

Minimálna sieť

**Podklad pre vypracovanie Nariadenia vlády Slovenskej republiky
o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti**

Máj 2006

Toto dielo bolo vypracované expertmi Stredoeurópskeho inštitútu pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute, ktorý je majiteľom všetkých autorských práv. Dielo je určené pre potreby Ministerstva zdravotníctva SR, ako podklad pre vypracovanie Nariadenia vlády Slovenskej republiky o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Ministerstvo zdravotníctva SR je oprávnené s dielom po odovzdaní finálnej verzie voľne nakladať a verejne ho publikovať. Stanovisko zhotoviteľa má charakter odporúčania a nie je záväzné pre tvorbu definitívneho znenia Nariadenia vlády.

© Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute, 2006
Hviezdoslavovo nám. 17, 81102 Bratislava

Minimálna sieť

© Health Policy Institute, 2006

1. PRINCÍPY DEFINOVANIA MINIMÁLNEJ SIETE	2
1.1 Úvod	2
1.2 Minimálna sieť	2
1.3 Doterajšie právne vymedzenie minimálnej siete	3
1.4 Najzávažnejšie technické a logické nedostatky nariadenia vlády SR č. 751/2004 o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti	6
1.5 Koncept minimálnej siete	14
2. DEFINOVANIE JEDNOTLIVÝCH ŠPECIALIZÁCIÍ V AMBULANTNEJ A LÔŽKOVEJ STAROSTLIVOSTI	18
3. DEFINOVANIE LEKÁRSKEHO ÚVÄZKU	19
4. DEFINOVANIE NEMOCNIČNEJ POSTELE	20
5. DEFINOVANIE CENTRA EMERGENCY	21
6. MATICA ČASOVEJ DOSTUPNOSTI	22
7. ANALÝZA ČASOVEJ DOSTUPNOSTI SÚČASNEJ SIETE AMBULANTNEJ A LÔŽKOVEJ STAROSTLIVOSTI	23
7.1 Metodika	23
7.2 Výsledky	26
8. NORMA ČASOVEJ DOSTUPNOSTI V KONTEXTE LEKÁRSKÝCH ÚVÄZKOV	28
8.1 Metodika pri tvorbe príloh o ambulantnej zdravotnej starostlivosti	28
8.2 Metodika pri tvorbe prílohy o ambulantnej pohotovosti	39
8.3 Metodika pri tvorbe príloh o ošetrovateľskej starostlivosti a o pôrodnej asistencii	40
9. NORMA ČASOVEJ DOSTUPNOSTI V KONTEXTE NEMOCNIČNÝCH POSTELÍ	41
9.1 Metodika pri tvorbe prílohy o lôžkovej zdravotnej starostlivosti	41
9.2 Záchranná zdravotná služba	53
10. NORMA ČASOVEJ DOSTUPNOSTI V KONTEXTE CENTIER EMERGENCY	62
11. SYSTÉM KRITÉRIÍ POSKYTOVANIA A ZDIEĽANIA ÚDAJOV S CIEĽOM KONTROLY DODRŽIAVANIA NORIEM	64
12. NÁVRH NARIADENIA VLÁDY SLOVENSKEJ REPUBLIKY O MINIMÁLNEJ SIETI	66

1. PRINCÍPY DEFINOVANIA MINIMÁLNEJ SIETE

1.1 Úvod

Dostupnosť podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (www.who.int) predstavuje *možnosť dostať zdravotnú starostlivosť v prípade, keď ju človek potrebuje*.

Z tohto pohľadu sa rozlišujú tri typy dostupnosti zdravotnej starostlivosti:

- a) geografická dostupnosť (v zmysle vzdialenosti a časovej dostupnosti)
- b) finančná dostupnosť (možnosť človeka si svojím príjmom zabezpečiť starostlivosť)
- c) sociálna dostupnosť (prístupnosť pre všetky vrstvy a kategórie obyvateľstva)

V nasledujúcom texte budeme narábať s pojmom *dostupnosť* z pohľadu geografickej dostupnosti, keďže táto je predmetom zákonnej úpravy verejnej minimálnej siete poskytovateľov (ďalej len „minimálna sieť“)

1.2 Minimálna sieť

Reforma zdravotníctva zaviedla do praxe nový pojem, minimálnu sieť, ako najväčšie prípustné oko siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, garantujúce efektívnu dostupnosť, plynulosť, sústavnosť a odbornosť poskytovania zdravotnej starostlivosti. Ide o dôležitý nástroj zdravotnej politiky štátu, ktorý má zabezpečiť bezpečné fungovanie solidárneho systému verejného zdravotného poistenia. Dohľad nad dodržiavaním ustanovení o minimálnej sieti vykonáva Úrad pre dohľad.

Minimálna sieť je podľa § 5 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov zadaná nasledovne:

Minimálna sieť je „*usporiadanie najmenšieho možného počtu verejne dostupných poskytovateľov na území príslušného samosprávneho kraja alebo na území príslušného okresu v takom počte a zložení, aby sa zabezpečila efektívne dostupná, plynulá, sústavná a odborná zdravotná starostlivosť s prihliadnutím na*

- a) počet obyvateľov príslušného územia vrátane možnej odchýlky vo vzťahu ku geografickým a demografickým podmienkam príslušného územia,
- b) chorobnosť a úmrtnosť obyvateľov príslušného územia,
- c) migráciu cudzincov a osôb bez štátnej príslušnosti na príslušnom území,
- d) bezpečnosť štátu.“

Verejnou sieťou poskytovateľov podľa § 6 toho istého zákona potom rozumieme všetkých verejne dostupných poskytovateľov, „ktorí majú aspoň s jednou zdravotnou poisťovňou uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.“

Pojem *minimálna sieť* je teda definovaný ako abstraktný pojem, nie pojem v priamom vzťahu ku konkrétnemu poskytovateľovi. Norma neurčuje s kým má poisťovňa uzatvoriť zmluvu, ale koľko má takých zmlúv uzatvoriť. Rozdiel medzi minimálnou sieťou a verejnou sieťou poskytovateľov spočíva v tom, že zdravotné poisťovne sú povinné uzavrieť zmluvy o poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti s minimálne takým počtom poskytovateľov, ako ustanovuje záväzný normatív verejnej minimálnej siete.

Zdravotná poisťovňa môže uzavrieť zmluvy s poskytovateľmi aj nad rámec ustanovenej verejnej minimálnej siete v prípade, že jej to finančné zdroje umožňujú. Ak je verejná sieť na príslušnom území menšia ako minimálna sieť, príslušný samosprávny kraj a Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky oznámia do 90 dní od zistenia tejto skutočnosti zdravotnej poisťovni poskytovateľov na príslušnom území najmenej v rozsahu potrebnom na doplnenie minimálnej siete.

Posudzovanie dodržiavania minimálnej siete Úradom pre dohľad pre príslušnú zdravotnú poisťovňu musí zohľadňovať trhovú podiel zdravotnej poisťovne na danom území. Trhový podiel príslušnej zdravotnej poisťovne sa vypočíta ako podiel počtu jej poistencov na danom území k počtu všetkých poistencov na danom území, vždy k 1. januáru príslušného kalendárneho roka.

1.3 Doterajšie právne vymedzenie minimálnej siete

Minimálna sieť je v súčasnosti ustanovená nariadením vlády Slovenskej republiky č. 751/2004 Z. z. Ako uvádza dôvodová správa k tomuto nariadeniu, z historického pohľadu bolo zaznamenaných niekoľko pokusov o stanovenie minimálneho počtu subjektov legálne poskytujúcich občanom Slovenskej republiky zdravotnú starostlivosť s odkazom na

ustanovenie § 3 od 1. januára 2005 zrušeného zákona č. 277/1994 Z. z. o zdravotnej starostlivosti. Toto ustanovenie deklarovalo, že štát utvára podmienky na to, aby sa zdravotná starostlivosť poskytovala na odbornej úrovni, plynule, sústavne a aby bola dostupná, pričom sa ale v zákone ďalej nedefinovalo, čo sa považuje za dostupnú zdravotnú starostlivosť. Preto sa mohlo stať, že aj k prístupu k tvorbe siete dochádzalo nerovnomerne, niektoré normatívy boli tvorené ako minimálne, iné - a to v jednom a tom istom materiáli ako optimálne a ďalšie ako maximálne bez toho, aby bol spôsob tvorby normatívu vôbec niekde popísaný.

Naviac, vymožitelnosť spomínaných aktov bola v aplikačnej praxi zakaždým obmedzená skutočnosťou, že buď vôbec nemali charakter všeobecne záväzného právneho predpisu (napríklad Opatrenie MZ SR č. 2718/98-A z 31.12.1998) alebo ak aj mali, de facto nezaväzovali všetky subjekty, ktoré mali rozhodujúci vplyv na to, v akej miere bola zdravotná starostlivosť dostupná (napríklad Smernice MZ SR z 25. novembra 1997 č. 2911/97-Zb, Pol zaväzovali na dodržiavanie stanovenej siete len vtedajšie krajské úrady a to v procese vydávania povolení na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v neštátnom zdravotníckom zariadení, ale nezaväzovali zdravotné poisťovne).

Spomínané Opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 2718/98-A z 31.12.1998 sa priebežne menilo a dopĺňalo tak, že sa ďalšími rozhodnutiami o zmene opatrenia do siete zdravotníckych zariadení zaraďovali (alebo zo siete zdravotníckych zariadení vyradzovali) konkrétne zdravotnícke zariadenia, s ktorými bola potom zdravotná poisťovňa povinná uzavrieť zmluvu o poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti z prostriedkov plynúcich z povinného zdravotného poistenia. Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky sa s odkazom na ustanovenie § 74 odsek 1 písmeno b) zákona Národnej rady č. 277/1994 Z.z. o zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov de facto snažilo regulovať rozsah zdravotnej starostlivosti hradenej z prostriedkov plynúcich prostredníctvom zdravotných poisťovní z povinného zdravotného poistenia.

Nariadenie vlády č. 751/2004 Z. z. malo ambíciu odstrániť spomínané aplikačné nedostatky. Jednak úprava minimálnej siete má formu všeobecne záväzného právneho predpisu a to dokonca až na úrovni nariadenia vlády Slovenskej republiky, po druhé - vychádza z explicitne vyjadrených kritérií, ktoré boli východiskom pre jeho tvorbu (§ 5 ods. 1 zákona č. 578/2004 Z.z.) a napokon – podporuje úmysel, aby na rozdiel od doterajšej aplikačnej praxe nové licencie a nové povolenia vydávané podľa nového zákona (č. 578/2004 Z.z.) samosprávnymi krajmi a ministerstvom zdravotníctva, neobsahovali údaj o zaradení alebo nezaradení zdravotníckeho zariadenia do siete zdravotníckych zariadení, takže držiteľ

licencie alebo povolenia už nebude musieť žiadať ministerstvo zdravotníctva o umožnenie uzavretia zmluvy o uhrádzaní poskytovanej zdravotnej starostlivosti z prostriedkov plynúcich z povinného zdravotného poistenia (čo sa chápalo pod zaradením do siete), ale sa po získaní licencie alebo povolenia obráti so žiadosťou o uzavretie zmluvy priamo na ktorúkoľvek zo zdravotných poisťovní.

Ambície však zostali nenaplnené, s výnimkou vyššieuvedenej právnej záväznosti a faktu, že ministerstvo už nerozhoduje o tom, ktorý poskytovateľ smie uzatvoriť zmluvu so zdravotnou poisťovňou. Nariadenie vlády č. 751/2004 Z. z. obsahuje viaceré zásadné technické i logické nedostatky, vzhľadom na ktoré je prakticky nevykonateľné. Zdravotné poisťovne nariadenie o minimálnej sieti objektívne nemôžu dodržať. Bez jeho opravy nemá Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou najdôležitejší nástroj na kontrolu dodržiavanie povinnosti zdravotných poisťovní uzatvárať kontrakty s poskytovateľmi aspoň v rozsahu minimálnej siete. Prehľad základných nedostatkov nariadenia vlády je uvedený v časti 1.4.

Samotný koncept stanovenia minimálnej siete cez počty postelí a lekárskeho miest v samosprávnych krajoch nevypovedá o reálnej fyzickej dostupnosti poskytovateľov z pohľadu pacientov, pričom fyzická dostupnosť je jedným z parametrov efektívnej dostupnosti.

V časti 1.5 je popísaný návrh nového konceptu minimálnej siete. Dôraz je kladený na časovú dostupnosť jednotlivých typov poskytovanej zdravotnej starostlivosti, pričom časový limit (z pohľadu pacienta) je stanovený v súlade s mierou odkladnosti príslušného typu zdravotnej starostlivosti.

Minimálna sieť ustanovená nariadením vlády Slovenskej republiky č. 751/2004 Z. z. bola naviac vydaná pod obmedzujúcim ustanovením § 98 ods. 5 zákona č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti („(5) *Minimálna sieť podľa tohto zákona sa nesmie do 31. decembra 2006 zvýšiť ani znížiť oproti sieti zdravotníckych zariadení podľa doterajších predpisov o viac ako 15 %.*“). Novú normu o minimálnej sieti navrhujeme s účinnosťou od 1. januára 2007, keď spomínané zákonné obmedzenie stratí platnosť. To umožňuje zmeny v sieti o viac než 15 % (norma predpokladá tak zníženie ako aj zvýšenie minimálne potrebných kapacít poskytovateľov zdravotnej starostlivosti).

1.4 Najzávažnejšie technické a logické nedostatky nariadenia vlády SR č. 751/2004 o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

Zámerom tejto kapitoly je identifikovať hlavné technické a logické nedostatky nariadenia vlády v súčasnom znení a pri súčasnej filozofii. Zdravotné poisťovne nemôžu na jeho základe legálne kontrahovať poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a nie je nad nimi možné na základe tohto nariadenia, zákona č. 581/2004 Z. z. (o zdravotných poisťovniach) v znení neskorších predpisov a zákona č. 578/2004 Z. z. (o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti) riadne, správne a spravodlivo vykonávať kontrolu.

Pre nadväznosť a jednoduchšiu orientáciu bolo zvolené postupné pripomienkovanie jednotlivých ustanovení nariadenia.

Pripomienky k § 2, ods. 1

Nariadenie nestanovuje minimálnu sieť pre spoločné a vyšetrovacie zložky – priestor pre nekontrahovanie a zavedenie subdodávateľského systému (t.j. NsP alebo ambulantný lekár nielen objednáva, ale aj vyšetrenie, ale ho aj platia).

Pripomienky k § 2

Nariadenie stanovuje minimálnu sieť pre poskytovateľov ambulantnej starostlivosti „*ako minimálny počet pracovných miest zdravotníckych pracovníkov vykonávajúcich zdravotnícke povolanie v príslušnom odbore.*“ Následne definuje význam termínov lekárske a sesterské miesto, avšak neuvádza definíciu pracovného miesta iného zdravotníckeho pracovníka vykonávajúceho zdravotnícke povolanie v príslušnom odbore.

Pripomienky k § 4

Minimálna sieť všeobecných ambulancií sa určuje „*na 10-tisíc obyvateľov vo veku nad 15 až 25 rokov.*“ V prvom rade, je takáto formulácia (rozpätie rokov) nejasná a neumožňuje kontrolu dodržiavania kontrahovania minimálnej siete zdravotnými poisťovňami. V tabuľke č. 1 je vidno rozdiely v počte lekárskeho miest pri extrémnych hodnotách uvedeného intervalu, ako aj absolútne čísla stanovené nariadením vlády v prílohe č. 1.

Tabuľka 1: Počet lekárskych miest všeobecných lekárov pre dospelých na 10 000 obyvateľov

Kraj	Počet obyvateľov v 2003	Počet obyvateľov v nad 15 rokov 2001	Počet obyvateľov v nad 25 rokov 2001	Min. počet LM na obyv nad 15 rokov	Min. počet LM na obyv nad 25 rokov	Rozdiel	Priemer	Min. počet lekárskych miest podľa prílohy nariadenia
BA	602 906	509 793	413 121	317,60	257,37	60,23	287,49	267,16
BB	660 141	542 031	432 939	337,69	269,72	67,96	303,70	229,64
KE	767 994	610 664	480 207	380,44	299,17	81,27	339,81	287,83
NT	715 228	589 987	473 623	367,56	295,07	72,49	331,31	245,87
PO	792 873	609 918	469 928	379,98	292,77	87,21	336,37	269,51
TN	603 042	496 720	394 467	309,46	245,75	63,70	277,60	185,85
TT	543 936	453 444	360 609	282,50	224,66	57,84	253,58	207,99
ZA	693 041	551 405	432 737	343,53	269,60	73,93	306,56	225,40
SPOLU	5 379 161	4 363 962	3 457 631	2 718,75	2 154,10	564,64	2 436,43	1 919,25

Zdroj: Health Policy Institute, 2005 podľa údajov Štatistického úradu SR, Ústavu zdravotníckych informácií a štatistiky a Nariadenia vlády č. 751/2004 Z. z.

Ako je vidno, v niektorých prípadoch sa absolútna hodnota pre SR stanovená prílohou č. 1 nariadenia vlády ani nenachádza v rámci vypočítaného intervalu a nie je zhodná ani s priemerom. Je pravdepodobné, že ide o výsledok lobistického tlaku.

Okrem toho, je sporné, či má nariadenie stanovovať minimálnu sieť poskytovateľov aj v tomto prípade, keďže § 7, ods. 2 zákona č. 581/ 2004 o zdravotných poisťovniach určuje, že: „(2) Zdravotná poisťovňa je povinná uzatvoriť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s každým poskytovateľom všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ak má uzatvorenú dohodu o poskytovaní všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti najmenej s jedným jej poistencom.“

Podobne problematicky je stanovený parameter minimálnej siete v špecializačnom odbore dorastové lekárstvo „na 10-tisíc obyvateľov vo veku do 15 až 25 rokov“ (tabuľka 2).

Tabuľka 2: Počet lekárskeho miest v špecializačnom odbore pediatria vrátane dorastového lekárstva na 10 000 obyvateľov

Kraj	Počet obyvateľov v 2003	Počet obyvateľov v do 15 rokov 2001	Počet obyvateľov v do 25 rokov 2001	Min. počet LM na obyv do 15 rokov	Min. počet LM na obyv do 25 rokov	Rozdiel	Priemer	Min. počet lekárskeho miest podľa prílohy nariadenia
BA	602 906	89 222	185 894	47,02	97,97	-50,95	72,49	116,72
BB	660 141	120 090	229 182	63,29	120,78	-57,49	92,03	123,34
KE	767 994	155 348	285 805	81,87	150,62	-68,75	116,24	156,95
NT	715 228	123 435	239 799	65,05	126,37	-61,32	95,71	132,88
PO	792 873	180 050	320 040	94,89	168,66	-73,77	131,77	163,54
TN	603 042	108 862	211 115	57,37	111,26	-53,89	84,31	92,78
TT	543 936	97 559	190 394	51,41	100,34	-48,92	75,88	118,58
ZA	693 041	140 927	259 595	74,27	136,81	-62,54	105,54	130,27
SPOLU	5 379 161	1 015 493	1 921 824	535,16	1 012,80	-477,64	773,98	1 035,06

Zdroj: Health Policy Institute, 2005 podľa údajov Štatistického úradu SR, Ústavu zdravotníckych informácií a štatistiky a Nariadenia vlády č. 751/2004 Z. z.

Norma počtu lekárskeho miest je týmto istým nariadením vlády regulovaná až dvakrát a dokonca v tom istom § 4. Zatiaľ čo § 4 ods. 1 písm. b) ustanovuje normu pre celé SR „5,27 lekárskeho miesta na 10-tisíc obyvateľov“, podľa § 4 ods. 4, resp. 6 a naň nadväzujúcej prílohy č. 2 je podľa našich prepočtov stanovený počet 4,33 lekárskeho miesta na 10-tisíc obyvateľov.

V § 4 odseky 4 až 6 definujú minimálnu sieť ambulancií špecializovanej zdravotnej starostlivosti, ktorá sa vyznačuje „prešpecializovanosťou“. V SR si môže lekár požiadať o licenciáciu až v 55 (!) špecializačných odboroch, z ktorých treba menovite uviesť ako príklad: korektívnu dermatovenerológiu, gerontopsychiatriu a letecké lekárstvo (tabuľka 4). Vo svete je bežne stanovená sieť len pre 20 až 30 špecializačných odborov, napr. norma Medical Iowa Society stanovuje sieť v 28 špecializačných odboroch. Rozporuplná je dikcia odseku 4, ktorý stanovuje normu „v počte pracovných miest na 10-tisíc obyvateľov“ zatiaľ čo príloha č. 2 stanovuje počet lekárskeho miest. Podľa priložených výpočtov, pri súčasnej dikcii nariadenia vlády by bolo potrebných v SR **minimálne 3,9 mil. lekárskeho miest (!)** vo všetkých špecializačných odboroch (tabuľka 3).

Ide zrejme o problém vo výpočtoch, keď sa norma pre celú SR stanovila ako súčet noriem na 10-tisíc obyvateľov pre jednotlivé kraje (logicky by to mal byť priemer). Z opravených výpočtov minimálnej siete pre celú SR vychádza potreba 495 tis. lekárov vo všetkých špecializačných odboroch, čo sa javí ako výrazne predimenzovaná sieť vzhľadom na

odhadovaný počet 12-15 tisíc lekárskych miest v ambulanciách špecializovanej zdravotnej starostlivosti:

Príloha č. 2 nariadenia stanovuje minimálnu sieť ambulancií vo vybraných špecializačných odboroch len v niektorých krajochoch. Je veľmi pravdepodobné, že len v tých, v ktorých sa takýto typ špecialistu už nachádza. Zákon o poskytovateľoch č. 578/ 2004 o poskytovateľoch v § 5 ods. 1 síce umožňuje stanoviť parametre minimálnej siete odlišne pre jednotlivé kraje, avšak so zohľadnením

- „a) počtu obyvateľov príslušného územia vrátane možnej odchýlky vo vzťahu ku geografickým a demografickým podmienkam príslušného územia,*
- b) chorobnosti a úmrtnosti obyvateľov príslušného územia,*
- c) migrácie cudzincov a osôb bez štátnej príslušnosti na príslušnom území,*
- d) bezpečnosti štátu.“*

Pri stanovovaní siete bolo potrebné rozlišovať medzi vysokošpecializovanou a špecializovanou zdravotnou starostlivosťou, kde prvú zabezpečuje celoslovensky pár vybraných špecialistov, kým druhá musí byť dostupná lokálne. Súčasné znenie nariadenia vlády je v tomto smere diskriminačné a proti princípu univerzality v zabezpečovaní zdravotnej starostlivosti, keďže pre obyvateľov niektorých krajov nemá zdravotná poisťovňa povinnosť kontrahovať minimálnu sieť ambulancií špecializovanej zdravotnej starostlivosti. Naopak, v iných krajochoch je pravdepodobne kontrahovaná príliš robustná sieť. To by sa mohlo zdať ako riešenie problému, nemožno však zabúdať na rozdielne podiely zdravotných poisťovní v jednotlivých krajochoch.

Tabuľka 3: Výpočet minimálnej siete ambulancií na poskytovanie špecializovanej zdravotnej starostlivosti v SR

	Minimálna sieť SR - počet LM na 10-tisíc obyvateľov podľa nariadenia vlády									Minimálny počet LM pre SR
	SR	BA	TT	TN	NR	ZA	BB	PO	KE	
algeziológia	5,86	0,80		0,85	0,60	0,91	1,41	0,78	0,53	3 152,19
anestéziológia a intenzívna	35,78	6,18	4,45	1,36	4,46	5,66	6,71	2,40	4,56	19 246,64
angiológia	3,92	0,61	0,14	0,68	0,43	0,71	0,28	1,08		2 108,63
audiológia	2,64					0,60		1,96	0,09	1 420,10
cievna chirurgia	16,03	3,72	1,96	1,20	2,81	1,90	1,42	0,71	2,31	8 622,80
dermatovenerológia	226,00	42,47	22,38	19,49	21,99	30,69	26,55	29,16	33,29	121 569,04
diabetológia, poruchy látk. premeny...	110,37	14,84	11,22	9,06	14,96	14,55	11,83	13,71	20,21	59 369,80
drogové závislosti	9,58	4,40		1,38	1,02	1,79	0,94	0,07		5 153,24
endokrinológia	62,36	11,33	6,05	4,41	7,95	8,15	5,53	9,61	9,35	33 544,45
foniatria	17,39	3,23	2,04	1,79	1,70	2,04	2,06	2,25	2,30	9 354,36
fyziatria, balneológia a lieč.	100,24	7,61	5,72	11,39	10,72	21,27	10,05	13,02	20,46	53 920,71
gastroenterológia	107,89	14,58	9,73	6,76	13,06	15,91	10,11	17,23	20,51	58 035,77
geriatria	23,90	5,51	1,65	2,64	2,90	1,45	4,55	3,66	1,56	12 856,19
gerontopsychiatria	0,91	0,44			0,26	0,21				489,50
gynekológia a pôrodnictvo	978,07	195,93	92,25	60,31	121,79	99,85	112,43	137,28	158,23	526 119,60
hematológia a transfuziológia	49,41	8,36	3,49	3,44	6,12	6,76	3,15	6,16	11,94	26 578,43
chirurgia	251,15	53,43	19,54	18,99	34,51	29,80	27,64	33,67	33,59	135 097,63
infektológia	35,60	4,01	2,98	2,98	5,28	3,53	4,62	3,27	8,94	19 149,81
kardiouchirurgia	2,03	1,35					0,26		0,43	1 091,97
kardiológia	160,71	30,10	14,15	13,67	15,01	18,52	16,82	22,10	30,35	86 448,50
klinická biochémia	2,31	1,87			0,19		0,17	0,09		1 242,59
klinická farmakológia	3,87	0,83	0,85	0,43	0,98	0,26	0,03		0,51	2 081,74
klinická imunológia a alergológia	154,76	30,96	12,91	11,90	16,08	21,76	14,58	21,29	25,30	83 247,90
klinická logopédia	118,49	21,51	13,52	13,19	13,64	17,10	15,81	13,10	10,63	63 737,68
klinická onkológia	89,03	21,64	6,43	4,76	11,41	7,99	14,14	9,86	12,80	47 890,67
klinická psychológia	166,96	35,75	11,55	9,10	17,13	18,08	16,07	24,37	34,92	89 810,47
klin. pracovné lekárstvo a klin.	13,92	1,88	0,43	1,28	0,21	1,62	2,55	1,06	4,91	7 487,79
korektívna dermatológia	1,51	0,73		0,34				0,02	0,43	812,25
lekárska genetika	8,41	2,92			0,68	1,70	0,60	1,75	0,77	4 523,87
letecké lekárstvo	0,43								0,43	231,30
materno-fetálna medicína	7,86	0,60	1,46	0,26	0,25	1,11	1,11	1,12	1,97	4 228,02
medicínska informatika a	2,94	0,36	0,04	1,45	1,09					1 581,47
nefrológia	56,70	7,03	5,53	5,36	7,07	7,72	5,8	8,49	9,07	30 499,84
neuroológia	257,65	41,13	25,05	18,22	30,32	29,98	29,38	39,35	44,22	138 594,08
neurochirurgia	6,14	0,38	0,85		0,21	1,97	0,85		1,87	3 302,80
nukleárna medicína	2,10	1,68			0,17	0,26				1 129,62
oftalmológia	288,50	50,43	22,95	21,29	35,25	36,38	39,9	35,75	46,58	155 188,79
ortopédia	183,28	31,43	16,64	12,95	18,45	24,68	17,17	28,52	33,45	98 589,26
ortopedická protetika	3,65	1,09					0,94	0,10	1,53	1 963,39
otorinolaryngológia	212,81	37,08	18,75	16,22	18,78	28,45	24,69	28,76	40,10	114 473,93
patologická anatómia	0,17	0,17								91,45
pediatria	35,43	14,99	2,04	1,70	3,27	4,12	2,57	2,82	3,92	19 058,37
plastická chirurgia	11,71	1,46			0,20	1,70	2,89	0,98	4,48	6 299,00
pneumológia a ftizeológia	146,34	19,99	12,04	10,01	24,35	16,15	17,93	21,64	24,24	78 718,64
popáleninové oddelenie	1,38	0,44							0,94	742,32
psychiatria	244,68	56,00	23,09	19,74	28,09	26,46	27,94	27,61	35,75	131 617,31
radičná onkológia	12,08	3,56			1,06	2,47	1,62	0,78	2,59	6 498,03
reumatológia	71,54	10,17	12,07	5,44	7,03	6,18	7,09	12,09	11,49	38 482,52
sexuológia	3,80	0,89		0,34	0,26	0,91	0,85		0,55	2 044,08
stomatológia	2	374,38	248,47	194,09	276,65	285,67	281,98	365,53	435,02	1 324 231,10
telovýchovné lekárstvo	3,93		0,02				0,77		3,15	2 114,01
úrazová chirurgia	33,34	3,33	2,30	2,20	5,21	4,04	3,63	5,59	7,04	17 934,12
urgentná medicína	0,00								0,00	0,00
urológia	104,13	19,04	12,14	7,17	10,40	13,96	8,47	13,47	19,48	56 013,20
vnútorné lekárstvo	363,59	78,17	34,19	32,86	37,20	39,63	39,23	47,37	54,52	195 580,91
Celkový súčet	7 275,06	1 280,79	681,07	550,70	831,20	864,65	825,12	1 009,63	1 231,31	3 913 371,90

Zdroj: výpočet Health Policy Institute, 2005 na základe Nariadenia vlády č. 751/2004 Z. z.

Tabuľka 4: Porovnanie minimálnej siete ambulancií na poskytovanie špecializovanej zdravotnej starostlivosti v SR s normou Iowa Medical Society

Špecializačný odbor	Minimálna sieť – počet LM pre SR podľa nariadenia vlády	Min. sieť – počet LM pre SR – prepočet (priemer namiesto súčtu)	Rozdiel = nariadenie - prepočítaný počet	Prepočet min. siete podľa normy Iowa Medical Society
algeziológia	3 152,19	401,10	2 751,09	0,0
anestéziológia a intenzívna medicína	19 246,64	2 391,36	16 855,27	511,9
angiológia	2 108,63	269,47	1 839,16	0,0
audiológia	1 420,10	203,90	1 216,20	0,0
cievna chirurgia	8 622,80	1 063,36	7 559,44	0,0
dermatovenerológia	121 569,04	15 274,27	106 294,77	137,6
diabetológia, poruchy látk. premeny...	59 369,80	7 549,81	51 819,99	0,0
drogové závislosti	5 153,24	613,11	4 540,13	0,0
endokrinológia	33 544,45	4 256,63	29 287,81	0,0
foniatria	9 354,36	1 167,64	8 186,72	0,0
fyziatra, balneológia a liečebná rehabilitácia	53 920,71	6 964,71	46 956,00	47,7
gastroenterológia	58 035,77	7 461,34	50 574,43	0,0
geriatria	12 856,19	1 599,42	11 256,77	0,0
gerontopsychiatria	489,50	59,68	429,83	0,0
gynekológia a pôrodníctvo	526 119,60	66 556,76	459 562,84	390,8
hematológia a transfuziológia	26 578,43	3 420,86	23 157,57	0,0
chirurgia	135 097,63	17 036,79	118 060,84	524,7
infektológia	19 149,81	2 456,69	16 693,12	0,0
kardiochirurgia	1 091,97	131,58	960,39	0,0
kardiológia	86 448,50	10 959,31	75 489,18	278,9
klinická biochémia	1 242,59	144,69	1 097,90	0,0
klinická farmakológia	2 081,74	251,47	1 830,27	0,0
klinická imunológia a alergológia	83 247,90	10 538,12	72 709,78	56,9
klinická logopédia	63 737,68	7 887,06	55 850,62	0,0
klinická onkológia	47 890,67	6 009,55	41 881,12	0,0
klinická psychológia	89 810,47	11 485,52	78 324,95	0,0
pracovné lekárstvo a klin.toxikológia	7 487,79	970,68	6 517,11	47,9
korektívna dermatológia	812,25	99,13	713,13	0,0
lekárska genetika	4 523,87	580,00	3 943,88	0,0
letecké lekárstvo	231,30	33,02	198,28	0,0
materno-fetálna medicína	4 228,02	539,45	3 688,57	0,0
medicínska informatika a bioštatistika	1 581,47	189,28	1 392,19	0,0
nefrológia	30 499,84	3 841,17	26 658,68	0,0
neuroológia	138 594,08	17 642,88	120 951,20	183,5
neurochirurgia	3 302,80	420,42	2 882,38	67,9
nukleárna medicína	1 129,62	131,47	998,16	0,0
oftalmológia	155 188,79	19 660,93	135 527,87	300,9
ortopédia	98 589,26	12 574,68	86 014,58	317,4
ortopedická protetika	1 963,39	253,20	1 710,19	0,0
otorinolaryngológia	114 473,93	14 538,34	99 935,59	155,9
patologická anatómia	91,45	10,25	81,20	299,0
pediatria	19 058,37	2 330,95	16 727,42	627,5
plastická chirurgia	6 299,00	832,69	5 466,31	45,9
pneumológia a ftizeológia	78 718,64	10 085,62	68 633,02	121,1
popáleninové oddelenie	742,32	98,72	643,60	0,0
psychiatria	131 617,31	16 444,62	115 172,69	344,9
radiačná onkológia	6 498,03	829,33	5 668,70	0,0
reumatológia	38 482,52	4 837,89	33 644,62	0,0
sexuológia	2 044,08	254,18	1 789,90	0,0
stomatológia	1 324 231,10	168 381,92	1 155 849,18	0,0
telovýchovné lekárstvo	2 114,01	293,84	1 820,17	0,0
úrazová chirurgia	17 934,12	2 334,68	15 599,44	0,0
urgentná medicína	0,00	0,00	0,00	159,6
urológia	56 013,20	7 075,17	48 938,04	157,8
vnútorné lekárstvo	195 580,91	24 494,07	171 086,84	1 159,6
Celkový súčet	3 913 371,90	495 932,77	3 417 439,13	
detská psychiatria				64,2
diagnostická rádiológia				322,9
forenzná patológia				3,7
rádiológia				106,4
Celkový súčet				6 434,4

Zdroj: výpočty Health Policy Institute, 2005 na základe Nariadenia vlády č. 751/2004 Z. z. a normy Iowa Medical Society

Pripomienky k § 5, 6 a § 9 odsek 2

Tieto ustanovenia pôsobia absolútne zmätočne. Neuvedenie absolútneho počtu miest, na ktoré bola v čase vydania tohto nariadenia vlády uzatvorená zmluva, znemožňuje kontrolovateľnosť zo strany ÚDZS a nedáva jasnú informáciu o požiadavkách na minimálnu sieť pre zdravotné poisťovne – v čase nariadenia mohla mať napr. uzavretú zmluvu iba 1 zdravotná poisťovňa. Znamená to, že na ostatné sa to nevťahuje?

Pripomienky k § 9 a 10

Pripomienky k minimálnej sieti pre lôžka poskytovateľov sú podobné ako pripomienky k prílohe č. 2. Príloha č. 4 nariadenia diskriminuje obyvateľov tých regiónov, kde sa niektorý typ vysokošpecializovanej zdravotnej starostlivosti nenachádza. Za zváženie opäť stojí aj množstvo špecializačných odborov, pre ktoré je definovaný minimálny počet lôžok. Vo vybraných prípadoch, napr. ORL, očné a pod. je potrebné zvážiť možnosti a využitie jednodňovej medicíny.

Nezanedbateľným technickým nedostatkom sú chyby v súčtoch lôžok pre jednotlivé kraje.

Pripomienky k § 11

Rozpor s § 7 ods. 3 zákona NR SR č. 581/ 2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach je zrejмый:

„(3) Zdravotná poisťovňa je povinná uzatvárať zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s každým poskytovateľom lekárenskej starostlivosti.“

Pripomienky k § 12

Odsek 5 v rozpore so znením zákona splnomocňuje MO SR v spolupráci s MZ SR k vydaniu všeobecne záväzného predpisu o minimálnej sieti v pôsobnosti MO SR. Vzhľadom na neexistenciu rezortnej zdravotnej poisťovne a možnosť zmeny zdravotnej poisťovne len jedenkrát za rok, je prípadné vydanie takéhoto nariadenia neprijateľné pre zdravotné poisťovne a zrejme aj právne nezáväzné. Znamenalo by to neodôvodnenú povinnosť kontrahovať (predpokladajme) väčší počet lôžok a lekárov pre poistencov pracujúcich v tzv. silových rezortoch (predpokladajme) v rezortných zdravotníckych zariadeniach MO SR. Otázna je aj kompetentnosť MO SR vo vydávaní opatrení v rezorte zdravotníctva.

Zdravotné poisťovne nariadenie o minimálnej sieti objektívne nemôžu dodržať – bez jeho opravy však nemá Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou najdôležitejší nástroj na kontrolu dodržiavanie povinnosti zdravotných poisťovní uzatvárať kontrakty s poskytovateľmi aspoň v rozsahu minimálnej siete.

Oprava nariadenia je možná buď zmenou nesprávnych čísel či metodiky, alebo zmenou filozofie prístupu k minimálnej sieti. Súčasná filozofia stanovenia minimálnej siete na základe fyzickej dostupnosti na regionálnej úrovni stanovenej počtom postelí alebo lekárskech/zdravotníckych miest je dnes už prekonaným konceptom, ktorý vykazuje racionálne i logické nedostatky a nereflektuje moderné zmeny slovenského zdravotného systému. Odporúčame preto filozofickú zmenu konceptu minimálnej siete.

1.5 Koncept minimálnej siete

Moderný koncept minimálnej siete zohľadňuje dva základné parametre:

- 1) geografickú dostupnosť,
- 2) kapacitnú priepustnosť.

Geografickú dostupnosť definujeme ako vzdialenosť bydliska pacienta od sídla poskytovateľa, pričom maximálnou geografickou dostupnosťou rozumieme prípad, ak bydlisko pacienta a sídlo poskytovateľa sú zhodné (t. j. nachádzajú sa v rovnakej obci).

Kapacitná priepustnosť je maximálna kapacita poskytovateľa poskytnúť zdravotnú starostlivosť v určitom časovom úseku určitému počtu pacientov (napr. ak jedno vyšetrenie u špecialistu trvá 20 minút, priepustnosť jeho ambulancie je 24 pacientov za 8 hodín). Priepustnosť pre účely minimálnej siete počítame buď v podobe *zdravotníckych úväzkov* (úväzkov zdravotníckych pracovníkov s odbornou spôsobilosťou pre poskytovanie príslušnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti) alebo *lôžok* (pre ústavnú zdravotnú starostlivosť).

Kapacitná priepustnosť ambulancií a nemocníc je pritom závislá od **dopytu** (počtu návštev, morbidity, incidencie a prevalencie v kombinácii so štandardnými diagnostickými a terapeutickými postupmi ako je frekvencia návštev u chronických pacientov a pod.) a **trvania** poskytovania zdravotnej starostlivosti (dĺžka vyšetrenia, zákroku, hospitalizácie a pod.) pri dodržaní postupov lege artis. Kontrahované kapacity by mali rešpektovať aj regionálne zdravotné potreby obyvateľov. Žiaľ, pri tvorbe tohto nariadenia vlády nebudeme môcť tento princíp plne rešpektovať (Rámček 1)

Rámček 1: Pri definovaní minimálnej siete nebola plne zohľadnená chorobnosť obyvateľstva

Zastávame názor, že oba základné parametre (geografická dostupnosť a kapacitná priepustnosť) minimálnej siete by mali rešpektovať regionálne odchýlky v chorobnosti obyvateľstva pri dôležitých diagnózach.

Je však veľmi zložitá určiť regionálnu odchýlku od priemeru, keď:

1. údaje o chorobnosti obyvateľstva sa nezhrmažďujú podľa najzávažnejších diagnóz,
2. údaje o chorobnosti sú nedôveryhodné a neobstoja pri nezávislej analýze.

Dovtedy, kým nebudú dôveryhodné údaje o chorobnosti obyvateľstva podľa jednotlivých okresov a kľúčových diagnóz, tak budeme musieť priepustnosť odhadovať na základe počtu obyvateľov, čiže jednotkou priepustnosti sa stane počet obyvateľov na jedného lekára príslušnej špecializácie.

Pri tvorbe tohto nariadenia vlády o minimálnej sieti, ktoré je kľúčovým výstupom tohto dokumentu sme nútení predpokladať rovnomerný výskyt jednotlivých ochorení podľa regiónov. Následne, keď budú dostupné dôveryhodné údaje o chorobnosti obyvateľstva, tak odchýlka v chorobnosti od priemeru v danom regióne bude mať vplyv aj na definíciu geografickej dostupnosti a priepustnosti siete v danom regióne.

Zdroj: Health Policy Institute, 2006

Definícia minimálnej siete len cez geografickú dostupnosť (z pohľadu poistenca) vyzerá nasledovne:

Poskytovatelia príslušného typu zdravotnej starostlivosti sú dostupní do X minút.

Vzhľadom na nerovnomerné rozloženie hustoty populácie a geografickú členitosť terénu, ide zabezpečenie stopercentnej dostupnosti buď na úkor limitu (hodnoty X) alebo v príslušnom časovom limite na úkor efektivity (spádová oblasť poskytovateľa v odľahlých oblastiach nebude kvôli nízkemu počtu poistencov dostatočne veľká, aby zabezpečila ekonomickú sebestačnosť zdravotníckeho zariadenia). Zároveň je však potrebné garantovať primeranú dostupnosť v každom regióne, nielen na makroúrovni (Slovensko či samosprávny kraj). Do vyššie uvedenej definície preto navrhujeme doplniť reflektovanie nerovnomernosti v hustote populácie nasledovne:

Poskytovatelia príslušného typu zdravotnej starostlivosti sú dostupní do X minút pre 95 % poistencov príslušnej zdravotnej poisťovne v príslušnom okrese a do Y minút pre 100 % poistencov príslušnej zdravotnej poisťovne v príslušnom okrese.

Takáto definícia stanovuje geografickú dostupnosť. Zároveň je dôležité stanoviť potrebnú minimálnu kapacitu poskytovateľov, aby sa nestalo, že na jedného, síce geograficky dostupného poskytovateľa, pripadá nezvládnuteľný počet poistencov. (Např. v Bratislave-Petržalke žije viac ako 100 000 ľudí a ich geografická dostupnosť k všeobecnému lekárovi je nižšia ako 15 minút. Z tohto hľadiska by teoreticky všetci mohli navštevovať jediného lekára, avšak jeho kapacita by daný nápor nezvládla. Preto je nutné určiť kapacitnú priepustnosť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a túto prepočítavať na spádové územie príslušného poskytovateľa.)

Kapacitná priepustnosť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti sa stanovuje ako počet zdravotníckych úväzkov na 10 tisíc poistencov.

Túto kapacitnú priepustnosť je pritom potrebné naviazať priamo na každé spádové územie poskytovateľa tak, aby úväzky zmluvných poskytovateľov rešpektovali počet poistencov v spádovom území. Poskytovateľ (např. lekár) pritom môže mať viac pacientov (viď slobodná voľba poskytovateľa); úlohou normy nie je obmedzovať počet pacientov, ale zabezpečiť pre nich rovnomernú geografickú dostupnosť kapacitne porovnateľne priepustných poskytovateľov:

Poskytovatelia príslušného typu zdravotnej starostlivosti sú dostupní do X minút pre 95 % poistencov príslušnej zdravotnej poisťovne v príslušnom okrese a do Y minút pre 100 % poistencov príslušnej zdravotnej poisťovne v príslušnom okrese. Spádové územie žiadneho poskytovateľa pritom nesmie presiahnuť kapacitnú priepustnosť Z zdravotníckych úväzkov/lôžok na 10 tisíc poistencov.

Veľkosť oka minimálnej siete sa mení v závislosti od charakteru poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Čím je zdravotná starostlivosť odkladnejšia a špecializovanejšia, tým môže byť oko minimálnej siete väčšie a tým menší význam v efektívnej dostupnosti zohráva vzdialenosť.

Za správny prístup k stanoveniu minimálnej siete preto považujeme použitie princípu časovej dostupnosti, pričom časový parameter bude rásť so stúpajúcou mierou odkladnosti príslušného typu zdravotnej starostlivosti.

Takýto princíp stanovenia minimálnej siete je normou, ktorá garantuje dostupnú, plynulú, bezpečnú, efektívnu zdravotnú starostlivosť a pritom neporušuje princípy slobodnej súťaže o pacientov a poistencov. Týmto sa naplňuje myšlienka manažmentu pacienta zdravotnými poisťovňami prezentovaná pri tzv. balíčku reformných zdravotníckych zákonoch, keď zdravotná poisťovňa priamo kontrahuje a občanovi ponúkne zoznam poskytovateľov, s ktorými má uzavretú zmluvu o zabezpečení a úhrade zdravotnej starostlivosti. Zdravotná poisťovňa je pri uzatváraní zmlúv povinná zabezpečiť uzavretie zmlúv minimálne na hranici stanoveného normatívu s tým, že v prípade potreby vyplývajúcej z potrieb občanov môže tento minimálny normatív prekročiť, teda vo všeobecne záväznej právnej rovine sa na dodržiavanie minimálnej siete zaväzuje rozhodujúci subjekt reťazca poskytovania zdravotnej starostlivosti – subjekt nakladajúci s prostriedkami poistencov.

2. DEFINOVANIE JEDNOTLIVÝCH ŠPECIALIZÁCIÍ V AMBULANTNEJ A LÔŽKOVEJ STAROSTLIVOSTI

Súčasný systém vzdelávania, vydávania licencií a povolení nie je unifikovaný a preto dochádza:

- k nejednoznačnej klasifikácii zdravotníckych pracovníkov
- k zmätočnému vydávaniu licencií a povolení
- k vysokému počtu špecializácií

Pre budovanie jednoznačnej normy o minimálnej sieti bolo preto potrebné vykonať niektoré kompromisy, ako v počte špecializácií tak aj v ich „groupovaní“ do skupín. Samozrejme, uvedomujeme si, že takýto kompromis nemusí uspokojiť každého, je to však prvý systematický pokus o jednotnejšiu klasifikáciu. Zároveň je nutné podotknúť, že daná klasifikácia sa bude s rastúcou mierou špecializácie rozrastať, avšak pri jej tvorbe je nutné zachovať určitú mieru racionality a nadhľadu.

Pre účely nariadenia vlády o minimálnej sieti bol preto zvolený prístup, ktorý sa snaží ukotviť základnú klasifikáciu špecializácií zdravotníckych pracovníkov vzhľadom k ich vzdelaniu, špecializácií a certifikácií.

Pre naplnenie siete úväzkami a kontraktmi za určujúce považujeme vydanie licencie alebo povolenia a pre tvorbu normy zase dosiahnuté vzdelanie, špecifikáciu alebo certifikát. Uvedomujeme si, že výsledkom tohto stavu bude, že medzi klasifikáciou definovanou v nariadení vlády a skutočne vydanými licenciami a povoleniami môžu byť odchýlky.

Podobne pri vytvorení minimálnej siete pre ústavnú zdravotnú starostlivosť sme použili určité združovanie, pričom aj dnes existuje nejednoznačný výklad pre jednotlivé typy oddelení. Pri definovaní minimálnej siete pre ústavnú zdravotnú starostlivosť sme sa preto nevyhli metodologickým problémom a pre jednoznačnejšie definovanie jednotlivých typov sme použili prevodník uvedený v tabuľke 7.

3. DEFINOVANIE LEKÁRSKEHO ÚVÄZKU

Zdravotníckym úväzkom sa rozumie výkon činnosti zdravotníckeho pracovníka s príslušnou odbornou spôsobilosťou v rozsahu 40 hodín fondu pracovného času, v prípade rizikových činností v rozsahu 38 hodín fondu pracovného času.

Pojem zdravotníckeho úväzku považujeme za vhodnejší než dosiaľ používaný výraz „lekárske miesto“, ktorý neodrážal obsah pojmu (lekárske miesto mohol zastávať i nelekár).

4. DEFINOVANIE NEMOCNIČNEJ POSTELE

Nemocničná posteľ je posteľ v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktorá je k dispozícii pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti pre poistencov príslušnej zdravotnej poisťovne nepretržite 24 hodín denne.

Kapacitu lôžkového oddelenia tvorí súhrn funkčných nemocničných postelí na príslušnom oddelení.

5. DEFINOVANIE CENTRA EMERGENCY

Pre úspešné fungovanie systému urgentnej medicíny je mimoriadne dôležitý čas, v ktorom záchranný tím dorazí na miesto určenia. Výrazným zvýšením počtu bodov sa tento čas pre 95 percent populácie znížil na 15 minút. Pre záchranu života a zvýšenie kvality života je mimoriadne dôležité, aby bol pacient prevezený do takého zariadenia, ktoré sa o neho dokáže adekvátne postarať. Z tohto dôvodu budú do minimálnej siete postupne zaradené centrá urgentnej medicíny ako najšpičkovejšie pracoviská.

Emergency centrum je centrum, v ktorom je poistencom poskytnutá najvyššia možná kvalita starostlivosti. V súčasnosti platná legislatíva ich nedefinuje. Vízia hovorí o centrách, ktoré svojím charakterom spĺňajú podmienky pre kvalitné, efektívne a bezpečné poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Ich súčasťou by mal byť tzv. multidisciplinárny tunel, ktorý v sebe zahŕňa všetky život zachraňujúce funkcie a činnosti.

Urgentná medicína bude stanovená pevnou sieťou. V prvej fáze, do konca roku 2007 sa plánujú budovať tri centrá – Bratislava, Banská Bystrica a Košice, pričom v každom centre budú 4 posteľe. V druhej fáze, do konca roku 2009 sa dobudujú tri ďalšie centrá Nové Zámky, Žilina a Poprad, pričom opäť budú v každom centre 4 posteľe.

Prevoz pacientov do týchto centier bude zabezpečený ako záchrankami, tak aj leteckou záchrannou službou podľa transportného protokolu za súčinnosti jednotlivých posádok a operátorov v koordinačných a operačných strediskách.

6. MATICA ČASOVEJ DOSTUPNOSTI

Na vyhodnotenie, či zdravotná poisťovňa „naplnila minimálnu sieť“, t. j. či uzatvorila kontrakty aspoň v rozsahu minimálnej siete, je potrebné stanoviť jednotnú metodiku posudzovania (viď procesný model v kapitole 11).

Okrem nevyhnutných vstupov (rozsah kontraktov zdravotných poisťovní s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, počet poistencov podľa trvalého pobytu v jednotlivých obciach, nariadenie vlády o minimálnej sieti) je potrebné zadať aj štandard pre posudzovanie vzdialeností medzi obcami.

Matica vzdialeností (v podobe časovej dostupnosti) jednotlivých obcí Slovenskej republiky je prílohou navrhovaného nariadenia vlády o minimálnej sieti.

7. ANALÝZA ČASOVEJ DOSTUPNOSTI SÚČASNEJ SIETE AMBULANTNEJ A LÔŽKOVEJ STAROSTLIVOSTI

Podkladom pre tvorbu návrhu minimálnej siete a posúdenie jeho reálnosti a relevantnosti je analýza súčasného stavu siete poskytovateľov. Analogicky bude postupovať Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou ako aj zdravotné poisťovne pri vyhodnocovaní naplnenia minimálnej siete.

7.1 Metodika

Výpočet dostupnosti je založený na analýze dopravnej siete¹ s využitím základných mier dostupnosti, ktoré sa po prvýkrát objavujú v geografických prácach v polovici 50-tych rokov 20. storočia.² Teória dostupnosti sa časom vyvíjala a jej nové oživenie prichádza s nástupom využívania metód geografických informačných systémov (GIS) začiatkom 90-tych rokov minulého storočia, keď je možné dostupnosť charakterizovať nielen v linkách autobusovej, železničnej popr. inej verejnej dopravy ale aj dostupnosť individuálnou dopravou v dopravných sieťach či všeobecne v priestore.³

Určitou nevýhodou prístupu metódami GIS je odhadovanie priemerných rýchlostí na rôznych typoch úsekov dopravných sietí či na rôznych druhoch povrchu („landuse“ resp. „landcover“). Nie všetci sa pohybujú rovnakou rýchlosťou a tak sa pri modelovaní dostupnosti nevyhneme určitým zovšeobecneniam. Metódy GIS boli už s úspechom použité aj na modelovanie individuálnej dostupnosti k zdravotnej starostlivosti na podklade cestnej siete.⁴

Základom použitej metodiky pre výpočet dostupnosti bola matica vzájomných vzdialeností medzi 2916-imi slovenskými obcami. *Dostupnosť je vyjadrená v minútach, pričom tento čas vyjadruje dopravnú vzdialenosť motorovým vozidlom podľa charakteru, profilu a priepustnosti príslušnej cestnej siete.*

¹ PASTIEROVIČ, R. (2004): Dostupnosť k vybraným centráм zdravotnej starostlivosti pre obyvateľstvo Bratislavského kraja (na podklade sietí liniek verejnej autobusovej dopravy), bakalárska práca na Katedre regionálnej geografie, ochrany a plánovania krajiny, Prírodovedecká fakulta Univerzity Komenského v Bratislave

² TOLMÁČI, L. (2002): Dostupnosť miest Slovenska. In: Regionálnogeografické štúdie 1, Bratislava, pp. 3-66

³ KWAN, M. P. – MURRAY, A. T. – O'KELLY, M. E. – TIEFELSDORF, M. (2003): Recent advances in accessibility research: Representation, methodology and applications. Journal of Geographical Systems 5, Springer-Verlag, pp. 129-138
KWAN, M. P. – WEBER, J. (2003): Individual accessibility revisited: Implications for geographical analysis in the twenty-first century. Geographical Analysis, Vol. 35, No. 4, The Ohio State University.

⁴ BRABYN, L. – SKELLY, CH. (2002): Modeling population access to New Zealand public hospitals. International Journal of Health Geographics, Vol. 1:3, BioMed Central, London. <http://www.ij-healthgeographics.com>

Mapovanie existujúcej siete vychádzalo z existujúcich kapacít. Údaje o poskytovateľoch pochádzajú od orgánov vydávajúcich povolenia na prevádzkovanie zdravotníckych zariadení, t. j. osem samosprávnych krajov a Ministerstvo zdravotníctva SR. Ministerské dáta o ambulanciách v rámci NsP v jeho zriaďovateľskej pôsobnosti sú žiaľ len v neelektronickej podobe, takže hoci je známy počet jednotlivých typov ambulancií vrátane ich polohy, presný počet úväzkov nie je známy. Rozsah úväzkov nesleduje ani väčšina samosprávnych krajov, takže analýza potenciálnej vyťaženia spádových ambulancií by nemala relevantnú výpovednú hodnotu.

Ku každej z 2916 obcí bol priradený poskytovateľ príslušného typu zdravotnej starostlivosti, ktorého sídlo je k obci najbližšie spomedzi všetkých poskytovateľov tohto typu starostlivosti. Zároveň sa evidoval i druhý a tretí najbližší poskytovateľ (pre vyhodnotenie rozsahu a potenciálu slobodnej voľby poskytovateľa, ako aj určenia alternatívy v prípade nedostupnosti najbližšieho poskytovateľa, a to z ľubovoľných dôvodov).

V metodickom modeli je každá obec zredukovaná na bod. Ak poskytovateľ sídli priamo v obci, pre obyvateľov obce je dostupnosť tohto poskytovateľa „0 minút“, t. j. do úvahy sa neberie dopravná vzdialenosť v rámci obce. Dostupnosť v zmysle použitej metodiky teda vyjadruje vzdialenosť príslušnej obce od takej obce, v ktorej sídli predmetný poskytovateľ.

Každá obec má tak priradenú sadu najbližších poskytovateľov jednotlivých typov zdravotnej starostlivosti, ako ambulantných, tak i lôžkových. Zo vzdialeností najbližších poskytovateľov sa vypočíta váženým priemerom priemerná dostupnosť (počty obyvateľov jednotlivých obcí vychádzajú z údajov Štatistického úradu SR) príslušnej špecializácie – na okresnej, krajskej a celoštátnej úrovni.

Vznik väzby „*obec – najbližší poskytovateľ*“ podáva nielen informáciu o dostupnosti, ale i o *spádovom území* pre príslušného poskytovateľa. V prípade viacerých poskytovateľov, rovnako vzdialených od niektorej obce, sa veľkosť spádu (počet obyvateľov spádového územia) medzi nich rovnomerne rozpočítava. Výsledkom je veľkosť spádového územia poskytovateľa.

Vyhodnotenie, či zdravotná poisťovňa uzatvorila kontrakty aspoň v rozsahu minimálnej siete, urobí Úrad pre dohľad na základe počtu poistencov príslušnej zdravotnej poisťovni v jednotlivých obciach a na základe počtu a sídiel poskytovateľov (viď procesný model v 11: kapitole). Pri zistení dostupnosti najbližšieho poskytovateľa príslušného typu zdravotnej

starostlivosti k jednotlivým obciam Slovenskej republiky sa zároveň generujú i spádové oblasti a ich veľkosti pre týchto poskytovateľov.

Podkladové dáta, ktoré sme pri simulácii takéhoto vyhodnotenia používali (zoznamy poskytovateľov, ktorým VÚC alebo MZ SR vystavilo povolenie na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia), nesú pritom mnohé nepresnosti a chyby. Spôsob ich zberu a skladovania nie je jednotný, nie je dôsledný a nie je vymáhaný v súlade so zákonom. Z podkladových dát nie je zvyčajne zrejmé, či je poskytovateľ zmluvný alebo nie, resp. v akom rozsahu je zmluvný (počet úväzkov, ordinačné hodiny a pod.). Typy špecializácií poskytovateľa sa líšia od jedného samosprávneho kraja k druhému. Databázy nie sú zdieľané. Chýba jednotná štruktúra zbieraných dát (*dátová veta*). Odporúčaniam v oblasti zberu a spracovania dát o sieti poskytovateľov je venovaná 11. kapitola.

Aby bolo vôbec možné spomenuté dáta využiť pre účely modelu na zistenie dostupnosti súčasnej verejnej siete, boli v nevyhnutnom rozsahu podrobené čisteniu (oprava PSČ, sídla, odstránenie niektorých zjavných duplícít, zjednotenie terminológie špecializácií a pod.), napriek tomu je potrebné pripomenúť, že výsledky sú zaťažené takouto chybou. Ďalším nevyhnutným zjednodušujúcim predpokladom pri vyhodnocovaní bolo, že každý poskytovateľ ambulantnej starostlivosti sa považoval za jeden zdravotnícky úväzok.

Pre vyhodnocovanie naplnenosti minimálnej siete bude musieť Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou použiť prevodník jednotlivých druhov špecializácií medzi evidenciou samosprávnych krajov a znením zákona a súvisiacich právnych predpisov.

7.2 Výsledky

Tabuľka 5: Dostupnosť ambulantnej zdravotnej starostlivosti podľa typov *

Typ zdravotnej starostlivosti	Priemerná dostupnosť (minúty)	% populácie dostupnej v časovom limite						
		do 1 min	do 11 min	do 16 min	do 21 min	do 31 min	do 46 min	do 61 min
dermatovenerológia	5,36	51,22%	77,02%	90,37%	96,51%	99,70%	99,98%	100,00%
diabetológia	6,27	46,92%	72,61%	86,44%	95,14%	99,37%	99,92%	99,99%
endokrinológia	10,93	36,45%	57,43%	70,09%	80,42%	92,19%	98,30%	99,83%
FRO	6,85	45,70%	70,22%	84,24%	91,90%	98,42%	99,98%	100,00%
gastroenterológia	8,27	39,57%	62,81%	77,57%	89,41%	98,79%	99,92%	99,99%
geriatria	17,68	23,20%	39,11%	51,84%	61,19%	80,31%	93,20%	97,62%
gynekológia a pôrodnictvo	3,20	60,15%	90,32%	97,24%	99,30%	99,99%	100,00%	100,00%
hematológia a transfuziológia	17,32	27,36%	41,88%	52,24%	61,79%	79,02%	94,38%	98,43%
chirurgia	5,92	48,51%	73,81%	88,58%	95,52%	99,50%	99,99%	100,00%
infektológia	22,55	16,83%	34,47%	43,45%	53,76%	70,60%	86,61%	94,95%
kardiológia	7,19	42,12%	68,12%	82,53%	92,92%	99,06%	99,98%	100,00%
klinická alergológia a imunológia	7,52	43,96%	67,65%	81,71%	90,92%	97,94%	99,79%	100,00%
klinická onkológia	14,32	28,68%	44,56%	57,05%	68,50%	86,80%	98,29%	99,98%
klinická psychológia	6,37	47,85%	72,46%	86,59%	93,80%	98,90%	99,91%	99,99%
nefrológia	9,61	35,32%	58,34%	73,48%	85,69%	96,50%	99,77%	99,99%
neuroológia	5,60	49,61%	76,24%	89,54%	95,92%	99,40%	99,98%	100,00%
oftalmológia	5,32	50,60%	78,09%	90,58%	96,57%	99,68%	99,99%	100,00%
ORL	5,93	49,43%	74,38%	87,52%	94,70%	99,43%	99,99%	100,00%
ortopédia	6,05	48,81%	73,39%	87,13%	94,73%	99,49%	99,99%	100,00%
ošetrovanie	6,66	42,95%	71,50%	86,00%	93,82%	98,51%	99,99%	100,00%
PAS	1,09	77,46%	99,02%	99,91%	99,99%	100,00%	100,00%	100,00%
pneumológia a ftizeológia	9,77	34,28%	58,70%	72,32%	83,24%	95,89%	99,97%	100,00%
psychiatria	6,26	48,32%	73,73%	86,86%	93,56%	98,41%	99,99%	100,00%
reumatológia	9,57	37,15%	59,72%	73,09%	84,70%	96,07%	99,41%	99,97%
stomatológia	1,38	73,79%	98,20%	99,72%	99,95%	100,00%	100,00%	100,00%
SValZ	8,85	42,99%	64,29%	77,36%	86,36%	94,54%	99,13%	99,96%
traumatológia	16,50	23,87%	37,67%	50,75%	63,44%	84,59%	95,84%	99,66%
urológia	8,40	41,87%	63,65%	77,47%	87,76%	96,87%	99,93%	100,00%
vnútorné lekárstvo	5,02	52,22%	79,66%	91,84%	97,06%	99,69%	99,99%	100,00%

* vzhľadom na nekonzistentnosť dát v jednotlivých samosprávnych krajoch bolo možné dospieť k vzájomnej porovnateľnosti dát len za cenu istých zjednodušení. Sledovanie najmä zriedkavejších typov špecializácií z dôvodu chyby kódovania na VÚC by viedlo k zaťaženiu výsledkov neprijateľnou chybou. Preto boli niektoré typy zdravotnej starostlivosti podľa špecializácií uvedených v databázach VÚC a MZ SR zoskupené okolo svojich „materských“ alebo im príbuzných odborov. Z tohto dôvodu nie sú v tabuľke spomenuté všetky špecializačné a certifikačné odbory.

Zdroj: Health Policy Institute na základe zoznamov povolení pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vydaných VÚC a MZ SR, 2006

Tabuľka 6: Dostupnosť ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa oddelení*

Oddelenie	Priemerná dostupnosť (minúty)	% populácie dostupnej v časovom limite						
		do 1 min	do 11 min	do 16 min	do 21 min	do 31 min	do 46 min	do 61 min
ARO	8,69	37,05%	61,75%	77,15%	88,43%	97,83%	99,86%	100,00%
Dermatovenerológia	18,54	19,31%	37,46%	48,49%	59,61%	76,91%	92,80%	99,38%
Dlhodobo chorých	12,35	22,81%	48,36%	65,03%	78,83%	91,98%	99,10%	99,99%
Endokrinológia	87,88	0,84%	7,88%	9,40%	10,72%	15,05%	23,40%	33,05%
FRO	12,46	28,40%	51,71%	65,48%	75,46%	90,89%	98,03%	99,73%
GeriatRIA	25,05	14,32%	31,86%	43,12%	53,04%	67,45%	81,71%	91,03%
Gerontopsychiatria	65,56	1,71%	13,45%	15,77%	17,99%	24,83%	36,48%	50,52%
Gynekológia	8,52	37,30%	62,76%	78,29%	89,01%	97,99%	99,89%	100,00%
Hematológia	45,28	7,85%	17,93%	21,59%	25,08%	32,25%	47,23%	65,97%
Chirurgia	8,48	37,34%	62,81%	78,13%	88,99%	97,99%	99,89%	100,00%
Infekčné	19,26	17,32%	35,96%	45,59%	56,24%	76,78%	93,33%	99,11%
Interná	8,06	38,13%	64,88%	80,32%	90,42%	98,25%	99,91%	100,00%
Kardiochirurgia	57,11	2,98%	13,99%	15,80%	17,98%	23,07%	33,97%	48,13%
Kardiológia	42,04	7,97%	21,25%	25,36%	29,72%	36,84%	51,40%	70,51%
Nefrológia	18,68	22,43%	40,63%	51,81%	60,41%	79,59%	90,12%	96,58%
Neonatológia	9,18	35,66%	60,83%	75,67%	86,62%	96,74%	99,89%	100,00%
Neurochirurgia	36,49	10,80%	22,62%	27,02%	32,10%	44,92%	62,84%	79,57%
Neurológia	12,27	30,81%	51,46%	65,36%	77,08%	90,66%	98,44%	99,97%
Oftalmológia	18,18	23,18%	39,11%	50,37%	61,63%	77,96%	92,95%	98,87%
Onkológia	20,71	15,97%	32,21%	41,57%	52,02%	71,75%	91,71%	99,12%
ORL	13,36	27,58%	47,66%	61,84%	73,68%	89,82%	97,95%	99,92%
Paliatívna medicína	28,40	7,37%	24,50%	32,68%	42,53%	61,42%	78,62%	90,31%
PediatRIA	9,18	33,51%	61,19%	76,09%	86,77%	97,23%	99,89%	100,00%
Plastická chirurgia	42,10	6,08%	17,55%	20,36%	23,74%	35,52%	55,37%	72,68%
Plúcna chirurgia	84,81	0,46%	6,59%	9,73%	10,85%	13,78%	21,14%	27,41%
Plúcne	18,16	18,29%	38,00%	49,71%	60,28%	79,01%	93,91%	99,56%
Psychiatria	15,86	23,06%	41,81%	53,48%	64,96%	85,27%	96,80%	99,49%
Rádiológia	34,20	9,66%	22,96%	27,74%	31,93%	45,10%	64,55%	85,42%
Reumatológia	141,83	0,56%	0,92%	1,34%	2,23%	5,57%	12,94%	24,21%
Stomatológia	50,89	6,14%	15,83%	18,62%	20,47%	26,31%	39,75%	59,88%
Traumatológia a ortopédia	14,32	26,22%	45,47%	58,67%	70,36%	86,13%	98,01%	99,95%
Urológia	19,62	20,20%	36,28%	46,47%	57,55%	75,87%	91,16%	97,76%

* vzhľadom na nekonzistentnosť dát v jednotlivých samosprávnych krajoch bolo možné dospieť k vzájomnej porovnateľnosti dát len za cenu istých zjednodušení. Sledovanie najmä zriedkavejších typov špecializácií z dôvodu chyby kódovania na VÚC by viedlo k zaťaženiu výsledkov neprijateľnou chybou. Preto boli niektoré typy zdravotnej starostlivosti podľa špecializácií uvedených v databázach VÚC, MZ SR a ÚZIŠ zoskupené okolo svojich „materských“ alebo im príbuzných odborov. Z tohto dôvodu nie sú v tabuľke spomenuté všetky špecializačné a certifikačné odbory.

Zdroj: Health Policy Institute na základe zoznamov povolení pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vydaných VÚC, MZ SR a ÚZIŠ, 2006

8. NORMA ČASOVEJ DOSTUPNOSTI V KONTEXTE LEKÁRSKÝCH ÚVÄZKOV

8.1 Metodika pri tvorbe príloh o ambulantnej zdravotnej starostlivosti

8.1.1 Podľa čoho bola stanovená norma geografickej (časovej) dostupnosti?

Ako uvádzame v kapitole 1.5, veľkosť oka minimálnej siete sa mení v závislosti od charakteru poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Čím je zdravotná starostlivosť odkladnejšia a špecializovanejšia, tým môže byť oko minimálnej siete väčšie a tým menší význam v efektívnej dostupnosti zohráva vzdialenosť.

Skutočná geografická dostupnosť musí zostať zachovaná predovšetkým v oblasti všeobecnej ambulantnej starostlivosti a záchranej zdravotnej služby.⁵

Poskytovatelia všeobecnej ambulantnej starostlivosti plnia funkciu prvého filtra, brány, ktorá v rámci svojich kompetencií rieši zdravotné potreby pacientov resp. odporúča ich ďalšie odborné vyšetrenie a liečbu v ambulancii lekára–špecialistu alebo na lôžkovom oddelení nemocnice. Určenie nevyhnutného počtu lekárskeho miest na 10 tisíc obyvateľov samosprávneho kraja negarantuje fyzickú dostupnosť poskytovateľov pre obyvateľov príslušného regiónu. Poistovňa si totiž svoju povinnosť kontrahovať poskytovateľov v rozsahu aspoň minimálnej siete môže splniť kontraktmi v krajskom meste a pre obyvateľov vzdialených obcí kraja sa primárna zdravotná starostlivosť stane ťažko dostupnou.

Geografická dostupnosť (parameter X v minútach pre 95 % populácie) pre takýchto poskytovateľov preto musí rešpektovať uvedené skutočnosti.

Navrhujeme dostupnosť všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre dospelých do 10 minút a pre deti a dorast do 15 minút pre 95 % populácie.

⁵ Sieť ZZS určená vyhláškou MZ SR č. 30/2006 Z. z. je pevná a metodika jej tvorby vychádzala z analogických princípov, ako nižšie uvedený návrh; dopravnej dostupnosti poskytovateľa do 15 minút od prijatia pokynu koordinačného alebo operačného strediska pre 95 % obyvateľov Slovenskej republiky.

V súčasnosti je všeobecná ambulantná starostlivosť dostupná do 10 minút pre viac než 99 % populácie; až 77 % obyvateľov Slovenska žije v obci, v ktorej sa nachádza takáto ambulancia (maximálna normatívna dostupnosť).

Priepustnosť všeobecnej ambulantnej starostlivosti vychádza z počtu obyvateľov a jeho vekovej štruktúry, z frekvencií preventívnych prehliadok a z celkového počtu kontaktov v tejto sfére. Pre všeobecnú ambulantnú starostlivosť pre deti a dorast navrhujeme prepočítavať kapacitnú priepustnosť na počet detských poistencov, vzhľadom na nerovnomernú vekovú štruktúru obyvateľstva v jednotlivých regiónoch.

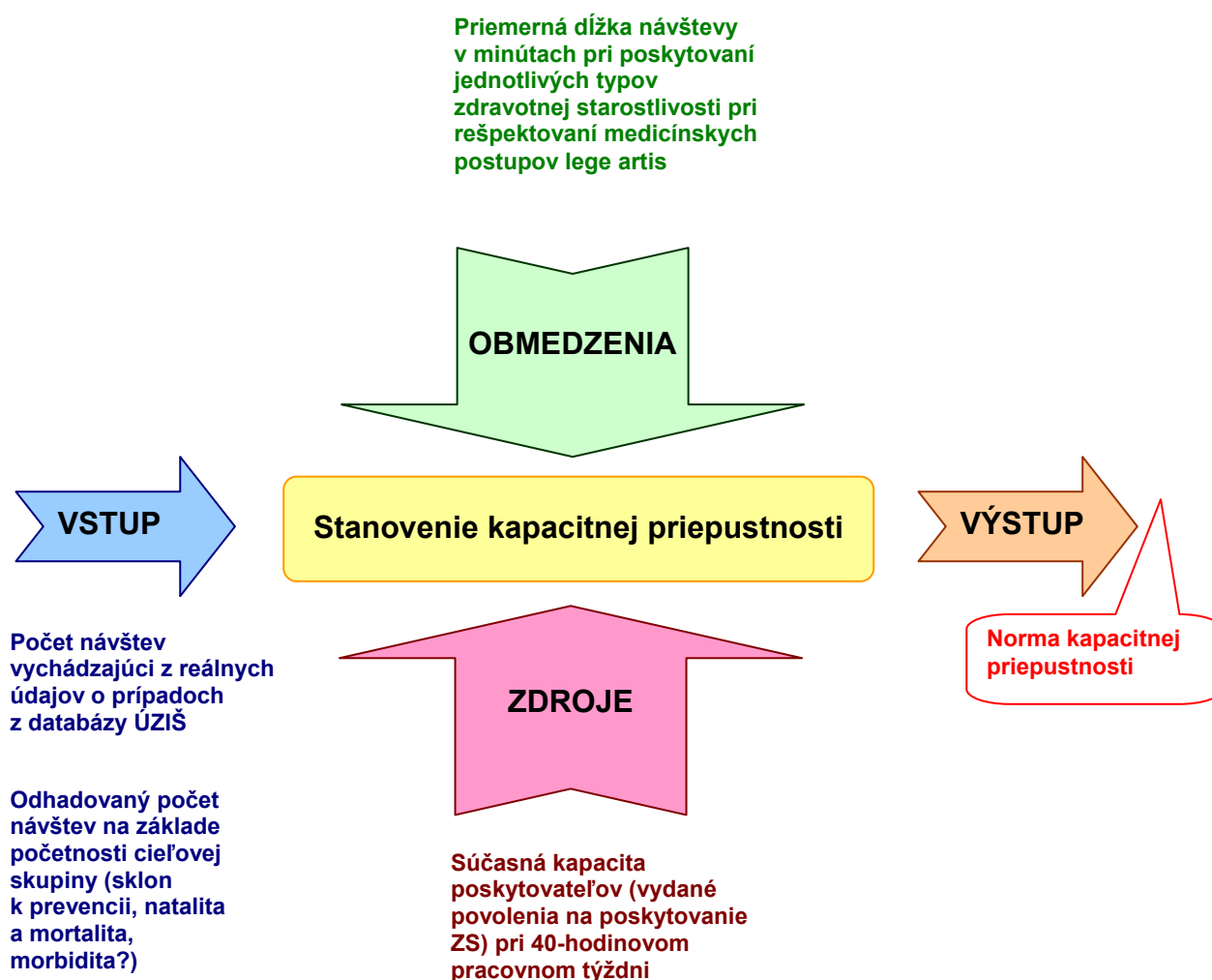
Podrobnosti o metodike vyhodnocovania sú uvedené v samostatnej kapitole, na tomto mieste je však potrebné spomenúť, že takéto údaje o dostupnosti sa týkajú vzdialeností medzi obcami, nie v rámci obce. Pre možnosť kontroly naplnenia minimálnej siete je každá obec zredukovaná na bod. Ak poskytovateľ sídli priamo v obci, pre obyvateľov obce je dostupnosť tohto poskytovateľa „0 minút“, t. j. do úvahy sa neberie dopravná vzdialenosť v rámci obce. Dostupnosť v tomto zmysle teda vyjadruje vzdialenosť príslušnej obce od takej obce, v ktorej sídli predmetný poskytovateľ. Dostupnosť je vyjadrená v minútach, pričom tento čas vyjadruje dopravnú vzdialenosť motorovým vozidlom podľa charakteru, profilu a priepustnosti príslušnej cestnej siete.

Ďalším okruhom poskytovateľov sú poskytovatelia zdravotnej starostlivosti v tzv. základných medicínskych odboroch, ktorých fyzická dostupnosť je pre pacientov dôležitá vzhľadom na poskytovanie neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Pre tieto prípady navrhujeme časový limit geografickej dostupnosti (parameter X v minútach pre 95 % populácie) stanoviť na 30 minút pre 95 % populácie. Pri ostatných odboroch ide o špecializované typy zdravotnej starostlivosti, ktorých dostupnosť je viazaná existujúcimi kapacitami na krajské mestá resp. na metropoly.

8.1.2 Podľa čoho bola stanovená norma kapacitnej priepustnosti?

Kapacitná priepustnosť bola stanovená postupom, ktorý je zhrnutý v procesnom modeli č. 1:

Procesný model 1: Stanovenie kapacitnej priepustnosti



Zdroj: Health Policy Institute, 2006

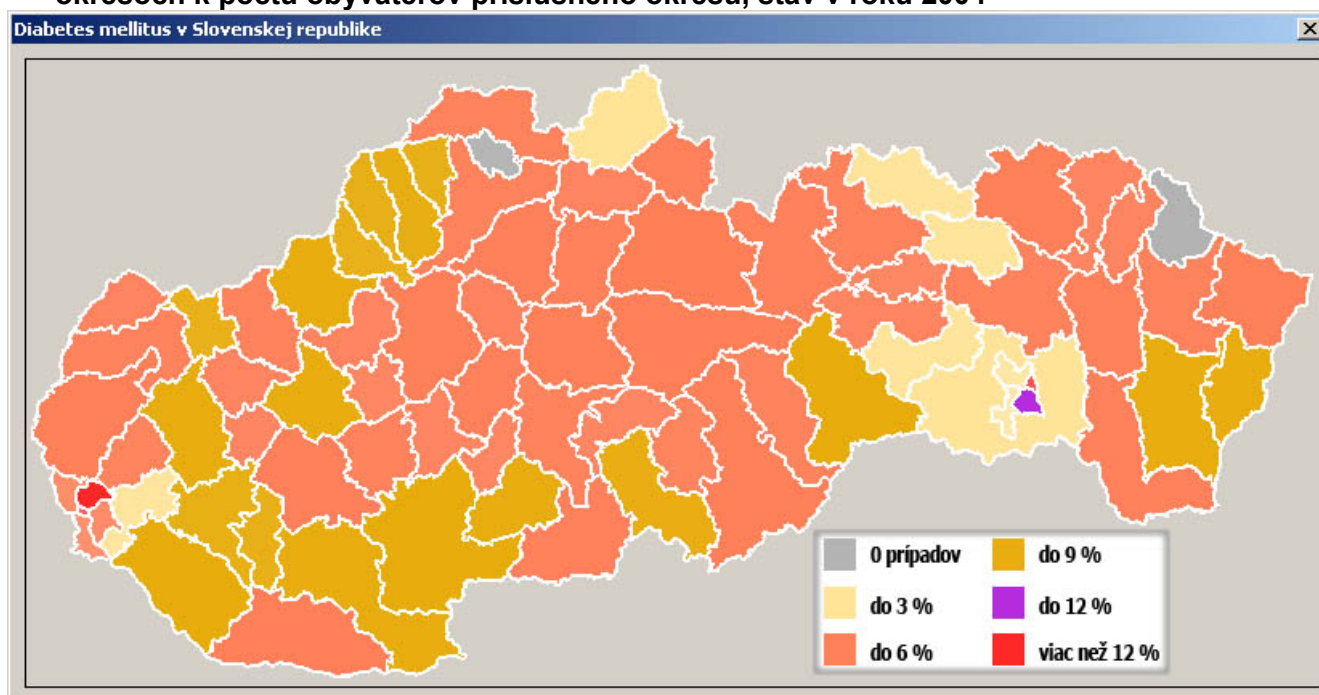
Ako bolo spomenuté v predchádzajúcom texte (viď Rámček 1), pri nastavovaní kapacitnej priepustnosti nebolo možné sa spoľahnúť na dostupné údaje o chorobnosti obyvateľstva. Pre niektoré špecializácie však bolo možné orientačne použiť dáta Národného centra zdravotníckych informácií (niekdajší ÚZIS). Údaje pochádzajú z ročného výkazu ambulancií za rok 2004.

1) Diabetológia

Podľa výkazu A (MZ SR) 2-01 bolo v roku 2004 v Slovenskej republike celkovo dispenzarizovaných 287 304 osôb s diagnózou diabetes mellitus (pričom DM typ 2 malo 260 293 osôb). Dispenzarizácia bola vo výkazoch viazaná na sídlo ambulancie, nie na trvalý pobyt pacienta, takže regionálne rozdiely v chorobnosti sú na základe údajov NCZI nevyhodnotiteľné. Pre ilustráciu: v okrese Kysucké Nové Mesto nebol žiaden dispenzarizovaný diabetik, v okrese Sabinov tvorili diabetici 0,44 % obyvateľov, ale v Bratislave-Starom Meste ich bolo vykázaných až 19,21 %!

Ak uvažujeme o priemernej frekvencii návštev u diabetológa v počte 4 až 6 návštev za rok a s priemernou dĺžkou trvania jednej návštevy 15 minút, prichádzame k záveru kapacitnej priepustnosti na úrovni 0,31 diabetologického úväzku na desaťtisícový spád ako parametra pre bezpečnú minimálnu sieť v diabetologickej ambulantnej starostlivosti.

Mapa 1: Pomer počtu dispenzarizovaných pacientov s diabetom v jednotlivých okresoch k počtu obyvateľov príslušného okresu, stav v roku 2004



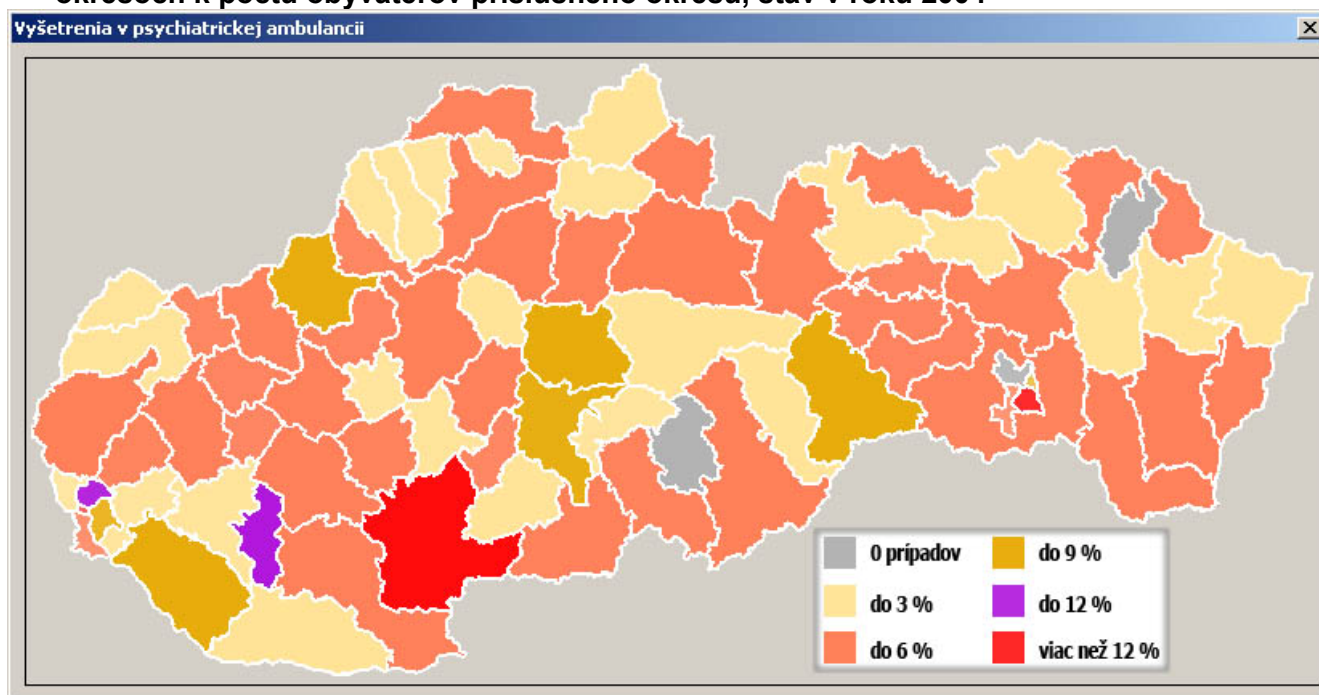
Zdroj: Národné centrum zdravotníckych informácií, výpočet a vizualizácia Health Policy Institute, 2006

2) Psychiatria

Podľa výkazu A (MZ SR) 4-01 bolo v roku 2004 v Slovenskej republike po prvýkrát v sledovanom období vyšetrených 241 908 osôb, po prvýkrát v živote bolo vyšetrených 80 231 osôb. Sledovanie návštev bolo vo výkazoch viazané na sídlo ambulancie a nie na trvalý pobyt pacienta, takže regionálne rozdiely v chorobnosti sú opäť na základe údajov NCZI nevyhodnotiteľné.

Ak uvažujeme s priemernou frekvenciou návštev u v počte 3 až 4 návštevy za rok a s priemernou dĺžkou trvania jednej návštevy 30 minút až 1 hodina, prichádzame k záveru kapacitnej priepustnosti na úrovni 0,55 psychiatrického úväzku na desaťtisícový spád ako parametra pre bezpečnú minimálnu sieť v psychiatrickej ambulantnej starostlivosti. Navyše, osobitne je v nariadení uvedená aj gerontopsychiatria a detská psychiatria.

Mapa 2: Pomer počtu unikátnych návštev psychiatrických ambulancií v jednotlivých okresoch k počtu obyvateľov príslušného okresu, stav v roku 2004



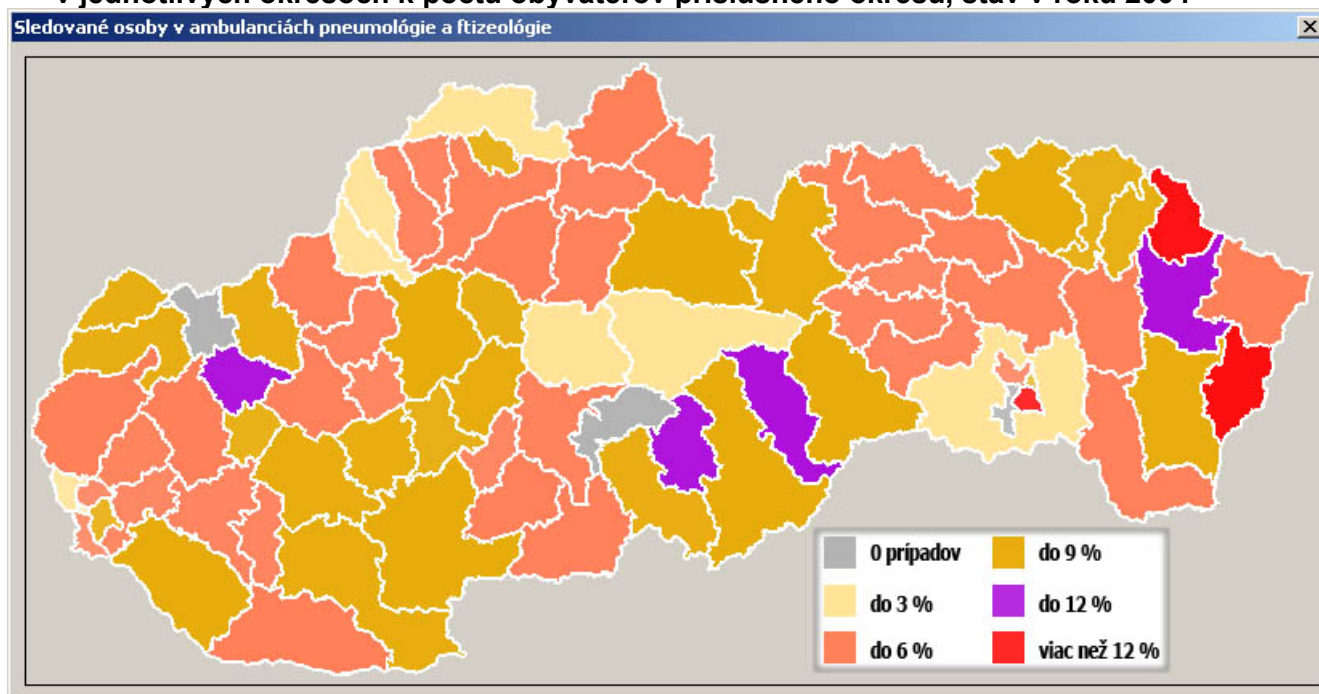
Zdroj: Národné centrum zdravotníckych informácií, výpočet a vizualizácia Health Policy Institute, 2006

3) Pneumológia a ftizeológia

Podľa výkazu A (MZ SR) 3-01 bolo v roku 2004 v Slovenskej republike celkovo sledovaných 306 818 osôb v ambulanciách pneumológie a ftizeológie.

Ak uvažujeme o priemernej frekvencii návštev u pneumológa v počte 3 až 4 návštevy za rok a s priemernou dĺžkou trvania jednej návštevy 15 minút, prichádzame k záveru kapacitnej priepustnosti na úrovni 0,20 pneumologicko-ftizeologického úväzku na desaťtisícový spád ako parametra pre bezpečnú minimálnu sieť v pneumologicko-ftizeologickej ambulantnej starostlivosti.

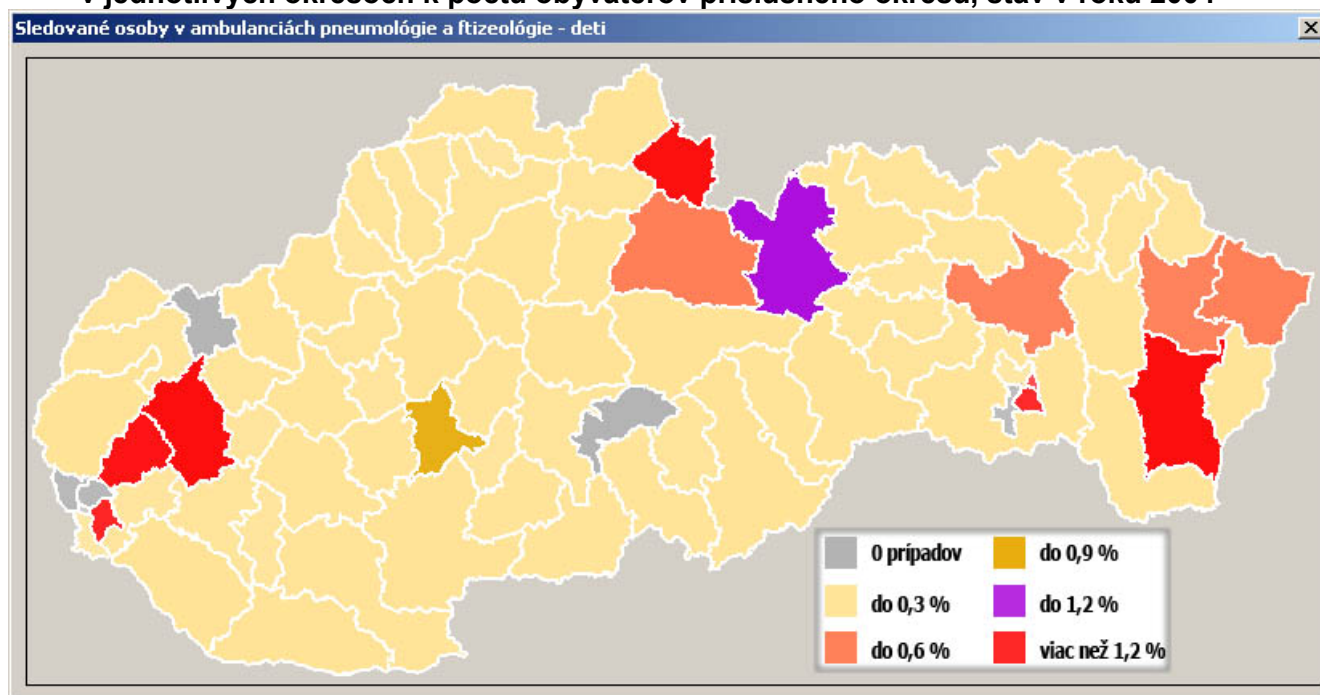
Mapa 3: Pomer počtu sledovaných osôb v ambulanciách pneumológie a ftizeológie v jednotlivých okresoch k počtu obyvateľov príslušného okresu, stav v roku 2004



Zdroj: Národné centrum zdravotníckych informácií, výpočet a vizualizácia Health Policy Institute, 2006

Údaje NCZI obsahovali pri počtoch sledovaných osôb v pneumologicko-ftizeologických ambulanciách aj rozdelenie do vekových skupín. Vieme tak určiť, že zo spomínaných 306 818 sledovaných osôb bolo 17 003 detí.

Mapa 4: Pomer počtu sledovaných detí v ambulanciách pneumológie a ftizeológie v jednotlivých okresoch k počtu obyvateľov príslušného okresu, stav v roku 2004

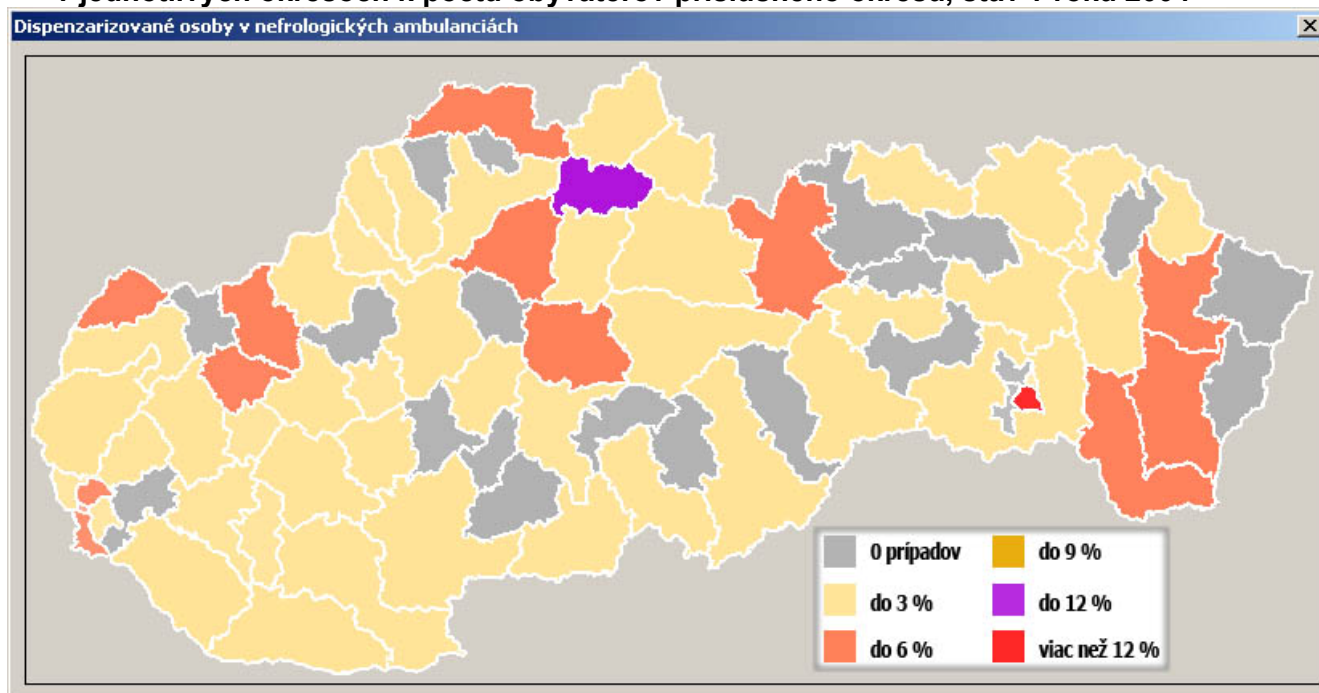


Zdroj: Národné centrum zdravotníckych informácií, výpočet a vizualizácia Health Policy Institute, 2006

4) Nefrológia

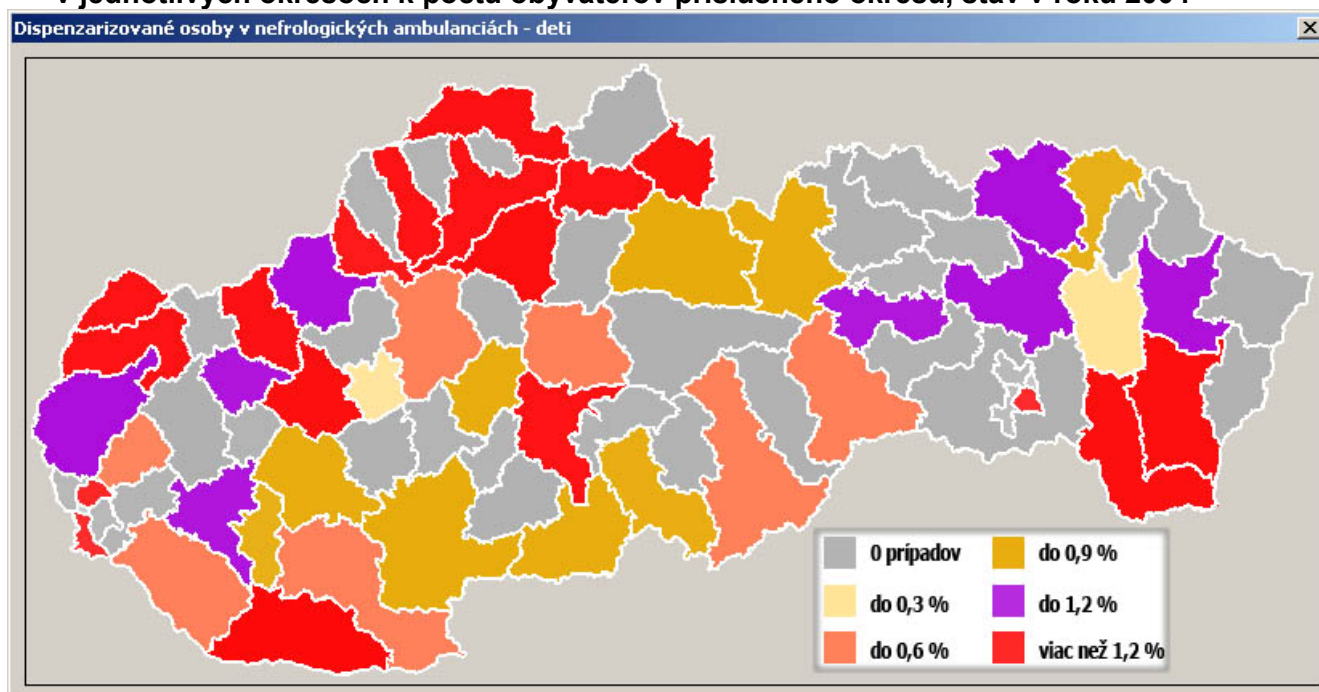
Podľa výkazu A (MZ SR) 13-01 bolo v roku 2004 v Slovenskej republike celkovo dispenzarizovaných 65 914 dospelých osôb a 47 460 detí v nefrologických ambulanciách. Nastavenie kapacitnej priepustnosti pre minimálnu sieť nefrologickej starostlivosti je analogické ako v predchádzajúcich prípadoch.

Mapa 5: Pomer počtu dispenzarizovaných osôb v nefrologických ambulanciách v jednotlivých okresoch k počtu obyvateľov príslušného okresu, stav v roku 2004



Zdroj: Národné centrum zdravotníckych informácií, výpočet a vizualizácia Health Policy Institute, 2006

Mapa 6: Pomer počtu dispenzarizovaných detí v nefrologických ambulanciách v jednotlivých okresoch k počtu obyvateľov príslušného okresu, stav v roku 2004

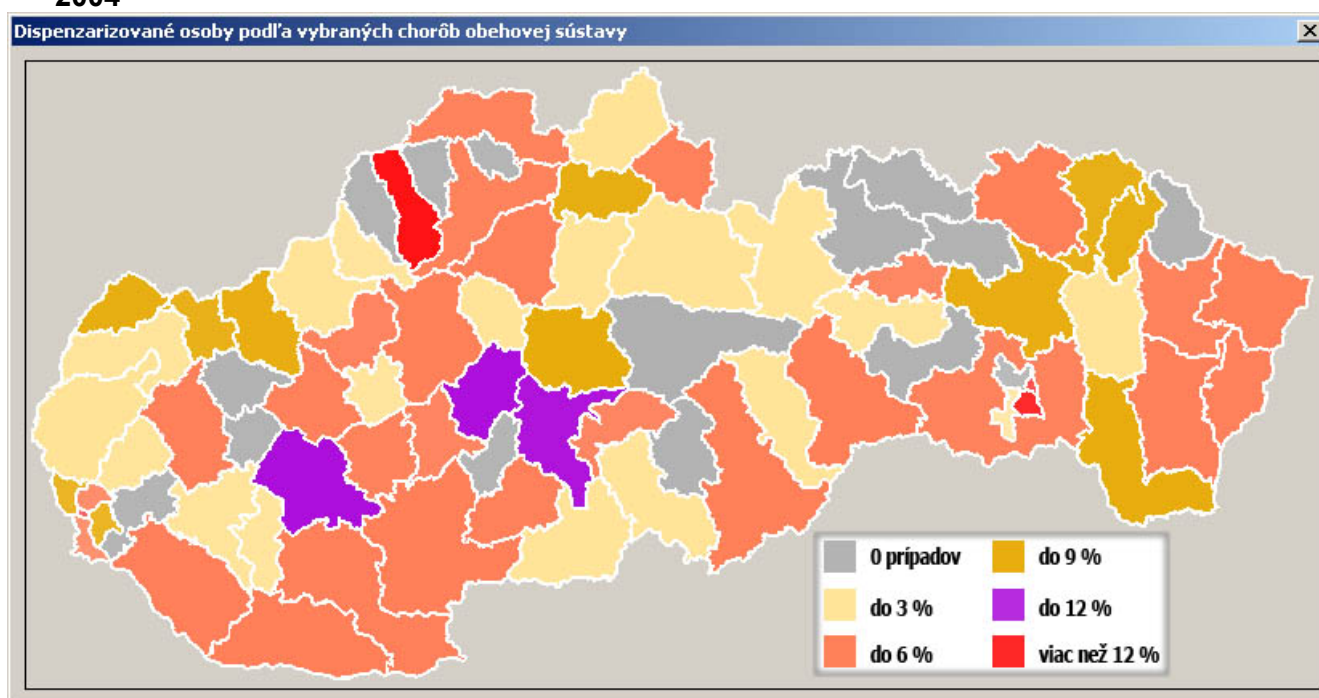


Zdroj: Národné centrum zdravotníckych informácií, výpočet a vizualizácia Health Policy Institute, 2006

5) Kardiológia

Podľa výkazu A (MZ SR) 17-01 bolo k 31. 12. 2004 v Slovenskej republike 240 758 osôb dispenzarizovaných podľa vybraných chorôb obehovej sústavy (diagnózy podľa MKCH-10: Q20-Q28, I00-I02, I05-I08, I10-I15, I20-I25, I42-I43, I44-I45, I47-I49, I50, + nositelia kardioverterov a kardiostimulátorov, pacienti po kardiologickom intervenčnom výkone a pacienti po kardiochirurgických operáciách). Nastavenie kapacitnej priepustnosti pre minimálnu sieť kardiologickej starostlivosti je analogické ako v predchádzajúcich prípadoch.

Mapa 7: Pomer počtu dispenzarizovaných osôb podľa vybraných chorôb obehovej sústavy v jednotlivých okresoch k počtu obyvateľov príslušného okresu, stav v roku 2004

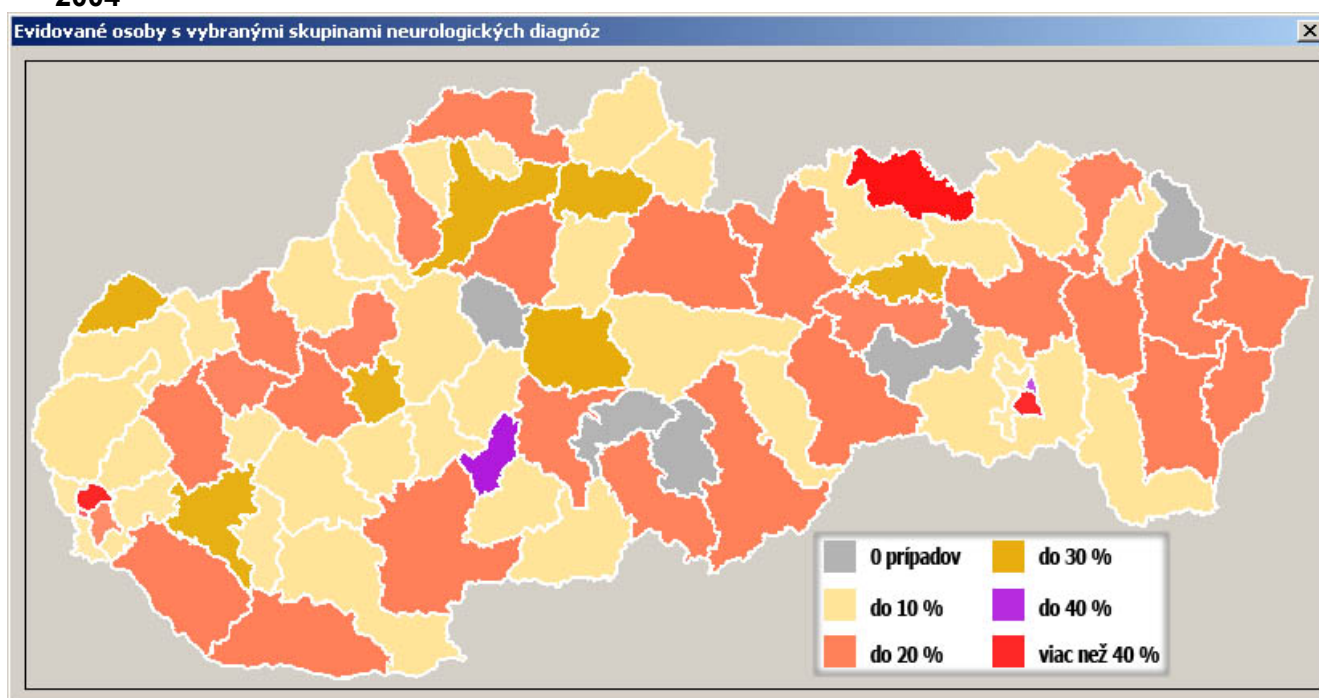


Zdroj: Národné centrum zdravotníckych informácií, výpočet a vizualizácia Health Policy Institute, 2006

6) Neurológia

Výkaz A (MZ SR) 18-01 sleduje len vybrané skupiny diagnóz a každú diagnózu považuje za unikátny prípad (hoci je celkom pravdepodobný súčasný výskyt viacerých diagnóz, polymorbidita). Podľa tohto výkazu bolo v roku 2004 v Slovenskej republike 690 127 evidovaných osôb s príslušnými vybranými skupinami neurologických diagnóz. Nastavenie kapacitnej priepustnosti pre minimálnu sieť neurologickej starostlivosti je analogické ako v predchádzajúcich prípadoch.

Mapa 8: Pomer počtu evidovaných osôb s vybranými skupinami neurologických diagnóz v jednotlivých okresoch k počtu obyvateľov príslušného okresu, stav v roku 2004



Zdroj: Národné centrum zdravotníckych informácií, výpočet a vizualizácia Health Policy Institute, 2006

8.2 Metodika pri tvorbe prílohy o ambulantnej pohotovosti

Ambulantná zdravotná starostlivosť v bežnej prevádzke funguje predovšetkým a najmä v pracovných dňoch a v pracovnom čase. Vyššieuvedená minimálna sieť pre ambulantnú starostlivosť pritom nezohľadňuje potreby dostupnosti zdravotnej starostlivosti v iných časoch.

Zdravotné potreby poistencov sa pritom neobmedzujú len na pracovný čas ambulantných lekárov. Ak ich zdravotný stav pritom nie je indikáciou na privolanie záchrannej zdravotnej služby alebo návštevu centrálného príjmu nemocnice, je potrebné nastaviť nevyhnutnú dostupnosť ambulantnej starostlivosti v mimopracovnom čase.

Pre účely nariadenia sme pre mimopracovný čas zvolili pojem „ambulantná pohotovosť“, ktorá označuje čas medzi 16:00 a 7:00 v pracovné dni a od 0:00 do 24:00 cez víkendy, štátne sviatku a dni pracovného pokoja. V tomto čase je minimálna sieť nastavená v osobitnom režime.

Minimálnu sieť by v tomto období mala tvoriť lekárska služba prvej pomoci, teda nepretržité poskytovanie všeobecnej ambulantnej starostlivosti a ambulantnej starostlivosti v špecializačnom odbore stomatológia.

Pre dostupnosť ambulantnej zdravotnej starostlivosti počas ambulantnej pohotovosti navrhujeme parameter neodkladnej zdravotnej starostlivosti, t.j. dostupnosť pre 95 % populácie každého okresu do 30 minút. Pre reálne fungovanie LSPP je najdôležitejším faktorom fungovanie stand-by, čo podmienilo i nastavenie kapacitnej priepustnosti (1 všeobecný lekár pre dospelých na 50 tisíc poistencov, 1 všeobecný lekár pre deti a dorast na 100 tisíc poistencov, 1 stomatológ na 100 tisíc poistencov).

8.3 Metodika pri tvorbe príloh o ošetrovateľskej starostlivosti a o pôrodnej asistencii

Norma pre ambulantnú ošetrovateľskú starostlivosť zahŕňa starostlivosť poskytovanú agentúrami domácej ošetrovateľskej starostlivosti ako aj samostatnú zdravotnícku prax. Osobitne je pri ošetrovateľskej starostlivosti určená minimálna sieť pre ošetrovateľskú starostlivosť v pediatrii.

Vzhľadom na to, že ošetrovateľstvo je nielen nákladovo efektívne, ale pacientovi poskytuje odbornú starostlivosť v domácom prostredí, predpokladáme zvýšený dopyt po týchto službách v budúcnosti. Oproti súčasnému stavu (603) sa počet poskytovateľov v tejto odbornosti takmer zdvojnásobuje, čo prispeje k vyššej kvalite zdravotnej starostlivosti a k zníženiu náročnosti na hospitalizáciu.

Do minimálnej siete navrhujeme zaradiť poskytovateľov ošetrovateľskej starostlivosti v úhrne 1099 zdravotníckych úväzkov.

V nadväznosti na zvýšenie počtu sestier „v teréne“ navrhujeme upraviť materiálno-technické a personálne zabezpečenie poskytovateľov všeobecnej a špecializovanej ambulantnej starostlivosti tak, aby poskytovatelia ošetrovateľskej starostlivosti mohli flexibilne pracovať ako v ambulancii u lekára, tak aj pre pacientov v ich domácom prostredí (napr. zdravotnícky úväzok sestry v rozsahu 0,25 pre jednu ambulanciu všeobecnej ambulantnej starostlivosti).

Norma pre pôrodnú asistenciu vychádza z pôrodnosti a z medzinárodných skúseností, ktoré dokazujú výrazne nižšiu dobu hospitalizácie po pôrode ako je to u nás. Kým v USA je priemerná doba hospitalizácie pri pôrode 2,25 dňa, tak na Slovensku je to 6,3 dňa. Z tohto dôvodu predpokladáme postupné znižovanie doby hospitalizácie, ktoré bude možné zabezpečiť jedine vtedy, ak pre rodičky bude zabezpečená dostatočná sieť pôrodných asistentiek. Zároveň to neznamena návrat k pôrodom doma, ale kvalitnú predpôrodnú a popôrodnú starostlivosť v domácom prostredí s cieľom pomôcť rodičkám znížiť pôrodný stres.

V doterajšej minimálnej sieti nebola určená norma pre pôrodnú asistenciu.

9. NORMA ČASOVEJ DOSTUPNOSTI V KONTEXTE NEMOCNIČNÝCH POSTELÍ

9.1 Metodika pri tvorbe prílohy o lôžkovej zdravotnej starostlivosti

Podobne ako pri definovaní minimálnej siete u ambulantných poskytovateľov, aj pri definovaní minimálnej siete lôžkových zariadení sme sa nevyhli metodickým problémom, ktoré rezultovali z vysokého počtu špecializácií a zmätočnej evidencie ohľadom charakteru danej nemocničnej postele.

Pre účely minimálnej siete by bolo vhodnejšie, ak by bola definovaná pre menší počet špecializácií. Taký veľký počet špecializácií ako eviduje ÚZIS nie je vo vyspelých krajinách obvyklý. Viaceré príbuzné, alebo umelo vytvorené špecializácie by mohli byť zlúčené, čo by však mohlo vyvolať negatívne reakcie tých odborov a špecializácií, ktoré by sa v nariadení „nenašli“. Z tohto dôvodu dramatická redukcia špecializácií zrejme nie je možná (aj keď ju považujeme za logickú a nevyhnutnú). Prevodník použitý pri definovaní minimálnej siete je v Tabuľke 7.

Otázku počtu špecializácií naďalej považujeme za dôležitú a celková jej úprava by mala prejsť výraznými zmenami. Pre definovanie minimálnej siete však táto otázka nie je koncepčného charakteru a preto je navrhovaná minimálna sieť pre ústavnú starostlivosť definovaná pre veľký počet špecializácií. To však nič neuberá na jej razantnosti pri určovaní minimálneho počtu postelí.

Tabuľka 7: Redukcia špecializácií z metodiky ÚZIŠ na metodiku HPI

Metodika ÚZIŠ	Metodika HPI
Anesteziológia a intenzívna medicína	ARO
Arytmii a koronárnej jednotky	Arytmii a koronárnej jednotky
Centrálny príjem	ARO
Intenzívna starostlivosť v pediatrii	Neonatológia
Dermatovenerológia	Dermatovenerológia
Dlhodobo chorých	Dlhodobo chorých
Sociálne	Dlhodobo chorých
Diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy	Endokrinológia
Endokrinológia	Endokrinológia
Doliečovanie	FRO
Fyziatra, balneológia a liečebná rehabilitácia	FRO
Geriatra	Geriatra
Gerontopsychiatria	Gerontopsychiatria
Gynekológia a pôrodnictvo (sekundárna starostlivosť)	Gynekológia
Klinická hematológia	Hematológia
Cievna chirurgia	Cievna chirurgia
Chirurgia	Chirurgia
Transplantačné	Chirurgia
Prenosné choroby	Infekčné
Dialyzačné	Eliminačná liečba
Gastroenterológia	Interná
Klinická farmakológia	Interná
Klinická imunológia	Interná
Preventívne a pracovné lekárstvo	Interná
Vnútorné lekárstvo	Interná
Kardiochirurgia	Kardiochirurgia
Kardiológia	Kardiológia
Nefrológia	Nefrológia (patrí do internej)
Neonatológia, perinatológia (pôvodne Novorodenecké odd.)	Neonatológia
Novorodenecké posteľe	Neonatológia
Neurochirurgia	Neurochirurgia
Neurológia	Neurológia
Oftalmológia	Oftalmológia
Klinická onkológia	Onkológia
Foniatra	ORL
Otorinolaryngológia	ORL
Hospicové	Hospicové
Paliatívne	Paliatívna medicína
Pediatra	Pediatra
Plastická chirurgia	Plastická chirurgia
Pľúcna chirurgia	Pľúcna chirurgia
Tuberkulóza a pľúcne choroby	Pľúcne
Liečba alkoholizmu a iných toxikománií	Liečba alkoholizmu a iných toxikománií
Psychiatria	Psychiatria
Nukleárna medicína	Rádiológia
Rádioterapia	Rádiológia
Reumatológia	Reumatológia
Stomatologická chirurgia (pôvodne Stomatologické odd.)	Stomatológia
Ortopédia	Traumatológia/ortopédia
Ortopedická protetika	Traumatológia/ortopédia
Popáleninové	Popáleninové
Traumatológia	Traumatológia/ortopédia
Urológia	Urológia

Zdroj: Metodika Health Policy Institute, 2006

Druhým krokom bolo určenie typu každého oddelenia v každom zariadení podľa metodiky OECD, či ide o akútnu posteľ (A), chronickú posteľ (CH) alebo psychiatrickú posteľ (P).

Na základe týchto dvoch krokov môžeme konštatovať, že na Slovensku bolo k 15. 7. 2004 spolu 38 518 postelí (Tabuľka 8), pričom ich využitie bolo v priemere na 64 %, z toho postelí:

- | | |
|--------------------|--------|
| 1. akútnych | 27 995 |
| 2. chronických | 5 882 |
| 3. psychiatrických | 4 641 |

Tabuľka 8: Počet lôžok podľa jednotlivých špecializácií/oddelení a typov postelí

Špecializácia/oddelenie	Akútne postele	Chronické postele	Psychiatrické postele	Celkový súčet
ARO	537			537
Arytmii a koronárnej jednotky	71			71
Cievna chirurgia	72			72
Dermatovenerológia	581			581
Dlhodobó chorých		2143		2143
Eliminačná liečba	274			274
Endokrinológia	193			193
FRO		1941		1941
GeriatRIA	786			786
Gerontopsychiatria			200	200
Gynekológia	3104			3104
Hematológia	97			97
Hospicové	25			25
Chirurgia	3967			3967
Infekčné	817			817
Interná	4946			4946
Kardiochirurgia	116			116
Kardiológia	245			245
Liečba alkoholizmu a iných toxikománií			435	435
Neonatológia	1403			1403
Neurochirurgia	346			346
Neurológia	1934			1934
Oftalmológia	600			600
Onkológia	601			601
ORL	866			866
Paliatívna medicína	172			172
PediatRIA	2169			2169
Plastická chirurgia	176			176
Plúcna chirurgia	73			73
Plúcne	593	1798		2391
Popáleninové	59			59
Psychiatria			4006	4006
Rádiológia	390			390
Reumatológia	110			110
Stomatológia	111			111
Traumatológia/ortopédia	1788			1788
Urológia	773			773
Celkový súčet	27 995	5 882	4 641	38 518

Zdroj: Prepočty Health Policy Institute na základe údajov ÚZIS, 2006

Pre posúdenie deficitu, resp. prebytku postelí je nutné daný stav postelí konfrontovať s reálnym vyťažením, potrebou a medzinárodnými skúsenosťami. Z hľadiska potreby sme metodicky použili údaje z výkazu ON-4 za rok 2004 a z medzinárodného hľadiska sme použili normu OECD, ktorá vernejšie kopíruje trendy vo vyspelých krajinách. Zároveň v OECD sa nachádzajú aj krajiny ako USA, Austrália, Kanada, či Južná Kórea, ktoré majú iný pohľad na ciele a nástroje zdravotnej politiky ako Európa.

Norma OECD definuje nasledovné pokrytie populácie lôžkami:

- 3,60 akútnej postele na 100 000 obyvateľov
- 0,86 chronickej postele na 100 000 obyvateľov
- 0,78 psychiatrickej postele na 100 000 obyvateľov

Použitie normy OECD na celkový počet postelí podľa jednotlivých typov však nedáva odpoveď na štruktúru týchto postelí. Veľmi dôležitým krokom bolo preto určenie správneho pomeru medzi jednotlivými špecializáciami. Tu sme použili údaje o skutočných hospitalizáciách na Slovensku, priemernú vyťaženosť jednotlivých oddelení a skúsenostnú krivku z USA, z Veľkej Británie a zo Severného Írska. Zároveň sme zohľadňovali charakter a budúci potenciál jednotlivých špecializácií pri akceptovaní súčasných moderných trendov, ako jednodňová medicína, znižovanie doby hospitalizácie, podpora ambulantných foriem liečby a sestier v teréne, či posilňovanie excelentnosti pred univerzálnosťou.

Celkový podiel ARO postelí (537 postelí) u nás predstavuje 1,9% všetkých akútnych postelí. Skúsenosti z Veľkej Británie a Severného Írska však hovoria o tom, že ARO postele by mali byť na polovičnej úrovni (približne 1,1 % všetkých postelí). Zároveň je dnes veľmi nízka ich obložnosť – dosahuje len 50,3 %, pričom z medzinárodného hľadiska je 60 % minimum. Preto zo súčasného celkového počtu 537 navrhujeme pre potreby minimálnej siete 484 postelí s ambíciou zvýšenia ich vyťaženia.

Postele pre arytmiu a koronárne jednotky dosahujú dnes kapacitu 71 postelí. Pre definíciu minimálnej siete navrhujeme ich počet neznižovať a určiť ho na 71 postelí.

Dermatovenerológia má dnes k dispozícii 581 postelí, čo znamená 2,1 % akútnych postelí. Pre porovnanie Veľká Británia a Severné Írsko majú na dermatovenerológiu vyčlenených 0,6 % všetkých postelí. Obložnosť lôžok v SR dosahuje 66,4 %, pričom na takýchto oddeleniach je 85 % minimum. Pri nástupe jednodňovej medicíny je zároveň neperspektívne do takýchto lôžok investovať, lebo najčastejšie zákroky na diagnózy sa budú vykonávať ambulantne. Význam dermatovenerologických lôžok vidíme hlavne pre vzdelávacie účely a preto navrhujeme aby sa ich počet výrazne znížil na 116 a slúžil hlavne vo fakultných nemocniciach pre účely výučby.

Postele pre dlhodobu starostlivosť sú významnou zložkou modernej medicíny, lebo slúžia na nákladovo efektívne liečenie chronicky chorých pacientov. V súčasnosti na Slovensku existuje 2143 postelí pre dlhodobu starostlivosť. Neodporúčame žiadnu redukciu týchto lôžok, lebo predpokladáme, že budú využívané efektívnejšie. Pre potreby definovania minimálnej

siete neodporúčame ani ich nárast, lebo pri ich súčasnej 57,0 % vyťaženosti existuje dostatočná rezerva na saturovanie zvýšeného dopytu po týchto lôžkoch.

Endokrinologické lôžka sú veľmi špecifické. Na Slovensku máme 190 takýchto lôžok v Endokrinologickom ústave v Ľubochni⁶, z toho 115 je diabetologických a 75 je endokrinologických. Všetkých 190 evidujeme ako špeciálne postele. Podiel endokrinologických postelí na akútnych posteliach dosahuje 0,7 %, čo je dvojnásobok oproti Severnému Írsku. Obložnosť diabetologických lôžok v Ľubochni je 42 % a endokrinologických je 77 %. Odporúčame redukciiu postelí na 135.

Lôžka pre fyziatriu a rehabilitáciu (FBLR) sú veľmi dôležité z hľadiska kvality života pacientov, najmä v prípade poúrazových stavov, po porážkach, či pri bolestiach chrbta. Dnes existuje 1941 takýchto lôžok, pričom ich vyťaženosť je 69,2 %. Ich význam bude stúpať a v budúcnosti budú kombinované s klasickým wellness, čo môže pritiahnúť aj samoplatcov. Pre potreby minimálnej siete odporúčame určiť ich počet na 1389 lôžok, pričom predpokladáme čiastočný presun pacientov na iné typy lôžok (napr. lôžka intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti).

Geriatria je interné oddelenie pre seniorov, na Slovensku dnes má kapacitne 786 lôžok (2,8 % akútnych postelí) s obložnosťou 65 %. Oddelenie takéhoto typu budú v budúcnosti postupne vytláčať interné oddelenie (podľa odhadov nemocníc až 80% hospitalizovaných na internom oddelení sú pacienti starší ako 65 rokov). Pre potreby minimálnej siete je preto potrebné zvyšovať počet geriatrických oddelení a postupne znižovať internistické postele. Vzhľadom k postupnému (avšak zatiaľ nie dramatickému) starnutiu populácie a k súčasnej relatívne nízkej vyťaženosti geriatrických postelí (s cieľom aspoň 85 %) odporúčame postupný nárast geriatrických postelí v minimálnej sieti o cca 500 ročne až na úroveň 3600 postelí. To sa odzrkadlí na postupnom znižovaní minimálnej siete „klasických“ internistických postelí minimálne o 500 lôžok ročne s cieľom dosiahnuť 900 internistických postelí v minimálnej sieti v okamžiku, keď minimálne sieť geriatrických postelí dosiahne 3 600 lôžok.

Gerontopsychiatria je moderná špecializácia, ktorá sa venuje psychiatrickým problémom súvisiacim s rastúcim vekom dožitia (alzheimerova choroba, demencia a pod. u seniorov) a vzhľadom na postupné starnutie populácie bude mať táto špecializácia aj u nás stúpajúcu tendenciu. Pre potreby minimálnej siete preto odporúčame počet postelí neznižovať

⁶ ÚZIS/NCZI ešte eviduje 3 lôžka vo FN Bratislava, tie však boli zrejme v rámci reštrukturalizácie v rokoch 2005 a 2006 zrušené.

a stanoviť ich na 200, pričom predpokladáme, že stúpajúce potreby budú riešené zvyšovaním obložnosti jednotlivých oddelení, ktorá dnes nepresahuje 70 %.

Počet gynekologických postelí (3104) tvorí až 11,1 % všetkých akútnych postelí, pričom vo Veľkej Británii a Severnom Írsku je to len 9,3 %. Zároveň využitie lôžkového fondu na Slovensku nepresahuje 65 %. Zároveň s výrazným zvýšením počtu sestier a pôrodných asistentiek klesne priemerná doba hospitalizácia pri pôrode (oproti súčasným 6 až 7 dňom) pri rešpektovaní demografickej prognózy natality a preto navrhujeme výrazné zníženie počtu gynekologických postelí na 2108 lôžok, do ktorých odporúčame započítať aj gynekologické lôžka určené pre deti.

Hematologické lôžka dnes existujú len v šiestich zariadeniach na Slovensku, z toho tri sú fakultné nemocnice a tri sú bývalé nemocnice III. typu. V súčasnosti je ich 97 (0,3 %) a sú dôležité predovšetkým na liečbu leukémie a neodporúčame ich redukciu. Skúsenosť zo Severného Írska je, že podiel hematologických lôžok dosahuje až 1,4 %. V budúcnosti bude tlak na ich nárast aj u nás, pričom v najbližších rokoch bude ich potreba saturovaná ako zvyšovaním obložnosti, ktorá dnes dosahuje len 62 %, tak aj miernym zvýšením počtu lôžok na 120. Zároveň za mimoriadne dôležité považujeme definovať minimálnu sieť pre detské hematologické lôžka v počte 60 lôžok pre SR.

Chirurgia má dnes k dispozícii 4 039 lôžok, čo predstavuje 14,4 % akútnych postelí, pri obložnosti 66 %. Z dôvodu nízkej obložnosti, nástupu modernej jednoduchovej chirurgie odporúčame výraznú redukciu počtu chirurgických postelí na 2794 lôžok.

Kardiochirurgia sa dnes vykonáva len v štyroch zariadeniach (Detské kardiocentrum, SUSCH, SsÚSCH, VÚSCH), pričom ide o vysoko špecializovaný odbor. Disponuje 116 posteľami, zo toho 16 patrí do detského kardiocentra. Kardiovaskulárne choroby sú najčastejším ochorením spôsobujúcim smrť na Slovensku (mortalita 52 %) a do budúcnosti predpokladáme zvýšenú potrebu takejto starostlivosti. Pre potreby minimálnej siete preto navrhujeme aby dané kapacity zostali nezmenené na úrovni 116 lôžok. Do tohto počtu lôžok sú započítané aj detské kardiochirurgické lôžka v počte 16 lôžok. Pre potreby minimálnej siete tak bude počet dospelých postelí určený na 100 pre celú SR.

Neurochirurgia má dnes 346 postelí (1,2 % zo všetkých akútnych lôžok) pri 68,6 % obložnosti. Pre potreby minimálnej siete odporúčame daný stav zachovať na úrovni 346 posteliach.

Pľúcna (hrudná) chirurgia je vysoko špecializovaná disciplína, ktorá sa vykonáva len v dvoch zariadeniach na Slovensku (FN Bratislava – dnes súčasť fakultnej nemocnice – a Vyšné Hágy). Disponuje 73 posteľami. Pre potreby minimálnej siete odporúčame normu určiť na 73 postelí.

Plastická chirurgia disponuje 176 posteľami, čo je v relatívnom vyjadrení (0,6 %) mierne menej ako vo Veľkej Británii a Severnom Írsku (1,0 %). Keďže vyťaženosť je len 54,3 %, a predpokladáme výraznú komercializáciu tohto sektora pre potreby minimálnej siete odporúčame stanoviť ich na 129 postelí.

Cievna chirurgia sa vykonáva v 6 centrách a disponuje 72 posteľami. Pre potreby definovania minimálnej siete navrhujeme určiť počet postelí na 72.

Počet postelí na infekčnom oddelení dosahuje 817 lôžok, čo znamená 2,9 % všetkých akútnych postelí, pri priemernej vyťaženosť 47,8 %! Benchmark zo Severného Írska je na úrovni 0,2 % všetkých akútnych postelí. Počet skutočných prípadov na infekčných oddeleniach je veľmi málo (malária, meningitída, salmonelóza), pričom oddelenia držia „nad vodou“ prípady, ktoré by nemuseli byť vôbec riešené hospitalizáciou. Skutočná obložnosť je tak ešte nižšia. Pre potreby minimálnej siete odporúčame výraznú redukciu infekčných lôžok na 301.

V medzinárodnom meradle je termín „interné lôžka“ veľmi flexibilný, lebo sa na nich riešia takmer všetky prípady. Pre potreby Slovenska dnes slúži 4946 interných lôžok (vrátane nefrológie, gastroenterológie, a pod.) pri priemernej obložnosti 72,1 %. Pre potreby minimálnej siete preto odporúčame okamžitú redukciu postelí na 4160 lôžok, čo by znamenalo ich 84,6 % využitie. Z dlhodobého hľadiska budú internistické lôžka vytlačované geriatrickými lôžkami, takže do budúcnosti navrhujeme konečný stav minimálnej siete pre internistické lôžka na úrovni 900 lôžok.

Kardiológia (245 lôžok, z toho 23 detských v detskom kardiocentre) sa okrem spomínaných 4 vysoko špecializovaných centier (198 lôžok) vykonáva ešte v Martine, v Ružomberku, v Žiline a v Prešove (spolu 47) na klasických akútnych lôžkach, pri celkovej obložnosti 64,2 %. Opäť, tak ako v prípade kardiochirurgie neodporúčame znižovať počet postelí. Počítame skôr so zvyšovaním potreby, ktorá bude podobne ako v prípade kardiochirurgie saturovaná zvyšovaním obložnosti a limitovaná možnosťami zdravotných poisťovní nakupovať vysoko špecializovanú starostlivosť. Minimálnu sieť pre kardiológiu odporúčame stanoviť na úrovni

222 lôžok, ktorá v sebe zahrňuje aj invazívnu kardiológiu. Pre detskú kardiológiu odporúčame stanoviť minimálnu sieť na úrovni 23 postelí.

Eliminačná liečba disponuje 274 lôžkami pre dialyzovaných pacientov. Pre potreby minimálnej siete neodporúčame redukovať počet týchto postelí a stanoviť ju na úrovni 274 lôžok, včítane postelí pre deti.

Neonatológia má dnes k dispozícii 1403 postelí, pri priemernej obloženosti 68 % a pri trende neustáleho poklesu pôrodnosti. Pri priemernom počte 50 000 pôrodov za rok a priemerne 6 dňoch hospitalizácie (v USA sa matka s dieťaťom prepúšťa do 24h na dva dni do doliečovacieho strediska a odtiaľ ide rovno domov), bude pre potreby minimálnej siete na Slovensku postačovať 822 postelí. Do tohto počtu sa kalkuluje perinatologické a posteľe a posteľe pre patologických novorodencov.

Neurológia má dnes až 6,9 % akútnych lôžok, oproti 2,1 % v Severnom Írsku. Celkovo to v SR znamená 1934 postelí pri obloženosti 69,3 %. Odporúčame výraznú redukciu na 1338 lôžok, pričom do tohto počtu sa započítavajú aj detské neurologické posteľe.

Oftalmológia má neprimerane veľa – až 600 postelí, pri efektívnom využití na 53,9 %. V tejto špecializácii predpokladáme rapídny nástup jednodňovej chirurgie a presun nákupného správania zdravotných poisťovní na ambulantné výkony. Z tohto dôvodu navrhujeme len 233 postelí pre celú SR, včítane detských postelí.

Nádory sú druhou najčastejšou príčinou smrti na Slovensku (22 % všetkých úmrtí) a z dôvodu postupného starnutia populácie bude ich incidencia ešte vyššia. Dnes je ich 601, čo predstavuje 2,1 % akútnych postelí a plne sa zhoduje so štruktúrou z Veľkej Británie a Severného Írska, kde podiel onkologických postelí dosahuje 2,0 %. Obloženosť dnes dosahuje 72,2 %. Z tohto dôvodu neodporúčame redukciu onkologických postelí pre potreby minimálnej siete odporúčame ich počet stanoviť na 601.

Podobne ako oftalmológia, aj ORL posteľe sú výrazne predimenzované. Slovensko dnes disponuje 866 posteľami pri obloženosti 58 %. Kým na Slovensku je to až 3,1 % postelí, tak v Severnom Írsku len 1,3 %. Aj pod vplyvom rozvoja jednodňovej chirurgie a znižovanie doby hospitalizácie odporúčame pre potreby minimálnej siete definovať ich počet na 250 (včítane detských).

Paliatívna medicína obsahuje ako hospicové (25), tak aj paliatívne lôžka (172 lôžok). Kým paliatívne lôžka sú dôležité z hľadiska tlmenia bolesti a utrpenia symptomatickou liečbou, tak hospicové lôžka sú určené pre pacientov v terminálnom štádiu choroby. Pre stanovenie minimálnej siete odporúčame 240 postelí pre paliatívnu starostlivosť a výraznejšie posilnenie hospicových postelí na 160 lôžok. Zároveň od roku 2008 stanoviť minimálne 60 lôžok pre chronickú intenzívnu starostlivosť a od roku 2009 stanoviť 80 lôžok pre lôžka intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti. Zároveň do minimálnej siete navrhujeme doplniť posteľe v ošetrovateľských domoch s kapacitou 160 postelí.

Pediatrica má 2169 postelí, čo predstavuje 7,7 % všetkých postelí pri obložnosti 57,6 %. Pre potreby definovania minimálnej siete navrhujeme výraznú redukciu a stanoviť ich počet na 1409 postelí.

Popáleninové oddelenia disponujú 59 posteľami a tieto zákroky sú vykonávané len dvoch zariadeniach. Pre potreby minimálnej siete odporúčame ich určenie na súčasnom stave, čiže 59 postelí.

Pľúcne oddelenie má celkovo 2391 postelí v roztrúsenom typovom členení: akútne lôžka (593), chronické (1789). Kým na Slovensku tvoria akútne lôžka 2,1 % zo všetkých akútnych, tak vo Veľkej Británii je to len 0,5 %. Obložnosť na Slovensku dosahuje 64,5 %. Odporúčame výraznú redukciu ako akútnych (na 410), tak aj chronických lôžok (1400).

Psychiatrické lôžka budú veľmi dôležité predovšetkým s nástupom psychických problémov aj u mladšej generácie (burn-out syndróm a pod.). Dnes je na Slovensku 4641 psychiatrických postelí, čo predstavuje 0,86 posteľe na 1000 obyvateľov, pri priemernej obložnosti 71,2 %. Podľa metodiky OECD je potrebných len 0,78 posteľe na 1000 obyvateľov. Na Slovensku preto navrhujeme celkovo 4396 psychiatrických postelí, pričom 200 z nich by malo slúžiť pre gerontopsychiatriu a 400 pre drogové a iné závislosti. Pre klasickú psychiatriu bude v minimálnej sieti určených 3596 postelí.

Rádiológia, niekedy označovaná aj ako rádioterapia disponuje 390 posteľami. Z toho 39 postelí patrí do kategórie nukleárna medicína, ktorá sa vykonáva len na štyroch miestach v SR (FN Bratislava, OÚ Sv. Alžbety Bratislava, FN Martin, VOU Košice). Zvyšné posteľe (351) patrí do špecializácie rádioterapia, ktoré prekvapivo vykonávajú aj niektoré malé a málo špecializované nemocnice. Navrhujeme dané kapacity pre potreby minimálnej siete neznižovať.

Reumatológiou sa zaoberá jediné zariadenie, ktoré vlastní všetkých 110 postelí, ktoré typovo spadajú pod špeciálne akútne lôžka. Ide o NÚRCH Piešťany. Obložnosť je celkom slušná – vyše 80 %. Pre potreby definovania minimálnej siete odporúčame ponechať kapacity v nezmenenom stave a minimálnu sieť stanoviť na úrovni 110 postelí pre SR.

Stomatológia má celkovo 111 postelí, vo veľkej miere vo fakultných nemocniciach a v onkologických ústavoch. Odporúčame ponechať v nezmenenom stave a minimálnu sieť stanoviť na 111 postelí.

Traumatológia dnes disponuje 909 posteľami (a vyťaženosťou 67%), ortopédia 843 posteľami (a vyťaženosťou 64%) a ortopedická protetika 36 posteľami (a vyťaženosťou 64 %). Celkovo má tak traumatológia/ortopédia k dispozícii 1788 postelí, čo predstavuje 6,6 % akútnych postelí. Ide o dôležitý odbor, avšak jeho priemerná vyťaženosť dosahuje len 67 %. Pre potreby minimálnej siete navrhujeme stanoviť len jednu normu pre všetky špecializácie v počte 1301 postelí, pričom sa rovnako zachová dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre vyššej efektívite.

Urgentná medicína bude stanovená pevnou sieťou. V prvej fáze, do konca roku 2007 sa budú budovať tri centrá – Bratislava, Banská Bystrica a Košice, pričom v každom centre budú 4 posteľe. V druhej fáze, do konca roku 2009 sa dobudujú tri ďalšie centrá Nové Zámky, Žilina a Poprad, pričom opäť budú v každom centre 4 posteľe.

Urológia má dnes 773 postelí (2,8 % zo všetkých akútnych) a obložnosť dosahuje len 63,3 %. V budúcnosti pri urológií predpokladáme výrazný nárast jednodňovej chirurgie a ambulantných výkonov a preto pre potreby definovania minimálnej siete odporúčame počet stanoviť na redukcii na 535 lôžok, včítane detskej urológie.

Výsledkom je norma Health Policy Institute pre lôžkovú starostlivosť s celkovým počtom 29 365 lôžok (Tabuľka 9), z toho:

- | | | |
|-------------------|--------|--------------------------|
| • Akútnych | 19 937 | (pokles o 8 058 postelí) |
| • Chronických | 5 232 | (pokles o 650 postelí) |
| • Psychiatrických | 4 196 | (pokles o 445 postelí) |

Celkovo by mal počet lôžok klesnúť až o 9 153 postelí, čo predstavuje pokles o viac ako 23 %, pričom dôjde k výraznému zvýšeniu efektívnej dostupnosti a kvality poskytovaných zdravotných služieb v jednotlivých regiónoch Slovenska.

Tabuľka 9: Norma HPI na lôžka podľa jednotlivých špecializácií a typov postelí

Špecializácia/oddelenie	Akútne postele	Chronické postele	Psychiatrické postele	Celkový súčet
ARO	484			484
Arytmií a koronárnej jednotky	71			71
Cievna chirurgia	72			72
Dermatovenerológia	116			116
Dlhodobó chorých		2 143		2 143
Eliminačná liečba	274			274
Endokrinológia	135			135
FRO		1 389		1 389
Geriatra (finálny stav)	3 600			3 600
Gerontopsychiatria			200	200
Gynekológia	2 108			2 108
Hematológia (z toho 60 detí)	180			180
Hospicové (finálny stav)	160			160
Chirurgia	2 794			2 794
Infekčné	301			301
Interná (finálny stav)	900			900
Kardiochirurgia (z toho 16 detských)	116			116
Kardiológia (z toho 23 detských)	245			245
Liečba alkoholizmu a iných toxikománií			400	400
Neonatológia	822			822
Neurochirurgia	346			346
Neurológia	1 338			1 338
Oftalmológia	233			233
Onkológia	601			601
ORL	250			250
Paliatívna medicína	240			240
Pediatra	1 409			1 409
Plastická chirurgia	129			129
Plúcna chirurgia	73			73
Plúcne	410	1 400		1 810
Popáleninové	59			59
Psychiatria	0		3 596	3 596
Rádiológia	390			390
Reumatológia	110			110
Stomatológia	111			111
Traumatológia/ortopédia	1 301			1 301
Urológia	535			535
Celkový súčet	19 913	4 932	4 196	29 041
chronická intenzívna starostlivosť (finálny stav)		60		60
intenzívna ošetrovateľská starostlivosť (finálny stav)		80		80
ošetrovateľská starostlivosť v DOS (finálny stav)		160		160
urgentná medicína (2 fázy, finálny stav)	24			24
Spolu	19 937	5 232	4 196	29 365

Zdroj: Health Policy Institute, 2006

9.2 Záchranná zdravotná služba

Pre oblasť záchranej zdravotnej služby nie je potrebné prijímať osobitnú úpravu v podobe minimálnej siete (viď § 5 ods. 2 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov). Táto sieť je však podnetnou inšpiráciou pre zmenu pohľadu na tvorbu normy o minimálnej sieti pre ostatné typy poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Preto – hoci ambulancie záchranej služby nie sú súčasťou nariadenia o minimálnej sieti – si vysvetlíme princíp tvorby siete ZZS.

Základným predpokladom dostupnosti, kvality a bezpečnosti urgentnej a neodkladnej zdravotnej starostlivosti je fungujúci systém záchranej zdravotnej služby. Jej verejná sieť je pevná, určená na základe vyhlášky č. 30/2006 Z. z. Metodika tvorby pevnej siete záchranej služby vychádzala z efektívnej dopravnej dostupnosti poskytovateľa do 15 minút od prijatia pokynu koordinačného alebo operačného strediska pre 95 % obyvateľov Slovenskej republiky.

Modelovanie prebehlo v troch algoritmoch:

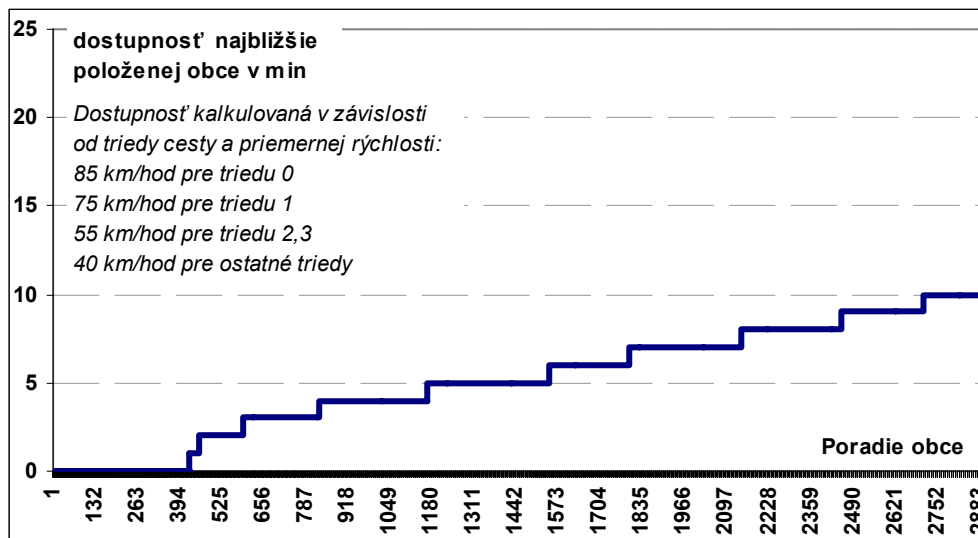
- Algoritmus A - postupné pribúdanie bodov staníc, kde víťazom (t.j. novou stanicou) sa stal bod, ktorý bol najbližšie (avšak nikdy nie viac) k dvojnásobnej hranici dostupnosti už existujúcich staníc (t.j. bod v intervale 0-2D). Východiskom bol predpoklad, podľa ktorého optimalizovaná sieť bodov je rozmiestnená vo vzdialenostiach dvojnásobných k definovanej dostupnosti, čo pri racionálne budovanej cestnej sieti (neexistencia „slepých“ ciest) by túto oblasť malo vykryť celú. Uvedené predpokladalo manuálne zadať východiskový bod, ktorý by mal byť bod z už existujúcou záchrannou službou. Takýmto bodom bol Bratislava–Lamač, ktorý uvedené kritérium spĺňa a nachádza sa aj v blízkosti diaľničného vstupu. Ukázalo sa, že algoritmus A bol veľmi nepresný vzhľadom na jeho rigiditu (nemožnosť zmeny už existujúcich bodov) – jeho výsledkom bolo až 639 bodov, čo je absolútne neakceptovateľné.
- Algoritmus B – ktorý spočíval v modifikácii Algoritmu A s tým rozdielom, že existujúci víťazom sa stal bod v intervale 0 – 2D, ktorý pokryl maximum dovtedy nevykrytých bodov. Hoci uvedený algoritmus bol o niečo presnejší (508 bodov), výsledky boli stále neakceptovateľné vzhľadom na vysoké rezervy (t.j. vysoký počet obcí viacnásobne dostupných).
- Algoritmus C – ktorého logika spočíva v postupnom ubúdaní bodov, kde víťazom je bod stanice s najvyššou efektívnosťou (t.j. najnižšou dostupnosťou od ktoréhokoľvek

existujúceho bodu). Východiskovou situáciou je stanica vo všetkých obciach SR, t.j. 2916 bodov, pričom každý víťaz je zvlášť testovaný, či jeho odstránenie nebude na úkor nedostupnosti ktorejkoľvek obce SR, kde stanica bola pred tým odstránená. Algoritmus C sa ukázal ako pomerne nepresný – jeho výsledkom bolo až 562 bodov.

- Séria algoritmov D, pri ktorých modifikácia spočívala v „trasení“, t.j. pohybovaní existujúcich bodov v rámci ich „voľnosti“ (ktorá bola daná viacnásobnou dostupnosťou obcí) – pri súčasnej maximalizácii „úspor“. „Úspory“ spočívali v pokrývaní dovtedy nepokrytých (tj nedostupných) obcí s rovnakým alebo nižším množstvom staníc, pričom úspornejší stav bol nanovo fixovaný. Cieľom „trasenia“ bolo vyplňanie medzier, podobným spôsobom ako prebieha „utriasanie piesku“. Výsledkom bolo dosiahnutie počtu 423 staníc, kde požadovanú dostupnosť do 10 minút dosahovali všetky obce s výnimkou dvoch odrezaných obcí.

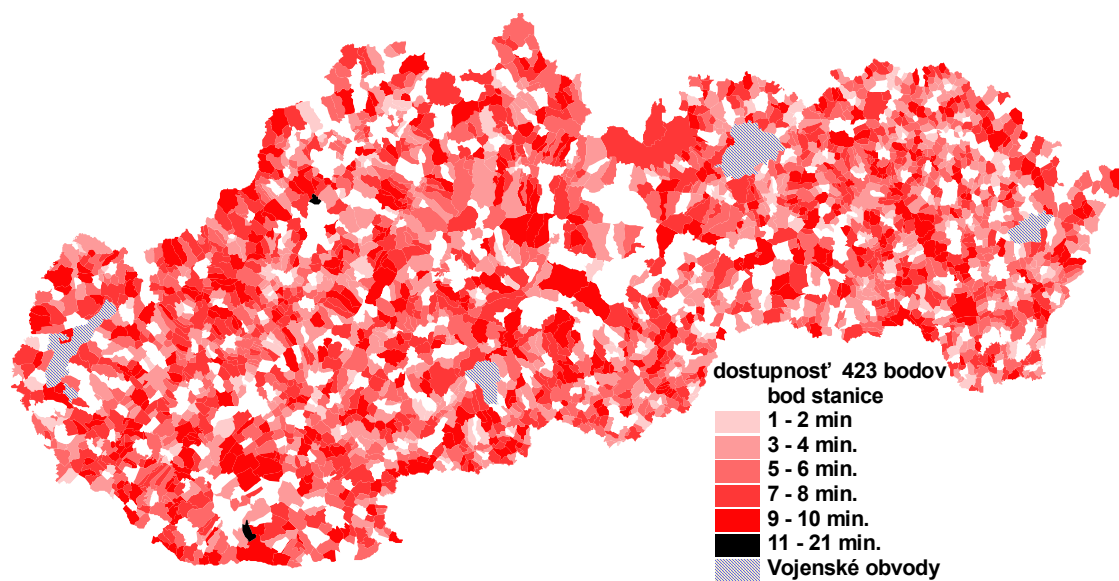
Algoritmus D vykazoval pri navrhovanej dostupnosti do 10 minút najpresnejšie výsledky s výsledkom 423 bodov záchranných staníc, kde dostupnosť nespĺňali len dve obce (Mojtín a Vrbová nad Váhom s dostupnosťou do najbližšieho bodu 21 minút). Časovú dostupnosť uvádzame v grafe 1 a mape 9).

Graf 1: Časová dostupnosť optimalizovaného riešenia s dostupnosťou 10 minút - 423 bodov



Zdroj: Počítačová simulácia

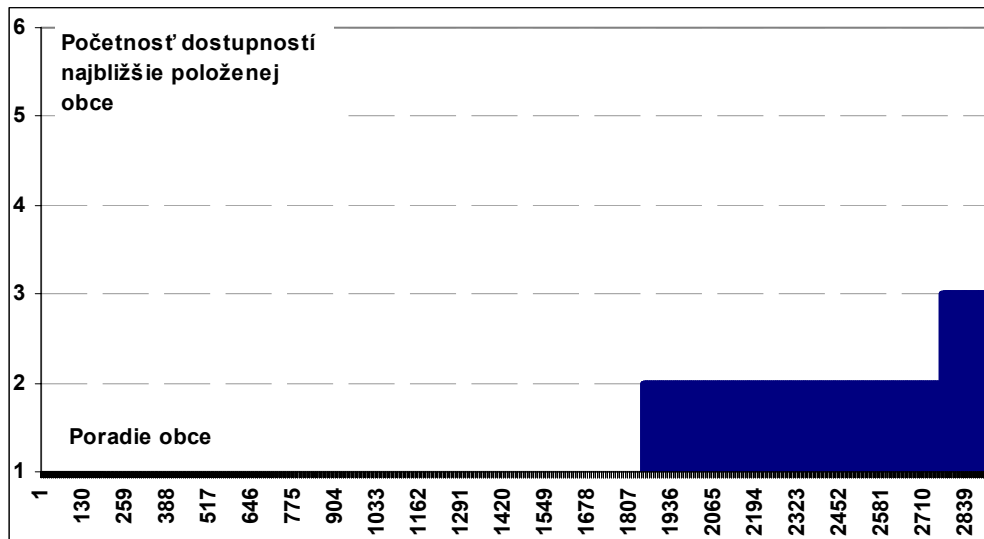
Mapa 9: Časová dostupnosť optimalizovaného riešenia s dostupnosťou 10 minút - 423 bodov



Zdroj: Počítačová simulácia

Graf 2 udáva „potenciálne rezervy v optimalizácii“, t.j. početnosť dostupností obcí, v ktorých katastri nebola zriadená stanica. V ideálnom prípade je početnosť každej obci jedna. Čím väčšia plocha modrého obdĺžnika, tým väčšie potenciálne rezervy existujú.

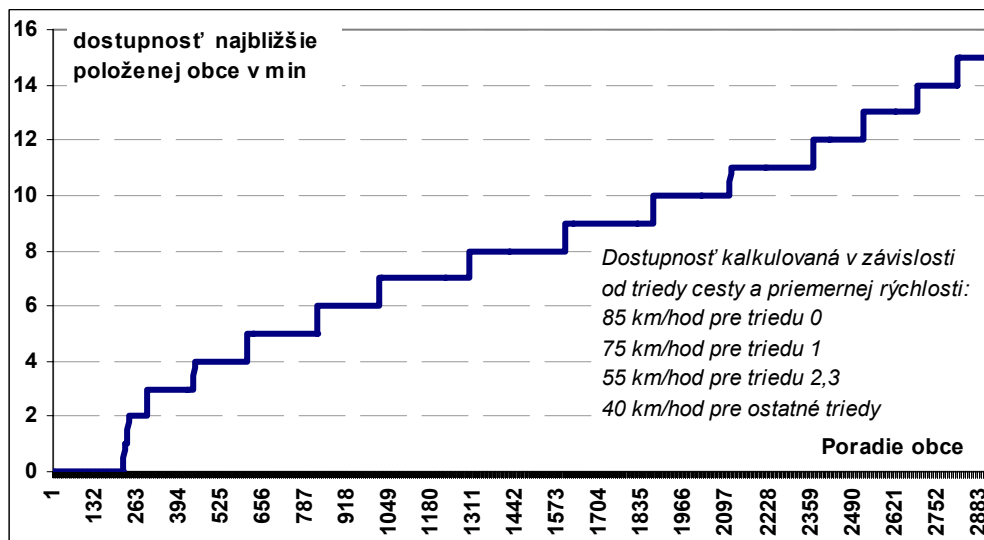
Graf 2: Potenciálne rezervy optimalizovaného riešenia s dostupnosťou 10 minút - 423 bodov



Zdroj: Počítačová simulácia

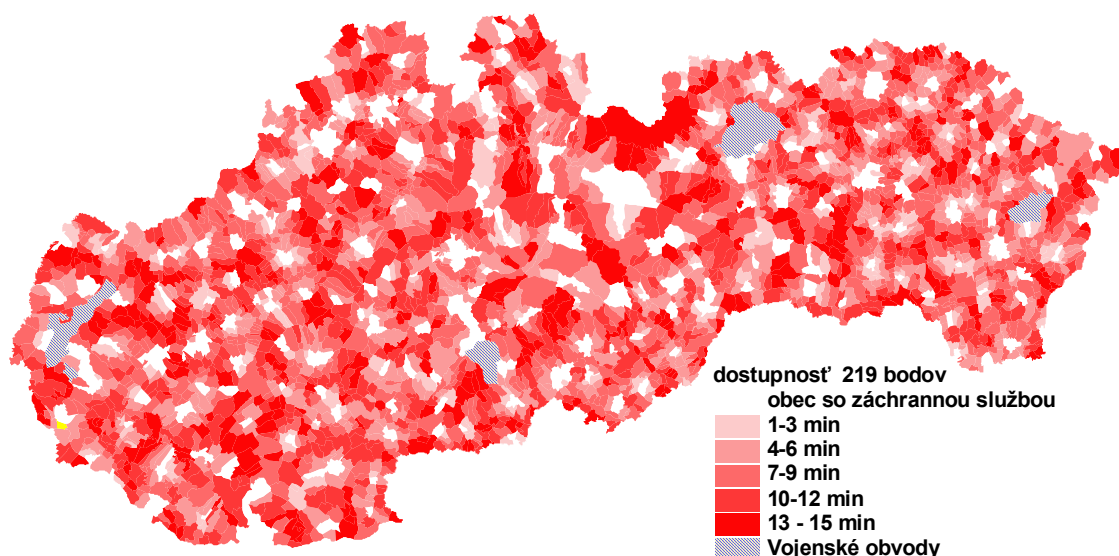
Vzhľadom na vysoký počet obcí sme uskutočnili optimalizáciu pomocou rovnakého algoritmu zvýšením vstupného kritéria na dostupnosť 15 minút, čoho výsledkom bolo 219 obcí. Časovú dostupnosť uvádza graf 3 a mapa 10.

Graf 3: Časová dostupnosť optimalizovaného riešenia s dostupnosťou 15 minút - 219 bodov



Zdroj: Počítačová simulácia

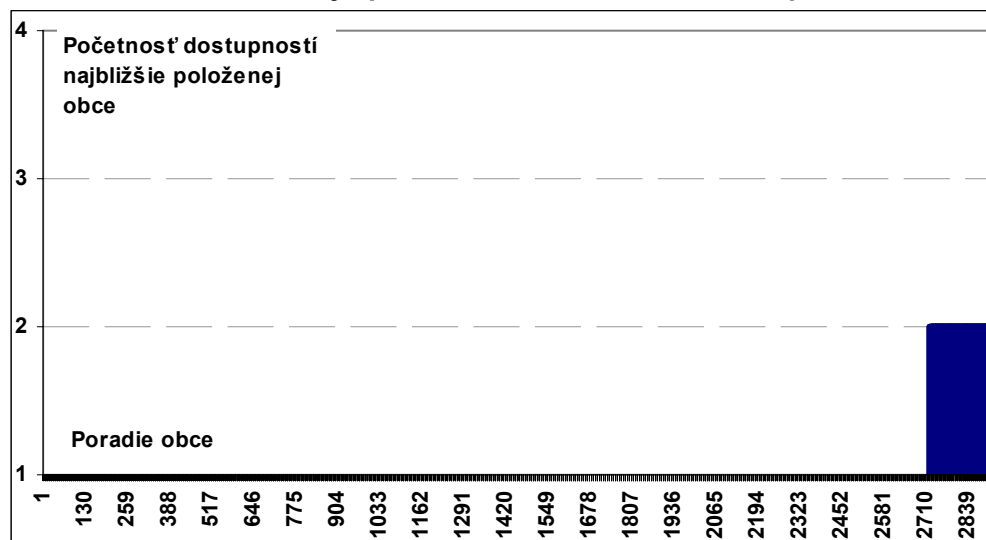
Mapa 10: Časová dostupnosť optimalizovaného riešenia s dostupnosťou 15 minút - 219 bodov



Zdroj: Počítačová simulácia

Ako ukazuje graf 4, výsledky optimalizácie dostupnosti do 15 minút sú v podmienkach cestnej siete SR oveľa presnejšie ako výsledky optimalizácie s dostupnosťou do 10 minút, vzhľadom na lepšie predpoklady efektívneho vykrytia aj odrezaných obcí.

Graf 4: Potenciálne rezervy optimalizovaného riešenia s dostupnosťou 15 minút - 219 bodov



Zdroj: Počítačová simulácia

Ako najlepší sa ukázal optimalizačný algoritmus D so zmenenou vstupnou podmienkou dostupnosti do 15 minút. Po jeho prvom zverejnení sme na ňom vykonali viacero úprav o tzv. „defaulty“, teda tvrdo nastavené premenné. Jednalo sa najmä o zohľadnenie už existujúcich bodov a o zohľadnenie krajských a okresných miest. Variant D.1 TAK oveľa lepšie kopíruje hustotu obyvateľov.

Po túto druhú úroveň optimalizácie môžeme hovoriť o kvantitatívnych algoritmoch, pričom na zlepšenie modelu prebehli ešte dve kolá kvalitatívnych zásahov, ktoré zohľadňovali skúsenosti a znalosti odborníkov z praxe rýchlej záchranej služby. Tieto sú nenahraditeľné a počítač ich nedokáže zohľadniť. Algoritmus D prešiel dynamickým vývojom od čisto matematického variantu D.0 až po variant, ktorý do maximálnej možnej miery zohľadňuje skúsenosti z praxe (Tabuľka 10).

Tabuľka 10: Vývoj a zlepšovanie algoritmu D

Variety algoritmu D	Kritérium	Popis	Počet bodov (čím menej, tým nižšie fixné náklady)	Počet viacnásobne dostupných obcí (čím menej, tým efektívnejšie)
D.0	Čisto dostupnosť	Prvotný „počítačový“ variant bez zohľadnenia okresných a krajských miest	219	1541
D.1	Čisto dostupnosť s niektorými pevnými vstupmi	pôvodný „počítačový“ variant, zohľadňujúci okresné a krajské mestá	228	1959
D.2	Dostupnosť s pevnými vstupmi a skúsenosť z praxe	variant po úprave ľudského faktora	223	2006
D.3	Dostupnosť s pevnými vstupmi a skúsenosť z praxe a po skutočnom odskúšaní viacerých problematických bodov priamo v teréne	variant po úprave ľudského faktora a po odskúšaní v teréne	207	1931

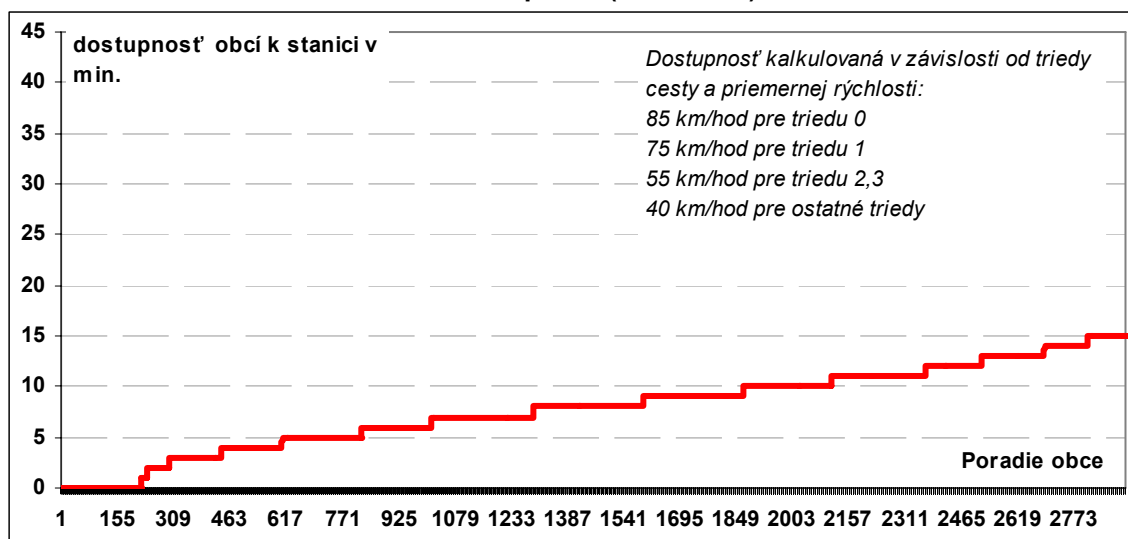
Zdroj: Počítačová simulácia

Zo všetkých variantov algoritmu D sa po vylúčení variantu D.0, ktorý bol čisto matematický a v praxi nerealizovateľný ako najlepší ukazuje variant D.3, ktorý vykazuje najlepšiu kombináciu medzi nákladovosťou (čo najmenší počet bodov) a efektivitou (čo najmenší počet viacnásobne dostupných obcí).

Nasledovné grafy ukazujú dostupnosti každej obce v minútach od najbližšieho bodu rýchlej zdravotníckej pomoci utriedené podľa poradia dostupnosti.

Krivka je najplochejšia u pôvodného variantu D.0 (Graf 5). Všetky obce sú dostupné do 15 minút. Keďže model je absolútne matematický, tak takmer všetky body sú mimo veľkých miest a vôbec sa nezhodujú so súčasnou sieťou rýchlej záchranej služby. Náklady na vybudovanie tejto úplne novej siete by boli extrémne vysoké.

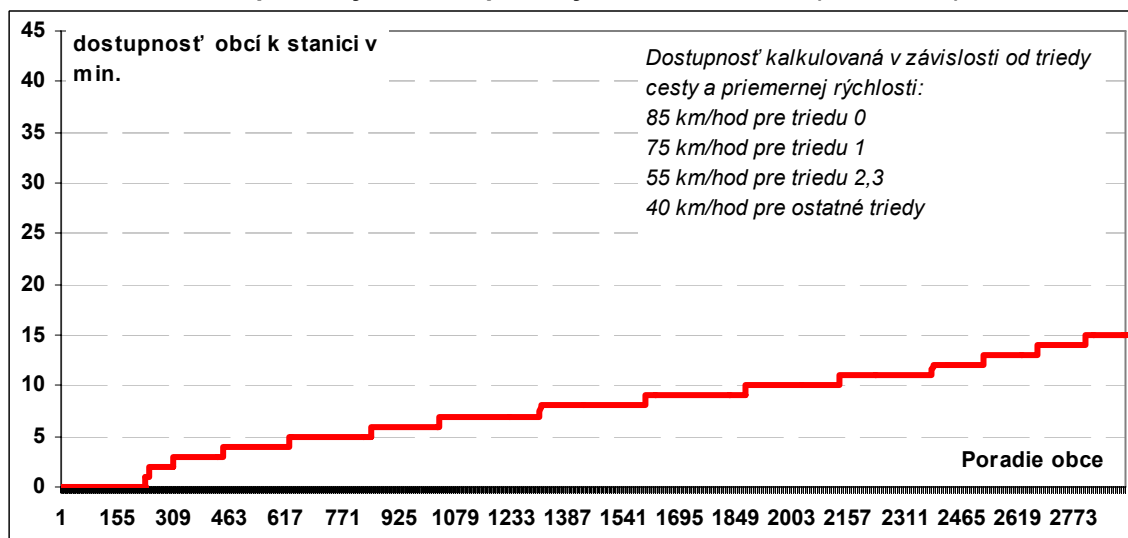
Graf 5: Variant D.0 - Kritérium čisto dostupnosť (219 bodov)



Zdroj: Počítačová simulácia

Variant D.1 taktiež vykazuje veľmi dobré výsledky z hľadiska dostupnosti (Graf 6) a ako tvrdú podmienku umiestnenia stanice akceptuje okresné mestá. Jeho veľkou nevýhodou je, že mu chýbajú kvalitatívne charakteristiky zohľadňujúce skúsenosti z praxe.

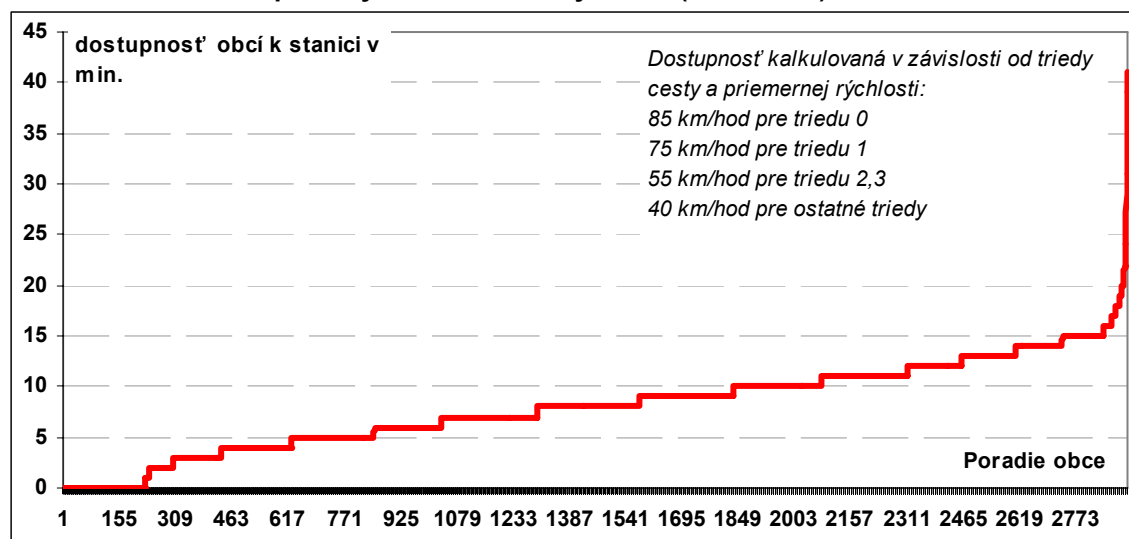
Graf 6: Variant D.1 - pôvodný variant upravený o okresné mestá (228 bodov)



Zdroj: Počítačová simulácia

Variant D.2 po prvom zapracovaní prvkov ľudského faktora (Graf 7) vykazuje tiež vynikajúce parametre dostupnosti (viac ako 98% obcí dostupných do 15 minút), pričom akceptuje rozmiestnenie a skúsenosti z terénu.

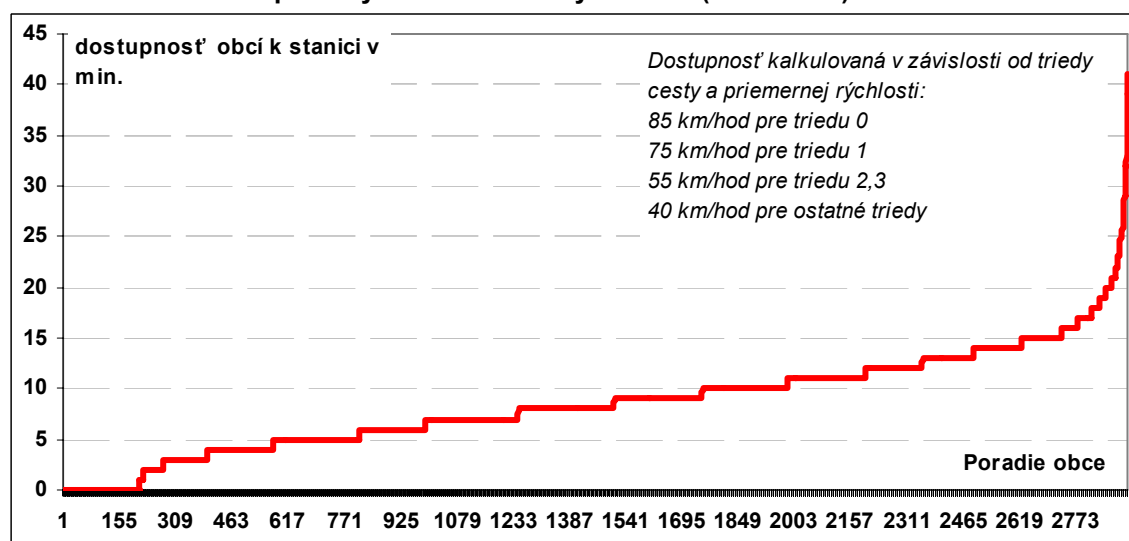
Graf 7: Variant D.2 - upravený variant o ľudský faktor (223 bodov)



Zdroj: Počítačová simulácia

Zatiaľ posledný variant D.3 má mierne horšiu mieru dostupnosti (viac ako 95% dostupných do 15 minút), avšak vykazuje výrazne vyššiu mieru nákladovej efektívnosti – potrebuje len 207 bodov (Graf 8).

Graf 8: Variant D.3 - upravený variant o ľudský faktor II (207 bodov)



Zdroj: Počítačová simulácia

Pre úspešné fungovanie systému urgentnej medicíny je mimoriadne dôležitý čas, v ktorom záchranný tím dorazí na miesto určenia. Výrazným zvýšením počtu bodov sa tento čas pre 95 percent populácie znížil na 15 minút. Pre záchranu života a zvýšenie kvality života je mimoriadne dôležité, aby bol pacient prevezený do takého zariadenia, ktoré sa o neho dokáže adekvátne postarať. Z tohto dôvodu budú do minimálnej siete postupne zaradené centrá urgentnej medicíny ako najšpičkovejšie pracoviská.

Urgentná medicína bude stanovená pevnou sieťou. V prvej fáze, do konca roku 2007 sa budú budovať tri centrá – Bratislava, Banská Bystrica a Košice, pričom v každom centre budú 4 postele. V druhej fáze, do konca roku 2009 sa dobudujú tri ďalšie centrá Nové Zámky, Žilina a Poprad, pričom opäť budú v každom centre 4 postele.

Prevoz pacientov do týchto centier bude zabezpečený ako záchrankami, tak aj leteckou záchrannou službou podľa transportného protokolu za súčinnosti jednotlivých posádok a operátorov v koordinačných a operačných strediskách.

10. NORMA ČASOVEJ DOSTUPNOSTI V KONTEXTE CENTIER EMERGENCY

Samostatnou minimálnou sieťou má byť stanovená sieť zariadení určených ako cieľ prepravy pacienta, vyžadujúceho urgentnú alebo neodkladnú zdravotnú starostlivosť (viď Rámček 1). Ide o definovanie tzv. koncovej nemocnice z pohľadu efektívnej dostupnosti. Definícia však musí rešpektovať i predpoklady súčasných nemocníc byť takýmto zariadením. Táto sieť by podobne ako v prípade záchranej služby mala byť pevná.

Rámček 1: Vymedzenie základných pojmov

pojem	definícia podľa zákona o zdravotnej starostlivosti
zdravotná starostlivosť	§ 2 ods. 1 Zdravotná starostlivosť je súbor pracovných činností, ktoré vykonávajú zdravotnícki pracovníci, vrátane poskytovania liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín s cieľom predĺženia života fyzickej osoby (ďalej len „osoba“), zvýšenia kvality jej života a zdravého vývoja budúcich generácií; zdravotná starostlivosť zahŕňa prevenciu, dispenzarizáciu, diagnostiku, liečbu, biomedicínsky výskum, ošetrovateľskú starostlivosť a pôrodnú asistenciu.
neodkladná zdravotná starostlivosť	§ 2 ods. 3 Neodkladná zdravotná starostlivosť (ďalej len „neodkladná starostlivosť“) je zdravotná starostlivosť poskytovaná osobe pri náhlej zmene jej zdravotného stavu, ktorá bezprostredne ohrozuje jej život alebo niektorú zo základných životných funkcií, bez rýchleho poskytnutia zdravotnej starostlivosti môže vážne ohroziť jej zdravie, spôsobuje jej náhlu a neznesiteľnú bolesť alebo spôsobuje náhle zmeny jej správania a konania, pod vplyvom ktorých bezprostredne ohrozuje seba alebo svoje okolie. Neodkladná starostlivosť je aj zdravotná starostlivosť poskytovaná pri pôrode. Súčasťou neodkladnej starostlivosti je neodkladná preprava osoby do zdravotníckeho zariadenia, neodkladná preprava medzi zdravotníckymi zariadeniami a neodkladná preprava darcov orgánov, tkanív a buniek určených na transplantáciu, ktorú vykonávajú poskytovatelia záchranej zdravotnej služby.
urgentná zdravotná starostlivosť	§ 2 ods. 22 Urgentná zdravotná starostlivosť je neodkladná starostlivosť poskytovaná osobe pri náhlej zmene jej zdravotného stavu, ktorá bezprostredne ohrozuje jej život alebo niektorú zo základných životných funkcií.

Zdroj: zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 82/2005 Z. z., zákona č. 300/2005 Z. z., zákona č. 350/2005 Z. z., zákona č. 538/2005 Z. z., zákona č. 660/2005 Z. z. a zákona č. 282/2006 Z. z.

Emergency centrum je centrum, v ktorom je poistencom poskytnutá najvyššia možná starostlivosť. Podľa súčasnej legislatívy ešte neexistujú, ale majú to byť centrá, ktoré svojím charakterom spĺňajú podmienky pre kvalitné, efektívne a bezpečné poskytovanie zdravotnej

starostlivosti. Ich súčasťou by mal byť tzv. multidisciplinárny tunel, ktorý v sebe zahŕňa všetky život zachraňujúce funkcie a činnosti.

Prevoz pacientov do týchto centier bude zabezpečený ako záchrankami, tak aj leteckou záchrannou službou podľa transportného protokolu za súčinnosti jednotlivých posádok a operátorov v koordinačných a operačných strediskách.

Urgentná medicína bude stanovená pevnou sieťou. Táto pevná sieť garantuje každému poistencovi dostupnú špičkovú zdravotnú starostlivosť. Cieľom je, aby takéto centrá dostatočne pokryli územie Slovenska s dostupnosťou do 120 minút. Keďže budovanie týchto centier je finančne i organizačne mimoriadne náročné, je ich uvedenie do života rozdelené minimálne do dvoch fáz:

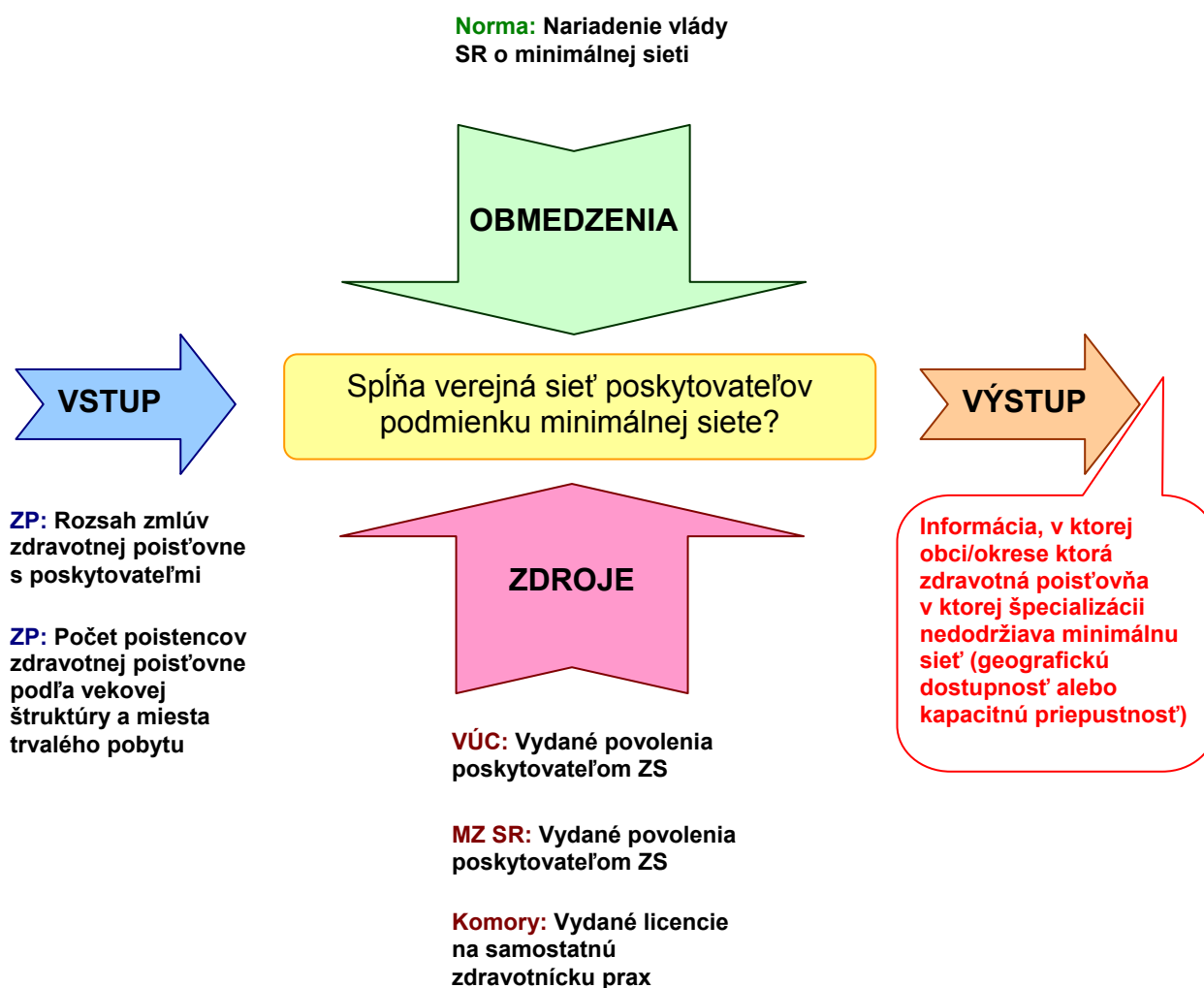
- v prvej fáze, a to do konca roku 2007 sa budú budovať tri centrá – Bratislava, Banská Bystrica a Košice; dostupnosť týchto centier je do 180 minút,
- v druhej fáze, do konca roku 2009 sa dobudujú tri ďalšie centrá Nové Zámky, Žilina a Poprad, čím sa dostupnosť zlepší na 120 minút.

Uvedené parametre znamenajú, že každý poistenec sa prostredníctvom ambulancie záchrannej zdravotnej služby dostane do centra urgentnej medicíny do 180 minút a od roku 2009 do 120 minút. Samozrejme, pri využití leteckej záchrannej služby sa tento čas výrazne skracuje.

11. SYSTÉM KRITÉRIÍ POSKYTOVANIA A ZDIEĽANIA ÚDAJOV S CIEĽOM KONTROLY DODRŽIAVANIA NORIEM

Cieľom nariadenia je zabezpečiť dostupnú, efektívnu, kvalitnú a sústavnú zdravotnú starostlivosť pre všetkých poistencov zdravotného systému. Kontrola tejto dostupnosti bude vykonávaná úradom pre dohľad na základe informácií, ktoré budú jednotlivé subjekty reportovať úradu pre dohľad (procesný model 2).

Procesný model 2: Kontrola dodržiavania nariadenia vlády o minimálnej sieti



Zdroj: Health Policy Institute, 2006

Sieť ambulantnej zdravotnej starostlivosti úrad pre dohľad vyhodnocuje podľa nasledovného algoritmu:

- 1) zdravotné poisťovne dodajú rozsah svojich zmlúv s poskytovateľmi ambulantnej zdravotnej starostlivosti
- 2) zdravotné poisťovne dodajú počet svojich poistencov podľa vekovej štruktúry a miesta trvalého pobytu
- 3) úrad pre dohľad vyhodnotí časovú dostupnosť a kapacitnú priepustnosť celkovo, a následne zvlášť za každú zdravotnú poisťovňu.

Sieť ústavnej zdravotnej starostlivosti úrad pre dohľad vyhodnocuje podľa nasledovného algoritmu:

- 1) zdravotné poisťovne dodajú rozsah svojich zmlúv s poskytovateľmi ústavnej zdravotnej starostlivosti (počet lôžok, ktoré sú k dispozícii pre poistencov príslušnej zdravotnej poisťovne)
- 2) zdravotné poisťovne dodajú počet svojich poistencov podľa vekovej štruktúry a miesta trvalého pobytu
- 3) úrad pre dohľad vyhodnotí časovú dostupnosť a kapacitnú priepustnosť celkovo, a následne zvlášť za každú zdravotnú poisťovňu.

Následne úrad bude môcť vyhodnotiť:

- a) zoznam najdostupnejších poskytovateľov v jednotlivých špecializáciách pre každú obec Slovenska,
- b) spádové územie pre každého poskytovateľa (zoznam obcí a počet poistencov jednotlivých zdravotných poisťovní s trvalým pobytom v spádovom území),
- c) zoznam obcí, v ktorých dostupnosť poskytovateľov v príslušnej špecializácii nespĺňa normu o minimálnej sieti,
- d) zoznam poskytovateľov, ktorých kapacitná priepustnosť nespĺňa normu o minimálnej sieti.

Na základe týchto dát a informácií úrad pre dohľad prijme príslušné opatrenia smerom k zdravotným poisťovniam, aby uzatvorili kontrakty, ktorými zabezpečia naplnenie minimálnej siete, resp. smerom k VÚC a MZ SR, ak na danom území neexistuje dostatočný počet poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v príslušnej špecializácii.

12. NÁVRH NARIADENIA VLÁDY SLOVENSKEJ REPUBLIKY O MINIMÁLNEJ SIETI

Návrh

Nariadenie vlády Slovenskej republiky

z 2006

o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

Vláda Slovenskej republiky podľa § 5 ods. 3 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov nariaďuje:

§ 1

Účel nariadenia

Účelom tohto nariadenia je určiť verejnú minimálnu sieť (ďalej len „minimálna sieť“) poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike.

§ 2

Základné ustanovenia

- (1) **Minimálna sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti** je naplnená vtedy, ak spádové územie žiadneho poskytovateľa zdravotnej starostlivosti nepresahuje geografickú dostupnosť a kapacitnú priepustnosť podľa tohto nariadenia.
- (2) **Geografická dostupnosť** poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (ďalej len „geografická dostupnosť“) predstavuje vzdialenosť obce, v ktorej má poskytovateľ zdravotnej starostlivosti sídlo alebo miesto poskytovania, od obce, v ktorej má poistenec trvalý pobyt. Geografická dostupnosť sa ustanovuje v minútach dopravnej vzdialenosti. Usporiadanie dostupných poskytovateľov na území každého samosprávneho kraja sa vyhodnocuje podľa matice dopravných vzdialeností uvedenej v prílohe č. 1 tohto nariadenia.

- (3) **Spádové územie** poskytovateľa zdravotnej starostlivosti je zložené z poistencov s trvalým pobytom v tých obciach, pre ktoré príslušný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti predstavuje geograficky najviac dostupného zmluvného poskytovateľa odborne spôsobilého poskytnúť potrebnú zdravotnú starostlivosť.
- (4) **Kapacitná priepustnosť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti** sa stanovuje
- a) pre všeobecnú ambulantnú zdravotnú starostlivosť o dospelých ako počet zdravotníckych úväzkov v príslušnej špecializácii na každých 10 tisíc poistencov vo veku nad 18 rokov s trvalým pobytom v príslušnom spádovom území,
 - b) pre všeobecnú ambulantnú zdravotnú starostlivosť o deti a dorast ako počet zdravotníckych úväzkov v príslušnej špecializácii na každých 10 tisíc poistencov vo veku do 18 rokov s trvalým pobytom v príslušnom spádovom území,
 - c) pre špecializovanú ambulantnú zdravotnú starostlivosť ako počet zdravotníckych úväzkov v príslušnej špecializácii na každých 10 tisíc poistencov s trvalým pobytom v príslušnom spádovom území,
 - d) pre ambulantnú pohotovosť ako počet aktuálne realizovaných zdravotníckych úväzkov v každej chvíli trvania ambulantnej pohotovosti na každých 10 tisíc poistencov s trvalým pobytom v príslušnom spádovom území,
 - e) pre ošetrovateľskú starostlivosť ako počet zdravotníckych úväzkov sestier s príslušnou odbornou spôsobilosťou na každých 10 tisíc poistencov v príslušnom spádovom území,
 - f) pre pôrodnú asistenciu ako počet zdravotníckych úväzkov pôrodných asistentiek na každých 10 tisíc poistencov v príslušnom spádovom území a
 - g) pre ústavnú zdravotnú starostlivosť ako počet lôžok pripadajúcich na 10 tisíc poistencov v príslušnom spádovom území.
- (5) **Zdravotníckym úväzkom** sa rozumie výkon činnosti zdravotníckeho pracovníka s príslušnou odbornou spôsobilosťou v rozsahu 40 hodín fondu pracovného času, v prípade rizikových činností v rozsahu 38 hodín fondu pracovného času.
- (6) **Lôžkom** sa rozumie použiteľné lôžko v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktoré je k dispozícii pre nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti pre poistencov príslušnej zdravotnej poisťovne.
- (7) **Ambulantnou pohotovosťou** sa rozumie poskytovanie lekárskej služby prvej pomoci
- a) v pracovných dňoch od 16,00 hod do 7,00 hod,

- b) v sobotu a v nedeľu, počas štátnych sviatkov a v dňoch pracovného pokoja od 00,00 hod do 24,00 hod.

§ 3

Ambulantná zdravotná starostlivosť

- (1) Minimálna sieť všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti je uvedená v prílohe č. 2 tohto nariadenia.
- (2) Minimálna sieť špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti je uvedená v prílohe č. 3 tohto nariadenia.

§ 4

Lekárska služba prvej pomoci

Minimálna sieť lekárskej služby prvej pomoci počas ambulantnej pohotovosti je uvedená v prílohe č. 4 tohto nariadenia.

§ 5

Ošetrovateľská starostlivosť

Minimálna sieť ošetrovateľskej starostlivosti je uvedená v prílohe č. 5 tohto nariadenia.

§ 6

Pôrodná asistencia

Minimálna sieť pôrodnej asistencie je uvedená v prílohe č. 6 tohto nariadenia.

§ 7

Samostatná zdravotnícka prax

Do vyhodnotení spádového územia a kapacitnej priepustnosti podľa § 3 až 6 sa zahŕňajú aj zdravotnícke úväzky zdravotníckych pracovníkov poskytujúcich zdravotnú starostlivosť na základe licencie na samostatnú zdravotnícku prax.

§ 8

Ústavná zdravotná starostlivosť

- (1) Minimálna sieť ústavnej zdravotnej starostlivosti je uvedená v prílohe č. 7 tohto nariadenia.
- (2) Centrá urgentnej medicíny sú
 - a) v Bratislave,
 - b) v Banskej Bystrici,
 - c) v Košiciach,
 - d) v Nových Zámkoch,
 - e) v Poprade a
 - f) v Žiline.

§ 9

Spoločné ustanovenia

- (1) Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky najmenej raz za dva roky prehodnocuje údaje vo vzťahu k určenej minimálnej sieti v súčinnosti s Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, samosprávnymi krajmi, stavovskými organizáciami a zdravotnými poisťovňami.
- (2) Tam, kde sa v tomto nariadení na určenie minimálnej siete používa údaj o počte poistencov, rozumie sa tým údaj z centrálného registra poistencov vedeného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, platný k 1. januáru príslušného kalendárneho roka.
- (3) Pri vyhodnotení spádového územia sa zohľadňuje aj geografická dostupnosť poskytovateľov príslušného typu zdravotnej starostlivosti so sídlom v inom okrese alebo v inom samosprávnom kraji. Ak sú viacerí poskytovatelia rovnako dostupní, spádové

územie sa delí medzi nich rovnakým dielom. Trvalý pobyt poistenca sa vyhodnocuje len v prípade, ak sa týka územia Slovenskej republiky.

§ 10

Prechodné ustanovenia

- (1) Na rok 2007 sa kapacitná priepustnosť poskytovateľov ambulantnej zdravotnej starostlivosti ustanovuje ako 0,004 zdravotníckeho úväzku, ak ide o špecializáciu paliatívna medicína vrátane zdravotnej starostlivosti poskytovanej v mobilných hospicoch.
- (2) Na rok 2007 sa kapacitná priepustnosť poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti ustanovuje takto:
 - a) 1,456 lôžok na 10 tisíc poistencov v príslušnom spádovom území, ak ide o geriatriciu,
 - b) 0,000 lôžok na 10 tisíc poistencov v príslušnom spádovom území, ak ide o chronickú intenzívnu starostlivosť,
 - c) 0,000 lôžok na 10 tisíc poistencov v príslušnom spádovom území, ak ide o intenzívnu ošetrovateľskú starostlivosť,
 - d) 7,704 lôžok na 10 tisíc poistencov v príslušnom spádovom území, ak ide o internú medicínu,
 - e) 0,000 lôžok na 10 tisíc poistencov v príslušnom spádovom území, ak ide o ošetrovateľskú starostlivosť v domoch ošetrovateľskej starostlivosti.
- (3) Na rok 2008 sa kapacitná priepustnosť poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti ustanovuje takto:
 - a) 2,381 lôžok na 10 tisíc poistencov v príslušnom spádovom území, ak ide o geriatriciu,
 - b) 0,000 lôžok na 10 tisíc poistencov v príslušnom spádovom území, ak ide o intenzívnu ošetrovateľskú starostlivosť,
 - c) 6,778 lôžok na 10 tisíc poistencov v príslušnom spádovom území, ak ide o internú medicínu,
 - d) 0,000 lôžok na 10 tisíc poistencov v príslušnom spádovom území, ak ide o ošetrovateľskú starostlivosť v domoch ošetrovateľskej starostlivosti.
- (4) Na rok 2009 sa kapacitná priepustnosť poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti ustanovuje takto:
 - a) 3,307 lôžok na 10 tisíc poistencov v príslušnom spádovom území, ak ide o geriatriciu,

- b) 5,852 lôžok na 10 tisíc poistencov v príslušnom spádovom území, ak ide o internú medicínu.
- (5) Na rok 2010 sa kapacitná priepustnosť poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti ustanovuje takto:
- a) 4,233 lôžok na 10 tisíc poistencov v príslušnom spádovom území, ak ide o geriatriciu,
 - b) 4,926 lôžok na 10 tisíc poistencov v príslušnom spádovom území, ak ide o internú medicínu.
- (6) Na rok 2011 sa kapacitná priepustnosť poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti ustanovuje takto:
- a) 5,159 lôžok na 10 tisíc poistencov v príslušnom spádovom území, ak ide o geriatriciu,
 - b) 4,000 lôžok na 10 tisíc poistencov v príslušnom spádovom území, ak ide o internú medicínu.
- (7) Na rok 2012 sa kapacitná priepustnosť poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti ustanovuje takto:
- a) 6,085 lôžok na 10 tisíc poistencov v príslušnom spádovom území, ak ide o geriatriciu,
 - b) 3,074 lôžok na 10 tisíc poistencov v príslušnom spádovom území, ak ide o internú medicínu.

§ 11

Zrušovacie ustanovenie

Zrušuje sa Nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 751/2004 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

§ 12

Účinnosť

Toto nariadenie vlády nadobúda účinnosť 1. januára 2007 okrem ustanovení § 5, § 6 a § 8 ods. 2 písm. a) až c), ktoré nadobúdajú účinnosť 1. januára 2008 a ustanovení § 8 ods. 2 písm. d) až f), ktoré nadobúdajú účinnosť 1. januára 2010.

Príloha č. 1

Matica dopravných vzdialeností obcí Slovenskej republiky.

Príloha č. 2

všeobecná ambulantná starostlivosť	geografická dostupnosť (v minútach)		kapacitná priepustnosť (počet zdravotníckych úväzkov na 10 000 poistencov s trvalým pobytom v príslušnom spádovom území)
	pre 95 % poistencov v každom okrese	pre 100 % poistencov v každom okrese	
pre deti a dospelých	15	30	5,92**
pre dospelých	10	30	3,16*

* - na 10 000 poistencov nad 18 rokov

** - na 10 000 poistencov do 18 rokov

Príloha č. 3

odbor	geografická dostupnosť (v minútach)		kapacitná priepustnosť (počet zdravotníckych úväzkov na 10 000 poistencov s trvalým pobytom v príslušnom spádovom území)
	pre 95 % poistencov v každom okrese	pre 100 % poistencov v každom okrese	
algeziológia	180	240	0,044
anestéziológia a intenzívna medicína	240	300	0,015
angiológia	180	240	0,030
cievna chirurgia	240	300	0,015
čelustná ortopédia	240	300	0,015
dentoalveolárna chirurgia	240	300	0,007
dermatovenerológia	30	60	0,481
detská chirurgia	240	300	0,015
detská stomatológia	180	240	0,030
diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy	30	60	0,316
endokrinológia	180	240	0,044
fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	240	300	0,015
foniatria	180	240	0,030
gastroenterológia	30	60	0,240
geriatria	30	60	0,146
gynekológia a pôrodnictvo vrátane gynekologickej urológie, gynekologickej sexuológie a onkológie v gynekológii	30	60	1,225
hematológia a transfuziológia	180	240	0,044
hepatológia	180	240	0,030
hrudníková chirurgia	360	420	0,006
chirurgia vrátane onkológie v chirurgii	30	60	0,730
implantológia	240	300	0,015
infektológia	240	300	0,015
kardiochirurgia	360	420	0,006
klinická farmakológia	240	300	0,015
klinická imunológia a alergológia	30	60	0,330
klinická logopédia	30	60	0,146
klinická onkológia	60	120	0,110
klinická psychológia vrátane psychoterapie	30	60	0,146
lekárska genetika	240	300	0,015
letecké lekárstvo	480	540	0,002
liečebná pedagogika	30	60	0,146
mamológia	60	120	0,119
materno-fetálna medicína	240	300	0,015
maxilofaciálna chirurgia	240	300	0,015
medicína drogových závislostí	180	240	0,044
nefrológia	30	60	0,248
neurochirurgia	360	420	0,009
neuroológia	30	60	0,530
nukleárna medicína	360	420	0,007
oftalmológia	30	60	0,530
ortopédia	30	60	0,400
ortopedická protetika	180	240	0,030
otorinolaryngológia	30	60	0,390
paliatívna medicína vrátane zdravotnej starostlivosti poskytovanej v mobilných hospicioch	240	300	0,015

pediatria	240	300	0,015
pediatrická endokrinológia	180	240	0,044
pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	180	240	0,044
pediatrická gynekológia	240	300	0,015
pediatrická hematológia a onkológia	180	240	0,030
pediatrická imunológia a alergológia	180	240	0,044
pediatrická kardiológia	240	300	0,015
pediatrická nefrológia	180	240	0,044
pediatrická neurológia	180	240	0,044
pediatrická oftalmológia	180	240	0,030
pediatrická ortopédia	240	300	0,015
pediatrická otorinolaryngológia	240	300	0,015
pediatrická pneumológia a ftizeológia	240	300	0,015
pediatrická reumatológia	240	300	0,015
pediatrická urológia	240	300	0,015
plastická chirurgia	180	240	0,030
pneumológia a ftizeológia	30	60	0,200
psychiatria vrátane detskej psychiatrie, gerontopsychiatrie a psychiatrickej sexuológie	30	60	0,580
radiačná onkológia	240	300	0,015
stomatológia	30	60	3,250
tropická medicína	360	420	0,007
urológia vrátane andrológie a onkológie v urológii	30	60	0,315
vnútorné lekárstvo	30	60	1,230

Príloha č. 4

lekárska služba prvej pomoci počas ambulantnej pohotovosti	geografická dostupnosť (v minútach)		kapacitná priepustnosť (počet zdravotníckych úväzkov na 10 000 poistencov s trvalým pobytom v príslušnom spádovom území, realizovaných nepretržite počas ambulantnej pohotovosti)
	pre 95 % poistencov v každom okrese	pre 100 % poistencov v každom okrese	
LSPP – všeobecná ambulantná starostlivosť pre dospelých	30	60	0,20
LSPP – všeobecná ambulantná starostlivosť pre deti a dorast	30	60	0,10
LSPP – ambulantná starostlivosť v špecializačnom odbore stomatológia	30	60	0,10

Príloha č. 5

zdravotná starostlivosť	geografická dostupnosť (v minútach)		kapacitná priepustnosť (počet zdravotníckych úväzkov na 10 000 poistencov s trvalým pobytom v príslušnom spádovom území)
	pre 95 % poistencov v každom okrese	pre 100 % poistencov v každom okrese	
ošetrovateľská – v agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti alebo v samostatnej zdravotníckej praxi	30	60	2,037
z toho: ošetrovateľská starostlivosť v pediatrii	30	60	0,185

Príloha č. 6

zdravotná starostlivosť	geografická dostupnosť (v minútach)		kapacitná priepustnosť (počet zdravotníckych úväzkov na 10 000 poistencov s trvalým pobytom v príslušnom spádovom území)
	pre 95 % poistencov v každom okrese	pre 100 % poistencov v každom okrese	
pôrodná asistencia v samostatnej zdravotníckej praxi	30	60	0,18

Príloha č. 7

oddelenie	geografická dostupnosť (v minútach)		kapacitná priepustnosť (počet lôžok pripadajúcich na 10 tisíc poistencov v príslušnom spádovom území)
	pre 95 % poistencov v každom okrese	pre 100 % poistencov v každom okrese	
Anesteziológia a intenzívna medicína	60	120	0,890
Arytmii a koronárnej jednotky	240	300	0,131
Cievna chirurgia	240	300	0,132
Dermatovenerológia	240	300	0,213
Dlhodobó chorých	60	120	3,940
Eliminačná liečba	120	180	0,504
Endokrinológia	480	540	0,248
FBLR	60	120	2,554
GeriatRIA	60	120	6,618
Gynekológia – pôrodnictvo	60	120	3,875
Hematológia	240	300	0,331
<i>z toho detská hematológia</i>	-	-	0,110
Hospic	180	240	0,294
Hrudná chirurgia	480	540	0,134
Chirurgia	60	120	5,137
Chronická intenzívna starostlivosť	480	540	0,110
Infektologické	240	300	0,553
Intenzívna ošetrovateľská starostlivosť	480	540	0,147
Interná medicína	60	120	1,655
Kardiochirurgia	240	300	0,213
<i>z toho detská kardiochirurgia</i>	-	-	0,029
Kardiológia	180	240	0,450
<i>z toho detská kardiológia</i>	-	-	0,042
Neonatológia	60	120	1,511
Neurochirurgia	240	300	0,636
Neurológia	60	120	2,460
Oftalmológia	180	240	0,428
Onkológia	120	180	1,105
ORL	180	240	0,460
Ošetrovateľská starostlivosť v DOS	240	300	0,294
Paliatívna medicína	180	240	0,441
PediatRIA	60	120	2,590
Plastická chirurgia	240	300	0,237
Pneumologicko-ftizeologické	480	540	3,328
Popáleninové	480	540	0,108
Psychiatria	180	240	7,714
<i>z toho: gerontopsychiatria</i>	-	-	0,368
<i>liečba alkoholizmu a iných toxikománií</i>	-	-	0,735
Rádiológia	180	240	0,717
Reumatológia	480	540	0,202
Stomatológia	240	300	0,204
Traumatológia a ortopédia	60	120	2,392
Urgentná medicína	-	-	0,044
Urológia	120	180	0,984

Poslanie

(1) V prostredí rastúcich nákladov na zdravotnú starostlivosť, ktoré sú vyvolané vysokými očakávaniami občanov, starnutím populácie, meniacou sa štruktúrou chorôb a technologickým pokrokom je poslaním Stredoeurópskeho inštitútu pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute:

- 1. presadzovanie hodnôt, ktoré podporujú finančne udržateľné zdravotné systémy, ktoré flexibilne reagujú na potreby populácie.*
- 2. presadzovanie inovatívnych riešení na úrovni zdravotných systémov, na úrovni zdravotných poisťovní a na úrovni poskytovateľov s cieľom vyššej efektívnosti poskytovania zdravotných služieb*
- 3. presadzovanie klientskeho prístupu k poistencom a pacientom*

(2) Prvým predpokladom presadzovania týchto hodnôt je chápanie zdravia ako individuálneho statku. Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute bude presadzovať takú zdravotnú politiku, ktorá motivuje každého občana k zlepšovaniu vlastného zdravotného stavu.

(3) Druhým predpokladom je čo najväčšia decentralizácia rozhodnutí. Preto Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute podporuje aj v zdravotníctve trhové mechanizmy tam, kde sú preukázateľne efektívnejšie ako štátne intervencia. Ako základný nástroj zdravotnej politiky preto Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute bude presadzovať efektívnu reguláciu rozsahu zdravotnej starostlivosti poskytovanej z verejného zdravotného poistenia, flexibilné nastavenie minimálnej siete, dostatočne motivačné maximálne ceny, pričom úlohou súkromného sektora je naplňovať tieto regulácie.

(4) Treťou dôležitou hodnotou je solidarita. Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute podporuje systém povinného verejného zdravotného poistenia, na základe ktorého má každý poistenec nárok na rovnakú starostlivosť pri rovnakej potrebe. Vzhľadom k tomu, že v zdravotníctve sa stretáva nekonečná túžba po nesmrteľnosti s prísnyim svetom ekonómie, musí mať solidarita presne vymedzené hranice, aby nedochádzalo k jej zneužívaniu a k plytvaniu vzácných zdrojov na medicínsky neúčinné a ekonomicky neefektívne intervencie.

(5) Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute preto bude na Slovensku ale aj vo svete presadzovať také fungovanie zdravotných systémov, ktoré podporujú zodpovednosť pacienta, zodpovednosť poskytovateľa a zodpovednosť nákupcov zdravotnej starostlivosti.