

BRATISLAVSKÝ SAMOSPRÁVNÝ KRAJ

Stratégia rozvoja zdravotnej starostlivosti v Bratislavskom samosprávnom kraji na roky 2022 – 2026

Február 2022

Tento projekt je podporený z Európskeho sociálneho fondu.



Objednávateľ:

Bratislavský samosprávny kraj
Sabinovská 16
820 05 Bratislava



Kontaktná osoba: Aneta Rothová, MA

E-mail: aneta.rothova@region-bsk.sk

Web: www.bratislavskykraj.sk

Zoznam expertov BSK:

MUDr. Tomáš Szalay, PhD.

MUDr. Juraj Štekláč, PhD., MPH

Mgr. Martin Hakel, BA

Aneta Rothová, MA

Mgr. Zuzana Hradská Lacková

Ing. arch. Veronika Bruncková

PhDr. Valburga Mesárošová

PharmDr. Ján Mazag

Mgr. Ivana Vanacká

Mgr. Ivana Šurinová

Ing. Silvia Kontrošová

Mgr. Alžbeta Kozubová

Mgr. Mária Šimunková

Ing. Jana Pavleová

Zhotoviteľ:

BDR, spol. s r.o.

M. M. Hodžu 3

974 01 Banská Bystrica

Slovenská republika



Kontaktná osoba: Mag. Martin Kiňo

E-mail: martin.kino@bdrbb.sk

Web: <https://www.moore-bdr.sk/>

Zoznam expertov zo strany zhotovovateľa:

MUDr. Peter Kenderessy

MUDr. Ladislav Laho

Mag. Martin Kiňo

Ing. Tomáš Buriánek

Ing. Tomáš Křapáček

JUDr. Ivan Humeník

Ing. Petr Štětka

Ing. Radovan Hauk

Ing. Peter Horváth

OBSAH

1 Analytická časť	10
1.1 Legislatívne vymedzenie	10
1.1.1 Právomoci samosprávneho kraja v oblasti zdravotníctva	10
1.1.1.1 Východisková úprava kompetencií samosprávneho kraja v oblasti zdravotníctva.....	10
1.1.1.2 Prechod kompetencií v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti z orgánov štátnej správy na samosprávne kraje	11
1.1.1.3 Kompetencie samosprávneho kraja podľa zákona č. 576/2004 Z. z.	11
1.1.1.4 Odmietnutie návrhu na uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.....	12
1.1.1.5 Úschova zdravotnej dokumentácie lekárom samosprávneho kraja	13
1.1.1.6 Vydávanie povolení na prevádzkovanie zdravotníckych zariadení samosprávnym krajom.....	13
1.1.1.7 Určenie rozsahu zdravotného obvodu samosprávnym krajom	14
1.1.1.8 Schvaľovanie ordinačných a doplnkových ordinačných hodín samosprávnym krajom.....	14
1.1.1.9 Dozor samosprávneho kraja nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti	14
1.1.1.10 Krízové situácie	14
1.1.1.11 Pôsobnosť samosprávneho kraja vo vzťahu k omamným a psychotropným látkam	15
1.1.1.12 Vzťah zákona č. 576/2004 Z. z. a správneho poriadku	15
1.1.1.13 Kompetencie samosprávneho kraja v oblasti liekov (nad rámec OPL).....	15
1.1.2 Hlavné kompetenčné oblasti samosprávneho kraja voči poskytovateľom a pacientom.....	16
1.1.2.1 Kompetencie voči poskytovateľom zdravotnej starostlivosti podľa zákona č. 578/2004 Z. z.	16
1.1.2.2 Kompetencie samosprávneho kraja týkajúce sa práva pacienta na zdravotnú starostlivosť	25
1.1.2.3 Etická komisia	26
1.2 Analýza súčasného stavu zdravotnej, sociálno-zdravotnej a lekárenskej starostlivosti	27
1.2.1 Kvantitatívna analýza súčasného stavu – demografická analýza	27
1.2.1.1 Súčasný stav	27
1.2.1.2 Predikcia vývoja počtu obyvateľov	37
1.2.2 Kvantitatívna analýza súčasného stavu – ľudské zdroje.....	41
1.2.2.1 Počty a štruktúra zdravotníckych pracovníkov	41
1.2.2.2 Veková štruktúra zdravotníckych pracovníkov	49
1.2.2.3 Vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov	53
1.2.2.4 Odmeňovania	57
1.2.2.5 Sumár zastupujúcich organizácií.....	57
1.2.3 Kvantitatívna analýza súčasného stavu – infraštruktúra	59
1.2.3.1 Zdravotnícke zariadenia v zriaďovateľskej pôsobnosti BSK	59
1.2.3.2 Zdravotnícke zariadenia v prenajatých priestoroch vo vlastníctve BSK	60
1.2.3.3 Nemocnice v pôsobnosti ministerstva zdravotníctva	61
1.2.3.4 Plánovaná výstavba nových zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti	64
1.2.3.5 Ambulantná zdravotná starostlivosť	66

1.2.3.6	Polikliniky.....	74
1.2.3.7	Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti	76
1.2.3.8	Ambulantná pohotovostná služba	79
1.2.3.9	Stanice záchranej zdravotnej služby	80
1.2.3.10	Zariadenia lekárenskej starostlivosti.....	82
1.2.3.11	Zariadenia zamerané na biomedicínsky výskum	83
1.2.3.12	Zariadenia pôsobiace v oblasti duševného zdravia	84
1.2.3.13	Zariadenia pôsobiace v oblasti sociálnych služieb	87
1.2.3.14	Paliatívna starostlivosť	89
1.2.4	Kvalitatívna analýza súčasného stavu	89
1.2.4.1	Akútne línie zdravotnej starostlivosti – základné pojmy, metodológia	90
1.2.4.2	Neakútne línie zdravotnej starostlivosti – základné pojmy, metodológia	104
1.2.5	Digitalizácia.....	107
1.2.6	Manažment pochybení a bezpečnosti zdravotnej starostlivosti	108
1.2.7	Integrácia zdravotnej starostlivosti so sociálnou starostlivosťou	108
1.2.8	Ekonomika zdravotnej starostlivosti a zdravotníckych zariadení	108
1.2.8.1	Financovanie zdravotníctva v SR	108
1.2.8.2	Financovanie BSK.....	122
1.2.8.3	Bližšia špecifikácia výdavkov rozpočtu BSK na program Zdravotníctvo	122
1.2.8.4	BRDS – Bratislavská regionálna dotačná schéma	123
1.2.8.5	Možnosti ďalšieho financovania zdravotníctva v Bratislavskom samosprávnom kraji	124
1.2.8.6	Zdravotné poisťovne.....	135
1.2.8.7	Financovanie zdravotníctva na úrovni samosprávnych krajov v ČR.....	137
1.3	SWOT analýza	143
1.3.1	Súhrnná SWOT analýza pre Bratislavský kraj	143
1.3.2	Čiastkové regionálne SWOT analýzy	146
2	Strategicko-programová časť.....	155
2.1	Vízia	155
2.2	Hlavné závery analytickej časti.....	155
2.3	Priority BSK v oblasti zdravotnej starostlivosti v súlade s analytickou časťou PHRSR BSK na roky 2021 – 2027 156	
2.4	Globálny cieľ	157
2.4.1	Priorita 1 – Integrácia systému zdravotnej starostlivosti	157
2.4.1.1	Špecifický cieľ 1.1: Podpora digitalizácie v zdravotníctve.....	158
2.4.1.2	Špecifický cieľ 1.2: Vybudovanie modelovej integrovanej procesne orientovanej a flexibilnej infraštruktúry v BSK so zameraním na nároky v budúcnosti	164
2.4.1.3	Špecifický cieľ 1.3: Vznik autonómnej integrovanej pyramídy (AIP) zdravotníckych zariadení	174
2.4.2	Priorita 2 – Dostupná kvalitná zdravotná starostlivosť	176

2.4.2.1	Špecifický cieľ 2.1: Zabezpečenie monitorovania kvality zdravotnej starostlivosti v BSK.....	177
2.4.2.2	Špecifický cieľ 2.2: Podpora dlhodobej a následnej starostlivosti.....	178
2.4.2.3	Špecifický cieľ 2.3: Zabezpečenie dostupnosti v akútnych líniiach.....	179
2.4.2.4	Špecifický cieľ 2.4: Zabezpečenie personálnej stability.....	182
2.4.3	Priorita 3 – Prevencia a včasná diagnóza.....	190
2.4.3.1	Špecifický cieľ 3.1: Podpora zdravého životného štýlu.....	190
2.4.3.2	Špecifický cieľ 3.2: Zabezpečenie včasnej diagnostiky a prevencie chorôb.....	192
2.5	Návrh riadenia a kontroly zdravotnej starostlivosti v BSK	194
2.5.1	Návrh súboru indikátorov (<i>key performance indicators</i>), s ktorými bude možné objektívne hodnotiť stav rozvoja zdravotnej starostlivosti v BSK	194
3	Akčný plán pre plnenie Stratégie rozvoja zdravotnej starostlivosti v BSK na roky 2022 – 2026	195
4	Prílohy	209

ÚVOD

Bratislavský samosprávny kraj (ďalej aj pod skratkou „BSK“) patrí k ekonomicky najrozvinutejším regiónom EÚ. Podľa výsledkov hodnotenia Eurostatu sa v roku 2019 umiestnil na 12. mieste medzi všetkými sledovanými regiónmi EÚ na úrovni NUTS2. Ekonomický rozvoj Bratislavského samosprávneho kraja však nie je automaticky reflektovaný v iných oblastiach života obyvateľov, ako je napríklad zdravotná starostlivosť či sociálne služby. Rastúca životná úroveň prináša vyššie nároky verejnosti na dostupnejšiu zdravotnú starostlivosť a služby.

BSK súčasne čelí viacerým výzvam súvisiacim s demografickým vývojom, príchodom obyvateľov z iných častí Slovenska, výrazným nárastom počtu ľudí v postproduktívnom veku (vrátane lekárov), predlžovaním priemernej dĺžky života, nízkym počtom absolventov stredných zdravotníckych škôl a univerzít, ako aj odlivom zdravotníckych pracovníkov do zahraničia. Tieto zmeny majú vplyv na zvyšujúce sa požiadavky na dostupnosť primárnej zdravotnej starostlivosti, kapacity dlhodobej a následnej zdravotnej starostlivosti a významnejšie prepojenie zdravotnej starostlivosti so sociálnou oblasťou. Pred BSK tak stojí neľahká úloha zabezpečiť poskytovanie kvalitnej zdravotnej starostlivosti s menším počtom personálu. Súčasná medicína si navyše vyžaduje modernú zdravotnícku infraštruktúru využívajúcu najnovšie digitálne a informačné technológie a organizačné procesy. Nevyhnutným predpokladom ďalšieho zlepšovania zdravia obyvateľov v Bratislavskom kraji je však najmä vyššia integrácia systému poskytovania zdravotnej starostlivosti a prevencia ochorení.

Stratégiu rozvoja zdravotnej starostlivosti v Bratislavskom samosprávnom kraji na roky 2022 – 2026 spracovala spoločnosť BDR, spol. s r.o., a predstavuje výsledok spolupráce s Inštitútom regionálnej politiky Bratislavského kraja, Odborom zdravotníctva BSK a s ďalšími významnými aktérmi v oblasti zdravotnej starostlivosti v Bratislavskom kraji. Vznik Stratégie rozvoja zdravotnej starostlivosti v Bratislavskom samosprávnom kraji na roky 2022 – 2026 prispieva k naplneniu Programového vyhlásenia BSK a navrhuje riešenia výziev identifikovaných v Programe hospodárskeho rozvoja a sociálneho rozvoja Bratislavského samosprávneho kraja na roky 2021 – 2027. Prostredníctvom návrhu priorít, opatrení a aktivít stanovuje možnosti, ako skvalitniť a zefektívniť poskytovanie zdravotnej starostlivosti vo svetle komplexného rozvoja územia.

Stratégia vychádza z najnovších dostupných údajov v čase, keď bola spracovávaná. Vzhľadom na to, že analytická časť dokumentu bola vypracovaná v prvej polovici roku 2021, reflektuje iba tie skutočnosti, ktoré boli v čase spracovania známe. Rozdiely v referenčných obdobiach vyplývajú z dostupnosti údajov k danému dátumu.

Ďakujeme všetkým organizáciám, štátnym orgánom a samosprávam, ktoré svojím aktívnym prístupom, pripomienkami a postrehmi prispeli k tvorbe Stratégie rozvoja zdravotnej starostlivosti v Bratislavskom samosprávnom kraji na roky 2022 – 2026.

SKRATKY

ADOS – Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti

AED – automatický externý defibrilátor

AIP – Autonómna integrovaná pyramída

ARO – Anestéziologicko-resuscitačné oddelenie

ATLS – pokročilá traumatická podpora života

BBSK – Banskobystrický samosprávny kraj

BRDS – Bratislavská regionálna dotačná schéma

BSK – Bratislavský samosprávny kraj

CDR – úložisko klinických údajov

CDS – podpora klinického rozhodovania

CINRE – Centrum intervenčnej neurorádiológie a endovaskulárnej liečby

CIOMS – Rada pre medzinárodné organizácie lekárskeho vied

CMP – cievna mozgová príhoda

COVID-19 – ochorenie na koronavírus

CPOE – počítačové zadávanie objednávok lekárom

CSR – špecifické odporúčania pre danú krajinu

CT – počítačová tomografia

ČR – Česká republika

DESI – Index digitálnej ekonomiky a spoločnosti

DIHs – digitálne inovačné huby

Dôvera ZP – Dôvera zdravotná poisťovňa, a.s.

DZ – digitálne zdravie

EBM – medicína založená na dôkazoch

EHR – elektronický zdravotný záznam

eIDAS – nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 910/2014 z 23. júla 2014 o elektronickej identifikácii a dôveryhodných službách pre elektronické transakcie na vnútornom trhu a o zrušení smernice 1999/93/ES

EKG – elektrokardiografia

EMR – elektronický zdravotný záznam

EMRAM – adopčný model elektronického zdravotného záznamu

EMRAM-7 – adopčný model elektronického zdravotného záznamu – etapa 7

EÚ – Európska únia

EÚ-15 – Rakúsko, Belgicko, Dánsko, Fínsko, Francúzsko, Nemecko, Grécko, Írsko, Taliansko, Luxembursko, Holandsko, Portugalsko, Španielsko, Švédsko, Veľká Británia

EÚ-27 – Rakúsko, Belgicko, Dánsko, Fínsko, Francúzsko, Nemecko, Grécko, Írsko, Taliansko, Luxembursko, Holandsko, Portugalsko, Španielsko, Švédsko, Cyprus, Česká republika, Estónsko, Maďarsko, Lotyšsko, Litva, Malta, Poľsko, Slovensko, Slovinsko, Bulharsko, Rumunsko, Chorvátsko

GDPR – všeobecné nariadenie o ochrane údajov

GKÚ Bratislava – Geodetický a kartografický ústav Bratislava

HDP – hrubý domáci produkt

HIE – výmena zdravotných informácií

HIMMS – Spoločnosť zdravotníckych informačných a manažérskych systémov (americká nezisková organizácia)

HPC – vysokovýkonná výpočtová technika

IKT – informačné a komunikačné technológie

IM – infarkt myokardu

INS – informačný nemocničný systém

IT – informačné technológie

JIS – jednotka intenzívnej starostlivosti

KIC – komunitné integrované centrum

KJ – klinická jednotka lekár prvého kontaktu

KJG – klinická jednotka lekár gynekológia prvého kontaktu

KJO – klinická jednotka ošetrovatelstvo

KJP – klinická jednotka lekár prvého kontaktu pre deti a dospelých

KJS – klinická jednotka lekár stomatológ

KJŠ – klinická jednotka špecialista

KKN – koncová komplexná nemocnica

Krajiny V4 – Vyšehradská skupina (Česká republika, Maďarsko, Poľsko a Slovenská republika)

KSK – Košický samosprávny kraj

LF SZU – Lekárska fakulta Slovenskej zdravotníckej univerzity

LF UK – Lekárska fakulta Univerzity Komenského v Bratislave

LSPP – lekárska služba prvej pomoci

MF SR – Ministerstvo financií SR

MIRRI SR – Ministerstvo investícií, regionálneho rozvoja a informatizácie SR

MKCH – medzinárodná klasifikácia chorôb

MPSVR SR – Ministerstvo pôdohospodárstva a rozvoja vidieka SR

MŠVVaŠ SR – Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu SR

MZ SR – Ministerstvo zdravotníctva SR

NCZI – Národné centrum zdravotníckych informácií

NIS – nemocničné informačné systémy

NNG Bory – Nemocnica novej generácie Bratislava Bory

NOI – Národný onkologický inštitút

NOÚ – Národný onkologický ústav

NSK – Nitriansky samosprávny kraj

NsP – nemocnica s poliklinikou

NSTEMI – infarkt myokardu bez elevácií ST úsekov

NÚDCH – Národný ústav detských chorôb

NÚSCH – Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a. s.

NUTS2 – predstavuje rozdelenie Slovenskej republiky na 4 oblasti (BSK, západné Slovensko, stredné Slovensko, východné Slovensko)

O-EMRAM – Model prijímania ambulantných elektronických zdravotných záznamov

OP – operačný program (zoznam projektov)

OPL – omamné a psychotropné látky

OÚSA – Onkologický ústav sv. Alžbety

OZ – Občiansky zákonník

PACS – Systém archivácie a komunikácie obrázkov

PAS – špecializované centrum pre poruchy autistického spektra

PHRSR – Program hospodárskeho rozvoja a sociálneho rozvoja

PN – práceneschopnosť

PR – styk s verejnosťou

PSA – prostatický špecifický antigén

PSK – Prešovský samosprávny kraj

PZS – poskytovateľ zdravotnej starostlivosti

RIC – regionálne integrované centrum

RIS3 SK – Stratégia výskumu a inovácií pre inteligentnú špecializáciu SR

RLP – rýchla lekárska pomoc

RZP – ambulancia rýchlej zdravotnej pomoci

SAV – Slovenská akadémia vied

SON – správa o novorodencovi

SR – Slovenská republika

STEMI – akútny infarkt myokardu s eleváciami ST segmentu

SVLZ – spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky

SWOT – analýza vnútorných silných a slabých stránok

SZŠ – stredná zdravotnícka škola

ŠÚSR – Štatistický úrad SR

TSK – Trenčiansky samosprávny kraj

TTSK – Trnavský samosprávny kraj
UN – univerzitná nemocnica
UNB – Univerzitná nemocnica Bratislava
UNION ZP – Union zdravotná poisťovňa, a.s.
UP – urgentný príjem
ÚPS – ústavná pohotovostná služba
VIP – veľmi dôležitá osoba
VLD – všeobecné lekárstvo pre dospelých
VLDD – všeobecné lekárstvo pre deti a dorast
VNA – dodávateľsky neutrálny archív
VŠZP – Všeobecná zdravotná poisťovňa
VÚC – vyšší územný celok (samosprávny kraj)
VVCH – vrodená vývojová chyba
WHO – Svetová zdravotnícka organizácia
WMA – Svetová lekárska asociácia
Z. z. – Zbierka zákonov SR
ZLPS – zubno-lekárska pohotovostná služba
ZP – zdravotné poisťovne
ZZS – stanice záchrannej zdravotnej služby
ŽSK – Žilinský samosprávny kraj

1 ANALYTICKÁ ČASŤ

1.1 Legislatívne vymedzenie¹

Východiskový rámec kompetencií samosprávneho kraja upravuje zákon č. 302/2001 Z. z. o samospráve vyšších územných celkov (zákon o samosprávnych krajoch) (ďalej len ako „zákon č.302/2001 Z. z.“). Ustanovenie § 4 ods. 1 zákona č. 302/2001 Z. z. upravuje zoznam kompetencií samosprávneho kraja, ktorými sa samosprávny kraj pri výkone samosprávy stará o všestranný rozvoj svojho územia a o potreby svojich obyvateľov. Samosprávny kraj utvára pri tom aj podmienky na rozvoj zdravotníctva.

1.1.1 Právomoci samosprávneho kraja v oblasti zdravotníctva

1.1.1.1 Východisková úprava kompetencií samosprávneho kraja v oblasti zdravotníctva

Kompetencie samosprávneho kraja v oblasti zdravotníctva vychádzajú z týchto právnych predpisov (kompetencie upravené týmito právnymi predpismi sú komplexnejšie rozoberané nižšie):

- zákon č. 416/2001 Z. z. o prechode niektorých pôsobností z orgánov štátnej správy na obce a na vyššie územné celky (ďalej len ako „zákon č. 416/2001 Z. z.“),
- zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len ako „zákon č. 576/2004 Z. z.“),
- 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 (ďalej len ako „zákon č. 577/2004 Z. z.“),
- zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len ako „zákon č. 578/2004 Z. z.“),
- zákon č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len ako „zákon č. 362/2011 Z. z.“),
- zákon č. 139/1998 o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch (ďalej len ako „zákon č. 139/1998 Z. z.“),
- zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní („živnostenský zákon“) v znení neskorších predpisov (ďalej len ako „zákon č. 448/2008 Z. z.“),
- zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len ako „zákon č. 305/2005 Z. z.“),
- zákon č. 179/2011 Z. z. o hospodárskej mobilizácii a o zmene a doplnení zákona č. 387/2002 Z. z. o riadení štátu v krízových situáciách mimo času vojny a vojnového stavu v znení neskorších predpisov (ďalej len ako „zákon č. 179/2011 Z. z.“),
- vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 84/2016 Z. z., ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení,

¹ Právne predpisy sú posudzované a aplikované k dátumu 20. 10. 2021.

- vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 95/2018, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom.

1.1.1.2 Prechod kompetencií v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti z orgánov štátnej správy na samosprávne kraje

Zákonom č. 416/2001 Z. z. došlo k prechodu niektorých kompetencií štátnych orgánov (ministerstiev a okresných úradov) na obce a samosprávne kraje. Ustanovenie § 3 písm. m) tohto zákona vymedzilo prechod pôsobností na samosprávne kraje na úseku zdravotníctva, a to v rozsahu:

- zriaďovanie polikliník a nemocníc s poliklinikou II. typu,
- vedenie registra zdravotníckych zariadení,
- vydávanie povolení na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v neštátnych zdravotníckych zariadeniach (napr. geriatrické centrum, hospic, psychiatrická liečebňa, agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti),
- rozhodovanie o odvolaniach proti rozhodnutiam vedúcich zdravotníckych zariadení,
- rozhodovanie o povinnosti zdravotníckeho zariadenia poskytnúť zdravotnú starostlivosť osobe v prípade odmietnutia jej návrhu na uzavretie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo odstúpenia od tejto dohody z dôvodu zmeny odborného zamerania zdravotníckeho zariadenia alebo pracovného zaťaženia,
- zabezpečovanie zastupovania v prípade potreby poskytovania zdravotnej starostlivosti iným štátnym zdravotníckym zariadením alebo zdravotníckym zariadením,
- zriaďovanie, zakladanie a spravovanie stredných zdravotníckych škôl,
- súčinnosť na preventívnych programoch.

Ustanovením § 3 písm. n) tohto zákona sa vymedzil prechod pôsobnosti na samosprávne kraje na úseku humánnej farmácie. Tieto kompetencie samosprávneho kraja boli spoločne prenesené a sú zakotvené v zákone č. 362/2011 Z. z. Komplexnejší prehľad kompetencií samosprávneho kraja na úseku humánnej farmácie je poskytnutý nižšie.

1.1.1.3 Kompetencie samosprávneho kraja podľa zákona č. 576/2004 Z. z.

Zákon č. 576/2004 Z. z. upravuje v ust. § 46 kompetencie vyššieho územného celku na úseku zdravotníctva aj s ohľadom na vyššie uvedený prenesený výkon štátnej správy. Podľa § 46 ods. 2 a 3 zákona č. 576/2004 Z. z.(cit.): „Samosprávny kraj na plnenie úloh na úseku zdravotníctva ustanovuje lekára samosprávneho kraja a sestru samosprávneho kraja, ktorých vymenúva a odvoláva predseda samosprávneho kraja so súhlasom ministerstva zdravotníctva. Sestra samosprávneho kraja plní úlohy na úseku zdravotníctva vo vzťahu k poskytovaniu ošetrovateľskej starostlivosti a pôrodnej asistencie.“

Podľa § 46 ods. 1 písm. a) až p) zákona č. 576/2004 Z. z. (cit.): „Štátnu správu na úseku zdravotníctva v samosprávnom kraji ako prenesený výkon štátnej správy vykonáva samosprávny kraj, ktorý:

- vypracúva návrhy smerovania a priorít regionálnej zdravotnej politiky,
- zriaďuje etické komisie na posudzovanie etickej prijateľnosti projektov biomedicínskeho výskumu a etických otázok vznikajúcich pri poskytovaní ambulantnej starostlivosti [§ 5 ods. 2 písm. b)],
- určuje poskytovateľa osobe pri odmietnutí jej návrhu na uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (§ 12 ods. 5),

- preberá do úschovy a zabezpečuje odovzdanie zdravotnej dokumentácie inému poskytovateľovi (§ 23 ods. 4 až 6),
- schvaľuje biomedicínsky výskum v zdravotníckom zariadení ambulantnej starostlivosti [§ 26 ods. 5 písm. b) a ods. 7],
- zabezpečuje zastupovanie v prípade potreby poskytovania zdravotnej starostlivosti iným poskytovateľom a pri dočasnom pozastavení povolenia (pozn. § 18 ods. 5 zákona č. 578/2004 Z. z.),
- vydáva povolenia a iné rozhodnutia vo veciach ustanovených osobitným predpisom (pozn. zákon č. 578/2004 Z. z.),
- vykonáva dozor nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti v rozsahu ustanovenom osobitným predpisom (pozn. zákon č. 578/2004 Z. z.),
- určuje lekára, sestru a laboranta na vykonanie odvodu a lekára na vykonanie prieskumu zdravotnej spôsobilosti na základe vyžiadania príslušného obvodného úradu v sídle kraja zo zdravotníckeho zariadenia, ktoré je v pôsobnosti samosprávneho kraja a nie je určené ako subjekt hospodárskej mobilizácie podľa osobitného predpisu (pozn. právny predpis odkazuje na zákon č. 414/2002 Z. z., ktorý bol zrušený zákonom č. 179/2011 Z. z.),
- zabezpečuje plnenie úloh uložených ministerstvom zdravotníctva týkajúcich sa zdravotníctva,
- spolupracuje s ministerstvom zdravotníctva pri zabezpečovaní jednotnej prípravy zdravotníctva na obranu štátu,
- určuje rozsah zdravotného obvodu vrátane zoznamov obcí, menného zoznamu ulíc, prípadne čísel domov; rozsah zdravotného obvodu poskytovateľov vo verejnej sieti poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti sa určí tak, aby bolo zabezpečené rovnomerné rozloženie ich pracovnej záťaže s ohľadom na ich kapacitu vyjadrenú počtom lekárskejších miest, počtom sesterských miest a počtom poistencov, s ktorými má poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa § 12 ods. 7,
- schvaľuje a potvrdzuje ordinačné hodiny a doplnkové ordinačné hodiny pre zdravotnícke zariadenia, v ktorých sa poskytuje ambulantná starostlivosť; ak je minimálny rozsah ordinačných hodín ustanovený osobitným predpisom, samosprávny kraj môže v prípadoch hodných osobitného zreteľa, najmä s ohľadom na zabezpečenie poskytovania a dostupnosti zdravotnej starostlivosti, schváliť ordinačné hodiny a doplnkové ordinačné hodiny aj v menšom rozsahu (pozn. § 79 ods. 1 písm. ap) zákona č. 578/2004 Z. z.),
- určuje rozpis zabezpečenia poskytovania zubno-lekárskej pohotovostnej služby podľa § 7 ods. 3 a rozpis zabezpečenia poskytovania pevnej ambulantnej pohotovostnej služby podľa § 8a ods. 8 až 10 a zverejňuje ich na svojom webovom sídle,
- určuje poskytovateľa, u ktorého je zdravotnícky pracovník povinný podrobiť sa opakovanému posúdeniu zdravotnej spôsobilosti (pozn. § 32 ods. 6 zákona č. 578/2004 Z. z.),
- bezodkladne oznamuje ministerstvu zdravotníctva, v akom rozsahu zabezpečil poskytovanie pevnej ambulantnej pohotovostnej služby podľa § 8a ods. 8.“

1.1.1.4 Odmietnutie návrhu na uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Právny vzťah, ktorého predmetom je poskytovanie zdravotnej starostlivosti, vzniká uzatvorením dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti medzi pacientom/jeho zákonným zástupcom a poskytovateľom. Poskytovateľ má však právo odmietnuť uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti zo zákonom určených dôvodov. Pacient/jeho zákonný zástupca, s ktorým poskytovateľ neuzatvoril dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, má právo podať podnet na preskúmanie tejto skutočnosti. Podnet

podáva samosprávnemu kraju, ktorý preverí skutočnosti a bezodkladne určí poskytovateľa, ktorý je povinný uzavrieť dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s odmietnutým pacientom. Rozhodnutie lekára samosprávneho kraja je povinný poskytovateľ rešpektovať.

1.1.1.5 Úschova zdravotnej dokumentácie lekárom samosprávneho kraja

Pri dočasnom pozastavení/zániku licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe alebo dočasnom pozastavení/zániku povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia prevezme lekár samosprávneho kraja zdravotnú dokumentáciu do úschovy. Túto kompetenciu ako prenesený výkon štátnej správy samosprávnemu kraju stanovuje § 46 ods. 1 písm. d) zákona č. 576/2004 Z. z. Tento režim stanovuje zákon len vo vzťahu k zdravotnej dokumentácii, ktorá je vedená v písomnej forme (pozrite § 23 ods. 4 v spojení s § 20 ods. 2 a 3 zákona č. 576/2004 Z. z.). Vzhľadom na formulácie, ktoré zákonodarca použil v § 23 ods. 4, môže byť takýmto poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, od ktorého v prípade kvalifikovanej situácie stanovenej v zákone musí lekár samosprávneho kraja písomnú zdravotnú dokumentáciu prevziať, tak ambulantný, ako aj ústavný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti. Zákon č. 576/2004 Z. z. pri kreovaní tejto povinnosti nediferencuje medzi tým, či ide o poskytovateľa, ktorému vydáva povolenie samosprávny kraj, alebo poskytovateľa, ktorému vydáva povolenie ministerstvo zdravotníctva (k tomu je potrebné poznamenať, že výnimku z povinností viesť zdravotnú dokumentáciu v zmysle zákona č. 578/2004 Z. z. majú ambulancie záchranej zdravotnej služby a ambulancie dopravnej zdravotnej služby). Povinnosť samosprávneho kraja sa vzťahuje len na dokumenty/písomnosti, ktoré spĺňajú právnu kvalifikáciu zdravotnej dokumentácie (ak napríklad poskytovateľ zdravotnej starostlivosti vedie zdravotnú dokumentáciu prostredníctvom elektronickej zdravotnej knižky, tak ním vytlačené elektronické záznamy nemajú právny status zdravotnej dokumentácie, z čoho vyplýva, že takéto záznamy nemá samosprávny kraj povinnosť od poskytovateľa ani prevziať). V praxi však môže byť veľmi zložitá rozlišovať, ktorá časť odovzdávanej dokumentácie je a ktorá nie je zdravotnou dokumentáciou.

Takto uschovanú dokumentáciu lekár samosprávneho kraja v zmysle § 23 ods. 6 zákona č. 576/2004 Z. z. bezodkladne odovzdá poskytovateľovi, s ktorým osoba uzatvorila novú dohodu o poskytovaní ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Z dikcie daného ustanovenia vyplýva, že povinnosť odovzdať dokumentáciu zákon viaže výlučne len na prípad ambulantnej zdravotnej starostlivosti.

I keď to zákon č. 576/2004 Z. z. explicitne neupravuje, je možné domnievať sa, že vo vzťahu k zdravotnej dokumentácii, ktorá nebola odovzdaná za podmienok upravených v § 23 ods. 6, je samosprávny kraj povinný pristupovať s odbornou starostlivosťou, pričom v čase jej uchovania by analogicky mohlo byť použité ustanovenie § 22 ods. 2 zákona.

1.1.1.6 Vydávanie povolení na prevádzkovanie zdravotníckych zariadení samosprávnym krajom

V zmysle ust. § 11 ods. 2 zákona č. 578/2004 Z. z. vydáva samosprávny kraj povolenie na prevádzkovanie týchto zdravotníckych zariadení:

- ambulancie (okrem ambulancií, ktorým povolenie na prevádzkovanie vydáva ministerstvo zdravotníctva a úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou),
- zariadenia na poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti,
- stacionáre,
- polikliniky,
- agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti,
- zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek,
- všeobecné nemocnice,

- liečebne,
- hospice,
- domy ošetrovateľskej starostlivosti,
- mobilné hospice.

Keďže vydáva povolenia na prevádzkovanie vyššie uvedených zdravotníckych zariadení, môže samosprávny kraj rozhodnúť aj o dočasnom pozastavení povolenia zo zákonných dôvodov (§ 18 zákona č. 578/2004 Z. z.). V prípade dočasného pozastavenia povolenia však musí samosprávny kraj určiť iné zdravotnícke zariadenie v jeho pôsobnosti, ktorým zabezpečí zastupovanie zdravotníckeho zariadenia, ktorému dočasne pozastavil povolenie na prevádzkovanie (§ 18 ods. 5 zákona č. 578/2004 Z. z.).

1.1.1.7 Určenie rozsahu zdravotného obvodu samosprávnym krajom

Samosprávny kraj určuje poskytovateľom zdravotnej starostlivosti (všeobecným lekárom pre dospelých, pediatrom, gynekológom a zubným lekárom) zdravotný obvod v rozsahu minimálnej verejnej siete. Verejná minimálna sieť predstavuje usporiadanie najmenšieho možného počtu verejne dostupných poskytovateľov na území daného samosprávneho kraja, aby sa zabezpečila efektívne dostupná, plynulá, sústavná a odborná zdravotná starostlivosť. Rozsah zdravotného obvodu vrátane zoznamov obcí, menného zoznamu ulíc, prípadne čísel domov určuje samosprávny kraj (§ 46 ods. 1 písm. l) zákona č. 576/2004 Z. z.).

1.1.1.8 Schvaľovanie ordinačných a doplnkových ordinačných hodín samosprávnym krajom

Poskytovateľ ambulantnej zdravotnej starostlivosti poskytuje zdravotnú starostlivosť v rozsahu ordinačných hodín. Ordinačné hodiny si určuje poskytovateľ sám, ale schvaľuje a potvrdzuje ich samosprávny kraj na základe oznámenia poskytovateľa. Poskytovateľ si môže určiť aj doplnkové ordinačné hodiny, ktoré si stanoví nad rámec schválených ordinačných hodín. Doplnkové ordinačné hodiny však tiež musí schváliť a potvrdiť samosprávny kraj.

1.1.1.9 Dozor samosprávneho kraja nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti

Dozor nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti je vykonávaný na základe zákona č. 578/2004 Z. z. (§ 81 zákona č. 578/2004 Z. z.). Samosprávny kraj vykonáva dozor jednak ako subjekt, ktorý v rámci preneseného výkonu štátnej správy vydal povolenie na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia, a jednak ako subjekt príslušný podľa miesta prevádzkovania daného zdravotníckeho zariadenia. Ak dôjde k porušeniu niektorých povinností vymedzených v zákone č. 578/2004 Z. z., je samosprávny kraj oprávnený uložiť za porušenie pokutu.

1.1.1.10 Krízové situácie

Úlohy a postavenie samosprávneho kraja pri riešení krízových situácií v rámci zdravotníctva upravuje práve zákon č. 179/2011 Z. z. V čase krízovej situácie (núdzový stav, výnimočný stav, vojna a vojnový stav) má samosprávny kraj postavenie subjektu hospodárskej mobilizácie, ktorý plní zákonom stanovené opatrenia hospodárskej mobilizácie. Podľa § 2 ods. 2 zákona č. 179/2011 Z. z. (cit.): „Hospodárska mobilizácia slúži na a) zaistenie ochrany základných bezpečnostných záujmov Slovenskej republiky, b) realizáciu prípravy štátu na obranu, c) riešenie krízových situácií a na zmiernenie ich následkov prostredníctvom opatrení hospodárskej mobilizácie.“ Ako subjekt hospodárskej mobilizácie môže samosprávny kraj v čase krízovej situácie určiť ďalšie subjekty hospodárskej mobilizácie (tzv. určené subjekty), ktoré budú plniť opatrenia hospodárskej mobilizácie. Vo vzťahu k zdravotníctvu spolupracuje samosprávny kraj v čase krízovej situácie s Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky (MZ SR) pri tvorbe siete zdravotníckych zariadení, ktoré

MZ SR určilo ako subjekt hospodárskej mobilizácie a ktorým povolenie na prevádzkovanie vydal práve samosprávny kraj (§ 17 ods. 4 písm. a) zákona č. 179/2011 Z. z.). Samosprávny kraj zároveň informuje MZ SR o pripravovaných zmenách v rozhodnutiach na povolenie prevádzkovania zdravotníckych zariadení zaradených do siete subjektov hospodárskej mobilizácie rezortu zdravotníctva (§ 17 ods. 4 písm. b) zákona č. 179/2011 Z. z.).

1.1.1.11 Pôsobnosť samosprávneho kraja vo vzťahu k omamným a psychotropným látkam

Základný rámec kompetencií samosprávneho kraja v oblasti omamných a psychotropných látok (ďalej len ako „OPL“) upravuje zákon č. 139/1998 Z. z. V oblasti zaobchádzania s OPL samosprávny kraj:

- kontroluje zaobchádzanie s omamnými a psychotropnými látkami na svojom území,
- navrhuje uloženie pokuty za porušenie povinností ustanovených zákonom č. 139/1998 Z. z.,
- posudzuje výsledky inventarizácie omamných a psychotropných látok; v prípade zistenia strát omamných a psychotropných látok oznamuje túto skutočnosť orgánom činným v trestnom konaní,
- oznamuje orgánom činným v trestnom konaní stratu, zničenie alebo odcudzenie záznamov o omamných a psychotropných látkach.

Samosprávny kraj samostatne v tejto oblasti neukladá pokuty za porušenie povinností stanovených zákonom č. 139/1998 Z. z., ale iba navrhuje ich uloženie (§ 36a písm. b) zákona č. 139/1998 Z. z.). Pokuty za porušenie povinností upravených zákonom č. 139/1998 Z. z. ukladá Štátny ústav pre kontrolu liečiv, MZ SR, Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky alebo Ministerstvo obrany Slovenskej republiky.

Držiteľ povolenia na zaobchádzanie s OPL (ďalej len ako „držiteľ povolenia“) je povinný zabezpečiť bezodkladné zapísanie každého príjmu a výdaja omamnej a psychotropnej látky I. a II. skupiny do knihy omamných látok a viesť evidenciu dokladov preukazujúcich príjem a výdaj omamných a psychotropných látok. V prípade, ak dôjde k strate, zničeniu alebo odcudzeniu týchto záznamov, je držiteľ povolenia povinný oznámiť túto skutočnosť farmaceutovi samosprávneho kraja, ktorý následne oznámi túto skutočnosť orgánom činným v trestnom konaní. Držiteľ povolenia je tiež povinný urobiť inventarizáciu OPL vždy do 31. decembra každého roka alebo pri každej zmene držiteľa povolenia alebo jeho odborného zástupcu a v prípadoch straty, znehodnotenia alebo odcudzenia OPL (§ 31 ods. 1 a 2 zákona č. 139/1998 Z. z.). Ak sa inventarizáciou zistí strata OPL, je držiteľ povolenia, ktorý získal povolenie na výdaj OPL, do 7 dní od skončenia inventarizácie povinný oznámiť túto skutočnosť farmaceutovi samosprávneho kraja (§ 31 ods. 4 písm. a) zákona č. 139/1998 Z. z.). Farmaceut samosprávneho kraja posudzuje výsledky inventarizácie a v prípade zistenia strát OPL oznámi túto skutočnosť orgánom činným v trestnom konaní.

1.1.1.12 Vzťah zákona č. 576/2004 Z. z. a správneho poriadku

Zákon č. 576/2004 Z. z. v ustanovení § 49d explicitne vylučuje použitie správneho poriadku na konania podľa tohto zákona. Prechodné ustanovenie bolo do zákona doplnené novelou zákonom č. 185/2014 Z. z. Dôvodová správa o zámere zákonodarcu hovorí: „*Vo vzťahu k úprave dočasnej pracovnej neschopnosti sa navrhuje aj prechodné ustanovenie v záujme plynulého prechodu na novú právnu úpravu.*“ Faktom však ostáva, že znenie zákonnej normy § 49d neupravuje vylúčenie pôsobnosti správneho poriadku len na rozhodovanie lekára o pracovnej neschopnosti. Naopak, formulácia znie úplne jednoznačne a vylučuje pôsobnosť správneho poriadku generálne na konania, ktoré sú upravené v zákone č. 576/2004 Z. z.

1.1.1.13 Kompetencie samosprávneho kraja v oblasti liekov (nad rámec OPL)

Základný kompetenčný rámec samosprávneho kraja vo vzťahu k liekom upravuje zákon č. 362/2011 Z. z. Ustanovenie § 138 upravuje dohľad a sankčné kompetencie samosprávneho kraja na úseku liekov. Dohľad nad poskytovaním lekárenskej starostlivosti je komplexnejšie rozobratý nižšie.

1.1.2 Hlavné kompetenčné oblasti samosprávneho kraja voči poskytovateľom a pacientom

Ako vyplýva z predchádzajúcej časti dokumentu, samosprávny kraj vykonáva v oblasti zdravotnej starostlivosti viacero druhov kompetencií. Kompetenciou na účely tejto časti analýzy rozumieme nielen výkon verejnej moci v zmysle oprávnenia ukladať povinnosti či výkonu dohľadu nad ich plnením, ale aj plnenie určitých funkcií súvisiacich so zdravotnou starostlivosťou. Z pohľadu adresáta, voči ktorému účinky výkonu kompetencií smerujú, ich rozdeľujeme na:

- a) kompetencie vo vzťahu k poskytovateľom zdravotnej starostlivosti založené zákonom č. 578/2004 Z. z. a zákonom č. 576/2004 Z. z.,
- b) kompetencie vo vzťahu k poskytovateľom lekárenskej starostlivosti založené zákonom č. 362/2011 Z. z.,
- c) kompetencie vo vzťahu k pacientovi vyplývajúce primárne zo zákona č. 576/2004 Z. z.

1.1.2.1 Kompetencie voči poskytovateľom zdravotnej starostlivosti podľa zákona č. 578/2004 Z. z.

Kompetencie samosprávneho kraja voči poskytovateľom zdravotnej starostlivosti ťažiskovo vyplývajú zo zákona č. 578/2004 Z. z., ale aj zo zákona č. 576/2004 Z. z.

Postavenie samosprávneho kraja je v optike týchto predpisov možno ukotviť ako:

- a) postavenie orgánu s právomocou **vydávať povolenie** (a na to nadväzujúce rozhodnutia ovplyvňujúce platnosť a výkon povolenia na poskytovanie ZS),
- b) postavenie orgánu s **kontrolnou** právomocou a s tým spojenou **sankčnou** právomocou a
- c) postavenie orgánu s určitým druhom **riadiacej (organizačnej)** právomoci.

Z koncepcie kreovanej v zákone č. 578/2004 Z. z. sa javí, že v určitých situáciách má samosprávny kraj svojím spôsobom **úplnú kontrolu** nad kreovaním oprávnenia poskytovať zdravotnú starostlivosť, ako aj nad samotným spôsobom jej výkonu (napr. oprávnenie vydávať povolenia na poskytovanie zdravotnej starostlivosti subjektom uvedeným v § 7 ods. 2 zákona č. 578/2004 Z. z. a súčasne aj kompetencia kontrolovať ich povinnosti v rozsahu stanovenom v § 82 ods. 1 s výnimkami uvedenými v § 82 ods. 2). Nie je to tak vo všetkých prípadoch, lebo zákon č. 578/2004 Z. z. stanovuje aj také situácie, keď samosprávny kraj **vykonáva vybrané kontrolné kompetencie vo vzťahu k subjektom, ktorým povolenie nevydáva** (pozrite výlučné postavenie v § 82 ods. 10 zákona č. 578/2004 Z. z.). Za určitých okolností môže prejsť aj **k transferu kompetencií smerom od samosprávneho kraja na Ministerstvo zdravotníctva SR** (napr. zaradenie všeobecnej nemocnice medzi koncové zariadenia zakladá presun kompetencie vo vzťahu k právnemu manažovaniu samotného povolenia ako k zmene subjektu vykonávajúcemu kontrolu – pozrite § 16, § 21 a § 92 zákona č. 578/2004 Z. z.). V nadväznosti na vyradenie ústavného zariadenia (všeobecnej nemocnice) z koncovej siete môže *ipso iure* dôjsť aj k reverznému presunu kompetencie späť na samosprávny kraj.

I keď predmetom tejto časti analýzy nie je hodnotiť súčasný právny stav, ponúka sa úvaha, či ideálnym stavom pre efektívne manažovanie vybraných súčastí systému zdravotnej starostlivosti v polohe ich poskytovateľov nie je práve situácia, v ktorej samosprávny kraj drží kompetencie týkajúce sa tak vydania povolenia, ako aj kontroly nad plnením povinností poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Takéto spojenie kompetencií je ideálne pre skutočnú kontrolu nad prostredím poskytovateľov, a to preto, lebo za podmienok predpokladaných zákonom môže porušovanie povinností poskytovateľa rezultovať aj v zrušení povolenia na poskytovanie zdravotnej starostlivosti zo strany kompetentného orgánu. Možnosť (a povinnosť) kontroly, súčasťou ktorej je okrem sankčnej právomoci aj potenciálna koncovka v podobe zrušenia povolenia, predstavuje z nášho pohľadu nástroj na efektívne regulovanie činnosti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

V ďalšom texte by sme chceli v krátkosti upozorniť na obsah vybraných kompetencií samosprávneho kraja, ktoré sa týkajú zdravotnej starostlivosti:

- a) úlohy samosprávneho kraja pri ambulantnej pohotovostnej službe,
- b) úlohy pri ordinačných hodinách a doplnkových ordinačných hodinách,
- c) cenníky poskytovateľov zdravotnej starostlivosti,
- d) úlohy samosprávneho kraja pri ošetrovateľskej zdravotnej starostlivosti,
- e) úlohy samosprávneho kraja pri biomedicínskom výskume.

1.1.2.1.1 Úlohy samosprávneho kraja pri ambulantnej pohotovostnej službe a zubno-lekárskej pohotovostnej službe

Kompetencia samosprávneho kraja pri zabezpečení ambulantnej pohotovostnej služby (APS) nie je za súčasného znenia zákona č. 576/2004 Z. z. a zákona č. 578/2004 Z. z. nijako významná. Organizácia APS je ťažiskovo upravená v § 8a zákona č. 576/2004 Z. z. a zabezpečenie dostupnosti sa zveruje organizátorovi APS, ktorému povolenie vydáva MZ SR. Úloha samosprávneho kraja spočíva v kontrole zabezpečenia dostupnosti APS, čo sa od zmeny zákona č. 576/2004 Z. z. v roku 2007 (zákonom č. 662/2007 Z. z.) realizuje v sekundárnej podobe, teda až v prípade, ak zabezpečenie dostupnosti nesplní organizátor APS.

Zákonná úprava je pomerne striedma v prípade zubno-lekárskej pohotovostnej služby (ďalej tiež ako „ZLPS“). Poskytovateľ zubno-lekárskej zdravotnej starostlivosti je podľa § 79 ods. 1 písm. v) bod 2 povinný vykonávať zubno-lekársku pohotovostnú službu podľa rozpisu zabezpečenia poskytovania zubno-lekárskej pohotovostnej služby určeného samosprávnym krajom.

Podľa § 7 ods. 3 písm. a) bod 5 zákona č. 578/2004 Z. z. je ZLPS jedným z typov ambulantných zdravotných zariadení. Právna úprava ZLPS nie je identická s právnou úpravou ambulantnej pohotovostnej služby. Medzi odlišnosti patrí:

- a) vecne príslušný orgán na vydanie povolenia – pre ZLPS vydáva v zmysle § 11 ods. 2 písm. a) zákona č. 578/2004 Z. z. povolenie samosprávny kraj, zatiaľ čo pre APS ho podľa § 11 ods. 1 písm. e) vydáva Ministerstvo zdravotníctva SR,
- b) ZLPS je súčasťou minimálnej siete, zatiaľ čo APS nie je,
- c) spôsob zabezpečovania ošetrojúcich lekárov je pri ZLPS (pozrite § 8b) odlišný ako pri APS (pozrite § 8a),
- d) pri ZLPS v zákone č. 578/2004 Z. z. absentuje úprava minimálneho mzdového nároku, ako aj úprava nároku na minimálnu odmenu (§ 88a ods. 3 odkazuje len na APS upravenú v § 7 ods. 3 písm. a) bod 3a zákona č. 578/2004 Z. z.).

V ďalšom texte by sme sa dotkli niektorých špecifik týkajúcich sa APS. V § 8a ods. 4 zákona č. 576/2004 Z. z. sa uvádza: „Organizátor doručí najneskôr do desiateho kalendárneho dňa **v mesiaci, ktorý predchádza mesiacu, na ktorý organizátor zabezpečuje poskytovanie pevnej ambulantnej pohotovostnej služby**, samosprávnemu kraju oznámenie o zabezpečení poskytovania pevnej ambulantnej pohotovostnej služby v rozsahu podľa odseku 1 písm. a).“ Následne ods. 6 uvádza: „Ak organizátor nedokáže zabezpečiť poskytovanie pevnej ambulantnej pohotovostnej služby v rozsahu podľa odseku 1 písm. a) prvého bodu zdravotníckymi pracovníkmi v povolaní lekár **na najbližší kalendárny mesiac**, bezodkladne po tom, ako sa o tejto skutočnosti organizátor dozvedel, informuje o tom samosprávny kraj. Informovanie samosprávneho kraja nezbuje organizátora povinnosti zabezpečiť pevnú ambulantnú pohotovostnú službu zdravotníckymi pracovníkmi v povolaní sestra.“ Doplnenie „bielych miest“ na zozname personálneho zabezpečenia samosprávny kraj realizuje na základe právneho režimu upraveného v § 8a ods. 8 až 10 zákona č. 576/2004 Z. z.

V súvislosti s postavením samosprávneho kraja pri zabezpečovaní dostupnosti APS považujeme za užitočné dať do pozornosti niekoľko aspektov:

- a) aj keď sa prostredníctvom APS má zabezpečovať dostupnosť zdravotnej starostlivosti pri náhlej zmene zdravotného stavu pacienta (pozrite plnú definíciu v § 2 ods. 20) v územnom obvode samosprávneho kraja, tak samosprávny kraj má len minimálne kompetencie na kontrolu dodržiavania povinností organizátora APS; v zásade je oprávnený kontrolovať a sankcionovať iba nesplnenie povinností organizátora predložiť oznámenie o zabezpečení APS (§ 79 ods. 1 písm. ah) zákona č. 578/2004 Z. z.)², no v prípade, ak organizátor vo zvyšku nenaplní svoje zákonné povinnosti týkajúce sa zabezpečenia APS, nemá možnosť zasiahnuť priamo a je odkázaný len na podanie podnetu na MZ SR;
- b) tvorba zoznamu (§ 8a ods. 8 a nasl. zákona č. 576/2004 Z. z.) môže za určitých okolností pre samosprávny kraj predstavovať nekomfortnú pozíciu, lebo zaradením poskytovateľa ZS do zoznamu zakladá pre tohto poskytovateľa zákonnú povinnosť, za porušenie ktorej tomuto poskytovateľovi hrozí sankcia; výkon tejto kompetencie sa môže stretávať s odporom zo strany poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, čo v spojení s absenciou právomoci kraja kontrolovať u organizátora, z akého dôvodu nebol schopný zabezpečiť naplnenie stavu služieb, potenciálne spôsobuje to, že „horúci zemiak“ ostane v rukách samosprávneho kraja, a to bez efektívneho nástroja na zabezpečenie systémovej nápravy na strane organizátora;
- c) zaradením poskytovateľa do zoznamu takýto poskytovateľ stráca nárok na 25 % zákonnej odmeny (pozrite § 80a ods. 5 zákona č. 576/2004 Z. z.);
- d) zákon o zdravotnej starostlivosti neformuluje žiadne konkrétne pravidlá, ktorých sa má samosprávny kraj držať pri dopĺňaní zoznamu, čo predstavuje riziko správnej svojvôle pri rozhodovaní; uvedené je možné riešiť prijatím smernice o pravidlách určovania služieb poskytovateľov;
- e) je možné domnievať sa, že na proces tvorby a zverejňovania zoznamu v zmysle § 49d zákona č. 576/2004 Z. z. sa nevzťahuje správny poriadok, čo zvyrazňuje potrebu postupu pri tvorbe zoznamu podľa transparentných a spravodlivých kritérií, pretože nepochybne ide o výkon verejnej moci vo vzťahu k poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, a bez ohľadu na to, že tento výkon nie je rámcovaný správnym poriadkom, musí orgán verejnej moci dodržiavať základné zásady správneho práva.

Dá sa povedať, že aktuálny legislatívny stav dáva samosprávnemu kraju vo vzťahu k APS možnosť riešiť len symptómy, nie samotné dôvody vedúce k zlyhávaniu organizátora.

1.1.2.1.2 Ordinačné hodiny a doplnkové ordinačné hodiny

Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti majú na základe § 79 ods. 1 písm. za) zákona č. 578/2004 Z. z. povinnosť (cit.) „umiestniť na viditeľnom mieste ordinačné hodiny schválené a potvrdené samosprávnym krajom a doplnkové ordinačné hodiny schválené a potvrdené samosprávnym krajom, ak sú určené, a označiť doplnkové ordinačné hodiny nápisom „DOPLNKOVÉ ORDINAČNÉ HODINY“ a schválené ordinačné hodiny, a doplnkové ordinačné hodiny dodržiavať; povinnosť dodržiavať doplnkové ordinačné hodiny neplatí v čase, v ktorom poskytovateľ nemá objednaných pacientov“ a podľa § 79 ods. 1 písm. z) zákona č. 578/2004 Z. z. povinnosť (cit.): „bezodkladne písomne informovať o schválení a potvrdení ordinačných hodín úrad pre dohľad a zdravotnú poisťovňu, s ktorou má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti“.

Dodržiavanie povinnosti podľa § 79 ods. 1 písm. za) má kompetenciu kontrolovať samosprávny kraj (§ 81 ods. 1 písm. g) zákona č. 578/2004 Z. z.), a to bez ohľadu na to, či povolenie na prevádzkovanie ambulantného zdravotníckeho zariadenia vydal samosprávny kraj, alebo Ministerstvo zdravotníctva SR

² Fokusuje sa len na špecifické povinnosti týkajúce sa priamo zabezpečenia pevnej APS.

(pozrite § 11 ods. 4 zákona č. 578/2004 Z. z.). Porušenie tejto povinnosti je sankcionované peňažnou pokutou až do výšky 3 319 eur (§ 82 ods. 10 zákona č. 578/2004 Z. z.). Povinnosť podľa § 79 ods. 1 písm. z) zákona č. 578/2004 Z. z. kontroluje orgán, ktorý vydáva povolenie na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia.

Ako vyplýva z § 46 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z. z., ordinačné hodiny „**schvaľuje a potvrdzuje**“ samosprávny kraj v územnom obvode, ktorého má ambulantné zdravotnícke zariadenie prevádzkové priestory. Nejde teda len o notifikáciu zo strany poskytovateľa voči samosprávnemu kraju, ale o podanie žiadosti o schválenie ordinačných hodín. Podľa § 49d zákona č. 576/2004 Z. z. sa na konanie podľa zákona o zdravotnej starostlivosti nevzťahuje správny poriadok. Dôvodová správa k zákonu č. 185/2014 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 578/2004 Z. z., ktorým bolo do zákona o zdravotnej starostlivosti vnesené ustanovenie § 49d, k tomu uvádza (cit.): „V záujme jednoznačnosti sa dopĺňa ustanovenie upravujúce vzťah k správnomu poriadku najmä v súvislosti s navrhovanou úpravou rozhodovania o dočasnej pracovnej neschopnosti. Vo vzťahu k úprave dočasnej pracovnej neschopnosti sa navrhuje aj prechodné ustanovenie v záujme plynulého prechodu na novú právnu úpravu.“ Znenie § 49d však takúto diferenciáciu jeho vecnej pôsobnosti na jednotlivé konania upravené v zákone č. 576/2004 Z. z. neumožňuje, a do úvahy prichádza teda výklad, že na prerokovanie žiadosti o schválenie ordinačných hodín sa nevzťahuje správny poriadok.

Poskytovateľ všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti je v zmysle § 79 ods. 1 písm. aj) zákona č. 578/2004 Z. z. povinný poskytovať všeobecnú ambulantnú starostlivosť v rozsahu najmenej 35 ordinačných hodín týždenne, pričom táto zdravotná starostlivosť musí byť poskytovaná najmenej dvakrát do týždňa najmenej do 15. hodiny, ak samosprávny kraj neschválil poskytovateľovi, ktorý poskytuje všeobecnú zdravotnú starostlivosť, ordinačné hodiny v menšom rozsahu. Do minimálneho rozsahu sa nezapočítavajú doplnkové ordinačné hodiny. Podľa § 46 ods. 1 písm. m) zákona č. 576/2004 Z. z. „samosprávny kraj môže v prípadoch hodných osobitného zreteľa, najmä s ohľadom na zabezpečenie poskytovania a dostupnosti zdravotnej starostlivosti, schváliť ordinačné hodiny a doplnkové ordinačné hodiny aj v menšom rozsahu“. Zákonom stanovený minimálny týždenný rozsah ordinačných hodín sa vzťahuje len na poskytovateľov všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ktorá sa podľa § 7 ods. 1 písm. 1 bod 1 rozdeľuje na všeobecnú starostlivosť pre deti a dospelých a všeobecnú starostlivosť pre dospelých.

Podľa dôvodovej správy k zákonu č. 257/2017 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 576/2004 Z. z. a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony, sa (cit.) „úprava ordinačných hodín sa netýka ambulantnej pohotovostnej služby a zubno-lekárskej pohotovostnej služby, lebo ich čas poskytovania je vymedzený zákonom“. Keďže medzi ambulantné zdravotnícke zariadenia sa zaraďuje aj ambulancia dopravnej zdravotnej služby (pozrite § 7 ods. 3 písm. j zákona č. 578/2004 Z. z.), pričom však v zmysle 79 ods. 3 písm. zákona č. 578/2004 Z. z. sa na tohto poskytovateľa nevzťahujú povinnosti týkajúce sa ordinačných hodín (§ 79 ods. 1 písm. z) a za) zákona č. 578/2004 Z. z.), tak by mala byť táto skutočnosť rovnako v znení § 2 ods. 32 zohľadnená.

1.1.2.1.3 Cenníky poskytovateľov a zapojenie pacienta do úhrad týkajúcich sa zdravotnej starostlivosti

Medzi kompetencie samosprávneho kraja, ktoré sa uplatňujú aj na poskytovateľov, ktorým vydáva povolenie iný orgán (pozrite § 82 ods. 10 zákona č. 578/2004 Z. z.), patrí aj oprávnenie kontrolovať splnenie povinnosti podľa § 79 ods. 1 písm. g) zákona č. 578/2004 Z. z. umiestniť na prístupnom a viditeľnom mieste cenník všetkých zdravotných výkonov, ktoré poskytuje poskytovateľ. Samosprávny kraj cenníky neschvaľuje, no má faktickú právomoc kontroly súladu postupu poskytovateľa pri účtovaní služieb zdravotnej starostlivosti s právnymi predpismi.

Takúto paušálnu kompetenciu má samosprávny kraj aj pri kontrole plnenia povinnosti stanovenej v § 79 ods. 1 písm. a) zákona č. 578/2004 Z. z. (poskytovateľ je povinný „*pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti dodržiavať osobitné predpisy o úhradách za poskytnutú zdravotnú starostlivosť^{55)ap}*“), ako aj pri kontrole plnenia povinnosti podľa § 79 ods. 1 písm. al) zákona č. 578/2004 Z. z. (poskytovateľ je povinný „*pri*

poskytovaní zdravotnej starostlivosti dodržiavať osobitné predpisy o úhradách liekov, zdravotníckych pomôcok alebo dietetických potravín^{55jav}). Reálny obsah kontrolných právomocí samosprávneho kraja napĺňa aj povinnosť zdravotnej poisťovne poskytovať na základe dožiadania samosprávneho kraja podklady týkajúce sa účtovaných položiek za zdravotnú starostlivosť (pozrite § 15 ods. 1 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov). Zákonné plnenie kontrolnej právomoci vo vzťahu k povinnostiam poskytovateľov uvedených vyššie predpokladá, že kompetentný orgán pozná a rozumie obsahu týchto povinností (Čo môže zmluvný PZS účtovať? Aký vplyv má na formálne definovanie činnosti v cenníku vo vzťahu k skutočnej povahe takejto služby?).

Krajský súd v Trenčíne v rozhodnutí, sp. zn. 13S/12/2018, zo dňa 27. 6. 2018 uviedol (cit.): „Počas ordinačných hodín je teda žalobca povinný poskytovať ambulantnú zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a plniť všetky povinnosti podľa § 79 zákona o poskytovateľoch. Ordinačné hodiny neslúžia na vykonávanie iných podnikateľských činností zapísaných v obchodnom registri. Žalobca preto mohol počas ordinačných hodín vykonávať iba činnosti podľa vydaného povolenia.“ V inom rozhodnutí Krajského súdu Trenčín zo dňa 18. 2. 2020, sp. zn. 11S/73/2019, súd konštatuje (cit.): „Z uvedeného možno uzavrieť, že zákon vo všeobecnosti nevyklučuje, aby žalobca súčasne (paralelne) vykonával okrem činnosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti aj činnosť podnikateľskú, napríklad v rôznych prevádzkach. Je však zrejmé, že ako poskytovateľ zdravotnej starostlivosti má a musí mať vyhradené ordinačné hodiny, v rámci ktorých na konkrétne určenom mieste realizuje poskytovanie zdravotnej starostlivosti tak, aby bola zabezpečená jej dostupnosť poistencom (pacientom).“ Najvyšší súd SR vo svojom rozhodnutí, sp. zn. 7Sžsk/140/2018, zo dňa 18. 12. 2019 vyslovil, že (cit.): „Vychádzajúc z uvedeného vyplýva jednoznačný záver, že zákonodarca v citovanej právnej úprave prejavil vôľu, že povinnosťou poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, spĺňajúceho zákonné podmienky ustanovené v § 4 zákona č. 578/2004 Z. z., je poskytovať zdravotnú starostlivosť počas ordinačných hodín potvrdených samosprávnym krajom ako v časovom úseku, v ktorom poskytuje ambulantnú starostlivosť v rozsahu svojej špecializácie na základe povolenia. Ordinačné hodiny v zdravotníckom zariadení ambulantnej zdravotnej starostlivosti sú určené na poskytovanie ambulantnej starostlivosti, ktoré právna skutočnosť vylučuje, aby poskytovateľ ich využíval na výkon iných činností ako tých, ktoré poskytovateľ zdravotnej starostlivosti poskytuje v rozsahu svojej špecializácie na základe povolenia.“ So všetkými závermi vyššie citovaných súdnych rozhodnutí sa nestotožňujeme a upozorňujeme predovšetkým na dôraz, ktorý kladli súdy na význam skutočného obsahu služby.

Zákon č. 578/2004 Z. z. v § 82 ods. 12 dáva samosprávne kraju kompetenciu postihovať aj subjekty, ktoré nemajú postavenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, a to v prípade, ak činnosť takéhoto subjektu smeruje k podmieneniu objednania pacienta alebo poskytnutia zdravotnej starostlivosti.

V 82 ods. 14 zákona č. 578/2004 Z. z. sa nachádza úprava sankcií súvisiacich s porušovaním povinností týkajúcich sa doplnkových ordinačných hodín. Javí sa, že sankcie upravené v § 82 ods. 10 a v § 82 ods. 14 sú duplicitné, pretože postihujú porušenie rovnakých typov povinností. Rozdiel je viditeľný len v tom, že zatiaľ čo v § 82 ods. 10 sa sankcia ukladá poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, § 82 ods. 14 sa za zodpovedného označuje aj subjekt, ktorý nemusí byť poskytovateľom (pozrite dikciu: „Samosprávny kraj príslušný podľa miesta prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia poskytovateľa uloží pokutu až do výšky 2 000 EUR“). Z povahy porušovanej povinnosti však vyplýva, že jej porušenia sa môže dopustiť len poskytovateľ zdravotnej starostlivosti. Bez otázok nie je ani § 82 ods. 15 zákona č. 578/2004 Z. z., podľa ktorého (cit.): „Ministerstvo zdravotníctva alebo samosprávny kraj príslušný podľa miesta prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia poskytovateľa uloží pokutu až do výšky trojnásobku priemerného mesačného príjmu poskytovateľa finančných prostriedkov od zdravotných poisťovní za posledné tri kalendárne mesiace, najmenej však 1 000 EUR, tomu, kto prijme od osoby úhradu za zdravotnú starostlivosť poskytovanú počas doplnkových ordinačných hodín a súčasne takúto zdravotnú starostlivosť vykáže zdravotnej poisťovni na úhradu“, keďže nie je zrejmé, z akého dôvodu zákonodarca vecnú právomoc určuje aj pre MZ SR a na

základe akého kritéria sa bude určovať príslušnosť na prerokovanie vyššie špecifikovaného konania poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

Je zrejmé, že tieto kontrolné právomoci môžu predstavovať významnú kompetenčnú výbavu pri efektívnom dohliadaní nad dodržiavaním naplnenia ústavného práva pacienta na bezplatnú zdravotnú starostlivosť v medziach upravených zákonom (primárne zákon č. 577/2004 Z. z. v spojení s nariadeniami vlády, ako aj v kontexte zákona č. 363/2011 Z. z.). Poctivá úvaha o potenciálnej šírke regulácie trhu zdravotníckych služieb prostredníctvom uplatňovania kompetenčného rámca týkajúceho sa transakčných vzťahov medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a pacientmi ďaleko presahuje zámer tejto časti analýzy. Faktom však ostáva, že otázky úhrad za poskytovanie zdravotnej starostlivosti či poskytovanie iného typu služieb poskytovateľov sú (mali by byť) stabilnou súčasťou kontrolnej činnosti samosprávneho kraja, keďže činnosť poskytovateľov bez spravodlivej a zrozumiteľnej regulácie má priamy vplyv (zväčša negatívny) na dostupnosť zdravotných služieb pacientom. Je však spravodlivé dodať, že otázky kontroly compliantnosti cenových nastavení u zmluvných poskytovateľov narážajú na právnu úpravu, ktorá dnes dostatočne nereflektuje viaceré premenné majúce často legitímny rozmer pre poskytovateľa ako takého (Sú platby zo strany poisťovní dostatočné?, Ako vykryť neustále sa zvyšujúce administratívne nároky na poskytovateľa atď.), čo môže byť jedným z motívov pre nápad poskytovateľov zapojiť do priamych platieb svojich pacientov.

1.1.2.1.4 Samosprávny kraj a jeho postavenie a pôsobnosť v sociálno-zdravotnej oblasti

Základný kompetenčný rámec pôsobnosti samosprávneho kraja v oblasti sociálnych služieb je upravený zákonom č. 448/2008 Z. z. Pôsobnosť samosprávneho kraja v oblasti sociálnych služieb je zameraná na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti. V kontexte poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti je poskytnutý podrobnejší prehľad kompetencií a postavenia samosprávneho kraja v sociálno-zdravotnej oblasti nižšie v časti venovanej ošetrovateľskej starostlivosti.

Ošetrovateľská starostlivosť sa poskytuje v:

- zariadeniach sociálnych služieb (upravuje zákon č. 448/2008 Z. z.),
- zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately (upravuje zákon č. 305/2005 Z. z.).

V zariadeniach sociálnych služieb je možné ošetrovateľskú starostlivosť poskytovať v zariadeniach pre seniorov (§ 35 zákona č. 448/2008 Z. z.), v zariadení opatrovateľskej služby (§ 36 zákona č. 448/2008 Z. z.), v domove sociálnych služieb (§ 38 zákona č. 448/2008 Z. z.) a v špecializovanom zariadení (§ 39 zákona č. 448/2008 Z. z.). Ošetrovateľská starostlivosť v uvedených druhoch zariadení sociálnych služieb sa poskytuje na základe posudku o odkázanosti na sociálnu službu. Vo vzťahu k domovom sociálnych služieb a špecializovaným zariadeniam vydáva posudky o odkázanosti na sociálnu službu práve samosprávny kraj, ktorý má v konaní o odkázanosti/zániku odkázanosti/zmene stupňa odkázanosti postavenie správneho orgánu.

Samotný samosprávny kraj zriaďuje, zakladá a kontroluje domovy sociálnych služieb a špecializované zariadenia. Zariadenia sociálnych služieb sa zapisujú do registra. O žiadosti o zápis do registra rozhoduje samosprávny kraj. Taktiež rozhoduje o ich nezapísaní do registra, o zákaze poskytovať sociálnu službu, ako aj o výmaze poskytovateľa sociálnej služby z registra.

Ošetrovateľská starostlivosť je tiež predmetom činnosti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v zariadeniach ambulantného a ústavného typu. Ambulantnou formou poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti je agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti, v rámci ktorej sa starostlivosť poskytuje fyzickej osobe v domácom prostredí. Ústavnou formou poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti je dom ošetrovateľskej starostlivosti. V dome ošetrovateľskej starostlivosti je možné hospitalizovať fyzickú osobu, ak jej zdravotný stav vyžaduje poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín. Samosprávny kraj vstupuje do tejto ošetrovateľskej starostlivosti ako orgán, ktorý vydáva povolenie na prevádzkovanie

agentúry domácej ošetrovateľskej služby, ako aj domu ošetrovateľskej starostlivosti podľa zákona č. 578/2004 Z. z.

1.1.2.1.5 Úlohy samosprávneho kraja pri biomedicínskom výskume

V ustanovení § 46 e) zákona č. 576/2004 Z. z. je upravená kompetencia samosprávneho kraja schvaľovať biomedicínsky výskum v zdravotníckom zariadení ambulantnej starostlivosti. Z § 26 ods. 5 písm. b) vyplýva, že samosprávny kraj môže biomedicínsky výskum schváliť len za podmienky jeho kladného posúdenia (pozrite napr. § 28 zákona č. 576/2004 Z. z.) zo strany etickej komisie. Nakoniec, podľa § 26 ods. 7 zákona č. 576/2004 Z. z. (cit.) „*ak sa má biomedicínsky výskum vykonať na viacerých pracoviskách zdravotníckych zariadení ambulantnej starostlivosti, ktoré sa nachádzajú na území viac ako jedného samosprávneho kraja, jeho vykonanie posudzuje a schvaľuje samosprávny kraj, v ktorého územnej pôsobnosti má sídlo koordinujúce pracovisko tohto výskumu*“. Etická komisia aj samotný samosprávny kraj plnia dôležitú úlohu aj počas realizovania biomedicínskeho výskumu, keďže majú povinnosť vziať do úvahy informácie od riešiteľa projektu, a v prípade, ak nové informácie svedčia o zvýšení rizika pre účastníkov výskumu, tak samosprávny kraj má povinnosť takýto výskum ukončiť (pozrite § 30 zákona č. 576/2004 Z. z.).

V prípade klinického skúšania liekov u ambulantného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti skúšanie schvaľuje ŠÚKL, ale opäť až po kladnom posúdení Etickej komisie samosprávneho kraja.

Samosprávny kraj zriaďuje svoju etickú komisiu na základe § 5 ods. 2 písm. c) zákona č. 576/2004 Z. z. Oblasť výskumu v oblasti medicíny so zainteresovaním pacientov naberá stále na väčšej dôležitosti. S rozvojom nových technológií nastupujú aj nové či hybridné typy biomedicínskeho výskumu, pri ktorých vznikajú otázky, či spadajú do definície biomedicínskeho výskumu, tak ako ho definuje § 2 ods. 12 zákona č. 576/2004 Z. z. a § 26 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z. z. Participácia poskytovateľov ambulantnej zdravotnej starostlivosti na biomedicínskom výskume (vrátane klinického skúšania liekov) predstavuje významnú možnosť posúvať slovenskú medicínu na európsku úroveň a dáva priestor pacientom získať možnosť novej liečby. S týmito príležitosťami je však spojená aj vysoká zodpovednosť regulátora umožniť realizáciu takého výskumu, ktorý vyhovuje prísnyim vedeckým a etickým štandardom.

Vychádzajúc z týchto postulátov predpokladáme, že fungujúci, odborný, sebavedomý a transparentný systém posudzovania etických a odborných kritérií projektov biomedicínskeho výskumu (či dokumentov klinického skúšania) by mal tvoriť integrálnu súčasť štruktúrálnej výbavy úradu samosprávneho kraja. Členovia Etickej komisie by mali byť zorientovaní nielen oblasti medicínskych a farmaceutických vied, ale mali by poznať aj právne a etické princípy formulované v medzinárodných dokumentoch, medzi ktoré sa zaraďujú:

- a) Dohovor o ochrane ľudských práv a dôstojnosti človeka v súvislosti s aplikáciou biológie a medicíny – Dohovor o ľudských právach a biomedicíne, jeho prijatie bolo v zbierke zákonom oznámené Ministerstvom zahraničných vecí SR pod číslom 40/2000 Z. z.,
- b) Dodatkový protokol k Dohovoru o ľudských právach a biomedicíne, týkajúci sa biomedicínskeho výskumu, jeho prijatie bolo v zbierke zákonom oznámené Ministerstvom zahraničných SR vecí pod číslom 494/2007 Z. z.,
- c) Norimberský kódex (vypracovaný počas prípravy procesu s nacistickými vojnovými zločincami – lekármi), 1947,
- d) Medzinárodný kódex lekárskej etiky, WMA, 1949, 1968, 1983, 2006³,

³ WMA International Code of Medical Ethics 2006. Dostupné online <https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics/>

- e) Helsinská deklarácia: Etické princípy výskumu s účasťou ľudských subjektov, WMA, 1964, 2000, 2008, 2013⁴,
- f) Medzinárodné etické smernice pre biomedicínsky výskum s účasťou ľudských subjektov, CIOMS/WHO, 1982, 1993, 2002, 2016⁵,
- g) Štandardy a praktické usmernenia pre etické posudzovanie, výskum týkajúci sa zdravia s účasťou ľudí – WHO 2011,⁶
- h) Všeobecná deklarácia o ľudskom genóme a ľudských právach, UNESCO, 1997,
- i) Všeobecná deklarácia o bioetike a ľudských právach, UNESCO, 2005,
- j) Množstvo smerníc o správnej klinickej praxi a iných noriem týkajúcich sa klinického skúšania.

Väčšina vyššie uvedených dokumentov však pre Slovensko nepredstavuje priamo záväznú právnu normu (okrem Dohovoru o biomedicíne a jeho Dodatkového protokolu).

Aktuálnosť tejto potreby podčiarkuje aj blížiaci sa začiatok uplatňovania nariadenia EP a Rady č. 536/2014 o klinickom skúšaní, ktoré harmonizuje lehoty na rozhodovanie o žiadosti zadávateľa klinického skúšania v rámci celej EÚ.

Z § 5 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z. z. vyplýva, že predmetom činnosti Etickej komisie má byť okrem posudzovania biomedicínskeho výskumu aj posudzovanie etických otázok zdravotnej starostlivosti. Význam tejto koordinačnej funkcie vo vzťahu k etickým otázkam nadobudol konkrétny rozmer aj počas pandémie ochorenia COVID-19. V zmysle § 49d zákona č. 576/2004 Z. z. sa vylučuje pôsobnosť správneho poriadku na konania upravené týmto zákonom. Z uvedeného je možné dedukovať, že posudzovanie projektu zo strany Etickej komisie, ako aj samotné rozhodnutie samosprávneho kraja sa nespravuje ustanoveniami správneho poriadku.

1.1.2.1.6 *Kompetencie samosprávneho kraja vo vzťahu k poskytovaniu lekárenskej starostlivosti*

Základným predpisom kreujúcim podmienky na zaobchádzanie s liekmi a zdravotníckymi pomôckami, ako aj postavenie a povinnosti vybraných subjektov pre oblasť zaobchádzania s liekmi určuje ZoL. Rozsah pôsobnosti samosprávneho kraja pre oblasť humánnej farmácie stanovuje § 135 zákona č. 362/2011 Z. z.

Samosprávny kraj je v zmysle § 7 ods. 1 písm. c) zákona č. 362/2011 Z. z. orgánom príslušným na vydanie povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti v zdravotníckom zariadení verejná lekáreň, výdajňa zdravotníckych pomôcok, výdajňa ortopedicko-protetických zdravotníckych pomôcok a výdajňa audioprotetických zdravotníckych pomôcok. Orgánom príslušným na vydanie povolenia pre nemocničnú lekáreň je podľa § 7 ods. 1 písm. bod 3 MZ SR.

Z pohľadu kontinuity medzi oprávnením na vydávanie povolenia, kontrolou plnenia povinnosti subjektov, ktorým samosprávny kraj vydal povolenie, a súčasne oprávnením v zákonom predpokladaných prípadoch činnosť poskytovateľa lekárenskej starostlivosti pozastaviť (§ 9 zákona č. 362/2011 Z. z.) či povolenie poskytovateľovi zrušiť (§ 10 zákona č. 362/2011 Z. z.) je postavenie samosprávneho kraja v zákone č. 362/2011 Z. z. koherentnejšie, ako je to v prípade poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v režime zákona č. 578/2004 Z. z. V zmysle § 138 ods. 36 zákona č. 362/2011 Z. z. má samosprávny kraj sankčnú

⁴ WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects 2013. Dostupné online <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

⁵ International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans, Fourth Edition. Geneva. Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS); 2016, dostupné online <https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/01/WEB-CIOMS-EthicalGuidelines.pdf>

⁶ Standards and operational guidance for ethics review of health-related research with human participants of the WHO 2011. Dostupné online https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44783/9789241502948_eng.pdf?sequence=1

kompetenciu (až na vybrané výnimky upravené v danom ustanovení) len voči poskytovateľom, ktorým podľa § 7 ods. 1 písm. c) vydáva povolenie.

Podrobnejšie informácie k jednotlivých kompetenciám samosprávneho kraja v tejto oblasti poskytujeme nižšie.

1.1.2.1.7 Vydávanie povolení na poskytovanie lekárenskej starostlivosti samosprávnym krajom

Samosprávny kraj vydáva povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti vo verejnej lekární, výdajni zdravotníckych pomôcok, výdajni ortopedicko-protetických zdravotníckych pomôcok a vo výdajni audioprotetických zdravotníckych pomôcok (§ 135 ods. 1 písm. a) zákona č. 362/2011 Z. z.). Vo vzťahu k vydaným povoleniam vedie databázu zariadení, ktorým vydal povolenie na poskytovanie lekárenskej starostlivosti. Schvaľuje tiež prevádzkový čas verejnej lekárne a výdajne zdravotníckych pomôcok, výdajne ortopedicko-protetických zdravotníckych pomôcok, výdajne audioprotetických zdravotníckych pomôcok (§ 135 ods. 1 písm. c) zákona č. 362/2011 Z. z.).

1.1.2.1.8 Lekárska pohotovostná služba

Spolu so Slovenskou lekárnickou komorou organizuje samosprávny kraj poskytovanie lekárenskej pohotovostnej služby. Ak však medzi poskytovateľmi lekárenskej starostlivosti a Slovenskou lekárnickou komorou nedôjde k dohode o zabezpečení lekárenskej pohotovostnej služby, samosprávny kraj sám nariadi poskytovanie lekárenskej pohotovostnej služby (§ 135 ods. 1 písm. d) zákona č. 362/2011 Z. z.). Samosprávny kraj zverejňuje rozpis organizácie poskytovania lekárenskej pohotovostnej služby na svojom webovom sídle. Rozpis zverejňuje najneskôr mesiac pred začiatkom obdobia, na ktoré sa rozpis organizácie poskytovania lekárenskej pohotovostnej služby vyhotovuje, a zverejňuje ho najmenej na obdobie troch kalendárnych mesiacov. Tento rozpis obsahuje dátum a čas poskytovania lekárenskej pohotovostnej služby a názov a adresu verejnej lekárne poskytujúcej lekárenskú pohotovostnú službu. V prípade, ak má samosprávny kraj e-mailovú adresu poskytovateľa lekárenskej starostlivosti rozpísaného v rozpise zabezpečenia lekárenskej pohotovostnej služby, zašle rozpis organizácie poskytovania lekárenskej pohotovostnej služby aj na jeho e-mailovú adresu (§ 135 ods. 4 zákona č. 362/2011 Z. z.).

1.1.2.1.9 Dozor a dohľad nad poskytovaním lekárenskej starostlivosti

Samosprávny kraj vykonáva dohľad nad poskytovaním lekárenskej starostlivosti. Prerokováva priestupky a iné správne delikty na úseku humánnej farmácie. V rámci Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej len „ADOS“) je poskytovaná ošetrovateľská starostlivosť pre všetkých, ktorí potrebujú ošetrovanie či vykonanie iných zdravotných úkonov v domácom prostredí. V zmysle § 136 ods. 5 zákona č. 362/2011 Z. z. na úseku humánnej farmácie prerokováva samosprávny kraj priestupky, ktorých sa dopustí ten, kto:

- nedovolené zaobchádza s liekmi a so zdravotníckymi pomôckami (za tento priestupok môže uložiť samosprávny kraj pokutu od 100 do 5 000 eur),
- ponúka alebo poskytuje humánný liek formou internetového výdaja a nespĺňa zákonné podmienky ustanovené zákonom o liekoch (za tento priestupok môže uložiť samosprávny kraj pokutu od 75 do 3 000 eur),
- ponúka, predáva alebo poskytuje humánný liek alebo zdravotnícku pomôcku v rozpore so zákonom o liekoch (za tento priestupok môže uložiť samosprávny kraj pokutu od 100 do 5 000 eur),
- sfaľšuje tlačivo lekárskeho predpisu alebo osobitné tlačivo lekárskeho predpisu označené šikmým modrým pruhom alebo tlačivo objednávky alebo osobitné tlačivo objednávky označené šikmým modrým pruhom (za tento priestupok a všetky nižšie uvedené priestupky môže uložiť samosprávny kraj pokutu od 75 do 3 000 eur),

- zmení obsah lekárskeho predpisu alebo lekárskeho predpisu označeného šikmým modrým pruhom alebo objednávky alebo objednávky označenej šikmým modrým pruhom a použije taký lekársky predpis alebo objednávku ako pravý,
- poskytne osobitné tlačivo lekárskeho predpisu označené šikmým modrým pruhom alebo osobitné tlačivo objednávky označené šikmým modrým pruhom neoprávnenej osobe v úmysle použiť ho na sfalšovanie alebo v tom istom úmysle odcudzí alebo inak neoprávnene získa osobitné tlačivo lekárskeho predpisu označené šikmým modrým pruhom alebo osobitné tlačivo objednávky označené šikmým modrým pruhom,
- sfalšuje lekársky predpis alebo lekársky poukaz,
- zmení obsah lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu a použije taký lekársky predpis alebo lekársky poukaz ako pravý,
- poskytne tlačivo lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu neoprávnenej osobe v úmysle použiť ho na sfalšovanie alebo v tom istom úmysle odcudzí alebo inak neoprávnene získa tlačivo lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu.

Pokuty, ktoré uloží samosprávny kraj za vyššie uvedené priestupky, sú príjmom samosprávneho kraja. Samosprávny kraj prerokováva iné správne delikty vo vzťahu k poskytovateľom lekárenskej starostlivosti vo verejnej lekární/výdajni zdravotníckych pomôcok/výdajni audioprotetických pomôcok/ortopedicko-protetických pomôcok. Za iné správne delikty ukladá samosprávny kraj pokuty vo výške od 500 do 25 000 eur (§ 138 ods. 36 zákona č. 362/2011 Z. z.). Pri určení výšky pokuty prihliada na závažnosť, spôsob, čas trvania a následky protiprávneho konania a pri opakovanom porušení môže samosprávny kraj pokutu zvýšiť až na dvojnásobok (§ 138 ods. 37 zákona č. 362/2011 Z. z.). Na konanie o uložení pokuty za iný správny delikt sa vzťahuje subjektívna a objektívna premlčacia lehota. Konanie o uloženie pokuty možno začať do jedného roka odo dňa, keď sa samosprávny kraj dozvedel o porušení povinnosti (subjektívna premlčacia lehota), najneskôr však do troch rokov odo dňa, keď k porušeniu povinnosti došlo (objektívna premlčacia lehota). Pokuta je splatná do 30 dní odo dňa nadobudnutia právoplatnosti rozhodnutia, ktorým bola uložená, a výnos z pokút uložených samosprávnym krajom je príjmom samosprávneho kraja (§ 138 ods. 39 a 42 zákona č. 362/2011 Z. z.).

1.1.2.1.10 Vzťah zákona č. 362/2011 Z. z. a správneho poriadku

Na konania vo veciach upravených zákonom o liekoch sa vzťahuje správny poriadok s určitými výnimkami. Správny poriadok sa nevzťahuje napríklad na povoľovanie terapeutického použitia lieku MZ SR, na postup etickej komisie pri schvaľovaní klinického skúšania zdravotníckej pomôcky ani na organizovanie lekárenskej pohotovostnej služby samosprávnym krajom a Slovenskou lekárnickou komorou.

1.1.2.2 Kompetencie samosprávneho kraja týkajúce sa práva pacienta na zdravotnú starostlivosť

Ako sme uviedli vo vyššie uvedených kapitolách, samosprávny kraj vykonáva svoje kompetencie voči poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a poskytovateľom lekárenskej starostlivosti. Zákon o zdravotnej starostlivosti upravuje aj situácie, keď samosprávny kraj vykonáva určité kompetencie priamo alebo sprostredkované v prospech samotného pacienta. Ide o tieto vybrané prípady:

- a) určenie poskytovateľa v prípade skončenia dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,
- b) uchovávanie zdravotnej dokumentácie v prípade zániku poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

1.1.2.2.1 Určenie poskytovateľa

Podľa § 12 ods. 5 zákona č. 576/2004 Z. z. je samosprávny kraj povinný na základe podnetu osoby pacienta preveriť dôvody odmietnutia návrhu pacienta na uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

zo strany poskytovateľa. V prípade, ak usúdi, že dôvody na odmietnutie návrhu nespĺňajú literu zákona (§ 12 ods. 2 zákona č. 576/2004 Z. z.), môže určiť uzatvorenie dohody aj tomu poskytovateľovi, ktorý dohodu odmietol. Pokiaľ sú však dôvody poskytovateľa právne relevantné, má samosprávny kraj určiť poskytovateľa, ktorý s pacientom uzatvorí dohodu.

Zrejmým cieľom tohto zákonného mechanizmu je zaručiť, aby pacient neostal bez poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Zákonné vyjadrenie tohto cieľa je však veľmi problematické, pretože vo svojej podstate rezignuje na pravú povahu civilnoprávneho vzťahu medzi poskytovateľom a pacientom a taktiež v ňom absentuje konkrétna právna úprava realizácie tejto kompetencie samosprávneho kraja. Za zmienku stojí aj to, že zákon č. 576/2004 Z. z. túto kompetenciu samosprávnemu kraju určuje vo vzťahu k celej množine poskytovateľov zdravotnej starostlivosti bez ohľadu na to, či voči danému poskytovateľovi samosprávny kraj vystupuje ako orgán vydávajúci povolenie. Uvedené je možné vyvodiť na základe toho, že zdravotná starostlivosť ako taká sa poskytuje na základe dohody (§ 12 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z. z.), teda dohoda je právnym základom pre všetky jej formy poskytovania (ambulantná aj ústavná). Nepriamo to podporuje aj to, že medzi dôvodmi na odmietnutie uzatvorenia dohody sú také výkony, ktoré spadajú do ústavnej formy zdravotnej starostlivosti (interrupcia).

Ako už bolo opakovane uvedené, konanie upravené zákonom č. 576/2004 Z. z. sa v zmysle § 49d neriadi správnym poriadkom, teda je celkovo otáznе, akú formu má mať „určenie poskytovateľa“ a do akej miery je takýto individuálny akt voči danému poskytovateľovi právne záväzný.

1.1.2.2 Uchovávanie dokumentácie

V ustanovení § 23 ods. 4 zákona č. 576/2004 Z. z. je uvedené (cit.): *„Pri dočasnom pozastavení licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe²²⁾ a pri dočasnom pozastavení povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia²³⁾ je poskytovateľ povinný bezodkladne umožniť prevzatie zdravotnej dokumentácie podľa § 20 ods. 2 a 3 do úschovy lekárovi príslušného samosprávneho kraja; pri zrušení licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe alebo povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia je povinný umožniť prevzatie zdravotnej dokumentácie podľa § 20 ods. 2 a 3 ten, komu sa licencia alebo povolenie zrušilo.“* V odseku 5 sa táto povinnosť umožniť prevzatie dokumentácie lekárovi samosprávneho kraja ukladá poskytovateľovi, ktorému zaniká oprávnenie na poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Ďalej v ods. 6 zákonodarcu pokračuje (cit.): *„Lekár príslušného samosprávneho kraja, ktorý prevzal zdravotnú dokumentáciu podľa § 20 ods. 2 a 3 do úschovy podľa odsekov 4 a 5, bezodkladne odovzdá zdravotnú dokumentáciu podľa § 20 ods. 2 a 3 poskytovateľovi, s ktorým osoba uzatvorila dohodu o poskytovaní ambulantnej starostlivosti.“*

Z dikcie citovaných ustanovení vyplýva, že táto povinnosť prevziať do úschovy zdravotnú dokumentáciu (ktorá je v písomnej forme) sa týka relevantných situácií (pozastavenie alebo zánik), ktoré nastanú u poskytovateľov bez ich diferenciácie – teda aj u poskytovateľov, ktorým povolenie na poskytovanie zdravotnej starostlivosti samosprávny kraj nevydáva.

1.1.2.3 Etická komisia

Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vznikajú etické otázky, ktoré posudzuje nezávislá etická komisia. Etická komisia posudzuje aj etickú prijateľnosť projektov biomedicínskeho výskumu. V prípade posudzovania prijateľnosti biomedicínskeho výskumu a etických otázok vo vzťahu k ambulantnej starostlivosti zriaďuje etickú komisiu práve samosprávny kraj. Samosprávny kraj zároveň schvaľuje biomedicínsky výskum v zdravotníckom zariadení ambulantnej starostlivosti, ak projekt preskúmala a kladne posúdila etická komisia. Biomedicínsky výskum schvaľuje samosprávny kraj, v ktorého územnej pôsobnosti má zariadenie ambulantnej starostlivosti miesto prevádzkovania (§ 26 ods. 5 písm. b) zákona č. 576/2004 Z. z.). Podľa § 26 ods. 7 zákona č. 576/2004 Z. z. (cit.): *„ak sa má biomedicínsky výskum vykonať na viacerých pracoviskách zdravotníckych zariadení ambulantnej starostlivosti, ktoré sa nachádzajú na území*

viac ako jedného samosprávneho kraja, jeho vykonanie posudzuje a schvaľuje samosprávny kraj, v ktorého územnej pôsobnosti má sídlo koordinujúce pracovisko tohto výskumu“.

1.2 Analýza súčasného stavu zdravotnej, sociálno-zdravotnej a lekárenskej starostlivosti

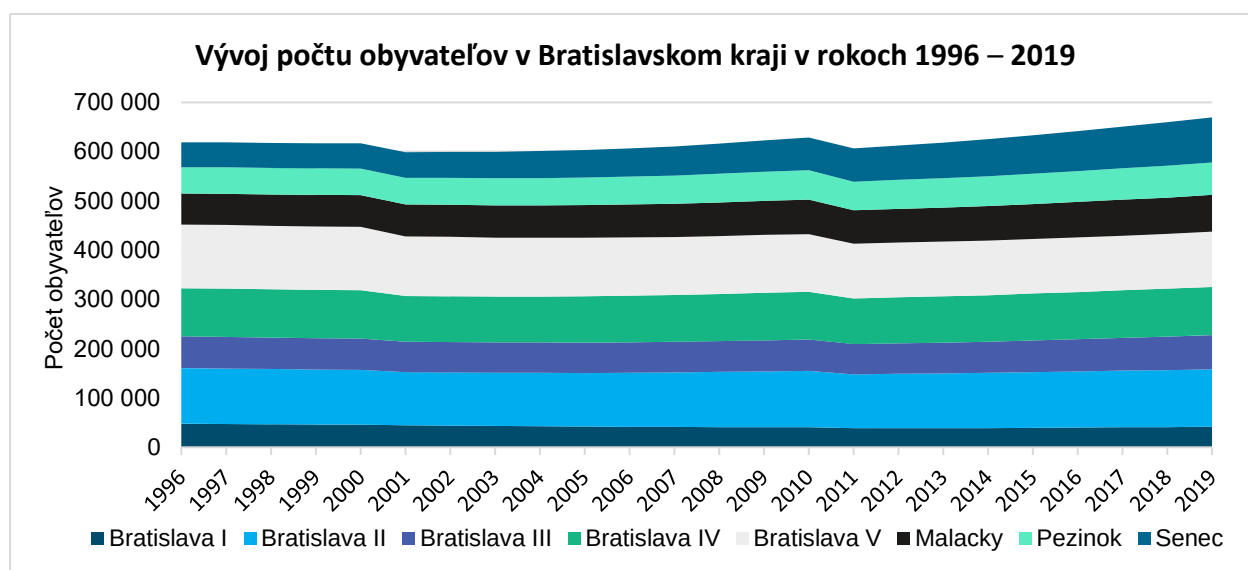
1.2.1 Kvantitatívna analýza súčasného stavu – demografická analýza

Demografický vývoj je dôležitým determinantom ďalšieho smerovania Bratislavského kraja, a to nielen v oblasti zdravotníctva. Predmetom tejto kapitoly je analyzovať základné demografické atribúty s presahom do zdravotníctva, ako je vývoj počtu obyvateľov, vekové zloženie, stredná dĺžka života, najčastejšie príčiny úmrtia alebo najčastejšie príčiny hospitalizácie. V závere kapitoly je spracovaná predikcia vývoja počtu obyvateľov, ich distribúcia a vekové zloženie, a to s ohľadom na možné implikácie do oblasti zdravotníctva.

1.2.1.1 Súčasný stav

Bratislavský kraj k 31. 12. 2019 sčítal 664 595 obyvateľov. Od roku 2002 dochádza k pozvoľnému rastu počtu obyvateľov, keď sa v posledných piatich rokoch (2014 – 2019) počet obyvateľov zvyšoval priemerným tempom 1,2 % ročne. Prepady v celkovom počte obyvateľov pozorované v rokoch 2001 až 2011 sú spôsobené najmä tým, že v týchto rokoch bolo realizované sčítanie obyvateľov. Na základe tohto sčítania vždy dôjde k spresneniu demografických štatistík, teda možno očakávať, že aj na základe výsledku sčítania v roku 2021 dôjde k miernemu poklesu. Celkový prírastok (prirodzený a migračný) je najvyšší v BSK spomedzi krajov.

Graf 1: Vývoj počtu obyvateľov v Bratislavskom kraji v rokoch 1996 – 2019



Zdroj: Štatistický úrad SR

Na doplnenie predchádzajúceho grafického znázornenia zobrazuje nasledujúca tabuľka vývoj počtu obyvateľov v jednotlivých okresoch Bratislavského kraja. Z uvedených údajov je zrejmé, že v rokoch 2016 až 2019 bol pozorovaný kladný prírastok počtu obyvateľov v každom z okresov Bratislavského kraja. Najrýchlejšie populačne rástol okres Senec, v ktorom vzrástol počet obyvateľov k roku 2019 oproti roku 2016 o 12,8 %. Pomalším tempom potom rástli najľudnatejšie okresy Bratislavského kraja, kde napríklad v okrese Bratislava V došlo v rámci sledovaného obdobia k rastu iba o 0,7 %.

Tabuľka 1: Vývoj počtu obyvateľov v jednotlivých okresoch Bratislavského kraja v rokoch 2016 – 2019

Okres	Počet obyvateľov k roku 2016	Počet obyvateľov k roku 2019	Absolútny prírastok obyvateľov	Relatívny prírastok obyvateľov
Bratislava I	39 711	41 494	1 783	4,5 %
Bratislava II	113 646	115 938	2 291	2,0 %
Bratislava III	64 545	68 696	4 151	6,4 %
Bratislava IV	95 704	97 526	1 822	1,9 %
Bratislava V	110 820	111 640	820	0,7 %
Malacky	71 531	74 323	2 792	3,9 %
Pezinok	61 981	65 145	3 163	5,1 %
Senec	79 650	89 832	10 182	12,8 %

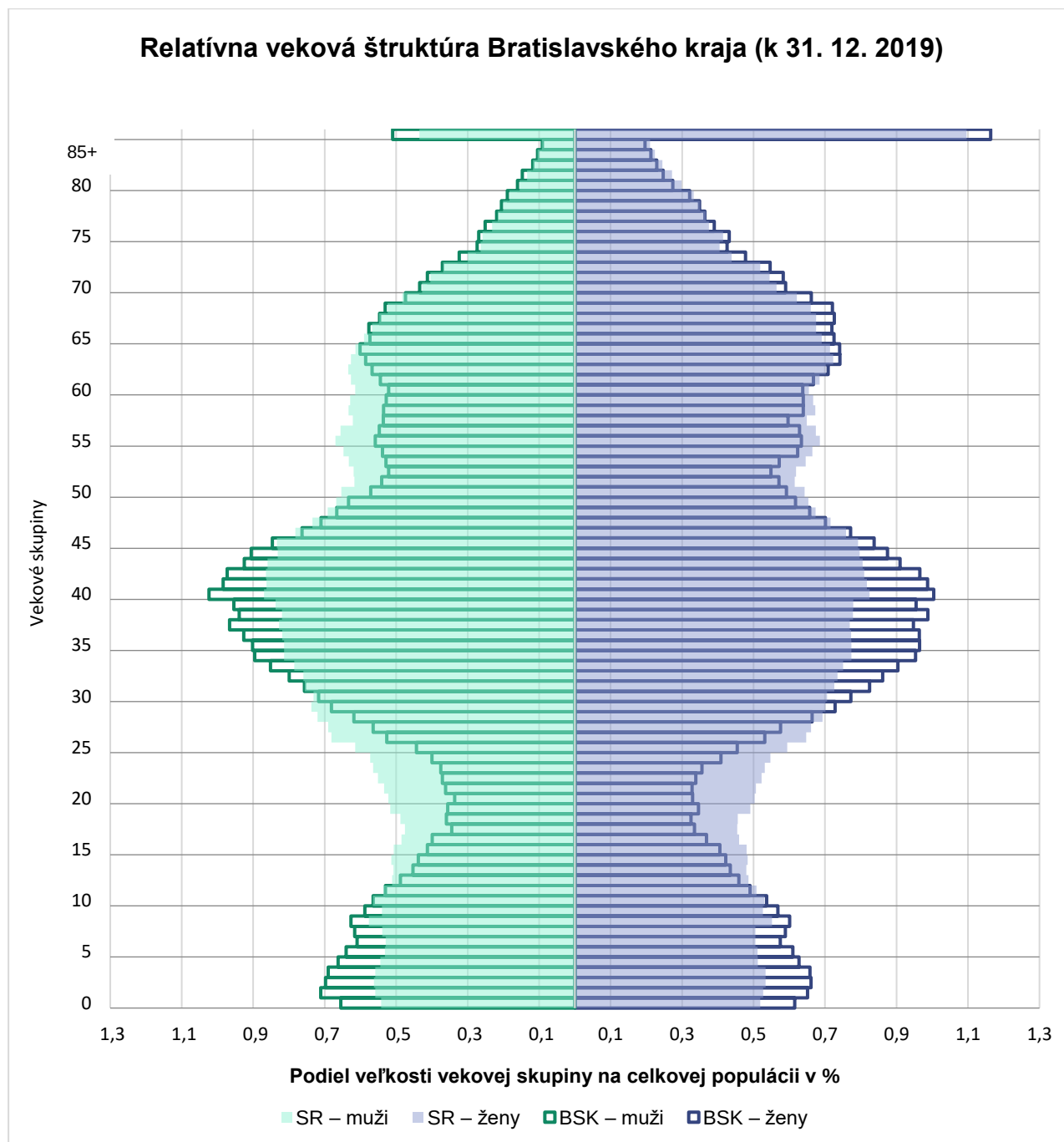
Zdroj: Štatistický úrad SR

Veková štruktúra

Na účely efektívneho strategického plánovania rozvoja kraja v oblasti zdravotníctva a zdravotníckej infraštruktúry sú kľúčové predovšetkým údaje o počte obyvateľov vo vybraných vekových skupinách, a to najmä s ohľadom na delenie populácie na predproduktívnu, produktívnu a postproduktívnu. S týmto cieľom bola konštruovaná veková pyramída, ktorá vypovedá o zložení populácie Bratislavského kraja k 31. 12. 2019, a to aj vo vzťahu k celkovej populácii Slovenskej republiky.

Priemerný vek obyvateľa kraja bol 40,97 roka (k 31. 12. 2019), čo je o 0,09 roka menej, než je priemerný vek v rámci SR. Obyvateľstvo Bratislavského kraja je teda mierne mladšie, než je celoslovenský priemer. Veková pyramída potom dokazuje, že obyvateľstvo kraja má oproti populácii SR nižšie zastúpenie obyvateľstva v produktívnom veku v rozmedzí 15 až 30 rokov. Naopak, v BSK je viac zastúpená veková skupina obyvateľstva vo veku 30 až 45 rokov. Čo sa týka zastúpenia detí, aj tu možno nájsť určité rozdiely oproti celorepublikovej populačnej štruktúre. Zatiaľ čo vo vekovej skupine 0 až 10 rokov možno pozorovať výraznejšie zastúpenie žien i mužov v BSK v porovnaní s celkovou populáciou SR, v populácii vo vekovom rozmedzí 10 až 15 rokov sa v BSK zastúpenie detí mierne znižuje. V nasledujúcich rokoch potom možno predpokladať, že v BSK sa bude prejavovať všeobecný trend znižovania podielu obyvateľov v predproduktívnom veku, ktorý bude sprevádzaný zvyšovaním podielu obyvateľov v postproduktívnych vekových kategóriách (viac pozrite ďalej).

Graf 2: Relatívna veková štruktúra Bratislavského kraja podľa pohlavia za jednoročné vekové intervaly (k 31. 12. 2019)



Zdroj: Vlastné spracovanie, Štatistický úrad SR

V nasledujúcej tabuľke sú uvedené absolútne hodnoty počtu obyvateľov podľa kľúčových vekových skupín. V kategórii 0 – 14 rokov sa hodnoty v jednotlivých okresoch líšia v rozmedzí jedného až dvoch percentuálnych bodov na rozdiel od celoštátneho priemeru (15,8 %), a to okrem okresov Pezinok (18,5 %) a Senec (21,4 %). Tieto okresy súčasne patria k najrýchlejšie rastúcim bratislavským okresom (pozrite skôr) a sú demograficky najmladšie. Možno očakávať, že za inak nezmenených okolností budú práve tieto okresy najrýchlejšie rásť aj v ďalších rokoch (pozrite ďalej). Táto skutočnosť súvisí s dynamickými suburbanizačnými procesmi, keď dochádza k rozširovaniu predmestí a mení sa priestorové osídlenie, ktoré je charakteristické hromadným sťahovaním obyvateľov z centrálnych častí mesta na jeho okraj. Na tieto demografické procesy bude potrebné v nasledujúcich rokoch reagovať a prispôbiť tomu aj rozvoj občianskej vybavenosti. Vo vekovej kategórii 15 až 64 rokov možno sledovať výrazné rozdiely (o 2 a viac

percentuálnych bodov) oproti celorepublikovému priemeru (67,5 %) v troch okresoch – Bratislava I (62,4 %), Bratislava II (64,5 %) a Bratislava III (64,6 %). Tieto okresy sú demograficky najstaršie a nachádza sa v nich tiež najvyššie zastúpenie obyvateľov v postproduktívnom veku. Táto posledná veková skupina vo veku 65 a viac rokov je v populácii Slovenskej republiky zastúpená 16,6 % podielom. V Bratislavskom kraji je najvyššie zastúpenie obyvateľov vo veku 65 a viac rokov v okrese Bratislava I (21,1 %). Naopak, najnižšie zastúpenie postproduktívnej vekovej skupiny je sledované v okrese Senec (12,8 %).

Tabuľka 2: Rozdelenie obyvateľov podľa vekových skupín a okresov Bratislavského kraja (31. 12. 2019)

Okres	0 – 14 rokov	%	15 – 64 rokov	%	65 a viac rokov	%	celkovo
Bratislava I	6 905	16,4 %	26 130	62,4 %	8 858	21,1 %	41 972
Bratislava II	18 987	16,3 %	74 984	64,5 %	22 252	19,1 %	116 304
Bratislava III	11 965	17,2 %	44 898	64,6 %	12 616	18,1 %	69 561
Bratislava IV	15 926	16,2 %	63 984	65,4 %	17 882	18,3 %	97 874
Bratislava V	18 148	16,2 %	74 661	66,5 %	19 530	17,4 %	112 422
Malacky	13 334	17,9 %	49 747	66,6 %	11 580	15,5 %	74 745
Pezinok	12 115	18,5 %	43 261	65,9 %	10 217	15,6 %	65 677
Senec	19 579	21,4 %	60 275	65,8 %	11 758	12,8 %	91 699
Slovenská republika	863 720	15,8 %	3 688 978	67,6 %	905 175	16,6 %	5 457 873

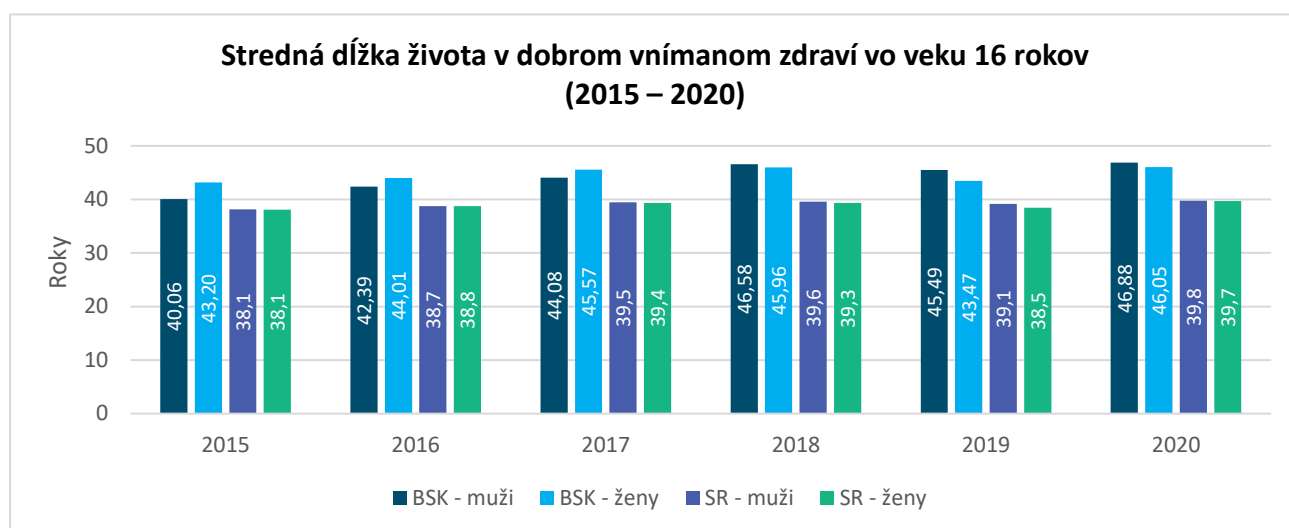
Zdroj: Štatistický úrad SR

Stredná dĺžka života v zdraví

Všeobecne sa dá povedať, že obyvatelia Slovenskej republiky majú v porovnaní s ostatnými štátmi Európskej únie tretiu najkratšiu dĺžku života v zdraví. Agentúra Eurostat k roku 2019 udáva, že z priemernej strednej dĺžky života s dĺžkou 80,7 roka je priemerný občan Slovenskej republiky v zdraví 55,6 roka. Priemer EÚ je pritom na úrovni 64 zdravých rokov pri strednej dĺžke života na úrovni 83,5 roka.

Štatistický úrad SR sleduje ukazovateľ stredná dĺžka života v dobrom vnímanom zdraví vo veku. Tento ukazovateľ vzrástol v rokoch 2015 – 2020 tak u mužov, ako aj u žien, a to o 17 %, resp. 6,6 %. Stredná dĺžka života v dobrom vnímanom zdraví je výrazne vyššia v BSK ako vo zvyšku SR.

Graf 3: Stredná dĺžka života v dobrom vnímanom zdraví vo veku 16 rokov (2015 – 2020)



Zdroj: Štatistický úrad SR

Stredná dĺžka života

V tabuľke nižšie je prezentované medziokresné porovnanie a vývoj z hľadiska strednej dĺžky života. Ide o najviac agregovaný demografický údaj vypovedajúci o celkovom zdravotnom stave populácie, na ktorý má vplyv celý rad faktorov. Z tabuľky nižšie je zrejmé, že obyvatelia BSK mužského aj ženského pohlavia sa priemerne dožívajú vyššieho veku v porovnaní s celou Slovenskou republikou, a to o 1 až 2 roky života. Možno teda očakávať, že na základe tohto demografického údajja budú obyvatelia BSK v priemere zdravší, a to napr. z dôvodu vyššieho hrubého domáceho produktu na obyvateľa (vyššieho životného štandardu) alebo ľahšieho prístupu k zdravotným službám. V posledných troch rokoch sa potom stredná dĺžka života najviac zvýšila v okrese Bratislava II. Naopak, v okrese Malacky došlo k miernemu zhoršeniu, a to na priemerné hodnoty Slovenskej republiky.

Tabuľka 3: Stredná dĺžka života v jednotlivých okresoch Bratislavského kraja v rokoch 2016 a 2019

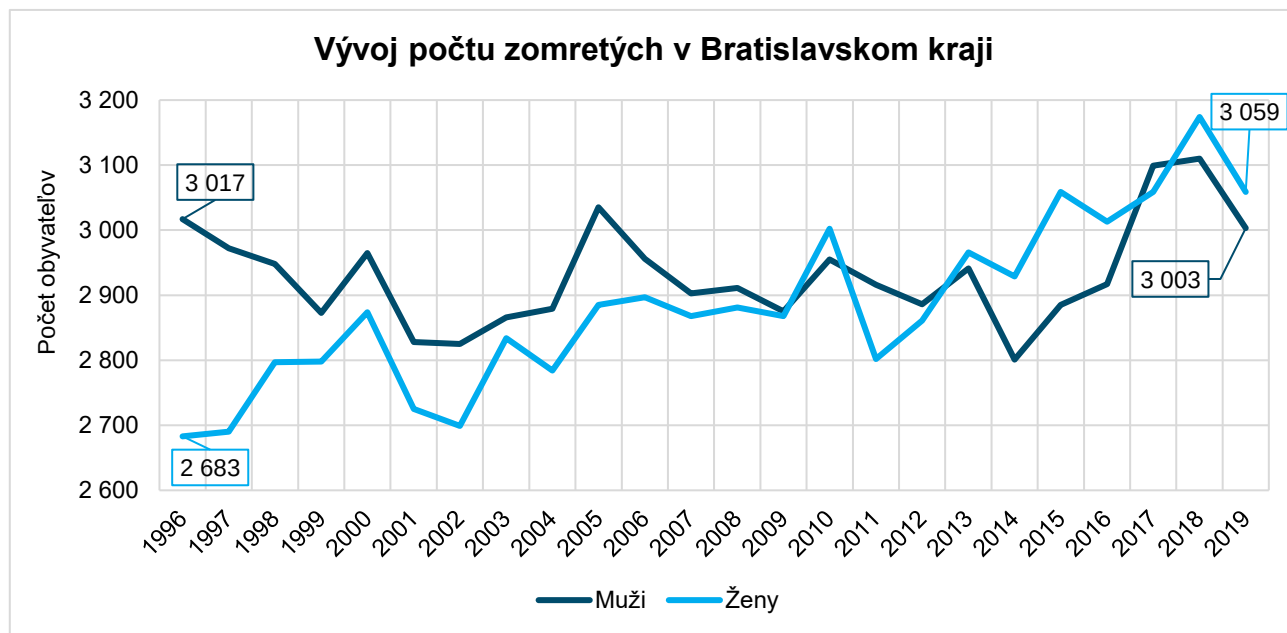
Okres	2016		2019	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
Bratislava I	75,1 – 76,9	80,6 – 81,5	75,1 – 77,2	81,1 – 82,9
Bratislava II	73,6 – 75	81,6 – 82,3	75,1 – 77,2	81,1 – 82,9
Bratislava III	75,1 – 76,9	80,6 – 81,5	75,1 – 77,2	81,1 – 82,9
Bratislava IV	75,1 – 76,9	81,6 – 82,3	75,1 – 77,2	81,1 – 82,9
Bratislava V	73,6 – 75	80,6 – 81,5	74,1 – 75	80,1 – 81
Malacky	73,6 – 75	79,6 – 80,5	73,1 – 74	80,1 – 81
Pezinok	75,1 – 76,9	80,6 – 81,5	75,1 – 77,2	81,1 – 82,9
Senec	75,1 – 76,9	80,6 – 81,5	75,1 – 77,2	81,1 – 82,9
Slovenská republika	73,7	80,4	74,3	80,8

Zdroj: Štatistický úrad SR

Úmrtnosť

Celková úmrtnosť vykazuje v posledných rokoch skôr stagnujúcu tendenciu. U žien na území Bratislavského kraja je možné pozorovať mierny negatívny trend, t. j. vzostupnú tendenciu úmrtnosti pri tomto pohlaví, ktorá je však determinovaná najmä prirodzenými populačnými procesmi, teda starnutím početnejších populačných ročníkov. S ohľadom na rastúcu priemernú strednú dĺžku života v BSK sa nedá predpokladať, že by táto skutočnosť bola spôsobená inými než prirodzenými populačnými faktormi.

Graf 4: Vývoj počtu zomretých podľa pohlavia v Bratislavskom kraji v rokoch 1996 – 2019 (k 31. 12. 2019)

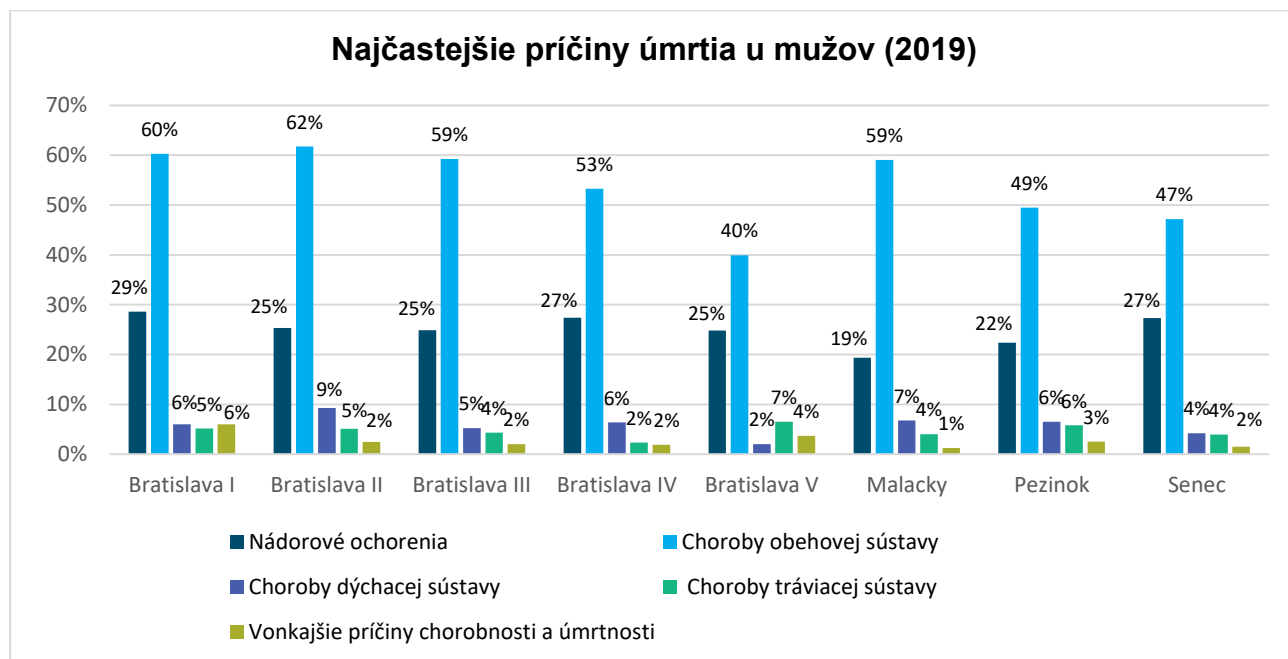


Zdroj: Štatistický úrad SR

Najčastejšie príčiny úmrtia na území SR sú všeobecne u mužov aj žien spôsobené primárne chorobami obehovej sústavy (rovnako tak v Bratislavskom kraji). Nasledujú nádorové ochorenia a choroby dýchacej sústavy. U mužov sú štvrtou najčastejšou príčinou úmrtí tzv. vonkajšie príčiny, medzi ktoré patria najmä pracovné a mimopracovné úrazy, úrazy pri vedení motorových vozidiel, samovraždy a iné. U žien sú potom na štvrtom mieste príčin, ktoré spôsobujú smrť, choroby tráviacej sústavy. Z grafov nižšie je zrejmé, že príčiny úmrtia v jednotlivých okresoch BSK sa významnejšie neodlišujú od celorepublikového priemeru.

V tabuľke nižšie sú prezentované najčastejšie príčiny úmrtia u mužov, a to za rok 2019. Z grafického zobrazenia nižšie je zrejmé, že úplne dominantnou príčinou úmrtí sú choroby obehovej sústavy, ktoré boli vo všetkých okresoch prevažujúcou príčinou úmrtí v 40 až 62 % prípadov.

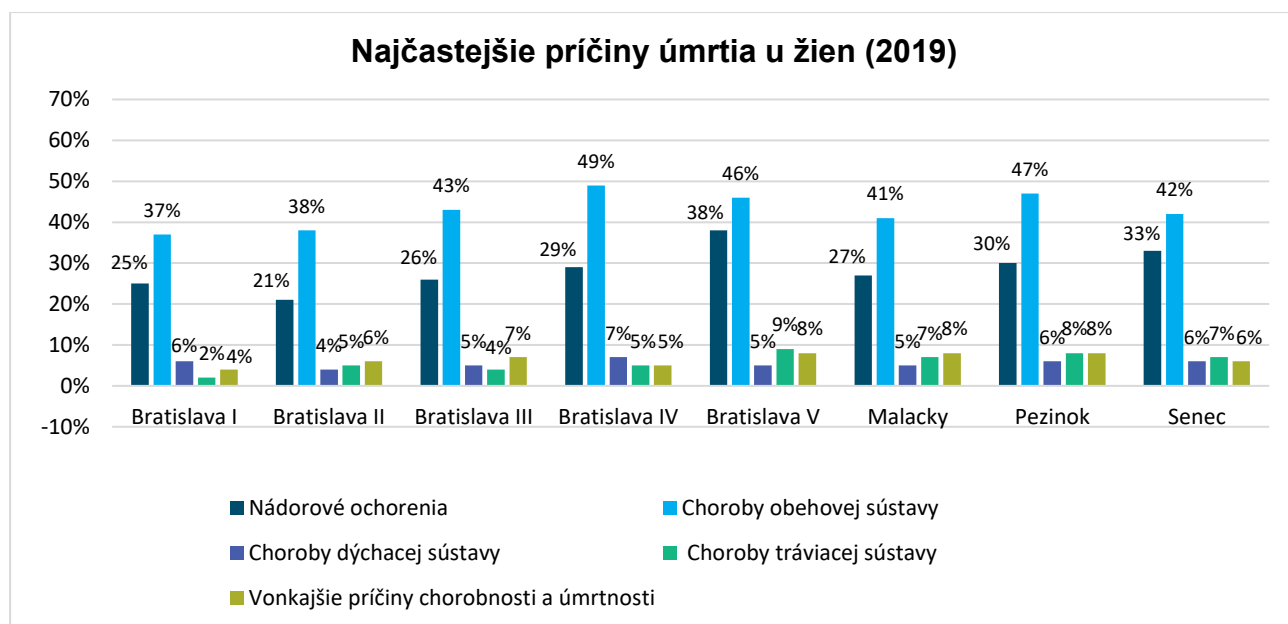
Graf 5: Najčastejšie príčiny úmrtia v roku 2019 – muži



Zdroj: Vlastné spracovanie, Štatistický úrad SR

V tabuľke nižšie sú prezentované najčastejšie príčiny úmrtia u žien podľa okresov BSK, a to za rok 2019. Z grafického zobrazenia nižšie je zrejmé, že u žien sú príčiny úmrtí viac vyrovnané ako u mužov. Napriek tomu dominantnou príčinou úmrtia boli takisto choroby obehovej sústavy, ktoré boli vo všetkých okresoch prevažujúcou príčinou úmrtí v 37 až 49 % prípadov.

Graf 6: Najčastejšie príčiny úmrtia v roku 2019 – ženy



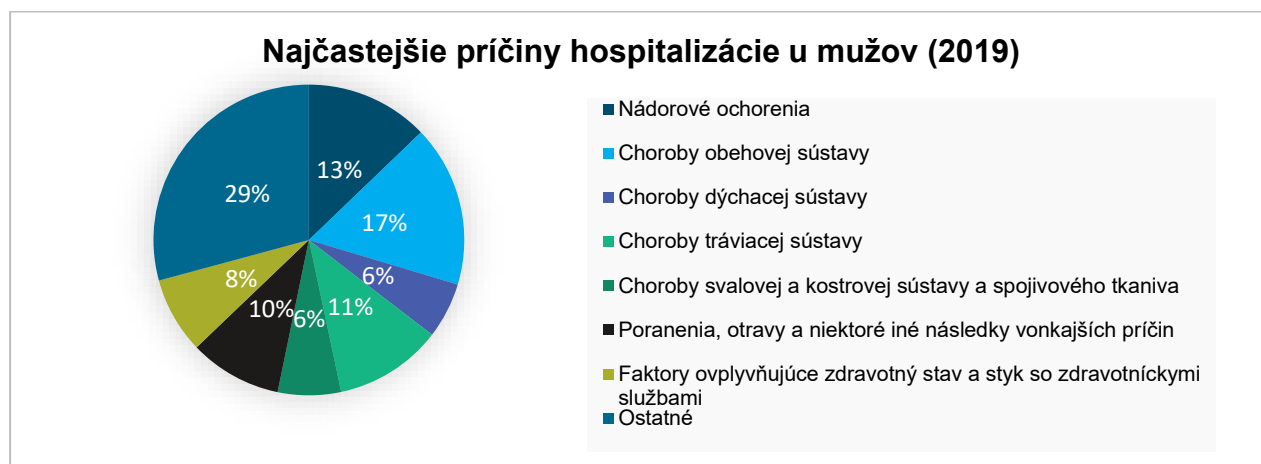
Zdroj: Vlastné spracovanie, Štatistický úrad SR

Hospitalizácie

Podľa dostupných údajov sa príčiny hospitalizácie medzi mužmi a ženami pomerne líšia. V roku 2019 bolo 17 % mužov hospitalizovaných z dôvodu chorôb obehovej sústavy. Druhou najčastejšou príčinou hospitalizácie boli nádorové ochorenia (13 %) a na treťom mieste boli choroby tráviacej sústavy (11 %). Ženy

potom boli hospitalizované najčastejšie z nasledujúcich dôvodov: tehotenstvo, pôrod a šestonedelie (17 %), nádorové ochorenia (12 %) a ďalšie faktory ovplyvňujúce zdravotný stav (8 %). Ide napríklad o hospitalizácie z dôvodu zdravotných vyšetrení, hospitalizácie súvisiace s gynekologickými problémami a pod. V nasledujúcom grafickom znázornení sú predstavené najčastejšie príčiny hospitalizácie u mužov za rok 2019.

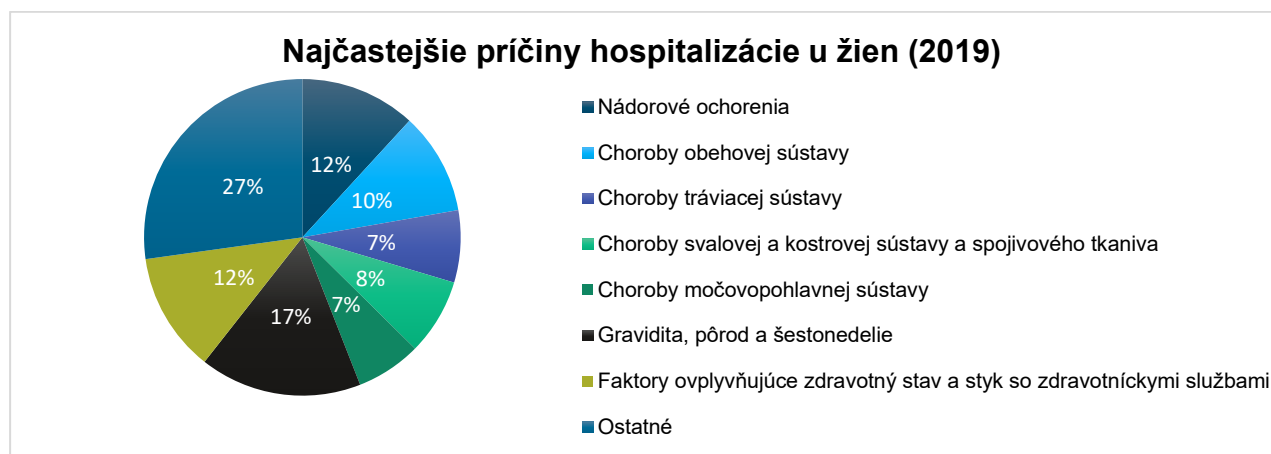
Graf 7: Najčastejšie príčiny hospitalizácie v roku 2019 – muži⁷



Zdroj: Vlastné spracovanie, NCZI

V nasledujúcom grafickom znázornení sú predstavené najčastejšie príčiny hospitalizácie u žien za rok 2019.

Graf 8: Najčastejšie príčiny hospitalizácie v roku 2019 – ženy



Zdroj: Vlastné spracovanie, NCZI

Pracovná neschopnosť

⁷ Faktory ovplyvňujúce zdravotný stav a styk so zdravotnými službami – Položky Z00 – Z99 sú určené pre prípady, keď sa okolnosti iné ako choroba, poranenie a vonkajšia príčina klasifikovateľná pod položkami A00 – Y89 registrujú ako „diagnózy“ alebo „problémy“. Môže sa to stať najmä v dvoch prípadoch: Keď osoba, ktorá môže, ale nemusí byť aktuálne chorá, vyhľadá zdravotné služby s určitým cieľom, napríklad kvôli základnému ošetrovaniu, ako darca orgánu alebo tkaniva, na profylaktickú vakcináciu alebo na pohovor o probléme, ktorý sám osebe nie je chorobou alebo poranením, alebo keď určitá okolnosť alebo problém ovplyvňuje zdravotný stav osoby, ale nie je to prebiehajúca choroba alebo poranenie. Takéto faktory sa môžu objaviť počas prehliadok obyvateľstva, keď osoba môže, ale nemusí byť aktuálne chorá, alebo sa zjavujú ako dodatočné faktory v priebehu liečenia nejakej choroby alebo poranenia.

S ohľadom na priemerné percento dočasnej práceneschopnosti je zrejmé, že obyvatelia BSK čerpajú práceneschopnosť v menšej miere ako obyvatelia ostatných krajov.

Tabuľka 4: Pracovná neschopnosť (2018 – 2020)

	V roku 2018	V roku 2019	V roku 2020
Bratislavský kraj	2,3 %	2,3 %	2,6 %
Trnavský kraj	4,1 %	4,1 %	4,8 %
Trenčiansky kraj	4,3 %	4,3 %	5,2 %
Nitriansky kraj	3,8 %	3,8 %	4,5 %
Žilinský kraj	4,4 %	4,4 %	5,4 %
Banskobystrický kraj	3,4 %	3,5 %	3,9 %
Prešovský kraj	4,7 %	4,6 %	5,7 %
Košický kraj	3,9 %	3,8 %	4,5 %
Celoštátny priemer	3,8 %	3,7 %	4,5 %

Zdroj: Sociálna poisťovňa

Čakacie lehoty na operácie

Dôležitým determinantom, ktorý ovplyvňuje zdravotný stav populácie, je dĺžka čakacích lehôt na operačné zákroky. Čím dlhšie pacient čaká na zákrok, tým viac hrozí, že mu zdravotná starostlivosť bude poskytnutá príliš neskoro. V tejto súvislosti je, samozrejme, optimálne, aby boli čakacie lehoty čo najkratšie, na čo negatívne zapôsobila pandémia ochorenia COVID-19, ktorá bola príčinou odkladu mnohých operačných zákrokov. V rámci nasledujúcej tabuľky je uvedený prehľad čakacích lehôt v nemocničných zariadeniach, ktorých zriaďovateľom je Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky (okrem Psychiatrickej nemocnice Philippa Pinela).

Na základe verejne dostupných informácií sa zistilo, že priemerná dĺžka čakania na operačný zákrok bola k aprílu 2021 na úrovni 39 dní. Najdlhšie boli nútení čakať dospelí pacienti, a to na ortopedické zákroky.

Tabuľka 5: Prehľad čakacích lehôt na vybrané operačné zákroky podľa zariadenia (apríl 2021)⁸

Nemocnice/typ operačného zákroku	Univerzitná nemocnica Bratislava		Národný ústav detských chorôb		Národný onkologický ústav Bratislava	
	Počet aktuálne plánovaných operácií	Čakacia lehota	Počet plán. operácií	Čakacia lehota	Počet plán. operácií	Čakacia lehota
Chirurgia	565	29 dní	-	-	48	27 dní
Gynekológia a pôrodníctvo	382	24 dní	-	-	-	-
Ortopédia	294	84 dní	111	21 dní	-	-
Otorinolaryngológia	210	47 dní	-	-	-	-
Urológia	429	37 dní	-	-	-	-

⁸ Tabuľka vychádza z dát dostupných na webových stránkach zdravotnej poisťovne k aprílu 2021.

Tabuľka 6: Prehľad čakacích lehôt na vybrané operačné zákroky podľa okresu⁹

Rok	Okres	Odbornosť	Priemerné čakanie v dňoch	Rok	Okres	Odbornosť	Priemerné čakanie v dňoch
2015	Bratislava I	kardiochirurgia	107	2017	Malacky	ortopédia	202
	Bratislava I	angiológia	34		Pezinok	ortopédia	83
	Bratislava I	arytmia a koronárna jednotka	136	2018	Bratislava I	ortopédia	166
	Bratislava II	ortopédia	161		Bratislava II	úrazová chirurgia	153
	Bratislava III	ortopédia	156		Bratislava II	ortopédia	345
	Bratislava IV	úrazová chirurgia	91		Bratislava III	ortopédia	65
	Bratislava IV	arytmia a koronárna jednotka	13		Bratislava IV	ortopédia	180
	Bratislava IV	oftalmológia	56		Bratislava V	úrazová chirurgia	186
	Bratislava IV	ortopédia	230		Bratislava V	ortopédia	224
	Bratislava V	ortopédia	126		Malacky	ortopédia	146
	Bratislava V	úrazová chirurgia	128		Pezinok	ortopédia	213
	Malacky	ortopédia	101		Senec	úrazová chirurgia	65
	Pezinok	úrazová chirurgia	283		Bratislava I	úrazová chirurgia	286
	Pezinok	ortopédia	192		Bratislava I	ortopédia	344
	Senec	ortopédia	190		Bratislava II	ortopédia	577
2016	Bratislava II	neurochirurgia	268		Bratislava III	ortopédia	166
	Bratislava II	úrazová chirurgia	78	2019	Bratislava III	úrazová chirurgia	14
	Bratislava II	ortopédia	123		Bratislava IV	ortopédia	121
	Bratislava III	ortopédia	107		Bratislava V	ortopédia	207
	Bratislava IV	ortopédia	693		Malacky	ortopédia	214
	Bratislava IV	úrazová chirurgia	87		Pezinok	ortopédia	43
	Bratislava V	ortopédia	211		Pezinok	úrazová chirurgia	234
	Bratislava V	arytmia a koronárna jednotka	36		Senec	ortopédia	119
	Malacky	ortopédia	158	2020	Bratislava I	ortopédia	336
	Malacky	kardiochirurgia	35		Bratislava II	úrazová chirurgia	309
	Pezinok	kardiochirurgia	1 884		Bratislava II	ortopédia	356
	Senec	ortopédia	84		Bratislava III	úrazová chirurgia	309
2017	Bratislava I	ortopédia	164		Bratislava IV	ortopédia	337
	Bratislava II	úrazová chirurgia	369		Bratislava V	ortopédia	409
	Bratislava II	ortopédia	116		Malacky	ortopédia	279
	Bratislava III	ortopédia	174		Senec	ortopédia	320
	Bratislava IV	úrazová chirurgia	292	2021	Bratislava I	úrazová chirurgia	35

⁹ Tabuľka vychádza z dát zverejnených Union zdravotnou poisťovňou. Dáta za Všeobecnú zdravotnú poisťovňu neboli k dispozícii.

Rok	Okres	Odbornosť	Priemerné čakanie v dňoch	Rok	Okres	Odbornosť	Priemerné čakanie v dňoch
	Bratislava IV	ortopédia	199		Bratislava III	úrazová chirurgia	58
	Bratislava V	ortopédia	171		Bratislava IV	ortopédia	35
	Bratislava V	úrazová chirurgia	146		Senec	ortopédia	188

Zdroj: Union zdravotná poisťovňa, a.s.

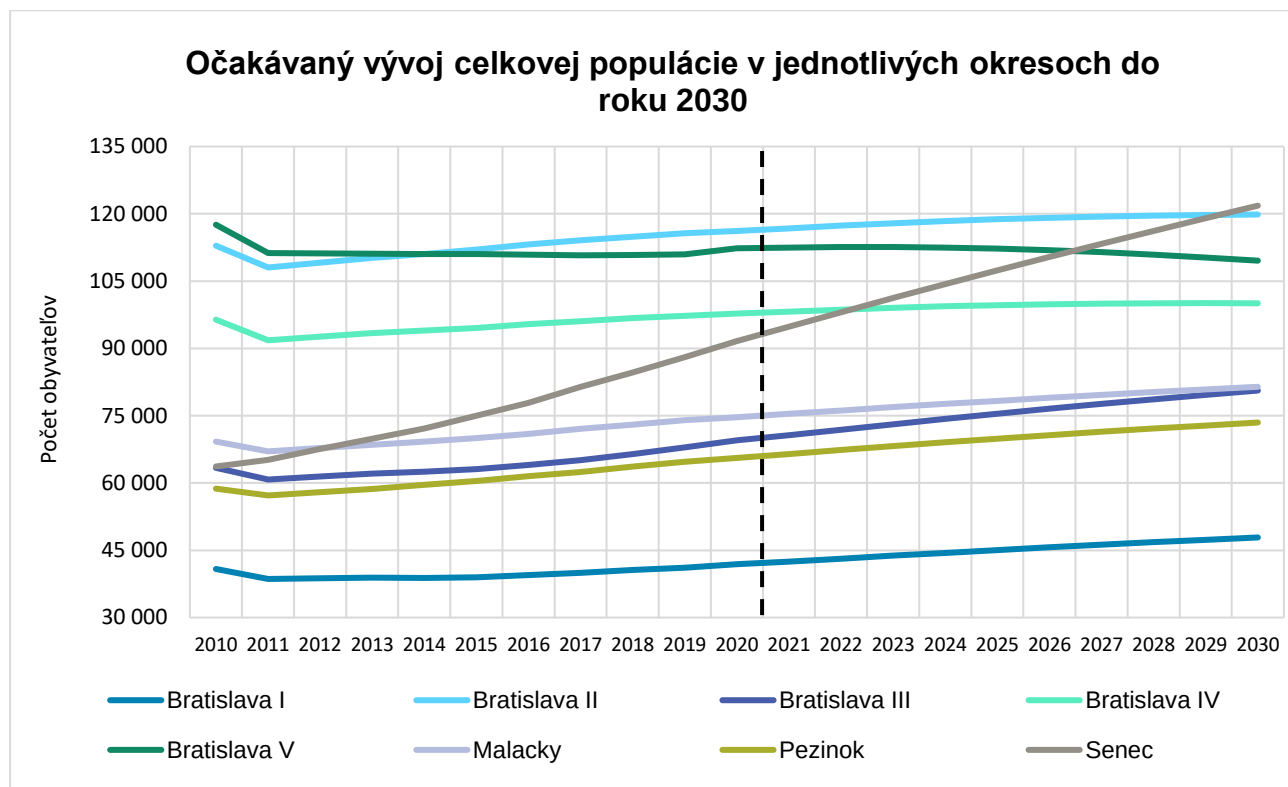
1.2.1.2 Predikcia vývoja počtu obyvateľov

Predikovaný vývoj počtu obyvateľov a analýza ich vekovej štruktúry je jedným z určujúcich faktorov definujúcich špecifické potreby obyvateľstva v oblasti zdravotníctva. Pri vytváraní predikcie vývoju počtu obyvateľov bola využitá súdržne kompetentná metóda, keď boli prevzaté špecifické miery plodnosti a úmrtnosti, na základe ktorých bol odhadnutý populačný vývoj za inak nezmenených okolností, a to na základe demografického vývoja v minulých rokoch.

Nasledujúce grafické znázornenie predstavuje predikovaný vývoj celkovej populácie v jednotlivých okresoch Bratislavského kraja. Demografická analýza, z ktorej bolo vychádzané pri predikovaní budúceho vývoju obyvateľstva, pracuje so súčasným trendom migrácie obyvateľov. Migrácia tvorí kľúčovú zložku populačného vývoja, a to aj napriek tomu, že ide o veľmi pohyblivú zložku v čase, ktorú nemožno najmä v dlhšom časovom horizonte spoľahlivo odhadovať, pretože ju ovplyvňuje celý rad faktorov (ekonomických, sociálnych a pod.).

Z nasledujúceho grafického znázornenia je zrejmé, že je očakávaný, a to za inak nezmenených okolností, ďalší rast počtu obyvateľov vo všetkých bratislavských okresoch. Jedinou výnimkou je okres Bratislava V, kde by malo dôjsť k poklesu počtu obyvateľov na 109-tis. v roku 2030 (v roku 2019 tu žilo 111 640 obyv.). Opačný trend je potom možné pozorovať najmä pri okrese Senec, kde by za inak nezmenených okolností malo dôjsť do roku 2030 k nárastu populácie na úroveň 121-tis. obyvateľov (t. j. došlo by k rastu o 25,7 % oproti roku 2019). Tento vývoj je však podmienený predpokladom zodpovedajúcej dynamiky v oblasti zmeny kapacity bytového fondu, ktorá nie je v demografickom modeli (pozrite vyššie) zaznamenaná. Napriek tomu možno očakávať vysoký rastový potenciál, a to najmä v okrese Senec, prípadne aj v ďalších menej centrálnych bratislavských regiónoch. Tieto skutočnosti je nutné brať do úvahy pri strategickom rozvoji zdravotných služieb v Bratislavskom regióne. V roku 2030 by potom podľa vykonanej predikcie malo v celom BSK žiť viac ako 734-tis. obyvateľov.

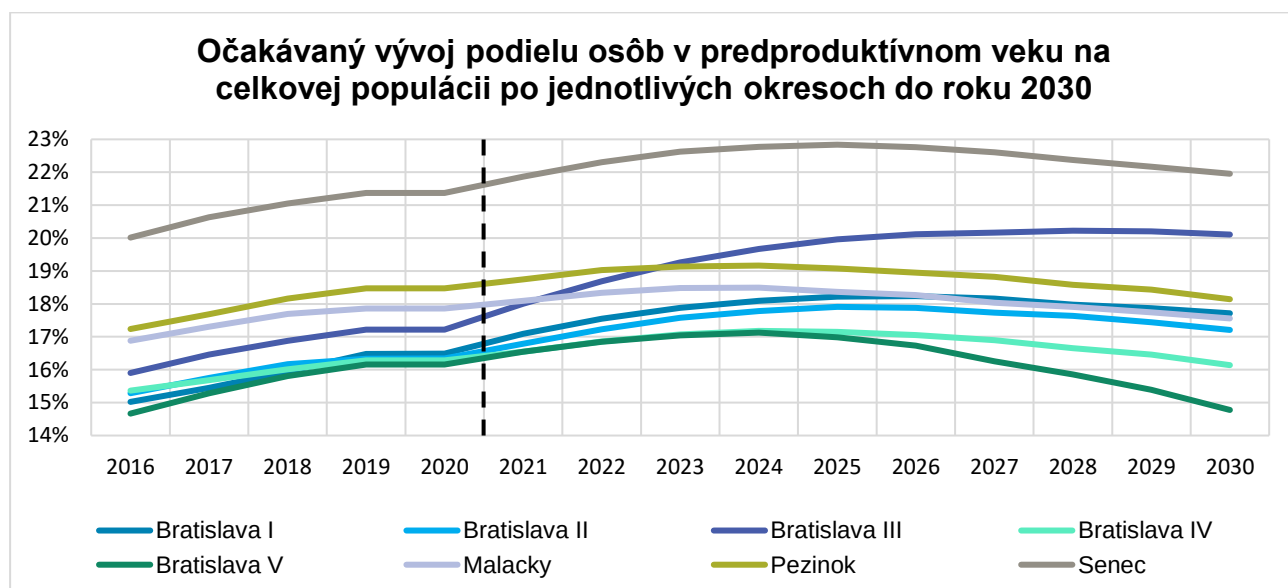
Graf 9: Očakávaný vývoj celkovej populácie v jednotlivých okresoch Bratislavského kraja do roku 2030



Zdroj: Vlastné spracovanie, Štatistický úrad SR

Predikcia bola ďalej zameraná na projekciu relatívneho zastúpenia jednotlivých vekových skupín, čo je prezentované v troch nižšie uvedených grafoch. V rámci vekovej kategórie 0 – 14 rokov je najprv vo väčšine okresov očakávaný rast podielu tejto vekovej skupiny, ktorý by mal dosiahnuť svoje lokálne maximum cca v roku 2025. Ďalej je očakávaná jeho stagnácia alebo mierny pokles. V okrese Bratislava V je očakávané zníženie podielu predproduktívnej generácie na celkovej populácii BSK zo 16 % v roku 2020 na 14 % v roku 2030. Pre okres Bratislava IV je potom predikované, že v roku 2030 bude v populácii približne rovnaké zastúpenie predproduktívnej vekovej kategórie ako v roku 2020. Pri všetkých ostatných okresoch je do roku 2030 predpokladaný nárast podielu osôb vo veku 0 – 14 rokov oproti súčasnej úrovni.

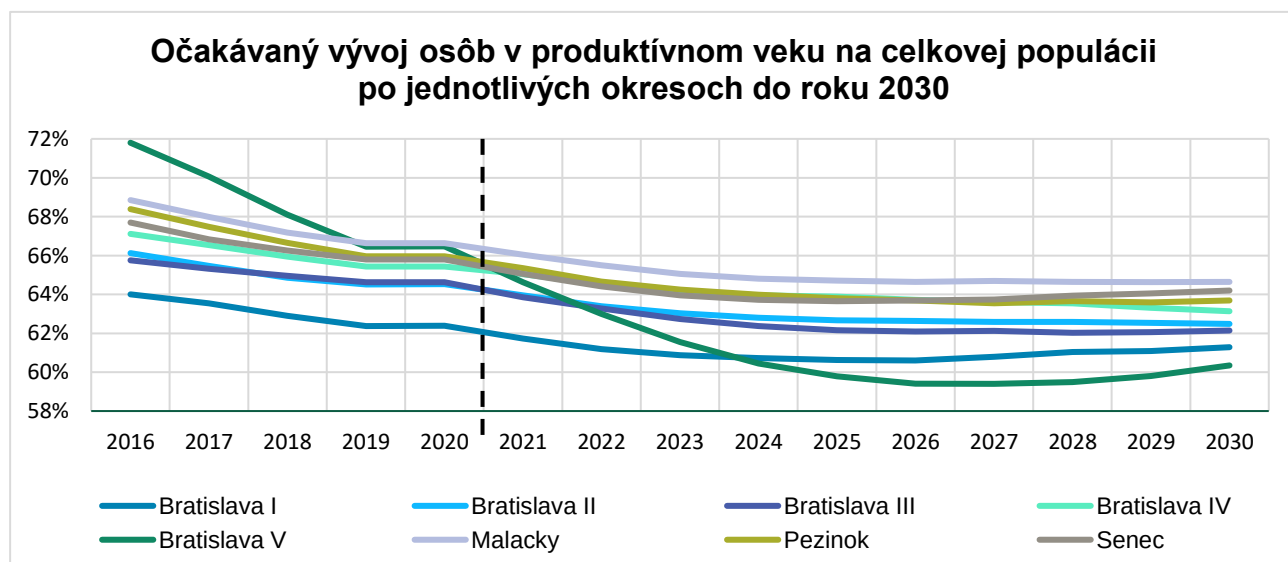
Graf 10: Očakávaný vývoj podielu osôb v predproduktívnom veku na celkovej populácii po jednotlivých okresoch Bratislavského kraja do roku 2030



Zdroj: Vlastné spracovanie, Štatistický úrad SR

V grafe nižšie je prezentovaná predikcia vývoja podielu osôb v produktívnom veku na celkovej populácii v jednotlivých bratislavských okresoch. Je zrejmé, že podiel vekovej skupiny vo veku 15 – 64 rokov by sa mal znižovať vo všetkých sledovaných okresoch, a najviac v okrese Bratislava V, kde je očakávaný pokles podielu produktívnej generácie o šesť percentuálnych bodov, a to na úroveň 60 % v roku 2030. V ostatných okresoch by tento pokles nemal byť oproti súčasnému stavu taký výrazný a mal by sa pohybovať na úrovni jedného až dvoch percentuálnych bodov.

Graf 11: Očakávaný vývoj osôb v produktívnom veku na celkovej populácii po jednotlivých okresoch Bratislavského kraja do roku 2030

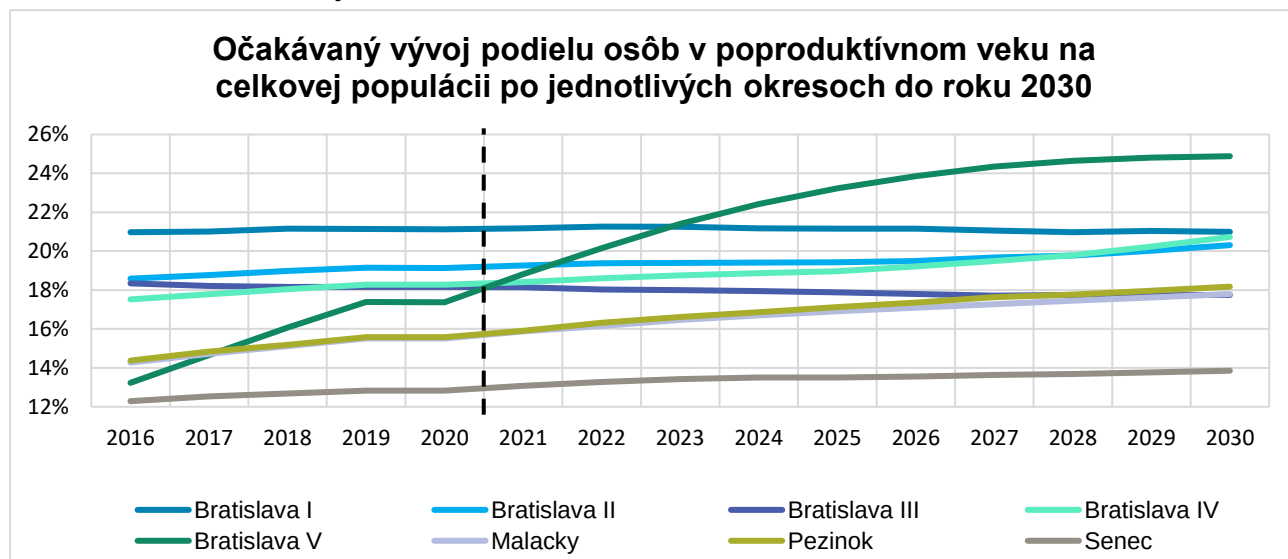


Zdroj: Vlastné spracovanie, Štatistický úrad SR

V nasledujúcom grafe je prezentovaná predikcia vývoja podielu osôb v postproduktívnom veku na celkovej populácii v jednotlivých bratislavských okresoch. V rámci vekovej kategórie 65 a viac rokov je očakávaná stagnácia alebo mierny rast podielov osôb v tejto vekovej skupine o 0,5 až 1,5 percentuálneho bodu v okresoch Bratislava I, Bratislava II, Bratislava III a Bratislava V. V zostávajúcich okresoch je k roku 2030

očakávaný nárast tejto vekovej kategórie oproti stavu v roku 2020 o dva a viac percentuálnych bodov. Najrýchlejšie by potom mal starnúť okres Bratislava V, v ktorom sa očakáva nárast podielu skupiny obyvateľov vo veku 65 a viac rokov o viac ako sedem percentuálnych bodov v porovnaní s rokom 2020.

Graf 12: Očakávaný vývoj podielu osôb v poproduktívnom veku na celkovej populácii po jednotlivých okresoch Bratislavského kraja do roku 2030



Zdroj: Vlastné spracovanie, Štatistický úrad SR

Kľúčové zistenia – demografická analýza

Bratislavský kraj k 31. 12. 2019 evidoval celkovo 664 595 obyvateľov, teda oproti roku 1996 sa počet obyvateľov tu žijúcich zvýšil z hodnoty 618 290 obyvateľov o 7,5 %. Vo všetkých okresoch BSK potom došlo k nárastu počtu trvalo tu žijúcich osôb. Najvýraznejšie rástol počet obyvateľov v okrese Senec, kde len za obdobie 2016 – 2019 vzrástol počet obyvateľov o 11 %. Očakáva sa, že tento okres porastie najrýchlejšie aj v nasledujúcich rokoch. Tejto skutočnosti je nutné prispôbiť budúci rozvoj občianskej vybavenosti vrátane infraštruktúry a služieb v zdravotníctve, keď je všeobecne očakávaný intenzívny rast najmä menej centrálnych oblastí Bratislavského kraja.

Priemerný vek obyvateľa kraja bol 40,97 roka a je len mierne nižší ako priemerný vek priemerného občana Slovenskej republiky. Stredná dĺžka života v Bratislavskom kraji v roku 2019 bola 75,5 roka u mužov a 81,8 roka u žien, čo je rádovo o jeden rok viac, ako je priemer Slovenskej republiky.

Veková pyramída ukazuje, že obyvateľstvo Bratislavského kraja má oproti populácii SR nižšie zastúpenie obyvateľstva v produktívnom veku v rozmedzí 15 až 30 rokov. Naopak, vo vekovej kategórii od 30 do 45 rokov dosahuje Bratislavský kraj vyššie percentuálne zastúpenie. V najstaršej vekovej skupine, teda 65 rokov a viac, sú viditeľné značné rozdiely medzi jednotlivými okresmi. V celej Slovenskej republike tvorí túto skupinu približne 16,6 % obyvateľstva. V okrese Bratislava I je to 21,1 %, kým v okrese Senec je to len 12,8 %.

Najčastejšie príčiny úmrtia v Bratislavskom kraji aj v celej Slovenskej republike sú choroby obehovej sústavy a nádorové ochorenia.

Demografická predikcia očakáva nárast počtu obyvateľov do roku 2030 vo všetkých okresoch Bratislavského kraja, pričom je očakávané pokračovanie trendu demografického starnutia populácie. Podiel obyvateľov vo vekovej skupine 65 rokov a viac rokov by sa mal zvýšiť z hodnoty 16,03 % (105 997 osôb) v roku 2020 na úroveň 20,44 % (134 154 osôb) v roku 2030.

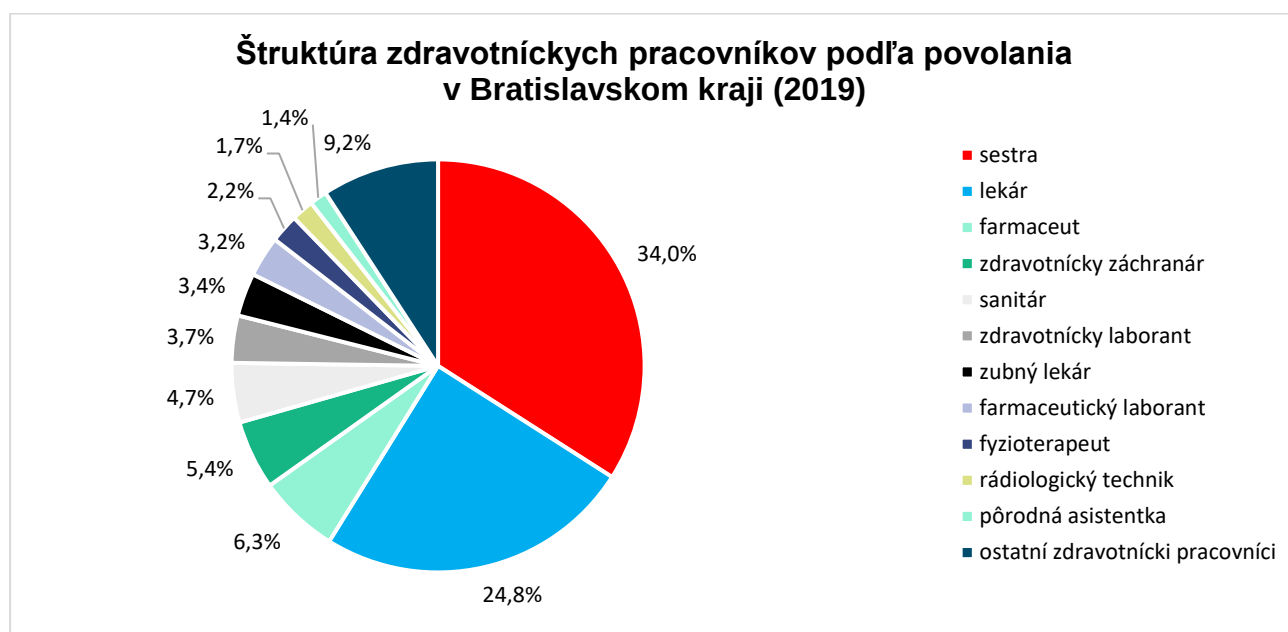
1.2.2 Kvantitatívna analýza súčasného stavu – ľudské zdroje

Táto kapitola predstavuje základné údaje a štatistiky v oblasti ľudských zdrojov v sektore zdravotníctva v Bratislavskom kraji, a to vrátane oblasti vzdelávania. Predmetom záujmu bolo určenie špecializácie a kapacity ľudských zdrojov, komparácia s ostatnými kraji Slovenskej republiky a veková štruktúra súčasných pracovníkov pôsobiacich v oblasti zdravotníctva.

1.2.2.1 Počty a štruktúra zdravotníckych pracovníkov

Oproti roku 2009 došlo v roku 2019 v Bratislavskom kraji k zvýšeniu celkového počtu zdravotníckych pracovníkov o 8,4 %, a to zo 16 031 zamestnancov v roku 2009 na úroveň 17 384 v roku 2019¹⁰. Zdravotníckou profesiou s najväčším zastúpením bola pracovná pozícia zdravotnej sestry. Zdravotné sestry v roku 2019 predstavovali viac ako 34 % zo všetkých zdravotných pracovníkov prítomných v Bratislavskom kraji.

Graf 13: Štruktúra zdravotníckych pracovníkov podľa povolania za rok 2019 v Bratislavskom kraji



Zdroj: Vlastné spracovanie, NCZI

V tabuľke nižšie je uvedená štruktúra lekárov (vyjadrená v úväzkoch) prítomných k 1. 1. 2021 v Bratislavskom kraji, a to v rámci tých profesií, ktoré sú vykonávané aspoň polovičným úväzkom. Z nižšie uvedeného je zrejmé, že najviac úväzkov zodpovedá odboru všeobecného lekárstva (475,6 celých úväzkov), vnútorného lekárstva (337,7 celých úväzkov), anestézie a intenzívnej medicíny (256,3 celých úväzkov) alebo gynekológie (227,8 celých úväzkov).

Tabuľka 7: Počet úväzkov v jednotlivých lekárskejších špecializáciách (2021)

Odbor	Počet úväzkov	Osôb	Odbor	Počet úväzkov	Osôb
všeobecné lekárstvo	475,6	504	pediatrická oftalmológia	12,7	15
vnútorné lekárstvo	337,7	518	onkológia v gynekológii	12,3	15
anestéziológia a intenzívna medicína	256,3	270	reumatológia	12,2	19

¹⁰ Celkový počet osôb zamestnaných v zdravotníctve v Bratislavskom kraji v roku 2019 bol 23 883. Toto číslo však obsahuje aj nezdravotnícke profesie ako napríklad administratívnych pracovníkov alebo technicko-hospodárskych pracovníkov a ďalších.

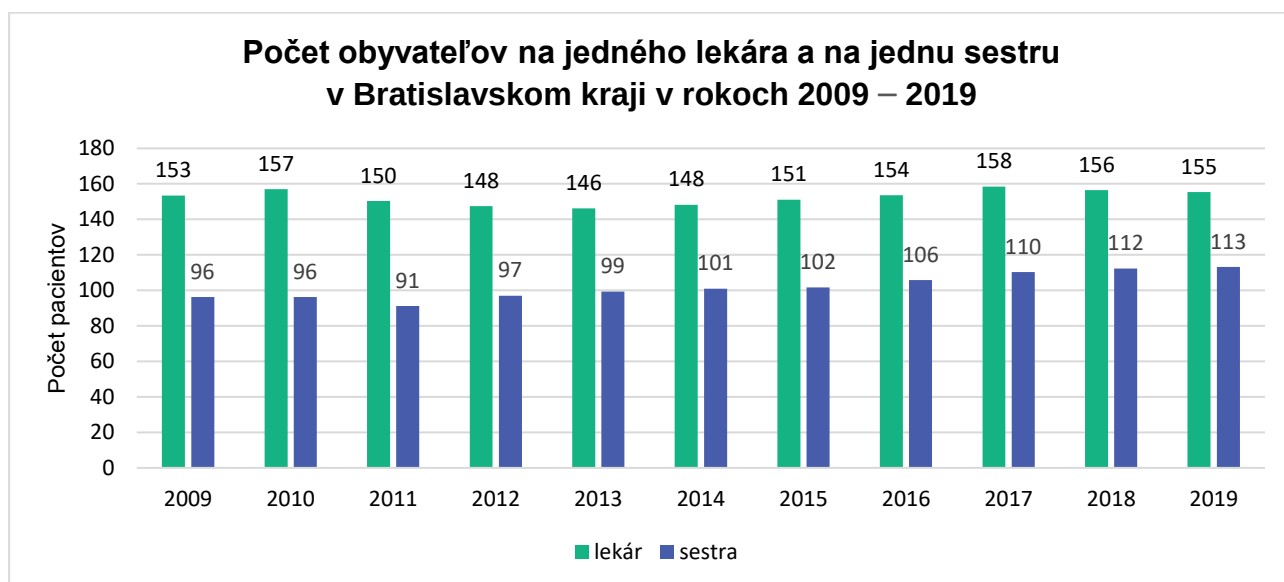
Odbor	Počet úväzkov	Osôb	Odbor	Počet úväzkov	Osôb
gynekológia a pôrodníctvo	227,8	263	pediatrická hematológia a onkológia	12,1	15
rádiológia	224,3	231	pediatrická otorinolaryngológia	11,7	15
chirurgia	193,3	226	hrudníková chirurgia	10,9	11
pediatria	160,4	200	pediatrická urológia	8,7	12
oftalmológia	136,3	146	detská dermatovenerológia	8,3	11
psychiatria	125,5	148	pediatrická infektológia	7,1	8
neuroológia	119,5	160	pediatrická ortopédia	7,0	9
všeobecná starostlivosť o deti a dorast	99,7	106	foniatria	7,0	7
ortopédia	92,2	108	klinická farmakológia	6,5	10
hematológia a transfuziológia	90,6	99	onkológia v chirurgii	5,7	9
kardiológia	90,1	116	maxilofaciálna chirurgia	5,2	5
dermatovenerológia	88,7	102	pediatrická intenzívna medicína	5,0	5
fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	87,5	93	gerontopsychiatria	5,0	6
otorinolaryngológia	74,2	89	intervenčná rádiológia	4,6	5
urológia	71,9	72	iná odbornosť	4,5	4
klinická onkológia	66,1	87	medicína drogových závislostí	4,4	6
neonatológia	55,1	70	algeziológia	3,6	8
gastroenterológia	53,1	68	akupunktúra	3,4	8
urgentná medicína	52,2	70	klinická mikrobiológia	3,3	5
geriatria	51,2	60	telovýchovné lekárstvo	2,9	5
patologická anatómia	50,4	66	korektívna dermatológia	2,8	3
úrazová chirurgia	42,6	55	pediatrická imunológia a alergiológia	2,5	4
úrazová chirurgia	42,6	55	tropická medicína	2,2	2
plastická chirurgia	39,9	52	ultrazvuk v gynekológii a pôrodníctve	2,1	10
pediatrická anestéziológia	36,9	40	paliatívna medicína	2,0	3
diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy	31,6	47	hepatológia	1,8	9
klinická imunológia a alergiológia	31,6	44	mikrochirurgia oka	1,8	2
infektológia	31,3	35	pediatrická pneumológia a ftizeológia	1,8	5
radiačná onkológia	30,2	33	neuropsychiatria	1,7	3
klinická biochémia	29,9	32	ortopedická protetika	1,6	4
neurochirurgia	27,7	32	pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	1,5	5
nefrológia	24,5	45	pediatrická nefrológia	1,4	3
detská chirurgia	24,3	32	dorastové lekárstvo	1,1	2
endokrinológia	23,6	32	epidemiológia	1,1	2
lekárska genetika	19,9	31	ultrazvukové vyšetrovacie metódy	1,1	5
pediatrická kardiológia	17,5	19	mamodiagnostika v rádiológii	1,0	1

Odbor	Počet úväzkov	Osôb	Odbor	Počet úväzkov	Osôb
cievna chirurgia	17,4	22	laboratórne a diagnostické metódy v klinickej imunológii a alergiológii	1,0	1
pediatrická urgentná medicína	17,0	17	preventívna závodná zdravotná služba	1,0	1
angiológia	17,0	23	funkčná diagnostika	0,7	2
kardiochirurgia	16,3	17	pediatrická endokrinológia a diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy	0,7	5
pediatrická neurológia	15,9	18	pediatrická gynekológia	0,7	2
nukleárna medicína	15,1	18	reprodukčná medicína	0,6	4
detská psychiatria	14,9	19	invazívna diagnostika a intervenčná liečba v kardiológii	0,5	5
pracovné lekárstvo	13,2	22	materno-fetálna medicína	0,5	3

Zdroj: Vlastné spracovanie, NCZI

V nasledujúcom grafickom znázornení je uvádzaný vývoj počtu lekárov a sestier zamestnaných na plný pracovný úväzok. Z uvedeného je zrejmé, že počet lekárov v Bratislavskom kraji vzrástol oproti roku 2009 o 5,9 %, a to zo 4 059 na 4 310. Pri prepočítaní celkového počtu obyvateľov na jedného lekára je však z dôvodu rastu počtu obyvateľov (pozrite demografickú analýzu) sledovaný mierny nárast, a to z úrovne 153 (v roku 2009) na úroveň 155 (v roku 2019) obyvateľov pripadajúcich na jedného lekára. Počet úväzkov zdravotných sestier v Bratislavskom kraji oproti tomu vykazoval v rokoch 2009 až 2019 významný pokles o 8,5 %, a to zo 6 467 na 5 919 zamestnancov. Pri prepočte obyvateľov na jednu zdravotnú sestru došlo oproti roku 2009 k vysokému nárastu sledovaného ukazovateľa (v roku 2009 pripadalo na jednu zdravotnú sestru 96 obyvateľov, v roku 2019 to bolo už 113). V prípade pokračujúceho trendu znižovania počtu zdravotných sestier môže vzhľadom na očakávaný rast počtu obyvateľov a trend demografického starnutia populácie dochádzať k významným problémom pri udržaní kvality a kvantity poskytovaných zdravotných služieb, a to aj vzhľadom na zvýšenie množstva úkonov, ktoré zdravotné sestry vykonávajú.

Graf 14: Počet obyvateľov na jedného lekára a na jednu sestru v Bratislavskom kraji v rokoch 2009 – 2019

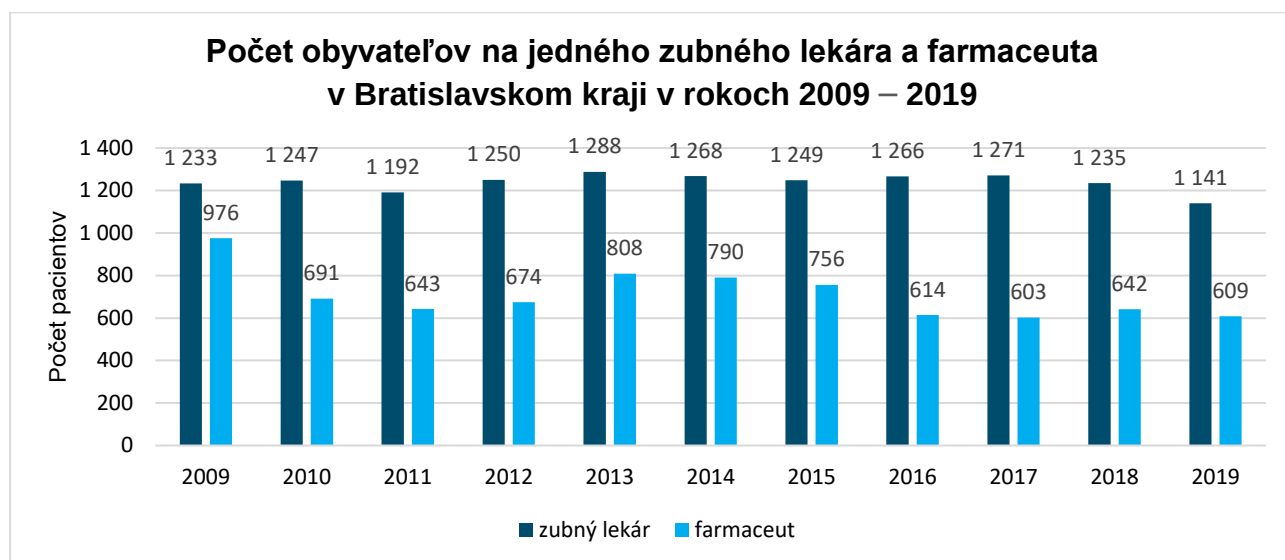


Zdroj: Vlastné spracovanie, NCZI

Z hľadiska vývoja počtu zubných lekárov a lekárnikov v rokoch 2009 až 2019 došlo v oboch sledovaných profesiách k rastu. V roku 2019 bolo v Bratislavskom kraji na plný úväzok zamestnaných 587 zubných lekárov, čo je takmer 14 % nárast oproti roku 2009. Počet obyvateľov na jedného zubného lekára (jeden

úvazok) sa teda znížil z 1 233 (2009) na 1 141 (2019). Dostupnosť služieb v oblasti zubného lekárstva sa v rámci sledovaného obdobia teda významne zvýšila. Rovnako tak významne rástol aj počet lekárnikov, k čomu dochádzalo v rámci sledovaného obdobia na celom území Slovenskej republiky. V Bratislavskom kraji sa počet lekárnikov zvýšil v rokoch 2009 až 2019 celkovo o 42 % (z 638 na 1 100). Na jeden plný úvazok lekárnika tak v roku 2019 pripadalo 609 obyvateľov (oproti 976 obyvateľom v roku 2009).

Graf 15: Počet obyvateľov na jedného zubného lekára a farmaceuta v Bratislavskom kraji v rokoch 2009 – 2019



Zdroj: Vlastné spracovanie, NCZI

V rámci nasledujúcej tabuľky bol Bratislavský kraj v rámci vybraných pracovných pozícií v oblasti zdravotníctva porovnávaný s vybranými slovenskými kraji, Slovenskou republikou a Českou republikou. Z nižšie uvedeného porovnania vychádza Bratislavský kraj najlepšie, a to v rámci všetkých uvádzaných zdravotníckych profesií, keď na jedného zdravotníckeho pracovníka pripadá oveľa menší počet pacientov ako napríklad v Trnavskom či Trenčianskom kraji. S ohľadom na celorepublikové hodnoty je to práve Bratislavský kraj, ktorý dlhodobo pozitívne ovplyvňuje priemerné štatistiky v oblasti zdravotníckeho personálu na území celej Slovenskej republiky. Aj v komparácii s priemernými hodnotami za Českú republiku pripadá v Bratislavskom kraji na jedného pracovníka v zdravotných službách menej pacientov. Súčasne je však nutné konštatovať, že Bratislava, a napokon aj celý Bratislavský kraj, má najmä s ohľadom na špecializované zákroky významnú spádovosť, teda tunajšie služby využívajú obyvatelia celej Slovenskej republiky, nie iba obyvatelia samotného Bratislavského kraja. To potvrdzujú aj dáta, keď 36,61 % pacientov hospitalizovaných v Bratislavskom kraji má trvalé miesto pobytu v inom kraji Slovenskej republiky (teda za zdravotným výkonom a následnou hospitalizáciou dochádzajú).

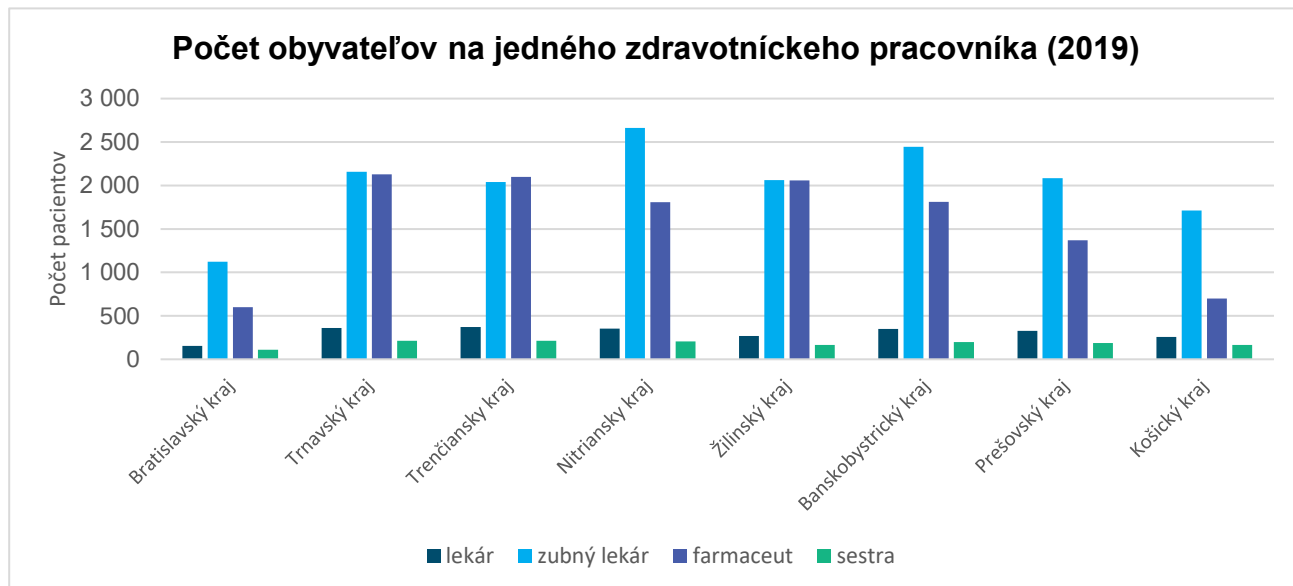
Tabuľka 8: Priemerný počet obyvateľov na jedného zamestnanca zdravotníckej starostlivosti v roku 2019

	Bratislavský kraj	Trnavský kraj	Trenčiansky kraj	Slovenská republika	Česká republika
Lekár	155	362	371	281	246
Zubný lekár	1 141	2 164	2 037	1 913	1 364
Farmaceut	609	2 132	2 095	1 223	1 458
Zdrav. sestra	113	213	212	174	125

Zdroj: Vlastné spracovanie, NCZI, Český statistický úřad

V rámci nasledujúceho grafu bol Bratislavský kraj v rámci vybraných pracovných pozícií v oblasti zdravotníctva porovnávaný so všetkými slovenskými krajinami. Napriek tomu, že pri prepočte obyvateľov na jednu zdravotnú sestru došlo oproti roku 2009 k vysokému nárastu sledovaného ukazovateľa, je na tom Bratislavský kraj najlepší.

Graf 16: Počet obyvateľov na jedného zdravotníckeho pracovníka (2019)



Zdroj: Vlastné spracovanie, NCZI

Z nasledujúcej tabuľky vyplýva, že nemocnice Bratislavského kraja sú v prípade niektorých špecializovaných zdravotných výkonov (vyžadujúcich hospitalizáciu) úplne kľúčové pre celú Slovenskú republiku, keď pri odborných zameraniach, ako je pediatričná kardiológia, foniatria, transplantačná, kardiochirurgická jednotka intenzívnej starostlivosti, cystická fibróza a popáleninová jednotka intenzívnej starostlivosti, tvoria pacienti s trvalým bydliskom v Bratislavskom kraji menej ako 25 % z celkového počtu obslužených (hospitalizovaných) pacientov v bratislavských nemocniciach. Je zrejmé, že s cieľom výkonu niektorých zdravotníckych úkonov (vyžadujúcich hospitalizáciu) dochádzajú do Bratislavského kraja pacienti z celej Slovenskej republiky.

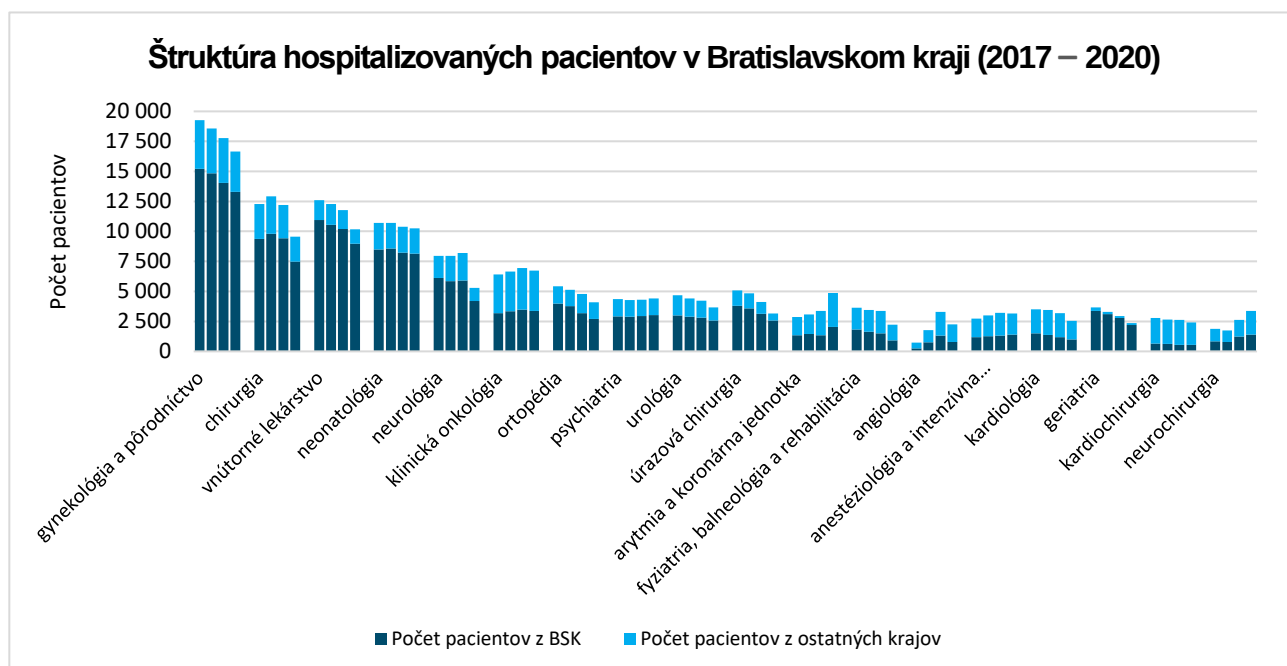
Tabuľka 9: Štruktúra hospitalizovaných pacientov v Bratislavskom kraji (2019)

Odborné zameranie	Počet výkonov v BSK	Podiel pacientov z BSK	Odborné zameranie	Počet výkonov v BSK	Podiel pacientov z BSK
JIS kardiochirurgická	99	12 %	JIS cievnej chirurgie	318	58 %
cystická fibróza	72	13 %	detská psychiatria	649	59 %
pediatričná kardiológia	708	13 %	detská chirurgia	6 566	59 %
transplantačné	765	15 %	spondylochirurgia	262	60 %
JIS popáleninová	100	19 %	neuropsychiatria	204	62 %
foniatria	432	20 %	JIS otorinolaryngologická	29	62 %
kardiochirurgia	2 614	21 %	medicína drogových závislostí	740	62 %
pediatričná hematológia a onkológia	1 521	25 %	detská dermatovenerológia	810	64 %
popáleninové	392	27 %	pediatričná pneumológia a ftizeológia	1 132	65 %
pediatričná anestéziológia	882	28 %	urológia	4 233	67 %

Odborné zameranie	Počet výkonov v BSK	Podiel pacientov z BSK	Odborné zameranie	Počet výkonov v BSK	Podiel pacientov z BSK
radiačná onkológia	1 127	28 %	ortopédia	4 780	67 %
pediatrická oftalmológia	1 384	29 %	JIS chirurgická	2 124	67 %
hematológia a transfuziológia	1 969	32 %	psychiatria	4 309	68 %
nukleárna medicína	524	33 %	jednotka resuscitačnej starostlivosti o novorodencov	525	70 %
JIS onkologická	839	34 %	neuroológia	8 211	72 %
JIS kardiologická	266	34 %	ortopedická protetika	1 573	73 %
hrudníková chirurgia	1 548	35 %	JIS ortopedická	462	75 %
pediatrická neurológia	1 717	36 %	úrazová chirurgia	4 117	76 %
kardiológia	3 172	37 %	JIS pneumologická a ftizeologická	137	76 %
onkológia v chirurgii	4 849	38 %	JIS úrazová	450	76 %
JIS hematologická	105	39 %	JIS gynekologická	1 530	76 %
klinické pracovné lekárstvo a klinická toxikológia	394	40 %	JIS infekčná	131	77 %
angiológia	3 278	40 %	chirurgia	12 194	77 %
arytmia a koronárna jednotka	3 381	40 %	gynekológia a pôrodnictvo	17 786	79 %
anestéziológia a intenzívna medicína	3 198	41 %	neonatológia	10 391	79 %
maxilofaciálna chirurgia	1 567	43 %	dermatovenerológia	721	80 %
diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy	512	44 %	pneumológia a ftizeológia	1 551	81 %
fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	3 377	44 %	infektológia	1 032	84 %
pediatrická urológia	1 888	46 %	doliečovacie	416	84 %
neurochirurgia	2 610	47 %	gastroenterológia	771	84 %
plastická chirurgia	1 390	48 %	ústavná ošetrovateľská starostlivosť	276	85 %
JIS neurochirurgická	642	49 %	JIS metabolická	266	86 %
onkológia v gynekológii	2 332	49 %	vnútorné lekárstvo	11 764	87 %
klinická onkológia	6 941	50 %	JIS interná	1 898	87 %
oftalmológia	2 106	53 %	JIS psychiatrická	41	88 %
cievna chirurgia	2 006	54 %	JIS neurologická	1 185	88 %
pediatrická otorinolaryngológia	1 548	54 %	pediatrická infektológia	1 689	88 %
chirurgia ruky	1 145	55 %	paliatívna medicína	153	90 %
gerontopsychiatria	434	56 %	ústavná hospicová starostlivosť	225	91 %
otorinolaryngológia	2 130	57 %	dlhodobo chorých	1 816	93 %
JIS urologická	656	58 %	geriatria	2 954	94 %
pediatria	6 234	58 %	JIS geriatrická	326	95 %

Zdroj: Vlastné spracovanie, NCZI

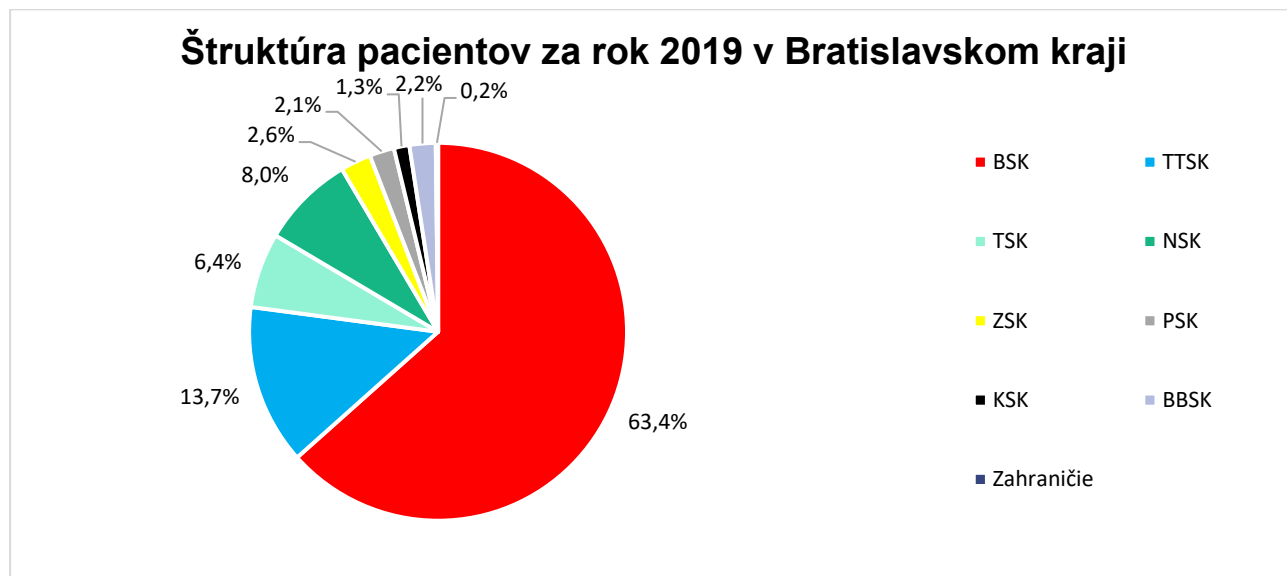
Graf 17: Štruktúra hospitalizovaných pacientov v Bratislavskom kraji (2017 – 2020)



Zdroj: Vlastné spracovanie, NCZI

Nasledujúci graf znázorňuje, z ktorých krajov Slovenskej republiky (popr. zo zahraničia) boli pacienti (podľa trvalého bydliska) v nemocniciach v Bratislavskom kraji hospitalizovaní, a to za všetky sledované hospitalizácie.

Graf 18: Štruktúra pacientov za rok 2019 v Bratislavskom kraji



Zdroj: Vlastné spracovanie, NCZI

Súčasne je však nutné vnímať historický kontext, keď bola Slovenská republika rozdelená na tri regióny, a to Západodoslovenský kraj, Stredodoslovenský kraj a Východoslovenský kraj. Aj napriek značnej miere dezintegrácie v oblasti zdravotníctva je sieť do istej miery stále formovaná na tejto vyššej úrovni. Na území niekdajšieho Západodoslovenského kraja boli vytvorené súčasné územné jednotky, a to Bratislavský kraj, Trnavský kraj, Trenčiansky kraj a Nitriansky kraj. Vyššie na strane 52 je uvedená štruktúra pacientov vo vybraných nemocniciach podľa miesta trvalého bydliska pacienta, a to za rok 2019. V Bratislave sa skutočne

celoštátne centralizujú tri činnosti: detská kardiochirurgia, transplantácia kostnej drene u detí a transplantácia srdca.

V nasledujúcej tabuľke je uvedené percentuálne zastúpenie pracovníkov podľa povolania a zriaďovateľa v Bratislavskom kraji v komparácii so situáciou na celom Slovensku. Ako je zrejmé, Bratislavský samosprávny kraj potom zamestnáva úplné minimum pracovníkov v zdravotníctve. Najviac zdravotníckych pracovníkov je zamestnávaných v zariadeniach v pôsobnosti ministerstva zdravotníctva alebo v pôsobnosti iných zriaďovateľov, a to v rámci všetkých sledovaných zdravotníckych profesií. Oproti priemerným hodnotám Slovenskej republiky je potom v Bratislavskom kraji v zariadeniach v pôsobnosti ministerstva zdravotníctva alebo v pôsobnosti iných zriaďovateľov viac zdravotníckych pracovníkov, ako je bežné, resp. podiel vyššieho územného celku na celkovej zamestnanosti v zdravotníctve je nižší.

Tabuľka 10: Pracovníci v zdravotníctve podľa povolania a zriaďovateľa v Bratislavskom kraji v roku 2019

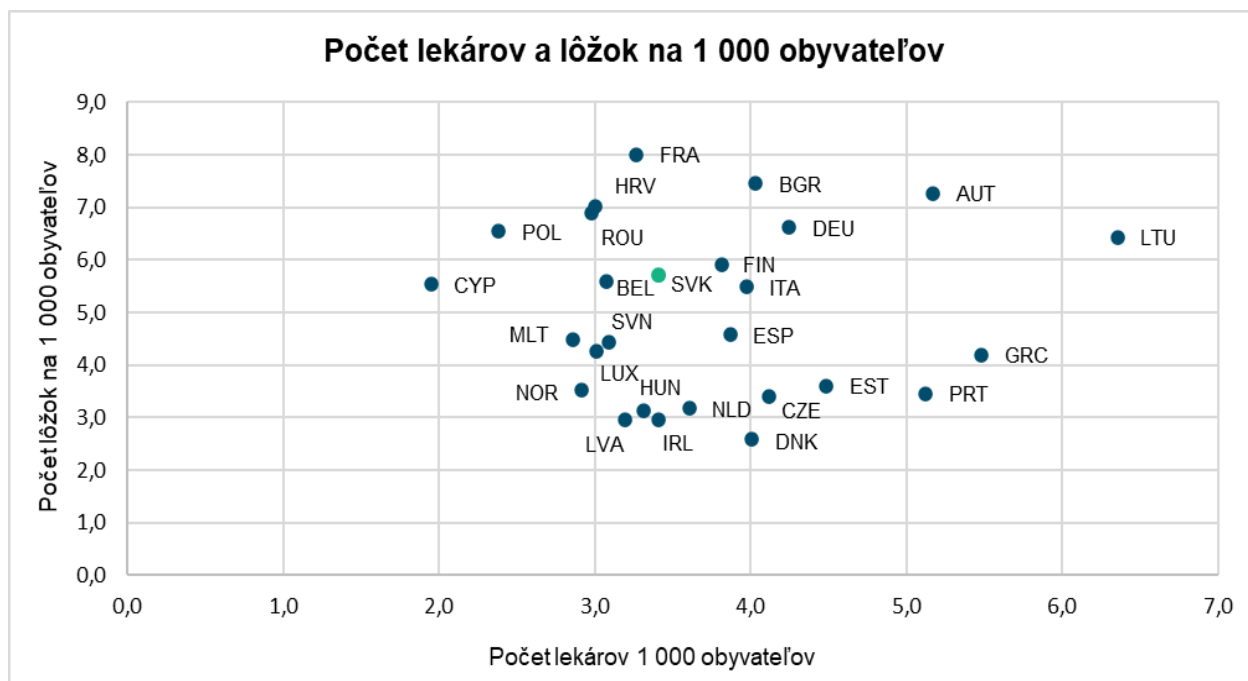
	V pôsobnosti MZ SR		V pôsobnosti iných rezortov		V pôsobnosti vyššieho územného celku		V pôsobnosti iných zriaďovateľov	
	BSK	SR	BSK	SR	BSK	SR	BSK	SR
Lekár	54,1 %	38 %	0,5 %	2,0 %	0,1 %	5,6 %	45,3 %	54,4 %
Zubný lekár	2,7 %	3,9 %	0 %	0,3 %	0 %	0,2 %	97,3 %	95,7 %
Zdrav. sestra	59,4 %	43,4 %	0,2 %	2,2 %	0,1 %	7,5 %	40,3 %	46,9 %
Farmaceut	8,6 %	5,3 %	0,9 %	0,4 %	0 %	1,0 %	90,5 %	93,3 %

Zdroj: Vlastné spracovanie, NCZI

V rámci tabuľky nižšie je prezentované medzinárodné porovnanie (krajín EÚ-27) z hľadiska počtu lekárov (všetkých odborností) a počtu lôžok na 1 000 obyvateľov stredného stavu. Prevažná väčšina nižšie prezentovaných dát vychádza z rokov 2018 až 2017, keď databáza organizácie Svetovej banky, z ktorej bolo čerpané, nedisponuje aktuálnejšími dátami. Súčasne sa však možno domnievať, že medziročné zmeny budú vo väčšine sledovaných štátov veľmi malé, teda nižšie uvedené porovnanie má stále vysokú vypovedajúcu schopnosť. Dáta sú analyzované iba na celonárodnej, nie na regionálnej úrovni, preto je vykonané medzinárodné porovnanie na úrovni štátov, nie iba na úrovni krajov.

Počet lekárov a lôžok vytvára istý vzťah definujúci efektivitu/produktivitu ľudských zdrojov v zdravotníctve. V Slovenskej republike podľa dát Svetovej banky pôsobilo v roku 2017 cca 3,4 lekára na 1 000 obyv. stredného stavu. Lôžkový fond v tom istom dosahoval úrovne 5,7 lôžka na 1 000 obyv. Priemer za EÚ-27 dosahoval v rámci sledovaného obdobia úrovne 3,7 lekára a 5 lôžok na 1 000 obyv. V tejto súvislosti možno povedať, že Slovenská republika disponuje skôr podpriemerným počtom lekárov na 1 000 obyvateľov stredného stavu a, naopak, nadpriemerným lôžkovým fondom. V tomto kontexte sa nedá povedať, že by na Slovensku bola k dispozícii v porovnaní so štátmi EÚ-27 vyššia kapacita ľudských zdrojov vzťahnutá na počet lôžok, ktorá by indikovala nižšiu produktivitu práce v zdravotníckom sektore.

Graf 19: Počet lekárov a lôžok na 1 000 obyvateľov



Zdroj: Vlastné spracovanie, World Bank

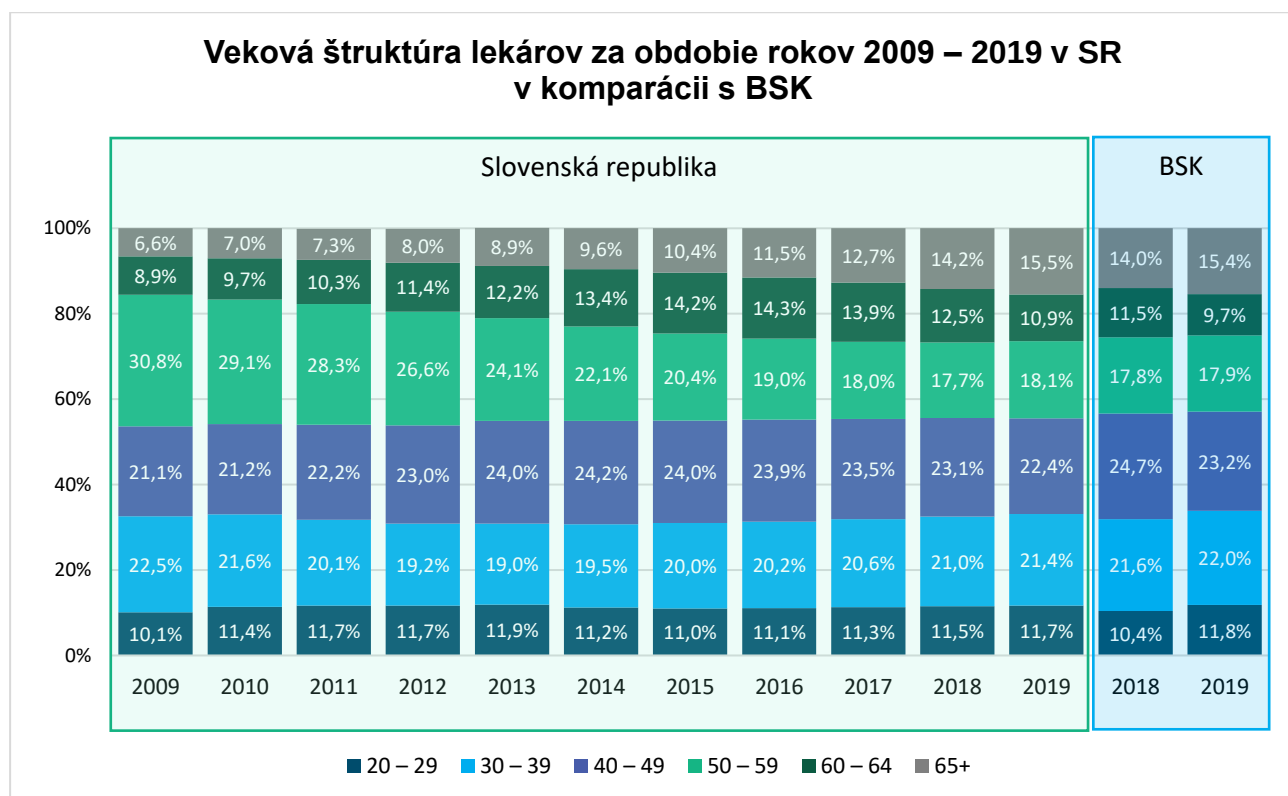
Všeobecne potom bolo v roku 2020 v Bratislavskom kraji zamestnaných približne 4 061 lekárov, resp. plných pracovných úväzkov. V tom istom roku potom bolo v Bratislavskom kraji hospitalizovaných 100 829 pacientov. Na základe získaných dát sa však nedá jednoznačný počet pacientov vzťahovať na počet lekárov, a vyjadriť tak produktivitu práce, keď rok 2020 bol v tomto smere (z dôvodu pandémie COVID-19) veľmi špecifický. Zároveň z celkového počtu lekárov predstavuje napr. 475,5 pracovného úväzku lekára všeobecného lekárstva, kde je väzba na počet hospitalizácií pacientov relatívne nízka.

1.2.2.2 Veková štruktúra zdravotníckych pracovníkov

Starnutie zdravotníckeho personálu je jeden z hlavných problémov v oblasti zdravotníctva, a to nielen v Bratislavskom kraji alebo na Slovensku. Priemerný vek lekárov a pracovníkov zamestnaných v ďalších zdravotníckych profesiách sa zvyšuje. Zároveň sa očakáva, že tento trend bude pokračovať aj v nasledujúcich rokoch. Zlepšenie v tejto oblasti môže paradoxne priniesť pandémia ochorenia COVID-19, vďaka ktorej dochádza v celej Európe k zvýšenému záujmu o zdravotnícke odbory, ktorý sa však začne prejavovať s oneskorením až o niekoľko rokov. Nasledujúce grafy prezentujú vekovú štruktúru pracovníkov v rámci jednotlivých zdravotníckych profesií. S ohľadom na dostupnosť dát sú uvedené údaje publikované na celoštátnej úrovni, keď možnú komparáciu s údajmi za Bratislavský kraj bolo možné realizovať len za roky 2018 a 2019.

Nižšie uvedené údaje o vekovej štruktúre lekárov potvrdzujú negatívny trend starnutia pracovníkov v oblasti zdravotníctva. Od roku 2009 došlo k nárastu podielu lekárov v pred dôchodkovom a dôchodkovom veku (vo veku nad 60 rokov) z pôvodných 15,5 % (v roku 2009) na 26,4 % (v roku 2019). Veková štruktúra lekárov v Bratislavskom kraji v rokoch 2018 a 2019 je porovnateľná so situáciou v celej Slovenskej republike, teda možno očakávať aj podobný trend vo vývoji vekovej štruktúry.

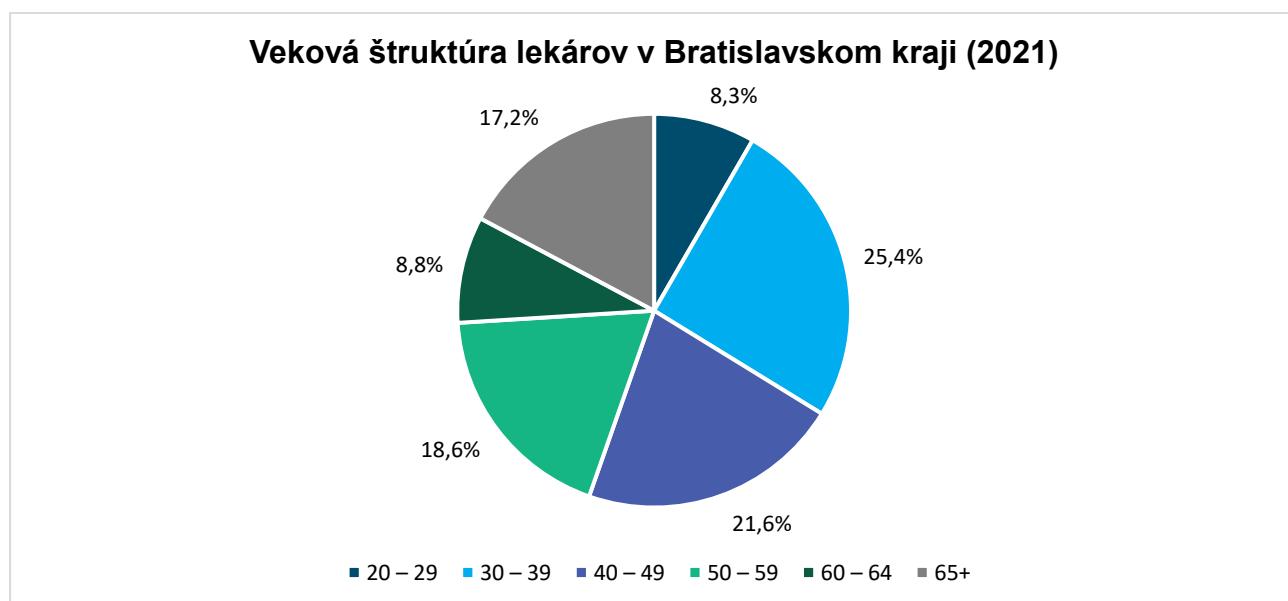
Graf 20: Veková štruktúra lekárov za obdobie rokov 2009 – 2019 v SR v komparácii s BSK



Zdroj: Vlastné spracovanie, NCZI

Z aktuálnych dát poskytnutých NCZI na účely tohto projektu potom vyplýva, že priemerný lekár v Bratislavskom kraji je vo veku cca 48 rokov. Súčasne potom z prijatých dát vychádza, že k 1. 1. 2021 sa situácia v Bratislavskom kraji oproti roku 2019 v zmysle starnutia zdravotníckeho personálu zhoršila, keď vekové zloženie lekárov v Bratislavskom kraji znázorňuje nasledujúci graf. Je zrejmé, že oproti roku 2019 sa zvýšil podiel lekárov starších ako 65 rokov o viac ako 1,8 % percentuálneho bodu.

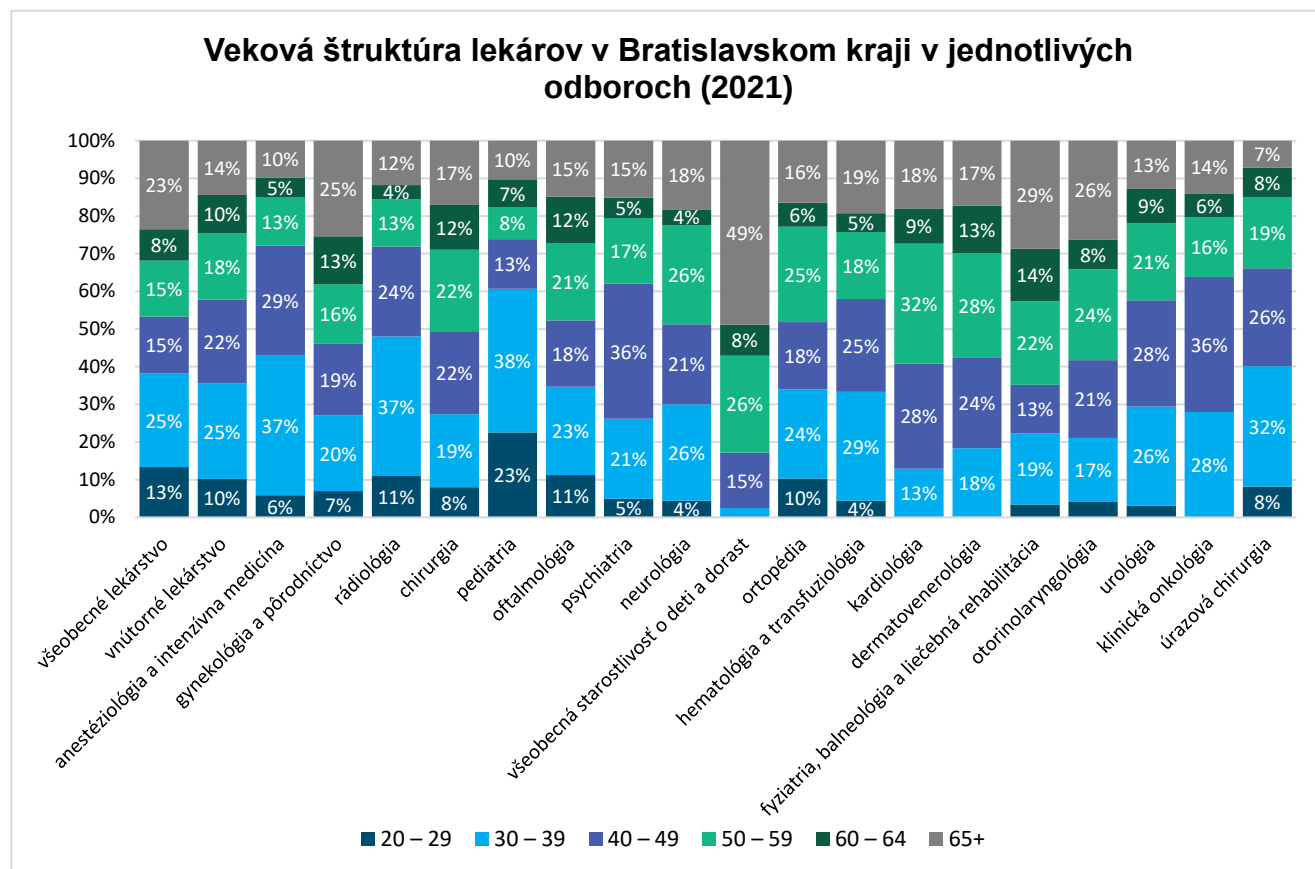
Graf 21: Veková štruktúra lekárov v Bratislavskom kraji (2021)



Zdroj: Vlastné spracovanie, NCZI

V grafickom znázornení nižšie je predstavené vekové zloženie lekárov v jednotlivých vybraných odboroch. Z nižšie uvedeného je zrejmé, že významným spôsobom sa trend demografického starnutia prejavuje najmä u všeobecných lekárov pre deti a dospelých, kde je až 49 % všetkých lekárov starších ako 65 rokov. Naopak, relatívne mladými odborníkmi sú pediatria, rádiológia alebo anestéziológia a intenzívna medicína.

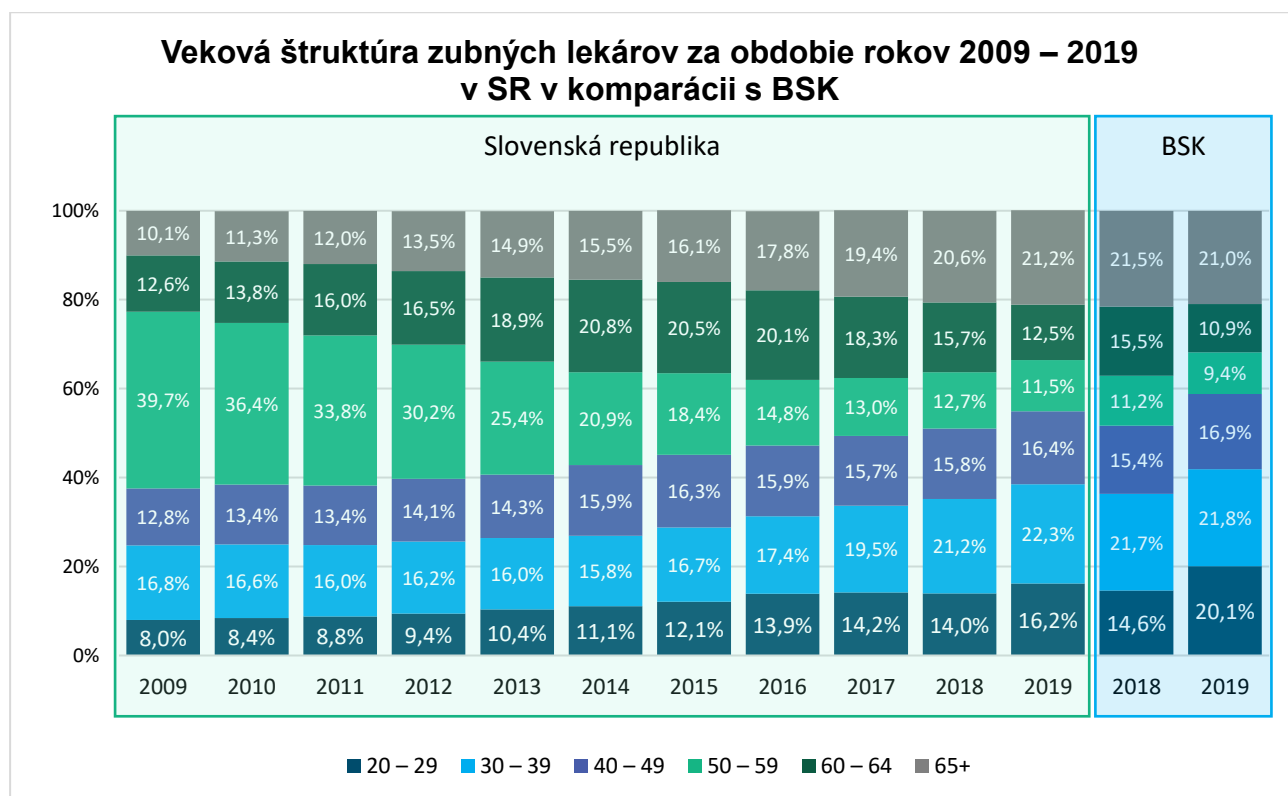
Graf 22: Veková štruktúra lekárov v Bratislavskom kraji v jednotlivých odboroch (2021)



Zdroj: Vlastné spracovanie, NCZI

Trend demografického starnutia sa ešte výraznejšie prejavuje pri zubných lekároch. Od roku 2009 narástol podiel zubárov v preddôchodkovom a dôchodkovom veku (nad 60 rokov) z pôvodných 22,7 % (v roku 2009) na 33,7 % (v roku 2019). Súčasne možno v sledovanom období pozorovať nárast podielu zubných lekárov vo veku do 30 rokov, a to z pôvodných 8 % v roku 2009 na 16,2 % v roku 2019. Z dostupných informácií sa však zdá, že tento pozitívny trend je slabší ako skôr uvedené starnutie, teda že zubní lekári z hľadiska vekovej štruktúry v priemere starnú i napriek spomínanému pozitívnemu trendu.

Graf 23: Veková štruktúra zubných lekárov za obdobie rokov 2009 – 2019 v SR v komparácii s BSK

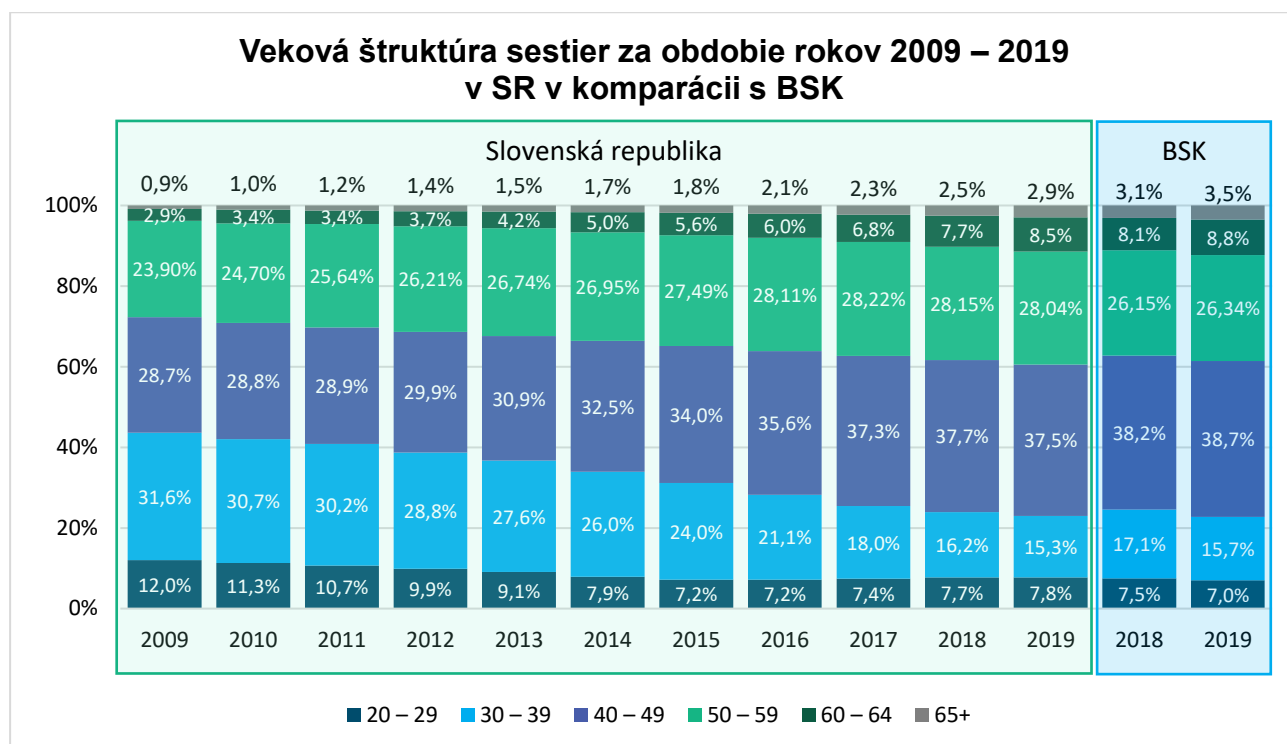


Zdroj: Vlastné spracovanie, NCZI

Z aktuálnych dát poskytnutých NCZI na účely tohto projektu potom vyplýva, že priemerný zubný lekár v Bratislavskom kraji je k 1. 1. 2021 vo veku cca 51 rokov, a to pri vyjadrení vekového zloženia zubných lekárov na celé úväzky (nie počty pracovníkov). Pri tomto prepočte je podiel zubných lekárov starších ako 59 rokov v Bratislavskom kraji na úrovni 37,7 % (v roku 2019 bol podľa vyššie uvedených dát tento podiel na úrovni 31,9 %). Naopak, podiel zubných lekárov mladších ako 40 rokov významne klesol, a to z 41,9 % (rok 2019) na 34,1 % (rok 2021).

U zdravotných sestier nie je proces demografického starnutia taký významný, ale napriek tomu ho možno pozorovať aj v tejto zdravotníckej profesii, a to najmä na znižovaní podielu zdravotných sestier mladších ako 40 rokov. Naopak, v rámci sledovaného obdobia došlo k významnému nárastu podielu zdravotných sestier vo vekových skupinách v rozmedzí 40 až 59 rokov. Veková štruktúra zdravotných sestier v Bratislavskom kraji v rokoch 2018 a 2019 je porovnateľná so situáciou na celom Slovensku, teda možno očakávať aj podobný trend vo vývoji vekovej štruktúry v rámci tohto regiónu.

Graf 24: Veková štruktúra sestier za obdobie rokov 2009 – 2019 v SR v komparácii s BSK



Zdroj: Vlastné spracovanie, NCZI

Ďalším problémom zdravotníctva Slovenskej republiky je odchod mladých lekárov do zahraničia – nejde len o problém Slovenskej republiky, ale aj ostatných krajín, najmä strednej a východnej Európy. Presné štatistiky nie sú známe, ale podľa vyjadrenia lekárskeho fakúlt na Slovensku aj v Českej republike odchádza pravidelne do zahraničia približne 10 až 20 % zo všetkých absolventov lekárskeho fakúlt. Dôvodom a kľúčovým determinantom sú, samozrejme, rozdiely v odmeňovaní. Ak je absolvent lekárskej fakulty kvalitne jazykovo vybavený, teda sú znížené migračné bariéry, môže byť na tento odchod významne finančne motivovaný. Zástupcovia Bratislavského kraja sa rozhodli na uvedené trendy reagovať prostredníctvom osobitnej podpory pre začínajúcich lekárov. V roku 2019 bol spustený dotačný program „Výzva na predkladanie žiadostí o poskytnutie dotácie na rozvoj zabezpečenia zdravotnej starostlivosti z rozpočtu BSK na rok 2019“, ktorý mal uhradiť časť nákladov spojených s úhradou materiálno-technického vybavenia ambulancie, prípadne aj časť nákladov spojených s rekonštrukciou alebo modernizáciou zariadení v ambulanciách. Na podporu z krajského rozpočtu bolo vyčlenených 25 588 eur. Následne bola poskytnutá dotácia pre dvoch všeobecných lekárov a pre troch pediatrov.

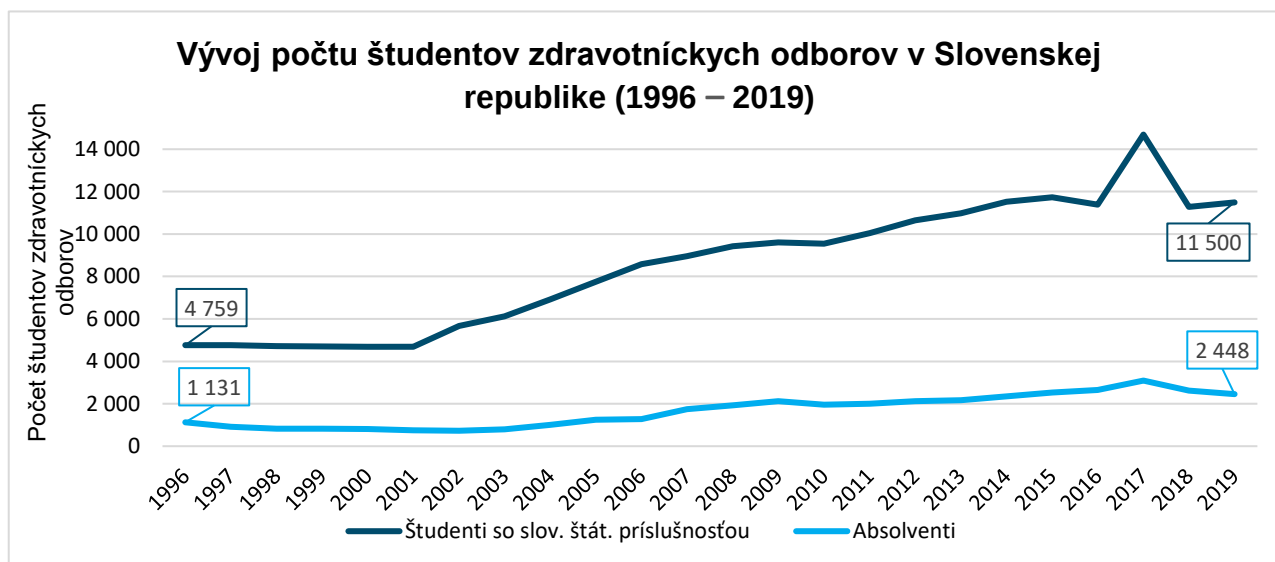
Podpora lekárov je, samozrejme, veľmi pozitívna a v súlade s dobrou praxou. Súčasne je však nutné konštatovať, že tento problém nie je devízou len lekárov, ale napríklad aj kvalifikovaných zdravotných sestier. V tomto kontexte nemožno trend, keď zdravotnícky personál odchádza do zahraničia, zvrátiť, ak nedôjde k zmieru alebo aspoň významnému priblíženiu podmienok z hľadiska finančného ohodnotenia. Keďže najviac zdravotníckych pracovníkov je zamestnaných v zariadeniach v pôsobnosti ministerstva zdravotníctva alebo v pôsobnosti iných zriaďovateľov, ako už bolo uvedené vyššie, teda nie v pôsobnosti Bratislavského kraja, je nutné riešiť túto situáciu na celonárodnej úrovni.

1.2.2.3 Vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov

Vzdelávanie je významným determinantom, ktorý ovplyvňuje kvalitu a kvantitu ľudských zdrojov, a to nielen v oblasti zdravotníctva. V tejto súvislosti je pozitívnym trendom skutočnosť, že počet študentov vysokých škôl v rámci lekárskeho a farmaceutického odborov sa aj napriek istej stagnácii v posledných rokoch zvyšuje. Výnimočný bol v tomto smere rok 2017, keď došlo podľa analyzovaných štatistík k významnému nárastu celkového počtu študentov aj absolventov, ktorý bol však s najväčšou pravdepodobnosťou z veľkej časti

spôsobený zmenou metodológie. Je zrejmé, že v rámci sledovaného obdobia sa počet študentov aj absolventov oproti roku 1996 výrazne zvýšil, a to o 141,6 %, resp. 116,4 % k roku 2019. Je však alarmujúce, že v rokoch 2009 až 2019 sa počet absolventov zvýšil len minimálne (o 15,7 %). S ohľadom na to, že štúdium medicíny aj s dokončením atestácie trvá cca 10 rokov, je možné vzhľadom na očakávané vyššie nároky na kapacity zdravotných pracovníkov (napr. z dôvodu demografického starnutia) predpovedať nedostatok lekárov.

Graf 25: Vývoj počtu študentov zdravotníckych odborov v Slovenskej republike (1996 – 2019)



Zdroj: Štatistický úrad SR

Tabuľka nižšie zhrňuje základné štatistiky o študentoch vysokých škôl lekárskejších a farmaceutických odborov v rokoch 2009, 2014 a 2019, a to z dôvodu sledovania istých vývojových tendencií. Z nižšie uvedeného je zrejmé, že v roku 2019 tvorili ženy 77,5 % z celkového počtu študentov v rámci týchto zdravotníckych odborov. Súčasne je zaujímavé, že podiel študujúcich a súčasne pracujúcich študentov sa zmenšil zo 64,1 % (v roku 2009) na 27,3 % (v roku 2019). Absolventi študujúci lekárske a farmaceut. vedy a náuky predstavovali 8,4 % z celkového počtu absolventov vysokých škôl v roku 2019. Na základe dát Centra vedecko-technických informácií SR študovalo na lekárskejších fakultách vysokých škôl za rok 2020/2021 (na školách Univerzita Komenského a Univerzita P. J. Šafárika) 34,5 % študentov s cudzou štátnou príslušnosťou.

Tabuľka 11: Základné údaje o vzdelávaní vysokoškolských študentov zdravotníckych odborov na Slovensku

Parametre/roky	2009	2014	2019
Študenti so slov. štát. príslušnosťou	9 614	11 521	11 500
Študenti so slov. štát. príslušnosťou – ženy	7 556	8 953	8 910
Novoprijatí do 1. roč.	2 505	3 227	3 329
Absolventi	2 116	2 356	2 448
Študujúci popri zamestnaní	6 161	2 563	3 144

Zdroj: Štatistický úrad SR

Kľúčovou vysokou školou v Bratislavskom kraji je Univerzita Komenského. Na lekárskej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave k 31. 10. 2021 študovalo 2 048 študentov slovenského štátneho občianstva a 1 045 študentov iného štátneho občianstva. Jej lekárska fakulta ponúka nasledujúce odbory:

Štúdium spojeného 1. a 2. stupňa:

- všeobecné lekárstvo
- zubné lekárstvo

Doktorandské štúdium

- chirurgia
- hygiena
- klinická farmakológia
- neurológia
- normálna a patologická fyziológia
- oftalmológia
- onkológia
- otorinolaryngológia
- patologická anatómia a súdne lekárstvo
- pediatria
- psychiatria
- röntgenológia a rádiológia
- urológia
- vnútorné choroby
- zubné lekárstvo

Tabuľka nižšie sumarizuje základné údaje zdravotníckych škôl v Bratislavskom kraji, a to v rokoch, resp. v školských rokoch 2011/2012 až 2018/2019.

Tabuľka 12: Údaje o absolventoch stredných zdravotníckych škôl vo vybraných odboroch v Bratislavskom kraji

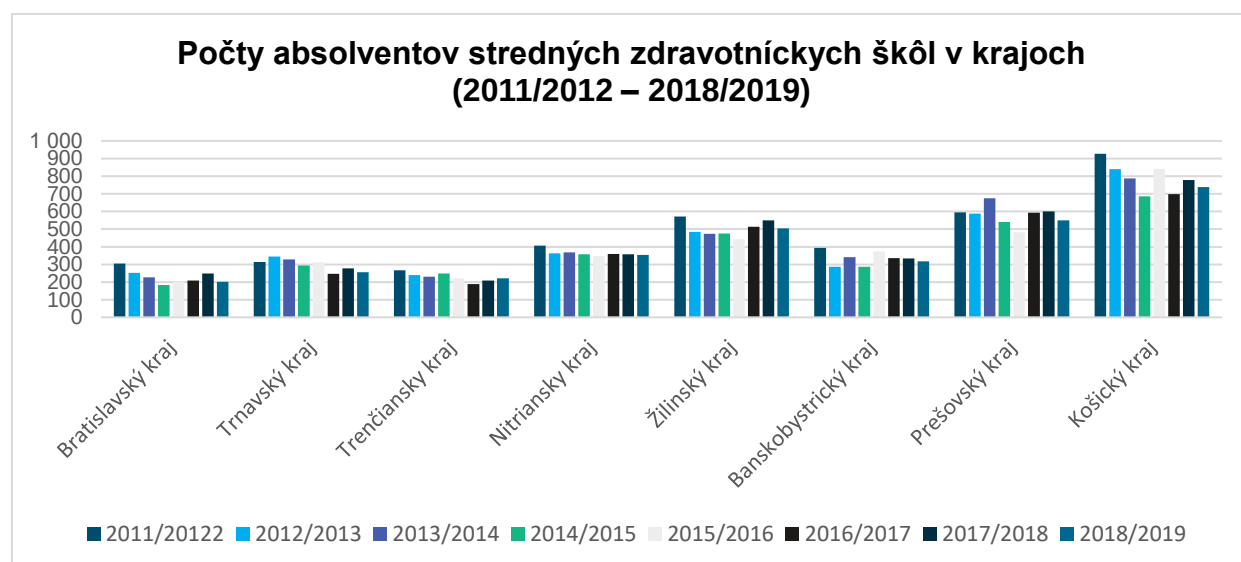
Odbor	Forma	2011/2012	2012/2013	2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/2017	2017/2018	2018/2019	Celkovo
Zdravotnícky asistent	denná	18	16	14	18	16	21	30	24	157
	večerná	39	26	42	18	29	18	16	18	206
Sanitár	denná	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	večerná	64	40	29	24	17	-	17	14	205
Asistent výživy	denná	-	-	-	-	5	6	9	9	29
	večerná	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Farmaceutický laborant	denná	27	26	30	26	28	28	27	27	219
	večerná	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Masér	denná	16	11	18	17	11	20	13	19	125
	večerná	-	-	-	-	-	9	-	-	9
Zdravotnícky laborant	denná	9	12	15	15	15	15	17	13	111
	večerná	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Očný optik	denná	-	8	6	18	10	10	15	11	78
	večerná	-	21	-	-	-	-	-	-	21
Ortopedický technik	denná	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	večerná	-	-	19	-	-	-	25	-	44

Odbor	Forma	2011/2012	2012/2013	2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/2017	2017/2018	2018/2019	Celkovo
Zubný asistent	denná	20	21	24	-	25	26	31	29	176
	večerná	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zdravotnícky záchranár	denná	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	večerná	59	49	-	19	16	17	13	-	173
Diplomovaná zdravotnícka sestra	denná	10	11	12	13	16	22	15	19	118
	večerná	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diplomovaný fyzioterapeut	denná	15	12	18	16	13	17	20	18	129
	večerná	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diplomovaný dentálny hygienik	denná	27	-	-	-	-	-	-	-	27
	večerná	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Celkovo		304	253	227	184	201	209	248	201	1 827

Zdroj: Asociácia stredných zdravotníckych škôl SR

Všeobecne možno povedať, že v Bratislavskom kraji je dlhodobu najmenej absolventov stredných zdravotníckych škôl. V roku 2018/2019 bolo v tomto kraji evidovaných celkovo 201 absolventov, čo je jednoznačne najmenej v rámci všetkých krajov Slovenskej republiky. Pre predstavu, Žilinský kraj v tom istom roku registroval 504 absolventov, v Prešovskom kraji bolo 550 absolventov a v Košickom kraji dokonca 738 absolventov. Vo zvyšných krajoch sa počet absolventov stredných zdravotníckych škôl pohyboval medzi 222 a 354 absolventmi.

Graf 26: Počty absolventov stredných zdravotníckych škôl v krajoch (2011/2012 – 2018/2019)



Zdroj: Asociácia stredných zdravotníckych škôl SR

1.2.2.4 Odmeňovania

Podľa dát Štatistického úradu SR je priemerná mesačná mzda v odvetví zdravotníctvo a sociálna pomoc v roku 2019 na úrovni 1 226 eur mesačne. Obdobné dáta uvádza internetový portál www.platy.sk, podľa ktorého je platové rozpätie zamestnancov pracujúcich v SR a kategórii zdravotníctvo a sociálna starostlivosť štandardne v rozmedzí od 782 do 1 602 eur. Detail na jednotlivých pracovných pozíciách je uvedený nižšie.

Tabuľka 13: Platy v kategórii zdravotníctvo a sociálna starostlivosť (2021)

Pozícia	Plat	Pozícia	Plat
Dentálna hygienička	794 – 1 515 eur	Fyzioterapeut	737 – 1 222 eur
Hlavná sestra	851 – 1 556 eur	Klinický psychológ	797 – 1 814 eur
Lekár	1 035 – 3 365 eur	Optometrista	794 – 2 003 eur
Pôrodná asistentka	623 – 1 328 eur	Röntgenológ	703 – 1 768 eur
Sanitár	623 – 1 016 eur	Vodič sanitky	651 – 1 182 eur
Výskumný lekár	743 – 1 883 eur	Zdravotná sestra	776 – 1 328 eur
Zdravotnícky záchranár	918 – 2 056 eur	Zubný asistent	782 – 1 357 eur

Zdroj: www.platy.sk

1.2.2.5 Sumár zastupujúcich organizácií

Nižšie sú predstavené organizácie, ktoré združujú zdravotníckych pracovníkov. Ďalej sú v protiklade uvedené organizácie, ktoré združujú pacientov. Komory pôsobiace v zdravotníctve uvedené v piatej časti zákona č. 578/2004 Z. z.:

- Slovenská lekárska komora,
- Slovenská komora zubných lekárov,
- Slovenská lekárnická komora,
- Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek,
- Slovenská komora medicínsko-technických pracovníkov,
- Slovenská komora fyzioterapeutov,
- Slovenská komora zubných technikov,
- Slovenská komora ortopedických technikov,
- Slovenská komora iných zdravotníckych pracovníkov,
- Slovenská komora psychológov,
- Slovenská komora zdravotníckych záchranárov.

V protiklade pôsobí Asociácia na ochranu práv pacientov, ktorá je strešnou patientskou organizáciou, t. j. organizáciou, ktorá zastrešuje záujmy pacientov v komplexnom zmysle, čo je myslené vzťahové prostredie voči štátu, legislatíve, ale aj spoločnosti.

Kľúčové zistenia – ľudské zdroje

Vzhľadom na trend demografického starnutia je potrebné zvýšenie efektivity práce na rozdiel od zvyšovania ľudských zdrojov.

V rokoch 2009 až 2019 narástol počet zdravotníckych pracovníkov v Bratislavskom kraji o 8,7 %, a to zo 16 031 v roku 2009 na 17 384 v roku 2019. Počet lekárov zamestnaných na plný úväzok sa zvýšil o 5,9 %. Počet zdravotných sestier, naopak, klesol o 8,5 %. Vzhľadom na trend demografického starnutia aj na to, že

počet zdravotníkov stúpa pomaly, je potrebné zvýšenie efektivity práce na rozdiel od zvyšovania ľudských zdrojov.

Z relatívnych počtov zdravotníckych pracovníkov vyplýva, že Bratislavský kraj je na tom v porovnaní s ostatnými kraji veľmi dobre, keď počet trvalo tu žijúcich obyvateľov na jedného zdravotného pracovníka je zhruba na polovičnej úrovni. Súčasne je však nutné konštatovať, že Bratislava, a napokon aj celý Bratislavský kraj, má najmä s ohľadom na špecializované zákroky významnú spádovosť, teda tunajšie služby využívajú obyvatelia celej Slovenskej republiky, nie iba obyvatelia samotného Bratislavského kraja. Zároveň sa na tomto pozitívnom zistení významne podieľa vysoká koncentrácia lekárov a iných zdravotných pracovníkov v hlavnom meste, keď v ostatných okresoch je toto rozloženie významne nerovnomerné. Táto nerovnomernosť môže byť problematická vzhľadom na skutočnosť, že najmä v okrese Senec dochádza k rýchlemu rastu počtu obyvateľov.

Významnú spádovosť Bratislavského kraja dokladá skutočnosť, že 36,61 % pacientov hospitalizovaných v Bratislavskom kraji má trvalé miesto pobytu v inom kraji Slovenskej republiky.

V prípade lekárov a zdravotných sestier dochádza k miernemu nárastu počtu obyvateľov pripadajúcich na jedného zdravotníckeho pracovníka v rámci týchto zdravotníckych profesií. Dôvodom je zvyšujúca sa populácia Bratislavského kraja a pokles alebo stagnácia počtu pracovníkov v rámci týchto zdravotníckych pozícií.

Významným problémom zdravotníctva Slovenskej republiky aj Bratislavského kraja je starnutie zdravotníckeho personálu. V roku 2019 bolo v pred dôchodkovom a dôchodkovom veku (zdravotníci starší ako 60 rokov) v Bratislavskom kraji 25,1 % lekárov, 12,3 % zdravotných sestier a 31,9 % zubných lekárov. Ďalším aspektom negatívne ovplyvňujúcim zdravotníctvo je tiež odchod absolventov lekárskeho štúdia do zahraničia. V Bratislavskom kraji je tiež dlhodobo najmenej absolventov stredných zdravotníckych škôl. V roku 2018/2019 bolo v tomto kraji evidovaných celkovo 201 absolventov, čo je jednoznačne najmenej v rámci všetkých krajov Slovenskej republiky.

Pozitívny trend je sledovaný v oblasti vysokoškolského vzdelávania, keď sa od roku 1996 počet študentov aj absolventov vysokých škôl v lekárskejších a farmaceutických odboroch zvýšil k roku 2019 o 141,6 %, resp. 116,4 %.

V Bratislavskom kraji je dlhodobo najmenej absolventov stredných zdravotníckych škôl. V roku 2018/2019 bolo v tomto kraji evidovaných celkovo 201 absolventov, čo je jednoznačne najmenej v rámci všetkých krajov Slovenskej republiky.

1.2.3 Kvantitatívna analýza súčasného stavu – infraštruktúra

Táto kapitola opisuje súčasný stav infraštruktúry v oblasti zdravotníctva v BSK, a to so špecifickým zameraním na nemocnice, polikliniky, ambulantnú a pohotovostnú zdravotnú starostlivosť, agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti, sociálne služby a pod.

1.2.3.1 Zdravotnícke zariadenia v zriaďovateľskej pôsobnosti BSK

Poliklinika Karlova Ves

V oblasti zdravotníctva má Bratislavský samosprávny kraj v zriaďovateľskej pôsobnosti iba jedno zariadenie, a to Polikliniku Karlova Ves. Tá je z hľadiska právnej formy príspevkovou organizáciou Bratislavského kraja a nachádza sa v okrese Bratislava IV. Poliklinika poskytuje vo vlastných ordináciách nasledujúcu zdravotnú starostlivosť: rádiológia, mamografia, sonografia, kardiológia, detská rehabilitácia a detská psychiatria.

Zdravotnú starostlivosť v ostatných ambulanciách poskytujú samostatní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti na základe povolenia udeleného Bratislavským samosprávnym krajom. Celkom (vr. vyššie uvedených) sú v tomto zdravotníckom zariadení prítomné nasledujúce ambulancie:

- všeobecný lekár pre deti a dospelých;
- všeobecný lekár pre dospelých;
- stomatologická ambulancia;
- stomatochirurgická ambulancia;
- dentálna rádiológia/zubný röntgen;
- stomatologická ambulancia;
- zubná ambulancia;
- čelustná ortopédia;
- čelustná ortopédia;
- gynekologická ambulancia;
- zubné, krčné RTG (RDG);
- angiologická a interná ambulancia;
- cievno-chirurgická ambulancia;
- kožná ambulancia;
- diabetologická a interná ambulancia;
- endokrinologická ambulancia;
- gastroenterologická ambulancia;
- geriatrická a interná ambulancia;
- chirurgická ambulancia pre dospelých;
- chirurgická ambulancia;
- detská chirurgická ambulancia;
- kardiológ pre deti, dospelých;
- kardiologická a interná ambulancia;
- klinická imunológia a alergiológia;
- klinická logopédia – deti a dospelí;
- pracovisko klinickej logopédie;
- nefrologická ambulancia;
- neurologická ambul. a EEG labor.;
- očná ambulancia;
- očná ambulancia pre deti a dospelých;
- ušné-nosné-krčné;
- ortopedická ambulancia;
- ortopedická ambulancia pre dospelých a deti;
- pedopsychiatrická ambulancia;
- plastická chirurgia a chirurgia ruky;
- psychiatrická ambulancia;
- klinický a dopravný psychológ;
- denný rehabilitačný stacionár pre deti;
- rehabilitácia a fyziatria;
- reumatologická ambulancia;
- denzitometrická ambulancia;
- urologická ambulancia;
- oddelenie klinickej biochémie;
- rádiodiagnostické pracovisko (RDG).

Poliklinika hospodári samostatne so zvereným majetkom Bratislavského samosprávneho kraja a s majetkom zvereným do užívania organizácie. Financovanie je zabezpečované primárne príjmami od zdravotných poisťovní, príjmami za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a zo zmluvných vzťahov s právnickými a fyzickými osobami alebo za prenájom priestorov. V roku 2018 hospodárila Poliklinika Karlova Ves podľa výročnej správy s celkovými výnosmi vo výške 954 588 eur a celkovými nákladmi 975 441 eur, výsledok hospodárenia pred zdanením bol teda –20 853 eur. V prípade nákladov patrili medzi

najvýznamnejšie položky mzdové náklady (405 764 eur), spotreba energie (137 286 eur) a odpisy dlhodobého hmotného a dlhodobého nehmotného majetku (103 321 eur). V prípade výnosov patrili medzi najvýznamnejšie položky tržby z predaja služieb (287 679 eur) a ostatné výnosy z prevádzkovej činnosti (569 322 eur) obsahujúce aj výnosy z prenájmu. Poliklinika ku koncu roka 2018 hospodárila s majetkom v hodnote 5 198 533 eur.

1.2.3.2 Zdravotnícke zariadenia v prenájatých priestoroch vo vlastníctve BSK

Nemocnica Malacký

Bratislavský kraj je ďalej vlastníkom Nemocnice Malacký, ktorú však neprevádzkuje. Nemocnica Malacký je dôležitým poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v BSK. Poskytuje zdravotnú starostlivosť v moderných priestoroch. Patrí medzi nemocnice s menším počtom oddelení, ale s vysokým počtom špecializovaných ambulancií. Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti umožňuje pacientom využívať najnovšie trendy v oblasti diagnostiky, ambulantnej, jednodňovej a ústavnej zdravotnej starostlivosti.

Predmetom nájomnej zmluvy, uzavretej v roku 2004 medzi spoločnosťou Nemocničná a.s. a Bratislavským samosprávnym krajom (18. 6. 2004), bolo výlučne iba poskytnutie nájmu, v žiadnom prípade nedošlo k prevodu vlastníckeho práva. Nemocnica Malacký je iba v prenájme. Bratislavský samosprávny kraj bol a aj ostáva vlastníkom priestorov nemocnice.

V roku 2004 bola Nemocničná a.s. jediným záujemcom, ktorý bol ochotný prevziať nemocnicu v chátrajúcom stave, resp. v stave pred zatvorením. Hrozilo, že ak ju neprevezme žiaden záujemca, bude jednoducho zatvorená. Strata, ktorú nemocnica tvorila pod správou BSK, bola pred rokom 2004 v intervale 670 000 až 840 000 eur ročne a ohrozovala existenciu nemocnice. Záväzky NsP v Malackách dosahovali ku koncu roka 2002 výšku 2,68 mil. eur, do konca februára 2003 narástli o ďalších 110 000 eur.

Priestory nespĺňali hygienické štandardy, steny boli plesnivé. Postupne sa zatvárali celé oddelenia (ešte predtým, ako nemocnicu začala prevádzkovať Nemocničná a.s.): krčné, kožné, detské, neurologické a následne pôrodnica. Nemocnica nemala takmer žiadne materiálo-technické vybavenie v ambulanciách a na oddeleniach – na rádiologickom oddelení bol jeden starý RTG prístroj. Problémom bol aj nízky počet ošetrovaných pacientov – nedostatočné výkony na zdravotné poisťovne, a tým aj nedostatočné zabezpečenie svojej hlavnej činnosti, poskytovania zdravotnej starostlivosti pre nedostatok finančných prostriedkov. Zmluvný príjem zo zdravotných poisťovní predstavoval do roku 2004 sumu 256 000 eur/mesiac.

Vstup súkromného investora bol pre nemocnicu záchranou, aj iné župy riešili problém so svojimi nemocnicami podobným spôsobom. Nemocničná a.s. počas prevádzkovania nemocnice od roku 2004 do roku 2013 investovala do stavebných úprav celkovo 3 601 343 eur a do prístrojov a ostatného majetku 6 141 485 eur.

Nemocnica je po investíciách schopná ošetriť podstatne väčší počet pacientov, ktorí nemusia dochádzať za zdravotnou starostlivosťou do iných miest. Počet ambulantne ošetrovaných, ako aj odliečených pacientov v rámci jednodňovej zdravotnej starostlivosti sa oproti roku 2004 stornásobil.

Nemocničná a.s. uzavrela s BSK „Dohodu o spolupráci pri rekonštrukcii nemocnice“, v ktorej sa BSK zaviazal investovať do svojho majetku 2,2 mil. eur a Nemocničná a.s. do prístrojového vybavenia 2,3 mil. eur. Investícia súvisela s vyhláškou MZ SR č. 553/2007 Z. z., ktorá hovorí o požiadavkách na prevádzku zdravotníckych zariadení, a s výnosom MZ SR č. 09812/2008-OL z 10. 9. 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálo-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení.

BSK je ako vlastník predmetu nájmu zo zákona povinný udržiavať, zveľaďovať a zhodnocovať svoj majetok, hospodáriť s ním v prospech rozvoja VÚC, v prospech svojich obyvateľov a zachovávať účel majetku, ktorý slúži na zabezpečenie zdravotnej starostlivosti. Nevykonanie týchto investícií = rekonštrukcií by malo za následok, že by sa časť predmetu nájmu dostala do stavu, ktorý právne predpisy vylučujú z užívania na

dohodnutý účel. Prostriedky neboli platené spoločnosťou Nemocničná a.s., ale išlo o naplnenie zákonnej povinnosti BSK udržať predmet nájmu, ktorý je v jeho vlastníctve, v stave spôsobilom na dohodnutý účel, t. j. na poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Priestory, ktoré boli takto zrekonštruované, zostávajú vo vlastníctve BSK, preto nemožno hovoriť o tom, že boli zaplatené spoločnosťou Nemocničná a.s.

V roku 2013 bola zriadená komisia na posúdenie financovania LSPP a ÚPS v NsP Malacky, pretože BSK dopláca za niektoré výkony. Ide tak o priamu podporu zdravotnej starostlivosti zo strany BSK v okrese Malacky.

Bratislavský kraj vlastní a prenajíma aj nasledujúce objekty zdravotnej starostlivosti:

- budova zdravotného strediska Záporožská (Družstvo lekárov Záporožská);
- budova zdravotného strediska Fedinova (ZS Fedinova, s.r.o.);
- budova zdravotného strediska Rovniankova (Družstvo lekárov Zrkadlový háj)¹¹;
- budova polikliniky Strečnianska 13 (Družstvo lekárov – Strečnianska);
- budova polikliniky Šustekova 2 (Poliklinika Šustekova, s.r.o.).

Poliklinika Senec bola v minulosti majetkom BSK, ten však budovu v roku 2009 predal (Uznesenia č. 18 – 37/2009 zo zasadnutia Zastupiteľstva Bratislavského samosprávneho kraja zo dňa 29. 4. 2009 a 20. 5. 2009).

1.2.3.3 Nemocnice v pôsobnosti ministerstva zdravotníctva

V Bratislavskom kraji sa nachádza celkovo 9 zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti v zriaďovateľskej pôsobnosti Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky. Patria tam: Národný ústav detských chorôb, Národný onkologický ústav, Psychiatrická nemocnica Philippa Pinela, Centrum pre liečbu drogových závislostí a Univerzitná nemocnica Bratislava. Rovnakou farbou na obrázku nižšie je označený Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, ktorý je síce akciovou spoločnosťou, ale 100 % akcionárom je MZ SR. Obdobne Špecializovaná nemocnica pre ortopedickú protetiku je teoreticky súkromná nemocnica, ale 99 % vlastníkom je MZ SR. Univerzitná nemocnica Bratislava (ďalej ako UNB) so sídlom v NsP Ružinov v okrese Bratislava II združuje od roku 2010 celkovo 5 samostatných nemocníc v rôznych mestských častiach Bratislavy, a to NsP Ružinov, Nemocnicu akademika L. Déreza, Nemocnicu sv. Cyrila a Metoda, Nemocnicu Staré Mesto a Špecializovanú geriatrickú nemocnicu Podunajské Biskupice.

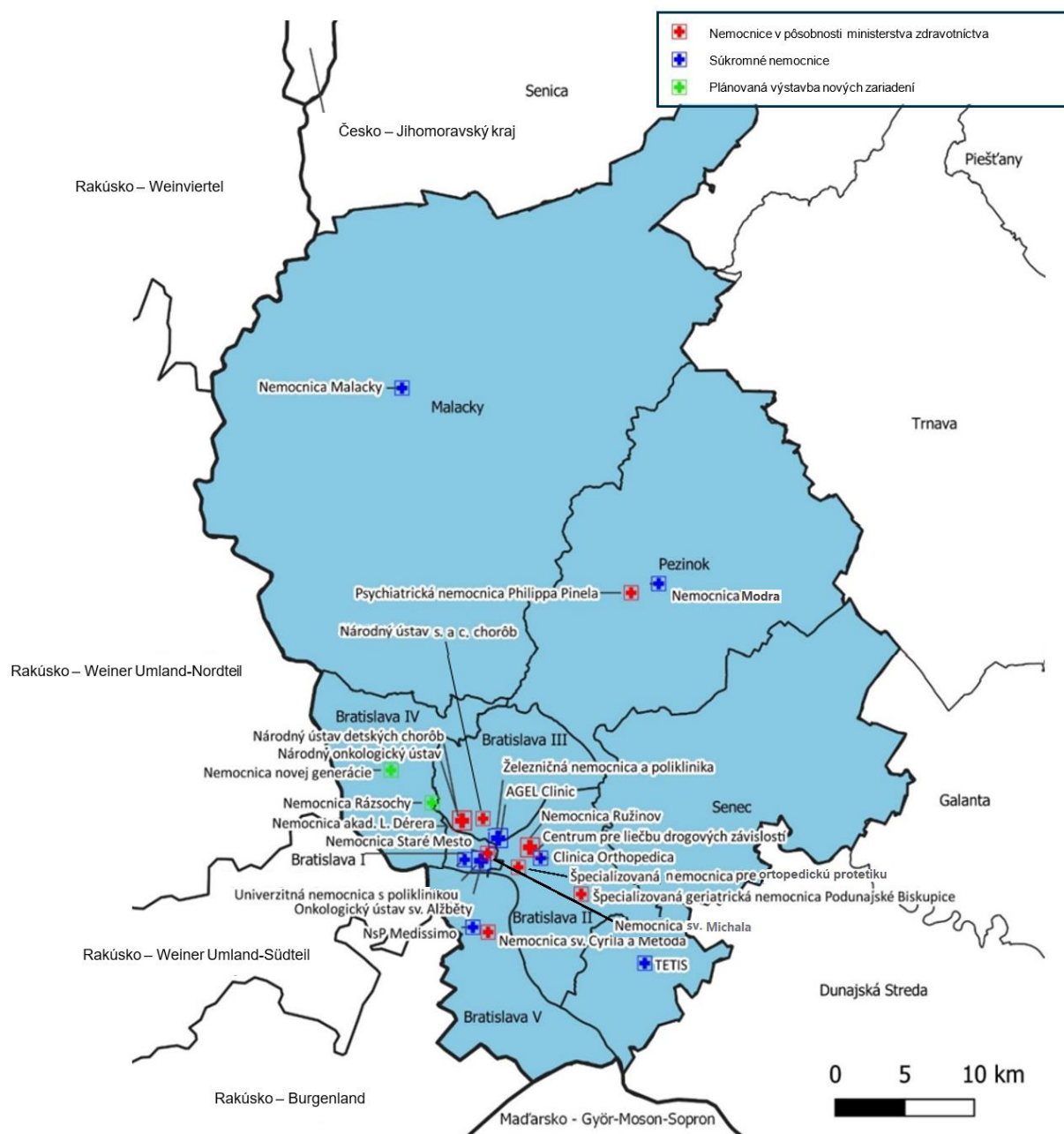
Národné ústavy všeobecne majú poskytovať zdravotnú starostlivosť na tej najvyššej úrovni, dokážu sa postarať o pacientov s najťažšími komplikáciami, vytvárajú podmienky pre odborný rast pre najlepších lekárov a špičkových odborníkov, zavádzajú inovatívne postupy diagnostiky a liečby pre ostatné zdravotnícke zariadenia a v neposlednom rade v spolupráci s univerzitami vychovávajú mladých medikov.

Najviac nemocníc a ústavov v pôsobnosti ministerstva zdravotníctva sa nachádza v okrese Bratislava III, kde sídlia celkovo 3 zariadenia. Dve nemocnice v pôsobnosti ministerstva zdravotníctva sa potom nachádzajú v okrese Bratislava II. Z pohľadu počtu špecializovaných oddelení a ambulancií je najvyšší počet týchto oddelení a ambulancií prítomný v zariadení NsP Ružinov, kde sa nachádza celkovo 30 oddelení a 136
ficky znázornené zariadenia v pôsobnosti Ministerstva

zdravotníctva SR a ďalšie vybrané súkromné a plánované nemocnice, aby bola zrejماً celková distribúcia tejto kľúčovej zdravotníckej infraštruktúry.

Nemocnice zriaďované ministerstvom zdravotníctva súčasne vytvárajú pilier lekárskej pohotovostnej služby, ktorá poskytuje vo významnom rozsahu ambulantnú starostlivosť občanom, a to v prípadoch náhlej zmeny zdravotného stavu alebo vzniku, prípadne zhoršenia prebiehajúceho ochorenia, ktoré vzniklo v čase mimo pravidelnej prevádzky ambulantných zdravotníckych zariadení.

Obrázok 1: Nemocnice v Bratislavskom kraji k 31. 12. 2020



Zdroj: Vlastné spracovanie, Register zdravotníctva e-VÚC, ŠÚSR, GKÚ Bratislava, Eurostat

Červenou farbou je na obrázku znázornená aj Nemocnica sv. Michala, ktorá patrí Ministerstvu obrany SR, a preto lekárom v tejto nemocnici napr. nie sú pridelené zdravotné obvody. Nemocnica slúži aj Ministerstvu vnútra SR.

Tabuľka 14: Prehľad nemocníc v Bratislavskom kraji k 31. 12. 2020

Názov	Ulica poskytovania	Okres poskytovania
AGEL Clinic	Jelačičova 500/8	Bratislava II
Centrum pre liečbu drogových závislostí	Hraničná 4825/2	Bratislava II
Clinica Orthopedica	Nevädzová 6	Bratislava II
Národný onkologický ústav	Klenová 3019/1	Bratislava III
Národný ústav detských chorôb	Limbová 2643/1	Bratislava III
Národný ústav srdcových a cievnych chorôb	Pod Krásnou hôrkou 7185	Bratislava III
Nemocnica akademika L. Déreza	Limbová 5	Bratislava III
Nemocnica Malacky	Duklianskych hrdinov 857/34	Malacky
Nemocnica Modra	Vajanského 886/1	Pezinok
Nemocnica Ružinov (NsP Ružinov)	Ružinovská 4810/6	Bratislava II
Nemocnica Staré Mesto	Americké námestie 2812/3	Bratislava I
Nemocnica svätého Cyrila a Metoda	Antolská 3361/11	Bratislava V
Nemocnica svätého Michala	Satinského 7770/1	Bratislava I
Onkologický ústav sv. Alžbety	Heydukova 2157/10	Bratislava I
NsP Medissimo	Tematínska 3778/5A	Bratislava V
Psychiatrická nemocnica Philippa Pinela	Malacká cesta 2192/63	Pezinok
Špecializovaná geriatrická nemocnica Podunajské Biskupice	Krajinská 10470/91	Bratislava II
Špecializovaná nemocnica pre ortopedickú protetiku	Záhradnícka 4880/42	Bratislava II
TETIS	Lipnická 56	Senec
Univerzitná nemocnica s poliklinikou Milosrdní bratia	Námestie SNP 469/10	Bratislava I
Železničná nemocnica a poliklinika	Šancová 3150/110	Bratislava III

Zdroj: Vlastné spracovanie, Register zdravotníctva e-VÚC

1.2.3.4 Plánovaná výstavba nových zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti

Na Slovensku stále dynamickejší vývoj medicínskych a medicínsko-informačných technológií skracuje a skvalitňuje celý proces diagnózy a liečby, ale naráža na nedostatok personálu a starnutie populácie. Pred Slovenskom stojí významná úloha zabezpečiť poskytovanie kvalitnejšej a bezpečnejšej zdravotnej starostlivosti s menším počtom personálu. Zmeny dizajnu nemocníc (evidence-based hospital design) smerujú nielen ku kvalitnej a bezpečnej zdravotnej starostlivosti, ale aj k organizačnej stratégii a procesom, ktoré znižujú časovú náročnosť, uľahčujú a tiež nahrádzajú prácu personálu. Nové koncepty moderných nemocníc sú už iba jednolôžkové riešenia s organizačným modelom tzv. „plávajúcich lôžok“ – lôžka nie sú pripísané ku každému oddeleniu zvlášť. Lekár má k dispozícii práve toľko lôžok/izieb, koľko práve potrebuje. Pacient sa pri zmene diagnózy neprekladá na iné oddelenie. Samozrejmosťou je „paper-free“ režim, informačný systém vysokej inteligencie a centrálna príprava a inteligentná distribúcia liekov. Súčasťou nemocnice sú aj tzv. interaktívne miestnosti (10 – 12 miest), ktoré sa využívajú na skupinové komunikácie (medici, sestry, lekári, administratíva atď.) a tréningový trakt. Takto dizajnovaná nemocnica pracuje s obloženou 90 a viac percent. Dokáže nahradiť starú nemocnicu s podstatne väčším množstvom lôžok. Nová nemocnica teda môže byť podstatne menšia. Z týchto postulátov vyplýva, že počet lôžok definitívne nie je jediným parametrom kapacity a hodnoty nemocnice. Podstatný je výkon, kvalita (v tom najširšom zmysle slova) a flexibilita zariadenia.

Prvou nemocnicou tohto druhu na Slovensku bude komplexná koncová nemocnica Svet zdravia v Boroch. Ide zatiaľ o najväčšiu súkromnú investíciu v oblasti slovenského zdravotníctva v celkovej očakávanej hodnote 240 mil. eur. Nemocnica Bory vychádza z jednolôžkového konceptu a bude poskytovať urgentnú, plánovanú aj ambulantnú zdravotnú starostlivosť. Výstavba nového zariadenia sa začala v roku 2018 a plná prevádzka je naplánovaná na rok 2023. Hrubá stavba budovy je už postavená (k januáru 2021) a teraz sa pracuje na interiéroch. Plánovaná nemocnica má byť súčasťou siete polikliník a nemocníc Svet zdravia, a.s., a ProCare, a. s., ktoré patria do skupiny Penta Hospitals International. Celkovo má zariadenie ponúknuť 1 200 pracovných miest, z toho má byť približne 250 lekárov a 800 sestier a ošetrovateľov. Nemocnica ponúkne 400 lôžok v jednolôžkovom štandarde bez príplatkov. Nemocnica bude vybavená 14 operačnými sálami a 1 hybridnou operačnou sálou. Ďalším významným projektom je plánovaná výstavba úplne novej nemocnice v Rázsochách. Nemocnica Rázsochy je projekt Fakultnej nemocnice (t. j. Univerzitnej nemocnice) vrátane posluchární, laboratórií, internátov a ostatnej občianskej vybavenosti, plánovaný v bratislavskej mestskej časti Lamač. Verejná súťaž na projekt novej nemocnice s poliklinikou bola vyhlásená ešte v roku 1969. Rozhodnutie o umiestnení stavby nadobudlo právoplatnosť 15. októbra 1985. Stavba bola zapísaná ako záväzná úloha štátneho plánu uznesením vlády 7. júla 1986. Stavebné povolenie bolo vydané 31. augusta 1987 a v tom istom roku sa začala stavba. Následne sa začali prípravné práce – výkupy pozemkov, príprava územia, príprava a postupné budovanie súvisiacich investícií (inžinierske siete, prístupové komunikácie a pod.), ktoré sa realizovali až do roku 1991. 31. októbra 2000 bolo financovanie stavby vtedajšou vládou Slovenskej republiky zastavené. MZ SR predstavilo projekt o vystavaní kompletne novej nemocnice v tejto lokalite. V roku 2018 bolo schválené zbúranie nemocnice vtedajšou vládou Slovenskej republiky za 17 mil. eur z dôvodu už nevyhovujúcich štandardov. Búracie práce sa spustili 13. augusta 2019. Očakávaná veľkosť investície je 263 mil. eur. Podľa pôvodných plánov mala byť nová nemocnica postavená do roku 2024. Projekt však už v priebehu rokov 2019 a 2020 nabral meškanie, a to z dôvodu pandémie ochorenia COVID-19. Nemocnica má vyrásť v priestore bývalej nemocnice v mestskej časti Lamač, kde boli najmä v roku 2019 realizované rozsiahle demolačné práce. Presný termín plánovaného dokončenia podľa dostupných informácií nebol stanovený. Plánuje sa 653 lôžok. Podľa odborníkov z radov lekárov by mala mať spomínaná nemocnica minimálne 1 100 lôžok. To však parkovisko neustojí a zdroj pitnej vody je nedostatočný. Myšlienka a aktivity výstavby nemocnice Rázsochy v tejto lokalite Bratislavy teda trvajú už 50 rokov. Je dôležité uviesť, že plánovaná nemocnica by mala zabezpečovať terciárne služby obyvateľom nielen Bratislavského kraja, ale aj Trnavského, Nitrianskeho a čiastočne Trenčianskeho kraja. Z tohto pohľadu je lokalita Rázsochy pre obyvateľov, ktorým má slúžiť, nevhodná (ide zrejme o najhoršie dostupné miesto). oveľa vhodnejšie by bolo lokalizovať túto najdôležitejšiu nemocnicu vo východnej časti Bratislavy.

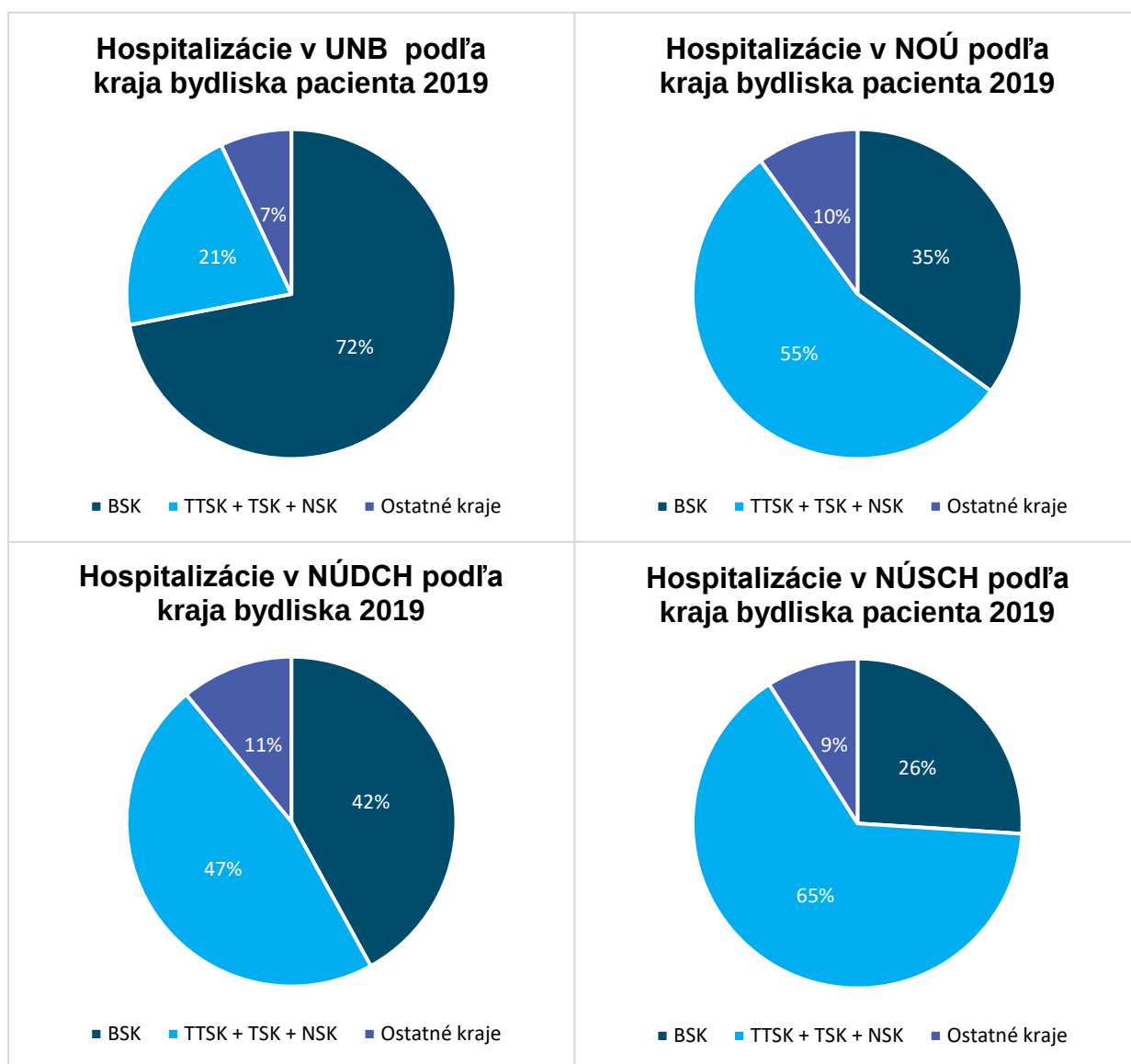
Viacero analýz potvrdzuje fakt, že Bratislava potrebuje novú koncovú, komplexnú nemocnicu. Roztrieštenie potenciálu Univerzitnej nemocnice na 5 samostatných nemocníc je už neakceptovateľné. Myšlienka novej

koncovej Univerzitnej nemocnice, ktorá by nahradila minimálne 3 z jestvujúcich nemocníc, je teda správna. Problém spočíva v jej lokalizácii.

Predpokladanú potrebu zvyšovania počtu lôžok dlhodobej, doliečovacej, paliatívnej a tiež sociálnej starostlivosti (starnutie a pribúdanie obyvateľov BSK) bude možné tiež riešiť transformáciou starších, na akútnu medicínu už nevyhovujúcich nemocníc.

Všetky nemocnice UNB, ale tiež národné ústavy v skutočnosti poskytujú terciárnu starostlivosť pre obyvateľov bývalého Západoslovenského kraja.

Graf 27: Hospitalizácie vo vybraných nemocniciach



Zdroj: Dôvera ZP, UNION ZP

Kľúčové zistenia – infraštruktúra

Bratislavský kraj sa v rámci Slovenskej republiky vyznačuje nadštandardnou sieťou zdravotníckych zariadení. Nachádza sa tu dokopy 21 nemocníc a ústavov. Ďalej sa tu nachádza 32 polikliník rôzneho zamerania, čo je takmer polovica všetkých polikliník v celej Slovenskej republike. Väčšinou ide o súkromné zariadenia. Prevažná väčšina polikliník je koncentrovaná v centrálnych okresoch Bratislavského kraja, teda v okresoch Bratislava I – V. Okresy Pezinok, Malacky a Senec sú v tomto ohľade vybavené významne horšie.

Špecializovaných ambulantných zariadení je v Bratislavskom kraji celkovo 4 177, kde väčšina z nich je taktiež situovaná v okresoch Bratislava I – V. V okresoch Malacky, Pezinok a Senec je počet ambulancií oproti centrálnym okresom Bratislavského kraja výrazne nižší, a teda aj samotná dostupnosť ambulantnej starostlivosti je v týchto troch okresoch významne horšia.

V Bratislavskom kraji možno nájsť 3 poskytovateľov služieb rýchlej zdravotnej a lekárskej pomoci. Záchranná zdravotná služba pokrýva celé územie Bratislavského kraja, keď najlepšie sú opäť pokryté okresy Bratislava I – IV. Lekárenskú sieť tvorí v Bratislavskom kraji 344 zariadení a je relatívne rovnomerne geograficky zastúpená.

V Bratislavskom kraji v roku 2019 v rámci Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS) poskytovalo služby domácej zdravotnej starostlivosti 33 poskytovateľov, ktorí roku 2019 vykonali 139 370 návštev a ošetrovaní pacientov v ich domácom prostredí. Na celom Slovensku ide potom o 1,57 až 1,72 milióna návštev ročne. Je však zrejmé, že zatiaľ čo celkový počet návštev zdravotníkov v rámci ADOS na území celej Slovenskej republiky je relatívne konštantný, počet klientov využívajúci služby v Bratislavskom kraji skôr klesal, a to najmä v rokoch 2015 až 2017. V roku 2015 bolo evidovaných v rámci ADOS 201 119 návštev a ošetrovaní.

V Bratislavskom samosprávnom kraji sa k 31. 3. 2021 nachádzalo množstvo inštitúcií poskytujúcich sociálne služby. Neverejných poskytovateľov je 254. Poskytovateľov spadajúcich pod obce alebo mestá je celkovo 49, pričom poskytovateľov, ktorí boli zriadení alebo založení priamo obcou alebo mestom, je v Bratislavskom kraji 22 (neziskové alebo rozpočtové organizácie). Poskytovateľov, ktorí boli zriadení alebo založení vyšším územným celkom, je 14. Sieť poskytovateľov sociálnych služieb ďalej tvorí 31 fyzických osôb. V Bratislavskom kraji je prítomných významne menej opatrovateľov, a to 8,1 takých opatrovateľov na 100 000 obyvateľov v porovnaní s 23,6 poskytovateľov na 100 000 obyvateľov v celej Slovenskej republike.

Bratislavský samosprávny kraj sa podieľa na financovaní sociálnych služieb sumou 7 516 204 eur (rok 2020) a je zriaďovateľom len jedného ambulantného zariadenia, a to Polikliniky Karlova Ves. Na základe tejto skutočnosti môže Bratislavský kraj relatívne málo ovplyvňovať poskytovanie zdravotnej starostlivosti na svojom území.

1.2.3.5 Ambulantná zdravotná starostlivosť

Ambulantných zariadení je v Bratislavskom kraji celkovo 4 193. Ide o súčet ambulancií všeobecnej a špecializovanej zdravotnej starostlivosti. Ich distribúcia je znázornená na nasledujúcom obrázku. Hoci sa v Bratislavskom kraji nachádza veľké množstvo ambulancií, väčšina z nich sídli v centrálnych okresoch Bratislavského kraja. Naopak, v okresoch Malacky, Pezinok a Senec je počet ambulancií oproti centrálnym okresom výrazne nižší, a teda aj samotná dostupnosť ambulantnej starostlivosti je v týchto troch okresoch významne horšia.

Sieť ambulantných zariadení prvého kontaktu je v súlade (je vyššia) s nariadením vlády o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Podľa tej musí byť v Bratislavskom kraji prítomných na 204,5 všeobecných ambulancií pre dospelých, 66 všeobecných ambulancií pre deti a dorast, 79,7 špecializovaných ambulancií gynekologickej starostlivosti (Bratislava – 56,7; Malacky – 8,5; Pezinok – 7,2; Senec – 7,3) a 231,1 špecializovaných ambulancií zubno-lekárskej starostlivosti (Bratislava – 162,6; Malacky – 25,4; Pezinok – 21,5; Senec – 21,6). Toto všetko je v Bratislavskom kraji splnené (pozrite tabuľku 14).

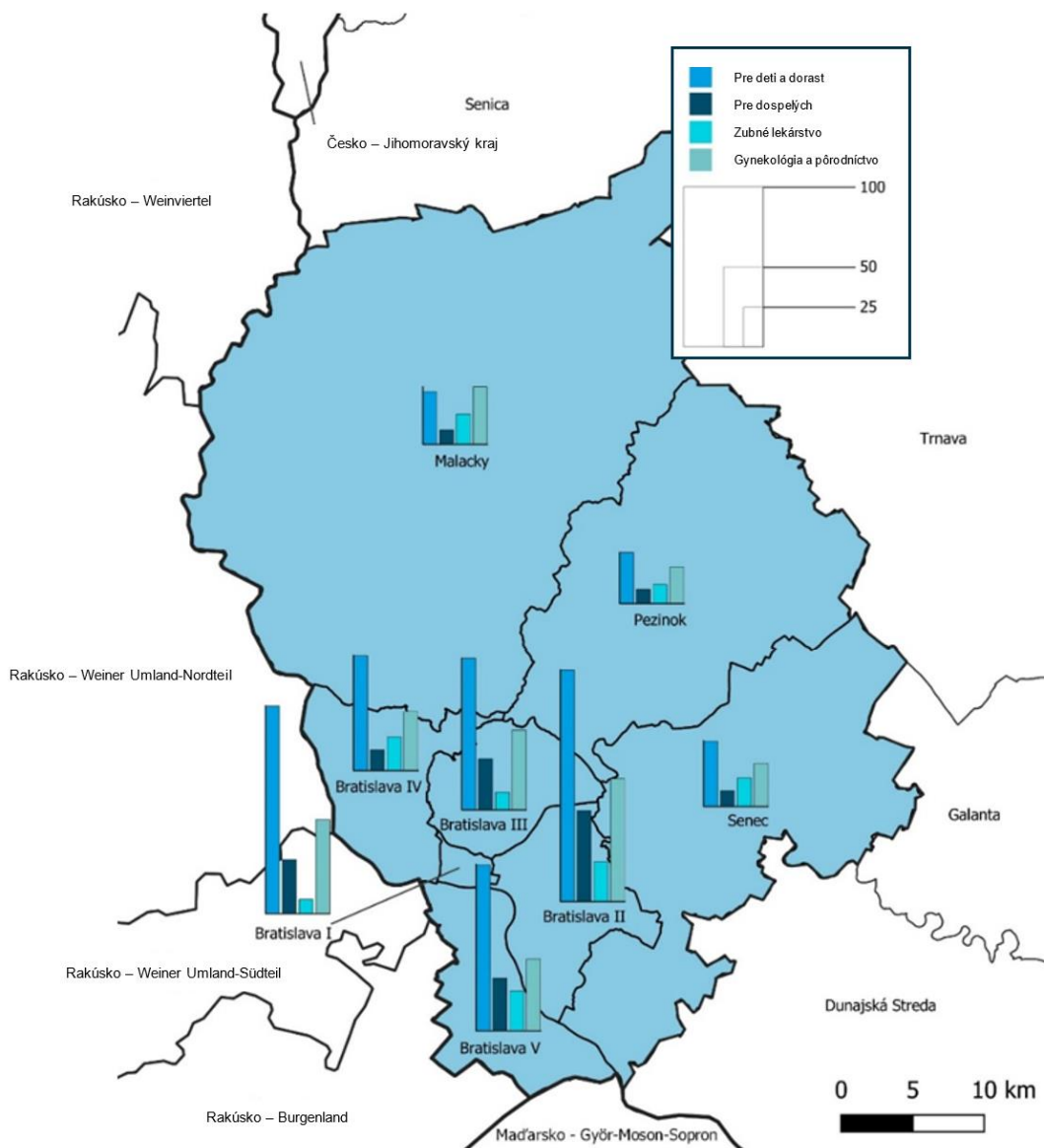
Podľa pracovných materiálov MZ SR bola definovaná kapacita siete všeobecného lekárstva pre dospelých (ďalej iba „VLD“) a všeobecného lekárstva pre deti a dorast (ďalej iba „VLDD“). „Potreba siete VLD bola definovaná počtom lekárskeho miest potrebných na zabezpečenie poskytovania zdravotnej starostlivosti vo VLD v danom okrese, pričom bola vypočítaná ako podiel počtu prepočítaných poistencov vo VLD v danom okrese, navýšeného o percento migrácie vo VLD v danom okrese, a normatívu počtu kapitánov vo VLD.“ Podľa tejto analýzy je potreba lekárskeho miest VLD v BSK (v roku 2020) na úrovni 349,6, no súčasná kapacita je na úrovni 310,3.

„Potreba siete VLDD bola definovaná počtom lekárskeho miest potrebných na zabezpečenie poskytovania ZS vo VLDD v danom okrese, pričom bola vypočítaná ako podiel počtu prepočítaných poistencov vo VLDD

v danom okrese, navýšeného o percento migrácie vo VLDD v danom okrese, a normatívu počtu kapitantov vo VLDD.“ Potreba lekárskeho miest VLDD v BSK je (v roku 2020) na úrovni 168,9 a súčasná kapacita je na úrovni 137,5. Okresy BSK sa podľa tejto analýzy javia byť ako nedostatkové z hľadiska VLD a VLDD. Kapacitná priepustnosť sietí VLD a VLDD v BSK je pod úrovňou 100 % (konkrétne na 88,8 a 81,4 %). Sieť všeobecnej ambulantnej starostlivosti teda podľa najnovších materiálov nie je v optimálnom stave.

Miestna dostupnosť sietí VLD a VLDD všetkých obyvateľov BSK je do 25 minút vrátane. Miestna dostupnosť sietí VLD a VLDD predstavuje najkratší čas dojazdu osobným motorovým vozidlom z obce do najbližšej obce s ambulanciou VLD a VLDD pri zohľadnení charakteru dopravnej premávky a typu ciest.

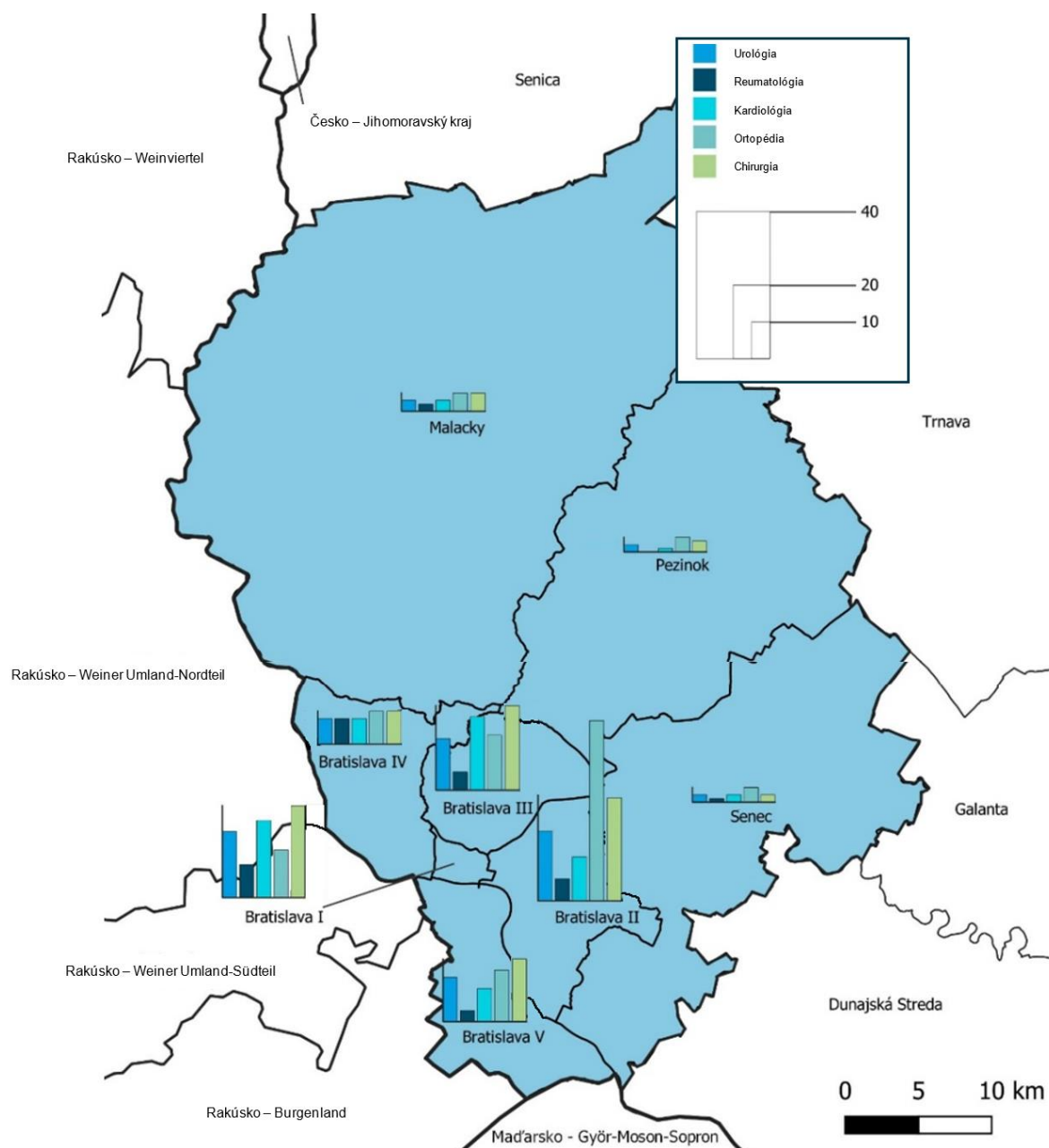
Obrázok 2: Ambulantná starostlivosť prvého kontaktu v okresoch Bratislavského kraja podľa zamerania k 31. 12. 2020



Zdroj: Vlastné spracovanie, Register zdravotníctva e-VÚC, ŠÚSR, GKÚ Bratislava, Eurostat

Nasledujúci obrázok sa zaoberá distribúciou jednotlivých špecializácií – urológia, reumatológia, kardiológia, ortopédia alebo chirurgia. Aj tu je zrejmé, že v severovýchodných okresoch Bratislavského kraja je významne nižšia dostupnosť špecializovanej ambulantnej starostlivosti než v centrálnych okresoch Bratislavského kraja. Táto distribúcia potom príliš nerešpektuje priestorové rozmiestnenie populácie BSK.

Obrázok 3: Odborné špecializované zariadenia v okresoch Bratislavského kraja podľa zamerania k 31. 12. 2020



Zdroj: Vlastné spracovanie, Register zdravotníctva e-VÚC, ŠÚSR, GKÚ Bratislava, Eurostat

V tabuľke nižšie je zhrnutý súčasný stav v oblasti špecializovanej ambulantnej starostlivosti v okresoch Bratislavského kraja. V centrálnych okresoch Bratislava I, Bratislava II, Bratislava III, Bratislava IV a Bratislava V sa nachádza 86 % zo všetkých zariadení ambulantnej starostlivosti. V oblasti špecializovanej ambulantnej starostlivosti sa v týchto okresoch nachádza 88,8 % zo všetkých zariadení ambulantnej špecializovanej starostlivosti. Je zrejmé, že v ostatných okresoch je dostupnosť špecializovanej ambulantnej starostlivosti nižšia. Sieť špecializovaných ambulantných zariadení prvého kontaktu je v súlade (je vyššia) s nariadením vlády o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Výnimkou sú ambulancie špecializujúce sa na oblasť medicíny drogových závislostí. Tie sú aktuálne 4 v Bratislavskom kraji (min. je 4,4).

Tabuľka 15: Počet ambulancií všeobecnej a špecializovanej zdravotnej starostlivosti

Druh zariadenia	Bratislava I	Bratislava II	Bratislava III	Bratislava IV	Bratislava V	Malacky	Pezinok	Senec	Spolu
Ambulantná starostlivosť prvého kontaktu									
ambulancia zubného lekárstva	130	145	95	72	104	33	32	41	652
gynekologicko-pôrodná ambulancia	34	57	32	13	34	9	9	10	198
všeobecná ambulancia pre deti a dorast	9	25	11	21	24	19	12	18	139
všeobecná ambulancia pre dospelých	60	77	50	37	45	36	23	27	355
špecializovaná ambulantná starostlivosť									
abdominálna ultrasonografia u dospelých	3	2			2				7
akupunktúra	2	8	1	2	2		1	1	17
algeziológia	5	5	6		1	1			18
andrológia	1	1							2
anestéziológia a intenzívna medicína	4	6	3		3	3			19
angiológia	3	4	6	1	3	1	2		20
audiológia		1							1
audioprotetika		2			1				3
chirurgia	25	28	23	9	17	5	3	2	112
choroby slizníc ústnej dutiny	5	3	3						11
cievna chirurgia	3	5	4	1	5	1		1	20
dentoalveolárna chirurgia	19	3	7	8	11	3	5	7	63
dentálna hygiena	3	9	7	5	6	3	2	6	41
dermatovenerológia	42	26	22	10	16	4	4	4	128
detská chirurgia		3	8	2	3				16
detská dermatovenerológia		2	4						6
detská psychiatria	1		3	1	1			1	7
detské zubné lekárstvo	1	1							2

Druh zariadenia	Bratislava I	Bratislava II	Bratislava III	Bratislava IV	Bratislava V	Malacky	Pezinok	Senec	Spolu
diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy	10	17	9	5	4	3	3	3	54
diagnostická a intervenčná ezofagogastroduodenoskopia	1	1	2		1			1	6
diagnostická a intervenčná kolonoskopia	1	1	2		1			1	6
dopravná psychológia	6	6	9	2	9	3	4	1	40
dorastové lekárstvo			1	4	2	1			8
drogové závislosti	1								1
echokardiografia		1							1
endokrinológia	13	12	7	3	7	1	1		44
endoskopia respiračného systému		2							2
endoskopická retrográdna cholangiopankreatikografia	3	1	1	1	1				7
farmakoekonomika					1				1
foniatria	2	2	2		2				8
funkčná diagnostika		1							1
fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	15	28	16	11	13	5	4	4	96
gastroenterologická chirurgia			1						1
gastroenterológia	22	17	17	3	11	2	1	1	74
geriatria	4	4	2	1	2	2			15
gerontopsychiatria	1	3					1		5
gynekologická urológia		1	1		1				3
hematológia a transfuziológia	5	4	12		7	2			30
hepatológia	3	3	5		2	1			14
hrudníková chirurgia		1							1
implantológia	10	2	5	7	3			5	32
infektológia	3		5	1				1	10
intervenčná ultrasonografia v urológii	2	2	2	1	1		1		9

Druh zariadenia	Bratislava I	Bratislava II	Bratislava III	Bratislava IV	Bratislava V	Malacky	Pezinok	Senec	Spolu
kardiochirurgia			1						1
kardiológia	21	12	20	7	9	3	1	2	75
klinická biochémia			2						2
klinická farmakológia	1	2	2		1				6
klinická imunológia a alergiológia	12	13	8	8	11	4	1	1	58
klinická logopédia	4	10	11	6	7	3	2	3	46
klinická onkológia	15	6	33		1				55
klinická psychológia	23	22	28	4	21	4	5	5	112
klinické pracovné lekárstvo a klinická toxikológia	3		4	2					9
korektívna dermatológia		1				1			2
lekárska genetika	4	3	5		2	1			15
liečebná pedagogika	1		5		1		1		8
mamodiagnostika v gynekológii	3	2	6		3			1	15
mamológia	2	2				1			5
materno-fetálna medicína		1	1	1	3		1		7
maxilofaciálna chirurgia	7	6	6		1				20
medicína drogových závislostí		3					1		4
mukogingiválna chirurgia	1	3	2						6
nefrológia	6	6	9	3	4	3	1	1	33
neonatológia			2		1				3
neurochirurgia	5	5	4		2				16
neuroológia	19	30	18	7	8	3	2		87
nukleárna medicína	2			2					4
oftalmológia	28	29	14	15	28	8	6	3	131
onkológia v chirurgii	2	1	3						6

Druh zariadenia	Bratislava I	Bratislava II	Bratislava III	Bratislava IV	Bratislava V	Malacky	Pezinok	Senec	Spolu
onkológia v gynekológii	5	2	5	1	1				14
onkológia v urológii	3	1	1	1	2				8
onkológia vo vnútornom lekárstve		1							1
ortopedická protetika		6							6
ortopédia	13	49	15	9	14	5	4	4	113
osteodenzitometria		2							2
osteológia				2					2
otorinolaryngológia	15	15	14	7	12	2	2	1	68
paliatívna medicína	1		2						3
pediatria		6	9	1	4	3	2	3	28
pediatrická anestéziológia	1		1						2
pediatrická endokrinológia a diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy		2	4		1	1			8
pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	2	3	3		2				10
pediatrická gynekológia		1			1				2
pediatrická hematológia a onkológia	1		6						7
pediatrická imunológia a alergiológia		2	3		2				7
pediatrická infektológia			2						2
pediatrická kardiológia		4	3	1	4	2			14
pediatrická nefrológia			2		1	1			4
pediatrická neurológia		2	3		2	1	1		9
pediatrická oftalmológia		3	6	1	2				12
pediatrická ortopédia		9			1	1			11
pediatrická otorinolaryngológia			4	1			1		6
pediatrická pneumológia a ftizeológia		7	1						8

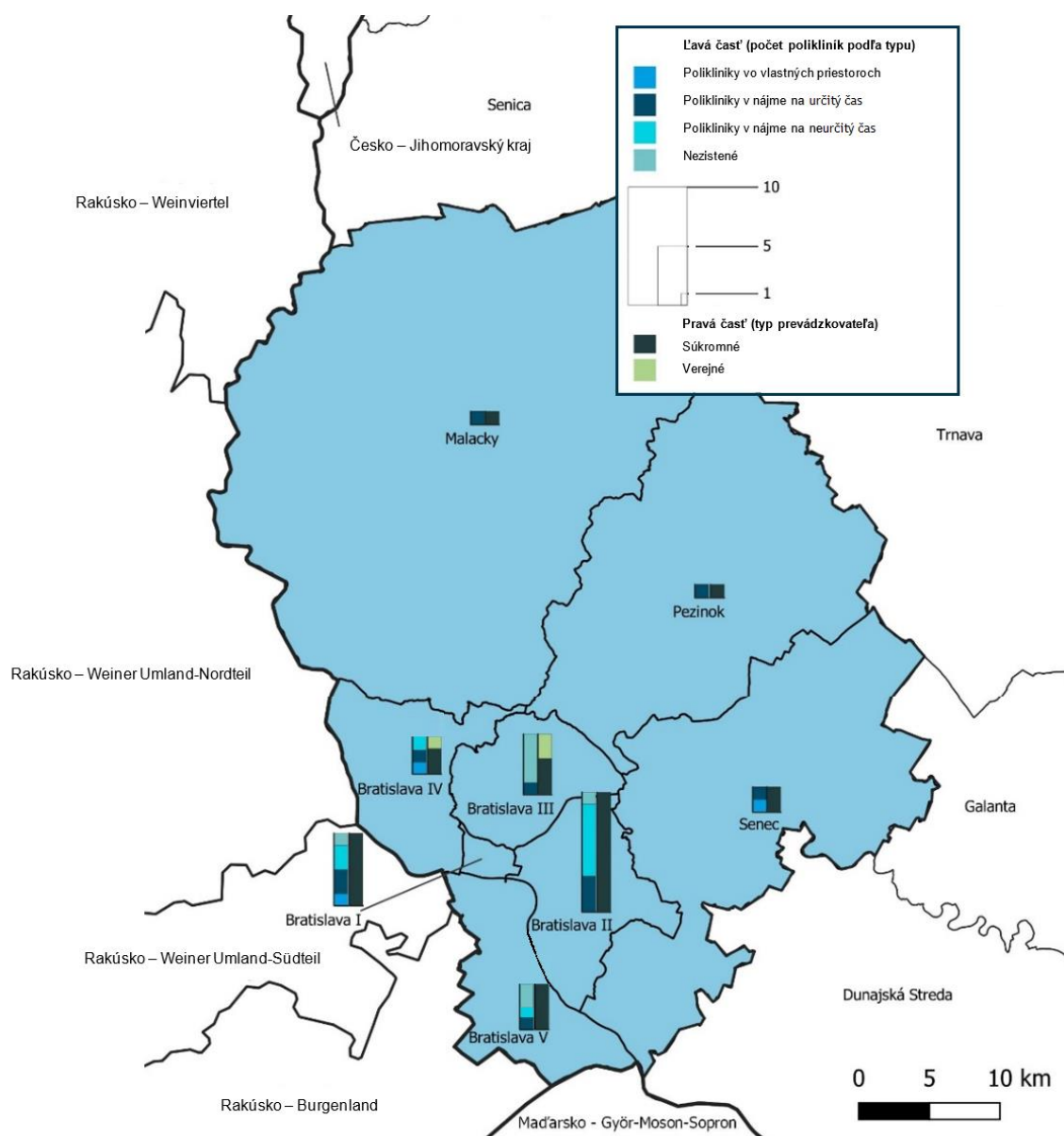
Druh zariadenia	Bratislava I	Bratislava II	Bratislava III	Bratislava IV	Bratislava V	Malacky	Pezinok	Senec	Spolu
pediatrická reumatológia			1		1				2
pediatrická urológia			2		2				4
plastická chirurgia	9	10	7	2	9		1	1	39
pneumológia a fteológia	5	11	7	3	8	2	1	2	39
poradenská psychológia	2	4	5	2	4	2			19
posudkové lekárstvo	1								1
pracovná a organizačná psychológia	2	2	6	1	4	1		1	17
pracovné lekárstvo	8	6	3	2	1	1		1	22
psychiatria	24	20	10	5	12	4	7	6	88
psychiatrická sexuológia	1	2							3
psychoterapia	17	15	7	4	12	3	3	3	64
radiačná onkológia	4		4						8
reprodukčná medicína	2	8	1		1				12
reumatológia	9	6	5	7	3	2		1	33
sexuológia		1							1
telovýchovné lekárstvo	3	4		1	1	1		2	12
tropická medicína	2	1	2	1					6
ultrazvuk v gynekológii a pôrodníctve	10	22	4	6	8	3	2	3	58
urgentná medicína	3								3
urológia	18	19	14	7	12	3	2	2	77
vnútorné lekárstvo	58	44	40	18	25	8	13	9	215
vyšetrovacie metódy v klinickej cytológii			1						1
úrazová chirurgia	3	4	9	1	6	2	3	1	29
čelustná ortopédia	16	11	7	10	11	2	5	1	61

Zdroj: Register zdravotníctva e-VÚC

1.2.3.6 Polikliniky

V Bratislavskom kraji sa nachádza celkovo 32 zdravotníckych zariadení typu poliklinika rôzneho zamerania. Obrázok nižšie zobrazuje polikliniky v okresoch Bratislavského kraja z hľadiska vzťahu k využívaným priestorom a podľa typu prevádzkovateľa (súkromný/verejný). Prevažná väčšina polikliník je v Bratislavskom kraji súkromná, pričom verejné polikliniky sú tu iba 3. Ako je z obrázka nižšie zrejmé, sieť polikliník je prevažne situovaná do centrálnych okresov Bratislavského kraja. Najviac polikliník je lokalizovaných v okrese Bratislava II, kde sa ich nachádza aktuálne 10. Naopak, v okresoch Malacky, Pezinok a Senec sa nachádzajú dohromady iba 4 kliniky, a to aj napriek tomu, že tu žije 34,5 % z celkového počtu obyvateľov Bratislavského kraja. Dostupnosť (časová aj geografická) polikliník je v týchto severovýchodných okresoch významne horšia ako v centrálnych oblastiach Bratislavského kraja a dostatočne nerešpektuje distribúciu obyvateľstva.

Obrázok 4: Polikliniky v okresoch Bratislavského kraja podľa typu užívania a typu prevádzkovateľa k 31. 12. 2020



Zdroj: Vlastné spracovanie, Register zdravotníctva e-VÚC, ŠÚSR, GKÚ Bratislava, Eurostat

Zoznam je uvedený v tabuľke nižšie.

Tabuľka 16: Prehľad polikliník v Bratislavskom kraji

Názov poskytovateľa	Ulica poskytovania	Okres poskytovania
ASMEA s.r.o.	Štefánikova 868/12	Bratislava I
Euromedix, a.s.	Betliarska 3776/17	Bratislava V
HEDAK, s.r.o.	Mýtna 2886/5	Bratislava I
Hipcentrum s.r.o.	Holubyho 39	Pezinok
IBDcentrum s. r. o.	Cintorínska 6778/3	Bratislava I
LAMA MEDICAL CARE s.r.o.	Tomášikova 12571/50C	Bratislava III
MDclinic a.s.	Jána Jonáša 6889/1	Bratislava V
MDclinic a.s.	Radlinského 2773/27	Bratislava I
MED POINT, s.r.o.	Hollého 683/14	Senec
MEDANTE Clinic, s.r.o.	Podpriehradná 3A	Bratislava II
Medicon Clinic s. r. o.	Ľudovíta Fullu 5589	Malacky
Mediconet Slovakia, s. r. o.	Heydukova 2158/14	Bratislava I
MEDICÍNSKE ZARIADENIE MLYNSKÁ DOLINA, s. r. o.	Staré Grunty 56	Bratislava IV
Mind&Body, s. r. o.	Zvolenská 36	Bratislava II
Next s.r.o.	Vajnorská 1354/40	Bratislava III
NOVAPHARM, s.r.o.	Šancová 110	Bratislava III
Pneumomed, s. r. o.	Údernícka 3914/1	Bratislava V
Poliklinika Karlova Ves	Líščie údolie 57	Bratislava IV
Priemyselné zdravotnícke centrum ProCare, a. s.	Vlčie hrdlo 49	Bratislava II
PRO BIOS spol. s r.o. neštátna poliklinika	Ružová dolina 19	Bratislava II
PRO BIOS spol. s r.o. neštátna poliklinika	Ružová dolina 21	Bratislava II
PRO SANUS, a.s.	Jelačičova 7	Bratislava II
PRO SANUS, a.s.	Lamačská cesta 6780	Bratislava IV
Ružinovská poliklinika, a.s.	Ružinovská 4813/10	Bratislava II
SAPIENTIA, s.r.o.	Daxnerovo nám. 3-6	Bratislava II
SI Medical, s.r.o.	Tematínska 5/A	Bratislava V
Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave	Limbová 2651/12-14	Bratislava III
SPORTMED, s.r.o.	Daxnerovo nám. 913/5	Bratislava II
Súkromné zdravotnícke centrum Hippokrates, spol. s r.o.	Prievozská 4/A	Bratislava II
Univerzitná nemocnica s poliklinikou Milosrdní bratia, spol. s r. o.	Lipnická 2A, 2B	Senec
ZAMA s.r.o.	Americké námestie 3	Bratislava I
Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok – FN	Kutuzovova 8	Bratislava III

Zdroj: Register zdravotníctva e-VÚC

1.2.3.7 Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti

V rámci Agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej len „ADOS“) je poskytovaná ošetrovateľská starostlivosť pre všetkých, ktorí potrebujú ošetrovanie či vykonanie iných zdravotníckych úkonov v domácom prostredí. ADOS je tvorený sústavou rôznych poskytovateľov domácej zdravotnej starostlivosti. V Bratislavskom kraji v roku 2020 v rámci ADOS poskytovalo služby domácej zdravotnej starostlivosti celkovo 20 poskytovateľov.

Tabuľka 17: Prehľad poskytovateľov ADOS v Bratislavskom kraji k 31. 12. 2020

Poskytovatelia ADOS	
1	Občianske združenie SLNEČNICA Slovensko, so sídlom Štyndlova 1, 821 05 Bratislava
2	Charita Modra, n.o., so sídlom Trlinská 38, 900 81 Šenkvice
3	ARTA – Stanica zborovej diakónie, so sídlom Rezedová 3, 821 01 Bratislava
4	SVETLO NÁDEJE, n.o., so sídlom Röntgenova 12, 851 01 Bratislava
5	ADOS Centrum pomoci s.r.o., Majoránova 25, 821 04 Bratislava
6	ADOS, Bc. Emília Štrbová, so sídlom Hlavná 44A, 900 26 Slovenský Grob
7	ADOS, Mgr. Monika Jung, so sídlom Dubovského 980/33, 901 01 Malacky
8	ARIES'94 s.r.o., so sídlom Tuhovská 3, 831 06 Bratislava
9	Bratislavská arcidiecézna charita, so sídlom Krasinského 6, 821 04 Bratislava
10	SENIOR – geriatrické centrum n.o., so sídlom Duklianskych hrdinov 34, 901 22 Malacky
11	Nezisková organizácia opatrovateľka, so sídlom Tatranská 34, 841 06 Bratislava
12	ADOS – Rideo, spol. s r.o., so sídlom Röntgenova 12, 851 01 Bratislava
13	ADOS – FÉNIX, s.r.o., so sídlom Ľ. Fullu 1641/6, 901 01 Malacky
14	RUŽOVÁ ZÁHRADA n.o., so sídlom Šafárikova 28, 903 01 Senec
15	VITA HELP, s.r.o., so sídlom Prokopova 45, 851 01 Bratislava
16	Promedis s.r.o., so sídlom Vrbová 8594/2, 821 07 Bratislava
17	MEDI ADOS s.r.o., so sídlom Železničiarska 9, 811 04 Bratislava
18	ADOS Harris Slovakia, so sídlom Haanova 26, 851 04 Bratislava
19	ADOS SALVUS s.r.o., so sídlom Komárnická 11, 821 01 Bratislava
20	MEDISON PLUS, s.r.o. so sídlom Nová č. 1230, 908 01 Kúty

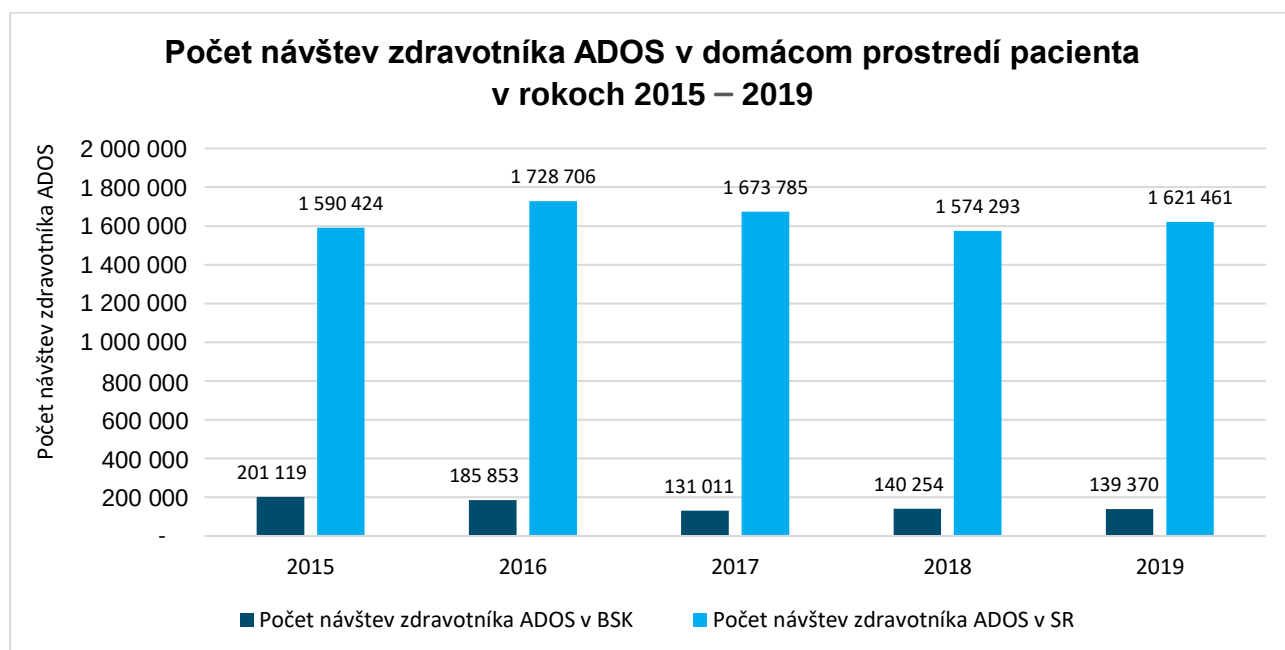
Zdroj: Interné dáta BSK

Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti patria do primárnej ošetrovateľskej starostlivosti a sú súčasťou zdravotného systému. Delia sa na štátne, ktoré by mali fungovať pri zdravotníckych zariadeniach a financovať sa z ich rozpočtu, a neštátne – súkromné, ktoré fungujú ako samostatné jednotky a sú financované zdravotnými poisťovňami, prípadne inými zdrojmi financovania. Každá súkromná agentúra uzatvára zmluvu s každou zdravotnou poisťovňou zvlášť. Systém finančnej úhrady za poskytovanú domácu ošetrovateľskú starostlivosť zdravotnými poisťovňami nie je dosiaľ na požadovanej úrovni. Niektoré agentúry sú nútené vyberať od klientov priame platby.

Z hľadiska vekového zloženia pacientov ošetrovaných v rámci ADOS bolo v rokoch 2015 až 2019 ošetrovaných 4,2 % pacientov vo vekovej skupine 0 – 18 rokov, 18,4 % pacientov v skupine 19 – 60 rokov a 77,3 % pacientov v skupine 61 a viac rokov. Graf nižšie znázorňuje vývoj celkových počtov návštev zdravotníka ADOS v domácom prostredí pacienta v rokoch 2015 až 2019 v rámci Bratislavského kraja a Slovenskej

republiky. V prípade Bratislavského kraja sa počty návštev v sledovanom období pohybovali medzi 130 000 až 200 000 návštevami ročne. V celej Slovenskej republike išlo potom o 1,57 až 1,72 milióna návštev ročne. Z grafického znázornenia je zrejmé, že zatiaľ čo celkový počet návštev zdravotníkov v rámci ADOS na území celej Slovenskej republiky je relatívne konštantný, počet klientov využívajúcich tieto služby v Bratislavskom kraji skôr klesal, a to najmä v rokoch 2015 až 2017. Medzi možné dôvody, ktoré zapríčinili tento pokles, možno menovať znižujúce sa povedomie o ADOS, znižujúci sa počet pracovníkov poskytujúcich domáce ošetrovateľské služby (resp. ich znižujúci sa časový fond), rozvoj alternatívnych ošetrovateľských služieb a iné.¹²

Graf 28: Počet návštev zdravotníka ADOS v domácom prostredí pacienta v rokoch 2015 – 2019



Zdroj: Vlastné spracovanie, NCZI

Pacienti ADOS sú spravidla chronicky chorí ľudia, medzi ktorých najčastejšie diagnózy v roku 2019 v Bratislavskom kraji patrila čiastočná imobilita, úplná imobilita alebo niektorá z psychiatrických diagnóz. Tieto a ďalšie vybrané bežné diagnózy opisuje tabuľka nižšie.

Tabuľka 18: Prehľad vybraných diagnóz pacientov ošetrovaných v rámci ADOS v Bratislavskom kraji v roku 2019

Vybrané sledované diagnózy	Počet diagnóz		
	0 – 18 rokov	19 – 60 rokov	61 rokov a viac
Imobilní pacienti	57	154	862
Čiastočne imobilní pacienti	55	434	2 025
Pacienti s umelou pľúcnou ventiláciou	55	32	8
Pacienti po cievnej mozgovej príhode	0	16	52
Pacienti s psychiatrickou diagnózou	0	22	275

¹² Rok 2020 nebol v čase spracovania k dispozícii.

Vybrané sledované diagnózy	Počet diagnóz		
	0 – 18 rokov	19 – 60 rokov	61 rokov a viac
Pacienti s onkologickou diagnózou	0	64	173
Pacienti s diagnózou diabetes mellitus	0	25	173

Zdroj: Vlastné spracovanie, NCZI

Nasledujúca tabuľka znázorňuje najčastejšie vykonávané výkony ADOS v Bratislavskom kraji v roku 2019. Zatiaľ čo u nepľnoletých pacientov sa vybrané výkony vôbec nerobili, u pacientov nad 61 rokov sa zdravotníci najviac zameriavali na prevenciu vzniku preležanín alebo na ich ošetrovanie. Ďalším častým výkonom bolo previazanie malých aj veľkých rán, a to predovšetkým u pacientov po operácii alebo po úraze. Tieto skutočnosti súvisia so zistenými diagnózami spomínanými vyššie, keď významnú časť pacientov predstavujú čiastočne alebo plne imobilní ľudia.

Tabuľka 19: Prehľad počtu výkonov podľa veku pacientov ADOS v Bratislavskom kraji v roku 2019

Vybrané sledované úkony	Počet výkonov	
	19 – 60 rokov	61 rokov a viac
Starostlivosť o výživu	108	90
Príprava a podávanie infúzie	735	3 239
Prevencia preležanín	4 107	43 598
Ošetrovanie preležaniny do 5 cm ²	1 717	30 115
Ošetrovanie preležaniny nad 5 cm ²	3 815	43 511
Previazanie rany do 5 cm ²	3 127	24 052
Previazanie rany nad 5 cm ²	4 689	51 198

Zdroj: Vlastné spracovanie, NCZI

1.2.3.8 Ambulantná pohotovostná služba

Ambulantná pohotovostná služba (ďalej aj „APS“) je služba poskytovaná poskytovateľom, ktorý je oprávnený na základe vydaného povolenia prevádzkovať APS. Túto službu môže poskytovať lekár s profesijným titulom, všeobecný lekár alebo internista, ak sa zabezpečuje poskytovanie APS pre dospelých, alebo pediater, ak sa zabezpečuje poskytovanie APS pre deti a dorast. Túto službu je možné využívať mimo štandardných ordinačných hodín, a to zvyčajne v pracovných dňoch v čase od 16.00 do 22.00 hod. Počas víkendovej prevádzky alebo cez štátne sviatky je služba ambulantnej pohotovosti vo vybraných ambulanciách štandardne zabezpečovaná v čase od 7.00 do 22.00 hod. Časové rozpätie prevádzky ambulantnej pohotovostnej služby sa môže mierne líšiť v závislosti od nastavenej prevádzky zariadenia. Podľa dostupných informácií sa v Bratislavskom kraji nachádza celkovo 11 ambulancií poskytujúcich APS. Spádovosť týchto zariadení je nadokresná, keď napríklad Ambulantná pohotovostná služba pre dospelých na ulici Šancová je spádovou ambulanciou poskytujúcou APS pre okresy Bratislava I, Bratislava II a Bratislava III.

Tabuľka 20: Prehľad zariadení poskytujúcich APS

Názov poskytovateľa (ambulancie)	Ulica poskytovania	Okres miesta prevádzkovania	Pokrytie
APS pre dospelých			
Komplexná zdravotná služba s.r.o.	Bratislavská 85	Pezinok	Pezinok
MED STAR, s.r.o.	Strečnianska 13	Bratislava V	Bratislava V a IV
Nemocničná a.s.	Duklianskych hrdinov 34	Malacky	Malacky
NOVAPHARM, s.r.o.	Šancová 110	Bratislava I	Bratislava I, II, III
APS pre deti a dorast			
Komplexná zdravotná služba s. r. o.	Bratislavská 85	Pezinok	Pezinok
Národný ústav detských chorôb	Limbová 2643/1	Bratislava III	Bratislava I, II, III, IV, V, Senec
Zubno-lekárska pohotovostná služba			
24Dental s. r. o.	Bajkalská 12985/9	Bratislava III	Bratislava III
DENTA Group, s.r.o.	Drieňová 80/38	Bratislava II	Bratislava I, II, III, IV, V, Malacky, Pezinok, Senec
One day teeth s.r.o.	Račianska 12481/77A	Bratislava III	Bratislava III
STOMAMED s.r.o.	Laurinská 214/16	Bratislava I	Bratislava I
Zubná pohotovosť s.r.o.	Krížna 4921/44	Bratislava II	Bratislava II

Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva SR

Zariadení poskytujúcich služby APS je v Bratislavskom kraji celkovo 11, z toho 4 sú ambulancie pre dospelých, 2 ambulancie sú určené pre deti a dorast a 5 ambulancií zaisťuje pohotovostnú službu zubného lekárstva. Podľa informácií BSK sú urgentné príjmy nemocníc v BSK preťažené aj preto, lebo budov APS nie je dostatok.

1.2.3.9 Stanice záchranné zdravotnej služby

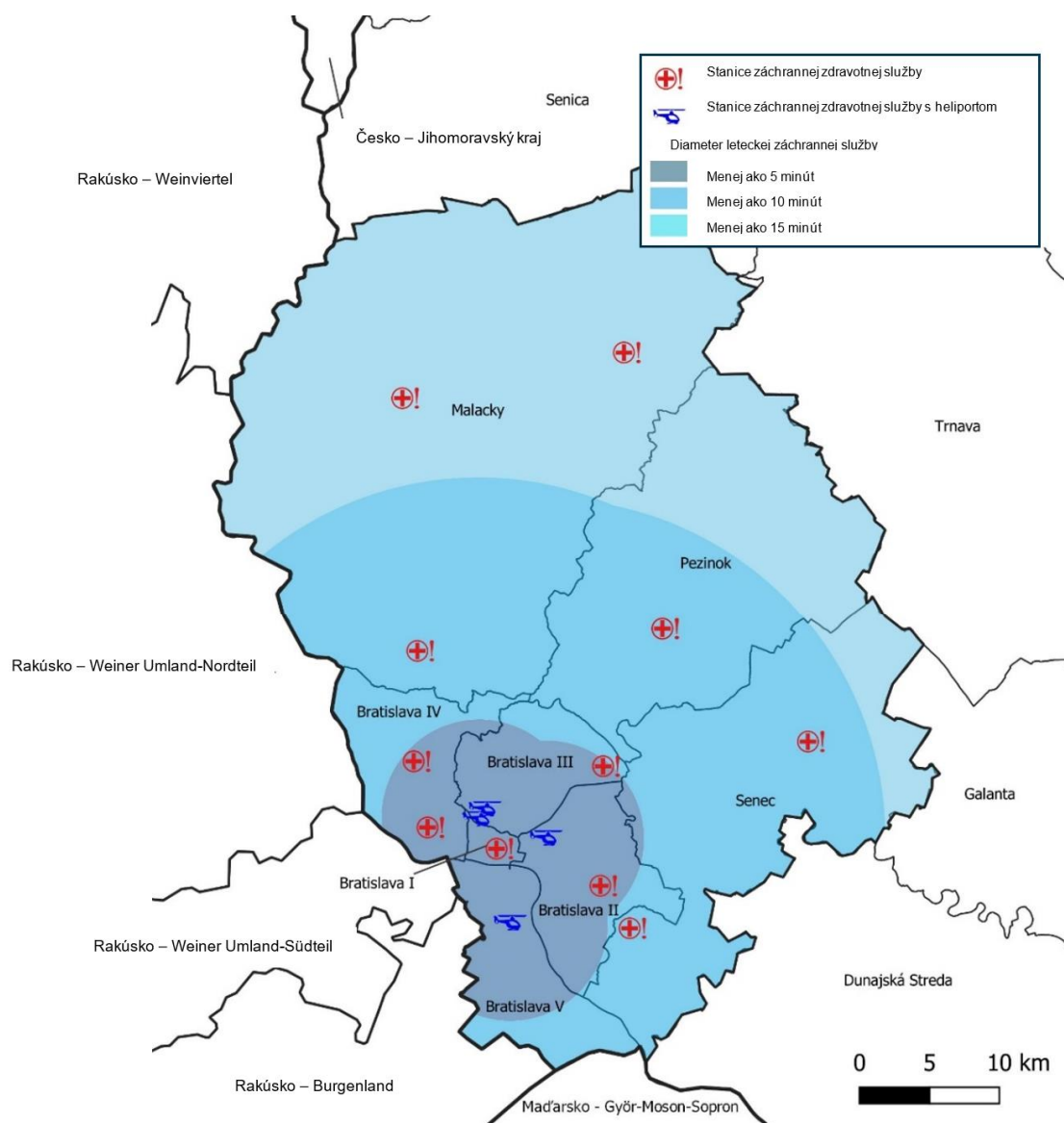
Stanice záchranné zdravotnej služby (ďalej len „ZZS“) poskytujú rýchlu zdravotnú a lekársku pomoc (RZP/RLP) počas mimoriadnych situácií, keď sú ohrozené zdravie a životy osôb. Spolu s ďalšími organizáciami tvoria integrovaný záchranný systém. V Bratislavskom kraji možno nájsť spolu 3 poskytovateľov služieb rýchlej zdravotnej a lekárskej pomoci. Priestorové rozmiestnenie ich staníc opisuje nasledujúci obrázok. Záchranná zdravotná služba pokrýva celé územie Bratislavského kraja, keď je nutné dosiahnuť zodpovedajúcu obslužnosť územia kraja, a to najmä s ohľadom na dojazdový čas. Najviac staníc ZZS sa nachádza v centrálnych okresoch (Bratislava I – V), kde sa tiež nachádzajú celkovo štyri stanice ZZS s heliportom.

Prvým a kľúčovým poskytovateľom ZZS je Záchranná zdravotná služba Bratislava, ktorá sídli v okrese Bratislava V a pôsobí takmer v celom Bratislavskom kraji (okrem okresu Pezinok), ale aj v Nitrianskom, Trenčianskom, Trnavskom, Banskobystrickom a Žilinskom kraji. Ide o štátnu organizáciu zriadenú Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorá svoju činnosť prevádzkuje už od roku 1992. Celkovo pod toto zariadenie spadá 94 záchranných staníc, z toho sa 27 staníc nachádza v Bratislavskom kraji. Organizácia poskytuje rýchlu lekársku a zdravotnú pomoc.

Druhým poskytovateľom je neštátne zdravotnícke zariadenie LSE-Life Star Emergency, s.r.o., ktoré sídli v okrese Pezinok a je aktívne od roku 2006. Pod toto zariadenie spadá viac ako 30 staníc, z ktorých 5 sa nachádza v Bratislavskom kraji. Spoločnosť poskytuje rýchlu lekársku a zdravotnú pomoc, realizuje transporty pacientov, prevoz alebo organizuje kurzy prvej pomoci.

Tretím poskytovateľom je neštátne zdravotnícke zariadenie AIR-TRANSPORT EUROPE, spol. s r.o., ktoré sa špecializuje primárne na zabezpečovanie vrtuľníkovej záchrannéj služby a sídli v Prešovskom kraji na Letisku Poprad – Tatry. Celkovo sa na Slovensku nachádza 7 stredísk pre leteckú záchrannú službu, keď sa jedna taká stanica nachádza v Bratislave pod názvom Krištof 01. Letecká záchranná služba bola v Bratislave prvýkrát uvedená do prevádzky v roku 1990. Spoločnosť aktuálne vykonáva leteckú záchrannú službu formou neštátneho zdravotníckeho zariadenia na základe povolenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky.

Obrázok 5: Zdravotná záchranná služba v okresoch Bratislavského kraja k 31. 12. 2020

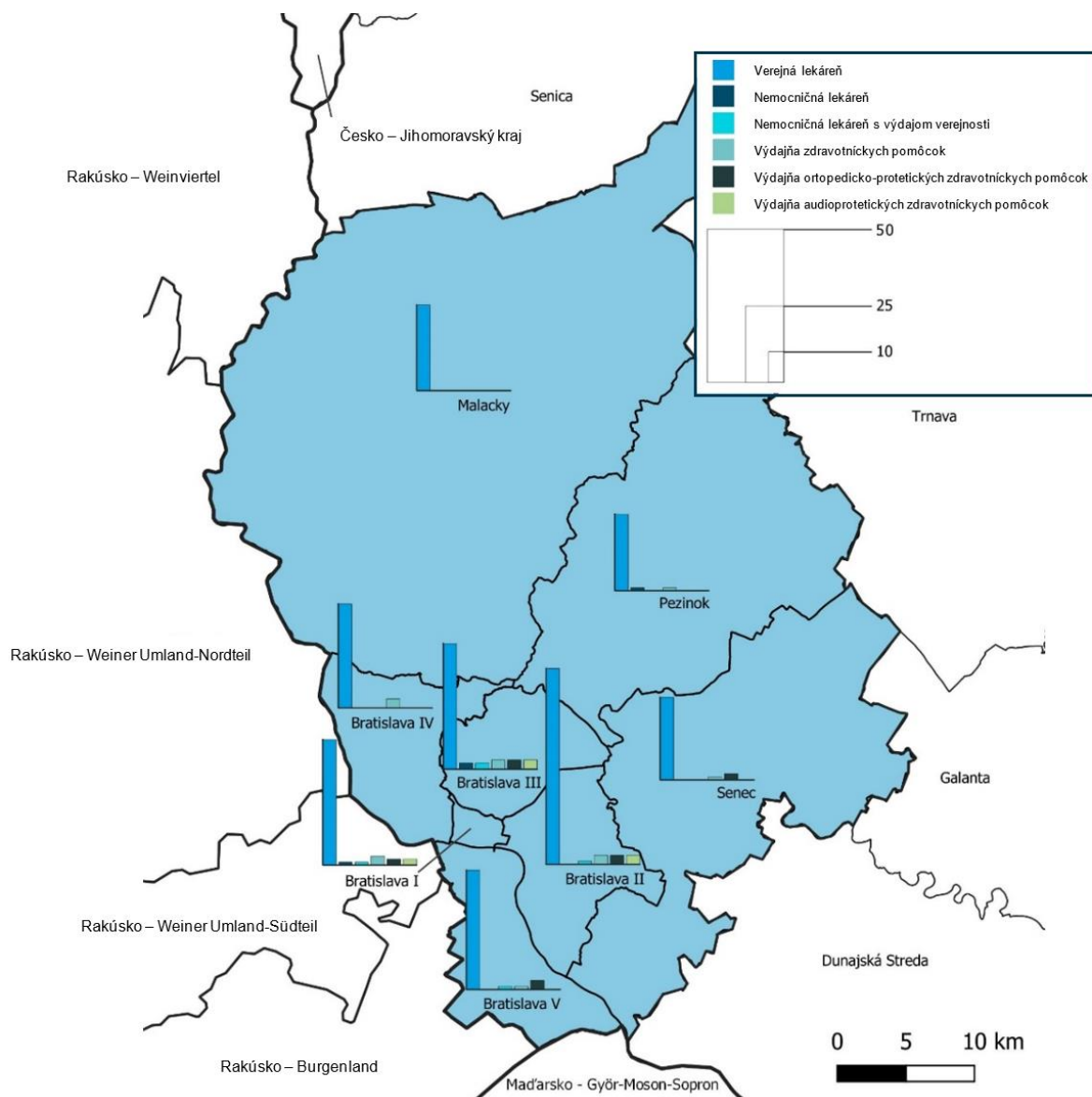


Zdroj: Vlastné spracovanie, Register zdravotníctva e-VÚC, ŠÚSR, GKÚ Bratislava, Eurostat

1.2.3.10 Zariadenia lekárenskej starostlivosti

V Bratislavskom kraji sa nachádza celkovo 344 zariadení lekárenskej starostlivosti, pričom niektoré z nich zabezpečujú aj pohotovostnú službu. Medzi lekárenské zariadenia patria verejné lekárne, ich pobočky, nemocničné lekáreň, nemocničné lekáreň s výdajom verejnosti, výdajne zdravotných pomôcok, výdajne ortopedicko-protetických zdravotných pomôcok a výdajne audioprotetických zdravotných pomôcok. Distribúcia týchto zariadení je znázornená na obrázku nižšie. Verejných lekární a ich pobočiek sú v Bratislavskom kraji desiatky, a to vo všetkých okresoch. V tomto ohľade lekárenské zariadenia dostatočne pokrývajú väčšinu územia Bratislavského kraja. Viac špecializované výdajne audioprotetických zdravotných pomôcok alebo výdajne zdravotníckych pomôcok sa však vo väčšine okresov Bratislavského kraja nenachádzajú.

Obrázok 6: Lekárenské zariadenia v okresoch Bratislavského kraja podľa typu k 31. 12. 2020



Zdroj: Vlastné spracovanie, Register zdravotníctva e-VÚC, ŠÚSR, GKÚ Bratislava, Eurostat

1.2.3.11 Zariadenia zamerané na biomedicínsky výskum

Biomedicínsky výskum predstavuje proces získavania a overovania nových medicínskych poznatkov v praxi, a to s ohľadom na eticko-právne normy. Cieľom biomedicínskeho výskumu je predchádzať ochoreniam, posilňovať a chrániť zdravie ľudí a celej populácie. V Bratislavskom kraji sa nachádza celkovo 10 zariadení, ktoré sa venujú biomedicínskemu výskumu. Týchto desať zariadení je však ďalej vnútorne členených, napríklad biomedicínske centrum Slovenskej akadémie vied sa delí na výskumnú kliniku a päť ústavov, ktoré sa ďalej venujú endokrinológii, cukrovke, stresu, autoimunitě, kardiovaskulárnemu a autonómnemu nervovému systému. Ďalej tu pôsobí Ústav molekulárnej biomedicíny (Institute of molecular biomedicine), ktorý je pracoviskom Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave.

Nasledujúca tabuľka znázorňuje jednotlivé zariadenia a ich bližšiu identifikáciu. Vo všetkých okresoch mesta Bratislava sa nachádza aspoň 1 takéto zariadenie, pričom najviac je ich lokalizovaných v okrese Bratislava III. V okresoch Malacky, Pezinok a Senec zariadenia venujúce sa biomedicínskemu výskumu chýbajú. Najviac sa na biomedicínskom výskume v tomto ohľade podieľa Univerzitná nemocnica Bratislava, ktorá disponuje celkovo piatimi takýmito zariadeniami. Sú to NsP Ružinov, Nemocnica akademika L. Dédera, Nemocnica Staré Mesto, Špecializovaná geriatrická nemocnica Podunajské Biskupice a Nemocnica svätého Cyrila a Metoda.

Tabuľka 21: Prehľad zariadení poskytujúcich biomedicínsky výskum v Bratislavskom kraji k 31. 12. 2020

Názov poskytovateľa	Okres	Mestská časť	Príklady z odborného zamerania biomedicínskeho výskumu
Biomedicínske centrum Slovenskej akadémie vied	Bratislava IV	Karlova Ves	Všeobecne, vnútorné lekárstvo
Národný onkologický ústav	Bratislava III	Nové Mesto	Radiačná onkológia, rádiológia, paliatívna medicína
Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s.	Bratislava III	Nové Mesto	Funkčná diagnostika, fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia, klinická biochémia
Onkologický ústav sv. Alžbety	Bratislava I	Staré Mesto	Radiačná onkológia, laboratórna medicína, klinická onkológia
SUMMIT CLINICAL RESEARCH, s.r.o.	Bratislava III	Nové Mesto	Klinická farmakológia
Nemocnica Ružinov (NsP Ružinov)	Bratislava II	Ružinov	Algeziológia, andrológia, anestéziológia a intenzívna medicína
Nemocnica akademika L. Dédera	Bratislava III	Nové Mesto	Anestéziológia a intenzívna medicína, klinická onkológia
Nemocnica Staré Mesto	Bratislava I	Staré Mesto	Intenzívna medicína, klinická onkológia,
ŠN v odboroch geriatra	Bratislava II	Podunajské Biskupice	Pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa, psychiatria
Nemocnica svätého Cyrila a Metoda	Bratislava V	Petržalka	Poruchy látkovej premeny a výživy, pediatrická gastroenterológia

Zdroj: Vlastné spracovanie, Register zdravotníctva e-VÚC

1.2.3.12 Zariadenia pôsobiace v oblasti duševného zdravia

Predmetom tejto podkapitoly je predstavenie základných štatistík charakterizujúcich súčasný stav zdravotníckych zariadení Bratislavského kraja z hľadiska duševného zdravia. Okrem základných informácií charakterizujúcich súčasný stav infraštruktúry sú v rámci tejto kapitoly uvedené aj niektoré skutočnosti kvalitatívneho charakteru. Súčasný vývoj v oblasti duševného zdravia totiž bude ovplyvňovať kapacitné aj kvalitatívne nároky týchto zariadení v nasledujúcich rokoch.

Podľa dát NCZI sa k roku 2019 v Slovenskej republike nachádzalo 386 ambulancií pôsobiacich v oblasti duševného zdravia, z čoho 69 sa nachádzalo v Bratislavskom kraji¹³. Podľa informácií BSK sa v Bratislavskom kraji z hľadiska duševného zdravia nachádzalo celkovo 253 subjektov (možné spoločné využívanie ambulancií).

Niektorú z týchto ambulancií podľa dát NCZI v tom istom roku navštívilo 1 724-tis. pacientov, resp. 334 967 pacientov priamo v Bratislavskom kraji. Základné informácie týkajúce sa ambulantných zariadení sú znázornené v tabuľke nižšie. Z nižšie uvedeného je zrejmé, že v Bratislavskom kraji sú ambulancie zamerané na oblasť duševného zdravia nadpriemerne vyťažené, keď na jednu ambulanciu pripadá 5 010 návštev pacientov ročne, zatiaľ čo priemer Slovenskej republiky je na úrovni 4 684 návštev.

Tabuľka 22: Základné informácie o pacientoch a ambulanciách zameraných na duševné zdravie (2019)

Územie sídla ambulancie	Ambulancie	Počet návštev pacienta v ambulancii		Pacientov na ambulanciu
		0 – 18 rokov	19+ rokov	
Slovenská republika	386	84 050	1 724 063	4 684
Bratislavský kraj	69	10 732	334 967	5 010
Trnavský kraj	30	6 809	141 918	4 958
Trenčiansky kraj	38	8 223	143 940	4 004
Nitriansky kraj	43	12 885	188 687	4 688
Žilinský kraj	45	8 784	172 599	4 031
Banskobystrický kraj	53	13 498	187 992	3 802
Prešovský kraj	41	4 219	254 239	6 304
Košický kraj	67	18 900	299 721	4 756

Zdroj: NCZI

V tabuľke nižšie je zhrnutý súčasný stav Slovenskej republiky vrátane rozlíšenia regionálnej úrovne s ohľadom na počet liečených diagnóz a sídla ambulancie, v ktorej k liečbe/ošetrovaniu došlo. Ak bola osoba ošetrovaná a liečená pre rôzne diagnózy, je započítaná v riadkoch F00 – F99 len raz. V nasledujúcich riadkoch sa táto osoba uvádza pri všetkých diagnózach, pre ktoré je liečená. Z tohto dôvodu sa súčtový riadok nerovná liečeným diagnózam, ktoré sú členené takto:

- F00 – F09 organické duševné poruchy vrátane symptomatických;
- F10 – F19 poruchy psychiky a správania zapríčinené užívaním psychoaktívnych látok;
- F20 – F29 schizofrénia, schizotypové poruchy a poruchy s bludmi;

¹³ Ambulancie s odborným zameraním psychiatria, detská psychiatria, medicína drogových závislostí, psychiatrická sexuológia a gerontopsychiatria, ktoré vykázali činnosť.

- F30 – F39 afektívne poruchy;
- F40 – F48 neurotické, stresom podmienené a somatoformné poruchy;
- F50 – F59 poruchy správania spojené s fyziologickými poruchami a so somatickými faktormi;
- F60 – F69 poruchy osobnosti a správania dospelých;
- F70 – F79 duševná zaostalosť (mentálna retardácia);
- F80 – F89 poruchy psychického vývinu;
- F90 – F98 poruchy správania a emočné poruchy so zvyčajným začiatkom v detstve a počas dospievania;
- F99 – F99 duševné poruchy, bližšie neurčené.

Je zrejmé, že pri prepočte diagnóz na počet obyvateľov bol v Bratislavskom kraji v roku 2019 ambulantne liečený najväčší počet pacientov s psychickým ochorením, a to hneď po Banskobystrickom kraji. Najviac pacientov v Bratislavskom kraji (52,1 %) bolo liečených s afektívnou poruchou alebo poruchou správania spojenou s fyziologickými a so somatickými faktormi.

Tabuľka 23: Počet vyšetrených osôb podľa diagnózy a územia sídla ambulancie

Diagnóza	Slovenská republika	v tom kraj							
		BSK	TTSK	TSK	NSK	ŽSK	BBSK	PSK	KSK
F00.0 – F99¹⁾	393 920	56 465	30 956	34 989	38 948	50 840	55 687	65 827	60 208
F00.0 – F09	75 611	9 371	5 695	7 714	6 947	7 161	9 849	15 177	13 697
F10.0 – F19.9	39 853	6 066	3 331	5 287	3 239	6 419	3 456	6 163	5 892
F20.0 – F29	58 556	7 939	3 846	4 509	4 792	8 693	12 212	9 306	7 259
F30.0 – F39	123 912	17 678	9 366	11 757	10 234	14 506	18 359	23 546	18 466
F40.00 – F48.9	100 312	16 151	7 699	9 284	10 811	14 761	10 816	15 065	15 725
F50.0 – F59	8 169	1 222	1 286	1 465	497	496	1 100	425	1 678
F60.0 – F69	10 437	2 003	870	1 105	1 282	812	1 579	1 078	1 708
F70.0 – F79.9	19 518	1 048	1 665	1 127	2 636	1 793	2 935	4 792	3 522
F80.0 – F89	5 614	1 026	465	669	602	687	861	169	1 135
F90.0 – F98.9	14 837	2 149	1 685	1 390	3 194	1 519	2 538	572	1 790
F99	558	234	18	43	6	39	143	38	37
na 10 000 obyvateľov									
F00.0 – F99¹⁾	721,7	843,3	548,0	598,5	577,6	735,2	863,0	796,7	751,2
F00.0 – F09	138,5	140,0	100,8	132,0	103,0	103,6	152,6	183,7	170,9
F10.0 – F19.9	73,0	90,6	59,0	90,4	48,0	92,8	53,6	74,6	73,5
F20.0 – F29	107,3	118,6	68,1	77,1	71,1	125,7	189,3	112,6	90,6
F30.0 – F39	227,0	264,0	165,8	201,1	151,8	209,8	284,5	285,0	230,4
F40.00 – F48.9	183,8	241,2	136,3	158,8	160,3	213,5	167,6	182,3	196,2

Diagnóza	Slovenská republika	v tom kraj							
		BSK	TTSK	TSK	NSK	ŽSK	BBSK	PSK	KSK
F50.0 – F59	15,0	18,2	22,8	25,1	7,4	7,2	17,0	5,1	20,9
F60.0 – F69	19,1	29,9	15,4	18,9	19,0	11,7	24,5	13,0	21,3
F70.0 – F79.9	35,8	15,7	29,5	19,3	39,1	25,9	45,5	58,0	43,9
F80.0 – F89	10,3	15,3	8,2	11,4	8,9	9,9	13,3	2,0	14,2
F90.0 – F98.9	27,2	32,1	29,8	23,8	47,4	22,0	39,3	6,9	22,3
F99	1,0	3,5	0,3	0,7	0,1	0,6	2,2	0,5	0,5

Zdroj: NCZI

Z hľadiska ústavnej psychiatrickej starostlivosti nebolo možné analyzovať súčasný stav na úrovni kraja, pretože NCZI zverejňuje dáta iba na úrovni celej Slovenskej republiky. V tomto kontexte je možné konštatovať, že v Slovenskej republike sa v roku 2019 nachádzalo 4 400 lôžok, ktoré sú využívané z 80,2 %. Súčasne sa v Slovenskej republike nachádza približne 81 lôžok (zameraných na psychiatrickú starostlivosť) na 100 000 obyvateľov stredného stavu.

Všeobecným trendom v Európskej únii je znižujúci sa počet týchto lôžok, keď priemer Únie v roku 2017 bol podľa Eurostatu na úrovni 69 lôžok (zameraných na psychiatrickú starostlivosť) na 100 000 obyvateľov. V tom roku sa v Slovenskej republike nachádzalo 94 takýchto lôžok na 100 000 obyvateľov. Podľa aktuálnych zistení v roku 2021 prebiehajú diskusie medzi Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky a komunitou psychiatrov a psychológov, kedy má dôjsť k vytvoreniu nového konceptu zdravotnej starostlivosti v oblasti duševného zdravia, a to na úrovni celej Slovenskej republiky.

Za rok 2019 bolo v ústavných zariadeniach na Slovensku celkovo hospitalizovaných 44 070 pacientov (z toho tvorili 55,7 % muži). V Bratislavskom kraji bolo potom v tom istom roku hospitalizovaných 6 413 pacientov. Medzi najčastejšie príčiny patrila porucha duševného zdravia spôsobená užívaním alkoholu (17,5 %) a psychoaktívnych látok (11,8 %), schizofrénia, schizotypové poruchy či poruchy s bludmi (22,3 %).

1.2.3.13 Zariadenia pôsobiace v oblasti sociálnych služieb

Sociálne služby slúžia predovšetkým na starostlivosť o ohrozené skupiny a na predchádzanie vzniku a riešenie udalostí spojených s nepriaznivými situáciami pri sociálne ohrozených skupinách obyvateľstva – senioroch, rodinách s deťmi, príslušníkoch rómskej komunity, nízkopríjmových skupinách, ľuďoch bez domova, cudzincoch, sirotách a pod. Súčasne riešia a zmierňujú následky nepriaznivej a krízovej sociálnej situácie jednotlivcov a rodín a predchádzajú ich sociálnemu vylúčeniu. Zachovávajú, obnovujú a rozvíjajú schopnosti osôb viesť samostatný a kvalitný život alebo podporujú ich začlenenie do spoločnosti. Napriek tomu, že sociálne služby úzko súvisia s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, na Slovensku zatiaľ neexistuje koncept sociálno-zdravotnej starostlivosti.

Vzhľadom na to, že sa neustále zvyšuje počet obyvateľov vo veku 65 a viac rokov, predlžuje sa dĺžka života a celkovo rastie starobný index, možno predpokladať nárast počtu starších obyvateľov odkázaných na pomoc iných osôb. Ďalšie ohrozené skupiny sú ľudia bez domova, deti a mladí ľudia alebo nízkopríjmové skupiny obyvateľov. Riziková skupinu taktiež tvoria osoby cudzích národností, pretože práve v Bratislavskom kraji je evidovaný najvyšší počet cudzincov v rámci všetkých krajov Slovenskej republiky, keď tu v roku 2018 bola evidovaná asi tretina zo všetkých osôb s cudzou národnosťou, ktoré žijú na Slovensku. V neposlednom rade do sociálne ohrozených skupín spadajú občania rómskeho etnika, ktorí tvoria na Slovensku druhú najpočetnejšiu národnostnú menšinu. Podľa Atlasu rómskych komunít 2019 v 22 obciach BSK (resp. v 18 samostatných obciach a 4 mestských častiach Bratislavy) žilo 14 476 Rómov.

Prehľad poskytovateľov sociálnych služieb

V Bratislavskom samosprávnom kraji sa nachádza (k 31. 3. 2021) veľké množstvo inštitúcií poskytujúcich sociálne služby. Neverejných poskytovateľov je 254. Poskytovateľov spadajúcich pod obce alebo mestá je celkovo 49, pričom poskytovateľov, ktorí boli zriadení alebo založení priamo obcou alebo mestom, je v Bratislavskom kraji 22 (neziskové alebo rozpočtové organizácie). Poskytovateľov, ktorí boli zriadení alebo založení vyšším územným celkom, je 14 (+ detašované pracoviská). Sieť poskytovateľov sociálnych služieb ďalej tvorí 31 fyzických osôb¹⁴.

Nasledujúca tabuľka uvádza počet poskytovateľov sociálnych služieb v Bratislavskom kraji v komparácii s celou Slovenskou republikou, keď sú jednotlivé počty poskytovateľov vybraných sociálnych služieb relativizované a prepočítané na 100 000 obyvateľov. Je zjavné, že najmä pri službách základného sociálneho poradenstva, špecializovaného sociálneho poradenstva, tlmočení, službe krízovej pomoci cez telekomunikačné technológie, sociálnych rehabilitáciách alebo vypožičaní pomôcok je počet poskytovateľov v Bratislavskom kraji vyšší ako priemerný počet poskytovateľov týchto služieb za celú Slovenskú republiku. Do značnej miery je to spôsobené štruktúrou klientov, ktorá je v Bratislave a v Bratislavskom kraji odlišná, a to z dôvodu ekonomických, sociálnych aj demografických aspektov. Naopak, v Bratislavskom kraji je prítomných významne menej opatrovateľov, a to 8,1 takých poskytovateľov na 100 000 obyvateľov v porovnaní s 23,6 poskytovateľov na 100 000 obyvateľov na celom Slovensku. Zároveň je na území Bratislavského kraja výrazne menej zariadení pre seniorov a komunitných centier.

Tabuľka 24: Prehľad počtu organizácií poskytujúcich vybrané sociálne služby k 31. 12. 2020 na 100 000 obyv.

Sociálna služba	Počet poskytovateľov sociálnych služieb v BSK na 100 000 obyv.	Počet poskytovateľov sociálnych služieb v SR na 100 000 obyv.
Základné sociálne poradenstvo	13,2	3,5
Špecializované sociálne poradenstvo	11,1	3,6
Komunitné centrum	1,7	7,0
Denný stacionár	1,5	3,9

¹⁴ Bratislavský kraj. *Register poskytovateľov sociálnych služieb k 31. 3. 2021*. Dostupné z: <https://bratislavskykraj.sk/mdocs-posts/register-poskytovatelov-socialnych-sluzieb-k-31-03-2021/>

Sociálna služba	Počet poskytovateľov sociálnych služieb v BSK na 100 000 obyv.	Počet poskytovateľov sociálnych služieb v SR na 100 000 obyv.
Zariadenie pre seniorov	6,5	9,4
Odľahčovacia služba	0,0	0,4
Opatrovateľ	8,1	23,6
Domov na polceste	0,3	0,5
Nocľaháreň	0,6	0,9
Zariadenie núdzového bývania	0,8	0,6
Útulok	1,8	1,9
Jedáleň	3,0	3,6
Tímočnícka služba	0,9	0,4
Služba krízovej pomoci cez telekomunikačnú technológiu	1,7	0,4
Nízkoprahové denné centrum	0,5	0,6
Terénna služba krízovej intervencie	1,8	1,5
Sociálna rehabilitácia	2,7	0,4
Pracovňa	1,2	0,6
Požičanie pomôcok	3,2	1,9

Zdroj: Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky, Štatistický úrad Slovenskej republiky

Kancelária prvého kontaktu

V rámci zabezpečenia sociálno-poradenskej činnosti v regióne Bratislavského kraja je vytvorená záchranná sieť, ktorá umožňuje občanom jednoduchý prístup k základným informáciám v oblasti sociálnych služieb. Sieť je tvorená Kanceláriou prvého kontaktu Úradu Bratislavského samosprávneho kraja pre oblasť sociálnych vecí (ďalej len „Kancelária prvého kontaktu“), poradenským centrom a poskytovateľmi sociálnych služieb alebo subjektmi poskytujúcimi službu sociálnej ochrany detí a opatrovníctvo. Kancelária prvého kontaktu realizovala v roku 2019 celkovo 4 825 poradenských výkonov, z toho 2 073 výkonov v oblasti poradenstva pri podaní žiadostí o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, 2 557 výkonov poradenstva pri podaní žiadostí o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby a 195 výkonov v ostatných oblastiach¹⁵.

Financovanie sociálnych služieb

Sociálne služby sú financované z viacerých zdrojov podľa zákona č. 448/2008 Z. z., o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o sociálnych službách“). Sociálne služby a zariadenia sociálnych služieb v zriaďovateľskej pôsobnosti BSK sú financované najmä z rozpočtu zriaďovateľa (BSK) a z úhrad za sociálnu službu od prijímateľa sociálnej služby. Na zabezpečenie poskytovania sociálnej služby v zariadeniach sociálnych služieb v zriaďovateľskej pôsobnosti BSK vynaložil BSK v roku 2020 finančné prostriedky vo výške 22 329 549 eur. BSK v súlade so zákonom o sociálnych službách poskytuje finančný

¹⁵ Bratislavský samosprávny kraj. *Správa o stave zabezpečenia sociálnych služieb v regióne Bratislavského samosprávneho kraja za rok 2019*. Dostupné z: <https://bratislavskyykraj.sk/wp-content/uploads/2020/07/sprava-o-stave-zabezpecc28denia-socialnych-sluzieb-v-regione-bratislavskeho-samospravneho-kraja-za-rok-2019.pdf>

príspevok na prevádzku neverejnému poskytovateľovi na vybrané poskytované sociálne služby. V roku 2020 bol príspevok poskytnutý 105 neverejným poskytovateľom vo výške 6 760 333 eur. Najvyšší objem finančných prostriedkov poskytol BSK neverejným poskytovateľom ako finančný príspevok na prevádzku špecializovaného zariadenia a domova sociálnych služieb, teda na sociálne služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ŤZP alebo nepriaznivého zdravotného stavu (5 526 234 eur).

1.2.3.14 Paliatívna starostlivosť

Podľa dát z Národného onkologického inštitútu (ďalej len „NOI“) sa v Bratislavskom kraji nachádza celkovo 6 zariadení poskytujúcich paliatívnu starostlivosť, ktoré sú prehľadne znázornené v nasledujúcej tabuľke. Tieto zariadenia disponujú 62 lôžkami (k 31. 12. 2020). Okrem týchto zariadení v Bratislavskom kraji pôsobia aj ďalšie organizácie (doteraz nezahrnuté v tejto sieti) zacielené na poskytovanie domácej paliatívnej starostlivosti, ako je napr. nezisková organizácia Plamienok, ktorá sa orientuje na rozvoj detskej domácej paliatívnej/hospicovej starostlivosti a smútkového poradenstva a terapie pre deti a ich rodiny.

Tabuľka 25: Počet zariadení poskytujúcich paliatívnu starostlivosť v Bratislavskom kraji

Zariadenia	Typ zariadenia	Počet lôžok
Národný onkologický ústav	Akútne oddelenie paliatívnej starostlivosti	19
Národný onkologický ústav	Mobilný hospic	-
Občianske združenie Slniečko Slovensko	Mobilný hospic	-
Liečebňa sv. Františka, a. s.	Hospic	24
Univerzitná NsP Milosrdní bratia, s. r. o.	Hospic	7
Dom Rafael	Hospic	12
Simeon centrum	Mobilný hospic	-
Inter Care s. r. o.	Mobilný hospic	-
Plamienok	Iné	-

Zdroj: Národný onkologický inštitút, Register zdravotníctva e-VÚC

V celej Slovenskej republike je potom podľa NOI iba jedno zariadenie disponujúce akútnym oddelením paliatívnej starostlivosti, ktoré sa nachádza v Národnom onkologickom ústave, a to v Bratislavskom kraji. Okrem toho sa potom na Slovensku k 31. 12. 2020 nachádza ďalšie zariadenie pre dlhodobú paliatívnu starostlivosť – kamenné hospice a oddelenia paliatívnej starostlivosti s ďalšími 232 lôžkami¹⁶. Mobilných hospicov je na Slovensku desať, z toho štyri sa nachádzajú v Bratislavskom kraji (pozrite vyššie).

1.2.4 Kvalitatívna analýza súčasného stavu

Kvalita zdravotnej starostlivosti je stále naliehavější diskutovaný termín. Vyjadruje sa spolu s pojmom „bezpečnosť zdravotnej starostlivosti“ či „lege artis“ alebo „evidence-based“ postup. Hľadanie formy, obsahu, a najmä možností exekúcie týchto pojmov je elementárnym nástrojom na zabezpečenie pozitívneho vývoja zdravotníctva a zároveň garanciou základného nároku každého občana na kvalitnú a bezpečnú zdravotnú starostlivosť. Naliehavosť prioritizovania kvality vyplýva z dvoch dejov:

1. Geometricky narastajúci vývoj nových technológií v zdravotníctve. Tieto sú často náročné na detail a vyžadujú inovatívne organizačné, personálne a vzdelávacie modely. A, samozrejme, kvalitnú on-line „spätnú väzbu“.

¹⁶ Národný onkologický inštitút. *Výročná správa za rok 2020*. Dostupné z: <https://www.noisk.sk/files/2021/2021-04-29-vyrocnna-sprava-2020-stav-onkologie-v-sr-sk.pdf>

2. Demografické zmeny – starnutie obyvateľstva so sprievodným nárastom kvalitatívnych aj kvantitatívnych požiadaviek na celý systém, s paralelným starnutím a znižovaním počtu personálu.

Ak sa budú v tejto konštelácii používať vzorce správania staré 50 rokov, hrozí kritický nárast omylov, omeškaní, komplikácií a pochybení sprevádzaných zvyšovaním nákladov, teda drahá nekvalita. Nesprávne tvrdenie, že slovenské zdravotníctvo stačí iba dofinancovať, je výsledkom chronickej absencie sofistikovaných dát o vývoji kvality.

Priame markery kvality (trvanie a výsledok liečby, výskyt komplikácií a pochybení, kvalita a dĺžka života, po liečbe) nie sú na Slovensku systémovo sledované, teda nie je možné získať ich. Ak chceme uchopiť stav kvality zdravotnej starostlivosti v regióne, musíme sa uspokojiť s nepriamymi markermi kvality – stav infraštruktúry, miera integrácie, komplexné riešenia, mieru a inteligencia digitalizácie, počty personálu, spôsob odmeňovania a motivácie, úroveň vzdelávania/tréningu a efektivita procesov. Súčasťou kvalitatívnej analýzy je teda aj expertný odhad, expertný názor a expertná skúsenosť.

Stav nemocníc v BSK je neuspokojivý. Kľúčové nemocnice UNB (Nemocnica akademika L. Déreza, NsP Ružinov, NsP sv. Cyrila a Metoda a Nemocnica Staré Mesto) už nespĺňajú kritériá evidence-based hospital design. Štandardom sú trojposteľové izby so spoločným WC na chodbe. Zopár nadštandardných (VIP) jednolôžkových izieb sú väčšinou izby na konci chodby, ďaleko od centrálného stanoviska sestier. Stanovisko býva umiestnené na začiatku chodby, neumožňuje ani celkový pohľad na dianie na chodbe, umožňuje iba kontrolu prichádzajúcich a odchádzajúcich osôb do a z oddelenia. Tento systém predstavuje kilometre zbytočnej chôdze pre sestry a zníženú mieru observácie na izbách na konci chodby, teda z hľadiska kvality ošetrovania sú VIP izby paradoxne pre pacienta najnevýhodnejšie.

Nivelizácia lekárskeho platov a zavedenie platového automatu po štrajkových aktivitách lekárov úplne paralyzovali možnosť motivačného odmeňovania. Možnosť odmeňovania za kvalitu, usilovnosť a invenciu prakticky neexistuje.

Nepoznáme mieru nozokomiálnych infekcií (infekcie získané v priebehu hospitalizácie v nemocničnom zariadení), ale tušíme, že je vysoká, nepoznáme mieru pochybení v dávkovaní liekov a iných komplikácií. Väčšina budov je v podstate nerekonštruovateľná, resp. nerekonštruovateľná do jednolôžkového konceptu s režimom plávajúcich lôžok. Režim „plávajúcich lôžok“ znamená, že v zariadení neexistujú klasické oddelenia. Nikto „nevlastní“ lôžka/izby. Každý lekár má k dispozícii toľko lôžok/izieb, koľko práve v konkrétny deň potrebuje. Pacient sa pri zmene diagnózy neprekladá na iné oddelenie. Dá sa to iba pri jednolôžkovom koncepte a vyžaduje to zmenu organizácie v zmysle unifikácie a autonomizácie ošetrovateľského procesu. Podstatný je aj fakt, že neoddeliteľnou súčasťou tohto konceptu je decentralizované stanovisko sestry, aby videla na svojich pacientov, teda stanovisko sestry sa presúva na chodbu (pričom izby sú na oboch stranách chodby). Tá musí byť podstatne širšia, čo je však pri šírke jestvujúcich budov ťažko uskutočniteľné.

1.2.4.1 Akútne línie zdravotnej starostlivosti – základné pojmy, metodológia

Akútna línia je termín pre zabezpečenie akútnych stavov. Pre posúdenie kvality systému boli ako sondy vybrané tri situácie s vysokou mierou časového imperatívu, ktoré sa vyskytujú najčastejšie:

1. ťažký úraz, teda poranenie viacerých orgánových systémov, prípadne izolované poranenie mozgu a chrbtice – teda stavy vyžadujúce umelú pľúcnu ventiláciu – tzv. ARO starostlivosť,
2. akútny infarkt srdcového svalu,
3. mozgová porážka (mozgový infarkt, náhla cievna mozgová príhoda).

Vo všetkých troch sondách sme posudzovali mieru centralizácie a integrácie ako základných predpokladov kvalitného výsledku.

1.2.4.1.1 Zabezpečenie obyvateľov BSK pri ťažkých úrazoch (traumaprogram)

Ťažký úraz viacerých orgánových systémov (polytrauma) predstavuje asi najzložitejšiu akútnu líniu. Začína sa laickou prvou pomocou, nasleduje lekárska prvá pomoc, primárny transport, stabilizácia, sekundárny transport, diagnostika, komplexné zabezpečenie, operačné intervencie, ARO starostlivosť, rehabilitácia alebo multiorgánový odber v prípade mozgovej smrti. V celom priebehu sa pacienta „dotkne“ viac ako 60 ľudí z rôznych organizácií. Ide o množstvo interakcií so silným časovým a kvalitatívnym imperatívom, teda o množstvo úkonov (interakcií), pri ktorých je dôležitá ich časová nadväznosť, ale aj čas ich trvania a, samozrejme, kvalita. Od toho všetkého závisí výsledok.

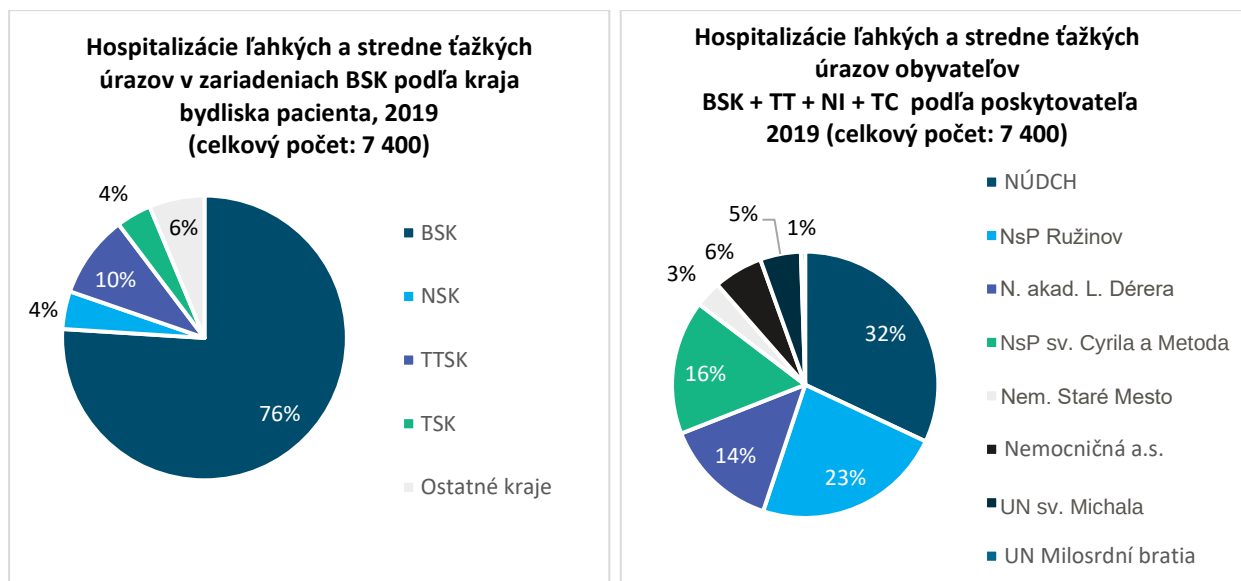
Podľa údajov NCZI v roku 2018 (použitie roku 2018 je zdôvodnené zrejmou chybou v počte úmrtí na úrazy v roku 2019 uvedenom v NCZI ročenke, ktorý je rádovo nižší ako po iné roky) zomrelo 270 obyvateľov BSK pri úrazoch, čo predstavuje 40,4 úmrtia na 100 000 obyvateľov. Je to najmenej zo všetkých samosprávnych krajov. V roku 2019 si úrazy obyvateľov BSK vyžadovali 7 513 hospitalizácií, z toho 677 prípadov si vyžadovalo JIS starostlivosť a 113 ARO starostlivosť. Aproximatívne možno počítať s 80 000 ambulantnými ošetreniami úrazov (Heinrichov trojuholník – používa sa v niektorých situáciách na zjednodušenie štatistiky – na 1 úmrtie na úraz pripadá približne 30 hospitalizácií a 300 ošetrení v ambulancii. Počet hospitalizácií v dokumente nie je počítaný týmto spôsobom. 7 513 je reálne číslo zo štatistík NCZI, ale potvrdzuje správnosť Heinrichovho trojuholníka: $270 \times 30 = 8\,100$).

Tabuľka 26: Hospitalizácie na úrazy BSK podľa okresu bydliska a stupňa starostlivosti 2019

Hospitalizácie na úrazy BSK podľa okresu bydliska a stupňa starostlivosti 2019									
Okresy	BA I	BA II	BA III	BA IV	BA V	Malacky	Pezinok	Senec	Spolu
Štandard	556	1 193	733	970	1 097	788	633	744	6 723
JIS	83	91	102	94	114	79	69	45	677
ARO	17	15	16	17	16	15	18	13	113
Celkovo:									7 513

Zdroj: NCZI

Graf 29: Hospitalizácie ľahkých a stredne ťažkých úrazov



Zdroj: NCZI, VŠZP, Dôvera ZP, UNION ZP

Z vyššie uvedenej tabuľky a grafov vyplývajú tieto skutočnosti:

- úrazy sú objemovo veľké, ale rôznorodá skupina, nielen z pohľadu poranenej štruktúry, ale najmä z pohľadu stupňa potrebnej starostlivosti,
- počty ťažkých úrazov sú relatívne malé,
- bratislavské pracoviská zabezpečujú nielen BSK, ale aj okolité kraje, čiže sa v podstate správajú ako pôvodný Krajský ústav národného zdravia pre Západoslovenský kraj,
- detské úrazy (0 – 18+) sú kompletne centralizované v NÚDCH,
- ľahké a stredne ťažké úrazy dospelých sú zabezpečované najmä v NsP Ružinov, Nemocnici akademika L. Dérera a Nemocnici sv. Cyrila a Metoda, ale aj v Nemocničná a.s., Nemocnica Staré Mesto, UN sv. Michala a Univerzitná NsP Milosrdní bratia.

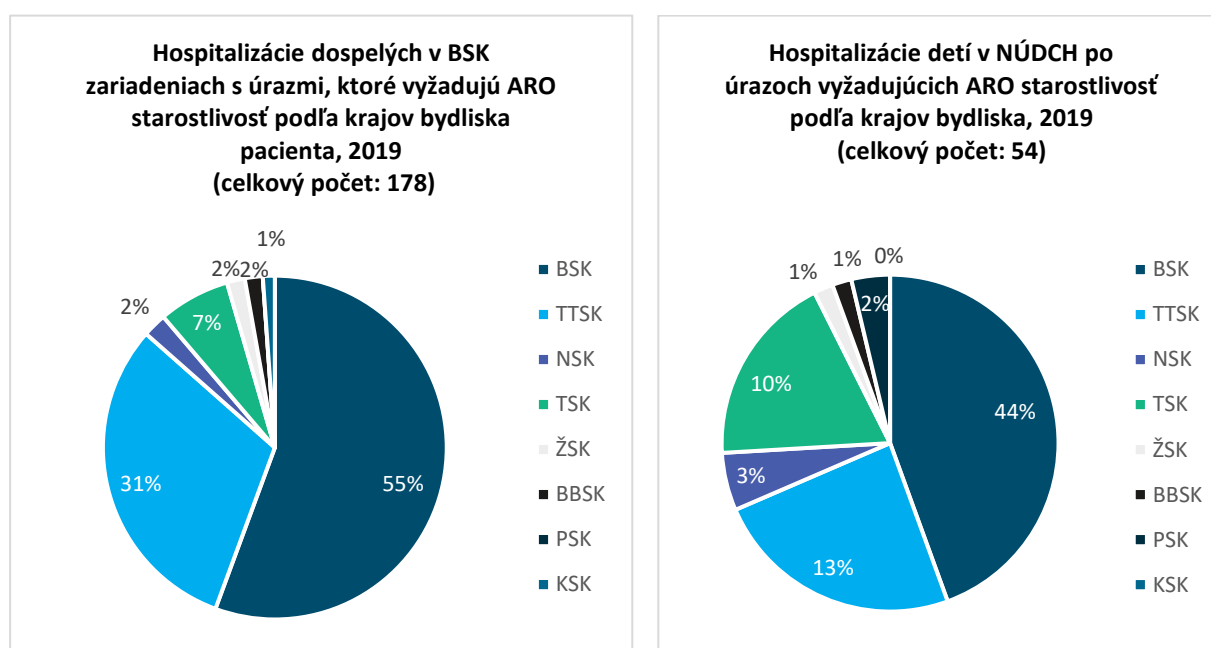
Na posúdenie kvality ambulantného zabezpečenia traumatizovaných pacientov by najvhodnejšie poslúžila dĺžka PN a komplikácie pri hojení poranenia. Pri hospitalizovaných pacientoch v štandardnom režime sú markery kvality dĺžka hospitalizácie, komplikácie, reoperácie a tiež čas prípadnej operácie (bol pacient operovaný hneď po prijatí, alebo bola operácia odložená na druhý deň či o niekoľko dní). Tieto dáta buď neexistujú, alebo sú nekvalitné, takže sa nedajú reálne použiť. Veľký objem týchto pacientov „ospravedlňuje“ v podstate decentralizovaný koncept ich zabezpečenia (dostupnosť má vyššiu dôležitosť). Toto neplatí pre skupinu pacientov s traumatologickou diagnózou (MKCH S00 – T14.9), ktorých stav si vyžadoval ARO starostlivosť. Ide teda o pomerne malú skupinu tých najťažších stavov. Kvalita ich zabezpečenia stojí na dvoch pilieroch – **centralizácii** a **komplexnosti** – a nepriamo determinuje kvalitu zabezpečenia všetkých traumatizovaných pacientov. Takmer vo všetkých krajinách EÚ sú traumy (najmä tie ťažké) zabezpečované jasne definovanou sieťou traumacentier v niekoľkých stupňoch. Na Slovensku takto definovaná sieť neexistuje.

Tabuľka 27: Hospitalizácie v nemocničných zariadeniach BSK pre úrazy, ktoré vyžadovali ARO starostlivosť podľa krajov bydliska 2019

Hospitalizácie v BSK zariadeniach na úrazy, ktoré vyžadovali ARO starostlivosť podľa krajov bydliska 2019								
Kraje	BSK	TTSK	NSK	TSK	ZSK	BBSK	PSK	KSK
Dospelí	99	55	4	12	3	3	0	2
Deti	24	13	3	10	1	1	2	0
Spolu	123	68	7	22	4	4	2	2

Zdroj: NCZI

Graf 30: Hospitalizácie v BSK zariadeniach na úrazy, ktoré vyžadovali ARO starostlivosť podľa krajov bydliska 2019



Zdroj: NCZI, VŠZP, Dôvera ZP, UNION ZP

Z údajov hospitalizácií ťažkých úrazov dospelých tiež vyplýva, že bratislavské pracoviská zabezpečujú bývalý Západoslovenský kraj (92 % hospitalizácií). Problém spočíva v tom, že zatiaľ čo detskí pacienti (0 – 18) sú ošetrovaní na jednom pracovisku, dospelí aj pri relatívne malých počtoch sú ošetrovaní v dvoch nemocniciach UNB (Nemocnici akademika L. Dérera a NsP Ružinov), z ktorých ani jedna nespĺňa kritériá komplexného traumacentra (pozrite nižšie), čiže systém pre dospelých nespĺňa ani kritériá komplexnosti, ani kritériá centralizácie.

Traumacentrá sú obvyčajne kategorizované do 5 úrovní. Ich európske definície sa v detailoch líšia, ale v podstate všetky vychádzajú z definície Americkej traumatologickej spoločnosti:

Traumacentrum I. typu predstavuje komplexné regionálne pracovisko, ktoré zabezpečuje terciárnu starostlivosť pre traumatizovaných pacientov. Je metodickým, logistickým a edukačným centrom pre všetky pracoviská traumatologického systému vrátane prevencie a rehabilitácie. Je schopné poskytnúť komplexnú starostlivosť pri všetkých druhoch poranení.

Prvky traumacentier I. typu zahŕňajú:

- 24/7 okamžité pokrytie všeobecnou chirurgiou a rýchla dostupnosť všetkých druhov chirurgických špecializácií, potrebných na komplexné zabezpečenie traumatizovaného pacienta – ako traumatológia, neurochirurgia, plastická chirurgia, maxilofaciálna chirurgia, kardiochirurgia, mikrovaskulárna chirurgia, ďalej anestéziológia, emergentná medicína, rádiológia, vnútorné lekárstvo, pediatrika a ARO starostlivosť,
- organizuje preventívne opatrenia a vzdelávanie verejnosti,
- poskytuje postgraduálne vzdelávanie členov traumatimov,
- zabezpečuje komplexný program hodnotenia kvality,
- zabezpečuje organizáciu vyučovacích a výskumných programov. Sleduje a implementuje inovácie v oblasti starostlivosti o traumu,
- splňa minimálnu požiadavku na ročný objem vážne zranených pacientov.

Traumacentrum II. typu je schopné iniciovať definitívnu starostlivosť o všetkých zranených pacientov.

Prvky traumacentier II. typu zahŕňajú:

- 24/7 kontinuálne pokrytie všeobecnou chirurgiou, ako aj pokrytie traumatológiou, neurochirurgiou, anestéziológiou, emergentnou medicínou, rádiológiou a ARO starostlivosťou,
- podporuje programy prevencie traumy a pokračujúce vzdelávacie programy pre svojich zamestnancov,
- zabezpečuje komplexný program hodnotenia kvality.

Traumacentrum III. typu je schopné zabezpečiť rýchle posúdenie, resuscitáciu, chirurgiu, intenzívnu starostlivosť a stabilizáciu zranených pacientov vrátane núdzových (urgentných) operácií.

Prvky traumacentier III. typu zahŕňajú:

- 24/7 okamžité pokrytie praxe lekárov emergentnej starostlivosti a rýchla dostupnosť všeobecného chirurga, anestéziológa,
- zabezpečuje komplexný program hodnotenia kvality,
- má k dispozícii prepojenia na vyššie etapy systému,
- zabezpečuje pokračujúce vzdelávanie stredného a nižšieho zdravotníckeho personálu,
- spolupracuje pri zabezpečovaní preventívnych opatrení.

Traumacentrum IV. typu je schopné poskytnúť „advanced trauma life support“ (ATLS) pred prevozom pacienta na vyššiu etapu.

Prvky traumacentier IV. typu zahŕňajú:

- základné vybavenie na implementáciu protokolov ATLS a 24-hodinové pokrytie laboratóriom,
- dostupná/-é traumasestra/-y a lekári k dispozícii po príchode pacienta,
- fakultatívne poskytuje chirurgickú intervenciu a ARO starostlivosť. Ak je k dispozícii, môže poskytnúť operáciu a služby kritickej starostlivosti,
- stabilné prepojenia na vyššie etapy,
- zabezpečuje komplexný program hodnotenia kvality,
- spolupráca pri realizácii preventívnych programov.

Traumacentrum V. typu poskytuje počiatočné hodnotiace, stabilizačné a diagnostické vstupy a pripravuje pacientov na prevoz na vyššie pracovisko systému starostlivosti.

Prvky traumacentier V. typu zahŕňajú:

- základné vybavenie pohotovostného oddelenia na implementáciu protokolov ATLS,

- fakultatívne možná chirurgická intervencia,
- stabilné prepojenia na vyššie etapy.

Najefektívnejší model traumacentra I. typu je centrum ako súčasť komplexnej koncovej nemocnice s autonómnym urgentným príjmom, čo znamená, že urgentný príjem (UP) nezávisle od chodu ostatných častí nemocnice dokáže rýchlo diagnostikovať a komplexne stabilizovať traumatizovaného pacienta. Crash room je miestnosť UP na krátku vzdialenosť zo sanitky s možnosťou rýchlej diagnostiky, invazívnych a chirurgických postupov na stabilizáciu pacienta. UP má aj vlastné CT, teda dedikované len pre urgentné stavy, a, samozrejme, heliport. Traumacentrum disponuje všetkými chirurgickými špecializáciami vrátane kardiochirurgie, má v 24/7 prevádzke dedikovanú operačnú sálu na emergentné (najakútnejšie) stavy. Stále naliehavejšou súčasťou je komplexná invazívna rádiológia. Táto metóda posúva traumatológiu (nielen) do novej dimenzie. Dokáže rýchlo stabilizovať poranenú cievu (alebo napr. poranenú krvácajúcu slezinu) pomocou katetrizácie, znútra cievy, bez potreby „krvavej“ chirurgie. Metóda však vyžaduje tzv. hybridné operačné sály, kde je možnosť kombinovať klasický alebo endoskopický operačný prístup s invazívnou rádiológiou (potreba špeciálneho rtg prístroja). Súčasťou traumacentra je aj možnosť včasnej rehabilitácie a tréningový trakt na nácvik personálu celého systému. Dôležitá je organizačná štruktúra v zmysle traumaprogramu, teda organizácia nie je postavená na jednotlivých oddeleniach podľa špecializácie, ale dominantná organizačná štruktúra je traumaprogram, ktorý spája všetky zainteresované špecializácie do podstatne efektívnejšej formy. Koncept jednolôžkových izieb v režime „plávajúcich lôžok“ je pre takúto organizačnú stratégiu prakticky najvhodnejší. Traumacentrum tiež metodicky riadi nižšie etapy a celoplošne organizuje preventívne vstupy.

Tabuľka 28: Prehľad poskytovanej zdravotnej starostlivosti podľa vybraných zdravotníckych zariadení na území BSK

	Urgentný príjem				Chirurgia																Procesy			
	autonómnosť	crash room	CT	ARO	Dedikovaná OS	Trauma	Všeob	Neuro	Stomato	Hrudná	Urológia	Očné	ORL	Popáleniny	Ruka	Kardio	Invazívna kardiológia	Invazívna rádiológia	Včasná rehabilitácia	Nechirurgický support	Tréningový trakt	Jednolôžkový koncept	Plávajúce lôžka	Traumaprogram
NsP Ružinov																								
Nem. ak. L. Déreza																								
Nem. sv. Cyrila a Metoda																								
NÚDCH																								
Nemocničná a.s.																								
Bory					N/A				N/A	N/A	N/A	N/A				N/A								
Rázsochy	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

* Použité skratky: N/A – nemocnica vo výstavbe (nevieme overiť),  – nie je k dispozícii,  – je k dispozícii

Žiadna z nemocníc UNB, ktoré zabezpečujú traumatizovaných pacientov, nespĺňa kritériá traumacentra I. typu. Najviac sa tomuto stavu približuje NsP Ružinov. Má takmer kompletne spektrum chirurgických disciplín, kvalitnú nechirurgickú podporu, kvalitné ARO s dvomi boxmi s možnosťou pretlakovej a podtlakovej vzduchotechniky. Nemá možnosť kardiochirurgickej intervencie ani invazívnej rádiológie. Ani jedna z nemocníc nespĺňa kritériá moderných procesov a tiež neplní úlohu metodického lídra a iniciátora preventívnych opatrení. Nutné je spomenúť ešte jeden nedostatok. Kriticky traumatizovaný pacient – ak potrebuje napríklad rádioinvazívnu či kardioinvazívnu intervenciu – je transportovaný za kompetentným lekárom. Nie naopak. Transport je najslabším ohniskom pri zabezpečovaní kriticky traumatizovaného pacienta.

Kľúčové zistenia

Na Slovensku neexistuje traumakoncept (traumaprogram).

BSK je kraj s najnižšou úmrtnosťou na úrazy. Zabezpečenie úrazov funguje na princípoch bývalého Západoslovenského krajského ústavu národného zdravia. Ľahké a stredne ťažké úrazy sú zabezpečované síce nesystémovo, ale pravdepodobne s prijateľnou kvalitou. Zabezpečenie ťažko traumatizovaných

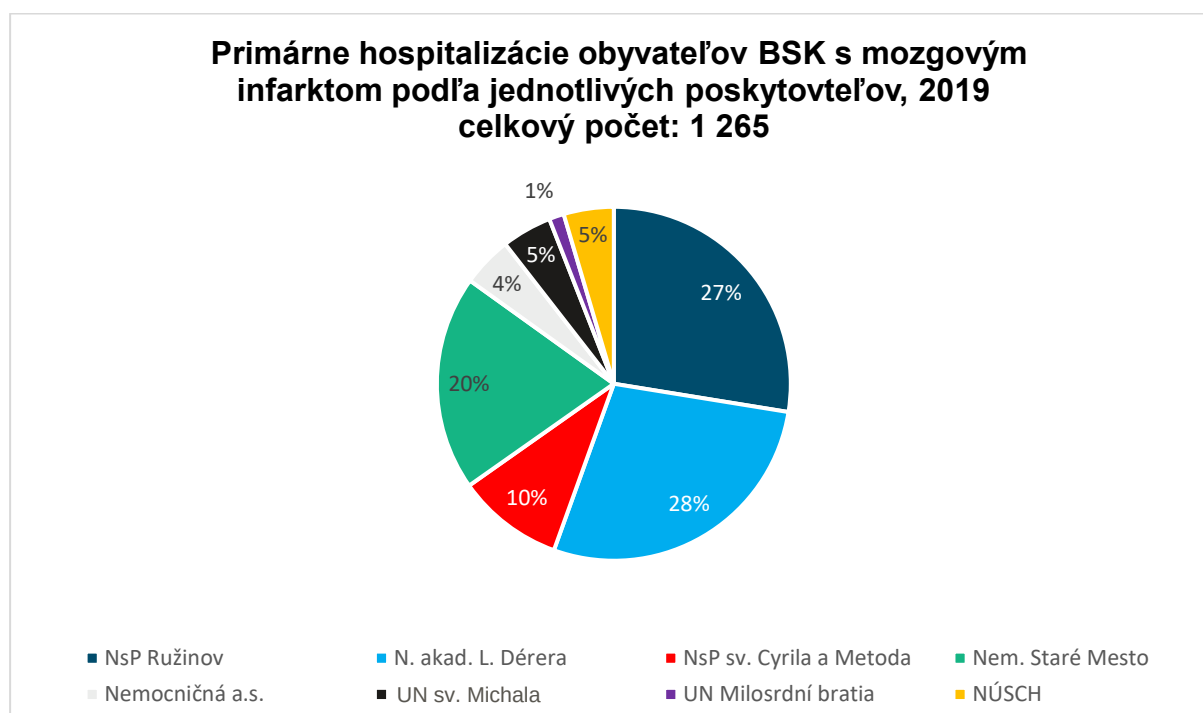
dospelých pacientov je delené medzi 2 nemocnice. V prípade potreby kardiologicko-kardiochirurgickej intervencie alebo iného zákroku invazívnej rádiológie je pacient transportovaný na príslušné pracovisko. Zabezpečenie ťažkých úrazov dospeléj populácie nespĺňa ani kritériá centralizácie, ani kritériá komplexnosti. Zabezpečenie traumatizovaných detí (0 – 18) je organizované v jednej nemocnici (NÚDCH) a spĺňa kritériá centralizácie aj komplexnosti.

1.2.4.1.2 Zabezpečenie obyvateľov BSK s infarktom mozgu

Infarkt mozgu (mozgová porážka) má mnoho klinických obrazov, preto je v mnohých prípadoch rozpoznanie začiatku príhody problematické. Definitívne potvrdenie diagnózy je CT angiosken. Nasleduje trombolýza (medikamentózne „rozpúšťanie“ krvnej zrazeniny). Invazívna rádiológia však prináša do problematiky nový rozmer. Jednak preventívny – až 40 % CMP má mimohlavovú príčinu. Ide najmä o ochorenia veľkých krčných a stavcových ciev, ktoré zásobujú mozog krvou. Diagnóza sa robí sonograficky. Pomocou invazívnej rádiológie sa dajú zmeny na týchto cievach (vnútrocievne – endovaskulárne) ošetriť, a tým predísť CMP. Liečebný prínos invazívnej rádiológie spočíva v možnosti priamo vybrať/odstrániť krvnú zrazeninu, ktorá upcháva mozgovú cievu (mechanická trombektómia), prípadne stabilizovať cievu tzv. stentom. Dôležitý kvalitatívny marker je časový interval od tzv. posledného normálneho stavu po spriechodnenie cievy. Mechanická trombolýza sa vykonáva v NÚSCH, Nemocnici Staré Mesto a v posledných dvoch rokoch v špecializovanom centre CINRE.

V roku 2019 bolo hospitalizovaných 1 265 obyvateľov BSK s diagnózou mozgová porážka (mozgový infarkt). Medzinárodná klasifikácia chorôb (MKCH) I63 – mozgový infarkt alebo I64 – mozgová porážka. Títo pacienti boli ošetrovaní na celkovo 9 BSK pracoviskách s takýmto percentuálnym rozložením počtov:

Graf 31: Hospitalizácie obyvateľov BSK s mozgovým infarktom (MKCH I63, I64) podľa jednotlivých poskytovateľov v roku 2019

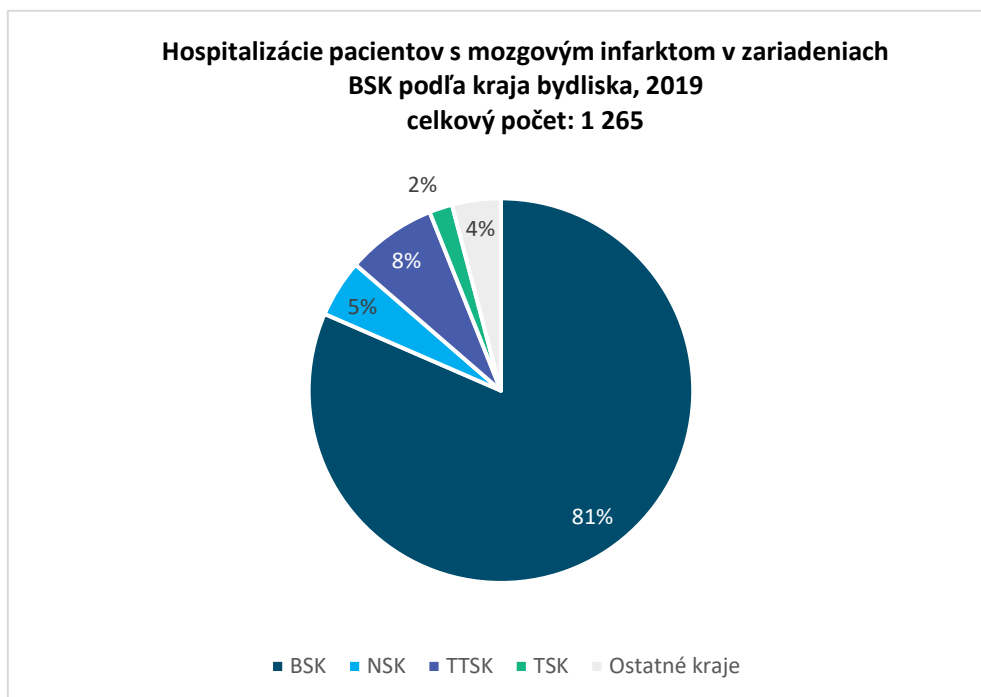


Zdroj: NCZI, VŠZP, Dôvera ZP, UNION ZP

Čiže takmer 80 % pacientov bolo hospitalizovaných na pracoviskách, kde trombektómia nie je možná. 350 (27 %) z týchto pacientov bolo následne preložených do Centra intervenčnej neurorádiológie a endovaskulárnej liečby (CINRE) na trombektómiu.

Analýza všetkých mozgových infarktov, ktoré sú ošetrované v zariadeniach BSK, ukazuje, že výrazná väčšina (81 %) sú obyvatelia BSK. V oblasti mozgových infarktov pôsobia všetci poskytovatelia ako krajská nemocnica v podstate výlučne pre obyvateľov BSK.

Graf 32: Hospitalizácie pacientov s mozgovým infarktom v zariadeniach BSK podľa kraja



Zdroj: NCZI, VŠZP, Dôvera ZP, UNION ZP

Veľká časť obyvateľov je ošetrovaná v zariadeniach bez možnosti komplexnej, modernej liečby. Stroke centrum bez neurochirurgickej podpory už nie je akceptovateľné. Túto podmienku nespĺňa NÚSCH ani Nemocnica Staré Mesto. CINRE má svojich neurochirurgov a navyše je možné, že CINRE sa stane súčasťou Nemocnice v Boroch s ambicióznym komplexným neuroprogramom.

Kľúčové zistenia

Veľké rezervy sú v predchádzaní mozgovej porážky z mimohlavových príčin.

V zabezpečení pacientov chýba jednotný celokrajský program, ktorý by garantoval porovnateľný/rovnaký prístup ku všetkým pacientom s mozgovou porážkou.

1.2.4.1.3 Zabezpečenie obyvateľov BSK s akútnym infarktom srdcového svalu

Kardiologicko-kardiochirurgické zabezpečenie obyvateľov Slovenska je determinované kompletným „odstrihnutím“ kardiocentier od ostatných štruktúr dospeléj medicíny aj medicíny detského veku. Na Slovensku teda neexistuje komplexná, koncová nemocnica.

Je to široká, mnohvrstvomá problematika, preto v tejto analýze použijeme kvalitatívnu sondu do systému, sledovaním línie akútneho infarktu srdcového svalu (MKCH I210 – I219).

Liečba a prevencia akútneho infarktu myokardu pomocou katetrizácie srdcových ciev sa začala používať od konca 70. rokov (Charles Dotter, Andreas Gruendzig). Zo začiatku výnimočný, zdĺhavý a rizikový zákrok sa

do dnešných dní technicky aj technologicky zdokonalil až tak, že je používaný rutinne, trvá niekoľko minút a pri infarkte srdcového svalu je považovaný za „zlatý štandard“.

Špecializácia sa nazýva invazívna kardiológia. V BSK dlhodobo v tejto oblasti pôsobí NÚSCH, v posledných rokoch sa invazívna kardiológia v rámci invazívnej rádiológie presúva aj do CINRE.

Pre hodnotenie kvality systému zabezpečenia ľudí s infarktom srdcového svalu nie je ani taká dôležitá úmrtnosť, ale skôr následná chorobnosť (kvalita života) prežívajúcich. Ak je celé reťazenie zabezpečenia pacienta včasné a správne, je možné srdcový sval úplne ochrániť od nežiaducich zmien vedúcich k invalidizácii. Pacient je po zákroku de facto kardiologicky zdravý. Ide o akútnu líniu s vysokým časovým imperatívom. Oneskorenia vedú k odumretiu časti srdcového svalu, vzniku jazvy s následnými poruchami rytmu, výkonu srdca ako pumpy a iným chorobným zmenám, ktoré si obyčajne vyžadujú dlhodobú liečbu či následné operačné alebo katetrizačné intervencie.

Dáta monitorujúce následnú chorobnosť však v našom systéme neexistujú. Na posúdenie kvality musíme porovnať jestvujúce patientske „pathways“ s optimálnym stavom.

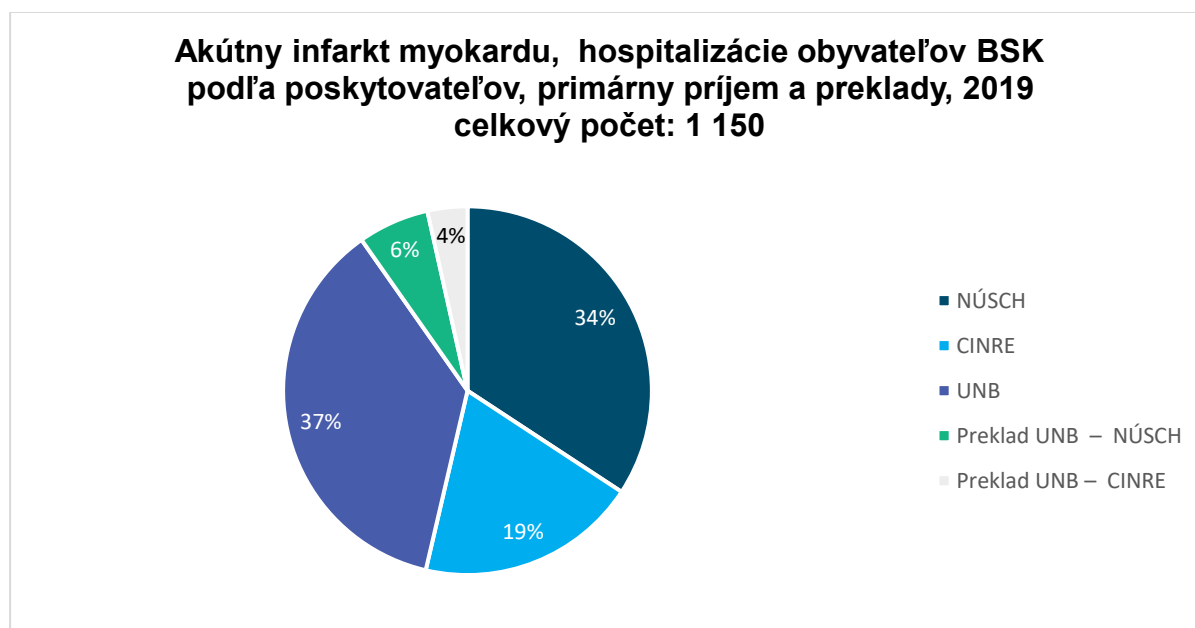
Z hľadiska diagnózy existujú dve skupiny infarktov:

1. STEMI (ST-elevated myocardial infarction) – Diagnóza je jasná z EKG záznamu, ktorý sa dá spraviť už v sanitke – takýto pacient je bezodkladne transportovaný do centra invazívnej kardiológie na katetrizačný výkon (NÚSCH, CINRE). Má veľkú šancu na uzdravenie sa bez poškodenia srdcového svalu.
2. NSTEMI (Non ST-elevated myocardial infarction) – Je to tiež infarkt, ale títo pacienti nemajú presvedčivé EKG známky infarktu. Diagnóza sa musí potvrdiť zvýšením/zvyšovaním biomarkerov (high-sensitivity cardiac troponin hs cTp). Rovnako aj pri týchto pacientoch by sa zákrok nemal zbytočne odkladať. Táto perióda by mala trvať **maximálne** 24 hodín. Prax však ukazuje, že títo pacienti často nie sú prijímaní priamo do centra invazívnej kardiológie (NÚSCH, CINRE), ale potvrdenie/vylúčenie diagnózy sa robí na inom internom oddelení/klinike v zariadení, kde nie je možnosť katetrizácie. Až následne sa pacient preváža do centra invazívnej kardiológie alebo sa konzervatívne finalizuje na internom oddelení/klinike. V mnohých prípadoch to znamená zmeškanie šance na kvalitné uzdravenie sa.

V roku 2019 bolo v zariadeniach BSK 1 150 hospitalizácií celkovo 1 047 obyvateľov BSK pre akútny infarkt myokardu. Z toho primárne v centre invazívnej kardiológie bolo hospitalizovaných 450 (43 %) pacientov.

Ostatní (57 %) pacienti boli primárne hospitalizovaní v nemocniciach UNB. Z toho 104 (10 %) pacientov bolo následne preložených do centra invazívnej kardiológie priemerne za 3 dni.

Graf 33: Akútny infarkt myokardu, hospitalizácie obyvateľov BSK podľa poskytovateľov, primárny príjem a preklady



Zdroj: NCZI, VŠZP, Dôvera ZP, UNION ZP, vlastné zistenia

Máme teda 3 skupiny pacientov:

1. pacienti, ktorí sa v primárnom transporte dostali priamo do NÚSCH,
2. pacienti, ktorí sa v celom priebehu nedostali do NÚSCH,
3. pacienti, ktorí boli primárne prijatí do iných nemocníc (interné oddelenia) a neskôr preložený do NÚSCH a objavujú sa aj preklady do CINRE.

Aj keď nemáme možnosť monitorovania kvalitatívnych parametrov, ktoré priamo definujú výsledok celého systému (prežívanie, následná chorobnosť, kvalita života), z údajov je zjavné, že zabezpečenie občanov BSK s infarktom srdcového svalu nie je optimálne.

Kľúčové zistenia

Všetko nasvedčuje tomu, že kapacity NÚSCH a CINRE nestačia na optimálne zabezpečenie všetkých pacientov BSK s akútnym infarktom myokardu.

1.2.4.1.4 Rozmiestnenie verejných defibrilátorov v BSK

Automatické externé defibrilátory (AED), ktoré sú dostupné na verejných miestach, zvyšujú v prípade zástavy srdca šancu na prežitie na 93 % v prípade, že sú nablízku. Bez AED je šanca na prežitie pod 10 %. Až 84 % zástav srdca sa odohrá mimo lekárskeho prostredia.

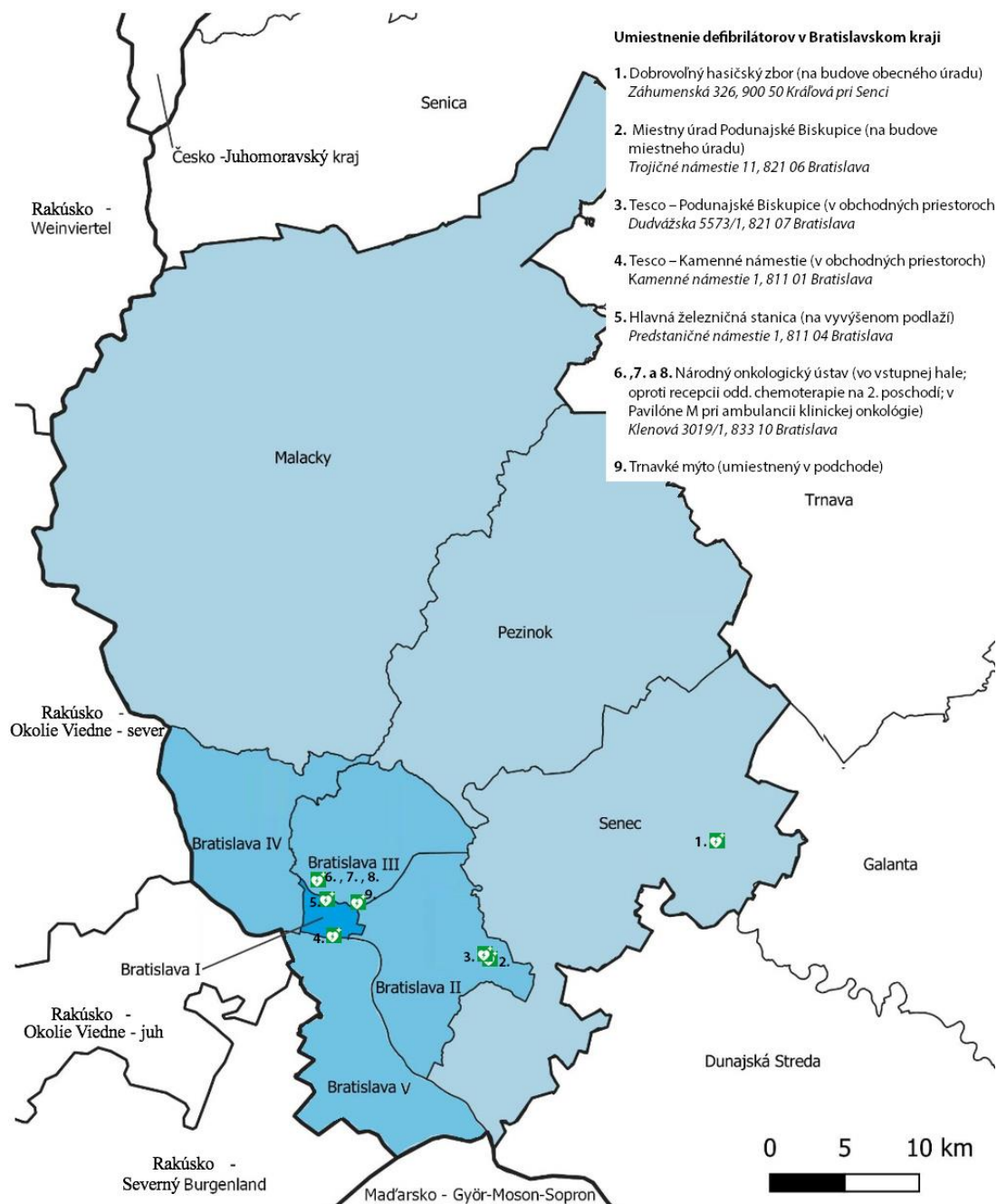
Obrázok 7: Rozmiestnenie defibrilátorov v BSK

Umiestnenie defibrilátorov v Bratislavskom kraji

1. Dobrovoľný hasičský zbor (na budove obecného úradu)
Záhumská 326, 900 50 Kráľová pri Senci

2. Miestny úrad Podunajské Biskupice (na budove miestneho úradu)
Trojičné námestie 11, 821 06 Bratislava

3. Tamo – Podunajské Biskupice (u občianskeho priestoroch)



Zdroj: Vlastné spracovanie interných podkladových dát BSK, Operačné stredisko ZZS SR

Rozmiestnenie AED v BSK je na prvý pohľad nedostatočné. Aj keď nové AED pribúdajú, nie je k dispozícii koncept – plán optimálneho integrovaného zabezpečenia verejných miest.

1.2.4.1.5 Kvalitatívna analýza programu „Matka a dieťa“

Do programu „Matka a dieťa“ sa pre potreby tejto analýzy zaraďuje reťazenie všetkých klinických postupností v zdravotnej starostlivosti o ženu v perinatologickej starostlivosti a deti do veku 18 rokov a 365 dní. Tento program má v rozvinutých zdravotných systémoch dve samostatné línie. Perinatologická línia per se je reťazenie interakcií zdravotnej starostlivosti o rodičku pred a počas tehotenstva a novorodenca pred narodením a po narodení do opustenia pracoviska neonatologickej starostlivosti. Pediatrická línia je reťazenie interakcií zdravotnej starostlivosti v akútnej a plánovanej osi o deti do veku 19 rokov.

Kvalitatívna analýza perinatologickej línie je postavená hlavne na dátach zo SON (Správa o novorodencovi). Historický, aktuálne čiastočne digitalizovaný register novorodeneckej patológie a následnej patológie je vedený v NCZI. Tieto dáta poskytujú podklad pre výstupnú kvalitatívnu analýzu zdravotnej starostlivosti v novorodeneckom veku s periodicitou jedného roka. Peripartálna mortalita a morbidita je hlavným kvalitatívnym parametrom perinatologickej línie, procesná kvalita z hľadiska integrácie a komplexnosti línie nemá „živé“ hodnotiteľné parametre, a preto je hodnotená analyticky ako „expert opinion“. Ako porovnávací parameter sa potom používa ideálna klinická postupnosť (podľa EBM) a možnosť jej realizácie alebo európsky benchmark, ak existuje.

Bratislavský samosprávny kraj (BSK) sa vyznačuje centralizáciou starostlivosti o rodičku a novorodenca. Posledných 20 rokov sa podarilo centralizovať pôrody do 3 pôrodníc – Univerzitnej Nemocnice Bratislava (Ružinov, Antolská a Kramáre) a Gynekologicko-pôrodníckej nemocnice Sanatórium Koch. Ako pozitívny efekt centralizácie sa pre potreby tejto analýzy ukazuje koncentrácia pôrodov na pracovisko s cieľom zabezpečenia početnosti nad minimálny workload zabezpečujúci akceptovateľnú kvalitu. Na základe európskeho benchmarku sa dá hovoriť o minimálnej početnosti pôrodov na pracovisko 2 000 pôrodov/rok, podľa slovenského 1 000, resp. 750 pôrodov/ročne. Oba parametre majú odporúčací charakter, európsky reflektujúci kvalitatívne dáta, slovenský ich modifikuje geografickou dostupnosťou. Počet novorodencov v BSK sa v posledných rokoch ustálil na počte niečo vyše 8 000 novorodencov s dlhodobým trendom mierneho rastu. Počet pôrodov v pôrodniciach BSK dosahuje posledné roky hodnoty okolo 9 000 pôrodov, takisto s pozvoľným dlhodobým trendom nárastu. Rozdiel je spôsobený prítomnosťou perinatologického centra UN BA Antolská a čiastočne UN BA Kramáre. Spádová pôsobnosť týchto pericentier podľa koncepcie neonatologickej starostlivosti presahuje región BSK. Ide o pôrody rodičiek s perinatálnou patológiou s bydliskom mimo BSK. Početnosť týchto pôrodov je okolo 1 000 pôrodov s miernym trendom nárastu.

Vo všeobecnosti (na základe početnosti pôrodov za posledných 5 rokov) možno povedať, že počet pôrodov sa v pôrodniciach UN BA ustálil na počtoch presahujúcich 2 000 pôrodov ročne (Ružinov a Antolská aj 3 000 ročne), čo predstavuje aj v najprísnejších odporúčaniach bezpečný minimálny workload na udržanie kvality medicínskej interakcie. Sanatórium Koch nedosahuje počet pôrodov 2 000 ročne, ale bez problémov spĺňa „slovenský minimal workload benchmark“ 1 000, resp. 750 pôrodov. Ide o tzv. výnimky z pravidla minimal workload, keď na pracoviskách zabezpečujú činnosť iba špecialisti s kvalifikáciou a historickou rutinou a minimal workload neslúži ako krivka učenia, ale iba ako plataeu učenia. Slovenský trend kopíruje aj nárast pôrodov novorodencov pod 1 499 g, keď počet živonarodených do 1 000 g je 0,4 % a do 1 500 g 0,7 %. Tieto parametre sú tesne pod priemerom Slovenska a zodpovedajú európskemu benchmarku. Centralizácia týchto novorodencov in utero ako základný predpoklad zníženia mortality a následnej morbidity predstavuje posledných 5 rokov cca 80 % so sledovateľným poklesom. Ideálny stav je 100 % centralizácia in utero, za európsky benchmark je možné považovať 90 % (ČR 92,5 %).

S tým súvisí aj detekcia VVCH in utero, ktorá je pod európskym benchmarkom, ale nie je špecifická pre BSK, ale skôr pre celonárodný systém, dokonca BSK je v detekcii mnohých VVCH nad národným priemerom. Detekcia jednotlivých VVCH je veľmi variabilná a dosahuje od 30 do 50 %, 50 % presahuje iba raritne v posledných 5 rokoch a trend je bez progresívneho pozitívneho vývoja.

Z hľadiska živých kvalitatívnych čísiel je novorodenecká úmrtnosť v BSK 2,5 %, čo je slovenský a európsky priemer (horšie napr. ako priemer ČR). Na území BSK sa nachádza aj pôrodnica s novorodeneckou mortalitou 0 %, a to Sanatórium Koch, čo súvisí s ich triážou a selekciou pacientok a centralizáciou patológie do pericentier. Exity novorodencov podľa hmotnostných skupín kopírujú vo všeobecnosti trendovo slovenský priemer. Trend poklesu úmrtnosti v hmotnostnej kategórii 2 – 2,5 je menší ako slovenský priemer, vyvážený nadpriemerným poklesom v hmotnostnej kategórii 2,5 – 3 kg a 3 – 4 kg. Početnosť následnej morbidity patologických novorodencov má vzostupný charakter. Nesúvisí však so zhoršovaním zdravotnej starostlivosti, ale so vzostupom početnosti pôrodov novorodencov s nízkou pôrodnou hmotnosťou. Percentuálne zastúpenie jednotlivých parametrov následnej morbidity je statické posledných 5 rokov.

Z hľadiska integrácie a komplexnosti perinatologickej starostlivosti je perinatologická starostlivosť v BSK prísne štandardizovaná regionalizovaná podľa koncepcie neonatologickej starostlivosti a odborného usmernenia, kde sú roly a povinnosti v systéme presne definované. Jej vykonávanie je aj hodnotené a pravidelne auditované. Z hľadiska komplexnosti chýba v systéme zlučujúci prvok pre komplexné patológie, lebo klinické osi jednotlivých patológií nemajú ukončenie na jednom pracovisku. Najvýkonnejšia pôrodnica nemá neonatálne pracovisko vyššieho stupňa, perinatologické pracovisko najvyššieho stupňa nemá bezprostredný dosah na riešenie komplikácií z neonatálnej chirurgie, neurochirurgie.

1.2.4.1.6 Zabezpečenie onkologických pacientov BSK

Onkologické ochorenie je akútne ochorenie, ktoré je takmer v 100 % bez liečby smrteľné. Vyskytuje sa vo všetkých vekových kategóriách. Aj keď s vyšším vekom sa incidencia onkologických ochorení zvyšuje, nemožno ich považovať (na rozdiel od kardiovaskulárnych ochorení) za bežný príznak starnutia. Každé úmrtie na onkologické ochorenie je teda prejavom nedokonalosti súčasnej medicíny (preto je tak citlivo vnímaná táto oblasť verejnosťou – zbytočná, zdĺhavá a často bolestivá smrť). Zároveň je úplne namieste postulovať, že v budúcnosti je reálna nulová úmrtnosť na onkologické ochorenia. Podľa aktivity a parciálnych výsledkov svetového výskumu tá budúcnosť nemusí byť tak veľmi ďaleko.

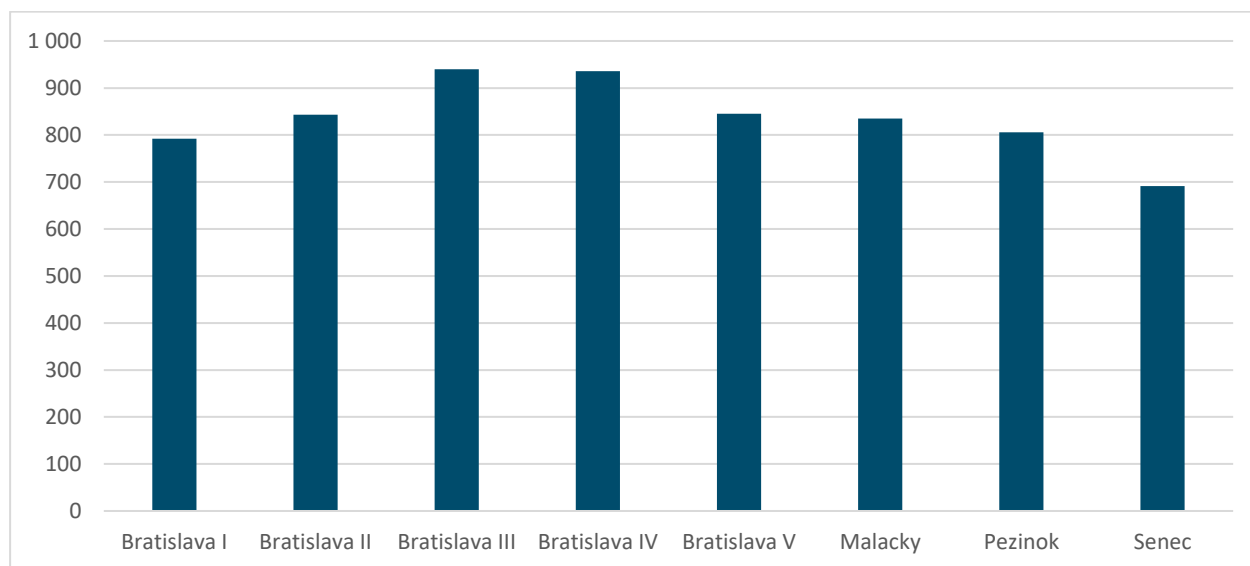
Súčasná liečba onkologických ochorení je komplikovaná, komplexná, stále nákladnejšia a nedokonalá. Takmer všetky súčasné liečebné postupy majú výrazné vedľajšie účinky, ktoré zhoršujú kvalitu života pacienta a v mnohých prípadoch (najmä u detí) ohrozujú jeho život. Liečba má teda dve fázy: liečbu onkologického ochorenia a liečbu následkov liečby.

Pre všetky diagnózy platí: čím je včasnejší záchyt, tým úspešnejšia a lacnejšia je liečba.

V súčasnosti sú onkologické ochorenia druhou najčastejšou príčinou úmrtia na Slovensku s narastajúcou incidenciou. V porovnaní s vyspelejšími krajinami EÚ je prežívanie onkologických pacientov neuspokojivé i napriek skutočnosti, že liečebné postupy, najmä v oblasti liekov, sú komfortne dostupné. Príčinou je neskorý záchyt, často odkladané diagnostické a liečebné postupy. Podozrenie na onkologické ochorenie stále nie je na Slovensku na všetkých úrovniach zdravotnej starostlivosti vnímané ako akútny stav.

Národný register onkologických ochorení NCZI neposkytuje údaje o okrese bydliska ani poskytovateľovi, preto uvádzame pre orientáciu incidenciu nádorových ochorení v okresoch BSK z roku 2012 (ide o diagnózy C00-D48 podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb). Odvtedy mohla stúpnuť o viac ako 10 %. Prevalencia, teda počet obyvateľov, ktorí majú v danom čase onkologický problém, sa zistiť nedá.

Graf 34: Incidencia nádorových ochorení v BSK, 1 : 100000 (2012)



Zdroj: NCZI

Pacientov s onkologickými ochoreniami v BSK, ktorých stav si vyžaduje hospitalizáciu, zabezpečujú takmer všetci poskytovatelia. Komplexné pracovisko zabezpečujúce všetky možnosti diagnostiky a liečby pre všetky druhy onkologických ochorení však neexistuje. Hlavnými onkopracoviskami sú Národný onkologický ústav (NOÚ) a Onkologický ústav sv. Alžbety. Tieto nemocnice sú špecializované na onkologické ochorenia. Onkologické ochorenia si stále viac vyžadujú multidisciplinárny, individualizovaný prístup. V súčasnosti sú v BSK dostupné všetky diagnostické, chirurgické, chemoterapeutické, rádioterapeutické a celý rad podporných „neonkologických“ činností, ale sú rozdrobené medzi takmer všetkých poskytovateľov, bez integrujúceho celokrajského onkoprogramu. Bez kontroly kvality.

Starostlivosť o onkologicky choré deti je centralizovaná v troch detských onkocentrách na Slovensku. Jedno z nich je NÚDCH. Možno konštatovať, že o onkologicky choré deti je celoštátne kvalitne postarané, i keď aj v tejto oblasti chýba kontrola/manažment kvality.

Onkologické ochorenia obyvateľov BSK si v roku 2019 vyžiadali 9 929 hospitalizácií, z toho 238 boli hospitalizácie detí (zdroj: NCZI).

Skríningové vyšetrenia smerujúce k včasnej diagnóze najčastejších rakovinových ochorení (okultné krvácanie, prostatic specific antigen – PSA) sa vykonávajú rádovo v desatine obyvateľov, u ktorých je skríning indikovaný (obyvatelia nad 50 rokov) (zdroj: Dôvera ZP, UNION ZP).

Kľúčové zistenia

V súčasnosti sú onkologické ochorenia druhou najčastejšou príčinou úmrtia na Slovensku s narastajúcou incidenciou. V porovnaní s vyspelejšími krajinami EÚ je prežívanie onkologických pacientov neuspokojivé i napriek skutočnosti, že liečebné postupy, najmä v oblasti liekov, sú komfortne dostupné.

Podозrenie na onkologické ochorenie stále nie je na Slovensku na všetkých úrovniach zdravotnej starostlivosti vnímané ako akútny stav.

Najväčšie rezervy (medicínske aj ekonomické) sú vo včasnej diagnóze, nedostatočná je oblasť paliatívnej starostlivosti.

1.2.4.1.7 Emergentná medicína „per se“

Prednemocničná starostlivosť v kraji je pokrytá zákonne definovanou sieťou bodov RZP a RLP koordinovaných Krajským operačným strediskom Bratislava. Činnosť jednotlivých bodov je pomerne dobre monitorovaná aj z hľadiska kvality. Sledované parametre sú hlavne parametrami časovej dostupnosti, čo je pri prednemocničných interakciách možné považovať za základný predpoklad kvality interakcie, pretože časová dostupnosť je dôležitý parameter. Priemerné časy výjazdov a dojazdov sú pod slovenským priemerom. Slabinami systému je absencia jednotného koncového bodu akútnych klinických línií. Rozhodovací mechanizmus o umiestnení pacienta je takto doplnený nielen o parameter časovej dostupnosti, ale aj o parameter potenciálnej diagnózy pacienta. Uvedená skutočnosť vytvára v reálnej situácii predpoklad komplikovanej cesty pacienta na finalizujúce pracovisko. Rozhodovací algoritmus je takto doplnený o aktuálne kapacity/priepustnosť a diagnostické modalitty jednotlivých poskytovateľov. Táto skutočnosť sa deje na dennej báze jednoduchým hlásením kapacít a emergentným hlásením výpadku činnosti. Neexistuje živý systém existujúcich kapacít. V bode Staré Mesto môže mať vplyv na dojazdové časy aj excentrické uloženie stanovišťa. Z početnosti jednotlivých typov zásahov vyplýva vysoká miera nízkoprahových zásahov pravdepodobne nahradzujúca absentujúci, resp. preťažený systém prvého kontaktu a sociálnych služieb. Podľa skúseností aj EBM takáto vysoká miera „neopodstatnených“ zásahov vedie k vysokej miere vyhorenia personálu a k strate/náročnej schopnosti udržať potrebné klinické

skúsenosti. Zloženie lekárskeho personálu vo veľkej miere (najviac na Slovensku) pozostáva z odborov prvoplánovo najvhodnejších pre emergentnú prednemocničnú starostlivosť (urgentná medicína, anestéziológia a intenzívna medicína). V regióne BSK sa nenachádza vysokopriepustné moderné pracovisko urgentného príjmu, čo ešte viac zvyšuje predpoklad zlyhávania systému, najmä v nadpriemernej záťaži. Všetky urgentné príjmy sú hlavne z titulu zastaranej infraštruktúry citlivé na záťaž. Existujúca infraštruktúra nie je spôsobilá na uplatňovanie moderných procesov, s nulovou flexibilitou a expandovateľnosťou, infraštruktúrny deficit je veľmi vážny až ohrozujúci realizáciu správnych medicínskych postupov pri niektorých klinických osiach. Výnimkou je emergentná medicína detského veku. Najvyšší typ interakcií je centralizovaný do jedného poskytovateľa s moderným pracoviskom urgentnej medicíny s vysokou mierou flexibility a expandovateľnosti výkonu. Vysoká miera nízkoprahových interakcií na existujúcich urgentných oddeleniach vyvoláva požiadavku na hlbšiu analýzu správania klientov. Môže byť spôsobená aj nedostatkom APS, ktoré sú poskytované v regióne rozsahu podľa zákonne definovanej siete.

1.2.4.2 Neakútne línie zdravotnej starostlivosti – základné pojmy, metodológia

1.2.4.2.1 Neakútna, plánovaná perioperačná starostlivosť

Na území BSK sa nachádza dostatočná infraštruktúra na poskytovanie efektívnej operačnej aj perioperačnej starostlivosti vo všetkých odboroch. Jednotliví poskytovatelia nevykazujú žiadne kvalitatívne parametre okrem mortality (čo možno považovať za perioperačnú mortalitu). Táto je tesne nad európskym priemerom, ale je to extrémne hrubý parameter, ktorým nie je reálne možné hodnotiť kvalitu perioperačnej starostlivosti. Kapacitne (počet lekárov, lôžok, operačných sál) sa systém správa ako predimenzovaný. Existujúce miesta nižšej priepustnosti, hlavne v niektorých špecializáciách (terciárna a kvartérna medicína), sú spôsobené nižšou priepustnosťou lôžok intenzívnej medicíny a operačných sál per se. Dôvodom sú personálne deficity v sesterskom personáli. Tento personálny deficit je v polohe deficitu na minimálne požiadavky avšak nie na optimálne, preto môže byť potenciálne zdrojom nižšej kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Napriek existencii nadpriemerného počtu centier jednodňovej medicíny je pomerné zastúpenie jednodňovej chirurgie pod európskym priemerom v hlavných špecializáciách jednodňovej chirurgie.

1.2.4.2.2 Neoperačná chronická starostlivosť

Na území BSK sa nachádza nadpriemerný počet ambulancií/poskytovateľov chronickej starostlivosti (hlavných špecializácií). Klientmi referované dlhé čakacie lehoty na jednotlivé interakcie však dokumentujú funkčné nedostatky v priepustnosti systému. Nízka priepustnosť je potenciovaná dvoma skutočnosťami. Neopodstatnené zvýšenie špecializovaných interakcií zbytočne zvyšuje dopyt. Špecialisti tak vykonávajú aj rutinné interakcie v klinickej chronickej osi pacienta, a strácajú tak priestor na interakcie s pridanou hodnotou špecializácie. Mnohí špecialisti sú súčasťou univerzitných pracovísk so subšpecializačnou činnosťou a na priepustnosti systému svojej základnej špecializácie sa nepodieľajú, a tak umelo štatisticky podporujú dojem dostatočnej saturácie systému. Systém sa procesne správa ako systém medicíny 2. polovice minulého storočia. Neprebehol presun kompetencií a rolí, čo podporuje vyššie uvedené skutočnosti.

1.2.4.2.3 Geriatrický program

Absencia funkčného auditovateľného programu starostlivosti o geriatrického pacienta neumožňuje kvalitatívne vyhodnotenie a porovnanie. Akýkoľvek pokus o vyhodnotenie zlyháva už pri základnom nedostatku, a to je objektívny opis dopytu. Existujúci dopyt je dopyt predpokladaný na základe demografie obyvateľstva bez detailu komorbidít. Každé vyhodnotenie funkčnej priepustnosti systému tak bude iba tvrdením na úrovni expertného tvrdenia. Vykazované kapacity geriatrických oddelení, ambulancií a prípadne ADOS zásadne nepokrývajú teoretické množstvo interakcií odvodených od demografických dát, komorbidít a priemerného použitia zdravotného systému seniorom. Systém geriatrickej siete „konzumuje“ neprimerane

málo k aktuálnemu demografickému trendu, infraštruktúrnym investíciám, manažérskym aktivitám a PR oproti aktivitám v iných zdravotníckych programoch.

1.2.4.2.4 Paliatívna starostlivosť

Absencia, resp. minimálny rozvoj paliatívnej starostlivosti na Slovensku spôsobuje základné terminologické nejasnosti. Pre potreby tohto dokumentu sa pod pojmom paliatívna starostlivosť rozumie starostlivosť podľa koncepcie zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti v Slovenskej republike, ktorá nadobudla účinnosť 1. 7. 2006. Podľa spomínanej koncepcie sú vybrané základné pojmy definované takto: Paliatívna starostlivosť (WHO, 2002) je prístup, ktorý zlepšuje kvalitu života pacientov a ich rodín zoči-voči život ohrozujúcemu ochoreniu tak, že včas identifikuje a neodkladne diagnostikuje a lieči bolesť a iné fyzické, psychosociálne a duchovné problémy, a tým predchádza a zmierňuje utrpenie. Paliatívna starostlivosť zahŕňa zdravotnú starostlivosť poskytovanú lekármi, ošetrovateľskú starostlivosť, rehabilitáciu, psychologickú starostlivosť, liečebno-pedagogickú starostlivosť (u detí), spirituálnu starostlivosť a sociálne poradenstvo. Hospicová starostlivosť je paliatívna starostlivosť poskytovaná pacientom s nevyliečiteľným ochorením a zomierajúcim pacientom hospicom ako samostatným zdravotníckym zariadením. Zahŕňa všetky prvky paliatívnej starostlivosti: paliatívnu medicínu, ošetrovateľskú, psychologickú, spirituálnu, respitnú a terminálnu starostlivosť, ako aj starostlivosť o pozostalých. Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť je komplexná ošetrovateľská starostlivosť poskytovaná sestrami s odbornou spôsobilosťou a je zameraná hlavne na manažment a uspokojovanie potrieb pacienta s nevyliečiteľným ochorením a zomierajúceho pacienta. Paliatívna starostlivosť, resp. medicína sa poskytuje formou ambulantnej a ústavnej zdravotnej starostlivosti. Ambulantnú zdravotnú starostlivosť v odbore paliatívna medicína vykonávajú mobilné hospice, ambulancie paliatívnej medicíny a stacionárne paliatívnej medicíny. Ústavnú zdravotnú starostlivosť v odbore paliatívna medicína vykonávajú hospice, oddelenia paliatívnej medicíny v nemocniciach a iných zdravotníckych zariadeniach a jednotky paliatívnej medicíny (zriaďované pri geriatrických a iných zdravotníckych a sociálnych zariadeniach).

Paliatívna starostlivosť na území BSK trpí rovnakými nedostatkami ako paliatívna starostlivosť na celom Slovensku, a to hlavne infraštruktúrnym a finančným deficitom podporeným sekundárnym personálnym deficitom. Z hľadiska plánovania a posudzovania vykonanej paliatívnej starostlivosti neexistuje jasne definovaný dopyt. Existujúce kapacity – 2 hospice, kapacity geriatrických oddelení a príp. ADOS – by teoreticky mohli vykonať 10 % predpokladanej potreby vychádzajúcej z populačných dát a benchmarkovej európskej procesnej mapy. Tento markantný deficit je čiastočne redukovaný tzv. „akútnymi“ sociálnymi hospitalizáciami u poskytovateľov iných špecializácií a tiež historickou neznalosťou nároku klientov. Činnosť hospicov (a niektorých OZ) na území BSK je financovaná z privátnych zdrojov a z tretieho sektora, jeho existencia iba z verejného zdravotného poistenia nie je reálna. Existujúci finančný nedostatok generuje aj personálny deficit umocnený skutočnosťou, že na Slovensku nemáme akreditovaný špecializačný študijný program v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti pre kategóriu sestra. V kategórii lekár toto štúdium existuje, ale celkový počet praktizujúcich lekárov je pod číslom 10 pre celé Slovensko. BSK je v týchto parametroch nad priemer Slovenska s dobre funkčne saturovaným systémom v paliatívnej starostlivosti detského veku. V dospeljej populácii nie je možné sa k funkčnej saturácii vyjadriť pre vyššie uvedenú absenciu kvantifikácie dopytu. Dobrým príkladom kvalitnej a klinicky úspešnej paliatívnej postupnosti sú pacienti v starostlivosti paliatívnej ambulancie NOÚ.

1.2.4.2.5 Program „matka a dieťa“ – neakútny program

Neakútna línia programu starostlivosti „matka a dieťa“ je s malými lokálnymi nedostatkami funkčne saturovaná. Pre hodnotenie je dôležité, aký parameter sa vyberie ako referenčný. Z hľadiska európskeho benchmarku sa slovenský systém správa ako naddimenzovaný (špecialista je v primárnom kontakte), a preto je z jeho pohľadu pediatrický program BSK hodnotený ako nadpriemerný z hľadiska dostupnosti, priechodnosti a úrovne preventívny. Z hľadiska historického nároku slovenského zdravotného systému sú potenciálne nedostatky z hľadiska udržateľnosti a obnovy lekárskeho a sesterského personálu na

ambulanciách prvého kontaktu. Absencia živého systému dostupnosti špecializovanej pediatrickej starostlivosti neumožňuje reálne s krátkou spätnoväzobnou kľučkou reagovať na existujúce deficity. Tieto sú reportované iba personálnymi sťažnosťami klientov. Ako benefit pri riešení existujúcich a potenciálnych deficitov pediatrov v primárnom kontakte sa flexibilne dá využiť zásoba pediatrických špecialistov a subšpecialistov u poskytovateľov terciárnych a kvartérnych služieb na území BSK. Sumár negatívnych javov jednotlivých oblastí v systéme zdravotnej starostlivosti z pohľadu VÚC so zameraním na komplexnosť a integráciu.

Univerzálne, celoslovenské negatíva zdravotnej starostlivosti

- Retroaktívny zdravotný systém s pomalou krivkou učenia a pomalým, minimalistickým reportingom (optimálne je proaktívny s kontinuálnym auditom).
- Nedefinované „value based“ ciele. Poskytovatelia nie sú systematicky motivovaní ku kvalitnej zdravotnej starostlivosti (absolútny deficit „pay for performance“).
- Absencia funkčnej integrácie (naivný systém riadený zvykovým právom bez kontroľingu).
- Akútne línie bez štandardizovaných postupov a kontroľingu ich realizácie.
- Neakútne línie bez odporúčaného reťazenia interakcií.

Negatívne javy vyplývajúce z nedokonalaj (prvotnopospolnej) digitalizácie

Nedokonalá digitalizácia determinuje takmer všetky oblasti zdravotnej starostlivosti:

- Neumožňuje online monitorovanie parametrov kvality.
- Neumožňuje efektívny manažment komplikácií a pochybení.
- Spomaľuje až zastavuje dynamiku pozitívneho vývoja zdravotnej starostlivosti.
- Neumožňuje paper-free režim.
- Neumožňuje integráciu jednotlivých pracovísk.
- Neumožňuje štruktúrované ukladanie a následné využívanie dát.
- Neumožňuje kvalitnú edukáciu na všetkých úrovniach vzdelávania zdravotníckych pracovníkov.
- Neumožňuje využívanie anorganickej inteligencie.
- Je príčinou zbytočne opakovaných vyšetrení a zbytočných liečebných vstupov, zbytočných návštev ambulancií a na druhej strane zbytočných omeškaní a omylov.
- Umožňuje vytváranie ilúzie kvality a výnimočnosti.
- Je „živnou pôdou“ pre korupčné správanie.

Všeobecná zdravotná starostlivosť

- Obmedzené možnosti ovplyvňovania poskytovania zdravotnej starostlivosti na území BSK.
- Nerovnomerná priestorová distribúcia nemocničných zariadení, ambulancií všeobecných lekárov a ambulancií niektorých špecialistov.
- Nedostatočná integrácia zdravotných, sociálnych a súvisiacich služieb.

Zubná starostlivosť

- Starnutie zubných lekárov znamená riziko nezabezpečenia zubnej lekárskej starostlivosti či zníženie jej dostupnosti a kvality (najmä v periférnych regiónoch).

Špecializovaná ambulantná starostlivosť

- Nerovnomerná distribúcia zariadení špecializovanej ambulantnej starostlivosti – urológia, reumatológia, kardiológia, ortopédia, mamológia a chirurgia.
- Nižšia dostupnosť v periférnych okresoch.

Ošetrovateľská zdravotná starostlivosť

- Skôr klesajúci počet klientov využívajúcich služby ADOS v BSK a nižšie využitie tejto služby v porovnaní s ostatnými krajinami (možná je nižšia informovanosť).

- „Nedotiahnuté“ interakcie v sociálno-zdravotnej oblasti.
- Suboptimálna sieť verejných defibrilátorov.

Ústavná zdravotná starostlivosť

- Minimálna vertikálna a horizontálna flexibilita naprieč poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti spôsobená vysokou mierou špecializácie jednotlivých poskytovateľov s pseudonadregionálnou a/alebo pseudovýskumnou aktivitou a tiež nevhodným/zastaraným dizajnom infraštruktúry.
- BSK neplní rolu iniciátora a integrátora – BSK Onkoprogram, BSK Traumaprogram, BSK Program starostlivosti o pacientov IM a CMP.
- Neexistuje komplexná, koncová nemocnica.
- Nízka hygienická úroveň (štandard sú trojlôžkové izby so spoločným WC pre celú chodbu).

Prevencia, zdravý životný štýl

- Improvizované cyklotrasy, najmä v Bratislave.
- Narastajúci počet zranení/úmrtí na bicykloch a e-kolobežkách.
- Onkologické ochorenia sa začínajú liečiť v neskorých štádiách – príčina narastajúcej úmrtnosti. Nefunkčnosť/slabý výkon onko-preventívnych programov.
- Skrining karcinómu prostaty (PSA – laboratórne vyšetrenie) môže robiť iba urológ, nie všeobecný lekár, aj keď ide iba o zaškrtnutie kolónky na žiadanke pri bežnom vyšetrení krvi – človek musí teda najprv navštíviť všeobecného lekára a následne sa objednať k urológovi (svetová rarita).
- Absencia „zelených receptov“.
- Nezávládnutý prechod od rehabilitácie po ochorení k individualizovanému zdravému životnému štýlu.

Osveta a informovanosť odbornej a laickej verejnosti

- Neindividualizovaná osвета/presadzovanie zdravého životného štýlu. Takmer úplné vypustenie seniorov.
- Obyvatelia sú systematicky udržiavaní v ilúzii kvalitného zdravotníctva (vyhlasovanie najlepšej nemocnice, nákup bežného prístroja sa prezentuje v médiách ako mimoriadny úspech atď.). Nedostávajú relevantné informácie o jeho stave (napr. počet úmrtí na nozokomiálne infekcie).

1.2.5 Digitalizácia

Jedným zo základných parametrov hodnotenia zdravotného systému z hľadiska samosprávneho kraja je schopnosť integrácie, flexibility a škálovateľnosti. Podmienkou realizovateľnosti integrácie a kontinuity jednotlivých individualizovaných klinických postupností pacienta je jeho kontinuálna auditovateľnosť, ktorá sa dá realizovať iba v podmienkach plnohodnotnej digitalizácie.

Štandardom posudzovania digitalizácie v zdravotných informačných systémoch je medzinárodne uznávaný štandard HIMMS s najvyššou úrovňou 7. Informačné systémy poskytovateľov v rámci BSK (ale aj zvyšku Slovenska) sa pohybujú na úrovni EMRAM 1 – 2. Tieto systémy sú charakteristické základnou archiváciou a bezpečnosťou, integráciou laboratórných výsledkov a PACS. Z hľadiska vyššie uvedených požadovaných parametrov neposkytujú vzájomnú interaktivitu, auditovateľnú a digitalizovanú medicínsku a ošetrovateľskú dokumentáciu, „role-based“ bezpečnosť, kontinuálne porovnávanie s odporúčanými postupmi, „risk reporting“ a predpoklady pre umelú inteligenciu. Pre funkčné riadenie systému je najdôležitejšia absencia živých klinických dát, kapacít a priepustnosti systému, a hlavne absencia kolekcie „big data“, či už procesných, alebo výstupných. To sa považuje za najväčší technologický deficit. Pre mieru integrácie a potenciálneho zlepšenia je dôležitá skutočnosť, že v oblasti pôsobenia BSK sa u poskytovateľov nachádza

viac ako 50 rozličných zdravotných informačných systémov. Národný eHealth systém predstavuje iba minimálnu evolučnú barličku, lebo poskytuje len minimálny rámec bez tlaku na evolúciu v tejto oblasti.

1.2.6 Manažment pochybení a bezpečnosti zdravotnej starostlivosti

U poskytovateľov na území BSK neexistuje žiadny funkčný systém reportovania pochybení založený na prevencii pochybení. Každý poskytovateľ, samozrejme, vykazuje interný systém manažmentu bezpečnosti, ale zároveň každý z nich je formálny, neživý a bez vplyvu na interné procesy a medicínske výstupy.

1.2.7 Integrácia zdravotnej starostlivosti so sociálnou starostlivosťou

Pre integráciu a flexibilitu zdravotného systému hlavne v kontexte vývoja demografie je dôležitá jeho integrácia so sociálnou starostlivosťou (horizontálna aj vertikálna). Pre funkčné posúdenie miery integrácie platí identické ako pre geriatrický a paliatívny program. Absencia detailného živého dopytu po jednotlivých službách neumožňuje hodnotiť reálne mieru integrácie. Hodnotenie je na úrovni expertného tvrdenia založené na interakciách z dennej praxe. Medzi systémami zdravotnej a sociálnej existuje minimálna miera integrácie. Táto integrácia je v koordinačne naivnej podobe, funkčne predstavuje iba individuálne interakcie (zvyčajne náhrady, napr. tzv. sociálne hospitalizácie) na niektorej strane systému.

1.2.8 Ekonomika zdravotnej starostlivosti a zdravotníckych zariadení

Cieľom tejto kapitoly je stručne zanalyzovať financovanie zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike, a to najmä s cieľom porovnať a vyhodnotiť financovanie zdravotnej starostlivosti v Bratislavskom samosprávnom kraji v porovnaní s ostatnými samosprávnymi krajinami v rámci Slovenskej aj Českej republiky.

1.2.8.1 Financovanie zdravotníctva v SR

Zdravotníctvo predstavovalo v roku 2018 so svojím podielom na hrubom domácom produkte vo výške 6,7 % jeden z najväčších sektorov ekonomiky v Slovenskej republike, pričom verejné výdavky sú vo výške 5,4 % HDP a zvyšnú časť 1,3 % tvoria priame platby domácností.¹⁷

V porovnaní s Českou republikou to predstavuje nižšiu hodnotu, pretože v Česku je podiel zdravotníctva na HDP vo výške okolo 8 %. V porovnaní s krajinami EÚ-15 je tento rozdiel vo financovaní zdravotníctva ešte markantnejší vzhľadom na to, že v krajinách EÚ-15 je priemer na úrovni okolo 9,4 % HDP.

Slovensko má v porovnaní s krajinami EÚ vyšší podiel verejných výdavkov na zdravotníctvo na celkových verejných výdavkoch, pričom v roku 2018 predstavovali výdavky na slovenské zdravotníctvo 17,7 % verejných výdavkov a priemer krajín EÚ-15 bol len 15,5 %. Európska komisia navyše predpovedá, že výdavky na zdravotníctvo v dôsledku starnutia populácie v Slovenskej republike porastú ako šieste najrýchlejšie v EÚ a najrýchlejšie spomedzi krajín V4¹⁸, čo bude vytvárať vyšší tlak na rast výdavkov na zdravotníctvo (pozrite tabuľku 28 nižšie). OECD štatistika, <http://stats.oecd.org/>

Tabuľka 29: Prognóza vývoja vekovej štruktúry obyvateľstva

	2015	2020	2030	2040	2050	2060	2070	2080
0 – 14	15 %	15 %	14 %	13 %	14 %	14 %	14 %	15 %
15 – 64	70 %	67 %	63 %	61 %	55 %	53 %	54 %	53 %

Zdroj: OECD štatistika

¹⁷ OECD štatistika, pričom táto štatistika vychádza z metodiky SHA (System of Health Accounts).

¹⁸ OECD štatistika, <http://stats.oecd.org/>

65 – 79	12 %	15 %	17 %	18 %	22 %	21 %	18 %	18 %
80+	3 %	3 %	5 %	8 %	9 %	12 %	14 %	14 %

Z vyššie uvedeného vývoja vekovej štruktúry vyplýva, že v budúcnosti sa výrazne zvýši percentuálny počet staršieho obyvateľstva nad 65 rokov a, naopak, výrazne sa zníži percentuálny počet mladšieho obyvateľstva vo veku od 15 do 64 rokov.

Rozpočet verejnej správy na roky 2021 až 2023 ustanovuje, že zdravotníctvo má byť prioritou slovenskej verejnej politiky. V roku 2021 majú verejné výdavky na zdravotníctvo dosiahnuť hodnotu 5,9 mld. eur, čo bude predstavovať 6,2 % HDP, čo je viac ako priemer ostatných krajín V4 (5,1 %) a menej ako priemer EÚ-15 (7,3 %)¹⁹. Rozpočet Slovenskej republiky predpokladá, že oproti roku 2014 výdavky narastú do roku 2023, teda za desať rokov o 48 %, zatiaľ čo HDP podľa prognózy za rovnaké obdobie porastie len o 38 %²⁰.

Výdavky v zdravotníctve dosiahnu v roku 2021 úroveň 5,97 mld. eur, pričom celkové výdavky pozostávajú najmä z výdavkov na verejné zdravotné poistenie (VZP) a výdavkov na kapitolu Ministerstva zdravotníctva SR a v menšom objeme z priamych platieb za zdravotnú starostlivosť.

Tabuľka 30: Celkové výdavky v zdravotníctve v rokoch 2018 – 2023

v tis. eur	2018 S	2019 S	2020 R	2020 OS	2021 N	2022 N	2023 N
Výdavky v zdravotníctve	5 173 750	5 486 155	5 613 569	5 761 527	5 966 840	6 084 142	6 228 127
% nárast*		6,04 %	2,32 %	5,02 %	3,56 %	1,97 %	2,37 %
Výdavky VZP celkovo	4 992 755	5 212 068	5 418 027	5 493 075	5 692 945	5 810 328	5 953 244
% nárast		4,39 %	3,95 %	5,39 %	3,64 %	2,06 %	2,46 %
z toho: výdavky poistenia	4 564 307	4 959 185	5 167 508	5 193 688	5 428 321	5 537 666	5 674 214
Výdavky na kapitolu MZ SR (bez platby štátu, EÚ a SP)	180 995	274 087	195 542	267 432	273 895	273 814	274 883
Výdavky na kapitolu na EÚ prostriedky a spolufinancovanie	0	0	0	1 020	0	0	0

* Nárast 2020 OS je voči 2019 S, nárast 2021 N je voči 2020 OS

Zdroj: MF SR

Verejné zdravotné poistenie predstavuje súhrn verejných zdrojov, ktoré sú primárne určené na úhradu zdravotnej starostlivosti, a rozpočet počíta v roku 2021 s medziročným nárastom týchto výdavkov o takmer 5 %.

Tabuľka 31: Rozpočet podľa vecných oblastí

mil. eur	2020 OS	2021 N	Medziročná zmena		
			Nárast výdavkov a úspora	z toho úspora	
			mil. eur	%	mil. eur
Zdravotná starostlivosť	5 235	5 480	245	5 %	- 97
Lieky a dietetické potraviny	1 116	1 129	13	1 %	- 55
Zdravotnícke pomôcky	165	158	- 7	- 4 %	- 8
Ústavná zdravotná starostlivosť	1 691	1 820	130	8 %	- 8
Všeobecná ambulantná starostlivosť	319	358	40	13 %	0
SVLZ*	603	606	3	1 %	- 23

¹⁹ Priemer za ostatné krajiny V4 a EÚ-15 z najnovších dostupných údajov v databáze OECD.

²⁰ Prognóza makroekonomického vývoja (53. zasadnutie Výboru pre makroekonomické prognózy, 16. 9. 2020).

Špecializovaná ambulantná starostlivosť	950	1 003	53	6 %	- 3
Pohotovostná služba	26	27	1	4 %	0
Záchranná zdravotná služba	132	138	6	4 %	0
Kúpeľná starostlivosť	49	53	4	8 %	0
Doprava	32	33	0,5	2 %	0
Vrtuľníková záchranná služba	12	13	1	4 %	0
Ostatné subjekty a iná ZS	140	142	1	1 %	0
Iné výdavky VZP (nezahŕňa FO a iné úhrady ZP)	216	213	- 3	- 1 %	- 11
VZP spolu (nezahŕňa FO a iné úhrady ZP)	5 451	5 693	242	4,4 %	- 107
* Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (napr. CT a MR)					Zdroj: MF SR
Pozn.: Údaje v položkách Iné výdavky VZP a Zdravotná starostlivosť zohľadňujú aj nové výdavkové a úsporné opatrenia v danom roku.					

Výdavky stanovené rozpočtom Ministerstva financií Slovenskej republiky (ďalej len ako „MF SR“) pre zdravotnícke zariadenia sú v roku 2021 naplánované v sume 2,02 mld. eur, pričom najväčšiu položku tvoria výdavky na bežnú prevádzku v sume 1,97 mld. eur, pričom najväčší podiel na bežnej prevádzke sú osobné výdavky na úrovni 55,9 %.

Tabuľka 32: Výdavky zdravotníckych zariadení

v tis. eur	2018 S	2019 S	2020 R	2020 OS	2021 N	2022 N	2023 N
Výdavky zdravotníckych zariadení	1 812 732	2 033 985	1 870 575	2 087 014	2 021 951	2 079 335	2 148 799

Zdroj: MF SR

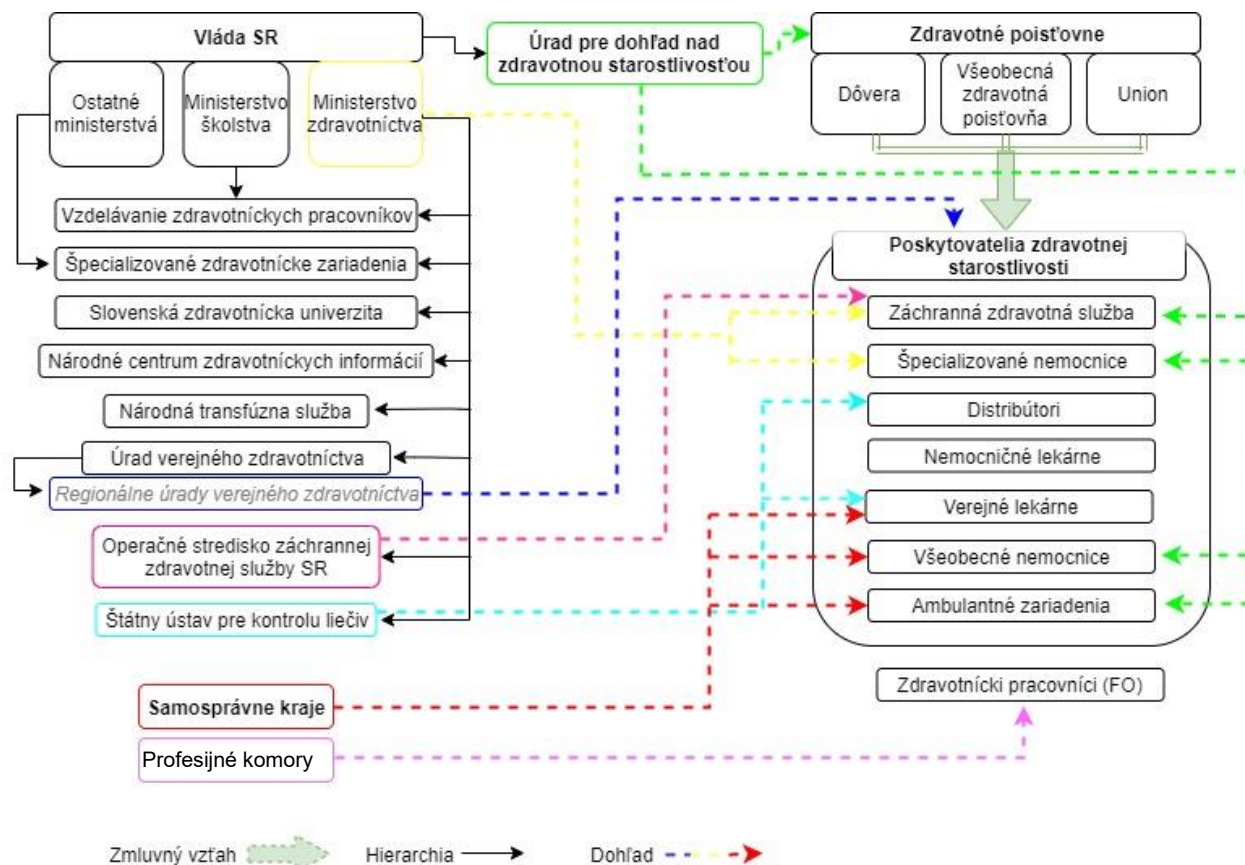
Na obnovu a modernizáciu zdravotníckych zariadení rozpočet v roku 2021 uvažuje vyčleniť 98 mil. eur.

Čo sa týka priamych platieb od obyvateľov, Slovensko je v podiele priamych platieb na celkových výdavkoch na zdravotníctvo mierne nad priemerom EÚ vzhľadom na to, že slovenské domácnosti vynakladali v roku 2017 na zdravotnú starostlivosť z vlastného vrecka 18,7 % prostriedkov, čo je viac ako priemer EÚ-15 v hodnote 17,8 %, ale menej ako priemer ostatných krajín V4 v hodnote 21,5 %²¹.

Organizačná štruktúra slovenského systému zdravotnej starostlivosti je znázornená v nižšie uvedenej schéme.

²¹ Zdroj Eurostat

Obrázok 8: Organizačná štruktúra slovenského systému zdravotnej starostlivosti



1.2.8.1.1 *Financovanie zdravotníctva na úrovni samosprávnych krajov SR*

S účinnosťou od 1. januára 2003 došlo k presunu pôsobnosti na úseku zdravotníctva vrátane prechodu zriaďovateľskej kompetencie na rôzne zariadenia pod správu samosprávnych krajov.

Organizačná štruktúra slovenského systému zdravotnej starostlivosti je znázornená vo vyššie uvedenej schéme (obrázok 8).

1.2.8.1.2 *Porovnanie financovania zdravotníckych zariadení v pôsobnosti samosprávnych krajov*

Porovnanie financovania zdravotníckych zariadení v pôsobnosti jednotlivých samosprávnych krajov má predstavovať ukážku toho, ako rozdielne fungujú samosprávne kraje pri financovaní ich zdravotníckych zariadení.

Bratislavský samosprávny kraj má v zriaďovateľskej pôsobnosti jedno zdravotnícke zariadenie, ktorým je Poliklinika v Karlovej Vsi. Na rok 2021 je naplánovaná rekonštrukcia výťahov v hlavnom pavilóne tejto polikliniky za 100 000 eur a rekonštrukcia interiérov polikliniky za 150 000 eur. Tieto kapitálové výdavky nie sú však hrazené z podprogramu Zdravotníctvo s rozpočtom 356 200 eur (kde sú alokované iba bežné výdavky), ale z podprogramu Majetok – investície, údržba, ktorý má celkový rozpočet 17 813 080,17 eura na rok 2021. Najväčšie náklady BSK v rámci podprogramu Zdravotníctvo sú plánované na dopravné zdravotné služby, na realizáciu výstupov projektu „Rešpekt pre zdravie“ a na začatie nových projektov, ktoré vyplývajú z dokumentu „Stratégia rozvoja zdravotnej starostlivosti v BSK na roky 2022 – 2026“.

Tabuľka 33: Zdravotnícke zariadenia v pôsobnosti BSK

Príspevková organizácia	Adresa	Počet lôžok	Bežné výdavky samosprávneho kraja 2019 (eur)	Kapitálové výdavky samosprávneho kraja 2019 (eur)
Poliklinika Karlova Ves	Líščie údolie 57, 842 31 Karlova Ves	-	5 712	94 340

Zdroj: Výročná správa BSK za rok 2019 a záverečný účet BSK za rok 2019

Trenčiansky samosprávny kraj má v zriaďovateľskej pôsobnosti tri nemocnice s poliklinikou. Všetky plánované výdavky na zdravotníctvo budú použité práve na tieto tri zdravotnícke zariadenia na zlepšenie technického stavu objektov a vybavenia nemocníc špecializovanými prístrojmi a zariadeniami.

Tabuľka 34: Zdravotnícke zariadenia v pôsobnosti TSK

Príspevková organizácia	Adresa	Počet lôžok	Bežné výdavky samosprávneho kraja 2019 (eur)	Kapitálové výdavky samosprávneho kraja 2019 (eur)
NsP Prievidza	Nemocničná 581, 972 01 Bojnice	517	104 400	2 923 774
NsP Považská Bystrica	Nemocničná, 017 01 Považská Bystrica	516	0	2 565 968
NsP Myjava	Staromyjavská 712, 907 01 Myjava	195	0	633 461

Zdroj: Výročná správa TSK za rok 2019 a záverečný účet TSK za rok 2019

Nitriansky samosprávny kraj má v zriaďovateľskej pôsobnosti kraja dve zdravotnícke zariadenia, ktorými sú Poliklinika NSK Štúrovo a Poliklinika NSK Šaľa. Výdavky na polikliniky sa čerpajú v rámci programu Zdravotníctvo (bežné aj kapitálové), z ktorého sa poskytujú aj dotácie viacerým iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.

Tabuľka 35: Zdravotnícke zariadenia v pôsobnosti NSK

Rozpočtová organizácia	Adresa	Počet lôžok	Bežné výdavky samosprávneho kraja 2019 (eur)	Kapitálové výdavky samosprávneho kraja 2019 (eur)
Poliklinika NSK Štúrovo	Jesenského 105/85, 943 01 Štúrovo	-	275 734	109 631
Poliklinika NSK Šaľa	Nemocničná 833, 927 01 Šaľa	-	1 328 410	427 658

Zdroj: Výročná správa NSK za rok 2019 a záverečný účet NSK za rok 2019

Žilinský samosprávny kraj má v zriaďovateľskej pôsobnosti kraja päť zdravotníckych zariadení, ktorými sú Kysucká nemocnica s poliklinikou Čadca, Liptovská nemocnica s poliklinikou MUDr. Ivana Stodolu Liptovský Mikuláš, Hornooravská nemocnica s poliklinikou Trstená, Dolnooravská nemocnica s poliklinikou MUDr. L.

Nádaši Jégého Dolný Kubín a Oravská poliklinika Námestovo. Z bežných výdavkov sa financujú príspevky pre mentorov v nemocniciach, príspevky k mzde pre absolventov, vstupná jednorazová náborová dotácia, preroregionálna podpora a celoživotné vzdelávanie. Z kapitálových výdavkov sa financuje údržba a modernizácia spomenutých zdravotníckych zariadení.

Tabuľka 36: Zdravotnícke zariadenia v pôsobnosti ŽSK

Príspevková organizácia	Adresa	Počet lôžok	Bežné výdavky samosprávneho kraja 2019 (eur)	Kapitálové výdavky samosprávneho kraja 2019 (eur)
Kysucká nemocnica s poliklinikou Čadca	Palárikova 2311/57, 022 01 Čadca	436	115 782	2 139 176
Liptovská nemocnica s poliklinikou MUDr. Ivana Stodolu Liptovský Mikuláš	Palúčanská 25, 031 23 Liptovský Mikuláš – Palúdzka	280	62 578	1 116 295
Hornooravská nemocnica s poliklinikou Trstená	Mieru 549/16, 028 01 Trstená	272	112 047	1 039 607
Dolnooravská nemocnica s poliklinikou MUDr. L. Nádaši Jégého Dolný Kubín	Nemocničná 1944, 026 14 Dolný Kubín – Brezovec	300	78 458	734 899
Oravská poliklinika Námestovo	Červeného kríža 62/30, 029 01 Námestovo	-	3 960	330 072

Zdroj: Výročná správa ŽSK za rok 2019 a záverečný účet ŽSK za rok 2019

Trnavský samosprávny kraj nemá v zriaďovateľskej pôsobnosti žiadne zdravotnícke zariadenia. V pôsobnosti TTSK boli tri príspevkové organizácie, ktoré boli zrušené: NsP Dunajská Streda, NsP Skalica a NsP Sv. Lukáša Galanta (nemocnice prevzali súkromní investori). Výdavky kraja sú určené na vedenie registra poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a lekární vo výške 36 000 eur a na aplikáciu, ktorá od roku 2019 slúži na objednávanie sa pacientov k lekárom v TTSK vo výške 24 000 eur. TTSK dlhodobo pociťuje nedostatok všeobecných lekárov na svojom území, a preto pripravuje systém motivácie zamestnávateľov na zamestnávanie lekárov, ktorí sa budú pripravovať na atestáciu v odbore všeobecné lekárstvo a následne poskytovať zdravotnú starostlivosť na území kraja, a zvyšovať tak jej dostupnosť a kvalitu. Zároveň chce motivovať študentov, aby sa špecializovali na odbor všeobecné lekárstvo a lekárov pripravujúcich sa na atestáciu, aby po získaní atestácie poskytovali zdravotnú starostlivosť na území TTSK. Na tieto účely je v rozpočte vyčlenená suma 400 000 eur ročne. V kapitálových výdavkoch na roky 2021 a 2022 je zahrnutých 400 000 eur na rekonštrukciu a vybavenie priestorov s cieľom vytvorenia poskytovateľa zdravotnej a sociálnej starostlivosti.

Banskobystrický samosprávny kraj nemá v zriaďovateľskej pôsobnosti žiadne zdravotnícke zariadenia, a preto plánované výdavky smerujú v roku 2019 na úhradu záväzkov po zrušených nemocniciach a prevádzku vo výške 155 000 eur, výdavky na schvaľovanie biomedicínskeho výskumu vo výške 1 500 eur a zlepšenie prístrojového vybavenia zdravotníckych zariadení na území BBSK v zmysle platných všeobecne záväzných nariadení vo výške 50 000 eur.

Prešovský samosprávny kraj nemá v zriaďovateľskej pôsobnosti žiadne zdravotnícke zariadenia, výdavky sú určené na všeobecné zvýšenie kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti na území PSK. Kvôli vysokým dlhom boli zrušené tri príspevkové organizácie v PSK, a to nemocnica v Humennom, nemocnica vo Svidníku a nemocnica vo Vranove nad Topľou (prevzali ich súkromní investori).

Košický samosprávny kraj nemá v zriaďovateľskej pôsobnosti žiadne zdravotnícke zariadenia. Výdavky sú určené na organizáciu a správu majetku KSK, pretože kraj vlastní viacero budov zdravotníckych zariadení, ktoré prenajíma. V pôsobnosti KSK boli štyri nemocnice s poliklinikou – NsP sv. Barbory Rožňava, NsP Spišská Nová Ves, NsP Trebišov a NsP Štefana Kukuru Michalovce –, ktoré boli neskôr transformované na akciové spoločnosti (prevzali ich súkromní investori). V Nemocnici novej generácie Michalovce, a.s., má KSK 19 % podiel bez väčšieho vplyvu, nejde o príspevkovú organizáciu.

V tabuľke 36 sú uvedené plánované výdavky na zdravotníctvo v rámci podprogramu Zdravotníctvo za všetky samosprávne kraje, rozdelené na bežné a kapitálové výdavky. Takéto rozdelenie udáva prehľad, koľko výdavkov plánujú kraje použiť na zabezpečenie prevádzky zdravotníctva (bežné výdavky) a koľko na investovanie (kapitálové výdavky) v rámci podprogramu Zdravotníctvo. Tieto výdavky nepredstavujú konečné výdavky na zdravotníctvo, pretože výdavky na zdravotníctvo sa často čerpajú aj z iných podprogramov ako z podprogramu Zdravotníctvo v jednotlivých krajoch.

Tabuľka 37: Výdavky na zdravotníctvo za jednotlivé samosprávne kraje v eurách (plánované na roky 2021 – 2023)

Samosprávny kraj/rok	2021		2022		2023	
	Bežné	Kapitálové	Bežné	Kapitálové	Bežné	Kapitálové
BSK	356 200	-	356 200	-	356 200	-
TTSK	493 869	400 000	472 114	400 000	460 349	-
TSK	-	9 145 729	-	4 879 616	-	3 300 000
NSK	3 746 226	2 170 253	3 433 911	1 097 447	3 354 638	1 750 000
ŽSK	150 000	550 000	150 000	200 000	150 000	200 000
BBSK	206 500	-	206 500	-	206 500	-
PSK	50 000	-	50 000	-	50 000	-
KSK	-	2 350 000	-	1 000 000	-	800 000

Zdroj: Návrhy rozpočtov jednotlivých samosprávnych krajov v rokoch 2021 – 2023

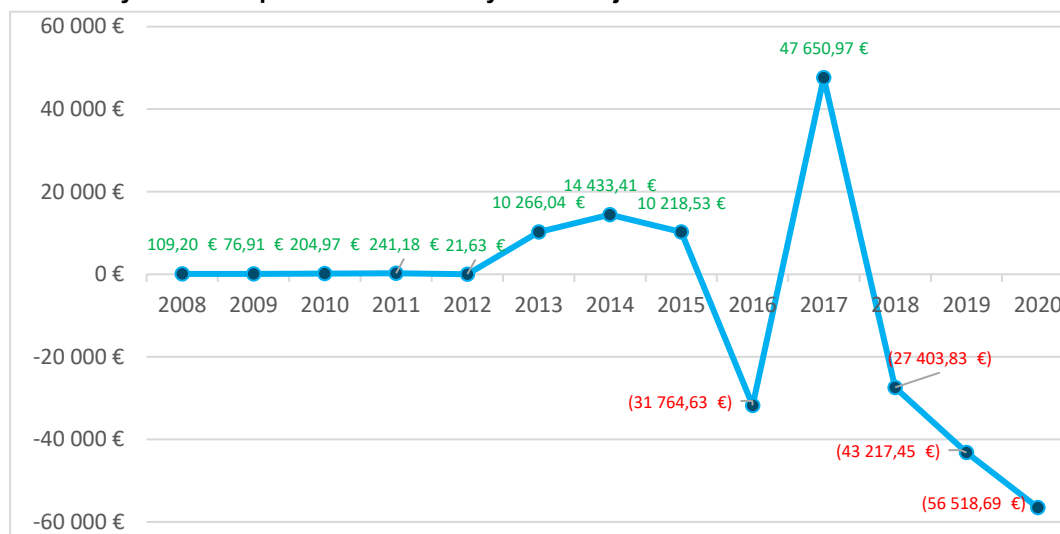
1.2.8.1.2.1 Hospodárenie polikliník v zriaďovateľskej pôsobnosti samosprávnych krajov

Z pohľadu porovnania hospodárnosti zdravotníckych zariadení v pôsobnosti jednotlivých samosprávnych krajov v Slovenskej republike boli analyzované iba polikliniky, a to z toho dôvodu porovnateľnosti ostatných samosprávnych krajov s BSK, ktorý má v zriaďovateľskej pôsobnosti iba jednu polikliniku. Okrem BSK majú v zriaďovateľskej pôsobnosti polikliniku aj NSK a ŽSK. Takéto porovnanie je realizované ako prehľad danej problematiky v rámci SR a ako jeden z viacerých podkladov pre správne ekonomické nastavenie budúceho

vývoja Polikliniky v Karlovej Vsi (návrhy na zlepšenie ekonomického stavu). Pri posudzovaní jednotlivých polikliník sa vychádza z verejne dostupných dát.

1.2.8.1.2.2 Hospodárenie Polikliniky v Karlovej Vsi (BSK)

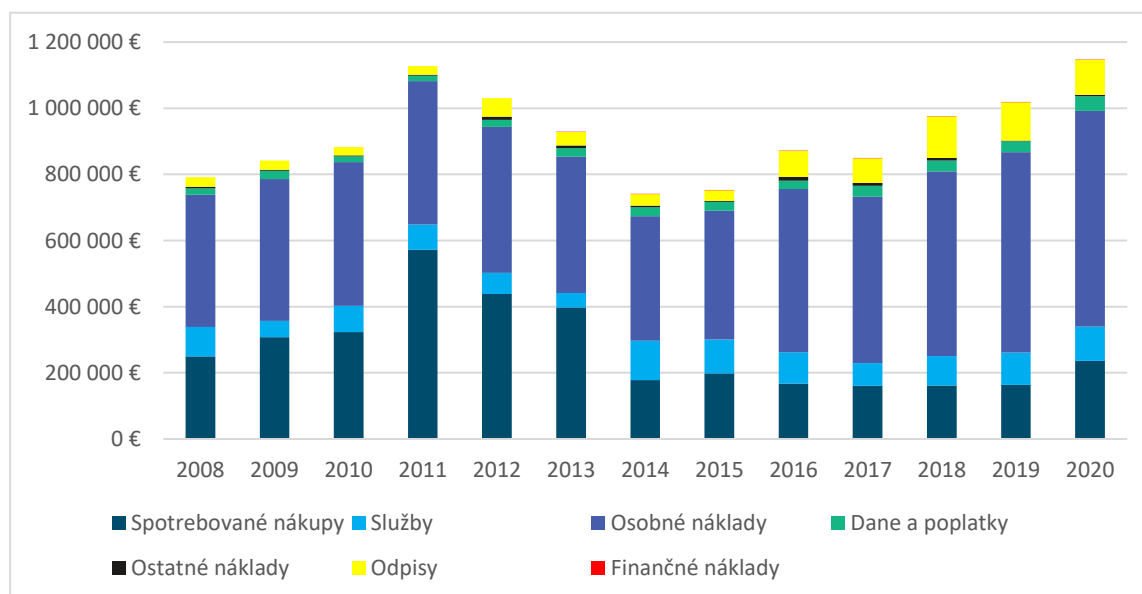
Graf 35: Výsledok hospodárenia Polikliniky v Karlovej Vsi



Zdroj: Vlastné spracovanie, FinStat

Krivka výsledku hospodárenia Polikliniky v Karlovej Vsi vykazuje za posledné roky vysokú mieru volatility, avšak väčšinu rokov sledovaného obdobia bol výsledok hospodárenia ziskový. Aj napriek stratovému výsledku hospodárenia Polikliniky v Karlovej Vsi za posledné tri roky nie je situácia finančne kritická, ako by sa mohlo javiť na prvý pohľad, pretože v rámci nákladov sú vykázané za každý rok aj odpisy dlhodobého nehmotného majetku a dlhodobého hmotného majetku (za rok 2020 vo výške 97 472 eur, čo znamená, že výsledok hospodárenia pred odpismi predstavuje zisk 40 953,31 eura).

Graf 36: Štruktúra nákladov Polikliniky v Karlovej Vsi

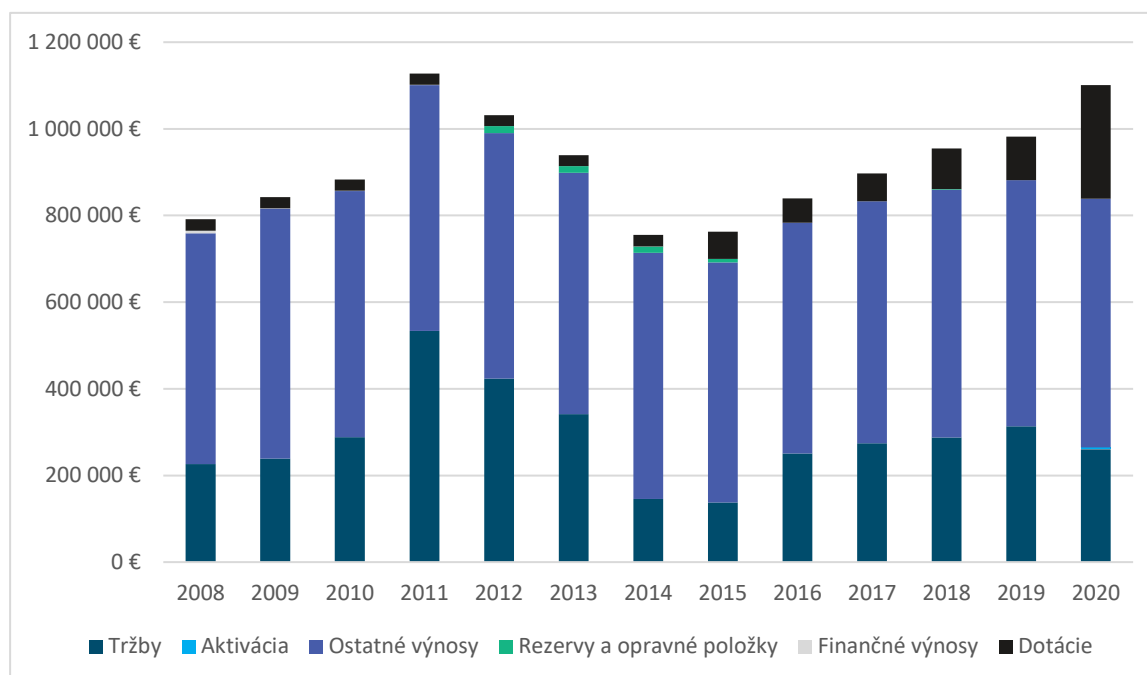


Zdroj: Vlastné spracovanie, FinStat

Náklady Polikliniky v Karlovej Vsi majú za posledné roky rastúcu tendenciu s tým, že porovnateľný je napríklad rok 2020 s rokom 2011, pretože v týchto rokoch predstavovali náklady polikliniky približne rovnakú

sumu 1,1 milióna eur. Zmenila sa však štruktúra nákladov. Pomer spotrebovaných nákupov oproti roku 2011 výrazne klesol. Naopak, výrazne sa zvýšili osobné náklady a dane + poplatky.

Graf 37: Štruktúra výnosov Polikliniky v Karlovej Vsi

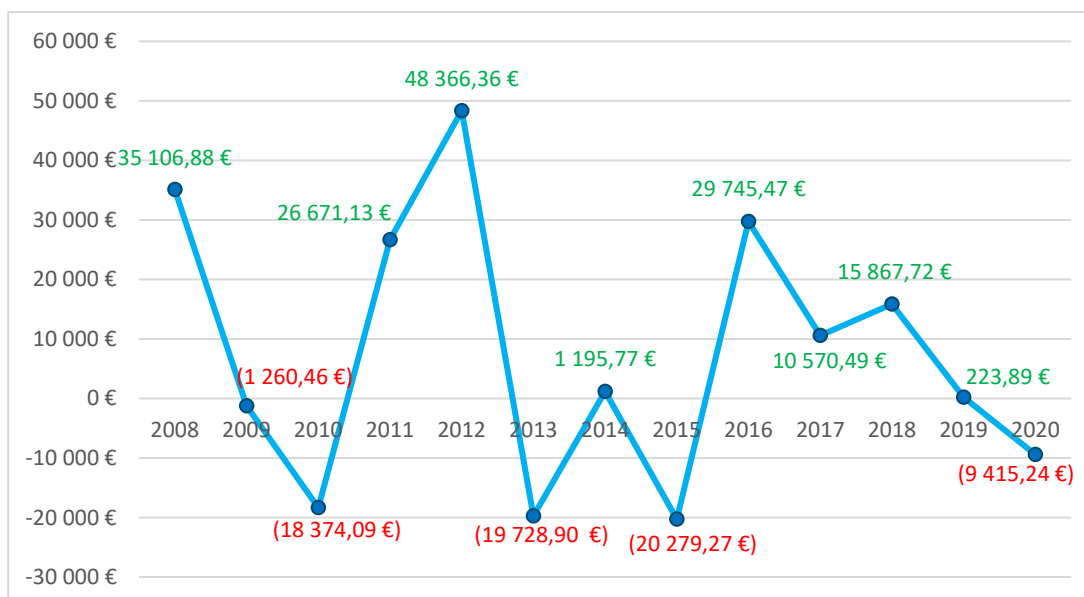


Zdroj: Vlastné spracovanie, FinStat

Pri výnosoch polikliniky v Karlovej Vsi je možné opäť porovnať roky 2011 a 2020. Je vidieť, že oproti roku 2011 značne klesli tržby a, naopak, zvýšili sa prijaté dotácie.

1.2.8.1.2.3 Hospodárenie Polikliniky NSK Štúrovo (NSK)

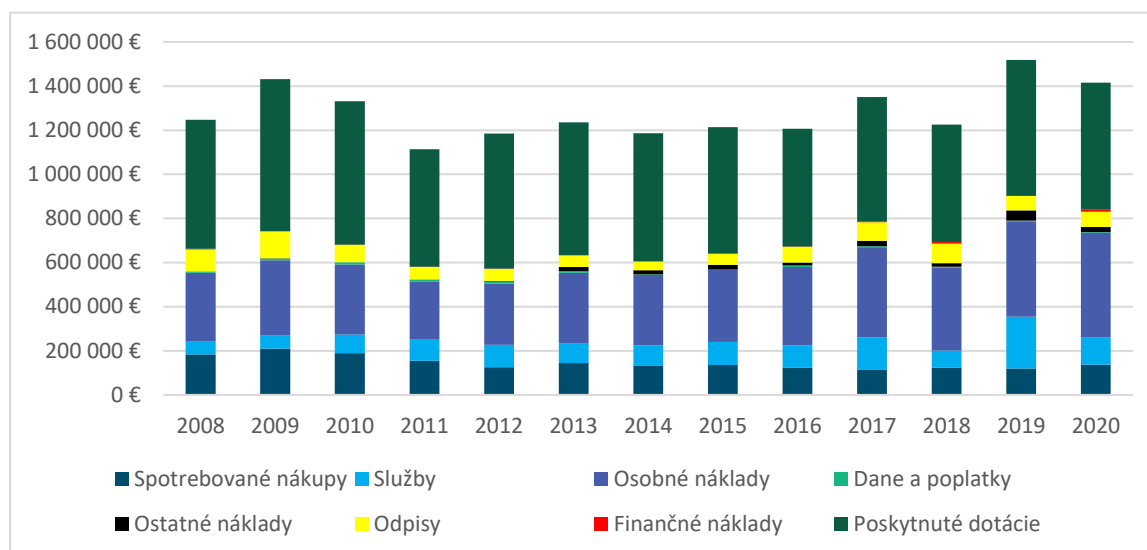
Graf 38: Výsledok hospodárenia Polikliniky NSK Štúrovo



Zdroj: Vlastné spracovanie, FinStat

Krivka výsledku hospodárenia Polikliniky NSK Štúrovo vykazuje vysokú mieru volatility. V rámci nákladov sú vykázané za každý rok aj odpisy dlhodobého nehmotného majetku a dlhodobého hmotného majetku (za rok 2020 vo výške 69 922 eur).

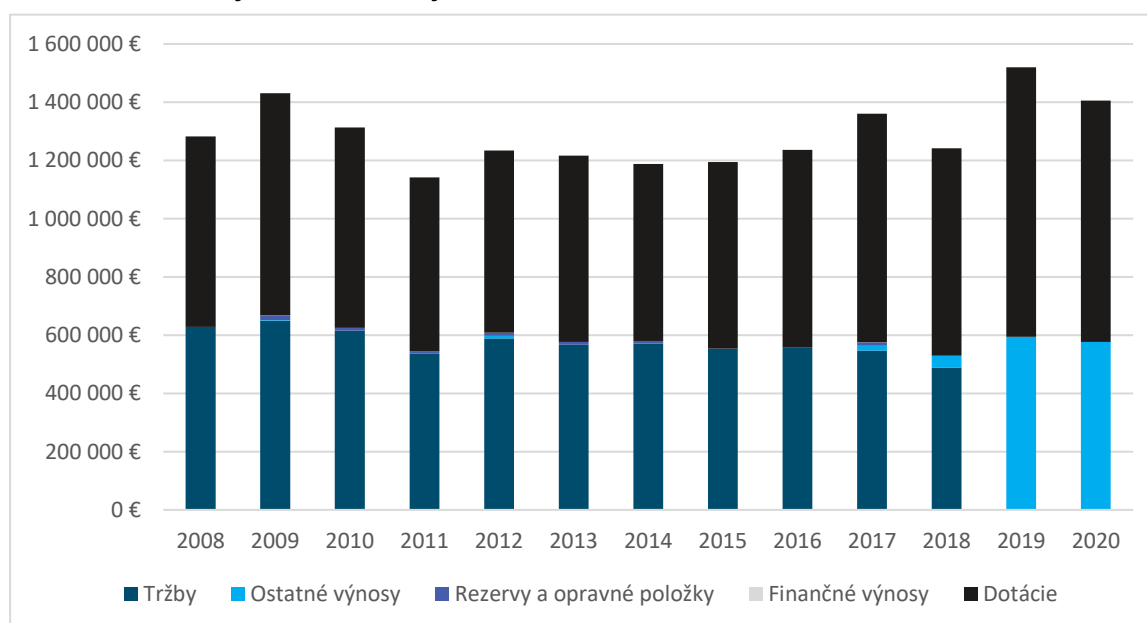
Graf 39: Štruktúra nákladov Polikliniky NSK Štúrovo



Zdroj: Vlastné spracovanie, FinStat

Pri nákladoch hospodárenia Polikliniky NSK Štúrovo je možné porovnať rok 2020 s rokom 2009, pretože v daných rokoch dosahovala poliklinika približne rovnakú výšku nákladov (cca 1,4 mil. eur). V rámci zmien v štruktúre nákladov klesli spotrebované nákupy oproti roku 2009, náklady na služby sa zvýšili, osobné náklady sa zvýšili a dane + poplatky sa znížili. Zaujímavosťou je veľký podiel na štruktúre nákladov vo forme poskytnutých dotácií. Každý rok poliklinika prerozdělila na dotáciách vyše 500-tis. eur, napríklad v roku 2020 predstavujú poskytnuté dotácie až zhruba 40 % všetkých nákladov polikliniky v danom roku.

Graf 40: Štruktúra výnosov Polikliniky NSK Štúrovo

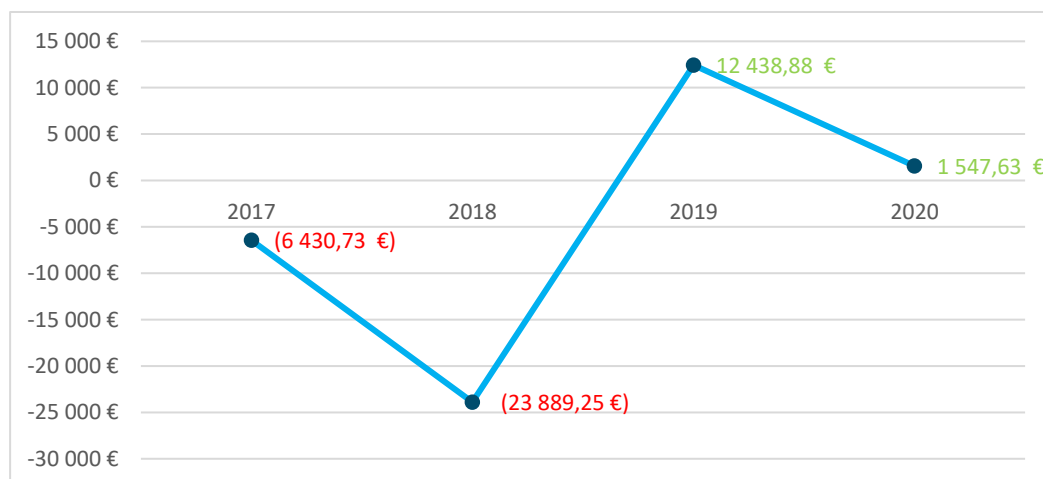


Zdroj: Vlastné spracovanie, FinStat

Pri výnosoch je možné opäť porovnať roky 2020 a 2009. V roku 2020 úplne zmizli výnosy z tržieb, ktoré v roku 2009 predstavovali zhruba 45 % celkových výnosov polikliniky v danom roku. V približne v rovnakej miere ich však nahradili ostatné výnosy. Prijaté dotácie sa v roku 2020 mierne zvýšili oproti roku 2009. Poliklinika NSK v Štúrove prijala v roku 2020 dotácie vo výške 829 697,56 eura a udelila dotácie vo výške 575 755,97 eura (zhruba 70 % z prijatých dotácií prerozdělila do poskytnutých dotácií).

1.2.8.1.2.4 Hospodárenie Polikliniky NSK Šaľa (NSK)

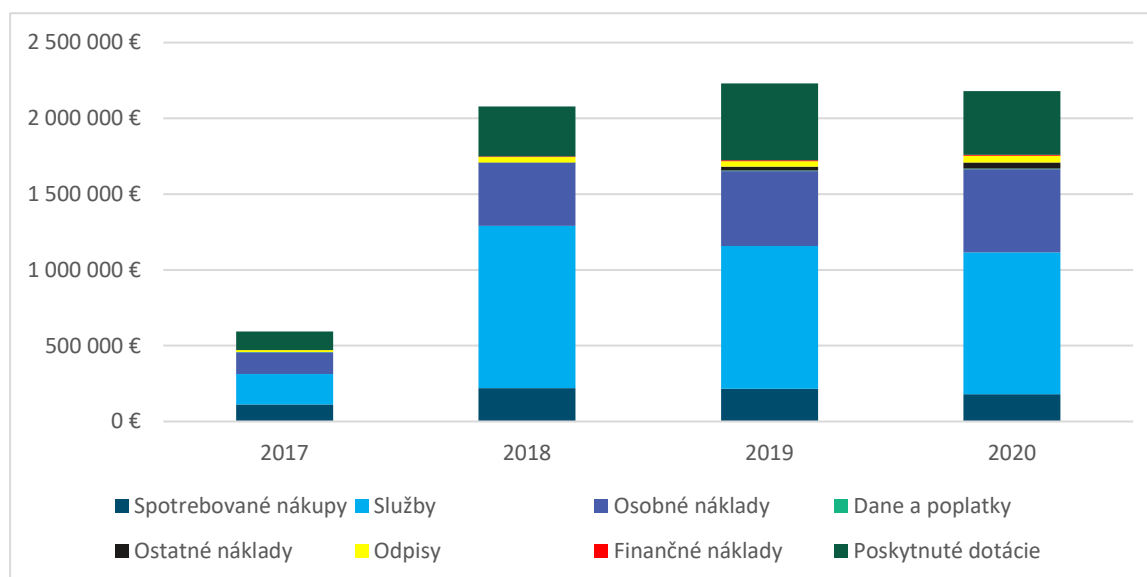
Graf 41: Výsledok hospodárenia Polikliniky NSK Šaľa



Zdroj: Vlastné spracovanie, FinStat

Dostupnosť údajov pri Poliklinike NSK Šaľa je značne obmedzená, pretože poliklinika vznikla v roku 2017. Výsledok hospodárenia bol prvé dva roky stratový (poliklinika sa ekonomicky rozbiehala), posledné dva roky je však ziskový. V rámci nákladov sú vykázané za každý rok aj odpisy dlhodobého nehmotného majetku a dlhodobého hmotného majetku (za rok 2020 vo výške 41 211 eur).

Graf 42: Štruktúra nákladov Polikliniky NSK Šaľa

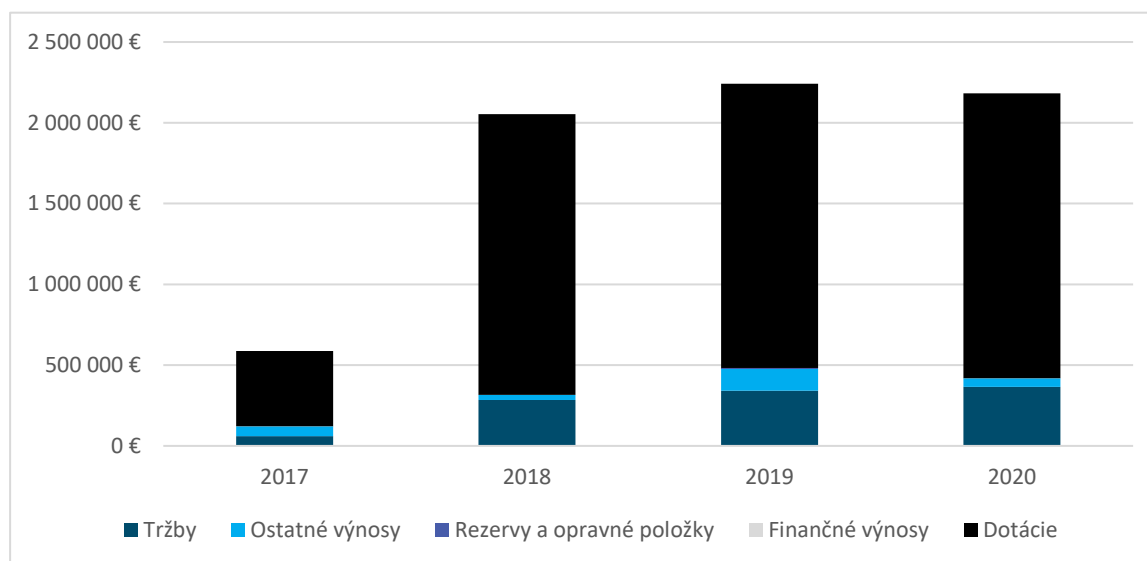


Zdroj: Vlastné spracovanie, FinStat

Štruktúra nákladov sa za sledované obdobie takmer vôbec nezmenila, avšak náklady v roku 2017 (rok vzniku polikliniky) predstavovali iba 593 719,31 eura a od roku 2018 sa stabilizovali na úrovni prevyšujúcej 2 milióny eur. Najväčšiu položku nákladov predstavujú služby, napríklad v roku 2020 až zhruba 43 % z celkovej sumy

nákladov v danom roku. Ďalšie veľké položky nákladov sú osobné náklady (tvoria zhruba 25 % celkových nákladov za rok 2020) a poskytnuté dotácie (tvoria zhruba 19 % celkových nákladov za rok 2020).

Graf 43: Štruktúra výnosov Polikliniky NSK Šaľa

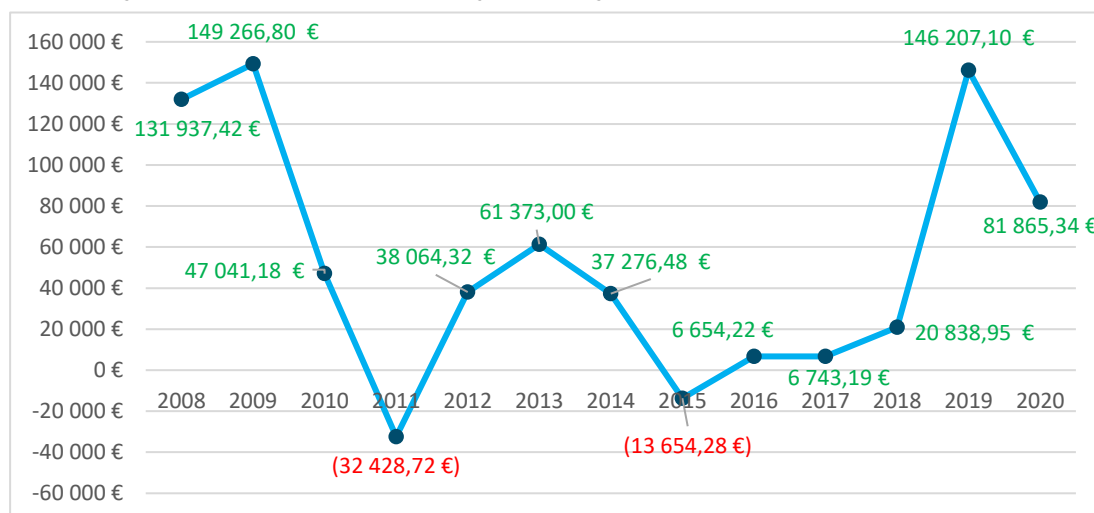


Zdroj: Vlastné spracovanie, FinStat

Tak ako pri nákladoch, aj pri výnosoch dosahujú výnosy polikliniky nižšiu hodnotu v roku 2017 ako v ostatných dostupných rokoch. Od roku 2018 je výška aj štruktúra výnosov stabilná. Najvyššie výnosy dosahuje poliklinika z prijatých dotácií (v roku 2020 až zhruba 81 % všetkých výnosov tvorili prijaté dotácie) a z tržieb (v roku 2020 zhruba 17 % všetkých výnosov tvorili tržby).

1.2.8.1.2.5 Hospodárenie Oravskej polikliniky Námestovo (ŽSK)

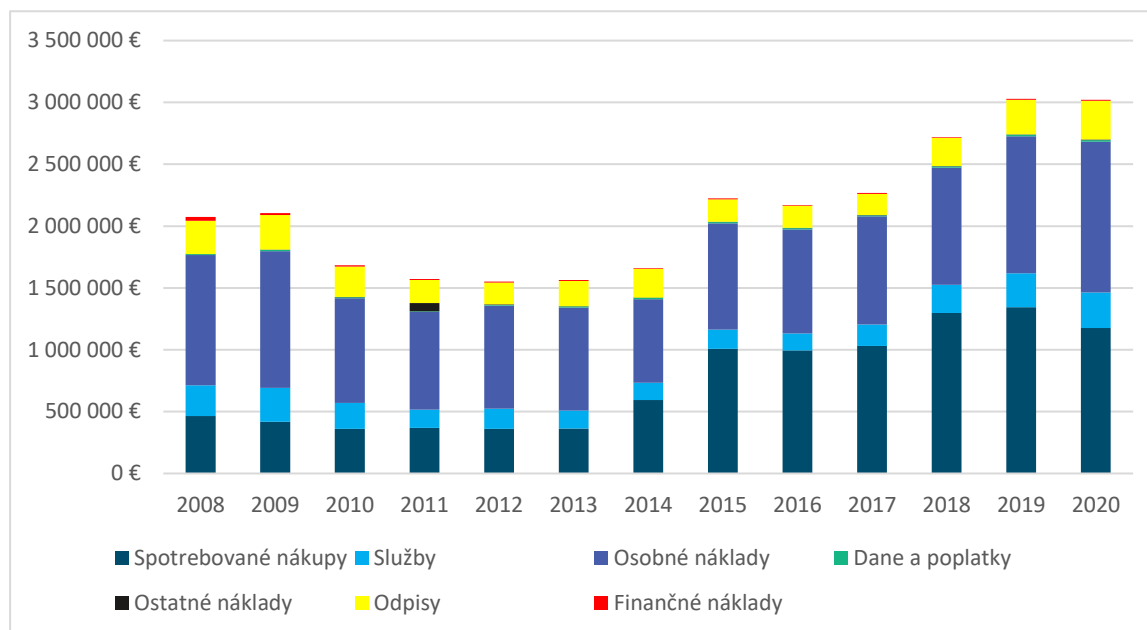
Graf 44: Výsledok hospodárenia Oravskej polikliniky Námestovo



Zdroj: Vlastné spracovanie, FinStat

Výsledok hospodárenia je väčšinu rokov sledovaného obdobia ziskový. Aj napriek poklesu ziskovosti v roku 2020 je poliklinika stále v nezanedbateľnom zisku. V rámci nákladov sú vykázané za každý rok aj odpisy dlhodobého nehmotného majetku a dlhodobého hmotného majetku (za rok 2020 vo výške 310 345 eur).

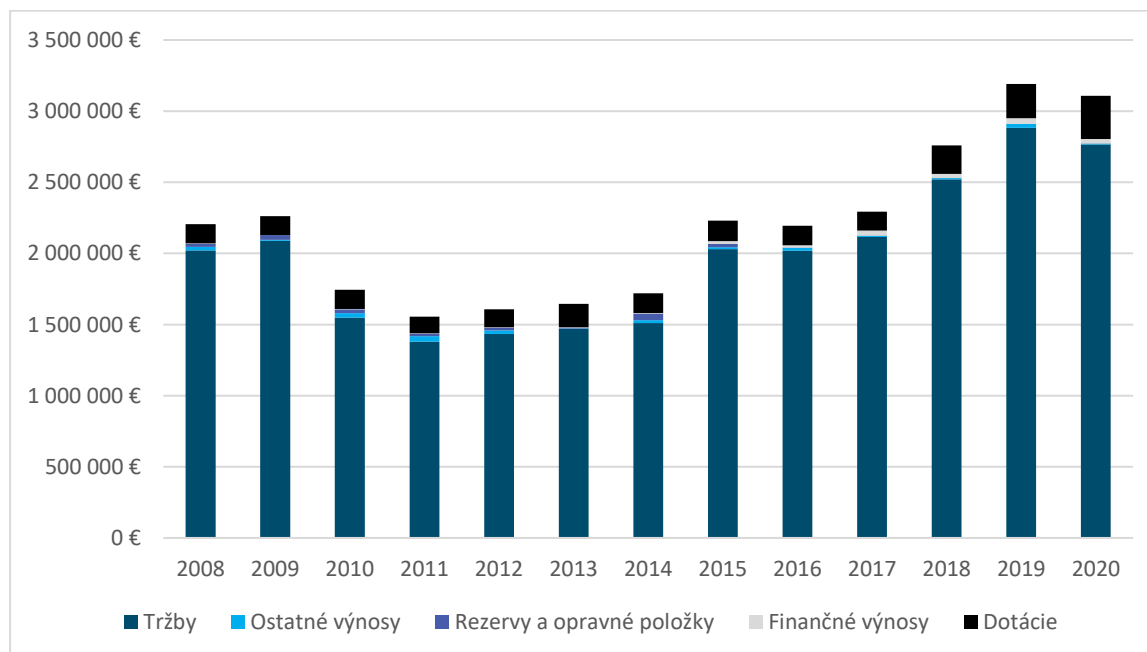
Graf 45: Štruktúra nákladov Oravskej polikliniky Námestovo



Zdroj: Vlastné spracovanie, FinStat

Náklady polikliniky majú za posledné roky rastúcu tendenciu, pričom dosahujú za tieto dva roky historické maximum na úrovni vyše 3 000 000 eur. Štruktúra nákladov je tvorená najmä spotrebovanými nákupmi (v roku 2020 až približne 39 % všetkých nákladov tvorili spotrebované nákupy) a osobnými nákladmi (v roku 2020 až približne 40 % všetkých nákladov tvorili osobné náklady).

Graf 46: Štruktúra výnosov Oravskej polikliniky Námestovo



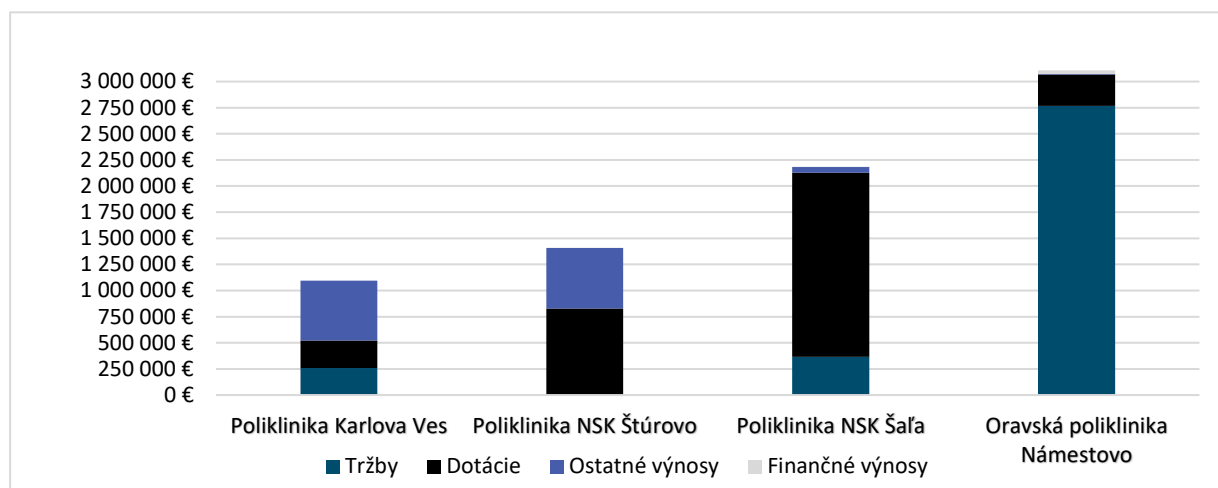
Zdroj: Vlastné spracovanie, FinStat

Najdominantnejšiu časť štruktúry výnosov polikliniky tvoria tržby, ktoré predstavujú v roku 2020 približne až 89 % všetkých výnosov polikliniky v danom roku. Prijaté dotácie vo výške 302 529,44 eura predstavujú v roku 2020 podiel na celkových výnosoch iba približne 10 %.

1.2.8.1.2.6 Porovnanie hospodárenia polikliník v zriaďovateľskej pôsobnosti BSK, NSK a ŽSK za rok 2020

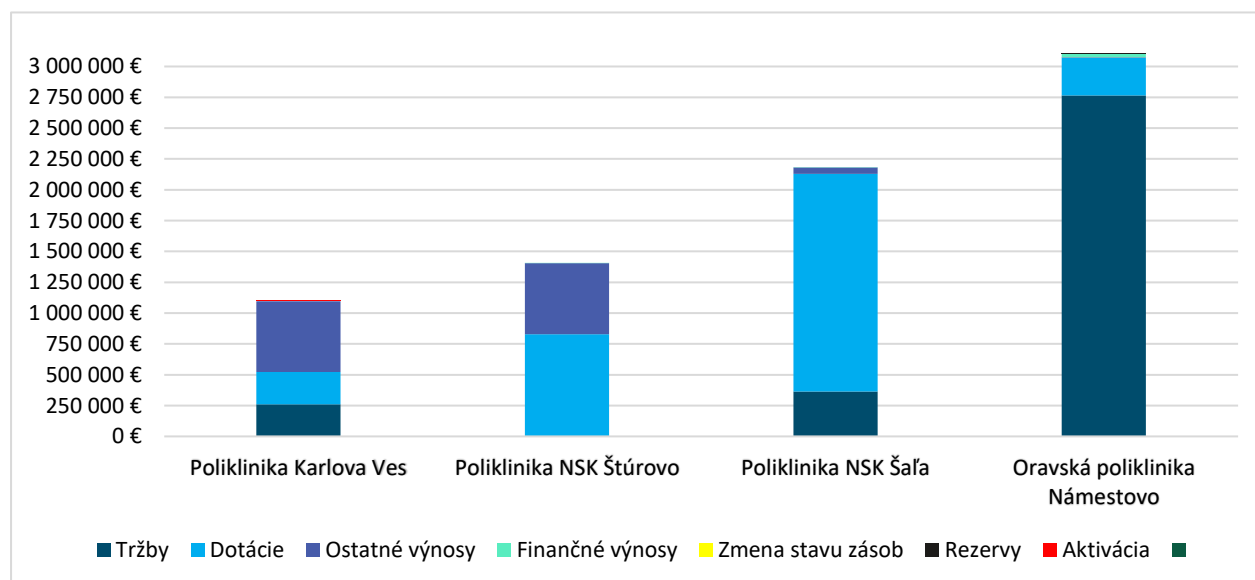
Po porovnaní výsledkov hospodárenia, výnosov a nákladov každej polikliniky zvlášť prinášame spoločné porovnanie výnosov a nákladov za rok 2020. Z pomedzi všetkých polikliník v zriaďovateľskej pôsobnosti krajov je práve Poliklinika v Karlovej Vsi tá, ktorá má najnižšiu ekonomickú aktivitu (dosahuje najnižšie výnosy a náklady).

Graf 47: Porovnanie výnosov polikliník v zriaďovateľskej pôsobnosti BSK, NSK a ŽSK za rok 2020



Zdroj: Vlastné spracovanie, FinStat

Graf 48: Porovnanie nákladov polikliník v zriaďovateľskej pôsobnosti BSK, NSK a ŽSK za rok 2020

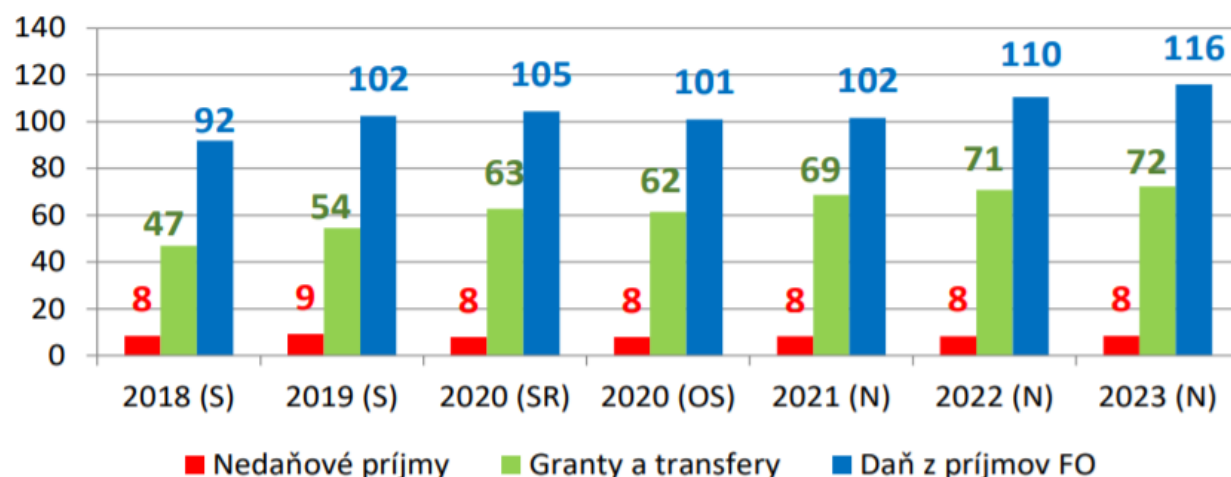


Zdroj: Vlastné spracovanie, FinStat

1.2.8.2 Financovanie BSK

„Finančné vzťahy Bratislavského samosprávneho kraja sa realizujú predovšetkým prostredníctvom daňových príjmov, prostredníctvom dotácií z príslušných rozpočtových kapitol štátneho rozpočtu, grantov z európskych fondov, ale aj čerpaním úverov a použitím rezervného fondu.“²²

Obrázok 9: Štruktúra a vývoj bežných príjmov BSK (údaje sú v mil. eur)



Zdroj: Návrh rozpočtu Bratislavského samosprávneho kraja na roky 2021 – 2023

* Použité skratky: (S) – skutočnosť, (SR) – schválený rozpočet, (OS) – očakávaná skutočnosť, (N) – návrh rozpočtu

Na rozdiel od miestnej samosprávy má regionálna samospráva oveľa menšie možnosti na tvorbu vlastných príjmov. Daňové príjmy BSK zahŕňajú iba výnos z dane z príjmov fyzických osôb.

Najväčšia časť výdavkov smeruje do školstva, presnejšie do stredného školstva v BSK. Ďalšími veľkými oblasťami sú sociálne služby, doprava (najmä prímestská autobusová doprava), starostlivosť o cesty II. a III. triedy v kraji a kultúrna oblasť. V rámci výdavkov úradu sú zahrnuté mzdy, prevádzka a energie, starostlivosť o majetok, dotácie, územné plánovanie a rozvoj kraja.

1.2.8.3 Bližšia špecifikácia výdavkov rozpočtu BSK na program Zdravotníctvo

Z analýzy výdavkov rozpočtu BSK podľa jednotlivých programov vyplýva, že rozpočet na program Zdravotníctvo predstavuje hodnotovo pomerne malú položku v porovnaní s bežnými výdavkami BSK. V roku 2018 táto položka predstavovala len 0,4 % z bežných výdavkov, v roku 2019 len 0,3 %, v roku 2020 (očakávaná skutočnosť) 0,5 %, a nasledujúcich rokoch 2021, 2022 a 2023 táto hodnota dokonca klesne na úroveň okolo 0,2 %. BSK má schválený rozpočet v rámci programu Zdravotníctvo, ktorý je prezentovaný v nižšie uvedenej tabuľke.

Tabuľka 38: Rozpočet BSK v rámci programu Zdravotníctvo

Rozpočet v eurách								
EK	Ekonomická klasifikácia	2020	2021	%	2022	%	2023	%
	Výdavky celkovo	620 400	356 200	57,4	356 200	100	356 200	100

²² Návrh rozpočtu Bratislavského samosprávneho kraja na roky 2021 – 2023, dostupné na: <https://bratislavskykraj.sk/wp-content/uploads/2021/01/rozpocet-bsk-2021-2023.pdf>

600	Bežné výdavky	620 400	356 200	57,4	356 200	100	356 200	100
630	Tovary a služby	620 400	277 200	44,7	277 200	100	277 200	100
Zodpovednosť		Odbor zdravotníctva						
Cieľ		Zvyšovanie vzdelanostnej úrovne odbornej a laickej verejnosti						
Merateľný ukazovateľ		Počet realizovaných seminárov a školení						
Rok		2020	2021	2022	2023			
Plánovaná hodnota		4	4	4	4			
Cieľ		Zvyšovanie informovanosti občanov						
Merateľný ukazovateľ		Počet zverejnených informácií o prerozdelených obvodoch VLD a VLDD na webstránke BSK						
Rok		2020	2021	2022	2023			
Plánovaná hodnota		100	100	100	100			
Cieľ		Zvyšovanie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti						
Merateľný ukazovateľ		Počet realizovaných štátnych dozorov u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti						
Rok		2020	2021	2022	2023			
Plánovaná hodnota		36	36	36	36			

V rozpočte BSK je uvedené, že kraj plánuje použiť naplánované finančné prostriedky okrem bežnej prevádzky aj na školenia, kurzy, semináre a pracovné porady, realizáciu štúdií, projektov, riešenie kalamitnej situácie a na zaobstaranie odbornej literatúry. V jednotlivých rokoch 2021 až 2023 sú najväčšie položky plánované na dopravné zdravotné služby, realizáciu výstupov projektu „Rešpekt pre zdravie“ a na začatie nových projektov, ktoré vyplynú z dokumentu „Stratégia rozvoja zdravotnej starostlivosti v BSK na roky 2022 – 2026“. Výdavky na školenia, kurzy a semináre a pracovné porady v jednotlivých rokoch sú súhrnom výdavkov na školenia zamestnancov odboru a školenia odbornej a laickej verejnosti organizovanej odborom zdravotníctva. V každom roku sú naplánované 4 školiace akcie na aktuálne témy zdravotníctva, ošetrovateľstva a farmaceutickej starostlivosti.

1.2.8.4 BRDS – Bratislavská regionálna dotačná schéma

Na spolufinancovanie niektorých opatrení je možné využiť aj Bratislavskú regionálnu dotačnú schému (ďalej len BRDS). Momentálne sa BRDS venuje týmto štyrom oblastiam:

- podpora kultúry,
- podpora mládeže,
- podpora športu,
- podpora ochrany životného prostredia a rozvoja vidieka.

Bolo by vhodné rozšíriť BRDS o piatu oblasť s názvom Podpora infraštruktúry zdravotníctva, keďže ide o oblasť, pri ktorej by bola BRDS využiteľná. Z pohľadu potreby doplnenia chýbajúcej infraštruktúry by mohla byť BRDS zaujímavým nástrojom podpory súkromných alebo non-profit organizácií, ktoré by BSK mohol využiť pri dosahovaní jednotlivých cieľov, ktoré bude viesť efektívnejšie zabezpečiť súkromný sektor, alebo cieľov, ktoré bude BSK delegovať z dôvodu potreby rýchlej intervencie.

Kritériá, ktoré by mal BSK vyžadovať od žiadateľa financií na to, aby mu bola priznaná dotácia, musia vychádzať zo všeobecne platných pravidiel a zákonov, zároveň musia byť nastavené tak, aby tieto kritériá spĺňali iba tie subjekty, ktoré reálne dokážu zabezpečiť dané delegované ciele BSK – malo by ísť o čo najlepší kompromis medzi verejným záujmom BSK a súkromným záujmom subjektu.

1.2.8.5 Možnosti ďalšieho financovania zdravotníctva v Bratislavskom samosprávnom kraji

Medzi hlavné možnosti získania ďalších zdrojov financovania zdravotníctva zaradujeme:

- EŠIF,
- plán obnovy a odolnosti SR.

1.2.8.5.1 EŠIF – Európske štrukturálne a investičné fondy

Vyššie polovica finančných prostriedkov EÚ sa poskytuje cez päť európskych štrukturálnych a investičných fondov (EŠIF). Spoločne ich spravujú Európska komisia a členské štáty EÚ.

Východiskový návrh priorít SR pre politiku súdržnosti na programové obdobie 2021 – 2027 je výsledkom procesu, na ktorom spolupracovala štátna správa so samosprávou, neziskovým i súkromným sektorom, ako aj s rôznymi profesijnými združeniami. Dokument predstavuje návrh investičných priorít Slovenska v súvislosti s jednotlivými cieľmi politiky súdržnosti na roky 2021 – 2027.

Najvhodnejšie ciele v rámci EŠIF – OP Slovensko na účely financovania dokumentu Stratégia rozvoja zdravotnej starostlivosti v Bratislavskom samosprávnom kraji na roky 2022 – 2026 sú:

- cieľ 1 – inteligentnejšia Európa,
- cieľ 4 – sociálnejšia Európa.

Európske štrukturálne a investičné fondy – OP Slovensko (cieľ 1 – inteligentnejšia Európa – opatrenie 1.2: Využívanie výhod digitalizácie pre občanov, podniky a vlády)

Podpora digitálneho hospodárstva založeného na údajoch a moderných technológiách pre digitálnu transformáciu

Slovensko potrebuje vytvoriť podmienky pre postupnú digitálnu transformáciu všetkých odvetví hospodárstva, čo zahŕňa predovšetkým transformáciu súčasného priemyslu na priemysel 4.0, ktorým označujeme súčasný trend digitalizácie a s ňou súvisiacu automatizáciu výroby a výmeny dát vo výrobných procesoch. Preto bude potrebné, aby štát pomohol podnikom pripraviť sa na takúto transformáciu. V hodnotení stavu digitálnej ekonomiky a spoločnosti Európskej komisie (DESI 2019) skončilo v oblasti integrácie digitálnych technológií podnikmi Slovensko na 21. mieste spomedzi krajín EÚ. Jeho postavenie a skóre sa v porovnaní s DESI 2018 znížilo, pričom je hlboko pod priemerom EÚ.²³

Očakávané výsledky opatrenia 1.2:

- umožnenie nových príležitostí pre podnikanie a inovácie verejných služieb pomocou open API,
- rozvoj inovatívnych podnikov a budovanie lokálneho inovačného ekosystému,
- podpora nových podnikateľských modelov v digitálnom hospodárstve, identifikovanie segmentov pre ekonomiku platforiem,
- vytvorenie ekosystému slovenských Digitálnych inovačných hubov (DIHs) a vybudovanie unikátneho inovačného hubu v Bratislave,
- podpora výskumu a vývoja distribuovaných technológií (vrátane technológie blockchain) s cieľom podporiť ich aplikáciu vo VS a budovanie elektronických služieb štátu so zameraním sa na zvýšenie transparentnosti, kybernetickej bezpečnosti, automatizácie a zefektívnenie komunikácie, ako aj zapojenie sa do projektov na regionálnej a európskej úrovni,

²³ Východiskový návrh priorít SR pre PS 2021 – 2027, str.11 – 12, dostupné na: <https://www.eurofondy.gov.sk/wp-content/uploads/2019/11/V%C3%BDchodiskov%C3%BD-n%C3%A1vrh-prior%C3%ADt-SR-pre-PS-2021-2027-final-upraven%C3%BD-po-RV.pdf>

- rozvoj národného superpočítačového kompetenčného centra, efektívne zapojenie sa do európskeho ekosystému a podpora európskej konkurencieschopnosti v oblasti vysokovýkonnej výpočtovej techniky,
- vytvorenie a rozvoj platformy pre výskum HPC a národného ekosystému formou verejno-súkromného partnerstva v oblasti HPC a technológii deep learning na aplikácie využívajúce AI,
- podpora projektov zameraných na vývoj, rozvoj a testovanie kvantového šifrovania a kvantových informačných technológií vrátane kybernetickej bezpečnosti,
- zapojenie SR do iniciatívy EÚ pri budovaní európskych centier excelentnosti pre umelú inteligenciu, podpora rozvoja ekosystému umelej inteligencie,
- podpora projektov zameraných na umelú inteligenciu (napr. aj rozvinutie nástroja na spracovanie prirodzeného jazyka),
- podpora vzdelávacích aktivít v oblasti umelej inteligencie aj s ohľadom na kybernetickú bezpečnosť
- projekty zamerané na podporu úpravy regulačného prostredia aj s ohľadom na kybernetickú bezpečnosť, a implementáciu základných princípov etického a transparentného využívania umelej inteligencie,
- podpora vzniku a aktivít platforiem pre výskum umelej inteligencie a rozvoja ekosystému umelej inteligencie a zvyšovanie investícií zahraničných a slovenských spoločností do výskumných aktivít.

Európske štrukturálne a investičné fondy – OP Slovensko (cieľ 4 – sociálnejšia Európa; opatrenie 4.4: Zvýšenie kvality a účinnosti systémov vzdelávania a odbornej prípravy, ako aj ich relevantnosti z hľadiska trhu práce s cieľom podporiť nadobúdanie kľúčových kompetencií, najmä digitálnych zručností

Napriek klesajúcej nezamestnanosti problémy na trhu práce v SR pretrvávajú a jedným z nich je aj nedostatok kvalifikovanej pracovnej sily a jej regionálne rozloženie. Slovenskí zamestnávateľia čelia veľkému nedostatku pracovných síl vo všeobecnosti i v špecifických odboroch. Vzniká nesúlad medzi štruktúrou odborov na stredných školách a potrebami praxe. Na odstránenie nesúladu stredných škôl s trhom práce sa legislatívne zaviedli dva nástroje. Prvým je centrálna finančná regulácia odborov. Jednotlivé odbory sú klasifikované ako odbory s nadbytočným, resp. nedostatočným počtom absolventov. Druhým je regionálna regulácia počtu tried prvých ročníkov stredných škôl. Tieto opatrenia dosiahli len čiastkový úspech pri párovaní dopytu a ponuky na trhu práce. Nesúlad medzi ponúkanými a požadovanými zručnosťami je jednou z prekážok brániacich rastu, pretože vzdelávanie a odborná príprava nie sú dostatočne zosúladené s potrebami trhu práce.²⁴

V roku 2016 až 60 % absolventov stredných a vysokých škôl päť rokov od získania diplomu pracovalo v zamestnaniach, ktoré neboli plne v súlade s ich vyštudovaným odborom. Oproti tomu len 20 % absolventov stredných škôl a 25 % absolventov vysokých škôl pracovalo v zamestnaniach, ktoré úplne zodpovedali ich vyštudovaným odborom (Trexima, 2017). Nízka je aj účasť na celoživotnom vzdelávaní a vzdelávaní druhej šance; v roku 2018 sa len 4 % dospelých zúčastňovalo na formálnom alebo neformálnom vzdelávaní alebo odbornej príprave, čo je jedna z najnižších mier v EÚ, a rovnako nízka je aj pracovná mobilita. Výzvou pre budúce programové obdobie preto zostáva kvalitné a dostupné vzdelávanie, úzko prepojené na zvyšovanie zručností v súlade s dopytom po kvalifikovanej pracovnej sile, ako aj zlepšenie adaptability zamestnancov a zamestnávateľov lepšou identifikáciou sektorových potrieb. Uvedené výzvy budú mať mimoriadny význam v súvislosti so zmenami v regiónoch (napr. Horná Nitra), ktoré budú v blízkej budúcnosti čeliť reštrukturalizácii v dôsledku zmenených podmienok na trhu práce.²⁵

²⁴ Východiskový návrh priorít SR pre PS 2021 – 2027, str. 56, dostupné na: <https://www.eurofondy.gov.sk/wp-content/uploads/2019/11/V%C3%BDchodiskov%C3%BD-n%C3%A1vrh-prior%C3%ADt-SR-pre-PS-2021-2027-final-upraven%C3%BD-po-RV.pdf>

²⁵ Východiskový návrh priorít SR pre PS 2021 – 2027, str. 57, dostupné na: <https://www.eurofondy.gov.sk/wp-content/uploads/2019/11/V%C3%BDchodiskov%C3%BD-n%C3%A1vrh-prior%C3%ADt-SR-pre-PS-2021-2027-final-upraven%C3%BD-po-RV.pdf>

Očakávané výsledky opatrenia 4.4:

- fungovanie nástrojov na predvídanie potrieb kvalifikovanej pracovnej sily podľa očakávaného hospodárskeho vývoja,
- vyriešenie disproporcií ponuky a dopytu na trhu práce o. i. s využitím registra uplatniteľnosti absolventov,
- posilnenie zručností potrebných na uplatnenie sa na meniacom sa trhu práce,
- zlepšenie dostupnosti infraštruktúry zabezpečujúcej komplexný rozvoj osobností v procese vzdelávania a odbornej prípravy aj so zameraním sa na fyzickú kondíciu a šport,
- zlepšenie schopnosti adaptovať sa na nové podmienky vychádzajúce z tzv. priemyslu 4.0,
- vytvorenie systematického prístupu na testovanie kompetencií študentov stredných škôl.

Európske štrukturálne a investičné fondy – OP Slovensko (cieľ 4 – sociálnejšia Európa; opatrenie 4.6: Podpora aktívneho začlenenia sa s cieľom podporovať rovnosť príležitostí a aktívnu účasť a zlepšenie zamestnateľnosti

Podpora aktívneho začlenenia sa je účelom celého systému sociálnej pomoci, ktorý zahŕňa okrem iného sociálne služby, kompenzácie ťažkého zdravotného postihnutia a opatrenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately. Napriek pozitívnym trendom na makroúrovni je situácia neuspokojivá na úrovni jednotlivých skupín obyvateľov, medzi ktoré určite patria ľudia z prostredia MRK, osoby so zdravotným postihnutím, osamelí rodičia, ohrozené deti, deti vychovávané mimo vlastnej rodiny alebo významná skupina seniorov. Významným problémom čelia i rodiny, ktoré sa starajú o zdravotne postihnutého člena svojej domácnosti.²⁶

Problém detí vychovávaných mimo rodiny

Priemerný podiel detí vychovávaných mimo vlastnej rodiny sa počas posledných rokov pohybuje na úrovni 1,32 % z celkového počtu detí. Mesačné výdavky na jedno dieťa umiestnené na základe rozhodnutia súdu v zariadení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately predstavujú priemerne 1 020 eur, v pestúnskej starostlivosti 337 eur. Pre ochranu detí je dôležité zastaviť rast počtu detí, ktoré sú vychovávané mimo svojej vlastnej rodiny. Zintenzívnenie terénnej práce a poradenstva pre ohrozené rodiny a dostupnosť sociálneho bývania majú potenciál zvyšovať hodnotu (deti zostanú s rodičmi) a súčasne znížiť výdavky na detské domovy. Viac ako polovica detí vyňatých z rodín by sa mohla vrátiť domov, ak by sa rodine poskytla adekvátna podpora. Naďalej chýba aj systém monitorovania a hodnotenia na posúdenie efektívnosti intervencií. Prevencia umiestňovania detí so zdravotným postihnutím do ústavnej starostlivosti na dlhší čas si bude vyžadovať špecializované nadväzujúce investície (Správa o Slovensku 2019). Zásadným problémom znižujúcim efektívnosť intervencií je okrem iného absencia možností riešiť bývanie rodín.²⁷

Aktívne začlenenie osôb so zdravotným postihnutím

Sociálne začleňovanie osôb so zdravotným postihnutím priamo súvisí aj s poskytovaním kompenzácií sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia. Potreba národnej podpory prepojenia zdravotnej a sociálnej starostlivosti je v SR jednou z kľúčových úloh na nasledujúce programové obdobie. Ide najmä o úzke prepojenie oblasti sociálnej a zdravotnej starostlivosti. Týka sa nielen dlhodobej starostlivosti a systému poskytovania služby včasnej intervencie, ale aj vytvorenia jednotného systému posudzovania zdravotného stavu na účely sociálneho zabezpečenia. Posilnením systému pomoci deťom a ich rodinám v rámci služby včasnej intervencie sa vytvoria podmienky na dosiahnutie vysokej miery sociálnej inklúzie

²⁶ Východiskový návrh priorít SR pre PS 2021 – 2027, str. 61, dostupné na: <https://www.eurofondy.gov.sk/wp-content/uploads/2019/11/V%C3%BDchodiskov%C3%BD-n%C3%A1vrh-prior%C3%ADt-SR-pre-PS-2021-2027-final-upraven%C3%BD-po-RV.pdf>

²⁷ Východiskový návrh priorít SR pre PS 2021 – 2027, str. 61 – 62, dostupné na: <https://www.eurofondy.gov.sk/wp-content/uploads/2019/11/V%C3%BDchodiskov%C3%BD-n%C3%A1vrh-prior%C3%ADt-SR-pre-PS-2021-2027-final-upraven%C3%BD-po-RV.pdf>

a zabezpečí sa prevencia inštitucionalizácie detí so zdravotným znevýhodnením. Týmto nástrojom systémovej a efektívnej pomoci sa eliminujú nepriaznivé dôsledky odkázanosti na ďalšie služby. Služba včasnej intervencie je komplexná multidisciplinárna forma pomoci poskytovaná na jednom mieste tímom odborníkov pre deti (ak je ich vývoj ohrozený z dôvodu zdravotného postihnutia) a ich rodiny.²⁸

Očakávané výsledky opatrenia 4.6:

- kontinuálne zvyšovanie kvality poskytovaných sociálnych služieb prostredníctvom ich hodnotenia,
- zvýšenie efektivity realizovaných intervencií v oblasti sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately vrátane zavedenia monitorovania a hodnotenia na posúdenie efektívnosti intervencií, ako aj celkových zmien systému,
- zníženie priemerného podielu detí vychovávaných mimo vlastnej rodiny,
- zníženie počtu detí v inštitúciách na základe rozhodnutia súdu,
- zvýšenie podielu detí v náhradnej rodinnej starostlivosti z celkového počtu detí vychovávaných mimo rodiny,
- zvýšené poskytovanie komunitnej sociálnej starostlivosti prechodom z inštitucionálnej na komunitnú úroveň (deti, osoby so zdravotným postihnutím, osoby odkázané na pomoc inej osoby, napr. seniori),
- zmiernenie a odstraňovanie negatívneho vplyvu už vzniknutých nepriaznivých životných situácií prostredníctvom komunitnej a individualizovanej podpory pre osoby sociálne vylúčené alebo ohrozené sociálnym vylúčením/eliminácia rizika chudoby alebo sociálneho vylúčenia,
- zintenzívnenie prechodu inštitucionálnej formy starostlivosti na komunitnú,
- podpora služby včasnej intervencie ako individuálnej komplexnej a multidisciplinárnej formy pomoci a podpory,
- prepojenie sociálnej a zdravotnej starostlivosti, čím sa zlepší dostupnosť služieb dlhodobej starostlivosti,
- zlepšenie a zefektívnenie opatrení zameraných na sociálne začleňovanie znevýhodnených a zraniteľných skupín osôb,
- vytvorenie jednotného systému posudzovania zdravotného stavu na účely sociálneho zabezpečenia.²⁹

Európske štrukturálne a investičné fondy – OP Slovensko (cieľ 4 – sociálnejšia Európa; opatrenie 4.8: Zabezpečenie rovnakého prístupu k zdravotnej starostlivosti vrátane primárnej starostlivosti rozvíjaním infraštruktúry

Demografické a technologické zmeny determinujú budúce potreby v ústavnej zdravotnej starostlivosti. Je predpoklad, že do roku 2030 dôjde k 18 % nárastu hospitalizácií, pričom najväčší vplyv na tento rast má práve starnutie populácie. Súčasne hrozí v systéme zdravotnej starostlivosti na Slovensku kritický nedostatok ľudských zdrojov. Odhaduje sa, že do roku 2030 bude bez zmien v systéme chýbať približne 3 100 lekárov a takmer 10-tisíc sestier (predikčný model Inštitútu zdravotnej politiky MZ SR). Lekárske povolania sa postupne dopĺňajú, keď medziročný pokles je približne 5 %. Naopak, pri sestrách tento nedostatok narastá každý rok približne o 7 %. Priemerne zo 100 vyštudovaných lekárov nastúpi do praxe 82 % (700 lekárov); sestier len 44 % (400 sestier). Dá sa predpokladať, že až 56 % nedoštuduje alebo nastúpi do praxe mimo SR. Ani pri 100 % nástupe lekárov a sestier do systému by sme v roku 2030 nezabezpečili vyrovnaný stav. Ak by sme napríklad znížili odliv sestier do zahraničia o 40 %, tak v roku 2030 by nám chýbalo stále 6-tisíc sestier, preto je veľmi dôležité podporiť zvýšenie počtu študentov, ale aj súčasne

²⁸ Východiskový návrh priorít SR pre PS 2021 – 2027, str. 63, dostupné na: <https://www.eurofondy.gov.sk/wp-content/uploads/2019/11/V%C3%BDchodiskov%C3%BD-n%C3%A1vrh-prior%C3%ADt-SR-pre-PS-2021-2027-final-upraven%C3%BD-po-RV.pdf>

²⁹ Východiskový návrh priorít SR pre PS 2021 – 2027, str. 63 – 64, dostupné na: <https://www.eurofondy.gov.sk/wp-content/uploads/2019/11/V%C3%BDchodiskov%C3%BD-n%C3%A1vrh-prior%C3%ADt-SR-pre-PS-2021-2027-final-upraven%C3%BD-po-RV.pdf>

skvalitniť pracovné podmienky zdravotníckeho personálu, a to čo sa týka mzdovej politiky a iných pracovných podmienok. Cieľom opatrení je motivovať mladých ľudí priamo na vysokých školách a univerzitách a stabilizovať kvalitné ľudské zdroje.³⁰

Prepojenie systémov zdravotnej starostlivosti a sociálnej podpory a integrácie formou komunitnej starostlivosti s prvkami ošetrovateľskej starostlivosti, rehabilitácie, služby včasnej intervencie, psychoterapie a sociálnej podpory je v záujme spoločenskej reintegrácie zraniteľných skupín pacientov. Hoci sa dopyt po dlhodobej starostlivosti zvyšuje, poskytovanie služieb je naďalej obmedzené. Verejné výdavky na dlhodobú starostlivosť v roku 2016 predstavovali 0,9 % HDP, čo je výrazne pod priemerom EÚ na úrovni 1,6 %. O zodpovednosť sa delia sociálny systém a systém zdravotnej starostlivosti, v dôsledku čoho tu pôsobia rôzne organizácie a využívajú sa rôzne zdroje financovania, a vytvára sa tak prekážka účinnej koordinácii. Prechod od inštitucionálnej ku komunitnej starostlivosti a nezávislému životu postupuje pomaly. Keďže podľa prognózy slovenská populácia rýchlo starne, budú potrebné značné investície na uspokojenie zvyšujúceho sa dopytu po kvalitnej dlhodobej starostlivosti.³¹

Očakávané výsledky opatrenia 4.8:

- zlepšenie kvality a dostupnosti zdravotnej starostlivosti,
- stabilizácia ľudského potenciálu v rezorte zdravotníctva a zvýšenie počtu zdravotníckych pracovníkov, predovšetkým lekárov a sestier,
- zabezpečenie dostatočných kapacít v kvalitnej dlhodobej starostlivosti,
- zabezpečenie integrácie zdravotno-sociálneho prístupu v starostlivosti o ľudí,
- zlepšenie kvality života osôb odkázaných na dlhodobú starostlivosť.³²

1.2.8.5.2 Plán obnovy a odolnosti SR

Je súčasťou rozsiahleho mechanizmu plánu obnovy s názvom NextGenerationEU, ktorý má okamžite riešiť sociálno-ekonomické škody spôsobené pandémiou COVID-19 a začať budovať odolnejšiu, udržateľnejšiu a zdravšiu spoločnosť, ktorá bude schopná lepšie čeliť budúcim globálnym zdravotným a ekonomickým hrozbám. Pre mechanizmus Plán obnovy a odolnosti je vyčlenený najväčší rozpočet.

Členský štát, ktorý chce získať finančný príspevok z mechanizmu, musí predložiť a riadne odôvodniť svoj Plán obnovy a odolnosti, preto vznikol Plán obnovy a odolnosti SR. Ide o dokument, ktorý má presne vymedzený obsah a je charakterizovaný ako žiadosť členského štátu o financie z mechanizmu Plánu obnovy a odolnosti. V rámci Plánu obnovy SR sú z pohľadu zdravotníctva zaujímavé tri komponenty – komponent 11, komponent 12 a komponent 13. V rámci týchto komponentov z pohľadu financovania zámerov Stratégie rozvoja zdravotnej starostlivosti BSK sú najdôležitejšie investície. Financujú sa iba výdavky, ktoré majú jednorazový charakter (nie obnovovacie investície) a spadajú do časového horizontu mechanizmu Plánu obnovy. Investície môžu byť priame alebo nepriame a môže ich realizovať aj súkromný sektor. Pri financovaní už konkrétnych projektov z investícií Plánu obnovy a odolnosti SR bude potrebné vychádzať zo zákona o mechanizme na podporu obnovy a odolnosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov (schválený 24. 9. 2021), ktorý upravuje právne vzťahy pri vykonávaní Plánu obnovy a odolnosti, finančné vzťahy pri vykonávaní mechanizmu na podporu obnovy a odolnosti vrátane poskytovania

³⁰ Východiskový návrh priorit SR pre PS 2021 – 2027, str. 66, dostupné na: <https://www.eurofondy.gov.sk/wp-content/uploads/2019/11/V%C3%BDchodiskov%C3%BD-n%C3%A1vrh-prior%C3%ADt-SR-pre-PS-2021-2027-final-upraven%C3%BD-po-RV.pdf>

³¹ Východiskový návrh priorit SR pre PS 2021 – 2027, str. 67, dostupné na: <https://www.eurofondy.gov.sk/wp-content/uploads/2019/11/V%C3%BDchodiskov%C3%BD-n%C3%A1vrh-prior%C3%ADt-SR-pre-PS-2021-2027-final-upraven%C3%BD-po-RV.pdf>

³² Východiskový návrh priorit SR pre PS 2021 – 2027, str. 67, dostupné na: <https://www.eurofondy.gov.sk/wp-content/uploads/2019/11/V%C3%BDchodiskov%C3%BD-n%C3%A1vrh-prior%C3%ADt-SR-pre-PS-2021-2027-final-upraven%C3%BD-po-RV.pdf>

prostriedkov mechanizmu. Okrem spomenutého zákona bude k dispozícii aj systém implementácie mechanizmu Plánu obnovy a odolnosti SR, výzvy vrátane príloh a vzorová zmluva o poskytnutí prostriedkov mechanizmu Plánu obnovy a odolnosti SR.

Tabuľka 39: Opis vybraných paragrafov zákona o mechanizme na podporu obnovy a odolnosti

Paragraf	Opis
§ 9 – Rozpočtové pravidlá mechanizmu	Dôležitým poznatkom z tohto paragrafu je fakt, že prostriedky z mechanizmu Plánu obnovy a odolnosti sú príjmom štátneho rozpočtu, čo znamená, že na nakladanie s týmito prostriedkami na úrovni konkrétnych projektov bude potrebné aplikovať rovnaké pravidlá ako pri čerpaní eurofondov (napríklad pravidlá verejného obstarávania, pravidlá finančnej kontroly a vnútorného auditu, pravidlá na zápis do registra partnerov verejného sektora a pod.)
§ 12 – Všeobecné ustanovenia o poskytovaní prostriedkov mechanizmu	Poskytovanie prostriedkov prijímateľovi, určenému v Pláne obnovy a odolnosti SR, alebo prijímateľovi, ktorý nie je určený v Pláne obnovy a odolnosti SR
§ 15 – Výzva	Upravuje všetky podmienky na čerpanie prostriedkov
§ 16 – Žiadosť o prostriedky	Upravuje, akým spôsobom je možné uchádzať sa o tieto finančné prostriedky
§ 17 – Námietky	Ak sa žiadosť subjektu neschváli – ako je možné podať námietku

Zdroj: vlastné spracovanie, zákon o mechanizme na podporu obnovy a odolnosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov z 24. septembra 2021

Hlavné rozdiely v porovnaní s EŠIF:

EŠIF

- Zdieľané riadenie medzi Európskou komisiou a členským štátom
- Operačný program poskytuje intervenčnú logiku a rámec
- Čerpanie finančných prostriedkov väčšinou na základe skutočných výdavkov
- V prípade neplnenia ukazovateľov sa môže operačný program meniť alebo upravovať
- Výdavky a záväzky v oblasti cieľov sú rovnako dôležité
- Realizácia do roku 2030

Plán obnovy a odolnosti (mechanizmus)

- Priamo riadené Európskou komisiou
- Plán obnovy ako projekt obsahuje výsledky, ktoré sa majú dosiahnuť vo väzbe na východiskovú situáciu, opis konkrétnych potrebných intervencií, zdrojov a záväzkov
- Financovanie na úrovni členského štátu nie je viazané na skutočné výdavky (financovanie na základe reálne vynaložených výdavkov sa uplatňuje až na úrovni konečného prijímateľa, už podľa domácich rozpočtových pravidiel)

- Ak sa záväzky nesplnia včas v požadovanej kvalite a kvantite, nedôjde k uvoľneniu finančných prostriedkov
- Dôraz na plnenie konkrétnych záväzkov
- Realizácia do tretieho štvrťroku 2026

1.2.8.5.2.1 *Komponent 11 – moderná a dostupná zdravotná starostlivosť*

Cieľom je vytvoriť modernú, dostupnú a efektívnu sieť nemocníc, ktorá zabezpečí kvalitnú zdravotnú starostlivosť, atraktívne prostredie pre personál, efektívne procesy a zdravé hospodárenie. Cieľom je tiež zvýšiť dostupnosť záchrannnej zdravotnej služby, ktorá bude nadväzovať na potreby novej siete nemocníc, a posilniť primárnu starostlivosť, ktorá má byť základným integračným bodom zdravotnej starostlivosti o pacienta. Tento komponent umožňuje postupovať smerom k digitálnej aj zelenej transformácii. Zahŕňa investície do systému centrálného riadenia najväčších nemocníc, telemedicíny a ďalších digitálnych riešení ako napríklad národný vendor neutral archive (VNA) archív pre rádiológiu podporovanú umelou inteligenciou, ktoré môžu výraznou mierou prispieť v boji proti náhlym aj stálym zdravotným ovplyvňujúcim udalostiam, ako je napríklad súčasná pandémia. V zdravotníctve výrazne zoptimalizujú medicínske aj prevádzkové procesy, čo zvýši kvalitu starostlivosti a uvoľní časové a ľudské zdroje, ktoré môžu byť lepšie využité inde. Výstavba a obnova budov bude prebiehať v súlade s kritériami energetickej efektívnosti a zastaví súčasné výrazné energetické straty kvôli zastaranosti budov. Modernizácia nemocníc je jedným zo spôsobov tvorby a udržateľnosti zdravotníckych pracovníkov na Slovensku. V súčasnosti mnoho z nich odchádza do zahraničia práve za atraktívnejším pracovným prostredím. Modernizáciou budov, zavádzaním moderných klinických procesov a novým materiálno-technickým vybavením siete nemocníc sa zvýši atraktivita pracovného prostredia pre zamestnancov v zdravotníctve, čo prispeje k udržateľnosti pracovných miest. Posilnenie postavenia všeobecných lekárov v procese starostlivosti a finančná podpora pri otvárani a rozvoji ich praxe má za cieľ prilákať viac lekárov do ambulancií aj v menej atraktívnych oblastiach krajiny.³³

Výsledkom optimalizácie siete nemocníc a akútnej starostlivosti, na ktorú nadviažu investície do obnovy infraštruktúry a tiež zdefinovanie optimálnej siete primárnej starostlivosti a vytvorenie nástrojov na jej podporu, bude zníženie regionálnych rozdielov v prístupe obyvateľstva ku kvalitnej a časovo dostupnej zdravotnej starostlivosti. Kvalitnejšia zdravotná starostlivosť zlepší zdravie obyvateľov, a tým aj ich produktivitu na trhu práce. Pandémia COVID-19 naplno odhalila nevyhovujúcu infraštruktúru ústavnej starostlivosti na Slovensku a zvýraznila nedostatočné kapacity primárnej starostlivosti. Modernizácia siete nemocníc a rozvoj poskytovateľov všeobecnej starostlivosti pre dospelých, deti a dorast posilní systém voči potenciálnym hrozbám v budúcnosti. Centralizáciou riadenia najväčších nemocníc bude sieť schopná flexibilnejšie reagovať na nečakané potreby. Centralizácia riadenia najväčších nemocníc, implementácia jednotného nemocničného informačného systému a digitalizácia procesov v zdravotníctve podporia rozvoj digitálnych zručností a vedomostí personálu, čím prispievajú k naplneniu európskej vlajkovej iniciatívy „rekvalifikujeme a zlepšujeme zručnosti“ („reskill and upskill“). Významná časť investícií do výstavby nových nemocníc a staníc zdravotnej záchrannnej služby, ako aj rekonštrukcie existujúcich budov, zvýši energetickú efektívnosť budov, a prispeje tak k naplneniu hlavnej iniciatívy „renovujeme“ („renovate“). Reformy a investície v oblasti výstavby a rekonštrukcie zastaranej infraštruktúry, ako aj v oblasti boja proti pandémii, sú v súlade s CSR 1 (Country specific recommendation – špecifické odporúčania pre danú krajinu) pre rok 2020 a prispievajú k odolnosti systému zdravotnej starostlivosti. Investície do vyššej dostupnosti a kvality akútnej, ústavnej a primárnej zdravotnej starostlivosti zlepšia prístup pre všetky skupiny obyvateľov k cenovo dostupnej a modernej zdravotnej starostlivosti, čím prispievajú k naplneniu CSR 2 na rok 2019.³⁴

³³ Plán obnovy SR – Komponent 11, str. 1, dostupné na: <https://www.slov-lex.sk/legislativne-procesy/-/SK/dokumenty/LP-2021-112>

³⁴ Plán obnovy SR – Komponent 11, str. 1 – 2, dostupné na: <https://www.slov-lex.sk/legislativne-procesy/-/SK/dokumenty/LP-2021-112>

Modernizácia ústavnej a primárnej zdravotnej starostlivosti si vyžaduje širokú škálu reforiem a investícií³⁵.

Reformy

Reforma 1: Optimalizácia siete nemocníc

Reforma 2: Reforma prípravy investičných projektov v zdravotníctve

Reforma 3: Centralizácia riadenia najväčších nemocníc

Reforma 4: Optimalizácia siete akútnej zdravotnej starostlivosti

Reforma 5: Nová definícia neodkladnej zdravotnej starostlivosti

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

Investície

Investícia 1: Projektová príprava a projektové riadenie investícií

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

Investícia 3: Digitalizácia v zdravotníctve

Investícia 4: Výstavba a obnova staníc záchrannej zdravotnej služby (ZZS)

Investícia 5: Obnova vozového parku ZZS

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

Vykonávateľ: MZ SR

Prijímateľ: MZ SR, zdravotnícke zariadenia, Národné centrum zdravotníckych informácií, rezortné organizácie, medicínske startupy, akademická obec

1.2.8.5.2.2 Komponent 12 – humánna, moderná a dostupná starostlivosť o duševné zdravie

Cieľom komponentu je vytvoriť modernú a dostupnú starostlivosť o duševné zdravie, ktorá stavia na silnej medzirezortnej spolupráci. Špecificky je potrebné zmodernizovať systém psychiatrickej a psychologickkej zdravotno-sociálnej starostlivosti, posilniť podporu duševného zdravia a prevenciu vzniku porúch, posilniť zdravotno-sociálnu starostlivosť a zvýšiť jej dostupnosť.³⁵

Vybrané kľúčové ukazovatele:

- zvýšenie podielu pacientov liečených v komunitnej zdravotnej starostlivosti,
- zvýšenie počtu personálu, ktorý poskytuje špecifickú modernú liečbu a diagnostiku,
- skrátenie čakacej lehoty na poskytnutie odbornej starostlivosti o duševné zdravie.

Digitalizácia administrácie psychodiagnostiky aj iné opatrenia v komponente vyžadujú rozvoj digitálnych zručností personálu, čím prispievajú k naplneniu európskej hlavnej iniciatívy „rekvalifikujeme a zlepšujeme zručnosti“ („reskill and upskill“). Časť investícií do psychosociálnych centier a stacionárov bude smerovať do hĺbkovej obnovy budov. Rekonštrukcia povedie k ich vyššej energetickej efektívnosti, čo prispeje k naplneniu európskej hlavnej iniciatívy „renovujeme“ („renovate“). Investíciami do výstavby a obnovy infraštruktúry sa posilní odolnosť systému zdravotnej starostlivosti v súlade s odporúčaním 1 európskej komisie pre Slovensko („Country Specific Recommendation for Slovakia“, CSR) na rok 2020. Rozvoj kapacít, najmä psychosociálnych centier, posilní dlhodobú starostlivosť v súlade s CSR 2 na rok 2019. Komplexná reforma starostlivosti o duševné zdravie zlepši koordináciu medzi jednotlivými druhmi zdravotnej starostlivosti v súlade s CSR pre Slovensko na rok 2020.³⁶

³⁵ Plán obnovy SR – Komponent 12, str. 1, dostupné na: <https://www.slov-lex.sk/legislativne-procesy/-/SK/dokumenty/LP-2021-112>

³⁶ Plán obnovy SR – Komponent 12, str. 1 – 2, dostupné na: <https://www.slov-lex.sk/legislativne-procesy/-/SK/dokumenty/LP-2021-112>

Reformy a investície v rámci komponentu 12 sú zoskupené do piatich základných okruhov³⁷:

1. 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

2. 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 psychosociálnych 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)

3. 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

4. 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

5. Znižovanie negatívnych vplyvov pandémie COVID-19

- Investícia 5: Národná linka podpory duševného zdravia počas pandémie

Vykonávateľ: MZ SR

Prijímateľ: široké spektrum subjektov pôsobiacich v príslušnej oblasti

³⁷ Plán obnovy SR – Komponent 11, str. 2 – 3, dostupné na: <https://www.slov-lex.sk/legislativne-procesy/-/SK/dokumenty/LP-2021-112>

1.2.8.5.2.3 Komponent 13 – dostupná a kvalitná dlhodobá sociálno-zdravotná starostlivosť

Cieľom komponentu je pripraviť Slovensko na rýchle starnutie obyvateľstva zabezpečením kvalitnej, dostupnej a komplexnej podpory ľudí s potrebou dlhodobej a paliatívnej starostlivosti. Poskytovaním takejto starostlivosti sa zvýši inklúzia osôb so zdravotným postihnutím do spoločnosti v súlade s ich právami obsiahnutými v Dohovore OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím (ďalej len „dohovor“), ako aj miera ich sociálnej ochrany. Reformami a investíciami sa zvýši prepojenie a efektivita zdravotnej a sociálnej starostlivosti a ich odolnosť voči kritickým situáciám. Zároveň sa naštartuje proces digitalizácie verejnej správy v oblasti poskytovania integrovanej dlhodobej starostlivosti vrátane digitalizácie rozhodovacích procesov. Ku komplexnej reforme dlhodobej a paliatívnej starostlivosti sa zaviazala vláda SR v Programovom vyhlásení vlády na roky 2020 – 2024. Navrhované reformy a investície zároveň odpovedajú na viaceré odporúčania európskej komisie pre Slovensko na roky 2019 a 2020.³⁸

³⁸ Plán obnovy SR – Komponent 13, str. 1, dostupné na: <https://www.slov-lex.sk/legislativne-procesy/-/SK/dokumenty/LP-2021-112>

Pre naplnenie tohto cieľa sú nevyhnutné nasledujúce reformy a investície³⁹:

<u>Reformy</u>	<u>Investície</u>
1. Reforma integrácie a financovania dlhodobej sociálnej a zdravotnej starostlivosti	1. Rozšírenie kapacít komunitnej sociálnej starostlivosti
2. Reforma posudkovej činnosti	2. Rozšírenie a obnova kapacít následnej a ošetrovateľskej starostlivosti
3. Reforma dohľadu nad sociálnou starostlivosťou a zabezpečenie infraštruktúry pre jej implementáciu	3. Rozšírenie a obnova kapacít paliatívnej starostlivosti

Vykonávateľ: MZ SR, MPSVR SR

Prijímateľ: poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, zdravotné poisťovne, neziskové organizácie, samosprávy

Kľúčové zistenia – financie

Z dostupných informácií je možné vyvodiť záver, že Poliklinika v Karlovej Vsi (BSK) má najnižšie výnosy spomedzi všetkých polikliník, ktoré sú v zriaďovateľskej pôsobnosti jednotlivých samosprávnych krajov v Slovenskej republike. Tiež je možné konštatovať, že má najnižšie výnosy z prijatých dotácií. Bratislavský samosprávny kraj investuje nemalé finančné prostriedky prostredníctvom podprogramu Majetok – investície, údržba na kompletnú rekonštrukciu a modernizáciu tejto polikliniky. Poliklinika v Karlovej Vsi má potenciál zvýšiť svoje výnosy alebo znížiť svoje náklady (prípadne vhodnou kombináciou zvýšiť výnosy a zároveň znížiť náklady). Zvýšiť výnosy by sa mohlo podariť Poliklinike v Karlovej Vsi vzhľadom na nízke výnosy z dotácií a tržieb práve v týchto dvoch kategóriách výnosov. Príkladom vysokých dotácií a nízkych tržieb môže byť Poliklinika NSK Šaľa a príkladom nízkych dotácií a vysokých tržieb, naopak, Oravská poliklinika Námestovo v ŽSK. Z položiek nákladov najviac narástli poliklinike osobné náklady, preto aj pri nich by mohol byť potenciál znížiť tieto náklady, pokiaľ je to realizačne možné. Aj napriek stratovému výsledku hospodárenia Polikliniky v Karlovej Vsi za posledné tri roky nie je situácia finančne kritická, ako by sa mohlo javiť na prvý pohľad, pretože v rámci nákladov sú vykázané za každý rok aj odpisy dlhodobého nehmotného majetku a dlhodobého hmotného majetku (napríklad za rok 2020 vo výške 97 472 eur, čo znamená, že výsledok hospodárenia pred odpismi je 40 953,31 eura).

Z analýzy vyplýva, že spomedzi vybraných Polikliník sa javí práve Oravská poliklinika Námestovo ako najlepšie finančne riadená poliklinika spomedzi polikliník v pôsobnosti samosprávnych krajov. Za posledných 5 rokov dosiahla Oravská poliklinika Námestovo zisk, pričom najmä posledné dva roky dosiahla významné zisky (146-tis. eur a 82-tis. eur). V porovnaní s Poliklinikou Karlova Ves, ktorá za posledných 5 rokov dosiahla straty (s výnimkou roka 2017), je najmä zaujímavé porovnanie skladby tržieb oboch polikliník, kde pri Oravskej poliklinike Námestovo tvoria gro tržieb tržby z predaja služieb. Pri porovnaní webových stránok oboch polikliník sme identifikovali, že Oravská poliklinika Námestovo disponuje zrekonštruovanými priestormi a zároveň aj moderným vybavením, čo je v protiklade s Poliklinikou Karlova Ves, ktorú BSK modernizuje už niekoľko rokov, a aj z webovej stránky vyplýva, že BSK by mal investovať do jej modernizácie.⁴⁰

Ak by mal BSK zohrávať významnejšiu úlohu v rámci riadenia poskytovania zdravotnej starostlivosti, tak by bolo potrebné zvýšiť rozpočet pre zdravotníctvo v nadväznosti na to, aké kompetencie chce BSK v budúcnosti pod sebou centralizovať.

³⁹ Plán obnovy SR – Komponent 13, str. 1, dostupné na: <https://www.slov-lex.sk/legislativne-procesy/-/SK/dokumenty/LP-2021-112>

⁴⁰ <https://www.opnam.sk/>, <https://poliklinikakv.sk/>

Ako integrátor poskytovanej zdravotnej starostlivosti na území kraja by BSK jednak potreboval investovať do Polikliniky Karlova Ves s cieľom rozšírenia poskytovania doplnkových zdravotných služieb ako napr. ambulantná starostlivosť, ADOS a pod. a zároveň aj do centralizovaného informačného systému. Plán obnovy SR počíta s investíciami do digitalizácie zdravotníctva, ale aj do výstavby, rekonštrukcie a vybavenia nemocníc, rozširovania kapacít komunitnej sociálnej starostlivosti, ošetrovateľskej starostlivosti a paliatívnej starostlivosti, avšak na konkrétne možnosti bude potrebné ešte počkať na konkrétnu finančnú a projektovú štruktúru Plánu obnovy SR, ktorý bol prijatý do slovenskej legislatívy.

Ďalšie potenciálne finančné zdroje pre rozvoj zdravotnej starostlivosti predstavujú európske štrukturálne a investičné fondy, ktoré sú však určené pre špecifické oblasti, tak ako je aj opísané vyššie v analýze.

Čo sa týka Programu hospodárskeho rozvoja a sociálneho rozvoja BSK, je zrejmé, že počet projektov v rámci prioritnej osi pre kvalitnú a dostupnú zdravotnú starostlivosť je v porovnaní s ostatnými prioritnými osami nízky, z čoho vyplýva, že ak chce BSK zohrávať ústrednú úlohu pri integrovanom zabezpečovaní poskytovania zdravotnej starostlivosti, je potrebné zvýšiť finančnú alokáciu zdrojov pre zdravotníctvo.

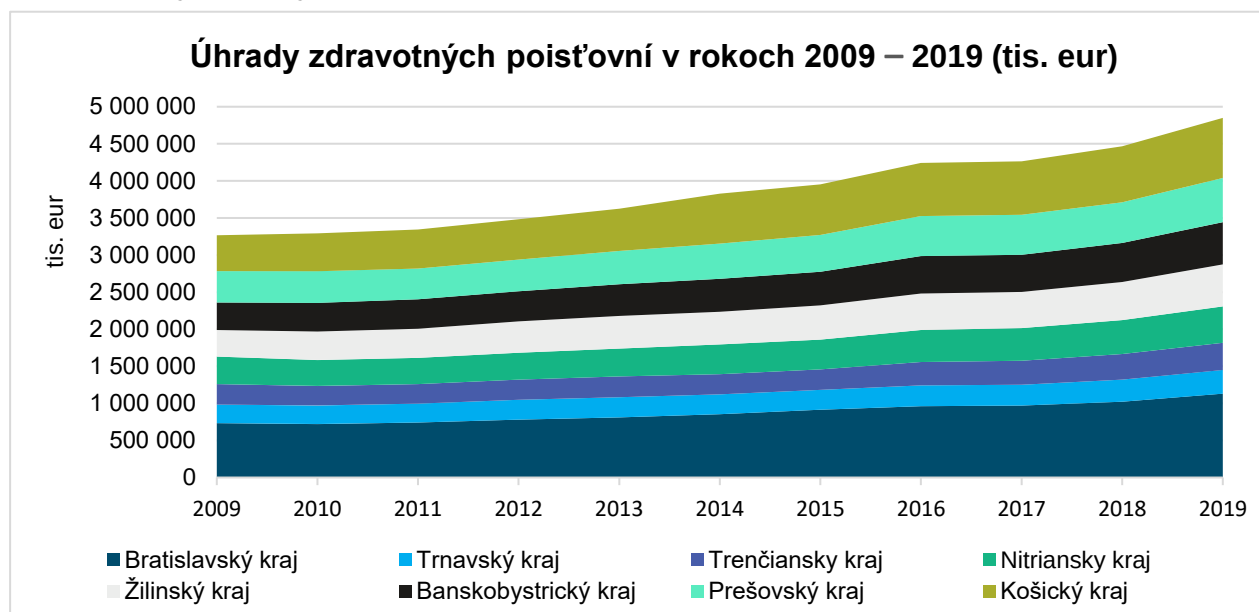
1.2.8.6 Zdravotné poisťovne

Výkon verejného zdravotného poistenia je zabezpečovaný na základe povolenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, ktorý vydal toto povolenie v roku 2019 trom zdravotným poisťovniam (všetky majú svoje zastúpenie, resp. sídla v Bratislave) a sú menované nižšie:

- Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s.;
- DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s.;
- Union zdravotná poisťovňa, a. s.

Najväčšia je Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s., ktorá v roku 2019 mala 3 133 613 poistencov. Zdravotné poisťovne DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s., a Union zdravotná poisťovňa, a. s., mali v tom istom roku 1 531 170, resp. 497 466 poistencov. Z nižšie uvedeného grafického znázornenia potom vyplýva, že v rámci Bratislavského kraja bol objem vyplatených finančných prostriedkov v porovnaní s ostatnými kraji najväčší (v roku 2019 dosahovali úhrady zdravotných poisťovní v Bratislavskom kraji úroveň 1 131,4 mil. eur). Súčasne je zrejmé, že úhrady zdravotných poisťovní v absolútnom vyjadrení v posledných desiatich rokoch významne rástli. V rokoch 2015 až 2019 výdavky zdravotných poisťovní (v bežných cenách) konkrétne v Bratislavskom kraji rástli priemerným tempom 5,9 % ročne (v rokoch 2018 až 2019 dokonca rýchlosťou 10,5 %).

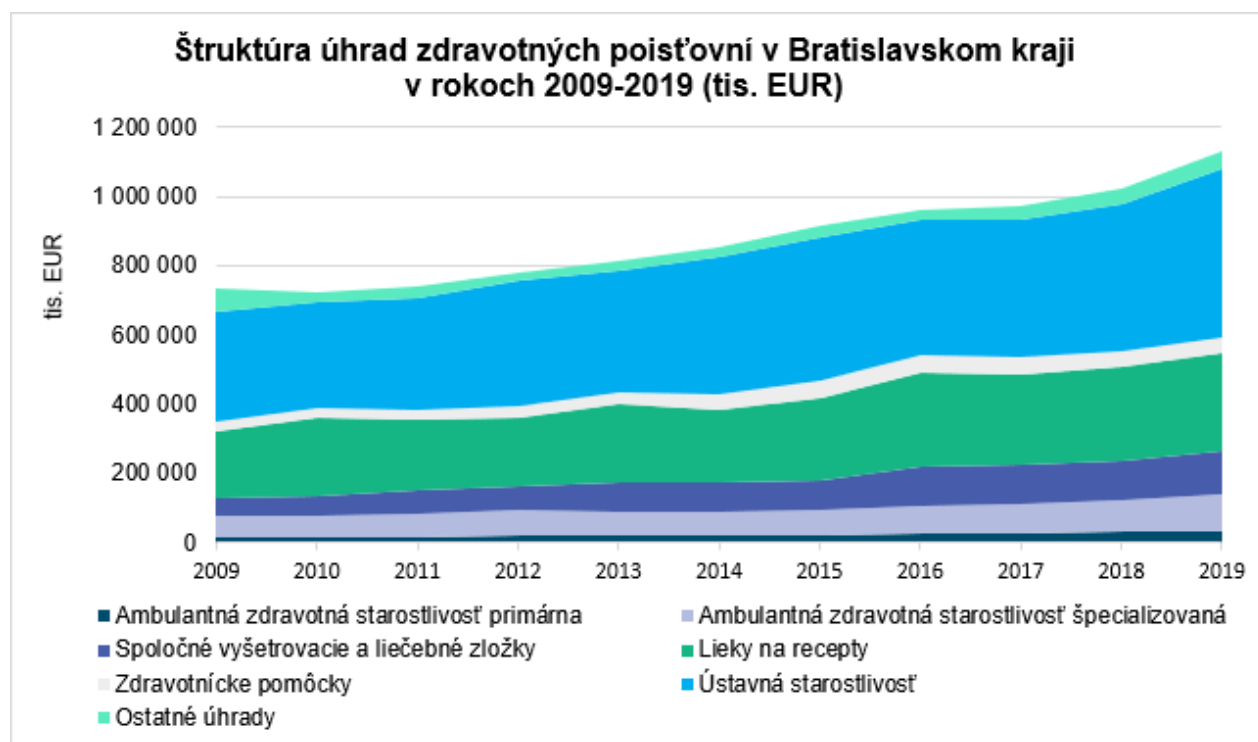
Graf 49: Úhrady zdravotných poisťovní v rokoch 2009 – 2019 (tis. eur)



Zdroj: Štatistický úrad SR

V nasledujúcom grafe je znázornená štruktúra výdavkov zdravotných poisťovní na zabezpečenie výkonu verejného zdravotného poistenia v rokoch 2009 až 2019 v Bratislavskom kraji. Je zrejmé, že jednoznačne najväčšia časť celkových výdavkov bola uhradená na zabezpečenie ústavnej starostlivosti (43 % v roku 2019) a výdavky na lieky na recept (25 %). To naznačuje jednak pozoruhodne vysokú spotrebu liekov obyvateľmi Bratislavského kraja, ale taktiež vysokú mieru predpisovania liekov lekármi v kraji. Na nadmerné užívanie liekov sú pritom naviazané ďalšie zdravotné problémy. Ako už bolo uvedené, v rokoch 2015 až 2019 výdavky zdravotných poisťovní v Bratislavskom kraji rástli, a to priemerným tempom 6 % ročne. V tomto kontexte rástli výdavky v rámci všetkých (v grafe uvedených) kategórií. Jedinou výnimkou sú výdavky vynaložené na úhradu zdravotných pomôcok. Celkový objem finančných prostriedkov použitých na ich úhradu sa v rokoch 2015 až 2019 znižoval priemerným tempom 1,2 % ročne. Tento pokles môže byť spôsobený buď nižším využívaním zdravotníckych pomôcok, alebo ich znižujúcou sa cenou v dôsledku ich vyššej dostupnosti. Najrýchlejšie potom rástli ostatné (bližšie nešpecifikované) úhrady a výdavky na zabezpečenie ambulantnej zdravotnej starostlivosti. V prípade primárnej ambulantnej starostlivosti dochádzalo k medziročnému rastu výdavkov na úrovni 12,5 % ročne. Úhrady na zabezpečenie špecializovanej ambulantnej starostlivosti potom rástli tempom 11,5 % ročne.

Graf 50: Štruktúra úhrad zdravotných poisťovní v Bratislavskom kraji v rokoch 2009 – 2019 (tis. eur)



Zdroj: Štatistický úrad SR

Kľúčové zistenia – zdravotné poisťovne

Úhrady zdravotných poisťovní zaisťujúcich výkon verejného zdravotného poistenia výrazne rastú. V rokoch 2015 až 2019 dochádzalo v Bratislavskom kraji k priemernému medziročnému rastu na úrovni 6 %. Najrýchlejšie potom rástli ostatné (bližšie nešpecifikované) úhrady a výdavky na zabezpečenie ambulantnej zdravotnej starostlivosti. V prípade primárnej ambulantnej starostlivosti dochádzalo k medziročnému rastu výdavkov na úrovni 12,5 %. Úhrady na zabezpečenie špecializovanej ambulantnej starostlivosti potom rástli tempom 11,5 % ročne.

1.2.8.7 Financovanie zdravotníctva na úrovni samosprávnych krajov v ČR

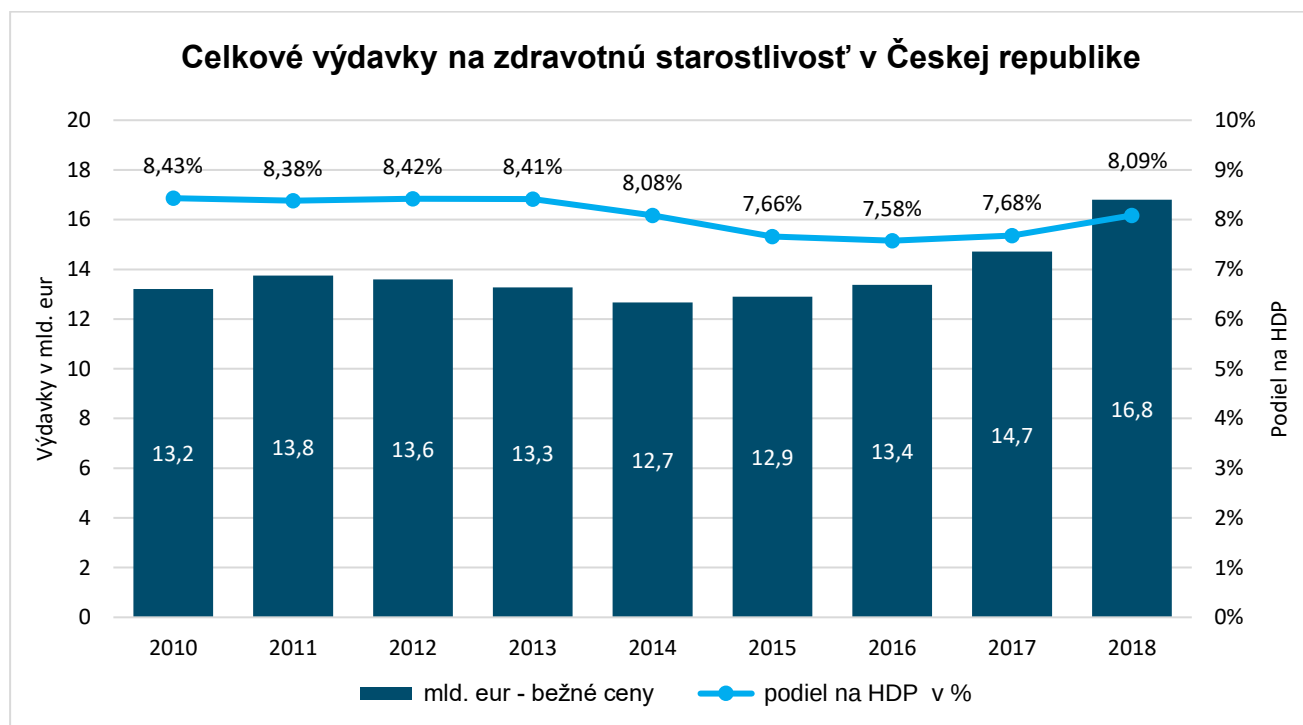
Cieľom tejto kapitoly je predstaviť systém financovania zdravotnej starostlivosti na Slovensku, a to najmä vo vzťahu ku krajom, ich významu a postaveniu v tomto systéme. V oblasti financovania zdravotnej starostlivosti je nadregionálna úroveň, ktorá vytvára majoritnú časť finančných prostriedkov – t. j. štátny rozpočet, a najmä zdravotné poisťovne. Krajská úroveň v Českej republike, ktorá je na nastavenie stratégie Bratislavského kraja kľúčová, vytvára cca 2 % celkových zdrojov vyčlenených na zabezpečenie zdravotnej starostlivosti (viac pozrite ďalej).

1.2.8.7.1 Prehľad štruktúry a spôsobu financovania zdravotného systému v ČR

Všeobecne možno povedať, že zdravotná starostlivosť s podielom na hrubom domácom produkte oscilujúcom okolo 8 % je jedným z najväčších sektorov ekonomiky v Českej republike. V roku 2018 dosiahli celkové výdavky na zdravotnú starostlivosť v Českej republike 430,9 mld. Kč, t. j. 16,8 mld. eur. V tomto roku výdavky na zdravotníctvo medziročne vzrástli v bežných cenách o 43,5 mld. Kč (11,2 %), t. j. najviac za sledované obdobie. V rokoch 2010 až 2018 potom rástli celkové výdavky na zdravotnú starostlivosť v bežných cenách priemerným tempom 3,2 % ročne. V stálych cenách roku 2010 bol však reálny rast

výdavkov iba na úrovni 1,7 % ročne, a to najmä vďaka vyššie uvedenému skokovému zvýšeniu v roku 2018. Výdavky na zdravotnú starostlivosť v Českej republike vo vzťahu k jej HDP patria v rámci krajín EÚ dlhodobo k tým nižším (priemer EÚ sa pohybuje okolo úrovne 10 %), keď sa v roku 2017, ku ktorému sú evidované posledné kompletne údaje za všetky členské štáty EÚ, Česká republika umiestnila na pomyselnom rebríčku na 17. mieste, teda v jeho druhej polovici.⁴¹

Graf 51: Celkové výdavky na zdravotnú starostlivosť v Českej republike, 2010 – 2018 (mld. eur, podiel na HDP)



Zdroj: Český statistický úrad

V nasledujúcej tabuľke je vykonané členenie finančných prostriedkov alokovaných na oblasť zdravotníctva, a to podľa jednotlivých konečných zdrojov. V rokoch 2014 až 2018 mali najväčší podiel na celkových výdavkoch na zabezpečenie zdravotnej starostlivosti platby hradené z verejného zdravotného poistenia (65,9 % v roku 2018). Zdravotné poisťovne boli nasledované štátnym rozpočtom (16,1 % v roku 2018) a priamymi platbami domácností (13,4 % v roku 2018).

Tabuľka 40: Podiel konečných zdrojov financovania zdravotnej starostlivosti v rokoch 2014 – 2018

Zdroje financovania	2014	2015	2016	2017	2018
Verejné zdravotné poistenie	67,27 %	66,60 %	65,73 %	65,09 %	65,89 %
Štátny rozpočet	14,54 %	14,95 %	15,46 %	16,03 %	16,13 %
Krajské a obecné rozpočty	1,79 %	1,78 %	1,83 %	2,01 %	1,96 %
Súkromné zdravotné poistenie	0,15 %	0,14 %	0,13 %	0,14 %	0,13 %
Neziskové inštitúcie	2,22 %	2,25 %	2,34 %	2,32 %	2,21 %
Podniky – závodné preventívnej starostlivosti	0,68 %	0,26 %	0,35 %	0,46 %	0,28 %
Priame platby domácností	13,33 %	14,02 %	14,16 %	0,46 %	13,40 %

⁴¹ Na prepočet na eurá bol využitý priemerný menový kurz (2010 = 25,29 Kč/eur; 2011 = 24,586 Kč/eur; 2012 = 25,143 Kč/eur; 2013 = 25,974 Kč/eur; 2014 = 27,533 Kč/eur; 2015 = 27,283 Kč/eur; 2016 = 27,033 Kč/eur; 2017 = 26,33 Kč/eur; 2018 = 25,643 Kč/eur).

Zdroj: Český statistický úrad

Ako už bolo uvedené vyššie, najväčší podiel zdrojov na financovanie zdravotnej starostlivosti vytvárajú zdravotné poisťovne, a to z povinného zdravotného poistenia. Druhou najvýznamnejšou zložkou verejných výdavkov sú výdavky verejných rozpočtov, teda štátneho rozpočtu a rozpočtov krajských a obecných samospráv. Dôvodom vysokého zastúpenia verejných rozpočtov na systéme financovania zdravotnej starostlivosti na Slovensku je najmä prevádzka a súvisiace výdavky na udržanie lôžkového fondu. Nižšie je potom uvedený rozpad výdavkov v roku 2018 na jednotlivé sektory zdravotného systému. Je zrejmé, že najväčšia časť verejných zdrojov (46,6 %) je alokovaná na prevádzku a služby poskytované v nemocniciach.

Tabuľka 41: Výdavky na služby zdravotnej starostlivosti v roku 2018 (v mld. eur)

Druh starostlivosti	Verejné zdroje	Súkromné zdroje	Priame platby domácností	Celkovo
Nemocnice	6 577,0	-	155,6	6 732,7
Lôžkové zariadenia dlhodobej starostlivosti	1 256,2	-	4,0	1 260,1
Poskytovatelia ambulantnej starostlivosti	2 636,1	-	741,9	3 378,0
Poskytovatelia doplnkových služieb (napr. záchranná služba)	658,6	-	-	658,6
Lekárne a výdajne zdravotníckych pomôcok	1 148,3	-	1 351,2	2 499,5
Poskytovatelia preventívnej starostlivosti	29,1	46,7	-	75,8
Správa systému zdravotnej starostlivosti	480,6	0,8	-	481,5
Ostatné sektory ekonomiky	1 134,0	-	-	1 134,0
Nediferencované	191,1	393,4	-	584,5
Celkový súčet	14 111,1	440,9	2 252,7	16 804,7

Zdroj: Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky ČR

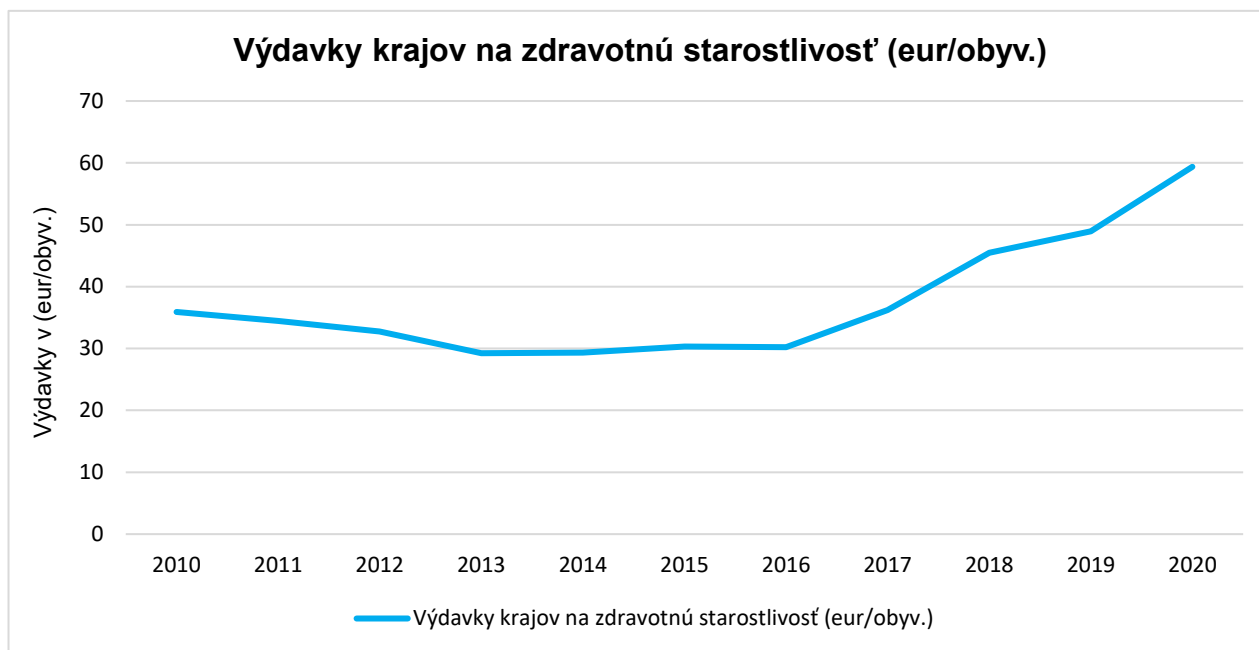
1.2.8.7.2 Význam krajov na financovanie zdravotného systému v ČR

Úloha krajov na celom zdravotnom systéme v Českej republike bola významne posilnená v roku 2003, keď k 1. januáru došlo k prevodu okresných nemocníc pod správu krajov. Kraje následne podnikli rozsiahle transformačné kroky, keď dochádzalo k premenám nemocníc na obchodné spoločnosti, a to z dôvodu vyššej (stále veľmi regulovanej) voľnosti v oblasti odmeňovania, operatívnejšieho riadenia, zodpovednosti manažmentu za riadne hospodárenie a pod. Problémy s hospodárením nemocníc, resp. podfinancovanie niektorých zariadení, sa však stále nepodarilo touto transformáciou úplne vyriešiť. Celkový rámec sústavy zdravotníckych zariadení a ostatných kľúčových zainteresovaných strán v Českej republike je znázornený v schéme uvedenej nižšie.

[illegible]

V nasledujúcom grafe sú v relatívnom vyjadrení (v bežných cenách) prezentované priemerné ročné výdavky krajov Českej republiky, t. j. prepočítané na jedného obyvateľa. Z nižšie uvedeného je zrejmé, že až do roku 2017 sa priemerné ročné výdavky krajov pohybovali priemerne medzi 30 až 40 eurami/obyv. V roku 2020 prostriedky alokované na oblasť zdravotníctva prepočítané na jedného obyvateľa dosiahli úroveň 59,4 eura/obyv., a to najmä z dôvodu pandémie vírusu COVID-19.

Graf 52: Výdavky krajov na zdravotnú starostlivosť (eur/obyv.)



Zdroj: Ministerstvo financií Českej republiky

V nasledujúcom grafickom znázornení je prezentovaný rozpad výdavkov krajov vynakladaných na zdravotnú starostlivosť, a to podľa členenia na jednotlivé kapitoly rozpočtu, t. j. na ambulantnú starostlivosť, lôžkovú starostlivosť, zvláštne zdravotnícke zariadenia a služby pre zdravotníctvo, preventívne programy, správu zdravotníctva a ostatnú činnosť v zdravotníctve. Z nižšie uvedeného je zrejmé, že jednotlivé kraje v roku 2019 alokovali na oblasť zdravotníctva približne 49,60 eura na jedného obyvateľa. Najväčšia časť, a to 49,9 %, smerovala na zabezpečenie prevádzky lôžkovej starostlivosti. Druhú najvýznamnejšiu položku (41,3 %) predstavujú výdavky vynaložené na prevádzku špeciálnych zdravotníckych zariadení a služieb pre zdravotníctvo. Na základe nižšie uvedeného je zrejmé, že výdavky krajov sú vynakladané najmä na prevádzku zdravotníckych zariadení, ktoré zriaďujú.

Graf 53: Štruktúra celkových výdavkov krajov na zdravotnú starostlivosť v roku 2019 (eur/obyv.)



Zdroj: Ministerstvo financií Českej republiky

Kľúčové zistenia – financovanie zdravotníctva na úrovni samosprávnych krajov v ČR

Kraje zastávajú v Českej republike v oblasti zaistenia zdravotnej starostlivosti dôležitú úlohu, lebo sú zriaďovateľmi celého radu zdravotníckych zariadení (najmä bývalých okresných nemocníc), teda vytvárajú významnú časť lôžkových kapacít. Z hľadiska právnej formy ide najmä o obchodné spoločnosti s vlastným manažmentom.

V roku 2018 predstavovala oblasť zdravotníctva cca 8 % z celkového hrubého domáceho produktu Slovenskej republiky, čo je menej, než je priemer EÚ (ten sa v tom istom roku pohyboval nad hranicou 10 %), no o takmer 2 % viac ako v SR. Napriek tomu ide o jeden z najväčších sektorov hospodárstva.

Kraje vynakladajú najviac svojich finančných prostriedkov v oblasti zdravotníctva na zabezpečenie lôžkovej starostlivosti a prevádzku špeciálnych zdravotníckych zariadení. Konkrétne v roku 2019 išlo o 91,1 % z celkových finančných prostriedkov vynaložených na zabezpečenie zdravotnej starostlivosti. V priemere potom bolo na zabezpečenie zdravotnej starostlivosti v tom istom roku vynaložených 49,60 eura na jedného obyvateľa.

1.3 SWOT analýza

V rámci tejto kapitoly je predstavená súhrnná SWOT analýza pre celý Bratislavský kraj a čiastkové SWOT analýzy pre jednotlivé okresy BSK. SWOT analýza je akýmsi spojovacím článkom medzi analytickou a strategicko-programovou časťou. V jej rámci sú predstavené silné (*Strengths*) a slabé stránky (*Weaknesses*), ktoré poskytuje súčasný stav. Ďalej boli na základe vykonaných analytických prác identifikované príležitosti (*Opportunities*) a hrozby (*Threats*), ktoré je vhodné využiť alebo im bude s istou mierou pravdepodobnosti nutné čeliť.

1.3.1 Súhrnná SWOT analýza pre Bratislavský kraj

Predmetom tejto podkapitoly je predstavenie súhrnnej SWOT analýzy pre celý Bratislavský kraj, v ktorej sú rozčlenené všeobecné závery na silné a slabé stránky, príležitosti a hrozby. Všetky ďalej uvádzané skutočnosti vychádzajú z vykonaných analytických prác.

Tabuľka 42: SWOT analýza pre Bratislavský kraj

Silné stránky

- **Zdravšia a aktívnejšia populácia** – Stredná dĺžka života v Bratislavskom kraji v roku 2019 bola 75,5 roka u mužov a 81,8 roka u žien, čo je rádovo o jeden rok viac, ako je priemer Slovenskej republiky. Priemerný občan Bratislavského kraja je (s vekom 40,97 roka) mierne mladší v porovnaní s celou populáciou Slovenskej republiky.
- **Nižší počet obyvateľov pripadajúcich na jedného zdravotníckeho pracovníka** – V rámci všetkých sledovaných profesií (lekár, zubný lekár, farmaceut, zdravotná sestra) pripadlo v Bratislavskom kraji významne menej obyvateľov na jedného lekára ako v ostatných krajoch Slovenskej republiky.
- **Vysoký počet zdravotníckych zariadení** – V Bratislavskom kraji sa nachádza celkovo 21 nemocníc, 35 polikliník rôznych špecializácií a zriaďovateľov a celkovo viac ako 4 177 ambulancií (vr. ambulancií prítomných v týchto nemocniciach a poliklinikách). Bratislavský kraj je v tomto ohľade krajom s kvalitnou dostupnosťou zdravotnej starostlivosti a s významným spádom.
- **Prítomnosť špecializovaných nadregionálnych zariadení** – Prítomnosť špecializovanej zdravotnej starostlivosti sústredenej do vybraných centier s nadregionálnym významom.
- **Prítomnosť kvalitných vzdelávacích zariadení** – V Bratislavskom kraji sa nachádzajú kvalitné vzdelávacie inštitúcie pre nelekárske aj lekárske zdravotnícke povolania.
- **Ambícia Bratislavského kraja** – Vedenie Bratislavského kraja má ambíciu byť podstatne aktívnejším hráčom v oblasti riadenia zdravotnej starostlivosti na svojom území.
- **Prítomnosť vedecko-výskumných inštitúcií** – V Bratislavskom kraji sa nachádza celkovo 10 zdravotníckych zariadení, ktoré sa venujú biomedicínskemu výskumu.

Slabé stránky

- **Rastúci trend zvyšujúceho sa počtu obyvateľov pripadajúceho na jedného lekára a zdravotnú sestru** – Podľa aktuálnych dát (rok 2019) na jedného lekára a jednu zdravotnú sestru v Bratislavskom kraji pripadá 155, resp. 113 obyvateľov. V roku 2009 to pritom bolo 153, resp. 96 obyvateľov.
- **Obmedzené možnosti ovplyvniť stav zdravotníctva v kraji** – Bratislavský kraj je zriaďovateľom len jedného zariadenia, a to Polikliniky Karlova Ves. Na základe tejto skutočnosti môže Bratislavský kraj relatívne málo ovplyvňovať poskytovanie zdravotnej starostlivosti na svojom území.
- **Vysoké disparity v rozložení zdravotníckych zariadení** – Nerovnomerné rozloženie nemocničných zariadení, ordinácií lekárov primárnej starostlivosti a niektorých ambulantných špecialistov na území kraja.
- **Nízka miera previazanosti a integrácie** – Jednotliví poskytovatelia zdravotnej starostlivosti sú nedostatočne zapojení do komplexných a funkčných akútnych, chronických a preventívnych programov. Nedostatočná previazanosť zdravotných, sociálnych a nadväzujúcich služieb.
- **Neprítomnosť komplexnej nemocnice** – V žiadnej nemocnici v Bratislavskom kraji nie je vybudované funkčné traumacentrum zaoberajúce sa neodkladnou lekárskou starostlivosťou o pacientov s vážnymi úrazmi.
- **Nekompatibilita informačných systémov** – Nekompatibilné informačné systémy veľmi nízkej kvality/inteligencie, čo vytvára dátové vákuum s nemožnosťou racionálneho rozhodovania a tiež s nemožnosťou sofistikovanej kontroly kvality a bezpečnosti.
- **Neplnenie niektorých princípov EBD** – V mnohých prípadoch dochádza v bratislavských nemocniciach k porušovaniu princípu „*evidence-based design*“, teda systematického prístupu k liečbe, spájajúceho najlepšie dostupné vedecké dôkazy s klinickou skúsenosťou lekára a s preferenciami a potrebami ošetrovaného pacienta.
- **Nízky počet absolventov stredných zdravotníckych škôl** – V Bratislavskom kraji je dlhodobo najmenej absolventov stredných zdravotníckych škôl. V roku 2018/2019 bolo v tomto kraji evidovaných celkovo 201 absolventov, čo je jednoznačne najmenej v rámci všetkých krajov Slovenskej republiky.
- **Nižší počet rokov života v zdraví** – Všeobecne sa dá povedať, že obyvatelia Slovenskej republiky majú v porovnaní s ostatnými štátmi Európskej únie tretiu najkratšiu dĺžku života v zdraví. Agentúra Eurostat k roku 2019 udáva, že z priemernej strednej dĺžky života s dĺžkou 80,7 roka je priemerný občan Slovenskej republiky v zdraví 55,6 roka. Priemer EÚ je pritom na úrovni 64 zdravých rokov pri strednej dĺžke života na úrovni 83,5 roka. Z hľadiska strednej dĺžky života v dobrom vnímanom zdraví sa obyvatelia BSK cítia byť v dobrom zdraví o 2,5 až 7 rokov dlhšie než občania Slovenskej republiky.

Príležitosti

- **Rozvoj a výstavba nových moderných zdravotníckych zariadení** – V Bratislavskom kraji je v realizácii výstavba dvoch moderných zdravotníckych zariadení, a to nemocnica Svet zdravia v Boroch a Nemocnica v Rázsochách, od ktorých sa očakáva významné skvalitnenie zdravotnej starostlivosti. Nemocnica v Boroch má byť v prevádzke už v roku 2023 a ponúkne pacientom cca 400 lôžok v jednolôžkovom štandarde. Nemocnica bude ďalej vybavená 14 operačnými sálami a jednou hybridnou operačnou sálou. Malo by ísť o prvú modernú komplexnú koncovú nemocnicou v Bratislavskom kraji.
- **Vyššia miera integrácie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti** – Integrácia všetkých poskytovateľov do funkčných akútnych, chronických a preventívnych programov.
- **Posilnenie vplyvu kraja v oblasti zdravotnej starostlivosti** – Vyššia angažovanosť kraja v oblasti rozvoja zdravotníckych služieb a zvýšenie vplyvu kraja na vytváranie siete poskytovateľov zdravotných služieb.
- **Využitie nových technológií a efektívnejšie využitie dát** – Vytvorenie unifikovaného informačného systému, ktorý umožní „paper-free“ režim na všetkých úrovniach zdravotnej starostlivosti (elektronizácie a digitalizácie). Rovnako otvorí dvere anorganickej inteligencii (virtuálny lekár).
- **Zvýšenie dostupnosti primárnej zdravotnej starostlivosti** – Motivácia poskytovateľov na zabezpečenie predovšetkým primárnej zdravotnej starostlivosti vo vidieckych a v periférnych oblastiach kraja.
- **Rozvoj ľudských zdrojov** – Podpora vzdelávania lekárskeho aj nelekárskeho zdravotníckeho personálu a zamedzenie odlivu lekárskeho a nelekárskeho personálu z Bratislavského kraja smerujúcich do iných regiónov alebo zahraničia.
- **Rozvoj sociálno-zdravotného pomedzia** – Vznik, ukotvenie a zaistenie vyššej priepustnosti zdravotných, sociálnych a nadväzujúcich služieb s cieľom vytvorenia služieb sociálno-zdravotného pomedzia.
- **Zlepšenie zdravotnej gramotnosti obyvateľov** – Kontinuálna podpora zámerov a realizácie propagačno-motivačných aktivít v oblasti starostlivosti o zdravie, zvyšovanie zdravotnej gramotnosti a prevencie chorôb.
- **Rozvoj medicínskeho turizmu** – Slovenská republika má všeobecne podľa indexu *Euro Health Consumer Index* (k roku 2018) v porovnaní s niektorými konkurentmi lepšiu zdravotnú starostlivosť. Podľa toho indexu je slovenské zdravotníctvo na vyššej úrovni než napr. v Španielsku, Taliansku, Poľsku alebo v Maďarsku. Zdravotníctvo na silnom trhu vo Veľkej Británii je hodnotené len o 6 bodov lepšie (SR disponuje 722 bodmi, VB potom 728 bodmi). Táto skutočnosť spolu s porovnateľnou alebo aj nižšou cenovou hladinou poskytovanej zdravotnej starostlivosti vytvára značný potenciál (tzv. „*unique selling proposition*“) napr. v oblasti súkromnej plastickej chirurgie.
- **Rozvoj spolupráce s ostatnými samosprávnymi krajinami** – Keďže bratislavské nemocnice poskytujú nemocničnú zdravotnú starostlivosť nielen obyvateľom BSK, ale terciárne služby poskytujú rovnako Trnavskému, Nitrianskemu a čiastočne Trenčianskemu kraju, mala by byť úzka spolupráca najmä s týmito krajinami jedným z dôležitých pilierov činnosti BSK. Spoločným cieľom by malo byť vytvorenie integrovaného zdravotného systému.

Hrozby

- **Znižovanie ľudských zdrojov z dôvodu odchodu pracovníkov do starobného dôchodku** – Ľudské zdroje v oblasti zdravotníctva starnú. Od roku 2009 došlo k nárastu podielu lekárov v pred dôchodkovom a dôchodkovom veku (vo veku nad 60 rokov) z pôvodných 15,5 % (v roku 2009) na 26,4 % (v roku 2019). Pri zubných lekároch sa potom podiel zubárov v pred dôchodkovom a dôchodkovom veku zvýšil z pôvodných 22,7 % (v roku 2009) na 33,7 % (v roku 2019).
- **Znižovanie ľudských zdrojov z dôvodu odchodu zdravotníckeho personálu do zahraničia** – Podľa vyjadrenia lekárskej fakulty aktuálne odchádza do zahraničia približne 10 – 20 % absolventov zdravotníckych odborov.
- **Starnutie populácie a vyššie nároky na kapacitu zariadení poskytujúcich zdravotnú starostlivosť** – Socio-demografický vplyv starnutia populácie vyvoláva nutnosť zmeny v štruktúre a rozsahu zdravotníckych služieb.
- **Nezabezpečenie optimálneho objemu prostriedkov** – Nedostatočný objem finančných prostriedkov potrebných na obstaranie, obmenu a údržbu zdravotníckej techniky a prístrojového vybavenia spôsobuje morálne a technické starnutie zdravotníckej infraštruktúry.
- **Nestabilita zdravotníckeho personálu spôsobená vyššou konkurenciou** – Vznik nových zariadení nesie so sebou riziko divokej konkurencie so sprievodnou personálnou „vojnou“, a teda paradoxný pokles kvality a bezpečnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti.
- **Vplyvy nezdravého životného štýlu** – Rozvoj civilizačných chorôb ovplyvňujúcich kvalitu života obyvateľov v dôsledku nezdravého životného štýlu.
- **Negatívne vplyvy pandémie ochorenia COVID-19** – Zhoršenie zdravotného stavu obyvateľstva Bratislavského kraja z dôvodu odkladania zákrokov a obmedzenia preventívnej starostlivosti (napr. zistenie onkologických nálezov v pokročilejších stupňoch ochorenia).

Zdroj: Vlastné spracovanie

1.3.2 Čiastkové regionálne SWOT analýzy

V rámci tejto podkapitoly sú prezentované SWOT analýzy pre jednotlivé okresy Bratislavského kraja. Všetky uvádzané skutočnosti vychádzajú z vykonaných analytických prác. Takto vykonaná SWOT analýza je kľúčová s ohľadom na identifikáciu konkrétne cielených optimalizačných opatrení (predmetom strategicko-programovej časti), a to z toho dôvodu, že Bratislavský kraj je heterogénnym regiónom. Bratislavský kraj má významné centrum, rozsiahle predmestia a ďalej oblasti s výrazne nižšou hustotou zaľudnenia.

S ohľadom na to, že skutočnosti uvedené v súhrnnej SWOT analýze sú platné pre jednotlivé okresy, nie sú tieto skutočnosti pre dané okresy znovu zmieňované.

Bratislava I

Počet obyvateľov (2019): 41 494

Rozloha: 9,6 km²

Hustota zaľudnenia (2019): 4 327 obyv./km²

Bratislava I predstavuje centrálny okres Bratislavského kraja, ktorý sa vyznačuje vysokou hustotou zaľudnenia. Z hľadiska zdravotníctva je v danom okrese k dispozícii významná kapacita vytváraná najmä



nemocnicami, a to Nemocnicou Staré Mesto, Onkologickým ústavom sv. Alžbety a Univerzitnou nemocnicou s poliklinikou Milosrdní bratia. Ďalej sa v okrese nachádza Nemocnica sv. Michala a celkovo 6 polikliník a 849 ambulancií rôznych špecializácií a zriaďovateľov (vr. ambulancií prítomných vo vyššie uvedených nemocniciach a poliklinikách). S ohľadom na svoju polohu okres disponuje mimoriadnou dostupnosťou záchrannej zdravotnej služby.

Tabuľka 43: SWOT analýza – okres Bratislava I

Silné stránky	Slabé stránky
Vysoká kapacita zdravotníckej infraštruktúry – V okrese Bratislava I sa nachádzajú celkovo 4 nemocnice a 6 polikliník. Na jedno také zariadenie v priemere pripadá 4 149 občanov (priemer BSK je 11 868 občanov na jedno také zariadenie). Kvalitná dostupnosť vybraných ambulantných zariadení – V okrese je nadštandardná dostupnosť všeobecných ambulancií pre dospelých, ambulancií zubných lekárov a gynekologicko-pôrodných ambulancií (počet obyvateľov pripadajúcich na jednu takú ambulanciu je približne tretinový oproti priemeru BSK). Kvalitná dostupnosť záchrannej zdravotníckej služby – V okrese alebo jeho tesnom okolí sa nachádza niekoľko staníc ZZS, a to aj staníc s heliportom.	Vysoký podiel obyvateľov v postprodukčnom veku – Okres Bratislava I je z hľadiska podielu osôb vo veku nad 65 najstarším okresom Bratislavského kraja, a to s podielom 21,1 % osôb spadajúcich do tejto vekovej kategórie.
Príležitosti	Hrozby
Rozvoj spolupráce so vzdelávacími inštitúciami – Ďalší rozvoj spolupráce so vzdelávacími inštitúciami pôsobiacimi v oblasti zdravotníctva (napr. LF Univerzity Komenského). Rozvoj zdravotníckej infraštruktúry – Okres Bratislava I disponuje vysokou kapacitou zdravotníckej infraštruktúry, ktorú je možné ďalej rozvíjať, a to najmä z hľadiska kvality poskytovaných služieb. Rozvoj cezhraničnej spolupráce s Rakúskom – Okres Bratislava I má potenciál nadviazať vzájomnú cezhraničnú spoluprácu s Rakúskom.⁴²	Starnutie zdravotníckej infraštruktúry – Zhoršenie podmienok v zdravotníctve v prípade nerealizácie potrebných investícií. Nedostatočná kapacita – Bratislava I je dôležitým spádovým okresom, ktorého infraštruktúra je využívaná pacientmi z celého Bratislavského kraja. V tomto kontexte bude zdravotnícka infraštruktúra čeliť vyššiemu zaťaženiu, a to napr. z dôvodu pokračujúceho demografického starnutia a rozvoja súvisiacich civilizačných a chronických chorôb.

Zdroj: Vlastné spracovanie

Bratislava II

Počet obyvateľov (2019): 115 938

Rozloha: 92,5 km²

Hustota zaľudnenia (2019): 1 254 obyv./km²



Okres Bratislava II sa nachádza vo východnej časti mesta Bratislava. Svojím počtom obyvateľov ide aktuálne o najväčší a súčasne o druhý najhustejšie zaľudnený okres Bratislavského kraja. V sledovanom okrese sa aktuálne nachádza celkovo päť nemocníc, a to NsP Ružinov, AGEL Clinic, Clinica Orthopedica, Špecializovaná geriatrická nemocnica Podunajské Biskupice a Centrum pre liečbu drogových závislostí. Ďalej sa v okrese nachádza celkovo 10 polikliník a 982 ambulancií rôznych špecializácií a zriaďovateľov (vr. ambulancií prítomných vo vyššie uvedených nemocniciach a poliklinikách).

Tabuľka 44: SWOT analýza – okres Bratislava II

Silné stránky	Slabé stránky
Vysoká kapacita zdravotníckej infraštruktúry – V okrese Bratislava II sa nachádza celkovo 6 nemocníc a 10 polikliník. Na jedno také zariadenie v priemere pripadá 7 246 občanov (priemer BSK je 11 868 občanov na jedno také zariadenie).	Vysoký podiel obyvateľov v postproduktívnom veku – Okres Bratislava II je z hľadiska podielu osôb vo veku nad 65 druhým najstarším okresom Bratislavského kraja, a to s podielom 19,1 % osôb spadajúcich do tejto vekovej kategórie.

Príležitosti	Hrozby
Rozvoj zdravotníckej infraštruktúry – Okres Bratislava II disponuje vysokou kapacitou zdravotníckej infraštruktúry, ktorú je možné ďalej rozvíjať, a to najmä z hľadiska kvality poskytovaných služieb. Rozvoj cezhraničnej spolupráce s Rakúskom – Okres Bratislava II má potenciál nadviazať vzájomnú cezhraničnú spoluprácu s Rakúskom.	Nedostatočná kapacita – Bratislava II je kľúčovým spádovým okresom, ktorého infraštruktúra je využívaná pacientmi z celého Bratislavského kraja. V tomto kontexte bude zdravotnícka infraštruktúra čeliť vyššiemu zaťaženiu, a to napr. z dôvodu pokračujúceho demografického starnutia a rozvoja súvisiacich civilizačných a chronických chorôb. Starnutie zdravotníckej infraštruktúry – Zhoršenie podmienok v zdravotníctve v prípade nerealizácie potrebných investícií.

Zdroj: Vlastné spracovanie

Bratislava III

Počet obyvateľov (2019): 68 696

Rozloha: 74,7 km²

Hustota zaľudnenia (2019): 920 obyv./km²



Okres Bratislava III tvorí severnú časť hlavného mesta. Na juhu susedí s okresmi hlavného mesta a na severe s okresmi Pezinok a Malacky, na východe potom s okresom Senec. V okrese sa aktuálne nachádza celkovo 5 nemocníc, a to Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, Železničná nemocnica a poliklinika, Národný ústav detských chorôb, Národný onkologický ústav Bratislava a Nemocnica akademika L. Déreera. Ďalej sa v okrese nachádza celkovo 5 polikliník a 785 ambulancií rôznych špecializácií a zriaďovateľov

(vr. ambulancií prítomných vo vyššie uvedených nemocniciach a poliklinikách). V okrese je tiež významne zastúpený biomedicínsky výskum, keď sa tu nachádzajú celkovo 4 zariadenia, ktoré ho implementujú.

Tabuľka 45: SWOT analýza – okres Bratislava III

Silné stránky	Slabé stránky
Vysoká kapacita zdravotníckej infraštruktúry – V okrese Bratislava III sa nachádza celkovo 5 nemocníc a 5 polikliník. Na jedno také zariadenie v priemere pripadá 6 870 občanov (priemer BSK je 11 868 občanov na jedno také zariadenie). Vysoký počet zariadení prevádzkujúcich biomedicínsky výskum – V okrese Bratislava III sa nachádzajú 4 také zariadenia (v celom BSK je potom 10 zariadení prevádzkujúcich biomedicínsky výskum).	Nižšia dostupnosť ambulancií pre deti a dospelosť – V okrese Bratislava III sa nachádza celkovo 11 ambulancií pre deti a dospelosť. Celkovo by na jednu takú ambulanciu pripadalo 6 245 obyvateľov, resp. 1 088 detí do 14 rokov. Priemer BSK je pritom 4 781 obyvateľov, resp. 841 detí do 14 rokov veku.

Príležitosti	Hrozby
Rozvoj zdravotníckej infraštruktúry – Okres Bratislava III disponuje vysokou kapacitou zdravotníckej infraštruktúry, ktorú je možné ďalej rozvíjať, a to najmä z hľadiska kvality poskytovaných služieb. Plné využitie kapacity a rozvoj zariadení prevádzkujúcich biomedicínsky výskum – Okres Bratislava III disponuje vysokou kapacitou z hľadiska biomedicínskeho výskumu, ktorú je vhodné využiť a ďalej rozvíjať (pandémia ochorenia COVID-19 významne zvýšila prestíž zdravotníckych výskumných inštitúcií), pričom ide o dôležitý determinant, ktorý môže dopomôcť lepšie zvládnuť budúce výzvy. Rozvoj cezhraničnej spolupráce s Rakúskom – Okres Bratislava III má potenciál nadviazať vzájomnú cezhraničnú spoluprácu s Rakúskom.	Starnutie zdravotníckej infraštruktúry – Zhoršenie podmienok v zdravotníctve v prípade nerealizácie potrebných investícií. Nedostatočná kapacita – Bratislava III je kľúčovým spádovým okresom, ktorého infraštruktúra je využívaná pacientmi z celého Bratislavského kraja. V tomto kontexte bude zdravotnícka infraštruktúra čeliť vyššiemu zaťaženiu, a to napr. z dôvodu pokračujúceho demografického starnutia a rozvoja súvisiacich civilizačných a chronických chorôb.

Zdroj: Vlastné spracovanie

Bratislava IV

Počet obyvateľov (2019): 97 526

Rozloha: 96,7 km²

Hustota zaľudnenia (2019): 1 009 obyv./km²



Bratislava IV tvorí severozápadnú časť hlavného mesta, ktorá susedí na západe s Rakúskou republikou, na juhu a na východe s ďalšími okresmi hlavného mesta a na severe s okresom Malacky. V okrese sa nenachádza žiadna nemocnica, ale sú tu 3 polikliniky a 369 ambulancií rôznych špecializácií a zriaďovateľov (vr. ambulancií prítomných v zmieňovaných poliklinikách). S ohľadom na počet polikliník a blízkosť ďalších centrálnych Bratislavských okresov nebola v tomto okrese identifikovaná nízka dostupnosť zdravotníckej

infraštruktúry. V danom okrese navyše aktuálne prebiehajú stavebné práce na dvoch nových nemocniciach, a to nemocnici Svet zdravia v Boroch a Nemocnici v Rázsochách.

Tabuľka 46: SWOT analýza – okres Bratislava IV

Silné stránky	Slabé stránky
Dobrá dostupnosť zdravotnej starostlivosti – Napriek tomu, že aktuálne sa v okrese Bratislava IV nenachádza vysoký počet zariadení, vďaka blízkosti k ostatným kapacitne silným okresom Bratislavského kraja ide o okres s dobrou dostupnosťou.	Nižšia dostupnosť gynekologicko-pôrodných ambulancií – V okrese Bratislava IV pripadá na jednu gynekologicko-pôrodnú ambulanciu 3 931 žien (priemer BSK je 1 759 žien). Tento nedostatok je čiastočne kompenzovaný vyššou dostupnosťou tejto ambulantnej starostlivosti v okolitých okresoch.
Príležitosti	Hrozby
Skvalitnenie starostlivosti v dôsledku výstavby nových nemocníc – V okrese Bratislava IV je vo fáze výstavby nová moderná nemocnica Svet zdravia v Boroch a Nemocnica v Rázsochách. Prvé menované zariadenie má byť najväčšou súkromnou nemocnicou v SR. Rozvoj cezhraničnej spolupráce – Ide o okres bezprostredne susediaci s Rakúskou republikou, keď bude možné využiť potenciál tejto geografickej polohy, a to aj s ohľadom na rozvoj cezhraničnej spolupráce a prítomnosť plánovaných nemocníc novej generácie.	Demografické starnutie populácie a vyššie nároky na kapacitu zdravotnej starostlivosti – V okrese Bratislava IV by sa mal do roku 2030 zvýšiť podiel osôb v postprodukívnom veku na 20,7 % (oproti 18,3 % v roku 2019), čo významne zvýši nároky na dostupnosť a kapacitu zdravotnej starostlivosti.

Zdroj: Vlastné spracovanie

Bratislava V

Počet obyvateľov (2019): 111 640

Rozloha: 94,2 km²

Hustota zaľudnenia (2019): 1 185 obyv./km²



Okres Bratislava V tvorí južnú časť hlavného mesta Bratislava. Na západe susedí s Maďarskou republikou a s Rakúskou republikou, na východe s okresom Senec a na severe s ďalšími okresmi hlavného mesta. Celkovo sa tu nachádzajú dve nemocnice, a to Nemocnica sv. Cyrila a Metoda a súkromná Nemocnica s poliklinikou Medissimo. Ďalej sa v okrese nachádza celkovo 7 polikliník (Zápороžská; Fedinova; Strečnianska; Šustekova; SI Medical, s.r.o.; Pneumomed, s.r.o.; Euromedix, a.s.).

Tabuľka 47: SWOT analýza – okres Bratislava V

Silné stránky	Slabé stránky
Dobrá dostupnosť zdravotnej starostlivosti – V okrese sa nachádzajú celkovo 2 nemocnice a 7 polikliník. Tieto nemocničné zariadenia spolu s blízkosťou kapacitne silných okresov Bratislavského kraja zaisťujú, že okres Bratislava V je okresom s kvalitnou zdravotníckou dostupnosťou.	Silný proces demografického starnutia – Okres Bratislava V je okresom, v ktorom je už teraz najnižšie zastúpenie predproduktívnej zložky populácie a súčasne jedno z najväčších zastúpení poproduktívnej vekovej kategórie. Očakávaný demografický trend túto disproporciu ešte zvýši a je možné očakávať, že pôjde o najrýchlejšie starnúci región (za inak nezmenených okolností).

Príležitosti	Hrozby
Rozvoj cezhraničnej spolupráce – Ide o okres bezprostredne susediaci s Rakúskou republikou a Maďarskou republikou. Tieto skutočnosti vytvárajú potenciál nadviazať vzájomnú cezhraničnú spoluprácu.	Rastúca záťaž zdravotníckeho systému – Zatiaľ čo v roku 2020 bol podiel osôb starších ako 65 rokov na úrovni 17,4 %, už v roku 2030 sa očakáva, že podiel osôb v tejto vekovej kategórii bude v okrese na úrovni 24,9 %.

Zdroj: Vlastné spracovanie

Malacky

Počet obyvateľov (2019): 74 323

Rozloha: 949,5 km²

Hustota zaľudnenia (2019): 78 obyv./km²



Okres Malacky je severným regiónom Bratislavského kraja, ktorý hraničí na severe s okresmi Senica a Trnava v Trnavskom kraji, na juhu s okresom Pezinok a s hlavným mestom Bratislava. V okrese sa nachádza jediná nemocnica, a to Nemocnica Malacky, ktorá je súkromná, a jedna poliklinika. Súčasne je tu pacientom k dispozícii 217 ambulancií rôznych špecializácií a zriaďovateľov (vr. ambulancií prítomných vo vyššie uvedených nemocniciach a poliklinikách).

Tabuľka 48: SWOT analýza – okres Malacky

Silné stránky	Slabé stránky
Mladšia populácia – Okres Malacky je mladým okresom, v ktorom je podiel obyvateľov v predproduktívnom veku na úrovni 17,9 % a v postproduktívnom veku na úrovni 15,5 % (priemer Slovenskej republiky je 15,8 %, resp. 16,6 %). V tomto kontexte možno očakávať, že populácia sledovaného	Nízka kapacita zdravotníckej infraštruktúry – V okrese Malacky sa nachádza 1 nemocnica a 1 poliklinika. Pri prepočte počtu obyvateľov na jedno také zariadenie tak pripadá 37 162 obyvateľov na jednu nemocnicu alebo polikliniku (priemer BSK je 11 868 obyv.).

Silné stránky	Slabé stránky
okresu je v porovnaní so zvyšnými okresmi Bratislavského kraja skôr zdravšia (napr. z pohľadu zastúpenia chronických ochorení).	Nižšia dostupnosť vybraných ambulantných zariadení – V okrese Malacky pripadá na jednu ambulanciu zubného lekára 2 252 obyvateľov, resp. na jednu gynekologicko-pôrodnú ambulanciu 4 327 žien (priemer BSK je pritom 1 019 obyv. a 1 759 žien). Absentujúce zariadenia APS pre deti a dospelosť – V okrese sa nenachádza žiadne zariadenie APS pre deti a dospelosť.

Príležitosti	Hrozby
Rozvoj cezhraničnej spolupráce – Ide o okres bezprostredne susediaci s Rakúskou republikou, keď nedostatočnosť v oblasti zaistenia dostupnej zdravotnej starostlivosti vr. služieb ZZS možno do istej miery suplovať pomocou ďalšieho rozvoja cezhraničnej spolupráce. Rast kapacít zdravotnej infraštruktúry a dostupnosti ambulantných zariadení – Posilnenie zdravotníckej infraštruktúry alebo rozvoj spolupráce s okolitými okresmi.	Rast disparít – V okrese Malacky je očakávaný demografický rast, a to aj v dôsledku pokračujúceho procesu suburbanizácie. To môže zapríčiniť rast disparít a nižšiu dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre väčšiu časť populácie Bratislavského kraja.

Zdroj: Vlastné spracovanie

Pezinok

Počet obyvateľov (2019): 65 145

Rozloha: 375,5 km²

Hustota zaľudnenia (2019): 173 obyv./km²



Okres Pezinok leží v severovýchodnej časti Bratislavského kraja. Na severovýchode hraničí s okresom Trnava v Trnavskom kraji, na juhozápade s hlavným mestom Bratislava, na juhu s okresom Senec a na severozápade s okresom Malacky. V okrese sa nachádza nemocnica Psychiatrická nemocnica Philippha Pinela, Nemocnica Modra a jedna poliklinika. Súčasne je tu pacientom k dispozícii 174 ambulancií rôznych špecializácií a zriaďovateľov (vr. ambulancií prítomných vo vyššie uvedených nemocniciach a poliklinikách).

Tabuľka 49: SWOT analýza – okres Pezinok

Silné stránky	Slabé stránky
Mladšia populácia – Okres Pezinok je mladým okresom, v ktorom je podiel obyvateľov v predproduktívnom veku na úrovni 18,5 % a v postproduktívnom veku na úrovni 15,6 % (priemer Slovenskej republiky je 15,8 %, resp. 16,6 %). V tomto kontexte je možné očakávať, že populácia sledovaného okresu je v porovnaní s ostatnými okresmi Bratislavského kraja skôr zdravšia (napr. z pohľadu zastúpenia chronických ochorení).	Nízka kapacita zdravotníckej infraštruktúry – V okrese Pezinok sa nachádza 1 nemocnica a 1 poliklinika. Pri prepočte počtu obyvateľov na jedno také zariadenie tak pripadá na jednu nemocnicu alebo polikliniku 32 573 obyvateľov (priemer BSK je 11 868 obyv.). Nižšia dostupnosť vybraných ambulantných zariadení – V okrese Pezinok pripadá na jednu ambulanciu zubného lekára 2 036 obyvateľov, na jednu ambulanciu všeobecného lekárstva 2 832 obyvateľov a na jednu gynekologicko-pôrodnú ambulanciu 4 327 žien (priemer BSK je pritom 1 019 obyv., 1 872 obyv. a 1 759 žien).
Príležitosti	Hrozby
Rast kapacít flexibilnej zdravotnej infraštruktúry a dostupnosti ambulantných zariadení – Posilnenie zdravotníckej infraštruktúry alebo rozvoj spolupráce s okolitými okresmi.	Rast disparít – V okrese Pezinok je očakávaný demografický rast, a to aj v dôsledku pokračujúceho procesu suburbanizácie. To môže zapríčiniť rast disparít a nižšiu dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre väčšiu časť populácie Bratislavského kraja.

Zdroj: Vlastné spracovanie

Senec

Počet obyvateľov (2019): 89 832

Rozloha: 359,9 km²

Hustota zaľudnenia (2019): 250 obyv./km²



Okres Senec leží v juhovýchodnej časti Bratislavského kraja. Na severe hraničí s okresom Pezinok, na západe s okresmi hlavného mesta Bratislava a na juhu s okresmi Dunajská Streda a Galanta v Trnavskom kraji. V okrese sa nachádza jediná nemocnica, a to špecializovaná rehabilitačná nemocnica TETIS, s.r.o., a dve polikliniky. Súčasne je tu pacientom k dispozícii 190 ambulancií rôznych špecializácií a zriaďovateľov (vr. ambulancií prítomných vo vyššie uvedených nemocniciach a poliklinikách). Okres Senec je najdynamickejšie rastúcim okresom Bratislavského kraja.

Tabuľka 50: SWOT analýza – okres Senec

Silné stránky	Slabé stránky
Mladšia populácia – Okres Senec je najmladším okresom Bratislavského kraja, v ktorom je podiel obyvateľov v predproduktívnom veku na úrovni 21,4 % a v postproduktívnom veku na úrovni 12,8 % (priemer Slovenskej republiky je 15,8 %, resp. 16,6 %). V tomto kontexte je možné očakávať, že populácia sledovaného okresu je v porovnaní s ostatnými okresmi Bratislavského kraja skôr zdravšia (napr. z pohľadu zastúpenia chronických ochorení).	Nízka kapacita zdravotníckej infraštruktúry – V okrese Senec sa nachádza 1 nemocnica a 2 polikliniky. Pri prepočte počtu obyvateľov na jedno také zariadenie tak pripadá na jednu nemocnicu alebo polikliniku 29 944 obyvateľov (priemer BSK je 11 868 obyv.). Nižšia dostupnosť vybraných ambulantných zariadení – V okrese Senec pripadá na jednu ambulanciu zubného lekára 2 191 obyvateľov, na jednu ambulanciu všeobecného lekárstva 3 327 obyvateľov a na jednu gynekologicko-pôrodnú ambulanciu 4 707 žien (priemer BSK je pritom 1 019 obyv., 1 872 obyv. a 1 759 žien). Absentujúce zariadenie APS pre dospelých – V okrese sa nenachádza žiadne zariadenie APS pre dospelé osoby.

Príležitosti	Hrozby
Zaistenie ambulantnej pohotovostnej služby pre dospelých – V okrese nie je zaistená APS pre dospelých. Zaistenie tejto služby by významne zvýšilo dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre viac ako 72 000 obyvateľov. Rast kapacít zdravotnej infraštruktúry – Posilnenie zdravotníckej infraštruktúry alebo rozvoj spolupráce s okolitými okresmi.	Znižujúca sa dostupnosť zdravotnej starostlivosti – V okrese Senec by sa podľa prevedenej projekcie mala do roku 2030 zvýšiť populácia oproti roku 2019 o 25,7 % (za inak nezmenených okolností). Táto skutočnosť bude klásť významné nároky na zaistenie zodpovedajúcej občianskej vybavenosti, a to nielen v oblasti zdravotníctva.

Zdroj: Vlastné spracovanie

2 STRATEGICKO-PROGRAMOVÁ ČASŤ

BSK má povinnosť starať sa o všeobecný rozvoj svojho územia a potreby svojich občanov, pričom zabezpečenie a rozvoj kvalitnej zdravotnej starostlivosti patrí k hlavným prioritám samosprávneho kraja.

Na základe analýzy súčasného stavu zdravotnej a sociálno-zdravotnej starostlivosti v Bratislavskom samosprávnom kraji a SWOT analýzy je cieľom tejto kapitoly stanoviť ciele a opatrenia rozvoja a vývoja zdravotnej starostlivosti v BSK.

Na základe takto stanovených cieľov a opatrení bol stanovený akčný plán, ktorý je súčasťou kapitoly č. 3 tejto stratégie.

2.1 Vízia

Bratislavský samosprávny kraj ako región, v ktorom sa obyvatelia dožívajú vysokého veku v dobrom zdraví a v ktorom je zdravotný systém orientovaný na pacienta.

2.2 Hlavné závery analytickej časti

Na základe analytickej časti súčasného stavu vrátane SWOT analýzy a ostatných získaných informácií vyplynulo niekoľko skutočností:

- ✓ Poskytovanie zdravotnej starostlivosti v najbližšej budúcnosti bude determinované nárastom potreby, resp. dopytu po zdravotnej starostlivosti spolu s personálnym deficitom zdravotníkov. Nárast potreby je spôsobený hlavne demografickými zmenami v populácii, keď sa do pozície čistých konzumentov zdravotnej starostlivosti dostávajú silné populačné ročníky a percento ľudí nad 50 rokov bude kontinuálne stúpať. Zároveň sa predlžuje aj priemerná dĺžka života a menia sa nároky klientov a systému na kvalitu poskytovanej starostlivosti. Klinické postupnosti vedúce k zlepšeniu, resp. udržaniu zdravotného stavu sú intenzívnejšie, komplexnejšie, viazané na koordináciu viacerých poskytovateľov, povolaní a špecializácií. Vo všeobecnosti sa dá konštatovať, že možno očakávať výrazný nárast požiadaviek na zdravotný systém, a to aj intenzívnych, ako aj tzv. následných zdravotných výkonov. Existujúci procesný model poskytovania zdravotnej starostlivosti, navyše v situácii straty historickej integrácie, nebude, resp. už dnes nie je schopný tento zvýšený nárast požiadaviek plniť.
- ✓ V Bratislave sídlia viaceré významné zdravotnícke zariadenia, ako sú národné ústavy a Univerzitná nemocnica Bratislava, ktoré svojím záberom presahujú hranice BSK. Tieto zariadenia poskytujú terciárnu a tiež sekundárnu starostlivosť všetkým obyvateľom BSK. Navyše je potrebné počítať s tým, že Nemocnica Bory bude takisto v blízkej budúcnosti poskytovať zdravotnú starostlivosť na území BSK. Analytická časť ukázala, že situácia nie je uspokojivá – nielen stavom budov ako takých, ale aj úrovňou procesov, organizačných modelov a mierou dezintegrácie. Tomu zodpovedajú aj výsledky kvalitatívnych sond, ktoré boli vykonané v rámci analytickej časti. Neštandardná situácia v BSK spôsobila, že vznikla navyše dezintegračná línia v celom systéme. Nemocnice poskytujúce terciárnu starostlivosť sú výlučne pod gesciou MZ SR a z pozície BSK nie je možné ovplyvňovať kvalitu či objem ich výkonu. Organizačne aj ekonomicky sa vymedzujú voči ostatným poskytovateľom, zatiaľ čo ambulantná sféra je v gescii BSK. Dve oblasti zdravotnej starostlivosti, ktoré by mali tvoriť integrovaný systém, sú takto umelo administratívne a organizačne separované. V takejto konštelácii nie je možné očakávať optimálny výkon.
- ✓ Preventívne programy a programy na včasnú diagnózu (napr. onkologické ochorenia) dospelých populácie majú veľmi malý (takmer žiadny) vplyv na zdravotný stav obyvateľov BSK.

2.3 Priority BSK v oblasti zdravotnej starostlivosti v súlade s analytickou časťou PHRSR BSK na roky 2021 – 2027

Z kvantitatívnej analýzy súčasného stavu aj z analytickej časti dokumentu PHRSR vyplýva, že populácia BSK najviac rastie v okrese BA III a v okresoch Pezinok a Senec. Najrizikovejšiu vekovú štruktúru obyvateľstva (najviac obyvateľov nad 65 rokov) má okres BA I, naopak, najmenej rizikovú vekovú štruktúru obyvateľstva (najmenej ľudí nad 65 rokov) má okres Senec. Zároveň však platí, že v rámci BSK ako celku postupne narastá počet obyvateľov s vekom nad 65 rokov, inými slovami, obyvateľstvo BSK starne. Tiež značne narastá počet obyvateľov BSK (ešte vo väčšej miere, ako bolo prognózované). Najväčší prírastok obyvateľstva v rokoch 2011 – 2018 zaznamenal okres Senec (20,5-tis. obyvateľov).

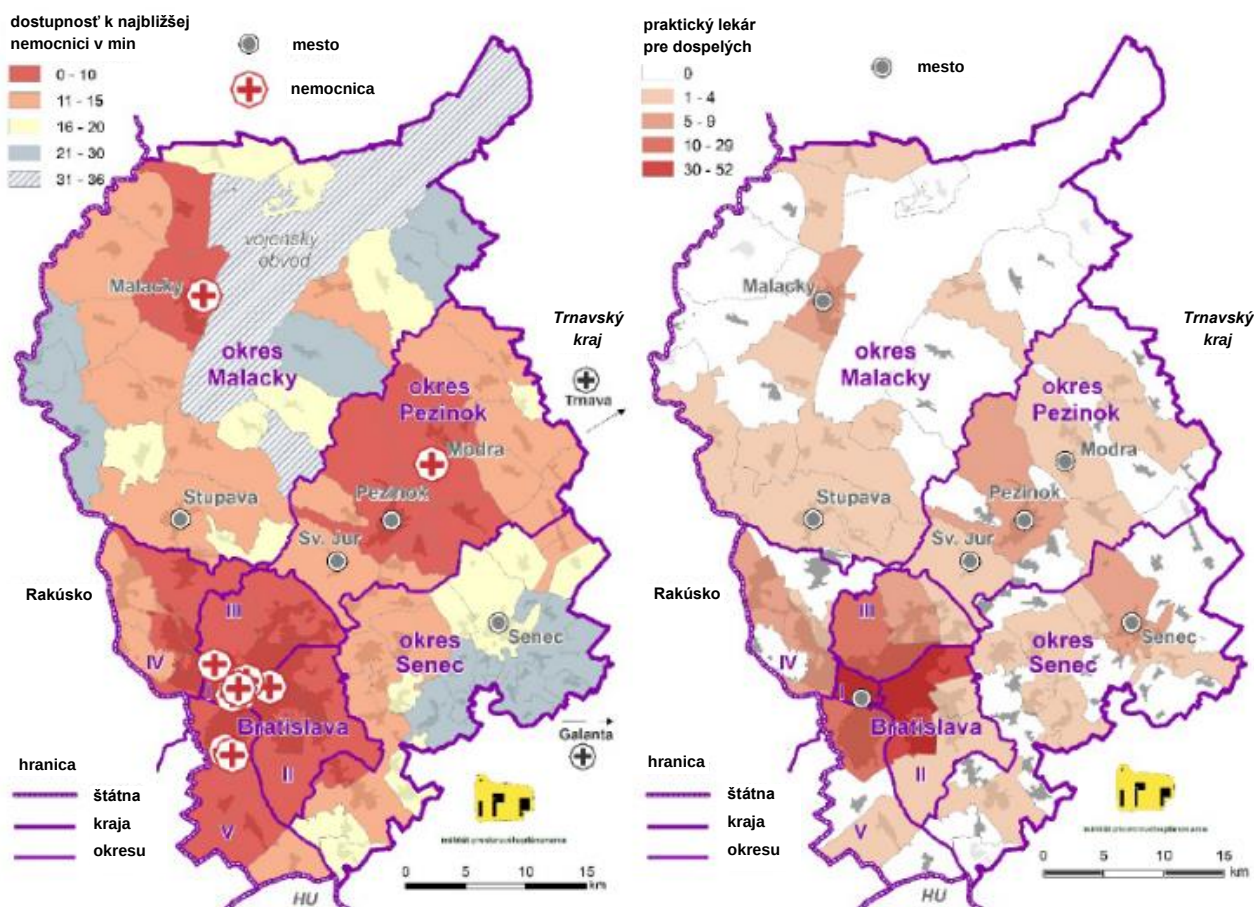
Čo sa týka rozmiestnenia zdravotníckych zariadení, najväčší počet je koncentrovaný v centrálnej časti Bratislavy, najmä v okrese BA II, ktorý má najvyššiu hustotu obyvateľstva. Kvôli najväčšej rozlohe a najnižšej hustote obyvateľstva je nedostatok zdravotníckych zariadení v okrese Malacký, veľká časť územia nemá napríklad dostupnosť k najbližšej nemocnici do pol hodiny. V nevyhovujúcom stave je aj infraštruktúra zdravotníckych zariadení v okrese Senec.

Cieľom tohto dokumentu, ako aj dokumentu PHRSR BSK na roky 2021 – 2027 je zlepšiť všeobecnú dostupnosť zdravotnej starostlivosti v okresoch Malacký a Senec, kde je nedostatočná infraštruktúra zdravotníckych zariadení (biele miesta vpravo v rámci obrázka č. 11). Zároveň by malo byť cieľom BSK zabezpečiť vhodnú zdravotnú starostlivosť pre starnúce obyvateľstvo hlavného mesta SR Bratislava (napr. ADOS atď.).

Medzi problémy a výzvy v oblasti zdravotníctva podľa PHRSR BSK na roky 2021 – 2027 patrí modernizačný dlh zariadení ústavnej a ambulantnej zdravotnej starostlivosti, chýbajúca koncová komplexná nemocnica na území hlavného mesta SR Bratislava, kapacita a dostupnosť ambulantnej starostlivosti v lokalitách mimo územia Bratislavy, poddimenzovaná sieť lekárov prvého kontaktu a časová dostupnosť špecializovanej zdravotnej starostlivosti (čakacie listiny), nedostatočná ponuka zdravotných služieb (napr. ADOS, paliatívna starostlivosť a pod.), nedostatok lekárov, sestier a iného zdravotníckeho personálu (existujúce prekážky pri prijímaní zdravotníckeho personálu zo zahraničia) a takisto nízka atraktivita pre zriaďovanie a udržiavanie ambulancií lekárov.

Na zníženie vplyvov z vyššie opísaných skutočností, ktoré negatívne ovplyvňujú zabezpečenie kvalitnej, efektívnej a zároveň dostupnej zdravotnej starostlivosti, je potrebné, aby si BSK stanovil súbor opatrení, ktoré sú opísané nižšie.

Obrázok 11: Mapy z dokumentu PHRSR BSK na roky 2021 – 2027



Zdroj: Analytická časť PHRSR BSK 2021 – 2027 (s výhľadom do roku 2030), str. 146

2.4 Globálny cieľ

Podporiť poskytovanie patientsky a rodinne orientovanej integrovanej a komplexnej zdravotnej starostlivosti a prevencie použitím systémových riešení. Podrobný organigram je súčasťou prílohy.

2.4.1 Priorita 1 – Integrácia systému zdravotnej starostlivosti

Vývoj spoločnosti a medicíny per-se prináša skutočnosť, keď výsledok liečby pacienta závisí od správnosti a reťazenia viacerých vstupov rozličných poskytovateľov na rôznych úrovniach systému. Tento stav si vyžaduje spojenie (integráciu) všetkých poskytovateľov do jedného funkčného celku. Slovensko v krátkom čase prešlo „kyvadlovo“ od socialistickej integrácie v podobe Krajských ústavov národného zdravia k druhému extrému – po revolúcii sa systém vynútenej integrácie rozpadol. Vznikli tisíce navzájom veľmi slabo alebo vôbec nekomunikujúcich poskytovateľov. Medzi týmito poskytovateľmi pacient „pláva“ ako vo vzduchoprázdne. Na Slovensku by teda malo prísť k reintegrácii.

Slovo „integrácia“ zdravotnej starostlivosti sa v súčasnosti skloňuje vo väčšine vyspelých krajín sveta. Ako príklad úspešnej integrácie zdravotnej starostlivosti stojí za zmienku štát Queensland v Austrálii s 5 mil. obyvateľov, kde je v súčasnosti implementovaný unifikovaný zdravotnícky informačný systém vysokej inteligencie do celého štátu. Je to cesta aj pre Slovensko, ktoré sa aktuálne nachádza v dezintegrovanom systéme.

V tejto dynamickej situácii sa otvára pre BSK priestor pre rolu integrátora v systéme zdravotnej starostlivosti, integrátora na úrovni dezintegrovannej ambulantnej sféry kraja, jej integrácii s nemocničnou starostlivosťou, ale aj integrátora/iniciátora/mediátora celoslovenských zdravotnícko-politických rokovaní.

2.4.1.1 Špecifický cieľ 1.1: Podpora digitalizácie v zdravotníctve

Jednou zo základných podmienok integrácie je plnohodnotná digitalizácia systému, v ktorom sa poskytuje zdravotná starostlivosť. Zabezpečenie auditovateľnosti zdravotných záznamov a jednotlivých individualizovaných klinických postupností, ako aj monitorovania kvality a potrieb pacienta, je možné len v podmienkach plnohodnotnej digitalizácie.

Digitálne zdravie (Digital Health, DZ), ako ho definuje Svetová zdravotnícka organizácia, zahŕňa používanie informačných a komunikačných technológií v oblasti zdravia vrátane klinických postupov, ošetrovania pacientov, vzdelávania zdravotníckej pracovnej sily, sledovania chorôb a monitorovania verejného zdravia a vykonávania výskumu (Svetová zdravotnícka organizácia, 2016). Nové a rýchlo sa rozvíjajúce technológie umožňujú reálne digitálne zmeny tradičnej ponuky služieb a modelov zdravotnej starostlivosti tak, že stavajú pacientov do centra pozornosti pri navrhovaní a zlepšovaní služieb. Digitalizácia, zjednodušené „paper-free“ prístup, je mandatórnym predpokladom patientsky orientovaného integrovaného zdravotného systému. Vo všeobecnosti neexistuje žiadny reálny projekt modernizácie zdravotníctva bez základnej digitalizačnej osi (ani v rozvojovom svete).

Prečo je DZ dôležité?

Synchrónny rozvoj zdravotníctva a digitálnych technológií poháňa inovácie zrýchleným tempom a vedie k poskytovaniu zdravotnej starostlivosti prostredníctvom zvyšovania produktivity, bezpečnosti a kvality udržateľným smerom aj pod tlakom demografie a finančnej a personálnej limitácie. Kultúra neustáleho zlepšovania a inovácií cestou digitalizácie je podporená lepším prístupom a poskytovaním informácií, analýzou komunitných dát, dát v systéme po klinických postupnostiach, informácií priamo od pacientov, výskumných pracovníkov, systému zdravotnej starostlivosti a zdrojov. To umožňuje prediktívne poskytovanie zdravia tam, kde je dopyt najviac potrebný, a v konečnom dôsledku docieli personalizovanú medicínu (jeden z hlavných cieľov smerovania zdravotnej starostlivosti).

Benefity DZ

Pre pacientov a komunitu predstavuje DZ:

- poskytovanie individualizovanej, bezpečnejšej a rýchlejšej zdravotnej starostlivosti,
- lepší prístup k špecializovanej starostlivosti,
- zabezpečenie koordinovaného a prepojeného zdravotného systému,
- umožnenie pacientom a komunite aktívne sa zúčastňovať na vlastnej zdravotnej starostlivosti, zvýšenie zapojenia pacienta, lepšia compliance s liečbou a prevenciou,
- umožnenie väčšej kontroly nad tým, kde, kedy, ako a kto poskytuje požadovanú starostlivosť,
- poskytovanie podpory pacientovi prostredníctvom nástrojov a aplikácií, ktoré mu pomôžu rozhodnúť sa pre „svoj postup“ v oblasti zdravotnej starostlivosti a zdravého životného štýlu.

Pre klinických pracovníkov predstavuje DZ:

- kvalitu poskytovaných služieb, exekúciu klinických postupností, ktorá je podporovaná zlepšeným klinickým rozhodovaním na základe podpornej štandardizácie postupov, umelej inteligencie a podporných bezpečnostných procesov,
- zlepšenie prístupu k informáciám o zdravotnom stave pacienta, kdekoľvek sú poskytované.

Pre manažment zdravotného systému predstavuje DZ:

- štandardizovanú a vysokokvalitnú starostlivosť,
- tvorbu, realizáciu a kontrolu individuálnych zdravotných plánov pacientov a ich integráciu do potrieb zdravotného systému v reálnom čase,
- potrebu a výkon zdravotnej starostlivosti v reálnom čase, flexibilnejšie plánovanie zdrojov,
- kontinuálny audit systému,
- rýchlejší prenos moderných postupov, výskumu a inovácií do praxe celého systému.

Zmeny z hľadiska jednotlivých účastníkov:

Pacienti:

Aktuálny stav – Pacient sa spolieha na to, že zdravotný systém má všetky informácie a poskytuje kvalitné návrhy pre vlastné zdravotné smerovania, nepozná objektívnu kvalitu exekúcie navrhutej klinickej postupnosti. V realite si sám tvorí aj exekuuje svoj zdravotný plán na základe laických skúseností. Opakovane opakuje svoje základné demografické dáta a ich archivácia je v nechránenej neauditovateľnej analógovej podobe.

Cieľový stav – Pacient je partnerom vo svojom vlastnom zdravotnom pláne. Je schopný spravovať svoje zdravotné informácie, komunikovať so svojím tímom starostlivosti a komunikovať prostredníctvom jedného patientskeho portálu medzi všetkými svojimi poskytovateľmi zdravotných služieb. Má prístup k zdravotným službám vrátane lekárskeho špecialistu zo svojho domova alebo zariadenia starostlivosti podľa svojho výberu, a to v reálnom čase. Môže si napláňovať schôdzky na časy, ktoré mu vyhovujú. Miesto, kde žije, nie je prekážkou v prístupe k zdravotným službám. Iba nevyhnutné časti klinickej postupnosti sú vykonávané mimo komunity. Viac času venuje so svojimi klinickými lekármi liečeniu a starostlivosti, než aby sa pokúšal dať dohromady a overiť svoje osobné údaje a zdravotné informácie. Jednotlivé interakcie so zdravotným systémom sú vykonávané doma alebo v komunite, ak je to možné a bezpečné. Realizátori individuálneho zdravotného plánu postupujú koordinovane na základe aktuálnych a relevantných zdravotných informácií o pacientovi.

Klinickí pracovníci:

Aktuálny stav – Spoliehajú sa na to, že pacient im poskytne presné informácie o zdravotných službách, ku ktorým pristupujú, a výsledkoch, ktoré môžu ovplyvniť ich liečebný plán. Majú ťažkosti s poskytovaním informácií mimo svojho poskytovateľa, čo bráni ich schopnosti prijímať informované rozhodnutia o starostlivosti o pacienta a dávať rady kolegom. Pri práci vo vidieckych alebo v odľahlých lokalitách sú izolovaní od svojej klinickej siete a odborných rád. Na podporu klinického rozhodovania sa spoliehajú na pasívne pomôcky, ako sú online alebo tlačené pokyny. Musia auditovať papierové grafy alebo čakať týždne na neúplné údaje, aby zlepšili starostlivosť o svojho pacienta. Majú minimálny reálny vplyv na plánovanie následných klinických postupností pacienta (dezintegrované klinické postupnosti).

Cieľový stav – Majú prístup k relevantným informáciám o zdravotnom stave pacienta v reálnom čase, kdekolvek a kedykoľvek to potrebujú. Disponujú nástrojmi na spoluprácu s inými poskytovateľmi zdravotných služieb na poskytovanie koordinovanej starostlivosti o pacienta. Vzhľadom na príslušný súhlas môžu spoľahlivo a bezpečne dodať informácie o pacientoch v rámci rôznych prostredí starostlivosti vrátane verejných a súkromných poskytovateľov. Majú prístup k informáciám, radám a usmerneniam v reálnom čase nielen zo systému, ale aj z inej klinickej siete a špecialistov, ktorí používajú informačné systémy v reálnom čase a prispievajú k nim. Všetky údaje o pacientoch sú v elektronickom zdravotnom zázname (EHR) a prístupné z dátového centra. Môžu si prezerať informácie o starostlivosti a ošetrovaní, ktoré ich pacient dostáva. To zlepšuje ich klinické rozhodovanie a znižuje oneskorenia a zbytočnú duplicitu testov. Majú prístup k informáciám, ktoré potrebujú pri práci mimo zariadenia. Informácie o svojom pacientovi môžu s príslušným súhlasom poskytovať príslušným klinickým lekárom v rámci systému DZ. Kontinuálny audit klinických dát, prediktívna analytika, komparácia s ideálnym zdravotným plánom a štandardnými postupmi zlepšujú starostlivosť o pacienta. Systémy DZ ich oprávňujú prijímať informované rozhodnutia založené na dôkazoch. Znižuje sa riziko chýb v diagnostike a podávaní liekov. Elektronická preskripcia a distribúcia liekov systémom „unit dose“ zlepšuje dodržiavanie liečby a zásadne znižuje výskyt omylov v podávaní liekov.

Manažment zdravotného systému:

Aktuálny stav – Starostlivosť je fragmentovaná, čo vedie k nejednotnej kvalite starostlivosti v celom systéme. Snaha o integráciu je neexistujúca pre nedostatok a nekvalitu živých dát. Absencia štandardizovaných klinických a ošetrovateľských postupov vedie k neschopnosti pomenovávať kvalitu. Absencia živých dát o potrebách a výkone neumožňuje ani jednoduchú formu plánovania zdravotnej starostlivosti a zdrojov. Existujú rôzne úrovne technologických schopností na podporu poskytovania zdravotných služieb v metropolitných, vidieckych a odľahlých oblastiach. Údaje na vylepšenie systému sú zablokované s použitím nekonzistentných definícií. Hlavnou súčasťou zlepšovania zdravotných služieb je analógový audit lokálnych databáz.

Cieľový stav – Všetky zdravotné služby majú základnú úroveň spôsobilosti, ktorá zodpovedá miestnym potrebám. Informácie sú poskytované a používané v celom systéme na uľahčenie klinického rozhodovania a na podporu zlepšovania kvality starostlivosti. Systém sa zameriava na výmenu informácií a interoperabilitu. Vylepšenia, procesné úpravy zdravotného systému sú založené na dôkazoch z bohatých, konzistentných údajov z rôznych systémov klinickej a patientskej správy, integrovaných z celého radu celoštátnych a miestnych zdrojov údajov. Potreba BSK je definovaná na úrovni kompletnej „paper-free architektúry EHR“, štandardizovaných elektronických transakcií a zberu a analýzy dát v reálnom čase (EMRAM 7).

Možnosti digitálnej zdravotnej starostlivosti (DZ) otvárajú nové možnosti dostupnosti a poskytovania zdravotnej starostlivosti. Transformácia je potrebná, pretože modely poskytovania zdravotných služieb sa menia z modelov zameraných na poskytovateľov na modely zamerané na pacienta. Starostlivosť ide za pacientom, nie on za ňou. Aby sa táto transformácia umožnila, je potrebné zvážiť niekoľko výziev. Na umožnenie digitálnej transformácie je nevyhnutná potreba podporovať digitálne pripravený ekosystém a mať primeranú úroveň základnej infraštruktúry. To zahŕňa aj základnú úroveň konektivity, zariadení a integrácie na podporu digitálnej stopy poskytovaných služieb. Spolupráca, spoločný procesný dizajn s pacientmi, klinickými lekármi a komunitami sú mandatorné. V systéme zameranom na pacienta v oblasti zdravotnej starostlivosti musí dôjsť k reflexii, ako chcú pacienti pristupovať k zdravotným službám, informáciám a zariadeniam a ako ich využívať. Možnosti digitálnej zdravotnej starostlivosti (DZ) tak vynucujú nové možnosti spôsobov prístupu a poskytovania zdravotnej starostlivosti a urýchľujú implementáciu produktívnejších procesných modelov.

Z vyššie uvedeného vyplýva, že zdravotný systém musí redizajnovvať spôsob, akým poskytuje služby, nie jednoducho uplatňovať digitálne technológie na existujúce postupy. Bez redizajnu je vysoké riziko, že dôjde paradoxne k poklesu produktivity a kvality.

Spoločný prístup k informáciám medzi pacientmi, klinickými lekármi a výskumnými pracovníkmi si bude vyžadovať aj nové prístupy a súvisiace politiky o tom, ako sa informácie a údaje spravujú, ako sa k nim pristupuje, ako sa používajú a zaisťujú. Kontinuálne zameriavanie sa na kybernetickú bezpečnosť a reguláciu zabezpečí bezpečnosť a súkromie osobných zdravotných informácií.

Vážnym problémom aj v podmienkach BSK je existujúca nízka digitálna gramotnosť. Behaviorálne, kultúrne a sociálno-ekonomické faktory majú schopnosť brzdiť alebo urýchľovať používanie digitálnych technológií, a tým aj celkovú digitálnu gramotnosť. Hlavnou príčinou nízkej úrovne gramotnosti je v prípade celého Slovenska (ako aj BSK) hlavne používanie veľmi jednoduchých a zastaraných foriem DZ, čím je podmienená nízka digitálna gramotnosť. Posun v tejto oblasti zvyšuje hlavne povedomie o osobnej pohode, podporuje zodpovednosť za osobné zdravie a spoločné rozhodovanie. Bude to vyžadovať zlepšenie celkovej gramotnosti v oblasti zdravia v celom systéme vrátane poskytovania klinických informácií spôsobom, ktorý je pre pacientov ľahko zrozumiteľný.

V podmienkach BSK, hlavne pre historické skúsenosti so štátnym e-Health, sa nám javí ako najrealistickejší postup budovanie Digitálneho zdravia (DZ) modulárnym systémom zdola.

Dôležitá úloha BSK ako integrátora spočíva hlavne v dodržiavaní vyššie opísaných definitívnych cieľov napriek časovej postupnosti krokov, najmä pri kapacitnom plánovaní systémov integrácie. Jednotlivé moduly sa môžu implementovať do praxe v rozličnom poradí.

Navrhované moduly sú:

- DZ centrála – integrálna databáza individuálnych EHR pacientov:
 - submoduly Centrálnej e-preskripce a „unit dose“ systému
 - submodul Manažment stavu potrieb a činností systému v reálnom čase
 - submodul Manažmentu ľudských zdrojov v reálnom čase
- INS (informačný nemocničný systém) KIC, resp. RIC
- INS zariadenia dlhodobu chorých, resp. následnej starostlivosti
- INS dennej nemocnice
- INS pre home care a ADOS

Pre vecnú udržateľnosť DZ je potrebné, aby BSK zároveň koordinoval tento rozvoj s rozvojom štátneho e-Health systému. Tento má síce rovnaké ciele, ale veľmi pomalú exekúciu. Výhodou je existencia všeobecne uznávaných komunikačných štandardov vo všetkých zložkách digitalizácie zdravotnej starostlivosti, a preto by komunikácia nemala byť problematická.

Moderným štandardom pre zdravotné informačné systémy je medzinárodne uznávaný štandard HIMSS Electronic Medical Record Adoption Model (tzv. EMRAM), ktorý dokáže spracovávať elektronické záznamy pacienta, pričom tento model pozná celkovo 8 úrovní (0 – 7). Pre bližší opis pozrite Tabuľku 52 – Prehľad etáp O-EMRAM v Prílohe.

Keďže informačné systémy poskytovateľov v rámci BSK (ako aj na území celého Slovenska) sa pohybujú na úrovni EMRAM 1 až 2, je potrebné uviesť, že skoková implementácia úrovne EMRAM 7 môže byť technicky a finančne pomerne náročná, ale na druhej strane je v aktuálnej situácii takmer nevyhnutná, preto je v prvom rade odporúčané vytvoriť politický tlak na financovanie celoštátneho (všetci poskytovatelia a inštitúcie v systéme zdravotnej starostlivosti) unifikovaného informačného zdravotného systému. Toto riešenie je pre BSK v podstate najjednoduchšie, najefektívnejšie a najlacnejšie. Je však potrebné upozorniť na negatívny stav nemocničných informačných systémov („NIS“), kde výsledkom voľného trhu v IT zdravotnej oblasti je 70 menších či väčších navzájom nekomunikujúcich zdravotných programov, čo vytvára určitú názorovú komunitu, že unifikovaný zdravotný systém nie je potrebný.

Ak by boli rokovania v tomto zmysle neúspešné, existujú aj systémy, ktoré dovoľujú jednoduché prepojenie aktuálnych NIS a získanie anonymizovaných dát, čo by pre BSK riešilo aj problém týkajúci sa GDPR a kompetencií jednotlivých PZS. Zároveň tieto NIS pomocou umelej inteligencie („Artificial Intelligence“) a strojového učenia („Machine Learning“) dovoľujú spracovanie veľkého množstva neštruktúrovaných dát na získanie požadovaných vplyvových parametrov, ktoré identifikujú potenciálne problémové oblasti. Aktuálne sa takéto systémy úspešne využívajú v zdravotníctve v Rakúsku aj Českej republike v ostrej prevádzke, napr. so zameraním sa na identifikovanie infekcií pacientov. Takýto systém by mohol pre BSK predstavovať úvodný krok na implementáciu moderného informačného systému, ktorý by BSK mohol zaviesť vo svojej modelovej poliklinike, resp. zdravotníckej infraštruktúre, ktorú má priamo alebo aj nepriamo (prenajaté nehnuteľnosti) pod kontrolou.

Vzhľadom na to, že technických riešení môže byť viac, odporúča sa zrealizovať trhovú prieskum s cieľom získania technického zadania, ako aj predpokladanej hodnoty zákazky implementácie vhodného informačného systému.

Ultimatívne by sa mal BSK v budúcnosti snažiť zaviesť unifikovaný informačný systém na úrovni EMRAM 7, ktorý by však mal byť svojou komplexnosťou komunikovaný na úrovni MZ SR, aby sa vytvoril tlak na implementáciu takéhoto celoplošného unifikovaného systému.

V ďalšom texte sú podrobne zadefinované jednotlivé navrhované opatrenia:

Špecifický cieľ 1.1	Podpora digitalizácie v zdravotníctve
Opatrenia, ktoré vedú k naplneniu cieľa	• 1.1.1 Realizácia unifikovaného informačného systému v „paper-free režime“ v zdravotníckych zariadeniach • 1.1.2 Podpora myšlienky celoštátneho unifikovaného zdravotníckeho informačného systému vysokej inteligencie

Opatrenie 1.1.1	Realizácia unifikovaného informačného systému v „paper-free režime“ v zdravotníckych zariadeniach
Opis opatrenia	Naplnenie tohto oparenia by skokovo vytvorilo digitálny ekosystém, ktorý je podmienkou integrácie poskytovateľov v BSK, reštrukturalizácie procesov, umožňuje on-line monitoring kvality, celoplošný „paper-free“ režim, vstup umelej inteligencie a kvalitnú edukáciu. Ide o novovybudované zariadenia, ale tiež jestvujúce (predovšetkým Poliklinika Karlova Ves), kde by mala byť implementácia viazaná na otváranie nájomných zmlúv na báze dobrovoľnosti. Znamená to, že BSK by mal aktívne začať otvárať zmluvné vzťahy v prenajatých priestoroch, ktoré sú vo vlastníctve BSK, s cieľom ponúknuť nájomníkom ponuku, ktorá by okrem iného zahŕňala aj implementáciu „paper-free“ informačného systému. Stratégia BSK by mala byť založená na zabezpečení nového informačného systému bezplatne alebo so symbolickým poplatkom v závislosti od finančných možností BSK. BSK by si mal vytvoriť analýzu celkového riešenia technického a finančného zabezpečenia implementácie digitalizovanej infraštruktúry vrátane ponuky, ktorá by mohla byť pre existujúcich nájomníkov dostatočne zaujímavá, aby súhlasili s úpravou nájomného vzťahu. Úspešná digitalizácia je mandatórnou podmienkou fungovania flexibilnej spoločnej infraštruktúry.
Aktivity naplňajúce opatrenie	• Prieskum, analýza a výber vhodného informačného systému umožňujúceho „paper-free“ režim • Implementácia informačného systému umožňujúceho „paper-free“ režim vo vlastných zariadeniach • Implementácia unifikovaného informačného systému umožňujúceho „paper-free“ režim vo všetkých ambulantných zariadeniach a ADOS BSK (na báze dobrovoľnosti)
Odporúčané ukazovatele	• Vytvorený informačný systém umožňujúci „paper-free“ režim • Počet pripojených zariadení • Počet ambulantných zariadení a ADOS pripojených do unifikovaného informačného systému
Potenciálne zapojené subjekty	• BSK • PZS

Cieľová skupina	• BSK • Všetci poskytovatelia zdravotnej a sociálnej starostlivosti na území BSK
Zdroje financovania	• Externé zdroje financovania • Rozpočet BSK

Opatrenie 1.1.2	Podpora myšlienky celoštátneho unifikovaného zdravotníckeho informačného systému vysokej inteligencie.
Opis opatrenia	Ide o politickú prácu s cieľom názorovo zjednotiť ostatné VÚC, MZ SR, zdravotné poisťovne a kľúčových poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, otvoriť odbornú aj laickú diskusiu. Inšpiráciou by mohol byť štát Queensland v Austrálii. Naplnenie tohto opatrenia by skokovo vytvorilo digitálny ekosystém, ktorý je podmienkou integrácie poskytovateľov, reštrukturalizácie procesov, umožňuje on-line monitoring kvality, celoplošný „paper-free“ režim, vstup umelej inteligencie a kvalitnú edukáciu.
Aktivity napíňajúce opatrenie	• Konzultácie s IT odborníkmi, ktorí majú skúsenosť a prehľad v problematike informačných systémov v zdravotníctve • Vytvorenie argumentačného portfólia • Organizácia workshopov s predstaviteľmi ostatných VÚC, MZ SR, zdravotných poisťovní a kľúčových poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na tému unifikovaného informačného zdravotného systému • Organizácia konferencie na tému unifikovaný zdravotnícky informačný systém a mediálne vstupy • Implementácia unifikovaného zdravotného systému vysokej inteligencie na úrovni celej SR
Odporúčané ukazovatele	• Prieskum trhu • Materiál • Memorandum o porozumení a spolupráci • Závery z konferencie, počet mediálnych vstupov • Počet zariadení s unifikovaným zdravotným systémom
Potenciálne zapojené subjekty	• BSK • Kľúčoví vybraní PZS • MZ SR, MIRRI SR • ZP
Cieľová skupina	• Samosprávne kraje (najmä v okolí BSK) • Všetci poskytovatelia zdravotnej a sociálnej starostlivosti na území SR • MZ SR
Zdroje financovania	• Rozpočet BSK • Externé zdroje financovania

2.4.1.2 Špecifický cieľ 1.2: Vybudovanie modelovej integrovanej procesne orientovanej a flexibilnej infraštruktúry v BSK so zameraním na nároky v budúcnosti

Ide o pilotný projekt komplexného systému integrovanej infraštruktúry pozostávajúcej z jestvujúcich a „green field“ zariadení s dennou nemocnicou ako kľúčovým logistickým a metodickým centrom. Táto infraštruktúra umožní funkčné prepojenie všetkých poskytovateľov primárnej a sekundárnej starostlivosti v oblasti vrátane dlhodobej a následnej starostlivosti a prepojenia na sociálnu starostlivosť.

Funkčný opis infraštruktúrnych modulov:

- komunitné integrované centrum (primárny kontakt + ADOS) (tzv. KIC),
- regionálne integrované centrum (primárny kontakt + špecializovaná starostlivosť + ADOS) (tzv. RIC),
- denná nemocnica,
- flexibilné zariadenie dlhodobej a následnej starostlivosti,
- home care (tzv. domáca starostlivosť),
- starostlivosť o technology dependentného pacienta – tzn. pacienta závislého od technológie.

Obnovenie a vybudovanie procesne orientovanej a flexibilnej infraštruktúry si kladie za hlavný cieľ implementáciu nových procesných vzorcov. Takáto nárazová zmena v infraštruktúre pomôže urýchliť zmenu stereotypov správania sa zakonzervovaného v aktuálnom systéme. Definované funkčné body infraštruktúry sú vždy definované s ohľadom na integráciu do systému. Pri viazaní služby v systéme zdravotnej starostlivosti na jedinečných poskytovateľov (jedného lekára) vždy existuje riziko výpadku služby zo systému. Úplné odstránenie tohto rizika nie možné, ale dá sa marginalizovať organizáciou do klinických jednotiek (minimálne dvaja lekári alebo sestry v prípade ADOS, s tou istou kompetenciou). Z pohľadu funkčného plánovania integrovaného systému sú tak základnou jednotkou klinické jednotky a prípadne ich združovanie do klinických skupín kraja. Integrácia vo funkčnom plánovaní zdravotnej starostlivosti je vyjadrená v spájaní kooperujúcich klinických skupín do programov (pozrite analytickú časť). Početnosť jednotlivých klinických jednotiek je úmerná aktuálnej potrebe systému.

Navrhované infraštruktúrne modely predstavujú funkčné modely pre ideálny integrovaný systém s vysokou mierou vertikálnej a horizontálnej flexibility. Základnou podmienkou tejto flexibility je však okrem infraštruktúrnych modelov i autonomizácia a šandardizácia ošetrovateľskej činnosti a podporných činností. Šandardizácia klinických postupností zároveň pomôže lepšiemu funkčnému plánovaniu a kontinuálnemu auditu zdravotnej starostlivosti. Šandardizácia infraštruktúrnych modelov by mala viesť k vytváraniu infraštruktúrnych modulov. Kombináciou jednotlivých modulov sa tak dajú vytvárať rozličné funkčné modely zdravotného systému v reakcii na aktuálne požiadavky. Jednotlivé infraštruktúrne moduly by mali zároveň schopnosť jednoduchého upgradu/downgradu na iný funkčný modul. Vyšší funkčný modul vždy zahŕňa všetky funkcie nižšieho modulu.

Vysvetlivky ku KIC a RIC

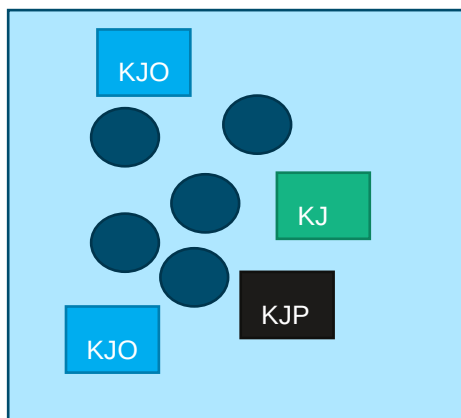
- Klinická jednotka lekár prvého kontaktu (KJ) – základná funkčná jednotka, mandatórne kooperujúce spojenie minimálne dvoch lekárov prvého kontaktu
- Klinická jednotka lekár prvého kontaktu pre deti a dospelých (KJP) – základná funkčná jednotka, mandatórne kooperujúce spojenie minimálne dvoch lekárov prvého kontaktu
- Klinická jednotka lekár gynekológia prvého kontaktu (KJG) – základná funkčná jednotka, mandatórne kooperujúce spojenie minimálne dvoch lekárov prvého kontaktu

- Klinická jednotka lekár stomatológ (KJS) – základná funkčná jednotka, kooperujúce spojenie minimálne dvoch lekárov prvého kontaktu
- Klinická jednotka ošetrovatelstvo (KJO) – základná funkčná jednotka, kooperujúce spojenie minimálne dvoch zdravotných sestier, ošetrovateľská kompetencia KJO sa radí pod kompetenčný strom ošetrovateľských kompetencií KISZ (KJO – znázornené na obrázku nižšie ako tmavomodrý ovál).

Komunitné integrované centrum (KIC) je funkčná integrácia minimálne jednej klinickej jednotky lekárov prvého kontaktu (dospelí, resp. deti) a klinickej jednotky základnej ošetrovateľskej starostlivosti. Funkčne môže byť podľa potreby komunity rozšírené o klinickú/-é jednotku/-y ADOS. Základné požiadavky na infraštruktúrny model KIC sú:

- štandardizované miestnosti na poskytovanie medicínskej a/alebo ošetrovateľskej činnosti,
- oddelenie „flow“ (tokov) patientskych, medicínskych a ošetrovateľských činností (aktívna zóna, „public“ (verejná) zóna, „back office“ (administratívne, kancelárske služby)),
- možnosť plynulého vykonávania nasledujúcich interakcií jednoduchou zmenou miestnosti,
- možnosť vykonávania pokračujúcich interakcií toho istého pacienta bez zmeny miestnosti,
- oddelené funkčné plánovanie akútnych a plánovaných činností.

Obrázok 12: KIC

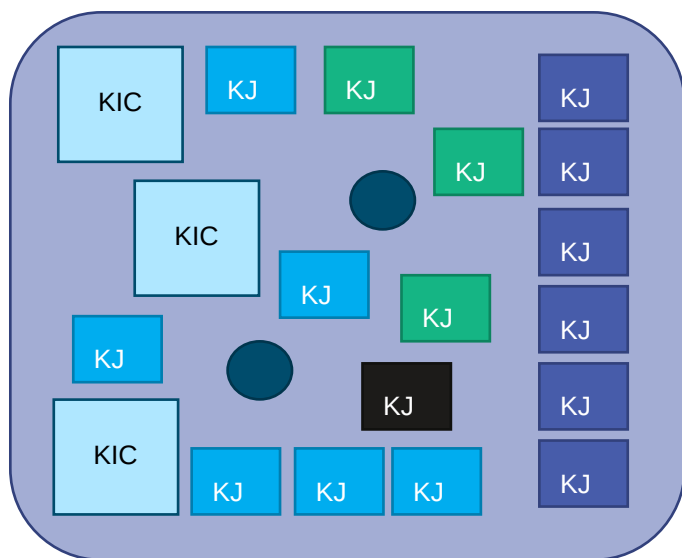


- ✓ Spojenie minimálne 1 KJ + 1 KJO, optimálne podľa auditovaných potrieb viac KJ v spojení s KJP, KJG, KJP a potrebným násobkom KJO.
- ✓ KJO autonómne vykonávajú ošetrovateľský plán komunity podľa medicínskych indikácií z KIC aj mimo neho.
- ✓ Poskytované diagnostické modality podľa dostupnosti (aj koordinácia laboratórnych odberov).
- ✓ Pri dokumentovanej potrebe aj možnosť denného ošetrovateľského lôžka.
- ✓ Do KIC patrí aj infraštruktúra bez stálej prítomnosti zdravotníckeho personálu využívaná podľa plánu a potrieb ad-hoc (zdravotná starostlivosť za pacientom).

Regionálne integrované centrum (RIC) je funkčná integrácia minimálne jednej klinickej jednotky lekárov prvého kontaktu (dospelí, resp. deti), klinickej jednotky základnej ošetrovateľskej starostlivosti a minimálne jednej klinickej jednotky špeciálnych medicínskych činností (špecialistov). Pre potreby definície RIC sa klinická jednotka odboru gynekológia/pôrodníctvo považuje za špecializovanú činnosť, aj keď vykonáva funkciu prvého kontaktu. Vzhľadom na predpokladaný rozsah činností RIC je zámer kombinovať ich s klinickou jednotkou diagnostiky. Základné požiadavky na infraštruktúrny model RIC sú:

- obdobne ako v prípade KIC,
- oddelené flow (tok) diagnostických činností,
- zákrová miestnosť s možnosťou observácie/monitoringu pacienta,
- logistické centrum klinickej skupiny ADOS,
- koordinačné centrum pre regionálny home care (domáca starostlivosť),
- public zóna fungujúca ako komunitné edukačné centrum.

Obrázok 13: RIC

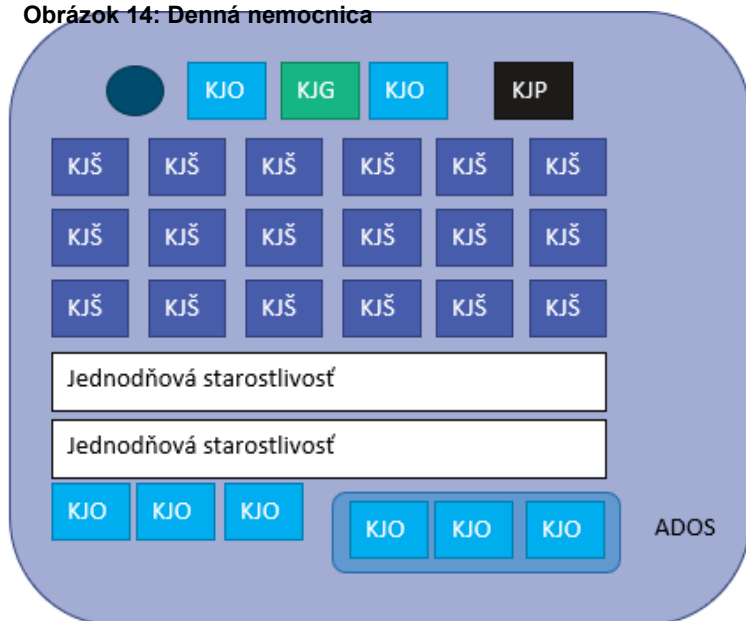


- ✓ Spojenie minimálne 1 KJ+ 1 KJO + KJŠ (klinická jednotka špecialista) + variabilné KJP. Rozdiel oproti KIC je v zastúpení špecializovaných zdravotných služieb a potrebným násobkom KJO vyššej kompetencie, vhodné aj minimálne 2 stále lôžka dennej ošetrovateľskej starostlivosti (možné drobné zákroky so sledovaním).
- ✓ KJO autonómne vykonávajú ošetrovateľský plán RIC a KIC podľa medicínskych indikácií z RIC/KIC aj mimo RIC.
- ✓ Poskytované diagnostické modality podľa dostupnosti (aj koordinácia laboratórnych odberov).
- ✓ Logistické centrum špecializovaného zdravotníckeho materiálu (podľa štandardizovaných ošetrovateľských postupov) pre spádové KIC.
- ✓ Môže plniť aj úlohu APS.

Denná nemocnica je kvantitatívne rozšírenie funkčného modulu RIC hlavne v možnostiach vykonávania intermediárnych a zložitejších interakcií. Základné požiadavky na infraštruktúrny model denná nemocnica sú:

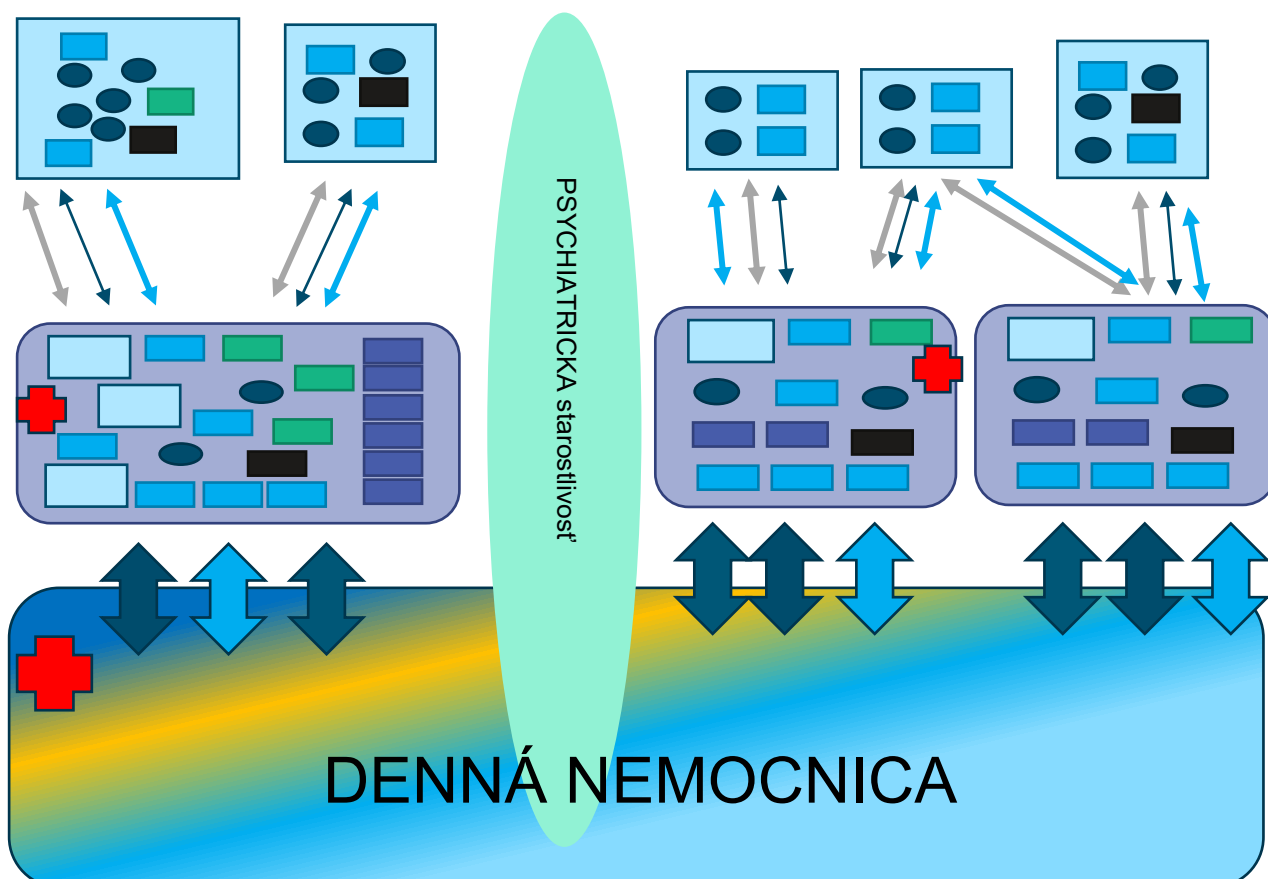
- minimálne dve operačné sály, resp. kombinácia zákrová miestnosť a operačná sála (so zázemím),
- lôžková časť s možnosťou kontinuálnej observácie pacienta,
- jednolôžkový model s rodinnou zónou s povinnosťou priamej vizuálnej observácie zo základného pracovného priestoru zdravotníckeho personálu.

Obrázok 14: Denná nemocnica



- ✓ Oproti RIC dominantné zastúpenie KJŠ s možnosťou vykonávania aj interakcií vyššej medicínskej aj ošetrovateľskej náročnosti (lôžka dennej ošetrovateľskej starostlivosti aj intermediárnej úrovne).
- ✓ Denná nemocnica zároveň spĺňa úlohy KIC, resp. RIC geografického regiónu.
- ✓ Po analýze potrieb a verifikovanej potrebe môže byť denná nemocnica vedená v režime špecializovanom pre detský vek.
- ✓ Denná nemocnica je koordinačným centrom pre najvyššie špecializované ošetrovateľské kompetencie.
- ✓ Plní úlohu APS.

Obrázok 15: Diagram prepojenia KIC, RIC a dennej nemocnice



Flexibilné zariadenie dlhodobej a následnej starostlivosti je infraštruktúrny modul, ktorý je schopný vo svojich individuálnych jednotkách bez zásahu do infraštruktúry poskytovať dlhodobú sociálnu starostlivosť, následnú zdravotnú starostlivosť až intenzívnu následnú starostlivosť (pacient závislý od technológie). Rozdiel medzi jednotlivými typmi je iba v zaradení rozlične kvalifikovaného personálu a uplatnení štandardizovaných hlavne ošetrovateľských postupov. Dôvod pre takúto uniformitu je flexibilita modulu ako schopnosť reagovať na zmeny dopytu tak individuálne, ako aj systémové.

Jednotlivé moduly sa integrujú do jednotného systému, pričom početnosť modulov, ale hlavne aktívnych klinických skupín, sa riadi aktuálnymi požiadavkami na systém.

Minimálna integračná postupnosť predstavuje KIC (cca 5 000 pacientov, resp. 3 000 detí). RIC nadväzuje na 5 KIC. Denná nemocnica zastrešuje 5 RIC. Zariadenie dlhodobej a následnej starostlivosti zabezpečuje 5 RIC.

Budovanie infraštruktúry a jej poskytovanie poskytovateľom zdravotnej starostlivosti

Na úvod je potrebné uviesť, že cieľom BSK má byť zabezpečenie poskytovania patientsky (rodinne) orientovanej integrovanej a komplexnej zdravotnej starostlivosti.

Vybudovanie komplexného systému, kde sa pacient pohybuje bezpečne, bez nutnosti osobného vyhľadávania správneho postupu podľa svojich alebo sprostredkovaných skúseností. Výsledky jednotlivých interakcií a ich reťazenia by mali byť kontinuálne auditované s cieľom poskytnutia najvyššej možnej kvality zdravotnej starostlivosti. **Integrácia vyžaduje zmenu** rolí a kompetencií systému na flexibilnejší a efektívnejší, s vyššou pridanou hodnotou. Hodnota je primárne vyjadrovaná parametrami kvality a integrovaný systém je organizovaný primárne pre potreby pacienta (klienta) – zdravotná starostlivosť ide za pacientom, čo je esencia patientskej orientácie.

V závislosti od toho, akú aktívnu úlohu by BSK vo vzťahu k postaveniu integrátora mal plniť, je potrebné očakávať menšiu alebo aj väčšiu **potrebu legislatívnych zásahov do existujúcich právnych noriem**. Nie je vylúčené ani to, že takáto nevyhnutnosť zaopatriť BSK novou kompetenciou, ktorá by v dostatočnej miere zaručila efektívne plnenie úlohy integrátora, by si vyžiadala prijatie nového právneho predpisu (predpisov). V prvom rade bude potrebné takúto novú kompetenciu BSK vo všeobecnej rovine ukotviť v § 4 zákona č. 302/2001 Z. z., pričom je odporúčané, aby jej vyjadrenie bolo dostatočne určité. Následne by sa legislatívne ukotvenie novej kompetencie BSK ako integrátora malo odraziť aj v § 46 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len ako „zákon č. 576/2004 Z. z.“), keďže v tomto zákone sú sumarizované kompetencie samosprávneho kraja. Je však nutné dodať, že zmienené ustanovenie upravuje tzv. prenesený výkon štátnej správy, a preto je ešte predtým potrebné zvážiť, či by úloha BSK ako integrátora mala svojou povahou spadať do oblasti preneseného výkonu štátnej správy, alebo by malo ísť o originálnu kompetenciu, resp. priamu pôsobnosť BSK. Odpoveď na túto otázku je priamo závislá od konkrétnych exekučných parametrov, ktorými by kompetenčné postavenie BSK ako integrátora malo byť vybavené. O diferenciacii kompetencií je potrebné uvažovať napríklad vo svetle aktuálneho modelu financovania výkonu pôsobností samosprávneho kraja (vlastné zdroje alebo zdroje zo štátneho rozpočtu) – pozrite čl. 75 Ústavy Slovenskej republiky, ako aj § 4 zákona č. 416/2001 o prechode niektorých pôsobností z orgánov štátnej správy na obce a vyššie územné celky. Do úvahy prichádza aj vloženie nového ustanovenia do zákona č. 576/2004 Z. z.

Ako je uvedené vyššie, nutnosť legislatívnych zmien priamo závisí od miery intervencie, ktorú by BSK pri plnení úlohy integrátora mal mať. V závislosti od toho existujú pre BSK v podstate štyri modely.

Model 1: Analýza dát na účely plánovania ďalšieho rozvoja kapacít systému

V prípade, ak by úloha integrátora spočívala výlučne v spracovaní relevantných dát (s cieľom prípravy mäkkých nástrojov na usmerňovanie procesov v zdravotníckej oblasti) týkajúcich sa **dopytu po zdravotnej starostlivosti** a **kapacity zdravotníckych zariadení** bez následnej tvorby exekučných politík záväzných pre poskytovateľov/pacientov, s veľkou pravdepodobnosťou by postačovala úprava právnych predpisov, v ktorých sa nachádza regulácia spracovávania zdravotných dát. Rozsah a povaha zásahu do existujúcich právnych noriem budú závisieť od miery detailu dát (anonymizované vs. neanonymizované dáta), ktoré by BSK na dosiahnutie tohto cieľu potreboval spracovať. Zmeny by bolo potrebné vykonať v zákone č. 153/2013 Z. z. o národnom zdravotníckom informačnom systéme a o zmene a doplnení niektorých zákonov, prípadne aj v zákone č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov. V nadväznosti na určenie cieľa a nástrojov spracovania dát nie je vylúčené, že potrebné zmeny sa budú musieť týkať aj ďalších právnych noriem.

Model 2: Analýza dát a aktívne ovplyvňovanie podmienok pre zlepšovanie dostupnosti zdravotnej starostlivosti

V modeli 2 sa predpokladá aktívnejšia úloha BSK, ktorá spočíva v (i) spracovaní dát (model č. 1) a v nadväznosti na výsledky tohto spracovania v následnom (ii) prijímaní opatrení zameraných na zlepšovanie dostupnosti, resp. zlepšovanie kvality zdravotnej starostlivosti. Ak má BSK vystupovať ako proaktívny integrátor, ktorého právomoc je charakterizovaná aj možnosťou záväzného ovplyvňovania procesov, vyžaduje si to významnejšie zásahy do legislatívy. Dá sa konštatovať, že úloha charakterizovaná aktívnou kompetenciou (tzn. nielen kontrolnou právomocou, ako je to v prevažnej časti kompetenčného diapazónu dnes) nasmerovanou na vytváranie prostredia, ktorého nastavenie bude reflektovať výsledky analyzovaných dát, nemá v súčasnom legislatívnom nastavení uspokojivú paralelu. Čiastočne takúto aktívnu pozíciu predstavujú procesy upravené v zákone č. 581/2004 Z. z. týkajúce sa tvorby indikátorov kvality a koncipovania ďalších podmienok, na základe ktorých zdravotná poisťovňa uzatvára zmluvy s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Zákonom formulovaná právomoc zdravotnej poisťovne definovať kľúčové ukazovatele na uzatvorenie zmluvy môže v podstate predstavovať faktický nástroj na regulovanie štruktúry či umiestnenia jednotlivých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. (Naopak, samosprávny kraj ani MZ SR takúto možnosť pri vydávaní povolení nemajú, keďže podmienkou na vydanie povolenia nie je splnenie parametrov, ktoré by spočívali napr. v územnom umiestnení zdravotníckeho zariadenia, či záväzku poskytnúť starostlivosť v konkrétnom časovom okne atď. Takúto funkciu však plní nariadenie Vlády SR č. 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.) V zákone č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len ako „zákon č. 578/2004 Z. z.“) je úloha MZ SR a samosprávneho kraja koncipovaná do pozície orgánu, ktorý vydáva povolenie, a následne do polohy orgánu, ktorý kontroluje plnenie povinností (kontrolná a sankčná právomoc). Až na malé výnimky (pozitívnu deviáciu je rezidentský program či plánované subvencie pre ambulancie prvého kontaktu) však absentujú kompetencie, ktoré by sa nachádzali niekde medzi vydávaním povolení a trestaním za porušovanie povinností a ktoré by boli zamerané na proaktívne usmerňovanie činnosti poskytovateľov smerom k zvyšovaniu dostupnosti zdravotnej starostlivosti či k zvyšovaniu jej bezpečnosti a kvality. Aktívne ovplyvňovanie umiestnenia prevádzky zdravotníckeho zariadenia, ktorého prevádzkovateľ žiada o vydanie povolenia, by si vyžadovalo doplnenie tejto podmienky medzi predpoklady potrebné na vydanie povolenia (do zákona č. 578/2004 Z. z.). Do úvahy pripadá aj určenie kompetencie samosprávnemu kraju vytvárať mapu definujúcu prioritné oblasti (územne a určením chýbajúcej špecializácie), v ktorých by poskytovatelia zdravotnej starostlivosti mali nárok na vyššie plnenia od zdravotných poisťovní, resp. ktorí by mali zákonom garantované výhodnejšie podmienky pri uzatváraní zmluvy so zdravotnou poisťovňou. Takýto model by si vyžadoval aj primeranú zmenu v zákone č. 581/2004 Z. z., pričom by bolo potrebné definovať, v čom spočívajú výhodnejšie podmienky pre poskytovateľov pôsobiacich v prioritných oblastiach určených samosprávnym krajom a súčasne aj stanovenie povinnosti pre zdravotnú poisťovňu v zákonne predpokladanom rozsahu týchto poskytovateľov favorizovať.

Model 3: Analýza dát a aktívne ovplyvňovanie podmienok pre zlepšovanie dostupnosti zdravotnej starostlivosti a dosahu na faktické doručenie zdravotnej starostlivosti pacientovi

Tento model je z právneho pohľadu najkomplikovanejší a predstavuje v podstate kombináciu modelov č. 1 a č. 2 aj s kompetenciou aktívneho ovplyvňovania saturácie aktuálnej potreby pacienta po zdravotnej starostlivosti. Predpokladom modelu sú kompetencie špecifikované v modeloch č. 1 a č. 2, ako aj kompetencia, ktorá by bola charakterizovaná takto:

- prístup k aktuálnym dátam týkajúcim sa nielen štruktúry a počtu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ale aj ich momentálnej vyťaženia (resp. aj *pro futuro* predpokladanej vyťaženia),
- prístup k aktuálnym dátam týkajúcim sa dopytu po zdravotnej starostlivosti zo strany pacienta,
- kompetencia ovplyvniť doručenie zdravotnej starostlivosti na stupnici od právomoci poskytnúť pacientovi informáciu o dostupnom poskytovateľovi až po samotné manažovanie celého procesu poskytovania zdravotnej starostlivosti (napr. aj so stanovením povinnosti pre poskytovateľa zdravotnej starostlivosti poskytnúť takémuto pacientovi zdravotnú starostlivosť).

Legislatívne požiadavky na realizáciu modelu č. 3 budú závislé od viacerých premenných ako napríklad:

- má byť model uplatnený tak na urgentnú, ako aj na plánovanú zdravotnú starostlivosť?
- má byť model uplatnený na ambulantnú alebo aj na ústavnú zdravotnú starostlivosť?
- má kompetencia samosprávneho kraja spočívať len v získavaní údajov a ich spracovaní s cieľom ich zverejnenia, aby mali pacienti aktuálne informácie o časovej disponovanosti poskytovateľov, alebo aj v oprávnení manažovania procesu poskytovania zdravotnej starostlivosti?

Predpokladom naplnenia účelu, ktorý sleduje model č. 3, je:

- a) stanovenie štruktúry ordinačných hodín ambulantných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a úprava spôsobu objednávaní pacientov – bolo by potrebné posúdiť, do akej miery aktuálne legislatívne nastavenie vyhovuje finálnym črtám modelu (bude sa to týkať právnej úpravy ordinačných hodín v zákone č. 576/2004 Z. z., povinností poskytovateľa upravených v § 79 zákona č. 578/2004 Z. z., ako aj posúdiť využiteľnosť projektu národného informačného systému na objednávanie pacientov upraveného v zákone č. 153/2013 Z. z., dotknutým predpisom bude aj Vyhláška Ministerstva zdravotníctva č. 444/2019 Z. z. o minimálnych požiadavkách na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta),
- b) stanovenie povinnosti poskytovateľom ambulantnej zdravotnej starostlivosti aktualizovať informácie o objednaných pacientoch a hlásiť informácie o svojej kapacite (zmeny v zákone č. 578/2004 Z. z. a v zákone č. 576/2004 Z. z., ako aj v zákone č. 153/2013),
- c) stanovenie oprávnenia samosprávneho kraja spracúvať údaje uvedené v bode a) a b) (v zákone č. 578/2004 Z. z. a v zákone č. 576/2004 Z. z., ako aj v zákone č. 153/2013),
- d) stanovenie oprávnenia samosprávneho kraja spracúvať údaje o pacientovi s cieľom doručenia zdravotnej starostlivosti a následnej kontroly u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (zmeny v zákone č. 578/2004 Z. z. a v zákone č. 576/2004 Z. z., ako aj v zákone č. 153/2013 Z. z., predovšetkým vo vzťahu k oprávneniu vstupovať do zdravotnej dokumentácie pacienta – spresnenie rozsahu a účelov sprístupňovanej zdravotnej dokumentácie pacienta, buď v jej písomnej forme, alebo prostredníctvom sprístupnenia elektronickej zdravotnej knihy),
- e) stanovenie povinnosti poskytovateľa ambulantnej zdravotnej starostlivosti prijať pacienta sprostredkovaného zo strany samosprávneho kraja (je potrebné upraviť, v akom časovom horizonte, čo sa bude považovať za moment sprostredkovania, aké budú výluky z tejto povinnosti atď.) – táto povinnosť by mohla byť koncipovaná obdobne, ako je v súčasnosti upravená povinnosť ústavného zdravotníckeho zariadenia prevziať pacienta od poskytovateľa záchrannej zdravotnej služby (§ 79

ods. 1 písm. c/), či iné povinnosti stanovené v § 79 ods. 1 (napr. písm. an/, ao/ az/, bf/) zákona č. 578/2004 Z. z.,

- f) stanovenie kontrolnej právomoci kraja a stanovenie sankcie za porušenie povinnosti uvedenej v predchádzajúcom bode (upraviť v zákone č. 578/2004 Z. z.).

Model 4: Budovanie infraštruktúry a jej sprístupňovanie, resp. poskytovanie poskytovateľom zdravotnej starostlivosti (spoločné ambulancie)

Model 4 spočíva v budovaní priestorovej, materiálnej a prístrojovej infraštruktúry ambulantných zdravotníckych zariadení a jej následného sprístupňovania, resp. nájmu iným poskytovateľom. Vychádza z predpokladu, že BSK na základe získaných dát a prognózy vývoja požiadaviek na systém zdravotnej starostlivosti vie, ktoré špecializácie a na ktorých miestach územia samosprávneho kraja chýbajú, resp. budú chýbať, a tento nedostatok rieši tak, že v týchto miestach pripraví infraštruktúru (v podstate pripraví „ambulanciu na kľúč“ – tak, aby priestory a materiálové a technické vybavenie spĺňali všetky požiadavky právnych predpisov).

Ďalšou úlohou je nájsť „obsah“ ambulancie – personálne naplnenie –, čo by sa mohlo realizovať prenájomom priestoru pripravenej ambulancie pre ambulantného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľom zdravotnej starostlivosti by však nebol BSK, ale ten poskytovateľ, ktorý na základe zmluvy s BSK používa zariadenie ambulancie. Do úvahy prichádza aj zložené poskytnutie priestoru ambulancie – napríklad v priestoroch by ordinovali počas týždňa (či dňa) viacerí poskytovatelia. Zmyslom tohto modelu je odstrániť u lekárov (potenciálnych poskytovateľov) bariéru v podobe administratívnej a finančnej záťaže, ktorá je spojená so založením ambulancie. Ďalším zámerom je efektívne využívanie kapacity ambulancie viacerými poskytovateľmi, čo perspektívne umožní obsluhu väčšieho počtu pacientov.

Tento model predpokladá legislatívne zmeny týkajúce sa podmienok prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia, ako aj podmienok na vydanie povolenia v podobe diferenciacie medzi poskytovateľom „ambulancie na kľúč“ a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorý takéto vybavenie využíva (ťažiskovo by sa zmeny týkali zákona č. 578/2004 Z. z. a v nadväznosti na špecifiká tohto modelu aj ďalších predpisov, napríklad Vyhlášky MR SR č. 84/2016 Z. z., ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, či Výnosu MZ SR č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, v znení jeho neskorších zmien; je potrebné zdefinovať, že priestor zdravotníckeho zariadenia môže byť využívaný viacerými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti). Realizácia tohto modelu by si potenciálne mohla vyžadovať aj zmeny v podmienkach zazmluvňovania takýchto poskytovateľov zdravotnej starostlivosti zo strany zdravotných poisťovní (zákon č. 581/2004 Z. z.), a to o to viac, ak by takáto spoločná ambulancia umožňovala poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti využiť pri komunikácii so zdravotnou poisťovňou podporu samosprávneho kraja.

Tento model môže sledovať nielen cieľ vytvorenia priestoru na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ale aj napĺňanie ďalších očakávaní samosprávneho kraja od poskytovateľa, ktorý takúto spoločnú ambulanciu využíva (kvalita, znižovanie čakacích lehôt pre pacientov a podobne). Tieto ciele by mohol samosprávny kraj dosahovať tým, že poskytne pri prenájme ambulancie zvýhodnené podmienky, za čo bude požadovať plnenie ním vytýčených ukazovateľov.

Z pohľadu nastavenia kontraktčného obsahu medzi samosprávnym krajom ako poskytovateľom infraštruktúry (prenajímateľ) a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti (nájomca) má zmysel uvažovať o definovaní osobitných záväzkov na strane poskytovateľa zdravotnej starostlivosti napĺňať kľúčové ukazovatele dostupnosti a kvality zdravotnej starostlivosti. Pokiaľ totiž samosprávny kraj buduje infraštruktúru s cieľom zabezpečenia dostupnej a kvalitnej zdravotnej starostlivosti, je legitímne, že definované merateľné kritériá na vyhodnocovanie napĺňania týchto cieľov budú súčasťou dohody medzi samosprávnym krajom a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti by

teda okrem zákonných požiadaviek upravujúcich poskytovanie zdravotnej starostlivosti mohol mať aj zmluvné záväzky, ktoré budú bližšie definovať očakávania samosprávneho kraja vo vzťahu ku konkrétnym cieľom. Už dnes právny poriadok vo Vyhláske č. 444/2019 Z. z. zaväzuje každého poskytovateľa zdravotnej starostlivosti zaviesť systém hodnotenia bezpečnosti pacienta pre oblasť vyhodnocovania spätnej väzby. Jestvujúca povinnosť by mohla byť zmluvne rozšírená o stanovenie konkrétnych ukazovateľov, ktorých napĺňanie by pacient hodnotil.

V rámci tejto stratégie je možné uvažovať napríklad o poskytovaní bonusu v podobe dodatočnej zľavy z nájomného, pokiaľ poskytovateľ zdravotnej starostlivosti napĺňa zmluvne dohodnuté ciele, či o iných benefitoch, ktoré by poskytovateľ mohol od samosprávneho kraja získať.

Pokiaľ by kontrola týchto ukazovateľov nevyžadovala spracúvanie osobných údajov pacientov (ak by sa údaje získali ako anonymné), je možné, že by nebola na zabezpečenie tohto cieľa nutná zmena právnej úpravy a tieto pravidlá by sa vniesli len do kontraktu medzi samosprávnym krajom a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.

V ďalšom texte sú podrobne zadané jednotlivé navrhované opatrenia:

Špecifický cieľ 1.2	Vybudovanie modelovej integrovanej, procesne orientovanej a flexibilnej infraštruktúry v BSK so zameraním na nároky v budúcnosti
Opatrenia, ktoré vedú k naplneniu cieľa	1.2.1 Vybudovanie, zriadenie alebo podpora vzniku „green field“ flexibilnej dennej nemocnice 1.2.2 Doplnenie chýbajúcich zariadení a integrovanie jestvujúcich zariadení (na báze dobrovoľnosti)

Opatrenie 1.2.1	Vybudovanie, zriadenie alebo podpora vzniku „green field“ flexibilnej dennej nemocnice
Opis opatrenia	BSK na základe spracovanej štúdie realizovateľnosti zrealizuje projekt vzniku flexibilnej dennej nemocnice. Každá nová stavba v zdravotnom systéme na úrovni nemocnice by mala spĺňať kritériá flexibility, teda schopnosti bez následných investícií zmeniť účel použitia – od sociálneho zariadenia cez dennú nemocnicu až po nemocnicu s výlučne intenzívnou starostlivosťou. Základné požiadavky pre nový objekt sú: - jednolôžkový koncept, - rozvod kyslíka do všetkých izieb, - vzduchotechnika s možnosťou oddeľovania jednotlivých častí budovy, - šírka budovy (chodby) umožňujúca decentralizované stanoviská sestier s izbami po oboch stranách chodby s cieľom priblížiť sestry k izbám pacientov.
Aktivity napĺňajúce opatrenie	- Spracovanie štúdie realizovateľnosti vrátane biznisového plánu - Projektová príprava - Realizácia projektu a spustenie prevádzky
Odporúčané ukazovatele	Štúdia realizovateľnosti

	Projektová dokumentácia na realizáciu stavby vrátane výkazu a výmeru Kolaudácia, vybudovanie a otvorenie zariadenia
Potenciálne zapojené subjekty	- BSK - Lokálne samosprávy, investori
Cieľová skupina	- BSK - Mestá a obce - PZS na území BSK
Zdroje financovania	- Rozpočet BSK - BRDS - Externé zdroje financovania

Opatrenie 1.2.2	Doplnenie chýbajúcich zariadení a integrovanie jestvujúcich zariadení (prostredníctvom pozitívnej motivácie)
Opis opatrenia	S cieľom posilnenia integrácie zdravotnej starostlivosti na území BSK sa doplnenie ostatných zariadení integrovaného systému môže diať paralelne, pričom je možné akceptovať jestvujúcich poskytovateľov a integrovať ich na báze dobrovoľnosti, vybudovať vlastné zariadenia alebo podporiť investičné zámery súkromných či non-profit organizácií. V týchto prípadoch je podmienkou akceptovanie pravidiel integrovaného systému. Pri jestvujúcich súkromných ambulantných zariadeniach bude potrebné otváranie zmlúv na báze dobrovoľnosti s prísľubom benefitov („paper-free“ informačný systém, podpora prechodu na „paper-free“ režim, prenájom/požičanie technológií potrebných na telemedicínu, manažérske inovácie). Pozrite Obrázok 17: Doplnenie chýbajúcich zariadení (RIC, KIC) v Prílohe.
Aktivity naplňajúce opatrenie	- Mapovanie jestvujúcich zariadení v oblasti s prihliadnutím na ochotu podieľať sa na vytvorení integrovaného systému - Rozhodnutie o spôsobe naplnenia opatrenia v závislosti od výsledkov aktivity 1.2.2.1 a ekonomickej situácie - Integrácia poskytovateľov v BSK (na báze dobrovoľnosti)
Odporúčané ukazovatele	- Materiál - Počet integrovaných poskytovateľov
Potenciálne zapojené subjekty	- BSK - PZS
Cieľová skupina	- BSK - Mestá a obce - PZS na území BSK
Zdroje financovania	- Rozpočet BSK - BRDS - Externé zdroje financovania

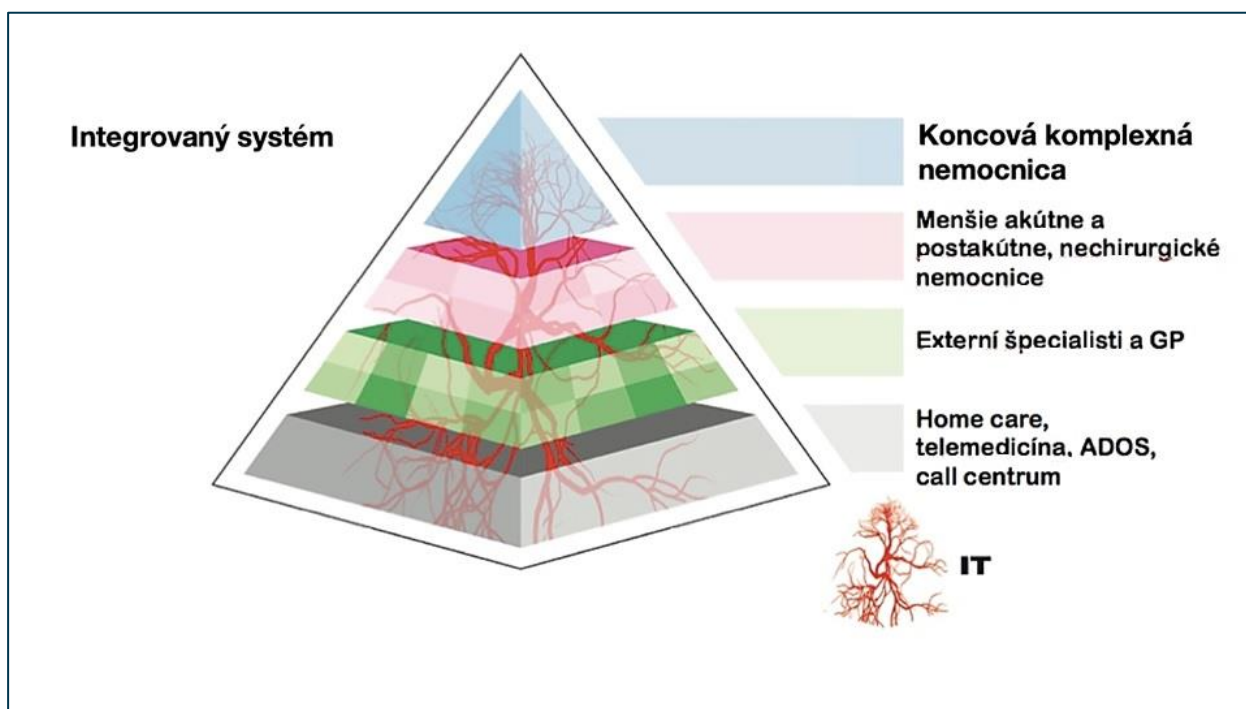
2.4.1.3 Špecifický cieľ 1.3: Vznik autonómnej integrovanej pyramídy (AIP) zdravotníckych zariadení

Najvyššou formou integrácie je **Autonómna integrovaná pyramída (AIP)**, na vrchole ktorej je komplexná koncová nemocnica so všetkými terciárnymi programami. Takýto útvar i napriek tomu, že presahuje hranice BSK a v súčasnosti aj kompetencie BSK, by bol vážny strategický počin, ktorý by v pomerne krátkom čase (v horizonte 5 – 10 rokov) posunul systém zdravotnej starostlivosti BSK do úplne novej, udržateľnej dimenzie.

Prečo AIP?

- Je to najefektívnejší integračný model.
- Umožňuje vertikálnu aj horizontálnu flexibilitu a vertikálnu aj horizontálnu komplexnosť.
- Umožňuje online účinnú kontrolu kvality.
- Znižuje nároky na počet personálu.
- Znižuje náklady na zdravotnú starostlivosť.
- Vytvára udržateľný systém.
- Má potenciál znižovať počty odvrátiteľných úmrtí tým, že odstraňuje väčšinu omylov, pochybení omeškaní či non lege artis postupov.

Obrázok 16: AIP



Koncová komplexná nemocnica (KKN)

- Komplexnosť KKN nespočíva iba v kompletnom spektre špecializácií a pracovísk, ale najmä v ich prepojení do funkčných celkov – programov.

KKN:

- poskytuje komplexné služby vo všetkých základných terciárnych programoch,
- je jednolôžkový koncept v režime „plávajúcich lôžok“,
- riadi metodicky a logisticky celú AIP,
- garantuje preventívne programy,
- poskytuje edukáciu a výcvik pre nižšie etapy integrovaného systému,
- dokáže pracovať s obloženosťou 90+ %,
- nahrádza starú nemocnicu s vyšším počtom lôžok (približne o 30 až 50 %), čo znamená, že je menšia v porovnaní so starou nemocnicou.

Vychádzajúc zo slovenských realít je potrebné rešpektovať dve axiómy:

1. Ak má na Slovensku vzniknúť nová koncová komplexná nemocnica, musí **zaniknúť stará** alebo niekoľko starých, ktoré nahradí nová. Vyplýva to jednak z celkového počtu lôžok, ktorý je prebytočný, a jednak zo skutočnosti, že zdroje sú limitované. Inými slovami, nebola by záruka, že poisťovne uzavrú s novým subjektom zmluvy. Vznikajú tak pojmy „**nahrádzaná nemocnica**“ a „**nahrádzajúca nemocnica**“.
2. **Nahrádzajúca** nemocnica by mohla byť menšia ako **nahrádzaná**. Kapacitne však musí byť schopná rovnakého a väčšieho výkonu. Pri dôsledne dodržanom princípe plávajúcich lôžok založenom na jednolôžkových izbách, ktorý umožňuje zvýšenie obložnosti na 90 % (z pôvodných 60 – 70 %), pri transformácii satelitných nemocníc na zariadenia následnej a dlhodobej starostlivosti, prechode významného objemu výkonov do denného, ambulantného a home care režimu je možné výrazne redukovať počet lôžok v nových akútnych nemocniciach aj napriek očakávaným demografickým zmenám.

Celý systém AIP musí byť prepojený informačným systémom vysokej inteligencie.

V ďalšom texte sú podrobne zadefinované jednotlivé navrhované opatrenia:

Špecifický cieľ 1.3	Vznik autonómnej integrovanej pyramídy (AIP) zdravotníckych zariadení
Opatrenia, ktoré vedú k naplneniu cieľa	1.3.1 Inicievanie rokovaní o vzniku AIP

Opatrenie 1.3.1	Inicievanie rokovaní o vzniku AIP
Opis opatrenia	Všetky analýzy potvrdzujú fakt, že Bratislava potrebuje novú koncovú komplexnú nemocnicu. Roztrieštenie potenciálu Univerzitnej nemocnice na 5 samostatných nemocníc je už neakceptovateľné. Tento stav sa dá zhrnúť do dvoch slov: nákladná nekvalita. Myšlienka novej koncovej Univerzitnej nemocnice, ktorá by nahradila minimálne 3 z jestvujúcich, je teda správna. Problém spočíva v jej lokalizácii. Pre ideálne zabezpečenie akútnych línií je časová dostupnosť parametrom najvyššej dôležitosti pre dosiahnutie optimálneho výsledku. Lokalizácia Novej nemocnice na Rázsochách, teda v západnej časti Bratislavy, je voči obyvateľom Nitrianskeho, Trnavského, Trenčianskeho kraja, ale aj obyvateľom okresov BSK Senec a Pezinok nekorektná a do určitej miery je nekorektná aj voči okresom Bratislava II a Bratislava V. Ide približne o 2,25 milióna obyvateľov. Pacienti z východnej časti samosprávneho kraja, ako aj z ostatných blízkych samosprávnych krajov, by po dosiahnutí mesta Bratislava museli prejsť ešte celým mestom alebo byť v prípade urgentných stavov prevezení, čo časovo väčšinou trvá dlhšie ako samotná cesta do Bratislavy (deje sa to už dnes pri návšteve Nemocnice akademika L. Dérera, NÚSCH a NOÚ). Zároveň je dôležitý aj fakt, že pristávanie vrtuľníkov v týchto lokalitách je často sťažené silným vetrom, piloti v sťažených podmienkach radšej pristávajú na letisku a kriticky chorý pacient je potom transportovaný sanitkou cez celú Bratislavu. V severozápadnej časti samosprávneho kraja sa má navyše otvoriť v blízkej budúcnosti nová Nemocnica Bory.

	Takýto model by mal byť cieľom (resp. skôr smerovaním, azimutom) stratégie na budúce roky. Je zrejmé, že BSK ako samostatný subjekt nedokáže takú komplexnú rokovaciu agendu zvládnuť samostatne. Výhodou je, že KKN by zabezpečovala terciálnu medicínu aj pre obyvateľov okolitých VÚC, teda rokovania by sa mali začať jednak s MZ SR, následne so susednými VÚC, prípadne s inými zainteresovanými entitami a investormi. Nosné témy rokovaní: 1. Zmena Lokalizácie KKN – z Rázsoch niekde do východnej časti mesta Bratislava 2. Vypracovanie samostatnej štúdie realizovateľnosti novej KKN v gescii MZ SR, pričom BSK by mohol byť iniciátorom tejto myšlienky 3. Celoslovenský unifikovaný informačný systém 4. Právna forma takéhoto subjektu a štruktúra akcionárov – odporúča sa presadzovať prítomnosť predstaviteľov VÚC v kontrolných orgánoch Pozn.: Cieľom tohto dokumentu nie je stanoviť presnú lokalizáciu budúcej KKN ani analyzovať súvisiace vplyvy z lokalizácie a výstavby novej KKN.
Aktivity napĺňajúce opatrenie	• Inicievanie rokovaní na úrovni MZ SR a predstaviteľov susedných krajov o zmene lokalizácie novej komplexnej koncovej nemocnice do východnej časti Bratislavy
Odporúčané ukazovatele	• Memorandum o porozumení
Potenciálne zapojené subjekty	• BSK • MZ SR • Samosprávne kraje, ZP
Cieľová skupina	• BSK • MZ SR • Samosprávne kraje
Zdroje financovania	• Rozpočet BSK

2.4.2 Priorita 2 – Dostupná kvalitná zdravotná starostlivosť

Dostupnosť zdravotnej starostlivosti má viac rovín:

- geografická dostupnosť (vzdialenosť pracoviska pre občana), ktorá úzko súvisí s časovou dostupnosťou. Geografická a časová dostupnosť je dôležitá v akútnych líniách s vysokým časovým imperatívom,
- kapacitná dostupnosť je determinovaná možnosťou maximálneho výkonu jednotlivých pracovísk a úzko súvisí so stavom personálu, stupňom integrácie, organizačným modelom a s produktivitou práce,
- dostupnosť kvalitnej starostlivosti je často používané slovné spojenie, ale jeho obsah je ťažko uchopiteľný. Za kvalitnú zdravotnú starostlivosť sa v podstate považuje najmä taká, ktorá je dostupná. Dostupnosť sa zamieňa za kvalitu. Skutočnosť je taká, že kvalita zdravotnej starostlivosti sa sleduje v nízkej miere detailu – na úrovni odvrátiteľných úmrtí či na počtoch rokov prežitých v zdraví. Nie je k dispozícii ani taký elementárny marker kvality ako nozokomiálne infekcie. Tento stav neumožňuje správnu exekúciu strategických rozhodnutí, ktorá sa ťažko (z určitého uhla pohľadu ľahšie) realizuje bez „spätnej väzby“.

2.4.2.1 Špecifický cieľ 2.1: Zabezpečenie monitorovania kvality zdravotnej starostlivosti v BSK.

Monitorovanie kvality zdravotnej starostlivosti je dekády nevykonávaná povinnosť štátu. Skutočné, reálne monitorovanie kvality je možné iba po zavedení unifikovaného informačného systému. V prechodnom období je však možné použiť dáta získavané v komunikácii s NCZI, zdravotnými poisťovňami a vybranými poskytovateľmi. Pre bližšie informácie k možnostiam získania dát pozrite Tabuľku 53 – Možnosti získavania dát v Prílohe.

Právo VÚC na dáta

Z analytickej časti jasne vyplýva, že starostlivosť o obyvateľov BSK v akútnych líniiach (infarkt, mozgová porážka, ťažká trauma) nie je optimálna. Rovnako nie sú optimálne niektoré markery kvality prvého kontaktu – preventívne programy (väčšinou sú to programy na včasný záchyt onkologických ochorení). V týchto situáciách by BSK mal použiť anonymizované dáta z NCZI alebo onkologického a kardiologického registra. V prípade infarktov ide o informácie o pacientoch, ktorí sa v akútnej situácii do kardiocentra nedostanú.

Projekt predpokladá aktívnejšiu úlohu BSK, ktorá spočíva v (i) spracovaní dát (model č. 1) a v nadväznosti na výsledky tohto spracovania následnom (ii) prijímaní opatrení zameraných na zlepšovanie dostupnosti, resp. zlepšovanie kvality zdravotnej starostlivosti. Ak má BSK vystupovať ako proaktívny integrátor, ktorého právomoc je charakterizovaná aj možnosťou záväzného ovplyvňovania procesov, vyžaduje si to významnejšie zásahy do legislatívy. Dá sa konštatovať, že úloha charakterizovaná aktívnou kompetenciou (tzn. nielen kontrolnou právomocou, ako je to v prevažnej časti kompetenčného diapazónu dnes) nasmerovanou na vytváranie prostredia, ktorého nastavenie bude reflektovať výsledky analyzovaných dát v súčasnom legislatívnom nastavení, nemá uspokojivú paralelu. Čiastočne takúto aktívnu pozíciu predstavujú procesy upravené v zákone č. 581/2004 Z. z. týkajúce sa tvorby indikátorov kvality a koncipovania ďalších podmienok, na základe ktorých zdravotná poisťovňa uzatvára zmluvy s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Zákomom formulovaná právomoc zdravotnej poisťovne definovať kľúčové ukazovatele na uzatvorenie zmluvy v podstate môže predstavovať faktický nástroj na regulovanie štruktúry či umiestnenia jednotlivých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (naopak, samosprávny kraj ani MZ SR takúto možnosť pri vydávaní povolení nemajú, keďže podmienkou na vydanie povolenia nie je splnenie parametrov, ktoré by spočívali napr. v územnom umiestnení zdravotníckeho zariadenia či záväzku poskytnúť starostlivosť v konkrétnom časovom okne atď. Takúto funkciu však plní nariadenie Vlády SR č. 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti). V zákone č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len ako „zákon č. 578/2004 Z. z.“) je úloha MZ SR a samosprávneho kraja koncipovaná do pozície orgánu, ktorý vydáva povolenie, a následne do polohy orgánu, ktorý kontroluje plnenie povinností (kontrolná a sankčná právomoc). Až na malé výnimky (pozitívnu deviáciu je rezidentský program či plánované subvencie pre ambulancie prvého kontaktu) však absentujú kompetencie, ktoré by sa nachádzali niekde medzi vydávaním povolení a trestaním za porušovanie povinností a ktoré by boli zamerané na proaktívne usmerňovanie činnosti poskytovateľov smerom k zvyšovaniu dostupnosti zdravotnej starostlivosti či k zvyšovaniu jej bezpečnosti a kvality. Aktívne ovplyvňovanie umiestnenia prevádzky zdravotníckeho zariadenia, ktorého prevádzkovateľ žiada o vydanie povolenia, by si vyžadovalo doplnenie tejto podmienky medzi predpoklady potrebné na vydanie povolenia (do zákona č. 578/2004 Z. z.). Do úvahy pripadá aj určenie kompetencie samosprávnemu kraju vytvárať mapu definujúcu prioritné oblasti (územne a určením chýbajúcej špecializácie), v ktorých by poskytovatelia zdravotnej starostlivosti mali nárok na vyššie plnenia od zdravotných poisťovní, resp. ktorí by mali zákonom garantované výhodnejšie podmienky pri uzatváraní zmluvy so zdravotnou poisťovňou. Takýto model by si vyžadoval aj primeranú zmenu v zákone č. 581/2004 Z. z., pričom by bolo potrebné definovať, v čom spočívajú výhodnejšie podmienky pre poskytovateľov pôsobiach v prioritných oblastiach určených samosprávnym krajom, a súčasne aj stanovenie povinnosti pre zdravotnú poisťovňu v zákonne predpokladanom rozsahu týchto poskytovateľoch favorizovať.

V ďalšom texte sú podrobne zadefinované jednotlivé navrhované opatrenia:

Špecifický cieľ 2.1	Zabezpečenie monitorovania kvality zdravotnej starostlivosti v BSK
Opatrenia, ktoré vedú k naplneniu cieľa	2.1.1 Spolupráca so zdravotnými poisťovňami, NCZI a kľúčovými poskytovateľmi pri získavaní anonymizovaných dát determinujúcich kvalitu zdravotnej starostlivosti

Opatrenie 2.1.1	Spolupráca so zdravotnými poisťovňami, NCZI a kľúčovými poskytovateľmi pri získavaní anonymizovaných dát determinujúcich kvalitu zdravotnej starostlivosti
Opis opatrenia	BSK má zohrávať aktívnejšiu úlohu v rámci integrácie zdravotnej starostlivosti v samosprávnom kraji, tzn., že je nevyhnutné, aby BSK mal dostupné kvalitné dáta a na základe týchto dát vedel prijímať správne rozhodnutia v danom čase. Vzhľadom na to, že aktuálne má k dispozícii len limitované dáta, je potrebné, aby BSK inicioval spoluprácu so zdravotnými poisťovňami, NCZI a kľúčovými PZS, ktorí týmito dátami disponujú.
Aktivity naplňajúce opatrenie	- Memorandum o spolupráci pri získavaní anonymizovaných dát determinujúcich vývoj kvality zdravotnej starostlivosti - Organizácia pravidelných workshopov s kľúčovými poskytovateľmi akútnej a dlhodobej starostlivosti a zástupcami zdravotných poisťovní a NCZI pri vyhodnocovaní kvalitatívnych dát
Odporúčané ukazovatele	- Memorandum o spolupráci so všetkými aktérmi - Zápisy z workshopov
Potenciálne zapojené subjekty	- BSK - PZS - ZP - NCZI
Cieľová skupina	- BSK - PZS - ZP - NCZI
Zdroje financovania	Rozpočet BSK

2.4.2.2 Špecifický cieľ 2.2: Podpora dlhodobej a následnej starostlivosti.

Dlhodobou a následnou starostlivosťou treba chápať komplex aktivít, ktoré nasledujú po zvládnutí akútnej fázy ochorenia, chronického ochorenia až po paliatívnu starostlivosť. Potrebný je plynulý prechod/prepojenie so sociálnou starostlivosťou. V súčasnosti sa dá ťažko odhadnúť skutočný objem kapacít potrebných na zabezpečenie optimálnej dlhodobej a následnej starostlivosti, ale je stále intenzívnejšie vnímaný jej nedostatok. Pacienti vyžadujúci tento typ zdravotnej starostlivosti sú veľmi často „skrytí“ v akútnych nemocniciach ako neželaná príťaž, čo negatívne ovplyvňuje starostlivosť, ktorá sa im poskytuje. Keďže v súčasnosti je v priebehu procesu vytvárania legislatívneho rámca kategorizácie nemocníc, ktorý so sebou

nesie prísľub transformácie viacerých nemocníc na zariadenia tohto typu, úloha BSK ako integrátora nezastupiteľná, bolo by vhodné, aby vytváranie krajského programu flexibilnej dlhodobej a následnej starostlivosti vrátane prepojenia na sociálnu starostlivosť patrilo medzi prioritné agendy BSK.

V ďalšom texte sú podrobne zadané jednotlivé navrhované opatrenia:

Špecifický cieľ 2.2	Podpora dlhodobej a následnej starostlivosti
Opatrenia, ktoré vedú k naplneniu cieľa	2.2.1 Vytvorenie krajského programu flexibilnej dlhodobej a následnej starostlivosti vrátane prepojenia na sociálnu starostlivosť

Opatrenie 2.2.1	Vytvorenie krajského programu flexibilnej dlhodobej a následnej starostlivosti vrátane prepojenia na sociálnu starostlivosť
Opis opatrenia	Systémovo organizovaná dlhodobá a následná starostlivosť a jej flexibilné prepojenie na sociálnu starostlivosť de facto v BSK nejestvuje. Tento stav negatívne ovplyvňuje dostupnosť kvalitnej následnej starostlivosti a spôsobuje neefektívnu prevádzku v akútnych nemocniciach. Táto problematika si pre jej naliehavosť zaslúži zvláštnu pozornosť BSK a práve vytvorenie takéhoto krajského programu má mať za následok zlepšenie dlhodobej a následnej starostlivosti, ako aj s tým súvisiacej sociálnej starostlivosti.
Aktivity napĺňajúce opatrenie	- Audit jestvujúcich potrieb a jestvujúcich kapacít - Vytvorenie flexibilného konceptu zariadení - Vybudovanie, zriadenie alebo podpora vzniku pilotného zariadenia - Integrácia do systému zdravotnej a sociálnej starostlivosti
Odporúčané ukazovatele	- Audit - Materiál - Otvorenie zariadenia - Zazmluvnenie zdravotnými poisťovňami
Potenciálne zapojené subjekty	- BSK - MZ SR, MPSVR SR
Cieľová skupina	- BSK - PZS - Poskytovatelia sociálnych služieb
Zdroje financovania	- Rozpočet BSK - Externé zdroje financovania

2.4.2.3 Špecifický cieľ 2.3: Zabezpečenie dostupnosti v akútnych líniiach

V oblasti akútnych línii má BSK aktívnu rolu v zabezpečovaní ambulantnej pohotovostnej starostlivosti. Analytická časť ukázala, že jestvujúce kapacity nestačia najmä pre dospelú populáciu a je potrebné kapacity

systému zvyšovať. Ide najmä o preťažovanie jestvujúcich urgentných príjmov. Z tohto dôvodu sa javí ako najefektívnejšie zriaďovať ďalšie body APS ako súčasť jestvujúcich urgentných príjmov. V ďalšom texte sú podrobne zadefinované jednotlivé navrhované opatrenia:

Špecifický cieľ 2.3	Zabezpečiť dostupnosť v akútnych líniiach
Opatrenia, ktoré vedú k naplneniu cieľa	• 2.3.1 Analýza a prehodnotenie siete ZZS v kraji • 2.3.2 Zriadenie APS aj pri pracoviskách urgentných príjmov • 2.3.3 Vytvorenie traumacentra I. typu • 2.3.4 Optimalizácia zabezpečenia obyvateľov BSK s akútnym infarktom myokardu
Opatrenie 2.3.1	Analýza a prehodnotenie siete ZZS v kraji
Opis opatrenia	Stav ZZS zásadne ovplyvňuje reťazenie v akútnych líniiach. Východiskom pre optimalizáciu zabezpečenia obyvateľov kraja v akútnych líniiach je práve analýza stavu segmentu ZZS
Aktivity napĺňajúce opatrenie	• Získavanie relevantných dát • Vytvorenie jestvujúcej mapy činnosti ZZS v kraji • Definovanie bodov potrebných na optimalizáciu kvality a efektivity ZZS
Odporúčané ukazovatele	Materiál
Potenciálne zapojené subjekty	• BSK • ZZS
Cieľová skupina	• ZZS
Zdroje financovania	• Rozpočet BSK

Opatrenie 2.3.2	Zriadenie APS aj pri pracoviskách urgentných príjmov
Opis opatrenia	BSK má vyvíjať aktivity s cieľom zriaďovania pracovísk APS v rámci urgentných príjmov. BSK má rokovať s PZS s urgentnými príjmami, ako aj so zástupcami APS pre dospelých. Opatrenie je v záujme obyvateľov BSK.
Aktivity napĺňajúce opatrenie	• Rokovania s poskytovateľmi, ktorí majú v zariadeniach urgentné príjmy, a so zástupcami všeobecných lekárov
Odporúčané ukazovatele	• Dohoda alebo memorandum o porozumení a spolupráci
Potenciálne zapojené subjekty	• BSK • PZS s urgentnými príjmami • Zástupcovia APS pre dospelých • Ostatní poskytovatelia sociálnych služieb
Cieľová skupina	• BSK • PZS

Zdroje financovania	Rozpočet BSK
----------------------------	--

Opatrenie 2.3.3	Vytvorenie traumacentra I. typu
Opis opatrenia	BSK má organizovať rokovania podporujúce vznik traumacentra I. typu v BSK, podobne ako v ostatných samosprávnych krajoch. Primárne by sa o problematiku vytvorenia traumacentra I. typu malo starať MZ SR, keďže je to však akútny problém na území BSK, proaktívny prístup BSK je nevyhnutný. Úlohou BSK je zastupovanie záujmov obyvateľov kraja, a teda by mal proaktívne vytvárať najmä pomocou rokovaní a obdobných podporných aktivít tlak na štát na vytvorenie takéhoto centra.
Aktivity napíňajúce opatrenie	- Rokovania so zástupcami MZ SR, ZP, UNB a NNG Bory - Podpora vzniku komplexnej koncovej nemocnice vo východnej časti Bratislavy s komplexným terciárnym traumaprogramom a traumacentrom I. typu
Odporúčané ukazovatele	- Memorandum o porozumení a spolupráci - Rozhodnutie Vlády SR
Potenciálne zapojené subjekty	- BSK - MZ SR - UNB, NNG Bory - ZP
Cieľová skupina	- BSK - PZS - MZ SR - ZP - Susediace samosprávne kraje
Zdroje financovania	Rozpočet BSK

Opatrenie 2.3.4	Optimalizácia zabezpečenia obyvateľov BSK s akútnym infarktom myokardu
Opis opatrenia	Stav zabezpečenia obyvateľov s akútnym infarktom myokardu je neuspokojivý. Ukazuje sa, že ide o kapacitný deficit. Je dôležité, aby sa tento stav nezafixoval ako norma. Úlohou BSK je iniciovanie uskutočnenia auditu, z ktorého budú analogicky vyplývať aktivity jednak pre MZ SR a jednak pre vybraných PZS na území BSK.
Aktivity napíňajúce opatrenie	Uskutočnenie komplexného auditu zabezpečenia obyvateľov BSK s akútnym infarktom myokardu

Odporúčané ukazovatele	• Audit
Potenciálne zapojené subjekty	• BSK • MZ SR • NÚSCH, CINRE, ZZS, NNG Bory, UNB • NCZI • ZP
Cieľová skupina	• BSK • PZS • ZP
Zdroje financovania	• Externé zdroje financovania • Rozpočet BSK

2.4.2.4 Špecifický cieľ 2.4: Zabezpečenie personálnej stability

Aj keď je BSK v porovnaní s inými krajinami v zdanlivom komforte z hľadiska počtu lekárov, vynárajú sa nedostatkové oblasti najmä v ambulantnej sfére. Najvypuklejší je problém v komunite všeobecných lekárov a pediatrov. Počty sestier klesajú progresívne už dlhší čas, čo spôsobuje výpadky funkcionality dôležitých pracovísk.

Možné riešenie tohto problému spočíva v dvoch paralelných aktivitách:

- v snahe o stabilizáciu poklesu či zvyšovanie počtu personálu (zvyšovanie atraktivity povolania, zvyšovanie kapacity vzdelávacích inštitúcií, investícia do odmeňovania v odbore a inými náborovými programami),
- v podpore organizačných modelov a technológií, ktoré znižujú časovú náročnosť práce personálu, prípadne čiastočne nahrádzajú personál.

V ďalšom texte sú podrobne zadefinované jednotlivé navrhované opatrenia:

Špecifický cieľ 2.4	Zabezpečenie personálnej stability
Opatrenia, ktoré vedú k naplneniu cieľa	• 2.4.1 Zriadenie krajských rezidentských miest • 2.4.2 Podpora prechodu špecialistov najmä z odborov internej medicíny na parciálny alebo plný úväzok všeobecného lekára • 2.4.3 Zníženie časovej náročnosti práce personálu • 2.4.4 Podpora inovácií a výskumu vo vybratých oblastiach, zameraného na zvyšovanie kvality a efektivity zdravotnej starostlivosti • 2.4.5 Vzdelávanie sestier a sanitárov na stredných školách, zvyšovanie objemov študentov
Opatrenie 2.4.1	Zriadenie krajských rezidentských miest

Opis opatrenia	Toto opatrenie by predstavovalo jednu z možností, ako zvýšiť počet všeobecných lekárov v strednodobom horizonte. BSK by garantoval a financoval záujemcom kvalitné postgraduálne vzdelávanie a istotu podpory pri rozbiehaní vlastnej praxe – už v priestoroch nových integrovaných centier. Zároveň by asi bola potrebná kompenzácia všeobecného lekára, ktorý by rezidenta akceptoval. Lokálne rezidentské miesta ako kompetencia samosprávneho kraja by si zaslúžili úpravu v zákone č. 302/2001 Z. z., i keď takto explicitne poňaté právne ukotvenie nemusí byť nevyhnutnou podmienkou na realizovanie uvedeného zámeru. Odpoveď na otázku potreby prijatia právnej reglementácie závisí od konkrétnych parametrov krajského rezidenčného programu. Ak by takáto forma subvencie do personálnych kapacít poskytovateľov zdravotnej starostlivosti mala byť spojená so zákonnou reciprocitou zainteresovaných subjektov (tak rezidenta, ako aj poskytovateľa, u ktorého rezident pracuje) v podobe stanovenia konkrétnych záväzkov a povinností, je nevyhnutné prijať zákonnú úpravu. Keďže rezidentský program sa nachádza v zákone č. 578/2004 Z. z., tak sa aj ukotvenie krajského rezidentského programu ponúka inkorporovať do tohoto právneho predpisu. Ak by však poskytovanie subvencie pre krajské rezidentské miesta malo mať podobu mäkkšieho modelu krytého len zmluvným zabezpečením, tak je možné konštatovať, že aktuálne platné právne predpisy nebránia, resp. umožňujú, aby samosprávny kraj, ak mu to jeho finančné možnosti dovoľujú, takúto aktivitu realizoval (pozrite legislatívne východiská pre poskytovanie dotácií v oblasti všeobecne prospešných služieb v § 8 zákona č. 583/2004 o rozpočtových pravidlách územnej samosprávy a o zmene a doplnení niektorých zákonov).
Aktivity napíňajúce opatrenie	• Vypracovanie základnej stratégie benefitov a rezidentskej zmluvy s cieľom vykonania prieskumu • Prieskum možného záujmu zo strany medikov a všeobecných lekárov • Individualizovaný nábor záujemcov o krajské rezidentské miesta
Odporúčané ukazovatele	• Materiál • Počet záujemcov
Potenciálne zapojené subjekty	• BSK • LF UK • LF SZU
Cieľová skupina	• BSK • PZS, ktorí sú oprávnení na postgraduálnu výučbu
Zdroje financovania	• Rozpočet BSK

Opatrenie 2.4.2	Podpora prechodu špecialistov najmä z odborov internej medicíny na parciálny alebo plný úväzok všeobecného lekára
Opis opatrenia	Zatiaľ čo rezidentské miesta predstavujú strednodobé riešenie nedostatku všeobecných lekárov, rýchlejšie riešenie spočíva v transformácii špecialistov (najmä internistov) na parciálny alebo plný úväzok všeobecného lekára. Pri prísľube benefitov z toho vyplývajúcich je tento zdroj reálny.
Aktivity naplňajúce opatrenie	• Prieskum možného záujmu špecialistov • Vytvorenie konceptu zvýhodnenia na báze variabilných kontraktov
Odporúčané ukazovatele	• Počet záujemcov • Materiál
Potenciálne zapojené subjekty	• BSK • UNB • ZP
Cieľová skupina	• BSK • PZS
Zdroje financovania	• Rozpočet BSK

Opatrenie 2.4.3	Zníženie časovej náročnosti práce personálu
Opis opatrenia	BSK má vyhľadávať a realizovať aktivity s cieľom zníženia časovej náročnosti práce personálu. Možné praktické opatrenia na zníženie časovej náročnosti práce personálu: • Telemedicína – pozrite bližší opis nižšie. • „Paper-free“ systém – ak je bezpapierová prevádzka zabezpečovaná kvalitným informačným systémom, je možné rátať s výrazným znížením časovej náročnosti práce sestry pri lôžku aj v ambulancii, taktiež lekárov a čiastočne aj pomocného personálu. • Centrálna robotická príprava liekov – odbúra prípravu liekov sestrou na oddelení. Predstavuje výrazné zníženie časovej náročnosti práce sestry pri lôžku a zároveň výrazne znižuje výskyt omylov a pochybení v liečbe. Je aktuálna vo veľkých nemocniciach. • „Family space“ – prítomnosť rodinných príslušníkov počas hospitalizácie – vznik interaktívnej rodiny. Rodina chápe zdravotný problém pacienta a ovláda základné ošetrovacie postupy. Tento princíp skvalitňuje a uľahčuje aj ošetrovanie pacienta po prepustení z nemocnice do domácej starostlivosti.

	• Unifikácia prístrojového vybavenia – tento princíp nielenže znižuje časovú náročnosť, ale tiež znižuje riziko pochybení (napr. perfúzne pumpy, laparoskopické veže, anestéziologické prístroje, prístroje na umelú pľúcnu ventiláciu atď.). • Inteligentné lôžko – lôžko umožňuje ľahkú a šetrnú manipuláciu s pacientom, polohovanie pacienta, pričom zabezpečuje rýchlu mobilizáciu pacienta v prípade potreby, zvyšuje komfort pacienta a obsluhujúceho personálu a zároveň sú bezpečnostné a zdravotné funkcie pacienta pod kontrolou monitorovacieho systému. • Hlasový zápis – moderná technológia prepisu hovoreného slova, ktorá ušetrí čas zdravotníckemu personálu na všetkých úrovniach. • Recepčná (chodbová) sestra v integrovaných ambulantných zariadeniach • Objednávací systém v integrovanom ekosystéme • Spoločné odberové miesto v integrovaných ambulantných zariadeniach • Call centrum
Aktivity napíňajúce opatrenie	• Zriadenie stanoviska a funkcie recepcie vo vlastných zariadeniach • Audit používaných telemedicínskych technológií v ambulanciách všeobecných lekárov BSK • Návšteva zdravotníckych medzinárodných konferencií a veľtrhov • Vypracovanie konceptu systémovej implementácie telemedicínskych technológií v prvom kontakte • Kategorizácia telemedicínskych postupov • Vybavenie všeobecných ambulancií v integrovanom systéme telemedicínskou technológiou (na báze dobrovoľnosti)
Odporúčané ukazovatele	• Zníženie časovej náročnosti práce sestier v danom zariadení • Audit • Počet účastí na konferenciách a veľtrhoch • Koncept • Systém kategorizácie a platieb za telemedicínske úkony • Počet ambulancií prvého kontaktu využívajúcich telemedicínske technológie
Potenciálne zapojené subjekty	• BSK • Združenia všeobecných lekárov a pediatrov • LF UK • Ústav lekárskej fyziky, biofyziky, informatiky a telemedicíny LFUK • Zástupcovia všeobecných lekárov

	• MZ SR • ZP
Cieľová skupina	• BSK • PZS
Zdroje financovania	• Externé zdroje financovania • Rozpočet BSK

Vzhľadom na očakávané zvyšovanie nedostatku zdravotníckeho personálu a súčasne zvyšujúceho sa dopytu po zdravotných službách je potrebné do katalógu výkonov zaradiť zdravotné výkony telemedicíny. Telemedicína je definovaná ako súčasť elektronizovaného zdravotníctva a označuje poskytovanie medicínskych služieb na väčšie vzdialenosti, preto je pojem telemedicína niekedy označovaný aj synonymom dištančná medicína.

Ide o dynamicky sa rozvíjajúci segment medicíny. V súčasnosti je reálne aj v našich podmienkach v režime telemedicíny monitorovať/merať EKG, EKG holter, tlak krvi, glukometriu, teplotu tela, hmotnosť, základné parametre koagulácie, základné spirometrické parametre, pulznú oxymetriu. Merané hodnoty sa buď priamo, alebo cez portál online dostávajú k ošetrojúcemu lekárovi. Problémom zostáva kategorizácia týchto výkonov pre spôsob ich uhrádzania. V súčasnosti je možné monitorovať v domácich podmienkach vyššie uvedené parametre zdravotného stavu pacienta rozličnými modernými dištančnými technológiami.

Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti by mali mať vytvorený základný právny rámec na poskytovanie zdravotnej starostlivosti prostredníctvom elektronických nástrojov, ktorý explicitne stanoví, že z verejného zdravotného poistenia je možné uhrádzať aj starostlivosť poskytnutú dištančne. Okrem úhradovej roviny netreba zabúdať ani na legislatívne vymedzenie základných požiadaviek pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti týmto spôsobom. Zmeny by sa mali odraziť aj v obsahu záznamov do zdravotnej dokumentácie, aby právnym základom na spracovanie osobných údajov pri poskytovaní telemedicínskych služieb bolo plnenie zákonnej povinnosti, nie súhlas dotknutej osoby (rozšírenie obsahu zápisu do zdravotnej dokumentácie napr. o videozáznam pacienta atď.). Z právneho pohľadu je pre poskytovateľa zdravotnej starostlivosti obrovskou výzvou, ako zabezpečiť poučenie a poskytnutie súhlasu pacienta s navrhovanou liečbou. Zákon č. 576/2004 Z. z. v § 6 obsahuje diferenciáciu foriem informovaných súhlasov, súčasne sa v Občianskom zákonníku (§ 40 ods. 4) nachádza úprava týkajúca sa písomnej formy právneho úkonu. Pri elektronickom podpisovaní sa riadime Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 910/2014 z 23. júla 2014 o elektronickej identifikácii a dôveryhodných službách pre elektronické transakcie na vnútornom trhu a o zrušení smernice 1999/93/ES (ďalej aj ako „eIDAS“ alebo „nariadenie“), ktoré je premietnuté aj do slovenskej legislatívy. Súčasná legislatíva umožňuje, aby boli informované súhlasy, pri ktorých sa vyžaduje písomná forma, podpísované zdokonaleným alebo kvalifikovaným elektronickým podpisom (v takom prípade je požiadavka písomnej formy v zmysle § 40 ods. 4 OZ splnená), no realizovanie tohto postupu je v praxi stále len ťažko uchopiteľné. Z toho dôvodu by mohlo byť prínosné, ak by zákon č. 576/2004 Z. z. priniesol osobitnú úpravu vo vzťahu k zachovaniu písomnej formy pri použití elektronického informovaného súhlasu a elektronicky prejavenej vôle pacienta, ktorý by bol však jednoduchší ako podpis zdokonaleným/kvalifikovaným elektronickým podpisom.

S cieľom zaručenia bezpečnosti pacienta je potrebné myslieť aj na otázky spojené s požiadavkami týkajúcimi sa vybavenia pri telemedicíne. (Stanoviť osobitné požiadavky na zariadenia používané pacientom, ak majú byť relevantným zdrojom údajov pre lekára?, Stanoviť požiadavku, aby takéto zariadenia boli registrované ako zdravotnícke pomôcky?)

Telemedicína je poskytovanie služieb zdravotnej starostlivosti pomocou využívania informačných a komunikačných technológií v situácii, keď sa zdravotnícky pracovník a pacient (alebo dvaja zdravotníci

pracovníci) nenachádzajú fyzicky na tom istom mieste (Oznámenie Európskej Komisie KOM(2008)689). Telemedicina by mala byť vhodným doplnkom pre situácie, keď povaha potrebnej zdravotnej starostlivosti umožňuje dištančnú starostlivosť o pacienta. V nadväznosti na aktuálne platné usmerňujúce princípy upravené v právnych predpisoch či správnych praxiach⁴³ by medzi základné pravidlá telemedicíny mohlo patriť:

1. Bezpečnosť pacienta je na prvom mieste.
2. Poskytnutie zdravotnej starostlivosti prostredníctvom telemedicíny je možné za predpokladu, že:
 - a) povaha výkonu to umožňuje a
 - b) fyzická prítomnosť pacienta v zdravotníckom zariadení nie je možná, resp. ak vzhľadom na osobu pacienta a jeho ochorenie ide o taký výkon, ktorý si nevyžaduje prítomnosť pacienta v zdravotníckom zariadení (pozrite spresnenie v bode 8),
 - c) pacient s poskytnutím telemedicínskeho výkonu súhlasí a skutočnému prínosu telemedicínskeho výkonu nebránia osobné prekážky na jeho strane (napr. neschopnosť obsluhovať elektronické zariadenie, nedôvera pacienta v technológiu, ktorá sa môže následne transformovať do nedôvery voči zdravotníckemu pracovníkovi atď.).
3. Telemedicina nesmie byť pre zdravotníckeho pracovníka nástrojom na zvýšenie jeho pohodlia pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ale nástrojom na doručenie starostlivosti v situácii, keď nie je možná osobná prítomnosť pacienta.
4. Osobný kontakt s pacientom pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti má prioritu, preto telemedicina prichádza do úvahy v prípade, ak nie je možná fyzická prítomnosť pacienta v zdravotníckom zariadení dôsledkom relevantných prekážok na strane pacienta alebo dôsledkom iných objektívnych skutočností (napr. pandémie).
5. Použitie telemedicíny nesmie byť v neprospech objektívneho záujmu pacienta na správnom poskytnutí zdravotnej starostlivosti. Zahŕňa to záväzok zdravotníckeho pracovníka posúdiť dôvodnosť využitia telemedicíny, hoci to povaha plánovaného výkonu umožňuje, a hoci o dištančnú starostlivosť požiadal samotný pacient.
6. Telemedicinu by malo byť až na odôvodnené výnimky možné využiť len za predpokladu, že zdravotnícky pracovník mal možnosť osobného vyšetrenia pacienta a aj na základe toho pozná zdravotný stav pacienta a má k dispozícii jeho zdravotnú dokumentáciu v takom rozsahu, že je schopný aj dištančným spôsobom poskytnúť zdravotnú starostlivosť správne.
7. Telemedicinu je možné využiť v prípade úplne nového pacienta jedine za predpokladu, že by jej neposkytnutie pre pacienta vyvolalo väčšie zdravotné riziko ako jej poskytnutie. V takom prípade je zdravotnícky pracovník vždy povinný zrozumiteľne poučiť pacienta o potrebe fyzickej návštevy zdravotníckeho zariadenia a súčasne ho poučiť o riziku jeho omylu pri telemedicínskom výkone v dôsledku chýbajúcich komplexných informácií o pacientovom zdraví.
8. Telemedicina môže byť vhodným spôsobom na manažovanie chronických pacientov (za predpokladu, že pacient bol *lege artis* vyšetrený a bola spoľahlivo určená diagnóza), vždy však musí byť braný do úvahy objektívny záujem pacienta, nie záujmy zdravotníckeho pracovníka. Aj v takom prípade je nevyhnutné, aby bola potreba fyzickej kontroly pacienta zdravotníckym pracovníkom pravidelne vyhodnocovaná.
9. Je nepripustné, aby zdravotnícky pracovník odkomunikoval pacientovi, že poskytovanie zdravotnej starostlivosti prostredníctvom telemedicíny je spôsobilé v celom rozsahu nahradiť fyzické poskytnutie zdravotnej starostlivosti pacientovi. Pacient by mal rozumieť, že telemedicina predstavuje doplnkový spôsob poskytovania zdravotnej starostlivosti v situácii, keď nie je možná fyzická prítomnosť pacienta v zariadení.
10. Pokiaľ počas výkonu zdravotnícky pracovník usúdi alebo nadobudne pochybnosť o tom, že pokračovanie vo výkone nie je z odborného hľadiska správne (napr. v dôsledku zistených skutočností od pacienta, problémy s pripojením atď.), je povinný realizovanie výkonu ukončiť, a to

⁴³ Porovnajte princípy v zákone č. 576/2004 Z. z. zdravotnej starostlivosti, zákone č. 578/2004 Z. z., Etickom kódexe zdravotníckeho pracovníka, ako aj vo vyhláske MZSR č. 444/2019 Z. z. o minimálnych požiadavkách na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta. Pravidlá pre výkon telemedicíny by mali inšpirované aj etickými požiadavkami formulovanými vo vyhlásení Svetovej lekárskej asociácie (WMA) o etických aspektoch telemedicíny (Reykjavík, 2018), ako aj v stanovisku Európskeho hospodárskeho a sociálneho výboru na tému „Oznámenie Komisie Európskemu parlamentu, Rade, Európskemu hospodárskemu a sociálnemu výboru a Výboru regiónov o telemedicíne v prospech pacientov, systémov zdravotnej starostlivosti a spoločnosti“ [KOM(2008) 689 v konečnom znení], (2009/C 317/15), ako aj v Etických štandardoch telemedicíny vydaných zo strany American Medical Association.

tak, aby nedošlo k ohrozeniu zdravia pacienta, a súčasne je povinný prijať vo vzťahu k pacientovi primerané opatrenia; vždy musí pacienta poučiť o nemožnosti poskytnúť zdravotnú starostlivosť vzhľadom na dištančné okolnosti, tiež o potrebe fyzického vyšetrenia pacienta spolu s odporúčaním pacientovi navštíviť zdravotnícke zariadenie a poučiť ho o rizikách, ktoré pacientovi hrozia, ak tak neurobí.

Ochrana súkromia a dôstojnosti pacienta pri telemedicíne musia byť zaručené na rovnakej úrovni ako pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zdravotníckom zariadení, a to predovšetkým s dôrazom na nasledujúce skutočnosti:

- a) počas výkonu je zdravotnícky pracovník povinný zabezpečiť pacientovi najvyššiu mieru súkromia,
- b) výkon môže byť realizovaný len v prítomnosti osôb so statusom zdravotníckeho pracovníka, ktoré majú súčasne dôvod participovať na telemedicínskom výkone; pokiaľ si pacient neželá inak,
- c) pacient by mal byť informovaný o tom, akí zdravotnícki pracovníci sa na telemedicínskom výkone zúčastňujú,
- d) zdravotnícky pracovník musí klásť dôraz na to, aby výkon nerealizoval v prostredí, v ktorom hrozí únik obsahu komunikácie medzi ním a pacientom nepovolánym osobám, preto sú na poskytovanie telemedicíny v zásade vylúčené verejné miesta a telemedicínu by mal zdravotnícky pracovník vykonávať prioritne v priestoroch zdravotníckeho zariadenia,
- e) zdravotnícky pracovník musí prijať a dodržiavať potrebné opatrenia, aby znemožnil prístup ku komunikácii nepovolánym osobám.

V ideálnom prípade by mal štát zabezpečiť funkčnú platformu spĺňajúcu prísne požiadavky na zaručenie kybernetickej bezpečnosti a ochrany dát spracúvaných pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. V opačnom prípade budú poskytovatelia využívať komerčne dostupné platformy, pri ktorých nie je zaručená bezpečnosť osobných údajov. Jednou z potenciálnych foriem určenia bezpečnostných kritérií na poskytovanie telemedicíny by mohlo byť rozšírenie pôsobnosti zákona č. 69/2018 Z. z. o kybernetickej bezpečnosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov aj na ambulantnú oblasť.

Právna úprava telemedicíny v úhradovej aj v realizačnej rovine by mala byť zakotvená v zákone č. 581/2004 Z. z., Opatrení MR SR č. 07045/2003 – OAP z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov, nariadení Vlády Slovenskej republiky č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov, ako aj v zákone č. 576/2004 Z. z. Je možné uvažovať aj o tom, že ciele zvýšenie penetrácie elektronických služieb ako nástroja na doručenie zdravotnej starostlivosti pacientovi by sa odrazilo aj v rozšírení materiálnych štandardov zdravotníckych zariadení vo Výnose MR SR č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení jeho neskorších zmien.

Opatrenie 2.4.4	Podpora inovácií a výskumu vo vybratých oblastiach zameraných na zvyšovanie kvality a efektivity zdravotnej starostlivosti
Opis opatrenia	Prioritná podpora inovácií a výskumu by mala byť zameraná na zvyšovanie kvality a znižovanie personálnej náročnosti zdravotnej starostlivosti. Zároveň by sa BSK mal zamerať na oblasti výskumu, ktoré nemajú finančnú podporu, ale ich vplyv na kvalitu a efektivitu zdravotnej starostlivosti je významný.

	Vybrané príklady pre podporu inovácií a výskumu: • výskum neliekových foriem terapie, • postupy celostnej medicíny, • možnosti psychosomatického prístupu k pacientovi, • analýzy jednotlivých procesov „za chodu“, • analýza incidencie obezity, • analýza environmentálnych záťaží na zdravie obyvateľov BSK, • ostatné oblasti definované v opatrení 2.4.3. BSK by pre vyššie uvedené aktivity v oblasti inovácií a výskumu mal zrealizovať prieskum v zdravotníckych zariadeniach s cieľom získania informácií o tom, aký záujem by bol o takéto projekty v zdravotnej komunite. Následne by mali byť tieto výstupy zanalyzované a mali by byť prioritizované tie oblasti/projekty, o ktoré by bol najväčší záujem.
Aktivity napĺňajúce opatrenie	• Definovanie oblastí záujmu a foriem podpory inovácií a výskumu • Podpora inovácií a výskumu vo vybraných oblastiach
Odporúčané ukazovatele	• Materiál • Výstupy výskumných aktivít
Potenciálne zapojené subjekty	• BSK • SAV • Vybrané vedecko-výskumné inštitúcie
Cieľová skupina	• BSK • PZS • Subjekty zaoberajúce sa výskumom
Zdroje financovania	• Rozpočet BSK • Externé zdroje financovania • Zdroje financovania vedecko-výskumných inštitúcií

Opatrenie 2.4.5	Vzdelávanie sestier a sanitárov na stredných školách, zvyšovanie objemov študentov
Opis opatrenia	Keďže BSK je zriaďovateľ stredných škôl (aj zdravotníckych) a zdravotníckeho personálu je nedostatok, BSK by mal motivovať mladých ľudí študovať biomedicínske či zdravotnícke odbory. Vhodným riešením by bol vznik spojenej školy, ktorej súčasťou by bolo špecializované gymnázium zamerané na prípravu študentov na štúdium medicíny alebo iných biomedicínskych či technických odborov (IKT, matfyz, biomedicína a prírodné vedy v súlade s RIS3 SK) na vysokej škole. Táto stredná škola by mala byť z praktických dôvodov v dostatočnej vzdialenosti od nového ústavného zariadenia. Okrem strednej školy by mohla vzniknúť v tomto areáli aj fakulta ošetrovateľstva, teda vznikol by akýsi kampus. Prax alebo vidina kariéry v moderne vybavenej nemocnici a práca s modernými

	technológiami by prilákali študentov. Toto opatrenie by mohlo súvisieť aj s riešením štúdia sestier (s ohľadom na nedostatok sestier v ADOS). Nedostatok sanitárov je možné riešiť náborom študentov medicíny na brigádnickú/nízkoúvážkovú sanitársku prácu počas štúdia.
Aktivity napĺňajúce opatrenie	• Vybudovanie, zriadenie alebo podpora vzniku stredoškolského a fakultného kampusu v blízkosti novej komplexnej nemocnice • Nábor študentov medicíny na brigádnickú sanitársku prácu • Presadzovanie legislatívnej zmeny pre názov pozície stredoškolsky vzdelanej sestry na praktická sestra
Odporúčané ukazovatele	• Otvorenie zariadenia • Počet študentov • Zvýšený záujem o štúdium na stredných zdravotníckych školách
Potenciálne zapojené subjekty	• BSK • MZ SR • SAV • LF UK, LF SZU, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety • UNB a ostatní vybraní PZS
Cieľová skupina	• BSK • Školy • PZS
Zdroje financovania	• Rozpočet BSK • Externé zdroje financovania

2.4.3 Priorita 3 – Prevencia a včasná diagnóza

Prevenciu treba chápať buď ako zdravý životný štýl, alebo ako aktívne vyhľadávanie ochorenia vo včasnom štádiu.

2.4.3.1 Špecifický cieľ 3.1: Podpora zdravého životného štýlu

Propagácia zdravého životného štýlu (stravovanie, pohybové aktivity) je pomerne výdatne zabezpečovaná vládami aj mimovládami organizáciami a médiami. BSK môže prispieť podporovaním vzniku nových športovísk a cyklistických chodníkov. Vo svojich zariadeniach – SZŠ – však môže zabezpečiť zvýšenie pohybových aktivít žiakov aj učiteľov a tiež iniciovať zdravé formy výživy.

V ďalšom texte sú podrobne zadefinované jednotlivé navrhované opatrenia:

Špecifický cieľ 3.1	Podporiť zdravý životný štýl
Opatrenia, ktoré vedú k naplneniu cieľa	3.1.1 Dodržiavanie princípov zdravej výživy v stravovacích prevádzkach škôl v pôsobnosti BSK 3.1.2 Popularizácia a iniciovanie používania zelených receptov v ambulantnej sfére

Opatrenie 3.1.1	Dodržiavanie princípov zdravej výživy v stravovacích prevádzkach škôl v pôsobnosti BSK, zvýšenie možnosti pohybových aktivít v rámci vyučovania.
Opis opatrenia	BSK má možnosť aktívne vstupovať do stravovacích programov a tiež podielu fyzických aktivít na školách vo svojej pôsobnosti. Jestvujúce normy sú už zastarané. Implementácia zdravej výživy a pohybovej kultúry má nielen priaznivý vplyv na bezprostredný psychosomatický vývoj žiakov, ale aj výchovný benefit pre ich ďalší život.
Aktivity napĺňajúce opatrenie	- Odborný audit jestvujúcich stravovacích postupov na školách v pôsobnosti BSK (spolupráca s autoritami v oblasti výživy) - Podpora zdravého stravovania na školách v pôsobnosti BSK - Zvýšenie počtu hodín voľnočasových pohybových aktivít na školách v pôsobnosti BSK - Budovanie externých cvičebných systémov v areáloch škôl v pôsobnosti BSK
Odporúčané ukazovatele	- Audit - Počet zapojených škôl - Zvýšenie počtu hodín voľnočasových pohybových aktivít - Počet inštalovaných zariadení
Potenciálne zapojené subjekty	- BSK - MŠVVaŠ SR - Školy, odborníci v oblasti výživy
Cieľová skupina	- BSK - Školy
Zdroje financovania	- Rozpočet BSK - Štátny rozpočet

Opatrenie 3.1.2	Popularizácia a iniciovanie používania zelených receptov v ambulantnej sfére
Opis opatrenia	BSK má vyvíjať aktivity na podporu vzniku kultúry zelených receptov. Zelený recept znamená naordinovanie konkrétnych pohybových aktivít, napríklad 5 km chôdza v prírode každý druhý deň. Vďaka telemedicíne by lekár mohol zároveň sledovať vitálne funkcie počas pohybu pacienta.
Aktivity napĺňajúce opatrenie	Analýza možností využitia zelených receptov

	Kategorizácia a platby za aktivity súvisiace so zelenými receptami
Odporúčané ukazovatele	- Výstup analýzy - Nárast používania zelených receptov
Potenciálne zapojené subjekty	- BSK - Združenia všeobecných lekárov a iných vybraných odborov - MZ SR - ZP - Pacientske organizácie
Cieľová skupina	- BSK - PZS - ZP - Pacientske organizácie
Zdroje financovania	- Rozpočet BSK - Externé zdroje financovania

2.4.3.2 Špecifický cieľ 3.2: Zabezpečenie včasnej diagnostiky a prevencie chorôb

Ochorenia zachytávané vo včasnom štádiu – ide najmä o onkologické ochorenia –, ale aj prevencia náhle mozgové príhody majú veľké rezervy v prevencii. Analytická časť ukazuje, že v oboch oblastiach sú obrovské rezervy. Hoci sú k dispozícii jednoduché skriningové vyšetrenia na včasnú diagnózu niektorých onkologických ochorení (OK, PSA, mamografia) či prevenciu (napr. očkovanie proti HPV), onkologické ochorenia sa vo vysokom percente diagnostikujú v neskorých štádiách, čo predstavuje náročnú, nákladnú liečbu s neistým výsledkom.

Ochorenia/stavy vedúce k mozgovej porážke (fibrilácia predsiení, zúženie krčných tepien), ktoré sa dajú s predstihom liečiť, sa diagnostikujú vo väčšine prípadov až po mozgovej príhode, preto by mal BSK v spolupráci s poisťovňami tieto markery kvality prevencie pravidelne vyhodnocovať a zároveň vyhodnocovať incidenciu neskorých štádií pri vybraných onkologických ochoreniach u pacientov konkrétnych všeobecných lekárov a tiež incidenciu náhlých mozgových príhod.

V ďalšom texte sú podrobne zadefinované jednotlivé navrhované opatrenia:

Špecifický cieľ 3.2	Zabezpečiť včasnú diagnostiku a prevenciu chorôb
Opatrenia, ktoré vedú k naplneniu cieľa	3.2.1 Zlepšenie včasnej diagnostiky a prevencie onkologických ochorení u obyvateľov kraja 3.2.2 Zlepšenie včasnej prevencie vzniku mozgové porážky u obyvateľov kraja

Opatrenie 3.2.1	Zlepšenie včasnej diagnostiky a prevencie onkologických ochorení u obyvateľov kraja
Opis opatrenia	Slovensko vrátane BSK má vysoký počet onkologických ochorení zachytených v neskorých štádiách. Je evidentné, že možnosti včasnej diagnózy týchto ochorení, ktoré prinášajú oveľa lepšie výsledky v liečbe, nie sú adekvátne využívané.

	Úlohou BSK bude vyvíjať aktivity na zvýšenie počtu preventívnych vyšetrení zameraných na včasnú diagnózu onkologických ochorení.
Aktivity naplňajúce opatrenie	• Monitorovanie počtu preventívnych vyšetrení okultného krvácania, preventívnej kolonoskopie, PSA a mamografie v pomere k počtu obyvateľov BSK, u ktorých je vyšetrenie indikované, a vyhodnocovanie trendu incidencie neskorých foriem onkologických ochorení • Propagácia, osвета a podpora preventívnych vyšetrení a očkovania
Odporúčané ukazovatele	• Zvýšenie počtu výkonov • Pokles incidencie neskorých foriem onkologických ochorení
Potenciálne zapojené subjekty	• BSK • ZP • MZ SR • Odborné spoločnosti, NOÚ, OÚSA • PZS
Cieľová skupina	• BSK • PZS • ZP
Zdroje financovania	• Externé zdroje financovania • Rozpočet BSK

Opatrenie 3.2.2	Zlepšenie včasnej prevencie vzniku mozgovej porážky u obyvateľov kraja
Opis opatrenia	Úlohou BSK bude vyvíjať aktivity s cieľom systematizovania včasnej diagnostiky a liečby rizikových skupín obyvateľov.
Aktivity naplňajúce opatrenie	• Monitorovanie výskytu fibrilácie predsiení u obyvateľov BSK (z toho diagnostikovaných až po mozgovej porážke) • Zavedenie systémových opatrení na včasnú diagnózu a liečbu rizika mozgovej porážky
Odporúčané ukazovatele	• Dáta • Zníženie incidencie mozgovej porážky
Potenciálne zapojené subjekty	• BSK • MZ SR • UNB, CINRE, NÚSCH • ZP
Cieľová skupina	• BSK • Pacienti • PZS • ZP
Zdroje financovania	• Externé zdroje financovania

	Rozpočet BSK
--	--

2.5 Návrh riadenia a kontroly zdravotnej starostlivosti v BSK

Tabuľka 51: Súhrn možností a opatrení riadenia a kontroly zdravotnej starostlivosti v BSK

Súhrn možností a opatrení riadenia a kontroly zdravotnej starostlivosti v BSK			
Spôsob	Realizačná náročnosť	Účinnosť	Poznámka
BSK ako schvaľovateľ zariadení primárnej siete	Nenáročná, bez potreby zavedenia komplexných zmien	Nízka	V podstate súčasný stav
BSK ako orgán s kontrolnou právomocou vo vzťahu k subjektom, ktorým vydáva povolenie. Podmieňovanie schválenia prevádzky akceptovaním pravidiel integrovaného systému	Zvládnuiteľná, s potrebou zavedenia komplexných zmien	Stredná	Bude treba zvládnuť „otváranie“ jestvujúcich povolení/zmlúv
BSK ako integrátor/majiteľ jestvujúcich a nových zariadení primárnej a sekundárnej starostlivosti	Zvládnuiteľná, s potrebou zavedenia komplexných zmien	Vysoká	Integrovaná primárna starostlivosť + ADOS + home care – postupné pokrytie celého VÚC. Možnosť online monitorovania kvality vo svojich zariadeniach
BSK ako akcionár KKN a integrátor v rámci AIP	Vysoká, s potrebou komplexných rokovaní a zavedenia komplexných zmien	Vysoká	Možnosť online monitorovania kvality vo všetkých zariadeniach VÚC. Potrebná veľká miera integrácie aj nad úroveň BSK a takisto legislatívnych zmien na SR
BSK ako člen kontrolných orgánov VŠZP	Vysoká, s potrebou komplexných rokovaní a zavedenia komplexných zmien	Vysoká	Nutné politické rozhodnutia a legislatívne zmeny
BSK ako prevádzkovateľ Krajskej zdravotnej poisťovne	Vysoká, s potrebou komplexných rokovaní a zavedenia komplexných zmien	Vysoká	Dôsledná kontrola kvality zdravotnej starostlivosti v regióne

2.5.1 Návrh súboru indikátorov (*key performance indicators*), s ktorými bude možné objektívne hodnotiť stav rozvoja zdravotnej starostlivosti v BSK

Tabuľka 52: KPI

KPI			
Integrácia systému zdravotnej starostlivosti			
Indikátor	Počet	Trend	Aktér

KPI			
Výber vhodného informačného systému pre „paper-free“ režim		uskutočnenie	BSK
Vybudovanie/zriadenie alebo podpora vzniku „green field“ flexibilnej dennej nemocnice		uskutočnenie	BSK
Iniciovanie rokovaní o vzniku AIP a podpísanie memoranda o porozumení o vzniku AIP s MZ SR, PZ a samosprávnymi krajinami		uskutočnenie	BSK
Zaistenie dostupnej kvalitnej zdravotnej starostlivosti			
Indikátor	Počet	Trend	Aktér
Počet zariadení v jednolôžkovom režime	0	nárast	PZS
Počet komplexných koncových nemocníc	0	nárast	PZS
Počet flexibilných zariadení dlhodobej a následnej starostlivosti v zariadení BSK		nárast	PZS,BSK
Zriadenie APS pri pracoviskách urgentných príjmov		nárast	PZS, BSK
Počet pacientov manažovaných v rámci telemedicíny	minimum	nárast	PZS
Počet zazmluvnených lekárov v rámci vytvárania rezidentských miest	0	nárast	BSK, PZS
Počet špecialistov s úväzkom všeobecného lekára		nárast	BSK, PZS
Počet obyvateľov na 1 lekára	155 (2019)	nezvyšovanie	BSK, PZS
Počet obyvateľov na 1 zdravotnú sestru	113	nezvyšovanie	BSK, PZS
Počet sestier v ADOS		nárast	BSK, PZS
Prevencia a včasná diagnóza			
Počet vyšetrení OK		nárast	PZS
Počet vyšetrení PSA		nárast	PZS
Počet pacientov manažovaných na báze zelených receptov	0	nárast	PZS
Program zdravej výživy v zariadeniach BSK		uskutočnenie	BSK

3 AKČNÝ PLÁN PRE PLNENIE STRATÉGIE ROZVOJA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI V BSK NA ROKY 2022 – 2026

Akčný plán predstavuje základnú kostru (nie zoznam) aktivít smerujúcich k naplneniu vízie zlepšovania zdravotnej starostlivosti na území BSK. Väčšina aktivít nie je „samonosná“, ale sú vo vzájomnej časovej a vecnej synergii. Je pravdepodobné, že v priebehu exekúcie akčného plánu sa vynoria tak ďalšie

doplňujúce aktivity, ako aj neplánované skutočnosti, ktoré bude musieť BSK zobrať na vedomie, vyhodnotiť a v prípade potreby náležite odporúčaný akčný plán upraviť.

Priorita 1 – Integrácia systému zdravotnej starostlivosti	
Špecifický cieľ 1.1: Podpora digitalizácie v zdravotníctve	
Opatrenie 1.1.1: Realizácia unifikovaného informačného systému v „paper free“ režime v zdravotníckych zariadeniach	
Aktivita 1.1.1.1: Prieskum, analýza a výber vhodného informačného systému umožňujúceho „paper-free“ režim	
Termín	2023
Zodpovedný	BSK
Náklady	N/A
Financovanie	Rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Informačný systém umožňujúci „paper-free“ režim
Aktivita 1.1.1.2: Implementácia informačného systému umožňujúceho „paper-free“ režim vo vlastných zariadeniach	
Termín	2024
Zodpovední	BSK, PZS
Náklady	N/A
Financovanie	Externé zdroje financovania, rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Počet pripojených zariadení
Aktivita 1.1.1.3: Implementácia unifikovaného informačného systému umožňujúceho „paper free“ režim v ambulantných zariadeniach a ADOS v BSK (na báze dobrovoľnosti)	
Termín	2024 – 2025
Zodpovední	BSK, PZS
Náklady	N/A
Financovanie	Externé zdroje financovania
Ukazovatele výsledku	Počet ambulantných zariadení a ADOS pripojených do unifikovaného informačného systému
Opatrenie 1.1.2: Podpora myšlienky celoštátneho unifikovaného zdravotníckeho informačného systému vysokej inteligencie	
Aktivita 1.1.2.1: Konzultácie s IT odborníkmi, ktorí majú skúsenosť a prehľad v problematike informačných systémov v zdravotníctve	
Termín	2023

Zodpovedný	BSK
Náklady	N/A
Financovanie	Rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Zápis z komunikácie alebo prieskum trhu
Aktivita 1.1.2.2: Vytvorenie argumentačného portfólia	
Termín	2023
Zodpovedný	BSK
Náklady	N/A
Financovanie	Externé zdroje financovania, rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Materiál
Aktivita 1.1.2.3: Organizácia workshopov s predstaviteľmi ostatných VÚC, MZ SR, zdravotných poisťovní a kľúčových poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na tému unifikovaného informačného zdravotníckeho systému	
Termín	2023 – 2024
Zodpovední	BSK, MZ SR, VŠZP, Dôvera ZP, Union ZP, NCZI, kľúčoví vybraní PZS N/A
Náklady	Rozpočet BSK
Financovanie	Záznam z aspoň 1 workshopu, memorandum o porozumení a spolupráci
Ukazovatele výsledku	
Aktivita 1.1.2.4: Organizácia konferencie na tému unifikovaný zdravotnícky informačný systém a mediálne vstupy	
Termín	2024
Zodpovední	BSK, MZ SR
Náklady	N/A
Financovanie	Rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Závery z konferencie, počet mediálnych vstupov
Aktivita 1.1.2.5: Implementácia unifikovaného zdravotného systému vysokej inteligencie na úrovni celej SR	
Termín	2024 – 2026
Zodpovední	MZ SR, MIRRI SR
Náklady	N/A
Financovanie	Externé zdroje financovania
Ukazovatele výsledku	Počet zariadení s unifikovaným zdravotným systémom

Špecifický cieľ 1.2: Vybudovanie modelovej integrovanej procesne orientovanej a flexibilnej infraštruktúry v BSK so zameraním na nároky v budúcnosti	
Opatrenie 1.2.1: Vybudovanie, zriadenie alebo podpora vzniku „green field“ flexibilnej dennej nemocnice	
Aktivita 1.2.1.1: Spracovanie štúdie realizovateľnosti vrátane biznisového plánu	
Termín	2024
Zodpovedný	BSK
Náklady	N/A
Financovanie	Externé zdroje
Ukazovatele výsledku	Štúdia realizovateľnosti
Aktivita 1.2.1.2: Projektová príprava	
Termín	2024
Zodpovední	BSK, lokálne samosprávy, investori
Náklady	N/A
Financovanie	Externé zdroje financovania
Ukazovatele výsledku	Projektová dokumentácia na realizáciu stavby vrátane výkazu a výmeru
Aktivita 1.2.1.3: Realizácia projektu a spustenie prevádzky	
Termín	2025 – 2027
Zodpovedný	BSK
Náklady	N/A
Financovanie	Externé zdroje financovania
Ukazovatele výsledku	Kolaudácia, vybudovanie a otvorenie zariadenia
Opatrenie 1.2.2: Doplnenie chýbajúcich zariadení a integrovanie existujúcich zariadení (na báze dobrovoľnosti)	
Aktivita 1.2.2.1: Mapovanie existujúcich zariadení v oblasti s prihliadnutím na ochotu podieľať sa na vytvorení integrovaného systému	
Termín	2023
Zodpovedný	BSK
Náklady	N/A
Financovanie	Externé zdroje financovania, BRDS, rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Materiál
Aktivita 1.2.2.2: Rozhodnutie o spôsobe naplnenia opatrenia v závislosti od výsledkov aktivity 1.2.2.1 a ekonomickej situácie	

Termín	2024
Zodpovedný	BSK
Náklady	N/A
Financovanie	N/A
Ukazovatele výsledku	Štúdie realizovateľnosti k jednotlivým projektom
Aktivita 1.2.2.3: Integrácia poskytovateľov v BSK (na báze dobrovoľnosti)	
Termín	2024 – 2026
Zodpovední	BSK, PZS
Náklady	N/A
Financovanie	Externé zdroje financovania, BRDS
Ukazovatele výsledku	Počet integrovaných poskytovateľov
Špecifický cieľ 1.3: Vznik autonómnej integrovanej pyramídy (AIP) zdravotníckych zariadení	
Opatrenie 1.3.1: Inicievanie rokovaní o vzniku AIP	
Aktivita 1.3.1.1: Inicievanie rokovaní na úrovni MZ SR a predstaviteľov susedných krajov o zmene lokalizácii novej komplexnej koncovej nemocnice do východnej časti Bratislavy	
Termín	2022
Zodpovední	BSK, MZ SR, samosprávne kraje
Náklady	N/A
Financovanie	Rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Memorandum o porozumení

Priorita 2 – Dostupná kvalitná zdravotná starostlivosť	
Špecifický cieľ 2.1: Zabezpečenie monitorovania kvality zdravotnej starostlivosti v BSK	
Opatrenie 2.1.1: Spolupráca so zdravotnými poisťovňami, s NCZI a kľúčovými poskytovateľmi pri získavaní anonymizovaných dát determinujúcich kvalitu zdravotnej starostlivosti	
Aktivita 2.1.1.1: Memorandum o spolupráci pri získavaní anonymizovaných dát determinujúcich vývoj kvality zdravotnej starostlivosti	
Termín	2023
Zodpovední	BSK, NCZI, ZP, PZS
Náklady	N/A
Financovanie	Rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Memorandum o spolupráci so všetkými aktérmi
Aktivita 2.1.1.2: Organizácia pravidelných workshopov s kľúčovými poskytovateľmi akútnej a dlhodobej starostlivosti a so zástupcami zdravotných poisťovní a s NCZI pri vyhodnocovaní kvalitatívnych dát	
Termín	1× ročne
Zodpovední	BSK, PZS, ZP, NCZI
Náklady	N/A
Financovanie	Rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Zápisy z workshopov
Špecifický cieľ 2.2: Podpora dlhodobej a následnej starostlivosti	
Opatrenie 2.2.1: Vytvorenie krajského programu flexibilnej dlhodobej a následnej starostlivosti vrátane prepojenia na sociálnu starostlivosť	
Aktivita 2.2.1.1: Audit jestvujúcich potrieb a jestvujúcich kapacít	
Termín	2023
Zodpovedný	BSK
Náklady	N/A
Financovanie	Externé zdroje financovania, rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Audit
Aktivita 2.2.1.2: Vytvorenie flexibilného konceptu zariadení	
Termín	2024
Zodpovedný	BSK
Náklady	N/A
Financovanie	Externé zdroje financovania, rozpočet BSK

Ukazovatele výsledku	Materiál
Aktivita 2.2.1.3: Vybudovanie, zriadenie alebo podpora vzniku pilotného zariadenia	
Termín	2025 – 2027
Zodpovední	BSK, MZ SR
Náklady	N/A
Financovanie	Externé zdroje financovania, rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Otvorenie zariadenia
Aktivita 2.2.1.4: Integrácia do systému zdravotnej a sociálnej starostlivosti	
Termín	2027 – 2028
Zodpovední	BSK, MZ SR, MPSVR SR
Náklady	N/A
Financovanie	Externé zdroje financovania, rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Zazmluvnenie zdravotnými poisťovňami
Špecifický cieľ 2.3: Zabezpečiť dostupnosť v akútnych líniiach	
Opatrenie 2.3.1: Analýza a prehodnotenie siete ZZS v kraji	
Aktivita 2.3.1.1: Získavanie relevantných dát	
Termín	2023 – 2024
Zodpovední	BSK, ZZS
Náklady	N/A
Financovanie	Rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Materiál
Aktivita 2.3.1.2: Vytvorenie jestvujúcej mapy činnosti ZZS v kraji	
Termín	2023 – 2024
Zodpovední	BSK, ZZS
Náklady	N/A
Financovanie	Rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Mapa
Aktivita 2.3.1.3: Definovanie bodov potrebných na optimalizáciu kvality a efektivity ZZS	
Termín	2024 – 2025
Zodpovední	BSK, ZZS, MZSR
Náklady	N/A
Financovanie	Rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Materiál

Opatrenie 2.3.2: Zriadenie APS aj pri pracoviskách urgentných príjmov	
Aktivita 2.3.2.1: Rokovania s poskytovateľmi, ktorí majú v zariadeniach urgentné príjmy, a so zástupcami všeobecných lekárov	
Termín	2023
Zodpovední	BSK, PZS s urgentnými príjmami, zástupcovia APS pre dospelých
Náklady	N/A
Financovanie	Rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Dohoda alebo memorandum o porozumení a spolupráci
Opatrenie 2.3.3: Vytvorenie traumacentra I. typu	
Aktivita 2.3.3.1: Rokovania so zástupcami MZ SR, UNB a NNG Bory	
Termín	2023
Zodpovední	BSK, MZ SR, UNB, NNG Bory, ZP
Náklady	N/A
Financovanie	Rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Memorandum o porozumení a spolupráci
Aktivita 2.3.3.2: Podpora vzniku komplexnej koncovej nemocnice vo východnej časti Bratislavy s komplexným terciárnym traumaprogramom a traumacentrom I. typu	
Termín	2023
Zodpovední	BSK, MZ SR, ZP
Náklady	N/A
Financovanie	Rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Rozhodnutie Vlády SR
Opatrenie 2.3.4: Optimalizácia zabezpečenia obyvateľov BSK s akútnym infarktom myokardu	
Aktivita 2.3.4.1: Uskutočnenie komplexného auditu zabezpečenia obyvateľov BSK s akútnym infarktom myokardu	
Termín	2023
Zodpovední	BSK, MZ SR, NÚSCH, CINRE, ZZS, NNG Bory, UNB, NCZI, VŠZP, Dôvera ZP, Union ZP
Náklady	N/A
Financovanie	Externé zdroje financovania, rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Audit
Špecifický cieľ 2.4: Zabezpečenie personálnej stability	

Opatrenie 2.4.1: Zriadenie krajských rezidentských miest	
Aktivita 2.4.1.1: Vypracovanie základnej stratégie benefitov a rezidentskej zmluvy s cieľom vykonania prieskumu	
Termín	2023
Zodpovední	BSK, LF SZU
Náklady	N/A
Financovanie	Rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Materiál
Aktivita 2.4.1.2: Prieskum možného záujmu zo strany medikov a všeobecných lekárov	
Termín	2023
Zodpovední	BSK, LF UK
Náklady	N/A
Financovanie	Rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Počet záujemcov
Aktivita 2.4.1.3: Individualizovaný nábor záujemcov o krajské rezidentské miesta	
Termín	2023
Zodpovední	BSK, LF UK, LF SZU
Náklady	N/A
Financovanie	Rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Počet záujemcov
Opatrenie 2.4.2: Podpora prechodu špecialistov najmä z odborov internej medicíny na parciálny alebo plný úväzok všeobecného lekára	
Aktivita 2.4.2.1: Prieskum možného záujmu špecialistov	
Termín	2023
Zodpovední	BSK, UNB
Náklady	N/A
Financovanie	Rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Počet záujemcov
Aktivita 2.4.2.2: Vytvorenie konceptu zvýhodnenia na báze variabilných kontraktov	
Termín	2023
Zodpovední	BSK, UNB, ZP
Náklady	N/A

Financovanie	Rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Materiál
Opatrenie 2.4.3: Zníženie časovej náročnosti práce personálu	
Aktivita 2.4.3.1: Zriadenie stanoviska a funkcie recepcie vo vlastných zariadeniach	
Termín	2023
Zodpovedný	BSK
Náklady	N/A
Financovanie	Externé zdroje financovania, rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Zníženie časovej náročnosti práce sestier v danom zariadení
Aktivita 2.4.3.2: Audit používaných telemedicínskych technológií v ambulanciách všeobecných lekárov BSK	
Termín	2023
Zodpovední	BSK, združenia všeobecných lekárov a pediatrov
Náklady	N/A
Financovanie	Externé zdroje financovania, rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Audit
Aktivita 2.4.3.3: Návšteva zdravotníckych medzinárodných konferencií a veľtrhov	
Termín	2022 – 2030
Zodpovední	BSK, LF UK
Náklady	N/A
Financovanie	Rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Počet účastí na konferenciách a veľtrhoch
Aktivita 2.4.3.4: Vypracovanie konceptu systémovej implementácie telemedicínskych technológií v prvom kontakte	
Termín	2023 – 2024
Zodpovední	BSK, Ústav lekárskej fyziky, biofyziky, informatiky a telemedicíny LFUK, zástupcovia všeobecných lekárov
Náklady	N/A
Financovanie	Externé zdroje financovania, rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Koncept
Aktivita 2.4.3.5: Kategorizácia telemedicínskych postupov	
Termín	2024 – 2025

Zodpovední	BSK, MZ SR, VŠZP, Union ZP, Dóvera ZP
Náklady	N/A
Financovanie	Externé zdroje financovania, rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Systém kategorizácie a platieb za telemedicínske úkony
Aktivita 2.4.3.6: Vybavenie všeobecných ambulancií v integrovanom systéme telemedicínskou technológiou (na báze dobrovoľnosti)	
Termín	2025 – 2026
Zodpovedný	BSK
Náklady	N/A
Financovanie	Externé zdroje financovania, rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Počet ambulancií prvého kontaktu využívajúcich telemedicínske technológie
Opatrenie 2.4.4: Podpora inovácií a výskumu vo vybratých oblastiach zameraného na zvyšovanie kvality a efektivity zdravotnej starostlivosti	
Aktivita 2.4.4.1: Definovanie oblastí záujmu a foriem podpory inovácií a výskumu	
Termín	2023
Zodpovední	BSK, SAV, vybrané vedeckovýskumné inštitúcie
Náklady	N/A
Financovanie	Rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Materiál
Aktivita 2.4.4.2: Podpora inovácií a výskumu vo vybraných oblastiach	
Termín	Priebežne
Zodpovední	BSK, SAV, vybrané vedeckovýskumné inštitúcie
Náklady	N/A
Financovanie	Rozpočet BSK, externé zdroje financovania, zdroje financovania vedeckovýskumných inštitúcií
Ukazovatele výsledku	Výstupy výskumných aktivít
Opatrenie 2.4.5: Vzdelávanie sestier a sanitárov na stredných školách, zvyšovanie objemov študentov	
Aktivita 2.4.5.1: Vybudovanie, zriadenie alebo podpora vzniku stredoškolského a fakultného kampusu v blízkosti novej komplexnej nemocnice	
Termín	2022 – 2026
Zodpovední	BSK, MZ SR, SAV
Náklady	N/A

Financovanie	Externé zdroje financovania, rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Otvorenie zariadenia
Aktivita 2.4.5.2: Nábor študentov medicíny na brigádnickú sanitársku prácu	
Termín	Priebežne od roku 2023
Zodpovední	BSK, LFUK, LF SZU, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, UNB a ostatní vybraní PZS
Náklady	N/A
Financovanie	Rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Počet študentov
Aktivita 2.4.5.3: Presadzovanie legislatívnej zmeny pre názov pozície stredoškolsky vzdelanej sestry na praktická sestra	
Termín	Priebežne
Zodpovední	BSK, MZ SR, Vláda SR
Náklady	N/A
Financovanie	Rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Zvýšený záujem o štúdium na stredných zdravotníckych školách
Priorita 3 – Prevencia a včasná diagnóza	
Špecifický cieľ 3.1: Podporiť zdravý životný štýl	
Opatrenie 3.1.1: Dodržiavanie princípov zdravej výživy v stravovacích prevádzkach škôl v pôsobnosti BSK	
Aktivita 3.1.1.1: Odborný audit jestvujúcich stravovacích postupov na školách v pôsobnosti BSK (spolupráca s autoritami v oblasti výživy)	
Termín	2023
Zodpovední	BSK, MŠVVaŠ SR, školy, odborníci v oblasti výživy
Náklady	N/A
Financovanie	Rozpočet BSK, štátny rozpočet
Ukazovatele výsledku	Audit
Aktivita 3.1.1.2: Podpora zdravého stravovania na školách v pôsobnosti BSK	
Termín	2024 – 2026
Zodpovední	BSK, MŠVVaŠ SR, školy, odborníci v oblasti výživy
Náklady	N/A
Financovanie	Rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Počet zapojených škôl

Aktivita 3.1.1.3: Zvýšenie počtu hodín voľnočasových pohybových aktivít na školách v pôsobnosti BSK	
Termín	2024 – 2026
Zodpovední	BSK, MŠVVaŠ SR, školy, odborníci v oblasti výživy
Náklady	N/A
Financovanie	Rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Zvýšenie počtu hodín voľnočasových pohybových aktivít
Aktivita 3.1.1.4: Budovanie externých cvičebných systémov v areáloch škôl v pôsobnosti BSK	
Termín	2024 – 2026
Zodpovední	BSK, MŠVVaŠ SR, školy, odborníci v oblasti športu
Náklady	N/A
Financovanie	Rozpočet BSK, štátny rozpočet
Ukazovatele výsledku	Počet inštalovaných zariadení
Opatrenie 3.1.2: Popularizácia a iniciovanie používania zelených receptov v ambulantnej sfére	
Aktivita 3.1.2.1: Analýza možností využitia zelených receptov	
Termín	2024
Zodpovední	BSK, združenia všeobecných lekárov a iných vybraných odborov
Náklady	N/A
Financovanie	Rozpočet BSK, externé zdroje financovania
Ukazovatele výsledku	Výstup analýzy
Aktivita 3.1.2.2: Kategorizácia a platby za aktivity súvisiace so zelenými receptami	
Termín	2024 – 2026
Zodpovední	BSK, MZ SR, VŠZP, Dôvera ZP, Union ZP
Náklady	N/A
Financovanie	Rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Nárast používania zelených receptov
Špecifický cieľ 3.2: Zabezpečiť včasnú diagnostiku a prevenciu chorôb	
Opatrenie 3.2.1: Zlepšenie včasnej diagnostiky a prevencie onkologických ochorení u obyvateľov kraja	
Aktivita 3.2.1.1: Monitorovanie počtu preventívnych vyšetrení okultného krvácania, preventívnej kolonoskopie, PSA a mamografie v pomere k počtu obyvateľov BSK, u ktorých je vyšetrenie indikované, a vyhodnocovanie trendu incidence neskorých foriem onkologických ochorení	

Termín	1× ročne
Zodpovední	BSK, VŠZP, Dôvera ZP, Union ZP, NCZI
Náklady	N/A
Financovanie	Rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Zvýšenie počtu výkonov
Aktivita 3.2.1.2: Propagácia, osвета a podpora preventívnych vyšetrení a očkovania	
Termín	Priebežne
Zodpovední	BSK, MZ SR, VŠZP, Dôvera ZP, Union ZP, odborné spoločnosti, NOÚ, OÚSA, PZS, patientske organizácie
Náklady	N/A
Financovanie	Externé zdroje financovania, rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Pokles incidencie neskorých foriem onkologických ochorení
Opatrenie 3.2.2: Zlepšenie včasnej prevencie vzniku mozgovej porážky u obyvateľov kraja	
Aktivita 3.2.2.1: Monitorovanie výskytu fibrilácie predsiení u obyvateľov BSK (z toho diagnostikovaných až po mozgovej porážke)	
Termín	1× ročne
Zodpovední	BSK, MZ SR, UNB, NÚSCH, CINRE
Náklady	N/A
Financovanie	Rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Dáta
Aktivita 3.2.2.2: Zavedenie systémových opatrení na včasnú diagnózu a liečbu rizika mozgovej porážky	
Termín	2024
Zodpovední	BSK, MZ SR, UNB, CINRE, VŠZP, Dôvera ZP, Union ZP
Náklady	N/A
Financovanie	Externé zdroje financovania, rozpočet BSK
Ukazovatele výsledku	Zníženie incidencie mozgovej porážky

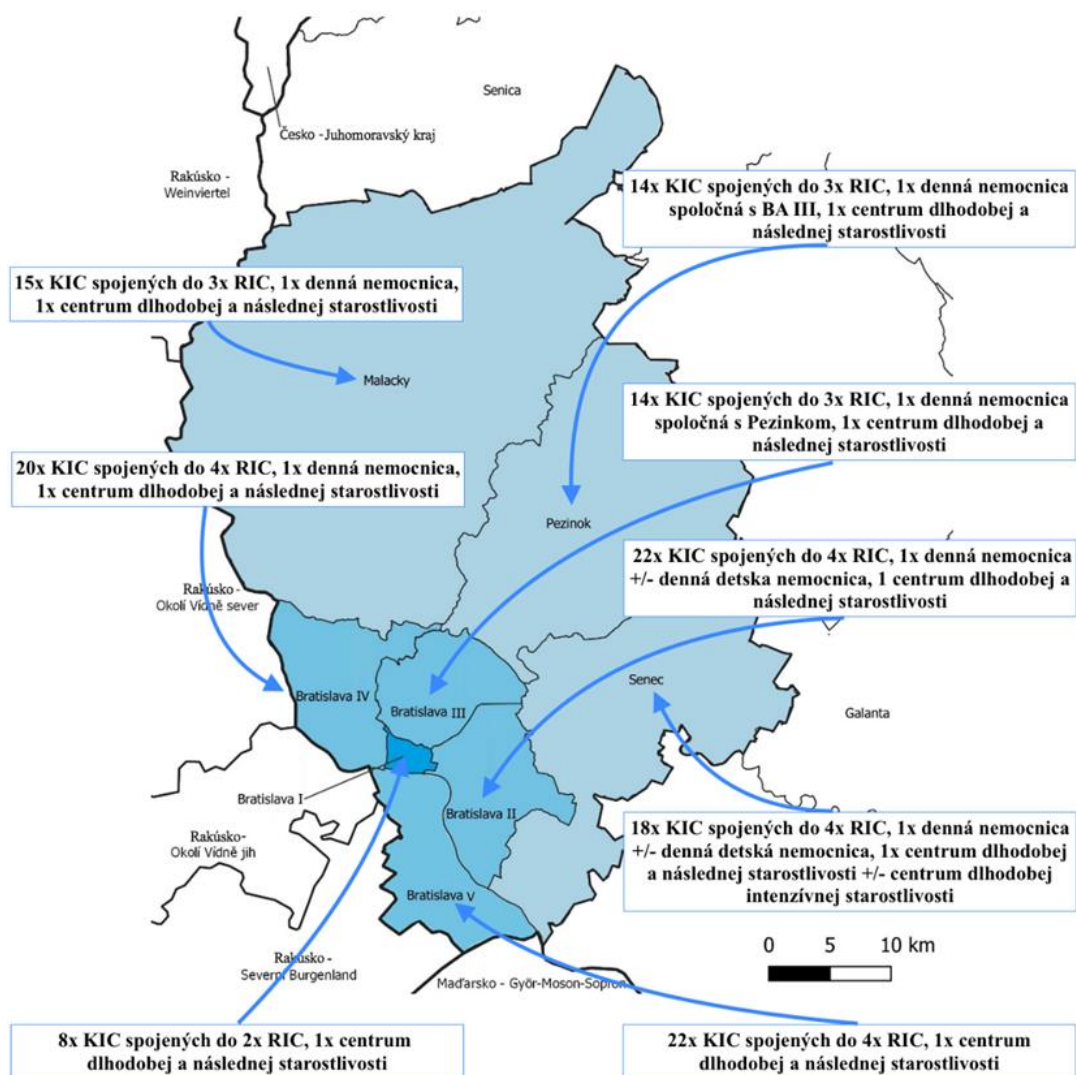
4 PRÍLOHY

Tabuľka 53: Prehľad etáp O-EMRAM

Etapy O-EMRAM	Názov etapy	Opis
FÁZA 0	Na základe papierových grafov	Organizácia je založená na papieri, bez akéhokoľvek online prístupu k údajom o klinickom obsahu alebo referenčným materiálom.
FÁZA 1	Počítačový prístup ku klinickým informáciám, neštruktúrované údaje, viac zdrojov údajov, vnútropodnikové/neformálne správy	Lekári a sestry majú prístup k počítaču, resp. k online referenčným materiálom, informáciám o spôsobilosti pacienta a výsledkom externých testov.
FÁZA 2	Začiatok CDR s objednávkami a výsledkami, počítače môžu byť v mieste starostlivosti, prístup k výsledkom z externých zariadení	Začiatok úložiska klinických údajov (CDR), kde sú výsledky diagnostických testov bez ohľadu na to, kde sú generované. Implementujú sa položky ako demografia pacienta, základná klinická dokumentácia od ošetrojúceho personálu atď.
FÁZA 3	Elektronické správy, počítače vymenili papierový graf, klinickú dokumentáciu a podporu klinického rozhodovania	Mapovanie pacientov sa vykonáva v mieste starostlivosti ošetrojúcim a podporným personálom, ktorý ubytuje pacienta a zaznamenáva históriu liekov, vitálne funkcie, históriu súčasných chorôb atď. Lekári vedú zoznam problémov online a generujú objednávky elektronického predpisovania počas stretnutia s pacientom.
FÁZA 4	CPOE, používanie štruktúrovaných údajov na prístupnosť pri EMR a interné a externé poskytovanie údajov	Lekár alebo iný licencovaný poskytovateľ počas stretnutia s pacientom zadáva všetky typy objednávok prostredníctvom počítačového zadávania objednávok lekára (CPOE) a s objednávkami integruje podporu klinického rozhodovania (CDS). Lekári dokumentujú záznamy v štruktúrovaných šablónach, ktoré obsahujú niektoré diskrétné údaje na interakciu s CDS. Všetky laboratórne výsledky sú elektronicky importované a uložené v diskretnej štruktúrovanej forme, ktorá umožňuje interakcie s CDS. Hlásenie do rôznych externých registrov, ako sú registre štátnej imunizácie, registre nádorov a ďalšie, sa podáva elektronicky.
FÁZA 5	Osobný zdravotný záznam, online portál pre uviazaných pacientov	Existuje patientsky portál, ktorý umožňuje prezerať výsledky testovania, získavať materiál pre vzdelávanie pacientov, komunikovať s opatrovateľmi, aktualizovať demografické a alergické informácie a plánovať alebo požadovať schôdzky. Existujú dôkazy o tom, že poskytovateľ vyvíja činnosť na podporu zapojenia pacientov, a je známa časť patientskej populácie používajúca portál.
FÁZA 6	Pokročilá podpora klinického rozhodovania, proaktívna starostlivosť, štruktúrované správy	Používa sa pokročilá podpora klinického rozhodovania, ako sú protokoly a cesty, ktoré je možné preukázať. Zdravotný stav a pripomienkovanie preventívnej starostlivosti sa nastavujú, používajú a dajú sa predvídať. Existujú dôkazy a výsledky je možné preukázať prospešným využitím programu zapojenia pacientov so zlepšenými indikátormi zdravotného stavu v populácii obsluhovaných pacientov. V oblastiach starostlivosti o pacienta pôsobia niektoré pripojené lekárske prístroje. Klinika udržiava a používa registre chorôb na správu prípadov a zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva
FÁZA 7	Kompletná EMR: Externá HIE, Analýza údajov, Riadenie, Obnova po havárii	Ambulantné zariadenie už nepoužíva papierové grafy. EMR obsahuje kombináciu štruktúrovanej dokumentácie; diskretné dátové prvky na podporu analytiky a klinického poradenstva; údaje z pripojených inteligentných zdravotníckych zariadení, obrázky, výsledky testov atď. Organizácia sa zúčastňuje na výmene zdravotných informácií (HIE) s rovnakými dodávateľskými systémami, ako aj s inými dodávateľmi. Existujú plány obnovy po havárii a kontinuite prevádzky, ktoré sa rutinne testujú. Riadenie systému je solídne a má preukázateľnú históriu riešenia problémov a prispôbovania sa požadovanej zmene. Obchodná a klinická analytika je schopná preukázať zlepšenú starostlivosť o pacienta a zlepšené zdravie obyvateľstva prostredníctvom angažovanosti pacienta.

Zdroj: HIMSS, dostupné na: <https://www.himss.org/what-we-do-solutions/digital-health-transformation/maturity-models/outpatient-electronic-medical-record-adoption-model-o-emram>

Obrázok 17: Doplnenie chýbajúcich zariadení (RIC, KIC)



Zdroj: Vlastné spracovanie

Tabuľka 54: Možnosti získavania dát

Možnosti získavania dát			
Stupeň	Frekvencovanosť	Kvalita	Poznámka
Anonymizované dáta NCZI	1× ročne Ročenka s časovým posunom 1 rok	Nízka	Možná dohoda o poskytovaní anonymizovaných dát vo vyššej granularite a frekvencii
Spolupráca/dohoda so zdravotnými poisťovňami	Podľa dohovoru	Vyššia	Dohoda bude vyžadovať legislatívne zmeny. Záleží na ochote jednotlivých prevádzkovateľov ZP
Unifikovaný informačný systém vlastných zariadení	Online	Vysoká	Obmedzenie iba na úzky okruh interakcií, nebude pokryté celé územie BSK
Unifikovaný informačný systém v rámci AIP	Online	Excelentná	Nutné politické rozhodnutia a legislatívne zmeny

Organigram

