030 implementovať v súlade s HRBA prístupom. HRBA prístup má za cieľ umožniť nositeľom práv uplatňovať a využívať ich ľudské práva a posilniť kapacitu nositeľov povinností, teda subjektov, ktoré majú povinnosť rešpektovať, chrániť a podporovať ľudské práva. HRBA prístup k obnove vychádza z premisy, že verejné politiky, stra-

1 Plán obnovy: cestovná mapa k lepšiemu Slovensku, dostupný na: https://www.planobnovy.sk/site/assets/files/1019/kompletny-plan-obnovy.pdf

2 Predmetom analýzy nie je komponent 13 „Dostupná a kvalitná dlhodobá sociálno-zdravotná starostlivosť", ktorý sa zameriava najmä na reformy sociálnej starostlivosti, vrátane financovania, dohľadu, posudkovej činnosti a rozšírenie kapacít sociálnej a dlhodobej starostlivosti.

3 Babačová, B.: Analýza komponentu 6 Plánu obnovy a odolnosti Slovenskej republiky v kontexte ľudských práv a udržateľnej obnovy. Danish Institute for Human Rights, 2021. Dostupná na: https://www.snslp.sk/wp-content/uploads/HRBA-to-Recovery-Analysis.pdf

4 Tamtiež, s. 7.

tégie a plány sa nezameriavajú len na sanovanie ekonomiky s cieľom obnoviť popandemický hospodársky rast, ale prostriedky určené na obnovu majú byť určené na riešenie štrukturálnych príčin diskriminácie a porušovania ľudských práv.[5] Jednou z piatich hlavných priorít Plánu obnovy SR je lepšie zdravie uznávajúc, že kvalita života závisí od starostlivosti o zdravie ľudí.[6]

Predkladaná analýza využíva HRBA prístup ako metódu analýzy verejných politík a legislatívy za účelom posúdenia ich potenciálneho dopadu na dodržiavanie ľudských práv. HRBA prístup a jeho aplikáciu v kontexte práva na zdravie a na prístup k zdravotnej starostlivosti uvádzame v prvej časti tejto analýzy. Druhá časť analýzy obsahuje stručné zhrnutie cieľov, reforiem a investícií komponentov 11 a 12 Plánu obnovy SR. V tretej časti analýzy aplikujeme jednotlivé princípy HRBA prístupu k zdraviu a zdravotnej starostlivosti na reformy a investície komponentov 11 a12 Plánu obnovy SR, vyzdvihujúc pozitívne aspekty a upozorňujúc na nedostatky v nastavení analyzovaných komponentov.

Analýza predstavuje podklad na monitorovanie súladu implementácie Plánu obnovy SR v kontexte jej dopadov na ľudské práva a rovné zaobchádzanie. Jej cieľom je poskytnúť Stredisku východiská pri formulácií stanovísk, správ a odporúčaní pre subjekty štátnej moci vo vzťahu súladu implementácie komponentov 11 a 12 Plánu obnovy SR s medzinárodnými záväzkami Slovenskej republiky a vnútroštátnou legislatívou v oblasti ľudských práv a nediskriminácie.

5 Tamtiež, s. 9.

6 Plán obnovy: cestovná mapa k lepšiemu Slovensku, s. 6, dostupný na: https://www.planobnovy.sk/site/assets/files/1019/kompletny-plan-obnovy.pdf

1. Právo na zdravie

Zdravie je definované ako stav úplnej telesnej, mentálnej a sociálnej pohody, nielen neprítomnosť choroby alebo invalidity. Užívanie najvyššej dosiahnuteľnej úrovne zdravia je jedno zo základných ľudských práv, ktoré patrí všetkým jednotlivcom bez ohľadu na ich náboženstvo, politické presvedčenie, či hospodárske alebo sociálne pomery.[7]

Právo na zdravie garantuje Všeobecná deklarácia ľudských práv v čl. 25 ods. 1 v korelácii s právom na životnú úroveň, ktorá zabezpečuje jednotlivcovi a jeho rodine zdravie, vrátane lekárskej starostlivosti.[8] Samostatnú úpravu práva na zdravie ako jedného zo základných sociálnych práv obsahuje následne čl. 12 ods. 1 Medzinárodného paktu o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach. Definuje ho ako právo na dosiahnutie najvyššej dosiahnuteľnej úrovne fyzického a duševného zdravia.[9] Medzinárodný pakt o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach teda neprebral priamo definíciu zdravia podľa Ústavy Svetovej zdravotnej organizácie, ale v čl. 12 ods. 2 uznáva, že právo na zdravie zahŕňa široký okruh sociálno-ekonomických faktorov, ktoré spoločne vytvárajú podmienky determinujúce zdravie, ako sú napr. výživa, bývanie, prístup k pitnej vode a pod.[10]

Právo na zdravie zakladá pre štát súbor povinností na to, aby zabezpečil vhodné podmienky na užívanie práva na zdravie pre všetkých bez akejkoľvek diskriminácie. Súčasťou práva na zdravie je aj sloboda rozhodovania sa vo veciach vlastného zdravia a tela (napr. v spojitosti so sexuálnym a reprodukčným zdravím a právami) a ochrana pred neželanými zásahmi (napr. ochrana pred mučením alebo lekárskou starostlivosťou bez súhlasu dotknutej osoby). Právo na zdravie obsahuje tiež právo na systém ochrany zdravia, ktorý vytvára rovnaké príležitosti pre každého na dosiahnutie najvyššej dosiahnuteľnej úrovne zdravia.[11]

Uznanie zdravia ako ľudského práva vytvára právny záväzok štátu zabezpečiť pre jednotlivcov prístup k včasnej, prijateľnej a ekonomicky dostupnej zdravotnej starostlivosti primeranej kvality. Právo na zdravie je spojené s realizáciou práva na výživu, práva na bývanie, práva na prácu, práva na vzdelanie, práva na informácie a participáciu. Znamená to, že reali-

7 Ústava Svetovej zdravotníckej organizácie, Preambula. Dostupné v anglickom jazyku na: https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf

8 Čl. 25 ods. 1 Všeobecnej deklarácie ľudských práv znie: *„Každý má právo na životnú úroveň zabezpečujúcu jemu i jeho rodine zdravie a blahobyt vrátane potravy, šatstva, bývania, lekárskej starostlivosti a nevyhnutných sociálnych opatrení; má právo na zabezpečenie v nezamestnanosti, v chorobe, pri pracovnej nespôsobilosti, pri ovdovení, v starobe alebo v ostatných prípadoch straty zárobkových možností, ktoré nastali okolnosťami nezávislými od jeho vôle.“* Dostupné na: https://www.gender.gov.sk/wp-content/uploads/2012/06/UDHRvSVK.pdf

9 Medzinárodný pakt o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach, čl. 12 ods. 1. Dostupné na: https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/1976/120/

10 Výbor pre hospodárske a sociálne práva: Všeobecný komentár č. 14 o práve na dosiahnutie najvyššej dosiahnuteľnej úrovne fyzického a duševného zdravia (2000), bod 4, dostupné v anglickom jazyku na: https://bit.ly/3On4b5u

11 Svetová zdravotnícka organizácia: Human rights and health. Dostupné v anglickom jazyku na: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health. Pozri aj: Výbor pre hospodárske a sociálne práva: Všeobecný komentár č. 14 o práve na dosiahnutie najvyššej dosiahnuteľnej úrovne fyzického a duševného zdravia (2000), bod 8, dostupné v anglickom jazyku na: https://bit.ly/3On4b5u

zácia práva na zdravie je kľúčová pre plné užívanie týchto práv a zároveň je od realizácie týchto práv závislé užívanie práva na zdravie.[12]

Na úrovni Európskej únie je právo na zdravie garantované čl. 35 Charty základných práv Európskej únie cez právo na prístup k zdravotnej starostlivosti.[13] Na vnútroštátnej úrovni je kľúčovým zakotvenie práva na zdravie v čl. 40 Ústavy Slovenskej republiky, ktorý ho definuje nasledovne: *„Každý má právo na ochranu zdravia. Na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon.“*[14]

Obsahový rámec práva na zdravie určujú teda medzinárodné dohovory na ochranu ľudských práv, ktoré SR ratifikovala, a vnútroštátna legislatíva vrátane výkladových komentárov zmluvných orgánov k jednotlivým ustanoveniam týchto dohovorov a rozhodovacej praxe medzinárodných, nadnárodných a vnútroštátnych súdnych autorít. V nasledovnej tabuľke je uvedený základný právny rámec práva na zdravie v SR.

Tabuľka č.1: Základný právny rámec práva na zdravie v SR

Medzinárodné dohovory na ochranu ľudských práv	
Všeobecná deklarácia ľudských práv	čl. 25 ods. 1
Medzinárodný pakt o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach	čl. 12
Dohovor o právach dieťaťa	čl. 24
Dohovor o odstránení všetkých foriem diskriminácie žien	čl. 11 ods. 1 písm. f), čl. 12, čl. 14 ods. 2 písm. b)
Dohovor o odstránení všetkých foriem rasovej diskriminácie	čl. 5 písm. e) bod iv)
Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím	čl. 25
Regionálne dohovory a právne akty EÚ	
Európska sociálna charta (revidovaná)	čl. 11, čl. 13 ods. 1 až 3
Charta základných práv EÚ [15]	čl. 35
Smernica Rady 2000/43/ES z 29. júna 2000, ktorou sa zavádza zásada rovnakého zaobchádzania s osobami bez ohľadu na rasový alebo etnický pôvod	V zmysle čl. 3 ods. 1 písm. e) sa ňou zakazuje diskriminácia z dôvodu rasového alebo etnického pôvodu v oblasti zdravotnej starostlivosti

12 Výbor pre hospodárske a sociálne práva: Všeobecný komentár č. 14 o práve na dosiahnutie najvyššej dosiahnuteľnej úrovne fyzického a duševného zdravia (2000), bod 3, dostupné v anglickom jazyku na: https://bit.ly/3On4b5u

13 Čl. 35 Charty základných práv Európskej únie znie: *„Každý má právo na prístup k preventívnej zdravotnej starostlivosti a právo využívať lekársku starostlivosť za podmienok ustanovených vnútroštátnymi právnymi predpismi a praxou. Pri tvorbe a uskutočňovaní všetkých politík a činností Únie sa zabezpečí vysoká úroveň ochrany ľudského zdravia.“* Dostupné na: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SK/TXT/PDF/?uri=CELEX:12016P/TXT&from=LT

14 Čl. 40 Ústavy Slovenskej republiky, dostupné na: https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/1992/460/#ustavnyclanok-40

15 V prehľade sú uvedené len ustanovenia tých článkov, ktoré SR ratifikovala.

Vnútroštátne právne predpisy SR	
Ústavný zákon č. 460/1992 Zb. Ústava Slovenskej republiky (ďalej len „Ústava SR“)	čl. 40
Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon o zdravotnej starostlivosti“)	Upravuje najmä poskytovanie zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a práva a povinnosti fyzických osôb a právnických osôb pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Predstavuje základný právny rámec na výkon práva na zdravie a zdravotnú starostlivosť v SR.
Zákon č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti	Reguluje rozsah zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a úhrady za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.
Zákon č. 365/2004 Z. z. o rovnakom zaobchádzaní v niektorých oblastiach a o ochrane pred diskrimináciou a o zmene a doplnení niektorých zákonov (antidiskriminačný zákon) (ďalej len „antidiskriminačný zákon“)	V zmysle § 3 ods. 1 sa zásada rovnakého zaobchádzania uplatňuje v oblasti zdravotnej starostlivosti.

Okrem všeobecných záväzkov, ktoré SR v oblasti práva na zdravie vyplývajú z ratifikovaných medzinárodných dohovorov a vnútroštátnej legislatívy, je pre uplatňovanie HRBA prístupu k zdraviu v praxi dôležitá aj implementácia odporúčaní orgánov a mechanizmov dohliadajúcich na implementáciu týchto záväzkov na úrovni konkrétnych štátov. V nasledovnej tabuľke je uvedený prehľad najaktuálnejších medzinárodných odporúčaní adresovaných SR v oblasti práva na zdravie.

Tabuľka č.2: Prehľad najaktuálnejších odporúčaní adresovaných SR vo vzťahu k právu na zdravie

Orgán/mechanizmus (rok)	Číslo odporúčania	Všeobecná charakteristika odporúčania
Univerzálne periodické hodnotenie – Rada OSN pre ľudské práva, 3. cyklus[16] (2020)	121, 123	zlepšovanie sociálnych politík a služieb zdravotnej starostlivosti
	142-146	sexuálne a reprodukčné zdravie
	157-158	prístup osôb so zdravotným postihnutím k službám a zariadeniam zdravotnej starostlivosti
	166, 169, 173, 174, 175, 177, 180, 181	prístup k zdravotnej starostlivosti a službám zdravotnej starostlivosti pre Rómov a Rómky, vrátane rómskych detí a marginalizovaných komunít
	181	diskriminácia rómskych žien v prístupe k sexuálnemu a reprodukčnému zdraviu

16 Rada OSN pre ľudské práva: Odporúčania adresované Slovenskej republike počas tretieho kola Univerzálneho periodického hodnotenia Rady OSN pre ľudské práva. Dostupné na: https://www.snslp.sk/wp-content/uploads/Odporucania-SR-z-3-cyklu-UPH.pdf

Európska komisia proti rasizmu a intolerancii (ECRI), 6. monitorovací cyklus[17] (2020)	4 (bod 32 textu)	odstránenie podmienky sterilizácie na prepis rodu, zákaz medicínsky nepodmienených liečebných a chirurgických zákrokov na intersexuálnych osobách pred dosiahnutím veku na udelenie informovaného súhlasu
	14 (bod 101 textu)	segregácia a diskriminácia rómskych žien v pôrodniciach, nezávislé prešetrenie sterilizácií rómskych žien bez informovaného súhlasu v minulosti
Výbor pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva, k 3. periodickej správe SR[18] (2019)	Bod 36	investície do systému zdravotnej starostlivosti
	Bod 38	investície do preventívnych kampaní v oblasti verejného zdravia
	Bod 40	zákaz využívania klietkových lôžok v zariadeniach (ústavoch) pre duševne chorých
	Body 42 a 43	sexuálne a reprodukčné zdravie
	Bod 45	segregácia rómskych žien v pôrodniciach, sterilizácie rómskych žien bez informovaného súhlasu
	Bod 47	sexuálne a reprodukčné zdravie migrantiek
	Bod 61	rovný prístup k asistovanej reprodukcii ako forme zdravotnej starostlivosti v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia
Výbor OSN pre odstránenie rasovej diskriminácie, k 11. a 12. periodickej správy SR[19] (2018)	Body 24.a a 24.b	predchádzanie a odstraňovanie diskriminácie Rómov a Rómok v oblasti zdravotnej starostlivosti
	Bod 24.c	vyšetrenie prípadov násilia na Rómoch a Rómkach a ich diskriminácie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti
	Bod 24.d	vzdelávanie medicínskych pracovníkov a pracovníčok s cieľom odstraňovania rasovej diskriminácie
	Bod 24.e	sterilizácie rómskych žien bez informovaného súhlasu
	Bod 28	prístup migrantov, migrantiek a žiadateľov a žiadateliek o azyl k zdravotnej starostlivosti

17 Európska komisia proti rasizmu a intolerancii: Správa ECRI o Slovenskej republike (šiesty monitorovací cyklus). Dostupné na: https://rm.coe.int/ecri-6th-report-on-the-slovak-republic/1680a0a08a

18 Výbor pre hospodárske sociálne a kultúrne práva: Záverečné odporúčania k tretej periodickej správe Slovenskej republiky, E/C.12/SVK/CO/3. Dostupné v anglickom jazyku na: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2fSVK%2fCO%2f3&Lang=en

19 Výbor OSN pre odstránenie rasovej diskriminácie: Záverečné odporúčania k spojenej jedenástej a dvanástej periodickej správe Slovenska, CERD/C/SVK/CO/11-12. Dostupné v anglickom jazyku na: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CERD%2fC%2fSVK%2fCO%2f11-12&Lang=en

Výbor OSN pre ľudské práva, k 4. periodickej správe SR[20] (2016)	Bod 25.d	prístup všetkých žien bez diskriminácie k lekárskej starostlivosti, vrátane služieb reprodukčného zdravia
	Bod 27.a	prešetrenie sterilizácií žien bez informovaného súhlasu
	Bod 27.b	vzdelávanie pre zdravotnícky personál o postupe udeľovania informovaného súhlasu
	Bod 27.c	monitorovanie správneho získavania informovaného súhlasu so zdravotnou starostlivosťou
Výbor OSN pre práva dieťaťa, k 3. a 4. periodickej správe SR[21] (2016)	Bod 16.c	právo rómskych detí, osobitne z vylúčených komunít, na zdravotnú starostlivosť bez diskriminácie
	Bod 35.d	prístup k zdravotnej starostlivosti pre mladých ľudí vychádzajúcich zo systému náhradnej starostlivosti
	Bod 39.a	miera zaočkovanosti detí
	Bod 39.c	segregácia rómskych detí v nemocniciach
	Bod 39.d	boj proti šíreniu infekčných chorôb a užívaniu návykových látok v rómskych komunitách
	Bod 41	sexuálne a reprodukčné zdravie mladých dievčat a žien
	Bod 53.b	prístup k zdravotnej starostlivosti pre deti so statusom azylantov alebo utečencov
Výbor OSN pre práva osôb so zdravotným postihnutím, k 1. správe SR[22] (2016)	Bod 26	sieť služieb zdravotnej a sociálnej starostlivosti na včasnú diagnostiku a intervenciu pre deti so zdravotným postihnutím
	Bod 44	nedobrovoľná hospitalizácia a ochranné liečenie
	Bod 50	informovaný súhlas osôb so zdravotným postihnutím
	Bod 52	sterilizácie rómskych žien so zdravotným postihnutím
	Bod 70	fyzické, informačné a komunikačné bariéry pre osoby so zdravotným postihnutím v oblasti zdravotnej starostlivosti a informovaný súhlas, školenia pre zdravotnícky personál
	Bod 72	rehabilitačné služby

20 Výbor OSN pre ľudské práva: Záverečné odporúčania k štvrtej správe Slovenska, CCPR/C/SVK/CO/4. Dostupné v anglickom jazyku na: https://bit.ly/3SVvLcw

21 Výbor OSN pre práva dieťaťa: Záverečné odporúčania k spojenej tretej až piatej periodickej správe Slovenska, CRC/C/SVK/CO/3-5. Dostupné v anglickom jazyku na: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fC%2fSVK%2fCO%2f3-5&Lang=en

22 Výbor OSN pre práva osôb so zdravotným postihnutím: Záverečné odporúčania k úvodnej správe Slovenska, CRPD/C/SVK/CO//1. Dostupné v anglickom jazyku na: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fSVK%2fCO%2f1&Lang=en

Výbor OSN pre odstránenie diskriminácie žien, k 5. a 6. periodickej správe SR[23] (2015)	Bod 27.b	vzdelávanie o sexuálnych a reprodukčných právach
	Bod 31.a	program sexuálneho a reprodukčného zdravia a práv
	Bod 31.b-f	prístup k umelému prerušeniu tehotenstva
	Bod 31.g	pôrodná starostlivosť
	Bod 31.h	segregácia rómskych žien v nemocniciach a pôrodniciach
	Body 33.a a 33.d	zákaz nútených sterilizácií
	Bod 33.b	školenia pre zdravotnícky personál o poskytovaní informovaného súhlasu
	Bod 33.c	informovanie rómskych žien a dievčat o ich sexuálnych a reprodukčných právach
	Bod 37.c	zákaz medicínskych zákrokov bez informovaného súhlasu a povinných sterilizácií voči intersexuálnym a transrodovým ženám
Výbor OSN proti mučeniu, k 3. periodickej správe SR[24] (2015)	Bod 10.c	dostupnosť psychiatrickej starostlivosti pre osoby vo výkone väzby a trestu odňatia slobody
	Bod 12	nezákonné sterilizácie rómskych žien
	Bod 14.f	zdravotná starostlivosť pre obete domáceho násilia
	Bod 15.e	zdravotná starostlivosť a psychologická pomoc pre obete obchodovania s ľuďmi

23 Výbor OSN pre odstránenie diskriminácie žien: Záverečné odporúčania k spojenej piatej a šiestej periodickej správe Slovenska, CEDAW/C/SVK/CO/5-6. Dostupné v anglickom jazyku na: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2fC%2fSVK%2fCO%2f5-6&Lang=e

24 Výbor OSN proti mučeniu: Záverečné odporúčania k tretej periodickej správe Slovenska, CAT/C/SVK/CO/3. Dostupné v anglickom jazyku na: https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/203/52/PDF/G1520352.pdf?OpenElement

1.1 HRBA prístup k zdraviu

Prístup založený na ľudských právach vyžaduje systematicky klásť pozornosť na princípy a štandardy v oblasti ľudských práv za účelom napĺňať ciele jednotlivých ľudských práv, a to prostredníctvom participatívnych, inkluzívnych, nediskriminačných, transparentných a citlivo nastavených procesov. HRBA prístup vyžaduje, aby štandardy v oblasti ľudských práv boli rešpektované vo všetkých aspektoch politík a programov.[25]

HRBA prístup k zdraviu vyžaduje, aby všetky politiky a programy v oblasti zdravia boli v súlade s medzinárodnými štandardami a vnútroštátnymi normami na ochranu práva na zdravie a venovali pozornosť primárne potrebám najzraniteľnejších skupín s cieľom dosiahnutia skutočnej rovnosti, a to v súlade s princípmi Agendy 2030.[26] Povinnosťou štátu v súlade s HRBA prístupom k zdraviu je nielen zabezpečiť dostupné, prístupné, finančne dostupné, prijateľné a kvalitné zariadenia, tovary a služby v oblasti zdravia, ale aj riešiť základné determinanty zdravia, vrátane chudoby, nedostatočne realizovaného práva na vzdelanie či nedostatočného prístupu k iným sociálnym službám. Správne nastavený a dostupný zdravotnícky systém berie do úvahy všetky zložky HRBA prístupu a zabezpečuje širokú spoluprácu vo všetkých oblastiach a problémoch, ktoré majú vplyv na zdravie.[27]

HRBA prístup sa opiera o päť kľúčových princípov známych aj ako „PANEL“ – participácia, zodpovednosť, nediskriminácia a rovnosť, posilnenie postavenia a zákonnosť (z anglického: participation, accountability, non-discrimination, empowerment, legality).[28] V oblasti zdravia je tento prístup rozšírený v súlade so Všeobecným komentárom č. 14 Výboru pre hospodárske a sociálne práva o práve na dosiahnutie najvyššej dosiahnuteľnej úrovne fyzického a duševného zdravia právu o štyri doplňujúce princípy „AAAQ“ (z anglického: availability, accessibility, acceptability, quality) – dostupnosť, prístupnosť, prijateľnosť a kvalita.[29]

25 Human Rights Council: Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce and eliminate preventable mortality and morbidity of children under 5 years of age – Report of the Office of the High Commissioner for Human Rights (2014), bod 18. Dostupné v anglickom jazyku na: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Children/TechnicalGuidance/TechnicalGuidancereport.pdf

26 Pozri bližšie: UN Department of Economic and Social Affairs: Transforming our world – the 2030 Agenda for Sustainable Development, dostupné v anglickom jazyku na: https://sdgs.un.org/2030agenda

27 Human Rights Council: Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce and eliminate preventable mortality and morbidity of children under 5 years of age – Report of the Office of the High Commissioner for Human Rights (2014), bod 33. Dostupné v anglickom jazyku na: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Children/TechnicalGuidance/TechnicalGuidancereport.pdf

28 Pozri napr.: Australian Human Rights Commission: Human rights based approaches, dostupné v anglickom jazyku na: https://humanrights.gov.au/our-work/rights-and-freedoms/human-rights-based-approaches alebo Scottish Human Rights Commission: A human rights based approach – an introduction, dostupné v anglickom jazyku na: https://www.scottishhumanrights.com/media/1409/shrc_hrba_leaflet.pdf

29 World Health Organisation & Office of the High Commissioner for Human Rights: A human rights-based approach to health. Dostupné v anglickom jazku na: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/ESCR/Health/HRBA_HealthInformationSheet.pdf

V tabuľke uvádzame bližšie vymedzenie obsahu princípov PANEL a princípov AAAQ, ktorých aplikácia je kľúčová na účely ľudskoprávnej analýzy reforiem a investícií v oblasti zdravia a zdravotnej starostlivosti.

Princíp	Odpovedá na otázku	Teoretické vymedzenie princípu
Participácie	*Ako sa jednotlivci môžu aktívne zapájať do rozhodovania o danej otázke/problematike?*	Každý má právo na aktívnu účasť na rozhodovacích procesoch, ktoré ovplyvňujú uplatňovanie ľudských práv. Participácia vyžaduje, aby všetky dotknuté subjekty, vrátane neštátnych subjektov, mali vplyv na tvorbu a kontrolu programov, politík a stratégií v oblasti zdravia vo všetkých ich fázach, vrátane posudzovania, analýz, plánovania, implementácie, monitorovania a vyhodnocovania. Participácia ide nad rámec konzultácií, nakoľko by mala obsahovať explicitné stratégie na posilnenie postavenia jednotlivcov, osobitne tých z marginalizovaných skupín, tak, aby ich očakávania boli štátom uznané.[30] V praxi to znamená, že musí byť umožnená aktívna participácia subjektov občianskej spoločnosti reprezentujúcich záujmy jednotlivých skupín, ktorých sa politiky dotýkajú.[31]
Zodpovednosti	*Ako sú štát, organizácie a jednotlivci zodpovední za realizáciu ľudských práv v konkrétnom kontexte?*	Štáty a ostatní nositelia povinností v oblasti ľudských práv sa zodpovedajú za ich dodržiavanie. Subjekty, ktoré majú povinnosť rešpektovať, chrániť, podporovať a napĺňať ľudské práva sú zodpovedné za neplnenie tejto povinnosti voči držiteľom práv. V prípade porušenia práv by mali existovať účinné prostriedky nápravy. Politiky, stratégie a programy v oblasti zdravia musia byť v súlade medzinárodným právom v oblasti ľudských práv a v prípade porušenia týchto práv, štáty zodpovedajú za to, že zavedú účinné prostriedky nápravy.
Nediskriminácie a rovného zaobchádzania	*Uznáva politika/ program/ reforma/norma, že každý má rovnaké práva bez ohľadu na osobné charakteristiky alebo status?*	Prístup k zdravotnej starostlivosti patrí všetkým jednotlivcom rovnako bez akejkoľvek diskriminácie[32], aby každý mal príležitosť užívať svoje právo na zdravie za rovnakých podmienok. Všetky formy diskriminácie by mali byť zakázané, malo by sa im predchádzať a mali by byť odstránené. Zdravotné a hospodárske dôsledky pandémie pociťujú v neprimeranej miere ľudia postihnutí chudobou, rasizmom alebo inými formami diskriminácie, ako sú napr. Rómovia, ľudia so zdravotným znevýhodnením, utečenci a migranti. Dôkladné posúdenie vplyvov politík programov a stratégií v oblasti zdravia na ľudské práva môže ochrániť niektoré skupiny pred diskrimináciou a prehlbovaním existujúcich nerovností. Pre identifikáciu najzraniteľnejších skupín a potrieb rôznorodých skupín obyvateľstva sú kľúčové fungujúce systémy zdravotníckych informácií na vnútroštátnej úrovni a dostupnosť dezagregovaných dát. [33]

30 Svetová zdravotnícka organizácia: Human rights and health. Dostupné v anglickom jazyku na: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health

31 Pozri bližšie: Office of the High Commissioner for Human Rights: Guidelines for States on the effective implementation of the right to participate in public affairs. Dostupné v anglickom jazyku na: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health

32 Zoznam chránených dôvodov, teda osobných charakteristík, na základe ktorých sa zakazuje diskriminácia, je obsiahnutý na vnútroštátnej úrovni v čl. 12 ods. 2 Ústavy Slovenskej republiky a v § 2 ods. 1 antidiskriminačného zákona.

33 Svetová zdravotnícka organizácia: Human rights and health. Dostupné v anglickom jazyku na: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health

Posilnenia postavenia	*Ako získavajú jednotlivci možnosť poznať svoje práva, rozumieť ich obsahu a domáhať sa ich?*	Každý má právo domáhať sa svojich práv a uplatňovať si ich. Základným predpokladom uplatňovania práv je, aby jednotlivci a komunity rozumeli svojim právam a mohli sa podieľať na tvorbe politík, ktoré ovplyvňujú ich životy. Politiky, stratégie a programy v oblasti zdravia majú vo svojom výsledku posilňovať postavenie ľudí a prispievať k užívaniu ich práv.
Zákonnosti	*Je zabezpečené, že základom daného postupu/prístupu je zákon, ktorý je v súlade so štandardmi v oblasti ľudských práv?*	Verejné politiky, stratégie, programy v oblasti zdravia, vrátane plánov obnovy, by mali byť v súlade s právami zakotvenými vo vnútroštátnej a medzinárodnej legislatíve a mať právny základ.
Dostupnosti	*Je systém verejného zdravotníctva dostupný pre všetkých? Sú zariadenia, tovary, služby a programy zdravotnej starostlivosti dostupné v dostatočnom množstve, aby uspokojili potreby všetkých jednotlivcov?*	Fungujúci systém zdravotnej starostlivosti a zariadenia, tovary, služby a programy zdravotnej starostlivosti musia byť dostupné v dostatočnom množstve. Dostupnosť sa vzťahuje nie len na počet zariadení zdravotnej starostlivosti, ale aj na počet vyškoleného zdravotného personálu a základných liekov a liečiv definovaných Akčným programom Svetovej zdravotníckej organizácie o základných liekoch.[34] Dostupnosť zdravotnej starostlivosti je merateľná prostredníctvom dezagregovaných dát podľa rôznych kritérií, ako napr. vek, pohlavie, geografická lokalita, socio-ekonomický status, ako aj podľa kvalitatívnych prieskumov na určenie medzier v poskytovaní zdravotnej starostlivosti. [35]
Prístupnosti	*Sú zdravotnícke zariadenia, tovary a služby prístupné naozaj pre každého?*	Zariadenia, tovary a služby zdravotnej starostlivosti musia byť prístupné každému bez diskriminácie. Prístupnosť má nasledovné štyri dimenzie: • Nediskriminácia - zariadenia, tovary a služby zdravotnej starostlivosti musia byť dostupné pre všetkých na základe zákona, ako aj v praxi, osobitne pre najzraniteľnejšie skupiny, a to bez akejkoľvek diskriminácie; • Fyzická dostupnosť – bezpečná vzdialenosť pre všetky skupiny populácie, osobitne pre zraniteľné a marginalizované skupiny, a to vrátane vidieckych oblastí. Jej súčasťou je prístupnosť budov, v ktorých sa poskytuje zdravotná starostlivosť, pre osoby so zdravotným postihnutím. • Ekonomická dostupnosť - bez ohľadu na to, či sú služby zdravotnej starostlivosti zabezpečované súkromnými alebo verejnými subjektami, majú byť dostupné pre všetkých, vrátane sociálne znevýhodnených skupín. Rovnosť príležitostí si vyžaduje, aby chudobnejšie domácnosti neboli neprimerane zaťažené výdavkami na zdravie v porovnaní s domácnosťami s vyššími príjmami. • Informačná dostupnosť - právo vyhľadávať, získavať a šíriť nestranné informácie týkajúce sa otázok zdravia, rešpektujúc ochranu osobných zdravotných údajov a ich dôvernosť.[36]

34 Výbor pre hospodárske a sociálne práva: Všeobecný komentár č. 14 o práve na dosiahnutie najvyššej dosiahnuteľnej úrovne fyzického a duševného zdravia (2000), bod 12a, dostupné v anglickom jazyku na: https://bit.ly/3On4b5u

35 Svetová zdravotnícka organizácia: Human rights and health. Dostupné v anglickom jazyku na: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health

36 Výbor pre hospodárske a sociálne práva: Všeobecný komentár č. 14 o práve na dosiahnutie najvyššej dosiahnuteľnej úrovne fyzického a duševného zdravia (2000), bod 12c, dostupné v anglickom jazyku na: https://bit.ly/3On4b5u

		Prístupnosť možno vyhodnocovať na základe analýzy fyzických, finančných a iných bariér a ich dopadov na zraniteľné skupiny. Vyžaduje si nastavenie jasných pravidiel a noriem na úrovni legislatívy a politík a systému nak monitorovanie informácií týkajúcich sa zdravia.[37]
Prijateľnosti	*Je v centre zdravotnej starostlivosti jednotlivec a je táto nastavená tak, aby reagovala na potreby rozmanitých skupín obyvateľstva?*	Všetky zariadenia, tovary a služby zdravotnej starostlivosti musia byť v súlade s medzinárodnými štandardmi a rešpektovať medicínsku etiku a byť kultúrne prijateľné, t. j. rešpektovať kultúru jednotlivca, menšín a komunít a byť rodovo citlivé a citlivé k požiadavkám rôznych vekových skupín osôb. Zdravotná starostlivosť a programy zdravotnej starostlivosti musia byť navrhnuté tak, aby rešpektovali dôvernosť a informovaný súhlas a zlepšovali zdravotný stav prijímateľov.[38]
Kvality	*Spĺňa poskytovaná zdravotná starostlivosť štandardy kvality?*	Základom princípu kvality je, že zdravotná starostlivosť musí byť vedecky a medicínsky vhodná a zodpovedať štandardom kvality. Kvalita zdravotnej starostlivosti závisí od schopného zdravotného personálu, vedecky schválených liekov a liečiv a zdravotníckeho zariadenia, vrátane vhodnej hygieny.[39] Kvalitné služby zdravotnej starostlivosti sú: • Bezpečné – nespôsobujú zranenia osobám, ktorým je zdravotná starostlivosť určená; • Účinné – založené na vedecky dokázaných faktoch; • Zamerané na jednotlivca – reagujú na jeho individuálne preferencie, potreby a hodnoty; • Správne načasované – redukujú čakacie doby a škodlivé odklady; • Spravodlivé a v súlade so zásadou rovnosti – kvalita zdravotnej starostlivosti sa nelíši s ohľadom na rod, etnicitu, geografickú lokáciu alebo sociálno-ekonomické postavenie jej prijímateľa; • Integrované – starostlivosť zahŕňajúca plný rozsah zdravotnej starostlivosti počas života; • Efektívne – maximalizujúce benefity dostupných zdrojov a vyhýbajúce sa ich plytvaniu.[40]

Súčasťou práva na zdravie sú zároveň dva osobitné princípy. Prvý, vyplývajúci zo zaradenia práva na zdravie medzi sociálne práva, je **princíp progresívnej realizácie s využitím maximálnych dostupných zdrojov**. V zmysle tohto princípu sú štáty zodpovedné za to, aby bez ohľadu na dostupné zdroje prijali bezodkladne kroky s cieľom naplnenia práva na zdravie. Bez ohľadu na rozsah zdrojov musia byť odstránenie diskriminácie a kroky s cieľom odstránenia nedostatkov v legislatíve a súdnictve vykonané bezodkladne.[41] Druhým princípom je **zákaz retrogresie**, v zmysle ktorého sa zakazujú akékoľvek opatrenia zužujúce už existujúce práva v oblasti zdravia a s medzinárodnými záväzkami.[42]

37 Svetová zdravotnícka organizácia: Human rights and health. Dostupné v anglickom jazyku na: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health

38 Výbor pre hospodárske a sociálne práva: Všeobecný komentár č. 14 o práve na dosiahnutie najvyššej dosiahnuteľnej úrovne fyzického a duševného zdravia (2000), bod 12c, dostupné v anglickom jazyku na: https://bit.ly/3CHUg6t

39 Tamtiež, bod 12d.

40 Svetová zdravotnícka organizácia: Human rights and health. Dostupné v anglickom jazyku na: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health

41 Pozri bližšie: Office of the High Commissioner for Human Rights: Economic, social and cultural rights. Dostupné v anglickom jazyku na: https://www.ohchr.org/en/human-rights/economic-social-cultural-rights

42 Pozri bližšie: World Health Organisation & Office of the High Commissioner for Human Rights: The right to health (Factsheet no. 31), s. 23-24, dostupné v anglickom jazyku na: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Factsheet31.pdf

2. Opis komponentov 11 a 12 Plánu obnovy SR zameraných na zdravie a zdravotnú starostlivosť

Komponenty 11 a 12 Plánu obnovy SR vytvárajú rámec pre kľúčové reformy a investície Slovenskej republiky v oblasti zdravotníctva a zdravotnej starostlivosti. Realizácia týchto reforiem a investícií má jednoznačný dopad na implementáciu práva na zdravie a vytvára zároveň potenciál na zosúladenie vnútroštátnej legislatívy a praxe s medzinárodnými ľudskoprávnymi štandardami v tejto oblasti, ako aj s odporúčaniami medzinárodných monitorovacích mechanizmov týkajúcimi sa práva na zdravie, vrátane dostupnosti a prístupnosti kvalitnej zdravotnej starostlivosti pre všetkých obyvateľov. Nasledujúca časť predkladanej analýzy stručne sumarizuje základné východiská a ciele analyzovaných komponentov a v nich obsiahnutých reforiem a investícií.

2.1 Komponent 11 - Moderná a dostupná zdravotná starostlivosť

Cieľom komponentu 11 je vytvoriť modernú, dostupnú a efektívnu sieť nemocníc, ktorá zabezpečí kvalitnú zdravotnú starostlivosť, atraktívne prostredie pre personál, efektívne procesy a zdravé hospodárenie. Cieľ je tiež zvýšiť dostupnosť záchrannej zdravotnej služby, ktorá bude nadväzovať na potreby novej siete nemocníc a posilniť primárnu starostlivosť, ktorá má byť základným integračným bodom zdravotnej starostlivosti o pacienta.[43]

Komponent 11 definuje niekoľko hlavných výziev v tejto oblasti. Napriek geografickej dostupnosti zdravotnej starostlivosti sa jednotlivé zariadenia líšia v kvalite poskytovanej starostlivosti, aj kvôli nedodržiavaniu minimálneho bezpečného počtu výkonov. Infraštruktúra je často výrazne zastaraná a nespĺňa aktuálne medzinárodné normy, čím neumožňuje zavádzanie efektívnejších procesov. Administratívna záťaž lekárskeho personálu a nízka úroveň digitalizácie znižujú čas, ktorý by sa mohol venovať pacientovi. Pracovné prostredie vrátane fyzických podmienok a nastavených procesov nie je pre kvalifikovaný personál dostatočne atraktívne a dochádza k výraznému odlevu do zahraničia za lepšími podmienkami. Prejavuje sa to aj v nedostatku všeobecných lekárov pre dospelých aj pre deti a dorast, ktorý sa bude kvôli ich vysokému priemernému veku ešte prehlbovať. Preťaženie všeobecných lekárov následne spôsobuje, že pacientov posielajú k drahším špecialistom, pri ktorých sú zas problémom dlhé čakacie lehoty. Slovenská republika má pritom veľmi vysoký počet odvrátiteľných hospitalizácií a úmrtí pri chronických a civilizačných ochoreniach. Otázkou je aj efektivita záchrannej zdravotnej služby (ďalej ako „ZZS“) ktorá často zasahuje u pacientov, ktorí nie sú v ohrození života a jej prostriedky tak nie sú využívané adekvátne.[44]

43 Plán obnovy a odolnosti Slovenskej republiky: Komponent 11 – Moderná a dostupná zdravotná starostlivosť, s. 386, dostupné na: https://www.planobnovy.sk/site/assets/files/1019/kompletny-plan-obnovy.pdf

44 Tamtiež, s. 388 – 391.

2.1.1 Reformy a investície komponentu 11

Reforma 1: Optimalizácia siete nemocníc

Cieľom reformy je zlepšenie kvality a efektívnosti ústavnej zdravotnej starostlivosti prostredníctvom definície typológie a hierarchie poskytovania ústavnej starostlivosti, ako aj definície minimálnych podmienok pre poskytovanie medicínskych služieb podľa vzoru rozvinutých krajín.

Prehodnotením súčasného dopytu po ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa diagnóz a výkonov sa zadefinuje optimálne regionálne rozmiestnenie ústavnej zdravotnej starostlivosti a garantuje sa dostupnosť lôžkovej starostlivosti stanovením geografického a časového nároku pacienta podľa náročnosti zdravotnej starostlivosti.

Reforma 2: Reforma prípravy investičných projektov v zdravotníctve

Cieľom reformy je zvýšiť efektivitu procesu zavedením systematického plánovania investícií na základe strategických dokumentov. Bude vytvorená metodika hodnotenia investícií v zdravotníctve, ktorá určí kritériá rozhodovania na základe finančných, medicínskych, ale aj nepriamych prínosov vrátane celospoločenských a socioekonomických. Nastaví sa model rozhodovania o ekonomickej efektívnosti investícií v sektore zdravotníctva, ktorý zohľadní nielen priame finančné prínosy investície, ale všetky nepriame (napr. väčší komfort pacienta). Bude vytvorený priorizovaný investičný plán, ktorý zohľadní kritériá potreby (napr. odstránenie kapacitných úzkych miest alebo nevyhovujúceho stavu), medicínske, spoločenské a ekonomické aspekty (vrátane tých na životné prostredie), efektivitu a finančnú uskutočniteľnosť a udržateľnosť.

Reforma 3: Centralizácia riadenia najväčších nemocníc

Cieľom je zlepšiť riadenie koncových nemocníc, najmä medicínskych a prevádzkových procesov a hospodárenia. Vytvorí sa systém centrálneho riadenia nemocníc, ktorý umožní využitie prínosov z koordinácie aj rozsahu. Umožní sa rýchle zdieľanie dobrej praxe v rámci skupiny pri aplikácii jednotných postupov a metodík na viacero nemocníc. Vytvorí sa centrum zdieľaných služieb, zjednotí sa plánovanie, meranie a vyhodnocovanie výsledkov.

Reforma 4: Optimalizácia siete akútnej zdravotnej starostlivosti

Cieľom je zvýšiť plošnú dostupnosť ZZS do 15 minút na požadovaných viac ako 90 % populácie krajiny. Prioritou budú diagnózy kvintetu prvej hodiny do 8 minút na 80 % populácie a tým odvrátenie úmrtí akútne vznikajúcich v teréne.

Reforma 5: Nová definícia neodkladnej zdravotnej starostlivosti

Cieľom je využitie ZZS na opodstatnené zásahy, keď sú pacienti v priamom ohrození života, čím sa zvýši dostupnosť ZZS a efektívne využijú zdroje. Pre tento účel bude pripravená nová definícia neodkladnej ZS, ktorá určí okruh oprávnených užívateľov

záchrannej zdravotnej služby a spôsob vykonania odozvy na požiadavku týchto užívateľov.

Reforma 6: Reforma poskytovania všeobecnej starostlivosti o dospelých, deti a dorast

Cieľom je upraviť reguláciu spôsobom, aby podporovala príchod nových všeobecných lekárov, priebežnú generačnú výmenu aj celkové zvýšenie ich počtu a zároveň prispievala k riešeniu geografických nerovností v dostupnosti primárnej starostlivosti. Ďalej sa zadefinujú nedostatkové geografické oblasti a naviažu nástroje podpory zriaďovania a rozvoja ambulancií VLD a VLDD a príjmu nové koncepcie všeobecnej starostlivosti o dospelých a o deti a dorast, ktoré nahradia existujúce dokumenty z roku 2006 a určia pre VLD a VLDD možnosti výkonu nových kompetencií, modelov práce a jasne pomenujú úlohu VLD a VLDD v systéme zdravotnej starostlivosti.

Investícia 1: Projektová príprava a projektové riadenie investícií

Vznikne implementačná jednotka, ktorá bude zastrešovať činnosti v oblasti prípravy investičných projektov RRP v gescii MZ SR v komponentoch 11, 12 a 13, medicínskeho, procesného a IT dizajnu nemocníc a zdravotníckych zariadení. Implementačná jednotka bude slúžiť aj pre potreby OP Slovensko na výstavbu a rekonštrukciu zdravotníckych zariadení financovaných z EŠIF 2021 – 2027. Bude koordinovať projekčnú a inžiniersku činnosť, centrálny výber zhotoviteľa, spolupracovať na organizácii výstavby a kontrolnej činnosti tak, aby priniesla úspory z rozsahu a úspory časovej náročnosti.

Investícia 2: Nová sieť nemocníc – výstavba, rekonštrukcie a vybavenie

Investíciami do moderných budov a technického vybavenia sa zefektívnenia klinické a prevádzkové procesy, dosiahne sa lepší komfort pre pacientov a personál a zníži sa riziko nozokomiálnych nákaz. Zabezpečí sa dostupnosť ústavnej zdravotnej starostlivosti garantovaná optimalizáciou siete nemocníc. Obnovou a vytvorením prostredia pre vykonávanie modernej medicíny sa zatraktívni prostredie pre špičkových odborníkov a pomôže znížiť ich odliv do zahraničia.

Investícia 3: Digitalizácia v zdravotníctve

Zavedú sa jednotné technologické riešenia, ktoré umožnia prechod na centrálne riadenie nemocníc v súlade s Reformou 3. Vytvorí sa Centrum zdieľaných služieb s využitím moderného informačného systému, ktorý zabezpečí vysoký stupeň robotizácie a automatizácie administratívnych a kontrolingových procesov. Vybuduje sa národný archív obrazových vyšetrení a sieť digitalizovaných patologických pracovísk. Pre špecifické skupiny pacientov bude dostupná telemedicína.

Investícia 4: Výstavba a obnova staníc záchrannej zdravotnej služby

Cieľom je zabezpečiť realizáciu presunu staníc podľa novej siete akútnej starostlivosti a požiadaviek pre novú sieť nemocníc. Časť presunutých staníc zabezpečiť zrekonštruovaním vhodných priestorov, časť bude potrebné vystavať nanovo s príslušným vybavením.

Investícia 5: Obnova vozového parku záchrannej zdravotnej služby

Cieľom je zabezpečiť, aby vozový park záchrannej služby zodpovedal požiadavkám pre zabezpečenie cieľovej dostupnosti v regiónoch.

Investícia 6: Podpora otvárania nových ambulancií primárnej starostlivosti v nedostatkových oblastiach

Hlavným cieľom je podporiť popri generačnej obmene tiež zriaďovanie nových ambulancií v oblastiach s identifikovaným nedostatkom formou dotácie na dorovnanie nákladov prevádzky ambulancie. Dotácia sa bude udeľovať na základe podania žiadosti, splnenia podmienok a záväzku pokračovať v poskytovaní starostlivosti aj po skončení podpory. Dotácia bude dorovnávať chýbajúci počet zazmluvnených poistencov, z ktorých má lekár príjem, bude sa postupne znižovať a bude trvať obmedzenú dobu. Cieľom je znížiť riziko otvárania novej ambulancie pre začínajúcich lekárov v oblastiach, ktoré budú identifikované ako nedostatkové. V priebehu obdobia 2022 – 2026 má byť podporený vznik aspoň 170 nových ambulancií. Dôsledkom bude zvýšenie dostupnosti VLD a VLDD, zvýšenie atraktivity povolania pre nových lekárov a zníženie náporu na VLD/D v nedostatkových oblastiach, čo vytvára predpoklad na lepší výkon prevencie, rozšírených kompetencií a dôslednejšiu udržateľnosť.

2.2 Komponent 12 - Humánna, moderná a dostupná starostlivosť o duševné zdravie

Komponent 12 vytvára priestor na posilnenie ochrany práva na zdravie vo vzťahu k právu na dosiahnutie najvyššej dosiahnuteľnej úrovne duševného zdravia v zmysle čl. 12 ods. 1 Medzinárodného paktu o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach. Cieľom komponentu 12 je vytvoriť modernú a dostupnú starostlivosť o duševné zdravie, zmodernizovať systém psychiatrickej a psychologickej zdravotno-sociálnej starostlivosti, posilniť podporu duševného zdravia a prevenciu vzniku porúch, ako aj posilniť zdravotno-sociálnu starostlivosť a zvýšiť jej dostupnosť.[45]

Komponent 12 sa zameriava na nasledovných šesť parciálnych cieľov reagujúcich na najväčšie výzvy v oblasti duševného zdravia a starostlivosti o duševné zdravie na Slovensku:

Koordinovaná medzirezortná spolupráca, prevencia porúch a podpora zdravia všetkých skupín obyvateľstva

Spolupráca najmä medzi rezortmi zdravotníctva, školstva a sociálnych vecí má byť zabezpečená na úrovni koordinačného orgánu, participatívneho akčného plánu a nadrezortných opatrení s cieľom podpory duševného zdravia pre všetky skupiny obyvateľstva od detstva po starobu a na škále od úplného zdravia až po plne rozvinutú duševnú poruchu. Tým sa má reagovať na nedostatky v oblasti koordinácie a systematického prístupu v nadrezortných témach, ako napr.

45 Tamtiež, s. 431.

v otázke psychologického poradenstva a prevencie.[46]

Dostupná zdravotno-sociálna starostlivosť s dôrazom na komunitné riešenie

Cieľom komponentu 12 je dostupná zdravotno-sociálna starostlivosť pre všetky skupiny pacientov poskytovaná v prirodzenom prostredí a v súlade s ľudskoprávnymi záväzkami. Tento cieľ sa má dosiahnuť navýšením počtu špecializovaného personálu, posilnením deinštitucionalizácie (najmä vo vzťahu k veľkokapacitným pobytovým zariadeniam sociálnych služieb), zavedením nových typov komunitnej starostlivosti (napr. denné psychiatrické stacionáre pre doliečenie a sociálne začlenenie po hospitalizácii) a posilnením regionálnej dostupnosti. Výsledkom má byť vyšší podiel pacientov liečených v komunitnej zdravotno-sociálnej starostlivosti a skrátenie čakacej doby na poskytnutie zdravotnej starostlivosti.[47]

Moderné diagnostické a liečebné postupy, vzdelávanie a výskum

Jednými z hlavných výziev v oblasti starostlivosti o duševné zdravie na Slovensku sú zastaranosť zdravotno-sociálnej starostlivosti, absencia moderných diagnostických postupov pre mnohé diagnózy, nedostatočné poskytovanie psychoterapie a nadmerné predpisovanie psychofarmák. Cieľom komponentu 12 je preto obnova a rozšírenie používaných diagnostických a liečebných postupov, doplnenie materiálnych a technických kapacít a (pre)vzdelanie personálu. Na tento účel komponent 12 predpokladá zriadenie špecializovanej výskumnej zdravotníckej inštitúcie, meranie účinnosti medicínskych a prevenčných postupov a vykonanie epidemiologickej štúdie. Výsledkom reforiem má byť zároveň zvýšenie počtu personálu poskytujúceho modernú liečbu a diagnostiku v oblasti duševného zdravia.[48]

Znižovanie negatívnych dopadov pandémie COVID-19

V reakcii na negatívne dopady pandémie ochorenia COVID-19 na duševné zdravie ľudí všetkých vekových kategórií si komponent 12 dáva za cieľ znížiť tieto dopady prostredníctvom posilnenia štátnych kapacít a skvalitnením služieb v oblasti poskytovania poradenstva a odbornej pomoci v duševnom zdraví, osobitné zriadením národnej linky podpory duševného zdravia.[49]

Zamestnanosť a rast

Zlepšením a podporu duševného zdravia sa má docieliť zvýšenie zamestnanosti a potenciálne aj vzdelanosti obyvateľstva, nakoľko duševné poruchy sú spájané s horším prospechom a predčasným ukončením školskej dochádzky, ako aj so znížením pracovnej produktivity, absenciami v práci a nezamestnanosťou.[50]

Sociálna odolnosť

Vychádzajúc zo záverov výskumov,

46 Tamtiež, s. 434.
47 Tamtiež, s. 433 – 434.
48 Tamtiež, s. 433 – 434.
49 Tamtiež, s. 434- 435.
50 Tamtiež, s. 435.

podľa ktorých sú duševné poruchy spojené s vyššou chudobou, kriminalitou a nižšou vzdelanosťou a stabilitou rodín má podpora duševného zdravia potenciál znížiť chudobu, ako aj zvýšiť bezpečnosť obyvateľstva, znížiť záťaž na rodiny a zvýšiť stabilitu rodín.[51]

2.2.1 Zoznam reforiem a investícií komponentu 12

- Koordinovaná medzirezortná spolupráca a regulácia
  - Reforma 1.1: Vytvorenie funkčného nadrezortného koordinačného orgánu
  - Reforma 1.2: Zriadenie nadrezortných stavovských organizácií pre psychológov, logopédov a liečebných pedagógov

- Dostupná zdravotno-sociálna starostlivosť s dôrazom na komunitné riešenia
  - Reforma 2: Rozvoj akútne poddimenzovaných kapacitných oblastí v starostlivosti o duševné zdravie
  - Investícia 2.1: Projektové riadenie a projektová príprava investícií
  - Investícia 2.2: Vytvorenie detenčných zariadení
  - Investícia 2.3: Vybudovanie psycho-sociálnych centier (prepojenie na komponent 13 Dostupná a kvalitná dlhodobá sociálno-zdravotná starostlivosť)
  - Investícia 2.4: Doplnenie siete psychiatrických stacionárov
  - Investícia 2.5: Vybudovanie špecializovaných centier pre poruchy autistického spektra (PAS)

- Moderné diagnostické a liečebné postupy
  - Reforma 3: Modernizácia diagnostických metód a liečebných postupov
  - Investícia 3.1: Vykonanie prvej epidemiologickej štúdie v oblasti duševných porúch
  - Investícia 3.2: Zriadenie fondu psychodiagnostických metód
  - Investícia 3.3: Humanizácia oddelení v ústavnej starostlivosti
  - Investícia 3.4: Obnova materiálno-technického vybavenia

- Moderné vzdelávanie personálu
  - Reforma 4: Prehodnotenie vzdelávania personálu v starostlivosti o duševné zdravie
  - Investícia 4.1: Vzdelávanie personálu v zdravotníctve
  - Investícia 4.2: Vzdelávanie odborníkov mimo rezortu zdravotníctva

- Znižovanie negatívnych dopadov pandémie COVID-19
  - Investícia 5: Národná linka podpory duševného zdravia počas pandémie

51 Tamtiež, s. 433 a 435.

3. HRBA analýza komponentov 11 a 12 Plánu obnovy SR

Táto časť analýzy sa zameriava na aplikáciu jednotlivých princípov HRBA prístupu k zdraviu a zdravotnej starostlivosti na reformy a investície komponentov 11 a 12 Plánu obnovy SR. V rámci analýzy súladu komponentov 11 a 12 Plánu obnovy SR s princípmi HRBA prístupu sú vyzdvihnuté pozitívne aspekty konkrétnych reforiem a investícií. V rámci HRBA analýzy sú zároveň podčiarknuté nedostatky v nastavení analyzovaných komponentov, ktoré môžu pri implementácii konkrétnych reforiem a investícií spôsobiť negatívny dopad na ľudské práva a rovné zaobchádzanie, prípadne prehĺbiť existujúce nerovnosti.

3.1 Princíp participácie

Ako sa jednotlivci môžu aktívne zapájať do rozhodovania o danej otázke/problematike?

Každý má právo na aktívnu účasť na rozhodovacích procesoch, ktoré ovplyvňujú uplatňovanie ľudských práv. Participácia vyžaduje, aby všetky dotknuté subjekty vrátane neštátnych subjektov mali vplyv na tvorbu a kontrolu programov, politík a stratégií v oblasti zdravia vo všetkých ich fázach vrátane posudzovania, analýz, plánovania, implementácie, monitorovania a vyhodnocovania. Participácia ide nad rámec konzultácií, nakoľko by mala obsahovať explicitné stratégie na posilnenie postavenia jednotlivcov, osobitne tých z marginalizovaných skupín, tak, aby ich očakávania boli štátom uznané.[52] V praxi to znamená, že musí byť umožnená aktívna participácia subjektov občianskej spoločnosti reprezentujúcich záujmy jednotlivých skupín, ktorých sa politiky dotýkajú.[53]

Komponent 11

Je pozitívne, že časť reforiem komponentu 11 zahŕňa aj participačné procesy pri nastavovaní reforiem a politík v oblasti zdravotníctva. Participačný proces predpokladajú reforma 1 (Optimalizácia siete nemocníc) a reforma 6 (Reforma všeobecnej starostlivosti o deti a dorast). Reforma 1 obsahuje spoluprácu s odbornou spoločnosťou pri definícii typológie a hierarchie poskytovania zdravotnej starostlivosti a pripomienkovací proces so zainteresovanými stranami pri nastavení optimálnej siete nemocníc. V rám-

52 Svetová zdravotnícka organizácia: Human rights and health. Dostupné v anglickom jazyku na: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health

53 Pozri bližšie: Office of the High Commissioner for Human Rights: Guidelines for States on the effective implementation of the right to participate in public affairs. Dostupné v anglickom jazyku na: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health

ci reformy 6 (Reforma poskytovania všeobecnej starostlivosti pre dospelých, deti a dorast) sa uskutočnia rokovania so zástupcami sektora o navrhnutej sieti a zonácii.

Uvedené participačné procesy sú však problematické vzhľadom na viacero skutočností. Na základe informácií z Plánu obnovy SR pôjde skôr o konzultácie a nie je uvedený žiadny mechanizmus, ktorý by zaručoval skutočný vplyv stakeholderov na jednotlivé rozhodnutia. Zároveň nie je jasné, na základe čoho budú do tohto procesu vyberaní zástupcovia a zástupkyne jednotlivých záujmových skupín, ani či budú mať možnosť participovať všetky skupiny, ktorých sa daná téma dotýka. Príkladom je reforma 1 (Optimalizácia siete nemocníc), ktorá síce participačný proces spomína, neuvádza však k nemu žiadne podrobnosti. Vzniká tak obava, že tento proces môže byť len formálnou záležitosťou. Reforma 2 (Reforma prípravy investičných projektov v zdravotníctve) na druhej strane o participačnom procese vôbec nehovorí, hoci je jej súčasťou vytvorenie priorizovaného investičného plánu a metodiky hodnotenia investícií do nemocníc. Nepočíta sa ani s účasťou zástupcov a zástupkýň poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Podobne aj reforma 6 (Reforma poskytovania všeobecnej starostlivosti pre dospelých, deti a dorast) síce predpokladá rokovania o pripravovanej zonácii so zástupcami a zástupkyňami zdravotníckeho sektora, nie je však zrejmé, do akej miery budú mať tieto rokovania vplyv na výslednú podobu zonácie.

Zástupcovia a zástupkyne pacientov a pacientiek by mali byť zapojené aj do implementácie investície 3 (Digitalizácia v zdravotníctve), ktorá sa priamo zameriava na špecifické skupiny obyvateľstva, pre ktoré bude dostupná telemedicína. Reforma však neuvádza, či budú zástupcovia a zástupkyne týchto skupín aj súčasťou prípravného procesu, ktorý definuje ich konkrétne potreby. Takéto zapojenie je pritom kľúčové, ak sa systémové zmeny týkajú špecifickej skupiny ľudí. Investícia 3 (Digitalizácia v zdravotníctve) síce ako jediná cieli špecificky aj na konkrétne znevýhodnené skupiny pacientov a pacientiek, nie sú však uvedené medzi adresátmi reformy a nie je zrejmá ani účasť zastupujúcich organizácií v prípravnom procese.

Vo všeobecnosti je nutné skonštatovať, že komponent 11 takmer úplne ignoruje skutočné participačné procesy opísané vyššie. Nie je zabezpečená participácia dotknutých skupín, obzvlášť zástupcov a zástupkýň pacientov a pacientiek a zdravotníckeho personálu. Stredisko odporúča prehodnotiť ich zapojenie do prípravy plánovaných opatrení a reforiem tak, aby bolo zabezpečené posilnenie ich postavenia a naplnenie potrieb jednotlivých skupín.

Komponent 12

Z pohľadu participatívnosti je kľúčovou reformou komponentu 12 reforma 1.1 (Vytvorenie funkčného nadrezortného koordinačného orgánu), ktorá predpokladá vytvorenie nadrezortného koordinačného orgánu spravujúceho oblasť duševného zdravia, konkrétne Rady vlády SR pre

duševné zdravie. Rada vlády SR pre duševné zdravie bola zriadená vo februári 2022 a jej štatút a rokovací poriadok boli prijaté v máji 2022. Jej činnosť je prepojená na všetky reformy a investície komponentu 12. Členmi a členkami Rady vlády SR pre duševné zdravie sú zástupcovia a zástupkyne štátnej a verejnej správy (napr. ministerstvá, splnomocnenci vlády), orgánov ochrany ľudských práv (komisár pre deti, komisár pre osoby so zdravotným postihnutím, verejný ochranca práv), expertných inštitúcií a organizácií (napr. Centrum pre výskum psychických porúch UK), stavovských organizácií (napr. Slovenská psychologická spoločnosť pri SAV, Slovenská psychiatrická spoločnosť SLS, Komora školských logopédov), ako aj občianskej spoločnosti (napr. Národná rada občanov so zdravotným postihnutím) vrátane pacientskych organizácií (Asociácia na ochranu práv pacientov).

Napriek tomu, že z cieľa reformy 1.1 vyplýva, že do implementácie a vyhodnocovania ostatných reforiem a investícií komponentu 12 by mala byť zapojená Rada vlády SR pre duševné zdravie ako participatívny orgán, je potrebné, aby pri jednotlivých reformách, ktoré majú dopad na konkrétne cieľové skupiny, bola zabezpečená ich aktívna participácia, a to aj nad rámec subjektov, ktoré sú členmi Rady vlády SR pre duševné zdravie (napr. formou konzultácií, v rámci pripomienkového konania a pod.).

Ako príklad možno uviesť reformu 3 (Modernizácia diagnostických metód a liečebných postupov), ktorá v rámci implementácie predpokladá zriadenie viacerých pracovných skupín (na prehodnotenie súčasného stavu, identifikáciu psychodiagnostických metód pre rôzne vekové kategórie, zistenie východiskovej situácie zariadení psychiatrickej starostlivosti či identifikáciu ústavných psychiatrických zariadení, v ktorých prebehne humanizácia), avšak neupresňuje zloženie väčšiny týchto pracovných skupín. Vo všeobecnosti úplne opomína zastúpenie jednotlivých zraniteľných skupín, ktoré sú prijímateľmi psychodiagnostickej starostlivosti a liečebných postupov. O tom svedčí aj skutočnosť, že tieto skupiny nie sú uvedené v reforme ako cieľová skupina, ani zahrnuté medzi adresátmi reformy.

3.2 Princíp zodpovednosti

Ako sú štát, organizácie a jednotlivci zodpovední za realizáciu ľudských práv v konkrétnom kontexte?

Štáty a ostatní nositelia povinností v oblasti ľudských práv sa zodpovedajú za ich dodržiavanie. Subjekty, ktoré majú povinnosť rešpektovať, chrániť, podporovať a napĺňať ľudské práva sú zodpovedné za neplnenie tejto povinnosti voči držiteľom práv. V prípade porušenia práv by mali existovať účinné prostriedky nápravy. Politiky, stratégie a programy v oblasti zdravia musia byť v súlade medzinárodným právom v oblasti ľudských práv a v prípade porušenia týchto práv, štáty zodpovedajú za to, že zavedú účinné prostriedky nápravy.

Komponent 11

Vzhľadom na to, že väčšina reforiem a investícií komponentu 11 má charakter systémových zmien, je ako orgán zodpovedný za ich realizáciu určené Ministerstvo zdravotníctva SR. Bude koordinovať prípravu reforiem s ďalšími subjektami a v rámci investície 1 (Projektová príprava a riadenie investícií) vznikne na Ministerstve zdravotníctva SR implementačná jednotka, ktorá bude zabezpečovať činnosti v oblasti prípravy investičných projektov.

Viacero reforiem v komponente 11 zavádza konkrétne nároky pacientov na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, absentuje pri nich však určenie spôsobu, akým môžu jednotlivci vymáhať napĺňanie týchto nárokov a prípadnú nápravu. V tejto súvislosti sú problematickými reforma 1 (Optimalizácia siete nemocníc) a reforma 4 (Optimalizácia siete akútnej zdravotnej starostlivosti), v rámci ktorých je síce určený orgán zodpovedný za implementáciu reforiem (Ministerstvo zdravotníctva SR), nie je však zrejmé, akým spôsobom bude možné domáhať sa nápravy a ktorá inštitúcia bude rozhodovať o prípadných sporoch o dostupnosti zdravotnej starostlivosti, ak sa štátu nepodarí zabezpečiť plánované pokrytie nemocnicami a stanicami záchrannej služby. S týmto problémom súvisí aj investícia 2 (Nová sieť nemocníc). Definitívne rozhodnutie o tom, ktoré nemocnice budú z prostriedkov Plánu obnovy SR postavené, bolo prijaté až 30. júna 2022, čo spôsobuje meškanie oproti pôvodnému harmonogramu a môže viesť k nevyčerpaniu alokovaných prostriedkov bez toho, aby za spôsobené omeškanie a ohrozenie efektívnej implementácie reformy bola vyvodená zodpovednosť. Za koordináciu všetkých procesov vedúcich k implementácii tejto investície je zodpovedné Ministerstvo zdravotníctva SR, otázne je však určenie zodpovednosti za prípadné nevyčerpanie všetkých prostriedkov kvôli príliš dlhej prípravnej fáze.

V rámci reformy 3 (Centralizácia riadenia najväčších nemocníc) nie je určený subjekt zodpovedný za analýzu procesov v sieti nemocníc, ani

za implementáciu pilotného modelu centrálneho riadenia, čo komplikuje proces nápravy, ak by sa realizované zmeny ukázali ako neefektívne. Reforma 6 (Reforma poskytovania všeobecnej starostlivosti pre dospelých, deti a dorast) má za cieľ zabezpečiť dostatočný počet všeobecných lekárov pri dodržaní súčasných štandardov. Splnenie tohto plánu je rizikové, keďže nie je isté, že plánované opatrenia budú dostatočné na naplnenie kvót v nedostatkových regiónoch. V tom prípade bude potrebné uviesť do praxe kompenzačné mechanizmy pre obyvateľov dotknutých regiónov, no reforma podobné prostriedky nápravy nespomína.

Zároveň je problematická investícia 2 (Nová sieť nemocníc), ktorá určuje ako zodpovedné subjekty iné ministerstvá, napr. Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu SR a Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR, ale úlohy im pridelené nie sú pri opise investície uvedené ani s ňou nesúvisia. Ide o vzdelávanie lekárov a sestier, edukáciu v prevencii detí a mládeže a podporu komunitnej a dlhodobej zdravotnej starostlivosti. Zodpovednosť je teda pridelená bez toho, aby boli presne definované úlohy, ktoré sa majú plniť.

Komponent 12

V súlade s princípom zodpovednosti sú pri jednotlivých reformách a investíciách komponentu 12 vymedzení adresáti ako zodpovedné subjekty za ich implementáciu. V rámci reforiem v oblasti koordinovanej medzirezortnej spolupráce a regulácie, t. j. reformy 1.1 (Vytvorenie funkčného nadrezortného koordinačného orgánu) a reformy 1.2 (Zriadenie nadrezortných stavovských organizácií pre psychológov, logopédov a liečebných pedagógov), sú nimi Ministerstvo zdravotníctva SR a vybrané ministerstvá (napr. Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR, Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu SR, Ministerstvo vnútra SR), stakeholderi v oblasti duševného zdravia a Slovenská komora psychológov. Primárne zodpovedným subjektom je Ministerstvo zdravotníctva SR. Pri reformách a investíciách v oblasti dostupnej zdravotno-sociálnej starostlivosti pre všetky skupiny pacientov je to rovnako Ministerstvo zdravotníctva SR, pričom medzi adresátmi sa popri ministerstvách vyskytujú aj zriaďovatelia zariadení sociálnych služieb (reforma 2), zdravotné poisťovne (investície 2.3 - 2.5) a poskytovatelia zdravotnej starostlivosti (investície 2.3 - 2.5). Pri reforme a investíciách v oblasti moderných diagnostických a liečebných postupov popri Ministerstve zdravotníctva SR a jednotlivých ministerstvách sú adresátmi implementácie aj odborníci a odborníčky využívajúci psychodiagnostické diagnózy (reforma 3, investícia 3.2), výskumné pracovisko Ministerstva zdravotníctva SR (investícia 3.1) a poskytovatelia zdravotnej starostlivosti (investícia 3.3, investícia 3.4). Aktérom zodpovedajúcim za implementáciu reformy a investícií v oblasti moderného vzdelávania personálu je Ministerstvo zdravotníctva SR. V oblasti znižovania negatívnych dopadov pandémie COVID-19 sú to aj bližšie nešpecifikovaní stakeholderi v oblasti duševného

zdravia (investícia 5). V tejto súvislosti je v súlade s princípom zodpovednosti odporúčané ich explicitne špecifikovať.

Pozitívnym aspektom je, rovnako ako v prípade komponentu 11, zriadenie implementačnej jednotky v rámci investície 2.1 (Projektové riadenie a projektová príprava). Implementačná jednotka zodpovedá za činnosti v oblasti prípravy investičných projektov z Plánu obnovy SR v gescii Ministerstva zdravotníctva SR, má koordinovať projekčnú a inžiniersku činnosť, ako aj zdieľať tímy pre prípravu projektov a reforiem v oblasti duševného zdravia.

Obdobne ako v prípade komponentu 11, aj v komponente 12 pri cieli rozšíriť dostupnosť a zvýšiť kvalitu služieb zdravotnej a sociálnej starostlivosti o duševné zdravie absentujú mechanizmy vymáhania korelujúcich nárokov jednotlivcami. V prípade reforiem a investícií, pri ktorých je v rámci implementácie predpokladané zapojenie rôznych aktérov, ako je uvedené vyššie, nie sú presne vymedzené ich právomoci a úloha pri implementácii jednotlivých krokov, čo môže v prípade omeškania implementácie alebo nesprávnej implementácii spôsobiť problém s identifikáciou zodpovedného subjektu.

Problematickým sa javí aj absentujúce nastavenie mechanizmov domáhania sa nápravy v prípade, že jednotlivcom v súvislosti s implementáciou reforiem resp. napriek reformám a investíciám s cieľom posilniť dostupnosť starostlivosti o duševné zdravie, nebude zabezpečený prístup k jednotlivým formám a zariadeniam zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Konkrétne je tento nedostatok možné identifikovať pri investícii 2.3 (Vybudovanie psycho-sociálnych centier), investícii 2.4 (Doplnenie siete psychiatrických stacionárov) a investícii 2.5 (Vybudovanie špecializovaných centier pre poruchy autistického spektra (PAS)). Tento prvok absentuje napr. aj pri investícii 2.2 (Vytvorenie detenčných zariadení), z ktorej nastavenia a východísk priamo vyplýva, že zriadenie dvoch detenčných centier nezabezpečí dostatočné kapacity, aby uspokojilo nárok všetkých osôb v súčasnosti zaradených na zoznam čakateľov a čakateliek na túto formu zdravotnej starostlivosti. Nie je jasné, akým spôsobom bude rozhodnuté o zaradení konkrétnych osôb do detenčnej starostlivosti, ani to, či a ako sa budú môcť zvyšné osoby odvolať proti tomuto rozhodnutiu.

Osobitne problematickým z pohľadu princípu zodpovednosti je absencia mechanizmu nápravy pri reforme 3 (Modernizácia diagnostických metód a liečebných postupov) a na ňu nadväzujúcej investícii 3.3 (Humanizácia oddelení v ústavnej starostlivosti). Pri humanizácii ústavných zariadení poskytujúcich psychiatrickú starostlivosť je nevyhnutné uspokojenie nároku všetkých dotknutých pacientov a pacientiek. V prípade, že sa implementáciou nezabezpečí komplexná plošná zmena, pacientky a pacienti, ktorých nárok sa neuspokojí, majú mať k dispozícii mechanizmus domáhania sa svojho nároku, vrátane jednoznačne identifikovateľného subjektu, na ktorý sa môžu obrátiť.

3.3 Princíp nediskriminácie a rovného zaobchádzania

Uznáva politika/ program/ reforma/ norma, že každý má rovnaké práva bez ohľadu na osobné charakteristiky alebo status?

Prístup k zdravotnej starostlivosti patrí všetkým jednotlivcom rovnako bez akejkoľvek diskriminácie[54], aby každý mal príležitosť užívať svoje právo na zdravie za rovnakých podmienok. Všetky formy diskriminácie[55] by mali byť zakázané, malo by sa im predchádzať a mali by byť odstránené. Zdravotné a hospodárske dôsledky pandémie pociťujú v neprimeranej miere ľudia postihnutí chudobou, rasizmom alebo inými formami diskriminácie, ako sú napr. Rómovia, ľudia so zdravotným znevýhodnením, utečenci a migranti. Dôkladné posúdenie vplyvov politík programov a stratégií v oblasti zdravia na ľudské práva môže ochrániť niektoré skupiny pred diskrimináciou a prehlbovaním existujúcich nerovností.

Pre identifikáciu najzraniteľnejších skupín a potrieb rôznorodých skupín obyvateľstva sú kľúčové fungujúce systémy zdravotníckych informácií na vnútroštátnej úrovni a dostupnosť dezagregovaných dát.[56]

Komponent 11

Hodnotenie dodržiavania princípu nediskriminácie a rovného zaobchádzania je v kontexte komponentu 11 problematické, keďže táto téma v ňom takmer úplne absentuje. Pozitívnym príkladom je investícia 2 (Nová sieť nemocníc - výstavba, rekonštrukcia a vybavenie), ktorá umožňuje uchádzať sa o prostriedky z Plánu obnovy SR všetkým subjektom bez ohľadu na zriaďovateľa. Prostredníctvom investície 3 (Digitalizácia v zdravotníctve) plánuje štát uľahčiť prístup k zdravotnej starostlivosti pre špecifické skupiny pacientov a pacientiek s konkrétnymi diagnózami, resp. pre znevýhodnené skupiny obyvateľstva.

Je znepokojujúce, že v celom komponente 11 sa nenachádzajú žiadne zmienky o predchádzaní diskriminácii pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Stredisko považuje za potrebné, aby sa pri implementácii reforiem a investícií brali do úvahy potreby znevýhodnených skupín obyvateľstva na základe zisťovania ich potrieb. Príkladom je reforma 2 (Reforma prípravy investičných projektov v zdravotníctve), ktorá pri prioritizácii nemocníc zohľadní okrem finančných a medicínskych prínosov aj spoločenské aspekty. Táto položka má potenciál efektívne bojovať proti diskriminácii a nerovnému zaob-

54 Zoznam chránených dôvodov, teda osobných charakteristík, na základe ktorých sa zakazuje diskriminácia, je obsiahnutý na vnútroštátnej úrovni v čl. 12 ods. 2 Ústavy Slovenskej republiky a v § 2 ods. 1 antidiskriminačného zákona. Dostupné na: https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2004/365/

55 Jednotlivé zakázané formy diskriminácie sú na vnútroštátnej úrovni definované v § 2a antidiskriminačného zákona. Dostupné na: https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2004/365/

56 Svetová zdravotnícka organizácia: Human rights and health. Dostupné v anglickom jazyku na: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health

chádzaniu, musí byť však správne definovaná a s adekvátnou váhou. Kritériá použité pri výbere projektov však neboli verejnosti komunikované, a preto nie je možné zhodnotiť, do akej miery boli brané do úvahy potreby a osobitná situácia zraniteľných skupín, aby sa ďalej neprehlbovala ich diskriminácia. Podobne aj reforma 4 (Optimalizácia siete akútnej zdravotnej starostlivosti) by sa mala zamerať aj na identifikáciu špecifických potrieb znevýhodnených skupín, ktoré záchrannú zdravotnú službu využívajú, a zahrnúť ich do modelov tvorby novej siete staníc záchrannej zdravotnej služby.

Reforma 3 (Centralizácia riadenia najväčších nemocníc) má za cieľ zlepšiť riadenie koncových nemocníc, najmä medicínskych a prevádzkových procesov a hospodárenia na základe analýzy procesov v sieti nemocníc. Takáto analýza by bola vhodná aj pre oblasť nediskriminácie, aby sa nastavili jednotné procesy a štandardy, ktoré budú zamerané na predchádzanie diskriminácii a nerovnému zaobchádzaniu. Pri investíciách do výstavby a rekonštrukcie nemocníc (investícia 2) je potrebné financovať len také projekty, ktorých infraštruktúra nie je diskriminačná voči vybraným skupinám obyvateľstva. Ide napríklad o úplnú bezbariérovosť a zabezpečenie adekvátnej podpory pre zdravotne znevýhodnených pacientov a pacientky a sprevádzajúce osoby.

Diskriminačné konanie sa v zdravotníctve často deje na individuálnej úrovni, takže reformy na úrovni budovania infraštruktúry alebo centrálneho riadenia nie sú dostatočné na odstránenie nerovného zaobchádzania, napríklad s Rómami alebo staršími ľuďmi a zdravotne znevýhodnenými osobami. Odstránenie diskriminácie Rómov je aj súčasťou odporúčaní Slovenskej republike z 3. cyklu univerzálneho periodického hodnotenia Rady OSN pre ľudské práva, Výboru OSN pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva alebo Výboru OSN pre odstránenie rasovej diskriminácie, špecificky zamerané okrem práv menšín aj na ochranu sexuálneho a reprodukčného zdravia. V rámci reformy 6 (Reforma poskytovania všeobecnej starostlivosti o dospelých, deti a dorast) je preto vhodné okrem zabezpečenia lekárov a lekárok v nedostatkových oblastiach aj realizovať programy zamerané na boj proti diskriminácii a nerovnému zaobchádzaniu. Ako problematická sa v tomto prípade javí aj investícia 3 (Digitalizácia v zdravotníctve) a projekt telemedicíny pre rôzne skupiny obyvateľstva. Osoby s nižšou mierou digitálnej gramotnosti, osoby ohrozené chudobou či staršie osoby majú obmedzený prístup k telekomunikačným a informačno-technologickým prostriedkom. Pri implementácii tejto investície bude potrebné zabezpečiť, aby rozšírenie telemedicíny nebolo príležitosťou na potenciálnu diskrimináciu Rómov a Rómiek vo fyzickom prístupe k zdravotnej starostlivosti, keďže sú uvedení ako jedna z cieľových skupín reformy.

V prípade investície 6 (Podpora otvárania nových ambulancií primárnej starostlivosti v nedostatkových regiónoch) je potrebné dbať na nastavenie pravidiel podpory tak, aby nebola diskriminačná pre začínajúce lekárky. Nie je zrejmé, aké budú podmienky pre lekárov a lekárky otvárajúcich si novú ambulanciu, mali by však byť nastavené tak, aby neboli nevýhodné pre mladé lekárky, ktoré uvažujú o založení rodiny.

Komponent 12

Vo všeobecnosti je princíp nediskriminácie a rovného zaobchádzania v komponente 12 opomínaný. V tomto kontexte sa javí ako kľúčová investícia 3.1 (Vykonanie prvej epidemiologickej štúdie v oblasti duševných porúch). Jej cieľom je zmapovať epidemickú situáciu duševných porúch na Slovensku na účely tvorby koncepcií, programov a plánov, a teda implementácie jednotlivých reforiem a investícií komponentu 12. Na to, aby sa zabezpečilo, že pri ich implementácií budú zohľadnené osobitné potreby rôznych skupín osôb, osobitne zraniteľných skupín, je nevyhnutné, aby sa epidemiologická štúdia zamerala na zber dezagregovaných dát, napr. podľa pohlavia, veku, regionálnej príslušnosti, príslušnosti k etnických skupinám, sociálno-ekonomického statusu a pod. Predpokladaný termín ukončenia implementácie tejto investície je koniec roka 2022, pričom dodržanie termínu je kľúčovým, nakoľko mnohé z reforiem a investícií komponentu 12 sú už realizované a pri absencii dát o výskyte duševných porúch na Slovensku a situácii rôznych skupín hrozí, že pri ich implementácii budú potreby zraniteľných skupín opomenuté, čím dôjde k prehlbovaniu diskriminácie v prístupe k zdravotnej a sociálnej starostlivosti v oblasti duševného zdravia.

Okrem toho, že princíp nediskriminácie a rovného zaobchádzania nie je vo všeobecnosti v komponente 12 dostatočne zohľadnený, niektoré aspekty východísk štátnej politiky a programov v oblasti duševného zdravia vyplývajúce z Plánu obnovy SR sú s ním dokonca v rozpore. Osobitne problematickým je v tomto kontexte poukazovanie na zvýšenú mieru kriminality v spojitosti s duševnými poruchami medzi hlavnými výzvami komponentu 12 a absencia opatrení zameraných na destigmatizáciu. Destigmatizácia a eliminácia diskriminácie osôb s duševnými chorobami by mali predstavovať základ politík v oblasti duševného zdravia, aby sa zabezpečila rovnosť prístupu ku kvalitnej zdravotnej starostlivosti v oblasti duševného zdravia, podporovala diverzita a inkluzívnosť komunít.[57] Stigmatizácia a obavy z násilnosti osôb s duševnými poruchami totiž často spôsobujú nie len ich vylučovanie v spoločnosti, ale v individuálnych prípadoch aj rozdielny prístup voči nim pri poskytovaní zdravotných a sociálnych služieb. Jedným z cieľov zosúladenia politík a legislatívy v oblasti duševného zdravia s princípom nediskriminácie a rovnosti má preto byť aj odstraňovanie rozšírenej a v spoločnosti hlboko zakorenenej stigmy voči duševným chorobám a znevýhodneniam a službám duševného zdravia ako takým. Dôsledkom stigmatizácie je generalizácia a považovanie osôb s duševnými chorobami a poruchami za nebezpečné a násilné. V komponente 12 je síce v rámci cieľa koordinovanej medzirezortnej spolupráce, prevencie porúch a podpory zdravia všetkých skupín obyvateľstva deklarované aktívne zvyšovanie informovanosti a znižovanie stigmatizácie ľudí s duševnými poruchami, absentuje však reforma alebo investícia, ktorá by sa zameriavala na zvyšova-

57 WHO: "Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches". Geneva, 2021, s. 209. Dostupné v anglickom jazyku na: https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707

nie povedomia širokej verejnosti[58] s cieľom odstraňovania predsudkov a stereotypov vedúcich k stigmatizácii a diskriminácii osôb s duševným znevýhodnením alebo chorobami a služieb duševného zdravia.

Komponent 12 nereflektuje ani rodové aspekty. Rodové stereotypy sa pritom považujú za jeden z dôvodov neprimeranej miery diagnostiky duševných chorôb u žien a nadmerného predpisovania psychfarmák ženám, ako aj podpriemernej (nedostatočnej) diagnostiky duševných chorôb mužov.[59] V žiadnej z reforiem a investícií komponentu 12 nie sú rodové aspekty duševného zdravia premietnuté, čo súvisí aj s nedostupnosťou dezagregovaných dát v oblasti duševného zdravia vo všeobecnosti. Rodovo špecifické potreby by však mali byť zohľadnené pri implementácii viacerých reforiem a investícií, napr. reformy 2 (Rozvoj akútne poddimenzovaných kapacitných oblastí v starostlivosti o duševné zdravie), investície 2.2 (Vytvorenie detenčných zariadení), investície 2.3 (Vybudovanie psycho-sociálnych centier), investície 2.4 (Doplnenie siete psychiatrických stacionárov) investície 2.5 (Vybudovanie špecializovaných centier pre poruchy autistického spektra (PAS)), či investície 3.3 (Humanizácia oddelení v ústavnej starostlivosti).

Jednou z osobitne zraniteľných skupín v oblasti duševného zdravia sú deti v centrách pre deti a rodiny, vo vzťahu ku ktorým napr. investícia 2.3 (Vybudovanie psycho-sociálnych centier) uvádza, že na Slovensku sa nachádza okolo 1 440 takýchto detí, ktoré užívajú psychofarmaká. Absentuje však premietnutie osobitných potrieb tejto skupiny detí do prijateľných riešení.

V reakcii na znižovanie negatívnych dopadov pandémie COVID-19 bola v rámci implementácie investície 5 (Národná linka podpory duševného zdravia - počas pandémie) zriadená Národná linka na podporu duševného zdravia.[60] Z pohľadu princípu nediskriminácie a rovného zaobchádzania je pozitívne, že informácie o službách linky a samotné služby sú poskytované aj v ukrajinskom jazyku, v reakcii na situáciu, ktorá vznikla s prílevom ľudí z Ukrajiny utekajúcich pred vojnou. V tejto súvislosti je však na druhej strane nedostatkom, že informácie a služby nie sú dostupné aj v jazykoch iných národnostných menšín. Zároveň čisto telefonický charakter služby na znižovanie negatívnych dopadov pandémie COVID-19 na duševné zdravie nezohľadňuje potreby rôznych skupín, napr. osôb so zmyslovým postihnutím či osôb ohrozených chudobou a vylúčených komunít s nedostatočným prístupom k informačno-telekomunikačným prostriedkom. Skutočnosť, že spusteniu linky a nastaveniu potrebných investícií a opatrení nepredchádzala štúdia dopadov pandémie

58 V tomto kontexte upozorňujeme na čl. 8 Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím, ktorý zaväzujú zmluvné štáty prijať okamžité, účinné a primerané opatrenia o. i. na boj proti stereotypom, predsudkom a škodlivým praktikám vo vzťahu k osobám so zdravotným postihnutím vrátane tých, ktoré sa zakladajú na pohlaví a veku, vo všetkých oblastiach života. Tento článok je aplikovateľný aj vo vzťahu k osobám s mentálnym (duševným) postihnutím.

59 Pre bližšie informácie o rodových aspektoch duševného zdravia pozri napr.: WHO: "Gender and mental health". Geneva, 2022. Dostupné v anglickom jazyku na: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68884/a85573.pdf?sequence=1&isAllowed=y

60 Pozri bližšie informácie dostupné na webovej stránke Ministerstva zdravotníctva SR, dostupné na: https://www.mzsr.sk/?Linka-PDZ

COVID-19 na obyvateľstvo, ktorá by sa zamerala aj na zber dezagregovaných dát, spôsobila, že v rámci tejto oblasti komponentu 12 neboli zohľadnené potreby osobitne zraniteľných skupín.

3.4 Princíp posilnenia postavenia

Ako získavajú jednotlivci možnosť poznať svoje práva, rozumieť ich obsahu a domáhať sa ich?

Každý má právo domáhať sa svojich práv a uplatňovať si ich. Základným predpokladom uplatňovania práv je, aby jednotlivci a komunity rozumeli svojim právam a mohli sa podieľať na tvorbe politík, ktoré ovplyvňujú ich životy. Politiky, stratégie a programy v oblasti zdravia majú vo svojom výsledku posilňovať postavenie ľudí a prispievať k užívaniu ich práv.

Komponent 11

Uplatňovanie princípu posilnenia postavenia nie je v komponente 11 nijako explicitne riešené, čo súvisí aj s nedostatočne upravenými participačnými procesmi. Problematické je to najmä v prípade reforiem, ktoré menia kompetencie lekárov a lekárok a spôsob poskytovania zdravotnej starostlivosti. Reforma 1 (Optimalizácia siete nemocníc) napríklad ako problém pomenúva neefektívne využívanie všeobecných lekárov/lekárok a špecialistov/špecialistiek, riešenia sa však zameriavajú na zmenu systému poskytovania zdravotnej starostlivosti, nie na samotných pacientov a pacientky. V tomto kontexte je nevyhnutné zamerať sa aj na posilňovanie postavenia pacientov a pacientiek a ich povedomia o poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Zmenu kompetencií všeobecných lekárov a lekárok rieši aj reforma 6 (Reforma poskytovania zdravotnej starostlivosti pre dospelých, deti a dorast), ktorej cieľom je prostredníctvom tejto zmeny zvýšiť atraktivitu špecializácie všeobecný lekár. O takejto kľúčovej zmene musia mať dostatočné informácie aj pacienti a pacientky, reforma však nepočíta s aktivitami zameranými na informovanosť verejnosti o vlastných právach a možnostiach poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Ešte závažnejší je tento problém v prípade zmien obmedzujúcich rozsah starostlivosti poskytovanej záchrannou zdravotnou službou, ktorá sa má obmedziť len na život ohrozujúce situácie (Reforma 4). Takáto výrazná zmena poskytovania zdravotnej starostlivosti si vyžaduje včasnú a rozsiahlu informačnú kampaň o nových kompetenciách ZZS a o tom, akým spôsobom bude nahradená starostlivosť doteraz poskytovaná ZZS. Občania musia dostatočne rozumieť rozsahu zdravotnej starostlivosti, ktorá im bude poskytnutá zo strany jednotlivých zložiek zdravotníckeho systému, v opačnom prípade môžu zmeny spôsobiť nižšiu prístupnosť zdravotnej starostlivosti. Príkladom je aj investí-

cia 3 (Digitalizácia v zdravotníctve), ktorá okrem iného počíta s rozšírením telemedicíny pre špecifické skupiny pacientov a pacientiek. Je nevyhnutné, aby súčasťou implementácie reformy boli aj aktivity zamerané na posilnenie postavenia týchto pacientov a pacientiek a zmeny v dostupnej zdravotnej starostlivosti.

Komponent 12

Ani komponent 12 nezohľadňuje v nastavení jednotlivých reforiem a investícií princíp posilnenia postavenia vo vzťahu k jednotlivcom ako nositeľom a nositeľkám práv v oblasti práva na zdravie, osobitne vo vzťahu k osobám s duševnými chorobami. Ani jedna z reforiem a investícií komponentu 12 nepredpokladá aktivity zamerané na posilnenie postavenia jednotlivcov, čo jej z pohľadu HRBA prístupu k zdraviu jeho výrazným nedostatkom. Tento nedostatok je spôsobený aj tým, že mnohé z reforiem a investícií priamo adresujú len ministerstvá a iné orgány štátnej správy, zriaďovateľov zariadení sociálnych služieb alebo odborníkov a odborníčky v danej oblasti.

Výnimkou je napr. investícia 2.2 (Vytvorenie detenčných zariadení), ktorej cieľovou skupinou sú osoby (muži, ženy, adolescenti) trvalo nebezpečné pre spoločnosť trpiace nevyliečiteľnou duševnou poruchou a široká verejnosť chránená znížením počtu násilných trestných činov. Samotná investícia uvádza, že v súčasnosti je na Slovensku 250 pacientov a pacientiek na zozname čakateľov na detenčnú starostlivosť, pričom predpokladá zriadenie dvoch detenčných zariadení s celkovou kapacitou 150 lôžok. Investícia pritom nešpecifikuje, ako budú čakatelia a čakateľky následne zaraďovaní do detenčnej starostlivosti a ako si budú môcť uplatniť svoj nárok na tento typ starostlivosti. Investícia 2.3 (Vybudovanie psycho-sociálnych centier) je cielená na pacientov a pacientky s dlhodobým duševným ochorením odkázaných na pomoc inej osoby a jej implementáciou majú byť zriadené pilotné centrá pre dospelých a pre deti poskytujúce komunitnú starostlivosť o dlhodobo duševne choré osoby. S cieľom posilnenia postavenia cieľovej skupiny a jej informovania o novej forme starostlivosti a možnosti uchádzať sa o prístup k nej by investícia mala byť spojená s cielenou informačnou kampaňou, ktorá však v rámci jej implementácie nie je predpokladaná. To isté platí aj pre investíciu 2.4 (Doplnenie siete psychiatrických stacionárov) cielenej na pacientov a pacientky s duševnou poruchou s potrebou psycho-sociálnej rehabilitácie s predpokladom remisie symptómov a vyliečenia a pre investíciu 2.5 (Vybudovanie špecializovaných centier pre poruchy autistického spektra (PAS)) zameranú na osoby s pervazívnymi vývinovými poruchami a ich rodinných príslušníkov.

Ak je zámerom komponentu 12 efektívne zvýšiť dostupnosť zdravotnej a sociálnej starostlivosti o osoby s duševnými chorobami, je potrebné, aby cieľové skupiny jednotlivých reforiem a investícií boli o zmenách a nových formách starostlivosti informované, porozumeli rozsahu svojich nárokov vo vzťahu k prístupu k starostlivosti v novovzniknutých zariadeniach, ako aj

možnostiach brániť svoje práva v prípade ich porušenia.

Reforma 3 (Modernizácia diagnostických metód a liečebných postupov) má v rámci implementácie za cieľ okrem iného aj humanizáciu ústavných psychiatrických zariadení a nahradenie sieťových postelí. Na túto reformu priamo nadväzuje investícia 3.3 (Humanizácia oddelení ústavnej starostlivosti), ktorej cieľovou skupinou sú pacienti a pacientky trpiaci duševnými poruchami. Zo znenia reformy a investície nie je jednoznačné, či sa táto reforma dotkne všetkých takýchto zariadení, predpokladá sa však vytvorenie pracovnej skupiny na identifikáciu konkrétnych zariadení. Investícia predpokladá financovanie projektov, o ktoré sa budú môcť uchádzať všetci poskytovatelia bez ohľadu na typ zriaďovateľa, ale nešpecifikuje, či sa zavedie pre poskytovateľov záväzok humanizovať oddelenia a nahradiť sieťové postele prijateľnými alternatívami. Vzhľadom na konkrétne odporúčania Európskeho výboru na zabránenie mučenia a neľudského či ponižujúceho zaobchádzania alebo trestania a Výboru OSN pre ľudské práva a potrebu zosúladiť existujúcu prax s medzinárodnými záväzkami vyplývajúcimi Slovenskej republike z Medzinárodného dohovoru proti mučeniu a inému krutému, neľudskému alebo ponižujúcemu zaobchádzaniu alebo trestaniu, je nevyhnutné, aby boli osoby, ktoré boli priamo dotknuté praxou a teda ich práva porušené, informované o tom, ako sa môžu domáhať ochrany svojich práv. Obzvlášť kľúčové je to v prípade, ak pri implementácii nedôjde k humanizácií všetkých ústavných psychiatrických zariadení a úplnej eliminácii sieťových postelí.

Vo vzťahu k odborníkom a odborníčkam v oblasti duševného zdravia v rezorte zdravotníctva a mimo neho sa viaceré reformy a investície komponentu 12 zameriavajú na posilnenie ich kvalifikácie vrátane odborného vzdelávania (investícia 4.1 a investícia 4.2), avšak bližšie nešpecifikujú, akým spôsobom budú o týchto možnostiach informovaní a budú môcť z nich profitovať (napr. ako sa budú môcť uchádzať o refinancovanie nákladov na odbornú prípravu v podobe psychoterapeutických výcvikov).

3.5 Princíp zákonnosti

Je zabezpečené, že základom daného postupu/prístupu je zákon, ktorý je v súlade so štandardmi v oblasti ľudských práv?

Verejné politiky, stratégie a programy v oblasti zdravia, vrátane plánov obnovy, by mali byť v súlade s právami zakotvenými vo vnútroštátnej a medzinárodnej legislatíve a mať právny základ. Pre obsah konkrétnych práv je dôležitý aj výklad medzinárodných dohovorov o ochrane ľudských práv monitorovacími mechanizmami a odporúčania týchto mechanizmov adresované zmluvným štátom, ako aj rozhodnutia medzinárodných a nadnárodných súdnych autorít.

Komponent 11

Štát pri plánovaní viacerých reforiem dbal na dodržanie princípu zákonnosti a ich implementácia je založená na prijatí príslušných zákonov. Reforma 1 (Optimalizácia siete nemocníc) zákonom definuje hierarchiu a optimálne regionálne rozloženie nemocníc, pričom špecializované výkony sa budú koncentrovať do veľkých nemocníc podľa úrovne náročnosti. V rámci reformy 4 (Optimalizácia siete zdravotnej starostlivosti) rovnako prebehne legislatívne schvaľovanie novej siete záchrannej zdravotnej služby, ktorá zabezpečí lepšiu dostupnosť zdravotnej starostlivosti. Zároveň sa zmení aj zákonná definícia neodkladnej zdravotnej starostlivosti, ktorá zníži počet výjazdov záchrannej zdravotnej služby.

V súlade s odporúčaním Výboru pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva o investíciách do systému zdravotnej starostlivosti, ktoré majú zabezpečiť najvyšší dosiahnuteľný štandard[61], sú investícia 2 (Nová sieť nemocníc), investícia 3 (Digitalizácia v zdravotníctve), investícia 4 (Výstavba a obnova staníc záchrannej služby) a investícia 5 (Obnova vozového parku záchrannej zdravotnej služby). Investície sa týkajú najmä infraštruktúry a materiálového vybavenia. V súlade s odporúčaním univerzálneho periodického hodnotenia[62] je aj reforma 6 a nadväzujúca investícia 6 (Podpora vytvárania nových ambulancií všeobecnej starostlivosti v nedostatkových oblastiach). Toto odporúčanie sa týka rozvoja zdravotnej pomoci pre najchudobnejšie oblasti.

Pri plánovaných zákonných úpravách je potrebné zabezpečiť, aby zmeny nemali negatívne dôsledky na ohrozené skupiny obyvateľstva. Pri opti-

61 Výbor odporúča, aby štát posilňoval snahy o investície do zdravotníckeho systému, aby zabezpečil najvyšší dosiahnuteľný štandard zdravotnej starostlivosti pre všetkých občanov. Výbor pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva: Záverečné hodnotenie tretej periodickej správy o Slovensku, s. 6. Dostupné v anglickom jazyku na: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2fSVK%2fCO%2f3&Lang=en

62 „Naďalej posilňovať sociálne politiky, najmä podporu zamestnania a zdravotnej pomoci pre najchudobnejšie oblasti." Rada OSN pre ľudské práva: Odporúčania adresované Slovenskej republike v rámci 3. cyklu Univerzálneho periodického hodnotenia, s 17, dostupné na: https://www.snslp.sk/wp-content/uploads/Odporucania-SR-z-3-cyklu-UPH.pdf

malizácii siete nemocníc (reforma 1) a následnom znižovaní počtu zdravotníckych zariadení vykonávajúcich konkrétne zákroky by mali byť zadefinované aj maximálne čakacie lehoty, aby nedošlo k obmedzeniu poskytovania zdravotnej starostlivosti.

V rámci reformy 2 (Reforma prípravy investičných plánov v zdravotníctve) bola vytvorená metodická príručka hodnotenia investičných priorít Ministerstva zdravotníctva SR. Je však otázne, nakoľko sa definované pravidlá budú využívať pri výbere jednotlivých projektov, nakoľko podľa medializovaných informácií vstupovali napríklad do výberu nemocníc, ktorých výstavba bude financovaná prostredníctvom Plánu obnovy SR, dosť výrazne aj politické faktory.

Komponent 12

Pri nastavovaní reforiem a investícií v rámci komponentu 12 je viditeľný legislatívny základ kľúčových zmien v súlade s princípom zákonnosti. Napríklad investícia 2.2 (Vytvorenie detenčných zariadení) nadväzuje na nový zákon o výkone detencie z roku 2019[63], ktorý obsahuje popis špeciálneho prístupu k osobám trvalo nebezpečným pre spoločnosť a trpiacim duševnou poruchou.[64] Reforma 1.2 (Zriadenie nadrezortných stavovských organizácií pre psychológov, logopédov a liečebných pedagógov) predpokladá v rámci implementácie prípravu legislatívy na zriadenie nových nadrezortných komôr pre vybrané povolania s cieľom zvýšiť odbornosť poskytovanej zdravotnej starostlivosti v daných oblastiach a posilniť medzirezortnú spoluprácu a optimálnu reguláciu odborných činností. Rovnako reforma 4 (Prehodnotenie vzdelávania personálu v starostlivosti o duševné zdravie) v prepojení na reformu 1.2 (Zriadenie nadrezortných stavovských organizácií pre psychológov, logopédov a liečebných pedagógov) a investíciu 4.2 (Vzdelávanie odborníkov mimo rezortu zdravotníctva) s cieľom zvýšiť odbornosť a kvalitu poskytovaných služieb v oblasti duševného zdravia plánujú v rámci implementácie odstrániť regulačné prekážky pre psychológov mimo rezortu zdravotníctva a to práve legislatívnymi zmenami, aby sa umožnilo medzirezortné uznávanie vzdelania a odbornej spôsobilosti a podporilo dovzdelanie psychológov mimo rezortu zdravotníctva.

Pokiaľ ide o implementáciu medzinárodných záväzkov Slovenskej republiky v oblasti ľudských práv, investícia 3.3 (Humanizácia oddelení v ústavnej zdravotnej starostlivosti) vychádza zo záverov z poslednej správy Európskeho výboru na zabránenie mučenia a neľudského či ponižujúceho zaobchádzania alebo trestania (CPT) z roku 2019, ktorý vytýkal Slovenskej republike podmienky v ústavných zdravotných zariadeniach v psychiatrickej starostlivosti (veľkosť izieb medzi 21 a 24 m^2 pre 3 až 4 pacientov a pacientky, rozmiestnenie sanitárnych zariadení

63 Zákon č. 231/2019 Z. z. o výkone detencie a o zmene a doplnení niektorých zákonov, dostupný na: https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2019/231/20200101.html

64 Tamtiež, § 8 a § 10 ods. 3 písm. b).

pre viacero pacientov a pacientiek)[65]. Zároveň odkazuje na odporúčanie Výboru OSN pre ľudské práva, ktorý vyjadril znepokojenie nad používaním sieťových (klietkových) postelí v inštitucionálnej starostlivosti o osoby so zdravotným znevýhodnením a vyzval Slovensko upustiť od ich používania.[66] Obdobné odporúčanie adresoval Slovenskej republike v roku 2019 aj Výbor OSN pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva, ktorý vyzval k prijatiu nevyhnutných krokov na efektívnu implementáciu záväzku zabezpečiť alternatívu ku klietkovým posteliam v zariadeniach starostlivosti o duševné zdravie, vrátane revízie príslušnej legislatívy.[67] Práve rekonštrukciou lôžkového fondu ústavných psychiatrických zariadení sa majú humanizovať podmienky pre hospitalizáciu, znížiť počet pacientov a pacientiek na izbe so samostatným sanitárnym zariadením, a to bez znižovania počtu lôžok. Používanie sieťových postelí sa má nahradiť miestnosťami pre izoláciu v súlade s odporúčaniami CPT. Vytvorenie pracovnej skupiny na identifikáciu konkrétnych ústavných psychiatrických zariadení, v ktorých prebehne humanizácia a nahradenie sieťových postelí, je súčasťou implementácie reformy 3 (Modernizácia diagnostických metód a liečebných postupov).

Odporúčania v oblasti deinštitucionalizácie dlhodobej starostlivosti pre dlhodobo chorých pacientov a pacientky (vrátane osôb so zdravotným postihnutím) prechodom na komunitné služby a podporou liečby v prirodzenom prostredí je v súlade cieľom reformy 2 (Rozvoj akútne poddimenzovaných kapacitných oblastí v starostlivosti o duševné zdravie) a investíciami 2.3 (Vybudovanie psycho-sociálnych centier) a 2.4 (Doplnenie siete psychiatrických stacionárov), ktorých cieľovými skupinami sú pacienti s dlhodobým duševným ochorením odkázaní na pomoc inej osoby a pacienti a pacientky s duševnou poruchou s potrebou psycho-sociálnej rehabilitácie s predpokladom remisie symptómov a vyliečenia.

Za nedostatok z pohľadu princípu zákonnosti možno identifikovať najmä nedostatočný, resp. absentujúci cieľ implementovať dve osobitné odporúčania v oblasti práva na duševné zdravie adresované Slovenskej republike Výborom OSN proti mučeniu v roku 2015. Konkrétne v komponente 12 absentujú reformy a investície zamerané na dostupnosť psychiatrickej starostlivosti pre osoby vo výkone väzby a výkone trestu odňatia slobody[68], pričom reformy zamerané na nadrezortnú spoluprácu, odstránenie bariér vzájomného medzirezortného uznávania vzdelania a odbornej spôsobilosti a vzdelávanie odborníkov mimo rezortu zdravotníctva (reforma

65 Európsky výbor na zabránenie mučeniu a neľudskému či ponižujúcemu zaobchádzaniu alebo trestaniu (CPT): Správa pre vládu Slovenskej republiky o návšteve, ktorú uskutočnil Európsky výbor na zabránenie mučeniu a neľudskému či ponižujúcemu zaobchádzaniu alebo trestaniu (CPT) v dňoch 19. až 28. marca 2018, CPT/Inf (2019) 2, dostupné na: https://rm.coe.int/168094fd72

66 Výbor OSN pre ľudské práva, Záverečné odporúčania k štvrtej periodickej správe Slovenskej republiky, CCPR/C/SVK/CO/4, body 20 – 21, dostupné v anglickom jazyku na: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR%2fC%2fSVK%2fCO%2f4&Lang=en

67 Výbor OSN pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva, Záverečné odporúčania k tretej periodickej správe Slovenskej republiky, E/C.12/SVK/CO/3, body 39 – 40, dostupné v anglickom jazyku na: http://bit.ly/3Ty7vwT

68 Výbor OSN proti mučeniu, Záverečné odporúčania k tretej periodickej správe Slovenskej republiky, CAT/C/SVK/CO/3, bod 10.c, dostupné v anglickom jazyku na: https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/203/52/PDF/G1520352.pdf?OpenElement

1.2, reforma 4, investícia 4.2) riešia parciálne posilnenie kapacít aj vo vzťahu k psychiatrickej starostlivosti vo výkone väzby a trestu odňatia slobody. Investícia 2.2 (Vytvorenie detenčných zariadení) predpokladá vytvorenie samostatných centier na poskytovanie adekvátnej starostlivosti v rámci rezortu justície pre osoby, ktoré v dôsledku duševného ochorenia spáchajú trestný čin, ktoré sú v súčasnosti umiestňované do bežných väzníc bez adekvátnej starostlivosti alebo do psychiatrických nemocníc bez dostatočných bezpečnostných opatrení. Nerieši však situáciu osôb, ktorých potreba psychiatrickej starostlivosti nesúvisí so spáchaným trestným činom (napr. diagnóza sa objaví až v priebehu obmedzenia osobnej slobody resp. existovala už v čase spáchania trestného činu, ale nemala s ním priamy súvis), a ktoré sú oprávnene umiestňované do zariadení na výkon trestu odňatia slobody alebo zariadení na výkon väzby. V reformách a investíciách komponentu 12 absentujú explicitné opatrenia na posilnenie dostupnosti psychiatrickej starostlivosti pre osoby vo výkone väzby a výkone trestu odňatia slobody a teda implementáciu odporúčania.

Výbor OSN proti mučeniu taktiež Slovenskej republike odporučil posilnenie psychologickej pomoci obetiam obchodovania s ľuďmi[69], pričom táto cieľová skupina nie je osobitne uvádzaná pri žiadnej z reforiem alebo investícií komponentu 12. V súlade s princípom zákonnosti by bolo vhodné, aby sa minimálne investícia 3.1 (Vykonanie prvej epidemiologickej štúdie v oblasti duševných porúch) zamerala na zber dezagregovaných dát aj o tejto osobitne zraniteľnej skupine osôb a tým vytvorila východiská na implementáciu predmetného odporúčania Výboru OSN proti mučeniu.

69 Tamtiež, bod 15.e.

3.6 Princíp dostupnosti

Je systém verejného zdravotníctva dostupný pre všetkých?
Sú zariadenia, tovary, služby a programy zdravotnej starostlivosti dostupné v dostatočnom množstve, aby uspokojili potreby všetkých jednotlivcov?

Fungujúci systém zdravotnej starostlivosti a zariadenia, tovary, služby a programy zdravotnej starostlivosti musia byť dostupné v dostatočnom množstve. Dostupnosť sa vzťahu nie len na počet zariadení zdravotnej starostlivosti, ale aj na počet vyškoleného zdravotného personálu a základných liekov a liečiv definovaných Akčným programom Svetovej zdravotníckej organizácie o základných liekoch.[70]

Dostupnosť zdravotnej starostlivosti je merateľná prostredníctvom dezagregovaných dát podľa rôznych kritérií, ako napr. vek, pohlavie, geografická lokalita, socio-ekonomický status, ako aj podľa kvalitatívnych prieskumov na určenie medzier v poskytovaní zdravotnej starostlivosti.[71]

Komponent 11

Z hľadiska zvyšovania dostupnosti zdravotnej starostlivosti možno pozitívne hodnotiť najmä reformy 1 (Optimalizácia siete nemocníc), 4 (Optimalizácia siete akútnej zdravotnej starostlivosti) a 6 (Reforma poskytovania všeobecnej starostlivosti pre dospelých, deti a dorast). Reforma 1 medzi základnými výzvami klesajúceho počtu určitých výkonov pod bezpečnú hranicu v niektorých nemocniciach uvádza ohrozenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti v určitých regiónoch. Následne definuje kritériá, na základe ktorých sa vytvorí nová sieť ústavnej zdravotnej starostlivosti a stanovuje časový nárok podľa náročnosti zdravotnej starostlivosti. Prínosom je snaha optimalizovať sieť nemocníc a akútnej zdravotnej starostlivosti (reforma 4) na základe matematického modelovania, rovnako možno veľmi pozitívne hodnotiť snahu o riešenie nedostatku všeobecných lekárov a lekárok (reforma 6), ktorý sa prejavuje najmä v znevýhodnených regiónoch. Naviazanie podpory práve na tieto oblasti predstavuje účinný spôsob, ako zvyšovať dostupnosť zdravotnej starostlivosti. Úspešná realizácia týchto reforiem odvráti riziko ohrozenia poskytovania ambulantnej starostlivosti.

Napriek nesporným prínosom spomínaných reforiem je zrejmé, že mnohé ľudskoprávne aspekty poskytovania zdravotnej starostlivosti boli opomenuté, čo môže mať následky v podobe nedostatočnej dostupnosti zdravotnej starostlivosti pre znevýhodnené osoby. Definovanie dostupnosti nemocníc prostredníctvom dojazdového času má opodstatnenie pri akútnej zdravotnej starostlivosti,

70 Výbor pre hospodárske a sociálne práva: Všeobecný komentár č. 14 o práve na dosiahnutie najvyššej dosiahnuteľnej úrovne fyzického a duševného zdravia (2000), bod 12a, dostupné v anglickom jazyku na: http://bit.ly/3On4b5u

71 Svetová zdravotnícka organizácia: Human rights and health. Dostupné v anglickom jazyku na: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health

v prípade plánovanej ústavnej starostlivosti je však potrebné brať do úvahy aj potreby osôb bez možnosti dopravy osobným automobilom a nedostatočnú infraštruktúru verejnej dopravy v niektorých okresoch a regiónoch Slovenska. Takto nastavené kritériá môžu spôsobiť, že obyvatelia a obyvateľky oblastí s nízkou intenzitou verejnej dopravy budú znevýhodnení, čo môže okrem iného viesť k zanedbávaniu starostlivosti o svoje zdravie. V tejto súvislosti je potrebné zamerať sa aj na potreby žien, najmä v oblasti reprodukčného zdravia – aj v súčasnosti existuje napr. značný rozdiel medzi deklarovanou a skutočnou dostupnosťou služieb umelého prerušenia tehotenstva a znižovanie počtu nemocníc môže tento problém ešte prehĺbiť. Pri modelovaní optimálnej siete staníc záchrannej zdravotnej služby je potrebné dbať na to, aby algoritmy neboli nastavené diskriminačne voči niektorým zraniteľným skupinám, napríklad takým, ktoré z rôznych dôvodov v súčasnosti využívajú záchrannú zdravotnú službu menej ako zvyšok populácie a tým skresľujú štatistické údaje o dopyte po tejto službe. Keďže práve dopyt bude jednou z premenných vstupujúcich do výpočtu priestorového rozloženia novej siete, je potrebné poznať faktory, ktoré spôsobujú nadmerné, resp. podpriemerné využívanie záchrannej zdravotnej služby rôznymi skupinami obyvateľstva.

Predpokladom dostupnej zdravotnej starostlivosti je aj dostatočný počet zdravotníckeho personálu. Reforma 6 (Podpora otvárania nových ambulancií primárnej starostlivosti v nedostatkových oblastiach) reaguje na hlavnú výzvu v dostupnosti tejto formy zdravotnej starostlivosti, a to nedostatok všeobecných lekárov a lekárok pre dospelých (podstav takmer o 350) a všeobecných lekárov a lekárok pre deti a dorast (podstav o 80). V prípade ambulancií všeobecných lekárov a lekárok pre dospelých aj pre deti a dorast by sa mala brať do úvahy aj dostupnosť na lokálnej úrovni, konkrétne pre segregované a vylúčené komunity. Okrem geografickej dostupnosti je v tejto súvislosti potrebné upozorniť aj na praktické prekážky, ktorým čelia niektoré znevýhodnené skupiny pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Najmä v prípade Rómov a Rómiek sa vyskytujú prípady, keď posádka záchrannej zdravotnej služby nie je ochotná prísť až priamo k obydliu, prípadne bagatelizuje opisované zdravotné problémy. Tieto aspekty dostupnosti je potrebné riešiť osobitnými opatreniami na podporu nediskriminácie a rovného zaobchádzania.

Komponent 12

Jedným z cieľov komponentu 12 je dostupná zdravotno-sociálna starostlivosť pre všetky skupiny pacientov a pacientiek, ktorá podporuje liečbu v prirodzenom prostredí a dodržiavanie ľudských práv. Slabá dostupnosť modernej starostlivosti o duševné zdravie, slabá regionálna a časová dostupnosť služieb, nedostatok kvalifikovaného personálu a adekvátneho materiálno-technického zabezpečenia či poddimenzovanosť komunitnej ambulantnej a terénnej starostlivosti sú vymedzené medzi hlavnými výzva-

mi komponentu 12.

V tomto kontexte majú reformy a investície komponentu 12 zabezpečiť zvýšenie podielu pacientov a pacientiek liečených v komunitnej zdravotno-sociálnej starostlivosti a skrátiť čakaciu dobu na poskytnutie zdravotnej starostlivosti. S dostupnosťou priamo súvisí aj zvýšenie personálnych kapacít, t. j. personálu poskytujúceho špecifickú modernú liečbu a diagnostiku.

Dostupnosť vo vzťahu k dostatočnému počtu odborníkov a odborníčok poskytujúcich psychoterapiu má za cieľ posilniť reforma 1.2 (Zriadenie nadrezortných stavovských organizácií pre psychológov, logopédov a liečebných pedagógov) odstránením systémových bariér pre psychológov mimo rezortu zdravotníctva v možnosti vykonávať psychoterapiu. Reforma 4 (Prehodnotenie vzdelávania personálu v starostlivosti o duševné zdravie) má rovnako za cieľ zvýšiť počet odborného personálu s moderným vzdelaním, a to aktualizovaním učebných osnov a najmä odstránením legislatívnych prekážok uznávania vzdelania získaného v zahraničí a sprístupnením klinického vzdelávania rezortu zdravotníctva pre odborníkov a odborníčky v oblasti duševného zdravia vo všetkých rezortoch. Na to nadväzujú investícia 4.1 (vzdelávanie odborníkov v rezorte zdravotníctva) a investícia 4.2 (vzdelávanie odborníkov mimo rezortu zdravotníctva).

Reforma 2 (Rozvoj akútne poddimenzovaných kapacitných oblastí v starostlivosti o duševné zdravie) chce nedostatočnú dostupnosť zdravotno-sociálnej starostlivosti pre dlhodobo chorých pacientov riešiť primárne zmapovaním akútne nedostatkových služieb a vypracovaním stratégie ich prednostného rozvoja, čo je možné hodnotiť ako pozitívny krok. V prvej fáze zároveň plánuje vytvoriť absentujúci typ centier pre dospelých aj detských pacientov a pacientky s dlhodobým psychiatrickým ochorením a s obmedzenou sociálnou adaptáciou formou dlhodobej komunitnej starostlivosti. Zároveň sa štát zaviazal vytvoriť koncepčné materiály vytvorenia siete komunitných psychosociálnych centier pre dlhodobo chorých pacientov a pacientky, denných stacionárov, detenčnej starostlivosti a špecializovanej starostlivosti pre pribúdajúcich pacientov a pacientky s poruchou autistického spektra. Na túto reformu následne nadväzujú špecifické investície na vytvorenie dvoch detenčných centier (investícia 2.2), vybudovanie 30 pilotných psychosociálnych centier pre dospelých a 8 pre deti (investícia 2.3), vybudovanie 7 psychiatrických stacionárov pre dospelých a 8 pre deti a adolescentov, vrátane 3 špecializovaných denných stacionárov pre deti a adolescentov s poruchami príjmu potravy (investícia 2.4) a vybudovanie 3 špecializovaných centier pre poruchy autistického spektra (investícia 2.5).

Geografickú dostupnosť špecificky reflektuje investícia 2.3 (Vybudovanie psycho-sociálnych centier), ktorá vychádza z existujúcich analýz na zabezpečenie dostupnosti a to v prepojení na dojazd do centra pre dospelých do 50 km. Pri investícii 2.4 (Doplnenie siete psychiatrických stacionárov) je geografická dostupnosť vymedzená dojazdom do psychiatrických stacionárov do 25 km.

Osobitným opatrením na posilnenie dostupnosti psychologickej pomoci pri zvýšenom dopyte v následku pandémie ochorenia COVID-19 prestavuje investícia 5 (Národná linka podpory duševného zdravia), v rámci ktorej bola dočasne zriadené Národná linka na podporu duševného zdravia). Prevádzka linky je však predpokladaná len do konca roka 2022.

V rámci reformy 2 (Rozvoj akútne poddimenzovaných kapacitných oblastí v starostlivosti o duševné zdravie) a súvisiacich investícií sa majú vybudovať a vytvoriť viaceré zariadenia na posilnenie dostupnosti zdravotnej a sociálnej starostlivosti o osoby s duševnými poruchami. Na to, aby boli tieto formy starostlivosti skutočne dostupné pre všetkých pacientov a pacientky, je kľúčové aj posilnenie personálnych kapacít a zabezpečenie dostatočného počtu odborníkov a odborníčok poskytujúcich zdravotnú a sociálnu starostlivosť v týchto zariadeniach. Hoci reforma 2 predpokladá aj vzdelávací program pre personál nových typov zariadení, neobsahuje opatrenia na zabezpečenie dostatočného počtu kvalifikovaného personálu. Tento aspekt pokrýva reforma 4 a nadväzujúce investície, absentujú v nich však merateľné ukazovatele na personálne zabezpečenie zdravotnej a sociálnej starostlivosti v oblasti duševného zdravia v nadväznosti napr. na nízke platy v zdravotníctve a odliv kvalifikovaného personálu do zahraničia, ktoré predstavujú hlavné výzvy dostupnosti zdravotníckeho personálu vo všeobecnosti.

Z pohľadu geografickej dostupnosti špecializovaných služieb zdravotnej a sociálnej starostlivosti o duševné zdravie (napr. v rámci investície 2.3 alebo investície 2.4) štát nezohľadňuje nižšiu úroveň dopravnej infraštruktúry a dostupnosť verejnej dopravy v niektorých krajoch a okresoch Slovenska. Absencia podporných opatrení zameraných práve na osoby s obmedzenou mobilitou, osoby ohrozené chudobou alebo osoby z priestorovo vylúčených komunít negatívne ovplyvní dostupnosť predmetných služieb pre tieto skupiny obyvateľstva.

Vzhľadom na neustále sa vyvíjajúcu epidemickú situáciu v súvislosti s ochorením spôsobeným vírusom COVID-19 a možný dlhodobý dopad na psychické zdravie ľudí možno obmedzenie implementácie investície 5 (Národná linka podpory duševného zdravia) na roky 2021 a 2022 považovať za obmedzujúce z pohľadu dostupnosti služieb psychologickej pomoci. Z pohľadu dlhodobej dostupnosti by bolo by vhodné, aby štát prijal udržateľné opatrenia.

3.7 Princíp prístupnosti

Sú zdravotnícke zariadenia, tovary a služby prístupné naozaj pre každého?

Zariadenia, tovary a služby zdravotnej starostlivosti musia byť prístupné každému bez diskriminácie. Prístupnosť má nasledovné štyri dimenzie:

- Nediskriminácia - zariadenia, tovary a služby zdravotnej starostlivosti musia byť dostupné pre všetkých na základe zákona, ako aj v praxi, osobitne pre najzraniteľnejšie skupiny, a to bez akejkoľvek diskriminácie;
- Fyzická dostupnosť - bezpečná vzdialenosť pre všetky skupiny populácie, osobitne pre zraniteľné a marginalizované skupiny, a to vrátane vidieckych oblastí. Jej súčasťou je prístupnosť budov, v ktorých sa poskytuje zdravotná starostlivosť, pre osoby so zdravotným postihnutím.
- Ekonomická dostupnosť - bez ohľadu na to, či sú služby zdravotnej starostlivosti zabezpečované súkromnými alebo verejnými subjektami, majú byť dostupné pre všetkých, vrátane sociálne znevýhodnených skupín. Rovnosť príležitostí si vyžaduje, aby chudobnejšie domácnosti neboli neprimerane zaťažené výdavkami na zdravie v porovnaní s domácnosťami s vyššími príjmami.
- Informačná dostupnosť - právo vyhľadávať, získavať a šíriť nestranné informácie týkajúce sa otázok zdravia, rešpektujúc ochranu osobných zdravotných údajov a ich dôvernosť.[72]

Prístupnosť možno vyhodnocovať na základe analýzy fyzických, finančných a iných bariér a ich dopadov na zraniteľné skupiny. Vyžaduje si nastavenie jasných pravidiel a noriem na úrovni legislatívy a politík a systému na monitorovanie informácií týkajúcich sa zdravia.[73]

V tejto časti sa nevenujeme analýze nediskriminácie a fyzickej dostupnosti ako jednotlivým aspektom princípu prístupnosti, nakoľko tieto predstavujú samostatné princípy HRBA prístupu k zdraviu a sú analyzované v príslušných podkapitolách.

Komponent 11

Dostupnosť informácií o zdraví jednotlivca posilňuje investícia 3 (Digitalizácia v zdravotníctve). Prostredníctvom archívu obrazových vyšetrení sa pacienti jednoduchšie dostanú k svojim zdravotným záznamom a výrazné posilnenie telemedicíny uľahčí prístup k informáciám o svojom zdraví aj pre občanov, pre ktorých je problémom fyzická dostupnosť zdravotnej starostlivosti.

72 Výbor pre hospodárske a sociálne práva: Všeobecný komentár č. 14 o práve na dosiahnutie najvyššej dosiahnuteľnej úrovne fyzického a duševného zdravia (2000), bod 12c, dostupné v anglickom jazyku na: http://bit.ly/3On4b5u

73 Svetová zdravotnícka organizácia: Human rights and health. Dostupné v anglickom jazyku na: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health

Otázky informačnej dostupnosti súvisia pri komponente 11 do značnej miery s princípom posilnenia postavenia. Viaceré reformy by si vyžadovali celoštátnu informačnú kampaň, týka sa to najmä zmien kompetencií záchrannej zdravotnej služby a všeobecných lekárov a lekárok pre dospelých, deti a dorast. Príslušné reformy (reformy 1, 5 a 6) tieto aspekty opomínajú, čo môže v konečnom dôsledku viesť k zníženej dostupnosti zdravotnej starostlivosti, keďže občania nemusia mať dostatočné informácie o tom, kam sa v prípade konkrétneho zdravotného problému obrátiť.

V oblasti ekonomickej dostupnosti môže byť problematická reforma 5 (Nová definícia neodkladnej zdravotnej starostlivosti). Zúženie dôvodov zásahu záchrannej zdravotnej služby na priame ohrozenie života spôsobí vznik nákladov pre osoby, ktoré by podľa súčasných pravidiel mali na zásah záchrannej zdravotnej služby nárok. Podobne aj reforma 1 (Optimalizácia siete nemocníc) by mala obsahovať mechanizmus finančnej kompenzácie pre osoby, ktorým sa predĺži dojazdový čas do nemocníc. Tento mechanizmus by mal zahŕňať aj osoby sprevádzajúce svoje dieťa, resp. blízku osobu odkázanú na starostlivosť.

Dostupnosť pre osoby so zdravotným znevýhodnením by mala byť jednou z podmienok pri výstavbe a rekonštrukcii nemocníc. Ako výzvy sú v investícii 2 (Nová sieť nemocníc) uvedené zastaranosť budov nemocníc a nevhodná infraštruktúra, čo v praxi často predstavuje bariérové prostredie. Bolo by preto vhodné explicitne uviesť, že nové a rekonštruované budovy nemocníc budú spĺňať štandardy bezbariérovosti. Zároveň je po vybudovaní a rekonštrukcii nemocníc potrebné dbať na to, aby sa pobyt v nových zariadeniach alebo oddeleniach nepodmieňoval príplatkami, napr. za nadštandardné izby, a inými skrytými poplatkami za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (napr. manažment pacienta).

Komponent 12

Komponent 12 explicitne nerieši otázku ekonomickej prístupnosti zdravotnej a sociálnej starostlivosti o duševné zdravie. Rozširovaním siete štátom financovanej komunitnej starostlivosti, vytváraním nových a rozvíjaním siete existujúcich foriem starostlivosti v rámci reformy 2 (Rozvoj akútne poddimenzovaných kapacitných oblastí v starostlivosti o duševné zdravie) a súvisiacich investícií v tejto oblasti sa však vytvárajú predpoklady na lepšiu prístupnosť predmetných služieb pre všetky cieľové skupiny a znižuje odkázanosť na služby poskytované výlučne súkromnými subjektami. Zlepšenie fyzickej dostupnosti má tiež priamy vplyv na ekonomickú prístupnosť, ak sa znižujú náklady na dochádzanie za službami zdravotnej a sociálnej starostlivosti.

Prístupnosť služieb poradenstva a pomoci v oblasti duševného zdravia a jej zhoršenie v dôsledku pandémie ochorenia COVID-19 reflektuje investícia 5 (Národná linka podpory duševného zdravia), ktorou sa posilnila anonym-

ná forma online a telefonickej komunikácie a služieb v oblasti duševného zdravia. V tejto súvislosti však investícia nerieši otázku prístupnosti pre osoby so zmyslovým znevýhodnením.

Slabú informovanosť identifikuje komponent 12 ako jeden z dôvodov neliečenia sa mnohých ľudí na duševné poruchy na Slovensku. Napriek tomu neobsahuje reformu ani investíciu zameranú na zvyšovanie informovanosti obyvateľstva o duševnom zdraví, napríklad formou informačnej kampane, a o službách zdravotnej a sociálnej starostlivosti o duševné zdravie.

V súvislosti s ekonomickou prístupnosťou je nevyhnutné, aby sa investícia 3.1 (Vykonanie prvej epidemiologickej štúdie v oblasti duševných porúch) zamerala aj na zber dát týkajúcich sa miery záťaže nákladov na zdravotnú a sociálnu starostlivosť o duševné zdravie na domácnosti s nižšími príjmami a prístupnosť relevantných služieb pre rôzne skupiny obyvateľstva.

3.8 Princíp prijateľnosti

Je v centre zdravotnej starostlivosti jednotlivec a je táto nastavená tak, aby reagovala na potreby rozmanitých skupín obyvateľstva?

Všetky zariadenia, tovary a služby zdravotnej starostlivosti musia byť v súlade s medzinárodnými štandardmi a rešpektovať medicínsku etiku a byť kultúrne prijateľné, t. j. rešpektovať kultúru jednotlivca, menšín a komunít a byť rodovo citlivé a citlivé k požiadavkám rôznych vekových skupín osôb. Zdravotná starostlivosť a programy zdravotnej starostlivosti musia byť navrhnuté tak, aby rešpektovali dôvernosť a informovaný súhlas a zlepšovali zdravotný stav prijímateľov a prijímateliek.[74]

Komponent 11

Špecifická pozornosť zraniteľným skupinám je venovaná len v rámci investície 3 (Digitalizácia v zdravotníctve), ktorá zavádza telemedicínu ako spôsob poskytovania zdravotnej starostlivosti pre špecifické skupiny obyvateľstva - ľudom vo vyššom veku, onkologickým pacientom a pacientkam, diabetikom a diabetičkám, marginalizovaným rómskym komunitám a pod. Nie je však jasné, ako konkrétne by mala byť telemedicína prispôsobená týmto skupinám obyvateľstva a ako boli mapované ich potreby.

Otázke prijateľnosti plánovaných reforiem a investícií pre všetky skupiny obyvateľov sa okrem investície 3 nevenuje žiadna z reforiem a investícií komponentu 11, viaceré pritom počítajú so zmenou koncepcií poskytovania zdravotnej starostlivosti. Reforma 6 (Reforma poskytovania všeobecnej starostlivosti o dospelých, deti a dorast) obsahuje nové koncepcie poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktoré však nešpecifikujú, či a akým spôsobom budú zohľadňovať potreby jednotlivých skupín obyvateľstva. Pri reforme 2 (Reforma prípravy investičných projektov v zdravotníctve) Stredisko odporúča zahrnúť do metodiky hodnotenia investícií v zdravotníctve aj dodržiavanie princípu prijateľnosti, teda to, či jednotlivé investície zohľadňujú požiadavky a potreby menšín a znevýhodnených skupín. Reforma 1 (Optimalizácia siete nemocníc) sa tiež nezaoberá potrebami špecifických skupín obyvateľstva, dostupnosť nemocníc je určená na základe celkového počtu obyvateľov a nezohľadňuje koncentráciu zraniteľných skupín.

Reforma 4 (Optimalizácia siete akútnej zdravotnej starostlivosti) by sa v oblasti prijateľnosti mala venovať aj marginalizovaným rómskym komunitám, ktoré v súčasnosti čelia problémom s reálnym prístupom k záchrannej zdravotnej službe (napr. neochota posádok prísť priamo do osady). V prípade, že záchranná zdravotná služba bude poskytovať zdravotnú starost-

74 Výbor pre hospodárske a sociálne práva: Všeobecný komentár č. 14 o práve na dosiahnutie najvyššej dosiahnuteľnej úrovne fyzického a duševného zdravia (2000), bod 12c, dostupné v anglickom jazyku na: http://bit.ly/3On4b5u

livosť iba v prípade ohrozenia života (reforma 5), môže takáto prax vážne ohroziť dostupnosť a kvalitu poskytovanej starostlivosti pre túto skupinu obyvateľov. Potreba prijateľnosti poskytovanej starostlivosti by mala byť jednou z kľúčových tém aj pri reforme 6 (Reforma poskytovania všeobecnej starostlivosti o dospelých, deti a dorast). Ako jednu z výziev táto reforma pomenúva starnutie populácie a potrebu komunitnej starostlivosti a starostlivosti v domácom prostredí pacienta, samotné ciele reformy však neuvažujú s rozšírením takýchto foriem starostlivosti.

Jedným z cieľom investície 2 (Nová sieť nemocníc – výstavba, rekonštrukcia a vybavenie) je aj dosiahnutie lepšieho komfortu pre pacientov a pacientky a personál. V tejto súvislosti je v kontexte prijateľnosti zdravotnej starostlivosti, aby sa rekonštrukciou a výstavbou zároveň zabezpečovala kultúrna prijateľnosť a rodová citlivosť nemocničného prostredia a zohľadňovali osobitné potreby zraniteľných skupín. Už spomínaná investícia 3 (Digitalizácia v zdravotníctve) je okrem svojich pozitívnych aspektov problematická z dôvodu náročnej implementácie a otáznej prijateľnosti pre niektoré skupiny obyvateľov. Na to, aby mohla byť do praxe úspešne uvedená telemedicína, je potrebné, aby cieľové skupiny mali o tejto možnosti povedomie a najmä možnosti a schopnosti ju využívať. Najmä v prípade marginalizovaných rómskych komunít a starších ľudí však existujú pochybnosti, či napríklad rozšírenosť (mobilných) telefónov a komunikačné bariéry nebudú prekážkou pri realizácii telemedicíny.

V téme prijateľnosti sú Slovenskej republike pravidelne adresované odporúčania monitorovacích mechanizmov v oblasti ľudských práv upozorňujúce na nedostatočnú prax pri uplatňovaní informovaného súhlasu v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia.[75] Komponent 11 sa touto otázkou napriek tomu nezaoberá, pričom ide nielen o otázku pohlavia, ale vo významnej miere aj o otázku etnicity s presahmi aj do princípov kvality a nediskriminácie.

Komponent 12

Komponent 12 len v obmedzenej miere zohľadňuje princíp prijateľnosti vo vzťahu k poskytovanej zdravotnej a sociálnej starostlivosti o duševné zdravie. Ten je, spolu s relevantnými ľudskoprávnymi štandardami, premietnutý v akcentovaní komunitnej formy starostlivosti pre dlhodobo chorých pacientov a pacientky, ktorá je formou starostlivosti najlepšie vytvárajúcou predpoklady na rešpektovanie individuálnych požiadaviek rôznych skupín, vrátane kultúrnych rozdielov a potrieb osôb rôznych vekových skupín.

Reforma 2 (Rozvoj akútne poddimenzovaných kapacitných oblastí v starostlivosti o duševné zdravie) predpokladá pripravenie stratégie vytvorenia siete komunitných psychosociálnych centier pre dlhodobo chorých pa-

75 Na túto problematiku upozorňujú Výbor OSN pre ľudské práva, v bode 27 4. periodickej správy o SR z roku 2016 (https://bit.ly/3SVvLcw) a Výbor OSN pre odstránenie diskriminácie žien, v bode 33 5. a 6. periodickej správy o SR z roku 2015 (https://bit.ly/3rZ4URn)

cientov a pacientky a denných stacionárov pre širokú skupinu pacientov a pacientiek, ako aj koncepcie pre vznik a rozvoj špecializovanej starostlivosti pre pacientov a pacientky s poruchou autistického spektra. S touto reformou súvisí investícia 2.3 (Vybudovanie psycho-sociálnych centier) s cieľom deinštitucionalizácie a zabezpečenia adekvátnej dlhodobej starostlivosti o dlhodobo chorých pacientov a pacientky najmä v ich prirodzenom prostredí. Cieľom investície má byť poskytovať služby individualizovane (cez case-management) podľa potrieb klienta či klientky, čo je v súlade s princípom prijateľnosti. Posilnenie komunitnej formy starostlivosti sa má zabezpečiť aj prostredníctvom investície 2.4 (Doplnenie siete psychiatrických stacionárov) a investície 2.5 (Vybudovanie špecializovaných centier pre poruchy autistického spektra (PAS)).

Zohľadnenie medzinárodných štandardov predpokladajú reforma 3 (Modernizácia diagnostických a liečebných postupov), investícia 3.3 (Humanizácia oddelení ústavnej starostlivosti) a investícia 3.4 (Obnova materiálno-technického vybavenia štandardných postupov).

Otázka kultúrnej prijateľnosti a rodovo citlivej zdravotnej a sociálnej starostlivosti o duševné zdravie však v nastavení reforiem a investícií komponentu 12 absentuje. Na zabezpečenie súladu s princípom prijateľnosti by sa mala otázkam kultúrnej prijateľnosti, diverzity, rodovej rovnosti a odlišných aspektov a potrieb mužov a žien, osôb rôznych vekových kategórií, národnostných menšín či etnických skupín pri poskytovaní zdravotnej a sociálnej starostlivosti venovať pozornosť osobitne pri implementácii reforiem a investícii v oblasti moderného vzdelávania personálu, teda konkrétne reformy 4 (Prehodnotenie vzdelávania personálu v starostlivosti o duševné zdravie), investície 4.1 (Vzdelávanie odborníkov v rezorte zdravotníctva) a investície 4.2 (Vzdelávanie odborníkov mimo rezortu zdravotníctva).

3.9 Princíp kvality

Spĺňa poskytovaná zdravotná starostlivosť štandardy kvality?

Základom princípu kvality je, že zdravotná starostlivosť musí byť vedecky a medicínsky vhodná a zodpovedať štandardom kvality. Kvalita zdravotnej starostlivosti závisí od schopného zdravotného personálu, vedecky schválených liekov a liečiv a zdravotníckeho zariadenia, vrátane vhodnej hygieny.[76] Kvalitné služby zdravotnej starostlivosti sú:

- Bezpečné – nespôsobujú zranenia osobám, ktorým je zdravotná starostlivosť určená;
- Účinné – založené na vedecky dokázaných faktoch;
- Zamerané na jednotlivca – reagujú na jeho individuálne preferencie, potreby a hodnoty;
- Správne načasované – redukujúc čakacie doby a škodlivé odklady;
- Spravodlivé a v súlade so zásadou rovnosti – kvalita zdravotnej starostlivosti sa nelíši s ohľadom na rod, etnicitu, geografickú lokáciu alebo sociálno-ekonomické postavenie jej prijímateľa;
- Integrované – starostlivosť zahŕňajúca plný rozsah zdravotnej starostlivosti počas života;
- Efektívne – maximalizujúce benefity dostupných zdrojov a vyhýbajúce sa ich plytvaniu.[77]

Komponent 11

Vo všeobecnosti možno konštatovať, že komponent 11 sa zameriava aj na zvyšovanie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti prostredníctvom budovania a obnovy infraštruktúry, optimalizácie procesov v zdravotníctve a stabilizovaním počtu zdravotníckeho personálu v nedostatkových oblastiach. Tieto faktory sú identifikované ako hlavné výzvy.

Jedným z deklarovaných cieľov reformy 1 (Optimalizácia siete nemocníc) je odstránenie nedodržiavania minimálneho bezpečného počtu zákrokov, čo vedie k nedostatočnej praxi lekárov a lekárok a môže spôsobiť nižšiu kvalitu vykonávaných zákrokov. Zníženie počtu zariadení, v ktorých sa konkrétne zákroky vykonávajú, tak možno hodnotiť ako adekvátne opatrenie, ktoré zabezpečí rovnakú kvalitu poskytovanej starostlivosti bez ohľadu na geografickú lokalizáciu. Efektívne využívanie dostupných zdrojov v zdravotníctve má byť zabezpeče-

76 Výbor pre hospodárske a sociálne práva: Všeobecný komentár č. 14 o práve na dosiahnutie najvyššej dosiahnuteľnej úrovne fyzického a duševného zdravia (2000), bod 12d, dostupné v anglickom jazyku na: http://bit.ly/3On4b5u

77 Svetová zdravotnícka organizácia: Human rights and health. Dostupné v anglickom jazyku na: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health

né prostredníctvom centralizovaného riadenia nemocníc zahŕňajúceho spoločné systémy riadenia, verejné obstarávania a audit systému riadenia nemocníc. Zároveň je cieľom budovanie expertízy personálu a explicitne aj kvalitné poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

Primárne sa kvalite poskytovanej zdravotnej starostlivosti venuje reforma 3 (Digitalizácia v zdravotníctve), ktorej cieľom je digitalizovať procesy súvisiace s konkrétnymi zdravotníckymi výkonmi. Tým sa majú znížiť čakacie doby na niektoré zákroky, urýchliť ich vykonanie a vybudovať systém podpory služieb telemedicíny pre špecifické skupiny obyvateľstva.

Napriek mnohým kvalitatívnym zmenám zostávajú viaceré aspekty kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti opomenuté. Komponent 11 sa vôbec nezameriava na jednotlivca v zmysle reakcie na jeho individuálne potreby a preferencie, holistický prístup k liečbe ani na poskytovanie starostlivosti v súlade so zásadou rovnosti. Skvalitňovanie sa viaže prevažne na merateľné ukazovatele. Príkladom je reforma 6 (Reforma poskytovania všeobecnej zdravotnej starostlivosti pre dospelých, deti a dorast), v rámci ktorej majú byť prijaté nové koncepcie všeobecnej zdravotnej starostlivosti a navýšený počet lekárov a lekárok. Reforma 6 však nerieši otázku prístupu k pacientom a pacientkam či aktualizáciu liečebných postupov podľa najnovších poznatkov. Problematická je v tomto zmysle reforma 5 (Nová definícia neodkladnej zdravotnej starostlivosti), ktorá plánuje zredukovať okruh oprávnených užívateľov a užívateliek záchrannej zdravotnej služby na tých, ktorí sú v ohrození života. Nie je jasné, akým spôsobom bude zabezpečená starostlivosť o pacientov a pacientky, ktorí nie sú v ohrození života, ale majú zdravotný problém, ktorý ich v súčasnosti oprávňuje využiť záchrannú zdravotnú službu.

V komponente 11 zároveň absentujú opatrenia na zvyšovanie kvalifikácie a odbornosti zdravotného personálu s cieľom posilňovania kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Čiastkovo tento aspekt pokrýva vyššie uvedený cieľ reformy 1 (Optimalizácia siete nemocníc) budovať expertízu personálu špecializáciou vybraných zariadení, avšak absentuje ucelený prístup v rámci iných foriem zdravotnej starostlivosti.

Komponent 12

Zvýšenie kvality zdravotno-sociálnej starostlivosti v oblasti duševného zdravia je kľúčovým aspektom komponentu 12. Potreba zvýšenia kvality zdravotnej starostlivosti v tejto oblasti vychádza z hlavných výziev v tejto oblasti, vrátane nedostatku moderných diagnostických postupov pre mnohé diagnózy, poddimenzovanosti personálnych a materiálnych kapacít (napr. nedostatočná komunitná ambulantná a terénna starostlivosť o dlhodobo chorých pacientov a pacientky vyžadujúcich psychiatrickú liečbu, poddimenzovanosť centier pre poruchy autizmu, nedostatok psychiatrických stacionárov, neexistencia detenčného zariadenia, akútny nedostatok od-

borníkov a odborníčok poskytujúcich psychoterapiu a pod.) či nadmerného predpisovania psychofarmák na úkor psychoterapie. Komponent 12 reflektuje na princíp kvality prierezovo vo viacerých reformách a nadväzujúcich investíciách, a to vo vzťahu k viacerým aspektom. Nastavenie reforiem a investícií komponentu 12, s výnimkou efektívnosti, ktorá nie je premietnutá, dostatočne zohľadňuje princíp kvality. Otázka spravodlivosti a súladu so zásadou rovnosti je obsahom analýzy v rámci princípu nediskriminácie a rovnakého zaobchádzania.

Z pohľadu princípu kvality je kľúčovou reformou komponentu 12 reforma 3 (Modernizácia diagnostických metód a liečebných postupov), ktorej cieľom je komplexná modernizácia štandardných postupov a vytvorenie podmienok pre ich uplatňovanie v praxi. Jej významnou súčasťou je modernizácia fondu diagnostických metód vytvorením národného nadrezortného on-line registra v rámci implementácie investície 3.2 (Zriadenie fondu psychodiagnostických metód). Súčasťou tejto investície je aj nákup a preklad licencií a ich štandardizácia na slovenskej populácii.

Na zabezpečenie kvality zdravotnej starostlivosti v oblasti duševného zdravia je nevyhnutná odbornosť a kvalifikácia zdravotníckeho personálu. V tejto súvislosti reforma 1.2 (Zriadenie nadrezortných stavovských organizácií pre psychológov, logopédov a liečebných pedagógov) má za primárny cieľ zvýšiť odbornosť a zabezpečiť reguláciu vo vzdelávaní a disciplinárny dohľad, a to odstránením bariéry registrácie do stavovských organizácií pre odborných pracovníkov a pracovníčky pôsobiacich mimo rezortu zdravotníctva. Reforma 2 (Rozvoj akútne poddimenzovaných kapacitných oblastí v starostlivosti o duševné zdravie) v rámci implementácie predpokladá vytvorenie vzdelávacieho programu pre personál nových typov zariadení (v prepojení na reformu 4 a investíciu 4.1), a to konkrétne komunitných psychosociálnych centier pre dlhodobo chorých pacientov a pacientky, denných stacionárov, detenčnej starostlivosti a špecializovanej starostlivosti o pacientov a pacientky s poruchami autistického spektra. Nadväzujúca investícia 2.5 (Vybudovanie špecializovaných centier pre poruchy autistického spektra (PAS)) okrem vybudovania 3 špecializovaných zariadení v prvej fáze predpokladá aj zaškolenie personálu v modernej diagnostike a intervenčných metódach PAS. Reforma 4 (Prehodnotenia vzdelávania personálu v starostlivosti o duševné zdravie) má za cieľ zvýšiť počet odborného personálu s moderným vzdelaním, a to aktualizovaním učebných osnov, odstránením legislatívnych prekážok uznávania vzdelávania získaného v zahraničí a sprístupnením klinického vzdelávania pre odborníkov a odborníčky v oblasti duševného zdravia aj mimo rezortu zdravotníctva. Napokon na ňu nadväzujú investícia 4.1 (Vzdelávanie odborníkov v rezorte zdravotníctva) a investícia 4.2 (Vzdelávanie odborníkov mimo rezortu zdravotníctva).

Posilnenie kvality vo vzťahu k materiálno technickému vybaveniu reflektuje investícia 3.4 (Obnova materiálno-technického vybavenia pre vykonávanie štandardných postupov) obstaraním prístrojového vybavenia pre poskytovateľov starostlivosti o du-

ševné zdravie, ako aj reforma 3, ktorá predpokladá aj poskytnutie potrebných prístrojov psychiatrickým klinikám.

Investícia 2.3 (Vybudovanie psycho-sociálnych centier) medzi cieľmi explicitne uvádza individualizované poskytovanie služieb podľa potrieb klienta s dôrazom na zabezpečenie adekvátnej dlhodobej starostlivosti o dlhodobo chorých pacientov v prirodzenom prostredí (mobilným tímom).

Záver

Koncept udržateľnej obnovy po pandémii ochorenia COVID-19 postavenej na ochrane a podpore ľudských práv má za cieľ potláčať a obmedziť negatívne dopady pandémie na ľudské práva a spoločnosť. V tomto kontexte je nevyhnutné, aby bol Plán obnovy SR ako kľúčový strategický dokument určujúci politiky v oblasti postcovidovej obnovy na Slovensku implementovaný v súlade s HRBA prístupom. Súlad navrhovaných reforiem a investícií v oblasti popandemickej obnovy s princípmi HRBA prístupu je predpokladom na zabezpečenie toho, aby prostriedky určené na obnovu boli využité na riešenie štrukturálnych príčin diskriminácie a porušovania ľudských práv.

Lepšie zdravie populácie na Slovensku je jednou z piatich hlavných priorít Plánu obnovy SR, pričom hlavné reformy a investície v tejto oblasti sú obsiahnuté najmä v jeho komponentoch 11 a 12. Analyzované komponenty vo viacerých aspektoch zohľadňujú princípy zodpovednosti a zákonnosti HRBA prístupu k obnove. Z pohľadu zodpovednosti je kľúčovým vymedzenie subjektov zodpovedných za implementáciu reforiem a investícií komponentov 11 a 12, avšak nedostatkom je absentujúce nastavenie mechanizmov nápravy. Viaceré reformy a investície reflektujú odporúčania medzinárodných monitorovacích mechanizmov v oblasti ľudských práv adresované Slovenskej republiky či nadväzujú na súvisiace legislatívne úpravy, čo je nevyhnutným predpokladom ich zákonnosti.

Ako pozitívny element možno vyzdvihnúť snahu o zvýšenie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti prostredníctvom zlepšovania materiálno-technického vybavenia, modernizácie a revízie procesov či posilnením vzdelávania zdravotného personálu. Tieto aspekty komponentov 11 a 12 sú dôležité v kontexte princípu kvality, ktorého východiskom je, že zdravotná starostlivosť musí byť vedecky a medicínsky vhodná a zodpovedať štandardom kvality. Vo všeobecnosti možno konštatovať, že komponent 11 sa zameriava na zvyšovanie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti prostredníctvom budovania a obnovy infraštruktúry, optimalizácie procesov v zdravotníctve a stabilizovaním počtu zdravotníckeho personálu v nedostatkových oblastiach. Tieto faktory sú identifikované ako hlavné výzvy. Zvýšenie kvality zdravotno-sociálnej starostlivosti v oblasti duševného zdravia je kľúčovým aspektom komponentu 12 rovnako v súlade s hlavnými výzvami v tejto oblasti. Komponent 12 reflektuje na princíp kvality prierezovo vo viacerých reformách a nadväzujúcich investíciách, a to vo vzťahu k viacerým aspektom, vrátane komplexnej modernizácie štandardných postupov, zvyšovania odbornosti a kvalifikácie zdravotníckeho personálu, zlepšenia materiálno-technického vybavenia, ako aj individualizované poskytovanie služieb podľa potrieb klienta a klientok v dlhodobej starostlivosti. Možno teda zhodnotiť, že nastavenie reforiem a investícií komponentu 12, s výnimkou efektívnosti, dostatočne zohľadňuje princíp kvality. Napriek mnohým kvalitatívnym zmenám zostávajú však vybrané aspekty

kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti opomenuté. V komponente 11 absentujú opatrenia na zvyšovanie kvalifikácie a odbornosti zdravotného personálu či zameranie na individuálne potreby jednotlivca, holistický prístup k liečbe a poskytovanie starostlivosti v súlade so zásadou rovnosti. Skvalitňovanie sa viaže prevažne na kvantitatívne ukazovatele.

Z pohľadu HRBA prístupu vykazujú analyzované komponenty 11 a 12 Plánu obnovy SR viacero nedostatkov. Jedným z kľúčových problémov sú nedostatočne nastavené participačné procesy tvorby a implementácie jednotlivých reforiem a investícií. V súlade s princípom participácie má každý právo na aktívnu účasť na rozhodovacích procesoch, ktoré ovplyvňujú uplatňovanie ľudských práv. Efektívna participácia ide nad rámec konzultácií a predpokladá aktívnu participáciu dotknutých subjektov, vrátane subjektov občianskej spoločnosti reprezentujúcich záujmy jednotlivých skupín, ktorých sa reformy a investície dotýkajú. Vo všeobecnosti v rámci komponentu 11 nie je zabezpečená participácia dotknutých skupín, obzvlášť zástupcov a zástupkýň pacientov a pacientiek a zdravotníckeho personálu. Tá časť reforiem komponentu 11, ktorá zahŕňa aj participačné procesy, ich obmedzuje na konzultácie bez nastavenia mechanizmu, ktorý by zaručoval skutočný vplyv stakeholderov na jednotlivé rozhodnutia. Zároveň nie je jasné, na základe čoho budú do tohto procesu vyberaní zástupcovia a zástupkyne jednotlivých záujmových skupín, ani či budú mať možnosť participovať všetky skupiny, ktorých sa daná téma dotýka. V rámci komponentu 12 je pozitívnym aspektom vytvorenie nadrezortného koordinačného orgánu spravujúceho oblasť duševného zdravia, Rady vlády SR pre duševné zdravie, ktorá by mala byť zapojená do implementácie a vyhodnocovania ostatných reforiem a investícií komponentu 12. Zriadenie a fungovanie tohto orgánu predstavuje samostatnú reformu komponentu 12. Vzhľadom na štatútom určené zloženie tohto orgánu je však potrebné, aby pri jednotlivých reformách, ktoré majú dopad na konkrétne cieľové skupiny, bola zabezpečená ich aktívna participácia, a to aj nad rámec subjektov, ktoré sú členmi Rady vlády SR pre duševné zdravie (napr. formou konzultácií, v rámci pripomienkového konania a pod.). Stredisko odporúča prehodnotiť zapojenie dotknutých subjektov a jednotlivcov do prípravy plánovaných opatrení a reforiem komponentov 11 a 12 tak, aby bolo zabezpečené posilnenie ich postavenia a naplnenie potrieb jednotlivých skupín.

Problematickým sa javí aj nedostatočné zohľadnenie individuálnych potrieb jednotlivcov a zraniteľných skupín, ako aj nedostatočný dôraz na sociálne znevýhodnené obyvateľstvo, na ktoré môžu mať reformy a investície analyzovaných komponentov Plánu obnovy SR neprimeraný dopad. Táto skutočnosť je v rozpore s viacerými princípmi HRBA prístupu k zdraviu, vrátane princípu nediskriminácie a rovného zaobchádzania, princípu prístupnosti, princípu prijateľnosti, ako aj princípu posilnenia postavenia. Prístup k zdravotnej starostlivosti patrí všetkým jednotlivcom rovnako bez akejkoľvek diskriminácie, aby každý mal príležitosť užívať svoje právo na zdravie za rovnakých podmie-

nok. Identifikácia najzraniteľnejších skupín a potrieb rôznorodých skupín obyvateľstva je nevyhnutným predpokladom eliminácie existujúcich nerovností a prevenciu ich ďalšieho prehlbovania. V komponentoch 11 a 12 absentujú aspekty princípu nediskriminácie a rovného zaobchádzania či opatrenia na predchádzanie diskriminácii pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Príkladom reformy, kde je osobitne dôležitým zohľadnenie potrieb znevýhodnených skupín obyvateľstva na základe zisťovania ich potrieb, je reforma prípravy investičných projektov v zdravotníctve či optimalizácie siete akútnej zdravotnej starostlivosti. Komponenty 11 a 12 nereflektujú ani rodové aspekty a opatrenia na elimináciu rodovej nerovnosti v oblasti zdravotnej starostlivosti a zdravia.

Chýbajúce informácie o potrebách znevýhodnených skupín a absencia podporných opatrení majú dopad aj na to, že reformy a investície komponentov 11 a 12 nedostatočne zohľadňujú princíp posilnenia postavenia. V súlade s týmto princípom má každý právo domáhať sa svojich práv a uplatňovať si ich. Základným predpokladom uplatňovania práv je, aby jednotlivci a komunity rozumeli svojim právam a mohli sa podieľať na tvorbe politík, ktoré ovplyvňujú ich životy. Uplatňovanie princípu posilnenia postavenia vo vzťahu k jednotlivcom ako nositeľom a nositeľkám práv v oblasti práva na zdravie nie je v komponentoch 11 a 12 nijako explicitne riešené. Výrazné zmeny v systéme poskytovania zdravotnej starostlivosti (napr. optimalizácia siete nemocníc alebo zavedenie nových foriem zdravotnej a sociálnej starostlivosti o duševné zdravie) si vyžadujú vhodne načasovanú a rozsiahlu informačnú kampaň, aby jednotlivci porozumeli ich obsahu a rozsahu svojich nárokov, ako aj o možnostiach brániť svoje práva v prípade ich porušenia. Nedostatok informácií môže negatívne ovplyvniť aj prístup k zdravotnej starostlivosti.

Uznanie zdravia ako ľudského práva vytvára právny záväzok štátu zabezpečiť pre jednotlivcov prístup k včasnej, prijateľnej a ekonomicky dostupnej zdravotnej starostlivosti primeranej kvality. V súlade s ľudskými právami musia byť strategické dokumenty, reformy a investície v oblasti zdravotníctva navrhované a implementované participatívne a zohľadňovať rozličné potreby rôznych skupín, vrátane tých najzraniteľnejších. Viaceré princípy HRBA prístupu a ich jednotlivé aspekty nie sú v analyzovaných reformách a investíciách komponentov 11 a 12 Plánu obnovy SR dostatočne premietnuté, čo vytvára priestor na prehlbovanie existujúcich nerovností v oblasti zdravia a zdravotnej starostlivosti a porušovanie práva jednotlivcov, resp. ich nedostatočnú ochranu. Predkladaná analýza preto v tomto kontexte obsahuje aj odporúčania vo vzťahu k identifikovanými nedostatkami súladu s princípmi HRBA prístupu.

Rok	Kvartál	Reforma	Aktivita
2021	Q1	11 R1	Ukončenie analýzy a vytvorenie modelu optimalizácie siete nemocníc
		12 R2	Vytvorenie konceptov a investičných plánov pre rozvoj kapacít v starostlivosti o duševné zdravie
	Q2	11 R2	Zverejnený investičný plán pre zdravotníctvo
		11 R6	Konzultácie so stakeholdermi a schválená legislatíva novej regulácie siete a zonácie všeobecnej ambulantnej starostlivosti
		12 R1	Vytvorenie Rady vlády pre duševné zdravie (nadrezortného orgánu spravujúceho oblasť duševného zdravia) s výbormi a sekretariátmi
		12 I5	Začiatok fungovania národnej linky podpory duševného zdravia
	Q3	11 R6	Zriadenie pracovnej skupiny k tvorbe nových koncepcií VLD a VLDD
		11 I1	Nábor zamestnancov a externých dodávateľov služieb na projektovú prípravu a riadenie investícií
		12 I2.1	Nábor zamestnancov a externých dodávateľov služieb na projektovú prípravu a riadenie investícií
	Q4	11 R1	Legislatívne schválenie optimalizácie siete nemocníc
		12 R3	Schválené koncepcie pre humanizáciu lôžok, zoznam psychodiagnostických metód na adaptovanie, zoznam vybavenia pre obnovu, zoznam liečebných postupov pre aktualizáciu
2022	Q1		
	Q2	11 R4	Legislatívne schválenie novej siete akútnej zdravotnej starostlivosti
		11 R5	Schválenie novej definície neodkladnej starostlivosti
		11 R6	Zverejnenie zonácie ambulantnej starostlivosti a problémových oblastí
		11 R6	Vytvorenie nástroja (grantového programu) na financovanie podpory primárnej starostlivosti
		11 R6	Prijatie nových koncepcií VLD a VLDD
		11 I6	Zriadenie finančnej schémy na podporu otvárania nových ambulancií v nedostatkových regiónoch
		12 I5	Ukončenie fungovania národnej linky podpory duševného zdravia
	Q3	11 I6	Výber prvých podporených projektov na podporu otvárania nových ambulancií v nedostatkových regiónoch
	Q4	11 R6	Prvé podporené projekty z grantového programu na financovanie podpory primárnej starostlivosti
		11 I6	Podpora 25 ambulancií v nedostatkových regiónoch
		12 I3.1	Vykonanie epidemiologickej štúdie v oblasti duševných porúch
		12 R4	Legislatívne zmeny a akreditácia vzdelávacích programov pre personál v starostlivosti o duševné zdravie
2023	Q1		
	Q2		
	Q3		
	Q4	11 R3	Implementácia centralizácie riadenia v pilotných nemocniciach

		11 I3	Príprava pilotného projektu digitalizácie centralizácie riadenia
		11 I6	Podpora 36 ambulancií v nedostatkových regiónoch
		12 R1.1	Vytvorenie národného programu pre duševné zdravie a príslušných akčných plánov
		12 I3.4	Ukončenie obnovy materiálno-technického vybavenia pre vykonávanie štandardných postupov
2024	Q1		
	Q2		
	Q3		
	Q4	11 I3	Spustenie pilotného projektu digitalizácie centralizácie riadenia
		11 I5	Plná obnova vozového parku záchrannej služby
		11 I6	Podpora 44 ambulancií v nedostatkových regiónoch
2025	Q1		
	Q2	11 R3	Vyhodnotenie pilotnej implementácie centralizácie riadenia a transfer na zvyšné zariadenia
		11 I4	Ukončenie výstavby a rekonštrukcie staníc záchrannej služby
		11 I6	Podpora 5 ambulancií v nedostatkových regiónoch
		12 R1.2	Zriadenie nadrezortných stavovských organizácií pre psychológov, logopédov a liečebných pedagógov
		12 R3	Prehodnotenie štandardných diagnostických metód a liečebných postupov
		12 I3.2	Vytvorenie fondu psychodiagnostických metód
		12 I4.1	Ukončenie vzdelávania odborníkov v rezorte zdravotníctva
	Q3		
	Q4	11 R1	Reprofilizované nemocnice podľa OSN
		11 I2	Nákup prístrojov a výstavba a rekonštrukcia nemocníc
		11 I3	Vyhodnotenie pilotného projektu digitalizácie riadenia a transfer na zvyšné zariadenia
		11 I3	Implementácia projektov Telemedicína SK, digitalizovaná patológia, zefektívnenie rádioterapie a navigačný systém pre kardiológiu
		11 I6	Podpora 60 ambulancií v nedostatkových regiónoch
		12 I2.2	Vytvorenie detenčných zariadení
		12 I2.3	Vybudovanie psycho-sociálnych centier
		12 I2.4	Doplnenie siete psychiatrických stacionárov
		12 I2.5	Vybudovanie špecializovaných centier pre poruchy autistického spektra
		12 I3.3	Ukončenie humanizácie oddelení v ústavnej starostlivosti
2026	Q1		

	Q2	12 I4.2	Ukončenie vzdelávania odborníkov mimo rezortu zdravotníctva
	Q3		
	Q4	12 I2.1	Príprava projektov výstavby a rekonštrukcie a kontrolná a organizačná činnosť

Vysvetlivky

	reformy komponentu 11
	investície komponentu 11
	reformy komponentu 12
	investície komponentu 12