

VESTNÍK



**MINISTERSTVA ZDRAVOTNÍCTVA
SLOVENSKEJ REPUBLIKY**

Čiastka 9-17

Dňa 28. marca 2022

Ročník 70

OBSAH:

Normatívna časť:

8. Rozhodnutie o zmene zriaďovacej listiny Zdravých regiónov
9. Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky zo dňa 10. 3. 2022 č. S14689-2022-OZS, ktorým sa dopĺňa odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o náplni lekárskeho preventívnych prehliadok vo vzťahu k práci zo dňa 29. 9. 2016 č. S06881-OZS-2016
10. Štatút a rokovací poriadok komisie ministra zdravotníctva Slovenskej republiky pre vytvorenie investičného plánu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky
11. Štatút Vedeckej rady Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky
12. Dodatok č. 1 k Štatútu Ceny ministerky zdravotníctva Slovenskej republiky za významný prínos v oblasti slovenského zdravotníctva a konsolidované znenie predmetného štatútu
13. Konceptia humanizácie ústavnej zdravotnej starostlivosti v odbore psychiatria
14. Štatút Ceny ministra zdravotníctva Slovenskej republiky za významný prínos v oblasti slovenského zdravotníctva
15. Metodický pokyn o predkladaní žiadostí o zaradenie investičného projektu do prioritizačného zoznamu a tvorbe investičného harmonogramu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky

Oznamovacia časť:

Oznámenie o stratách pečiatok

8.**Rozhodnutie
o zmene zriaďovacej listiny Zdravých regiónov**

Bratislava 28.02.2022

Číslo: S14148-2022-OSMŠZP-2

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky ako zriaďovateľ štátnych príspevkových organizácií podľa ustanovenia § 21 zákona č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy a o zmene a doplnení niektorých zákonov

**mení a dopĺňa
s účinnosťou od 1. marca 2022**

zriaďovaciu listinu Zdravých regiónov zo dňa 01.12.2016, číslo Z48515-2016-OZZAP, v znení neskorších zmien a dodatkov (ďalej len „zriaďovacia listina“)

takto:

I. V Čl. III Predmet činnosti bod 1) Predmet činnosti príspevkovej organizácie Zdravé regióny sa text dopĺňa o písmeno:

j) príprava a realizácia vzdelávacích aktivít.

II. V ostatných častiach zostáva zriaďovacia listina nezmenená.

Vladimír Lengvarký
minister

9.

**Odborné usmernenie
Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky
zo dňa 10. 3. 2022 č. S14689-2022-OZS, ktorým sa dopĺňa
odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky
o náplni lekárskeho preventívneho prehliadok vo vzťahu k práci
zo dňa 29. 9. 2016 č. S06881-OZS-2016**

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. b) zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov ustanovuje:

Čl. I

Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o náplni lekárskeho preventívneho prehliadok vo vzťahu k práci zo dňa 29. 9. 2016 č. S06881-OZS-2016 sa dopĺňa takto:

V Zozname vybraných faktorov práce a pracovného prostredia a vybrané práce, pri ktorých zdravotnú spôsobilosť vyžadujú osobitné predpisy na účely náplne lekárskeho preventívneho prehliadok vo vzťahu k práci v prílohe č. 1 k odbornému usmerneniu o náplni lekárskeho preventívneho prehliadok vo vzťahu k práci, sa dopĺňa v bode 3. Biologické faktory nový bod, ktorý znie: 3.3. Coronaviridae (SARS-CoV-2) COVID-19.

V prílohe č. 4 sa za bod 3.2. dopĺňa nový bod 3.3., ktorý znie:

3.3. Coronaviridae (SARS-CoV-2) COVID-19

Vstupná lekárska preventívna prehliadka:

Obligatórne vyšetrenie:

anamnéza, vrátane podrobnej pracovnej anamnézy,

kompletné fyzikálne vyšetrenie vrátane 12 zvodového EKG, RTG hrudníka, funkčné vyšetrenie pľúc, pulzná oxymetria, BMI,

laboratórne vyšetrenia- krvný obraz a diferenciálny rozpočet leukocytov, FW, biochemický skrining (glykémia nalačno v sére, lipidogram, BI, ALT, AST, GMT, LDH, urea, kreatinín v sére, mineralogram, CRP),

moč: chemicky + sediment.

Fakultatívne vyšetrenie:

- pneumologické, otorinolaryngologické, imunoalergologické, kardiologické

- HRCT vyšetrenie pľúc, bodypletyzmografické vyšetrenie + DLCO

- laboratórne vyšetrenia - serologické vyšetrenie so zameraním na COVID-19, PCR, vyšetrenie celulárnej imunity, spútum na nešpecifickú flóru, vyšetrenie krvných plynov

- moč: kultivácia+citlivosť.

Periodická lekárska preventívna prehliadka:

Obligatórne vyšetrenie:

V rozsahu vstupnej lekárskej preventívnej prehliadky.

Fakultatívne vyšetrenie:

V rozsahu vstupnej lekárskej preventívnej prehliadky.

C) Výstupná lekárska preventívna prehliadka:

Rozsah a náplň vyšetrenia sú rovnaké ako pri vstupnej lekárskej preventívnej prehliadke.

Zoznam používaných skratiek v prílohe č. 8 k odbornému usmerneniu o náplni lekárskeho preventívneho prehliadok vo vzťahu k práci, sa dopĺňa o nové použité skratky, ktorými sú:

BMI index telesnej hmotnosti (body mass index)

EKG elektro kardio graf

PCR polymerázová reťazová reakcia (polymerase chain reaction) na amplifikáciu sekvencií RNA (DNA)

RTG rádiologická diagnostická metóda

Čl. II

Toto odborné usmernenie nadobúda účinnosť dňom uverejnenia vo Vestníku Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky.

Vladimír Lengvarký
minister

10.

Štatút a rokovací poriadok komisie ministra zdravotníctva Slovenskej republiky pre vytvorenie investičného plánu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „štatút a rokovací poriadok komisie“)

Bratislava, 8. 3. 2022

Číslo: Z001324-2022

Článok 1 Úvodné ustanovenie

Minister zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „minister“) zriaďuje podľa § 5 ods. 4 zákona č. 575/2001 Z. z. o organizácii činnosti vlády a organizácii ústrednej štátnej správy v znení neskorších predpisov poradný orgán, komisiu ministra zdravotníctva Slovenskej republiky pre vytvorenie Investičného plánu rozpočtových a príspevkových organizácií Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „MZ SR“), čerpajúcich kapitálové výdavky z kapitoly MZ SR (ďalej len „komisia“) v zmysle metodického pokynu o predkladaní žiadostí o zaradenie investičného projektu do prioritizačného zoznamu a tvorbe investičného harmonogramu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. Z008230-2022 zo dňa 8. 3. 2022 (ďalej len „metodický pokyn“).

Článok 2 Postavenie a činnosť komisie

- 1) Hlavnou úlohou komisie je dohliadať nad procesom tvorby Investičného plánu rozpočtových a príspevkových organizácií MZ SR (ďalej len „podriadených organizácií“) čerpajúcich kapitálové výdavky z kapitoly MZ SR, ktorý po jeho odsúhlasení, predkladá na schválenie ministrovi. Komisia zastáva úlohu poradného orgánu ministra a teda jej výstupy slúžia iba ako podklad, resp. stanovisko, na základe ktorého MZ SR vydá Investičný plán MZ SR pričom konečné rozhodnutie o jeho vydaní prijíma minister. Pre splnenie jej úlohy, komisia vstupuje do procesu v 3 (troch) častiach:
 - a. odsúhlasuje výstupy hodnotiteľov,
 - b. pripomienkuje a žiada vysvetlenie k postupom hodnotiteľov v prípade hodnotenia jednotlivých žiadostí,
 - c. prípadne navrhuje rozdeľovanie finančných prostriedkov kapitoly MZ SR pre kapitálové investície podriadených organizácií medzi 3 oblasti investícií:
 - I. Budov a infraštruktúry
 - II. IT a IT infraštruktúry
 - III. Zdravotníckej techniky
- 2) Podpísaný Investičný plán MZ SR ministrom zdravotníctva je podkladom pre investičný harmonogram a ďalšie úkony, ktorými budú podriadenej organizácii poskytnuté finančné prostriedky z kapitálových výdavkov na realizáciu investície nachádzajúcej sa v Investičnom pláne MZ SR.

Článok 3 Zloženie komisie

- 1) Komisia je kolektívnym orgánom a skladá sa zo siedmich členov komisie a jedného tajomníka komisie v nasledovnom zložení:
 - a. predseda komisie, generálny tajomník služobného úradu MZ SR,
 - b. generálny riaditeľ sekcie správy majetku štátu, zakladateľských práv a finančného kontrolingu podriadených organizácií alebo poverený zamestnanec vykonávaním alebo

- zastupovaním funkcie vedúceho zamestnanca tejto sekcie,
- c. generálny riaditeľ sekcie financovania MZ SR alebo poverený zamestnanec vykonávaním alebo zastupovaním funkcie vedúceho zamestnanca tejto sekcie,
 - d. generálny riaditeľ sekcie verejného obstarávania MZ SR alebo poverený zamestnanec vykonávaním alebo zastupovaním funkcie vedúceho zamestnanca tejto sekcie,
 - e. generálny riaditeľ sekcie zdravia MZ SR alebo poverený zamestnanec vykonávaním alebo zastupovaním funkcie vedúceho zamestnanca tejto sekcie,
 - f. generálny riaditeľ sekcie digitalizácie a informatiky MZ SR alebo poverený zamestnanec vykonávaním alebo zastupovaním funkcie vedúceho zamestnanca tejto sekcie,
 - g. riaditeľ inštitútu zdravotných analýz MZ SR alebo poverený zamestnanec vykonávaním alebo zastupovaním funkcie vedúceho zamestnanca tohto odboru,
 - h. zástupca sekcie správy majetku štátu, zakladateľských práv a finančného kontrolingu podriadených organizácií - tajomník komisie.
- 2) Predsedu a členov komisie vymenúva do funkcie a z funkcie odvoláva minister.
 - 3) Tajomníka komisie do funkcie vymenúva a z funkcie odvoláva predseda komisie; tajomník nemá hlasovacie právo.

Článok 4 **Predseda komisie**

- 1) Predseda komisie plní najmä tieto úlohy:
 - a. zvoláva a vedie riadne a mimoriadne zasadnutia komisie,
 - b. koordinuje činnosť komisie medzi jednotlivými zasadnutiami,
 - c. navrhuje znenie uznesení zo zasadnutí komisie,
 - d. kontroluje a zabezpečuje plnenie úloh v súvislosti so zostavením Investičného plánu MZ SR,
 - e. predkladá ministrovi schválený Investičný plán MZ SR.
- 2) Predsedu komisie zastupuje v čase jeho neprítomnosti v plnom rozsahu jeho práv a povinností predsedom komisie poverený člen komisie.

Článok 5 **Tajomník komisie**

Tajomník komisie plní najmä tieto úlohy:

- a. pripravuje a zhromažďuje materiály a programy na zasadnutia komisie na základe pokynov predsedu komisie,
- b. zabezpečuje doručovanie podkladov a návrhov na zvolanie zasadnutí komisie, doručovanie zápisníc predsedovi a ostatným členom komisie,
- c. zúčastňuje sa na zasadnutiach komisie,
- d. informuje predsedu a členov o plnení úloh z uznesení zo zasadnutia komisie,
- e. zaznamenáva a spracúva uznesenia prijaté na zasadnutiach komisie,
- f. vyhotovuje zápisnice zo zasadnutí komisie,
- g. vykonáva archiváciu dokumentov súvisiacich s činnosťou komisie v súlade s Registratúrnym poriadkom MZ SR,
- h. v zmysle pokynov predsedu komisie vykonáva základné administratívne činnosti nevyhnutné pre činnosť komisie,
- i. eviduje hlasovanie „per rollam“ v písomnej podobe založením vytlačených e-mailov do príslušnej evidencie rozhodnutí komisie.

Článok 6 **Člen komisie**

Člen komisie plní najmä tieto úlohy:

- a. zúčastňuje sa na zasadnutiach komisie,
- b. aktívne sa podieľa na úlohách a činnostiach komisie,
- c. predkladá návrhy uznesenia zo zasadnutí komisie,
- d. pri neúčasti na zasadnutí zasiela predsedovi komisie ospravedlnenie a písomné odborné stanovisko k návrhu Investičného plánu MZ SR.

Článok 7 **Zánik členstva v komisii**

Členstvo v komisii zaniká:

- a. odvolaním člena komisie alebo predsedu komisie ministrom,
- b. vzdaním sa členstva v komisii na základe písomnej žiadosti doručenej ministrovi, ak zo vzdania sa členstva nevyplýva neskorší deň ukončenia funkcie,
- c. smrťou člena,
- d. ukončením štátnozamestnaneckého pomeru alebo pracovného pomeru k zamestnávateľovi, ktorého v komisii zastupuje,
- e. ukončením činnosti komisie.

Článok 8 **Rokovanie komisie**

- 1) Rokovanie komisie zvoláva a rokovanie vedie predseda komisie; v prípade jeho neprítomnosti rokovanie komisie zvoláva a vedie poverený člen komisie.
- 2) V odôvodnených prípadoch je ktorýkoľvek člen komisie oprávnený iniciovať zvolanie komisie podaním písomného návrhu predsedovi komisie alebo v čase jeho neprítomnosti poverenému členovi komisie.
- 3) Komisia je uznášaniashopná, ak je prítomná nadpolovičná väčšina všetkých členov komisie.
- 4) Uznesenie je schválené, ak za jeho prijatie vysloví súhlas dvojtretinová väčšina všetkých prítomných členov komisie.
- 5) Uznesenia komisie sa zasielajú predsedovi komisie a všetkým členom komisie.
- 6) Komisia zasadne za účelom rozdelenia finančných prostriedkov najneskôr 30. júna kalendárneho roka predchádzajúceho roku, pre ktorý sa investičný plán vyhotovuje. V prípade, ak posledný deň vychádza na deň pracovného pokoja je posledným dňom nasledujúci pracovný deň.
- 7) Program rokovania komisie zostavuje predseda komisie, v prípade jeho neprítomnosti poverený člen komisie. Členovia komisie môžu navrhnúť doplnenie programu rokovania komisie. O doplnení programu rozhoduje predseda komisie, v prípade jeho neprítomnosti poverený člen komisie.
- 8) Pozvánku s uvedením miesta, času a programu zasadnutia komisie spolu s písomnými materiálmi podľa programu zasiela tajomník komisie každému členovi komisie a prizvaným osobám, a to najmenej sedem kalendárnych dní pred dňom rokovania komisie.
- 9) Komisia rokuje podľa schváleného programu. Rokovanie komisie je neverejné.
- 10) Komisia je oprávnená v prípade potreby vyžiadať si odborné stanoviská vecne príslušných organizačných útvarov MZ SR. So súhlasom predsedajúceho sa môžu zúčastniť rokovania komisie aj iné osoby, ak to vyplýva z povahy veci, ktorá je predmetom rokovania. Prizvané osoby sa môžu zúčastniť rokovania komisie len v častiach súvisiacich s ich prizvaním.

- 11) K jednotlivým bodom rokovania sa môžu členovia komisie vyjadrovať, podávať návrhy a podnety kedykoľvek v priebehu rokovania. Ostatné prizvané osoby sa vyjadrujú alebo podávajú vysvetlenie len vtedy, ak na to boli vyzvané predsedajúcim.
- 12) Z rokovaní komisie sa vyhotovuje písomný zápis, ktorý verifikuje predseda a všetci členovia komisie. V zápise sú uvedené všetky dôležité rozhodnutia komisie. V prípade odlišného názoru niektorého člena komisie má člen komisie právo, aby sa v zápise uviedol jeho odlišný názor s uvedením odôvodnenia odlišného názoru; na dodatočne názory a pripomienky k programu zasadnutia a prerokovávaným materiálom sa po ukončení zasadnutia komisie neprihliada. Zápisy zo zasadnutia komisie archivuje MZ SR podľa platného Registratúrneho poriadku. Predseda komisie, v prípade jeho neprítomnosti poverený člen komisie, zabezpečí po podpísaní zápisu z rokovania komisie doručenie jeho fotokópie alebo skenu prostredníctvom tajomníka komisie všetkým členom komisie do 30 dní odo dňa zasadnutia komisie.
- 13) Prítomnosť na rokovaní komisie sa potvrdzuje podpisom do prezenčnej listiny.
- 14) Uznesenie prijaté na rokovaní komisie podpisuje predseda komisie, v jeho neprítomnosti poverený člen komisie.
- 15) Na zabezpečenie efektívnej činnosti môže komisia využívať hlasovanie „per rollam“. Úkony súvisiace s hlasovaním „per rollam“ (predloženie návrhu, potvrdenie prijatia návrhu, uplatnenie námietky, hlasovanie a pod.) sa vykonávajú výlučne elektronickou formou (e-mailom). Predkladateľ zasiela príslušné dokumenty (materiál, uznesenie alebo rozhodnutie so všetkými náležitosťami, informáciami a prílohami nevyhnutnými k objektívnemu rozhodnutiu v prerokovanej veci) členom komisie na schválenie „per rollam“ s primeraným časovým predstihom, najmenej tri pracovné dni pred určeným posledným dňom hlasovania „per rollam“, ak v odôvodnených prípadoch nie je určená iná lehota. Predkladateľ v predložennom návrhu presne definuje jednotlivé možnosti hlasovania o rozhodnutí vo veci formou:
 - a) za - proti - zdržiavam sa,
 - b) schvaľujem - neschvaľujem - zdržiavam sa.
- 16) V prípade úprav znenia (resp. doplnenia) predkladaného návrhu v priebehu hlasovania bude nové znenie návrhu predložené na nové prerokovanie a nové rozhodnutie „per rollam“ všetkým členom komisie s určením novej lehoty na hlasovanie. Hlasovanie „per rollam“ sa eviduje v písomnej podobe založením vytlačených e-mailov do príslušnej evidencie rozhodnutí komisie.
- 17) Predseda komisie môže z dôvodu nepriaznivej epidemiologickej situácie alebo z dôvodu nemožnosti zúčastniť sa riadneho rokovania komisie viacerými členmi komisie rozhodnúť o zasadnutí komisie prostredníctvom videohovoru alebo konferenčného hovoru. O tejto forme rokovania rozhodne predseda komisie spravidla do troch pracovných dní pred plánovaným termínom zasadnutia komisie. O takomto rokovaní komisie vyhotoví predseda komisie alebo ním poverený člen komisie písomný záznam a doručí ho všetkým členom komisie najneskôr do najbližšieho rokovania komisie. Zasadnutie komisie podľa predchádzajúcej vety sa realizuje s využitím e-mailu alebo telefónneho čísla, prostredníctvom ktorých sa videohovor alebo konferenčný hovor uskutočňuje.
- 18) Neoddeliteľnou súčasťou zápisu z rokovania komisie sú prílohy, ktoré tvoria najmä:
 - a. prerokované materiály,
 - b. stanoviská členov komisie,
 - c. stanoviská prizvaných osôb,
 - d. prijaté uznesenia,
 - e. prezenčná listina.

Článok 9

Konflikt záujmov členov komisie

- 1) Členovia komisie sa vyhýbajú a predchádzajú situáciám, kedy sa môžu ocitnúť v konflikte záujmov.

- 2) Členovia komisie sa správajú tak, aby sa vyhli prípadnému konfliktu záujmov vo vzťahu k niektorému zo záujemcov aj pred konaním výberového procesu.
- 3) Členovia komisie sa správajú tak, aby nevytvorili zdanie konfliktu záujmov vo vzťahu k niektorému zo záujemcov pred, počas a aj po konaní výberového konania.
- 4) Ak sa člen komisie ocitne v konflikte záujmov vo vzťahu k niektorému zo záujemcov, je povinný oznámiť túto skutočnosť predsedovi komisie bezodkladne potom, čo sa o tomto konflikte dozvedel.
- 5) Predseda komisie navrhuje spôsob riešenia konfliktu záujmov členov komisie v závislosti od obsahu a intenzity konfliktu záujmov člena komisie vo vzťahu k záujemcovi. V prípade neprekonateľného konfliktu záujmov bude člen komisie celkom vylúčený z daného výberového procesu.

Článok 10 **Záverečné ustanovenia**

- 1) Tento štatút a rokovací poriadok komisie možno meniť a dopĺňať písomnými a datovanými dodatkami podpísanými ministrom, ktoré nadobudnú účinnosť dňom zverejnenia vo Vestníku MZ SR.
- 2) Komisia sa zriaďuje na dobu neurčitú.
- 3) Tento štatút a rokovací poriadok komisie nadobúda účinnosť dňom zverejnenia vo Vestníku MZ SR a nahrádza vo svojej pôsobnosti Z022908-2021

Vladimír Lengvarský
minister

11.

„Štatút Vedeckej rady Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky

Článok 1 Poslanie a náplň činnosti

- (1) Minister zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „minister“) zriaďuje podľa § 5 ods. 4 zákona č. 575/2001 Z. z. o organizácii činnosti vlády a organizácii ústrednej štátnej správy v znení neskorších predpisov Vedeckú radu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „vedecká rada“) ako svoj poradný orgán pre vedecko-výskumné otázky rezortu zdravotníctva.
- (2) Poslanie vedeckej rady súvisí s výkonom štátnej správy Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „ministerstvo“) podľa § 45 ods. 1 písm. e) zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
- (3) Vedecká rada ako poradný orgán navrhuje ministrovi
 - a) oblasti spolupráce¹ ministerstva s vládou Slovenskej republiky a tiež s Ministerstvom školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky, Ministerstvom investícií, regionálneho rozvoja a informatizácie Slovenskej republiky, Ministerstvom hospodárstva Slovenskej republiky, Ministerstvom pôdohospodárstva a rozvoja vidieka Slovenskej republiky, Ministerstvom životného prostredia Slovenskej republiky, domácimi a zahraničnými organizáciami (napr. Agentúra na podporu výskumu a vývoja, Výskumná agentúra) a inými ustanovizňami na podporu výskumu a vývoja (napr. Centrum vedecko-technických informácií Slovenskej republiky),
 - b) koncepcie vedeckého výskumu a vývoja v rezorte zdravotníctva a koncepcie štátnej vednej politiky, odvetvovej vednej politiky so zameraním na podporu výskumu a vývoja v rezorte zdravotníctva v súlade so schválenými strategickými dokumentami rozvoja výskumu a vývoja, najmä v oblasti biomedicíny,
 - c) koncepcie medzinárodnej vedeckej spolupráce v rezorte zdravotníctva so zameraním najmä na biomedicínu, vrátane spôsobu spolupráce pri vytváraní dvojstrannej a mnohostrannej vedeckej spolupráce a zapájania sa Slovenskej republiky do programov Európskej únie (EÚ), Organizácie pre hospodársku spoluprácu a rozvoj (OECD) v oblasti výskumu a vývoja, Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) v oblasti výskumu a vývoja,
 - d) spôsob spolupráce ministerstva pri riešení prioritných vedecko-výskumných úloh v spolupráci s jednotlivými výskumnými organizáciami v Slovenskej republike, ktoré realizujú výskum a vývoj na úseku zdravotníctva, najmä v oblasti biomedicíny,
 - e) témy štátnych objednávok a štátnych programov týkajúcich sa výskumu a vývoja na úseku zdravotníctva, najmä v oblasti biomedicíny,
 - f) stratégiu finančnej podpory vedecko-výskumných programov týkajúcich sa výskumu a vývoja na úseku zdravotníctva, najmä v oblasti biomedicíny,
 - g) finančnú podporu výskumných projektov, najmä prostredníctvom prihlásených a oponentským pokračovaním zhodnotených grantových vedecko-výskumných projektov na úseku zdravotníctva, najmä v oblasti biomedicíny,

¹ Zákon č. 172/2005 Z. z. o organizácii štátnej podpory výskumu a vývoja a o doplnení zákona č. 575/2001 Z. z. o organizácii činnosti vlády a organizácii ústrednej štátnej správy v znení neskorších predpisov.

- h) metodiku zapájania sa právnických osôb, fyzických osôb – podnikateľov a fyzických osôb do výskumu a vývoja na úseku zdravotníctva, najmä v oblasti biomedicíny a vytváraní podmienok na túto spoluprácu,
 - i) úpravu návrhov všeobecne záväzných právnych predpisov v legislatívnom konaní pre oblasť vedy, najmä biomedicínskeho výskumu a klinického skúšania,
 - j) systémové opatrenia na zabezpečenie rozvoja ľudských zdrojov vo výskume a vývoji na úseku zdravotníctva, najmä v oblasti biomedicíny,
 - k) spôsob reprezentácie a propagácie slovenskej vedy v oblasti výskumu a vývoja na úseku zdravotníctva, najmä v oblasti biomedicíny,
 - l) spôsob hodnotenia aktivít výskumu a vývoja na úseku zdravotníctva, najmä v oblasti biomedicíny v Slovenskej republike.
- (4) Vedecká rada vyhodnocuje žiadosti o poskytnutie dotácií v pôsobnosti ministerstva podľa osobitného predpisu².
- (5) Vedecká rada plní aj iné úlohy, ktorými ju poverí minister.

Článok 2

Zloženie

- (1) Vedecká rada je kolektívnym orgánom, ktorý zriaďuje minister.
- (2) Vedecká rada je zložená z predsedu vedeckej rady (ďalej len „predseda“), podpredsedu vedeckej rady (ďalej len „podpredseda“), troch členov predsedníctva vedeckej rady („ďalej len člen predsedníctva“) a ostatných členov vedeckej rady (ďalej len „ostatný člen“).
- (3) Predsedu, podpredsedu, člena predsedníctva a ostatného člena vymenúva a odvoláva minister.
- (4) Návrhy na vymenovanie predsedu, podpredsedu, člena predsedníctva a ostatného člena predkladá ministrovi organizačný útvar, ktorý organizuje zasadnutia a spolupracuje s vedeckou (ďalej len „organizačný útvar“).
- (5) Vedecká rada má najmenej 15 členov a najviac 25 členov.
- (6) Predsedom, podpredsedom, členom predsedníctva alebo ostatným členom môže byť aj zamestnanec ministerstva³.
- (7) Funkčné obdobie predsedu, podpredsedu, člena predsedníctva a ostatného člena sú tri roky.
- (8) Vedeckú radu tvoria
 - a) minimálne jeden zástupca Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave,
 - b) minimálne jeden zástupca Jesseniovej lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave so sídlom v Martine,
 - c) minimálne jeden zástupca Lekárskej fakulty Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach,
 - d) minimálne jeden zástupca Lekárskej fakulty Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave,
 - e) minimálne dvaja zástupcovia Slovenskej akadémie vied.

Článok 3

Podmienky členstva

- (1) Podmienkou členstva vo vedeckej rade je
 - a) ukončené vysokoškolské vzdelanie najmenej druhého stupňa preukázané kópiou diplomu,
 - b) čestné vyhlásenie o bezúhonnosti,

² § 3 ods. 8 zákona č. 525/2010 Z. z. o poskytovaní dotácií v pôsobnosti Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky v znení neskorších predpisov

³ Zákon č. 55/2017 Z. z. o štátnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

- c) písomný súhlas s vymenovaním,
 - d) písomný súhlas so zverejnením mena, priezviska, akademických titulov, pracoviska a informácie o funkcii predsedu, podpredsedu, člena predsedníctva alebo ostatného člena,
 - e) písomné vyhlásenie o zachovaní mlčanlivosti o všetkých skutočnostiach, o ktorých sa dozvie v súvislosti s činnosťou vedeckej rady.
- (2) Členstvo vo vedeckej rade zaniká
- a) písomným oznámením o vzdaní sa funkcie predsedu, podpredsedu, člena predsedníctva alebo ostatného člena; predsedovi, podpredsedovi, členovi predsedníctva a ostatnému členovi zaniká funkcia dňom doručenia písomného oznámenia ministerstvu,
 - b) odvolaním ministrom,
 - c) smrťou alebo vyhlásením za mŕtveho,
 - d) uplynutím funkčného obdobia vedeckej rady,
 - e) skončením štátnozamestnaneckého pomeru, pracovného pomeru alebo iného obdobného vzťahu, ak ide o zamestnanca ministerstva,
 - f) skončením pracovného pomeru alebo iného obdobného vzťahu, ak ide o zamestnancov organizácií uvedených v Článku 2 ods. 8.
- (3) Minister predsedu, podpredsedu, člena predsedníctva a ostatného člena odvolá
- a) ak si neplnia svoje povinnosti vo vedeckej rade, ktoré sú im zadané,
 - b) ak sa najmenej dvakrát po sebe bez udania dôvodu nezúčastnia na zasadnutiach,
 - c) ak bol z nich niekto právoplatne odsúdený za úmyselný trestný čin.
- (4) Minister môže predsedu, podpredsedu, člena predsedníctva a ostatného člena kedykoľvek odvolať aj bez udania dôvodu.
- (5) Ak funkcia predsedu, podpredsedu, člena predsedníctva alebo ostatného člena zanikne pred uplynutím jeho funkčného obdobia a minister v tomto čase vymenuje nového predsedu, podpredsedu, člena predsedníctva alebo ostatného člena, funkčné obdobie novovymenovaného predsedu, podpredsedu, člena predsedníctva alebo ostatného člena sa skončí dňom, ktorým by uplynulo funkčné obdobie pôvodne vymenovaného predsedu, podpredsedu, člena predsedníctva alebo ostatného člena.

Článok 4

Predseda a podpredseda

- (1) Predseda
- a) riadi činnosť vedeckej rady,
 - b) zodpovedá ministrovi za činnosť vedeckej rady,
 - c) v spolupráci s podpredsedom, členom predsedníctva, tajomníkom vedeckej rady (ďalej len „tajomník“) a organizačným útvarom pripravuje návrh programu zasadnutia a podklady na zasadnutie,
 - d) vedie zasadnutie.
- (2) Podpredseda zastupuje predsedu v čase jeho neprítomnosti alebo v prípade zániku funkcie predsedu v plnom rozsahu.

Článok 5

Predsedníctvo

- (1) Predsedníctvo vedeckej rady (ďalej len „predsedníctvo“) sa skladá z predsedu, podpredsedu a troch členov predsedníctva.
- (2) Predsedníctvo vykonáva činnosti medzi zasadnutiami a plní najmä tieto úlohy
- a) pod vedením predsedu pripravuje návrh programu zasadnutia a podklady na zasadnutie,

- b) pod vedením predsedu pripravuje úlohy, ktoré rieši vedecká rada na základe uznesení vedeckej rady.
- (3) Predsedníctvo zvoláva predsedu v potrebných časových intervaloch.

Článok 6 Tajomník

- (1) Tajomníka vymenúva a odvoláva minister na návrh vedúceho štátneho zamestnanca organizačného útvaru (ďalej len „vedúci štátny zamestnanec“).
- (2) V prípade vymenovania nového tajomníka alebo zániku funkcie tajomníka je odvolaný tajomník zodpovedný za včasné odovzdanie agendy, dokumentácie a archívu novému tajomníkovi.
- (3) Tajomník
- a) je zamestnancom ministerstva³,
 - b) nemá hlasovacie právo,
 - c) administratívne zabezpečuje prípravu podkladov na zasadnutie,
 - d) zvoláva zasadnutie na základe Článku 8,
 - e) zúčastňuje sa na zasadnutí,
 - f) vyhotovuje zápisnice zo zasadnutí,
 - g) vyhotovuje zápisnice z hlasovania vedeckej rady formou per rollam (ďalej len „hlasovanie per rollam“),
 - h) archivuje všetky dokumenty súvisiace s činnosťou vedeckej rady podľa osobitného predpisu⁴,
 - i) vykonáva všetky administratívne a technické činnosti nevyhnutné pre činnosť vedeckej rady,
 - j) je zodpovedný za zabezpečenie ochrany a dôvernosti dokumentov súvisiacich s činnosťou vedeckej rady,
 - k) plní úlohy, ktorými ho poverí predseda alebo predsedníctvo,
 - l) zachováva mlčanlivosť o skutočnostiach, o ktorých sa dozvedel pri výkone svojej funkcie.

Článok 7 Nezávislý externý odborník

- (1) Vedecká rada môže na návrh predsedu, predsedníctva alebo vedúceho štátneho zamestnanca schváliť spoluprácu vedeckej rady s nezávislým externým odborníkom, ktorého úlohou bude pripravovať najmä odborné podklady a odborné posudky pre vedeckú radu.
- (2) Nezávislým externým odborníkom je na účely tohto Štatútu fyzická osoba, fyzická osoba - podnikateľ alebo právnická osoba.

Článok 8 Príprava na zasadnutie

- (1) Zasadnutie môže iniciovať
- a) predseda,
 - b) minimálne dvaja členovia predsedníctva (Článok 5 ods. 1),
 - c) minimálne piati ostatní členovia vedeckej rady,
 - d) minister,
 - e) vedúci štátny zamestnanec.

⁴ Zákon č. 395/2002 Z. z. o archívoch a registratúrach a o doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a Registratúrny poriadok Ministerstva zdravotníctva SR.

- (2) Na zasadnutie môže byť prizvaný
 - a) štátny tajomník ministerstva,
 - b) generálny tajomník služobného úradu ministerstva,
 - c) zamestnanec ministerstva,
 - d) nezávislý externý odborník podľa Článku 7,
 - e) ďalšie osoby na základe rozhodnutia predsedu alebo vedúceho štátneho zamestnanca.
- (3) Osoby podľa odseku 2 prizvané na zasadnutie
 - a) nemajú hlasovacie právo,
 - b) podpíšu písomné vyhlásenie o zachovaní mlčanlivosti o všetkých skutočnostiach, o ktorých sa dozvedeli v súvislosti s ich účasťou na zasadnutí.
- (4) Na zasadnutí sa zúčastňuje aj vedúci štátny zamestnanec, ktorý nemá hlasovacie právo.
- (5) Vedecká rada zasadá podľa potreby, najmenej však raz za tri mesiace.
- (6) Pozvánka na zasadnutie (ďalej len „pozvánka“) spolu s návrhom programu zasadnutia je odoslaná predsedovi, podpredsedovi, členovi predsedníctva, ostatnému členovi a ďalším osobám na základe rozhodnutia predsedu alebo vedúceho štátneho zamestnanca, elektronicky prostredníctvom emailu minimálne desať pracovných dní pred plánovaným zasadnutím.
- (7) V pozvánke sa uvedie deň, hodina a miesto konania zasadnutia.
- (8) Ak sa predseda alebo podpredseda nemôžu zúčastniť na zasadnutí, túto skutočnosť bezodkladne oznámia tajomníkovi.
- (9) Ak sa člen predsedníctva alebo ostatný člen nemôže zúčastniť na zasadnutí, oznámi bezodkladne túto skutočnosť tajomníkovi najneskôr do začiatku zasadnutia.

Článok 9 Rokovací poriadok

- (1) Zasadnutie je neverejné a môže sa konať prezenčne alebo online. Zasadnutie online sa môže uskutočniť v odôvodnených prípadoch alebo na základe návrhu predsedajúceho.
- (2) Práva a povinnosti predsedu, podpredsedu, člena predsedníctva a ostatného člena sú nezastupiteľné, ak nie je v Článku 4 ods. 2 uvedené inak.
- (3) Na zasadnutí musí byť vždy prítomná minimálne nadpolovičná väčšina všetkých členov vedeckej rady.
- (4) Predsedajúci otvorí zasadnutie a následne oznámi počet prítomných a menovite tých, ktorí sa ospravedlnili, a tých, ktorí svoju účasť na zasadnutí neospravedlnili. Na základe výsledku predsedajúci skonštatuje, či je vedecká rada uznášaniaschopná. Následne predsedajúci predloží na schválenie návrh programu zasadnutia (Článok 8 ods. 6). Na schválenie návrhu programu zasadnutia je potrebný súhlas nadpolovičnej väčšiny všetkých členov vedeckej rady prítomných na zasadnutí.
- (5) Po schválení programu vykoná predsedajúci kontrolu splnenia úloh vyplývajúcich z uznesení z predchádzajúceho zasadnutia. Za plnenie úloh vyplývajúcich z uznesení zo zasadnutia zodpovedá predsedníctvo spolu s organizačným útvarom.
- (6) Predsedajúci prednesie k jednotlivým bodom schváleného programu stručnú charakteristiku. Ak si to povaha prerokovávaného materiálu vyžaduje, predsedajúci požiada o doplnenie alebo prezentáciu podpredsedu, člena predsedníctva, ostatného členov, tajomníka, vedúceho štátneho zamestnanca, nezávislého externého odborníka alebo inú osobu určenú predsedajúcim.
- (7) Následne predsedajúci otvorí diskusiu k jednotlivým bodom schváleného programu, do ktorej sa zdvihnutím ruky môžu prihlásiť osoby prítomné na zasadnutí.
- (8) Ak si to povaha prerokovávaného materiálu vyžaduje, po ukončení diskusie pristúpi vedecká rada k hlasovaniu.

- (9) Vedecká rada prijíma všetky závery zo zasadnutia formou uznesení na základe hlasovania (zdvihnutím ruky alebo použitím technického zariadenia). O spôsobe hlasovania rozhoduje predsedajúci. Na prijatie uznesenia je potrebné súhlasné stanovisko nadpolovičnej väčšiny prítomných členov vedeckej rady. Každý člen má iba jeden hlas. Pri rovnosti hlasov rozhoduje hlas predsedajúceho.
- (10) Po ukončení hlasovania vyhlási predsedajúci výsledok hlasovania spolu s uznesením.
- (11) Predseda, podpredseda, člen predsedníctva alebo ostatný člen, ktorí nesúhlasia s uznesením majú právo, aby ich odlišný názor bol uvedený v zápisnici zo zasadnutia.
- (12) Uznesenia sú súčasťou zápisnice.
- (13) Pri hlasovaní sa predseda, podpredseda, člen predsedníctva a ostatný člen vyjadria nasledovne
 - a) „za“ – vyjadrenie súhlasu s predmetom hlasovania,
 - b) „proti“ – vyjadrenie nesúhlasu s predmetom hlasovania,
 - c) „zdržal sa“ – zdržanie sa vyjadrenia k predmetu hlasovania.
- (14) V zápisnici zo zasadnutia (ďalej len „zápisnica“) sa uvedie dátum a miesto konania zasadnutia, kto viedol zasadnutie (predsedajúci), menný zoznam prítomných, menný zoznam neprítomných, ktorí sa ospravedlnili a tých, ktorí svoju účasť na zasadnutí neospravedlnili, kto spísal zápisnicu (tajomník), schválený program zasadnutia, diskusiu k jednotlivým bodom programu, výsledky hlasovania a uznesenia.
- (15) Bezodkladne po zasadnutí vyhotoví tajomník zápisnicu, ktorú pošle na pripomienkovanie predsedovi, podpredsedovi, členovi predsedníctva a ostatnému členovi. Lehota na pripomienkovanie predsedom, podpredsedom, členom predsedníctva a ostatným členom je päť pracovných dní. V prípade, ak predseda, podpredseda, člen predsedníctva alebo ostatný člen nezašle k zápisnici v stanovenej lehote žiadne pripomienky, znamená, že nemá k zápisnici žiadne pripomienky a súhlasí s ňou.
- (16) Finálnu verziu zápisnice, ktorú podpisuje predsedajúci, tajomník a vedúci štátny zamestnanec, pošle tajomník všetkým, ktorí sa zúčastnili zasadnutia a ministromi.
- (17) Zápisnica sa uverejňuje na webovom sídle ministerstva.
- (18) Zápisnica je podkladom pre rozhodnutie ministra.

Článok 10

Hlasovanie per rollam

- (1) Ak ide o vec, ktorá neznesie odklad alebo ak je to účelné, môže predsedajúci požiadať o hlasovanie per rollam.
- (2) Hlasovanie per rollam sa uskutočňuje elektronicky prostredníctvom emailu.
- (3) Predsedajúci určí lehotu pre hlasovanie per rollam, ktorá nesmie byť kratšia ako jeden pracovný deň.
- (4) Pri hlasovaní per rollam hlasuje vedecká rada spôsobom podľa Článku 9 ods. 13.
- (5) Návrh materiálu (predmet hlasovania) je schválený, ak súhlasné stanovisko zaslala vo vopred stanovenej lehote (na e-mailovú adresu tajomníka) nadpolovičná väčšina všetkých členov vedeckej rady. V prípade rovnosti hlasov rozhoduje hlas predsedajúceho.
- (6) Bezodkladne po ukončení hlasovania per rollam vyhodnotí tajomník výsledky hlasovania per rollam a vyhotoví zápisnicu, ktorú pošle elektronicky prostredníctvom emailu do piatich pracovných dní odo dňa ukončenia hlasovania per rollam predsedovi, podpredsedovi, členovi predsedníctva, ostatnému členovi a ministromi.
- (7) Zápisnicu z hlasovania per rollam podpisuje predsedajúci, tajomník a vedúci štátny zamestnanec.
- (8) Zápisnica z hlasovania per rollam sa uverejňuje na webovom sídle ministerstva.
- (9) Zápisnica z hlasovania per rollam je podkladom pre rozhodnutie ministra.

Článok 11

Materiálno-technické a finančné zabezpečenie činnosti

- (1) Ministerstvo materiálno-technicky, priestorovo a administratívne zabezpečuje činnosť vedeckej rady tak, že poskytuje
 - a) vhodné priestory a technické zabezpečenie zasadnutia, primerané množstvo kancelárskych potrieb a doplnkov pri zasadnutí,
 - b) zabezpečuje telekonferenčné spojenie pri zasadnutí,
 - c) zabezpečuje prevádzku počas zasadnutia, ktoré zahŕňa náklady na primerané občerstvenie počas zasadnutia (táto položka je refundovaná prostredníctvom reprezentačného fondu ministerstva z limitu pre vedeckú radu).
- (2) Ministerstvo môže uzatvoriť s vymenovaným predsedom, podpredsedom, členom predsedníctva, ostatným členom alebo nezávislým externým odborníkom (Článok 7 ods. 2) dohodu o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru podľa osobitného predpisu⁵ alebo iný druh zmluvného vzťahu⁶, a to v závislosti od druhu a rozsahu činnosti, ktorú majú vykonávať.
- (3) Predsedovi, podpredsedovi, členovi predsedníctva alebo ostatnému členovi, ktorý je v štátnozamestnaneckom pomere v služobnom úrade v príslušnom odbore štátnej služby alebo bez určenia odboru štátnej služby nepatrí odmena za pôsobenie vo vedeckej rade.
- (4) Ministerstvo uhradí predsedovi, podpredsedovi, členovi predsedníctva, ostatnému členovi a nezávislému externému odborníkovi, ktorí sa zúčastnili na zasadnutí, úhradu cestovných nákladov formou refundácie⁷ po doručení originálnych dokladov ministerstvu do výšky priemernej sumy za verejnú prepravu.

Článok 12

Zrušovacie ustanovenie

Zrušuje sa Štatút Vedeckej rady Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky uverejnený vo Vestníku Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, čiastka 33 – 35, ročník 66, ktorý nadobudol účinnosť dňa 2. mája 2018.

Článok 13

Účinnosť

Tento Štatút nadobúda účinnosť dňom jeho uverejnenia vo Vestníku Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky.

Vladimír Lengvarský
minister

⁵ Zákon č. 311/2001 Z. z. Zákonník práce v znení neskorších predpisov.

⁶ Zákon č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov.

⁷ Zákon č. 283/2002 Z. z. o cestovných náhradách v znení neskorších predpisov.

12.**Dodatok č. 1
k Štatútu Ceny ministerky zdravotníctva Slovenskej republiky
za významný prínos v oblasti slovenského zdravotníctva****Článok 1**

Štatút Ceny ministerky zdravotníctva Slovenskej republiky za významný prínos v oblasti slovenského zdravotníctva sa mení a dopĺňa takto:

1. V celom texte sa slovo „ministerka“ vo všetkých gramatických tvaroch nahrádza slovom „minister“ v príslušnom gramatickom tvare.
2. V článku II. ods. 1 písm. b) sa za slovo „sestra“ pridáva slovné spojenie „a pôrodná asistentka“.
3. V článku II. ods. 3 sa slovo „fundovanosť“ nahrádza slovom „erudovanosť“.
4. V článku 4 ods. 3 sa mení v plnom znení:
„3) Návrh na udelenie ceny ministra sa predkladá v štruktúre podľa prílohy č. 1 až prílohy č. 3 emailom zaslaného na emailovú adresu cena_ministra@health.gov.sk, zriadeného výlučne pre potreby udeľovania ceny ministra.“
5. V článku VI. ods. 3 sa číslo „5“ mení na číslo „7“.
6. V článku VI. ods. 8 písm. a) sa vypúšťajú slová „právo a povinnosť“.
7. V článku VI. ods. 8 písm. b) sa vypúšťa slovo „právo“.
8. V článku VI. ods. 8 písm. c) sa vypúšťa slovo „povinnosť“.
9. V článku VI. ods. 11 sa mení v plnom znení:
„11) Komisia prerokúva návrhy na udelenie ceny ministra a odporúča ministrovi najviac tri návrhy v každej kategórii. O udelení, resp. neudelení ceny ministra konkrétnemu kandidátovi rozhoduje s konečnou platnosťou minister.
Na rozhodnutie podľa predchádzajúcej vety sa nevzťahujú všeobecne záväzné právne predpisy a nie je možné proti nemu podať opravný prostriedok.“
10. V článku VI. ods. 13 sa „sekcia financovania“ mení na „odbor ošetrovateľstva a riadenia ľudských zdrojov v zdravotníctve“.
11. V článku VII. ods. 6, 8 a 10 sa slovo „záznam“ nahrádza slovom „zápisnica“.
12. Článok VII. ods. 9 sa mení v plnom znení:
„9) Zápisnicu vypracuje tajomník komisie do 10 dní po zasadnutí komisie a overuje ju predseda komisie. V prípade jeho neprítomnosti na zasadnutí je zápisnica overená podpredsedom komisie.“
13. V článku VIII. ods. 3 sa mení v plnom znení:
„3) Všetky náklady spojené s udeľovaním cien ministra sa hradia z finančných prostriedkov ministerstva.“
14. V článku IX. ods. 2 sa mení v plnom znení:
„2) Tento štatút nadobúda účinnosť dňom podpísania ministrom.“

Tento dodatok č. 1 nadobúda platnosť dňom podpísania ministrom.

V Bratislave dňa 09. marca 2022

Vladimír Lengvarký
minister

13.**KONCEPCIA HUMANIZÁCIE ÚSTAVNEJ ZDRAVOTNEJ
STAROSTLIVOSTI V ODBORE PSYCHIATRIA**Číslo: **Z012064-2022**Dátum: **07. 03. 2022**

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písmeno a) zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva túto koncepciu:

1 UVEDENIE DO PROBLEMATIKY

Zdravotná starostlivosť o pacientov, trpiacich duševnými poruchami na Slovensku, si vyžaduje systémovú zmenu, pretože sa do jej rozvoja dlhé roky neinvestoval dostatok finančných prostriedkov. Napriek tomu sa zdravotnícki pracovníci, poskytujúci starostlivosť v odbornom zameraní psychiatria, snažia pristupovať k svojim pacientom s rešpektom a úctou. Pri svojej práci však musia zohľadniť osobitosti duševných porúch, ktoré zahŕňajú aj agresívne prejavy a iné poruchy správania, potenciálne nebezpečné pre samotných pacientov a ich okolie. Časť obmedzovacích prostriedkov, ktoré sa používajú na Slovensku, je možné nahradiť modernejšími alternatívami. Tieto zahŕňajú nielen samotné obmedzovacie prostriedky, ale aj dostatočné materiálno-technické vybavenie a personálne zabezpečenie zdravotníckych zariadení, ktoré poskytujú zdravotnú starostlivosť v odbornom zameraní psychiatria, vrátane rozšíreného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov v tejto oblasti.

Humanizácia zdravotnej starostlivosti v odbornom zameraní psychiatria (ďalej len „psychiatrická starostlivosť“) predstavuje vytvorenie čo najprirodzenejšieho prostredia, v ktorom je poskytovanie zdravotnej starostlivosti založené na vzájomnej dôvere, rešpekte, dôstojnosti a spolupráci medzi pacientom (v prípade neploletého pacienta aj jeho zákonným zástupcom alebo blízkou osobou) a zdravotníckym pracovníkom. Najdôležitejším aspektom humanizácie je minimalizovať utrpenie pacienta a maximalizovať jeho pohodu počas hospitalizácie, čím sa optimalizujú podmienky pre jeho úspešnú liečbu.

Humanizácia v sebe zahŕňa také nastavenie systému a spôsobu poskytovania zdravotnej starostlivosti a prostredia, ktoré bude uspokojovať potreby pacientov a zároveň dodržiavať ich základné ľudské práva. Tento proces upravuje nielen podmienky samotnej hospitalizácie pacienta, ale predovšetkým smeruje k prevencii hospitalizácií, ich skráteniu a tiež k deinštitucionalizácii.

Ústavná zdravotná starostlivosť v odbornom zameraní psychiatria (ďalej len „ústavná psychiatrická starostlivosť“) v Slovenskej republike nebola systémovo niekoľko desaťročí modernizovaná a neboli pre ňu vypracované presnejšie štandardné postupy, ktoré definujú pravidlá jej poskytovania. V súlade s najnovšími trendmi, odporúčaniami odbornej spoločnosti a požiadavkami Európskej Únie je v súčasnosti potrebné zvýšiť úroveň kvality poskytovanej ústavnej psychiatrickej starostlivosti vo viacerých jej aspektoch, ktoré opisuje táto koncepcia. Najvhodnejším spôsobom ako to dosiahnuť je realizovanie najmodernejšej diagnostiky a liečby vo vhodných priestoroch s moderným materiálno – technickým a prístrojovým vybavením a odborne spôsobilými zdravotníckymi pracovníkmi v súlade s platnými Štandardnými diagnostickými a terapeutickými postupmi (ďalej len „ŠTDP“), ktoré sú zárukou správne a kvalitne poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

Niektoré časti Koncepcie humanizácie ústavnej zdravotnej starostlivosti v odbore psychiatria budú realizované prostredníctvom naplňania cieľov Plánu obnovy a odolnosti (ďalej len „POO“), Komponentu 12, ktorý zabezpečí financovanie a zároveň ustanovuje podmienky pre ich realizáciu. Nie je možné očakávať, že humanizácia ústavnej psychiatrickej starostlivosti bude ukončená, resp. sa dosiahne len implementáciou POO. Humanizácia je dlhoročný proces, ktorého realizácia bude prebiehať dlhodobo a bude vyžadovať financovanie z viacerých zdrojov (štrukturálne fondy Európskej Únie, štátny rozpočet, verejné zdravotné poistenie a samosprávy).

Rozhodujúcu úlohu bude zohrávať aj spôsob prijatia zmeny myslenia a prístupu zdravotníckych pracovníkov pri poskytovaní starostlivosti, ich vzájomná spolupráca a tiež trpezlivosť. Súčasťou humanizácie psychiatrickej starostlivosti musí byť aj zmena postoja celej spoločnosti a dotknutých spolupracujúcich rezortov k ľuďom trpiacim duševnými poruchami, ktorí si zasluhujú rešpekt k ich ľudským právam a destigmatizujúci prístup ako ktorýkoľvek iný občan Slovenskej republiky (ďalej len „SR“).

Odbor psychiatria nie je jediným medicínskym odborom, v ktorom sa vyžaduje humanizácia. Mnohé z medicínskych odborov znášajú nedostatky v materiálo-technickom vybavení, personálnom zabezpečení a vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov v oblasti dodržiavania ľudských práv je nedostatočné.

2 ĽUDSKÉ PRÁVA A HUMANIZÁCIA ÚSTAVNEJ PSYCHIATRICKEJ STAROSTLIVOSTI

Ľudské práva sú základné práva a slobody, ktoré patria každému človeku od narodenia bez ohľadu na jeho rasu, pohlavie, etnickú, národnostnú alebo štátnu príslušnosť. Sú definované vo vnútroštátnych a medzinárodných právnych predpisoch a jednotlivé štáty ich vo vzťahu k svojim občanom musia rešpektovať, chrániť a napĺňať.

Ochrana základných ľudských práv a slobôd je v podmienkach SR zakotvená v druhej hlave Ústavy SR⁸. Okrem toho sa SR ratifikáciou Dohovoru Organizácie spojených národov o právach osôb so zdravotným postihnutím⁹ zaviazala podporovať, chrániť a zabezpečovať plnohodnotné a rovnaké užívanie všetkých ľudských práv a základných slobôd všetkými osobami so zdravotným postihnutím a podporovať úctu k ich dôstojnosti. Osoby so zdravotným postihnutím zahŕňajú aj osoby s duševnou poruchou, ktorá bráni ich plnému a účinnému zapojeniu do života spoločnosti.

Organizácia spojených národov (ďalej len „OSN“) vytvorila aj samostatný Dohovor OSN o právach dieťaťa¹⁰, ktoré nemá spôsobilosť na právne úkony, ale napriek tomu disponuje právom rozhodovať o tých právnych úkonoch, ktoré sú svojou povahou primerané rozumovej a vôľovej vyspelosti zodpovedajúcej jeho veku. Rovnako ako v Dohovore OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím sa má s dieťaťom zaobchádzať s ľudskosťou, úctou a spôsobom, ktorý berie ohľad na potreby osoby daného veku.

Oba vyššie uvedené Dohovory OSN majú v zmysle čl. 7 ods. 5 Ústavy SR¹¹ prednosť pred zákonmi SR, a preto musia byť ich ustanovenia uplatňované v každom styku s orgánmi verejnej správy a ich inštitúciami, t. j. aj počas poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti v odbornom zameraní psychiatria (ďalej len „ústavná psychiatrická liečba“). Svetová zdravotnícka organizácia (World health organisation, ďalej len „WHO“) na základe Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím vytvorila súbor nástrojov, tzv. „WHO QualityRights Tool Kit“, ktorý poskytuje krajinám praktické informácie a nástroje na hodnotenie a zlepšovanie štandardov kvality a ľudských práv v zariadeniach poskytujúcich starostlivosť o duševné zdravie a sociálnu starostlivosť (resp. sociálne služby). „WHO QualityRights Tool Kit“ možno vnímať aj ako podklad pre formulovanie cieľov Koncepcie humanizácie zdravotníckych zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktoré poskytujú zdravotnú starostlivosť v odbornom zameraní psychiatria (ďalej len „zariadenia ústavnej psychiatrickej starostlivosti“) s prihliadnutím na vek a rod osoby so zdravotným postihnutím a tiež druh a stupeň jej zdravotného postihnutia.

Najdôležitejšie ciele Koncepcie humanizácie zariadení ústavnej psychiatrickej starostlivosti sú rozdelené podľa jednotlivých práv pacienta definovaných v Dohovore OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím (ďalej len „Dohovor“):

• Primeraná životná úroveň a sociálna ochrana (Článok 28 Dohovoru)

- Vytvorenie lepších podmienok pre pacienta z hľadiska modernizácie **materiálo technického zabezpečenia** (ďalej len „MTZ“) zariadení ústavnej psychiatrickej starostlivosti (napr. vytvorenie dvojlôžkových izieb so sociálnym zariadením, zabezpečenie bezpečného vonkajšieho priestoru, zabezpečenie voľnočasových aktivít pre pacientov, umožnenie ich komunikácie s okolím aj s využitím informačno-komunikačných technológií).

⁸ zákon č. 460/1992 Zb. Ústava Slovenskej republiky v znení neskorších predpisov;

⁹ Dohovor pre Slovenskú republiku nadobudol platnosť dňa 25. júna 2010 v súlade s článkom 45 ods. 2 Ústavy SR a bol prebratý do Zbierky zákonov SR, ako príloha k čiastke 122, Oznámením Ministerstva zahraničných vecí Slovenskej republiky č. 317/2010 Z. z. – Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím (dostupný online: <https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialnapomoc/tazke-zdravotne-postihnutie/kontaktne-miesto-prava-osob-so-zdravotnym-postihnutim/dohovor-osn-pravach-osob-sozdravotnym-postihnutim.htm>);

¹⁰ Dohovor nadobudol platnosť na základe svojho článku 49 ods. 1 dňom 2. septembra 1990. Pre Českú a Slovenskú Federatívnu Republiku v súlade so svojím článkom 49 ods. 2 dňom 6. februára 1991 a bol prebratý do Zbierky zákonov ČSFR Oznámením Federálneho ministerstva zahraničných vecí č. 104/1991 Zb. o Dohovore o právach dieťaťa, zmena (uverejnená pod č. 50/2003 Z.z.) nadobudla platnosť 18. novembra 2002 na základe článku 50 ods. 2 Dohovoru (dostupný online: <https://www.employment.gov.sk/sk/ministerstvo/NKSpreRPNnD/dokumenty.html>).

¹¹ zákon č. 460/1992 Zb. Ústava Slovenskej republiky v znení neskorších predpisov;

- Zavedenie **vnútorného poriadku** v zariadeniach ústavnej psychiatrickej starostlivosti, ktorý definuje práva pacienta hospitalizovaného v zariadení ústavnej psychiatrickej starostlivosti. Riadi sa ním každodenný život pacienta v zariadení. Musí byť upravený podľa individuálneho liečebného plánu pacienta.
- Integrácia psychiatrickej starostlivosti so sociálnymi službami a prepojenie ústavnej liečby so službami komunitnej psychiatrie s cieľom podporiť samostatnosť pacienta a dosiahnuť jeho deinštitucionalizáciu.
- Umožnenie hospitalizácie dieťaťa spolu s rodičom, prípadne blízkou osobou.
- Zabezpečenie priestoru na hranie a spoločenské aktivity detí, na vzdelávanie, na voľnočasové aktivity dospelých.

- **Zdravie (Článok 25 Dohovoru)**

- Zabezpečenie kvalitnej zdravotnej starostlivosti pre všetkých hospitalizovaných pacientov, vrátane diagnostiky a liečby telesných ochorení: implementácia moderných diagnostických a liečebných metód, rozvoj komunitnej psychiatrickej starostlivosti, snaha o prevenciu inštitucionalizácie a skrátenie doby hospitalizácie, zameranie liečby na zotavenie sa z psychickej poruchy a na dosiahnutie čo najvyššej kvality života.
- Vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov poskytujúcich starostlivosť v odbornom zameraní psychiatria a v oblasti duševného zdravia zahŕňajúce štandardné diagnostické a terapeutické postupy, štandardné ošetrovateľské postupy, štandardné postupy pre výkon prevencie, certifikovanú pracovnú činnosť a špecializačné štúdiá v príslušných špecializačných odboroch pre všetky profesie pracujúce v zariadeniach ústavnej psychiatrickej starostlivosti, prevenciu a manažment agresívneho správania.
- Zvyšovanie povedomia zdravotníckych pracovníkov o ľudských právach, dôstojnosti, nezávislosti a o potrebách osôb so zdravotným postihnutím prostredníctvom sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov a zverejňovania etických noriem.

- **Rovnosť pred zákonom, sloboda a osobná bezpečnosť (Články 12 a 14 Dohovoru)**

- Snaha o získanie informovaného súhlasu pacienta s hospitalizáciou, diagnostickým procesom a liečbou, implementácia Štandardného postupu pre procesný manažment v súvislosti s hospitalizáciou dospelého pacienta bez informovaného súhlasu na psychiatrickom oddelení (nedobrovoľná hospitalizácia)¹², vrátane vzdelávania v tejto oblasti pre pacientov aj zdravotníckych pracovníkov.
- Zapojenie pacienta do rozhodovania o diagnostickom postupe a liečbe, umožnenie výberu liečebnej metódy.
- Uplatňovanie opatrení zabráňujúcich zneužitiu spôsobilosti na právne úkony hospitalizovaných pacientov.
- Presadzovanie nemoralizujúceho, nestigmatizujúceho a nediskriminujúceho prístupu k hospitalizovaným pacientom.

- **Ochrana pred mučením alebo krutým, neľudským či ponižujúcim zaobchádzaním alebo trestaním a ochrana pred vykorisťovaním, násilím a zneužívaním (Články 15 a 16 Dohovoru)**

- Poznanie práv pacienta ako súčasť vzdelávania zdravotníckych pracovníkov poskytujúcich starostlivosť v odbornom zameraní psychiatria a v oblasti duševného zdravia a ich rešpektovanie.
- Monitoring kvality poskytovanej starostlivosti (indikátory kvality v zariadení ústavnej psychiatrickej starostlivosti, Úrad komisára pre osoby so zdravotným postihnutím, Úrad komisára pre deti, Európsky výbor na zabránenie mučenia a neľudského či ponižujúceho zaobchádzania alebo trestania (Committee for the Prevention of Torture, (ďalej len „Výbor CPT“) a i.), vrátane jej hodnotenia užívateľmi zdravotnej starostlivosti a rešpektovania ich práva podať sťažnosť a práva na jej riešenie.
- Definovanie manažmentu agresivity a porúch správania u pacientov s duševnou poruchou, ktorý bude zahŕňať register o agresívnych prejavoch a ich manažmente v zariadení ústavnej psychiatrickej starostlivosti, vytvorenie seklúzných izieb a bezpečnostných jednotiek pre psychiatrických pacientov so závažnými poruchami správania, edukáciu zdravotníckych pracovníkov s praktickým nácvikom a vytvorením algoritmov pre postup v prevencii a manažmente agresie v konkrétnom zariadení ústavnej psychiatrickej starostlivosti.
- Snahu o redukcii ochranných lôžok (sieťových postelí) a zákaz používania klietkových postelí. Nahradenie týchto obmedzovacích prostriedkov modernejšími.

¹² Štandardný operačný proces pri nedobrovoľnej hospitalizácii - Hospitalizácia bez informovaného súhlasu (dostupný online: <https://www.standardnepostupy.sk/standardy-psychiatria/>).

- Vytvorenie špecializovaných forenzných zariadení ústavnej psychiatrickej starostlivosti pre realizáciu forenznej expertízy (t. j. vyšetrenia duševného stavu pozorovaním v ústave), ochranných liečení a detencie u páchatel'ov trestných činov s duševnou poruchou.
 - **Nezávislý spôsob života a začlenenie do spoločnosti (Článok 19 Dohovoru)**
- Podpora destigmatizácie duševných porúch a psychiatrickej starostlivosti.
- Podpora prevencie inštitucionalizácie a podpora deinštitucionalizácie pacientov, prepojenie zariadení ústavnej psychiatrickej starostlivosti s komunitnou psychiatrickou starostlivosťou.
- Zapojenie pacientov a ich rodinných príslušníkov do všetkých podstatných rozhodovacích procesov, týkajúcich sa liečby, pomoci a podpory. Spolupráca s pacientskymi organizáciami.

Súčasne je dôležité mať na pamäti aj ľudské práva zdravotníckych pracovníkov, ktorí pracujú v zariadeniach ústavnej psychiatrickej starostlivosti v náročných podmienkach, vyplývajúcich nielen z charakteru duševných porúch pacientov, ale aj z nedostatočného materiálno-technického a personálneho zabezpečenia. Nevyhnutné je sústrediť sa aj na ich vzdelávanie. Tieto zmeny spoločne prispejú k ich ochrane a k zlepšeniu pracovných podmienok.

3 VECNÝ POPIS SITUÁCIE VRÁTANE HISTÓRIE

Slovenská republika vo financovaní starostlivosti o duševné zdravie významne zaostáva za vyspelejšími krajinami¹³. Poskytovaná zdravotná a sociálna starostlivosť v oblasti duševného zdravia na Slovensku je nedostatočná a málo dostupná.

V ústavnej psychiatrickej starostlivosti je dostatok lôžkových kapacít, avšak tieto je potrebné humanizovať a reprofiliť, nakoľko existujú nedostatky v oblasti starostlivosti o deti, mladistvých a seniorov. Ďalším problémom je materiálno - technické vybavenie zariadení ústavnej psychiatrickej starostlivosti. Podľa poslednej správy Výboru CPT z roku 2018 sa veľkosť izieb v zariadeniach ústavnej psychiatrickej starostlivosti pohybuje od 21 m² do 24 m² pre troch a niekde aj štyroch pacientov¹⁴. Vo viacerých zariadeniach ústavnej psychiatrickej starostlivosti na Slovensku je však bežné, že jednu izbu zdieľajú aj 5 – 6 pacienti spoločne. Sanitárne zariadenia sú umiestňované prevažne na chodbe oddelenia a sú spoločné pre viacero pacientov (v závislosti od ich pohlavia). Uvedené podmienky sú pre pacientov z hľadiska liečby nevyhovujúce a nedôstojné. Z tohto dôvodu je v rámci humanizácie psychiatrickej starostlivosti potrebné humanizovať prostredie a reprofiliť aspoň časť súčasných lôžok v zariadeniach ústavnej psychiatrickej starostlivosti, v ktorých to je možné, a teda zriadiť pre pacientov jednolôžkové a dvojlôžkové izby, ktorých súčasťou bude aj samostatné sociálne zariadenie. V zdravotnej starostlivosti poskytovanej v odbornom zameraní detská psychiatria (ďalej len „detská psychiatrická starostlivosť“) je potrebné rešpektovať špecifiká veku (príp. pohlavia a diagnózy) pacientov a podľa nich definovať priestorové požiadavky.

Ochranné lôžka sú jedným z obmedzovacích prostriedkov, ktorý sa používa u pacientov s poruchami správania v rámci klinických prejavov psychických porúch. Manažment týchto pacientov je pri súčasnom vybavení zariadení ústavnej psychiatrickej starostlivosti náročný a rizikový z hľadiska rizika agresívneho správania voči samotnému pacientovi a jeho okoliu. Vylúčenie používania ochranných lôžok (sieťových, resp. klietkových postelí) odporučil Slovenskej republike Výbor pre ľudské práva OSN už v roku 2008. Na túto problematiku taktiež upozorňoval Slovenskú republiku aj Výbor CPT, po prvýkrát v roku 2005. Aj napriek týmto upozorneniam a odporúčaniam sa však sieťové posteľe v ústavnej zdravotnej starostlivosti naďalej používajú bez redukcie ich počtu a doposiaľ nebol identifikovaný ani humánnejší spôsob ich náhrady. V oblasti používania obmedzovacích prostriedkov a manažmentu agresívneho správania však existujú možnosti ich humanizácie. Dôležitým aspektom, ktorý treba zohľadniť pri identifikácii vhodnejších (humánnejších) alternatív, je skutočnosť, že v zariadeniach ústavnej psychiatrickej starostlivosti v súčasnosti predstavujú ochranné lôžka, resp. sieťové posteľe pre niektoré špecifické skupiny pacientov tú najhumánnejšiu alternatívu na ich ochranu pred zranením (napr. pacienti s kvalitatívnou poruchou vedomia a pacienti s poruchou autistického spektra). Bez zavedenia iných alternatív (napr. špeciálne posteľe pre seniorov, snoezelen miestnosti, edukácia a navýšenie počtu zdravotníckych pracovníkov) ochranné lôžka nie je možné redukovať.

¹³ UHP: Duševné zdravie a verejné financie, <https://dusevnezdravie.sk/wp-content/uploads/2020/10/dusevnezdravie.sk-dusevne-zdravie-verejne-financie-uhp-1.pdf>

¹⁴ Rada Európy: Správa pre vládu Slovenskej republiky o návšteve Slovenskej republiky, ktorú uskutočnil Európsky výbor na zabránenie mučenia a neľudského či ponižujúceho zaobchádzania alebo trestania v dňoch 19. až 28. marca 2018 č. CPT/Inf (2019) 20 (dostupná online na: <https://rm.coe.int/168094fd72>);

Potenciálne vyššie riziko agresívneho správania sa vyskytuje u pacientov, ktorí v súvislosti s psychickou poruchou spáchali trestný čin a bolo im súdom nariadené ochranné opatrenie. Pre súdom nariadené ochranné liečenie sa využívajú bežné lôžka v nemocniciach a liečebniach, ktoré poskytujú zdravotnú starostlivosť v odbornom zameraní psychiatria (ďalej len „psychiatrická nemocnica“ a „psychiatrická liečebňa“). Nie sú zriadené špeciálne jednotky s osobitným režimom pre výkon ochranného liečenia. V SR doteraz absentuje detenčné zariadenie. Aj keď je vo výstavbe detenčný ústav s kapacitou 75 osôb, ktorý má byť uvedený do prevádzky k 01.10.2022, je už v súčasnosti zrejme, že tento kompletne nevyrieši situáciu so zabezpečením realizácie detencie.

Problémom v zariadeniach ústavnej psychiatrickej starostlivosti je aj nedostatok zdravotníckych pracovníkov a absencia vzdelávania týchto zdravotníckych pracovníkov, ktorá rozširuje pracovné kompetencie. Tieto zariadenia nemajú vytvorené podmienky na výkon certifikovaných pracovných činností psychoterapie a špecializovaných činností psychodiagnostiky, psychoedukácie a psychosociálnej rehabilitácie. Z dôvodu nízkych personálnych noriem a z toho vyplývajúceho nedostatočného ekonomického zabezpečenia rôznych odborných profesií v zdravotníckych zariadeniach, je problémom aj nedostatok pracovných miest pre vzdelanie dostatočného počtu ďalších odborníkov, napr. z oblasti klinickej psychológie, klinickej logopédie, liečebnej pedagogiky, psychoterapie a i., čo v budúcnosti povedie k ďalšiemu zhoršeniu v dostupnosti týchto služieb. Chýba taktiež koordinácia a systematický prístup nielen v multidisciplinárnych pracovných tímoch, ale aj v nadrezortných témach. Slovensko trpí nedostatkom odborníkov vzdelaných v certifikačnej príprave a vykonávajúcich certifikované pracovné činnosti psychoterapie, ktorú dnes môžu poskytovať iba odborníci v rezorte zdravotníctva. Investície do vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, modernizácie ústavných psychiatrických zariadení a postupov používaných v zdravotnej starostlivosti sú dlhodobo nedostatočné.

Aktuálnosť problematiky a naliehavá potreba riešenia používania ochranných lôžok, resp. sieťových (kľetkových) postelí sa po poslednej návšteve Výboru CPT v zariadeniach ústavnej psychiatrickej starostlivosti v SR opätovne otvorila. Vláda SR sa preto v roku 2018 opätovne zaviazala situáciu riešiť.

SR sa v nadväznosti na závery a odporúčania medzinárodných subjektov zaviazala v rámci POO, Komponentu 12, Investícia 3.3 - Humanizácia oddelení ústavnej starostlivosti „zlepšiť kvalitu poskytovanej psychiatrickej zdravotnej starostlivosti humanizáciou oddelení ústavnej psychiatrickej starostlivosti, a to prostredníctvom nasledovných dvoch cieľov:

- ✓ **rekonštrukciu lôžkového fondu ústavných psychiatrických zariadení dosiahnuť humanizáciu podmienok pre hospitalizáciu pacientov. Zabezpečiť redukciiu počtu pacientov na izbe so samostatným sanitárnym zariadením. Dôležitou skutočnosťou však je, že cieľom nemá byť znižovanie počtu lôžok.**
- ✓ **vylúčením používania sieťových postelí a ich nahradením miestnosťami pre izoláciu, čo v ideálnom prípade predstavuje dve miestnosti na jedno psychiatrické akútne oddelenie s príslušným zariadením podľa odporúčaní Výboru CPT. Cieľom je destigmatizácia a optimalizácia bezpečnostného režimu ústavných zariadení poskytujúcich psychiatrickú starostlivosť.“¹⁵**

Uvedené ciele riešia problematiku humanizácie ústavnej psychiatrickej starostlivosti iba parciálne, nakoľko je komplexnejšia. K naplneniu jej cieľa prispievajú aj ďalšie reformy a investície z POO, Komponentu 12, najmä:

- rozvoj akútne poddimenzovaných kapacitných oblastí v starostlivosti o duševné zdravie,
- modernizácia diagnostických metód a liečebných postupov,
- vykonanie prvej epidemiologickej štúdie v oblasti duševných porúch,
- zriadenie fondu psychodiagnostických metód,
- obnova materiálo-technického vybavenia,
- prehodnotenie vzdelávania zdravotníckych pracovníkov v starostlivosti o duševné zdravie (vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov a vzdelávanie odborníkov mimo rezortu zdravotníctva).

4 HUMANIZÁCIA ÚSTAVNEJ PSYCHIATRICKEJ STAROSTLIVOSTI

Ústavná psychiatrická starostlivosť sa poskytuje v odbornom zameraní psychiatria (vrátane gerontopsychiatrie a sexuológie), detská psychiatria a v rámci vykonávania certifikovanej pracovnej činnosti medicína drogových závislostí. Jednotlivé typy ústavných zariadení sú: psychiatrické oddelenia/kliniky všeobecných nemocníc, detské psychiatrické oddelenia/kliniky všeobecných nemocníc, psychiatrické

¹⁵ úplné znenie dostupné online: <https://www.planobnovy.sk/kompletny-plan-obnovy/lepsie-zdravie/> ;

nemocnice, detské psychiatrické oddelenia/kliniky nemocníc, ktoré poskytujú zdravotnú starostlivosť v odbornom zameraní detská psychiatria, psychiatrické liečebne, liečebne, ktoré poskytujú zdravotnú starostlivosť v odbornom zameraní detská psychiatria a centrá pre liečbu drogových závislostí.

Téma humanizácie ústavnej psychiatrickej starostlivosti je širokospektrálna a zahŕňa:

- modernizáciu diagnostických a liečebných metód a vypracovanie ŠDTP/Štandardných operačných postupov (ďalej len „ŠOP“) pre ne;
- zlepšenie materiálo-technického vybavenia zdravotníckych zariadení;
- optimalizáciu počtu zdravotníckych pracovníkov, podporu spolupráce v multidisciplinárnych tímoch;
- zavedenie vnútorného poriadku v jednotlivých zariadeniach ústavnej psychiatrickej starostlivosti;
- zapojenie pacienta do rozhodovacieho procesu v diagnostike a liečbe duševných porúch;
- prevenciu agresívneho správania – nácvikom sociálnych a komunikačných zručností pacientov a deeskaláčnych techník zdravotníckych pracovníkov;
- modernizáciu obmedzovacích prostriedkov (redukcia počtu ochranných lôžok, vytvorenie seklúzných izieb a bezpečnostných jednotiek pre pacientov so závažnými poruchami správania, vytvorenie registra agresívnych prejavov a použitých obmedzovacích prostriedkov);
- optimalizáciu podmienok pre ochranné opatrenia – ochranné liečenia a detencia;
- zabezpečenie aktívneho trávenia voľného času pre pacientov v interiéri aj exteriéri, zabezpečenie voľnočasových aktivít pre pacientov a umožnenie ich komunikácie s okolím aj s využitím informačno-komunikačných technológií;
- prepojenie ústavnej – komunitnej – ambulantnej starostlivosti, vrátane spolupráce so sociálnymi a výchovno-vzdelávacími službami;
- vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov;
- zabezpečenie optimálnych pracovných podmienok pre zdravotníckych pracovníkov pracujúcich v zariadeniach ústavnej psychiatrickej starostlivosti. Monitoring kvality poskytovanej starostlivosti.

Veľmi dôležité je taktiež vnímať rôznorodosť jednotlivých zariadení ústavnej psychiatrickej starostlivosti a ich odlišné možnosti zapojenia sa do procesu humanizácie. Humanizácia bude dlhodobý a postupný proces, ktorý nebude prebiehať súčasne a rovnako vo všetkých zariadeniach ústavnej psychiatrickej starostlivosti. Potrebné je však jednotlivé položky procesu humanizácie zadefinovať, aby sa mohla realizovať podľa plánu spoločného pre všetky zariadenia. Zvláštnu pozornosť treba venovať špeciálnym skupinám pacientov – deťom a seniorom, ktorí si vyžadujú špecifické podmienky a prístup. Zo strany štátu je nevyhnutný proces humanizácie systémovo nastaviť, legislatívne ukotviť a finančne zabezpečiť.

4.1 Humanizácia materiálo-technického zabezpečenia zariadení ústavnej psychiatrickej starostlivosti

Minimálne materiálo-technické vybavenie zariadení ústavnej psychiatrickej starostlivosti v súčasnosti definuje Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálo-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení¹⁶. Očakáva sa však jeho zmena. Prebiehajúca optimalizácia siete nemocníc zaradila program Psychiatria do 2 úrovní – koncovej a regionálnej (aktuálne preň prebieha príprava minimálnych noratívov). V nich bude zohľadnená aj humanizácia ústavnej psychiatrickej starostlivosti, ktorá zahŕňa viacero oblastí. Vyžaduje si rekonštrukciu veľkokapacitných izieb pacientov na izby s maximálnou kapacitou 4 pacienti v jednej izbe. Preferujú sa však dvoj lôžkové izby so samostatným sociálnym zariadením. Taktiež majú byť zriadené vhodné miestnosti na výkon certifikovaných pracovných činností psychoterapie. Na realizáciu elektrokonvulzívnej liečby je potrebné zriadenie samostatnej zákrokovej miestnosti s adekvátnym vybavením. Nemenej dôležité je tiež zabezpečenie priestorov a vybavenia na ergoterapiu, muzikoterapiu, biblioterapiu, arteterapiu a pohybovú terapiu pre pacientov. Pacienti majú mať možnosť aktívneho trávenia voľného času v bezpečne upravenom interiéri aj exteriéri. Vytvorené by mali byť aj návštevné priestory. Zariadenie by malo podporiť komunikáciu pacienta s okolím aj s využitím informačno-komunikačných technológií. Humanizácia zariadení ústavnej psychiatrickej starostlivosti má zlepšiť aj pracovné podmienky zdravotníckych pracovníkov,

¹⁶ Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálo-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení (dostupný online: <https://www.health.gov.sk/?vzdelavanie-normativ-mtz-vynos-09812-2008>);

ktoré sú v súčasnosti taktiež na nedostatočnej úrovni (pracovné miesto, pracovné pomôcky a odev, bezpečnosť zamestnancov, miestnosť na regeneráciu, šatňa, hygiena, stravovanie a pod.).

V mesiacoch september – november 2021 vykonalo Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „MZ SR“) prieskum aktuálnej situácie v zariadeniach ústavnej psychiatrickej starostlivosti v SR, zameraný na lôžkový fond a možnosti jeho humanizácie. Podriadené organizácie MZ SR celkovo pokrývajú **23 psychiatrických oddelení/kliník vo všeobecných nemocniciach, 6 špecializovaných psychiatrických nemocníc** (Hronovce, Kremnica, Michalovce, Pezinok, Veľké Zálužie, Rožňava) a **6 psychiatrických liečební** (Hraň, Sučany, Plešivec, Svidník, Rožňava, Trebišov). Prieskum sa nerealizoval u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v Centrách pre liečbu drogových závislostí v Bratislave, Košiciach a Banskej Bystrici a ani na psychiatrickom oddelení Nemocnice pre obvinených a odsúdených a Ústavu na výkon trestu odňatia slobody v Trenčíne. Oslovené boli štátne, aj súkromné zdravotnícke zariadenia, poskytujúce ústavnú psychiatrickú starostlivosť.

Zo všetkých oslovených subjektov v rámci prieskumu nepredložilo žiadne stanovisko 9 zariadení. Z výsledkov prieskumu vyplynulo, že na Slovensku ústavná psychiatrická starostlivosť disponuje cca 4000 lôžkami v 4 až viac lôžkových izbách, a že sa aktuálne využíva 221 sieťových postelí. Odhadované náklady na rekonštrukcie a humanizáciu lôžkovej časti predstavujú sumu 45 607 400 EUR.

Iba 4 zariadenia v prieskume uviedli, že sú schopné vytvoriť samostatnú seklúznu miestnosť bez potreby ďalšej dostavby/rekonštrukcie oddelenia a pri zachovaní aktuálnej lôžkovej kapacity. Celková odhadovaná investícia na zriadenie jednej seklúznej miestnosti bola vyčíslená tromi zo štyroch zariadení vo výške cca 51 000 EUR. 19 zariadení je schopných vytvoriť samostatnú seklúznu miestnosť/viac seklúznych miestností a zriadiť izby so zredukovanými lôžkami iba za cenu zníženia kapacity lôžok, resp. iba ako súčasť nákladnej stavebnej rekonštrukcie zariadenia. Celková odhadovaná investícia vrátane rekonštrukcií/dostavby zariadení je vo výške cca 30 970 000 EUR.

4.2 Špecifiká humanizácie ústavnej detskej psychiatrickej starostlivosti

V ústavnej zdravotnej starostlivosti, poskytovanej v odbornom zameraní detská psychiatria (ďalej len „ústavná detská psychiatrická starostlivosť“) v SR je potrebná nielen modernizácia a humanizácia, ale predovšetkým doplnenie chýbajúcich lôžok pre detských pacientov. Vybudovanie adekvátnych lôžkových kapacít umožní štruktúrované poskytovanie zdravotnej starostlivosti pre jednotlivé vekové a diagnostické skupiny pacientov s ohľadom na fázu ich liečby (akútne a doliečovacie lôžka). Základom humanizácie v detskej psychiatrii by malo byť poskytovanie štandardnej zdravotnej starostlivosti na akútnom lôžku s následným doliečovaním pacienta v stacionári s odborným zameraním detská psychiatria (ďalej len „psychiatrický stacionár pre deti“), či v zdravotníckom zariadení komunitnej detskej psychiatrickej starostlivosti alebo na špecializovanom doliečovacom lôžku v nemocnici alebo liečebni, ktorá poskytuje zdravotnú starostlivosť v odbornom zameraní detská psychiatria.

Na Slovensku je však v tejto oblasti situácia dlhodobo kritická. Okrem lôžkových kapacít, psychiatrických stacionárov pre deti a komunitných zdravotníckych zariadení ktoré poskytujú zdravotnú starostlivosť v odbornom zameraní detská psychiatria (ďalej len „zariadenia detskej psychiatrickej starostlivosti“) chýbajú aj adekvátne vzdelaní zdravotnícki pracovníci, ktorí by boli deťom k dispozícii a rýchlejšie a komplexnejšie reagovali na individuálne potreby a aktuálny stav pacientov.

Chýba tiež dostatočné priestorové a materiálno-technické vybavenie umožňujúce pacientom dostatok pohybu a fyzickej aktivity na zníženie nadbytku energie, či umožňujúce kreatívne rozvíjať svoje zručnosti a zmysluplne tráviť čas. Pacienti, ktorí majú voľný čas vyplnený možnými aktivitami, do ktorých sa môžu zapájať, mávajú výrazne zredukované problematické správanie a rýchlejšie dochádza k stabilizácii ich stavu.

Z hľadiska používania obmedzovacích prostriedkov je nutné brať ohľad na jednotlivé vekové kategórie a vývinovú etapu dieťaťa. V detskej psychiatrii nie je možné pri používaní obmedzovacích prostriedkov aplikovať rovnaké pravidlá ako u dospelých pacientov. Vhodné je umožniť aj hospitalizáciu dieťaťa spolu s rodičom, prípadne blízkou osobou, zabezpečiť priestor na vzdelávanie, hranie a spoločenské aktivity detí.

Nízky počet lôžok (1-2) a samostatné sociálne zariadenie na izbe nemusia byť vyhovujúce pre všetky skupiny pacientov. Organizácia oddelenia sa má odvíjať aj od počtu lôžok, ktorými oddelenie disponuje. Ak to priestorové možnosti oddelenia umožňujú, je vhodné oddeliť menšie deti od adolescentov alebo od pacientov s vysokou mierou agresivity a problematického správania.

4.3 Pravidlá hospitalizácie pacienta v zariadení ústavnej psychiatrickej starostlivosti

Vytvorenie čo najprirodzenejšieho prostredia, v ktorom je poskytovanie zdravotnej starostlivosti založené na vzájomnej dôvere, rešpekte, dôstojnosti a spolupráci medzi pacientom (v prípade neplnoletého pacienta aj jeho zákonným zástupcom alebo blízkou osobou) a lekárom/zdravotníckymi pracovníkmi, je predpokladom úspešnej liečby. Každé zdravotnícke zariadenie by malo mať vypracovaný „**Vnútný poriadok**“, ukotvený v platnej

legislatíve, ktorý definuje práva pacienta hospitalizovaného v zariadení ústavnej psychiatrickej starostlivosti a povinnosti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Je nevyhnutné, aby vnútorný poriadok zdravotníckeho zariadenia reflektoval potreby pacienta, nakoľko sa ním riadi pacientov každodenný život v zariadení.

Jednotlivé ustanovenia vnútorného poriadku musia byť koncipované tak, aby sa predišlo zlému zaobchádzaniu s hospitalizovanými pacientmi a aby odzrkadľovali ich práva zakotvené v osobitných predpisoch.

S vnútorným poriadkom musia byť pacienti (v prípade neplnoletých pacientov aj ich zákonní zástupcovia) preukázateľne oboznámení pri prijatí do zdravotníckeho zariadenia. Pacient musí byť opätovne oboznámený s vnútorným poriadkom v prípade, ak bol do nemocnice prijatý v stave, v ktorom toto oboznámenie nebolo možné realizovať, resp. by mu z objektívnych príčin nebol schopný plne porozumieť. Po oboznámení sa s obsahom tohto poriadku dostane pacient jednu kópiu, ktorú si môže nechať pri sebe na izbe, aby ju mal kedykoľvek k dispozícii. Poriadok je taktiež umiestnený na viditeľnom a prístupnom mieste tak, aby bol kedykoľvek pacientom dostupný, napr. na nástenke na chodbe.

V zdravotníckom zariadení, ktoré poskytuje ústavnú zdravotnú starostlivosť v odbornom zameraní psychiatria (ďalej len „zariadenie ústavnej psychiatrickej starostlivosti“) môžu existovať rôzne typy ošetrovacích jednotiek (oddelení) s odlišným režimom starostlivosti, čo musí byť zohľadnené vo vnútornom poriadku. Súčasne je potrebné režim upraviť s ohľadom na aktuálny zdravotný stav podľa individuálneho liečebného plánu pacienta. Konkrétne znenie vnútorného poriadku si bude môcť poskytovateľ zdravotnej starostlivosti upraviť podľa existujúcich možností v danom zariadení ústavnej psychiatrickej starostlivosti.

Návrh vnútorného poriadku zariadenia ústavnej psychiatrickej starostlivosti je prílohou č. 1 tejto koncepcie a bude z legislatívneho hľadiska upravený v osobitnom predpise.

4.4 Problematika nedobrovoľných hospitalizácií

Nedobrovoľná hospitalizácia je zákonnou a potrebnou možnosťou v manažmente pacientov, trpiacich psychickými poruchami. Napriek tomu ide o významný zásah do ľudských práv a slobôd. Malo by ísť o krajnú možnosť, po ktorej zdravotnícki pracovníci siahajú až po vyčerpaní všetkých možností poskytnutia zdravotnej starostlivosti pacientovi dobrovoľne. A to v situáciách, kedy je medzi duševnou poruchou a nebezpečným konaním vzťah príčiny a následku. Výskyt nedobrovoľnej hospitalizácie na Slovensku sa v roku 2018 pohyboval v jednotlivých zariadeniach od 0,4% po 33,2%, čo svedčí o veľkej variabilite využívania tejto možnosti, ktorú umožňuje nejasne formulovaná, prípadne vykonávaná legislatíva.¹⁷

Aktuálnosť problematiky a potreba ju riešiť vyplynula z poslednej správy Výboru CPT z roku 2018¹⁸, v ktorej Výbor CPT odporučil, aby slovenské orgány prijali kroky, vrátane krokov na legislatívnej úrovni, na zabezpečenie toho, aby pacienti, ktorí boli prevzatí do zdravotníckych zariadení, ktoré poskytujú zdravotnú starostlivosť v odbornom zameraní psychiatria (ďalej len „zariadenia psychiatrickej starostlivosti“) nedobrovoľne, boli vypočutí sudcom v rámci konania o prípustnosti prevzatia a aby im bola doručovaná kópia každého uznesenia súdu o ich nedobrovoľnom umiestnení. Výbor CPT taktiež odporučil, aby sa prijali kroky, ktoré zabezpečia, aby kolízni opatrovníci plnili svoju úlohu účinne.¹⁹

Výbor CPT ďalej Slovenskej republike odporučil, aby sa v situáciách, kedy pacient, ktorý vyjadril súhlas s hospitalizáciou podpísaním informovaného súhlasu (bol dobrovoľne hospitalizovaný), žiada o prepustenie a lekár vyhodnotí, že sú splnené podmienky pre jeho hospitalizáciu bez súhlasu (nedobrovoľnú hospitalizáciu), uplatňoval zákonom stanovený postup konania o prípustnosti prevzatia pacienta do ústavnej starostlivosti.²⁰

Po poslednej správe Výboru CPT z roku 2018²¹ odborná pracovná skupina ŠDTP pre psychiatriu MZ SR v spolupráci so Slovenskou psychiatrickou spoločnosťou, o. z. Slovenskej lekárskej spoločnosti (ďalej len „SPsS SLS“) vytvorila Štandardný postup pre procesný manažment v súvislosti s hospitalizáciou dospelého pacienta bez informovaného súhlasu na psychiatrickom oddelení (nedobrovoľná hospitalizácia), ktorý bol schválený MZ SR²². V tomto postupe sú ukotvené pravidlá pre rôzne situácie sprevádzajúce hospitalizáciu pacienta bez súhlasu.

¹⁷ Izáková E., Breznoščáková D., Turček M., Krenická V.: Nedobrovoľná hospitalizácia na Slovensku v európskom kontexte. Čes a slov Psychiat 2020; 116(2): 74–79 (online: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2020_2_74_79.pdf);

¹⁸ Rada Európy: Správa pre vládu Slovenskej republiky o návšteve Slovenskej republiky, ktorú uskutočnil Európsky výbor na zabránenie mučenia a neľudského či ponižujúceho zaobchádzania alebo trestania v dňoch 19. až 28. marca 2018 č. CPT/Inf (2019) 20 (dostupná online na: <https://rm.coe.int/168094fd72>);

¹⁹ Id.

²⁰ Id.

²¹ Id.

²² Štandardný operačný proces pri nedobrovoľnej hospitalizácii - Hospitalizácia bez informovaného súhlasu (dostupný online: <https://www.standardnepostupy.sk/standardy-psychiatria/>).

Za účelom naplnenia odporúčaní Výboru CPT však bude potrebné zakomponovať ich požiadavky do platnej právnej úpravy spoločne s Ministerstvom spravodlivosti Slovenskej republiky (ďalej len „MS SR“).

4.5 Problematika forenznej psychiatrickej starostlivosti

Problematika forenznej psychiatrickej starostlivosti je ďalšou oblasťou, ktorá je na Slovensku dlhodobo zanedbávaná. Jej riešenie si vyžaduje nadrezortnú spoluprácu viacerých subjektov, predovšetkým MZ SR, MS SR a Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky (ďalej len „MPSVaR SR“). Potrebné je vytvoriť nielen štandardné diagnostické a liečebné postupy, ale aj zrealizovať legislatívne zmeny v tejto oblasti.

Forezné zariadenia psychiatrickej starostlivosti sú určené na realizáciu forenznej expertízy (t. j. vyšetrenia duševného stavu pozorovaním v ústave), ochranných liečení a detencie u páchatel'ov trestných činov s duševnou poruchou. V súčasnosti špecializované ambulantné ani ústavné forezné zariadenia psychiatrickej starostlivosti neexistujú. Tieto činnosti sa bez diferenciacie starostlivosti realizujú v bežných podmienkach psychiatrickej praxe. Páchatelia trestnej činnosti, u ktorých boli pre prítomnosť psychickej poruchy nariadené vyššie spomenuté ochranné opatrenia, sú hospitalizovaní spolu s ostatnými pacientmi a nie je im poskytovaná špecializovaná liečba či osobitné režimové opatrenia, čo môže znižovať ich účinnosť a tiež bezpečnosť ostatných pacientov a zdravotníckych pracovníkov.

S cieľom skvalitniť starostlivosť o túto skupinu pacientov a poskytnúť im osobitný diagnostický a liečebný prístup je potrebné vytvoriť nové špecializované zariadenia. Forezná psychiatrická ambulancia bude zameraná na výkon ochranných liečení ambulantnou formou. Môže byť ďalej špecializovaná podľa druhu ochranného liečenia – psychiatrického, sexuologického, pre liečbu závislostí. Forezné psychiatrické ústavné zariadenia a jednotky zabezpečia foreznú expertízu a výkon jednotlivých druhov ochranného liečenia ústavnou formou. Detenčný ústav je zriaďovaný pre umiestnenie páchatel'ov trestných činov s psychickou poruchou, u ktorých nie je možné realizovať ochranné liečenie v ústavných zdravotníckych zariadeniach typu psychiatrických nemocníc a liečební a riadi sa Trestným zákonom²³ a Zákonom o výkone detencie²⁴. Diferenciácia forenznej starostlivosti v každej forme musí rešpektovať aj podmienky odlišného režimu pre mladistvých. Poskytovaná zdravotná starostlivosť vo forezných psychiatrických zariadeniach má byť prepojená na služby komunitnej psychiatrie s cieľom dosiahnutia deinstytucionalizácie pacienta.

Riešenie problematiky forenznej psychiatrickej starostlivosti si súčasne vyžaduje zavedenie nových vzdelávacích aktivít. Potrebné je zintenzívniť a rozšíriť vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov v špecializačnom štúdiu zameranom na foreznú psychiatriu a foreznú sexuológiu pre detský aj dospelý vek a zároveň vytvoriť vzdelávacie programy pre znalcov psychiatrov a sexuológov.

Súčasne je nevyhnutné realizovať legislatívne zmeny tak, aby nariaďovanie, výkon a ukončovanie ochranných opatrení ako sú ochranné liečenie a detencia boli v súlade s cieľmi humanizácie a destigmatizácie psychiatrickej starostlivosti (napr. aby nedochádzalo k predlžovaniu ochranného liečenia, k ukladaniu dvojitého trestu, aby bolo možné ukončenie ochranného liečenia pri opakovanom porušovaní vnútorného poriadku a pod.).

4.6 Problematika manažmentu agresivity a porúch správania u pacientov trpiacich psychickými poruchami

Manažmentu agresivity a porúch správania u pacientov s duševnou poruchou sa na Slovensku nevenuje dostatočná pozornosť. Agresívni pacienti sú hospitalizovaní v psychiatrických zariadeniach spolu s ostatnými duševne chorými pacientmi a potenciálne riziko ich agresívneho správania voči iným pacientom a/alebo zdravotníckym pracovníkom je vysoké. Výskyt agresívneho správania u hospitalizovaných pacientov v Psychiatrickej nemocnici Hronovce v rokoch 2006 – 2008 predstavoval 5,2% pacientov²⁵ a v rokoch 2018 – 2019 sa dokonca mierne zvýšil na 6,3%²⁶. Navyše, sa v zariadeniach ústavnej psychiatrickej starostlivosti, ktoré nie sú špecializované pre tento typ pacientov, vykonávajú aj ochranné liečenia, prípadne sú tu hospitalizovaní páchatelia násilných trestných činov, u ktorých bolo pre nepríčetnosť zastavené trestné stíhanie a čakajú na rozhodnutie súdu o nariadení ochranného liečenia. Situáciu komplikuje aj skutočnosť, že doteraz nebol na Slovensku zriadený detenčný ústav, a teda sa umiestňovanie týchto pacientov do zariadení ústavnej psychiatrickej starostlivosti stalo bežnou praxou.

²³ zákon č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon v znení neskorších predpisov;

²⁴ zákon č. 231/2019 Z. z. o výkone detencie a o zmene a doplnení niektorých zákonov;

²⁵ Zelman M., Das A. Ch., Hudec J., Priščáková A. Agresívne prejavy u psychiatrických pacientov hospitalizovaných v PN Hronovce v rokoch 2006 – 2008 – analýza výskytu. Psychiatr. prax; 2010; 11 (4): 127–130 (online: <https://www.solen.sk/storage/file/article/742de9ffcc8cd0a68ffd6535ea6c7bdb.pdf>).

²⁶ Sádovská K. Forezné aspekty závažných duševných porúch. Diplomová práca. LF UK Bratislava, 2021, 97.

Napriek tomu, že ide o problematiku zasahujúcu do ľudských práv pacientov, nemáme v SR špecificky zadenovaný a implementovaný manažment pacientov s duševnou poruchou s prejavmi agresívneho správania. Právne predpisy, ktoré sa týkajú používania obmedzovacích prostriedkov v psychiatrickej praxi nepostačujú. Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov doposiaľ neobsahuje žiadne nariadenia týkajúce sa koordinovaného používania obmedzovacích prostriedkov v zariadeniach psychiatrickej starostlivosti v SR. Odo dňa 30.6.2009 je účinné Odborné usmernenie MZ SR k používaniu obmedzovacích prostriedkov u pacientov v zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich psychiatrickú starostlivosť²⁷, a tiež Odborné usmernenie MZ SR o prevencii násilia medzi pacientmi hospitalizovanými v zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich psychiatrickú starostlivosť²⁸.

Podrobnejšie usmernenie obsahujú revidované normy Výboru CPT z roku 2017²⁹, ktoré upravujú používanie obmedzovacích prostriedkov v zariadeniach ústavnej psychiatrickej starostlivosti a sú sumárnou publikáciou o typoch obmedzovacích prostriedkov v zariadeniach ústavnej psychiatrickej starostlivosti, manipulácii s nimi a komplexnom manažmente ich používania. Výbor CPT odporúča jednotlivým štátom v tejto publikácii zavedenie viacerých pravidiel do praxe.

4.7 Vedenie registra o agresívnych prejavoch a ich manažmente v zariadení ústavnej psychiatrickej starostlivosti

Podľa Výboru CPT má byť každé použitie obmedzovacích prostriedkov zaznamenané v osobitnom registri na zaznamenávanie všetkých prípadov použitia obmedzovacích prostriedkov (vrátane farmakologického obmedzenia) a záznamenané v zdravotnej dokumentácii pacienta. Záznam v registri by mal byť vykonaný dôkladne a kompletne s uvedením času začiatku aj ukončenia obmedzenia pacienta, okolností prípadu, dôvodov použitia, mena lekára, ktorý nariadil alebo schválil jeho vykonanie a opisu každého ublíženia na zdraví pacientov alebo zdravotníckych pracovníkov. Vytvorenie registra samo osebe nie je prevenciou ani riešením danej situácie, ale umožní jej zmapovanie, poskytne podklady pre zmenu postupov v zdravotníckom zariadení, a teda prispeje k zlepšeniu manažmentu agresívnych prejavov.

Vymenované obmedzovacie prostriedky ako účinné opatrenia majú viesť k tvorbe systematického dohľadu nad výskytom takýchto prejavov a k zlepšeniu zvládania podobných situácií v budúcnosti. Aj napriek tomu, že je účinné Odborné usmernenie MZ SR k používaniu obmedzovacích prostriedkov u pacientov v zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich psychiatrickú starostlivosť³⁰, ktoré obsahuje požiadavku vedenia podrobnej dokumentácie o používaní obmedzovacích prostriedkov, zo súhrnnej správy Úradu komisára pre osoby so zdravotným postihnutím o monitoringoch vykonaných v zariadeniach poskytujúcich psychiatrickú liečbu v roku 2019 vyplynulo, že viacero zariadení psychiatrickej starostlivosti podrobne záznamy o používaní obmedzovacích prostriedkov nevedie. Z tohto dôvodu je potrebné vytvoriť právne záväznú a vymožitelnú formu upravujúcu postupy pri používaní obmedzovacích prostriedkov.

²⁷ Odborné usmernenie MZ SR k používaniu obmedzovacích prostriedkov u pacientov v zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich psychiatrickú starostlivosť č. 13787/2009 – OZS, zo dňa 27. 5. 2009, zverejnené vo Vestníku MZ SR č. 25/2009 dňa 30.06.2009, 185 - 186 (dostupné online:

²⁸ Odborné usmernenie MZ SR o prevencii násilia medzi pacientmi hospitalizovanými v zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich psychiatrickú starostlivosť č. 26380/2009 - OZS, zo dňa 10.05.2010, zverejnené vo Vestníku MZ SR č. 12-18/2010 dňa 28.05.2010, 89 – 90 (online:

²⁹ Revidované normy CPT: Obmedzovacie prostriedky v psychiatrických zariadeniach pre dospelých č. CPT/Inf(2017)6 z 27.03.2017 (online: <https://rm.coe.int/168092ea72>).

³⁰ Odborné usmernenie MZ SR k používaniu obmedzovacích prostriedkov u pacientov v zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich psychiatrickú starostlivosť č. 13787/2009 – OZS, zo dňa 27. 5. 2009, zverejnené vo Vestníku MZ SR č. 25/2009 dňa 30.06.2009, 185 - 186 (dostupné online:

4.8 Používanie obmedzovacích prostriedkov u pacientov v zariadeniach ústavnej psychiatrickej starostlivosti

V rámci humanizácie v oblasti používania obmedzovacích prostriedkov a manažmentu agresívneho správania pacientov bude potrebné aktualizovať Odborné usmernenie MZ SR k používaniu obmedzovacích prostriedkov u pacientov v zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich psychiatrickú starostlivosť³¹.

„Medzi obmedzovacie prostriedky patria:

- a) fyzické (manuálne) obmedzenie: ide o pridržovanie alebo imobilizáciu pacienta zdravotníckymi pracovníkmi pomocou fyzickej prevahy / špeciálnych hmatov – manuálna kontrola;
- b) mechanické obmedzenie: použitie obmedzovacích pomôcok, ako napr. popruhov, na imobilizáciu pacienta;
- c) farmakologický obmedzovací prostriedok nedobrovoľné podávanie liekov s cieľom zabezpečenia kontroly nad pacientovým správaním;
- d) izolácia: nedobrovoľné umiestnenie pacienta v seklúznej miestnosti.“

Výbor CPT v tejto súvislosti opakovane zdôrazňuje, že obmedzenie pacientov sa má používať ako posledná možnosť (*ultima ratio*) na docielenie odvrátenia nebezpečenstva plynúceho z emergentnej situácie a akonáhle jej existencia pominie, pacient má byť z obmedzovacích prostriedkov uvoľnený. Tieto prostriedky totiž nemajú žiadne terapeutické benefity a slúžia výlučne ku kontrole pacientovho správania. Regulované používanie týchto prostriedkov má byť zakotvené v zákonoch jednotlivých krajín, ako aj vo vnútornom poriadku, či predpise každého zariadenia psychiatrickej starostlivosti tak, aby nedochádzalo k ich svojvoľnému zneužívaniu v prípadoch, ak si chcú zdravotnícki pracovníci zjednodušiť prácu, pri nedostatku zamestnancov, ako náhrada primeranej zdravotnej starostlivosti alebo liečby a za žiadnych okolností ako druh potrestania. Cieľom kontroly nad používaním obmedzovacích prostriedkov by mala byť prevencia ich používania v maximálnej možnej miere. A ak je nevyhnutné ich použiť, musí byť jednoznačne určené, ktoré obmedzovacie prostriedky a za akých podmienok je vhodné aplikovať, akým spôsobom vykonať ich podanie, aký dohľad má byť zabezpečený a čo je potrebné urobiť po ukončení ich použitia. Samozrejmosťou má byť aj relevantné informovanie samotných pacientov o dôvodoch a zásadách ich aplikácie pred aj po ich použití, čím možno zmierňovať psychické následky z tohto zážitku a poskytnúť priestor na hľadanie alternatívnych riešení, ako dostať pacientovo správanie pod kontrolu.

Na Slovensku čelíme pri implementácii pravidiel používania obmedzovacích prostriedkov viacerým nedostatkom: chýbajú zdravotnícki pracovníci, nie je zabezpečené vzdelávanie zamerané nielen na zvládnutie agresívneho prejavu, ale najmä na jeho prevenciu, chýbajú registre agresívneho správania, nemáme vybudované seklúzne miestnosti, ani špeciálne ošetrovacie bezpečnostné jednotky pre psychiatrických pacientov so závažnými poruchami správania. Iný prístup k redukcii používania obmedzovacích prostriedkov môže predstavovať začlenenie nácviku sociálnych zručností a komunikačných spôsobilostí počas hospitalizácie do terapeutických aktivít ako prevenciu pocitov frustrácie, vedúcich k agresívnemu správaniu formou hrania rolí, videotréningu a spätnej väzby pod vedením psychológa alebo lekára s príslušným profesijným titulom vzdelaného v tomto postupe.

Výsledky z monitorovania dodržiavania základných ľudských práv a slobôd pacientov umiestnených v zariadeniach ústavnej psychiatrickej starostlivosti nezávislými štátnymi inštitúciami, ktorých úlohou je chrániť základné ľudské práva a slobody (Verejný ochranca práv, Úrad komisára pre osoby so zdravotným postihnutím) upozornili na nejednotné postupy v jednotlivých zariadeniach psychiatrickej starostlivosti pre dospelých aj detských pacientov. Potrebné je vypracovať legislatívne ukotvenú jednotnú stratégiu a postup pre používanie obmedzovacích prostriedkov.

4.8.1 Charakteristika seklúznej miestnosti

Seklúzna miestnosť je jedným z obmedzovacích prostriedkov. Určená je pre pacientov so závažnými poruchami správania, ktorými ohrozujú sami seba a/alebo svoje okolie. Ide o uzamknuteľnú, materiálne-technicky pre pacienta bezpečnú miestnosť, z ktorej pacient nemôže sám vyjsť. Pre túto miestnosť sa používajú aj označenia izolačná a bezpodnetová. Vzhľadom k tomu, že termín izolačná miestnosť v súčasnosti označuje miestnosť určenú najmä na izoláciu pacienta s infekčným ochorením, je dôležité odlíšenie zámeru izolácie. Ako synonymum sa v tejto súvislosti používa aj termín bezpodnetová miestnosť. Tento termín naznačuje, že počas

³¹ Odborné usmernenie MZ SR k používaniu obmedzovacích prostriedkov u pacientov v zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich psychiatrickú starostlivosť č. 13787/2009 – OZS, zo dňa 27. 5. 2009, zverejnené vo Vestníku MZ SR č. 25/2009 dňa 30.06.2009, 185 - 186 (dostupné online:

pobytu pacienta v nej nemá byť vystavený žiadnym podnetom. Upokojujúce podnety v seklúznej miestnosti sú však pre pacienta prospešné. Z tohto dôvodu je aj tento termín nevhodný. Seklúzna miestnosť má predstavovať pre pacienta bezpečné a upokojujúce miesto v ústraní.

4.8.2 Charakteristika bezpečnostnej jednotky pre psychiatrických pacientov so závažnými poruchami správania

Agresia u pacientov vyplývajúca z prítomnosti duševnej poruchy kladie vysoké nároky na organizáciu ústavnej psychiatrickej starostlivosti. Hoci na základe publikovaných údajov sa vyskytuje len u asi 5% osôb v zariadeniach psychiatrickej starostlivosti, ide o závažný fenomén. Násilné útoky nezriedka končia poranením pacientov či zdravotníckych pracovníkov. V podmienkach štandardného psychiatrického oddelenia je manažment týchto pacientov náročný, preto si kladie vysoké, často neriešiteľné, požiadavky na personálne a materiálno-technické zabezpečenie.

Potrebné je preto vybudovanie bezpečnostných jednotiek určených pre túto skupinu pacientov. Ide o vyčlenené priestory s možnosťou bezpečného zvládnutia porúch správania a následného kontinuálneho monitorovania pacienta a jeho ďalšej liečby. Špecifiká bezpečnostnej jednotky zahŕňajú maximálne 2-lôžkové izby pre pacientov s vhodným vybavením. Minimálne polovica izieb má mať možnosť kontinuálneho monitorovania kamerovým systémom. Súčasťou bezpečnostnej jednotky má byť aj seklúzna miestnosť, systém okamžitého zvolania zdravotníckych pracovníkov (napr. bezpečnostné náramky, signalizačné zariadenia) a kamerový systém v spoločných priestoroch, rovnako ako miestnosť pre voľnočasové aktivity a bezpečný prístup k čerstvému vzduchu (vstup do bezpečného vonkajšieho priestoru). Zdravotnícki pracovníci majú byť k dispozícii v dostatočnom počte podľa jednotlivých kompetencií a pravidelne školený v technikách prevencie a verbálneho i nonverbálneho manažmentu agresivity a porúch správania.

V roku 2019 sa realizovala diskusia s riaditeľmi psychiatrických nemocníc a liečební zriadených MZ SR k možnosti vytvorenia bezpečnostných jednotiek, na základe ktorej sa identifikovala potreba vytvorenia cca 100 lôžok v rámci celej SR (15-20 lôžok v jednom zariadení).

4.9 Vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov poskytujúcich starostlivosť v špecializačnom odbore psychiatria a v oblasti duševného zdravia

Vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov poskytujúcich starostlivosť v špecializačnom odbore psychiatria a v oblasti duševného zdravia by malo byť neoddeliteľnou súčasťou všetkých moderných zdravotníckych systémov. Malo by zahŕňať všetky oblasti determinujúce základnú kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti, a to najmä **informácie o ŠTDP, štandardných ošetrovateľských postupoch, štandardných postupoch pre výkon prevencie, pre všetkých zdravotníckych pracovníkov a iné profesie pracujúce v ústavných zdravotníckych zariadeniach.**

Súčasťou všetkých typov vzdelávania zdravotníckych pracovníkov poskytujúcich starostlivosť v špecializačnom odbore psychiatria a v oblasti duševného zdravia **by mala byť** problematika manažmentu agresivity a porúch správania. Jej dôležitou súčasťou je poznanie práv a povinností pacienta aj poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. **Zvýšenú** pozornosť je potrebné venovať nácviku prevencie agresívneho správania, používania deeskalačných techník a správneho používania obmedzovacích prostriedkov. Ďalšiu možnosť predstavuje vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov v technikách nácviku sociálnych zručností a komunikačných spôsobilostí pacientov ako prevencie pocitov frustrácie, vedúcich k ich agresívnemu správaniu.

5 ZÁVER

Zámerom reformy psychiatrickej starostlivosti je presadzovanie nemoralizujúceho, nestigmatizujúceho a nediskriminujúceho prístupu k ľuďom s duševnými poruchami, ku ktorému významnou mierou prispeje humanizácia ústavnej psychiatrickej starostlivosti. Povedie k vytvoreniu čo najprirodzenejšieho prostredia, v ktorom je poskytovanie zdravotnej starostlivosti založené na vzájomnej dôvere, rešpekte, dôstojnosti a dobrom terapeutickom vzťahu. Najdôležitejším aspektom humanizácie je minimalizovať utrpenie pacienta a maximalizovať jeho pohodu počas hospitalizácie, čím sa optimalizujú podmienky pre jeho úspešnú liečbu. Zároveň je dôležité zlepšiť aj pracovné podmienky zdravotníckych pracovníkov, aby mohli svoju prácu vykonávať v prostredí, kde majú zabezpečené svoje potreby a bezpečnosť.

Zariadenia ústavnej psychiatrickej starostlivosti si vyžadujú zvýšenie úrovne kvality poskytovanej ústavnej psychiatrickej starostlivosti vo viacerých aspektoch. Najvhodnejším spôsobom ako to dosiahnuť je realizovanie najmodernejšej diagnostiky a liečby vo vhodných priestoroch s moderným materiálno – technickým a prístrojovým vybavením a odborne spôsobilými zdravotníckymi pracovníkmi v súlade so ŠTDP a ŠOP, ktoré sú zárukou správne a kvalitne poskytovanej zdravotnej starostlivosti. V súčasnosti sú realitou ústavnej psychiatrickej starostlivosti

mnohopostel'ové izby, veľmi často sú ochranné lôžka (siet'ové posteľe) v izbách spolu s bežnými posteľami a nerešpektujú intimitu pacientov v situácii, kedy je v dôsledku prítomnosti duševnej poruchy u pacientov nutné použiť obmedzovacie prostriedky. Preto je potrebná snaha o rekonštrukciu lôžkového fondu, vytvorenie bezpečného vonkajšieho priestoru, zabezpečenie voľnočasových aktivít pre pacientov a umožnenie ich komunikácie s okolím aj s využitím informačno-komunikačných technológií. Rovnako dôležité je vylúčenie používania ochranných lôžok, vybudovanie seklúzných miestností a tiež bezpečnostných jednotiek určených pre pacientov so závažnými poruchami správania v rámci prejavov duševných porúch. Ide o vyčlenené priestory s možnosťou bezpečného zvládnutia porúch správania u pacientov a ich následného kontinuálneho monitorovania a liečby. Na tieto nedostatky upozorňuje opakovane vládu SR aj Výbor CPT. Páchatelia trestných činov, ktorí súčasne trpia psychickou poruchou a bolo im súdom nariadené ochranné liečenie, ale aj tí, ktorí čakajú na jeho uloženie, sú hospitalizovaní v zariadeniach ústavnej psychiatrickej starostlivosti, ktoré nie sú špecializované pre tento typ pacientov, u ktorých sa často vyskytuje agresívne správanie. Túto situáciu je potrebné na Slovensku riešiť. SPsS SLS na tieto nedostatky v psychiatrickej starostlivosti dlhodobo poukazuje a uskutočnila viacero krokov na ich riešenie. Vzhľadom k tomu, že ide o aktuálnu tému, stala sa aj predmetom POO, Komponentu 12, z ktorého sú na tento účel alokované finančné prostriedky. MZ SR realizovalo analýzu súčasného stavu v zariadeniach ústavnej psychiatrickej starostlivosti, zameranú aj na potenciál riešenia problematiky humanizácie. Predkladaná koncepcia humanizácie mapuje problematiku a stanovuje podmienky pre jej riešenie.

Na základe celkového lôžkového fondu zariadení ústavnej psychiatrickej starostlivosti na Slovensku disponujeme dostatočnými kapacitami lôžok pre potreby minimálnej siete. Je však potrebné ich humanizovať, reprofiliť kapacity pre špecifické populácie pacientov, t. j. najmä deti a seniorov, pretože tieto sú nedostatočné a vytvoriť vhodné kapacity pre ochranné liečenie a detenciu. Historicky je v rámci ústavnej psychiatrickej starostlivosti Slovensko pomerne deinštitucionalizované, napr. v porovnaní s Českou republikou. Deinštitucionalizácia v zmysle presunu ľudí z veľkokapacitných pobytových zariadení je potrebná najmä v rámci sociálnych služieb. So znižovaním počtu psychiatrických lôžok zatiaľ nerátali ani koncepcie ústavnej starostlivosti na Slovensku (napr. bývalý návrh stratifikácie nemocníc, plánovanie podľa špecializácií v rámci novej reformy siete nemocníc prebieha v rámci POO, Komponentu 11). Napriek existencii Stratégie deinštitucionalizácie a legislatívneho rámca je proces deinštitucionalizácie sociálnych služieb veľmi pomalý, v uplynulých rokoch kapacity niektorých komunitných služieb dokonca ubúdali. Urýchlenie tohto procesu je preto hlavným cieľom POO, Komponentu 12, ktorý zahŕňa aj vybudovanie komunitnej psychiatrickej starostlivosti a POO, Komponentu 13, najmä reformy financovania sociálnych služieb a investícií do rozvoja komunitných služieb. Súčasťou riešenia problematiky agresívneho správania pacientov v zariadeniach ústavnej psychiatrickej starostlivosti na Slovensku je zriadenie detenčného ústavu. Vo výstavbe je detenčný ústav s obsadenosťou 75 osôb, ktorý po uvedení do prevádzky k 01.10.2022 však problematiku detencie dostatočne nevyrieši z dôvodu nedostatočnej kapacity a zamerania výhradne pre mužov. Preto súčasťou POO, Komponentu 12 je aj výstavba druhého detenčného zariadenia s kapacitou 75 osôb so zameraním na mladistvých a ženy s uvedením do prevádzky 4Q 2025.

Humanizácia zariadení ústavnej psychiatrickej starostlivosti predpokladá rekonštrukciu izieb na 1-2 lôžkové izby (ideálne so sociálnym zariadením) a nahradenie siet'ových posteľí seklúznymi miestnosťami a bezpečnostnými jednotkami pre psychiatrických pacientov so závažnými poruchami správania.

Nevyhnutné je však vnímanie komplexnosti humanizácie a potreby zmeny postoja celej spoločnosti, vrátane myslenia dlhodobo poddimenzovaných a agresívnymi prejavmi pacientov atakovaných zdravotníckych pracovníkov a súčasného manažmentu psychiatrickej starostlivosti, čo bude dlhobojší a náročný proces. Jeho dôležitým aspektom je uvedenie si skutočnosti, že nielen vo svete, ale aj na Slovensku sú zdravotnícke zariadenia, ktoré nedisponujú ani jednou ochrannou (siet'ovou) posteľou a manažment agresívneho správania realizujú úspešne aj bez nich. Nejde teda o nerealizovateľnú zmenu.

6 ÚČINNOSŤ

Táto koncepcia nadobúda účinnosť dňom zverejnenia vo Vestníku Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky.

Vladimír Lengvarký
minister

Príloha č. 1**Návrh vnútorného poriadku zariadenia ústavnej psychiatrickej starostlivosti (pre dospelého pacienta)**

Návrh, ktorý si zdravotnícke zariadenie upraví podľa svojich možností pre svoje podmienky.

ČLÁNOK 1: Základné ustanovenia

Obsahuje základnú charakteristiku zdravotníckeho zariadenia a opis typu a režimu ošetrovacej jednotky / oddelenia.

ČLÁNOK 2: Práva hospitalizovaných pacientov

1. Pacient má právo na dôstojné a ohľaduplné zaobchádzanie. Má právo byť oslovený menom a tiež má právo poznať meno zdravotníckych pracovníkov, s ktorým prichádza do styku.
2. Pacient má právo prijímať zdravotnú starostlivosť v čo najmenej obmedzujúcom prostredí a na náležitej odbornej úrovni. Informácie o pravidlách používania obmedzovacích prostriedkov sú súčasťou prílohy vnútorného poriadku.
3. Pacient, ak to jeho aktuálny stav umožňuje, má právo nosiť počas pobytu v nemocnici vlastné domáce oblečenie. Pacient môže využiť nemocničnú práčovňu na pranie svojho oblečenia (ak je dostupná). Cenník za služby je vyvesený na nástenke na chodbe. Zdravotnícki pracovníci môžu z hygienických dôvodov vyžadovať, aby sa pacient pred spaním prezliekol do pyžama. Z hygienických dôvodov sa vyžaduje, aby si návštevy nesadali na pacientove lôžko.
4. Pacient musí mať možnosť dbať o svoju osobnú hygienu, a to ráno aj večer. Pacienti sa môžu sprchovať minimálne 3x týždenne, inak kedykoľvek v prípade potreby. Ak je potrebné v záujme bezpečnosti, aby zdravotnícki pracovníci dohliadali pri sprchovaní na pacientov, má ísť o osobu rovnakého pohlavia (to platí aj pri potrebe asistencie zdravotníckych pracovníkov pri prezliekaní pacienta). Pacienti môžu požiadať o sprchovanie sa bez prítomnosti ostatných pacientov.
5. Sťažnosti vybavuje príslušný organizačný útvar poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, tzn. osoby, ktoré pacienta - sťažovateľa neošetrojú, aby sa zaručila objektivita a nestrannosť pri vybavovaní sťažnosti. Viac informácií ohľadom spôsobu a procese riešenia sťažnosti poskytne zdravotnícky personál v súlade s platnou legislatívou.
6. Pacient má mať k dispozícii uzamykateľnú skrinku na svoje osobné veci. Cennosti si pacient môže uložiť do trezoru zdravotníckeho zariadenia. Potraviny podliehajúce rýchlej skaze, je pacient povinný označiť svojím menom a dať zdravotníckym pracovníkom na uloženie do chladničky.
7. Pacient, ak to jeho aktuálny stav umožňuje, má právo prijímať návštevy, a to vrátane návštev detí, pokiaľ pacient aj deti s návštevou súhlasia (pre deti pod 15 rokov majú byť vytvorené vhodné podmienky). Právo na súkromie pacienta nesmie byť narúšané. Na prijímanie návštev sú vyhradené izby, návštevne miestnosti, bezpečný vonkajší priestor (nemocničný park či záhrada, podľa dostupnosti). Pre návštevy pacientov pripútaných na lôžko sa môžu využiť zásteny medzi jednotlivými lôžkami. Návštevne hodiny by mali byť stanovené na dennej báze. Mimo uvedené hodiny možno návštevu povoliť len so súhlasom ošetrojúceho lekára.
8. Pacientovi má byť na dennej báze, s ohľadom na jeho želania a aktuálny zdravotný stav, umožnený pobyt v bezpečnom chránenom vonkajšom priestore (nemocničný park, záhrada, krytý balkón, terasa, a pod., podľa dostupnosti).
9. Pacient má právo na informácie, napr. na podrobné a jemu zrozumiteľné vysvetlenia týkajúce sa liekov, ktoré je povinný užívať, zdravotného stavu a prognózy, liečebného postupu. Pacient má byť zapojený do tvorby individuálneho liečebného plánu, a to vrátane jeho práv a povinností. Pacientovi musí byť umožnené nahliadať do svojej zdravotnej dokumentácie či urobiť si z nej fotokópiu (v súlade s platnou legislatívou, berúc do úvahy potenciálne vysoké riziko negatívneho ovplyvnenia liečby v súvislosti s týmito informáciami v zmysle § 25 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov).
10. Pacient má právo určiť osoby, ktorým budú poskytované informácie ohľadom jeho zdravotného stavu. Rovnako tak má právo určiť osoby, ktorým nesmú byť podané informácie o jeho zdravotnom stave (v zmysle § 18 ods. 4, § 24 a § 25 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov).

11. Pacient má právo požiadať zdravotníckych pracovníkov, aby mu bola podávaná upravená strava, ak to nie je v rozpore so stanoveným individuálnym liečebným postupom. Upravenou stravou sa má na mysli najmä bezmäsitá strava. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti má pacientovi vyhovieť, ak vie tento typ stravy zabezpečiť (spolufinancovanie môže znášať pacient). Ak hospitalizovaný pacient trpí ochorením, ktoré si vyžaduje úpravu stravy (najmä strava bezlepková), sú zdravotnícki pracovníci povinní mu takúto stravu zabezpečiť.
12. Pacient má právo prijímať duchovné služby. Pacient, ak to jeho aktuálny stav umožňuje, má právo navštevovať nemocničnú kaplnku a zúčastňovať sa bohoslužieb v nej, ak sa nachádza v areáli zdravotníckeho zariadenia.
13. Pacient má právo prijímať a odosielať poštové zásielky. Pri čítaní a písaní listov má právo na súkromie. Informácie týkajúce sa odosielania a prijímania poštových zásielok sú zverejnené na viditeľnom mieste zdravotníckeho zariadenia.
14. Na izbách, chodbách a v iných priestoroch, ktoré nie sú označené ako „FAJČIARENĽ“, platí zákaz fajčenia. Fajčiarnie majú využívať iba pacienti a sú pre nich prístupné aj počas návštev.
15. Pacient má právo podať sťažnosť v prípade, že je s niečím nespokojný. Informácie o spôsoboch podávania sťažností a ich riešenia sú uvedené v článku 3 vnútorného poriadku.

ČLÁNOK 3: Podávanie sťažností

1. Pacient má právo podať sťažnosť. Sťažnosť môže podať kedykoľvek, a to písomnou alebo ústnou formou.
2. Písomne podaná sťažnosť sa vhadzuje do schránky označenej „SŤAŽNOSTI PACIENTOV“. Schránka na sťažnosti je umiestnená na chodbe daného oddelenia a musí byť dostupná 24 hodín denne.
3. Ústna sťažnosť môže byť podaná zdravotníckemu pracovníkovi, ktorý je povinný sťažnosť zaznamenať do knihy sťažností, ktorá je pravidelne kontrolovaná. Náležitosti vedenia knihy sťažností upravuje iný vnútorný predpis.
4. Riešenie sťažnosti musí byť pacientovi oznámené do 7 dní od jej podania. Pacient má právo na vysvetlenie a odôvodnenie vybavenia sťažnosti jemu zrozumiteľným spôsobom.
5. Sťažnosti vybavuje príslušný organizačný útvar poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, t. j. osoby, ktoré pacienta - sťažovateľa neošetrujú, aby sa zaručila objektivita a nestrannosť pri vybavovaní sťažností. Viac informácií ohľadom spôsobu a procesu riešenia sťažnosti poskytnú zdravotnícki pracovníci v súlade s platnou legislatívou.

ČLÁNOK 4: Záverečné ustanovenia

1. Pacient a zdravotnícki pracovníci sú povinní riadiť sa týmto vnútorným poriadkom a ďalšími vnútornými predpismi daného zdravotníckeho zariadenia.
2. Pri výkone všetkých práv a povinností uvedených v článku 2 vnútorného poriadku je pacient povinný si počínať tak, aby nedochádzalo k porušovaniu práv ostatných pacientov. Tiež má právo rovnaké správanie vyžadovať od ostatných pacientov a návštev.
3. Informácie o ďalších hospitalizáciou dotknutých práv a povinností je vhodné pacientovi poskytnúť v podobe informačných brožúrok, ktoré sú pre takéto prípady zrozumiteľným spôsobom spracované. V prípade potreby sú k dispozícii zdravotnícki pracovníci, ktorí poskytnú podrobnejšie informácie.
4. Ak pacient úmyselne porušuje vnútorný poriadok, môže dostať napomenutie, v krajnom prípade môže byť z nemocnice prepustený z disciplinárnych dôvodov. Toto neplatí pre pacientov, ktorí sú v ohrození zdravia a života, vykonávajú ochranné liečenie, podstupujú vyšetrenie duševného stavu pre potreby trestného konania či sú nedobrovoľne hospitalizovaní.
5. Ak zdravotnícky pracovník úmyselne, či sústavne porušuje vnútorný poriadok, môže byť sankcionovaný v súlade s platnou legislatívou (zákon č. 311/2001 Z. z. Zákonník práce v znení neskorších predpisov).
6. Kontakty zdravotníckeho zariadenia majú byť zverejnené na mieste prístupnom pre pacienta a jeho blízkych.

14.**Štatút
Ceny ministra zdravotníctva Slovenskej republiky
za významný prínos v oblasti slovenského zdravotníctva**

Bratislava 09. marca 2022

Číslo: S14318-2022-OOIZP

Úvodné ustanovenie

Minister zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „minister“) v záujme verejného spoločenského uznania výsledkov a prínosu v oblasti slovenského zdravotníctva a podielu na jeho rozvoji vydáva tento Štatút Ceny ministra zdravotníctva Slovenskej republiky za významný prínos v oblasti slovenského zdravotníctva (ďalej len „štatút“).

Článok I**Poslanie ceny ministra**

- 1) Poslaním ceny ministra v oblasti slovenského zdravotníctva (ďalej len „cena ministra“) je motivovať záujem zdravotníckych pracovníkov a mladej generácie o koncepčnú a systematickú prácu a zlepšenie spoločenského a sociálneho statusu zdravotníckych pracovníkov.
- 2) Cieľom ceny ministra je ocenenie mimoriadnych a vynikajúcich výsledkov dosiahnutých v oblasti zdravotníctva v Slovenskej republike.
- 3) Cena ministra je ocenenie, ktoré udeľuje minister fyzickým osobám za pôsobenie v zdravotníckej oblasti, ako prejav ohodnotenia ich výnimočných počinov za predchádzajúci kalendárny rok alebo za dlhodobý alebo celoživotný prínos v jednotlivých oblastiach slovenského zdravotníctva.

Článok II**Kategórie ceny ministra**

- 1) Cena ministra je udeľovaná v týchto kategóriách:
 - a) kategória „lekár“
 - b) kategória „sestra a pôrodná asistentka“
 - c) kategória „iné zdravotnícke povolanie“.
- 2) V každej kategórii možno oceniť najviac troch laureátov.
- 3) Cena ministra sa v jednotlivých kategóriách udeľuje za zodpovedný a profesionálny prístup k práci i k pacientom, odborné zručnosti a erudovanosť v zdravotníckom povolaní.
- 4) O udelení ceny ministra rozhoduje minister. Minister môže udeliť najviac deväť cien ministra v kalendárnom roku alebo cenu ministra neudeliť.
- 5) Cena ministra je spravidla udeľovaná pri príležitosti Svetového dňa zdravia.

Článok III**Udeľovanie ceny ministra**

- 1) Cenu ministra udeľuje minister jedenkrát ročne.
- 2) Cenu ministra tvorí diplom, sklenená plaketa s vygravírovaným logom Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „ministerstvo“) s uvedením mena a priezviska ocenej osoby s označením kategórie, v ktorej je odmenená a finančná odmena vo výške od 1 000 eur do 2 000 eur. Výška finančnej odmeny je v jednotlivých kategóriách totožná.
- 3) Zoznam ocenených sa zverejňuje na webovom sídle ministerstva a v médiách po slávnostnom odovzdaní ceny ministra.

Článok IV

Predkladanie návrhov laureátov na udeľovanie ceny ministra

- 1) Návrh na udelenie ceny ministra môže predložiť štatutárny orgán právnickej osoby alebo fyzická osoba, ak pôsobia na území Slovenskej republiky, alebo poradné orgány ministerstva a ministra (ďalej len „predkladateľ“).
- 2) Výzva na predkladanie návrhov laureátov na udelenie ceny ministra sa zverejňuje na webovom sídle ministerstva najneskôr mesiac pred termínom uzávierky, ktorý je súčasťou výzvy.
- 3) Návrh na udelenie ceny ministra sa predkladá v štruktúre podľa prílohy č. 1 až prílohy č. 3 emailom zaslaného na emailovú adresu cena_ministra@health.gov.sk, zriadeného výlučne pre potreby udeľovania ceny ministra.
- 4) Na udelenie ceny ministra nie je právny nárok.

Článok V

Kritériá pre posudzovanie návrhov laureátov na cenu ministra

- 1) Kritériami na posudzovanie návrhov na cenu ministra sú:
 - a) významné aktivity a zásluhy v prospech pacientov,
 - b) mimoriadne humanitný čin pri záchrane života a zdravia prekračujúci povinnosti v práci,
 - c) celoživotné dielo v oblasti zdravotníctva,
 - d) mimoriadne pracovné výkony v oblasti zdravotníctva.
- 2) Podmienkou pre udelenie ceny ministra je splnenie aspoň jedného z kritérií podľa odseku 1 tohto článku štatútu.

Článok VI

Hodnotiaca komisia

- 1) Návrhy na udelenie ceny ministra posudzuje hodnotiaca komisia (ďalej len „komisia“). Závery komisie majú pre ministra odporúčací charakter. Komisia má postavenie poradného orgánu ministra.
- 2) Členstvo v komisii je čestné a nezastupiteľné.
- 3) Komisia má minimálne 7 členov, ktorých vymenúva a odvoláva minister. Tvoria ju predseda, podpredseda a ďalší členovia. Predsedu a podpredsedu vymenúva minister z členov komisie.
- 4) Členmi komisie sú štátni zamestnanci ministerstva ako aj odborníci z jednotlivých oblastí zdravotníctva.
- 5) Funkčné obdobie komisie je štvorročné. Tá istá osoba môže byť za člena komisie vymenovaná aj opakovane.
- 6) Člen komisie musí mať spôsobilosť na právne úkony v plnom rozsahu a musí byť bezúhonný.
- 7) Z členstva v komisii nevzniká nárok na odmenu.
- 8) Každý člen komisie má nasledovné práva a povinnosti:
 - a) zúčastňovať sa na zasadnutiach komisie,
 - b) podávať iniciatívne návrhy na činnosť komisie, na program jej zasadnutí, ako aj právo na pripomienky k činnosti komisie,
 - c) plniť úlohy, ktoré pre neho vyplývajú z uznesenia komisie.
- 9) Hlasovacie právo majú predseda, podpredseda a členovia komisie.
- 10) Členstvo v komisii zaniká:
 - a) uplynutím funkčného obdobia,
 - b) odvolaním,
 - c) dobrovoľným vzdaním sa funkcie člena,
 - d) zrušením komisie,
 - e) úmrtím člena komisie,
 - f) skončením štátnozamestnaneckého pomeru.
- 11) Komisia prerokúva návrhy na udelenie ceny ministra a odporúča ministrovi najviac tri návrhy v každej kategórii. O udelení, resp. neudelení ceny ministra konkrétnemu kandidátovi rozhoduje s konečnou platnosťou minister.

Na rozhodnutie podľa predchádzajúcej vety sa nevzťahujú všeobecne záväzné právne predpisy a nie je možné proti nemu podať opravný prostriedok.

- 12) Komisia má právo navrhnúť ministrovi, že cena ministra v konkrétnom roku udelená v niektorej z kategórií nebude, prípadne, že niektorá kategória nebude vyhlásená. O tejto skutočnosti však s konečnou platnosťou rozhoduje minister.
- 13) Funkciu tajomníka komisie vykonáva štátny zamestnanec odboru ošetrovateľstva a riadenia ľudských zdrojov v zdravotníctve. Tajomník nemá hlasovacie právo.

Článok VII

Rokovanie komisie

- 1) Zasadnutie komisie zvoláva predseda komisie najneskôr do desiatich dní po termíne uzávierky predkladania návrhov.
- 2) Zasadnutie komisie vedie predseda, ktorý zodpovedá za jeho priebeh. V prípade jeho neprítomnosti ho zastupuje podpredseda komisie.
- 3) Ak sa člen komisie nemôže zúčastniť rokovania, je povinný písomne oznámiť túto skutočnosť vopred tajomníkovi komisie.
- 4) Komisia prijíma na svojich rokovaniach závery prostredníctvom hlasovania. Komisia je uznášaniaschopná, ak sa na jej zasadnutí zúčastní nadpolovičná väčšina jej členov, z ktorých je aspoň jeden predseda alebo podpredseda. Na prijatie záveru komisie sa vyžaduje súhlas nadpolovičnej väčšiny hlasov prítomných členov komisie. Pri rovnosti hlasov rozhoduje hlas predsedu. V prípade jeho neprítomnosti rozhoduje hlas podpredsedu.
- 5) Komisia po odbornom posúdení predložených návrhov predkladá ministrovi svoje odporúčanie na udelenie ceny ministra s písomným zdôvodnením.
- 6) Zasadnutie komisie je neverejné. Na zasadnutí komisie sa zúčastňuje tajomník, ktorý organizačne, administratívne a technicky zabezpečuje jeho prípravu a priebeh a vyhotovuje záznam zo zasadnutia komisie.
- 7) Odporúčanie komisie v zmysle článku VI odseku 11 tohto štatútu predkladá predseda komisie, v špecifických prípadoch podpredseda komisie, ministrovi. Zverejňovanie výsledkov a záverov z rokovania komisie a poskytovanie informácií je vo výhradnej kompetencii ministra alebo ňou poverenej osoby.
- 8) Z každého zasadnutia sa vyhotovuje zápisnica, ktorá obsahuje závery, stanoviská a odporúčania.
- 9) Zápisnicu vypracuje tajomník komisie do 10 dní po zasadnutí komisie a overuje ju predseda komisie. V prípade jeho neprítomnosti na zasadnutí je zápisnica overená podpredsedom komisie.
- 10) Tajomník zabezpečuje doručenie zápisnice zo zasadnutia členom komisie do 20 dní po zasadnutí komisie.

Článok VIII

Finančné a organizačné zabezpečenie udeľovania ceny ministra

- 1) Vyhlasovateľom udeľovania cien ministra je ministerstvo.
- 2) Udeľovanie cien ministra organizačne a technicky zabezpečuje kancelária ministra a komunikačný odbor ministerstva.
- 3) Všetky náklady spojené s udeľovaním cien ministra sa hradia z finančných prostriedkov ministerstva.
- 4) Členovia komisie majú nárok na náhradu cestovných výdavkov podľa osobitného predpisu³².

Článok IX

Záverečné ustanovenia

- 1) Tento štatút možno meniť a dopĺňať výlučne písomnými dodatkami.
- 2) Tento štatút nadobúda účinnosť dňom podpísania ministrom.

Vladimír Lengvarký
minister

³² Zákon č. 283/2002 Z. z. o cestovných náhradách v znení neskorších predpisov.

Návrhový list

Cena ministra zdravotníctva Slovenskej republiky
za významný prínos v oblasti slovenského zdravotníctva*Kategória a) – lekár*

Navrhovateľ		Telefónny kontakt Emailová adresa	
Inštitúcia Štatutárny zástupca			
Meno navrhovaného na ocenenie (funkcia a tituly)			
Dátum a miesto narodenia			
Stručný odborný profil navrhovaného vrátane štruktúrovaného životopisu (prosíme priložiť samostatne v prílohe)			
Pracovisko navrhovaného (vrátane adresy, telefonického kontaktu a emailovej adresy)			
Korešpondenčná adresa navrhovaného (vrátane telefonického kontaktu a emailovej adresy)			
Ocenenie sa navrhuje za (charakteristika aktivít v oblasti zdravotníctva, ich výsledky, atď.): téma, ktorá sa uvedie v diplome oceneného (max. 20 slov), odborne (prosíme uviesť v samostatnej prílohe).			
Súhlas navrhovateľa (s príslušným podpisom a s pečiatkou)	V dňa		
Súhlas navrhovaného (s príslušným podpisom)	V dňa		

Návrhový list

Cena ministra zdravotníctva Slovenskej republiky
za významný prínos v oblasti slovenského zdravotníctva*Kategória b) – sestra a pôrodná asistentka*

Navrhovateľ		Telefónny kontakt Emailová adresa	
Inštitúcia Štatutárny zástupca			
Meno navrhovaného na ocenenie (funkcia a tituly)			
Dátum a miesto narodenia			
Stručný odborný profil navrhovaného vrátane štruktúrovaného životopisu (prosíme priložiť samostatne v prílohe)			
Pracovisko navrhovaného (vrátane adresy, telefonického kontaktu a emailovej adresy)			
Korešpondenčná adresa navrhovaného (vrátane telefonického kontaktu a emailovej adresy)			
Ocenenie sa navrhuje za (charakteristika aktivít v oblasti zdravotníctva, ich výsledky, atď.): charakteristika, ktorá sa uvedie v diplome oceneného (max. 20 slov), širšie zdôvodnenie (prosíme uviesť v samostatnej prílohe).			
Súhlas navrhovateľa (s príslušným podpisom a s pečiatkou)	V dňa		
Súhlas navrhovaného (s príslušným podpisom)	V dňa		

Návrhový list

Cena ministra zdravotníctva Slovenskej Republiky
za významný prínos v oblasti slovenského zdravotníctva*Kategória c) – iné zdravotnícke povolanie*

Navrhovateľ		Telefónny kontakt Emailová adresa	
Inštitúcia Štatutárny zástupca			
Meno navrhovaného na ocenenie (funkcia a tituly)			
Dátum a miesto narodenia			
Stručný odborný profil navrhovaného vrátane štruktúrovaného životopisu (prosíme priložiť samostatne v prílohe)			
Pracovisko navrhovaného (vrátane adresy, telefonického kontaktu a emailovej adresy)			
Korešpondenčná adresa navrhovaného (vrátane telefonického kontaktu a emailovej adresy)			
Ocenenie sa navrhuje za (charakteristika aktivít v oblasti zdravotníctva, ich výsledky, atď.): charakteristika, ktorá sa uvedie v diplome oceneného (max. 20 slov), širšie zdôvodnenie (prosíme uviesť v samostatnej prílohe).			
Súhlas navrhovateľa (s príslušným podpisom a s pečiatkou)	V dňa		
Súhlas navrhovaného (s príslušným podpisom)	V dňa		

15.

Metodický pokyn o predkladaní žiadostí o zaradenie investičného projektu do prioritizačného zoznamu a tvorbe investičného harmonogramu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky

Bratislava, 8. 3. 2022

Číslo: Z008230-2022

Článok 1 Úvod

- 1) Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len ako „MZ SR“) podľa zákona č. 575/2001 Z. z. o organizácii činnosti vlády a organizácii ústrednej štátnej správy vydáva tento pokyn predkladateľov projektov pre MZ SR.
- 2) Metodický pokyn č. Z008230-2022 (ďalej aj ako „metodický pokyn“) bol vypracovaný za účelom splnenia reformy 2, komponentu 11 v zmysle Plánu obnovy a odolnosti. Tento metodický pokyn v rámci svojej pôsobnosti v plnom rozsahu nahrádza metodický pokyn č. Z010713-OSI-2021 o predkladaní žiadostí o súhlas na použitie / poskytnutie finančných prostriedkov na investičné účely zo dňa 25.02.2021 (účinný od 01.03.2021). Predmetným nahradením sa zabezpečuje kontinuálne plnenie úloh C2, C3 a C6 z uznesenia vlády Slovenskej republiky č. 649 zo 14. októbra 2020. Prioritizovaný zoznam bude môcť vďaka rozdeleniu pokynov obsahovať projekty aj mimo oblasť kapitálových výdavkov rozpočtových a príspevkových organizácií MZ SR.
- 3) Prioritizovaný zoznam má slúžiť pre transparentné a férové hodnotenie predložených projektov v čo najširšej pôsobnosti. Prioritizovaný zoznam pomáha pri zostavovaní rozpočtu a je indikátorom pre MZ SR, či aktuálne schémy financovania reflektujú priority MZ SR. Preto pri zavedení tohto metodického pokynu do platnosti, prosíme štatutárov ústavnej zdravotnej starostlivosti na Slovensku, aby predložili plánované projekty do prioritizačného zoznamu. Predkladať plánované projekty až na 10 rokov dopredu môžu aj subjekty v súkromnom, či inom vlastníctve. Zaradenie projektu v prioritizačnom zozname nezakladá nárok na financovanie projektu, avšak tieto informácie budú použité pri smerovaní finančných prostriedkov z plánu obnovy a odolnosti.
- 4) Zverejnený prioritizovaný zoznam je nutný pre zostavovanie investičného harmonogramu. Poradie v prioritizovanom zozname investícií je len informatívne pre investície financované mimo prostriedkov zo štátneho rozpočtu pre kapitálové investície podriadených organizácií. Hodnotenie projektu v prioritizovanom zozname teda nenahrádza existujúce procesy výberu investícií financovaných zo štrukturálnych fondov alebo plánu obnovy a odolnosti.
- 5) Hodnotenie investície v prioritizovanom zozname je však záväzná pre podriadené organizácie MZ SR, ktoré žiadajú o financovanie kapitálových investícií z prostriedkov štátneho rozpočtu. Poradie investície v prioritizovanom zozname je dôležité pre zostavovanie investičného harmonogramu, ale nezakladá nárok na pridelenie finančných prostriedkov alebo zaradenie do investičného harmonogramu.

Článok 2 Vymedzenie niektorých pojmov

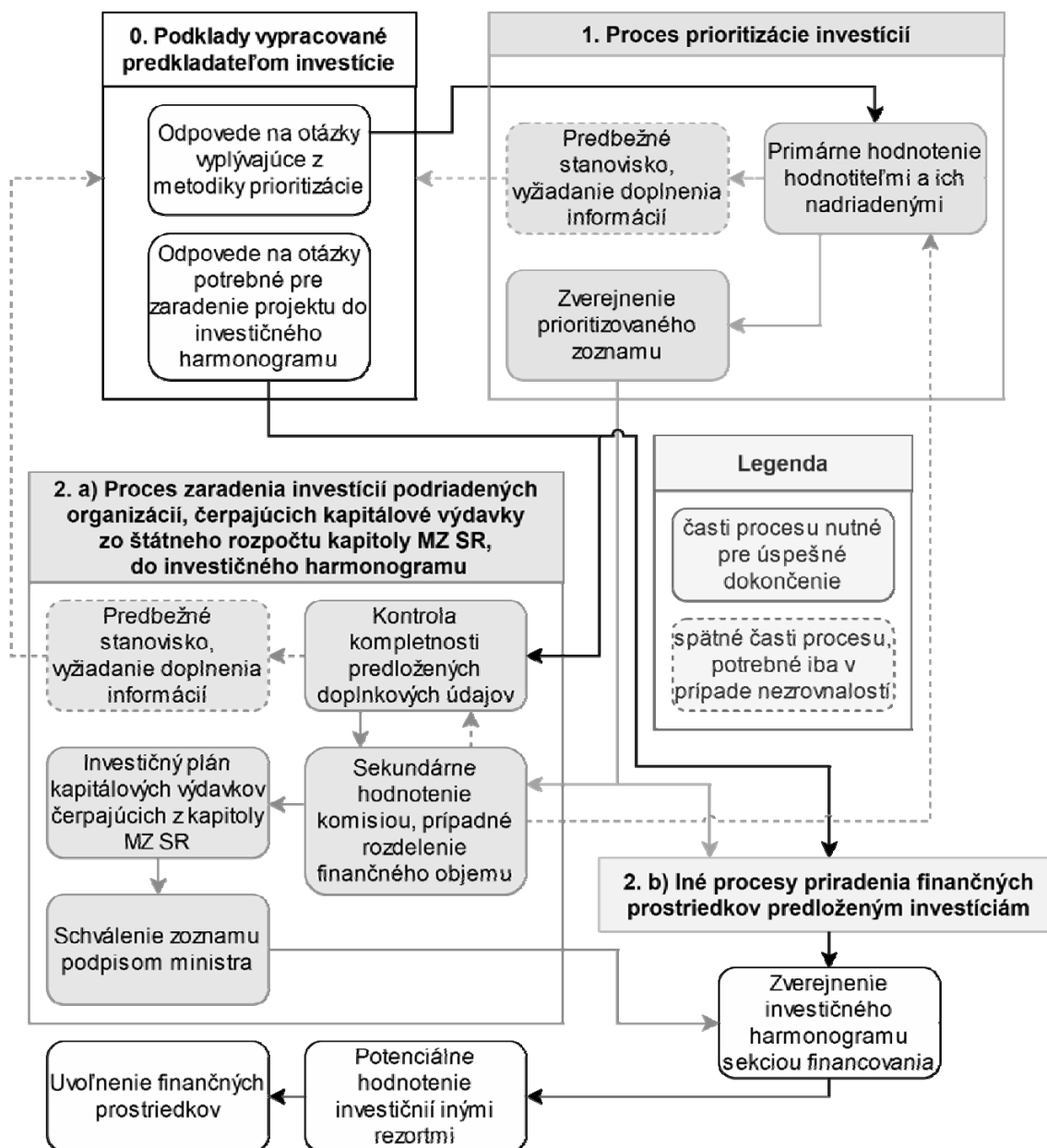
- 1) **Predkladateľ** – ide o štatutárneho zástupcu subjektu, ktorý predkladá investičný projekt na zaradenie do prioritizovaného zoznamu.
- 2) **Podriadené organizácie** – ide o rozpočtové a príspevkové organizácie v pôsobnosti MZ SR, ktoré sú subsetom všetkých predkladateľov.
- 3) **Prioritizovaný zoznam** – ide o zverejnený prioritizovaný zoznam predložených investícií. Ide o finálny výsledok procesu prioritizácie, čo je vstupom pre proces tvorby investičného harmonogramu.

- 4) **Začiatok procesu** - ide o kľúčový termín od ktorého sa následne odvíjajú všetky ďalšie naväzujúce termíny resp. lehoty v procese zaradenia investícií podriadených organizácií, čerpajúcich kapitálové výdavky z kapitoly MZ SR, do investičného harmonogramu. Na začiatok procesu je stanovený 2. máj príslušného roku. V prípade, ak tento dátum pripadne na deň pracovného pokoja alebo sviatkov, presunie sa začiatok procesu na najbližšie nasledujúci pracovný deň.
- 5) **Gestor** – ide o gestora prioritizácie z odboru strategických investícií. Gestor nie je zodpovedný za procesy vytvorenia investičných plánov. Gestor je osoba zodpovedná za:
 - a. riešenie technických problémov spojenými s predkladaním investícií,
 - b. zverejňovanie potrebných informácií na webovom sídle MZ SR,
 - c. dodržiavanie stanovených termínov hodnotiteľov,
 - d. plynulý priebeh procesu prioritizácie.
- 6) **Minister** - Minister zdravotníctva Slovenskej republiky.
- 7) **Investičný harmonogram** – ide o zoznam schválených investícií ministrom. Zoznam zjednocuje odsúhlasené investície z financované zo štátneho rozpočtu alebo eurofondov, a slúži pre potreby tvorby rozpočtu. Viac o investičnom harmonograme sa nachádza v článku 8 tohto metodického pokynu.
- 8) **Investičný plán** - ide o investičný plán obsahujúci schválené kapitálové výdavky pre podriadené organizácie financované z prostriedkov štátneho rozpočtu. Investičný plán sa stáva súčasťou investičného harmonogramu po jeho schválení ministrom a zapracovaní sekciou financovania.
- 9) **Investícia** - predložený investičný projekt pre zaradenie do prioritizovaného zoznamu alebo investičného harmonogramu. Jedná sa o investičné projekty žiadajúce o financovanie zo štátneho rozpočtu alebo eurofondov.

Článok 3

Diagram procesu prioritizácie a tvorby investičného harmonogramu

- 1) Nižšie je grafické znázornenie procesov definovaných v tomto metodickom pokyne.



Článok 4 Pravidlá predkladania žiadostí

- Predložené investície môžu mať rôznorodý charakter pričom pre účely tohto metodického pokynu sú definované 4 základné oblasti:
 - Budovy a infraštruktúra
 - IT a IT infraštruktúra
 - Zdravotnícka technika
 - Výskum a vývoj
- Oblasti sú definované pomocou spoločného slovníka obstarávania (CPV kódov). Jednotlivé CPV kódy spadajúce pod oblasti sa dajú nájsť v prílohe „oblasti podľa cpv kódov.xlsx“. Investícia musí mať aspoň 70% finančného objemu v CPV kódov oblasti, na to aby spadala do danej oblasti. Zvyšných 30% finančného objemu musí byť naviazané na hlavnú časť investície. Napríklad pozáručný servis k nákupu zdravotníckej techniky.
- Naviazané investície sú také, ktoré má význam realizovať len v prípade, že sa schvália a zrealizujú všetky

naviazané investície. V prípade, že sú naviazané investície z rôznych oblastí finančne vyrovnané, (napríklad nákup väčšej zdravotníckej techniky a potrebné stavebné úpravy, pričom ani jedna položka nemá nad 70% finančného objemu) budú hodnotené samostatne, pomocou kritérií jednotlivých oblastí. Samostatné vyhodnotenia budú potom vážené podľa finančného objemu a priemerované.

- 4) Predkladateľ investícií zašle informácie v rozsahu príslušného formuláru z príloh č. 2, 3 a 4 (formuláre žiadostí pre prioritizáciu jednotlivých oblastí) na investicny.plan@health.gov.sk. Investície v oblasti Výskumu a vývoja sú, vzhľadom na ich špecifickosť, predkladané a hodnotené samostatným spôsobom. Viac informácií kritériách hodnotenia, štatúte vedeckej rady pre MZ SR je možné nájsť na <https://www.health.gov.sk/?institut-vyskumu-a-vyvoja>. Formuláre pre ostatné oblasti sa vyplňajú na základe metodologickej príručky v prílohe č1_Metodická príručka.docx.
- 5) Nepredloženie materiálov investície k hodnotiacemu kritériu je automaticky hodnotené 0 bodmi za dané kritérium. Hodnotením musia prejsť všetky investície, ktoré sa chcú zaradiť do investičného harmonogramu MZ SR.
- 6) V prípade, ak predkladateľ investícií predloží resp. uvedie nepravdivé informácie, bude celá investícia vyradená z prioritizácie na najbližší rok.
- 7) Predkladať investície sa môže až na 10 rokov dopredu. Detailné plánovanie investícií v takom časovom horizonte je náročné, avšak pomáha to plánovaniu v rámci MZ SR. Preto je možné predložené informácie postupne dopĺňať a sledovať vývoj poradia danej investície po prehodnoteniach.

Článok 5

Proces vyhodnotenia prioritizácie

- 1) Proces vyhodnotenia prioritizácie je kontinuálny a spočíva len v hodnotení predložených materiálov dvoma hodnotiteľmi.
- 2) Hodnotenie predložených informácií každej investície prebieha paralelne dvoma (2) hodnotiteľmi podľa metodologickej príručky (príloha č1_Metodická príručka.docx). Stanovená maximálna lehota na vyhodnotenie predložených materiálov je 20 pracovných dní. Výstupom ich hodnotenia je vyplnená hodnotiacia matica v každej vyplnenej prílohe.
- 3) V prípade, že sa dvaja (2) hodnotitelia líšia v hodnotení kritéria o viac ako 3 body, musí dôjsť ku komunikácii a úprave hodnotenia medzi hodnotiteľmi navzájom. V prípade potreby, nevyriešené rozpory medzi hodnotiteľmi musí rozhodnúť komisia hlasovaním.
- 4) Výsledný celkový počet bodov pre investíciu vzniká sčítaním bodov za jednotlivé kritériá, pričom udelené body za kritérium vznikajú priemerom hodnotenia oboch hodnotiteľov.
- 5) Hodnotitelia môžu komunikovať s predkladateľmi ohľadom nejasností, žiadosti o doplnenie predložených materiálov, či predbežného hodnotenia.
- 6) Hodnotením predložených investícií sú poverení zamestnanci MZ SR v nasledujúcom zložení:
 - a) dvaja zamestnanci odboru strategických investícií pre kategóriu investícií v budovách a infraštruktúre
 - b) dvaja zamestnanci sekcie digitalizácie a informatiky pre kategóriu investícií v IT a fyzickej IT infraštruktúre
 - c) dvaja zamestnanci odboru špecifikácií a cenových máp pre kategóriu investícií v zdravotníckej technike
- 7) Aktualizácia prioritizovaného zoznamu predložených investícií sa uskutoční do päť pracovných dní od ukončenia hodnotenia danej investície. Gestor zodpovedá za zverejnenie na webovom sídle MZ SR, v časti zásobníky investičných priorít MZ SR.

Článok 6

Pravidlá pre podriadené organizácie žiadajúce o možnosť čerpania kapitálových výdavkov z rozpočtovej kapitoly MZ SR

- 1) MZ SR v súlade s osobitnými predpismi zriaďuje rozpočtové organizácie, príspevkové organizácie, ktorých predmetom činnosti je poskytovanie zdravotnej starostlivosti alebo plnenie osobitných úloh v zdravotníctve. Vo vzťahu k rozpočtovým organizáciám, príspevkovým organizáciám v jeho zriaďovateľskej pôsobnosti pôsobí MZ SR ako ústredný orgán štátnej správy.
- 2) V rámci svojich pravidelných uznesení vlády Slovenskej republiky k návrhu rozpočtu verejnej správy (konkrétne na základe úlohy C.6 uznesenia vlády SR č. 649/2020) vláda uložila orgánom štátnej správy „realizovať investície, projekty investičného charakteru a koncesie kapitoly, rozpočtových a príspevkových organizácií kapitoly a ostatných subjektov verejnej správy v riadiacej pôsobnosti kapitoly s predpokladanými celkovými výdavkami vyššími ako 1 mil. eur s DPH po hodnotení Ministerstvom financií SR alebo po 30 dňoch v prípade, že Ministerstvo financií SR hodnotenie neposkytne.“ Tento článok 6 vznikol za účelom splnenia vyššie citovanej úlohy.
- 3) Podriadená organizácia je oprávnená predložiť maximálny počet investičných zámerov v nadväznosti na stanovený koeficient - počet vykonaných zdravotníckych výkonov, konkrétne v pomere jeden oprávnený investičný zámer na 10.000 zdravotníckych výkonov (resp. operačných výkonov, hospitalizácií a pod.) za posledný rok, avšak najviac 30 investičných zámerov na podriadenú organizáciu na rok. Podriadené organizácie MZ SR môžu predložiť minimálne 3 investičné zámery, bez ohľadu na počet vykonaných zdravotných výkonov. Do uvedených maximálnych a minimálnych limitov počtu predložených investičných zámerov sú zarátané všetky investície v kategóriách podľa čl. 4 ods. 1 písm. a) až c).
- 4) Podriadené organizácie žiadajúce o možnosť čerpania kapitálových výdavkov z rozpočtovej kapitoly MZ SR musia, okrem materiálov potrebných na prioritizáciu, priložiť aj vyplnenú prílohu č. 5 - Formulár žiadosti pre zaradenie do investičných projektov.docx.
- 5) V prípade, že investícia bude zaradená do investičného harmonogramu, bude následne odoslaná na hodnotenie mimo MZ SR. Preto je potrebné mať pripravené aj materiály potrebné pre hodnotenie ÚHP a MIRRI, podľa nimi stanovených pravidiel, v zmysle článku 8, bod 3 tohto metodického pokynu.
- 6) Nedoručením materiálov do začiatku procesu zaradenia investícií podriadených organizácií, čerpajúcich kapitálové výdavky z kapitoly MZ SR, do investičného harmonogramu zaniká právo predkladateľa na posúdenie jeho investície v rámci daného procesu, pokiaľ podriadená organizácia nepredloží požadované doplnenie do 7 kalendárnych dní od doručenia žiadosti.

Článok 7

Proces zaradenia investícií podriadených organizácií, čerpajúcich kapitálové výdavky z kapitoly MZ SR, do investičného harmonogramu

- 1) Proces zaradenia investícií podriadených organizácií, čerpajúcich kapitálové výdavky z kapitoly MZ SR, do investičného harmonogramu (ďalej v tomto článku len „proces“) pozostáva z primárneho hodnotenia kompletnosti predložených doplnkových materiálov a odsúhlasenia hodnotenia komisiou. Hodnotenie kompletnosti prebieha podľa „príloha č. 1 - Metodická príručka.pdf“, sekcia 5.3.
- 2) Platí, že proces sa musí uskutočniť minimálne jedenkrát (1) v každom kalendárnom roku, počnúc od 2. mája príslušného roku. V prípade, ak tento dátum pripadne na deň pracovného pokoja alebo sviatkov, presunie sa začiatok procesu na najbližšie nasledujúci pracovný deň. V prípade, že sa nazbieralo dostatočné množstvo predložených investícií, je možné proces opakovať viackrát do roka a to za predpokladu predchádzajúceho udeleného súhlasu predsedu komisie (Z001324-2022). Začiatok procesu musí byť podriadeným organizáciám oznámený e-mailom minimálne 4 týždne pred jeho samotným začiatkom. Oznámenie začiatku procesu je potrebné tiež uverejniť na webovom sídle MZ SR, v časti zásobníky investičných priorít MZ SR. Za začiatok procesu sa považuje takto oznámený termín.
- 3) Primárne hodnotenie kompletnosti predložených doplnkových materiálov robia rovnakí hodnotitelia, ako v procese vyhodnotenia prioritizácie. Hodnotenie predložených materiálov sa deje na základe hodnotiacej matice sekcie 5.3 v metodickéj príručke. Investícia prejde týmto hodnotením len v prípade, že odpoveď na

všetky kontrolné otázky v matici ja kladná. Hodnotitelia majú na toto primárne hodnotenie 10 pracovných dní od začiatku procesu, nerátajúc čas pre podriadené organizácie na doplnenie predložených materiálov.

- 4) Hodnotitelia môžu z vlastnej iniciatívy komunikovať s podriadenými organizáciami ohľadom nejasností, žiadosti o doplnenie predložených materiálov, či predbežného hodnotenia.
- 5) Odsúhlasenie hodnotenia prebieha za pomoci členov komisie. Komisia má pred zasadnutím právo prezrieť všetky predložené materiály a ich hodnotenie. Komisia má právo vyžiadať si vysvetlenie hodnotenia a prípadné prehodnotenie predložených materiálov, počas 5 pracovných dní od ukončenia primárneho hodnotenia. Pričom zasadnutie komisie nemôže byť neskôr ako 20. júna príslušného kalendárneho roku.
- 6) Pracovník odboru strategických investícií zašle najneskôr 10 kalendárnych dní pred zasadnutím komisie e-mail k odsúhlaseniu. V e-maily dostane komisia zoznam rozporov a výsledný prioritizovaný zoznam na hlasovanie, ku ktorému sa musia vyjadriť najneskôr do 10 kalendárnych dní odo dňa doručenia predmetného e-mailu. Každý člen komisie musí elektronicky hlasovať za jednu alebo druhú stranu v rozpore.
- 7) Pre zostavenie investičného plánu kapitálových výdavkov, môže byť potrebné určiť rozdelenie celého objemu peňazí medzi jednotlivé oblasti:
 - a. Budov a infraštruktúry
 - b. IT a IT infraštruktúry
 - c. Zdravotníckej techniky

Výdavky na výskum a vývoj nespádajú do kategórie kapitálových výdavkov podriadených organizácií podľa zákona 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy. Detailnejší popis procesu rozdeľovania financií medzi oblasti je v štatúte komisie č. Z001324-2022.

- 8) Maximálny objem investícií zaradených do investičného harmonogramu pre jednu podriadenú organizáciu nesmie presahovať jej maximálnu určenú časť z kapitálových výdavkov rozpočtovej kapitoly MZ SR. Táto časť je vypočítaná v prílohe „Počty zamestnancov podriadených organizácií k 2021-12-31.xlsx“. Maximálna určená časť sa pre daný rok ráta ako vyššie z nasledujúcich dvoch čísel:
 - a. 1%
 - b. $(\text{počet zamestnancov organizácie k minulému roku}) / (\text{celkový počet zamestnancov podriadených organizácií žiadajúcich o financovanie kapitálových výdavkov}) * 2$
- 9) Investičný plán odsúhlasený komisiou je predložený ministrovi na schválenie podpisom. Tento proces sa považuje za ukončený dňom podpísania investičného plánu ministrom. Investičný plán je potom predložený sekcií financovania, pre zaradenie do investičného harmonogramu podľa čl. 9 tohto metodického pokynu.

Článok 8 **Investičný harmonogram**

- 1) Investičný harmonogram je zoznam ministrom schválených investícií, záväzný pre MZ SR. Podpis ministra potvrdzuje, že investícia má pridelený zdroj financovania a prešla hodnotiacim procesom v rámci rezortu MZ SR. Investície v harmonograme musia mať ohodnotenie v prioritizačnom zozname MZ SR.
- 2) Pre správnu implementáciu reformy 2, komponentu 11 v zmysle Plánu obnovy a odolnosti sa musia v rámci prioritizovaného zoznamu a investičného harmonogramu prednostne zadefinovať investície, ktoré budú realizované z Plánu obnovy a odolnosti SR (ďalej len „plán obnovy“) a štrukturálnych fondov EU a tieto projekty sa začnú prioritne pripravovať na realizáciu.
- 3) Za zverejnenie aktuálneho investičného harmonogramu na webovom sídle MZ SR, v časti zásobníky investičných priorít MZ SR, je zodpovedná sekcia financovania. Dátum zverejnenia je naviazaný na uzatváranie rozpočtu, najneskôr do 30. júna príslušného roku.
- 4) Upozorňujeme predkladateľov investícií, že zaradenie investície do investičného harmonogramu signalizuje len súlad s kritériami a procesmi MZ SR. Predložené investície avšak môžu spadať do kontrolnej oblasti iných rezortov, či úradov. Napríklad podľa:
 - a. zákona č. 254/1998 Z.z. o verejných prácach v gescií Ministerstva dopravy a výstavby SR, verejné práce nad:
 - I. 5 mil. EUR musia dostať schválený stavebný zámer

- II. 20 mil. EUR musia dostať schválenú štátnu expertízu
 - b. uznesenia č. 577/2021, stavby financované z prostriedkov štátneho rozpočtu (nevzťahuje sa na stavby financované z eurofondov) nad:
 - I. 3,32 mil. EUR, musia získať súhlas vlády Slovenskej republiky
 - c. Metodický pokyn Úradu podpredsedu vlády Slovenskej republiky pre investície a informatizáciu č. 3425/2019/oPK-1 na rozpočtovanie nákupu IT v rámci medzirezortného programu OEK Informačné technológie financované, IT investície financované zo štátneho rozpočtu:
 - I. Do 200.000,- EUR, majú povinnosť podať oznámenie o IT výdavku
 - II. Nad 200.001,- EUR – povinnosť vytvoriť Projekt rozvoja IT
- 5) Za predkladanie plánov investícií do investičného harmonogramu sú zodpovedné nasledovné sekcie MZ SR:
- a) sekcia správy majetku štátu, zakladateľských práv a finančného kontrolingu podriadených organizácií, ktorá je zodpovedná za investičný harmonogram projektov rozpočtových a príspevkových organizácií MZ SR, financovaných zo štátneho rozpočtu,
 - b) sekcia európskych programov a projektov, ktorá je zodpovedná za investičný harmonogram projektov financovaných pomocou dotácií eurofondov,
 - c) inštitút výskumu a vývoja, ktorý je zodpovedný za investičný harmonogram projektov v oblasti výskumu a vývoja,
 - d) sekcia implementácie plánu obnovy a odolnosti, ktorá je zodpovedná za predkladanie investícií definovaných v rámci plánu obnovy a odolnosti.

Článok 9 **Záverečné ustanovenia**

- 1) MZ SR si vyhradzuje právo v prípade potreby tento metodický pokyn, ako aj jeho prílohy, aktualizovať. Aktualizácie tohto metodického pokynu a jeho príloh sú záväzné v súlade s podmienkami uvedenými v tomto znení. Informácie o zmenách metodického pokynu budú zasielané podriadeným organizáciám elektronicky. V prípade aktualizácie príloh metodického pokynu nie je MZ SR povinné aktualizovať celý metodický pokyn vydaním jeho novej verzie. Aktualizované prílohy MZ SR zverejní na stránke https://www.health.gov.sk/Clanok?MP-fin_prostriedky_investicne_ucely a zašle podriadeným organizáciám informáciu o aktualizácii prostredníctvom e-mailu.
- 2) Tento metodický pokyn neupravuje pravidlá pre riešenie investícií ktoré sú zamerané na riešenie havarijných stavov. Pod havarijným stavom sa rozumie náhle zhoršenie funkčnosti objektu, ktoré bez bezodkladného odstránenia obmedzuje zdravie pracovníkov, pacientov alebo výrazne obmedzuje chod prevádzky. Takýmto stavom je napríklad požiar v budove, pokazenie ohrievacieho kotla, vyradenie veľkej zdravotníckej, alebo IT techniky. Havarijné stavy nemôžu byť plánované dopredu a vyžadujú akútne riešenie, preto financovanie týchto investícií nejde cez proces prioritizácie.
- 3) Tento metodický pokyn ruší a nahrádza metodický pokyn č. Z010713-OSI-2021 a to dňom nadobudnutia jeho platnosti a účinnosti, t. j. dňom 8. 3. 2022.

Vladimír Lengvarský
minister

OZNAMOVACIA ČASŤ

Straty a odcudzenia pečiatok

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky oznamuje, že zdravotníckym zariadeniam boli odcudzené (stratené) pečiatky, ktorých zoznam je uvedený v prílohe tohto oznámenia. Pri zneužití týchto pečiatok na vystavenie lekárskeho predpisu a iných dokumentov, ktoré sú súčasťou zdravotnej dokumentácie, alebo pri falšovaní verejnej listiny touto pečaťou, treba túto skutočnosť okamžite oznámiť policajným orgánom, príslušnému lekárovi samosprávneho kraja a ministerstvu zdravotníctva. Po dátume, ktorý je uvedený ako predpokladaný termín odcudzenia alebo straty, je pečať neplatná.

Príloha k oznámeniu

Zoznam neplatných pečiatok

1. Text pečiatky

**Nemocnica
Košice-Šaca a.s.
1. súkromná
nemocnica**

**P43979011101
MUDr. Ronald Polomský
sekundárny lekár
Klinika muskuloskeletárnej a športovej medicíny
A26871801**

Strata pečiatky bola zistená dňa 07.02.2022.

VESTNÍK MINISTERSTVA ZDRAVOTNÍCTVA SR

Vydáva Ministerstvo zdravotníctva SR vo V OBZOR, s.r.o., Bratislava. Tlač: V OBZOR, s.r.o. Objednávky na predplatné, ako aj jednorazové vybavuje V OBZOR, s.r.o., tel.: 0905 361 251.

Adresa pre písomný styk: V OBZOR, s.r.o, P.O.Box 64, 820 12 Bratislava 212, E-mail: obzor@obzor.sk, www.obzor.sk