

Priority zdravotnej politiky pre Košický kraj na obdobie 2024-2028 s výhľadom do roku 2030 (aktualizácia 2025)



Košice, 2025

Košický samosprávny kraj
Oddelenie zdravotníctva



KOK KOŠICKÝ
SAMOSPRÁVNÝ
KRAJ

Názov:

**Priority zdravotnej politiky pre Košický kraj na obdobie 2024 - 2028 s výhľadom do roku 2030
(aktualizácia 2025)**

Spracovateľ:

PhDr. Peter Dringuš, MHA
externý analytik, koordinátor a hlavný spracovateľ strategického dokumentu

Participujúce subjekty:

Oddelenie zdravotníctva Košického samosprávneho kraja
Agentúra na podporu regionálneho rozvoja Košice, n.o.

Dátum vydania:

Jún 2024

Dátum aktualizácie:

December 2025

Obsah

Zoznam skratiek...	5
Zoznam ilustrácií a tabuliek.....	6
Základné východiská.....	7
Manažérske zhrnutie.....	8
Úvod	9
A/ ANALYTICKÁ ČASŤ	10
A.1 Proces tvorby Priorít	10
A.2 Ciele.....	10
A.3 Legislatíva.....	11
A.4 Základné kompetencie KSK	11
A.5 Demografia.....	13
A.6 Súčasný stav pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v kraji.....	16
A.6.1 Formy poskytovania zdravotnej starostlivosti	17
A.6.1.1 Ambulantná starostlivosť.....	17
A.6.1.1.1 Všeobecná ambulantná starostlivosť	18
A.6.1.1.2 Ambulantná pohotovostná služba.....	23
A.6.1.1.3 Primárna špecializovaná ambulantná starostlivosť.....	26
A.6.1.1.4 Zubno-lekárska pohotovostná služba	28
A.6.1.1.5 Špecializovaná ambulantná starostlivosť	29
A.6.1.1.6 Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti	30
A.6.1.1.7 Poliklinika	32
A.6.1.1.8 Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	32
A.6.1.1.9 Záchranná zdravotná služba	34
A.6.1.2 Ústavná zdravotná starostlivosť	35
A.6.1.2.1 Reformná zmena v sieti poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti.....	38
A.6.1.3 Lekárska zdravotná starostlivosť	42
A.6.1.3.1 Lekárska pohotovostná služba.....	43
A.7 Záchytné izby.....	44
A.7.1 Prekážky brániace znovuo tvoreniu záchytných izieb v SR.....	45
A.8 Verejná optimálna sieť.....	46
A.9 Identifikované problémy pri zabezpečovaní dostupnosti zdravotnej starostlivosti.....	51
A.9.1 Strom problémov	51
A.10 SWOT analýza.....	53
A.11 PESTLE analýza	56
B/ STRATEGICKÁ VÍZIA OPTIMALIZÁCIE CESTY PACIENTA ZDRAVOTNÝM SYSTÉMOM	57
B.1 Centrum integrovanej zdravotnej starostlivosti (CIZS)	58
B.1.1 Zrealizované CIZS v Košickom kraji.....	60
B.2 Regionálne centrum integrovanej starostlivosti (RCIS)	61

B.2.1 Oprávnená lokalita RCIS – skupina 1 (mestá s nemocnicami 1.úrovne).....	63
B.2.2 Oprávnená lokalita RCIS – skupina 2 (okresné mestá s poliklinikou)	64
B.2.3 Oprávnená lokalita RCIS – skupina 3 (mesto s poliklinikou identifikované krajom).....	64
B.2.4 Masterplan (postup prioritizovania oprávnených lokalít RCIS vo výzve).....	65
B.3 Ambície Košického samosprávneho kraja v oblasti regionálneho zdravotníctva	66
B.3.1 Východiská	67
B.3.2 Nové návrhy spôsobu integrácie služieb a vzájomnej kooperácie poskytovateľov	68
B.3.3 Ambície Košického samosprávneho kraja v oblasti krajských nemocníc	72
C/ STRATEGICKO-PROGRAMOVÁ ČASŤ	74
C.1 Prioritná oblasť 1 – Zdravotnícka agentúra Košického samosprávneho kraja, n.o.	75
C.2 Prioritná oblasť 2 – Podpora systému zdravotnej starostlivosti	76
C.3 Prioritná oblasť 3 – Podpora prevencie	77
C.4 Prioritná oblasť 4 – Ústavná zdravotná starostlivosť.....	78
C.5 Prioritná oblasť 5 – Digitalizácia a integrácia systému zdravotnej starostlivosti.....	79
C.6 Prioritná oblasť 6– Krajský poskytovateľ zdravotnej starostlivosti.....	80
C.7 Prioritná oblasť 7 – Krajský poskytovateľ lekárenskej starostlivosti.....	81
C.8 Prioritná oblasť 8 – Ambulantná a lekárenská pohotovostná služba	82
C.9 Prioritná oblasť 9 – Krajská agentúra služieb dlhodobej starostlivosti.....	83
Semafor prioritných oblastí.....	84
D/ CESTA PACIENTA	85
D.1 Cesta pacienta zdravotným systémom.....	86
D.2 Cesta pacienta v nemocnici	87
D.3 Cesta plánovaného pacienta.....	89
D.4 Cesta urgentného (akútneho) pacienta	90
D.5 Cesta rodičky pri pôrode.....	91
D.6 Cesta pacienta v psychiatrickej starostlivosti	92
D.7 Cesta onkologického pacienta	94
D.8 Cesta pacienta s kardiovaskulárnym ochorením	95
Záver	96
Monitorovanie a hodnotenie stratégie.....	96

Zoznam skratiek

ADOS – Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti
APS – ambulatná pohotovostná služba
CIS – centrum integrovanej starostlivosti
CIZS – centrum integrovanej zdravotnej starostlivosti
CMI – (Casemix–index) - aritmetický priemer relatívnych váh všetkých hospitalizačných prípadov za určité časové obdobie; vyjadruje priemernú ekonomickú (nákladovú) náročnosť prípadu v sledovanom časovom období
CT – počítačová tomografia
DRG – (Diagnosis related groups) – diagnosticky podobné skupiny
EHP – Európsky hospodársky priestor
EŠIF – európske štrukturálne a investičné fondy
EÚ – Európska únia
FBLR – fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia
IRP – Intervenčné rádiologické pracovisko
IZS – integrovaný záchranný systém
JZS – jednodňová zdravotná starostlivosť
KSK – Košický samosprávny kraj
LM – lekárske miesto
LPS – lekárenská pohotovostná služba
MMG – mamografia
MR – magnetická rezonancia
NCZI – Národné centrum zdravotníckych informácií
NFP – nenávratný finančný príspevok
NIS – nemocničný informačný systém
NsP – nemocnica s poliklinikou
ODDZ KSK – Oddelenie zdravotníctva Košického samosprávneho kraja
OPG – ortopantomogram
OSN – optimalizácia siete nemocníc
OS ZZS SR – operačné stredisko tiesňového volania záchranej zdravotnej služby
PET/CT – diagnostický prístroj kombinujúci dve metódy: pozitronovú emisnú tomografiu a počítačovú tomografiu
PHRSR – Program hospodárskeho rozvoja a sociálneho rozvoja Košického samosprávneho kraja na roky 2023 – 2027 s výhľadom do roku 2030
POO – Plán obnovy a odolnosti
PSS – poskytovateľ sociálnej služby
PZS – poskytovateľ zdravotnej starostlivosti
RCIS – regionálne centrum integrovanej starostlivosti
RTG – röntgen
RZP-S – sekundárne prevozy pacientov medzi nemocnicami prostredníctvom RZP
SLK – Slovenská lekárska komora
SM – sesterské miesto
SR – Slovenská republika
SVaLZ – spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky
ŠAS – špecializovaná ambulatná starostlivosť
ŠÚKL – Štátny ústav pre kontrolu liečiv
USG – ultrasonografia
VAS – všeobecná ambulatná starostlivosť
VZP – verejné zdravotné poistenie
ZLPS – zubno-lekárska pohotovostná služba
ZZS – záchranná zdravotná služba

Zoznam tabuliek a zoznam ilustrácií

- Tab. 1: Základné ukazovatele Košického samosprávneho kraja
- Tab. 2: Vývoj počtu obyvateľov Košického kraja
- Tab. 3: Štruktúra obyvateľstva podľa základných vekových skupín v rokoch 2017 a 2021
- Tab. 4: Prognóza obyvateľstva SR a KSK a do roku 2040
- Tab. 5: Všeobecné lekárstvo pre dospelých v KSK
- Tab. 6: Všeobecné lekárstvo pre deti a dorast v KSK
- Tab. 7: Kapitovaní poistenci u VLD
- Tab. 8: Kapitovaní poistenci u VLDD
- Tab. 9: Zoznam okresov a obcí s alokovaným príspevkom na obdobie aug. 2024 – dec. 2025 (VLD)
- Tab. 10: Zoznam okresov a obcí s alokovaným príspevkom na obdobie aug. 2024 – dec. 2025 (VLDD)
- Tab. 11: Prehľad poskytovateľov APS
- Tab. 12: Gynekológia a pôrodníctvo v KSK
- Tab. 13: Zubné lekárstvo v KSK
- Tab. 14: Pôvodná verejná minimálna sieť v oblasti primárnej špecializovanej ambulantnej starostlivosti
- Tab. 15: Prehľad zariadení poskytujúcich ZLPS
- Tab. 16: Špecializované ambulancie
- Tab. 17: Zoznam agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti v Košickom kraji
- Tab. 18: Zoznam polikliník v Košickom kraji
- Tab. 19: Zoznam ústavných zdravotníckych zariadení v Košickom kraji
- Tab. 20: Pevná sieť poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti v Košickom kraji
- Tab. 21: Koncová sieť poskytovateľov v Košickom kraji
- Tab. 22: Plnenie normatívu - počtu lôžok v KSK
- Tab. 23: Kategorizácia nemocníc v Košickom kraji k 31.10.2023
- Tab. 24: Počet lekární a výdajní podľa okresov v KSK
- Tab. 25: Stanovenie príslušného územia pre optimálnu sieť
- Tab. 26: Hodnoty indexu náročnosti poistenca podľa veku
- Tab. 27: Optimálna denná kapacita špecializovaných ambulancií
- Tab. 28: Zoznam úspešných projektov CIZS v Košickom kraji
- Tab. 29: Zoznam oprávnených lokalít RCIS – skupina 1
- Tab. 30: Zoznam oprávnených lokalít RCIS – skupina 2
- Tab. 31: Zoznam oprávnených lokalít RCIS – skupina 3
- Tab. 32: Masterplan

- Obr. 1: Grafické znázornenie okresov Košického samosprávneho kraja
- Obr. 2: Veková štruktúra obyvateľstva Košického kraja a Slovenskej republiky v roku 2022
- Obr. 3: Priemerný počet kapítovaných poistencov na 1 LM v krajoch – všeobecné lekárstvo
- Obr. 4: Priemerný počet kapítovaných poistencov na 1 LM v krajoch – primárna pediatria
- Obr. 5: Mapa klasifikácie okresov – všeobecné lekárstvo, rok 2024
- Obr. 6: Mapa klasifikácie okresov – pediatria, rok 2024
- Obr. 7: Grafický prehľad pevných bodov a spádových území APS pre dospelých
- Obr. 8: Grafický prehľad pevných bodov a spádových území APS pre deti a dorast
- Obr. 9: Grafický prehľad poskytovateľov ZLPS
- Obr. 10: Počty povinných, doplnkových a nepovinných programov
- Obr. 11: Programový profil
- Obr. 12: Rozdelenie nemocníc SR od 1.1.2024
- Obr. 13: Počet pacientov pri optimálnej dennej kapacite špecializovaných ambulancií
- Obr. 14: Strom problémov
- Obr. 15: Ilustračný vzhľad CIZS
- Obr. 16: Vizualizácie niektorých zrealizovaných projektov CIZS v Košickom kraji
- Obr. 17: Ilustračný vzhľad RCIS
- Obr. 18: Masterplan (SR)
- Obr. 19: Integrovaná starostlivosť
- Obr. 20: Integrovaná starostlivosť a inovatívne formy podpory
- Obr. 21: Strategická vízia mapy Centier zdravia v Košickom kraji (CIZS, RCIS a nových potenciálnych CIZS)
- Obr. 22: Vizualizácie zrealizovaných a plánovaných zámerov ďalšieho rozvoja a podpory nemocníc v KSK
- Obr. 23: Vizualizácia projektu novej nemocnice v Spišskej Novej Vsi – nový monoblok
- Obr. 24: Cesta pacienta zdravotným systémom
- Obr. 25: Cesta pacienta v nemocnici
- Obr. 26: Cesta plánovaného pacienta
- Obr. 27: Cesta urgentného pacienta
- Obr. 28: Cesta rodičky pri pôrode
- Obr. 29: Cesta pacienta v psychiatrickej starostlivosti
- Obr. 30: Cesta onkologického pacienta
- Obr. 31: Cesta pacienta so srdcovo-cievnyim ochorením

Základné východiská

Spracovanie tohto strategického dokumentu vychádza primárne z legislatívnych požiadaviek a sekundárne z požiadaviek aplikačnej praxe najmä pri uchádzaní sa a následnej implementácii rôznych projektových zámerov v oblasti zdravotníctva.

V prípravnej fáze boli sumarizované, analyzované a následne vyhodnocované obrovské množstvá údajov, ktoré boli získané z dostupných databáz v rôznych štruktúrach a podobách. Na ich spracovanie boli následne použité metódy extrakcie dát a triedenia dát.

Celý proces tvorby bol rozdelený do niekoľkých základných fáz so stanovením harmonogramu konkrétnych aktivít a krokov vrátane popisu úloh, používaných nástrojov, techník a pod. Rovnako údajová a dátová štruktúra dokumentu historicky korešponduje s časom získania dát, ich spracovaním a vhodným použitím v rámci strategického dokumentu. Niektoré údaje v oblasti zdravotnej politiky sa neustále menia v čase a priestore, postupne sa vyvíjajú a zároveň sa obmieňajú pomerne rýchlym tempom. Pri danej problematike evidujeme viaceré faktory pôsobiace na danú oblasť. Ide najmä o politické, ekonomické, sociálno-kultúrne, technologické, legislatívne a environmentálne vplyvy. Aj z tohto dôvodu sú v rámci dokumentu použité zdrojové údaje získavané postupne v rámci dlhšieho časového rozhrania, ktoré však v zájme udržania aktuálnosti dokumentu, budú podliehať aktualizácii v priebehu platnosti tohto strategického dokumentu. Na základe vyššie uvedeného nebolo možné nastaviť časovú aktuálnosť všetkých použitých údajov ku konkrétnemu dátumu.

Oblasť zdravotníctva sa priamo dotýka každého obyvateľa Košického kraja. Je preto významne ovplyvňovaná množstvom legislatívnych zmien, ktoré sa neraz implementujú v pomerne krátkom časovom období (napríklad systém pohotovostných služieb, rozsah ordinačných hodín, metodika uplatňovania príspevkov v rámci všeobecnej ambulantnej starostlivosti, neustále zmeny pri optimalizácii siete nemocníc, spôsob výpočtu siete (verejná vs. optimálna) a pod.). Prioritné oblasti, špecifické ciele a jednotlivé opatrenia boli preto v rámci Strategicko-programovej časti tohto dokumentu koncipované v súlade s rešpektovaním rýchlo sa meniacich podmienok pri realizácii cieľov zdravotnej politiky. Nakoľko má dokument strednodobý, resp. dlhodobý charakter s možnosťou jeho pravidelnej aktualizácie, resp. potenciálneho predĺženia jeho platnosti, autor nepredpokladá, že všetky stanovené ciele a opatrenia budú splnené v priebehu najbližšieho obdobia. Zámerom bude postupné napĺňanie stanovených špecifických cieľov a opatrení na úrovni Košického kraja s prihliadnutím na vývoj zdravotnej politiky štátu a v konsenze s krokmi Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky.

Obsah ako aj výstupy Priorít zdravotnej politiky pre Košický kraj na obdobie 2024 – 2028 s výhľadom do roku 2030 sú vypracované v súlade so schváleným Programom hospodárskeho rozvoja a sociálneho rozvoja Košického samosprávneho kraja na roky 2023 – 2027 s výhľadom do roku 2030 (ďalej len „PHRSR“). Prijaté akčné plány PHRSR dopĺňajú špecifické ciele a opatrenia stanovené v rámci Priorít zdravotnej politiky a platí to aj naopak. Pri časovej aktualizácii oboch dokumentov bude vyvinuté maximálne úsilie, aby boli výstupy oboch strategicky významných dokumentov ovplyvňujúcich dianie v oblasti regionálneho zdravotníctva v úplnom vzájomnom konsenze.

Manažérske zhrnutie

Oblasť zdravotníctva je mimoriadne často skloňovanou témou pri voľbách pre každú novú vládu a jej politický program. Zdravie je komodita, ktorá sa bytostne týka každého z nás, bez ohľadu na vek, pohlavie, príslušnosť, jazyk, zmýšľanie, postoj, návyky, stravovanie, či úroveň vzdelania. Zdravie máme totiž len jedno, pričom telesné a duševné zdravie sú spojené nádoby. Na to, aby sme postupnými krokmi dokázali pozdvihnúť úroveň zdravotného stavu našej populácie na vyššiu kvalitatívnu úroveň, je nesmierne dôležité dôkladne analyzovať stav, identifikovať problémy a v neposlednom rade nastaviť vhodné pravidlá hry tak, aby bol systém udržateľný a zároveň generoval požadované výstupy v prospech pacientov. Priority zdravotnej politiky majú preto za úlohu analyzovať súčasný stav v rámci jednotlivých zložiek poskytovania zdravotnej starostlivosti na regionálnej úrovni, poukázať na nedostatky systému, navrhnúť nové spôsoby riešenia za účelom naplnenia stanoveného globálneho cieľa.

Zámerom dokumentu nie je širokospektrálny podrobný rozbor každej problematiky. Na to slúžia rôzne odborné pracovné skupiny v oblasti zdravotníctva. V rámci Analytickej časti tohto dokumentu preto ide skôr o stručnú charakteristiku najdôležitejších foriem poskytovania zdravotnej starostlivosti. Výsledkom je ucelený prehľad o fungovaní a nastavení problematiky najmä z pohľadu regionálneho zdravotníctva a kompetencií jednotlivých aktérov. Záverom analytickej časti je zhrnutie problémov do ucelenej štruktúry. Medzi najzásadnejšie problémy, s ktorými bude potrebné sa vysporiadať v najbližšom období patria: nedostatok lekárov a sestriern, neefektívne prerozdelenie zdrojov, nízka miera investícií do zdravotníckej infraštruktúry, nedostatočne pružná obmena zdravotníckej techniky, využitie potenciálu nových pravidiel pri stanovení optimálnej siete, zhoršujúca sa dostupnosť zdravotnej starostlivosti, slabšia úroveň digitalizácie, chýbajúce nástroje na rozvoj synergií sociálno-zdravotného aspektu a nedostatky v oblasti dlhodobej zdravotnej starostlivosti.

Pri pohľade na strategickú víziu optimalizácie cesty pacienta je snahou vyzdvihnúť reálne aplikovateľné nástroje za účelom celkového kvalitatívneho pozdvihnutia infraštruktúry, prístrojovej techniky a služieb elektronizácie zdravotných stredísk. Navrhované modely integrácie v rámci centier zdravia (CIZS, RCIS), resp. investície do modernizácie nemocníc umožnia väčší komfort pacientov ako aj zdravotníckeho personálu pri poskytovaní služieb zdravotnej starostlivosti. Personál bude viac motivovaný pre prácu v ambulantnom alebo ústavnom sektore, pre pacienta bude lekár dostupnejší a pacient zároveň dostane pod „jednou strechou“ väčšie spektrum služieb. Zámerom je v neposlednom rade pozdvihnúť úroveň elektronizácie služieb do takej miery, aby boli jednotlivé ambulancie, CIZS, RCIS, polikliniky, nemocnice a ďalšie zariadenia prostredníctvom informačných systémov prepojené. Ušetrí sa tým množstvo finančných prostriedkov v súčasnosti viazaných na zbytočné duplicitné vyšetrenia, opakované SValZ-ové výkony a pod., ktoré pacientov jednak zaťažujú a zo systému zároveň odčerpávajú dôležité zdroje.

Postupným napĺňaním stanovených špecifických cieľov a opatrení zosumarizovaných v rámci Strategicko-programovej časti tohto dokumentu, prispejeme k naplneniu strategického a globálneho cieľa, ktorým je: Zlepšenie dostupnosti kvalitnej pro-pacientsky a pro-rodinne orientovanej integrovanej zdravotnej starostlivosti a podpora prevencie pre obyvateľov Košického kraja.

Úvod

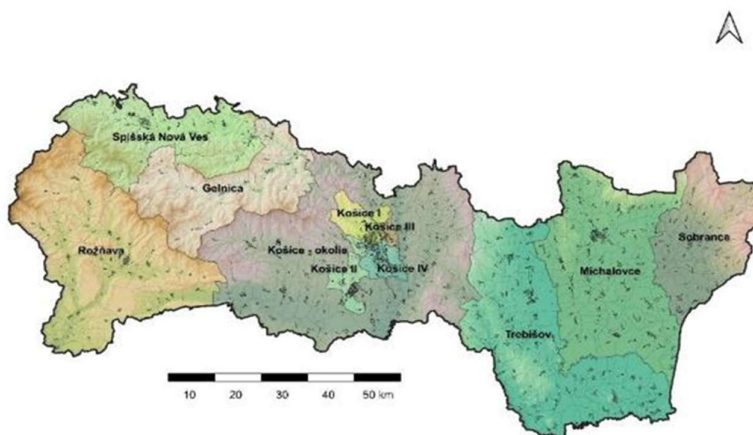
Košický samosprávny kraj (ďalej len „KSK“) sa nachádza v juhovýchodnej časti Slovenska. Z geografického hľadiska je tvorený dvoma veľkými útvarmi – Východoslovenskou nížinou a horským systémom Spišsko-Gemerský kras. Krajským mestom je mesto Košice, ktoré je administratívnym, priemyselným, obchodným, ekonomickým a kultúrnym centrom východného Slovenska. Kraj na severozápade hraničí s prešovským a banskobystrickým krajom. Má tiež spoločnú hranicu s Maďarskom a Ukrajinou. V Košickom kraji je 11 okresov, 17 miest a 440 obcí. Celkový počet obyvateľov je vyše 780 tisíc a hustota obyvateľstva predstavuje 114 obyvateľov na km². Medzi najdôležitejšie výhody kraja patria: priemyselný charakter regiónu, ktorý pokrýva všetky odvetvia, využitie prírodných zdrojov soli, magnézia, mastenca a vápenca, voľné kapacity pre výstavbu, dostatok kvalifikovanej pracovnej sily so stredoškolským vzdelaním, turistický potenciál, medzinárodné letisko v Košiciach, prekládka medzi širokorozchodnou a úzkorozchodnou železnicou, ktorá spája východ so západom. Všetky tieto údaje majú vplyv na dostupnosť poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

Tab. 1: Základné ukazovatele Košického samosprávneho kraja

Košický samosprávny kraj
Rozloha: 6 755 km ² (13,8 % územia SR)
Počet okresov: 11
Košice I, II, III, IV, Košice – okolie, Gelnica, Michalovce, Rožňava, Sobrance, Spišská Nová Ves, Trebišov
Počet obcí: 440 (17 so štatútom mesta)
Počet obyvateľov k 31.12.2024: 778 799
Najväčšie mesto: Košice (225 044 obyvateľov k 31.12.2024)

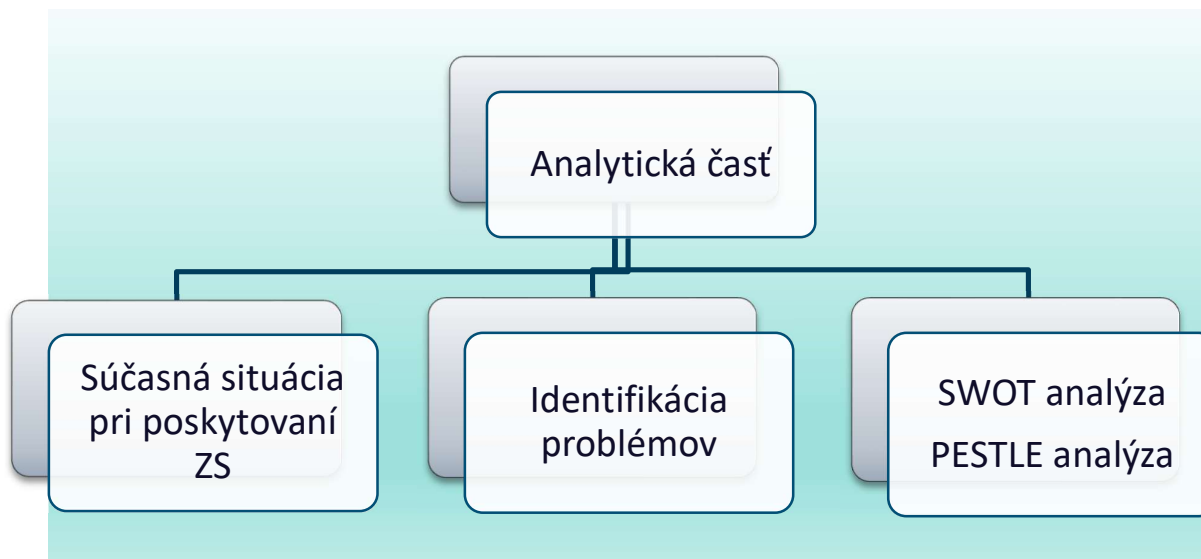
Zdroj: KSK, Štatistický úrad SR, Mesto Košice, vlastné spracovanie, 2025

Obr. 1: Grafické znázornenie okresov Košického samosprávneho kraja



Zdroj: KSK, Geoportál KSK, 2024

A/ ANALYTICKÁ ČASŤ



A.1 Proces tvorby Priorít

Košický samosprávny kraj v oblasti zdravotníctva okrem iného v minulom období vypracoval: Priority zdravotnej politiky pre Košický samosprávny kraj na obdobie 2012-2015 a následne Priority zdravotnej politiky pre Košický kraj na obdobie 2016 - 2020. Uvedenými strategickými materiálmi sa riadil a v ich intenciách boli realizované rôzne projekty v oblasti regionálneho zdravotníctva. Harmonogram prípravy ako aj samotný proces vypracovania nadväzujúceho dokumentu strategického významu značne komplikovala pandémia spôsobená ochorením COVID-19 a potreba zabezpečovania množstva štátom zverených aktivít za účelom ochrany zdravia obyvateľstva (najmä distribúcia osobných ochranných prostriedkov, úlohy pri zabezpečovaní testovania obyvateľstva a komplexné zabezpečovanie služieb pri procese očkovania).

A.2 Ciele

Jeden zo základných cieľov Priorít je zmapovanie siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a snaha o určenie optimálneho počtu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v kraji a okresoch tak, aby bola zabezpečená dostupnosť zdravotnej starostlivosti. Ďalším cieľom je návrh opatrení smerujúcich k udržateľnosti systému poskytovania zdravotnej starostlivosti. V ambulantnej sfére je zámerom pracovať a ďalej rozvíjať strategický rámec reformy všeobecnej ambulantnej starostlivosti (ďalej len „VAS“), prispieť k optimalizácii modelu špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ďalej len „ŠAS“) a inej špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ďalej len „iná ŠAS“). Pri ústavných zdravotníckych zariadeniach je základným cieľom práca s optimalizáciou siete nemocníc, poukázať na jej pozitíva a reagovať na potenciálne riziká planúce z tohto strategického dokumentu.

Zámerom Priorít je zároveň pripraviť podmienky pre rozvoj dlhodobej zdravotnej starostlivosti a podpora vzniku takých foriem ambulantnej a ústavnej starostlivosti, ktoré v kraji dlhodobo absentujú. Rovnako je zámerom zdefinovať cestu pacienta a identifikovať problematické oblasti, na ktoré bude v budúcnosti vhodné čerpanie prostriedkov z Plánu obnovy a odolnosti, prípadne iných mechanizmov.

A.3 Legislatíva

Oblasť zdravotníctva, poskytovanie zdravotnej starostlivosti, jej financovanie a reguláciu upravujú najmä nasledovné právne normy:

- 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,
- 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,
- 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,
- Zákon č. 579/2004 Z. z. o záchranej zdravotnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- Zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona číslo 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov,
- Zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov,
- Zákon č. 540/2021 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov,
- Vyhláška č. 531/2023 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti,
- Zákon č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach v znení neskorších predpisov,
- Zákon č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov,
- Nariadenie vlády SR č. 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov,
- Zákon č. 302/2001 Z. z. o samospráve vyšších územných celkov (zákon o samosprávnych krajoch).

A.4 Základné kompetencie KSK

V zmysle § 4 písm. j) zákona č. 302/2001 Z. z. o samospráve vyšších územných celkov (zákon o samosprávnych krajoch) v znení neskorších zmien a doplnkov, samosprávny kraj utvára podmienky na rozvoj zdravotníctva. Výkon územnej samosprávy na úseku poskytovania zdravotnej starostlivosti a humánnej farmácie v kraji koordinuje KSK. V rámci svojich kompetencií vykonáva najmä nasledovné činnosti:

- vypracúva návrhy smerovania a priorít regionálnej zdravotnej politiky,
- zriaďuje etické komisie na posudzovanie etickej prijateľnosti projektov biomedicínskeho výskumu a etických otázok vznikajúcich pri poskytovaní ambulantnej starostlivosti,
- určuje poskytovateľa osobe pri odmietnutí jej návrhu na uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,
- preberá do úschovy a zabezpečuje odovzdanie zdravotnej dokumentácie inému poskytovateľovi,
- schvaľuje biomedicínsky výskum v zdravotníckom zariadení ambulantnej starostlivosti,

- zabezpečuje zastupovanie v prípade potreby poskytovania zdravotnej starostlivosti iným poskytovateľom a pri dočasnom pozastavení povolenia,
- vydáva povolenia a iné rozhodnutia vo veciach ustanovených osobitným predpisom,
- vykonáva dozor nad poskytovaním zdrav. starostlivosti v rozsahu ustanovenom osob. predpisom,
- určuje lekára, sestru a laboranta na vykonanie odvodu a lekára na vykonanie prieskumu zdravotnej spôsobilosti na základe vyžiadania príslušného obvodného úradu v sídle kraja zo zdravotníckeho zariadenia, ktoré je v pôsobnosti samosprávneho kraja a nie je určené ako subjekt hospodárskej mobilizácie podľa osobitného predpisu,
- zabezpečuje plnenie úloh uložených ministerstvom zdravotníctva týkajúcich sa zdravotníctva,
- spolupracuje s ministerstvom zdravotníctva pri zabezpečovaní jednotnej prípravy zdravotníctva na obranu štátu,
- určuje rozsah zdravotného obvodu vrátane zoznamov obcí, menného zoznamu ulíc, prípadne popisných čísel domov,
- schvaľuje a potvrdzuje ordinačné hodiny a doplnkové ordinačné hodiny pre zdravotnícke zariadenia, v ktorých sa poskytuje ambulantná starostlivosť; ak je minimálny rozsah ordinačných hodín ustanovený osobitným predpisom, samosprávny kraj môže v prípadoch hodných osobitného zreteľa, najmä s ohľadom na zabezpečenie poskytovania a dostupnosti zdravotnej starostlivosti, schváliť ordinačné hodiny a doplnkové ordinačné hodiny aj v menšom rozsahu,
- určuje rozpis zabezpečenia poskytovania zubno-lekárskej pohotovostnej služby a rozpis zabezpečenia poskytovania pevnej ambulantnej pohotovostnej služby podľa a zverejňuje ich na svojom webovom sídle,
- určuje poskytovateľa, u ktorého je zdravotnícky pracovník povinný podrobiť sa opakovanému posúdeniu zdravotnej spôsobilosti,
- oznamuje bezodkladne ministerstvu zdravotníctva, v akom rozsahu zabezpečil poskytovanie pevnej ambulantnej pohotovostnej služby.

Samosprávny kraj na plnenie úloh na úseku zdravotníctva ustanovuje lekára samosprávneho kraja a sestru samosprávneho kraja, ktorých vymenúva a odvoláva predseda samosprávneho kraja so súhlasom ministerstva zdravotníctva. Sestra samosprávneho kraja plní úlohy na úseku zdravotníctva vo vzťahu k poskytovaniu ošetrovateľskej starostlivosti a pôrodnej asistencie. Štátnu správu na úseku humánnej farmácie v samosprávnom kraji ako prenesený výkon štátnej správy vykonáva v zmysle § 135 zákona č. 362/2011 Z. z. samosprávny kraj, ktorý:

- vydáva povolenie na poskytovanie lekárenskej starostlivosti vo verejnej lekárni, vo výdajni zdravotníckych pomôcok, vo výdajni ortopedicko-protetických zdravotníckych pomôcok a vo výdajni audio-protetických zdravotníckych pomôcok,
- 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,
- schvaľuje prevádzkový čas verejnej lekárne a výdajne zdravotníckych pomôcok, vo výdajni ortopedicko-protetických zdravotníckych pomôcok, vo výdajni audio-protetických zdravotníckych pomôcok,
- organizuje a nariaďuje poskytovanie lekárenskej pohotovostnej služby vo verejnej lekárni,
- vydáva záväzné opatrenia na odstránenie nedostatkov zistených pri výkone štátneho dozoru,

- prejednáva priestupky a iné správne delikty a ukladá pokuty,
- v spolupráci so Štátnym ústavom pre kontrolu liečiv (ďalej len „ŠÚKL“) rozhoduje, určuje a dohliada nad spôsobom nakladania so zásobami liekov a zdravotníckych pomôcok,
- informuje poskytovateľov zdravotnej starostlivosti o nedostatkoch v kvalite humánneho lieku a zdravotníckej pomôcky, o pozastavení registrácie humánneho lieku a stiahnutí humánneho lieku alebo zdravotníckej pomôcky z trhu alebo stiahnutie zdravotníckej pomôcky z prevádzky prostredníctvom elektronickej pošty alebo zverejnením na svojom webovom sídle,
- rieši podnety a sťažnosti na úseku humánnej farmácie,
- zabezpečuje plnenie úloh uložených ministerstvom zdravotníctva a štátnym ústavom, ktoré sa týkajú humánnej farmácie a účelnej farmakoterapie,
- vedie a priebežne aktualizuje databázu zdravotníckych zariadení, ktoré majú vydané povolenie na poskytovanie lekárenskej starostlivosti vo verejnej lekárni, vo výdajni zdravotníckych pomôcok, vo výdajni ortopedicko-protetických zdravotníckych pomôcok a vo výdajni audio-protetických zdravotníckych pomôcok.

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.

A.5 Demografia

V KSK žilo k 31.12.2024 spolu 778 779 obyvateľov, z čoho takmer tretina žila v krajskom meste Košice. Na počte obyvateľov SR sa KSK podieľal 14,4%. KSK je tak po Prešovskom samosprávnom kraji druhým najväčším na Slovensku. V populácii obyvateľstva Slovenskej republiky mierne prevažuje ženská zložka. Rovnako je to aj pri pohľade na regionálnu úroveň. V Košickom kraji k 31.12.2024 žilo 398 113 žien a 380 686 mužov. Podiel žien na celkovom počte obyvateľstva kraja tvorí 51,12 % a podiel mužov tvorí 48,88 %. Pomer mužov a žien je 0,956, čo je približne 956 mužov na 1000 žien. Okresy s najväčším počtom obyvateľov v Košickom kraji sú: Košice - okolie s počtom 133 321 obyvateľov, Michalovce s počtom 107 936 obyvateľov, Trebišov s počtom 102 907 obyvateľov. Okres s najmenším počtom obyvateľov v Košickom kraji je Sobrance ktorý má 22 195 obyvateľov.

Tab. 2: Vývoj počtu obyvateľov Košického kraja

Rok	Počet obyvateľov	Hustota obyvateľstva
2015	796 650	117,95
2016	798 103	118,16
2017	799 217	118,33
2018	800 414	118,50
2019	801 460	118,66
2020	802 092	118,75
2021	780 288	115,52
2022	779 505	115,41
2023	779 073	115,34
2024	778 799	115,30

Zdroj: Štatistický úrad SR, 2024

Okres s najväčším počtom obcí v Košickom kraji je Košice - okolie s počtom 114 obcí. Okres s druhým najväčším počtom obcí v Košickom kraji je Trebišov s počtom 82 obcí. Okres s tretím najväčším počtom obcí v Košickom kraji je Michalovce s počtom 78 obcí. Okres s najmenším počtom obcí v Košickom kraji je Gelnica ktorý má 20 obcí. Počet obcí a miest je počítaný bez mestských častí mesta Košice.

Obyvateľstvo kraja je oproti slovenskému priemeru relatívne mladšie. Priemerný vek obyvateľa KSK je 40,02 rokov. Je tu viditeľná stúpajúca tendencia priemerného veku obyvateľstva tak v kraji, ako aj na Slovensku. Najvyšší vekový priemer obyvateľstva je dlhodobo v okrese Košice IV, naopak okresom s najmladším obyvateľstvom je Spišská Nová Ves.

Podiel obyvateľstva v predproduktívnom veku (0 - 14 roční) tvorí 17,6%, v produktívnom (15 - 64 roční) 66,2 % a poproduktívnom (65 roční a starší) je 16,2 %. Podľa nasledovnej tabuľky je zrejmé, že kým v kategórii obyvateľstva v predproduktívnom veku oproti roku 2017 je zmena len veľmi malá, v kategórii obyvateľstva v poproduktívnom veku evidujeme oproti roku 2017 nárast o 11 846 obyvateľov v roku 2021. Tento počet stúpol vo všetkých okresoch Košického kraja.

Z hľadiska vekovej štruktúry je v Košickom kraji (aj v porovnaní so SR) pomerne priaznivý vývoj. Pre obyvateľstvo je typický postupný pokles obyvateľstva v predproduktívnom a produktívnom veku a narastanie podielu obyvateľstva v poproduktívnom veku a následné starnutie populácie, s čím súvisí aj rastúca stredná dĺžka života.

Tab. 3: Štruktúra obyvateľstva podľa základných vekových skupín v rokoch 2017 a 2021

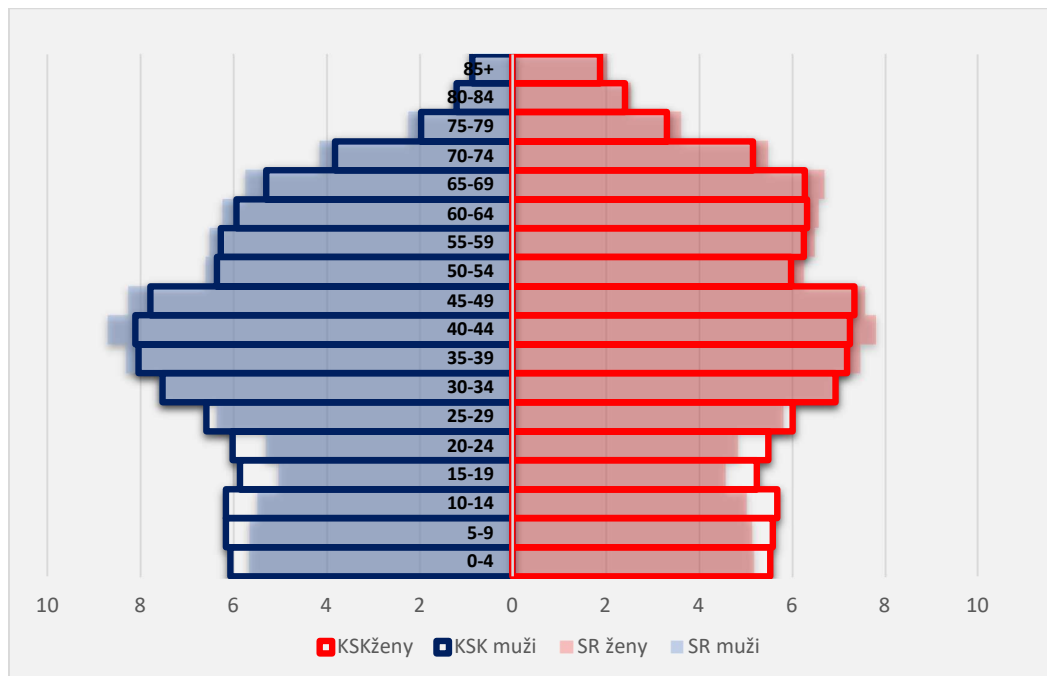
Okres	Predproduktívny vek (0-14)		Produktívny vek (15-64)		Poproduktívny vek (65-100+)	
	2017	2021	2017	2021	2017	2021
Gelnica	6510	6 821	20 889	20 146	4 360	4 701
Košice I	9 120	8 834	48 028	43 646	10 760	11 424
Košice II	12 512	12 663	57 406	53 262	12 337	13 109
Košice III	4 198	4 179	20 639	17 812	4 023	5 933
Košice IV	8 703	8 156	38 741	35 508	12 628	12 932
Košice - okolie	25 314	26 165	86 520	85 793	15 531	17 279
Michalovce	18 668	18 175	76 692	73 164	15 353	17 181
Rožňava	10 253	10 038	43 114	39 073	8 968	9 884
Sobrance	3 452	3 461	15 813	15 144	3 580	3 772
Spišská Nová Ves	20 129	20 502	66 825	64 095	12 546	14 059
Trebišov	18 556	18 269	72 791	69 192	14 258	15 916
Košický kraj	137 415	137 263	547 458	516 835	114 344	126 190

Zdroj: Štatistický úrad SR databáza DATAcube, 2022

Prirodzený pohyb obyvateľstva určitého územia vo významnej miere ovplyvňujú dva hlavné demografické faktory, a to natalita spolu s mortalitou. Na základe sledovania predmetných faktorov konštatujeme, že do roku 2021 bola v Košickom kraji vyššia živonarodenosť než úmrtnosť a teda aj vyšší prirodzený prírastok obyvateľstva. Rok 2021 má prívlastok pandemický a ochorenie COVID–19 spôsobilo vysokú úmrtnosť. Počet 10 512 zomretých osôb v roku 2021 predstavoval o 2 254 osôb viac než v roku

2020. Najvyššiu hrubú mieru živonarodenosti vykazujú okresy Gelnica (16) a Spišská Nová Ves (13,51), najnižšiu naopak okres Košice IV (8,27). Čo sa týka mechanického pohybu obyvateľstva (pristťahovaní /vysťahovaní), Košický kraj patrí k migračne stratovým regiónom (migračné saldo v roku 2021 bolo -181 obyvateľov), nakoľko viac obyvateľov sa z kraja vysťahuje, než pristťahuje. Až v deviatich okresoch kraja bolo zaznamenané záporné migračné saldo. Kladné saldo a teda nárast obyvateľstva vďaka pristťahovaniu bol zaznamenaný len v okresoch Košice okolie a Sobrance.

Obr. 2: Veková štruktúra obyvateľstva Košického kraja a Slovenskej republiky v roku 2022



Zdroj: Štatistický úrad SR databáza DATAcube, 2022

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti je jedným z hlavných faktorov vplývajúcich na úmrtnosť. Keď chceme zistiť a popísať najčastejšie príčiny úmrtia obyvateľstva v kraji za posledné roky, najvyšší podiel u mužov i žien mali choroby obehovej sústavy, na ktoré zomrie takmer každý druhý človek v kraji. V roku 2021 zomrelo na ochorenia obehovej sústavy 3 714 obyvateľov, z toho 45,6 % mužov a 54,4% žien. Patria tu najmä ischemické choroby srdca a cievne choroby mozgu (v roku 2021 zomrelo na tieto príčiny 1533 obyvateľov Košického kraja). Druhou najčastejšou príčinou úmrtí a to u oboch pohlaví bola infekcia COVID-19, na ktorú zomrelo 2 010 (cca 20% úmrtí) obyvateľov Košického kraja. Treťou príčinou úmrtí boli v roku 2021 nádorové ochorenia. Ročne zomiera na túto diagnózu v kraji vyše 1,5 tis. obyvateľov (56 % mužov a 44 % žien).

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 v kraji predlžuje tak u žien ako aj u mužov. Stredná dĺžka života pri narodení v Košickom kraji bola v roku 2021 na úrovni 72,23 rokov u mužov a 78,93 rokov u žien, čo je mierne nad úrovňou priemeru za Slovenskú republiku v danom roku. Okresom s najdlhšou strednou dĺžkou života je okres Košice I, naopak s najkratšou okres Rožňava. V Košickom kraji ako aj v Slovenskej republike sa stredná dĺžka života pri narodení u mužov aj žien

dlhodobo zvyšuje, aj keď tempo rastu je pomalé. V rámci Európskej únie však stále patríme medzi krajiny s nízkou strednou dĺžkou života pri narodení.

Podľa prognózy populačného vývoja SR do roku 2040, spracovanej Výskumným demografickým centrom v Bratislave (stredný scenár vývoja), je predpokladaný vývoj počtu obyvateľov SR ako aj KSK predstavený v nasledovnej tabuľke. Demografický vývoj bude v období najbližších rokov naďalej determinovaný starnutím populácie, ktorá je výsledkom predovšetkým populačných vln v minulosti a meniaceho sa rodinného správania populácie, nízkou fertilitou, predlžovaním dĺžky ľudského života v súčasnosti. V nasledujúcich rokoch bude dochádzať k nárastu populácie seniorov, čo predpokladá zvýšenú zdravotnú a sociálnu starostlivosť z dôvodu vekom podmienenej znižujúcej sa miery sebastačnosti jedinca. Zdravotný stav obyvateľstva úzko súvisí so socioekonomickým postavením obyvateľstva, demografickým vývojom obyvateľstva a vybavenosťou územia infraštruktúrou.

Tab. 4: Prognóza obyvateľstva SR a KSK a do roku 2040

Rok	Predpokladaný počet obyvateľov SR	Rast/pokles oproti roku 2020	Predpokladaný počet obyvateľov KSK	Priemerný vek obyvateľov SR
2025	5 487 064	100,41	805 224	42,42
2030	5 474 117	100,17	806 179	43,60
2035	5 430 897	99,38	807 251	44,68
2040	5 374 076	98,34	810 130	45,51

Zdroj: Výskumné demografické centrum, 2022

A.6 Súčasný stav pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v kraji

Poskytovaním zdravotnej starostlivosti sa v zmysle zákona č. 576/2004 Z. z. rozumie súbor pracovných činností, ktoré vykonávajú zdravotnícki pracovníci, vrátane poskytovania liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín s cieľom predĺženia života fyzickej osoby, zvýšenia kvality jej života a zdravého vývoja budúcich generácií; zdravotná starostlivosť zahŕňa prevenciu, dispenzarizáciu, diagnostiku, liečbu, biomedicínsky výskum, ošetrovateľskú starostlivosť a pôrodnú asistenciu. Ku poskytovaniu zdravotnej starostlivosti patrí aj preprava. Pracovné činnosti pri preprave však nemusia byť vykonávané zdravotníckymi pracovníkmi. Zdravotnou starostlivosťou nie je poskytovanie osobitného liečebného režimu osobám v detencii podľa osobitného predpisu.

Neodkladná zdravotná starostlivosť je zdravotná starostlivosť, ktorá sa poskytuje osobe pri náhlej zmene jej zdravotného stavu, ktorá bezprostredne ohrozuje jej život alebo niektorú z jej základných životných funkcií, bez rýchleho poskytnutia zdravotnej starostlivosti môže vážne ohroziť jej zdravie, spôsobuje jej náhlu a neznesiteľnú bolesť, ktorej bezprostredné neliečenie by mohlo viesť k ohrozeniu jej života alebo zdravia, alebo spôsobuje náhle zmeny správania a konania, pod ktorých vplyvom osoba bezprostredne ohrozuje seba alebo svoje okolie. Neodkladná starostlivosť je aj taká zdravotná starostlivosť, ktorá sa poskytuje pri pôrode a pri vyšetrení, diagnostike a liečbe rýchlo sa šíriacej a život ohrozujúcej nákazy. Súčasťou neodkladnej starostlivosti je neodkladná preprava osoby do zdravotníckeho zariadenia, ak si zdravotný stav tejto osoby vyžaduje poskytovanie neodkladnej starostlivosti počas prepravy do zdravotníckeho zariadenia alebo medzi zdravotníckymi zariadeniami.

A.6.1 Formy poskytovania zdravotnej starostlivosti

Poskytovateľ má povinnosť poskytovať zdravotnú starostlivosť správne tak, aby všetky zdravotné výkony viedli k správne určeniu choroby a následnej liečbe s cieľom uzdravenia osoby, alebo zlepšenia stavu osoby pri zohľadnení súčasných poznatkov lekárskej vedy a v súlade so štandardnými postupmi na výkon prevencie. Pod pojmom zdravotný výkon rozumieme ucelenú činnosť zdravotníckeho pracovníka, ktorá predstavuje základnú jednotku poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Základné rozdelenie zdravotnej starostlivosti v zmysle platnej legislatívy je stanovené podľa foriem jej poskytovania. Zdravotnú starostlivosť preto rozdeľujeme na nasledovné základné formy:

a) ambulatná starostlivosť

- | | |
|--------------------------------|-------------------------|
| 1. všeobecná | 1.1. pre dospelých |
| | 1.2. pre deti a dorast, |
| 2. primárna špecializovaná | 2.1. gynekologická |
| | 2.2. zubno-lekárska, |
| 3. špecializovaná, | |
| 4. záchranná zdravotná služba, | |

b) ústavná starostlivosť,

c) lekárenská starostlivosť,

d) ošetrovateľská starostlivosť v zariadení sociálnej pomoci,

e) zdravotná starostlivosť v škole,

f) zdravotná starostlivosť formou telemedicíny.

A.6.1.1 Ambulantná starostlivosť

Táto forma zdravotnej starostlivosti sa poskytuje osobe, ktorej zdravotný stav nevyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín. Poskytuje sa v mieste prevádzky poskytovateľa zdravotnej starostlivosti ako aj v domácom prostredí alebo inom prirodzenom prostredí osoby. 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 v zmysle legislatívnych požiadaviek. Je zverejnený a dostupný na webovom sídle KSK www.vucke.sk v sekcii zdravotníctvo. Do kategórie ambulantnej zdravotnej starostlivosti radíme nasledovných poskytovateľov:

- všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti,
- primárnej špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti,
- špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti,
- ambulancií pohotovostnej služby,
- ambulancií záchrannej zdravotnej služby,
- ambulancií zubno-lekárskej pohotovostnej služby,
- mobilných odberových miest,
- epidemiologických ambulancií,
- zariadení jednodňovej zdravotnej starostlivosti,
- stacionárov,

- polikliník,
- agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti,
- spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek,
- mobilných hospicov,
- tkanivových zariadení,
- referenčných laboratórií,
- ambulancií dopravnej zdravotnej služby.

A.6.1.1.1 Všeobecná ambulantná starostlivosť

Všeobecnú ambulantnú zdravotnú starostlivosť poskytuje lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo, ktorý poskytuje všeobecnú ambulantnú starostlivosť pre dospelých a lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore pediatria, ktorý poskytuje všeobecnú ambulantnú starostlivosť pre deti a dorast a poskytovateľom určená sestra s príslušnou odbornou spôsobilosťou.

Tab. 5: Všeobecné lekárstvo pre dospelých v KSK

Vek	0 - 40	41 - 50	51 - 60	61 - 65	66 - 70	71 - 75	76 - 100	SPOLU	61 a viac
Gelnica	0	1	3	1	4	3	1	13	9
Košice I.	10	14	27	8	9	6	2	76	25
Košice II.	5	9	9	3	0	3	2	29	8
Košice III.	1	2	0	2	0	0	1	6	3
Košice IV.	5	5	8	5	3	2	0	28	10
Košice – okolie	4	6	8	4	8	2	1	33	15
Michalovce	7	13	14	10	14	7	2	67	33
Rožňava	3	3	6	2	4	3	1	22	10
Sobrance	1	2	0	2	3	1	0	9	6
Spišská Nová Ves	5	9	7	5	5	3	4	38	17
Trebišov	6	7	11	4	9	2	5	44	20
SPOLU	46	64	81	42	50	26	14	323	156

Zdroj: KSK, vlastné spracovanie, 2023

Tab. 6: Všeobecné lekárstvo pre deti a dorast v KSK

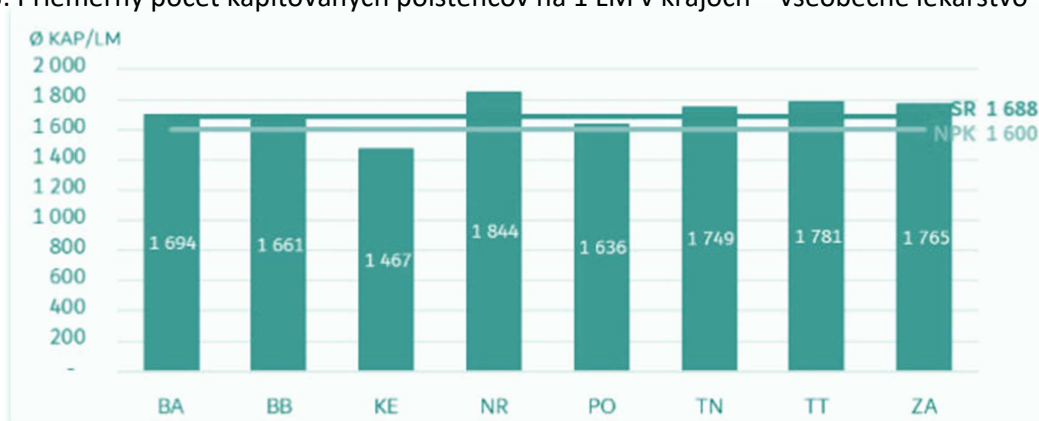
Vek	0 - 40	41 - 50	51 - 60	61 - 65	66 - 70	71 - 75	76 - 100	SPOLU	61 a viac
Gelnica	2	0	1	1	2	0	0	6	3
Košice I.	2	1	5	6	5	1	2	22	14
Košice II.	1	1	3	7	5	3	0	20	15
Košice III.	1	2	0	0	3	1	0	7	4
Košice IV.	1	2	4	0	5	0	0	12	5
Košice – okolie	4	3	6	4	7	0	0	24	11
Michalovce	3	1	4	2	8	3	3	24	16
Rožňava	0	0	3	2	4	1	0	10	7
Sobrance	0	1	2	1	0	1	0	5	2
Spišská Nová Ves	2	4	8	0	3	2	0	19	5
Trebišov	4	3	8	1	6	5	1	28	13
SPOLU	20	18	44	22	48	17	6	175	95

Zdroj: KSK, vlastné spracovanie, 2023

V KSK poskytovalo k 31.12.2023 zdravotnú starostlivosť na ambulanciách a poliklinikách 323 všeobecných lekárov pre dospelých a 175 všeobecných lekárov pre deti a dorast. Pri týchto údajoch ide o fyzické počty lekárov. Z tohto počtu mal najviac lekárov pre dospelých okres Košice I. (76) a najmenej Košice III. (6). Pediatrov bolo najviac v okrese Trebišov (28) a najmenej v okrese Gelnica (6). Na základe dostupných údajov (r. 2023) je potrebné poukázať na vysoký vek poskytovateľov všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Vo veku nad 61 rokov bolo v kraji 156 všeobecných lekárov pre dospelých z celkového počtu 323, čo predstavuje 48,3 %. Z celkového počtu 175 všeobecných lekárov pre deti a dorast má 95 lekárov nad 61 rokov, čo tvorí 54,3 %. Vekový priemer poukazuje na skutočnosť, že v krátkej dobe môžu nastať veľké problémy až kolaps systému poskytovania všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti.

VAS je poskytovaná na základe dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi poisťovnícou a poskytovateľom. Priemerný počet kapítovaných poisťencov u všeobecného lekára s úväzkom 1,00 lekárskeho miesta (ďalej len „LM“) bol v SR na úrovni 1688 poisťencov. V prípade primárnej pediatrie to bolo na úrovni 1154 kapítovaných poisťencov. S ohľadom na prehĺbujúci sa nedostatok všeobecných lekárov a primárnych pediatrov je možné predpokladať, že bude rásť tlak na veľkosť kapitačných kmeňov v budúcnosti.

Obr. 3: Priemerný počet kapítovaných poisťencov na 1 LM v krajoch – všeobecné lekárstvo



Zdroj: MZSR, 2022

Obr. 4: Priemerný počet kapítovaných poisťencov na 1 LM v krajoch – primárna pediatria



Zdroj: MZSR, 2022

Pozn.: NPK = normatívny počet kapítovaných poisťencov (§ 1 ods. 6 Nariadenia vlády č. 11/2022 Z.z.)

Po podrobnej analýze počtu kapítovaných poistencov z údajov zdravotných poisťovní u jednotlivých poskytovateľov v rámci KSK je možné konštatovať, že v oblasti VLD evidujeme spolu 449 348 poistencov kapítovaných u všeobecných lekárov pre dospelých. Najvyšší počet kapítantov v rámci kraja je v okrese Košice I. a naopak najnižší v okrese Košice III. Mimoriadne vysoký percentuálny podiel kapítovaných poistencov u lekárov nad 65 rokov evidujeme v rámci okresoch Sobrance (59 %), Gelnica (42,9 %) a Michalovce (42,6 %). Najlepšia situácia je v okresoch Košice II. (15 %) a Košice IV. (17,1 %). V oblasti VLDD evidujeme spolu 179 211 poistencov kapítovaných u všeobecných lekárov pre deti a dorast. Z uvedeného počtu je až 44,1 % kapítantov vedených u pediaterov vo veku 65 a viac rokov. Z celkového počtu sledujeme najvyšší podiel kapítantov v okrese Košice-okolie a naopak najnižší v okrese Sobrance. Alarmujúci je podiel kapítovaných poistencov u starších pediaterov v okresoch Sobrance (77,1 %), Michalovce (62,3 %) a Košice IV (60 %). V tomto ohľade je najlepšia situácia v okrese Spišská Nová Ves (16,4 %) kde v poslednom období došlo k najvýraznejšej generačnej obmene.

Tab. 7: Kapítovaní poistenci u VLD

Okres	Počet kapítovaných	Priemerný počet kapítovaných	Počet lekárov nad 65 rokov	Počet kapítovaných u lekárov nad 65 rokov	% podiel počtu kapítovaných u lekárov na 65 rokov
Gelnica	15 571	1 557	5	6 676	42,9 %
Košice I.	87 110	1 452	12	13 036	15,0 %
Košice II.	36 491	1 258	5	9 227	25,3 %
Košice III.	8 857	1 476	2	2 345	26,5 %
Košice IV.	36 682	1 359	6	6 284	17,1 %
Košice – okolie	41 467	1 257	12	13 176	31,8 %
Michalovce	61 365	1 227	22	26 123	42,6 %
Rožňava	34 100	2 006	7	12 196	35,8 %
Sobrance	10 956	1 217	5	6 465	59,0 %
Spišská Nová Ves	58 197	1 712	13	20 431	35,1 %
Trebišov	58 552	1 464	13	13 798	23,6 %
SPOLU	449 348	1 453	102	129 757	32,3 %

Zdroj: KSK, vlastné spracovanie, 2023

Tab. 8: Kapítovaní poistenci u VLDD

Okres	Počet kapítovaných	Priemerný počet kapítovaných	Počet lekárov nad 65 rokov	Počet kapítovaných u lekárov nad 65 rokov	% podiel počtu kapítovaných u lekárov na 65 rokov
Gelnica	8 444	1 407	2	2 667	31,6 %
Košice I.	19 792	1 039	6	5 238	26,5 %
Košice II.	20 023	953	9	8 272	41,3 %
Košice III.	7 411	1 235	3	4 040	54,5 %
Košice IV.	11 601	1 055	5	6 959	60,0 %
Košice – okolie	26 889	1 076	8	9 117	33,9 %
Michalovce	24 711	1 074	13	15 387	62,3 %
Rožňava	13 872	1 387	5	5 778	41,7 %
Sobrance	3 931	786	3	3 030	77,1 %
Spišská Nová Ves	21 271	1 063	5	3 491	16,4 %
Trebišov	21 336	969	9	8 579	40,2 %
SPOLU	179281	1 095	68	72 558	44,1 %

Zdroj: KSK, vlastné spracovanie, 2023

Podľa vyhodnotenia stavu verejnej minimálnej siete poskytovateľov VAS k 1.1.2023 v SR chýba 400 všeobecných lekárov a 223 primárnych pediatrov. Klasifikácia okresov je od roku 2022 novým nástrojom na určenie stupňa ohrozenia dostupnosti VAS v jednotlivých okresoch v SR. Okresy sú na základe troch parametrov (miestna dostupnosť, demografická štruktúra lekárov VAS, miera naplnenie potrebnej kapacity) a metodiky klasifikované do jedného zo štyroch stupňov ohrozenia.

V súvislosti s nedostatkom lekárov v ambulantnej zdravotnej starostlivosti sa hľadajú a implementujú nové spôsoby pre definovanie a podporu ambulantnej siete. Novela zákona 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch ZS priniesla od 1.1.2022 zmenu v oblasti siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti. Pre hodnotenie stavu naplnenosti siete a prijímanie potrebných opatrení pre doplnenie siete sa vyhodnocovala miestna dostupnosť a potrebná kapacita poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti. Miestna dostupnosť je také rozmiestnenie poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti, aby bol zabezpečený maximálny čas dojazdu osobným motorovým vozidlom z každej obce do najbližšej obce s miestom poskytovania príslušnej zdravotnej starostlivosti. Potrebnou kapacitou poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti sa rozumie taký počet LM u poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti na území okresu, aby bola zabezpečená kvalitná a dostupná zdravotná starostlivosť pri zohľadnení časovej náročnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Spôsob definovania minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti vychádzal z vopred určených parametrov a identifikoval problém nedostatku všeobecných lekárov na úroveň okresu. MZSR bude každoročne vyhodnocovať stav siete a klasifikovať okresy podľa stupňa ohrozenia dostupnosti všeobecnej ambulantnej starostlivosti. Na najviac nedostatkové okresy následne alokuje nenávratný finančný príspevok na zriadenie ambulantnej praxe, o ktorý môžu požiadať lekári so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo alebo pediatria alebo už existujúci poskytovatelia zdravotnej starostlivosti.

V priebehu roku 2024 MZ SR opätovne vyhodnotilo situáciu v oblasti VAS, zmenilo podmienky finančnej podpory z Plánu obnovy a odolnosti a pokračuje aj v príprave nového normatívu verejnej minimálnej siete poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti. Ako prvý krok pripravilo ministerstvo analýzu stavu špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ŠAS).

Medzi najdôležitejšie nové parametre výzvy na podporu lekárov VAS patria:

- absolvent rezidentského programu/špecializačného štúdia nemusí mať v čase podania žiadosti o príspevok už vydané povolenie na prevádzkovanie ambulancie,
- príspevok nie je možné čerpať na refundáciu nákladov pri prevzatí už existujúcej ambulancie od staršieho kolegu,
- hlavným účelom príspevku je pomôcť finančne preklenúť počiatočné obdobie prevádzky novozriadenej ambulancie počas budovania jej kapitačného kmeňa,
- príspevok sa vzťahuje na okres uvedený v zozname okresov s alokovaným príspevkom, ktorý zverejňuje MZ SR každoročne,
- výška príspevku sa odvíja od stupňa ohrozenia okresu z pohľadu dostupnosti všeobecných lekárov a pediatrov v príslušnom regióne (v najohrozenejších čiernych, kriticky nedostatkových, okresoch predstavuje výška príspevku 80 000 eur; v červených, rizikovo nedostatkových, 70 000 eur a oranžových, rizikových okresoch, je to 60 000 eur).

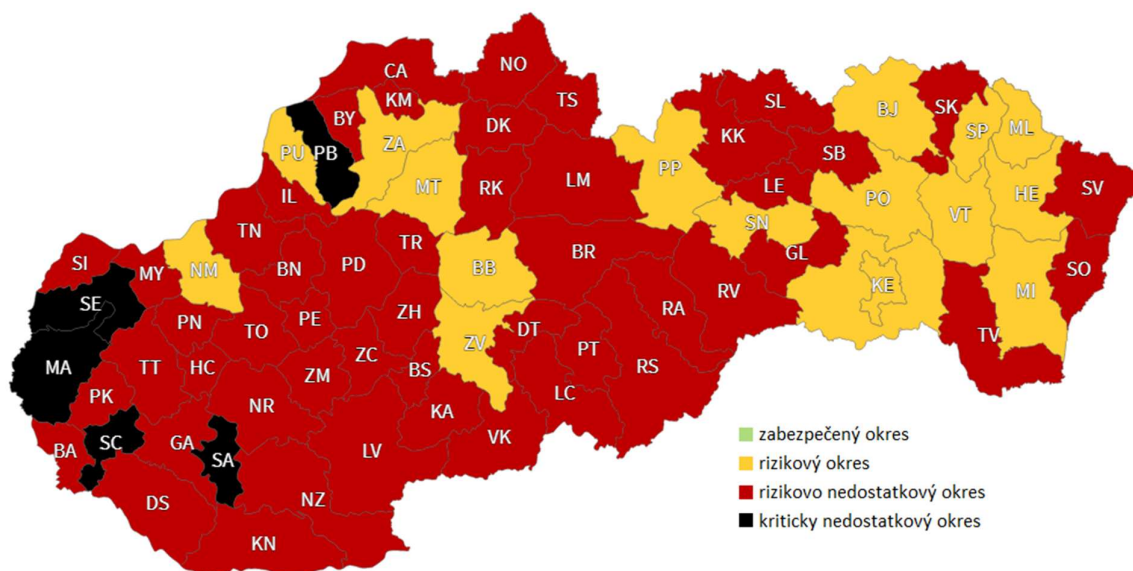
Tab. 9: Zoznam okresov a obcí s alokovaným príspevkom na obdobie aug. 2024 – dec. 2025 (VLD)

Klasifikácia okresov				Parameter z vyhodnotenia stavu VMS k 1.1.2024	Výška príspevku v EUR	Počet príspevkov
Kraj	Okres	Klasifikácia okresu (farba stupňa)	Klasifikácia okresu (názov stupňa)	Počet neobsadených lekárskeho miest v okrese	Podľa stupňa ohrozenia okresu	Maximálny počet príspevkov v okrese
Košický	Gelnica	3	rizikovo nedostatkový	5	70 000,00 €	2
Košický	Rožňava	3	rizikovo nedostatkový	8	70 000,00 €	2
Košický	Sobrance	3	rizikovo nedostatkový	2	70 000,00 €	1
Košický	Trebišov	3	rizikovo nedostatkový	11	70 000,00 €	2
Košický	Košice	2	rizikový	12	70 000,00 €	* určuje samosprávny kraj
Košický	Michalovce	2	rizikový	0	60 000,00 €	
Košický	Spišská Nová Ves	2	rizikový	5	60 000,00 €	

* výber konkrétneho rizikového okresu je v kompetencii samosprávneho kraja (tzv. "žolík")

Zdroj: MZSR, vlastné spracovanie, 2025

Obr. 5: Mapa klasifikácie okresov – všeobecné lekárstvo, rok 2024



Zdroj: MZSR, 2024

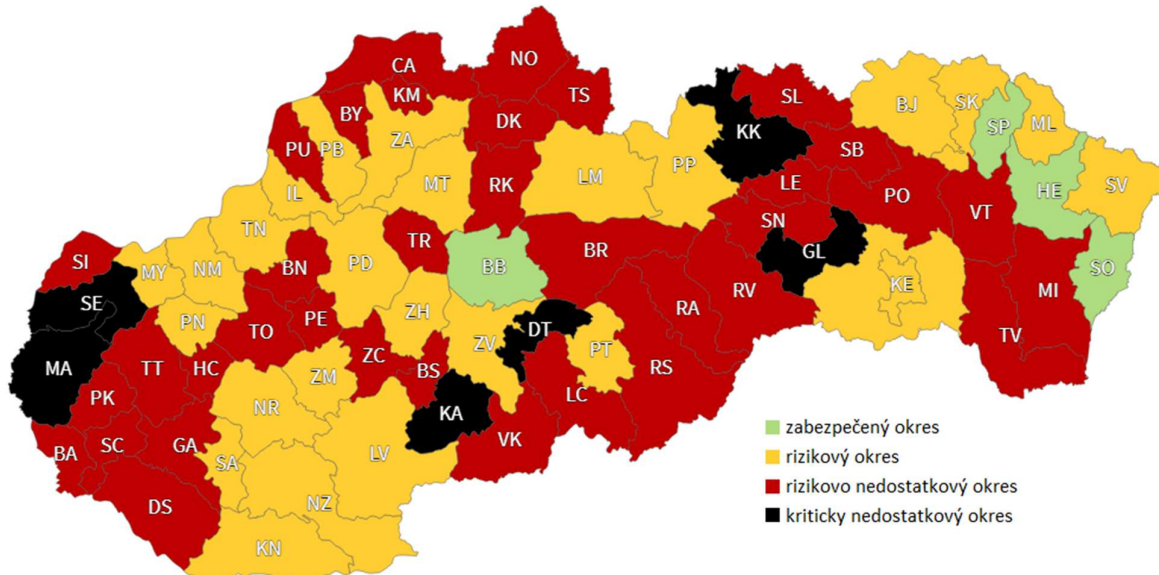
Tab. 10: Zoznam okresov a obcí s alokovaným príspevkom na obdobie aug. 2024 – dec. 2025 (VLDD)

Klasifikácia okresov				Parameter z vyhodnotenia stavu VMS k 1.1.2024	Výška príspevku v EUR	Počet príspevkov
Kraj	Okres	Klasifikácia okresu (farba stupňa)	Klasifikácia okresu (názov stupňa)	Počet neobsadených lekárskeho miest v okrese	Podľa stupňa ohrozenia okresu	Maximálny počet príspevkov v okrese
Košický	Gelnica	4	kriticky nedostatkový	5	80 000,00 €	3
Košický	Michalovce	3	rizikovo nedostatkový	4	70 000,00 €	1
Košický	Rožňava	3	rizikovo nedostatkový	3	70 000,00 €	1
Košický	Spišská Nová Ves	3	rizikovo nedostatkový	10	70 000,00 €	5
Košický	Trebišov	3	rizikovo nedostatkový	5	70 000,00 €	1
Košický	Košice	2	rizikový	8	60 000,00 €	* určuje samosprávny kraj
Košický	Sobrance	1	dostatkový	0	-	-

* výber konkrétneho rizikového okresu je v kompetencii samosprávneho kraja (tzv. "žolík")

Zdroj: MZSR, vlastné spracovanie, 2025

Obr. 6: Mapa klasifikácie okresov – pediatria, rok 2024



Zdroj: MZSR, 2024

A.6.1.1.2 Ambulantná pohotovostná služba

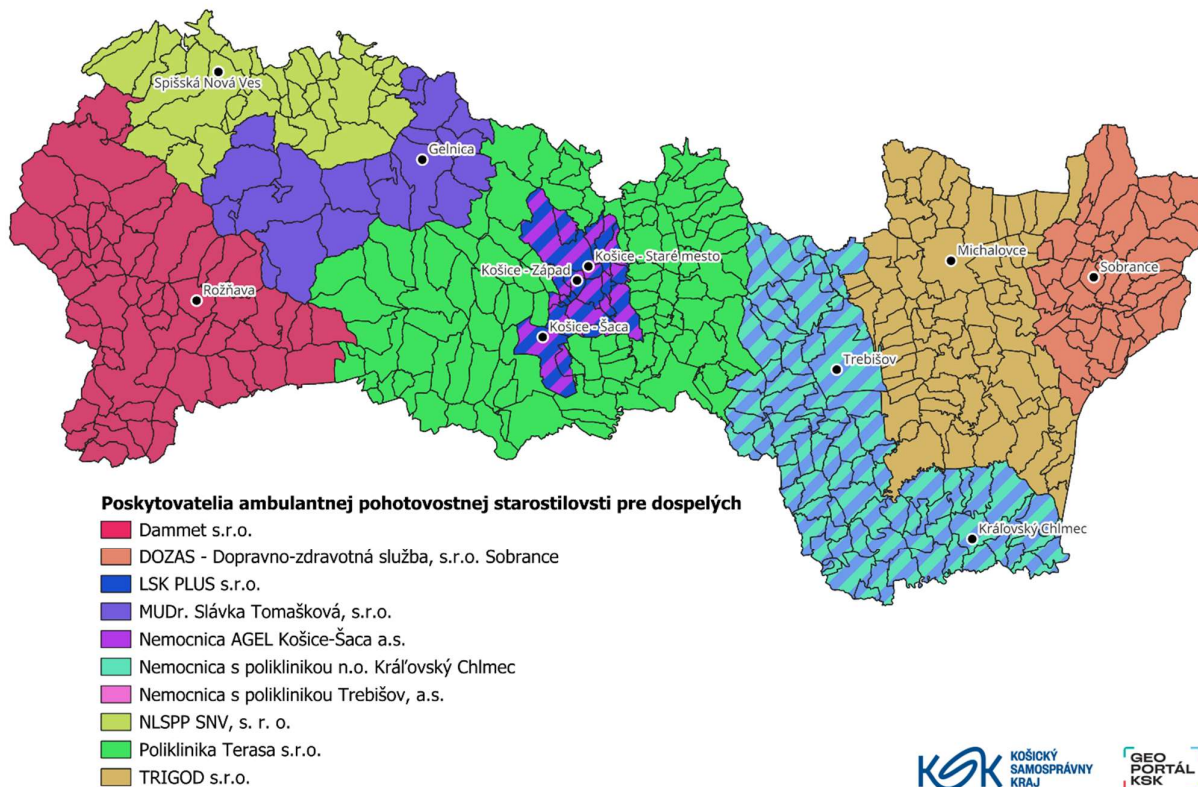
Problémy so zabezpečením lekárskej služby prvej pomoci sa najmä v rokoch 2010 až 2017 stali neúnosnými, preto MZ SR pripravilo návrh novej koncepcie fungovania pohotovostí. Novelou príslušných právnych predpisov, MZ SR určilo sieť pevných bodov v rámci pevnej ambulantnej pohotovostnej služby (ďalej len „APS“). APS je zdravotná starostlivosť, ktorou sa zabezpečuje dostupnosť zdravotnej starostlivosti v rozsahu poskytovania všeobecnej ambulantnej starostlivosti pri náhlej zmene zdravotného stavu osoby, ktorá bezprostredne neohrozuje jej život alebo bezprostredne neohrozuje niektorú zo základných životných funkcií. Poskytovanie APS zabezpečuje organizátor prostredníctvom lekára s profesijným titulom všeobecný lekár alebo internista v prípade APS pre dospelých, pediater v prípade APS pre deti a dorast. Pevným bodom sa rozumie mesto alebo obec, v ktorom sa nachádza ambulancia pevnej APS. MZ SR zároveň nadefinovalo pojem spádové územie, ktoré zastrešuje jeden pevný bod. Spádové územie je tvorené najmenej jedným okresom. Zároveň to neznamená, že pacienti z iných okresov nemôžu navštíviť APS v prípade potreby aj v inom okrese. S účinnosťou od 1.7.2018 vznikla nová tzv. pevná a doplnková sieť APS na obdobie 6-tich rokov. V roku 2024 prebehlo nové výberové konanie za účelom obsadenia siete APS. Pevná APS pre dospelých sa poskytuje v pracovných dňoch v čase od 16. do 22. hodiny a v dňoch pracovného pokoja v čase od 7. do 22. hodiny. Pevná APS pre deti a dorast sa poskytuje v pracovných dňoch v čase od 16. do 20. hodiny a v dňoch pracovného pokoja v čase od 8. do 20. hodiny. O doplnkovú APS v KSK doposiaľ neprejavil záujem organizátor. V rámci pevnej APS naďalej zostala možnosť poskytovania výjazdovej APS.

Tab. 11: Prehľad poskytovateľov APS

Názov poskytovateľa (ambulancie)	Miesto poskytovania	Okres miesta prevádzkovania (pevný bod)	Pokrytie (spád. územie, okres)
APS pre dospelých			
LSK PLUS s.r.o.	Komenského 3678/37, Košice	Košice I.	KE I. – IV.
Poliklinika Terasa s.r.o.	Poliklinika Terasa, Toryská 275/1, Košice	Košice II.	KS
Nemocnica AGEL Košice-Šaca a.s.	Lúčna 57, Košice-Šaca	Košice II.	KE I. – IV.
MUDr. Slávka Tomašková, s.r.o.	Hlavná 362/2, Gelnica	Gelnica	GL
DOZAS - Dopravno-zdravotná služba, s.r.o. Sobrance	Prof. Hlaváča 562/2, Sobrance	Sobrance	SO
Dammet s.r.o.	Špitálska 1, Rožňava	Rožňava	RV
NsP Trebišov, a.s.	NsP Trebišov, SNP 1079/76, Trebišov	Trebišov	TV
Nemocnica s poliklinikou n.o. Kráľovský Chlmec	Nemocničná 1125/18, Kráľovský Chlmec	Trebišov	TV
NLSPP SNV, s. r. o.	Šafárikovo námestie 3, Spišská Nová Ves	Spišská Nová Ves	SNV
TRIGOD s.r.o.	Nám. Osloboditeľov 25, Michalovce	Michalovce	MI
APS pre deti a dorast			
Poliklinika Terasa s.r.o.	Poliklinika Terasa, Toryská 275/1, Košice	Košice II.	KE, KS
NsP sv. Barbory Rožňava, a.s.	Špitálska 1, Rožňava	Rožňava	RV
NsP Trebišov, a.s.	NsP Trebišov, SNP 1079/76, Trebišov	Trebišov	TV
NsP Spišská Nová Ves a.s.	Jána Jánskeho 1, Spišská Nová Ves	Spišská Nová Ves	SNV, GL
KOMPROMIS, s. r. o.	Námestie Slobody 1, Michalovce	Michalovce	MI, SO

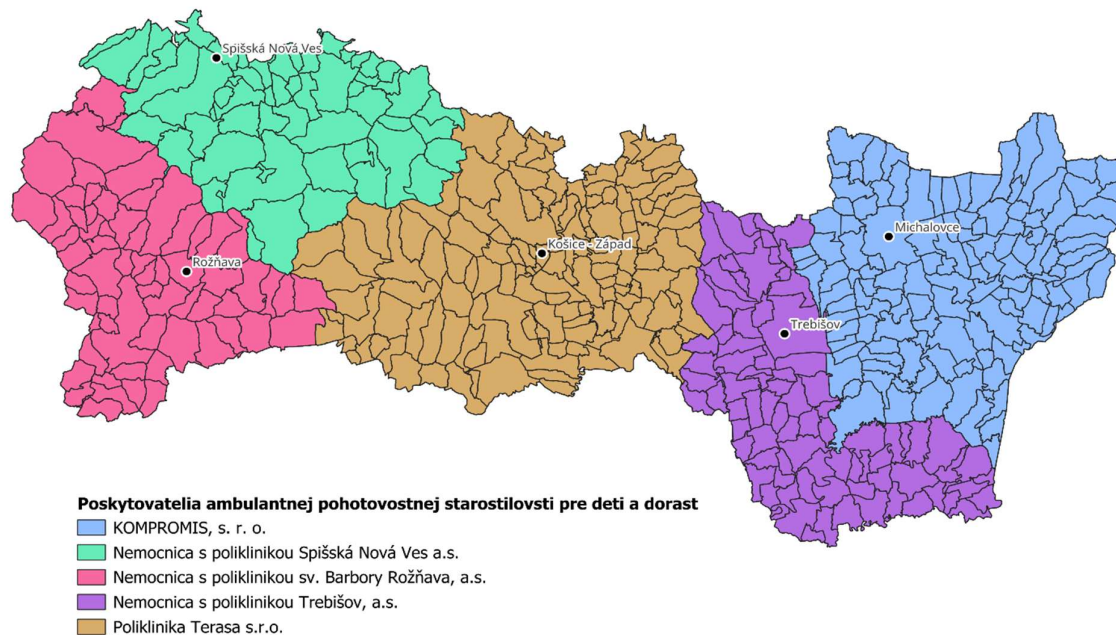
Zdroj: KSK, vlastné spracovanie, 2025

Obr. 7: Grafický prehľad pevných bodov a spádových území APS pre dospelých



Zdroj: KSK, 2025

Obr. 8: Grafický prehľad pevných bodov a spádových území APS pre deti a dorast



Zdroj: KSK, 2025

Niektoré problémy na APS však napriek prijatým opatreniam, naďalej pokračujú. Pri pohľade na praktické skúsenosti s danou službou je možné konštatovať, že v rámci niektorých pevných bodov, organizátori napriek zvýšeným paušálom ako aj zákonnej garancii minimálnej hodinovej sadzby pre slúžiacich lekárov, nie sú schopní obsadzovať rozpis pohotovostnej služby dobrovoľne slúžiacimi lekármi. Do rozpisov tak musí zasahovať samosprávny kraj, ktorý ich dopĺňa o povinne slúžiacich poskytovateľov. Niektoré pevné body zápasia s celkovým nedostatkom všeobecných lekárov a pediatrov, ktorí sú v rámci spádu k dispozícii, iné pevné body majú problém s neochotou lekárov slúžiť. Mnohokrát je to spôsobené narušenými vzťahmi medzi lekármi a organizátormi. Ako veľký problém z pohľadu pacienta je aj skutočnosť, že LPS nenadväzuje na APS, v zmysle priestorovom ako aj časovom. APS majú zákonom stanovené ordinačné hodiny počas pracovných dní od 16,00 hod. do 22,00 hod., resp. 20,00 hod. (APS pre deti a dorast) počas víkendov a sviatkov od 07,00 hod. do 22,00 hod., resp. do 20,00 hod. (APS pre deti a dorast). Napriek tomu LPS takto legislatívne stanovený prevádzkový čas nemá (v minulosti bol tento čas na krátku dobu trvania stanovený do 22,30 hod.). V tejto súvislosti už MZ SR v spolupráci so samosprávnymi kraji vykonalo hĺbkové analýzy, z ktorých vyplynula potreba realizácie viacerých legislatívnych zmien. Zmeny sa zrejme dotknú aj výšky úhrady pacienta za návštevu APS, ktorá je v súčasnosti vo výške 2 EUR/návšteva. Má to svoje opodstatnenie nakoľko v rámci analýzy návštevnosti bola identifikovaná veľká časť pacientov, ktorá namiesto návštevy svojho všeobecného lekára alebo pediatra v čase jeho ordinačných hodín, radšej využije služby APS vo večerných hodinách, pričom zdravotný stav týchto osôb si nevyžaduje návštevu pohotovosti. Pacient v stave ohrozenia života sa tak k danej službe nemusí dostať alebo sa k nej z dôvodu množstva pacientov dostane príliš neskoro. Na tomto mieste je potrebné poznamenať, že ambulancná pohotovostná služba a zubno-lekárska

pohotovostná služba navyše fungujú v dvoch rôznych systémoch, ktoré by do budúcnosti určite bolo vhodné v prospech pacienta zosúladiť. Toto je však úloha MZSR, ktoré má k danej problematike dostatok relevantných informácií prostredníctvom Združenia SK8 v oblasti zdravotníctva.

A.6.1.1.3 Primárna špecializovaná ambulantná starostlivosť

Podľa aktuálnej legislatívy na Slovensku je primárna špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť upravená vo vyhláške Ministerstva zdravotníctva SR č. 42/2025 Z. z.. Táto vyhláška definuje verejnú optimálnu sieť poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti, primárnej špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti a špecializovanej ambulantnej starostlivosti poskytovanej v špecializovanej ambulancii. Primárnu špecializovanú ambulantnú zdravotnú starostlivosť poskytuje lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore primárna gynekológia a pôrodnictvo a zubný lekár. Primárna špecializovaná ambulantná starostlivosť gynekologická a zubno-lekárska spolu so všeobecnou ambulantnou zdravotnou starostlivosťou pre dospelých a pre deti a dorast je vykonávaná v určenom zdravotnom obvode. Zdravotný obvod určí poskytovateľovi orgán príslušný na vydanie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia.

Tab. 12: Gynekológia a pôrodnictvo v KSK

Vek	0 - 40	41 - 50	51 - 60	61 - 65	66 - 70	71 - 75	76 - 100	SPOLU	61 a viac
Gelnica	0	0	1	0	0	2	0	3	2
Košice I	3	5	10	1	6	1	2	28	10
Košice II	4	1	4	1	2	1	0	13	4
Košice III	0	2	1	0	0	0	1	4	1
Košice IV	0	2	5	2	1	2	2	14	7
Košice – okolie	2	1	1	1	2	0	1	8	4
Michalovce	0	2	4	1	6	0	1	14	8
Rožňava	0	2	1	2	3	0	0	8	5
Sobrance	0	1	1	1	1	0	0	4	2
Spišská Nová Ves	1	1	8	1	2	0	1	14	4
Trebišov	3	3	1	3	1	1	1	13	6
SPOLU	13	20	37	13	24	7	9	118	53

Zdroj: KSK, vlastné spracovanie, 2023

Tab. 13: Zubné lekárstvo v KSK

Vek	0 - 40	41 - 50	51 - 60	61 - 65	66 - 70	71 - 75	76 - 100	SPOLU	61 a viac
Gelnica	1	3	1	2	1	1	1	10	5
Košice I	27	34	28	10	20	1	2	122	33
Košice II	14	19	13	2	9	4	2	63	17
Košice III	3	1	3	2	1	0	0	10	3
Košice IV	13	13	17	5	4	2	1	55	12
Košice – okolie	10	6	3	3	8	1	1	32	13
Michalovce	13	9	14	8	6	3	1	54	18
Rožňava	6	3	6	4	2	1	0	22	6
Sobrance	3	3	2	1	1	0	0	10	2
Spišská Nová Ves	14	7	7	4	4	2	1	39	11
Trebišov	7	2	5	5	11	6	3	39	25
SPOLU	108	94	95	44	65	21	12	439	145

Zdroj: KSK, vlastné spracovanie, 2023

V KSK poskytuje zdravotnú starostlivosť na ambulanciách a poliklinikách spolu 118 primárnych gynekológov a 439 zubných lekárov. Ide o fyzické počty týchto poskytovateľov. Z tohto počtu má najviac primárnych gynekológov okres Košice I. (28), a najmenej okres Gelnica (3). Zubných lekárov je najviac v okrese Košice I. (122) a najmenej v okresoch Gelnica, Sobrance a Košice I. (10). Vo veku nad 61 rokov je v kraji 53 primárnych gynekológov z celkového počtu 118, čo predstavuje 44,9 %. Z celkového počtu 439 zubných lekárov má 118 lekárov nad 61 rokov, čo tvorí 26,9 %. Z vyššie uvedeného vyplýva, že najpriaznivejší vekový priemer lekárov v rámci všeobecnej a špecializovanej ambulantnej starostlivosti evidujeme v rámci špecializačného odboru zubný lekár. V minulom období sa naplnenosť siete počítala porovnaním skutočného stavu s normatívom. Nasledovná tabuľka prináša prehľad o skutočnom počte LM v KSK a porovnanie na pôvodný normatív podľa Nariadenia vlády č. 640/2008 Z.z.

Tab. 14: Pôvodná verejná minimálna sieť v oblasti primárnej špecializovanej ambulantnej starostlivosti

Primárna špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť (určená na okres)				
Okres	Počet lekárskeho miest v KSK Normatív (VMS)	Skutočnosť k 2023 (skutočná sieť v KSK ambulancie + nemocnice)	Rozdiel (skutočnosť - normatív)	% naplnenia VMS v KSK
gynekologická				
Gelnica	3,90	1,35	-2,55	34,62%
Košice I-IV, KE-okolie	44,80	62,24	17,44	138,93%
Michalovce	14,10	10,58	-3,52	75,04%
Rožňava	8,00	7,59	-0,41	94,88%
Sobrance	3,00	2,63	-0,37	87,67%
Spišská Nová Ves	12,10	12,11	0,01	100,08%
Trebišov	13,50	12,26	-1,24	90,81%
Spolu	99,40	108,76	9,36	109,42%
zubno-lekárska				
Gelnica	11,80	7,75	-4,05	65,68%
Košice I-IV, Košice-okolie	132,30	225,89	93,59	170,74%
Michalovce	41,90	48,66	6,76	116,13%
Rožňava	23,70	16,47	-7,23	69,49%
Sobrance	8,90	8,04	-0,86	90,34%
Spišská Nová Ves	36,60	31,49	-5,11	86,04%
Trebišov	40,00	33,04	-6,96	82,60%
Spolu	295,20	371,34	76,14	125,79%

Zdroj: KSK, vlastné spracovanie, 2023

Po vykonaní dôkladnej analýzy porovnania normatívu so skutočnosťou a vychádzajúc z pôvodných legislatívnych kritérií verejnej minimálnej siete (VMS) v oblasti špecializovanej ambulantnej starostlivosti (príloha č. 2 Nariadenia vlády č. 640/2008 Z. z.), t.j. jej určením na okresy bolo možné konštatovať, že v oblasti gynekológie je sieť naplnená na vyše 109 % a v oblasti zubného lekárstva evidujeme naplnenosť siete na takmer 126 %. Pri pohľade na jednotlivé okresy Košického kraja, to už tak optimisticky nevyzeralo. Nerovnomernosť teritoriálneho geografického rozmiestnenia poskytovateľov zdravotnej starostlivosti skresľovali najmä okresy Košice I.-IV. spolu s okresom Košice-okolie. Ďalšie podrobné informácie k sieti primárnej ŠAS sú obsiahnuté v kapitole venovanej optimálnej sieti poskytovateľov.

A.6.1.1.4 Zubno-lekárska pohotovostná služba

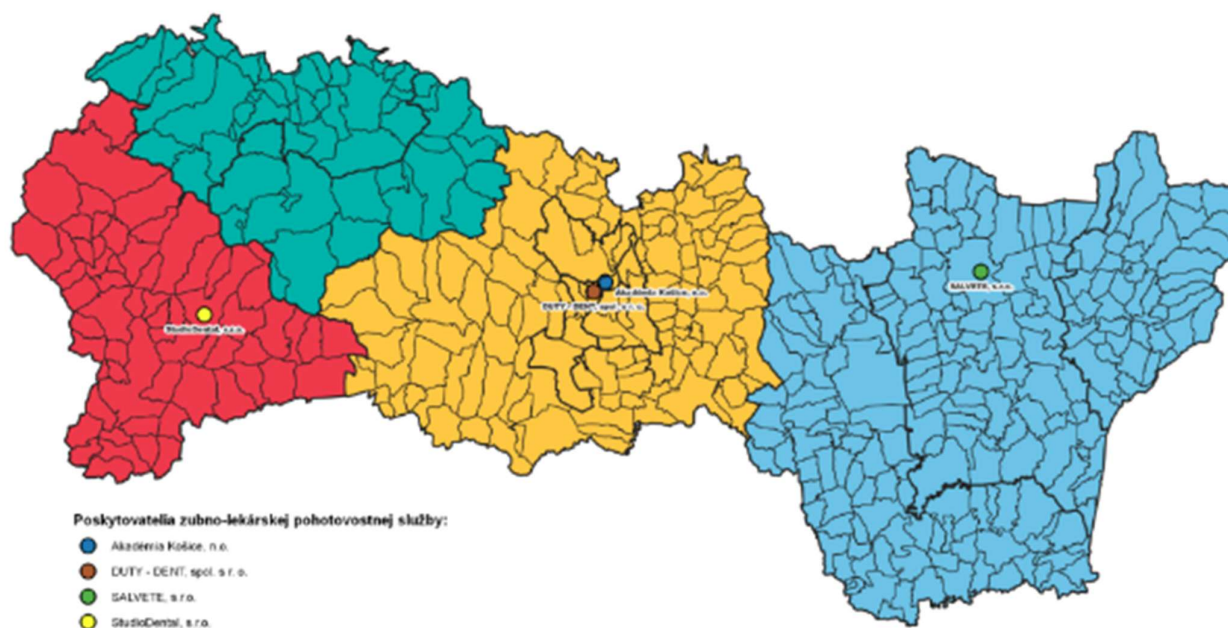
Zubno-lekárska pohotovostná služba (ďalej len "ZLPS") je zdravotná starostlivosť, ktorou sa zabezpečuje dostupnosť zdravotnej starostlivosti v rozsahu poskytovania špecializovanej zubno-lekárskej ambulantnej starostlivosti. V súčasnosti pôsobia v KSK štyria poskytovatelia zubno-lekárskej pohotovostnej služby, dvaja v Košiciach, jeden v Rožňave a jeden v Michalovciach. ZLPS nemá legislatívne stanovené pevné body. Povolenia na prevádzku vydáva KSK. Zároveň kontrolnú a dozornú činnosť u týchto poskytovateľov vykonáva KSK. Traja poskytovatelia ZLPS realizujú služby prostredníctvom svojich zamestnancov. Jeden poskytovateľ ZLPS (Salvete, s.r.o.) vykonáva predmetnú službu prostredníctvom ambulantných zubných lekárov. Spádové územie ako aj čas vykonávania ZLPS legislatíva v súčasnosti neurčuje. KSK zabezpečuje fungovanie ZLPS, určuje rozpisy a zároveň koordinuje vykonávanie predmetnej služby v kraji v prospech pacientov. Rovnako ako pri APS, pacient má právo slobodného výberu poskytovateľa ZLPS.

Tab. 15: Prehľad zariadení poskytujúcich ZLPS

ZLPS	
Akadémia Košice, n.o.	Bačíkova 321/7, 04001 Košice-Staré Mesto
DUTY - DENT, spol. s r. o.	Toryská 275/1, 04011 Košice-Západ
SALVETE, s.r.o.	Kostolné Námestie 5/10, 07101 Michalovce
StudioDental, s.r.o.	Čučmianska dlhá 4279/6, 04801 Rožňava

Zdroj: KSK, vlastné spracovanie, 2023

Obr. 9: Grafický prehľad poskytovateľov ZLPS



Zdroj: KSK, vlastné spracovanie, 2023

A.6.1.1.5 Špecializovaná ambulatná starostlivosť

Špecializovanú ambulatnú starostlivosť poskytujú lekári so špecializáciou v ostatných špecializačných odboroch. Podľa zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti je špecializovaná ambulatná zdravotná starostlivosť definovaná ako zdravotná starostlivosť poskytovaná lekármi so špecializáciou v konkrétnych medicínskych odboroch. Zahŕňa diagnostiku, liečbu a prevenciu ochorení, ktoré vyžadujú odborné vyšetrenia a dlhodobú starostlivosť. Východiskom je príloha 1a k zákonu č. 578/2004 Z.z., kde je uvedených 69 špecializovaných ambulancií.

Tab. 16: Špecializované ambulancie

1. gynekologicko-pôrodnická ambulancia,
2. ambulancia zubného lekárstva,
3. ambulancia maxilofaciálnej chirurgie a dentoalveolárnej chirurgie
4. ambulancia čelustnej ortopédie,
5. ambulancia vnútorného lekárstva,
6. angiologická ambulancia,
7. ambulancia diabetológie a porúch látkovej premeny a výživy,
8. endokrinologická ambulancia,
9. gastroenterologická ambulancia,
10. geriatrická ambulancia,
11. hematologická a transfúziologická ambulancia,
12. infektologická ambulancia,
13. ambulancia tropickej medicíny,
14. ambulancia klinickej farmakológie,
15. kardiologická ambulancia,
16. ambulancia klinickej onkológie,
17. ambulancia radiačnej onkológie,
18. ambulancia pracovného lekárstva,
19. nefrologická ambulancia,
20. pneumologicko-ftizeologická ambulancia,
21. reumatologická ambulancia,
22. algeziologická ambulancia,
23. chirurgická ambulancia,
24. ambulancia kardiochirurgická,
25. ambulancia neurochirurgická,
26. ambulancia úrazovej chirurgie,
27. ambulancia plastickej chirurgie,
28. ambulancia cievnej chirurgie,
29. ortopedická ambulancia,
30. urologická ambulancia,
31. otorinolaryngologická ambulancia,
32. ambulancia hrudníkovej chirurgie,
33. oftalmologická ambulancia,
34. dermatovenerologická ambulancia,
35. neurologická ambulancia,
36. psychiatrická ambulancia,
37. ambulancia detskej psychiatrie,
38. ambulancia klinickej psychológie,
39. ambulancia klinickej logopédie,

40. ambulancia liečebnej pedagogiky,
41. ambulancia lekárskej genetiky,
42. ambulancia klinickej imunológie a alergológie,
43. ambulancia fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie,
44. ambulancia akupunktúry,
45. ambulancia telovýchovného lekárstva,
46. ambulancia pediatrickej endokrinológie a diabetológie a porúch látkovej premeny a výživy,
47. ambulancia pediatrickej chirurgie,
48. ambulancia pediatrickej gastroenterológie, hepatológie a výživy,
49. ambulancia pediatrickej gynekológie,
50. ambulancia pediatrickej hematológie a onkológie,
51. ambulancia pediatrickej kardiológie,
52. ambulancia pediatrickej nefrológie,
53. ambulancia pediatrickej neurológie,
54. ambulancia pediatrickej pneumológie a ftizeológie,
55. ambulancia pediatrickej reumatológie,
56. ambulancia pediatrickej urológie,
57. ambulancia paliatívnej medicíny,
58. ambulancia nukleárnej medicíny,
59. ambulancia dentálnej hygieny,
60. hepatologická ambulancia,
61. ambulancia poradenskej psychológie,
62. ambulancia pracovnej a organizačnej psychológie,
63. ambulancia anestéziológie a intenzívnej medicíny,
64. pediatrická ambulancia len v nemocnici, v ktorej sa poskytuje ústavná ZS najmenej v jednom ped. odbore,
65. špecializovaná ambulancia Horskej záchranej služby,
66. špecializovaná ambulancia Hasičského záchranného zboru.
67. neuropsychiatrická ambulancia,
68. ambulancia medicíny závislostí,
69. ambulancia vaskulárnej a nevasculárnej intervenčnej rádiológie len v nemocnici.

Zdroj: Zákon č. 578/2004 Z. z., vlastné spracovanie, 2025

A.6.1.1.6 Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti

Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej len „ADOS“) poskytuje komplexnú domácu ošetrovateľskú starostlivosť pacientom všetkých vekových skupín v pohodlí ich domova. Službu poskytujú sestry a je určená najmä imobilným a ťažko mobilným pacientom po prepustení z nemocnice, po úraze, operáciách, cievnych mozgových príhodách, chronicky chorým a onkologickým pacientom. Služba je pre pacientov plne hrazená z verejného zdravotného poistenia. ADOS a jej sestry pomáhajú pacientom aj ich rodinám pri odbornej starostlivosti o chorého, vykonávajú činnosti podporujúce zdravie a prispievajú k prevencii pred zhoršením zdravotného stavu. Hlavnou náplňou ADOS je poskytnutie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti. Ošetrovateľská starostlivosť pozostáva zo zdravotných výkonov, ktoré uhrádza zdravotná poisťovňa pacienta po schválení revíznym lekárom. Niektoré ADOS poskytujú aj domácu liečebnú rehabilitáciu alebo fyzioterapiu. Tá je určená najmä pacientom pri rôznych chronických chorobách pohybového aparátu alebo po úrazoch, operáciách a cievnych mozgových príhodách.

Medzi základné výkony v rámci domáceho ošetrovania sestrami ADOS patria: ošetrovanie rán, preležanín a vredov predkolenia; preväzy rán; ošetrovanie stómií; podávanie injekcií a infúzií; starostlivosť o centrálny venózný katéter alebo venóznou linku; starostlivosť o epidurálny katéter; starostlivosť o sondu a výživa pacienta sondou; starostlivosť o ezotracheálnu, nasotracheálnu a tracheostomickú kanylu; cievkovanie (len ženy); starostlivosť o močový katéter.

Tab. 17: Zoznam agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti v Košickom kraji

Obchodný názov	Miesto prevádzkovania
ADOS - Antónyová s.r.o.	Štós
ADOS - SRDCE s.r.o.	Jaklovce
ADOS Dobrej vôle s.r.o.	Košice
ADOS Helena Horváthová, s. r. o.	Streda nad Bodrogom
ADOS KE, s.r.o.	Košice
ADOS M+M, s.r.o.	Rozhanovce
ADOS Mária - Košice s.r.o.	Košice
ADOS PROFI, s.r.o.	Košice
ADOS VIA, spol. s r.o.	Krompachy
ADOS-ATIZ, s.r.o.	Poproč
AGAP s.r.o.	Spišská Nová Ves
Arcidiecézna charita Košice	Košice, Trebišov, Sobrance
Edita Bodnárová	Gemerská Poloma
Florence s.r.o.	Slovenské Nové Mesto
Gréckokatolícka apoštolská exarchátna charita	Michalovce
Harris Slovakia a.s.	Košice
Krištal spol. s r.o.	Rožňava, Henckovce
MED-DOS s.r.o.	Michalovce
Medicínske centrum CHIRAMAX s. r. o.	Košice, Trebišov, Sečovce
Mgr. Mária Teminská	Košice, Gelnica
Nemocnica s poliklinikou n.o. Kráľovský Chlmec	Kráľovský Chlmec
Ošetrím doma s.r.o.	Bidovce
SADOS s.r.o.	Michalovce
Spišská katolícka charita	Spišská Nová Ves, Spišské Vlachy
Vysokošpecializovaný odb. ústav geriatrický sv. Lukáša v KE n. o.	Košice
ZOE Home Care, s.r.o.	Moldava nad Bodvou

Zdroj: KSK, vlastné spracovanie, 2024

Podľa nariadenia vlády Slovenskej republiky č. 640/2008 Z.z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti má mať KSK v prepočte na počet obyvateľov 115,9 sesterských miest (ďalej len „SM“) v ADOS. Skutočný stav v KSK je však len 83 SM. Z pohľadu KSK, poisťovne, obyvateľa je skutočný stav SM nepostačujúci a pokrývajúci verejnú minimálnu sieť ADOS len na cca 72%. Ale z pohľadu zákonných povinností pre zdravotné poisťovne je stav siete ADOS nadpriemerne pokrytý. Táto disproporcía vzniká najmä z dôvodu, že tá istá sestra v ADOS je v mnohých prípadoch zazmluvnená každou zdravotnou poisťovňou a pri percentuálnom výpočte naplnenia siete, si danú sestru započítavajú do koeficientu plnenia všetky tri zdravotné poisťovne.

A.6.1.1.7 Poliklinika

Poliklinika je tradičný názov pre obvykle väčšie ambulantné zdravotnícke zariadenie s ordináciami praktických lekárov pre základnú starostlivosť a ordináciami špecialistov rôznych lekárskejších odborov, ktoré sú prevádzkované pod jedným IČO. Súčasťou polikliniky bývajú, okrem iného, aj laboratória, lekárňa a predajňa zdravotníckych potrieb. Obyčajne menšie zariadenia združujúce rôznych ambulantných poskytovateľov nazývame zdravotné stredisko, zdravotnícke zariadenie alebo zdravotnícke centrum. Tieto zariadenia nemajú štatút polikliniky aj keď sa tak hovorovo nazývajú dodnes. Bývalé polikliniky na území mesta Košice už nemajú právnu subjektivitu. Ich budovy boli delimitované z MZSR na KSK a Mesto Košice. V súčasnosti tieto budovy spravujú správckové organizácie, ktoré sú v zriaďovateľskej pôsobnosti týchto samospráv, pričom väčšinu spravuje KSK.

Tab. 18: Zoznam zariadení so štatútom polikliniky v Košickom kraji

Názov zariadenia	Miesto prevádzkovania
Univerzitná nemocnica – Nemocnica sv. Michala, a.s.	Murgašova 1, 040 86 Košice
Poliklinika Pro Care Košice, s.r.o.	Jána Pavla II. č. 5, 040 23 Košice
Poliklinika Terasa s.r.o.	Toryská 1, Brigádnická 2/A 040 11 Košice
Ergomed Poliklinika, s.r.o.	Moldavská 21, 040 11 Košice
Cievna klinika - IMEA, s.r.o.	Toryská 1, Košice
PRO VITAE, n.o.	Nemocničná 33, 056 01 Gelnica
Železničné zdravotníctvo s.r.o.	Masarykova 9, 040 01 Košice
Cumulus s.r.o.	Rastislavova 45, 040 01 Košice
Nemocnica AGEL Košice – Šaca, a.s.	U.S. Steel Košice, Vstupný areál, 044 54 Košice
Poliklinika „Veľké Kapušany, n.o.“	Z. Fábryho 20, 079 01 Veľké Kapušany
Dr. Grittersová, s.r.o.	Kechnec 264, 044 58 Kechnec

Zdroj: KSK, vlastné spracovanie, 2025

A.6.1.1.8 Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky

Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (ďalej len „SValZ“) sa podieľajú na zabezpečovaní zdravotnej starostlivosti poskytovaním diagnostických a liečebných služieb pre ambulantnú a lôžkovú časť zdravotníckych zariadení. Prevažne ide o zariadenia, ktoré nemajú vlastné lôžka. Pacienti sú na oddelenia a pracoviská SValZ s požiadavkou na diagnostiku alebo liečbu odosielaní z ambulancií alebo lôžkových oddelení nemocníc.

Pracoviská SValZ zahŕňajú najmä tieto samostatne prevádzkované odbory: klinická biochémia, hematológia a transfúziológia, nukleárna medicína, klinická mikrobiológia, lekárska genetika, rádiológia (RTG, USG, CT, MR, MMG), fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia. V rámci KSK evidujeme celkovo 18 veľkých komplexných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti SValZ z odbore rádiológia. Väčšina menších poskytovateľov poskytuje len čiastkové služby v rádiológii ako sú RTG vyšetrenia zubov, OPG, denzitometria, alebo izolovane poskytujú ultrasonografické služby v odbore rádiológia, gastroenterológia, ortopédia a podobne.

Prístroje počítačovej tomografie (CT prístroje)

CT prístroje prevádzkujú súkromní poskytovatelia ústavnej zdravotnej starostlivosti: Železničné zdravotníctvo Košice s.r.o. (Železničná nemocnica), Nemocnica s poliklinikou Trebišov a.s., RDG s.r.o., Nemocnica s poliklinikou Štefana Kukuru Michalovce, a.s., Nemocnica s poliklinikou sv. Barbory Rožňava,

a.s., Nemocnica s poliklinikou Spišská Nová Ves, a.s., Nemocnica AGEL Krompachy s.r.o., Nemocnica AGEL Košice-Šaca a.s., Nemocnica s poliklinikou n.o. Kráľovský Chlmec. V Košickom kraji máme v prevádzke 9 CT prístrojov v rámci súkromných ústavných zdravotníckych zariadení. V štátnych ústavných zdravotníckych zariadeniach máme ďalších 6 CT prístrojov a jeden CT prístroj na Univerzite veterinárskeho lekárstva a farmácie v Košiciach, ktorý však nie je určený na humánne účely. Spolu v KSK je prevádzkovaných 15 CT prístrojov na humánne účely. Jedno pracovisko využíva PET/CT prístroj (Inštitút nukleárnej a molekulárnej medicíny), SPECT/CT je umiestnené v Nemocnici s poliklinikou Štefana Kukuru Michalovce, a.s. Počet CT prístrojov v kraji hodnotíme ako dostatočný.

Prístroje magnetickej rezonancie (MR prístroje)

Tieto prístroje prevádzkujú súkromní poskytovatelia ústavnej zdravotnej starostlivosti: Železničné zdravotníctvo Košice s.r.o. (Železničná nemocnica), Nemocnica s poliklinikou Štefana Kukuru Michalovce, a.s., Nemocnica s poliklinikou Spišská Nová Ves, a.s., Nemocnica AGEL Košice-Šaca a.s. a ambulantnej zdravotnej starostlivosti RDG s.r.o., a Pro Magnet, s.r.o. (Magnetická rezonancia Košice). V Košickom kraji máme u súkromných poskytovateľov v prevádzke spolu 7 MR prístrojov. V štátnych ústavných zdravotníckych zariadeniach máme ďalšie 2 MR prístroje v UNLP Košice a jeden MR prístroj na Univerzite veterinárskeho lekárstva a farmácie v Košiciach, ktorý však nie je určený na humánne účely. Spolu na území KSK je prevádzkovaných 9 MR prístrojov na humánne účely, čo hodnotíme ako hraničný počet pracovísk pre územie KSK.

Komplexné rádiologické služby (RTG – skiagrafické prístroje a USG – ultrasonografia v rádiológii)

Dané služby poskytujú 9 súkromní poskytovatelia ústavnej zdravotnej starostlivosti: Železničné zdravotníctvo Košice s.r.o. (Železničná nemocnica), Nemocnica s poliklinikou Trebišov a.s., Nemocnica s poliklinikou Štefana Kukuru Michalovce, a.s., Nemocnica s poliklinikou sv. Barbory Rožňava, a.s., Nemocnica s poliklinikou Spišská Nová Ves, a.s., Nemocnica AGEL Krompachy s.r.o., PRO VITAE n.o. - Všeobecná nemocnica Gelnica, Nemocnica AGEL Košice-Šaca a.s., Nemocnica s poliklinikou n.o. Kráľovský Chlmec. A súkromní poskytovatelia ambulantnej zdravotnej starostlivosti: RDG s.r.o., DUAS – RTG s.r.o. Pracoviská rádiológie - RDG okrem ústavných zariadení máme v Košiciach aj v súkromných zdravotníckych zariadeniach: Ergomed Poliklinika s.r.o., Poliklinika Terasa s.r.o. a v objekte po bývalých poliklinikách a to už len v budove Poliklinika Sever, Komenského 37/A, Košice, Rádiológia Flexstone Slovakia s.r.o. V budovách Poliklinika Nad Jazerom, Spišské námestie 4, Košice, Poliklinika Juh, Rastislavova 45, Košice, Poliklinika Staré Mesto, Mäsiarska 27, Košice a Poliklinika Východ, Maršala Koneva 1, Košice boli RDG pracoviská zrušené. V Košickom kraji máme celkovo 14 súkromných poskytovateľov komplexných rádiologických služieb a 4 štátnych poskytovateľov a to pracovisko Univerzitnej Nemocnice – Nemocnice svätého Michala, a.s. v Košiciach, Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice, Východoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s. a Východoslovenský onkologický ústav, a.s. Spolu máme 18 rádiologických pracovísk a oddelení, čo hodnotíme ako hraničný počet pracovísk z pohľadu územia KSK.

Mamografické pracoviská (MMG)

Predmetné služby prevádzkujú 6 súkromní poskytovatelia ústavnej zdravotnej starostlivosti: Nemocnica s poliklinikou Trebišov a.s., Nemocnica s poliklinikou Štefana Kukuru Michalovce, a.s., Nemocnica s poliklinikou sv. Barbory Rožňava, a.s., Nemocnica s poliklinikou Spišská Nová Ves, a.s., Nemocnica AGEL Košice-Šaca a.s., Nemocnica s poliklinikou n.o. Kráľovský Chlmec. A 2 súkromní

poskytovatelia ambulantnej zdravotnej starostlivosti: Mamografia - Flexstone Slovakia s.r.o., Poliklinika Terasa s.r.o. V Košickom kraji máme celkovo 8 súkromných poskytovateľov mamografických vyšetrení a 2 štátnych poskytovateľov a to Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice a Východoslovenský onkologický ústav, a.s. Spolu mále 10 mamografických pracovísk, čo hodnotíme ako dostatočný počet pracovísk pre územie KSK.

Intervenčné rádiologické pracoviská (IRP)

IRP prevádzkujú 8 poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, 7 ústavní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti pre vaskulárnu intervenčnú rádiológiu: Východoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s., Kardiocentrum AGEL a.s., Nemocnica s poliklinikou Štefana Kukuřu Michalovce, a.s., Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice (Trieda SNP 1, Košice) a pre nevaskulárnu intervenčnú rádiológiu (biopsie, drenáže, PRT, PTD): Železničné zdravotníctvo Košice s.r.o. (Železničná nemocnica), Východoslovenský onkologický ústav, a.s., a pre mamodiagnostiku: Nemocnica AGEL Košice-Šaca a.s., a ambulantný poskytovateľ Flexstone Slovakia s.r.o., čo hodnotíme ako celkovo dostatočný počet pracovísk pre územie KSK.

A.6.1.1.9 Záchranná zdravotná služba

Záchranná zdravotná služba (ďalej aj „ZZS“) poskytuje neodkladnú zdravotnú starostlivosť. Základnou právnou normou upravujúcou podmienky organizácie ZZS je zákon č. 579/2004 Z. z. o ZZS v znení neskorších predpisov. Záchrannú zdravotnú službu zabezpečujú:

- operačné stredisko tiesňového volania záchrannej zdravotnej služby (ďalej aj „OS ZZS SR“),
- poskytovatelia zdravotnej starostlivosti na základe povolenia na prevádzkovanie ambulancie záchrannej zdravotnej služby (ďalej aj „poskytovateľ ZZS“).

OS ZZS SR je štátna príspevková organizácia, ktorej zriaďovateľom je MZ SR. Je organizačne členená na riaditeľstvo a 8 krajských OS ZZS. V KSK pôsobí Krajské OS ZZS v Košiciach so sídlom na ulici Komenského 52. Jeho základnou úlohou je zabezpečiť nepretržitý príjem, spracovanie, vyhodnotenie tiesňového volania a následné riadenie, koordinovanie a vyhodnocovanie činnosti ZZS tak, aby sa zabezpečila jej plynulosť, dostupnosť a nepretržitosť. Operačné riadenie má v procese riadenia, koordinovania a vyhodnocovania činnosti ZZS dôležitý význam. Po komplexnom prijatí, spracovaní a vyhodnotení tiesňového volania operátor linky tiesňového volania „155“ vydáva v rámci dispečerského riadenia pokyn na zásah ambulancii ZZS. Podľa vyhodnotenej naliehavosti tiesňového volania je vydaný pokyn na zásah najbližšej, geograficky a časovo dostupnej ambulancii ZZS na danom území. OS ZZS SR monitoruje polohu a pohyb ambulancií ZZS prostredníctvom automatickej lokalizácie vozidiel.

Poskytovatelia ZZS zabezpečujú ZZS poskytovaním neodkladnej zdravotnej starostlivosti ambulanciami ZZS. Poskytovatelia ZZS sú základnou záchranou zložkou integrovaného záchraného systému (ďalej len „IZS“) na základe Zákona č. 129/2002 Z.z. o IZS v znení neskorších predpisov, ktorý vykonáva ZZS v zásahovom území podľa pokynov koordinačného strediska IZS alebo OS ZZS SR. Sieť poskytovateľov záchrannej zdravotnej služby v SR zabezpečuje 13 poskytovateľov prostredníctvom 328 staníc ZZS účelne rozmiestnených na území SR s cieľom zabezpečenia primeranej dostupnosti neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Sieť 328 ambulancií ZZS v SR tvorí:

- 86 ambulancií rýchlej lekárskej pomoci („RLP“),

- 188 ambulancií rýchlej zdravotnej pomoci („RZP“),
- 47 ambulancií rýchlej zdravotnej pomoci („RZP-S“), určených najmä na tzv. sekundárne prevozy pacientov medzi nemocnicami (od r. 2020),
- 7 ambulancií vrtuľníkovej záchranej zdravotnej služby („VZZS“).

Stanica ZZS je stacionárne pracovisko, na ktorom sa zdržiava zásahová skupina ZZS a ambulancia ZZS mimo času výjazdu. Stanica ZZS nie je vytvorená na príjem tiesňového volania, je však vybavená komunikačnými prostriedkami v nepretržitej prevádzke na spojenie s OS ZZS. Na území KSK je rozmiestnených 46 ambulancií ZZS v štruktúre:

- 11 ambulancií RLP (z toho je 1 stanica vybavená ako „mobilná intenzívna jednotka“),
- 28 ambulancií RZP,
- 6 ambulancií RZP-S,
- 1 ambulancia VZZS.

A.6.1.2 Ústavná zdravotná starostlivosť

Zariadeniami ústavnej zdravotnej starostlivosti v zmysle § 7 ods. 4 zákona č. 578/2044 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti sú: nemocnica (všeobecná, špecializovaná), liečebňa, hospic, dom ošetrovateľskej starostlivosti, prírodné liečebné kúpele, kúpeľná liečebňa, zariadenie biomedicínskeho výskumu, detenčný ústav (aj pre mladistvých).

Tab. 19: Zoznam ústavných zdravotníckych zariadení v Košickom kraji

Názov zariadenia	Druh
NsP Štefana Kukuřu Michalovce, a.s.	všeobecná nemocnica
NsP Spišská Nová Ves, a.s	všeobecná nemocnica
NsP Trebišov, a.s.	všeobecná nemocnica / liečebňa / DOS
NsP sv. Barbory Rožňava, a.s.	všeobecná nemocnica / liečebňa
Nemocnica AGEL Krompachy s.r.o.	všeobecná nemocnica
PRO VITAE, n.o.	liečebňa
Detská fakultná nemocnica Košice	všeobecná / špecializovaná nemocnica
Univerzitná nemocnica Louisa Pasteura Košice	všeobecná nemocnica
Regionálna nemocnica Sobrance, n.o.	špecializovaná nemocnica / liečebňa
Vysokošpecializovaný odb. ústav geriatrický sv. Lukáša	špec. nemocnica, liečebňa, DOS, hospic
Železničné zdravotníctvo Košice s.r.o.	všeobecná nemocnica
Univerzitná nemocnica - Nemocnica sv. Michala, a.s.	liečebňa
Psychiatrická liečebňa Samuela Bluma v Plešivci	liečebňa
Psychiatrická nemocnica Michalovce, n.o.	špecializovaná nemocnica
Nemocnica AGEL Košice-Šaca, a.s.	všeobecná nemocnica
Nemocnica s poliklinikou n.o. Kráľovský Chlmec	všeobecná nemocnica
Východoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s.	špecializovaná nemocnica
Východoslovenský onkologický ústav, a.s.	špecializovaná nemocnica
Geria, s.r.o.	liečebňa
Kúpele Štós, a.s.	liečebňa
Detská psychiatrická liečebňa n.o. Hraň	liečebňa

Poliklinika „Veľké Kapušany, n.o.“	dom ošetrovateľskej starostlivosti
Inštitút nukleárnej a molekulárnej medicíny	špecializovaná nemocnica
Centrum pre liečbu drogových závislostí Košice	špecializovaná nemocnica
Akadémia Košice, s.r.o.	špecializovaná nemocnica
Kardiocentrum AGEL s.r.o.	špecializovaná nemocnica

Zdroj: KSK, vlastné spracovanie, 2025

Ústavná zdravotná starostlivosť je jedna z foriem poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktorá sa poskytuje osobám, ktorých zdravotný stav vyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti na viac ako 24 hodín. Ústavná starostlivosť sa poskytuje na základe verejného zdravotného poistenia poistencovi počas pobytu v nemocnici. V KSK sa nachádza 26 ústavných zdravotníckych zariadení, z toho 12 v meste Košice a minimálne jedno zariadenie je lokalizované v každom okrese KSK (výnimkou je okres Košice- okolie).

Pre zabezpečenie poskytovania neodkladnej starostlivosti je legislatívne ustanovená pevná sieť poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľ, ktorý poskytuje ústavnú zdravotnú starostlivosť, môže byť zaradený do pevnej siete, ak poskytuje zdravotnú starostlivosť najmenej v rozsahu týchto pracovísk: urgentný príjem, anesteziológia a intenzívna medicína, chirurgia, vnútorné lekárstvo alebo kardiológia, neurológia, gynekológia a pôrodníctvo, neonatológia, pediatria, nemocničná lekáreň. Poskytovateľ v rámci pevnej siete musí zabezpečovať 24-hodinovú dostupnosť zariadení SVALZ v odboroch rádiodiagnostika (CT je nevyhnutné), klinická biochémia, hematológia a transfuziológia. V okrese, v ktorom takýto poskytovateľ nie je zaradený do pevnej siete, zdravotná poisťovňa zaraďuje do pevnej siete poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti poskytovateľa, ktorý poskytuje ústavnú pohotovostnú službu na ambulancii ústavnej pohotovostnej služby tak, aby pre každý okres Slovenskej republiky bola splnená podmienka, že najmenej jeden poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti zaradený do pevnej siete poskytuje zdravotnú starostlivosť na území príslušného okresu alebo okresu susediaceho s príslušným okresom. Zoznam poskytovateľov v KSK, ktorí poskytujú urgentnú starostlivosť na urgentnom prijíme 1. typu alebo na urgentnom prijíme 2. typu a boli k 1.1.2023 zaradení do pevnej siete je uvedený v nasledovnej tabuľke.

Tab. 20: Pevná sieť poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti v Košickom kraji

Mesto	Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti	Typ urgentného príjmu
Košice	Nemocnica AGEL Košice-Šaca, a.s.	1.
Michalovce	NsP Štefana Kukuru Michalovce, a.s.	1.
Spišská Nová Ves	NsP Spišská Nová Ves, a.s.	1.
Rožňava	NsP sv. Barbory Rožňava, a.s.	1.
Trebišov	NsP Trebišov, a.s.	1.
Košice	Univerzitná nemocnica Louisa Pasteura Košice	2.
Košice	Detská fakultná nemocnica Košice	2.

Zdroj: Nariadenie vlády č. 640/2008 Z. z., vlastné spracovanie, 2024

Zákon č. 578/2004 Z. z. spolu s Nariadením vlády SR č. 640/2008 Z.z. ustanovuje aj koncovú sieť poskytovateľov, čo je určenie poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti v rámci minimálnej siete, ktorí poskytujú ústavnú zdravotnú starostlivosť na príslušnom území. Do koncovej siete boli zaradení poskytovatelia ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktorí majú pre štát strategický význam a zároveň, na

ktoré má Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky dosah, takže štát dokáže garantovať činnosť týchto poskytovateľov zdravotnej starostlivosti aj v mimoriadnych situáciách. Zabezpečujú poskytovanie zdravotnej starostlivosti aj s prihliadnutím na kritérium v súvisiace s bezpečnosťou štátu. Zoznam poskytovateľov v KSK, ktorí sú zaradení do koncepcie siete približuje nasledovná tabuľka.

Tab. 21: Koncepcia siete poskytovateľov v Košickom kraji

Druh zdravotníckeho zariadenia	Názov zdravotníckeho zariadenia	Obec
všeobecná nemocnica	Univerzitná nemocnica Louisa Pasteura Košice	Košice
špecializovaná nemocnica	Detská fakultná nemocnica Košice	Košice
špecializovaná nemocnica	Východoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s.	Košice
špecializovaná nemocnica	Východoslovenský onkologický ústav, a.s.	Košice
špecializovaná nemocnica	Univerzitná nemocnica - Nemocnica sv. Michala, a.s.	Košice
špecializovaná nemocnica	Inštitút nukleárnej a molekulárnej medicíny	Košice
špecializovaná nemocnica	Centrum pre liečbu drogových závislostí Košice	Košice
liečebňa	Psychiatrická liečebňa Samuela Bluma v Plešivci	Plešivec

Zdroj: Nariadenie vlády č. 640/2008 Z. z., vlastné spracovanie, 2024

Pre stanovenie dostatočnej lôžkovej kapacity je normatív pre poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti vyjadrený minimálnym počtom lôžok v jednotlivých špecializačných odboroch na územie kraja. Porovnanie verejnej minimálnej siete a skutočnej siete poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti k 1.1.2023 prináša nasledovná tabuľka.

Tab. 22: Plnenie normatívu - počtu lôžok v KSK

Odbornosť / oddelenia	SR	KSK		
	Norma pre SR počet lôžok	Normatív pre KSK počet lôžok	skutočnosť	skutočnosť - normatív
Vnútorné lekárstvo + JIS	3340	476	602	126
Infektológia + JIS	588	84	110	26
Pneumológia a ftizeológia	956	136	117	-19
Neurológia + JIS	1510	215	284	69
Psychiatria (pedopsychiatria)	3008	468	950	482
Klinické prac. lekárstvo a kl. toxikológia	76	11	22	11
Pediatria	1841	262	279	17
Gynekológia a pôrodnictvo (onkogynekol.)	2500	356	385	29
Chirurgia + JIS	3428	488	388	-100
Ortopédia	735	105	118	13
Urológia (onkourologia)	510	72	83	11
Úrazová chirurgia + JIS	659	94	157	63
ORL	612	87	66	-21
Oftalmológia	294	42	29	-13
Maxilofaciálna chirurgia	69	10	36	26
Dermatovenerológia	280	40	29	-11
Klinická onkológia + JIS	518	71	137	66
Anesteziológia a IM	475	68	116	48
Algeziológia	75	20	0	-20
FBLR	674	96	212	116
Neurochirurgia	204	29	59	30
Plastická chirurgia	128	18	25	7
Ortopedická protetika	28	0	0	0
Radiačná onkológia	311	44	57	13
Foniatria	8	0	0	0
Reumatológia	90	0	0	0
Nukleárna medicína	35	10	10	0
Gastroenterológia	19	0	0	0

Kardiológia	236	34	104	70
Diabetológia, poruchy látkovej P a V	82	0	0	0
Neonatológia a novorodenecké lôžka	1219	174	227	53
Geriatria	1053	150	63	-87
Nefrológia	8	1	0	-1
Endokrinológia	32	0	0	0
Cievna chirurgia	120	15	35	20
Kardiochirurgia	169	24	33	9
Medicína drogových závislostí	374	53	0	-53
Gerontopsychiatria	247	35	0	-35
Popáleninové	51	7	26	19
Doliečovacie	586	84	4	-80
Ošetrovateľské	240	30	62	32
Dlhodobo chorých	1571	224	368	144
Transplantačné	20	3	12	9
Hematológia a transfuziológia + JIS	94	13	20	7
Paliatívna medicína	160	20	23	3
Hrudníková chirurgia	60	0	101	101
Spolu KSK	29293	4169	5349	1180

Zdroj: Vlastné spracovanie, 2023

Najväčší rozdiel medzi normatívom a skutočnosťou je na oddeleniach chirurgie, geriatrických a doliečovacích oddeleniach. Na základe uvedeného je však celkový počet lôžok v Košickom samosprávnom kraji o 1 180 vyšší ako je normatív stanovený Nariadením vlády č. 640/2008 o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov.

Prijatím zákona o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a jeho postupnou implementáciou v praxi sa predpokladá sústredenie akútnej, špecializovanej zdravotnej starostlivosti do menšieho počtu nemocníc a súčasne by uvoľnené lôžkové kapacity mali zvýšiť počet lôžok pre poskytovanie následnej a dlhodobej ústavnej starostlivosti. Aj keď z vyhodnotenia normatívu vychádza, že týchto lôžok je dostatok až prebytok, pravdou je, že normatív je značne poddimenzovaný. V skutočnosti je lôžok pre dlhodobú starostlivosť nedostatok a hlavne z dôvodu starnutia obyvateľstva, ich v budúcnosti bude potrebných oveľa viac.

A.6.1.2.1 Reformná zmena v sieti poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti

S účinnosťou od 1.1.2022 bol prijatý zákon 540/2021 Z.z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti. Tento predpis bude pre nasledujúce obdobia kľúčovým dokumentom pre sieť poskytovateľov. Zmyslom zákona je, aby sa špecializovaná zdravotná starostlivosť a niektoré typy zdravotných výkonov, hlavne operačných zdravotných výkonov, koncentrovali do nemocníc, kde na ich poskytnutie majú zdravotnícki pracovníci potrebné personálne a materiálno-technické vybavenie, zručnosti a skúsenosti. Tým sa zabezpečí vyššia kvalitatívna úroveň poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Podmienkami pre tvorbu siete sú geografická dostupnosť ústavnej starostlivosti, počet poistencov v spádovom území nemocnice a minimálny počet lôžok. Schválenie zákona o optimalizácii siete nemocníc bolo podmienkou pre čerpanie historicky najvyššej finančnej pomoci Slovensku z fondov EÚ – z balíka Plánu obnovy a odolnosti. Ide o finančnú injekciu v objeme jednej miliardy eur.

Cieľom navrhovanej právnej úpravy je taktiež zvýšiť bezpečnosť pacienta a vytvoriť predpoklady na zvýšenie kvality poskytovanej ústavnej starostlivosti. Kvalita a efektívne využitie zdrojov sú zabezpečené vytvorením piatich úrovní nemocníc so zadanými rozsahmi poskytovanej zdravotnej starostlivosti prostredníctvom kategorizácie ústavnej starostlivosti, v rámci ktorej sa definujú aj ďalšie

podmienky a pravidlá pre poskytovanie ústavnej starostlivosti, ako napríklad maximálne čakacie doby, minimálne počty vybraných zdravotných výkonov, ako aj indikátory kvality poskytovanej ústavnej starostlivosti.

Obr. 10: Počty povinných, doplnkových a nepovinných programov



Zdroj: MZSR, 2023

V rámci kategorizácie je tak pre každú úroveň nemocnice ustanovený programový profil, t.j. definovaná povinná a doplnková programová štruktúra. Kategorizácia ústavnej zdravotnej starostlivosti je proces, v ktorom zaradzujeme nemocničnú starostlivosť do kategórií – do úrovní a do medicínskych programov. Každý program má definované medicínske služby a každá medicínska služba pozostáva z výkonov alebo diagnóz. V rámci tejto štruktúry sú definované požiadavky na časovú dostupnosť, na minimálne počty výkonov, na materiálno-technické ako aj personálne zabezpečenie, ktoré musí nemocnica povinne plniť aby mala plnú úhradu od zdravotných poisťovní, resp. si udržala svoju úroveň zaradenia v rámci každoročného vyhodnocovania siete. Všetky tieto dáta na úrovni nemocníc budú v rámci vyhodnocovania siete každoročne verejne publikované aj s ukazovateľmi kvality.

Obr. 11: Programový profil



Zdroj: MZSR, 2024

Prvotnú kategorizáciu k 1.1.2023 vykonalo MZSR. Následne koncom roka 2023 kategorizovalo aj ďalšie, najmä špecializované nemocnice. Od roku 2024 kategorizáciu zastrešuje osobitná Komisia pre tvorbu siete. Jej hlavné úlohy zahŕňajú: stanovenie kritérií kategorizácie nemocníc – určuje, ktoré nemocnice spĺňajú podmienky na zaradenie do siete podľa medicínskych programov; vyhodnocovanie návrhov na zmeny siete – zdravotné poisťovne, odborné spoločnosti a nemocnice môžu predkladať

návrhy na úpravy kategorizácie; posudzovanie dostupnosti zdravotnej starostlivosti – analyzuje geografické rozloženie nemocníc a ich kapacity; schvaľovanie doplnkových medicínskych programov – nemocnice môžu poskytovať špecializované programy nad rámec povinných služieb; monitorovanie kvality poskytovanej starostlivosti – sleduje dodržiavanie štandardov a efektívnosť nemocníc v sieti.

Tab. 23: Kategorizácia nemocníc v Košickom kraji k 6.2.2024

Úroveň nemocnice	Nemocnica
V. úroveň	-
IV. úroveň	Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice
	Detská fakultná nemocnica Košice
	Inštitút nukleárnej a molekulárnej medicíny
	Východoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s.
	Východoslovenský onkologický ústav, a.s.
	Kardiocentrum AGEL, s.r.o.
III. úroveň	Vysokošpecializovaný odborný ústav geriatrický sv. Lukáša v Košiciach, n.o.
II. úroveň	Nemocnica AGEL Košice-Šaca a.s.
	Nemocnica s poliklinikou Š. Kukuru Michalovce, a.s.
	Nemocnica s poliklinikou sv. Barbory Rožňava, a.s.
	Nemocnica s poliklinikou Spišská Nová Ves, a.s.
	Regionálna nemocnica Sobrance, n.o.
I. úroveň	Železničné zdravotníctvo Košice, s.r.o.
	Nemocnica AGEL Krompachy s.r.o.
	Nemocnica s poliklinikou n.o. Kráľovský Chlmec
	Nemocnica s poliklinikou Trebišov, a.s.
	Psychiatrická nemocnica Michalovce, n.o.
	PRO VITAE n.o.
	Centrum pre liečbu drogových závislostí Košice

Zdroj: Vlastné spracovanie, 2024

Vyhláška č. 316/2022 Z. z. a najmä Vyhláška č. 531/2023 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti účinná od 1.1.2024 spôsobila nemocniciam veľké problémy. Ide o vykonávací predpis k optimalizácii siete nemocníc. Právny predpis prináša zoznam medicínskych programov pre konkrétnu úroveň nemocnice. Upravuje tiež zoznam medicínskych služieb so zaradením do medicínskych programov, indikátory kvality, podmienky poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti v nemocnici, ako aj špeciálne personálne zabezpečenie a špeciálne materiálno-technické vybavenie. Vyhláška zavádza programový profil pre každú úroveň nemocnice a indikátory kvality pre ústavnú zdravotnú starostlivosť, ktoré sa začali uplatňovať od roku 2025. Reforma ústavnej zdravotnej starostlivosti zároveň rozširuje spektrum zdravotnej starostlivosti, na ktorú je potrebné viesť zoznamy čakajúcich poistencov a úplne mení spôsob jej plánovania. Lehoty časovej dostupnosti sú stanovené pre 629 medicínskych služieb a pre tieto medicínske služby je poskytovateľ povinný viesť zoznamy čakajúcich poistencov. Pre výkony jednodňovej zdravotnej starostlivosti bola táto povinnosť posunutá k 1.4.2024. Od 1.1.2025 pribudla povinnosť pre zdravotné poisťovne zabezpečiť pre poistenca iného poskytovateľa v prípade, že dostane u lekára termín, ktorý prekračuje lehotu časovej dostupnosti.

V súčasnom období zápasia nemocnice s množstvom problémov, ktoré im reforma priniesla (zazmluvňovanie programovej štruktúry - povinné, doplnkové a nepovinné programy), zatriedovanie výkonov do medicínskych služieb, čakacie listiny a pod.). Mnohé prijaté zmeny sú síce zamýšľané

A.6.1.3 Lekárska zdravotná starostlivosť

Lekárska starostlivosť zahŕňa zabezpečovanie, uchovávanie, prípravu, kontrolu a výdaj liekov vrátane internetového výdaja, zabezpečovanie, uchovávanie a výdaj zdravotníckych pomôcok vrátane internetového výdaja, zhotovovanie zdravotníckych pomôcok na mieru a ich výdaj, zabezpečovanie a výdaj dietetických potravín, poskytovanie odborných informácií a rád o liekoch, zdravotníckych pomôckach a dietetických potravinách potrebných na kvalitné poskytovanie zdravotnej starostlivosti podľa bezpečnej a racionálnej liekovej terapie. Ďalej zahŕňa najmä dohľad nad liekmi a dohľad nad zdravotníckymi pomôckami, zabezpečovanie, uchovávanie a výdaj doplnkového sortimentu, vykonávanie fyzikálnych a biochemických vyšetrení zameraných na primárnu prevenciu a sledovanie účinnosti a bezpečnosti farmakoterapie, ktoré si nevyžadujú ďalšie laboratórne spracovanie, spätný predaj humánnych liekov zaradených v zozname kategorizovaných liekov alebo liekov zaradených v zozname liekov s úradne určenou cenou držiteľovi povolenia na veľkodistribúciu humánnych liekov, ktorý ich držiteľovi povolenia na poskytovanie lekárskej starostlivosti vo verejnej lekárni alebo v nemocničnej lekárni.

Na základe zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov, 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 KSK vykonáva štátny dozor nad poskytovaním lekárskej starostlivosti vo verejnej lekárni, vo výdajni zdravotníckych pomôcok, vo výdajni ortopedicko-protetických zdravotníckych pomôcok a vo výdajni audio-protetických zdravotníckych pomôcok. Taktiež vydáva záväzné opatrenia na odstránenie nedostatkov zistených pri vykonávaní štátneho dozoru. Farmaceut KSK prejednáva priestupky a iné správne delikty a ukladá pokuty pri zistení porušenia povinností poskytovateľov.

Tab. 24: Počet lekární a výdajní podľa okresov v KSK

Okres	Počet verejných lekární	Počet pobočiek verejných lekární	Počet výdajní
Gelnica	6	4	0
Košice I, II, III, IV	112	1	28
Košice - okolie	24	3	2
Michalovce	38	0	6
Rožňava	15	1	3
Sobrance	7	0	1
Spišská Nová Ves	35	4	2
Trebišov	35	4	4
Spolu	272	17	46

Zdroj: KSK, vlastné spracovanie, 2025

Okrem iného, farmaceut KSK ďalej vedie a priebežne aktualizuje databázu zdravotníckych zariadení, ktoré majú vydané povolenie na poskytovanie lekárskej starostlivosti vo verejnej lekárni, vo výdajni zdravotníckych pomôcok, vo výdajni ortopedicko-protetických zdravotníckych pomôcok a vo výdajni audio-protetických zdravotníckych pomôcok. V roku 2025 v KSK evidoval 272 verejných lekární, 17 pobočiek verejných lekární a 46 výdajní. Územie KSK je sieťou lekární dostatočne pokryté.

V oblasti farmácie sú z pohľadu krajských kompetencií evidované problémy, ktoré pokiaľ nebudú mať oporu v právnej úprave (novelizácia Zákona č. 362/2011 Z.z.), nedôjde k zlepšeniu poskytovania a dostupnosti komplexnej lekárenskej starostlivosti z pohľadu pacienta. Vykonávaním kontrol u niektorých poskytovateľov lekárenskej starostlivosti boli zistené skutočnosti, na základe ktorých sa dá jednoznačne konštatovať, že kontrolovaný poskytovateľ neposkytuje komplexnú lekárenskú starostlivosť ako mu ukladá legislatíva. Záverečné vyjadrenie k splneniu podmienok na poskytovanie lekárenskej starostlivosti vydáva Štátny ústav pre kontrolu liečiv, ako najvyšší štátny kontrolný orgán pre oblasť farmácie. Na tejto skutočnosti sa podieľa viacero faktorov, z ktorých možno spomenúť vysokú nákladovosť na materiálno-technické vybavenie laboratória na individuálnu prípravu liekov, nízke ohodnotenie práce (Taxa laborum) a pomerne nízka návratnosť vynaložených investícií. Situácia v danej oblasti sa však neustálou edukáciou a vykonávaním dozornej činnosti postupne zlepšuje.

Nedostupnosť liekov v SR ovplyvňujú viaceré faktory. Tým, že sa liek stal voľne obchodovateľnou položkou, začína byť nedostupným. Redistribúciou (reexportom) liekov dochádza k ich nedostupnosti a nadväzujúcej záťaži zamestnancov lekární časovo náročnou administráciou z dôvodu zabezpečenia daného lieku prostredníctvom Informačného systému objednávaní liekov (ISMOL, ISEDO a pod.). Napriek tomu, že legislatívne pravidlá predaj liekov iným odberateľom obmedzujú, je v praxi dennou skúsenosťou, že tento stav naďalej pretrváva a v mnohých prípadoch je nekontrolovateľný, a vykonáva sa sofistikovaným spôsobom. Nedostupnosť liekov rovnako spôsobuje referencovanie cien liekov. Nízke ceny liekov a ich doplatkov vyvoláva v pacientoch potrebu vytvárania nadlimitných a často pri zmene terapie už neopodstatnených zásob, ktoré v konečnom dôsledku končia v odpade. Zlepšenie situácie v oblasti racionálnej preskripcie i užívania liekov vidíme v: intenzívnej edukácii obyvateľstva o nakladaní s liekmi, finančnom zainteresovaní obyvateľov na likvidácii liekového odpadu, úprave doplatkov za lieky, vytvorení unikátneho projektu na vznik centra pre kontrolu pravidelnosti užívania liekov u pacientov s polypragmáciou (laboratórnymi metódami stanovovať hladiny metabolitov sledovaného liečiva).

A.6.1.3.1 Lekárska pohotovostná služba

KSK v spolupráci so Slovenskou lekárnickou komorou a prostredníctvom farmaceuta KSK organizuje poskytovanie lekárenskej pohotovostnej služby (ďalej len „LPS“). V prípadoch, ak nedôjde k dohode poskytovateľov lekárenskej starostlivosti so Slovenskou lekárnickou komorou na zabezpečení LPS, nariaďuje poskytovanie LPS farmaceut KSK. Samosprávny kraj zverejňuje rozpis organizácie poskytovania LPS na svojom webovom sídle najneskôr mesiac pred začiatkom obdobia, na ktoré sa rozpis organizácie poskytovania LPS vyhotovuje. Ak má samosprávny kraj e-mailovú adresu poskytovateľa lekárenskej starostlivosti rozpísaného v rozpise zabezpečenia LPS, zašle rozpis organizácie poskytovania LPS aj na túto e-mailovú adresu. Rozpis LPS zverejňuje samosprávny kraj najmenej na obdobie troch kalendárnych mesiacov. Rozpis organizácie poskytovania LPS obsahuje:

- a) dátum a čas poskytovania lekárenskej pohotovostnej služby,
- b) názov a adresu verejnej lekárne poskytujúcej lekárenskú pohotovostnú službu.

Poskytovanie pohotovostných služieb v rámci okresov Košice a Košice-okolie, zabezpečujú v súčasnom období dve verejné lekárne. V ostatných okresoch (Rožňava, Trebišov, Michalovce, Spišská Nová Ves, Sobrance, Gelnica), sa lekárne striedajú na základe rozpisu vytvoreného na základe dohody medzi jednotlivými poskytovateľmi lekárenskej starostlivosti, regionálnymi lekárnickými komorami

a KSK. Pohotovostná služba lekárne je dobrovoľná, bezplatná a nie je financovaná zo strany štátu, či zdravotných poisťovní. Legislatíva v súčasnosti nestanovuje v tejto oblasti pevné body, spádové územia, ani prevádzkový čas. Problémom zostáva LPS najmä v menších okresoch, kde fungujú pevné body APS. Nedostatočný počet pohotovostných lekární nedokáže pokryť každodenné potreby, preto pacienti musia častokrát dochádzať za liekmi počas pohotovostných služieb do väčších miest. Do budúca bude vhodné realizovať lepšie nastavenie systému pohotovostí a legislatívne previazanie fungovania APS, ZLPS a LPS v prospech pacienta tak, aby po návšteve APS, resp. ZLPS mal pacient možnosť dostať sa čo najskôr k odporúčaným liekom.

Aby však bola LPS dostupná všetkým pacientom, ktorí sú na ňu odkázaní alebo ktorí ju naozaj nevyhnutne potrebujú, je dôležitá jej správna lokalizácia. Predmetná služba by mala nadväzovať na pevný bod APS, čím by sa skrátil čas dostupnosti potrebných liekov pre pacientov. V Košiciach sú v súčasnosti dvaja poskytovatelia APS, z toho len jeden má k dispozícii aj pohotovostnú lekárňu. Táto lekárňu poskytuje svoje služby pacientom oboch APS a zároveň aj pacientom urgentného príjmu Univerzitnej nemocnice L. Pasteura v Košiciach.

Z pohľadu súčasne nastavených legislatívnych a ekonomických podmienok je potrebné si uvedomiť nereálnosť zabezpečenia LPS v menších mestách. Legislatíva (zákon č. 362/2011 Z.z.) takúto povinnosť nepozná, počet zamestnancov v menších lekárnach je nízky (často len 1 alebo 2), náklady na prevádzku a platy zamestnancov v menej frekventovanom čase sú vyššie ako výnosy. Zo strany poskytovateľov lekárenskej starostlivosti nebude záujem o zabezpečenie 24 hodinovej prevádzky LPS pokiaľ bude platiť, že APS bude poskytovaná do 22,00 hod. (prípadne len do 20,00 hod.).

A.7 Záchytné izby

Prvá protialkoholická záchytná stanica v Československu bola založená v roku 1951 na Protialkoholickom oddelení v Prahe u Apolináre ako špeciálne medicínske zariadenie pre krátkodobý pobyt pri akútnej intoxikácii najmä alkoholom a neskôr aj inými návykovými látkami v dĺžke trvania niekoľko hodín, resp. do vytriezvenia. Postupne došlo k rozvoju celej siete záchytných staníc, čo súviselo s nárastom výskytu sociálne patologických javov po 2. svetovej vojne vrátane rozvoja alkoholizmu. Svojho vrcholu dosiahla sieť v roku 1989, kedy vzrástol počet záchytných staníc na 34 s celkovým počtom lôžok 325. Od roku 1990 sa počet tzv. záchytných a ich kapacita znižovali.

V SR sa v posledných rokoch vedie intenzívna diskusia o riešení problému pomoci ľuďom intoxikovaným alkoholom. Od roku 2004 totiž zanikli všetky protialkoholické záchytné izby a osoby intoxikované alkoholom sú privázané na centrálny príjmy nemocníc, kde spôsobujú veľkú záťaž a problémy ako zdravotníckym pracovníkom, tak aj ostatným pacientom (mnohokrát svojim agresívnym správaním). Títo pacienti tvoria mnohokrát až tretinu pacientov na urgentných príjmoch. V rámci SR upravuje problematiku pomoci ľuďom intoxikovaným alkoholom zákon NR SR č. 219/1996 Z. z. o ochrane pred zneužívaním alkoholických nápojov a o zriaďovaní a prevádzke protialkoholických záchytných izieb v znení neskorších predpisov. Podľa tohto zákona protialkoholickú záchytnú izbu zriaďuje a jej spádové územie určuje MZ SR po dohode s obcou, pre ktorej územie je určená. Zákon je však vo viacerých ohľadoch zastaraný a v súčasnosti sa už neuplatňuje. Jednotlivé obce a kraje opätovne pripomínajú potrebu zriaďovania záchytných, vyjasnenia spôsobu ich zriaďovania a kompetencií. Zaoberajú sa tiež vyriešením otázok okolo ich materiálno-technického vybavenia či personálneho zabezpečenia. Záchraná služba ročne v rámci SR ošetrí okolo 50 000 ľudí s otravou alkoholu. Dve tretiny

z nich je potrebné transportovať do zdravotníckeho zariadenia, nakoľko sú potrebné podrobné vyšetrenia, nakoľko za opitostou sa môžu skrývať vážnejšie problémy, ako je cievna príhoda, hypoglykémia, krvácanie do mozgu, či iné život ohrozujúce ochorenie.

V súčasnosti je prijatá Stratégia prevencie kriminality a inej protispoločenskej činnosti v SR do roku 2028. Jej strategický cieľ č. 4, je „zvyšovanie ochrany verejných priestorov a pocitu bezpečia“. V rámci neho sa navrhuje úloha – vypracovať návrh mechanizmu na obnovu činnosti protialkoholických izieb a predloženie na Radu vlády SR pre prevenciu kriminality. Ide o multirezortný problém, ktorý musia v rámci vzájomnej spolupráce vyriešiť Ministerstvo zdravotníctva SR a Ministerstvo vnútra SR. Podporu na urýchlené riešenie situácie s intoxikovanými osobami podporilo aj Združenie samosprávnych krajov SK8 v lete 2020, avšak zatiaľ bez jasného záveru a riešenia zo strany dotknutých rezortov.

Po analýze situácie v rámci okolitých štátov konštatujeme, že starostlivosť o osoby intoxikované alkoholom riešenú formou protialkoholických záchytných staníc realizujú tri štáty: Česká republika, Litva a Poľsko a formou detenčných ciel na policajných útvaroch päť štátov: Estónsko, Chorvátsko, Nemecko, Slovinsko a Švédsko. Dva štáty majú túto starostlivosť riešenú oboma spôsobmi: Fínsko a Lotyšsko. Výnimku predstavuje Maďarsko, ktoré má tento systém riešený formou starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach, pričom má na to prijatú špeciálnu právnu úpravu a vypracovaný osobitný systém.

Pri pohľade na subjekt, ktorý je zriaďovateľom týchto zariadení a financuje ich pôsobenie, v prípade ciel predbežného zadržania je to polícia (Estónsko, Chorvátsko, Fínsko, Nemecko, Slovinsko a Švédsko), v prípade záchytných staníc je to väčšinou samospráva – obce, alebo kraje (Fínsko, Lotyšsko, Litva, Poľsko a Česká republika). Zaujímavý je prípad Lotyšska, kde štát spätne uhrádza samospráve časť nákladov na prevádzkovanie záchytných staníc. V prípade Litvy existujú aj súkromní prevádzkovatelia.

Analyzovať môžeme aj skutočnosť, či existuje v danom štáte povinnosť zadržanej osoby uhrádzať náklady (časť nákladov) za umiestnenie v tomto zariadení. Päť štátov má takúto povinnosť zavedenú: Česká republika, Litva, Maďarsko, Nemecko, Poľsko. V piatich štátoch naopak nie je: Estónsko, Chorvátsko, Fínsko, Lotyšsko a Slovinsko. Viaceré zo štátov, ktoré majú zavedenú povinnosť úhrady, má problém s vymožiteľnosťou týchto poplatkov od zadržaných osôb.

Ďalej je dôležité porovnať, či v daných zariadeniach existuje prítomnosť permanentnej zdravotnej služby. Táto povinnosť sa týka zariadení v troch štátoch: Česká republika, Fínsko a Poľsko. Naopak, štyri štáty: Estónsko, Litva, Slovinsko a Švédsko nemajú uloženú túto povinnosť. V prípadoch, kde nie je zavedená stála zdravotná služba, je personál špeciálne vyškolený v oblasti prvej pomoci a je schopný túto pomoc v prípade potreby poskytnúť. V rámci Švédskeho systému je v detenčných celách povinnosť službukonajúceho personálu kontrolovať zdravotný stav zadržaných aspoň raz za 15 minút. V Lotyšsku závisí od konkrétnej samosprávy, či v záchytnej stanici zdravotnú službu poskytuje, alebo nie.

A.7.1 Prekážky brániace znovuo tvoreniu záchytných izieb v SR

Medzi základné prekážky brániace opätovnému sprevádzkovaniu danej služby radíme najmä:

- Právnu bariéru: Legislatívne obsolentná právna úprava sa zakladá na pôvodnom zákone z minulého storočia, keď socialistické zdravotníctvo prebralo na seba represívno-preventívnu úlohu chrániť spoločnosť pred ohrozujúcim správaním ľudí pod vplyvom alkoholu ich umiestňovaním do záchytných. Pri dnešnej ústave je právne nemožné obmedzovanie osobnej slobody u osoby bez psychózy v zdravotníckom zariadení proti jej vôli, ak tak nerozhodol súd. Zdravotníci nemôžu a nesmú fyzicky zakročiť voči násilníkovi. Často sa stretávame s názorom, že o umiestnení do

záchytnej izby môže rozhodnúť lekár. V zmysle platnej legislatívy by bolo takéto umiestnenie možné na základe ohrozujúceho správania, nie zdravotného stavu a o tom rozhoduje výlučne policajt. Lekár by mohol len kontraindikovať umiestnenie zo závažných zdravotných dôvodov.

- Medicínska bariéra: Záchytky sú v zmysle zákona poriadkovým zariadením. Na observáciu zdravotného stavu neboli dostatočne vybavené, ale ani primárne určené. S pôvodným personálnym a materiálno-technickým vybavením by dnes nespĺňali náročné medicínske kritériá na pozorovanie stavu pacienta s rizikom vzniku závažných, život ohrozujúcich komplikácií. Preto na sklonku fungovania záchytných izieb, len v malej časti alkoholom podgurážených pacientov privezených policajtmi na centrálny príjem do niektorej z nemocníc, dal po vyšetrení lekár súhlas na prevoz do záchytnej izby. Zostali na lekársku intervenciu a pozorovanie v nemocnici. Takýto pacienti však zamestnávajú personál urgentného príjmu na dlhé hodiny.
- Ekonomická bariéra: Nakoľko v záchytnej izbe nešlo o poskytovanie zdravotnej starostlivosti, zdravotné poisťovne odmietali náklady uhrádzať. Obce neboli schopné financovania. Nebol pre nich ani tak problém účelové priestory fyzicky vytvoriť, ale nájsť prostriedky na ich trvalo udržateľnú efektívnu činnosť. Výberom peňazí od umiestnených pacientov sa nepokrylo ani 15 % nákladov nevyhnutných na prevádzku. Preto mnohé stanice z ekonomických dôvodov zanikli a nové napriek požiadavkám samotných obcí nevznikali.

Komplexné riešenie situácie si bude vyžadovať zriadenie oddelených priestorov a diagnosticko-terapeutických tímov v rámci centrálnych príjmov s primeranou policajnou asistenciou v kritických hodinách. Druhou súvisiacou úlohou je zriadenie záchytných izieb pre tých, u ktorých ich stav nevyžaduje pozorovanie v nemocnici. Takéto záchytné izby mohli prejsť pod gesciu Ministerstva vnútra SR.

A.8 Verejná optimálna sieť

Verejná optimálna sieť poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti, poskytovateľov primárnej špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti a poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti poskytovanej v špecializovanej ambulancii podľa prílohy č. 1a zákona 578/2004 Z.z. (69 špecializovaných ambulancií) sa bude každoročne ustanovovať pre:

- a) všeobecnú ambulantnú starostlivosť pre deti a dospelých,
- b) všeobecnú ambulantnú starostlivosť pre dospelých,
- c) primárnu špecializovanú gynekologickú ambulantnú starostlivosť,
- d) špecializovanú ambulantnú starostlivosť poskytovanú v špecializovanej ambulancii pre špecializované ambulancie uvedené v prílohe č. 1 Vyhlášky MZSR č. 42/2025 Z.z. (42 špecializovaných ambulancií).

Optimálna sieť poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti a optimálna sieť poskytovateľov primárnej špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti sa ustanovuje tak, aby sa zabezpečili miestna dostupnosť poskytovateľov a potrebný počet a zloženie verejne dostupných ambulancií na príslušnom území, t.j. „optimálna kapacita“. Optimálna sieť poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti sa ustanovuje tak, aby sa zabezpečila jej optimálna kapacita. Územie, pre ktoré sa ustanovuje optimálna sieť, t.j. „príslušné územie“, približuje nasledovná tabuľka.

Tab. 25: Stanovenie príslušného územia pre optimálnu sieť

Optimálna sieť	Územie
všeobecná ambulantná starostlivosť pre dospelých	okres
všeobecná ambulantná starostlivosť pre deti a dorast	okres
primárna špecializovaná gynekologická ambulantná starostlivosť	okres
špecializovaná ambulantná starostlivosť	
algeziologická ambulancia	okres
angiologická ambulancia	kraj
ambulancia čelustnej ortopedie	kraj
dermatovenerologická ambulancia	okres
ambulancia detskej psychiatrie	okres
ambulancia diabetológie a porúch látkovej premeny a výživy	okres
endokrínologická ambulancia	okres
ambulancia fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie	okres
gastroenterologická ambulancia	kraj
geriatrická ambulancia	kraj
hematologická a transfúziologická ambulancia	okres
chirurgická ambulancia	okres
infektologická ambulancia vrátane ambulancie tropickej medicíny	kraj
kardiologická ambulancia	kraj
ambulancia klinickej imunológie a alergológie	kraj
ambulancia klinickej logopédie	okres
ambulancia klinickej onkológie	kraj
ambulancia klinickej psychológie	okres
ambulancia lekárskej genetiky	kraj
ambulancia liečebnej pedagogiky	kraj
ambulancia medicíny závislostí	okres
nefrologická ambulancia	kraj
neurologická ambulancia	okres
oftalmologická ambulancia	okres
ortopedická ambulancia	okres
otorinolaryngologická ambulancia	okres
ambulancia paliatívnej medicíny	kraj
ambulancia pediatrickej endokrinológie a diabetológie, porúch látkovej premeny a výživy	okres
ambulancia pediatrickej gastroenterológie, hepatológie a výživy	kraj
ambulancia pediatrickej gynekológie	okres
ambulancia pediatrickej hematológie a onkológie	kraj
ambulancia pediatrickej kardiológie	kraj
ambulancia pediatrickej nefrológie	kraj
ambulancia pediatrickej neurológie	kraj
ambulancia pediatrickej pneumológie a ftizeológie	kraj
ambulancia plastickej chirurgie	kraj
pneumologicko-ftizeologická ambulancia	okres
psychiatrická ambulancia	okres
reumatologická ambulancia	kraj
ambulancia úrazovej chirurgie	okres
urologická ambulancia	kraj
ambulancia vnútorného lekárstva	okres

Zdroj: Vyhláška MZSR č. 42/2025 Z.z., vlastné spracovanie, 2025

Miestna dostupnosť poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti a poskytovateľov primárnej špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti je vyjadrená ako najkratší čas dojazdu osobným motorovým vozidlom z každej obce príslušného územia do najbližšej obce, v ktorej má vyššie uvedený poskytovateľ miesto prevádzkovania svojej ambulancie. Miestna dostupnosť poskytovateľov je zabezpečená, ak čas dojazdu nepresiahne:

- a) 25 minút pre optimálnu sieť poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti,

b) 35 minút pre optimálnu sieť poskytovateľov primárnej špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti.

Časová náročnosť poskytovania zdravotnej starostlivosti je vyjadrená vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti a v primárnej špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti indexom náročnosti poistenca a normatívnym počtom kapítovaných poistencov. V špecializovanej ambulantnej starostlivosti optimálnou dennou kapacitou špecializovanej ambulancie. Index náročnosti poistenca vyjadruje odchýlku časovej náročnosti poskytovania všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo primárnej špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti v závislosti od veku poistenca vo vzťahu k priemernému počtu návštev v ambulancii. Hodnoty indexu náročnosti poistenca sú uvedené v nasledovnej tabuľke.

Tab. 26: Hodnoty indexu náročnosti poistenca podľa veku

Vek poistenca	INDEX _{VAS}	INDEX _{GYN}
0 až 4 roky	1,52	-
5 až 9 rokov	1,11	-
10 až 14 rokov	0,72	-
15 až 19 rokov	0,59	0,57
20 až 24 rokov	0,67	1,50
25 až 29 rokov	0,67	2,21
30 až 34 rokov	0,72	2,14
35 až 39 rokov	0,78	1,50
40 až 44 rokov	0,86	1,14
45 až 49 rokov	0,94	1,00
50 až 54 rokov	1,11	0,86
55 až 59 rokov	1,17	0,64
60 až 64 rokov	1,22	0,57
65 až 69 rokov	1,17	0,50
70 až 74 rokov	1,28	0,43
75 až 79 rokov	1,42	0,36
80 až 84 rokov	1,42	0,36
85 alebo viac rokov	1,36	0,29

Zdroj: Vyhláška MZSR č. 42/2025 Z.z., vlastné spracovanie, 2025

Normatívny počet kapítovaných poistencov je optimálny počet kapítovaných poistencov z pohľadu časovej náročnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti na jednu všeobecnú ambulanciu s 35 ordinačnými hodinami týždenne alebo jednu primárnu gynekologicko-pôrodnickú ambulanciu s 30 ordinačnými hodinami týždenne. Normatívny počet kapítovaných poistencov je:

- a) 1 600 kapítovaných poistencov u poskytovateľa VLD,
- b) 1 100 kapítovaných poistencov u poskytovateľa VLDD,
- c) 3 100 kapítovaných poistencov u poskytovateľa GYN.

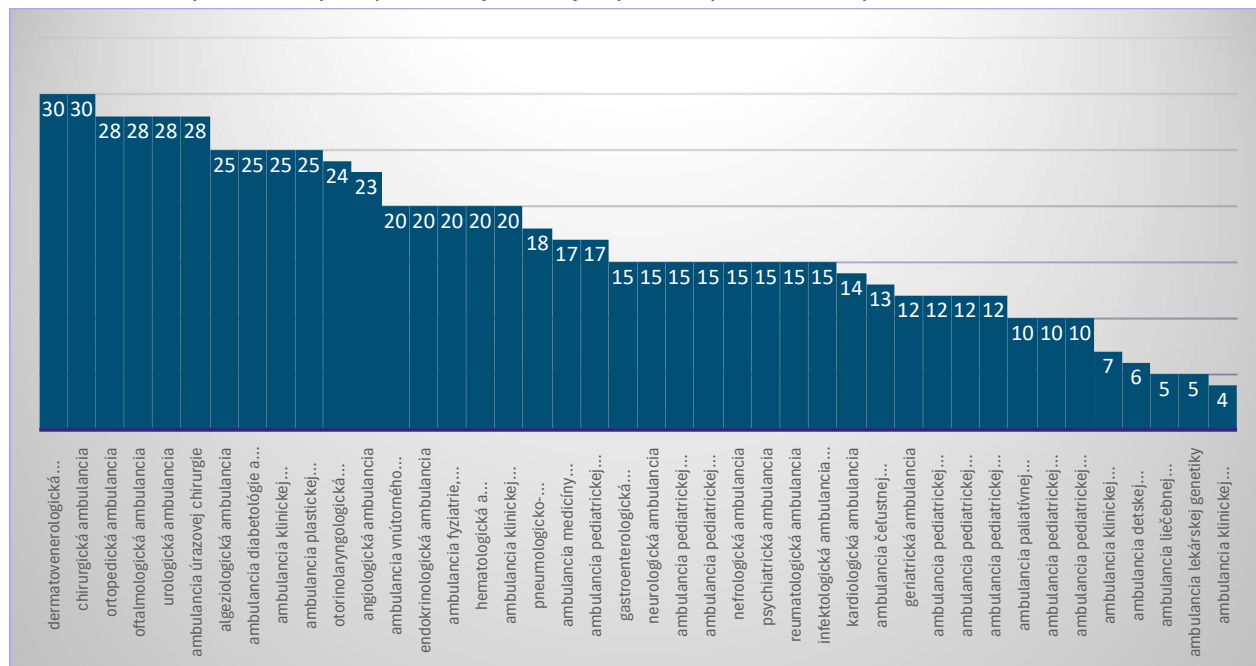
Optimálna denná kapacita špecializovanej ambulancie vyjadruje denný počet pacientov, ktorým je z pohľadu časovej náročnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti možné poskytnúť kvalitnú a bezpečnú špecializovanú ambulantnú starostlivosť lekárom so špecializáciou v inom špecializačnom odbore ako všeobecné lekárstvo, zubným lekárom, logopédom so špecializáciou v špecializačnom odbore klinická logopédia, psychológom so špecializáciou v špecializačnom odbore klinická psychológia alebo liečebným pedagógom so špecializáciou v špecializačnom odbore liečebná pedagogika v jednej špecializovanej ambulancii s 30 ordinačnými hodinami týždenne. Hodnoty optimálnej dennej kapacity špecializovaných ambulancií, pre ktoré sa ustanovuje optimálna sieť poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti, sú uvedené v nasledovnej tabuľke.

Tab. 27: Optimálna denná kapacita špecializovaných ambulancií

Špecializovaná ambulancia	Počet pacientov
algeziologická ambulancia	25
angiologická ambulancia	23
ambulancia čelustnej ortopédie	13
dermatovenerologická ambulancia	30
ambulancia detskej psychiatrie	6
ambulancia diabetológie a porúch látkovej premeny a výživy	25
endokrinologická ambulancia	20
ambulancia fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie	20
gastroenterologická ambulancia	15
geriatrická ambulancia	12
hematologická a transfúziologická ambulancia	20
chirurgická ambulancia	30
infektologická ambulancia vrátane ambulancie tropickej medicíny	15
kardiologická ambulancia	14
ambulancia klinickej imunológie a alergológie	25
ambulancia klinickej logopédie	7
ambulancia klinickej onkológie	20
ambulancia klinickej psychológie	4
ambulancia lekárskej genetiky	5
ambulancia liečebnej pedagogiky	5
ambulancia medicíny závislostí	17
nefrologická ambulancia	15
neurologická ambulancia	15
oftalmologická ambulancia	28
ortopedická ambulancia	28
otorinolaryngologická ambulancia	24
ambulancia paliatívnej medicíny	10
ambulancia pediatrickej endokrinológie a diabetológie, porúch látkovej premeny a výživy	17
ambulancia pediatrickej gastroenterológie, hepatológie a výživy	12
ambulancia pediatrickej gynekológie	10
ambulancia pediatrickej hematológie a onkológie	12
ambulancia pediatrickej kardiológie	12
ambulancia pediatrickej nefrológie	15
ambulancia pediatrickej neurológie	10
ambulancia pediatrickej pneumológie a ftizeológie	15
ambulancia plastickej chirurgie	25
pneumologicko-ftizeologická ambulancia	18
psychiatrická ambulancia	15
reumatologická ambulancia	15
ambulancia úrazovej chirurgie	28
urologická ambulancia	28
ambulancia vnútorného lekárstva	20

Zdroj: Vyhláška MZSR č. 42/2025 Z.z., vlastné spracovanie, 2025

Obr. 13: Počet pacientov pri optimálnej dennej kapacite špecializovaných ambulancií



Zdroj: Vyhláška MZSR č. 42/2025 Z.z., vlastné spracovanie, 2025

Vnútroštátna migrácia poistencov sa vypočíta ako pomer súčtu kapitovaných poistencov na príslušnom území a súčtu nekapitovaných poistencov s trvalým pobytom na príslušnom území k celkovému počtu poistencov na príslušnom území. Spôsob výpočtu a zohľadnenia vnútroštátnej migrácie poistencov vo verejnej sieti je uvedený vo Vyhláške MZSR č. 42/2025 Z.z. Optimálna kapacita optimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulancie starostlivosti a optimálnej siete poskytovateľov primárnej špecializovanej gynekologickej ambulancie starostlivosti je vyjadrená ako podiel počtu prepočítaných poistencov na príslušnom území určenom podľa miesta trvalého pobytu poistenca uvedenom v centrálnom registri poistencov a normatívneho počtu kapitovaných poistencov, pri zohľadnení hodnôt vnútroštátnej migrácie a časovej náročnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti. Spôsob výpočtu približuje Vyhláška MZSR č. 42/2025 Z.z. Optimálna kapacita optimálnej siete poskytovateľov špecializovanej ambulancie starostlivosti je vyjadrená ako podiel počtu predpokladaných návštev na príslušnom území a optimálnej ročnej kapacity špecializovanej ambulancie, pri zohľadnení chorobnosti poistencov v SR, návštevnosti špecializovaných ambulancií v SR, počtu pracovných dní a časovej náročnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti. Spôsob výpočtu stanovuje vyhláška. Počet ambulancií vo verejnej sieti poskytovateľov všeobecnej ambulancie starostlivosti, poskytovateľov primárnej špecializovanej gynekologickej ambulancie starostlivosti a poskytovateľov špecializovanej ambulancie starostlivosti sa určí pre všeobecnú ambulanciu starostlivosti, primárnu špecializovanú gynekologickú ambulanciu starostlivosti a špecializovanú ambulanciu starostlivosti. Vyhodnocovanie stavu optimálnej siete sa každoročne uskutočňuje pre:

- všeobecnú ambulanciu starostlivosti pre deti a dospelých spoločne za všetky zdravotné poisťovne,
- všeobecnú ambulanciu starostlivosti pre dospelých spoločne za všetky zdravotné poisťovne,
- primárnu špec. gynekologickú ambulanciu starostlivosti osobitne za každú zdravotnú poisťovňu,
- špecializovanú ambulanciu starostlivosti osobitne za každú zdravotnú poisťovňu.

A.9 Identifikované problémy pri zabezpečovaní dostupnosti zdravotnej starostlivosti

KSK vykonáva v oblasti zdravotníctva prenesený výkon štátnej správy ako aj svoje vlastné samosprávne funkcie. Dokument „Priority zdravotnej politiky pre Košický kraj na obdobie 2024 – 2028 s výhľadom do roku 2030“ a jeho obsahová náplň spolu s identifikovanými problémami pre jednotlivé oblasti regionálneho zdravotníctva, je strednodobým strategickým dokumentom, ktorý popisuje základné fungovanie zdravotníctva a definuje jeho prioritné problematické oblasti 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 kvalitnej zdravotnej starostlivosti. Okrem genetických pre-dispozícií 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 prirodzene našim prioritným cieľom. Orientovanie sa na takto zadaný cieľ nám pomôže dosiahnuť zlepšenie zdravotného stavu občanov, zvýšenie ich spokojnosti s poskytovanými zdravotníckymi službami a taktiež motivovať odborný zdravotnícky personál k zotrvaní pôsobenia v Košickom kraji.

Medzi najvýznamnejšie okruhy identifikovaných problémových oblastí, ku ktorým následne konkretizujeme jednotlivé problémy, zaraďujeme najmä:

- a) absenciu nástrojov na geografické rozmiestnenie poskytovateľov v kraji a ich počet,
- b) neefektívnosť využívania finančných zdrojov,
- c) vek zdravotníckych pracovníkov a ich odchod do zahraničia,
- d) nevyhovujúce priestory na poskytovanie zdravotnej starostlivosti,
- e) nedostatok poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, lôžok, problémy na pohotovostiach.

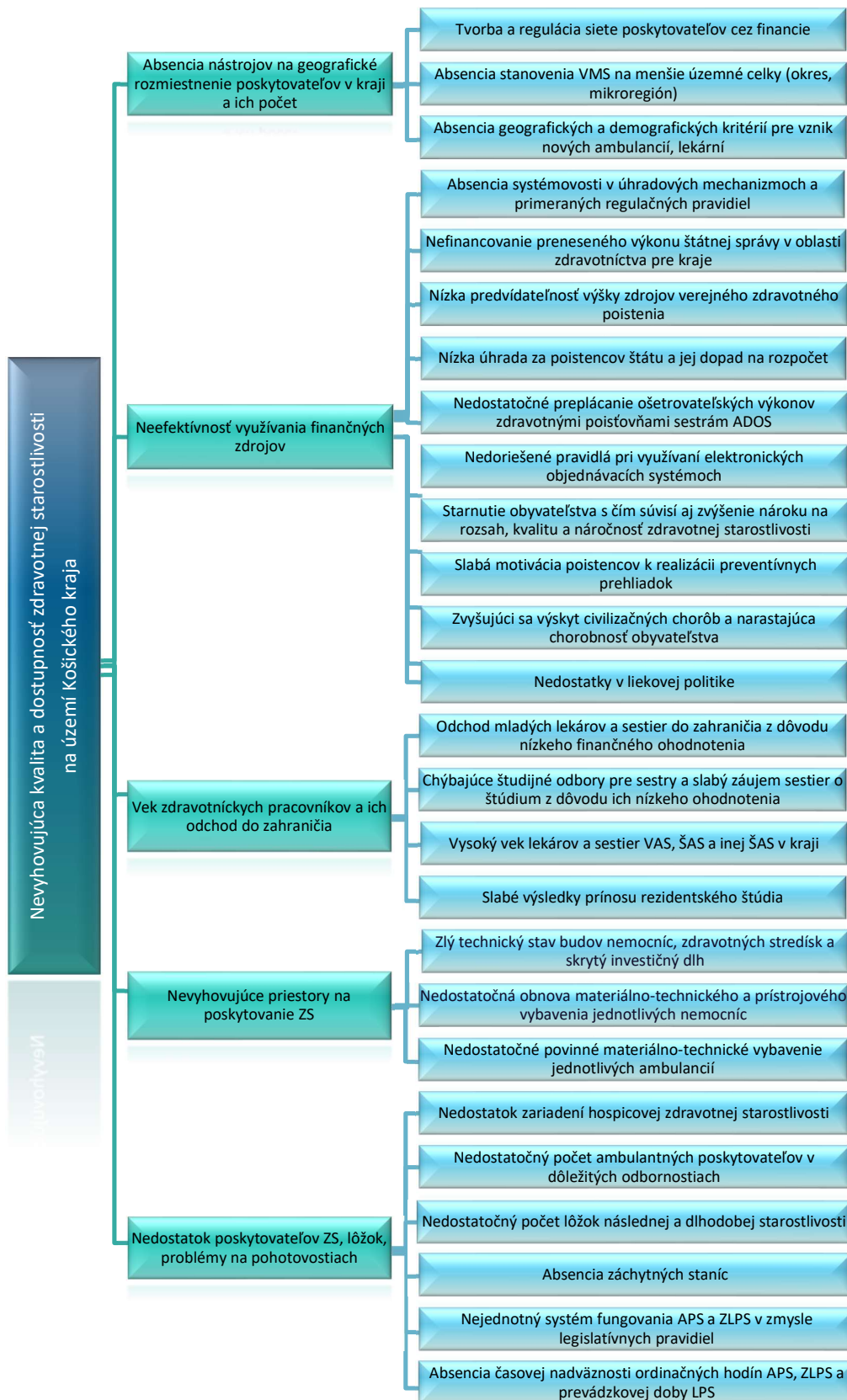
A.9.1 Strom problémov

Rozsah v akom KSK dokáže prostredníctvom výkonu svojej činnosti reálne ovplyvňovať pravidlá a systémové nastavenia oblasti zdravotníctva vo svojom regióne, je na základe súčasne nastavených legislatívnych pravidiel a kompetencií minimálny, skôr formálny a štatistický.

Napriek tomuto faktu, je tu priestor pre aktívnu účasť KSK na formovaní a smerovaní regionálneho zdravotníctva formou aktívneho mediátora dodávajúceho a potvrdzujúceho vážnosť identifikovaných problémov. Na riešenie problémov je nevyhnutná vzájomná aktívna spolupráca s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a ďalšími aktérmi verejnej zdravotnej politiky.

Nasledujúca schéma v grafickej podobe (vo forme stromu problémov) vykresľuje hlavné aktuálne problémy, ktoré boli identifikované v rámci analytickej časti dokumentu. Ich postupné eliminovanie a riešenie, bude v záujme dosiahnutia celospoločenského cieľa, t.j. zlepšenie dostupnosti kvalitnej pro-pacientsky a pro-rodinne orientovanej integrovanej zdravotnej starostlivosti a podpora prevencie pre obyvateľov Košického kraja. Strom problémov je okrem iného dôležitým nástrojom pri príprave projektov. Pomáha nám analyzovať problémy a následne stanoviť reálne ciele, na dosiahnutie ktorých majú byť projekty orientované.

Obr. 14: Strom problémov



Zdroj: Vlastné spracovanie, 2024

A.10 SWOT analýza

SWOT analýza je nástrojom strategického plánovania používaným na hodnotenie silných a slabých stránok, príležitostí a hrozieb, ktoré spočívajú v danom projekte, obchodnej príležitosti, prípadne v inej situácii, v ktorej sa nachádza organizácia so snahou uskutočniť určitý cieľ. Zároveň je vhodnou metódou na detailné zhrnutie a ilustráciu silných, slabých stránok, príležitostí a rizík sektoru zdravotníctva s ohľadom na región Košického kraja.

Silné stránky

- vysoko kvalifikovaná pracovná sila pre systém poskytovania zdravotnej starostlivosti
- stálosť pracovného miesta, možnosť uplatnenia zdravotníckych pracovníkov u rôznych poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na trhu práce
- regulované zdravotnícke povolania, mobilita zdravotníckych pracovníkov v rámci trhu práce členských štátov EÚ
- rozvoj technológií – eHealth umožňuje zhromažďovať vysoko kvalitné dáta, zlepšuje kontinuitu informačného toku, odborný dohľad, monitorovanie výkonnosti zdravotníckych systémov a zvyšuje transparentnosť, zodpovednosť za poskytované služby s ohľadom na bezpečnosť pacienta
- vzájomná spolupráca vzdelávacích inštitúcií a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pri zabezpečovaní praktickej výučby študentov v jednotlivých zdravotníckych odboroch
- existencia systému ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov
- zabezpečenie bezpečnosti pacienta pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti zdravotníckymi pracovníkmi – sústavným vzdelávaním v súlade s najnovším poznaním vedy a výskumu
- realizácia rezidentského programu (podpora financovania špecializačného štúdia zdravot. pracovníkov štátom)
- povinnosť sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov a hodnotenia sústavného vzdelávania
- optimálne podmienky pre dobrý kariérny rast v rezorte zdravotníctvo
- spolupráca MZ SR, profesijných združení, občianskych združení, odborných spoločností, vzdelávacích ustanovizní, ďalších právnických a fyzických osôb v zdravotníctve s príslušnými orgánmi a inštitúciami členských štátov EÚ vo veciach súvisiacich s výkonom zdravotníckeho povolania
- pôsobenie viacerých odborových a profesijných organizácií v rezorte zdravotníctvo
- uzatváranie kolektívnych zmlúv vyššieho stupňa v rezorte zdravotníctvo
- Zákonník práce umožňuje existenciu viacerých pracovných pomerov zdravotníckych pracovníkov u rôznych zamestnávateľov

Slabé stránky

- rôzni držiteľia informácií o zdravotníckych pracovníkoch a ich odmeňovaní, problémom je kvalita, úplnosť, včasnosť, pravdivosť a dostupnosť údajov z jednotlivých zdrojov, miera ich aktualizácie, ako aj kompatibilita a porovnateľnosť s ostatnými dostupnými údajmi
- úroveň a kvalita pracovných podmienok v zdravotníckych zariadeniach (zastarané materiálo-technické vybavenie niektorých pracovísk, nevhodné priestorové podmienky, a i.)
- limitované zdroje (ľudské, finančné, materiálo-technické, IT, a i.)
- systém financovania zdravotníckych zariadení – v spojení s limitovaným objemom zdrojov zdravotného poistenia a vysokým podielom mzdových nákladov na celkových nákladoch zdravotníckych zariadení – predstavujú ekonomické faktory ovplyvňujúce zamestnávateľov zvyšovať zamestnanosť, prijímať absolventov do jednotlivých zdravotníckych povolanií a optimalizovať svoju personálnu a mzdovú politiku
- zamestnávatelia nemajú povinnosť prijímať absolventov do jednotlivých zdravotníckych povolanií, aby priebežne plánovali a obnovovali ľudské zdroje
- absencia štandardov výberového konania absolventov u zamestnávateľov/v zdravotníckych zariadeniach
- neexistujúca stratégia kariérneho rozvoja zdravotníckych pracovníkov
- absencia štandardného „firemného“ systému vzdelávania a rozvoja zamestnancov, ktorý rešpektuje ekonomické a personálne potreby zdravotníckeho vzdelávania
- absentujúca identifikácia vzdelávacích potrieb zdravotníkov, vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov
- existujúci systém ďalšieho vzdelávania, v jednotlivých zdravotníckych povolaniach – získaná špecializácia predstavuje špecifický faktor ovplyvňujúci dostatok/nedostatok zdravotníckych pracovníkov (predovšetkým lekárov) v príslušnom medicínskom odbore, ako aj mieru uplatnenia sa zdravotníckeho pracovníka v rezorte zdravotníctva a mimo rezort zdravotníctva (vnútorná a vonkajšia mobilita)

- dlhá doba štúdia/odbornej prípravy na povolanie, potrebná na získanie odbornej spôsobilosti v niektorých zdravotníckych povolaniach
- modernizácia vzdelávania študentov ošetrovateľstva, lekárov a sestier využívaním simulátorov výučby
- odchod najtalentovanejších študentov a mladých vzdelaných ľudí do zahraničia
- výška nákladov na štúdium zdravotníckych pracovníkov a reálne nízky počet absolventov vstupujúcich do praxe – slabá efektívnosť využívania štátom vynakladaných zdrojov ako aj vzdelávacích kapacít jednotlivých stredných a vysokých škôl
- nízka alokácia finančných prostriedkov pre plánovanie ľudských zdrojov v zdravotníctve
- limitujúci faktor na zlepšenie odmeňovania zdravotníckych pracovníkov predstavujú disponibilné zdroje
- objem disponibilných zdrojov zdravotníckych zariadení ovplyvňujú zmluvné vzťahy so zdrav. poisťovňami
- súbeh viacerých predpisov upravujúcich odmeňovanie zamestnancov v zdravotníctve
- chýbajúce údaje o migrácii zdravotníckych pracovníkov
- regulované systémy odmeňovania (verejná služba a štátna služba) nie sú dostatočne motivačné, nepodporujú, ale znižujú záujem o výkon zdravot. povolania, resp. pôsobia ako významný motivačný faktor pre zmenu zamestnávateľa
- problémové udržanie/stabilizovanie zdravotníckych pracovníkov po získaní odbornej spôsobilosti na špecializované pracovné činnosti u pôvodného zamestnávateľa
- absentujúce rôzne motivačné faktory ovplyvňujúce ochotu / neochotu zdravotníckych pracovníkov cestovať za prácou (v SR / do zahraničia)
- ambulantní lekári (špecialisti) / prevádzkovatelia ambulancií (všeobecných, špecializovaných) nie sú povinní ani motivovaní zamestnávať absolventov a vychovávať nových lekárov špecialistov
- limitujúce zapojenie samosprávnych krajov, obcí a miest do udržania pracovnej sily zdravotníkov v regiónoch a neatraktívnych oblastiach
- angažovanie zdravotných poisťovní na zabezpečení kontinuity poskytovania zdravotnej starostlivosti prostredníctvom úhradových mechanizmov
- absencia, resp. nedostatok špecialistov v niektorých zdravotníckych povolaniach
- prelínanie kompetencií sestier a praktických sestier/zdravotníckych asistentov

Príležitosti

- zvýšenie kvality spracúvaných zdravotných dát, prepojenie zainteresovaných subjektov v ich vzájomnom poskytovaní a ich využívanie
- zlepšenie kvality vzdelávania v zdravotníckych odboroch. Zameranie sa na rozvoj kompetencií, zručností pre 21. storočie a tímovú prácu v multidisciplinárnom tíme.
- vytvorenie konzorcií poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, najmä univerzitných a fakultných nemocníc s vysokými školami, za účelom prípravy budúcich zdravotníckych pracovníkov
- optimalizovanie podmienok zvýšenia počtu prijímaných študentov do študijného programu všeobecné lekárstvo
- zabezpečenie financovania špecializačného štúdia na lekárske fakultách
- motivovanie lekárske fakúlt k udržaniu a rozširovaniu odborov špecializačného štúdia
- rozšírenie možností rezidentského štúdia na ďalšie špecializačné odbory
- stanovenie presných počtov jednotlivých špecializácií za jednotlivé kraje k presne definovaným dátumom, zohľadnenie dĺžky špecializácie (všeobecný lekár – 3 roky, špecialista 5-6 rokov)
- v prípade nenaplnenia kapacity rezidentského programu lekármi zo Slovenska (EÚ), umožnenie štúdia za rovnakých podmienok aj lekárom z tretích krajín
- propagácia a pravidelné aktualizovanie informácií o voľných miestach pre rezidentov na stránkach MZ SR ako aj na stránkach lekárske fakúlt
- zabezpečenie generáčnej výmeny ambulantných lekárov: garancia pracovnej pozície pre absolventa rezidentského štúdia v oblasti, v ktorej sa špecializoval
- rozšírenie možností poskytovania stabilizačných pôžičiek študentom stredných zdravotníckych škôl
- zlepšenie podmienok v odbore za účelom zadržania odboru ošetrovateľstvo
- podpora stáží na národnej úrovni a podpora zahraničných stáží
- prispôsobenie vzdelávania a tréningových programov novým technologickým riešeniam a inováciám
- využívanie digitálnych a iných technológií (telemedicína a teleošetrovateľstvo)
- zavedenie systematického prognózovania pracovnej sily v zdravotníctve, pri analýze trhu práce
- príprava na budúce potreby zdravotných systémov, maximalizovanie tvorby pracovných miest
- podpora komunitnej a integrovanej zdravotnej starostlivosti s orientáciou na potreby obyvateľstva, personalizácia zdravotnej starostlivosti
- zlepšenie prac. podmienok zdravotníckych pracovníkov (investície do prístrojov, modernizácia nemocníc)

- zabezpečenie zdravotníckych pracovníkov prostredníctvom bezpečného pracovného miesta, primeraného pracovného zaťaženia, kontinuálneho vzdelávania a možností profesionálneho rozvoja, kariérneho postupu, stimulov na podporu rodinného života a životného štýlu, príplatkov za sťažené pracovné podmienky, príspevkov na bývanie, vzdelávanie z grantov
- vytvorenie databázy zdrav. pracovníkov pracujúcich v iných rezortoch a súkromných ambulanciách
- starnúca populácia (vrátane zdravotníckych pracovníkov) zvyšuje dopyt po službách zdravotnej starostlivosti, čo predstavuje výzvy na zefektívnenie systému poskytovania zdravotnej a dlhodobej starostlivosti, ako aj spôsobu využívania kompetencií zdravotníckych pracovníkov
- zlepšenie investícií do zdravotnej infraštruktúry a zníženie nerovnosti z hľadiska poskytovania zdravotnej starostlivosti na celoštátnej, regionálnej a miestnej úrovni
- politiky zamerané na zabezpečenie a udržanie potrebného počtu zdravotníckych pracovníkov si vyžadujú spoluprácu a podporu na úrovni viacerých rezortov
- riešenie migrácie a emigrácie zdravotníckych pracovníkov, získanie nezamestnaných zdravotníckych pracovníkov späť do zdravotníctva
- podpora spolupráce členských krajín EÚ – prognózovanie, plánovanie, výchova a vzdelávanie zdrav. pracovníkov, zber a výmena informácií o zdrav. pracovníkoch pôsobiacich v jednotlivých krajinách EÚ
- vytvorenie platformy na spoluprácu a plánovanie v oblasti prognózovania zdravotníckych pracovníkov EÚ
- nastavenie cien výkonov zdravotnými poisťovňami so zohľadnením ceny práce zdravotníckych služieb
- možnosť čerpania finančných prostriedkov na rozvoj a vzdelávanie z fondov EÚ a grantov

Hrozby

- migrácia zdravotníckych pracovníkov do ekonomicky silnejších štátov (lepšie pracovné podmienky, interpersonálne vzťahy, lepšie finančné ohodnotenie a i.)
- neatraktívnosť povolania vysokoškolského pedagóga na lekárskej fakulte a na fakulte ošetrovateľstva
- nepriaznivá veková skladba pedagógov v zdravotníckych odboroch, nemožnosť ich získania bez zlepšenia ich postavenia a adekvátneho motivačne pôsobiaceho finančného ohodnotenia
- strata motivácie realizovať odbornú prípravu a garantovať špecializačné štúdium na lekárske fakultách pre nedostatok finančnej motivácie k tejto činnosti
- preferovanie špecializácie: všeobecný lekár v krátkom čase spôsobí nedostatok ostatných špecializácií
- neodborné zasahovanie politiky do odbornej prípravy sestry, prípadne aj iných regulovaných povolanií
- odklon od európskeho smerovania rozvoja zdravotníckych služieb pre pacienta
- obmedzené financovanie ďalšieho sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov zamestnávateľmi
- zahraniční zdravotnícki pracovníci (najmä z tretích krajín) po dosiahnutí kvalifikácie a odpracovaných rokoch odchádzajú za vyhovujúcejšími podmienkami do iných štátov EÚ
- neschopnosť systému zabezpečiť kvalitné zdravotné služby pre pacienta
- hromadný odchod ambulantných lekárov a sestier na dôchodok
- nepriaznivá veková štruktúra zdravotníckych pracovníkov v spojení s relatívne širokou možnosťou uzatvárať viaceré pracovné pomery ovplyvňuje kvalitu a dostupnosť zdravotnej starostlivosti
- viacnásobné pracovné pomery zdravotníckych pracovníkov (vysoký počet a celkový rozsah úväzkov) a miera zosúladenia pracovného a rodinného života – chýbajúci systém kontroly dodržiavania práv a povinností vyplývajúcich z jednotlivých zmluvných vzťahov
- nízka úroveň odmeňovania v niektorých zdravot. povolaniach je často dôvodom na zmenu zdravotníckeho povolania
- nízka úroveň platby poisťného za poistencov zo strany štátu vplyva na neatraktivitu práce lekárov najmä pri ambulantnej zdravotnej starostlivosti
- vysoký podiel mzdových nákladov na celkových nákladoch zdravotníckych zariadení
- presadzovanie nárokov zdravotníckych pracovníkov prostredníctvom nátlakových akcií
- v rezorte zdravotníctva pôsobia viaceré odborové a profesijné organizácie – reprezentujúce rôzne (niekedy protichodné) záujmy
- slabá informovanosť odbornej verejnosti o plánovaných integrovaných centrách
- politické zasahovanie do manažmentu zdravotníctva
- tvorba minimálnej siete poskytovateľov ambulantnej zdravotnej starostlivosti v rámci krajov a okresov vytvára veľkú nerovnomernosť v dostupnosti služieb
- nestabilné legislatívne prostredie, časté schvaľovanie nesystematických poslaneckých návrhov bez analýzy v doložkách vybraných vplyvov
- pri predpokladanom demografickom vývoji (starnutie obyvateľstva) budú výdavky na dlhodobú sociálno-zdravotnú starostlivosť výrazne rásť

A.11 PESTLE analýza

PESTLE analýza je rozbor politicko-právneho, ekonomického, sociálno-kultúrneho, technologického, legislatívneho a ekologického prostredia. Predmetnou analýzou je rovnako vhodné mapovať a hodnotiť rezort zdravotníctva.

Politické vplyvy:

- neadekvátny vplyv politikov na odborné témy
- limitácia realizácie strategických projektov, pretože nekorelujú s dĺžkou volebných období jednotlivých politických strán – politika, aj zdravotná, tej-ktorej strany určuje jej priority, ktoré sa vo volebných obdobiach líšia – ak programové vyhlásenie vlády neobsahuje stratégiu ľudských zdrojov ako významnú prioritu, nebude pre uvedenú tému dostatočná podpora
- väčší počet, rôznorodosť a štruktúra aktérov/zainteresovaných strán ovplyvňujúcich politiku a prístup k politikám ľudských zdrojov

Ekonomické vplyvy:

- demografický vývoj predikuje potrebu navýšenia finančných aj ľudských zdrojov do zdravotníctva
- neadekvátny/nízky podiel finančných prostriedkov v rozpočte/kapitole zdravotníctvo
- neefektívne využívanie finančných zdrojov v zdravotníctve – dôsledkom je nedostatočné odmeňovanie zdravotníckych pracovníkov
- existujúci systém zdravotného poistenia na Slovensku – napr. preferencia úhrady zdravotných výkonov v niektorých špecializačných odboroch, tým sa iné odbory stávajú neatraktívne
- nedostatočná kúpyschopnosť obyvateľstva pre služby v zdravotníctve a v starostlivosti o zdravie – napr. ak ľudia nedisponujú finančnými prostriedkami pre zabezpečenie si procedúr u fyzioterapeuta, jeho uplatniteľnosť v systéme a záujem o predmetné zdravotnícke povolanie sa znižuje
- nízka alokácia finančných prostriedkov pre plánovanie ľudských zdrojov v zdravotníctve

Sociálne vplyvy:

- vnímanie ne/dôležitosti sektora Zdravotníctvo u laickej verejnosti – hodnotový systém jednotlivcov v spoločnosti je odlišný, teda aj vnímanie zdravia a starostlivosti oň (ne/inštitucionalizovanou formou)
- dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre populáciu
- absencia komunikácie – ak chýba pravdivá, systematická a pozitívna komunikácia tém súvisiacich so zdravotníctvom, záujem o sektor je problémový a stáva sa neatraktívnym aj z pohľadu zabezpečenia ľudských zdrojov
- kvalita medziľudských vzťahov v spoločnosti – je relevantné, že kvalita medziľudských vzťahov sa v ostatnom období zhoršila – prioritizujú sa napr. individualizmus, egoizmus, zameranie na výkon – uvedená preferencia nie je požadovaným východiskom pre zdravotníctvo
- absencia ľudských zdrojov v zdravotníctve, ako aj stratégia plánovania ľudských zdrojov
- ne/úspešnosť presadzovania parciálnych záujmov s vplyvom na ľudské zdroje/politiku ľudských zdrojov

Technologické vplyvy:

- nedostatočná pripravenosť ľudských zdrojov na inovácie a nové technológie v sektore – preferencia nových technológií v ostatnom období zdôrazňuje aj dôležitosť digitálnych zručností pre prácu v zdravotníctve a tým prirodzene ovplyvňuje aj výber zamestnancov
- nedostatočné materiálno-technické vybavenie v rezorte zdravotníctva
- zaostávanie v digitalizácii v zdravotníctve v porovnaní s inými členskými štátmi EÚ/EHP

Legislatívne vplyvy:

- časté zmeny legislatívy – napr. zmena právnej normy (výnos, opatrenie MZ SR), ktorá vymedzuje minimálne personálne zabezpečenie jednotlivých pracovísk ústavného zdravotníckeho zariadenia, má absolútny vplyv na plánovanie ľudských zdrojov v organizácii
- limitujúca dĺžka legislatívnych procesov
- potreba inovácie a tvorby nových legislatívnych noriem

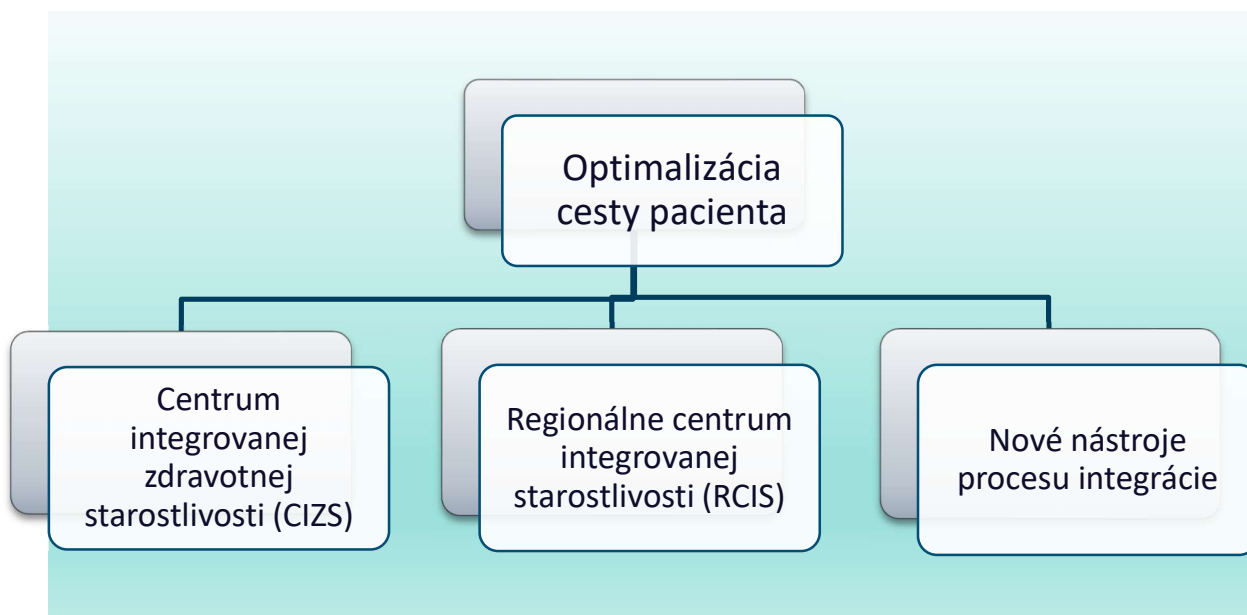
Ekologické vplyvy:

- slabá regulácia životného prostredia; napr. implementácia ekologických tém do sektora zdravotníctvo

B/ STRATEGICKÁ VÍZIA OPTIMALIZÁCIE CESTY PACIENTA ZDRAVOTNÝM SYSTÉMOM

Z výsledkov analytickej časti je zrejmé, že niektoré lokality Košického kraja už v súčasnosti trpia akútnym nedostatkom poskytovateľov ambulantnej zdravotnej starostlivosti vo vybraných špecializačných odboroch a certifikovaných odborných činnostiach, zároveň je v súčasnosti na lekárov a ostatný zdravotnícky personál kladená čoraz väčšia administratívna záťaž. Je preto nevyhnutné prijať jasne definované strategické opatrenia a presunúť časť tejto záťaže na administratívny tím pracovníkov a zefektívniť tak prácu zdravotníckeho personálu v kraji. Manažment pacienta v systéme poskytovania zdravotnej starostlivosti je nedostatočný. Následkom toho môže byť pacientovi poskytnutá zdravotná starostlivosť neskoro alebo vôbec. Pacient sa v danom systéme „stráca“ a mnohokrát sa dostáva do nezávideniahodnej situácie, kedy nájsť si lekára alebo objednať sa na potrebné vyšetrenie včas, je pre neho mimoriadne náročné, až neriešiteľné.

Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti častokrát nemajú k dispozícii informácie o predchádzajúcej liečbe pacienta a jeho vyšetreniach u iných poskytovateľov v dôsledku nedostatočného používania modulov ezdravia. Liečba pacienta je tak časovo aj finančne náročnejšia. Chýba tiež prepojenie zdravotnej starostlivosti a sociálnych služieb. Je potrebná fyzická, prípadne digitálna integrácia zložiek zdravotnej starostlivosti a sociálnych služieb, aby mohol pacient vyriešiť svoje problémy čo najefektívnejšie a v čo najkratšom možnom čase.



B.1 Centrum integrovanej zdravotnej starostlivosti (CIZS)

CIZS je založené primárne s cieľom zabezpečiť poskytovanie všeobecnej a špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti s integráciou na ezdravie a sociálnej služby a za účelom zlepšenia dostupnosti, efektivity a kvality zdravotnej starostlivosti a sociálnej služby v spádovej oblasti. Zabezpečenie ďalších služieb či už v rámci zdravotnej starostlivosti alebo sociálnej služby je fakultatívne. Základom je teda združovať špecialistov a všeobecných lekárov, čo prispeje aj k zabezpečeniu dostupnosti v oblasti prevencie, diagnostiky, liečby a starostlivosti o pacientov na lokálnej úrovni miestnej komunity. Projekty CIZS reagujú na novú realitu slovenského zdravotníctva, ktorú priniesla optimalizácia siete nemocníc, na dlhodobu vnímanú potrebu posilnenia kapacít všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ktorá sa výrazne prejavila v období pandémie COVID-19. Na rozdiel od ostatných zariadení, ako napríklad poliklinika, ku ktorej má typovo najbližšie, CIZS v sebe môže zahŕňať/integrovať nie len poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti ale aj poskytovanie sociálnych služieb dennou formou. To znamená, že pacient/klient má doslova všetko pod jednou strechou a nemusí dochádzať za vyšetrením alebo poskytovaním služby na iné miesto, adresu, či dokonca do iného mesta. Touto integráciou dochádza k lepšej komunikácii medzi jednotlivými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, pacientmi, poskytovateľmi sociálnych služieb a klientmi.

Povinnými zložkami integrácie CIZS je poskytovanie všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti pre dospelých, všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti pre deti a dorast, poskytovanie základného sociálneho poradenstva. Pri poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti sa kladie dôraz na integrovanie systému na jednotlivé moduly ezdravia (najmä elektronická zdravotná knižka, e-recept, vyšetrenie, objednanie, očkovanie, elab, ePN a pod.).

Fakultatívne môže CIZS integrovať poskytovanie primárnej špecializovanej zubno-lekárskej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, primárnej špecializovanej gynekologickej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ostatné zariadenia ambulantnej a lekárenskej starostlivosti (t.j. stacionár, pracovisko ADOS, lekáreň, útvar SValZ v odbornosti FBLR), poskytovanie inej ambulantnej alebo terénnej sociálnej služby vyplývajúcej z komunitného plánu obce, prípadne koncepcie rozvoja sociálnych služieb VÚC, či vzdelávacie priestory pre zdravotnícke účely.

Výsledkom integrácie ambulantnej zdravotnej starostlivosti bude zvýšenie počtu lekárov primárneho kontaktu na jedno kontaktné miesto, zlepšenie manažmentu pacienta (zlepšením servisu poskytovaných služieb pre klientov na jednotnom kontaktnom mieste), posilnenie významu poskytovateľov primárnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti ako hlavných manažérov pacienta, zníženie prevádzkových nákladov (koncentrácia poskytovateľov na jednom mieste, administratíva, zdieľanie prístrojového vybavenia, atď.), zefektívnenie komunikácie a spolupráce lekárov primárnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti za umožnenej účasti konziliárnej starostlivosti poskytovateľov špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Správna organizácia primárnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti by taktiež mala priniesť významné šetrenie verejných zdrojov. Modernizované priestory a nové prístrojové vybavenie vytvoria podmienky pre zatraktívnenie a udržanie mladých lekárov v oblasti ambulantnej zdravotnej starostlivosti.

Integrácia zdravotnej starostlivosti prinesie viaceré výhody aj občanom. Okrem poskytovania zdravotnej starostlivosti vo viacerých špecializačných odboroch spoločne s možnosťou vykonávania sociálnych služieb na jednom mieste (napr. v bývalých strediskových obciach), integrácia zlepší ich

dostupnosť a kvalitu. V CIZS bude stála dostupnosť minimálne jedného všeobecného lekára na jednom mieste („všeobecný lekár nemôže byť k dispozícii všade, ale musí byť k dispozícii vždy“) a zároveň môže byť poskytovaná zdravotná starostlivosť v podobe primárnej špecializovanej zdravotnej starostlivosti (gynekológ, stomatológ) a špecializovanej zdravotnej starostlivosti v presne stanovený deň a v presne stanovenom rozsahu.

Dôležitým aspektom budovania CIZS je vhodnosť a optimálnosť jeho umiestnenia. V minulom programovom období sa pri definovaní optimálnych lokalít vychádzalo z podmienky rešpektovania princípu lokálneho dopadu a vylúčenia podpory budovania paralelnej infraštruktúry. Z vykonanej lokalizačnej analýzy sa vyhotovila mapa oprávnených prijímateľov, čiže tzv. master plán, podľa ktorého sa mohli uchádzať o financovanie vybudovania CIZS. V súčasnom programovom období je optimálne rozmiestnenie CIZS prenesené na regionálnu úroveň, kde projektové zámery budú v konečnom dôsledku schvaľovať rady partnerstva.

Obr. 15: Ilustračný vzhľad CIZS



Zdroj: integrovana.sk

B.1.1 Zrealizované CIZS v Košickom kraji

Celková zazmluvnená suma pre jednotlivé CIZS v rámci celej SR predstavuje hodnotu 52,5 mil. EUR, pričom priemerná výška celkovej zazmluvnenej sumy na jedno CIZS predstavovala hodnotu približne 809 tis. EUR vrátane spolufinancovania žiadateľa v hodnote takmer 40 tis. EUR. V zazmluvnených CIZS má najväčší podiel zastúpenia okrem povinných zložiek (VLD, VLDD a gynekológ) zubný lekár (v 89% CIZS), internista (v 23% CIZS) a FBLR (v 22% CIZS). Zazmluvnenie projektu však neznamená jeho úspešnú implementáciu a zrealizovanie. 12 projektov sa prijímateľom z rôznych dôvodov nepodarilo dotiahnuť do úspešného konca. Výsledný počet zazmluvnených projektov CIZS je tak v rámci SR 60. Nasledovná tabuľka prináša prehľad úspešne zrealizovaných projektov CIZS v Košickom kraji (10), čo predstavuje takmer 17% z celkového počtu úspešných projektov.

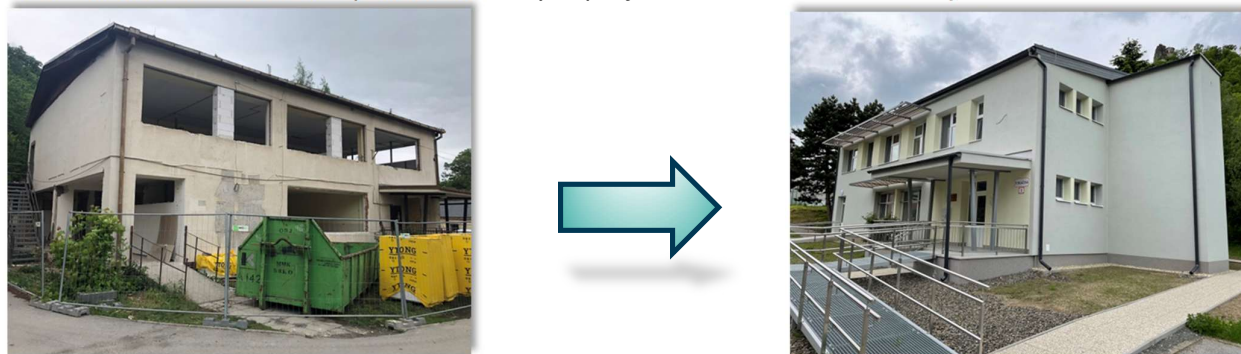
Tab. 28: Zoznam úspešných projektov CIZS v Košickom kraji

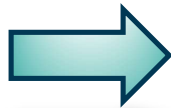
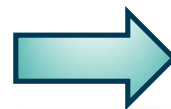
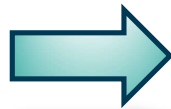
Prijímateľ	Obec	Celková zazmluvnená suma	Okres	Kraj
Mesto Dobšiná	Dobšiná	772 518,03 €	Rožňava	Košický kraj
Mesto Medzev	Medzev	812 492,39 €	Košice-okolie	Košický kraj
Mesto Spišská Nová Ves	Spišská Nová Ves	812 392,04 €	Spišská Nová Ves	Košický kraj
Obec Čaňa	Čaňa	1 058 823,51 €	Košice-okolie	Košický kraj
Obec Plešivec	Plešivec	823 404,56 €	Rožňava	Košický kraj
Obec Rudňany	Rudňany	497 344,95 €	Spišská Nová Ves	Košický kraj
Obec Seňa	Seňa	959 675,16 €	Košice-okolie	Košický kraj
Obec Slanec	Slanec	707 257,71 €	Košice-okolie	Košický kraj
Obec Štítnik	Štítnik	582 703,44 €	Rožňava	Košický kraj
Obec Valaliky	Valaliky	735 737,69 €	Košice-okolie	Košický kraj

Zdroj: beet.sk, vlastné spracovanie, 2024

Pre lepšiu predstavu o mimoriadnom prínose a význame predmetných projektov pri budovaní, modernizácii a rekonštrukcii nehnuteľností jednotlivých zdravotných stredísk, podpore materiálo-technického a prístrojového zabezpečenia, kvalite personálneho vybavenia CIZS, uvádzame na tomto mieste niekoľko vizualizácií z lokalít Košického kraja. Zo zmodernizovaných zdravotných stredísk je zrejmé, že projekty CIZS majú svoju pridanú hodnotu pre ďalší rozvoj zdravotníctva.

Obr. 16: Vizualizácie niektorých zrealizovaných projektov CIZS v Košickom kraji





Zdroj: Vlastné spracovanie, 2024

B.2 Regionálne centrum integrovanej starostlivosti (RCIS)

RCIS oproti pôvodnému projektu CIZS ponúkne navyše priestorové riešenie pre zníženie administratívnej záťaže PZS a PSS či už formou priestorov pre nižší zdravotnícky a nezdravotnícky personál, ale aj možnosťou zriadenia administratívnej správy centra formou recepcie s klientskym centrom a administratívnym tímom. Podporí sa tiež manažment chronických pacientov prostredníctvom inovatívnych digitálnych nástrojov a implementácia existujúcich aj budúcich funkcionalít ezdravia. V RCIS vznikne priestor na primárnu prevenciu, preventívne skriningy, či zdravotnú osvetu. Navyše sa zabezpečí integrácia vybraných sociálnych služieb, keďže prepojenie zdravotnej starostlivosti a sociálnych služieb je v súčasnej dobe nedostatočné. Akonáhle sa podporí vytvorenie vhodnej infraštruktúry pre integráciu zdravotnej starostlivosti a sociálnych služieb, bude možné začať s vytváraním multidisciplinárnych tímov ako jedného z hlavných prvkov integrovanej starostlivosti. Prostriedky z európskych štrukturálnych a investičných fondov (EŠIF) budú smerované predovšetkým do poliklinickej časti nemocníc 1. úrovne, ďalej tiež do polikliník vo väčších mestách.

RCIS možno definovať ako jeden spoločný priestor, vrátane jeho personálneho zabezpečenia a materiálneho-technického vybavenia, ktorý slúži k integrácii poskytovania vybraných zložiek zdravotnej starostlivosti a sociálnych služieb v podobe hlavných a vedľajších zložiek podporených administratívnou správou centra a digitalizáciou. Centrum predstavuje súbor hnutelných a nehnuteľných vecí, ktoré slúžia k naplneniu zámeru. RCIS (rovnako ako CIZS) nie je novým typom zdravotníckeho zariadenia a rovnako nie je ani novým typom PZS a PSS. Jeho účelom je poskytnutie priestoru a materiálne-technického vybavenia pre určených poskytovateľov, v rámci ktorého bude poskytovaná zdravotná starostlivosť a sociálne služby samostatnými PZS a PSS. Integrita a právna subjektivita jednotlivých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a sociálnych služieb pôsobiach v RCIS tak ostáva zachovaná.

Hlavnými zložkami integrácie RCIS bude poskytovanie vybraných zložiek zdravotnej starostlivosti a sociálnych služieb podporených digitalizáciou. V rámci zložiek zdravotnej starostlivosti sa integrujú vybrané odbornosti na útvare ambulancie a na útvare SValZ. Na útvare ambulancie ide o zložky zdravotnej starostlivosti v odbornostiach – všeobecné lekárstvo, pediatria, gynekológia a pôrodníctvo, zubné lekárstvo a ďalších odbornostiach, ktorými sú – vnútorné lekárstvo, neurológia, chirurgia, FBLR, diabetológia/endokrinológia, klinická psychológia a tri ďalšie odbornosti podľa potreby regiónu. Na útvare SValZ sa odporúča zabezpečiť zdravotnú starostlivosť v odbornostiach FBLR (rehabilitačné pracovisko) a rádiológia (RTG, USG). Hlavnou zložkou v oblasti sociálnych služieb je základné sociálne poradenstvo. Digitalizácia predstavuje integráciu systémov PZS na existujúce moduly ezdravia na základe zákonnej povinnosti.

Okrem hlavných zložiek môže RCIS v oblasti zdravotnej starostlivosti integrovať poskytovanie vedľajších zložiek v podobe ambulantnej a lekárenskej zdravotnej starostlivosti poskytovanej na útvaroch ambulancií, stacionárov (napr. dialyzačný, nefrologický a pod.), pracovísk (napr. domáca ošetrovateľská starostlivosť, lekárenstvo, očný optik a pod.), útvaroch jednodňovej zdravotnej starostlivosti (JZS) a na útvaroch SValZ (CT, MR a pod.). Finančnú podporu možno smerovať aj na podporné zložky zdravotnej starostlivosti, konkrétne poradenské centrum ochrany a podpory zdravia či viacúčelové priestory pre konzília a vzdelávanie. Vedľajšie zložky v oblasti sociálnych služieb predstavujú sociálne poradenstvo špecializované, sociálnu rehabilitáciu, denný stacionár, denné centrum, rehabilitačné stredisko, službu včasnej intervencie, monitorovanie a signalizáciu potreby pomoci, domácu opatrovateľskú službu, požičiavanie pomôcok, prepravnú službu, terénnu sociálnu službu krízovej intervencie, podporu samostatného bývania či iné druhy sociálnych služieb podľa komunitného plánu obce/mesta alebo koncepcie rozvoja sociálnych služieb samosprávneho kraja. RCIS ponúka aj možnosť zriadenia zložky administratívnej správy v podobe manažéra RCIS, recepcie s klientskym centrom a administratívneho tímu. V oblasti digitalizácie je možné podporiť PZS a PSS telemedicínskym softvérom alebo iným softvérom poskytujúcim podporu pri poskytovaní starostlivosti/služieb.

Regionálna analýza vypracovaná na základe výstupov Optimalizácie siete nemocníc (OSN) a ďalej v spolupráci so samosprávnymi kraji definuje umiestnenie jednotlivých RCIS. V tomto prípade bude nenávratný finančný príspevok z EŠIF viazaný primárne na poliklinickú časť nemocníc 1. úrovne podľa kategorizácie nemocníc. Následne budú podporené aj polikliniky s významnou „spádovosťou“. Vylúčené budú mestá, v ktorých boli podporené CIZS v minulom programovom období.

Finančná podpora bude zameraná hlavne na obnovu vonkajších aj vnútorných priestorov ambulantnej časti existujúcich zariadení, ich prístavbu/nadstavbu, prípadne novostavbu v areáli

existujúceho zdravotníckeho zariadenia, zvýšenie energetickej hospodárnosti budov, budovanie bezbariérových prístupov, doplnenie materiálno-technického vybavenia ambulancií a priestorov pre sociálnu a zdravotnú starostlivosť vrátane potrebných digitálnych prvkov, a tiež pre účely vybudovania priestorov pre recepciu spolu s administratívnou podporou.

Obr. 17: Ilustračný vzhľad RCIS



Zdroj: integrovana.sk

B.2.1 Oprávnená lokalita RCIS – skupina 1 (mestá s nemocnicami 1.úrovne)

Oprávnenú lokalitu RCIS skupiny 1 predstavujú mestá s existenciou nemocnice 1. úrovne, pričom umiestnenie RCIS je naviazané na nemocnicu 1. úrovne (primárny cieľ budovania RCIS). Tzn. ak sa v danom meste nachádza aj samostatné zdravotnícke zariadenie v podobe polikliniky, ktoré by spĺňalo podmienky pre zabezpečenie štruktúry RCIS, takéto zdravotnícke zariadenie nebude oprávnené pre čerpanie NFP.

Tab. 29: Zoznam oprávnených lokalít RCIS – skupina 1

Umiestnenie RCIS (nemocnica 1.úrovne)	Kraj	Okres	Oprávnená lokalita
Nemocnica AGEL Krompachy s r.o.	Košický kraj	Spišská Nová Ves	Krompachy
Nemocnica s poliklinikou n.o. Kráľovský Chlmec	Košický kraj	Trebišov	Kráľovský Chlmec
Nemocnica s poliklinikou Trebišov, a.s.	Košický kraj	Trebišov	Trebišov
Železničné zdravotníctvo Košice, s.r.o.	Košický kraj	Košice	Košice

Zdroj: MZSR, Metodika pre realizáciu a fungovanie RCIS, vlastné spracovanie, 2024

B.2.2 Oprávnená lokalita RCIS – skupina 2 (okresné mestá s poliklinikou)

Za účelom zabezpečenia cieľa vybudovania dvoch RCIS v kraji sa v prípade neexistencie dostatočného počtu oprávnených lokalít RCIS zo skupiny 1 v danom kraji alebo z dôvodu neprejavu záujmu oprávnených žiadateľov/prijímateľov v danom kraji zostavil zoznam ďalších potencionálnych lokalít pre umiestnenie zariadenia RCIS. Oprávnenou lokalitou RCIS skupiny 2 je okresné mesto s poliklinikou, v ktorom:

- a) nie je nemocnica 1. úrovne podľa zoznamu kategorizovaných nemocníc (nakoľko ide o oprávnených žiadateľov z 1.skupiny podľa tejto metodiky),
- b) nie je nemocnica 2. až 5. úrovne podľa zoznamu kategorizovaných nemocníc (nakoľko ide o oprávnených žiadateľov podľa výziev z POO),
- c) sa v minulom programovom období 2014 - 2020 nečerpali finančné prostriedky pre projekt CIZS.

Tab. 30: Zoznam oprávnených lokalít RCIS – skupina 2

Umiestnenie RCIS (poliklinika/centrum zdrav. starostlivosti)	Kraj	Okres	Oprávnená lokalita
Zdravotnícke zariadenie Gelnica	Košický kraj	Gelnica	Gelnica
Zdravotnícke zariadenie Košice III	Košický kraj	Košice III	Košice – Darg. hrdinov
Zdravotnícke zariadenie Moldava nad Bodvou	Košický kraj	Košice-okolie	Moldava nad Bodvou
Zdravotnícke zariadenie Sobrance	Košický kraj	Sobrance	Sobrance

Zdroj: MZSR, Metodika pre realizáciu a fungovanie RCIS, vlastné spracovanie, 2024

B.2.3 Oprávnená lokalita RCIS – skupina 3 (mesto s poliklinikou identifikované krajom)

V tejto fáze sa doplnil zoznam potencionálnych lokalít pre umiestnenie zariadenia RCIS v prípade neexistencie dostatočného počtu oprávnených lokalít zo skupiny 1 a 2 v danom kraji alebo z dôvodu neprejavu záujmu oprávnených žiadateľov/prijímateľov v danej lokalite pre splnenie cieľa vybudovania dvoch RCIS v kraji. Tieto lokality boli určené príslušným samosprávnym krajom po zvážení rozsahu zložiek, ktoré je odporúčané zabezpečiť pre vybudovanie RCIS. Oprávnenou lokalitou RCIS skupiny 3 je mesto s poliklinikou, v ktorom:

- a) nebol realizovaný projekt CIZS,
- b) nie je nemocnica 1. až 5. úrovne,

a ktoré

- a) nie je okresné mesto,
- b) bolo identifikované samosprávnym krajom ako lokalita vhodná a pripravená na realizáciu RCIS.

Tab. 31: Zoznam oprávnených lokalít RCIS – skupina 3

Umiestnenie RCIS (poliklinika/centrum zdrav. starostlivosti)	Kraj	Okres	Oprávnená lokalita
Nebol navrhnutý žiaden PZS	Košický kraj	-	-

Zdroj: MZSR, Metodika pre realizáciu a fungovanie RCIS, vlastné spracovanie, 2024

B.2.4 Masterplan (postup prioritizovania oprávnených lokalít RCIS vo výzve)

Zo zoznamu oprávnených lokalít RCIS skupín 1-3 bol vytvorený tzv. masterplan a to v troch úrovniach podľa priority:

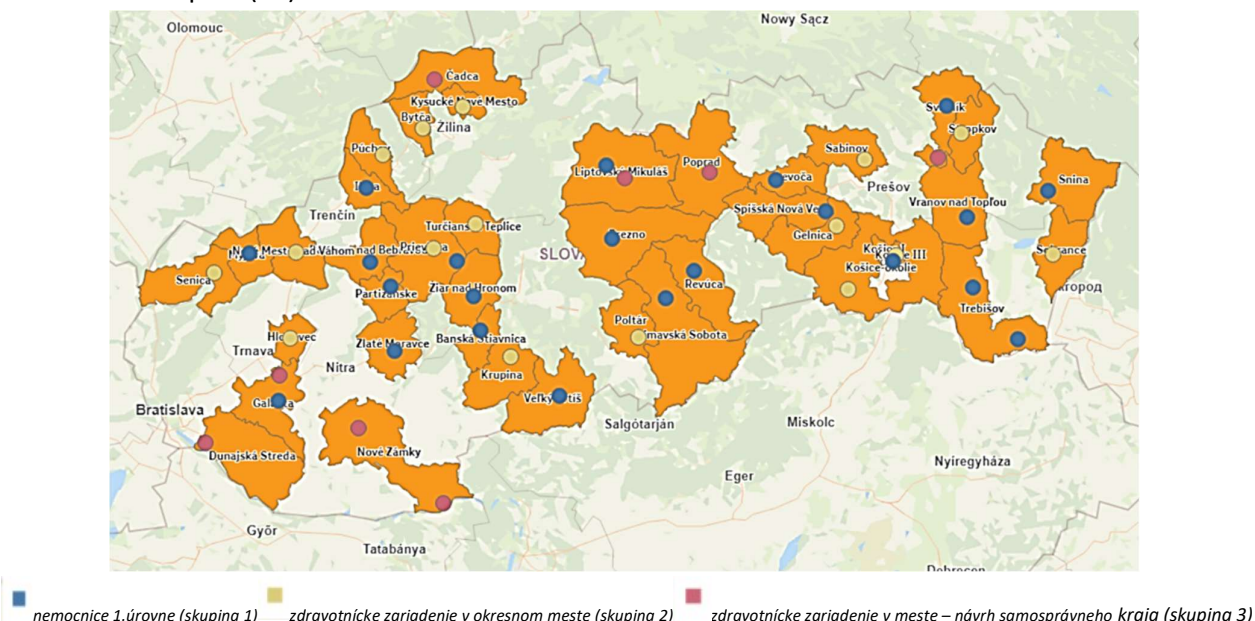
1. ak sa v kraji nachádzajú aspoň dve oprávnené lokality RCIS zo skupiny 1 (nemocnice 1. úrovne), pri výzve majú prioritu 1 oprávnené lokality RCIS zo skupiny 1, prioritu 2 oprávnené lokality zo skupiny 2 a prioritu 3 oprávnené lokality zo skupiny 3,
2. ak sa v kraji nenachádzajú aspoň dve oprávnené lokality zo skupiny 1 (nemocnice 1. úrovne), pri výzve majú prioritu 1 oprávnené lokality zo skupiny 1 a 2 súčasne, a prioritu 2 oprávnené lokality zo skupiny 3, priorita 3 v tomto prípade neexistuje,
3. ak sa v kraji nenachádzajú aspoň dve oprávnené lokality zo skupiny 1 (nemocnice 1. úrovne) a zároveň žiadna oprávnená lokalita zo skupiny 2, pri výzve v danom kraji majú prioritu 1 definovaní oprávnení žiadatelia zo skupiny 1 a 3. Priorita 2 a 3 v tomto prípade neexistuje.

Tab. 32: Masterplan

Umiestnenie RCIS	Obec	Okres	Kraj	Skupina opráv. lokality	Priorita 1	Priorita 2	Priorita 3
Železničné zdravotníctvo Košice, s.r.o.	Košice - Staré Mesto	Košice I	Košický kraj	1	1		
Nemocnica AGEL Krompachy s.r.o.	Krompachy	Spišská Nová Ves	Košický kraj	1	1		
Nemocnica s poliklinikou n.o. Kráľovský Chlmec	Kráľovský Chlmec	Trebišov	Košický kraj	1	1		
Nemocnica s poliklinikou Trebišov, a.s.	Trebišov	Trebišov	Košický kraj	1	1		
Zdravotnícke zariadenie Gelnica	Gelnica	Gelnica	Košický kraj	2		2	
Zdravotnícke zariadenie Košice III	Košice - Dargovských hrdinov	Košice III	Košický kraj	2		2	
Zdravotnícke zariadenie Moldava nad Bodvou	Moldava nad Bodvou	Košice-okolie	Košický kraj	2		2	
Zdravotnícke zariadenie Sobrance	Sobrance	Sobrance	Košický kraj	2		2	

Zdroj: MZSR, Metodika pre realizáciu a fungovanie RCIS, vlastné spracovanie, 2024

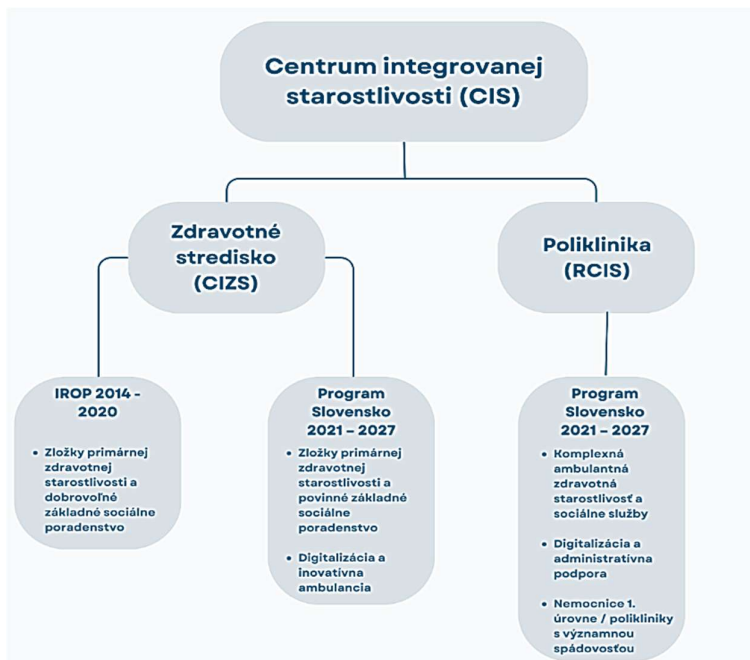
Obr. 18: Masterplan (SR)



Zdroj: MZSR, Metodika pre realizáciu a fungovanie RCIS, 2023

Integrovaná starostlivosť predstavuje vytvorenie partnerstiev, ktoré spájajú zdravotnú starostlivosť a sociálne služby v jednom spoločnom priestore (fyzickom alebo virtuálnom). Jej cieľom je zlepšiť aj zjednodušiť prístup k zdravotnej starostlivosti a sociálnym službám a skvalitnenie poskytovania zdravotnej starostlivosti/sociálnych služieb pre rôzne typy pacientov (dlhodobochorí, akútne, chronickí a pacienti so špeciálnymi potrebami).

Obr. 19: Integrovaná starostlivosť



Zdroj: MZSR, Metodika pre realizáciu a fungovanie RCIS, 2023

V rámci CIS sa v slovenskom zdravotníctve realizovali menšie lokálne CIS, tzv. CIZS, ktoré boli podporené z finančných zdrojov operačného programu IROP v rámci programového obdobia 2014–2020. Tie sa zameriavali najmä na integráciu zdravotnej starostlivosti. Projekt CIZS sa v slovenskom zdravotníctve ukázal ako úspešný. Aj z tohto dôvodu projekt CIZS pokračuje aj v ďalšom programovom období v rámci špecifického cieľa RSO 4.5 Programu Slovensko 2021–2027.

B.3 Ambície Košického samosprávneho kraja v oblasti regionálneho zdravotníctva

Ambulantná zdravotná starostlivosť je kľúčovou súčasťou stabilného zdravotného systému. Preto v súlade s reformným procesom, ktorý je zároveň súčasťou strategického rámca reformy všeobecnej ambulantnej starostlivosti do roku 2030, je ambíciou župy v najbližšom období podporiť a vhodne nastaviť fungovanie ambulantného systému a zároveň optimalizovať cestu pacienta. Predmetná optimalizácia by mala dopomôcť pacientovi dostať sa k svojim lekárom a vyšetreniam/základným v čo najkratšom čase, zároveň dostať kvalitnú zdravotnú starostlivosť, ktorá bude zároveň poskytnutá čo najefektívnejším spôsobom. Za týmto účelom a zároveň v súlade s globálnym cieľom definovaným v rámci Strategicko-programovej časti tohto dokumentu prezentujeme grafickú schému a textový komentár modelu patientskej cesty.

B.3.1 Východiská

Východiskami pre potrebu optimalizácie súčasného systému sú nasledovné skutočnosti identifikované okrem iného aj v rámci Stromu problémov:

- absencia fyzickej integrácie vybraných zložiek zdravotnej starostlivosti (predovšetkým útvarov ambulancií a SValZ) a rôznych typov sociálnych služieb na jednom mieste výkonu činnosti. Pacient je v prípade riešenia problému nútený cestovať ku PZS a PSS, ktorí sú na viacerých miestach a navzájom nespolupracujú, riešenie ich problému je tak zdĺhavejšie,
- vplyvom transformácie ústavnej zdravotnej starostlivosti existuje predpoklad uvoľnenia personálnych kapacít vo vybraných odbornostiach, ktoré sa presunú do iných ústavných zariadení alebo je možné ich motivovať k práci v ambulantnej sfére, napr. CIZS, RCIS,
- mladí lekári často odchádzajú do zahraničia za atraktívnejšími podmienkami pre prácu v ambulantnej sfére,
- zastarané, či nevyhovujúce priestory a materiálno-technické vybavenie súčasných nemocníc a polikliník nie sú lákadlom pre prácu lekárov a iného zdravotníckeho personálu, ani pre samotných pacientov,
- lekári a sestry v ambulanciách sú zahltené administratívnou prácou čo skracuje čas, ktorý by mal byť venovaný pacientovi. Ide predovšetkým o činnosti:
 - objednávanie pacientov na vyšetrenia, preventívne prehliadky a povinné očkovania,
 - vykazovanie zdravotnej starostlivosti pre účely príjmov z VZP a zasielanie súvisiacich dávok,
 - zápis nálezov z vyšetrení pacienta do systému,
 - spravovanie kartoték a zdravotných záznamov pacientov,
 - zhromažďovanie údajov pre hlásenia pre NCZI a pod.
 - nákup zdravotníckeho a kancelárskeho materiálu.
- manažment pacienta v systéme zdravotnej starostlivosti je nedostatočný:
 - pacienti čelia problémom v oblasti procesu objednávanie sa na vyšetrenie,
 - pacient sa na vyšetrenie k všeobecnému lekárovi, primárnemu pediatrovi, špecialistovi či na vyšetrenie v rámci SValZ musí objednať sám, prípadne čaká v čakárni bez objednania,
 - v prípade možnosti objednať sa, je termín na presnú hodinu častokrát spoplatnený,
 - PZS používajú objednávkové systémy od viacerých dodávateľov, v prípade zavedenia jednotného objednávkového systému je nutné vytvoriť integráciu existujúcich systémov,
 - v prípade akútnych stavov chýba patientsky sumár o základných informáciách a o stave pacienta,
- v súčasnosti evidujeme dlhé čakacie lehoty na vyšetrenia v rámci SValZ,
- pandémia Covid-19 poukázala na nedostatok vhodných priestorov pre účely testovania a očkovania,
- evidujeme tiež nedostatočnú osvetu o prevencii v rôznych formách na témy ako je skrining rakoviny, prevencia obezity a zdravá výživa či získané poruchy pohybového aparátu,
- pacienti nemajú k dispozícii informácie o možnosti poskytovania poradenstva v poradenských centrách ochrany a podpory zdravia prevádzkovaných regionálnymi úradmi verejného zdravotníctva.

B.3.2 Nové návrhy spôsobu integrácie služieb a vzájomnej kooperácie poskytovateľov

V Košickom kraji poskytuje v súčasnosti zdravotnú starostlivosť vyše 1800 ambulancií, ktoré majú na poskytovanie zdravotnej starostlivosti oprávnenie vydané Košickým samosprávnym krajom, resp. Ministerstvom zdravotníctva SR (v prípade ak majú ambulancie jednotlivé miesta prevádzky v rámci viacerých krajov alebo ak ide o špecializované nemocnice alebo v prípadoch kedy vydanie ministerského povolenia určuje príslušná legislatíva). V rámci kraja zároveň pôsobí 11 subjektov so štatútom polikliniky a 26 ADOS. Lekárenskú zdravotnú starostlivosť prevádzkuje 318 lekární a výdajní zdravotníckych potrieb. Ústavnú zdravotnú starostlivosť poskytuje v kraji 26 zariadení prevažne vo forme všeobecnej alebo špecializovanej nemocnice.

Vo všeobecnosti je možné konštatovať, že všetci títo poskytovatelia fungujú samostatne, t.j. prevádzkujú zdravotnícke zariadenie na základe vydaného povolenia, po splnení požadovaného materiálno-technického zabezpečenia a personálneho vybavenia. Činnosť všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti je v prevažnej miere financovaná zo zdrojov verejného zdravotného poistenia na základe uzatvorenia samostatných zmlúv so zdravotnými poisťovňami. Okrem toho majú poskytovatelia možnosť dofinancovať svoju činnosť prostredníctvom osobitných platieb priamo od pacientov, pričom tento spôsob financovania je do značnej miery regulovaný právnymi predpismi.

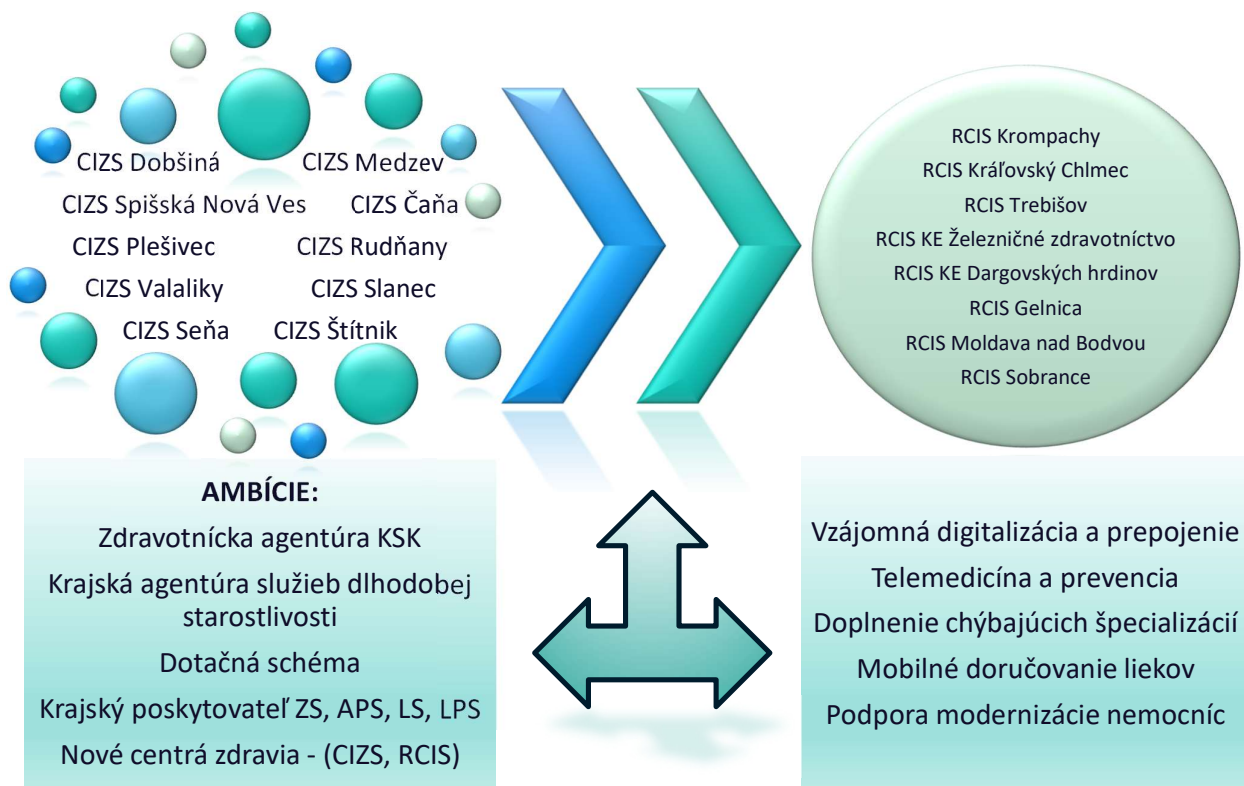
Kompetencie v oblasti zdravotníctva sú legislatívne roztrieštené najmä medzi MZSR, samosprávne kraje, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, úrady verejného zdravotníctva, zdravotné poisťovne, Národné centrum zdravotníckych informácií, poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a iné organizácie. Dôležitú úlohu zohrávajú aj jednotlivé stavovské organizácie združujúce rôzne kategórie zdravotníckych pracovníkov, ďalej asociácie, združenia, spolky a pod.

V tomto komplikovanom a spletitom systéme dlhodobo chýba istý regulátor, mediátor a koordinátor, ktorý by dokázal v prospech pacienta tieto organizácie navzájom zladíť a zosúladiť v takom zmysle, aby dokázali medzi sebou oveľa intenzívnejšie komunikovať (fyzicky aj elektronicky), vzájomne sa podporovať a spolupracovať pri riešení akéhokoľvek zdravotného problému pacienta.

Práve tu vidíme ambíciu a pozíciu Košického samosprávneho kraja, ktorý by na seba dokázal prevziať komplexnú rolu tzv. integrátora v oblasti zdravotníctva, prostredníctvom implementácie nových, doposiaľ absentujúcich služieb a modelov poskytovania zdravotnej starostlivosti. Výstupom takto obohateného systému by malo byť naplnenie stanoveného globálneho cieľa, ktorým je zlepšenie dostupnosti kvalitnej pro-pacientsky a pro-rodinne orientovanej integrovanej zdravotnej starostlivosti a široká podpora prevencie pre obyvateľov Košického kraja.

Nové formy, spôsoby a modely fungovania regionálneho zdravotného systému približuje nasledovný obrázok. Okrem vzniku nových ambulancií, obsadených mladými lekármi a sestrami, má župa ambíciu naďalej a oveľa intenzívnejšie podporovať vznik ďalších nových CIZS, ktoré v sebe budú integrovať primárnu zdravotnú starostlivosť čiastočne obohatenú o potrebných špecialistov a dajú možnosť vzájomnej integrácie so sociálnymi službami. Kraj bude zároveň podporovať vznik RCIS, či už na úrovni nemocníc 1. úrovne alebo polikliník a to v tých lokalitách kraja, kde bude identifikovaný problém s dostupnosťou zdravotnej starostlivosti pre pacientov. Pozornosť bude rovnako venovaná adekvátnemu obsadeniu týchto centier špičkovými domácimi a zahraničnými odborníkmi, vzájomnému prepojeniu týchto zdravotných centier (CIZS – RCIS) prostredníctvom telemedicíny, moderných foriem digitalizácie ako aj dopravného prepojenia.

Obr. 20: Integrovaná starostlivosť a inovatívne formy podpory



Zdroj: Vlastné spracovanie, 2024

Za týmto účelom má župa pripravenú reálnu víziu implementácie nových a inovatívnych podporných foriem k poskytovaniu zdravotnej starostlivosti, ktorých cieľom je okrem iného aj odbremeníť zdravotníckych pracovníkov od neustále narastajúcej administratívy a výkazníctva. Založenie a sprevádzkovanie **Zdravotníckej agentúry Košického samosprávneho kraja, n.o.** je prvým krokom. Svojim pôsobením bude v budúcnosti dopĺňať škálu činností Oddelenia zdravotníctva KSK. Jej primárnou úlohou bude vyvíjanie aktivít v rámci nasledovných strategických oblastí:

- Aktívna spolupráca s MZSR a vzdelávacími organizáciami (najmä: nadviazanie spolupráce s domácimi univerzitami a univerzitami v tretích krajinách, nadviazanie úzkej spolupráce so strednými zdravotníckymi školami v kraji; aktívna spolupráca s ODDZ KSK pri tvorbe verejnej minimálnej siete VAS, ŠAS a inej ŠAS; spolupodieľanie sa na tvorbe novej koncepcie v oblasti VAS, ŠAS a inej ŠAS v Košickom kraji; spolupráca so sekciou vzdelávania MZSR a inými organizáciami pôsobiace v oblasti zdravotníctva; rozvoj vzájomnej spolupráce medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti; organizovanie kreditovaných vzdelávacích aktivít priamo v teréne pre ambulantných lekárov v spolupráci so SLK),
- Personálna činnosť (najmä: aktívne vyhľadávanie a nábor lekárov a sestier pre potreby ambulancií v kraji z radov lekárov pôsobiacich na Slovensku; aktívne vyhľadávanie a nábor lekárov a sestier pre potreby ambulancií v kraji z radov lekárov z tretích krajín; práca s lekármi a sestrami zo Slovenska ale aj zo zahraničia; pravidelné monitorovanie a aktualizovanie ponúk

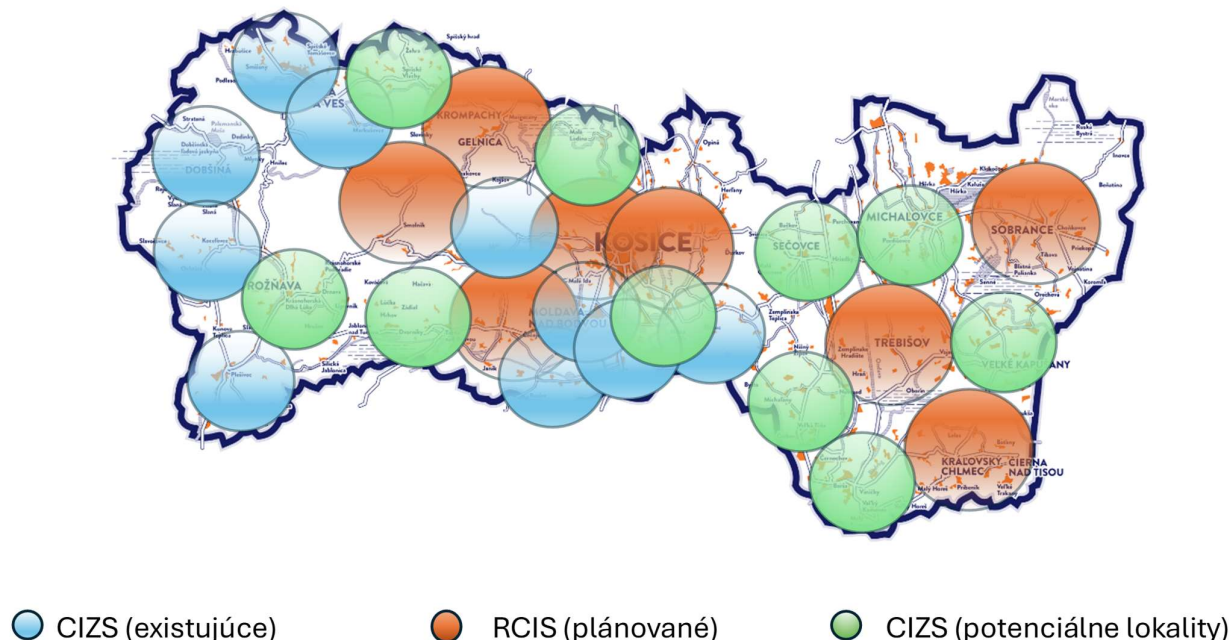
- voľných ambulancií v Košickom kraji; zabezpečenie administratívy príchodu lekára na územie kraja na kľúč; iniciálny pohovor; uznanie dokladov o vzdelaní; intenzívna jazyková príprava; absolvovanie doplňujúcej lekárskej skúšky; absolvovanie jazykovej skúšky; získanie povolenia na pobyt; registrácia v lekárskej, príp. inej komore pre lekárov a sestry z cudziny),
- Poskytovanie poradenstva a iných komplexných služieb (najmä: analytická a konzultačná činnosť; koordinačná a metodická činnosť; návrhy na optimalizáciu procesov v oblasti digitalizácie automatizácie a informačných technológií v zdravotníctve; vypracúvanie štúdií, tvorba koncepcií, plánov, metodických usmernení a manuálov; po vykonaní administratívnych úkonov v spolupráci s ODDZ KSK podpora vzniku obchodnej spoločnosti nového poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, vrátane príslušných povolení; tvorba regionálnych štúdií, analýz, koncepčných a strategických dokumentov pre rozvoj a podporu zdravotníctva v Košickom kraji v súlade s Prioritami zdravotnej politiky pre Košický kraj na obdobie 2024-2028 s výhľadom do roku 2030; podpora medzinárodnej, medziregionálnej spolupráce a tvorby partnerstiev za účelom podpory zdravotnej starostlivosti s osobitým zameraním na najzraniteľnejšie skupiny obyvateľstva; podporné činnosti rôzneho druhu a charakteru pre ODDZ KSK),
 - Projektový manažment (najmä: príprava projektových zámerov a projektov v oblasti zdravotníctva; podporná, kontrolná a koordinačná činnosť, supervízia nad implementáciou projektov CIZS a RCIS; podporná, kontrolná a koordinačná činnosť, supervízia nad implementáciou projektov z Plánu obnovy a odolnosti v oblasti zdravotníctva; podporná, kontrolná a koordinačná činnosť, supervízia pri naplňaní výzvy pre všeobecných lekárov a primárnych pediatrov; vyhľadávanie vhodných výziev a zdrojov na financovanie programových priorít pre rozvoj a podporu zdravotníctva; poskytovanie súčinnosti poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v procese žiadosti o poskytnutie prostriedkov z fondov EÚ, Plánu obnovy a odolnosti, iných mechanizmov; monitorovanie dopadov jednotlivých projektov a aktivít pre rozvoj a podporu zdravotníctva v Košickom kraji; aktívna spolupráca s ARR Košice, n.o. v oblasti prípravy, implementácie a monitorovania projektov).

Zodpovednosťou Zdravotníckej agentúry KSK, n.o. bude zároveň implementácia výzvy za účelom **Modernizácie materiálo-technického zabezpečenia existujúcich ambulancií všeobecnej a špecializovanej ambulantnej starostlivosti**, ďalej pravidelné vyhlasovanie, implementácia a monitorovanie výsledkov **Krajskej dotačnej schémy v oblasti zdravotníctva**, v prípade jej spustenia. Pôjde o súbor nástrojov finančnej podpory zachovania, udržania a otvárania ambulancií. Primárnym cieľom predmetných aktivít, tzn. poskytnutia pomoci bude prispieť k zvýšeniu kvality a dostupnosti zdravotnej starostlivosti na území Košického kraja prostredníctvom podpory existujúcich ako aj nových poskytovateľov ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Oprávnené projekty budú zamerané najmä na: zriadenia nových všeobecných ambulancií a nových špecializovaných ambulancií; zachovanie a stabilizáciu existujúcich všeobecných, primárnych špecializovaných a špecializovaných ambulancií; vytvorenie nového miesta výkonu už existujúcimi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.

Ďalším dôležitým míľnikom rozvoja regionálneho zdravotníctva v budúcom období bude intenzívnejšia podpora projektov ako aj systematické **budovanie a prepájanie CIZS a RCIS (tzv. Centier zdravia Košického kraja)** v rámci jednotlivých lokalít kraja vo vzájomnej spolupráci s Radou partnerstva Košického kraja pre integrovaný územný rozvoj a v súlade so stratégiou MZSR. Medzi jednotlivými

centrami bude dôležité dosiahnuť vysokú mieru digitalizácie, elektronickú komunikačnú platformu, rozvoj telemedicíny, objednávacieho systému a pod.

Obr. 21: Strategická vízia mapy Centier zdravia v Košickom kraji (CIZS, RCIS a nových potenciálnych CIZS)



Zdroj: Vlastné spracovanie, 2024

Nadstavbou pri pohľade na budovanie centier zdravia bude vytvorenie **krajského poskytovateľa zdravotnej starostlivosti** a **krajského poskytovateľa lekárskej starostlivosti**, zavedenie novej služby „ambulancia na kolesách“ (prevádzka **návštevných lekárskej služby** v domácnosti pacienta, prevádzka **dopravnej služby** medzi centrami zdravia). Uvedené služby budú realizované a potenciálne prevádzkované prostredníctvom Zdravotníckej agentúry KSK, n.o., ktorá bude ich gestorom. V novovybudovaných, resp. modernizovaných a rekonštruovaných priestoroch centier zdravia (CIZS a RCIS) bude snahou vytvoriť okrem priestorov na poskytovanie zdravotnej a lekárskej starostlivosti aj **nové priestory** určené najmä na: vzdelávaciu, prednáškovú činnosť, organizovanie seminárov a školení, očkovačie centrá, organizáciu akcií reprezentačného charakteru, podujatia týkajúce sa podpory prevencie, zvyšovania vzdelania zdravotníckych pracovníkov, prevenciu kriminality, prevenciu inej protispoločenskej činnosti, umiestenie ambulancií pohotovostných služieb (APS, LPS) a v neposlednom rade na podporu, rozvoj a prevádzkovanie nových sociálno-zdravotných služieb a ich postupnú digitalizáciu (**Krajská agentúra služieb dlhodobej starostlivosti**).

Vznik integrovaných centier s multidisciplinárnym portfóliom zdravotnej starostlivosti a sociálnych služieb zároveň reflektuje a nadväzuje na avizované zmeny v rámci optimalizácie siete nemocníc (podpora ambulantného sektoru a manažmentu pacientov v primárnej sfére umožní regulované smerovanie pacientov v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti). V záujme Košického samosprávneho kraja bude preto v budúcom období aj podpora prepojenia, tzv. vzájomného sieťovania ambulancií, CIZS, RCIS a nemocníc (všeobecných, špecializovaných). Veľká pozornosť bude venovaná

rozvoju a modernizácie technickej a prístrojovej infraštruktúry nemocníc. Zámer vytvárania rôznych foriem integrovanej a vzájomne prepojenej starostlivosti bol definovaný tiež v Strategickom rámci starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030.

Obr. 22: Vizualizácie zrealizovaných a plánovaných zámerov ďalšieho rozvoja a podpory nemocníc v KSK



Zdroj: Internet, vlastné spracovanie, 2024

Funkčný a inovatívny model kvalitnej pro-pacientsky a pro-rodinne orientovanej integrovanej zdravotnej starostlivosti, ktorý bude podporovať princípy prevencie a vzájomného prepojenia zdravotno-sociálnych služieb, aplikujúc modernú technológiu digitalizácie a telemedicíny, pričom bude zároveň pre pacienta dostupný, bude základným pilierom ambulantného prostredia. Na týchto základných kameňoch je možné ďalej rozvíjať a optimalizovať sektor **ústavnej zdravotnej starostlivosti** s cieľom výstavby, modernizácie a rekonštrukcie nehnuteľností nemocníc, rozvoja ich materiálo-technického, prístrojového vybavenia, personálneho zabezpečenia a rozvoja IT infraštruktúry.

B.3.3 Ambície Košického samosprávneho kraja v oblasti krajských nemocníc

V pôsobnosti KSK boli od ich delimitácie z MZSR (2003) štyri nemocnice s poliklinikou, ktoré boli neskôr transformované na akciové spoločnosti (NsP sv. Barbory Rožňava, a.s., NsP Spišská Nová Ves, a.s., NsP Trebišov, a.s. a NsP Štefana Kukuru Michalovce, a.s.). V súvislosti so zlým hospodárením nemocníc a nutnosťou realizácie veľkých investícií do predmetných zdravotníckych zariadení sa kraj rozhodol hľadať pre nemocnice strategického investora, od ktorého sa očakával prílev súkromného kapitálu do zdravotníckych zariadení. Proces výberu strategického partnera pre nemocnice s poliklinikami bol počas roka 2011 ukončený. Víťazom medzinárodného tendra sa stala spoločnosť Vranovská investičná, s.r.o., ktorej právnym nástupcom sa stala spoločnosť Svet zdravia, a.s. (dnes Penta

Hospitals SK, a.s.). Víťaz tendra prevzal k 1.9.2011 nemocnice s poliklinikami na základe Zmluvy o dočasnom prevode akcií a štyroch nájomných zmlúv na obdobie 20 rokov.

Odstránením technologicky nevyhovujúceho skeletu nedostavaného pavilónu, ktorý bol súčasťou NsP Š. Kukuřu Michalovce, a.s., došlo k rozhodnutiu postaviť pre obyvateľov širokého spádového územia úplne novú nemocnicu s najmodernejším prístrojovým vybavením. Spoločníkmi tejto obchodnej spoločnosti sú KSK s podielom vo výške 19 %, Mesto Michalovce s podielom vo výške 1 % a obchodná spoločnosť Penta Hospitals SK, a.s. s podielom vo výške 80 % na jej základnom imaní. Poskytovateľom ústavnej zdravotnej starostlivosti je NsP Š. Kukuřu Michalovce, a.s., majiteľom nehnuteľnosti, v ktorej je zdravotná starostlivosť poskytovaná je Nemocnica novej generácie Michalovce, a.s.

V priebehu posledných rokov boli do rozvoja krajských nemocníc investované nemalé finančné prostriedky. Smerované boli najmä do oblasti modernizácie a skvalitnenia prístrojovej techniky, rovnako tak do rozvoja technickej infraštruktúry nehnuteľností. Investíciami došlo k výraznému kvalitatívnemu posunu aj na lôžkových oddeleniach jednotlivých nemocníc.

V ostatných mesiacoch dochádza k usporiadaniu budúcich majetkovoprávných vzťahov medzi Košickým samosprávnym krajom a spoločnosťou Penta Hospitals SK, a.s. ako nájomcom, nakoľko tento plánuje z prostriedkov Plánu obnovy a odolnosti SR dostávať a zrekonštruovať budovu Nemocnice v Spišskej Novej Vsi, ktorá je vo vlastníctve kraja. Podmienky tohto usporiadania sú obsiahnuté v Dodatku č. 3 k Zmluve o dočasnom prevode akcií zo dňa 20.04.2011, ktorý bol uzatvorený dňa 26.06.2024. V rámci týchto podmienok si Košický samosprávny kraj ponecháva otvorené možnosti rozhodnúť sa v čase ukončovania zmluvy o dočasnom prevode akcií, či bude do budúcnosti nemocnice prevádzkovať vo vlastnej réžii alebo ich prevádzkovanie opätovne zverí do rúk súkromného investora.

Budova nového nemocničného pavilónu je momentálne vo výstavbe, bude mať 3 nadzemné podlažia a nulté podlažie. Nachádzať sa v nej bude nové gynekologicko-pôrodnické oddelenie, novorodenecká jednotka intenzívnej starostlivosti, oddelenie anestézie a multidisciplinárnej intenzívnej starostlivosti, centrálna operačná sála a centrálna sterilizácia. V rámci rekonštrukcie vznikne v existujúcom nemocničnom monobloku nové chirurgické lôžkové oddelenie, ktoré bude prepojené s novým pavilónom spojovacím mostíkom. Pribudne aj celkovo 14 nových dvoj lôžkových izieb a 6 jednolôžkových izieb v najvyššom štandarde, ktoré budú mať samostatné sociálne zariadenie. Nemocnica aj po zrealizovaní tejto investície zostane majetkom košickej župy.

Obr. 23: Vizualizácia projektu novej nemocnice v Spišskej Novej Vsi – nový monoblok

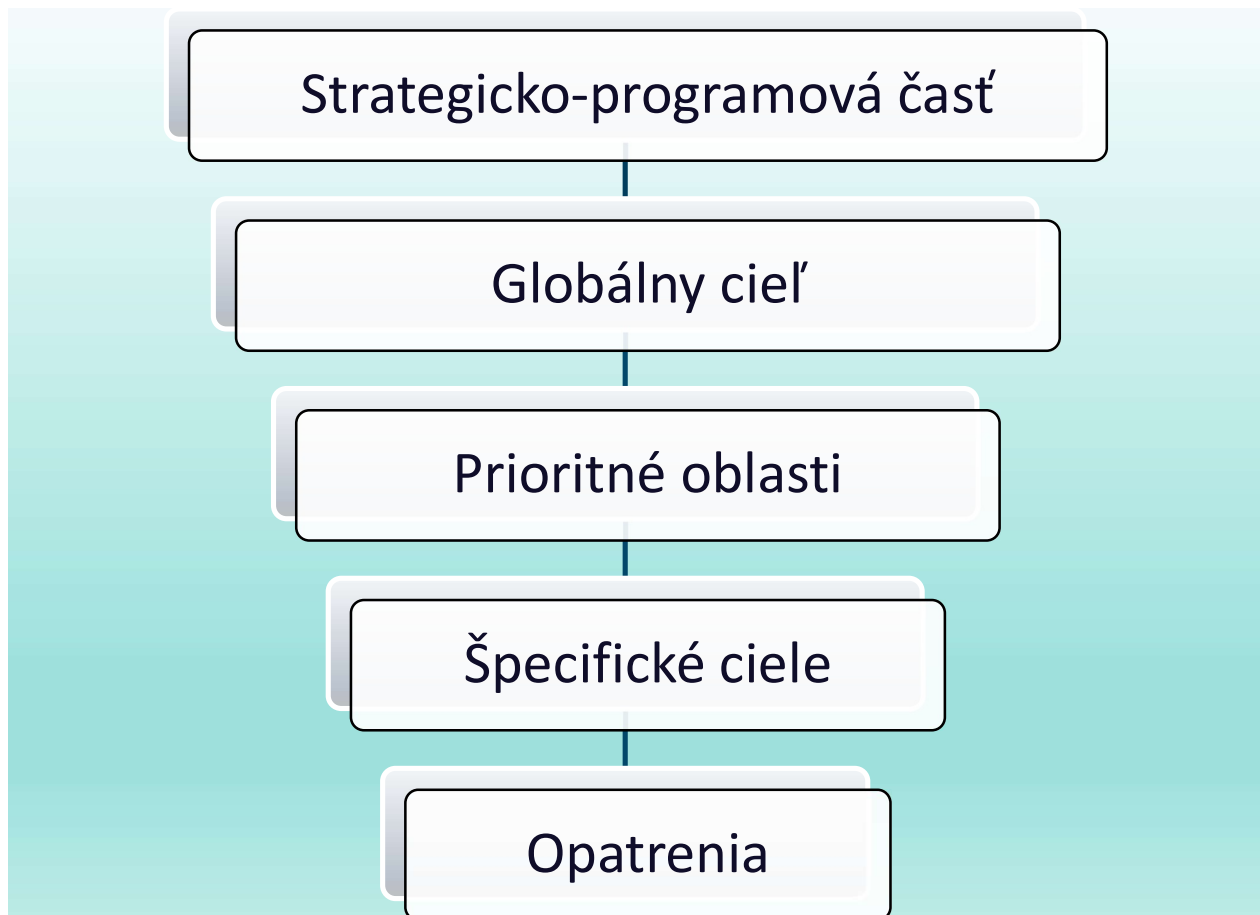


Zdroj: Internet, 2025

C/ STRATEGICKO-PROGRAMOVÁ ČASŤ

Vychádzajúc z detailnej analýzy súčasného stavu zabezpečenia zdravotnej starostlivosti v našom kraji a identifikovaných hlavných problémov z prvej časti strategického dokumentu, je možné pristúpiť k záverečnej, strategickej časti. V rámci strategicko-programovej časti definujeme náš dlhodobý strategický a globálny cieľ, ktorému v rozsahu našich zákonných kompetencií podriadime v strednodobom horizonte 4-7 rokov našu zdravotnú politiku. Realizáciu zdravotnej politiky bližšie definujeme prostredníctvom identifikácie základných prioritných oblastí, v rámci ktorých si stanovujeme špecifické ciele a k nim priradzujeme adekvátne a dostupné opatrenia. Postupným napĺňaním stanovených špecifických cieľov a k nim priradeným opatrením, prispejeme k naplneniu strategického a globálneho cieľa, ktorým je:

Zlepšenie dostupnosti kvalitnej pro-pacientsky a pro-rodinne orientovanej integrovanej zdravotnej starostlivosti a podpora prevencie pre obyvateľov Košického kraja.



Postupnému napĺňaniu globálneho cieľa, vízií a ambícií KSK v oblasti regionálneho zdravotníctva bude predchádzať okrem iného aj hľadanie vhodných foriem externého financovania, prípadne primeraných modelov kombinovaného financovania.

C.1 Prioritná oblasť 1 – Zdravotnícka agentúra Košického samosprávneho kraja, n.o.

Obdobie pandémie Covid-19, ktoré poznačilo posledné roky celú spoločnosť, v mnohých ohľadoch odkrylo slabé stránky zdravotníckeho odvetvia. Poukázalo okrem iného aj na skutočnosť, že pri náhlom výpadku väčšieho počtu lekárov a sestier (ochorenie, karanténa, úmrtie), je zdravotný systém mimoriadne krehký. V najkritickejších týždňoch a mesiacoch sa systém poskytovania ambulantnej zdravotnej starostlivosti blížil ku kolapsu a pacienti sa v mnohých prípadoch stávali rukojemníkmi systému. Pacienti potrebovali svojho lekára, ktorý nebol k dispozícii a zastupujúci poskytovatelia zdravotnej starostlivosti nedokázali ustáť nával pacientov. Poš pandemiecké obdobie situáciu síce znormalizovalo, ale krvácajúci systém už v takomto rozpoložení dlho nevydrží. Ambulantná sféra nemôže byť odkázaná na lekárov v dôchodkovom alebo pred dôchodkovom veku. Je potrebné prijať adekvátne opatrenia na omladenie a stabilizáciu systému. Zdravotnícka agentúra KSK, n.o. by mala byť jedinou organizáciou svojho druhu, ktorá bude plniť personálne úlohy, t.j. aktívne vyhľadávať, oslovovať, vzdelávať, metodicky korigovať a následne pracovať s lekármi (prípadne sestrami), ktorým zabezpečí množstvo administratívnej práce tak, aby mali záujem prísť pracovať a poskytovať medicínske služby do ambulantného prostredia kraja. Úlohou zástupcov agentúry bude aj udržanie a stabilizácia zdravotníckych pracovníkov so zámerom radikálneho zníženia nepriaznivo sa vyvíjajúcej vekovej štruktúry personálu.

Špecifický cieľ 1.1: Aktívna spolupráca s MZSR a vzdelávacími organizáciami

Opatrenie 1.1.1: Uzatvorenie memoranda o vzájomnej výmene informácií s lekáorskými fakultami, strednými zdravotníckymi školami

Opatrenie 1.1.2: Realizácia prednáškovej činnosti, organizácia konferencií

Opatrenie 1.1.3: Organizovanie veľtrhov príležitostí v zdravotníctve

Opatrenie 1.1.4: Nadviazanie úzkej spolupráce so sekciou vzdelávania MZSR

Špecifický cieľ 1.2: Zabezpečenie dostupnosti zdravotníckeho personálu

Opatrenie 1.2.1: Oslovenie domácich a zahraničných absolventov lekáorských fakúlt, rezidentov

Opatrenie 1.2.2: Aktívna komunikácia so strednými zdravotníckymi školami

Opatrenie 1.2.3: Aktívne vyhľadávanie lekárov z tretích krajín

Špecifický cieľ 1.3: Poskytovanie administratívneho a právneho poradenstva

Opatrenie 1.3.1: Administrácia všetkých povoľovacích konaní pri založení ambulancie

Opatrenie 1.3.2: Poskytovanie ekonomickej činnosti, administratívnych, právnych a iných služieb pre krajského poskytovateľa zdravotnej a lekárenskej starostlivosti

Špecifický cieľ 1.4: Projektový manažment

Opatrenie 1.4.1: Príprava projektových zámerov a projektov v oblasti zdravotníctva,

Opatrenie 1.4.2: Podporná, kontrolná a koordinačná činnosť, supervízia nad implementáciou projektov CIZS, RCIS, projektov z Plánu obnovy a odolnosti v oblasti zdravotníctva, projektov pre všeobecných lekárov a primárnych pediatrov

Opatrenie 1.4.3: Vyhľadávanie výziev a zdrojov financovania, poskytovanie projektovej súčinnosti a monitoringu v oblasti rozvoja a podpory zdravotníctva

C.2 Prioritná oblasť 2 – Podpora systému zdravotnej starostlivosti

Rezidenti, absolventi lekárskeho fakúlt, mladí lekári, lekári, lekárnici zo zahraničia, odborníci – špecialisti, či ďalší lekári, ktorí sa rozhodli odísť z prostredia ústavnej zdravotnej starostlivosti, či akademického prostredia priamo do systému ambulantnej zdravotnej starostlivosti, sú mnohokrát limitovaní bariérami prostredia a nedokážu sa adekvátne zorientovať v byrokraticky náročnom procese smerujúcom k získaniu všetkých relevantných oprávnení na poskytovanie zdravotnej starostlivosti prostredníctvom vlastnej spoločnosti. Založenie ambulancie a počiatočné náklady limitujú záujem a vôľu pracovať v tomto prostredí. Je preto namieste uvažovať o forme rôznych mechanizmov podpory z úrovne štátu, vyšších územných celkov, miest, obcí, záujmových združení, zdravotníckych organizácií, súkromných podnikov a pod.

Špecifický cieľ 2.1: Finančná podpora otvárania ambulancií VAS

Opatrenie 2.1.1: Identifikácia a adresné určovanie lokalít pre príspevkov v oblasti VAS

Špecifický cieľ 2.2: Finančná podpora otvárania ambulancií ŠAS a inej ŠAS

Opatrenie 2.2.1: Identifikácia a adresné určovanie lokalít s pre príspevkov v oblasti ŠAS a inej ŠAS

Špecifický cieľ 2.3: Zavedenie krajskej dotačnej schémy v oblasti zdravotníctva

Opatrenie 2.3.1: Stanovenie podporovaných špecializačných odborov - lekárov

Opatrenie 2.3.2: Stanovenie podporovaných lokalít pre lekárov

Opatrenie 2.3.3: Podpora domácich aj zahraničných lekárov

Opatrenie 2.3.4: Podpora sestier na ambulanciách

Opatrenie 2.3.5: Pravidelné alokovanie rozpočtu

Opatrenie 2.3.6: Každoročné vyhlasovanie výzvy

Špecifický cieľ 2.4: Morálna podpora pracovníkov v zdravotníctve

Opatrenie 2.4.1: Vytvorenie nového krajského modelu oceňovania výnimočných zdravotníckych pracovníkov

Opatrenie 2.4.2: Vytvorenie nového krajského modelu oceňovania administratívnych a riadiacich pracovníkov v zdravotníctve

C.3 Prioritná oblasť 3 – Podpora prevencie

Všetci sme už mnohokrát počuli, že prevencia je lepšia ako liečba. Vždy je jednoduchšie (a aj lacnejšie) ochoreniam predchádzať, ako ich následne liečiť. Štatistiky ukazujú, že na Slovensku dôležitosť prevencie z rôznych dôvodov podceňujeme. Aj to je dôvod, prečo sa dlhodobo nachádzame medzi krajinami Európskej únie na najvyšších priečkach v úmrtnosti na srdcovo-cievne ochorenia, ako aj rôzne typy rakoviny. Je alarmujúce, že každoročne pribudne na Slovensku skoro 40 000 nových prípadov onkologických ochorení. Podľa svetovej zdravotníckej organizácie môže zdravý životný štýl pomôcť predísť 90% všetkých prípadov cukrovky, 80% infarktov myokardu a 30% všetkých nádorových ochorení. Nefajčiari, ktorí sa zdravo stravujú, venujú sa pravidelnej fyzickej aktivite a nepreháňajú to s alkoholom, žijú v priemere až o 14 rokov dlhšie ako tí, ktorí žijú nezdravým spôsobom života. HPV, chrípka, Covid-19, kliešťová encefalitída, tetanus, či hepatitída sú príklady ochorení, ktorým môžeme predísť očkovaním. V rámci ochrany zdravia detí máme na Slovensku program povinných a odporúčaných očkovaní. Na Slovensku máme v súčasnosti možnosť absolvovať bezplatné preventívne prehliadky u všeobecného lekára pre deti a dorast, všeobecného lekára pre dospelých, zubného lekára, gynekológa, urológa a gastroenterológa. Hlavným cieľom prehliadok je včasná diagnostika prípadného začínajúceho ochorenia, ktorá môže zachrániť život alebo výrazne prispieť k zlepšeniu kvality života. Mnohé ochorenia sa spočiatku môžu vyvíjať veľmi nenápadne a tak sú pravidelné kontroly veľakrát jediným spôsobom, ako ochorenie odhaliť včas a úspešne liečiť. Napriek tomu iba necelá tretina dospelých ľudí na Slovensku absolvuje preventívnu prehliadku u všeobecného lekára, len okolo 35% žien preventívnu prehliadku u gynekológa a iba 6% mužov chodí na prevenciu k urológovi.

Špecifický cieľ 3.1: Aktívne prispievanie k znižovaniu chorobnosti obyvateľov

Opatrenie 3.1.1: Každoročná organizácia akcie Deň zdravia KSK

Opatrenie 3.1.2: Vytváranie podmienok pre očkovanie proti HPV + antidekubitná kampaň

Opatrenie 3.1.3: Marketingová podpora povinného očkovania detí

Opatrenie 3.1.4: V prípade potreby opätovné spustenie veľkokapacitných očkovacích centier proti ochoreniu Covid-19

Opatrenie 3.1.5: Podpora rozvoja športu na školách, verejnosti, výstavba športových areálov, organizácia športových podujatí

Opatrenie 3.1.6 Zapojenie sa do projektovej činnosti v rámci Programu Švajčiarsko-slovenskej spolupráce

Špecifický cieľ 3.2: Zvyšovať angažovanosť občanov v prevencii

Opatrenie 3.2.1: Každoročná organizácia akcií darovania krvi

Opatrenie 3.2.2: Vypracovanie osobitnej publikácie kraja venovanej preventívnym kampaniam, ponuke zdravotných poisťovní, periodicite, dôležitosti preventívnych prehliadok, prevencii v oblasti duševného zdravia

Špecifický cieľ 3.3: Podpora prevencie kriminality a inej protispoločenskej činnosti v SR

Opatrenie 3.3.1: Otvoriť odbornú diskusiu za účelom vytvorenia funkčného modelu prevádzkovania protialkoholických izieb tzv. záchytných staníc

C.4 Prioritná oblasť 4 – Ústavná zdravotná starostlivosť

Hlavnými cieľmi započatej reformy tejto oblasti je zvýšenie kvality ústavnej starostlivosti a lepšie výsledky pre pacientov, stabilizácia zdrojov (vyššia kvalita za rovnaké zdroje, zníženie potreby na personál optimalizáciou poskytovania ústavnej starostlivosti) a vyššia spokojnosť personálu nemocnice. Pomocou novej koncepcie ústavnej zdravotnej starostlivosti sa má zvýšiť bezpečnosť pacientov a zabezpečiť kvalitnú a dostupnú zdravotnú starostlivosť. Lepšiu kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti má zabezpečiť koncentrácia špecializovanej zdravotnej starostlivosti a niektorých typov zdravotných výkonov (najmä invazívnych operačných zdravotných výkonov) do nemocníc, kde na ich poskytnutie majú zdravotnícki pracovníci potrebné zručnosti a skúsenosti. Zmenu podmienila súčasná roztrieštenosť poskytovanej zdravotnej starostlivosti, keďže v dnešnej dobe je medzi nemocnicami nízka miera koordinácie a spolupráce, pričom každá nemocnica sa špecializuje na iné zdravotnícke výkony, v dôsledku čoho viaceré nemocnice nedokážu pacientovi poskytnúť komplexnú ústavnú starostlivosť. Za účelom zvýšenia kvality zdravotnej starostlivosti sa z Plánu obnovy vyčlenila jedna miliarda eur určená na modernizáciu a výstavbu nových nemocníc a nákup najmodernejšieho prístrojového zariadenia. Kategorizácia ústavnej starostlivosti, ktorá sa bude aktualizovať ročne, má zabezpečiť vytvorenie optimálnej siete nemocníc (OSN). Ústavná starostlivosť sa tak rozdelila do 5 úrovní (I. – V. úroveň), pričom kritériom pre určenie príslušnej úrovne bude náročnosť, početnosť, ako aj potreba blízkosti ústavnej starostlivosti k pacientovi. Ústavná starostlivosť sa zároveň rozdeľuje do programov a medicínskych služieb. Pre každú úroveň nemocnice je definovaný zoznam povinných a nepovinných programov a medicínskych služieb. V rámci reformy sa definujú aj špecifické požiadavky na materiálno-technické vybavenie, personálne zabezpečenie, minimálne počty výkonov, ktoré musí poskytovateľ alebo lekár-operatér vykonať za rok, maximálne čakacie doby ako aj indikátory kvality poskytovanej ústavnej starostlivosti.

Špecifický cieľ 4.1: Súčinnosť pri zabezpečovaní investícií do infraštruktúry nemocníc v kraji

Opatrenie 4.1.1: Podpora výstavby, modernizácie a rekonštrukcie nehnuteľností

Opatrenie 4.1.2: Podpora rozvoja materiálno-technického a prístrojového vybavenia

Opatrenie 4.1.3: Podpora budovania a rozvoja IT infraštruktúry

Opatrenie 4.1.4: Investície do rozvoja služieb kúpeľníctva

Špecifický cieľ 4.2: Podpora projektov RCIS

Opatrenie 4.2.1: Participácia na rozvoji nemocníc 1. úrovne (tzv. komunitných)

Opatrenie 4.2.2: Rozvoj hospicových služieb a pomoc ľuďom dlhodobo chorým

C.5 Prioritná oblasť 5 – Digitalizácia a integrácia systému zdravotnej starostlivosti

Súčasnú medicínsku a spoločenskú požiadavku navzájom súvisia a veľmi často poukazujú na skutočnosť, že výsledok liečby pacienta závisí od správnosti a nadväznosti viacerých vstupov rozličných poskytovateľov na rôznych úrovniach zdravotníckeho systému. Dosiahnutie požadovaného výstupu preto vyžaduje spojenie (integráciu) viacerých poskytovateľov do jedného funkčného celku. Systém Slovenského zdravotníctva v krátkom čase prešiel od socialistickej integrácie v podobe Krajských ústavov národného zdravia a ich nižších úrovní k druhému extrému. V slabo regulovanom prostredí vznikli tisíce navzájom veľmi slabo alebo vôbec nekomunikujúcich poskytovateľov. Medzi týmito poskytovateľmi je pacient mnohokrát stratený a nedokáže sa v systéme orientovať. Na našom území by malo dôjsť k tzv. reintegrácii. Slovo „integrácia“ zdravotnej starostlivosti sa v súčasnosti skloňuje vo väčšine vyspelých krajín sveta. V tejto dynamickej situácii sa otvára pre samosprávne kraje priestor pre rolu integrátora v súčasnom ambulantnom systéme dezintegrovannej zdravotnej starostlivosti.

Špecifický cieľ 5.1: Podpora digitalizácie v zdravotníctve

Opatrenie 5.1.1: Podpora zdravotníckych pracovníkov pri využívaní elektronických foriem komunikácie v zdravotníckych zariadeniach

Opatrenie 5.1.2: Podpora myšlienky celoštátneho unifikovaného zdravotníckeho informačného systému vysokej inteligencie

Opatrenie 5.1.3: Hľadanie spoločných alternatív za účelom vytvorenia (rozvoja) elektronickej komunikačnej platformy medzi organizáciami a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti

Opatrenie 5.1.4: Podpora rozvoja a budovania telemedicíny

Opatrenie 5.1.5: Zavedenie bezodplatného elektronického objednávacieho systému pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

Opatrenie 5.1.6: Podpora kybernetickej bezpečnosti a ochrany osobných údajov v zdravotníctve

Špecifický cieľ 5.2: Vybudovanie nového modelu a infraštruktúry krajských centier zdravia

Opatrenie 5.2.1: Dôkladná analýza a zmapovanie súčasného stavu ambulantného prostredia

Opatrenie 5.2.2: Integrovanie existujúcich zariadení (na báze dobrovoľnosti)

Opatrenie 5.2.3: Doplnenie chýbajúcich zariadení (odborností, špecializácií)

C.6 Prioritná oblasť 6 – Krajský poskytovateľ zdravotnej starostlivosti

V regióne Košického samosprávneho kraja pribúda čoraz viac oblastí, ktoré nie sú dostatočne a adekvátne pokryté poskytovateľmi všeobecnej, špecializovanej a inej špecializovanej zdravotnej starostlivosti. Dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre pacientov a obyvateľom kraja klesá, narastá čas cestovania za lekárom ako aj vzdialenosť, ktorú musí pacient absolvovať za vyšetrením. Narastajúca chorobnosť a starnutie populácie problémy navyše prehlbuje. Systémové opatrenia zo strany štátu a ministerstva dlhé roky absentujú, realizácia napriek urgenciám odborníkov a dopytom zo strany samospráv naďalej neprichádza. Stabilizácia systému pri pohľade na porovnanie množstva lekárov odchádzajúcich zo systému a prichádzajúcich do systému je dlhodobo v nepomere v prospech končiacich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Je preto namieste zaoberať sa na úrovni samospráv myšlienkou vstupu, resp. zásahu do súčasného systému poskytovania zdravotnej starostlivosti v podobe konštruktívnych riešení, ktoré pacientovi – obyvateľovi kraja zabezpečia dodatočné benefity vo forme dostupnejšej a kvalitnej zdravotnej starostlivosti. Jedným z takýchto riešení je vlastný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, ktorý dokáže zabezpečiť pokrytie dopytu po menej lukratívnych a najmä nedostatkových špecializačných odborov, dať priestor domácim aj zahraničným lekárom, mladším, či starším na ich realizáciu a personálny rast v podmienkach krajskej samosprávy. Takýto model fungovania bude odrazom a výsledkom tzv. „tlaku zdola“ na neschopnosť riešiť akútne zdravotné problémy obyvateľov kraja z úrovne štátnych organizácií. Krajský poskytovateľ by mal pokryť širokú škálu špecializácií naprieč krajom s ohľadom na potreby jednotlivých mikroregiónov. Musí štruktúru odborností lekárov vyskladať tak, aby zároveň korešpondovala s potrebami verejnej minimálnej siete a dokázala tým byť zazmluvnená zo strany zdravotných poisťovní. Uzatvorené zmluvné vzťahy budú základnou premisou pre nastavenie efektívneho ekonomického modelu fungovania.

Špecifický cieľ 6.1: Prevádzkovanie „novej formy“ zdravotníckeho zariadenia

Opatrenie 6.1.1: Analýza vhodnej právnej formy a modelov fungovania

Opatrenie 6.1.2: Analýza problémových špecializačných odborov

Opatrenie 6.1.3: Povolenia na prevádzku krajského ambulantného zariadenia

Opatrenie 6.1.4: Zabezpečenie zmluvných vzťahov so zdravotnými poisťovňami

Opatrenie 6.1.5: Prevádzka centier zdravia, ambulancií, polikliník

Opatrenie 6.1.6: Podpora projektov CIZS a RCIS v kraji

Špecifický cieľ 6.2: Zavedenie novej služby „ambulancia na kolesách“

Opatrenie 6.2.1: Podpora prevádzky návštevnej lekárskej služby v domácnosti pacienta

Opatrenie 6.2.2: Podpora prevádzky krajskej dopravnej služby medzi centrami zdravia

C.7 Prioritná oblasť 7 – Krajský poskytovateľ lekárenskej starostlivosti

Rozmiestnenie a územná regulácia jednotlivých poskytovateľov lekárenskej zdravotnej starostlivosti nie je v súčasnosti legislatívne podchytená. Celá téma potreby, počtu, lokalizácie, sieťotvorby poskytovateľov lekárenskej starostlivosti vo verejných lekárňach, výdajniach zdravotníckych pomôcok, výdajniach ortopedicko-protetických zdravotníckych pomôcok a výdajniach audio-protetických zdravotníckych pomôcok je ponechaná trhu. V tejto oblasti je namieste uvažovať o zlepšení a zefektívnení systému vo vzťahu k potrebám pacientov (najmä starších a ekonomicky slabších). Pri pohľade na geografiu kraja a rozmiestnenie lekárni je zrejmé, že existujú oblasti kde je na jednom mieste situovaných „zbytočne“ viacero poskytovateľov lekárenskej starostlivosti a evidujeme požiadavky starostov obcí, kde takáto služba mimoriadne chýba. Poskytovatelia lekárenskej starostlivosti nemajú záujem otvoriť svoje prevádzky v oblastiach, kde neevidujú ekonomický potenciál fungovania. Pri postupnej elektronizácii a systéme zavedenia modelu e-receptov, kedy lekár pacientovi vypíše elektronický recept a ten si ho vie vyzdvihnúť v ktorejkoľvek dostupnej lekárni, by bolo vhodné, ak by lekárne, výdajne, boli obyvateľom kraja k dispozícii aj v lokalitách, kde ich trhové podmienky doposiaľ nedokázali prilákať.

Špecifický cieľ 7.1: Prevádzkovanie „novej formy“ zdravotníckeho zariadenia

Opatrenie 7.1.1: Analýza vhodnej právnej formy a modelov fungovania

Opatrenie 7.1.2: Vydanie povolenia na prevádzkovanie krajského zdravotníckeho zariadenia – lekárne/výdajne

Opatrenie 7.1.3: Zavedenie novej krajskej služby – mobilné doručovanie liekov priamo do domácnosti

Opatrenie 7.1.4: Prevádzka lekárni a výdajní

Opatrenie 7.1.5: Vytvorenie Centra pre kontrolu pravidelnosti užívania liekov u pacientov s polypragmáciou (laboratórnymi metódami stanoviť a kontrolovať hladinu metabolitov sledovaného liečiva u pacientov)

C.8 Prioritná oblasť 8 – Ambulantná a lekárenská pohotovostná služba

Ambulantná pohotovostná služba (APS) je zdravotná starostlivosť, ktorou sa zabezpečuje dostupnosť zdravotnej starostlivosti v rozsahu poskytovania všeobecnej ambulantnej starostlivosti pri náhlej zmene zdravotného stavu osoby, ktorá bezprostredne neohrozuje jej život alebo bezprostredne neohrozuje niektorú zo základných životných funkcií. Lekárska pohotovostná služba je zdravotná starostlivosť, ktorou sa zabezpečuje dostupnosť lekárenskej starostlivosti mimo prevádzkového času schváleného samosprávnym krajom. Predmetné služby fungujú v niektorých regiónoch bezproblémovo, najmä tam, kde si organizovanie služieb regulujú priamo lekári v spolupráci so samosprávnymi kraji. Kraje sa však často stretávajú aj s množstvom problémov, ktoré musia riešiť medzi lekármi a tzv. „organizátormi“ pohotovostných služieb. Najčastejšie problémy ambulantných pohotovostí spočívajú v nedostatku slúžiacich lekárov, vysokej frekvencii služieb, neochote slúžiť z dôvodu vysokého veku alebo personálnych konfliktov s organizátorom, odmeňovaní za služby a pod. problémom lekárenských pohotovostí je absencia legislatívnej úpravy prevádzkových časov, neochota prevádzkovať službu v čase nižšej ekonomickej efektívnosti a pod. Mimoriadne dôležitým a v súčasnosti neriešeným systémovým nedostatkom je časová nepreviazanosť ambulantných pohotovostí s lekárenskými, kedy prevádzkový čas lekárenskej pohotovosti nenadväzuje na ordinačné hodiny ambulantnej pohotovosti.

Špecifický cieľ 8.1: Poskytovanie ambulantnej pohotovostnej služby prostredníctvom krajského poskytovateľa zdravotnej starostlivosti

Opatrenie 8.1.1: Zapojenie sa do výberových konaní na pevné body APS pre dospelých v kraji

Opatrenie 8.1.2: Zapojenie sa do výberových konaní na pevné body APS pre deti a dorast v kraji

Opatrenie 8.1.3: Rozpisovanie služieb pre jednotlivé pevné body APS

Špecifický cieľ 8.2: Poskytovanie lekárenskej pohotovostnej služby prostredníctvom krajského poskytovateľa lekárenskej starostlivosti

Opatrenie 8.2.1: Zabezpečenie, aby pri každom pevnom bode APS bola otvorená lekáreň aspoň 0,5 hodinu po skončení ordinačných hodín

Opatrenie 8.2.2: Zabezpečenie aspoň jednej otvorenej lekárne 24/7 v kraji

C.9 Prioritná oblasť 9 – Krajská agentúra služieb dlhodobej starostlivosti

Slovensko bude do roku 2070 jednou z najrýchlejšie starnúcich krajín EÚ. Jedným z dôsledkov starnutia populácie bude aj nárast počtu osôb vo vysokom veku, ktorí sú odkázaní na dlhodobú starostlivosť. Potreby osôb odkázaných na následnú a dlhodobú starostlivosť alebo starostlivosť sociálnu či podpornú, sa uspokojujú v domácom prostredí a v rôznych typoch zariadení. Ak je vhodné domáce prostredie, tak domáca starostlivosť je najprirodzenejšou formou následnej a dlhodobej starostlivosti. Odkázaný človek (a jeho rodina) je predmetom záujmu troch vzájomne nezávislých štruktúr: Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR, Ministerstva zdravotníctva SR, samospráva. Medzi týmito štruktúrami a občanom (odkázaným človekom) stojí reálny poskytovateľ pomoci (zariadenie sociálnych služieb / nemocnica / ambulancia / hospic / agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti / dom ošetrovateľskej starostlivosti), prostredníctvom ktorého má byť táto pomoc poskytovaná. V súčasnosti nie je zabezpečený plynulý prechod človeka s potrebou dlhodobej starostlivosti zo zdravotníckeho zariadenia do komunity alebo zariadenia sociálnej pomoci. Nízka flexibilita a absentujúca koordinácia s poskytovateľmi sociálnych služieb predlžujú čakaciu dobu na sociálne služby aj v naliehavých prípadoch. Včasné zabezpečenie následnej a dlhodobej starostlivosti predstavuje komplexnú sériu vzájomne prepojených procesov, koordinácia ktorých si vyžaduje nové trasy (pathways) a služby na dosiahnutie zlepšenia kvality a efektívnosti starostlivosti. Na Slovensku nie je funkčný žiaden komplexný interaktívny portál, ktorý by zastrešoval významné funkcionality ako napríklad: posúdenie potrebnej a vhodnej formy starostlivosti podľa zdravotného stavu, hľadanie vhodného zariadenia podľa zadaných preferencií, diferenciacia obsadených a voľných zariadení v danej lokalite vrátane vizualizácie na mape a vytváranie poradovníka pre jednotlivé zariadenia.

Špecifický cieľ 9.1: Prevádzkovanie nových sociálno-zdravotných služieb

Opatrenie 9.1.1: Analýza vhodnej právnej formy a modelov fungovania

Opatrenie 9.1.2: Založenie a prevádzka Krajskej agentúry služieb dlhodobej starostlivosti

Opatrenie 9.1.3: Aktívne vyhľadávanie klientov, priebežné monitorovanie obsadenosti zariadení a podpora lokalít, nehnuteľností pre rozšírenie kapacít za účelom poskytovania sociálno-zdravotných služieb

Opatrenie 9.1.4: Rozšírenie kapacít paliatívnej zdravotnej starostlivosti

Opatrenie 9.1.5: Vykonávanie tzv. „support-u“, t.j. komplexnej podpornej, poradenskej a konzultačnej činnosti pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pri riešení problémov

Opatrenie 9.1.6: Podpora projektových aktivít zameraných na seniorov, osoby so zdravotným postihnutím a osoby s chronickými ochoreniami

Špecifický cieľ 9.2: Digitalizácia prepojených sociálno-zdravotných služieb

Opatrenie 9.2.1: Sumarizácia služieb všetkých dostupných portálov, funkcionalít

Opatrenie 9.2.2: Vytvorenie a prevádzkovanie nového interaktívneho krajského web portálu zastrešujúceho všetky potreby dlhodobej a následnej starostlivosti

Semafor prioritných oblastí pri napínaní globálneho cieľa



Vysoká priorita

- C.1 Prioritná oblasť 1 – Zdravotnícka agentúra Košického samosprávneho kraja, n.o.
- C.2 Prioritná oblasť 2 – Podpora systému zdravotnej starostlivosti
- C.3 Prioritná oblasť 3 – Podpora prevencie



Stredná priorita

- C.4 Prioritná oblasť 4 – Ústavná zdravotná starostlivosť
- C.5 Prioritná oblasť 5 – Digitalizácia a integrácia systému zdravotnej starostlivosti



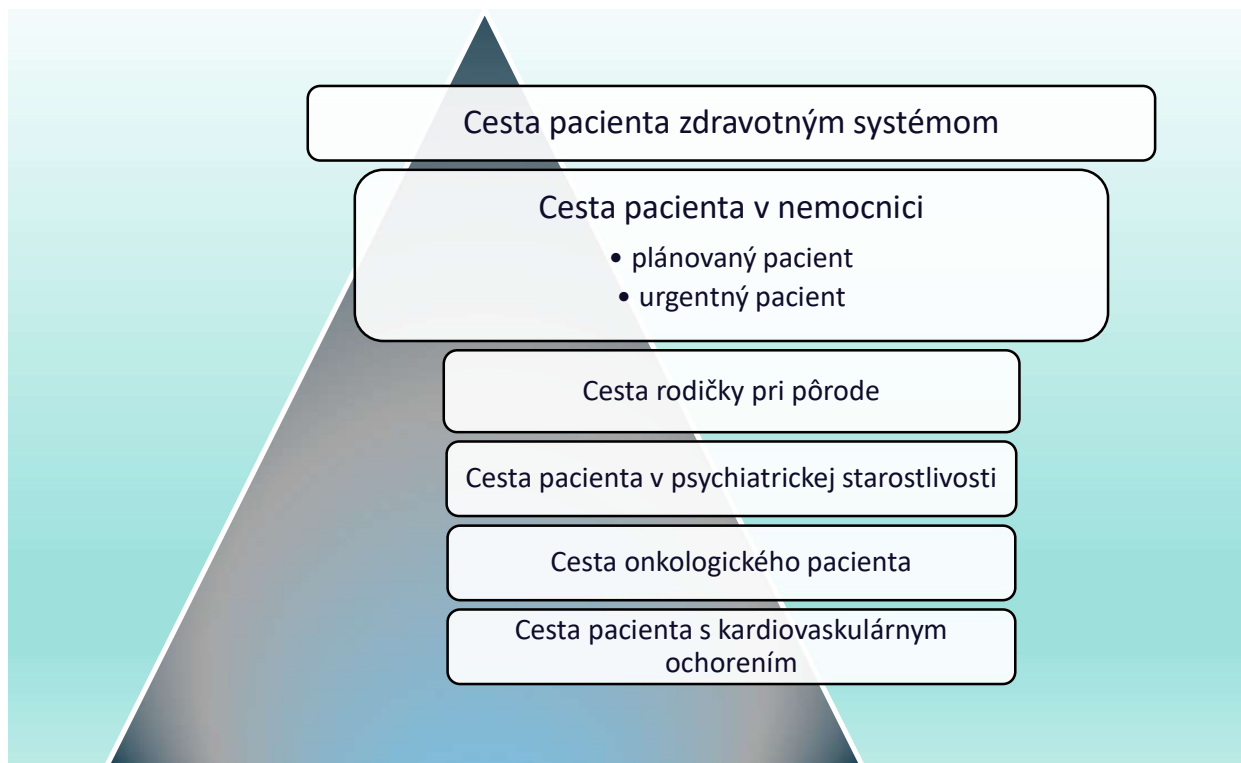
Nízka priorita

- C.6 Prioritná oblasť 6 – Krajský poskytovateľ zdravotnej starostlivosti
- C.7 Prioritná oblasť 7 – Krajský poskytovateľ lekárenskej starostlivosti
- C.8 Prioritná oblasť 8 – Ambulantná a lekárenská pohotovostná služba
- C.9 Prioritná oblasť 9 – Krajská agentúra služieb dlhodobej starostlivosti

D/ CESTA PACIENTA

Jedným z cieľov tohto strategického dokumentu je zmapovať, modelovať a následne predstaviť pacientovi, lekárovi, manažérovi a ďalším kompetentným osobám, ktoré pôsobia na pozíciách vo verejnej správe ako aj v oblasti zdravotníctva „cestu pacienta“. Zmyslom je, aby zodpovedná osoba dokázala správne navigovať pacienta a zároveň, aby samotný pacient, ktorý príde na vyšetrenie alebo inú návštevu ambulancie, nemocnice neblúdil a vedel, čo má robiť a kam presne ísť. V ďalších kapitolách preto predstavujeme všeobecné modelové situácie v praxi pri predstavení alternatívnych ciest pacienta v najčastejšie sa vyskytujúcich situáciách.

Pod cestou pacienta teda rozumieme takú schému, ktorá poskytuje lekárovi informáciu o optimálnom manažovaní a liečbe pacienta. Táto schéma by mala byť zároveň koncipovaná dostatočne prehľadne, tak aby bola jasne zrozumiteľná aj pre samotných pacientov.



D.1 Cesta pacienta zdravotným systémom

V prvom rade, že potrebné poznamenať, že v rámci SR platí princíp slobodnej voľby lekára. V rámci tohto princípu sú ale zároveň legislatívne zakotvené práva a povinnosti pacientov ako aj poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

1. Objednanie sa na ambulantné vyšetrenie (online, telefonicky, osobne a pod.)
2. Návšteva ambulantného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (VAS následne ŠAS)
 - a) „Štandardná ambulancia“
 - b) Centrum integrovanej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „CIZS“)
3. Návšteva ambulantného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti
 - a) Poliklinika
 - b) Regionálne centrum integrovanej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „R-CIZS“)
4. Objednanie sa na vyšetrenie do nemocnice (online, telefonicky, osobne a pod.)
5. Návšteva poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti
6. Zaradenie na čakaciu listinu
7. Absolvovanie potrebného vyšetrenia, zákroku
8. Prepúšťacia správa (ukončenie hospitalizácie)
9. Následná zdravotná starostlivosť, doliečenie
10. Kontrola u ambulantného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti

Obr. 24: Cesta pacienta zdravotným systémom



Zdroj: Vlastné spracovanie, 2024

D.2 Cesta pacienta v nemocnici

1. Pred návštevou nemocnice sa pacient vo všeobecnosti objedná na potrebné vyšetrenie.

- rezervácia termínu online
- telefonická rezervácia termínu
- rezervácia termínu priamo v ambulancii alebo na recepcii nemocnice

Pacient bude môcť termín rezervácie zrušiť alebo zmeniť:

- osobne na recepcii,
- telefonicky cez call centrum alebo
- prostredníctvom linku, ktorý sa bude nachádzať v mailovej komunikácii.

2. Po príchode do nemocnice vyplní na registračnom pracovisku svoje údaje.

Vo väčšine prípadov má pacient po príchode do nemocnice viacero možností pre lepšiu orientáciu, aby sa v zdravotníckom zariadení neustránil, neblúdil v nej a vždy vedel, kam má ísť:

- obrazovky s vyvolávacím systémom
- recepcie v nemocnici
- mapa s trasou k recepcii pracoviska, kam sa pacient potrebuje dostať
- tabule, totemy, prehľadné označenie každých dverí s názvom a symbolom
- rôznofarebné átriá, ktoré uľahčia intuitívny pohyb po nemocnici
- kiosk

Informačný kiosk je zväčša určený pre evidenciu návštev a pacientov, ktorí prišli na plánované vyšetrenie, hospitalizáciu, odber alebo RTG vyšetrenie okrem:

- akútnych pacientov, ktorí budú prijatí na urgente,
- urgentných prípadov týkajúcich sa pôrodu, ktoré budú ošetrené v pôrodnici.

3. Následne sa pacient využitím občianskeho preukazu alebo iného identifikátora hlási na recepcii, príjme nemocnice, kde mu je vytlačený lístok s vyvolávacím kódom a dostane informácie, ako sa dostane k miestu vyšetrenia.

K tomu, aby bol pacient zaradený do čakárne, musí sa zapísať, ohlásiť, získať evidenčný lístok a pod. Taktiež návšteva hospitalizovaného pacienta je vo väčšine prípadov evidovaná. Evidenčný lístok pacient, návšteva predloží na príslušnej recepcii.

4. Na cieľovej recepcii, kde sa nachádza čakáreň k ambulancii, sa pacient ohlási. prípadne si načíta svoj lístok a tým sa zaradí do čakárne. Sleduje svoje číslo na vyvolávacej tabuli.

Systém, recepcia, prípadne lekár pacienta automaticky zaradí do čakárne príslušnej ambulancie. Systém následne zaeviduje prítomnosť pacienta a sestru, resp. lekár prostredníctvom nemocničného informačného systému (ďalej len „NIS“) v ambulancii uvidí, že pacient prišiel na vyšetrenie a nachádza sa v čakárni. Lekár prostredníctvom vyvolávacieho systému alebo iným spôsobom vyvolá pacienta do ambulancie. Pacient je následne ústne zavolaný alebo prostredníctvom zobrazovacieho zariadenia uvidí na monitore vyvolávacieho systému svoj kód, ktorý má na lístku, kód ambulancie, kam sa má dostaviť, a smerové šípky k ambulancii. V ambulancii sa sestra a lekár pacientovi predstavia a identifikujú ho preukazom poistenca, občianskym preukazom prípadne iným identifikátorom alebo načítaním kódu z lístka čítačkou a položením kontrolných otázok a porovnajú odpovede s načítanými údajmi z lístka v NIS.

5. Po vyvolaní lekárom do ambulancie, lekár pacienta vyšetří a naordinuje mu ďalšiu liečbu.

6. V prípade indikácie na ďalšie riešenie zdravotného stavu pacienta formou hospitalizácie, sa nemocnica s pacientom dohodne na orientačnom, prípadne fixnom teríne termíne hospitalizácie (termín závisí okrem iného aj na zdravotnej poisťovni pacienta).
7. Pri plánovaní hospitalizácie, je pacient automaticky zaradený na čakaciu listinu u poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktorý takúto listinu vedie osobitne pri pacientoch každej zdravotnej poisťovne.
8. Absolvovanie potrebného operačného/iného zákroku.
9. Výsledky vyšetrenia, prepúšťacia správa a pod. budú pacientovi doručené podľa dohody s lekárom – elektronicky, telefonicky alebo osobne.
10. V prípade potreby si pacient môže v ambulancii alebo na recepcii dohodnúť ďalší termín kontroly, následnej liečby.

Obr. 25: Cesta pacienta v nemocnici



Zdroj: Vlastné spracovanie, 2024

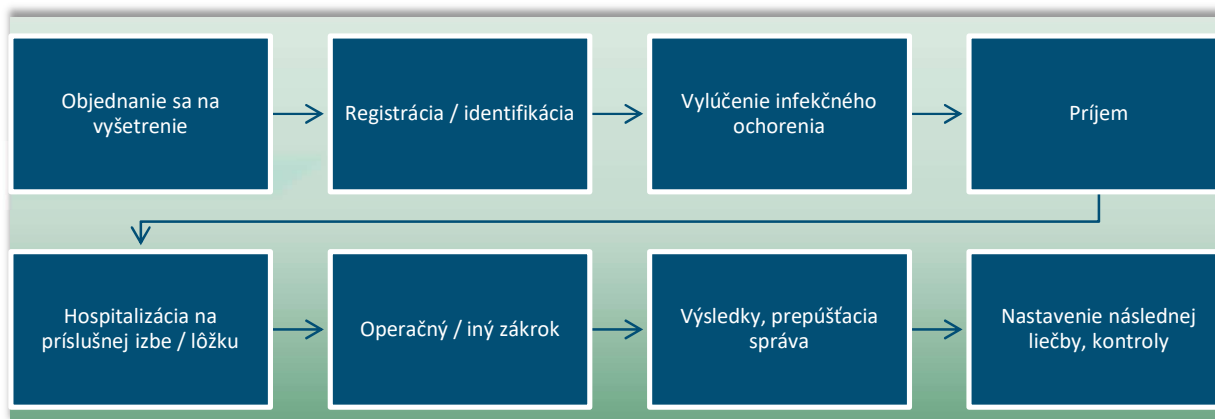
D.3 Cesta plánovaného pacienta

Každý pacient si môže slobodne vybrať nemocnicu, v ktorej chce plánovaný zákrok alebo hospitalizáciu podstúpiť. Vo väčšine nemocníc je cesta hospitalizovaného pacienta nasledovná.

1. Pacient sa objedná do špecializovanej ambulancie, ktorá indikuje hospitalizáciu, prípadne operačný zákrok.
2. Po príchode na hospitalizáciu sa pacient identifikuje prostredníctvom preukazu poistenca, občianskeho preukazu, iným identifikátorom na recepcii a zoberie si lístok s kódom oddelenia, kde má byť hospitalizovaný.
3. Následne sa sestra otázkami uistí, že pacient nemá žiadne infekčné ochorenie a môže absolvovať hospitalizáciu, resp. naplánovaný operačný výkon. Recepčná pacientovi vytlačí a nasadí náramok s menom a identifikátorom, podľa ktorého mu bude poskytovaná bezpečná liečba.
4. Nasledovať bude sesterský príjem a príjem lekárom – hospitalistom.
5. S pacientom môže byť na izbe hospitalizovaný jeho rodinný príslušník, blízka osoba, ak to zdravotnícke zariadenie umožňuje.
6. Absolvovanie potrebného operačného/iného zákroku.
7. Výsledky vyšetrenia, prepúšťacia správa a pod. budú pacientovi doručené podľa dohody s lekárom – elektronicky, telefonicky alebo osobne.
8. Po ukončení hospitalizácie bude pacientovi nastavená následná liečba, kontrolné vyšetrenie a pod.

Pacienta do izby odprevadí sestra alebo sanitár, ktorí ho oboznámia so zariadením izby, pravidlami a stravovaním. Pacient, ktorého hospitalizácia prebehla podľa plánu, je prepustený s poučením o nasledujúcej liečbe, spolu s receptami, resp. liekmi na domácu liečbu a protokolom na ich užívanie. Pacientovi je odovzdaná lekárska a ošetrovacia prepúšťacia správa. Recepčia následne môže požiadať pacienta o vyplnenie dotazníka spokojnosti.

Obr. 26: Cesta plánovaného pacienta



Zdroj: Vlastné spracovanie, 2024

D.4 Cesta urgentného (akútneho) pacienta

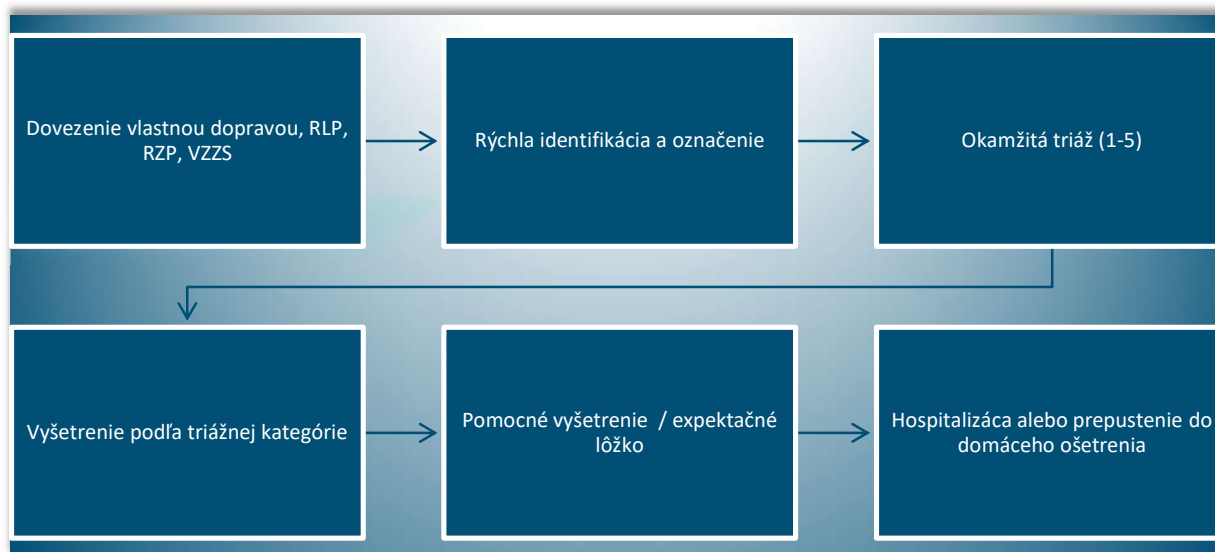
Pracoviská urgentného príjmu v nemocniciach sú už vo väčšine prípadov moderne koncipované pracoviská s vysokoprahovou aj nízkoprahovou časťou. Urgent pacientom poskytuje špecializovanú aj regionálnu zdravotnú starostlivosť. Urgentný príjem je tzv. “bránou” do nemocnice, cez ktorú prichádzajú akútne pacienti, ktorým sú k dispozícii vyšetrovne, expektačné lôžka, kreslá vrátane izolačného boxu, miestnosť na poskytovanie multiodborovej urgentnej starostlivosti pre pacientov so zlyhávaním vitálnych funkcií („Crash room“). Pacienta dovezeného Vrtuľníkovou záchrannou zdravotnou službou, vďaka krátkym presunovým trasám, personál bezodkladne prevezie na diagnostické pracoviská alebo operačné sály.

Pacient je na recepcii urgentného príjmu identifikovaný, v prípade potreby aj zaregistrovaný a označený identifikačným náramkom s identifikačným kódom špeciálne pre urgent. Následne je zväčša pacient:

- vyvolaný cez vyvolávací systém na triáž,
- zaradený do triážnej kategórie podľa závažnosti príznakov ochorenia (stupne 1 – 5),
- vyvolaný do vyšetrovne podľa triážnej kategórie v poradí červená, oranžová, žltá, zelená, modrá.

Pacient dovezený Rýchlou zdravotnou pomocou (RZP) alebo Rýchlou lekárskou pomocou (RLP) je rýchlo identifikovaný na recepcii urgentného príjmu, kde je zväčša označený náramkom s kódom. Prebehne okamžitá triáž podľa závažnosti príznakov ochorenia (stupne 1 – 5). V prípade potreby je pacient presunutý do Crash room, kde ho vyšetria privolaní špecialisti. Následne je pacient podľa triážnej kategórie (červená znamená pacient s najväznejším ochorením a modrá s najľahším), vyvolaný do vyšetrovne a vyšetrený lekárom, ktorý naordinuje pomocné vyšetrenie, liečbu na expektačnom lôžku, hospitalizáciu alebo prepustenie do domáceho ošetrovania.

Obr. 27: Cesta urgentného pacienta



Zdroj: Vlastné spracovanie, 2024

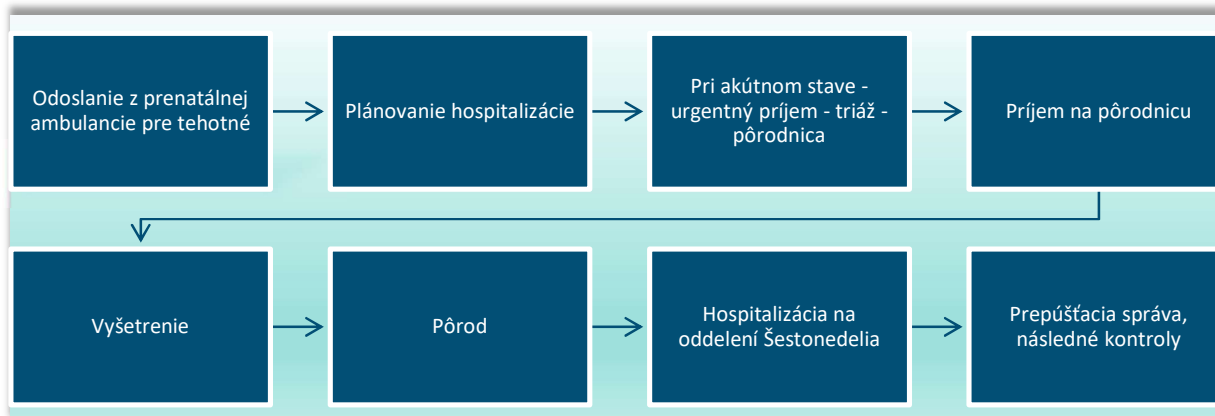
D.5 Cesta rodičky pri pôrode

Pôrodnice vo väčšine nemocníc disponujú niekoľkými súkromie zaručujúcimi pôrodnými izbami, ktoré sú vybavené nielen prístelkou pre sprevádzajúcu osobu, ale aj medicínskou technikou v podobe plnohodnotnej pôrodnej sály. Rodička príde do pôrodnice nasledovným spôsobom.

1. Odoslaním z prenatálnej ambulancie pre tehotné.
2. Pri plánovanom pôrode štandardnou cestou pre plánované hospitalizácie.
3. V prípade akútneho stavu rodičky, cestou urgentného príjmu, kde po identifikácii a rýchlej triáži je rodička prevezená sanitárom na pôrodnicu. Na ambulancii pôrodnice je rodička vyšetrená a lekár rozhodne o hospitalizácii.

Pôrodné izby sú pripravené na to, že mamička v nich stráví svoje najintímnejšie chvíle v súkromí, od príchodu do pôrodnice, až po záverečnú popôrodnú fázu. Po úspešnom pôrode je rodička spolu s novorodencom hospitalizovaná v zdravotníckom zariadení na oddelení Šestonedelia.

Obr. 28: Cesta rodičky pri pôrode



Zdroj: Vlastné spracovanie, 2024

D.6 Cesta pacienta v psychiatrickej starostlivosti

Cesta pacienta s psychickými ťažkosťami sa vo väčšine prípadov odlišuje od štandardnej cesty pacienta. Pacient navštívi ambulantného psychiatra, ten mu diagnostikuje psychickú poruchu (depresívnu, úzkostnú, schizofréniu, inú) a posúdi, či postačí ambulantná liečba.

a) Ak ÁNO:

- začne liečbu, na kontrolách vyhodnocuje, či sa stav zlepšuje,
- v prípade, ak nezostávajú reziduálne príznaky, ktoré významne limitujú funkčnosť pacienta (posúdi to ambulantný psychiater objektívne podľa psychometrického inštrumentu) – pokračuje v ambulantnej psychiatrickej liečbe,
- ale nedostatočne a zostávajú reziduálne príznaky, ktoré významne limitujú funkčnosť pacienta (posúdi to objektívne podľa psychometrického inštrumentu) – pošle pacienta do zariadenia komunitnej psychiatrie (príp. iného zariadenia komunitnej psychiatrie, podľa regionálnej dostupnosti: denný psychiatrický stacionár, psychosociálne centrum).

b) Ak NIE:

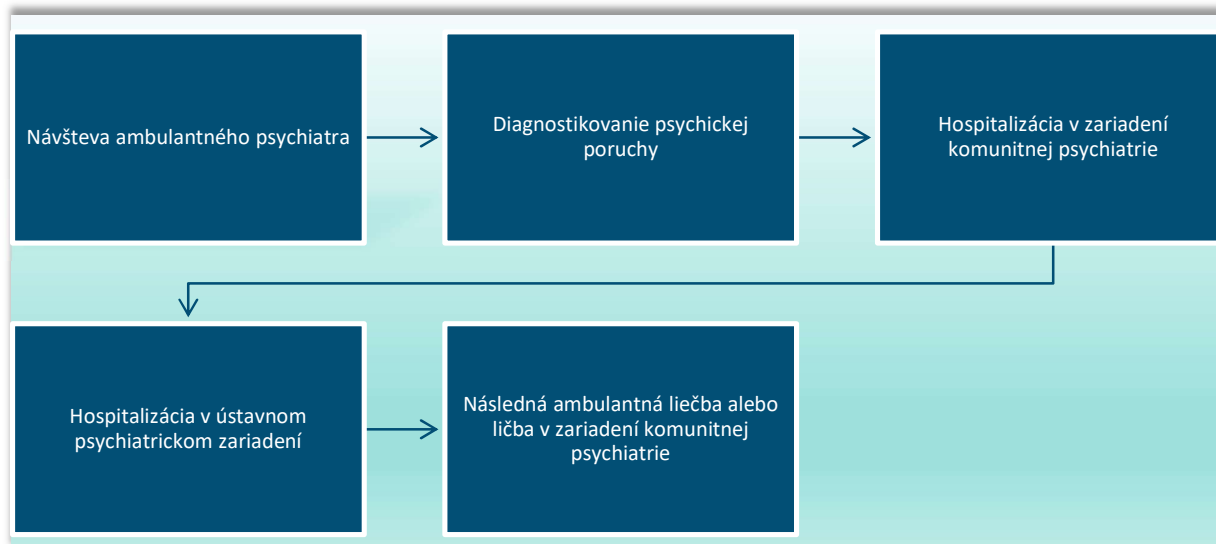
- a zostávajú reziduálne príznaky, ktoré významne limitujú funkčnosť pacienta (posúdi to objektívne podľa psychometrického inštrumentu) – pošle pacienta do zariadenia komunitnej psychiatrie (príp. iného zariadenia komunitnej psychiatrie, podľa regionálnej dostupnosti: denný psychiatrický stacionár, psychosociálne centrum),
- a stav sa ďalej zhoršuje do tej miery, že vyžaduje hospitalizáciu – odporučí hospitalizáciu v ústavnom psychiatrickom zariadení,
- odporučí hospitalizáciu, alebo dá pacienta RZP (niekedy aj za asistencie polície) previezť do ústavného psychiatrického zariadenia, ktorého lekár rozhodne o potrebe hospitalizácie. Pacient môže byť na psychiatrickú hospitalizáciu privezený aj priamo (príbuznými, RZP, políciou) alebo sa sám dostaví do pohotovostnej služby v ústavnom zariadení.

Po prepustení z hospitalizácie:

1. Pacient pokračuje v liečbe u svojho ambulantného psychiatra, alebo
2. Ak u pacienta zostávajú reziduálne príznaky a funkčný deficit, príp. nekritickosť k ochoreniu, ktorá limituje jeho spoluprácu v ambulantnej psychiatrickej liečbe – odporúča sa liečba v zariadení komunitnej psychiatrie (príp. inom zariadení komunitnej psychiatrie, podľa regionálnej dostupnosti: denný psychiatrický stacionár, psychosociálne centrum).

Odporúčenie liečby v zariadení komunitnej psychiatrie môže dať ústavné zdravotnícke zariadenie, kde je pacient hospitalizovaný, alebo ambulantný psychiater po hospitalizácii pacienta.

Obr. 29: Cesta pacienta v psychiatrickej starostlivosti



Zdroj: Vlastné spracovanie, 2024

D.7 Cesta onkologického pacienta

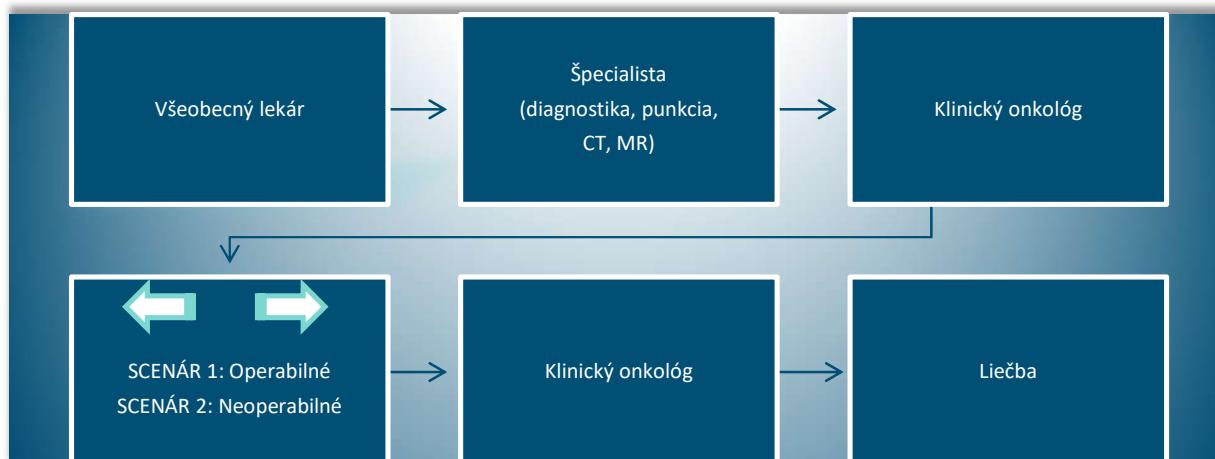
Cesta onkologického pacienta k liečbe je zdĺhavá. Inovatívne technológie vedú pomôcť pri diagnostike a komunikácii. Ide napríklad o personalizovanú medicínu, technológie hodnotiace genetické variácie spojené s chorobami, telemedicína, systém pre podporu klinického rozhodovania, internet vecí, kde bežné lekárske prístroje môžu zhromažďovať neoceniteľné dáta, poskytnúť ďalší prehľad o symptómoch a trendoch, či umožniť vzdialenú starostlivosť. Cesta pľúcneho onkologického pacienta k samotnej liečbe trvá na Slovensku podľa Výboru pre zdravotníctvo Americkej obchodnej komory v SR 160-185 dní. Najzdĺhavejšia je pritom cesta od všeobecného lekára k špecialistovi. Podľa štatistiky NCZI tento čas predstavuje 87-91 dní. Následná cesta pacienta od špecialistu ku klinickému onkológovi trvá ďalších približne 23-30 dní. Od príchodu pacienta ku klinickému onkológovi k liečbe prebehne v prípade operabilného scenára ďalších 44-54 dní, v prípade neoperabilného scenára približne 14-24 dní.

Doposiaľ neexistuje oficiálny tzv. "navigačný systém pacienta", ktorý by chorého správne nasmeroval a vysvetlil mu postupnosť krokov v celom systéme poskytovania zdravotnej starostlivosti. Slovenský onkologický pacient má podľa údajov Asociácie inovatívneho farmaceutického priemyslu v porovnaní s okolitými krajinami najhorší prístup k moderným inovatívnym liekom. Iba 38 % onkopacientov sa u nás lieči inovatívne. V rámci SR je dostupná iba necelá štvrtina liekov na rakovinu, ktoré odporúčajú európski odborníci. Pacient by mal pritom dostať najúčinnnejšiu liečbu v prvej línii liečby, a to z hneď niekoľkých dôvodov:

1. Finančná úspora namiesto zdĺhavej a často neúčinnnej liečby,
2. Zdravotná úspora – neničí zdravie pacienta ako klasická liečba,
3. Časová úspora – čas lekára, ktorý môže podať liečbu najvhodnejšiu pre pacienta.

Pri zefektívnení komunikácie pacient – lekár môže pomôcť napríklad aj elektronický súhrn príznakov pred návštevou lekára s upozornením na možnosť nádorového ochorenia, diaľkové monitorovanie a telemedicína. Technológie vedú ponúknuť pacientovi napríklad špecialistu s najkratšou čakacou dobou, elektronické objednávanie k špecialistovi, dvojsmernú výmenu výsledkov vyšetrení a diagnostických záverov na jednotlivých špecialistov, čo významne redukuje duplicitné vyšetrenia

Obr. 30: Cesta onkologického pacienta



Zdroj: Vlastné spracovanie, 2024

D.8 Cesta pacienta s kardiovaskulárnym ochorením

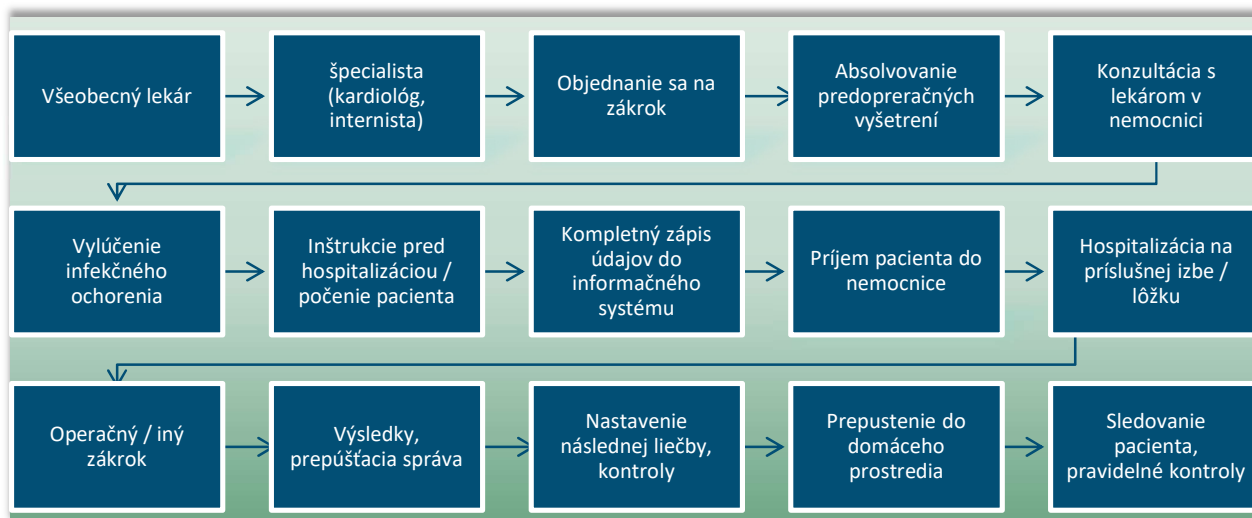
Ochorenia obehovej sústavy patria v súčasnosti medzi najzávažnejšie. Pacienti so srdcovo-cievnyim ochorením sa stretávajú s rôznymi výzvami a potrebujú špeciálnu starostlivosť. Diagnózu srdcovo-cievneho ochorenia stanoví lekár na základe vyšetrení, ktoré zvolí podľa príznakov. Najčastejšie sa využívajú krvné testy, elektrokardiogram (EKG), Holterov monitor, echokardiografia (ECHO), záťažový test, katetrizácia, CT alebo magnetická rezonancia (MR). Pacient s ochorením srdca je v súvislosti s chrípkou vystavený väčšiemu riziku zápalu pľúc, v porovnaní so zdravým človekom.

Príčiny srdcovo-cievnych ochorení sú rôznorodé a existuje veľa faktorov, ktoré zvyšujú riziko týchto ochorení. Medzi najzávažnejšie príčiny patria: vrodené choroby – dedičnosť, vysoký krvný tlak, zvýšená hladina, cukrovka, fajčenie, nedostatočná pohybová aktivita, obezita. Riziko predstavuje aj nadmerná konzumácia alkoholu, ale i vek a pohlavie. Srdcovo-cievne ochorenia sa častejšie vyskytujú u mužov a vo veku nad 50 rokov.

Príznaky srdcovo-cievnych ochorení závisia od toho, o akú konkrétnu chorobu ide. Najčastejšie symptómy sú bolesť alebo pocit silného tlaku v hrudi, bolesť vystreľujúca do ľavého ramena, problémy s dýchaním (dýchavičnosť), bolesť, stuhnutosť a pocit slabosti alebo chladu v končatinách v dôsledku zlého prekrvenia. Ďalším príznakom je búšenie srdca alebo nepravidelný srdcový tep, objavujú sa aj mdloby a opuchy končatín. Infekcie srdca sprevádza horúčka, slabosť a únava, suchý pretrvávajúci kašeľ, kožné vyrážky alebo škvrnky.

Liečba srdcovo-cievnych ochorení závisí od konkrétneho ochorenia a je v rukách lekára. Medzi základné liečebné postupy patrí medikamentózna liečba – lekár vyberie vhodné lieky s ohľadom na konkrétneho pacienta a jeho problém. Ak medikamentózna liečba nepomáha, je nutný chirurgický zákrok. Po stanovení diagnózy a liečbe je potrebné mať aj naďalej čo najviac informácií o svojom zdravotnom stave. Lekár pacientovi poradí, aké opatrenia by mal robiť, čomu sa vyhýbať a čo je preňho vhodné. Predovšetkým treba okamžite upraviť životosprávu, začleniť do života viac pohybu, obmedziť alkohol a cigarety, znížiť prípadnú nadváhu.

Obr. 31: Cesta pacienta so srdcovo-cievnyim ochorením



Zdroj: Vlastné spracovanie, 2024

Záver

Košický samosprávny kraj má ambíciu podporiť oblasť poskytovania kvalitnej zdravotnej starostlivosti v ambulantnej ako aj ústavnej sfére, dlhodobej starostlivosti, starostlivosti v domácom prostredí a starostlivosti o duševné zdravie. Hlavným cieľom priorít je zlepšiť dostupnosť kvalitnej pro-pacientsky a pro-rodinne orientovanej integrovanej zdravotnej starostlivosti a podporiť prevenciu pre obyvateľov kraja. S tým súvisí záujem o zabezpečenie rovnakého a včasného prístupu ku kvalitnej, udržateľnej a finančne dostupnej zdravotnej starostlivosti v tých segmentoch, ktoré si v zmysle rozdelenia kompetencií vyžadujú vstup regionálneho manažmentu. V tejto oblasti ide najmä o podporu rozvoja infraštruktúry, zabezpečenia dostupnosti a zvyšovania kvality efektívnej zdravotnej a lekárenskej starostlivosti pre všetky skupiny obyvateľstva vrátane aplikácie poznatkov z výskumu a vývoja pri zavádzaní diagnostických a liečebných postupov, či na občana orientovaných inovatívnych opatrení a digitálnych riešení. Regionálny manažment má síce v niektorých ohľadoch limitované kompetencie, ale zároveň disponuje aj veľkým potenciálom. Kľúčovou úlohou predstaviteľov regionálneho zdravotníctva v najbližších rokoch bude nastaviť a implementovať systém postupného kreovania optimálnej siete zdravotníckych zariadení na území Košického samosprávneho kraja, vrátane zabezpečenia nástrojov na dosiahnutie adekvátnych odborných kapacít v jednotlivých centrách zdravia.

Monitorovanie a hodnotenie stratégie

Pravidelné monitorovanie a vyhodnocovanie krajskej stratégie bude v kompetencii Oddelenia zdravotníctva KSK. Pomocnú ruku pri tomto procese bude podávať Krajská zdravotnícka agentúra, ktorá v prípade požiadavky prevezme túto kompetenciu v plnom rozsahu na seba. Po ukončení kalendárneho roka bude pravidelne vypracovaná Správa o plnení Priorít zdravotnej politiky Košického kraja. Jej obsahom bude okrem iného sumarizácia všetkých dôležitých aktivít realizovaných za účelom naplnenia jednotlivých opatrení a dosahovania plánovaných míľnikov. V prípade udalosti Vis Major, bude v kompetencii Krajskej zdravotníckej agentúry navrhnuť vypracovanie nového dokumentu alebo aktualizácia tohto strategického dokumentu (najmä ak z dôvodu pôsobenia nepredvídateľných faktorov bude žiaduce upraviť oblasti nasmerovania prioritnej podpory s cieľom dosiahnutia stability a zlepšenia kvality v poskytovaní zdravotnej starostlivosti na území kraja). Správu o plnení Priorít zdravotnej politiky Košického kraja spolu s dôvodovou správou za príslušné obdobie Oddelenie zdravotníctva KSK (resp. Krajská zdravotnícka agentúra) predloží na rokovanie Zdravotnej komisie KSK a následne na rokovanie Zastupiteľstva KSK na vedomie. Následne bude táto správa zverejnená na webovom sídle KSK pri strategickom dokumente. Výsledky priebežného hodnotenia a monitorovania budú komunikované riadiacim pracovníkom a budú podkladom pre rozhodnutia Úradu KSK ako aj Zastupiteľstva KSK. V rámci Správy o plnení Priorít zdravotnej politiky Košického kraja bude vhodné uviesť postupy prinášajúce zvýšenie kvality a dostupnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti, určiť faktory pre napĺňanie inovačného potenciálu s cieľom udržateľného zlepšenia kvality zdravia a života obyvateľov kraja.