



Priority zdravotnej politiky pre Košický samosprávny kraj na obdobie 2012 – 2015



Priority zdravotnej politiky pre Košický samosprávny kraj na obdobie 2012-2015

Názov: Priority zdravotnej politiky pre Košický samosprávny kraj na obdobie 2012-2015

Spracovatelia: Agentúra na podporu regionálneho rozvoja Košice, n. o.
Odbor sociálnych vecí a zdravotníctva Úradu Košického samosprávneho kraja

Dátum vydania: júl 2012

Obsah

Úvod.....	4
Terminológia v oblasti zdravotníctva.....	5
1. Analytická časť.....	10
1.1. Legislatíva v oblasti zdravotníctva.....	10
1.1.1. Národné programy	10
1.1.2. Zákony, nariadenia vlády SR, vyhlášky MZSR, výnosy MZSR.....	10
1.1.3. Regionálne normy KSK.....	10
1.2. Sociálno-demografická charakteristika kraja	11
1.3. Inštitúcie pôsobiace v zdravotníctve.....	15
1.4. Financovanie zdravotníctva.....	18
1.5. Sieť zdravotníckych zariadení v Košickom samosprávnom kraji.....	27
1.6. Porovnanie verejnej minimálnej siete a skutočnej regionálnej siete poskytovateľov ambulantnej zdravot. starostlivosti v KSK	32
1.7. Porovnanie verejnej minimálnej siete a skutočnej regionálnej siete poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti v KSK.....	34
1.8. Zdravotnícki pracovníci.....	36
1.9. Lekárska služba prvej pomoci v Košickom samosprávnom kraji	39
1.10. Humánna farmácia v Košickom samosprávnom kraji.....	40
1.11. Zhrnutie a analýza problémov.....	42
2. Strategická časť	46
2.1. Oblasti, ciele a priority	46

Príloha č. 1 Zoznam najdôležitejších národných programov v oblasti zdravotníctva

Príloha č. 2 Zoznam najdôležitejších právnych predpisov v zdravotníctve

Úvod

Mnohí zahraniční ako aj domáci odborníci sa opierajú o tézu: „Zdravie je kľúčovým faktorom rozvoja každej spoločnosti“. S týmto tvrdením sa plne stotožňujeme a na základe toho je našim cieľom, aby sa tento dokument stal kľúčovým nástrojom nielen na identifikovanie jednotlivých problémových oblastí, ale aj na ich elimináciu splnením stanovených cieľových priorít v podmienkach regionálneho zdravotníctva v Košickom samosprávnom kraji (ďalej len „KSK“).

Dokument podobného významu v kraji dlhodobo absentuje, čo považujeme za výrazné negatívum a brzdu samotného rozvoja zdravotníctva nášho regiónu. Snahou tohto strategického dokumentu je formulovať priority a dlhodobé i krátkodobé ciele zamerané na starostlivosť o podporu, ochranu, rozvoj a prinavrátenie zdravia obyvateľov najmä v regióne KSK.

„Priority zdravotnej politiky pre Košický samosprávny kraj na obdobie 2012 – 2015“ vo svojej analytickej časti charakterizujú kraj po všetkých stránkach, okrem iného približujú inštitúcie fungujúce v zdravotníctve, hodnotia systém financovania, definujú sieť zdravotníckych zariadení, riešia zdravotníckych pracovníkov, mapujú lekársku službu prvej pomoci, prezentujú problematiku humánnej farmácie a jej zložiek, identifikujú a analyzujú jednotlivé problémy.

V rámci strategickej časti sú dokumentované problémové oblasti zdravotníctva, krátkodobé i dlhodobé ciele KSK a hlavné priority v oblasti regionálneho zdravotníctva.

Kolektív autorov

Terminológia v oblasti zdravotníctva

A. Zdravotná starostlivosť

ambulancia - základná ucelená jednotka určená na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ktorá nevyžaduje pobyt osoby na lôžku; zdravotnícke zariadenie ambulantnej zdravotnej starostlivosti je určené na poskytovanie zdravotnej starostlivosti osobe, ktorej zdravotný stav nevyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti nepresahujúce 24 hodín

agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti - poskytuje komplexne domácu ošetrovateľskú starostlivosť, pôrodnú asistenciu osobám, pri ktorých sa predpokladá, že ich zdravotný stav si nebude vyžadovať nepretržitý pobyt v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, a osobám, ktoré poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti odmietli

centrum pre liečbu drogových závislostí - špecializovaná nemocnica, v ktorej sa poskytuje nepretržitá, systematická a dlhodobá programovaná špecializovaná zdravotná starostlivosť osobám, ktoré sú závislé od psychoaktívnych látok, zameraná na zlepšenie ich zdravotného stavu, kvality života a na integráciu do spoločnosti

diagnostika - zisťovanie a hodnotenie zdravotného stavu osoby a v prípade zistenia poruchy zdravia alebo choroby určenie závažnosti poruchy zdravia alebo choroby; jej výsledkom je určenie choroby

dispenzarizácia - aktívne a systematické sledovanie zdravotného stavu osoby, u ktorej je predpoklad zhoršovania zdravotného stavu, jej vyšetrenie a liečba. Dispenzarizácia slúži na manažment chronických pacientov

dom ošetrovateľskej starostlivosti - poskytuje sa v ňom nepretržitá ošetrovateľská starostlivosť vrátane ošetrovateľskej rehabilitácie osobám, ktorých zdravotný stav si nevyžaduje sústavnú zdravotnú starostlivosť poskytovanú lekárom, ale si vyžaduje nepretržité poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti s predpokladaným pobytom na lôžku presahujúcim 24 hodín a ktorú nemožno vykonávať v prirodzenom sociálnom prostredí osoby

hospic - poskytuje sa v ňom zdravotná starostlivosť osobám s nevyliciteľnou a zároveň pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou, ktorá spravidla vedie k smrti

lekárska služba prvej pomoci - zdravotná starostlivosť, ktorou sa zabezpečuje nepretržitá dostupnosť všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre dospelých, všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre deti a dorast a špecializovanej zubno-lekárskej ambulantnej starostlivosti

liečba - vedomé ovplyvnenie zdravotného stavu osoby s cieľom navrátiť jej zdravie, zabrániť ďalšiemu zhoršovaniu jej zdravotného stavu alebo zmierniť prejavy a dôsledky jej choroby

liečebný režim - životospráva osoby na podporu liečby, ktorú určuje ošetrojúci lekár

liečebňa - poskytuje špecializovanú zdravotnú starostlivosť zameranú najmä na poruchy zdravia chronického charakteru so zdlhavým priebehom liečenia

mobilný hospic - domáca starostlivosť vykonávaná pracovníkom hospicu

neodkladná zdravotná starostlivosť - je zdravotná starostlivosť poskytovaná osobe pri náhlej zmene jej zdravotného stavu, ktorá bezprostredne ohrozuje jej život alebo niektorú zo základných životných funkcií, bez rýchleho poskytnutia zdravotnej starostlivosti môže vážne ohroziť jej zdravie, spôsobuje jej náhlu a nezniesiteľnú bolesť alebo spôsobuje náhle zmeny jej správania a konania, pod ktorých vplyvom bezprostredne ohrozuje seba alebo svoje okolie. Neodkladná starostlivosť je aj zdravotná starostlivosť poskytovaná pri pôrode. Neodkladná starostlivosť je aj vyšetrenie osoby označenej za možný zdroj rýchlo sa šíriacej a život ohrozujúcej nákazy, diagnostika a liečba osoby s rýchlo sa šíriacou a život ohrozujúcou nákazou. Súčasťou neodkladnej starostlivosti je neodkladná preprava osoby do zdravotníckeho zariadenia, neodkladná preprava medzi zdravotníckymi zariadeniami a neodkladná preprava darcov a príjemcov orgánov, tkanív a buniek určených na transplantáciu; neodkladnú prepravu vykonávajú poskytovatelia záchranej zdravotnej služby

odborný zástupca - fyzická osoba, ktorá osobne zodpovedá za odborné poskytovanie zdravotnej starostlivosti v zdravotníckom zariadení; musí byť v pracovnoprávnom vzťahu alebo obdobnom vzťahu s poskytovateľom

ošetrovateľská starostlivosť - zdravotná starostlivosť, ktorú poskytuje sestra s odbornou spôsobilosťou podľa osobitného predpisu metódou ošetrovateľského procesu v rámci ošetrovateľskej praxe

ošetrojúci zdravotnícky pracovník - zdravotnícky pracovník určený poskytovateľom zdravotnej starostlivosti na poskytovanie zdravotnej starostlivosti osobe; ak je takýmto ošetrojúcim zdravotníckym pracovníkom lekár alebo zubný lekár, ide o ošetrojúceho lekára, ak je ošetrojúcim zdravotníckym pracovníkom sestra alebo pôrodná asistentka, ide o ošetrojúcu sestru alebo o ošetrojúcu pôrodnú asistentku. Ak je poskytovateľom fyzická osoba, ošetrojúcim zdravotníckym pracovníkom je táto osoba

pevná sieť poskytovateľov - určenie poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti v rámci minimálnej siete, ktorí poskytujú ústavnú zdravotnú starostlivosť na príslušnom území v takom počte a zložení, aby sa zabezpečila neodkladná zdravotná starostlivosť

poistenec - fyzická osoba, ktorá je povinne verejne zdravotne poistená podľa zákona č. 581/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov

poliklinika - súbor vzájomne spoločne a jednotne organizovaných ambulancií všeobecnej zdravotnej starostlivosti, ambulancií špecializovanej zdravotnej starostlivosti a zariadení spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek prevádzkovaných spravidla na jednom spoločnom mieste poskytovania zdravotnej starostlivosti

poskytovateľ zdravotnej starostlivosti - a) fyzická osoba alebo právnická osoba, ktorá poskytuje zdravotnú starostlivosť na základe povolenia alebo povolenia na zaobchádzanie s liekmi a so zdravotníckymi pomôckami podľa osobitného predpisu, alebo na základe živnostenského oprávnenia podľa osobitného predpisu, alebo b) fyzická osoba, ktorá poskytuje zdravotnú starostlivosť na základe licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe alebo, c) fyzická osoba-podnikateľ alebo právnická osoba, ktorá poskytuje zdravotnú starostlivosť na základe povolenia na prevádzkovanie prírodných liečebných kúpeľov alebo povolenia na prevádzkovanie kúpeľnej liečebne podľa osobitného predpisu

pôrodná asistenciacia - zdravotná starostlivosť pôrodnej asistentky s odbornou spôsobilosťou o ženu a dieťa počas fyziologického tehotenstva, pôrodu a šestonedelia, zdravotná starostlivosť o reprodukčné zdravie a poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti pri gynekologických a pôrodných chorobách

prijímateľ zdravotnej starostlivosti - každá fyzická osoba, ktorej sa poskytuje zdravotná starostlivosť

prírodné liečebné kúpele a kúpeľné liečebne - poskytuje sa v nich zdravotná starostlivosť osobe na účely stabilizácie zdravotného stavu, regenerácie zdravia alebo prevencie chorôb

riadiace a správne orgány - Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky, vyššie územné celky, mestá, obce, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou

stacionár - je určený na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti osobám, ktorých zdravotný stav vyžaduje opakované denné poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti vždy v nadväznosti na ústavnú zdravotnú starostlivosť alebo ambulantnú zdravotnú starostlivosť

špecializovaná nemocnica - poskytuje ústavnú zdravotnú starostlivosť prevažne v jednom špecializačnom odbore, prípadne aj v odboroch s ním súvisiacich

špecializovaná zdravotná starostlivosť - zdravotná starostlivosť, ktorá sa poskytuje v iných špecializačných odboroch ako všeobecné lekárstvo

urgentná zdravotná starostlivosť - neodkladná starostlivosť poskytovaná osobe pri náhlej zmene jej zdravotného stavu, ktorá bezprostredne ohrozuje jej život alebo niektorú zo základných životných funkcií

úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou - právnická osoba, ktorej sa v oblasti verejnej správy zveruje vykonávanie dohľadu nad verejným zdravotným poistením a dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti

ústavná pohotovostná služba - zdravotná starostlivosť, ktorou sa zabezpečuje nepretržitá dostupnosť ústavnej starostlivosti v nemocnici

verejná minimálna sieť poskytovateľov - usporiadanie najmenšieho možného počtu verejne dostupných poskytovateľov na území Slovenskej republiky alebo na území príslušného samosprávneho kraja alebo na území príslušného okresu v takom počte a zložení, aby sa zabezpečila efektívne dostupná, plynulá, sústavná a odborná zdravotná starostlivosť

verejná sieť poskytovateľov - verejne dostupní poskytovatelia, ktorí majú aspoň s jednou zdravotnou poisťovňou uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Priority zdravotnej politiky pre Košický samosprávny kraj na obdobie 2012-2015

všeobecná nemocnica - poskytuje ústavnú zdravotnú starostlivosť na pracoviskách rôznych špecializačných odborov

všeobecná zdravotná starostlivosť - zdravotná starostlivosť, ktorá sa poskytuje v odbore všeobecné lekárstvo

zariadenie na poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti - je určené na vykonanie chirurgických výkonov v príslušných špecializačných odboroch alebo na vykonanie takých diagnostických výkonov a liečebných výkonov, pri ktorých sa predpokladá, že zdravotný stav osoby bude vyžadovať nepretržitý pobyt osoby na lôžku nepresahujúci 24 hodín

zariadenie spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (SVALZ) - zabezpečuje a vykonáva vyšetrenia, rozborov, skúšky a liečba v súvislosti s poskytovanou ambulantnou zdravotnou starostlivosťou alebo ústavnou zdravotnou starostlivosťou

záchranná zdravotná služba - zdravotná starostlivosť, ktorou sa zabezpečuje poskytovanie neodkladnej zdravotnej starostlivosti

zdravotná dokumentácia - súbor údajov o zdravotnom stave osoby, o zdravotnej starostlivosti a o službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti tejto osobe

zdravotná poisťovňa - akciová spoločnosť so sídlom na území Slovenskej republiky založená na účely vykonávania verejného zdravotného poistenia na základe povolenia na vykonávanie verejného zdravotného poistenia

zdravotná starostlivosť - súbor pracovných činností, ktoré vykonávajú zdravotnícki pracovníci, vrátane poskytovania liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín s cieľom predĺženia života fyzickej osoby (ďalej len "osoba"), zvýšenia kvality jej života a zdravého vývoja budúcich generácií; zdravotná starostlivosť zahŕňa prevenciu, dispenzarizáciu, diagnostiku, liečbu, biomedicínsky výskum, ošetrovateľskú starostlivosť a pôrodnú asistenciu

zdravotné poistenie - povinné verejné zdravotné poistenie, na základe ktorého sa poskytuje poistencom verejného zdravotného poistenia za podmienok ustanovených zákonom č. 580/2004 Z.z. Zákon o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov zdravotná starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a individuálne zdravotné poistenie, na základe ktorého sa poskytuje poistencom individuálneho zdravotného poistenia zdravotná starostlivosť v rozsahu určenom v poistnej zmluve podľa zákona č. 40/1964 Zb. Občianskeho zákonníka

zdravotnícke povolanie - je súbor pracovných činností, ktoré vykonáva zdravotnícky pracovník pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ochrane zdravia ľudí, lekárskej posudkovej činnosti, kontrolnej činnosti alebo výkone dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti - súčasťou zdravotníckeho povolania môže byť aj vedecká činnosť, riadenie a organizácia poskytovania zdravotnej starostlivosti

zdravotnícke zariadenie - prevádzkový útvar zriadený na poskytovanie zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti

zdravotnícke zariadenie ústavnej zdravotnej starostlivosti - je určené na poskytovanie zdravotnej starostlivosti osobám, ktorých zdravotný stav vyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti spojené s predpokladaným pobytom na lôžku v zdravotníckom zariadení presahujúcim 24 hodín

zdravotný obvod - administratívne určenie časti územia Slovenskej republiky poskytovateľovi všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre dospelých, poskytovateľovi všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre deti a dorast, poskytovateľovi špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti a poskytovateľovi špecializovanej zubno-lekárskej ambulantnej starostlivosti v rozsahu verejnej minimálnej siete; tvorí ho zoznam určených obcí, ulíc, prípadne popisných čísel domov

zdravotný výkon - ucelená činnosť zdravotníckeho pracovníka, ktorá predstavuje základnú jednotku poskytovania zdravotnej starostlivosti

B. Lekárska starostlivosť

farmácia - skúšanie liekov, uvádzanie liekov na trh a uvádzanie zdravotníckych pomôcok na trh alebo uvádzanie zdravotníckych pomôcok do prevádzky, výroba liekov, veľkodistribúcia liekov, poskytovanie

lekárskej starostlivosti, zabezpečovanie a kontrola kvality, účinnosti a bezpečnosti liekov a zdravotníckych pomôcok

humánny liek - liek určený pre človeka

homeopatický liek - je liek získaný z výrobku, látky alebo homeopatického základu homeopatickým výrobným postupom opísaným v Európskom liekopise, alebo v liekopise platnom v niektorom členskom štáte Európskej únie, ktorý je zmluvnou stranou Dohody o Európskom hospodárskom priestore. Homeopatický liek sa môže získať z viacerých homeopatických základov

internetový výdaj - výdaj lieku alebo zdravotníckej pomôcky na základe elektronického formuláru objednávky uverejneného na webovom sídle verejnej lekárne alebo výdajne zdravotníckych pomôcok

liek - liečivo alebo zmes liečiv a pomocných látok, ktoré sú upravené technologickým procesom do liekovej formy a sú určené na ochranu pred chorobami, na diagnostiku chorôb, liečenie chorôb alebo ovplyvňovanie fyziologických funkcií

liečivo - chemicky jednotná alebo nejednotná látka ľudského, rastlinného, živočíšneho alebo chemického pôvodu, ktorá je nositeľom biologického účinku využiteľného na ochranu pred chorobami, na diagnostiku chorôb, liečenie chorôb alebo ovplyvňovanie fyziologických funkcií

náhradný odborný zástupca - musí spĺňať podmienky ustanovené pre odborného zástupcu podľa § 3 ods. 4 zákona o liekoch a zdravotníckych pomôckach. Náhradným odborným zástupcom môže byť osoba, ktorá je držiteľom povolenia, vykonáva činnosť odborného zástupcu u iného držiteľa povolenia alebo vykonáva činnosť odborného zástupcu v inej prevádzkarni držiteľa povolenia. Jedna osoba môže vykonávať činnosť náhradného odborného zástupcu len v jednej prevádzkarni

nemocničná lekáreň - prevádzkareň, ktorá je neoddeliteľnou súčasťou ústavného zdravotníckeho zariadenia, pripravuje a vydáva lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny oddeleniam tohto zariadenia, inému ústavnému zdravotníckemu zariadeniu na základe objednávky; ak je súčasťou tohto zdravotníckeho zariadenia onkologická ambulancia, musí mať zriadené oddelenie na prípravu cytostatík. Nemocničná lekáreň nie je oprávnená účtovať cenu obchodného alebo sprostredkovateľského výkonu

odborný zástupca - fyzická osoba, ktorá spĺňa podmienky ustanovené v § 3 ods. 4 zákona č. 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov a ktorá zodpovedá za odborné vykonávanie činnosti, na ktorú bolo povolenie vydané. Jedna osoba môže vykonávať činnosť odborného zástupcu len v jednej prevádzkarni

pobočka verejnej lekárne - prevádzkareň, ktorú môže držiteľ povolenia na poskytovanie lekárskej starostlivosti zriadiť len v obci, kde nie je zriadená verejná lekáreň, a v obci, ktorá sa nachádza na území samosprávneho kraja, ktorý mu vydal povolenie na poskytovanie lekárskej starostlivosti; pobočka verejnej lekárne môže poskytovať lekársku starostlivosť v kratšom čase, ako je ustanovený týždenný pracovný čas, nemusí zabezpečovať individuálnu prípravu liekov a pohotovostnú lekársku službu

pomocná látka - chemicky jednotná alebo nejednotná látka, ktorá v množstve použitom na výrobu lieku alebo prípravu lieku sama nemá terapeutický účinok, ale umožňuje alebo uľahčuje výrobu lieku, jeho podávanie, zlepšuje jeho kvalitu alebo stabilitu a biologickú dostupnosť

poskytovateľ lekárskej starostlivosti - fyzická osoba alebo právnická osoba, ktorá poskytuje lekársku starostlivosť na základe povolenia vydaného v zmysle § 6 ods. 3 zákona č. 362/2011 o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Lekárska starostlivosť zahŕňa činnosti taxatívne uvedené v § 20 ods. 1 uvedeného zákona. Lekárskou starostlivosťou nie je príprava transfúzií, príprava autovakcín a individuálna príprava liekov na inovatívnu liečbu

prevádzkareň - priestor alebo funkčne prepojený súbor priestorov, v ktorých sa zaobchádza s liekmi alebo so zdravotníckymi pomôckami

riadiace a správne orgány na úseku ľudskej farmácie a veterinárnej farmácie - Ministerstvo zdravotníctva, Vyšší územný celok, Úrad pre normalizáciu, metrológiu a skúšobníctvo Slovenskej republiky, Štátny ústav pre kontrolu liečiv, Ministerstvo pôdohospodárstva, Štátna veterinárna a potravinová správa, Regionálne veterinárne a potravinové správy, Ústav kontroly veterinárnych liečiv

verejná lekáreň - prevádzkareň, ktorá poskytuje lekársku starostlivosť vrátane individuálnej prípravy liekov pre verejnosť, pre ambulantné zdravotnícke zariadenie a ústavné zdravotnícke zariadenie, ak ústavné zdravotnícke zariadenie nemá nemocničnú lekáreň. Verejná lekáreň vydáva poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny na základe objednávky

Priority zdravotnej politiky pre Košický samosprávny kraj na obdobie 2012-2015

poskytovateľa zdravotnej starostlivosti alebo zdravotnej poisťovne, ak humánný liek alebo zdravotnícku pomôcku obstarala zdravotná poisťovňa podľa osobitného predpisu

výdajňa audio-protetických zdravotníckych pomôcok - prevádzkareň, ktorá na základe lekárskeho poukazu individuálne zhotovuje, opravuje, upravuje a vydáva audio-protetické zdravotnícke pomôcky

výdajňa ortopedicko-protetických zdravotníckych pomôcok - prevádzkareň, ktorá na základe lekárskeho poukazu individuálne zhotovuje, opravuje, upravuje a vydáva ortopedicko-protetické zdravotnícke pomôcky

výdajňa zdravotníckych pomôcok - prevádzkareň, ktorá je určená na výdaj zdravotníckych pomôcok na základe lekárskeho poukazu

zaobchádzanie s liekmi a zdravotníckymi pomôckami - je to výroba liekov, príprava transfúzných liekov, príprava liekov na inovatívnu liečbu, veľkodistribúcia liekov a zdravotníckych pomôcok a poskytovanie lekárenskej starostlivosti

zdravotnícka pomôcka - nástroj, prístroj, zariadenie, počítačový program, materiál alebo iný výrobok používaný samostatne alebo v kombinácii, určený výrobcom na diagnostické, preventívne, monitorovacie účely alebo liečebné účely, na zmiernenie ochorenia alebo kompenzáciu ochorenia, zdravotného postihnutia, na skúmanie, nahradenie alebo zmenu anatomickej časti tela alebo fyziologického procesu, na reguláciu počatia, ktorého hlavný účinok sa nezískal farmakologickými prostriedkami, imunologickými prostriedkami ani metabolizmom, ale ktorého činnosť možno podporovať týmito prostriedkami

1. Analytická časť

V nasledovných kapitolách sa budeme okrem právnych noriem a stručnej charakteristiky Košického samosprávneho kraja, venovať najmä poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, financovaniu zdravotníctva, zdravotníckym pracovníkom a oblasti humánnej farmácie. Záverom zhrnieme identifikované problematické oblasti v každej sfére predmetného rezortu.

1.1. Legislatíva v oblasti zdravotníctva

Oblasť zdravotníctva je riadená množstvom vzájomne nadväzujúcich právnych predpisov na národnej ako aj regionálnej úrovni. V ďalších kapitolách uvádzame súhrn najdôležitejších právnych noriem v zdravotníctve.

1.1.1. Národné programy

Najdôležitejšie Národné programy, ktoré Slovenská republika v oblasti zdravotníctva realizuje, sú zhrnuté v Prílohe č. 1 pod názvom: Zoznam najdôležitejších národných programov v oblasti zdravotníctva.

1.1.2. Zákony, nariadenia vlády SR, vyhlášky MZSR, výnosy MZSR

Jednotlivé právne predpisy v oblasti zdravotníctva sú zhrnuté v Prílohe č. 2 pod názvom: Zoznam najdôležitejších právnych predpisov v zdravotníctve.

1.1.3. Regionálne normy KSK

- Usmernenie č. 1/2011 Odboru sociálnych vecí a zdravotníctva – lekára samosprávneho kraja k postupu schvaľovania výšky úhrady za prednostné poskytnutie zdravotnej starostlivosti
- Usmernenie č. 2/2011 Odboru sociálnych vecí a zdravotníctva k rozpisu lekárskej služby prvej pomoci v KSK
- Informácia pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (k povoleniam, ordinačným hodinám, dočasnej neprítomnosti, k prednostnému poskytovaniu ambulantnej starostlivosti a povinnostiam poskytovateľov)
- Informácia pre poskytovateľov lekárenskej starostlivosti (k povoleniam, dovolenkám alebo iným prekážkam, schváleniu prevádzkového času a povinnostiam poskytovateľov)
- Informácia farmaceuta Košického samosprávneho kraja o postupe pri podávaní ročného hlásenia o spotrebe omamných a psychotropných látok za rok 2011
- Nariadenie farmaceuta KSK o poskytovaní lekárenskej pohotovostnej služby
- Plán hospodárskeho a sociálneho rozvoja Košického samosprávneho kraja 2007 - 2013
- Štatút Etickej komisie Košického samosprávneho kraja
- Metodické usmernenie odboru sociálnych vecí a zdravotníctva č. 1/2012 z 23.1.2012 o vybavovaní podaní a ukladaní pokút na referáte zdravotníctva Úradu KSK
- Usmernenie č. 1/2012 Odovzdanie a prevzatie zdravotnej dokumentácie pri zmene poskytovateľa ambulantnej starostlivosti
- Usmernenie č. 2/2012 Vydávanie humánných liekov poskytovateľmi ambulantnej starostlivosti osobám, ktorým sa poskytuje ambulantná starostlivosť

1.2. Sociálno-demografická charakteristika kraja

Východiskovými zdrojmi informácií pre sociálno-demografickú charakteristiku Košického kraja sú údaje web stránky Košického samosprávneho kraja, Štatistického úradu SR (Databáza regionálnej štatistiky) a jednotlivých Úradov práce, sociálnych vecí a rodiny.

A. Základné ukazovatele Košického samosprávneho kraja

Tabuľka č. 1 Základné ukazovatele KSK

Košický samosprávny kraj
Rozloha: 6 753 km ² , zaberá 14 % územia SR
Počet okresov: 11
Košice I, II, III, IV, Košice – okolie, Gelnica, Michalovce, Rožňava, Sobrance, Spišská Nová Ves, Trebišov
Počet obcí: 440, z nich 17 má štatút mesta
Počet obyvateľov k 31.12.2010: 778 000
Najväčšie mesto: Košice (233 886 obyvateľov k 31.12.2010)

Zdroj: Košický samosprávny kraj, Štatistický úrad SR, Mesto Košice

Obrázok č. 1 Územno-správne členenie KSK



Zdroj: Košický samosprávny kraj

B. Demografický vývoj

K 31.12.2010 žilo v KSK 778 000 obyvateľov, čo je 14,3% z celkovej populácie Slovenska 5 435 273 obyvateľov. Týmto podielom je KSK po Prešovskom samosprávnom kraji druhým najväčším na Slovensku. S hustotou osídlenia 115,2 obyvateľov na km² patrí KSK k hustejšie osídleným regiónom. Rozloženie obyvateľstva v rámci kraja je nerovnomerné. Najviac obyvateľov kraja žije v krajskom meste Košice s podielom 30,68% z celkového počtu obyvateľstva, naopak najnižší podiel obyvateľstva žije v okresoch Sobrance a Gelnica.

Priority zdravotnej politiky pre Košický samosprávny kraj na obdobie 2012-2015

Tabuľka č. 2 Základné demografické údaje o obyvateľstve Košického samosprávneho kraja

Ukazovatele / obdobie	2007	2008	2009	2010
Stredný stav obyvateľstva k 1.7.	773 785	774 728	776 793	779 247
Živonarodení na 1000 obyvateľov	11,74	12,17	13,08	12,47
Zomretí na 1000 obyvateľov	9,75	9,53	9,52	9,65
Potraty na 100 narodených	35,69	35,14	30,58	28,94
Prirodzený prírastok/ úbytok na 1000 obyvateľov	2,00	2,64	3,57	3,02
Saldo sťahovania na 1000 obyvateľov	-0,68	-0,82	-0,20	-0,61
Celkový prírastok/ úbytok na 1000 obyvateľov	1,32	1,82	3,36	2,41
Sobáše na 1000 obyvateľov	5,13	5,29	4,79	4,47
Rozvody na 1000 obyvateľov	2,25	2,35	2,15	2,19
Priemerný vek obyvateľov v rokoch	36,78	37,02	37,22	37,42
Index starnutia	62,83	64,04	65,04	65,28

Zdroj: Štatistický úrad SR

C. Štruktúra obyvateľstva podľa pohlavia a veku

Z celkového počtu 778 000 obyvateľov k 31.12.2010 bolo 378 701 mužov a 401 299 žien. Podiel žien na celkovom počte obyvateľstva kraja tvorí okolo 51,6%, všeobecne je ženská zložka zastúpená vo všetkých okresoch kraja početnejšie ako mužská. Obyvateľstvo kraja je oproti slovenskému priemeru relatívne mladšie. Priemerný vek obyvateľa je 37,42 rokov, čo je menej oproti celoslovenskému priemeru o 1,31 roka, zároveň sa dá skonštatovať, že priemerný vek obyvateľstva má stále stúpajúcu tendenciu (v roku 2007 to bolo 36,78 a v roku 2009 už 37,22). Okresom s najvyšším vekovým priemerom je okres Košice IV, naopak okresom s najmladším obyvateľstvom je Spišská Nová Ves. Podiel obyvateľstva v predproduktívnom veku (0 - 14 roční) tvorí 17,5 %, v produktívnom (15 - 64 roční) 71,1 % a poproduktívnom (65 roční a starší) je 11,4 %.

Tabuľka č. 3: Štruktúra obyvateľstva podľa pohlavia k 31.12.2010 v okresoch KSK

Okres / ukazovateľ	Spolu	Muži	Ženy
Gelnica	31 440	15 509	15 931
Košice I	67 185	31 583	35 602
Košice II	80 835	38 858	41 977
Košice III	29 602	14 377	15 225
Košice IV	56 264	26 553	29 711
Košice - okolie	116 322	57 525	58 797
Michalovce	110 166	53 538	56 628
Rožňava	61 827	29 949	31 878
Sobrance	23 213	11 366	11 847
Spišská Nová Ves	97 784	48 288	49 496
Trebišov	105 362	51 155	54 207
KSK	778 120	378 701	401 299
SR spolu	5 435 273	2 642 240	2 793 033

Zdroj: Štatistický úrad SR

Priority zdravotnej politiky pre Košický samosprávny kraj na obdobie 2012-2015

Tabuľka č. 4: Štruktúra obyv. podľa zákl. vekových skupín podľa EÚ k 31.12.2010 v okresoch KSK

Okres / ukazovateľ	Predproduktívny vek – EÚ (0-14)	Produktívny vek – EÚ (15-64)	Poproduktívny vek – EÚ (65-100+)
Gelnica	6 334	21 355	3 751
Košice I	9 708	48 390	9 087
Košice II	12 470	58 684	9 681
Košice III	4 214	23 727	1 661
Košice IV	8 232	40 080	7 952
Košice - okolie	22 933	81 272	12 117
Michalovce	19 468	78 352	12 346
Rožňava	10 475	43 876	7 476
Sobrance	3 624	16 231	3 358
Spišská Nová Ves	20 009	68 191	9 584
Trebišov	18 973	74 331	12 058
KSK	136 440	554 489	89 071
SR spolu	830 457	3 932 092	672 724

Zdroj: Štatistický úrad SR

Tabuľka č. 5: Celkový prírastok (-úbytok) na 1000 obyvateľov v okresoch KSK

Okres / obdobie	2007	2008	2009	2010
Gelnica	1,29	4,17	3,45	2,39
Košice I	-0,69	-4,54	-0,09	-2,24
Košice II	0,55	-0,35	3,91	0,89
Košice III	-6,62	-4,65	-4,43	-2,69
Košice IV	-2,79	-1,87	0,78	2,94
Košice - okolie	8,68	9,78	10,65	9,75
Michalovce	0,64	1,01	2,48	0,78
Rožňava	-1,02	-1,54	-0,05	0,00
Sobrance	-4,35	1,34	0,34	-0,39
Spišská Nová Ves	4,58	5,04	5,57	4,66
Trebišov	0,15	2,02	2,31	1,30
KSK	1,31	1,81	3,36	2,41
SR spolu	1,36	2,08	2,34	1,91

Zdroj: Štatistický úrad SR

Za posledné roky sa do Košického samosprávneho kraja prisťahováva menej obyvateľov, ako odšťahováva. Týmto sa radí medzi migračne stratové regióny. V roku 2010 sa napríklad do KSK prisťahovalo 2 455 obyvateľov a vystaňovalo spolu 2 928 obyvateľov. Až siedmich okresoch kraja sme zaznamenali záporné migračné saldo. Taktiež stále pokračuje znižovanie podielu mestského obyvateľstva v prospech vidieckeho, v mestských sídlach žilo koncom roka 2010 432 047 obyvateľov (55,5%).

D. Natalita (pôrodnosť) a mortalita (úmrtnosť) v KSK

Natalita spolu s mortalitou predstavujú dva hlavné demografické procesy, ktoré vo významnej miere ovplyvňujú populačný vývoj obyvateľstva.

Tabuľka č. 6: Počet živonarodených zomretých v Košickom samosprávnom kraji

Okres / ukazovateľ	Počet živonarodených				Počet zomretých			
	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
Okres Gelnica	422	332	303	482	334	451	462	339
Okres Košice I	613	629	628	709	610	653	753	650
Okres Košice II	916	579	611	958	594	916	950	575
Okres Košice III	308	149	173	367	189	329	400	169
Okres Košice IV	593	663	608	635	637	589	642	591
Okres Košice - okolie	1 513	1 104	1 060	1 580	1 033	1 518	1 730	1 119
Okres Michalovce	1 245	1 132	1 107	1 327	1 136	1 371	1 410	1 122
Okres Rožňava	666	741	678	734	713	634	723	737
Okres Sobrance	194	303	296	239	284	254	225	292
Okres Spišská Nová Ves	1 379	714	801	1 508	793	1 432	1 540	807
Okres Trebišov	1 232	1 191	1 118	1 336	1 068	1 277	1 325	1 121

Zdroj: Štatistický úrad SR

Pri porovnávaní počtu živonarodených a zomretých v kraji môžeme skonštatovať, že celkovo za kraj je vyššia živorodenosť než úmrtnosť a teda aj vyšší prirodzený prírastok obyvateľstva. Na tisíc obyvateľov pribudlo spolu 2,41 obyvateľov, oproti 1,91 za SR. Najvyšší celkový prírastok na tisíc obyvateľov bol v okrese Košice - okolie (9,75) a Spišská Nová Ves (4,66). Naopak, najvyšší celkový úbytok (-2,69) na tisíc obyvateľov zaznamenali v okrese Košice III. Taktiež môžeme skonštatovať pokles novorodeneckej úmrtnosti, ktorá však za kraj stále výrazne prevyšuje celoslovenský priemer. To isté platí aj pri dojčenskej úmrtnosti, okresy ako Gelnica, Sobrance či Trebišov patria k okresom s najvyššou mierou úmrtnosti dojčiat na Slovensku vôbec.

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti je jedným z hlavných faktorov vplývajúcich na úmrtnosť. Keď chceme zistiť a popísať najčastejšie príčiny úmrtia obyvateľstva v Košickom kraji za posledné roky, najvyšší podiel u mužov i žien Košického kraja mali choroby obehovej sústavy, na ktoré zomrie takmer každý druhý človek v kraji. Tieto v roku 2009 u mužov zapríčinili 48,5 % a u žien 60,4 % úmrtí.

V rámci tejto kapitoly sa najzávažnejšími javia ischemické choroby srdca a cievne choroby mozgu. Druhou najčastejšou príčinou úmrtí a to u oboch pohlaví, sú nádorové ochorenia. Ročne zomiera na túto diagnózu v KSK vyše 1,5 tis. obyvateľov (55,2 % mužov a 44,8 % žien). U mužov sú treťou najčastejšou príčinou úmrtí „vonkajšie príčiny“, tvoria 8 – 10 % ich úmrtí, čo predstavuje 350 – 400 mužov. Hlavnými činiteľmi sú tu najmä dopravné nehody, náhodné poranenia a úmyselné sebapoškodenia. U žien je táto kapitola menej častou príčinou, okolo 2,7 % úmrtí. U žien sú treťou najčastejšou príčinou choroby dýchacej sústavy, na ktoré v priemere ročne v kraji zomiera vyše 200 žien.

E. Potratovosť a stredná dĺžka života pri narodení obyvateľstva v KSK

V roku 2009 bolo na Slovensku zaevidovaných 17 218 potratov V Košickom kraji bolo za to isté obdobie zaevidovaných spolu 2 869 potratov. Všeobecne možno konštatovať pretrvávajúcu tendenciu klesania umelých prerušení tehotenstva.

Ukazovateľ strednej dĺžky života pri narodení obyvateľstva v Košickom samosprávnom kraji je významným ukazovateľom úrovne úmrtnosti, ktorý má výpovednú hodnotu o stave zdravia populácie a tiež úrovni zdravotnej starostlivosti.

Tabuľka č. 7: Stredná dĺžka života pri narodení

Územie / ukazovateľ	Muži				Ženy			
	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
Okres Gelnica	67,79	68,26	68,2	68,67	76,21	76,54	76,67	76,94
Okres Košice I	72,23	72,23	72,53	72,50	79,51	79,7	80,09	80,02
Okres Košice II	71,66	71,77	71,95	72,43	78,5	78,47	78,59	78,92
Okres Košice III	71,85	71,49	71,75	71,95	77,19	77,84	78,02	78,82
Okres Košice IV	69,93	69,92	70,22	71,04	76,43	77,06	77,47	77,58
Okres Košice - okolie	68,25	68,63	68,96	69,28	76,78	77,14	77,3	77,62
Okres Michalovce	69,24	69,39	69,61	69,85	76,97	77,45	77,79	77,64
Okres Rožňava	67,38	67,75	67,99	68,40	76,99	77,03	77,3	76,93
Okres Sobrance	67,28	68,05	68,22	68,76	78,05	78,04	78,08	78,01
Okres Spišská Nová Ves	70,69	70,56	70,67	70,70	77,83	78,02	77,98	78,06
Okres Trebišov	66,63	67,15	67,74	68,27	76,09	76,63	76,97	77,02
KSK	69,35	69,67	70,11	70,54	77,66	77,82	77,92	78,05
SR	70,51	70,85	71,27	71,62	78,08	78,73	78,74	78,84

Zdroj: Štatistický úrad SR

Demografický ukazovateľ Stredná dĺžka života pri narodení patrí k dôležitým ukazovateľom poukazujúcim na kvalitu života obyvateľstva. Meria sa ním dĺžka života obyvateľstva ako následok poklesu/ nárastu úmrtnosti. Za posledné roky sa stredná dĺžka života predlžuje tak u žien ako u mužov v KSK. Okresom s najdlhšou strednou dĺžkou života je okres Košice I, naopak s najkratšou okres Rožňava.

Identifikované problémy:

- A) Zvyšovanie nárokov na poskytovanú zdravotnú starostlivosť v súvislosti so zvyšovaním priemerného veku obyvateľstva
- B) Zvyšujúci sa výskyt civilizačných chorôb a narastajúca chorobnosť obyvateľstva
- C) Vzhľadom na nízky počet vykonávaných preventívnych prehliadok, absencia modelu motivácie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pri ich vykonávaní
- D) Nízka úroveň zodpovedného prístupu občanov ku svojmu zdraviu

1.3. Inštitúcie pôsobiace v zdravotníctve

V oblasti zdravotníctva plnia svoje funkcie a majú stanovené kompetencie mnohé inštitúcie pôsobiace v rôznych sférach.

Košický samosprávny kraj koordinuje výkon územnej samosprávy na úseku poskytovania zdravotnej starostlivosti a humánnej farmácie. V rámci svojich kompetencií vykonáva najmä nasledovne činnosti:

- vydáva povolenia na prevádzkovanie zdravotníckych zariadení,
- metodicky riadi zdravotnícke zariadenia vo svojej pôsobnosti,
- vedie prehľad existujúcich štátnych a neštátnych zdravotníckych zariadení,
- spolupracuje s Ministerstvom zdravotníctva SR a príslušnými stavovskými organizáciami,
- zriaďuje etické komisie na posudzovanie etickej prijateľnosti projektov biomedicínskeho výskumu a etických otázok vznikajúcich pri poskytovaní ambulantnej starostlivosti,
- určuje poskytovateľa osobe pri odmietnutí jej návrhu na uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,

- preberá do úschovy a zabezpečuje odovzdanie zdravotnej dokumentácie inému poskytovateľovi,
- vykonáva dozor nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti v rozsahu ustanovenom osobitným predpisom,
- sestra samosprávneho kraja plní úlohy na úseku zdravotníctva vo vzťahu k poskytovaniu ošetrovateľskej starostlivosti a pôrodnej asistencie,
- rieši podnety a sťažnosti súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti
- vypracúva návrhy, koncepcie rozvoja priorít zdravotnej starostlivosti v rámci svojej pôsobnosti,
- vydáva opatrenia na odstránenie nedostatkov zistených pri výkone dozoru a ukladá pokuty za porušenie povinností ustanovených zákonmi a osobitnými predpismi upravujúcimi výkon zdravotníckeho povolania,
- vydáva povolenie na poskytovanie lekárenskej starostlivosti vo verejnej lekárni, výdajni zdravotníckych pomôcok, vo výdajni ortopedicko-protetických pomôcok, vo výdajni audio-protetických zdravotníckych pomôcok,
- rozhoduje a určuje spôsob nakladania so zásobami liekov a zdravotníckych pomôcok v prípade, ak držiteľ povolenia prestal spĺňať podmienky na vydanie povolenia alebo získal povolenie na základe nepravdivých údajov,
- zabezpečuje informovanosť zdravotníckych zariadení o nedostatkoch v kvalite liekov a zdravotníckych pomôcok, o pozastavení registrácie liekov a stiahnutí liekov alebo zdravotníckych pomôcok z trhu alebo z prevádzky,
- schvaľuje prevádzkový čas verejnej lekárne, výdajne zdravotníckych pomôcok, výdajne ortopedicko-protetických pomôcok, výdajne audio-protetických zdravotníckych pomôcok,
- organizuje poskytovanie pohotovostných služieb vo verejných lekárňach po prerokovaní s príslušnou lekárnickou organizáciou,
- rieši podnety a sťažnosti na úseku humánnej farmácie,
- vykonáva dozor nad poskytovaním lekárenskej starostlivosti,
- zabezpečuje plnenie úloh uložených ministerstvom zdravotníctva a štátnym ústavom, ktoré sa týkajú humánnej farmácie a účelnej farmakoterapie.

Zo Správy o vybavovaní sťažností, podaní a petícií za rok 2011 na odbore sociálnych vecí a zdravotníctva Košického samosprávneho kraja je zrejmé, že lekár samosprávneho kraja riešil v roku 2011 spolu 26 sťažností a 96 podaní občanov. Oproti roku 2010 bol zaznamenaný nárast o vyše 36 %. Z celkového počtu sťažností bolo 32 % opodstatnených a z celkového počtu podaní bolo 28 % opodstatnených. Opodstatnené sťažnosti a podania sú po ich prešetrení ďalej riešené v správnom konaní.

Z celkového počtu sťažností a podaní bolo najviac na vyberanie poplatkov (63%), na zdravotnú dokumentáciu (27%), nedodržiavanie ordinačných hodín (8%) a na prednostné poskytnutie ambulantnej starostlivosti (2%).

Podobne ako v predchádzajúcich rokoch sa poskytovatelia zdravotnej starostlivosti najčastejšie dopúšťajú chýb v oblasti platieb za zdravotné výkony, ktoré nie sú plne hradené z verejného zdravotného poistenia a za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, často boli poskytovateľmi požadované aj platby za zdravotné výkony plne hradené z verejného zdravotného poistenia. Druhou najčastejšou oblasťou, v ktorej sa poskytovatelia dopúšťali chýb, bola zdravotná dokumentácia (jej vedenie, poučenie, informovaný súhlas a dodržanie postupu pri jej odovzdaní novému poskytovateľovi). Treťou najčastejšou oblasťou, v ktorej sa poskytovatelia dopúšťali chýb, boli ordinačné hodiny (ich nedodržiavanie, nesúlad medzi schválenými ordinačnými hodinami a ordinačnými hodinami vyvesenými

v čakárni, neuvedenie odsúhlasenej doby určenej na prednostné poskytovanie zdravotnej starostlivosti). Štvrtou najčastejšou oblasťou, v ktorej sa poskytovatelia dopúšťali chýb, bolo prednostné poskytnutie ambulantnej starostlivosti (nedodržiavanie výšky poplatku).

Pri zistení závažného alebo opakovaného pochybenia zo strany poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, Košický samosprávny kraj, odbor sociálnych vecí a zdravotníctva začne správne konanie vo veci uloženia pokuty. Ukladanie pokút bolo realizované už v rokoch 2005 a 2006. V tom čase boli uložené pokuty v celkovej výške 3 050,- €. Výnosy z uložených pokút boli a naďalej sú príjmom štátneho rozpočtu (nie rozpočtu orgánu, ktorý pokuty ukladá). Napriek tomu pristúpil odbor sociálnych vecí a zdravotníctva KSK v roku 2011 k opätovnému začatiu ukladania pokút v správnom konaní v prípade zistenia porušenia povinnosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

Ďalšou dôležitou inštitúciou v oblasti zdravotníctva, ktorá má pôsobnosť v Košickom kraji, je **Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Košiciach**. Svoje krajské pobočky má v mestách: Michalovce, Rožňava, Spišská Nová Ves, Trebišov a Košice. Regionálny úrad verejného zdravotníctva ako orgán verejného zdravotníctva pri svojej činnosti postupuje v zmysle ustanovení zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, ako aj ďalších všeobecne záväzných právnych predpisov vydaných na jeho vykonanie a iných všeobecne záväzných právnych predpisov upravujúcich ochranu verejného zdravia. Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Košiciach má pôsobnosť v územnom obvode okresov Košice I. – IV. a Košice okolie, v oblasti ionizujúceho žiarenia v územnom obvode Košického a Prešovského samosprávneho kraja a v oblasti metodického usmerňovania iných Regionálnych úradov verejného zdravotníctva v územnom obvode Košického samosprávneho kraja.

Zákomom č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a zmene a doplnení niektorých zákonov bol zriadený **Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou**, ktorého úlohou je vykonávanie dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti a verejným zdravotným poistením. Jeho pobočka sa nachádza v Košiciach a jeho Súdno-lekárske a patologicko-anatomické pracovisko takisto v Košiciach.

Výkon štátneho dozoru na úseku farmácie, inšpekčnú činnosť, kontrolu činností držiteľov povolení na zaobchádzanie s liekmi a zdravotníckymi pomôckami v súlade so zákonom 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov, 139/1998 Z. z. o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch v znení neskorších predpisov a zákona 331/2005 Z. z. o orgánoch štátnej správy vo veciach drogových prekursorov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vykonáva **Štátny ústav pre kontrolu liečiv**. Na úseku sekcie inšpekcie má v rámci Slovenskej republiky zriadených päť kontrolných laboratórií. Kontrolné laboratórium č. 5 je zriadené v Košiciach a do jeho pôsobnosti spadajú zariadenia v Košickom a Prešovskom kraji poskytujúce lekárenskú starostlivosť, očné optiky, pestovatelia maku siateho a iné zdravotnícke zariadenia, u ktorých sa vykonáva inšpekčná a kontrolno-analytická činnosť vyplývajúca zo zákona 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Svoje zastúpenie v sieti zdravotných inštitúcií majú aj ďalšie inštitúcie. **Stavovské organizácie** pôsobiace v kraji napr. Regionálna lekárska komora Košice, Regionálna lekárnická komora Košice, Regionálna komora zubných lekárov, Regionálna komora sestier a pôrodných asistentiek Košice. V kraji majú svoje zastúpenie pobočky všetkých aktuálne na trhu pôsobiacich zdravotných poisťovní, t.j. **Všeobecná**

zdravotná poisťovňa, a.s., Dôvera zdravotná poisťovňa, a.s. a Union zdravotná poisťovňa, a.s. Vo sfére zdravotníctva pôsobia v rámci kraj aj rôzne profesijné združenia, asociácie, odborné spoločnosti, organizácie na ochranu práv pacientov, vzdelávacie inštitúcie – poskytujúce stredoškolské aj vysokoškolské odborné vzdelanie, samotní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti.

Identifikované problémy:

- A) KSK nemá reálnu možnosť regulovať geografické rozmiestnenie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v kraji a ich počet, ani po naplnení verejnej minimálnej siete
- B) Sieť poskytovateľov (okrem poskytovania všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti a poskytovania záchranej zdravotnej služby) je reálne vytváraná/regulovaná cez financie, teda zdravotnými poisťovňami
- C) Chýbajúce kritériá tvorby cenníkov a ich jasná štruktúra
- D) Cenníky nepodliehajú predchádzajúcemu schváleniu žiadnej inštitúcie
- E) Vysoký počet podaní, sťažností a podnetov zo strany pacientov v súvislosti najmä s nesprávnym poskytnutím zdravotnej starostlivosti (UDZS), administratívnym postupom, výškou platieb, zdravotnou dokumentáciou (KSK) a narušením medziludských vzťahov: lekár – pacient, sestra – pacient (príslušná stavovská organizácia)
- F) Výnosy z pokút sú spravidla príjmom štátneho rozpočtu a nie inštitúcie, ktorá je zodpovedná za celý proces kontroly, správneho konania, udelenia sankcie, až po výkon rozhodnutia
- G) Nedostatočné financovanie preneseného výkonu štátnej správy zo strany štátu voči KSK (najmä lekár KSK, sestra KSK, farmaceut KSK)
- H) Nedostatočná komunikácia medzi jednotlivými inštitúciami
- I) Nedostatočná informovanosť pacientov o ich právach a povinnostiach

1.4. Financovanie zdravotníctva

Zdravie je najdôležitejšou hodnotou života a preto dostupnosť kvalitnej zdravotnej starostlivosti je veľmi vážnym faktorom ovplyvňujúcim kvalitu nášho života. Samotná dostupnosť a kvalita zdravotnej starostlivosti je však priamo závislá od finančnej kondície systému poskytovateľov a to tak z pohľadu dostatočného zabezpečenia kvalitného odborného personálu ako aj moderného materiálo-technického vybavenia poskytovateľov. Práve preto je problematika financovania zdravotníctva takou dôležitou spoločensko-politickou témou.

Súčasný systém financovania zdravotníctva Slovenskej republiky a rovnako to platí aj v jednotlivých samosprávnych krajoch, má niekoľko rovín. Tou najvýznamnejšou je financovanie z **verejného zdravotného poistenia** prostredníctvom zdravotných poisťovní, ktoré predstavuje takmer $\frac{3}{4}$ celkových finančných zdrojov. Menej významnú, avšak nie zanedbateľnú rovinu predstavujú **verejné finančné zdroje z rozpočtov VÚC, Miest a obcí, MZ SR** (mimo platieb štátu za svojich poistencov) a iných kapitol štátneho rozpočtu (resp. ministerstiev). Veľmi dôležitou a stále rastúcou na význame je rovina **priamych platieb domácností** (pacientov) alebo tzv. súkromných zdrojov (viď tabuľka č. 8).

Tabuľka č. 8: Finančné zdroje zdravotníctva

CELKOVÉ FINANČNÉ ZDROJE ZDRAVOTNÍCTVA (100%)						
Príjmy verejného zdravotného poistenia (71,4 %)			Verejné zdroje mimo ZP (3,8 %)		Priame platby domácností (24,8 %)	
Daňové príjmy ZP (71%)			Nedaňové príjmy ZP a transfery (0,4 %)	Zdroje MZSR a iných rozpočtových kapitol (3,4 %)		Zdroje od VÚC a obcí (0,4 %)
Ekonomicky aktívne obyvateľstvo (45,9 %)	Štát za svojich poistencov (24,7 %)	Ročné zúčtovanie a sankcie (0,4 %)				

Zdroj: MZSR - Správa o stave zdravotníctva na Slovensku - jún 2011, vlastné spracovanie

A. Zdravotné poisťovne

Najvýznamnejším zdrojom finančných prostriedkov zdravotníctva sú zdroje z verejného zdravotného poistenia. Jediným a výhradným správcom týchto prostriedkov sú zdravotné poisťovne (ďalej len „ZP“), ktorých nakladanie s nimi upravuje najmä zákon č. 581/2004Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a vzhľadom na fakt, že všetky ZP majú formu akciových spoločností aj zákon č. 513/1991Zb. Obchodný zákonník. ZP majú postavenie jediného nákupcu zdravotnej starostlivosti v systéme a ich povinnosťou je zabezpečiť poistencom zákonom predpísaný rozsah zdravotnej starostlivosti.

Pri nákupe zdravotnej starostlivosti využívajú ZP zákonnú možnosť selektívneho uzatvárania zmlúv s poskytovateľmi, hoci táto bola v minulosti do značnej miery deformovaná legislatívnou úpravou **verejnej minimálnej siete** a v rámci nej **koncovej siete poskytovateľov** ústavnej zdravotnej starostlivosti, až do prijatia Nariadenia vlády SR č. 274/2011 Z.z. ktorým sa mení a dopĺňa nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti z augusta 2011, ktorým sa účinnosťou od 1. septembra 2011 čiastočne otvára zaradenie neštátnych poskytovateľov (nezriadených MZSR) do verejnej minimálnej siete poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti. ZP je podľa zákona 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, povinná uzatvárať zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov. V minulosti mali práve poskytovatelia zaradení do zoznamu koncovej siete isté miesto vo verejnej minimálnej sieti, čo výrazne zvýhodňovalo týchto poskytovateľov vo vyjednávaní zmluvných podmienok oproti ostatným poskytovateľom. Dnešná legislatívna úprava negarantuje žiadnemu poskytovateľovi miesto v zozname **pevnej siete poskytovateľov** ústavnej zdravotnej starostlivosti v rámci verejnej minimálnej siete. Skôr naopak, umožňuje všetkým poskytovateľom bojovať o túto pozíciu, po splnení zákonných podmienok a interných kritérií každej ZP (kvalita poskytovanej ústavnej zdravotnej starostlivosti). Selektívny prístup teda umožňuje ZP na základe kritérií kvality hodnotiť poskytovateľov a následne formou pružnej ceny motivovať poskytovateľov k zvyšovaniu kvality nimi poskytovaných zdravotných služieb.

Zásadným problémom v bilaterálnych zmluvných vzťahoch medzi ZP a poskytovateľmi je **zmluvný finančný objem** za poskytnutú zdravotnú starostlivosť. Ten je pre ZP limitovaný najmä ich celkovými príjmami z verejného zdravotného

poistenia a ich prerozdelenia. ZP vo všeobecnosti riešia tento problém dvojakým prístupom. Buď poskytovateľovi ZP uhradí po revízii medicínsky uznané výkony len do výšky zmluvne dohodnutého finančného objemu (VŠZP) alebo aplikuje na výkony nad zmluvný objem degresívnu cenu, vopred dohodnutú v zmluvnom vzťahu (Dôvera, Union).

Príjmy ZP tvoria najmä **daňové príjmy**. Ide o príjmy z poistného formou odvodov za zamestnancov, SZČO, samoplatiteľov, poistencov štátu a ostatné príjmy z ročného zúčtovania a sankcií súvisiacich s poistným). Ich výšku ovplyvňujú makroekonomické faktory a hospodársko-sociálna politika štátu. Makroekonomickými faktormi sú najmä výkonnosť ekonomiky, zamestnanosť a dynamika rastu miezd. Medzi politické faktory patrí najmä výška sadzby platby štátu za svojich poistencov naviazaná priamo na priemernú mzdu v hospodárstve a taktiež odvodová politika.

Aj keď z pohľadu podielu zdrojov z verejného zdravotného poistenia na HDP Slovenskej republiky môžeme pozorovať pomerne stabilný vývoj, v ich vnútornej štruktúre tomu tak už nie je.

Tabuľka č. 9: Podiel verejných zdrojov na HDP

% HDP	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Verejné zdroje spolu	5,8%	5,8%	5,8%	5,7%	5,1%	4,9%	5,1%	5,8%	5,6%
Verejné zdravotné poistenie	5,0%	4,9%	4,9%	5,0%	4,9%	4,7%	4,8%	5,2%	5,2%
Štátna pomoc/vyrovnanie dlhov	0,3%	0,4%	0,6%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%
MZ SR + EU fondy	0,4%	0,4%	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%
Ďalšie rozp. kapit., VÚC, Soc. poisť.	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Zdroj: MZ SR - Správa o stave zdravotníctva na Slovensku, jún 2011, vlastné spracovanie

Poznámka: podiel 0,0% neznamená žiadne zdroje, ale vo vzťahu k HDP zanedbateľné na úrovni desiatin promile

Tabuľka č. 10: Štruktúra zdrojov verejného zdravotného poistenia

% HDP	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Verejné zdravotné poistenie	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Zdroje od ekon. aktív. obyvateľstva	72%	73%	72%	71%	71%	69%	69%	65%	62%
Štát za svojich poistencov	28%	27%	28%	29%	29%	31%	31%	35%	38%

Zdroj: MZ SR - Správa o stave zdravotníctva na Slovensku, jún 2011, vlastné spracovanie

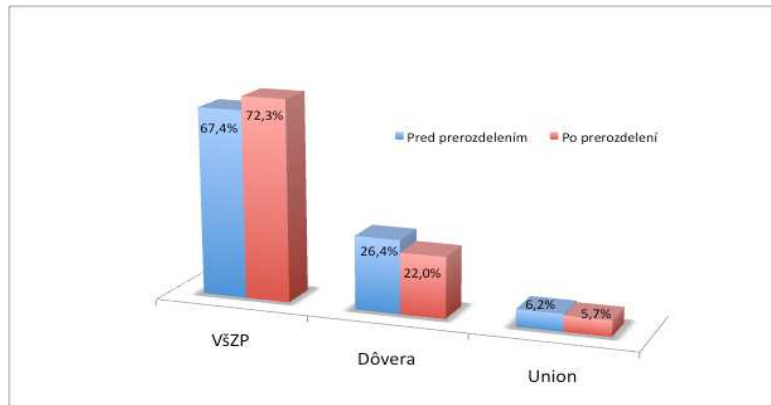
Z uvedeného vyplýva, že počas poslednej dekády výrazne zosilnela pozícia štátu v priamom ovplyvňovaní disponibilných zdrojov zdravotných poisťovní prostredníctvom odvodov poistného za svojich poistencov určovaných jednotnou sadzbou poistného. Inými slovami ZP dnes takmer 40% svojich príjmov neovplyvňujú svojimi poistnými kmeňmi ale sú závislé na rozhodnutiach štátu.

Ďalším veľmi významným faktorom, ktorý ovplyvňuje príjmy ZP je štátom regulovaná **kompensácia poistného rizika** formou **systému prerozdelenia**. Systém prerozdelenia prešiel v poslednej dekáde vlastným vývojom a zmenami porovnávaných parametrov. V súčasnosti dohliada na prerozdelenie Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou ako nezávislý orgán s rozhodovacími právomocami. Zmyslom prerozdelenia je, aby v konkurenčnom prostredí verejného zdravotného poistenia

nedochádzalo medzi ZP k cieľenej selekcii poistencov, a aby náklady na zdravotnú starostlivosť poistencov boli v čo najväčšej miere kryté príjmami z verejného zdravotného poistenia.

Od 1. januára 2010 vstupujú do prerozdelenia tri faktory, ktoré prerozdeľujú 95 % vybraného poistného: a) vek poistenca, b) pohlavie poistenca a c) ekonomická aktivita poistenca. Výsledkom je prepočítaný počet poistencov pre každú jednu ZP, na základe ktorého sa cez priemerný príjem z poistného vypočítajú prepočítané príjmy z poistného. Úrad následne oznámi každej ZP, voči ktorej ZP má pohľadávku, resp. ktorej ZP musí do 5 dní odvieť časť vybraného poistného. Prerozdelenie sa deje každý mesiac na základe preddavkov poistného a po skončení kalendárneho roka na základe povinného poistného. Vzhľadom na štruktúru poistencov bola VŠZP zatiaľ vždy oprávneným prijímateľom a ostatné ZP takmer vždy povinným platiteľom.

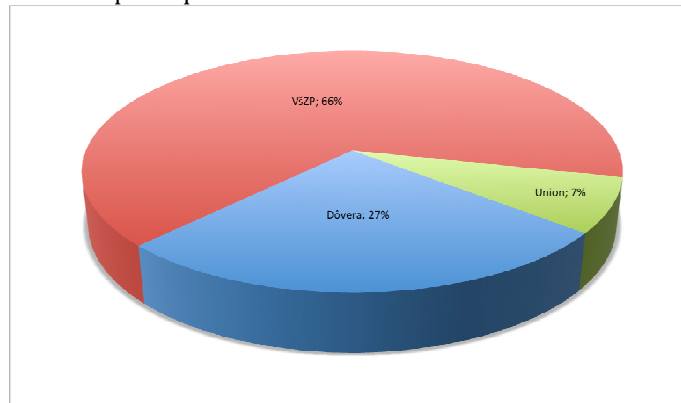
Graf č. 1: Podiel ZP na celkových príjmoch a efekt prerozdelenia



Zdroj: Dáta za 1Q 2011, UDZS, vlastné spracovanie

Výsledok prerozdelenia je zaujímavý aj v konfrontácii s podielom počtu poistencov jednotlivých ZP. Z porovnania percentuálnych podielov je zrejmé, že štátna VŠZP ako najväčšia ZP z pohľadu počtu poistencov (66%) má ešte vyšší podiel na trhu z pohľadu podielu na príjmoch z verejného zdravotného poistenia (72%).

Graf č. 2: Podiel ZP na celkovom počte poistencov k 1.1.2011



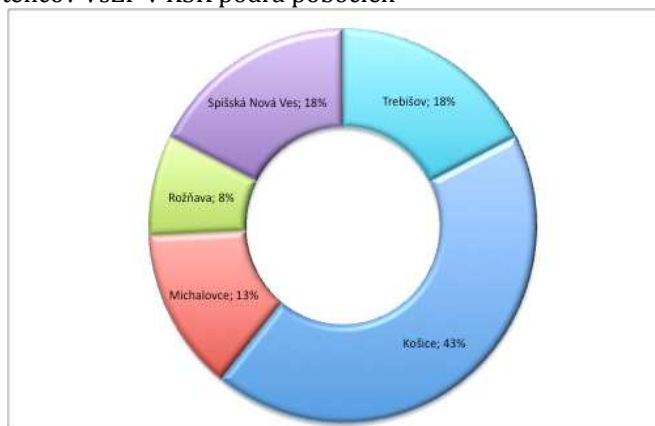
Zdroj: Dáta k 1.1.2011, UDZS, vlastné spracovanie

Podľa prezentovaných informácií jednotlivých ZP, zodpovedá štruktúra podielu jednotlivých ZP v rámci Slovenska približne aj jednotlivým vyšším územným celkom. Na základe údajov ÚDZS zmenilo 157.331 poistencov svoju zdravotnú poisťovňu do 30.9.2011 a k 1.1.2012 bude prerozdelenie poistencov takmer rovnaké s podielmi VŠZP 64,7%, Dôvera 27,5% a Union 7,8%. Mierne získali poisťovne Dôvera a Union, VŠZP ako jediná stratila.

Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s. (ďalej len „VŠZP“)

V Košickom samosprávnom kraji eviduje k 30. júnu 2011 VŠZP 395.457 poistencov čo predstavuje 51%. V porovnaní s podielom podielu VŠZP v celoslovenskom meradle 66% je zjavná jej slabšia pozícia v KSK. VŠZP eviduje 1.770 zmluvných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Za obdobie 1-6/2011 predstavovali výdavky na zdravotnú starostlivosť celkom 156 mil. EUR, t.j. v priemere mesačne 26 mil. EUR. V prepočte na jedného poistenca VŠZP je to 66 EUR. V porovnaní s celkovými výdavkami na zdravotnú starostlivosť v objeme 2,55 mld. EUR za celý rok 2010 (Zdroj: Výročná správa VŠZP za rok 2010), t.j. v priemere mesačne 61 EUR na jedného poistenca. Z tohto zjednodušeného porovnania vidieť, že v Košickom samosprávnom kraji VŠZP uhradí v priemere o 5 EUR (resp.8%) na poistenca mesačne viac ako je jej celoslovenský priemer.

Graf č. 3: Štruktúra poistencov VŠZP v KSK podľa pobočiek



Zdroj: VŠZP, november 2011, vlastné spracovanie

VŠZP je v procese ozdravovania a podľa vyjadrení manažmentu (august 2011) aj mierne zisková a teda sa podarilo zastaviť prehlbovanie jej dlhu. Výsledkom ozdravného procesu je ale zároveň aj fakt, že došlo k zníženiu nákladov na zdravotnú starostlivosť a dá sa predpokladať, že aj výdavkov na zdravotnú starostlivosť o 3,19 % v porovnaní s rovnakým obdobím roku 2010. Z uvedeného vyplýva, že priemerný výdavok na poistenca v roku 2011 bude ešte nižší ako bol v roku 2010, t.j. odhadom okolo 58 EUR.

Rozdiel vo výške výdavkov na jedného poistenca v KSK voči celoslovenskému priemeru VŠZP môže byť spôsobený viacerými faktormi. Napríklad finančne náročnejšia zdravotná starostlivosť v špecializovaných ústavoch (VÚSCCH, VOÚ, a pod.), migrácia poistencov z iných regiónov za touto špecializovanou zdravotnou starostlivosťou alebo lepšia dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre pacientov oproti iným krajom.

VŠZP v rámci procesu finančného ozdravovania spúšťa aj nové rozvojové projekty, od ktorých očakáva ďalšie úspory a efektívnejšie použitie svojich príjmov do budúcnosti. Ide najmä o tri aktuálne projekty: Kardio, TEP a Mamograf. Spoločným cieľom

všetkých troch projektov je: a) urýchliť pacientom prístup k zdravotnej starostlivosti, b) zabezpečiť liečbu v kvalitných zdravotníckych zariadeniach, c) odliečiť viac pacientov. Sledovaním týchto cieľov by sa v neposlednom rade malo podariť aj ušetriť náklady poisťovní prostredníctvom nových cenových „balíčkov“ pre poskytovateľov (poisťovňa bude rozvíjať spoluprácu len s tými zariadeniami, ktoré ich ponuku príjmu a prispôbia náklady novým cenám, ostatní poskytovatelia budú tlmení resp. nezazmluvnení) a zároveň riešením zdravotného problému poistenca v čase keď náklady na jeho liečbu stoja poisťovňu oveľa menej ako v neskorších štádiách ochorenia.

VŠZP pristúpila od 1. júla 2011 k degresívnej cene za výkony nad zmluvne dohodnutý finančný objem s poskytovateľmi, podobne ako to robia súkromné zdravotné poisťovne, aj keď zatiaľ len pre výkony SVALZ a len do maximálne 10 % zmluvného objemu.

Dôvera zdravotná poisťovňa, a.s. (ďalej len „Dôvera“)

V Košickom samosprávnom kraji eviduje k 1.7.2011 Dôvera 272.330 poistencov a čo predstavuje 35%-ný podiel na celkovom počte poistencov v KSK. V porovnaní s podielom Dôvery v celoslovenskom meradle, t.j. 27 %, je zjavná jej silnejšia pozícia v KSK. Dôvera eviduje v KSK celkovo 1727 zmluvných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

V roku 2010 uhradila Dôvera poskytovateľom v KSK zdravotnú starostlivosť pre svojich poistencov v celkovom finančnom objeme 162 mil. EUR a evidovala 277.161 poistencov (Zdroj: Dôvera – pobočka KE), tzn. v priemere vynaložila mesačne na jedného poistenca 48,8 EUR. Aj v období 1-6/2011 vynaložila Dôvera v priemere takmer rovnako a to 48,9 EUR. V porovnaní so VŠZP je to o 26 % menej.

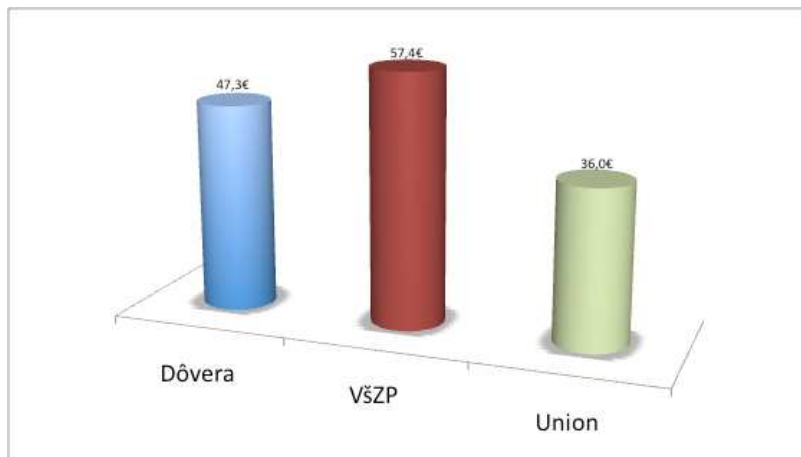
Aj keď minimálny ale predsa rozdiel vo výške výdavkov na jedného poistenca v KSK voči celoslovenskému priemeru Dôvery (47,3 EUR, vid' Graf č. 4) môže byť (rovnako ako pri VŠZP) spôsobený viacerými faktormi ako napríklad finančne náročnejšou zdravotnou starostlivosťou v špecializovaných ústavoch (VÚSCH, VOÚ, a pod.) a migráciou poistencov z iných regiónov za touto špecializovanou a inou zdravotnou starostlivosťou.

Dôvera už niekoľko rokov uhrádza v niektorých segmentoch zdravotnej starostlivosti poskytovateľom všetky uznané výkony čím nevytvára žiadne nadlimitné výkony. V zmluvných vzťahoch definuje určitý finančný objem a na výkony nad tento objem aplikuje degresívnu cenu.

Union zdravotná poisťovňa, a.s. (ďalej len „Union“)

V súťaži o získanie nových poistencov v roku 2010 bola jedinou úspešnou ZP práve Union zdravotná poisťovňa. Kým v netto prepočte (prichádzajúci-odchádzajúci poistenci) VŠZP stratila 13.225 poistencov, Dôvera stratila 5.972 poistencov, naopak jedine Union získala 19.197 poistencov. K 1. januáru 2011 Union eviduje 385.272 poistencov, čo v relatívnom vyjadrení predstavuje 7,3%-ný podiel na celkovom počte poistencov SR.

Graf č. 4: Priemerné mesačné výdavky na poistenca 1-3/2011 – porovnanie



Zdroj: ÚDZS – Hospodárenie ZP za 1.štvrťrok 2011 za celú SR, vlastné spracovanie

Z porovnania priemerných mesačných výdavkov na poistenca medzi ZP za 1. štvrťrok 2011 vidieť značné rozdiely medzi štátnou a súkromnými ZP. Štátna VŠZP vynaložila takmer o 60% viac (v porovnaní s Union) a o 21% viac (v porovnaní s Dôverou) finančných prostriedkov na poistenca.

B. Štrukturálne fondy EU

Veľmi významným zdrojom financovania zdravotníctva sú od roku 2004 rôzne formy nenávratných finančných príspevkov či už v rámci skráteného programového obdobia 2004 – 2006 alebo v súčasnosti aktuálneho programového obdobia 2007 -2013.

V súčasnosti aktuálny **Operačný program Zdravotníctvo** je úzko naviazaný na Národný strategický referenčný rámec (ďalej len „NSRR“) na roky 2007 – 2013, ktorého špecifická priorita „Zdravotnícka infraštruktúra“ má definovaný cieľ: „Zlepšenie podmienok ovplyvňujúcich zdravotný stav obyvateľstva v produktívnom ako aj v neproduktívnom veku prostredníctvom zvyšovania kvality zdravotníckej infraštruktúry.“ Celkový finančný plán alokácie finančnej pomoci je naplánovaný v objeme 250 mil. EUR, pričom spoluúčasť štátu (národné zdroje) predstavuje ďalších 44 mil. EUR. Celková suma predstavuje objem finančnej výpomoci vo výške 294 mil. EUR pre zdravotnícke zariadenia. Regionálne prerozdelenie finančných prostriedkov medzi regióny Slovenska definuje 35% z celkovej alokácie pre Východoslovenský kraj (celkovo 67,5 mil. EUR pre PSK a KSK). Ku koncu roku 2010 bolo celkovo schválených viac ako 44 projektov a uzatvorených zmlúv v objeme 277 mil. EUR, čo predstavuje 95% z celkovej alokácie Operačného programu zdravotníctvo.

Nemenej významným zdrojom finančných prostriedkov pre zdravotníctvo je v rámci NSRR aj **Operačný program Vzdelávanie**, ktorý využíva zdroje Európskeho sociálneho fondu (ďalej len „ESF“) a čiastočne zdroje zo štátneho rozpočtu a samosprávy. Ku koncu roku 2010 bolo z celkového objemu vyhlásených výziev v objeme 36 mil. EUR, schválených a zmluvne uzavretých 14 projektov objeme 17,4 mil. EUR. Uvedená čiastka predstavuje 40% z celkovej alokácie 43 mil. EUR pre tento program, z čoho 36,5 mil. EUR tvorí nenávratná finančná pomoc z ESF.

C. Priame platby domácností

Na význame narastajúcim zdrojom financovania zdravotníctva sú priame platby domácností. Avšak vzhľadom na nedokonalosť štatistického zisťovania týchto výdavkov, nakoľko domácnosti nevedú účtovníctvo alebo obdobnú formalizovanú agendu o svojich príjmoch a výdavkoch, je to len kvalifikovaný odhad odborníkov. V podstate sú k dispozícii dve hlavné metodiky zisťovania výdavkov domácností a to metóda Rodinných účtov zisťovaná dotazníkovou formou a metóda Národných účtov ako súčasť makroekonomického výkazníctva. Každá z metód má svoje výhody a nevýhody. Vo všeobecnosti platí, že na základe rodinných účtov sú výdavky domácností nižšie ako na základe národných účtov a makroekonomického bilancovania.

Avšak oveľa dôležitejšie ako metodika je samotné zistenie, že za posledných 6 rokov sa výdavky priemerného občana Slovenskej republiky na zdravotníctvo „z vlastného vrecka“ zdvojnásobili a predstavujú dnes sumu viac ako 210 EUR ročne. Ak by sme porovnali súčasnosť a rok 2002, narástli výdavky občanov až štvornásobne na úroveň viac ako 1,1 mld. EUR. Za takýmto výrazným nárastom stojí najmä lieková politika a z nej plynúce rastúce doplatky pacientov na lieky resp. ich plná úhrada z vlastnej peňaženky, ale aj nekontrolované zavádzanie poplatkov za nadštandardnú zdravotnú starostlivosť tak v ambulantnej ako aj nemocničnej sfére.

D. Rozpočtové výdavky KSK

Vo všeobecnosti sú tieto zdroje z pohľadu celkových zdrojov financovania zdravotníctva relatívne nízke a majú zväčša formu kapitálových výdavkov.

Z rozpočtu KSK boli poskytnuté finančné prostriedky zdravotníckym zariadeniam zriadených KSK v období rokov 2003 až 2011 (k 31.12.2011) v celkovom objeme 21.781.478 EUR, z čoho 14,7 mil. EUR na bežné výdavky, kapitálové výdavky, vklady do základného imania a návratné finančné výpomoci. Viac ako 7 mil. EUR bolo použitých ako úhrada záväzkov za NsP príspevkové organizácie vzniknutých ešte pred transformáciou na obchodné spoločnosti v decembri 2005 resp. neziskovú organizáciu v prípade NsP Michalovce v januári 2006 (v súčasnosti už taktiež obchodná spoločnosť).

Graf č. 5: Bežné a kapitálové výdavky vs. úhrady záväzkov príspevkových organizácií



Zdroj: Dáta KSK, 31.12.2011, vlastné spracovanie

Z celkového objemu finančných prostriedkov vo výške 14,7 mil. EUR určených na bežné a kapitálové výdavky resp. na návratné finančné výpomoci, čerpali jednotlivé NsP v štruktúre uvedenej v nasledujúcej tabuľke a v nasledujúcom grafe.

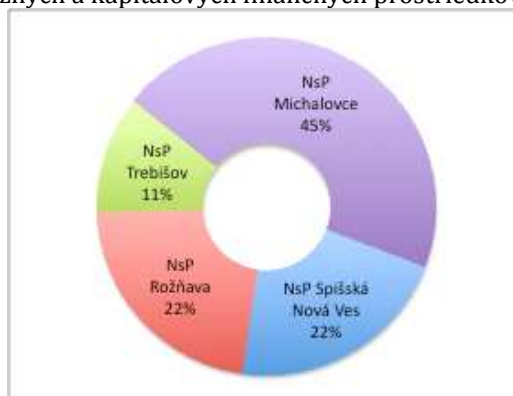
Priority zdravotnej politiky pre Košický samosprávny kraj na obdobie 2012-2015

Tabuľka č 11: Štruktúra výdavkov KSK pre NsP (mimo úhrad záväzkov prísť.org.)

NsP / EUR	Bežné výdavky	Kapitálové výdavky	Vklady do základného imania	Návratné finančné výpomoci	Spolu
NsP SNV	28 713	3 094 702	36 514	0	3 159 929
NsP RV	176 126	1 338 047	36 514	1 715 580	3 266 267
NsP TV	50 222	1 236 872	36 514	330 970	1 654 578
NsP MI	30 107	6 386 244	54 625	165 000	6 635 976
spolu	285 168	12 055 865	164 167	2 211 550	14 716 750

Zdroj: Dáta KSK k 31.12.2011

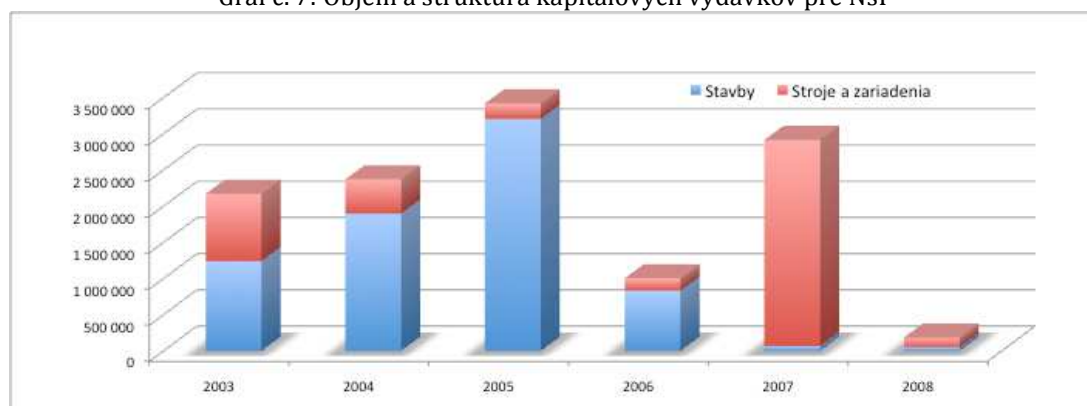
Graf č. 6: Alokácia bežných a kapitálových finančných prostriedkov medzi jednotlivé NsP



Zdroj: Dáta KSK, 31.12.2011, vlastné spracovanie

Viac ako 12 mil. EUR z celkových 14,7 mil. EUR výdavkov pre NsP obchodné spoločnosti, tzn. viac ako 80%, predstavovali kapitálové výdavky do prístrojového vybavenia NsP a stavebných úprav resp. rekonštrukcií nehnuteľného majetku nemocníc. Výnimkou bol len rok 2007 kedy KSK poskytol finančné prostriedky v objeme viac ako 2,6 mil. EUR na nákup CT prístrojov pre všetky štyri NsP. Pomer výdavkov na stavby a prístrojové vybavenie vidieť v nasledujúcom grafe.

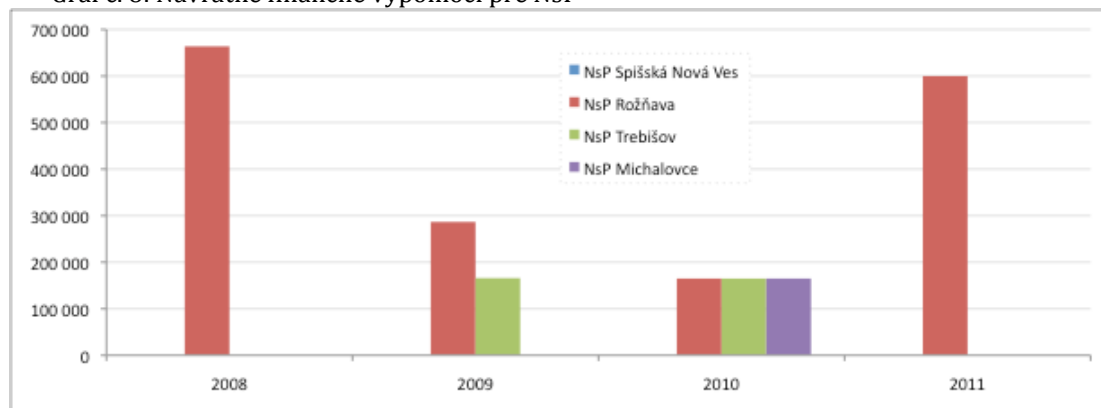
Graf č. 7: Objem a štruktúra kapitálových výdavkov pre NsP



Zdroj: Dáta KSK, 31.12.2011, vlastné spracovanie

V období od roku 2008 majú výdavky KSK pre NsP formu najmä návratných finančných výpomocí pre jednotlivé NsP v objeme viac ako 2,2 mil. EUR s výnimkou NsP Spišská Nová Ves, a.s.. Štruktúru výdavkov vo forme návratných finančných výpomocí zobrazuje nasledujúci graf.

Graf č. 8: Návrtné finančné výpomoci pre NsP



Zdroj: Dáta KSK, 31.12.2011, vlastné spracovanie

V auguste 2011 schválilo Zastupiteľstvo Košického samosprávneho kraja dlhodobý prenájom majetku Košického samosprávneho kraja v užívaní NsP Spišská Nová Ves, a.s., NsP sv. Barbory Rožňava, a.s., NsP Trebišov, a.s. a NsP Štefana Kukuru Michalovce, a.s. pre víťaza medzinárodnej obchodnej verejnej súťaže, spoločnosť Vranovská investičná, s.r.o.. Následne bol vykonaný s účinnosťou od septembra 2011, dočasný prevod akcií nemocníc vo vlastníctve KSK na túto spoločnosť, na obdobie 20-tich rokov.

Identifikované problémy:

- A) Silnejúca pozícia štátu v priamom ovplyvňovaní disponibilných zdrojov zdravotných poisťovní prostredníctvom odvodov poisťného za svojich poisťencov
- B) Rastúci podiel priamych platieb domácností v štruktúre finančných zdrojov zdravotníctva
- C) Chaotický a nedoriešený systém platieb pacientov v zdravotníctve, ich nejasné definovanie a stanovenie výšky
- D) Selektívny prístup zdravotných poisťovní pri uzatváraní zmlúv s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, ktorý spôsobuje deformáciu v platbách za rovnaké zdravotné výkony
- E) Mnohé výzvy vyhlásené MZSR na čerpanie finančných prostriedkov z fondov EÚ sú určené len pre zdravotnícke zariadenia v pôsobnosti MZSR
- F) Chýbajúci Sprostredkovateľský orgán pod Riadiacim orgánom pre Operačný program Zdravotníctvo s kompetenciami na regionálnej úrovni

1.5. Sieť zdravotníckych zariadení v Košickom samosprávnom kraji

Sieť zdravotníckych zariadení v KSK tvoria všeobecné a špecializované nemocnice, odborné špecializované ústavy, liečebne, kúpele, polikliniky, hospic, dom ošetrovateľskej starostlivosti, agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej len „ADOS“), poskytovatelia lekárskej služby prvej pomoci a poskytovatelia všeobecnej, špecializovanej a zubno-lekárskej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, verejné lekáreň, pobočky verejných lekární, výdajne zdravotníckych pomôcok, výdajne audio – protetických zdravotníckych pomôcok, výdajne ortopedicko-protetických zdravotníckych pomôcok.

A. Zoznam ústavných zdravotníckych zariadení v KSK

Tabuľka č. 12: Ústavné zdravotnícke zariadenia v KSK

P.č.	Názov zariadenia	Sídlo	Druh
1	NsP Štefana Kukuru Michalovce, a.s.	Špitálska 2, 071 01 Michalovce	všeobecná nemocnica
2	NsP Spišská Nová Ves, a.s	Jánskeho 1, 052 80 Spišská Nová Ves	všeobecná nemocnica
3	NsP Trebišov, a.s.	SNP 1079/76, 075 08 Trebišov	všeobecná nemocnica
4	NsP sv. Barbory Rožňava, a.s.	Špitálska 1, 048 74 Rožňava	všeobecná nemocnica
5	Nemocnica Krompachy spol. s.r.o.	Banická štvrť 1, 053 42 Krompachy	všeobecná nemocnica
6	PRO VITAE, n.o.	Nemocničná 33, 056 01 Gelnica	všeobecná nemocnica
7	Detská fakultná nemocnica Košice	Trieda SNP č. 1, 040 11 Košice	všeobecná nemocnica
8	Univerzitná nemocnica Louisa Pasteura Košice	Rastislavova 43, 040 01 Košice	všeobecná nemocnica
9	Regionálna nemocnica Sobrance, n.o.	Ulica Mieru 12, 073 01 Sobrance	špecializovaná nemocnica
10	Regionálna nemocnica Sobrance, n.o.	Ulica Mieru 12, 073 01 Sobrance	liečebňa
11	Vysokošpecializovaný odb. ústav geriatrický sv. Lukáša	Strojárska 13, 040 01 Košice	odb. špecializovaný ústav
12	Železničné zdravotníctvo Košice s.r.o.	Masarykova 9, 040 01 Košice	všeobecná nemocnica
13	Letecká vojenská nemocnica, a.s.	Murgašova 1, 040 86 Košice	liečebňa
14	Psychiatrická liečebňa Samuela Bluma v Plešivci	Gemerská 233, 049 11 Plešivec	liečebňa
15	Psychiatrická nemocnica Michalovce, n.o.	Stráňany, 07101 Michalovce	špecializovaná nemocnica
16	Nemocnica Košice-Šaca, a.s. 1. súkromná nemocnica	Lúčna 57, 040 15 Košice-Šaca	všeobecná nemocnica
17	NsP Kráľovský Chlmec, n.o.	Nemocničná 8, 077 26 Kráľovský Chlmec	všeobecná nemocnica
18	Východoslov. ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s.	Trieda SNP 1, 040 11 Košice	odb. špecializovaný ústav
19	Východoslovenský onkologický ústav, a.s.	Rastislavova 43, 041 91 Košice	odb. špecializovaný ústav
20	Geria, s.r.o.	Košická 52/2264, 075 01 Trebišov	liečebňa
21	Kúpele Štós, n.o.	Štós - kúpele č. 235, 044 26 Štós	liečebňa / kúpele
22	Detská psychiatrická liečebňa n.o. Hraň	Hraň, č. 447 076 03 Hraň	liečebňa
23	Poliklinika „Veľké Kapušany, n.o.“	Zolt. Fábryho 20, 079 01 Veľké Kapušany	dom ošetr. starostlivosti
24	FMC - dialyzačné služby, s.r.o.	Trieda SNP 1, 040 11 Košice	špecializovaná nemocnica
25	Harmónia - hospic	Hlavná 97/94, 076 33 Slov. Nové Mesto	hospic
26	AURAE M.U.P., n.o. - hospic	Alžbetina 3, 040 01 Košice	hospic
27	Inštitút nukleárnej a molekulárnej medicíny	Rastislavova 43, 042 53 Košice	odb. špecializovaný ústav
28	Centrum pre liečbu drogových závislostí Košice	Skladná 2, 040 01 Košice	špecializovaná nemocnica

Zdroj: Dáta KSK, 31.12.2011, vlastné spracovanie

B. Zoznam zariadení ambulantnej zdravotnej starostlivosti v KSK

Kompletný register poskytovateľov ambulantnej zdravotnej starostlivosti v KSK, vykonávajúcich činnosť ako fyzické, resp. právnické osoby, v tomto dokumente neuvádzame. Register je mimoriadne rozsiahly, obsahuje všetky potrebné informácie o jednotlivých poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti a je zverejnený a dostupný na web stránke KSK.

Zoznam polikliník v KSK

Tabuľka č. 13: Polikliniky v KSK

P.č.	Názov zariadenia	Sídlo	Druh
1	Poliklinika Medicínske centrum, s.r.o.	Brigádnická 2, 040 11 Košice	poliklinika
2	Letecká vojenská nemocnica, a.s.	Murgašova 1, 040 86 Košice	poliklinika
3	Poliklinika Pro Care Košice	Jána Pavla II. č. 5, 040 23 Košice	poliklinika
4	Poliklinika Terasa, s.r.o.	Toryská 1, 040 11 Košice	poliklinika
5	Klein & Gefferth spol. s.r.o.	Letná 30, 040 01 Košice	poliklinika
6	Ergomed Poliklinika, s.r.o.	Moldavská cesta 21/A, 040 11 Košice	poliklinika

Zdroj: Dáta KSK, 31.12.2011, vlastné spracovanie

Zoznam agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti v Košickom kraji

Tabuľka č. 14: Poskytovatelia ADOS v KSK

P.č.	Názov zariadenia	Miesto výkonu	Druh	Sesterské miesta
1	Arcidiecézna charita Košice	Južná trieda 2, 040 01 Košice, Kpt. Nálepku 8, 073 01 Sobrance, Kukučínova 184/1, 075 01 Trebišov	ADOS	12,5
2	ADOS – ATIZ Zita Baníková	Východná 23, 044 24 Poproč	ADOS	2
3	ADOS – Bc. Anna Mandzáková	Južná trieda 93, 040 01 Košice	ADOS	1
4	ADOS – Bc. Klára Sedláčková	Fraňa Kráľa 2, 052 01 Spišská Nová Ves	ADOS	1
5	ADOS – Dagmar Erdélyiová	Špitálska 11, 071 01 Michalovce	ADOS	2
6	ADOS – Edita Bodnárová	Špitálska 1, 048 01 Rožňava	ADOS	2
7	ADOS – Edita Takáčová	Hlavná 97/94, 076 33 Slovenské Nové Mesto	ADOS	1
8	Gréckokatolícka apoštolská exarchárna charita	Nám. osloboditeľov 1, 071 01 Michalovce	ADOS	3
9	ADOS – Helena Horváthová	Hlavná 127, 076 31 Streda nad Bodrogom	ADOS	4
10	ADOS Charitas – Spišská katolícka charita	Kocelova 2, 052 01 Spišská Nová Ves Požiarnická 49, 053 61 Spišské Vlachy	ADOS	4 8
11	ADOS Chiramax, s.r.o.	M.R. Štefánika 68/9, 075 01 Trebišov	ADOS	3
12	ADOS Krišťal, s.r.o.	Komenského 26, 048 01 Rožňava	ADOS	3,5
13	ADOS – Mária Teminská	Pražská 4, 040 11 Košice	ADOS	2
14	ADOS – Monika Kraková	Jánskeho 1, 052 01 Spišská Nová Ves	ADOS	2
15	ADOS Srdce, s.r.o.	Nová 351, 055 61 Jaklovce	ADOS	3
16	ADOS Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice	Rastislavova 43, 040 01 Košice	ADOS	3
17	ADOS - Zdravie	Štefánikova 55, 071 01 Michalovce	ADOS	1
18	ADOS – „TEREZA“	Južná trieda 48, 040 01 Košice	ADOS	4
19	ADOS EM, s.r.o.	Trieda SNP 1, 040 11 Košice	ADOS	7
20	ADOS Harris Slovakia	Trieda SNP 24, 040 11 Košice	ADOS	2
21	ADOS M+M, s.r.o.	Robotnícka 24, 044 42 Rozhanovce	ADOS	2
22	ADOS NsP Štefana Kukuru Michalovce, a.s.	Špitálska 2, 071 01 Michalovce	ADOS	3
23	ADOS PR-Slovakia, spol. s.r.o.	Kukučínova 1, 075 01 Trebišov	ADOS	2
24	ADOS VIA, spol. s.r.o.	Poštová 1, 053 42 Krompachy	ADOS	2
25	Ergomed Poliklinika, s.r.o.	Moldavská cesta 21/A, 040 11 Košice	ADOS	3
26	SADOS, s.r.o. – Ľubica Harvanová	Masarykova 51, 071 01 Michalovce	ADOS	2
27	GALLMI s.r.o.	ul. Kossu Schopera 10/134, Rožňava	ADOS	1
28	ADOS PROFÍ, s.r.o.	Trieda SNP 1, Košice	ADOS	1
Sesterské miesta v ADOS spolu				87

Zdroj: Dáta KSK, 1.4.2012, vlastné spracovanie

C. Zoznam poskytovateľov lekárskeho prvej pomoci v KSK

Tabuľka č. 15: Poskytovatelia LSPP v KSK

P.č.	Názov poskytovateľa LSPP	Miesto prevádzky	Druh
1	LSPP Trebišov s.r.o.	SNP 1079/76, 075 08 Trebišov	LSPP pre dospelých LSPP pre deti a dorast LSPP zubno-lekárska
2	Nemocnica s poliklinikou Kráľovský Chlmec n.o.	Nemocničná 8, 077 26 Kráľovský Chlmec	LSPP pre dospelých LSPP pre deti a dorast
3	NsP sv. Barbory Rožňava, a.s.	Špitálska 1, 048 74 Rožňava	LSPP pre dospelých LSPP pre deti a dorast
4	Konsenzus s.r.o.	Nám. osloboditeľov 25, 071 01 Michalovce	LSPP pre dospelých
5	KOMPROMIS, spol. s.r.o. Michalovce	Nám. slobody 1, 071 01 Michalovce	LSPP pre deti a dorast
6	SALVETE, s.r.o.	Rázusova 1, 071 01 Michalovce	LSPP zubno-lekárska
7	LSPP Michalovce, s.r.o.	Masarykova 90, 071 01 Michalovce	LSPP pre dospelých
8	Poliklinika "Veľké Kapušany n.o."	Zoľt. Fábryho 20, 079 01 Veľké Kapušany	LSPP pre dospelých
9	DOZAS - Dopravno-zdrav. služba, s.r.o. Sobrance	Mieru 12, 073 01 Sobrance	LSPP pre dospelých
10	PRO VITAE n.o.	Nemocničná 33, 056 01 Gelnica	LSPP pre dospelých
11	LSPP Spišská Nová Ves, spol. s.r.o.	Nám. SNP 2, 052 01 Spišská Nová Ves	LSPP pre dospelých LSPP pre deti a dorast LSPP zubno-lekárska
12	Nemocnica Krompachy spol. s.r.o.	Banícka štvrť 1, 053 42 Krompachy	LSPP pre dospelých LSPP pre deti a dorast
13	Zachraňujeme životy, n.o.	Školská 2, 045 15 Moldava nad Bodvou	LSPP pre dospelých LSPP pre deti a dorast
14	Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice	Rastislavova 43, 040 01 Košice	LSPP zubno-lekárska
15	Nemocnica Košice-Šaca a.s. 1. súkr. nemocnica	Lúčna 57, 040 15 Košice-Šaca	LSPP pre dospelých
16	DUTY-DENT, spol. s.r.o. Košice	Toryská 1, 040 11 Košice	LSPP zubno-lekárska
17	Poliklinika Terasa s.r.o.	Toryská 1, 040 11 Košice	LSPP pre dospelých LSPP pre deti a dorast
18	Medical Group, s.r.o.	Mudroňova 29, 040 01 Košice	Výjazdová LSPP pre dospelých Výjazdová LSPP pre deti a dorast

Zdroj: Dáta KSK, 31.12.2011, vlastné spracovanie

Poskytovateľom ambulantnej a ústavnej zdravotnej starostlivosti, poskytovateľom lekárskej služby prvej pomoci budú venované ďalšie kapitoly tohto dokumentu.

Zdravotné obvody

Košický samosprávny kraj, lekár samosprávneho kraja, v zmysle príslušných ustanovení 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 určil v roku 2008 zdravotný obvod poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v odboroch: všeobecný lekár pre dospelých, všeobecný lekár pre deti a dorast, zubný lekár a gynekológia a pôrodníctvo. V rámci KSK bolo určených celkovo 941 zdravotných obvodov, ktoré sa neustále aktualizujú s prihliadnutím na meniaci sa počet lekárov v kraji, okrese, meste alebo obci, ale aj napr. meniaci sa počet ulíc v jednotlivých územno-správnych celkoch. V súčasnosti je počet prerozdelených 949

zdravotných obvodov. Celé územie kraja je v každej uvedenej odbornosti rozdelené medzi jednotlivých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Počet určených zdravotných obvodov nekorešponduje s celkovým počtom lekárov v daných odbornostiach, nakoľko poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorí nemajú zmluvný vzťah ani s jednou zdravotnou poisťovňou (zubní lekári), nebol zdravotný obvod pridelený. Pri určovaní obvodov vychádzal lekár KSK z pôvodného prerozdelenia obvodov, hraníc jednotlivých okresov, rešpektoval mieru zastúpenia jednotlivých oblastí rómskou populáciou, čo najlepšiu dostupnosť pacienta k lekárovi (autobusové, vlakové spojenie; prirodzené spádové územia; zastupiteľnosť jednotlivých poskytovateľov a pod.). Určiť bolo možné len príslušnú obec, mesto alebo ich ulice (nie jednotlivých zamestnávateľov, školy, podniky ako to umožňovala predchádzajúca legislatíva). Slobodná voľba lekára ostala zákonom 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov pre pacientov zachovaná.

Tabuľka č. 16: Počet obyvateľov a počet určených zdravotných obvodov podľa okresov KSK

Okres / ukazovateľ	Počet obyvateľov (2010)	Všeobecný lekár pre dospelých	Všeobecný lekár pre deti a dorast	Zubný lekár	Gynekológia a pôrodnictvo
Gelnica	31 440	9	6	8	2
Košice I	67 185	40	19	69	11
Košice II	80 835	24	21	48	7
Košice III	29 602	6	9	12	2
Košice IV	56 264	30	15	45	8
Košice - okolie	116 322	33	29	38	9
Michalovce	110 166	47	25	50	10
Rožňava	61 827	23	14	20	7
Sobrance	23 213	9	6	11	4
Spišská Nová Ves	97 784	35	21	35	14
Trebišov	105 362	41	25	41	11
Spolu	778 120	297	190	377	85

Zdroj: Dáta KSK, 31.12.2011, vlastné spracovanie

Identifikované problémy:

- A) Nedostatočná koordinácia a komunikácia pri riešení problémov z dôvodu viacerých zriaďovateľov (MZSR, VÚC, obce a mestá, neziskové organizácie, súkromný sektor) (chýba mediátor/platforma)
- B) Chýbajúca koncepcia zdravotnej politiky na úrovni štátu
- C) Nedostatočný počet poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo a tým vysoký počet pacientok pripadajúcich na 1 lekára
- D) Nerovnomerné zastúpenie zubných lekárov v kraji (sú okresy s vysokým počtom pacientov na 1 zubného lekára a naopak)
- E) Vysoká koncentrácia poskytovateľov do väčších miest
- F) Chýba povedomie o význame/zmysle zdravotných obvodov u poskytovateľov ako aj pacientov

1.6. Porovnanie verejnej minimálnej siete a skutočnej regionálnej siete poskytovateľov ambulantnej zdravot. starostlivosti v KSK

Verejnú minimálnu sieť poskytovateľov ambulantnej a ústavnej zdravotnej starostlivosti upravuje Nariadenie vlády č. 640/2008 o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov. **Verejnou minimálnou sieťou poskytovateľov** rozumieme usporiadanie najmenšieho možného počtu verejne dostupných poskytovateľov na území Slovenskej republiky alebo na území príslušného samosprávneho kraja alebo na území príslušného okresu v takom počte a zložení, aby sa zabezpečila efektívne dostupná, plynulá, sústavná a odborná zdravotná starostlivosť. Pod **lekárskym miestom** sa rozumie výkon činnosti lekára s príslušnou odbornou spôsobilosťou v rozsahu 40 hodín fondu pracovného času (ak ide o rizikové činnosti, v rozsahu 38 hodín fondu pracovného času). Tento pojem sa používa aj na označenie pracovných miest iných zdravotníckych pracovníkov s vysokoškolským vzdelaním. Ak poskytovateľ ambulantnej všeobecnej zdravotnej starostlivosti alebo ambulantnej špecializovanej zdravotnej starostlivosti podľa povolenia poskytuje v jednej ambulancii zdravotnú starostlivosť v dvoch alebo vo viacerých odboroch všeobecnej zdravotnej starostlivosti a špecializovanej zdravotnej starostlivosti, zaraďuje sa do minimálnej siete najviac v rozsahu 1,00 lekárskeho miesta súhrnne pre všetky odbory.

Normatív **dialyzačných stredísk** je ustanovený počtom dialyzačných monitorov na počet obyvateľov Slovenskej republiky a následne na počet obyvateľov územia krajov. Normatív **agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti** je prepočítaný na počty sesterských miest a určený na počet obyvateľov Slovenskej republiky a na počet obyvateľov územia krajov. **Sesterským miestom** sa pritom rozumie výkon činnosti sestry s príslušnou odbornou spôsobilosťou v rozsahu 40 hodín fondu pracovného času (ak ide o rizikové činnosti, v rozsahu 38 hodín fondu pracovného času).

Tabuľka č. 17: Verejná minimálna sieť vs. skutočná sieť poskytovateľov ambulantnej ZS

Špecializačný odbor vs. počet lekárskeho miest	Počet lekárskeho miest v KSK		
	Normatív (verejná minimálna sieť)	Skutočnosť k 1.1.2010 (skutočná sieť v KSK)	Rozdiel (skutočnosť - normatív)
všeobecná amb. starostlivosť pre dospelých	241,90	309,62	67,72
všeobecná amb. starostlivosť pre deti a dorast	112,50	151,89	39,39
špecializovaná amb. gynekologická starostlivosť	99,40	104,00	4,60
špecializovaná amb. zubno-lekárska starostlivosť	295,20	386,17	90,97
algeziológia	1,90	1,00	-0,90
angiológia	3,00	2,00	-1,00
čelústna ortopédia	14,30	13,00	-1,30
chirurgia (vrátane detskej)	36,30	20,00	-16,30
dermatovenerológia (vrátane detskej)	32,10	34,50	2,40
diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy	16,20	20,00	3,80
endokrinológia (vrátane detskej)	11,60	10,50	-1,10
foniatria	2,40	2,50	0,10
fyziatRIA, balneológia liečebná rehabilitácia	18,20	38,00	19,80
gastroenterológia (vrátane detskej)	15,50	14,00	-1,50

Priority zdravotnej politiky pre Košický samosprávny kraj na obdobie 2012-2015

geriatria	2,60	1,00	-1,60
hematológia a transfúziológia	7,70	6,00	-1,70
infektológia, tropická medicína	5,00	1,00	-4,00
kardiológia (vrátane detskej)	24,40	26,00	1,60
klinická imunológia a alergológia	19,30	24,00	4,70
klinická logopédia	17,00	9,00	-8,00
klinická onkológia	12,40	9,50	-2,90
klinická psychológia	22,90	25,00	2,10
klinické pracovné lekárstvo a klinická toxikológia	1,90	1,00	-0,90
lekárska genetika	1,70	1,00	-0,70
liečebná pedagogika	1,00	1,00	0,00
medicína drogových závislostí	1,60	0,00	-1,60
nefrológia	4,40	12,50	8,10
neuroológia (vrátane detskej)	36,70	39,50	2,80
oftalmológia	41,90	37,00	-4,90
ortopédia (vrátane detskej)	22,80	32,50	9,70
otorinolaryngológia (vrátane detskej)	29,10	34,10	5,00
pediatria	6,00	60,00	54,00
plastická chirurgia	2,20	3,00	0,80
pneumológia a ftizeológia (vrátane detskej)	19,30	13,50	-5,80
psychiatria (vrátane detskej a gerontopsychiatrie)	37,60	36,50	-1,10
radiačná onkológia	3,30	1,00	-2,30
reumatológia (vrátane detskej)	9,60	12,50	2,90
úrazová chirurgia	4,50	4,00	-0,50
urológia (vrátane detskej)	16,40	19,00	2,60
vnútorné lekárstvo	47,40	69,50	22,10
dialyzačné strediská	97,00	37,00	-60,00
ADOS	115,90	73,40	-42,50

Zdroj: Dáta KSK, 1.1.2010, Nariadenie vlády SR č. 640/2008 o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, Národné centrum zdravotníckych informácií 2009, vlastné spracovanie

Skutočný počet lekárskejších miest je oproti normatívu nižší v 19-ich medicínskych odboroch (v tabuľke sú uvedené farebne). Výraznejšie rozdiely sú v medicínskych odboroch chirurgia (vrátane detskej), infektológia (vrátane tropickej medicíny), klinická logopédia a pneumológia a ftizeológia (vrátane detskej). Skutočný počet dialyzačných monitorov v dialyzačných strediskách je o 60 nižší ako normatív a skutočný počet sesternských miest agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti je o 42,5 nižší ako normatív.

Z vyššie uvedenej tabuľky je teda zrejmé, ktoré odbornosti sú v Košickom samosprávnom kraji poddimenzované a ktoré naopak, predimenzované. Nedostatok poskytovateľov ambulantej zdravotnej starostlivosti v rámci jednotlivých odborností v KSK je vyznačený farebne. Je tu však potrebné konštatovať, že predmetný dostatočný, resp. nedostatočný počet lekárov je vyjadrený celkovo v rámci kraja. V niektorých lokalitách môže byť poskytovateľov prebytok, v iných nedostatok.

Identifikované problémy:

- A) Nespĺňanie normatívu verejnej minimálnej siete poskytovateľov ambulantej zdravotnej starostlivosti vo viacerých špecializačných odboroch
- B) Nespĺňanie normatívu verejnej minimálnej siete u dialyzačných stredísk

- C) Nedostatočný počet sesterských miest (nesplňanie normatívu verejnej minimálnej siete) v ADOS
- D) Nedostatočný počet hospicových lôžok hrazených z verejného zdravotného poistenia vo vzťahu k skutočnej potrebe
- E) Finančne náročné zabezpečenie povinného materiálno-technického vybavenia jednotlivých ambulancií
- F) Absencia podporných programov pre začínajúcich lekárov v jednotlivých odbornostiach
- G) Verejná minimálna sieť je ovplyvňovaná cez financie
- H) Nedostatočný počet lôžok v domoch ošetrovateľskej starostlivosti vo vzťahu k potrebe
- I) Verejná minimálna sieť v zmysle nariadenia vlády nie je v niektorých medicínskych odboroch stanovená efektívne a optimálne
- J) Chýbajúce stanovenie jednoznačných pravidiel na tvorbu siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a jej hornej hranice zdravotnými poisťovňami
- K) Chýbajúce kompetencie samosprávnych krajov a kritériá na regulovanie siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

1.7. Porovnanie verejnej minimálnej siete a skutočnej regionálnej siete poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti v KSK

Normatív poskytovateľov **ústavnej zdravotnej starostlivosti** je vyjadrený minimálnym počtom lôžok v špecializačných odboroch rozdelených na lôžka určené na poskytovanie ústavnej starostlivosti akútne chorým osobám, chronicky chorým osobám a psychiatricky chorým osobám na územie kraja.

Tabuľka č. 18: Verejná minimálna sieť vs. skutočná sieť poskytovateľov ústavnej ZS

Názov oddelenia / typ lôžok	Počet lôžok v KSK		
	Normatív (minimálny počet lôžok)	Skutočnosť k 1.10.2011 (skutočný počet lôžok)	Rozdiel (skutočnosť - normatív)
Vnútorne lekárstvo	476	572	96
Infektológia	84	110	26
Pneumológia a ftizeológia	136	134	-2
Neurológia	215	292	77
Psychiatria	468	782	314
Klinické pracovné lekárstvo a klinická toxikológia	11	30	19
Pediatria	262	320	58
Gynekológia a pôrodníctvo	356	405	49
Chirurgia	488	475	-13
Ortopédia	105	120	15
Urológia	72	93	21
Úrazová chirurgia	94	169	75
Otorinolaryngológia	87	82	-5
Oftalmológia	42	35	-7
Maxilofaciálna chirurgia	10	30	20
Dermatovenerológia	40	45	5

Priority zdravotnej politiky pre Košický samosprávny kraj na obdobie 2012-2015

Klinická onkológia	71	145	74
Anestéziológia a intenzívna medicína	68	110	42
Algeziológia	20	0	-20
Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	96	179	83
Neurochirurgia	29	57	28
Plastická chirurgia	18	27	9
Radiačná onkológia	44	57	13
Nukleárna medicína	10	10	0
Kardiológia	34	102	68
Neonatólogia a novorodenecké lôžka	174	221	47
Geriatрия	150	75	-75
Nefrológia	1	19	18
Cievna chirurgia	15	19	4
Kardiochirurgia	24	33	9
Medicína drogových závislostí	53	39	-14
Gerontopsychiatria	35	0	-35
Popáleninové	7	24	17
Doliečovacie	84	9	-75
Ošetrovateľské	30	25	-5
Dlhodobo chorých	224	423	199
Transplantačné	3	12	9
Hematológia a transfúziológia	13	24	11
Paliatívna medicína	20	10	-10
AKÚTNE lôžka spolu	3159	3841	682
CHRONICKÉ lôžka spolu	454	691	237
PSYCHIATRICKÉ lôžka spolu	556	782	226
SPOLU	4169	5314	1145

Zdroj: Dáta KSK, 1.10.2011, Nariadenie vlády SR č. 640/2008 o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, vlastné spracovanie

V priebehu posledných rokov robil Košický samosprávny kraj viaceré analýzy počtu lôžok. Na základe uvedeného zisťujeme trend postupného klesania počtu lôžok v kraji. Lôžka rozdeľujeme na základe právnych predpisov v oblasti zdravotníctva na tri najvýznamnejšie kategórie: **akútne**, **chronické** (lôžka dlhodobo chorých, ošetrovateľské, geriatrické, rehabilitačné, doliečovacie, lôžka medicíny drogových závislostí a paliatívnej medicíny) a **psychiatrické** (psychiatrické, gerontopsychiatrické). Z tabuľky je zrejmé, že pri porovnaní s normatívom sú v KSK všetky kategórie lôžok dostatočne zastúpené.

Pri farebne vyznačených položkách zisťujeme nedostatok lôžok na príslušných oddeleniach zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti. Najväčší nedostatok lôžok pozorujeme na oddeleniach: doliečovacie, geriatrické, medicína drogových závislostí a gerontopsychiatrické. Najvýraznejší prebytok lôžok oproti normatívu je na oddeleniach: psychiatria, dlhodobo chorých, vnútorného lekárstva a fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie.

Záverom je možné konštatovať, že celkový počet lôžok k 31.10.2011 je v Košickom samosprávnom kraji o 1145 vyšší ako je normatív stanovený Nariadením vlády č. 640/2008 o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov.

Identifikované problémy:

- A) Nespĺňanie normatívu (minimálneho počtu lôžok) na jednotlivých oddeleniach ústavných zdravotníckych zariadení v KSK
- B) Zlý technický stav budov ústavných zdravotníckych zariadení a ich skrytý investičný dlh
- C) Nedostatok finančných zdrojov na obnovu materiálno-technického a prístrojového vybavenia jednotlivých oddelení

1.8. Zdravotnícki pracovníci

Zdravotníckymi pracovníkmi v zmysle platnej legislatívy (§ 27 zákona č. 578/2004 Z.z.) rozumieme: lekárov, zubných lekárov, farmaceutov, sestry, pôrodné asistentky, laborantov, asistentov, technikov a iný zdravotnícky personál. Z dostupných štatistických údajov môžeme v súčasnom období sledovať pokles počtu zdravotníckych pracovníkov v porovnaní s predchádzajúcim obdobím. Spôsobuje to najmä odliv pracovníkov do iných krajov, resp. do zahraničia (prioritne zdravotných sestier, pôrodných asistentiek, lekárov a asistentov).

Tabuľka č. 19: Zdravotnícki pracovníci podľa vybraných povolání v okresoch KSK k 31.12.2009

Okres	Zdravotnícki pracovníci									Ostatní pracovníci
	lekár	zub. lekár	farmaceut	sestra	pôr. asist.	laborant	asistent	technik	iní ZP	
Gelnica	27	7	2	57	3	3	29	8	3	24
Košice I	475	104	69	560	22	149	163	56	35	386
Košice II	659	49	37	946	23	104	635	26	38	937
Košice III	41	11	7	39	1	22	18	4	9	9
Košice IV	959	104	192	1489	75	498	804	50	88	1267
Košice - okolie	61	25	10	83	4	10	0	12	2	33
Michalovce	301	52	39	622	31	88	156	31	15	377
Rožňava	140	22	12	389	19	40	149	22	12	283
Sobrance	37	10	5	55	1	14	14	2	2	37
Spiš. Nová Ves	231	41	47	477	36	66	157	31	14	382
Trebišov	259	44	39	546	36	79	226	22	14	401
Spolu v KSK	3190	469	459	5263	251	1073	2351	264	232	4136

Zdroj: Dáta Národného centra zdravotníckych informácií, vlastné spracovanie

Pozn.: v ostatných pracovníkoch sú zahrnutí (technicko-hospodárski pracovníci, robotnícke povolania a prevádzkoví pracovníci nemocníc, pedagogickí pracovníci, pracovníci vedy, výskumu a vývoja, zamestnanci v štátnozamestnaneckom pomere)

Z dostupných údajov z Národného centra zdravotníckych informácií je zrejmé, že k 31.12.2009 bolo v Košickom samosprávnom kraji evidovaných celkovo 17 688 pracovníkov pôsobiacich v oblasti zdravotníctva, z toho bolo 13 552 zdravotníckych pracovníkov a 4 136 ostatných pracovníkov.

Zo štatistických zdrojov vyplýva, že v roku 2009 bolo v rámci KSK evidovaných v rámci zdravotníckych pracovníkov 3 190 lekárov, 469 zubných lekárov, 459 farmaceutov, 5 263 zdravotných sestier, 251 pôrodných asistentiek 1 073 laborantov, 2 351 asistentov, 264 technikov a 232 iných zdravotníckych pracovníkov.

Zdravotnícki pracovníci v zdravotníckom povolaní **lekár** získavajú odbornú spôsobilosť pregraduálnym štúdiom – získaním vysokoškolského vzdelania druhého stupňa v akreditovaných zdravotníckych odboroch vysokých škôl. Po nadobudnutí odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania lekár sa ich ďalšie

vzdelávanie zabezpečuje špecializačným štúdiom, certifikačnou prípravou a sústavným vzdelávaním. Na výkon odborných pracovných činností lekára sa vyžaduje získanie vysokoškolského vzdelania druhého stupňa v doktorskom študijnom programe všeobecné lekárstvo. Denná forma štúdia trvá 6 rokov a vedie k získaniu akademického titulu MUDr. V prípade, že lekár chce samostatne vykonávať špecializované lekárske pracovné činnosti, je potrebné aby ďalším špecializačným štúdiom trvajúcim 3-5 rokov podľa druhu špecializačného odboru získal diplom o špecializácii. Okrem špecializačného štúdia v medicíne a certifikačnej príprave lekárov je ďalšou formou postgraduálne vzdelávanie, ktorým sa získava tretí stupeň vysokoškolského vzdelania v konkrétnom doktorandskom študijnom programe a titul PhD.

Zdravotnícki pracovníci v zdravotníckom povolani **zubný lekár** získavajú odbornú spôsobilosť pregraduálnym štúdiom – získaním vysokoškolského vzdelania druhého stupňa v študijnom odbore zubné lekárstvo. Denná forma štúdia trvá 6 rokov a vedie k získaniu akademického titulu MDDr. Na doterajšie vysokoškolské štúdium v študijnom odbore stomatológia nadväzovalo ďalšie špecializačné štúdium v špecializačnom odbore stomatológia v čase, keď podľa Európskej komisie už mal stomatológ na základe absolvovaného vysokoškolského štúdia samostatne vykonávať stomatologickú prax. Z tohto dôvodu pristúpila Slovenská republika k postupnému útlmu špecializačného štúdia v špecializačnom odbore stomatológia, ktorý by mal viesť až k jeho úplnému zrušeniu približne v r. 2013. Špecializačné štúdium v špecializačnom odbore stomatológia možno v zmysle príslušných smerníc Európskej únie nahradiť najmenej tri roky trvajúcou odbornou zdravotníckou praxou pod vedením lekára so špecializáciou v odbore stomatológia.

Z vyššie uvedeného vyplýva vysoká **časová náročnosť** štúdia, najmä všeobecnej medicíny, kde doba prípravy lekára až po možnosť samostatne vykonávať prax je najmenej 9-11 rokov podľa druhu špecializačného odboru. Problém je o to naliehavejší, že **populácia lekárov starne** a ich rady nie sú plynulo dopĺňané mladými lekármi.

Ďalší veľký problém predstavuje zabezpečenie špecializačného štúdia po ukončení vysokoškolského vzdelania druhého stupňa, najmä všeobecnej ambulantnej starostlivosti v špecializačných odboroch všeobecné lekárstvo pre dospelých a všeobecné lekárstvo pre deti a dorast pre **nedostatok akreditovaných školiacich pracovísk** v týchto odboroch. O niečo lepšia je situácia u tzv. **iných špecialistov**, kde síce školiace pracoviská existujú a poskytovatelia ústavnej zdravotnej starostlivosti umožnia absolventom lekárske fakúlt absolvovať špecializačné štúdium, ale súčasne ich zmluvne zaviažu k odpracovaniu určitej doby (5-10 rokov) vo svojich zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich ústavnú zdravotnú starostlivosť. V oboch prípadoch je dôsledkom deficit dopĺňania lekárov do zdravotníckych zariadení ambulantnej zdravotnej starostlivosti.

Podiel lekárov vo veku do 49 rokov na celkovom počte lekárov bol v r. 2009 na Slovensku a obdobná situácia je aj v jednotlivých krajoch 53,66%, v r. 2003 to bolo 62,43%. Počet lekárov v dôchodkovom veku v r. 2009 predstavoval 2839, z toho 2690 bolo poberateľom starobného dôchodku a ich počet sa medziročne zvyšuje. Z uvedeného počtu 70,13% lekárov pracovalo v neštátnych zdravotníckych zariadeniach.

Najvýraznejšie starnutie populácie je zaznamenané u zubných lekárov. Na základe aktuálnych podkladov z Regionálnej komory zubných lekárov je zrejmé, že Podiel zubných lekárov vo vekovej skupine 56-60 rokov v r. 2012 predstavuje 22%, vo vekovej skupine 61-65 rokov 15% a vo vekovej skupine nad 65 rokov 12,2%. Podiel zubných lekárov od 56 rokov veku na celkovom počte zubných lekárov na Slovensku predstavuje v roku 2012 až 49,2% (v roku 2003 to bolo 28,81%). V Košickom samosprávnom kraji je

to vyše 42,5%. V roku 2012 v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku pracuje vyše 880 zubných lekárov v dôchodkovom veku, čo z celkového počtu zubných lekárov (3245) predstavuje vyše 27%. V dôchodkovom veku pracuje v rámci Košického samosprávneho kraja vyše 20% zubných lekárov.

Od roku 2000 dochádza každoročne k poklesu počtu sestier v kraji. Sestry pracujú v ambulantných a ústavných zdravotníckych zariadeniach v nepretržitej prevádzke v štátnom aj neštátnom sektore. Odborníci v zdravotníckom školstve odhadujú vzhľadom na každoročne znižujúci sa počet sestier, že o 2 až 3 roky bude Slovenská republika trpieť nedostatkom kvalifikovaných zdravotných sestier. Príprava na povolanie sestry je v súčasnosti náročnejšia ako bola pred rokom 2002. V súčasnosti sa študuje profesia sestry na I. stupni vysokých škôl – na fakultách ošetrovateľstva. Štúdium sestry ďalej pokračuje v špecializačnom odbore – na Slovenskej zdravotníckej univerzite v Bratislave a podľa platných právnych predpisov je povinná sa celoživotne odborne vzdelávať.

Špecializačné štúdium si musí väčšina sestier v súčasnosti hrať sama, popritom ekonomické ohodnotenie práce sestry je veľmi nízke, v porovnaní s rovnakou prácou v Európskej únii. Z toho dôvodu veľká časť sestier odchádza pracovať do zahraničia. Psychická a fyzická záťaž sestier je veľmi náročná. Dôsledkom týchto skutočností je aj nižší počet študentov v zdravotníckych školách. V Košickom kraji sa odbor ošetrovateľstva študuje iba na Univerzite Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, kde do prvého ročníka je počet prijatých uchádzačov v priemere iba 15. Tento počet je pre Košický samosprávny kraj nedostatočný. Profesia sestry sa postupne stáva menej zaujímavá a perspektívna najmä z dôvodu nízkeho finančného ohodnotenia sestier. V súčasnosti je preto nutné poukázať na predmetný problém, ktorý našej spoločnosti hrozí. Niektoré zdravotnícke zariadenia sa už v súčasnosti boria s problémom nedostatku sestier a problémom zabezpečenia plynulej prevádzky z dôvodu ich akútneho nedostatku. Ešte väčší problém je v nedostatku pôrodných asistentiek. V súčasnosti je v KSK 251 pôrodných asistentiek, čo je nedostatočný počet pre náš kraj. Problém je aj v tom, že v rámci KSK sa tento odbor neštuduje na žiadnej vzdelávacej ustanovizni. Niektoré nemocnice a gynekologicko-pôrodné ambulancie majú už v súčasnosti veľký nedostatok pôrodných asistentiek.

Z podrobnej Analýzy sestier v ambulantných zdravotníckych zariadeniach, ktorá bola vypracovaná začiatkom roka 2012 je zrejmé, že priemerný vek sestry je 47,3 rokov. Vyše 89 % sestier má ukončenú strednú zdravotnícku školu a len niečo vyše 10 % sestier je vysokoškolsky vzdelaných. O ďalšie špecializačné štúdium má záujem len cca 15 % sestier. Na plný pracovný úväzok (pracovná zmluva) pracuje 59,9 % sestier. Za negatívum považujeme zamestnávanie sestier v dôchodkovom veku, niektoré pracujú v ambulanciách vo veku vyše 70 rokov.

Identifikované problémy:

- A) Vysoký vek lekárov vo viacerých odbornostiach (vo sfére ambulantnej i ústavnej)
- B) Zamestnávanie sestier v dôchodkovom veku
- C) Zamestnávanie sestier na dohody o pracovnej činnosti (nie pracovnú zmluvu)
- D) Zamestnávanie takých osôb na pracovné miesta sestier, resp. pôrodných asistentiek, ktoré nespĺňajú požadované vzdelanie (napr. laborant, zdravotnícky asistent)
- E) Nízke mzdové ohodnotenie lekárov a sestier
- F) Odchod mladých atestovaných lekárov a sestier za prácou a lepšími motivačnými faktormi do zahraničia

- G) Komplikované a finančne náročné štúdium všeobecného lekárstva a absencia dostatočného počtu vzdelávacích ustanovizní, ktoré predmetné štúdium ponúkajú a obmedzený počet ústavných zdravotníckych zariadení, ktoré lekárom umožnia atestáciu v tomto odbore
- H) Prijímanie lekárov zo zahraničia do trvalého pracovného pomeru v nemocniciach z dôvodu nižších mzdových nákladov bez ohľadu na kvalitatívne predpoklady a komunikačné bariéry
- I) Nedodržiavanie personálnych štandardov v neštátnych zdravotníckych zariadeniach (súkromných ambulanciách)
- J) Nízky počet pôrodných asistentiek, z dôvodu slabého finančného ohodnotenia a absencie študijného odboru v kraji
- K) Chýbajúca motivácia a záruky istoty pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti
- L) Chýba systém prípravy absolventov lekárskejších fakúlt v jednotlivých špecializačných odboroch

1.9. Lekárska služba prvej pomoci v Košickom samosprávnom kraji

Košický samosprávny kraj vypracoval v priebehu roka 2011 Analýzu lekárskej služby prvej pomoci (ďalej len „LSPP“). Informácie získané vykonaním dozoru u jednotlivých poskytovateľov LSPP (viď. tabuľka č. 15) boli predmetom analýzy súčasného stavu LSPP v KSK, ktorej hlavným cieľom bolo zistiť stav siete, personálneho zabezpečenia a nepretržitosti prevádzky ambulancií LSPP. Kompletná Analýza LSPP je zverejnená na **webovej stránke KSK**, v časti zdravotníctvo.

LSPP je poskytovaná a vykonávaná na základe štyroch zákonov, ktoré ju definujú ako formu zdravotnej starostlivosti, ktorou sa zabezpečuje **nepretržitosť dostupnosti** všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre dospelých, deti a špecializovanej zubno-lekárskej ambulantnej starostlivosti, pričom je určený aj spôsob poskytovania LSPP a to v ambulancii a doma, v mieste bydliska pacienta. Dostupnosť podľa Svetovej zdravotníckej organizácie predstavuje možnosť dostať zdravotnú starostlivosť v prípade, keď ju človek potrebuje. **Dostupnosť** LSPP je zabezpečená rozsahom minimálnej siete, ktorá je určená Nariadením vlády SR č. 640/2008 Z.z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov. **Financovanie** LSPP je definované z verejného zdravotného poistenia a výška financovania je stanovená Nariadením vlády SR č. 226/2005 Z.z. o výške úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú uhrádza zdravotná poisťovňa poskytovateľovi lekárskej služby prvej pomoci v znení neskorších predpisov. **Personálne zabezpečenie** LSPP je určené formou uloženia povinnosti pre poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti a poskytovateľov zubno-lekárskej ambulantnej starostlivosti pod hrozbou sankcie. **Organizáciu** LSPP zabezpečuje orgán príslušný pre vydanie povolenia – samosprávny kraj formou rozpisu služieb.

V roku 2009 LSPP využilo spolu 163 886 osôb, t.j. 21% z celkového počtu obyvateľov kraja, z toho bolo 87 191 dospelých, 57 009 detí a 19 686 osôb ošetrovaných na zubnolekárskej pohotovosti; ošetrovaný bol približne každý piaty obyvateľ kraja, mesačne priemerne 13 660 osôb, čo znamená denný priemer takmer 460 osôb. V roku 2010 LSPP využilo spolu 142 618 osôb, z toho 79 313 dospelých, 49 086 detí a 14 219 osôb na zubnolekárskej LSPP; ošetrovaný bol približne každý šiesty obyvateľ kraja, mesačne priemerne 11 890 osôb, čo znamená denný priemer takmer 400 osôb.

Tabuľka č. 20: Verejná minimálna sieť vs. skutočná sieť poskytovateľov LSPP

LSPP	Počet LSPP v KSK		
	Normatív (min. počet/počet obyv.)	Skutočnosť k 31.12.2011 (skut. počet/počet obyv.)	Rozdiel (skutočnosť - normatív)
LSPP pre dospelých	7	14	7
LSPP pre deti a dorast	4	9	5
Zubno-lekárska LSPP	2	5	3

Zdroj: Dáta KSK, 31.12.2011, Nariadenie vlády SR č. 640/2008 o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, vlastné spracovanie

Verejná minimálna sieť poskytovateľov LSPP pre dospelých (ďalej len „LSPP-D“) je ustanovená najmenej jedným poskytovateľom LSPP-D na 100 000 obyvateľov, najmenej jedným poskytovateľom LSPP pre deti a dorast (ďalej len „LSPP-DD“) na 50 000 detí a najmenej jedným poskytovateľom zubno-lekárskej LSPP (ďalej len „LSPP-Z“) na 400 000 obyvateľov. V zmysle uvedeného nariadenia je **verejná minimálna sieť LSPP v KSK** ustanovená najmenej siedmimi poskytovateľmi LSPP-D, najmenej štyrmi poskytovateľmi LSPP-DD a najmenej dvoma poskytovateľmi LSPP-Z.

V súčasnosti **existujúcu sieť poskytovateľov LSPP v KSK** tvorí 14 poskytovateľov LSPP-D, 9 poskytovateľov LSPP-DD a 5 poskytovateľov LSPP-Z. Zdravotná starostlivosť je **ambulantnou formou LSPP** poskytovaná v 26-ich ambulanciách LSPP. Zdravotná starostlivosť **výjazdovou formou LSPP** je zo 14-ich poskytovateľov LSPP-D poskytovaná len 10-imi poskytovateľmi LSPP-D. Poskytovatelia LSPP-DD (až na jedného poskytovateľa) a LSPP-Z zdravotnú starostlivosť výjazdovou formou LSPP neposkytujú. Sieť LSPP v KSK je na základe uvedených údajov dostatočne satureovaná.

Identifikované problémy:

- A) Chýbajúca vykonávacía vyhláška alebo odborné usmernenie o LSPP vrátane vymedzenia niektorých pojmov v tejto oblasti
- B) Existencia LSPP s nízkym počtom poistencov a nízkym počtom poskytovateľov, ktorí majú povinnosť poskytovať LSPP
- C) Rôzna prevádzková doba jednotlivých LSPP, čo pre pacienta znamená zhoršenie dostupnosti LSPP a nezabezpečenie nepretržitosti dostupnej zdravotnej starostlivosti v prípade niektorých LSPP-D, LSPP-DD a všetkých LSPP-Z
- D) Neposkytovanie zdravotnej starostlivosti formou výjazdovej LSPP v prípade troch LSPP-D
- E) Zlý systém financovania LSPP

1.10. Humánna farmácia v Košickom samosprávnom kraji

Dňa 1.12.2011 nadobudol účinnosť nový zákon č. 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Na základe tohto zákona štátnu správu na úseku humánnej farmácie v samosprávnom kraji ako prenesený výkon štátnej správy vykonáva samosprávny kraj. Samosprávny kraj na plnenie úloh na úseku humánnej farmácie ustanovuje farmaceuta samosprávneho kraja, ktorého vymenúva a odvoláva predseda samosprávneho kraja so súhlasom ministra zdravotníctva Slovenskej republiky. Farmaceut Košického samosprávneho

kraja vykonáva úlohy v zmysle § 135 zákona č. 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

A. Lekárska pohotovostná služba

Farmaceut Košického samosprávneho kraja organizuje a nariaďuje poskytovanie lekárenskej pohotovostnej služby vo verejnej lekárni. V súčasnosti je organizovanie poskytovania pohotovostných služieb vo verejných lekárňach je organizované nasledovne:

Košice – lekárska pohotovostná služba je zabezpečená lekárňou na Terasa, Toryská 1, Košice. Pohotovostná lekáreň nadväzuje na LSPP pre dospelých a deti a dorast, ktorá je vykonávaná na Poliklinike Terasa s.r.o.. Lekáreň poskytuje lekársku starostlivosť nepretržite 24 hodín, vrátane sobôt, nedeľ a sviatkov.

Rožňava, Trebišov, Michalovce - Sobrance – lekárne sa striedajú pri poskytovaní pohotovostných služieb denne podľa rozpisu schváleného formou Nariadenia farmaceuta KSK.

Spišská Nová Ves – Gelnica - lekárne sa striedajú pri poskytovaní pohotovostných služieb týždenne podľa rozpisu schváleného formou Nariadenia farmaceuta KSK.

B. Kontrolná činnosť

Farmaceut KSK vykonáva štátny dozor nad poskytovaním lekárenskej starostlivosti vo verejnej lekárni, vo výdajni zdravotníckych pomôcok, vo výdajni ortopedicko-protetických zdravotníckych pomôcok a vo výdajni audio-protetických zdravotníckych pomôcok a zároveň vydáva záväzné opatrenia na odstránenie nedostatkov zistených pri vykonávaní štátneho dozoru. Kontrolnú činnosť vykonáva farmaceut a referent KSK na základe poverenia predsedu samosprávneho kraja. Farmaceut KSK prejednáva priestupky a iné správne delikty a ukladá pokuty pri zistení porušenia povinností poskytovateľov. Od 1.12.2011 sú všetky pokuty uložené Farmaceutom KSK príjmom samosprávneho kraja. Cieľom v roku 2012 je vykonať u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti kontroly dodržiavania podmienok na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia a dodržiavania povinností poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v minimálnom počte 20 kontrol.

C. Rapid alert system

Farmaceut Košického samosprávneho kraja informuje poskytovateľov lekárenskej zdravotnej starostlivosti o nedostatkoch v kvalite humánneho lieku a zdravotníckej pomôcky, o stiahnutí humánneho lieku alebo zdravotníckej pomôcky z trhu, pozastavení výdaja lieku, pozastavenie distribúcie lieku alebo stiahnutie zdravotníckej pomôcky z prevádzky. Úloha je zabezpečovaná tzv. hláseniami rapid alert. Po prijatí správy od Štátneho ústavu kontroly liečiv (ďalej len „ŠUKL“) je správa prostredníctvom elektronickej pošty preposielaná do jednotlivých lekární a výdajní zdravotníckych pomôcok v celom kraji a zverejnená na web stránke KSK.

D. Register lekární a výdajní

Farmaceut KSK vedie a priebežne aktualizuje databázu zdravotníckych zariadení, ktoré majú vydané povolenie na poskytovanie lekárenskej starostlivosti vo

Priority zdravotnej politiky pre Košický samosprávny kraj na obdobie 2012-2015

verejnej lekární, vo výdajni zdravotníckych pomôcok, vo výdajni ortopedicko-protetických zdravotníckych pomôcok a vo výdajni audio-protetických zdravotníckych pomôcok.

Tabuľka č. 21: Počet lekární a výdajní k 31.12.2011 podľa okresov v KSK

Okres / ukazovateľ	Počet lekární v okrese	Počet výdajní v okrese
Gelnica	6	0
Košice I, II, III, IV	101	26
Košice - okolie	22	1
Michalovce	35	5
Rožňava	16	3
Sobrance	6	1
Spišská Nová Ves	32	3
Trebišov	37	4
Spolu	255	43

Zdroj: Dáta KSK, 31.12.2011, vlastné spracovanie

Identifikované problémy:

- A) Absencia zákonných nástrojov na prípadné zamietnutie žiadostí o vydanie nových povolení pre poskytovateľov lekárenskej starostlivosti pri splnení všetkých zákonných podmienok na vydanie povolenia
- B) Nevyvážená sieť poskytovateľov lekárenskej starostlivosti (vysoký počet lekární v mestách a ich nedostatok mimo miest) a chýbajúce kompetencie KSK na ovplyvnenie tohto stavu
- C) Lekárska pohotovostná starostlivosť nenadväzuje na LSPP z hľadiska prevádzkovej doby a lokality
- D) Nejednoznačnosť platnej legislatívy z dôvodu chýbajúcich vyhlášok MZSR k zákonom v oblasti humánnej farmácie
- E) Absencia taxatívneho určenia času poskytovania Lekárskej pohotovostnej služby v platnej legislatíve

1.11. Zhrnutie a analýza problémov

Košický samosprávny kraj vykonáva v oblasti zdravotníctva prenesený výkon štátnej správy a svoje vlastné samosprávne funkcie. „Priority zdravotnej politiky a humánnej farmácie pre Košický samosprávny kraj na obdobie 2012 – 2015“ sú strednodobým strategickým dokumentom, ktorý rieši základné fungovanie zdravotníctva v Košickom kraji. Kvalitu života človeka z veľkej časti ovplyvňuje jeho zdravie, ktoré formujú najmä: genetika, životný štýl, kvalita prostredia a v neposlednom rade dostupnosť zdravotnej starostlivosti. Okrem genetických predispozícií občana, sú ostatné determinanty v určitej miere priamo alebo nepriamo ovplyvniteľné aj zdravotnou politikou. Príkladom priameho vplyvu zdravotnej politiky je zabezpečenie dostupnosti a kvality zdravotnej starostlivosti pre občanov v regióne kraja. A to by malo byť prirodzené našim základným Cieľom.

Orientovanie sa na takto zadefinovaný cieľ nám pomôže dosiahnuť zlepšenie zdravotného stavu občanov, zvýšenie ich spokojnosti s poskytovanými zdravotníckymi službami a taktiež motivovať odborný zdravotnícky personál k zotrvaní v Košickom samosprávnom kraji.

Analýza problémov

Vzhľadom na fakt, že SWOT analýza nie je v našom prípade vhodným nástrojom strategického plánovania resp. rozhodovania, je potrebné pozrieť sa na situáciu z iného pohľadu. Na začiatku je nevyhnutné si uvedomiť, že rozsah v akom vie KSK prostredníctvom výkonu svojej činnosti reálne zasahovať do chodu, pravidiel alebo kontroly zdravotníctva vo svojom regióne, je minimálny, skôr formálny a štatistický.

Napriek tomuto fakt, je tu priestor pre aktívnu účasť KSK na formovaní a smerovaní zdravotníctva v KSK formou **aktívneho mediátora** dodávajúceho a potvrdzujúceho vážnosť problémov poskytovateľov. Nasledujúca schéma identifikuje hlavné aktuálne problémy a v záujme dosiahnutia celospoločenského cieľa – **zabezpečenie dostupnosti a kvality zdravotnej starostlivosti**.

Tabuľka č. 22: Súhrn identifikovaných problémov regionálneho zdravotníctva

Súhrn identifikovaných problémov
OBLASŤ: Sociálno-demografická analýza
<ul style="list-style-type: none"> • Zvyšovanie nárokov na poskytovanú zdravotnú starostlivosť v súvislosti so zvyšovaním priemerného veku obyvateľstva • Zvyšujúci sa výskyt civilizačných chorôb a narastajúca chorobnosť obyvateľstva • Vzhľadom na nízky počet vykonávaných preventívnych prehliadok, absencia modelu motivácie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pri ich vykonávaní • Nízka úroveň zodpovedného prístupu občanov ku svojmu zdraviu
OBLASŤ: Inštitucionálne zabezpečenie
<ul style="list-style-type: none"> • KSK nemá reálnu možnosť regulovať geografické rozmiestnenie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v kraji a ich počet, ani po naplnení verejnej minimálnej siete • Sieť poskytovateľov (okrem poskytovania všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti a poskytovania záchranej zdravotnej služby) je reálne vytváraná/regulovaná cez financie, teda zdravotnými poisťovňami • Chýbajúce kritériá tvorby cenníkov a ich jasná štruktúra • Cenníky nepodliehajú predchádzajúcemu schváleniu žiadnej inštitúcie • Vysoký počet podaní, sťažností a podnetov zo strany pacientov v súvislosti najmä s nesprávnym poskytnutím zdravotnej starostlivosti (UDZS), administratívnym postupom, výškou platieb, zdravotnou dokumentáciou (KSK) a narušením medziľudských vzťahov: lekár – pacient, sestra – pacient (príslušná stavovská organizácia) • Výnosy z pokút sú spravidla príjmom štátneho rozpočtu a nie inštitúcie, ktorá je zodpovedná za celý proces kontroly, správneho konania, uloženia sankcie až po výkon rozhodnutia • Nedostatočné financovanie preneseného výkonu štátnej správy zo strany štátu voči KSK (najmä lekár KSK, sestra KSK, farmaceut KSK) • Nedostatočná komunikácia medzi jednotlivými inštitúciami • Nedostatočná informovanosť pacientov o ich právach a povinnostiach
OBLASŤ: Finančné zdroje
<ul style="list-style-type: none"> • Silnejúca pozícia štátu v priamom ovplyvňovaní disponibilných zdrojov zdravotných poisťovní prostredníctvom odvodov poisťného za svojich poistencov • Rastúci podiel priamych platieb domácností v štruktúre finančných zdrojov zdravotníctva • Chaotický a nedoriešený systém platieb pacientov v zdravotníctve, ich nejasné definovanie a stanovenie výšky • Selektívny prístup zdravotných poisťovní pri uzatváraní zmlúv s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, ktorý spôsobuje deformáciu v platbách za rovnaké zdravotné výkony • Mnohé výzvy vyhlásené MZSR na čerpanie finančných prostriedkov z fondov EÚ sú určené len pre zdravotnícke zariadenia v pôsobnosti MZSR • Chýbajúci Sprostredkovateľský orgán pod Riadiacim orgánom pre Operačný program Zdravotníctvo s kompetenciami na regionálnej úrovni

<p>OBLASŤ: Sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nedostatočná koordinácia a komunikácia pri riešení problémov z dôvodu viacerých zriaďovateľov (mediátor/platforma) • Chýbajúca koncepcia zdravotnej politiky na úrovni štátu • Nedostatočný počet poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodníctvo a tým vysoký počet pacientok pripadajúcich na 1 lekára • Nerovnomerné zastúpenie zubných lekárov v kraji (sú okresy s vysokým počtom pacientov na 1 zubného lekára a naopak) • Vysoká koncentrácia poskytovateľov do väčších miest • Chýba povedomie o význame/zmysle zdravotných obvodov u poskytovateľov ako aj pacientov • Chýbajúce kompetencie samosprávnych krajov a kritériá na regulovanie siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti • Chýbajúce stanovenie jednoznačných pravidiel na tvorbu siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a jej hornej hranice zdravotnými poisťovňami
<p>PODOBLASŤ: Verejná minimálna sieť poskytovateľov ambulantnej ZS</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nespĺňanie normatívu verejnej minimálnej siete poskytovateľov ambulantnej zdravotnej starostlivosti vo viacerých špecializačných odboroch ○ Nespĺňanie normatívu verejnej minimálnej siete u dialyzačných stredísk ○ Nedostatočný počet sesterských miest (nesplňanie normatívu verejnej minimálnej siete) v ADOS ○ Finančne náročné zabezpečenie povinného materiálno-technického vybavenia jednotlivých ambulancií ○ Absencia podporných programov pre začínajúcich lekárov ○ Verejná minimálna sieť je ovplyvňovaná cez financie ○ Verejná minimálna sieť v zmysle nariadenia vlády nie je v niektorých medicínskych odboroch stanovená efektívne a optimálne
<p>PODOBLASŤ: Verejná minimálna sieť poskytovateľov ústavnej ZS</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nespĺňanie normatívu (minimálneho počtu lôžok) na jednotlivých oddeleniach ústavných zdravotníckych zariadení v KSK ○ Zlý technický stav budov ústavných zdravotníckych zariadení a ich skrytý investičný dlh ○ Nedostatok finančných zdrojov na obnovu materiálno-technického a prístrojového vybavenia jednotlivých oddelení ○ Nedostatočný počet hospicových lôžok hrađených z verejného zdravotného poistenia vo vzťahu k skutočnej potrebe ○ Nedostatočný počet lôžok v domoch ošetrovateľskej starostlivosti vo vzťahu k potrebe
<p>OBLASŤ: Ľudské zdroje</p>

<ul style="list-style-type: none">• Vysoký vek lekárov vo viacerých odbornostiach (vo sfére ambulantnej i ústavnej)• Zamestnávanie sestier v dôchodkovom veku• Zamestnávanie sestier na dohody o pracovnej činnosti (nie pracovnú zmluvu)• Zamestnávanie takých osôb na pracovné miesta sestier, resp. pôrodných asistentiek, ktoré nespĺňajú požadované vzdelanie (napr. laborant, zdravotnícky asistent)• Nízke mzdové ohodnotenie lekárov a sestier• Odchod mladých atestovaných lekárov a sestier za prácou a lepšími motivačnými faktormi do zahraničia• Komplikované a finančne náročné štúdium všeobecného lekárstva a absencia dostatočného počtu vzdelávacích ustanovizní, ktoré predmetné štúdium ponúkajú a obmedzený počet ústavných zdravotníckych zariadení, ktoré lekárom umožnia atestáciu v tomto odbore• Prijímanie lekárov zo zahraničia do trvalého pracovného pomeru v nemocniciach z dôvodu nižších mzdových nákladov bez ohľadu na kvalitatívne predpoklady a komunikačné bariéry• Nedodrievanie personálnych štandardov v neštátnych zdravotníckych zariadeniach (súkromných ambulanciách)• Nízky počet pôrodných asistentiek, z dôvodu slabého finančného ohodnotenia a absencie študijného odboru v kraji• Chýbajúca motivácia a záruky istoty pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti• Chýba systém prípravy absolventov lekárskeho fakúlt v jednotlivých špecializačných odboroch
OBLASŤ: LSPP
<ul style="list-style-type: none">• Chýbajúca vykonávací vyhláška alebo odborné usmernenie o LSPP vrátane vymedzenia niektorých pojmov v tejto oblasti• Existencia LSPP s nízkym počtom poistencov a nízkym počtom poskytovateľov, ktorí majú povinnosť poskytovať LSPP• Rôzna prevádzková doba jednotlivých LSPP, čo pre pacienta znamená zhoršenie dostupnosti LSPP a nezabezpečenie nepretržitosti dostupnej zdravotnej starostlivosti v prípade niektorých LSPP-D, LSPP-DD a všetkých LSPP-Z• Neposkytovanie zdravotnej starostlivosti formou výjazdovej LSPP v prípade troch LSPP-D• Zlý systém financovania LSPP
OBLASŤ: Humánna farmácia
<ul style="list-style-type: none">• Absencia zákonných nástrojov na prípadné zamietnutie žiadostí o vydanie nových povolení pre poskyt. lekárenskej starostlivosti pri splnení všetkých zákonných podmienok na vydanie povolenia• Nevyvážená sieť poskytovateľov lekárenskej starostlivosti (vysoký počet lekární v mestách a ich nedostatok mimo miest) a chýbajúce kompetencie KSK na ovplyvnenie tohto stavu• Lekárska pohotovosť. starostlivosť nenadväzuje na LSPP z hľadiska prevádzkovej doby a lokality• Nejednoznačnosť platnej legislatívy z dôvodu chýbajúcich vyhlášok MZSR k zákonom v oblasti humánnej farmácie• Absencia taxatívne určeného času poskytovania Lekárskej pohotovostnej služby v platnej legislatívne

Zdroj: Vlastné spracovanie

Rozsah problémov v oblasti zdravotnej a lekárenskej starostlivosti je samozrejme širší a živý, tzn. neustále sa meniaci a odzrkadľujúci aktuálne dianie. Avšak ak by sa aktívne nepristúpilo k riešeniu týchto hlavných problémov, je veľmi pravdepodobné, že by sme sa od cieľa „zabezpečenia dostupnosti a kvality zdravotnej starostlivosti“ len vzdalovali.

2. Strategická časť

Na základe výsledkov analytickej časti tohto dokumentu pristupujeme k príprave strategickej časti, ktorou prezentujeme realizačnú fázu koncepcie. Po identifikácii najproblémovejších oblastí, stanovujeme ciele, ktoré sa pokúsime dosiahnuť a kroky ktoré povedú k eliminácii identifikovaných problémov.

2.1. Oblasti, ciele a priority

Tabuľka č. 23: Oblasti, ciele a priority

Oblasť A	Sociálno-demografická oblasť
Regionálna priorita č. 1A	Znižovať chorobnosť občanov
Hlavný cieľ	Prostredníctvom systémových aktivít zameraných na osvetu v oblasti starostlivosti o vlastné zdravie cestou zvýšenej pozornosti k zdravotnej prevencii, fyzickej aktivite a životnému štýlu, prispieť k zníženiu chorobnosti občanov KSK.
Odôvodnenie priority	KSK je priemernou dĺžkou života žien aj mužov pod priemerom Slovenska, začo môžu najmä civilizačné ochorenia, ktoré sú priamym dôsledkom nedostatočného povedomia o význame zdravotnej prevencie, možnostiach ich bezdoplatkovej nárokovosti hradenej v plnej miere z verejného zdravotného poistenia (len menej ako 10% poistencov ju využíva), nedostatočnej fyzickej aktivity a nezdravej životosprávy.
Regionálna priorita č. 2A	Zvýšiť motiváciu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti efektívne/kvalitne vykonávať preventívne prehliadky v čo najväčšom počte
Hlavný cieľ	Cestou aktívnej komunikácie s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a so zdravotnými poisťovňami dosiahnuť, aby bol každý poskytovateľ zdravotnej starostlivosti náležite motivovaný k vykonávaniu pravidelných preventívnych prehliadok.
Odôvodnenie priority	Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti zväčša nemajú záujem na aktívnom prístupe k riešeniu prevencie. Systémové opatrenia na zabezpečenie realizácie preventívnych prehliadok sú nedostatočné a poskytovatelia pri uplatňovaní aktívneho prístupu k vykonávaniu prevencie svojich pacientov nemajú žiadne výhody a motiváciu.
Oblasť B	Inštitucionálne zabezpečenie
Regionálna priorita č. 1B	Zjednodušiť a sprehl'adniť inštitucionálne zabezpečenie zdravotníctva pre občana
Hlavný cieľ	Prostredníctvom publikačných a online aktivít sprehl'adniť pre občanov KSK systém inštitucionálneho zabezpečenia zdravotníctva s cieľom navigovať občana v prípade potreby riešenia svojich problémov a sťažností, porušení jeho práv, získavania informácií či hľadania najbližšej odbornej zdravotnej starostlivosti.

Priority zdravotnej politiky pre Košický samosprávny kraj na obdobie 2012-2015

<p>Odôvodnenie priority</p>	<p>Občan/pacient je často dezorientovaný v spleti úradov a inštitúcií pôsobiacich v zdravotníctve bez jasnej predstavy o ich kompetenciách a možnostiach priameho kontaktu s pacientom v špecifických oblastiach zdravotnej starostlivosti. Preto jediným riešením avšak nesprávnym pre pacienta býva obracanie sa priamo na Úrad KSK, čo vedie ku kumulácii množstva nesúrodých dotazov, žiadostí, podaní a sťažností, ktorých riešenie nemá KSK v kompetencii a nie je kapacitne schopný vybaviť ich k úplnej spokojnosti pacienta. Občan/pacient prichádza na Úrad KSK mnohokrát frustrovaný najmä z dôvodu prístupu zástupcov iných inštitúcií pôsobiacich v zdravotníctve a faktu, že svoju jednoduchú požiadavku musí riešiť prostredníctvom viacerých kompetenčne príslušných orgánov.</p>
<p>Regionálna priorita č. 2B</p>	<p>Zvýšiť transparentnosť v oblasti cenníkov a poplatkov v zdravotníctve</p>
<p>Hlavný cieľ</p>	<p>Cestou legislatívnych zmien dosiahnuť jasné zákonné vymedzenie charakteru rôznych poplatkov, doplatkov a platieb v zdravotníctve, nárokov na ne, spôsobu ich vyberania a pod.</p>
<p>Odôvodnenie priority</p>	<p>KSK denne rieši množstvo sťažností občanov týkajúcich sa charakteru rôznych poplatkov, doplatkov a platieb v zdravotníctve, nárokov na ne, spôsobu ich vyberania a pod. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti si zavádzajú rôzne platby, často aj v rozpore s právnymi predpismi. V oblasti cenotvorby pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vládne v SR chaos. KSK by po vymedzení jasných pravidiel zo strany štátu mal mať kompetenciu schvaľovať, kontrolovať a vylúčiť z cenníkov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti tie položky, ktoré cenník nemôže obsahovať, zároveň by mohol kontrolovať výšku úhrad za jednotlivé výkony. Dosiahlo by sa lepšie zabezpečenie ochrany pacienta pred neoprávneným vyberaním poplatkov, doplatkov a platieb pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Na druhej strane by bolo možné uložiť poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti povinnosť mať kalkuláciu cien jednotlivých položiek uvedených v cenníku.</p>
<p>Regionálna priorita č. 3B</p>	<p>Regulovať sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v kraji na základe objektívnych kritérií v spolupráci s viacerými inštitúciami (zdravotné poisťovne, KSK)</p>
<p>Hlavný cieľ</p>	<p>Prostredníctvom aktívneho využívania elektronickej komunikácie a zabezpečením možnosti vzájomného pripomenkovania jednotlivých významných rozhodnutí, dosiahnuť flexibilnú výmenu dôležitých informácií.</p>
<p>Odôvodnenie priority</p>	<p>Výmena informácií (osobná, telefonická, e-mailová, listová) medzi KSK ako garantom dostupnej zdravotnej starostlivosti v kraji a jednotlivými zdravotnými poisťovňami je nedostatočná. Zdravotné poisťovne, ktoré regulujú a financujú trh zdravotníctva a KSK, ktorý vydáva povolenia na poskytovanie zdravotnej starostlivosti komunikujú navzájom minimálne. Každý subjekt sa striktnie drží zákonom vymedzených kompetencií v rámci nich koná, bez dostatočného poskytovania informácií druhej strane. Zdravotné poisťovne napr. neinformovali KSK o pripravovaných zoznamoch lekárov, s ktorými ukončujú zmluvný vzťah v roku 2011 (napriek hromadným ukončeniam zmlúv). KSK získal informácie až po ich publikovaní na webe a v médiách. KSK naopak doposiaľ neinformuje poisťovne napr. o sťažnostiach občanov na jednotlivých poskytovateľov a o uložení pokút za nedodržiavanie zákonných povinností a pod.</p>

Priority zdravotnej politiky pre Košický samosprávny kraj na obdobie 2012-2015

Regionálna priorita č. 4B	Zvýšiť kvalitu a objem činnosti v rámci preneseného výkonu štátnej správy na KSK prostredníctvom zabezpečenia finančných prostriedkov
Hlavný cieľ	Prostredníctvom aktívneho zapájania sa do legislatívneho procesu dosiahnuť, aby príspevky na realizáciu preneseného výkonu štátnej správy prostredníctvom KSK boli zrealizované, čo prinesie vyššiu kvalitu.
Odôvodnenie priority	Na základe analýz a interných výpočtov, stál KSK prenesený výkon štátnej správy v oblasti zdravotníctva a humánnej farmácie za obdobie rokov 2003 až 2011 pri zohľadnení mzdových a ostatných nákladov celkovo 580 tis. €, čo predstavuje ročne cca. 64,5 tis. €. Okrem preneseného výkonu štátnej správy vykonával KSK aj všetky samosprávne kompetencie, ktoré mu zákon a iné právne predpisy ukladajú. Príspevky zo štátneho rozpočtu pre KSK zďaleka nepokrýva všetky jeho potreby.
Oblasť C	Financovanie zdravotníctva
Regionálna priorita č. 1C	Zabezpečenie informovanosti občanov o právnej úprave priamych platieb v zdravotníctve
Hlavný cieľ	Prostredníctvom publikačných a online aktivít zorientovať občanov KSK v zákonných pravidlách, ktoré upravujú tvorbu cenníkov zdravotných služieb nehradených z verejného zdravotného poistenia (t.j. výkony uskutočňované na žiadosť osoby) s cieľom zamedziť prípadným zbytočným výdavkom pacientov za poskytnutú zdravotnú starostlivosť zo strany poskytovateľov za výkony plne hrazené z ich zdravotného poistenia.
Odôvodnenie priority	Občan/pacient býva často nútený v záujme vyriešiť svoj zdravotný problém hradiť nemalé finančné výdavky za zdravotné služby, o ktorých nemá jasnú predstavu či spadajú do základnej (štandardnej) starostlivosti alebo sú už nad jej rámec. Zvýšením informovanosti občanov by sa zamedzilo zneužívaniu pacienta zo strany poskytovateľov v situáciách kedy pacient nemá na výber.
Oblasť D	Sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti
Regionálna priorita č. 1D	Vytvorenie platformy pre vzájomnú komunikáciu medzi poskytovateľmi
Hlavný cieľ	Prostredníctvom aktívnej úlohy mediátora vytvoriť platformu na výmenu informácií, argumentov a návrhov medzi poskytovateľmi, komorami a zdravotnými poisťovňami s cieľom spoločne riešiť problémy týkajúce sa nerovnomernej dostupnosti zdravotnej starostlivosti pre občanov v KSK a touto cestou prispieť k napĺňaniu strategického cieľa zabezpečiť dostupnú a kvalitnú zdravotnú starostlivosť pre každého občana KSK.
Odôvodnenie priority	Z dôvodu atomizácie siete poskytovateľov, ich rôznych zriaďovateľov, a právnych foriem, či veľkostných a polohových parametrov sa medzi poskytovateľmi vytvorili chladné vzťahy a ich jediným cieľom sa stalo vybojovať pre seba čo najlepšie podmienky a čo najväčší finančný objem zo zdravotných poisťovní. Pacient sa tak stal druhoradým a v očiach poskytovateľov len zdrojom príjmu. Manažment pacienta v záujme jeho diagnostikovania a liečenia zostal na ňom samom, čo viedlo k zníženiu kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti.
Oblasť E	Ľudské zdroje

Priority zdravotnej politiky pre Košický samosprávny kraj na obdobie 2012-2015

Regionálna priorita č. 1E	Vytváranie podmienok pre udržanie zdravotníckeho personálu vrátane programov pre absolventov
Hlavný cieľ	Cestou aktívnej komunikácie so samosprávou menej atraktívnych mikroregiónov hľadať možnosti priamej a nepriamej podpory zdravotníckeho personálu (najmä lekárov) formou vytvárania podporných motivačných podmienok v oblasti bývania, prevádzky ambulancií, miestnych daní a poplatkov, bezúročných úverov a iných nástrojov, ktoré by ich pomohli prilákať a tým zabezpečiť dostupnosť zdravotnej starostlivosti aj v oblastiach mimo väčších miest a centier pracovných príležitostí.
Odôvodnenie priority	Dlhodobým nekonceptným riadením rezortu zdravotníctva zo strany štátu, nevytváraním podmienok pre záujem o vzdelávanie sa zdravotníckych pracovníkov najmä v niektorých špecializáciách má za následok výpadok celej jednej generácie a alarmujúce zostarnutie lekárov napríklad v oblasti primárnej zdravotnej starostlivosti, čím hrozí absolútny kolaps v jej zabezpečení a výrazné zhoršenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti najmä v menej obývaných alebo odľahlých regiónoch s nedostatkom pracovných príležitostí.
Oblasť F	Lekárska služba prvej pomoci
Regionálna priorita č. 1F	Zefektívnenie a optimalizácia siete poskytovateľov LSPP
Hlavný cieľ	Prostredníctvom vlastných administratívnych nástrojov pri udeľovaní povolení a prísnej kontrole dodržiavania podmienok prevádzky LSPP vplývať na komplexnosť a kvalitu poskytovania zdravotnej starostlivosti. Zároveň prostredníctvom aktívnej komunikácie so zdravotnými poisťovňami vplývať na optimalizáciu siete sohľadom na efektívne fungovanie prevádzok LSPP s cieľom zabezpečiť prevahu kvality nad kvantitou poskytovateľov.
Odôvodnenie priority	Absenciou vykonávacej vyhlášky a odborného usmernenia v oblasti zabezpečenia LSPP zo strany MZSR, je spôsobená predimenzovanosť siete LSPP z pohľadu kvantity, čo zákonite znamená vyššie nároky na personálne zabezpečenie prevádzky ale zároveň rozdelenie toho istého rovnako veľkého koláča platieb za poistencov zo strany zdravotných poisťovní medzi nadmerne viac subjektov, čoho priamym dôsledkom sú nedostatočné finančné príjmy niektorých prevádzkovateľov a ich neschopnosť zabezpečiť dostatočné finančné ohodnotenie personálu, investície aspoň na úrovni obnovy priestorového a materiálno-technického vybavenia prevádzok a komplexnosť poskytovaných služieb, čo priamo vplýva na zhoršenie kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti.
Oblasť G	Humánna farmácia
Regionálna priorita č. 1G	Zabezpečenie vyváženej siete poskytovateľov lekárenskej starostlivosti

Priority zdravotnej politiky pre Košický samosprávny kraj na obdobie 2012-2015

Hlavný cieľ	Prostredníctvom tak vlastných nástrojov kontroly dodržiavania podmienok na prevádzku zo strany prevádzkovateľov ako aj v spolupráci s regionálnymi úradmi ŠÚKL a SOI vplývať na prísne dodržiavanie podmienok a aplikovať následné sankcie prípadne odoberanie povolení na prevádzku s cieľom zabezpečiť prevahu kvality nad kvantitou z pohľadu siete poskytovateľov a tým zvyšovať kvalitu poskytovania lekárenskej starostlivosti pre občanov KSK.
Odôvodnenie priority	Absencia akejkoľvek regulácie počtu poskytovateľov lekárenskej starostlivosti vo vzťahu k spádovej oblasti, dostupnosti a koncentrácii prevádzok, má za následok nekontrolovateľný rast počtu prevádzok v atraktívnych lokalitách v okolí poskytovateľov zdravotnej starostlivosti alebo nákupných zón, čo v konečnom dôsledku znamená prerozdelenie toho istého koláča finančných prostriedkov zo zdravotných poisťovní alebo priamych platieb občanov/pacientov medzi viac subjektov a zároveň zhoršenie dostupnosti lekárenskej starostlivosti v menej atraktívnych lokalitách, čo priamo vplýva na zhoršenie dostupnosti poskytovanej lekárenskej starostlivosti pre občanov KSK.
Regionálna priorita č. 2G	Zabezpečenie súbehu prevádzkového času lekárenskej pohotovostnej služby a lekárskej služby prvej pomoci s ohľadom na miesto výkonu
Hlavný cieľ	Prostredníctvom nariadení farmaceuta KSK zabezpečiť dostupnosť lekárenskej pohotovostnej služby, tak aby v čo najväčšej možno miere nadväzovala na LSPP. Optimálna situácia je dosiahnuť, aby v každom okrese bola jedna lekáreň otvorená nonstop, tak ako je to v súčasnosti v okresoch Košice I., II., III., IV. a Košice – okolie.
Odôvodnenie priority	Aktuálny stav v niektorých prípadoch spôsobuje, že liek ktorý je predpísaný lekárom LSPP si pacient/občan nemá možnosť vybrať v lekárni, keďže táto je už zatvorená. Kratší prevádzkový čas lekárne je z pohľadu poskytovateľov lekárenskej starostlivosti dôsledkom nedostatočného dopytu v nočných hodinách a teda neefektivity lekárenskej pohotovostnej služby. Poskytovateľom lekárenskej starostlivosti štát neposkytuje kompenzáciu za lekárenskú pohotovostnú službu na rozdiel od poskytovateľov LSPP.
Regionálna priorita č. 3G	Aktívne pripomienkovať novely zákona o liekoch
Hlavný cieľ	V rámci pripomienkového konania poukázať na nedostatky zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch.
Odôvodnenie priority	Nový zákon o liekoch má nedostatky, ktorých dôsledkom dochádza v praxi k rôznym výkladom ustanovení zákona.
Oblasť H	Ošetrovatel'stvo
Regionálna priorita č. 1H	Zvýšiť záujem a motiváciu pre štúdium sestry a pôrodná asistentka v KSK

Priority zdravotnej politiky pre Košický samosprávny kraj na obdobie 2012-2015

Hlavný cieľ	Prostredníctvom aktívnej komunikácie s odborom školstva, fakultami ošetrovateľstva a MZ SR hľadať možnosti priamej i nepriamej podpory vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek.
Odôvodnenie priority	V súčasnosti sa odbor sestier vzdeláva iba na UPJŠ v Košiciach, kde ročne končí okolo 15 absolventov, čo je nepostačujúce pre celý región KSK. Odbor pôrodná asistentka sa v našom kraji nevzdeláva, čím hrozí kolaps v zabezpečení odbornej kvalitnej zdravotnej starostlivosti.
Regionálna priorita č. 2H	Vytváranie podmienok pre udržanie sestier a pôrodných asistentiek, vrátane absolventov
Hlavný cieľ	Prostredníctvom aktívnej komunikácie so Slovenskou komorou sestier a pôrodných asistentiek, stavovskými organizáciami, zdravotnými poisťovňami a MZ SR hľadať riešenie optimálneho finančného ohodnotenia sestier, pôrodných asistentiek a iných zdravotníckych pracovníkov.
Odôvodnenie priority	Dlhodobé neriešenie problému finančného ohodnotenia sestier a pôrodných asistentiek vyústilo do situácie, že sestry a pôrodné asistentky začali odchádzať do zahraničia. Ďalším problémom je nižší počet študentov na ošetrovateľských fakultách, čím sa dá v horizonte 2-3 rokov očakávať nedostatok sestier a pôrodných asistentiek v KSK.
Regionálna priorita č. 3H	Zabezpečenie vyváženej siete poskytovateľov ADOS a Domov ošetrovateľskej starostlivosti
Hlavný cieľ	Prostredníctvom aktívnej komunikácie so zdravotnými poisťovňami vplývať na naplnenie minimálnej siete. Cestou vlastných administratívnych nástrojov pri udeľovaní povolení a komunikáciou s jednotlivými ADOS hľadať možnosti naplnenia a vyváženia minimálnej siete, tak aby bolo rovnomerne pokryté celé územie KSK.
Odôvodnenie priority	Dlhoročným neriešením problémov s financovaním ADOS nastala situácia, že v súčasnosti sú ADOS tak finančne poddimenzované, že nemôžu zamestnať viac sestier aj keď pacientov neustále pribúda. V niektorých regiónoch KSK funguje viacero ADOS a v niektorých úplne chýbajú. Ak aj nové ADOS vzniknú, majú problém so zazmluvnením zdravotnými poisťovňami.

Zdroj: Vlastné spracovanie

Zoznam príloh:

Príloha č. 1 Zoznam najdôležitejších národných programov v oblasti zdravotníctva
Príloha č. 2 Zoznam najdôležitejších právnych predpisov v zdravotníctve

Zoznam tabuliek:

Tabuľka č. 1 Základné ukazovatele KSK
Tabuľka č. 2 Základné demografické údaje o obyvateľstve Košického samosprávneho kraja
Tabuľka č. 3: Štruktúra obyvateľstva podľa pohlavia k 31.12.2010 v okresoch KSK
Tabuľka č. 4: Štruktúra obyv. podľa zákl. vekových skupín podľa EÚ k 31.12.2010 v okresoch KSK
Tabuľka č. 5: Celkový prírastok (-úbytok) na 1000 obyvateľov v okresoch KSK
Tabuľka č. 6: Počet živonarodených zomretých v Košickom samosprávnom kraji
Tabuľka č. 7: Stredná dĺžka života pri narodení
Tabuľka č. 8: Finančné zdroje zdravotníctva
Tabuľka č. 9: Podiel verejných zdrojov na HDP
Tabuľka č. 10: Štruktúra zdrojov verejného zdravotného poistenia
Tabuľka č. 11: Štruktúra výdavkov KSK pre NsP (mimo úhrad záväzkov prís.p.org.)
Tabuľka č. 12: Ústavne zdravotnícke zariadenia v KSK
Tabuľka č. 13: Polikliniky v KSK
Tabuľka č. 14: Poskytovatelia ADOS v KSK
Tabuľka č. 15: Poskytovatelia LSP v KSK
Tabuľka č. 16: Počet obyvateľov a počet určených zdravotných obvodov podľa okresov KSK
Tabuľka č. 17: Verejná minimálna sieť vs. skutočná sieť poskytovateľov ambulantnej ZS
Tabuľka č. 18: Verejná minimálna sieť vs. skutočná sieť poskytovateľov ústavnej ZS
Tabuľka č. 19: Zdravotnícki pracovníci podľa vybraných povolání v okresoch KSK k 31.12.2009
Tabuľka č. 20: Verejná minimálna sieť vs. skutočná sieť poskytovateľov LSP
Tabuľka č. 21: Počet lekární a výdajní k 31.12.2011 podľa okresov v KSK
Tabuľka č. 22: Súhrn identifikovaných problémov regionálneho zdravotníctva
Tabuľka č. 23: Oblasti, ciele a priority

Zoznam grafov:

Graf č. 1: Podiel ZP na celkových príjmoch a efekt prerozdelenia
Graf č. 2: Podiel ZP na celkovom počte poistencov k 1.1.2011
Graf č. 3: Štruktúra poistencov VŠZP v KSK podľa pobočiek
Graf č. 4: Priemerné mesačné výdavky na poistenca 1-3/2011 - porovnanie
Graf č. 5: Bežné a kapitálové výdavky vs. úhrady záväzkov príspevkových organizácií
Graf č. 6: Alokácia bežných a kapitálových finančných prostriedkov medzi jednotlivé NsP
Graf č. 7: Objem a štruktúra kapitálových výdavkov pre NsP
Graf č. 8: Návratné finančné výpomoci pre NsP

Zoznam obrázkov:

Obrázok č. 1 Územno-správne členenie KSK

Použité zdroje:

Program hospodárskeho a sociálneho rozvoja Košického samosprávneho kraja

www.statistics.sk

Štatistický úrad – pobočka Košice

Regionálna analýza trhu práce

Farmakoeconomika a lieková politika, oficiálny časopis Slovenskej spoločnosti pre farmakoeconomiku, roč. 7, č. 2, 4, Tising spol. s.r.o. 2011, ISSN 1336-7021

Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2010, Vestník Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou 2011

Interné podklady Odboru sociálnych vecí a zdravotníctva KSK

Interné podklady Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a.s.

Interné podklady Zdravotnej poisťovne Dôvera, a.s.

Interné podklady spoločnosti Union zdravotná poisťovňa, a.s.

Interné podklady Regionálnej komory zubných lekárov Košice

Interné podklady Agentúry na podporu regionálneho rozvoja Košice, n.o.

Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2009, Národné centrum zdravotníckych informácií, Bratislava 2010, ISBN 978-80-89292-23-3

Sociálna farmácia a zdravotníctvo, prof. RNDr. Viliam Foltán, CSc., Osveta, Martin 2010, ISBN 978-80-8063-333-2

Populačný vývoj v okresoch Slovenskej republiky 2009, Danuša Jurčová a kol., Infostat 2010, ISBN 978-80-8938-17-1

Zmierňovanie nerovností v oblasti zdravia v Európskej únii, Európska komisia, Úrad pre vydávanie publikácií EÚ, Luxemburg 2011, ISBN 978-92-79-15048-7

Príručka manažéra vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, Dr. Josef Raabe Slovensko, s.r.o., odborné nakladateľstvo, Bratislava 2011, ISBN 978-80-89182-96-1

Slovenské zdravotníctvo, súčasný stav, problémy a návrhy riešení, Ján Štencl, Tibor Šagát, Peter Labaš, Peter Krištúfek, Gustáv Kováč, Bratislava 2007, ISBN 978-80-969418-6-5

Zdravý zisk, Juraj Karpiš, Radovan Ďurana, Richard Ďurana, INESS, Bratislava 2007, ISBN 978-80-969765-0-8

Návrh koncepcie racionálneho rozvoja systému zdravotníctva, Pavol Paška, Milan Kamenský a kol., ASA, Bratislava 2006, ISBN 80-969491-9-5

Ako sa rodí liek, SAFS (Slovenská asociácia farmaceutických spoločností orientovaných na výskum a vývoj), 2008, ISBN 978-80-970024-2-8

Biomedicínsky výskum – právne, eticky, filozoficky, Ivan Humeník – Inocent-Mária V. Szaniszló (eds.), Bratislava 2012, ISBN: 978-80-89447-73-2

Základné rámce zdravotnej politiky pre roky 2007-2010, Igor Dorčák a kol., Združenie zdravotných poisťovní Slovenskej republiky, Bratislava 2007, ISBN 978-80-969510-2-4

Spáva o stave zdravotníctva na Slovensku, T. Hlavatý a kol., Ministerstvo zdravotníctva SR, Bratislava 2011, ISBN 978-80-969507-9-9

Príloha č. 1 Zoznam najdôležitejších národných programov v oblasti zdravotníctva

- **Národný program podpory zdravia** – jeho hlavným cieľom je iniciovanie partnerstiev jednotlivých zložiek spoločnosti k zabezpečeniu podpory a rozvoja verejného zdravia tak, aby sa dosiahlo trvalé zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva.
- **Národný program prevencie ochorení srdca a ciev** - jeho hlavným cieľom je vytvorenie celospoločensky efektívneho systému opatrení zameraného na zníženie incidencie a prevalencie najzávažnejších srdcovocievnych rizikových faktorov, ako aj na redukciiu morbiditu a mortality ischemickej choroby srdca, chronického srdcového zlyhávania a náhlej kardiálnej smrti.
- **Národný program duševného zdravia** – jeho cieľom je postupné zlepšovanie duševného zdravia na princípe systémového prístupu ku starostlivosti o duševné zdravie.
- **Národný program prevencie obezity** - jeho hlavným cieľom je zníženie incidencie a prevalencie nadhmotnosti a obezity v populácii a eliminácia epidemického výskytu nadhmotnosti a obezity.
- **Národný program starostlivosti o deti a dorast v Slovenskej republike** – jeho hlavným cieľom je zabezpečiť adekvátnu starostlivosť o zdravie a rozvoj detí a dorastu v súlade s najnovšími poznatkami a odporúčaniami Európskej stratégie v podmienkach SR a Svetovej zdravotníckej organizácie.
- **Národný program ochrany sexuálneho a reprodukčného zdravia** – jeho cieľom je zlepšiť kvalitu a dostupnosť zdravotníckych služieb sexuálneho a reprodukčného zdravia s osobitným zreteľom na rizikové skupiny obyvateľstva, monitoring a kontrolu sexuálne prenosných infekcií (SPI) vrátane HIV/AIDS a prevenciu onkologických ochorení.
- **Národný program sústavného vzdelávania v neodkladnej zdravotnej starostlivosti a prvej pomoci** – jeho cieľom je vytvoriť na báze všeobecne akceptovaných medicínskych poznatkov systém vzdelávania pre poskytovanie efektívnej prvej pomoci a neodkladnej zdravotnej starostlivosti laickou verejnosťou aj zdravotníckymi pracovníkmi.
- **Národný transplantčný program** - jeho cieľom je zvýšiť efektivitu, počet orgánových transplantácií v transplantčných centrách na Slovensku, rozšíriť spektrum transplantácií, pripraviť a realizovať dôslednú implementáciu smerníc EÚ o odberoch, spracovaní, konzervovaní a distribúcii orgánov, tkanív a buniek do príslušných legislatívnych predpisov a postupne odbúrať potrebu vykonávania transplantácií solídnych orgánov slovenským občanom v zahraničí.
- **Národný program boja proti drogám** - hlavným cieľom je skvalitniť podmienky pre realizáciu kvalitného systému prevencie, liečby, resocializácie a represie v kontexte prijatých medzinárodných dokumentov a skúseností s dôrazom na deti a mládež.
- **Národný program sústavného vzdelávania v neodkladnej zdravotnej starostlivosti a prvej pomoci** – jeho cieľom je vytvoriť na báze všeobecne akceptovaných medicínskych poznatkov systém vzdelávania pre poskytovanie efektívnej prvej pomoci a neodkladnej zdravotnej starostlivosti laickou verejnosťou aj zdravotníckymi pracovníkmi.
- **Národný program rozvoja životných podmienok občanov so zdravotným postihnutím** - vychádza zo Štandardných pravidiel na vytváranie rovnakých príležitostí pre osoby so zdravotným postihnutím v nadväznosti na Rezolúciu OSN č. 2000/51 a z predpokladu, že vo všetkých oblastiach života má byť spoločnosť budovaná tak, aby všetky jej kvality, t. j. všetky oblasti života boli dostupné všetkým občanom bez rozdielu, alebo jednoduchým a primeraným spôsobom boli prístupné a prispôbené aj potrebám osôb so zdravotným postihnutím.
- **Národný program ochrany starších ľudí** – jeho hlavným cieľom v oblasti zdravia je poskytnutie primeranej pomoci a ochrany pri realizácii individuálneho potenciálu starších ľudí, ktorým sa má zabezpečiť ich prístup k zdrojom, právam, tovarom a službám v oblasti zdravia.

Zdroj: Košický samosprávny kraj

Príloha č. 2 Zoznam najdôležitejších právnych predpisov v zdravotníctve

Zákony, nariadenia vlády SR, vyhlášky Ministerstva zdravotníctva SR, výnosy Ministerstva zdravotníctva SR

1. Zákon 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
2. Zákon č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov
3. Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
4. Zákon č. 579/2004 Z. z. o záchranej zdravotnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
5. Zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
6. Zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
7. Zákon č. 362/2011 Z. z. Zákon o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov
8. Zákon č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov
9. Zákon č. 355/2004 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niekt. zák. v znení neskorších predp.
10. Zákon č. 139/1998 Z. z. o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch v znení neskorších predpisov
11. Zákon č. 538/2005 Z. z. o prírodných liečivých vodách, prírodných liečebných kúpeľoch, kúpeľných miestach a prírodných minerálnych vodách a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
12. Zákon č. 437/2004 Z. z. o náhrade za bolesť a o náhrade za sťaženie spoločenského uplatnenia a o zmene a doplnení zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 273/1994 Z.z. o zdravotnom poistení, financovaní zdravotného poistenia, o zriadení Všeobecnej zdravotnej poisťovne a o zriaďovaní rezortných, odvetvových, podnikových a občianskych zdravotných poisťovní v znení neskorších predpisov
13. Zákon č. 131/2010 Z.z. o pohrebníctve
14. Zákon č. 71/1967 Zb. o správnom konaní (správny poriadok) v znení neskorších predpisov
15. Nariadenie vlády Slovenskej republiky z 15. decembra 2004 č. 722/2004 Z.z. o výške úhrady poistenca za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov
16. Nariadenie vlády č. 296/2010 Z. z. Nariadenie vlády Slovenskej republiky o odbornej spôsobilosti na výkon zdravot. povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravot. pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností
17. Nariadenie vlády Slovenskej republiky z 15. decembra 2004 č. 776/2004 Z.z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov
18. Nariadenie vlády Slovenskej republiky z 15. decembra 2004 č. 777/2004 Z.z., ktorým sa vydáva Zoznam chorôb, pri ktorých sa zdravotné výkony čiastočne uhrádzajú alebo sa neuhrádzajú na základe verejného zdravotného poistenia
19. Nariadenie vlády Slovenskej republiky zo 4. mája 2005 č. 226/2005 Z.z. o výške úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú uhrádza zdravotná poisťovňa poskytovateľovi lekárskej služby prvej pomoci v znení neskorších predpisov
20. Nariadenie vlády č. 296/2010 Z. z. Nariadenie vlády Slovenskej republiky o odbornej spôsobilosti na výkon zdravot. povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravot. pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných prac. činností
21. Nariadenie vlády Slovenskej republiky zo 17. decembra 2008 č. 640/2008 Z.z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov
22. Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky zo 16. marca 2001 č. 126/2001 Z.z. o požiadavkách na priestorové a materiálne vybavenie očných optík
23. Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 20. decembra 2004 č. 770/2004 Z.z., ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení neskorších predpisov
24. Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 30. júna 2005 č. 306/2005 Z.z., ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz
25. Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 24. júna 2005 č. 366/2005 Z.z. o kritériách a spôsobe hodnotenia sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov v znení neskorších predpisov
26. Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 26. októbra 2005 č. 501/2005 Z.z. o liekovej knižke pacienta
27. Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky zo 6. februára 2006 č. 101/2006 Z.z., ktorou sa ustanovuje minimálne materiálno-technické a personálne vybavenie prírodných liečebných kúpeľov a kúpeľných liečebníc a ustanovujú indikácie podľa prírodných liečivých vôd a klimatických podmienok vhodných na liečenie
28. Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky zo 7. septembra 2007 č. 448/2007 Z.z. o podrobnostiach o faktoroch práce a pracovného prostredia vo vzťahu ku kategorizácii prác z hľadiska zdravotných rizík a o náležitostiach návrhu na zaradenie prác do kategórií
29. VYHLÁŠKA Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 12. júla 2011 č. 229/2011 Z.z. o postupe pri posudzovaní zdravotnej spôsobilosti a psychickej spôsobilosti na držanie alebo nosenie strelných zbraní a streliva a o náležitostiach lekárskeho posudku a psychologického posudku
30. Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 8. apríla 2009 č. 143/2009 Z.z., ktorou sa ustanovujú druhy lekárníciiek a obsah lekárníciiek pre cestnú dopravu
31. Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 12. októbra 2009 č. 412/2009 Z.z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zozname poistenecov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti
32. Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 2. júna 2005 č. 364/2005 Z.z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom
33. Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 10. decembra 2008 č. 25118/2008-OL, ktorým sa mení a dopĺňa výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení (oznámenie č. 410/2008 Z.z.) v znení neskorších zmien
34. Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 11. marca 2009 č. 10548/2009-OL, ktorým sa ustanovujú podrobnosti o záchranej zdravotnej službe
35. Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 11. marca 2009 č. 10552/2009-OL, ktorým sa ustanovujú sídla staníc záchranej zdravotnej služby v znení neskorších zmien

Zdroj: Košický samosprávny kraj