

Koncepcia zdravotníctva v Slovenskej republike z pohľadu Slovenskej lekárskej komory



Pracovná skupina SLK
vedúci pracovnej skupiny:
MUDr. Pavel Oravec

spracovatelia:
MUDr. Ľudmila Lysinová, MPH
MUDr. Pavel Oravec
na základe záverov rokovaní Pracovnej
skupiny SLK, Rady SLK a schválenia
Snemom SLK v 10/2021

aktualizácia 11/2022





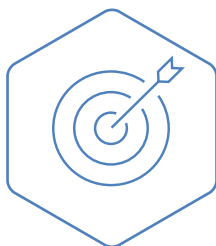
Východisková situácia

Na základe dlhodobého neriešenia, respektíve neefektívnych „riešení“ situácie v slovenskom zdravotníctve kompetentnými štátnymi orgánmi vznikla v roku 2018 na pôde regionálnej lekárskej komory Prešov iniciatíva na vypracovanie koncepčného materiálu komory, ktorý by na jednej strane definoval hlavné problémy slovenského zdravotníctva, na druhej strane by navrhol možnosti, ako túto situáciu zmeniť. Na základe uznesenia Snemu SLK z 10/2018 a Rady SLK z 04/2019 a 05/2019 bola zriadená Pracovná skupina SLK k návrhu Koncepcie zdravotníctva z pohľadu SLK. Je zložená zo zástupcov jednotlivých regionálnych lekárskech komôr. Prezident a členovia Rady SLK sa môžu na jej rokovaní zúčastniť kedykoľvek.

Pracovná skupina začala svoju činnosť v roku 2019, pokračovala v nasledujúcich dvoch rokoch, v dôsledku pandémie Covid-19 bola jej činnosť viackrát prerušená. Výsledný materiál bol spracovaný a po pripomienkovaní odsúhlasený pracovnou skupinou, Radou SLK a následne Snemom SLK v októbri 2021. SLK sa týmto prihlásila k spolupráci pri navrhovaní a presadzovaní zodpovedných a efektívnych riešení krízového stavu slovenského zdravotníctva. V priebehu roka bol materiál aktualizovaný a následne snem SLK v októbri 2022 schválil jeho súčasnú podobu.

Koncepcia obsahuje hlavné ciele, analýzu súčasného stavu, hlavné problémy a systémovú predstavu o riešení jednotlivých oblastí. Systémová predstava má tvar kocky, jednotlivé časti do seba zapadajú a vzájomne súvisia. Schválením na sneme sa stala Koncepcia záväznou pre vedenie komory pri prezentovaní a presadzovaní jej záverov na rôznych fórach. Jej plnenie bude každoročne predložené na rokovanie snemu. Materiál je otvorený, ktorýkoľvek člen komory môže k nemu zasielať doplnenia prostredníctvom príslušnej regionálnej lekárskej komory.

Slovenská lekárska komora (SLK) ako najrepresentatívnejšia organizácia lekárov má ambíciu navrhnuť a v spolupráci so štátnymi orgánmi sa aj podieľať na zodpovedných a efektívnych riešeniach krízového stavu slovenského zdravotníctva. Sme presvedčení, že SLK má oprávnený, adekvátny a funkčný potenciál na túto úlohu.



Hlavné ciele koncepcie zdravotníctva v SR

Dosiahnutie udržateľnej, dostupnej a kvalitnej zdravotnej starostlivosti:



**Zameranie
na občana/
pacienta**



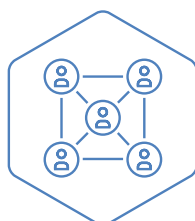
**Zameranie na výchovu a rozvoj
ľudských zdrojov – lekári
a ostatní zdravotnícki pracovníci**



V manažmente zdravotnej starostlivosti je potrebné určiť základné merateľné parametre starostlivosti o zdravie obyvateľstva – pre ideálny stav sme zvolili termín „os zdravia“. Ide o **Pravidlá celoživotnej starostlivosti o zdravie občanov**. Tieto pravidlá sa týkajú prevencie ochorení a ich dodržiavania, realizácie odporúčaných diagnostických a terapeutických postupov, ich dostupnosti, ako aj kontroly ich vykonávania a sankcií za ich porušovanie. Treba zdôrazniť, že zdravotníctvo ovplyvňuje zdravie človeka len asi z 10 – 15 %. Spolu so životným štýlom (50 – 60 %), socio-ekonomickým a prírodným životným prostredím (20 – 25 %) a genetikou (10 – 15 %) tvoria tzv. determinanty zdravia. Podrobnosti o osi zdravia sú uvedené v prílohe č. 2.

Základné problémy zdravotnej starostlivosti v SR

Na základe SWOT analýzy boli definované základné problémy zdravotnej starostlivosti v SR a vypracované návrhy na ich riešenie. Systémová predstava má tvar kocky, jednotlivé strany navzájom súvisia a dopĺňajú sa. **Hlavné problémy zdravotníctva v SR** identifikované Pracovnou skupinou SLK sú:



**Určenie
minimálnej/
optimálnej siete**



**Financovanie
systému
zdravotníctva**



**Spravovanie systému
verejného zdravotného
poistenia**

Hodnotový rámec štátom garantovanej zdravotnej starostlivosti



**služne
dôstojne
obnoviteľne
efektívne**

Zdravotníctvo v kocke – systémová predstava



01. Starostlivosť o funkčnosť a nastavenie pravidiel zdravotného systému

Zodpovednosť

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky,
Úrad verejného zdravotného poistenia (ÚVZP)
- navrhovaná nová inštitúcia v zdravotnom systéme SR

Správne fungovanie systému zdravotnej starostlivosti sa odvíja od jeho dostupnosti a priepustnosti, ktoré závisia od počtu a rozvrstvenia poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Túto úlohu musí spĺňať minimálna sieť zdravotníckych zariadení. Pre kvalitné nastavenie systému je vhodnejšie zaviesť tzv. optimálnu sieť, ktorá lepšie vystihuje potrebnú zdravotnú starostlivosť pre dané ochorenie a daný región. Týka sa akútnej aj chronickej, ambulantnej aj ústavnej zdravotnej starostlivosti, vrátane následnej zdravotnej starostlivosti.

Pravidlá musí určovať štát. Štát musí tiež kontrolovať činnosť a vzájomné vzťahy medzi jednotlivými zložkami systému, či už priamo, alebo prostredníctvom preneseného výkonu štátnej správy. Je nutné zabezpečiť zákonnú záväznosť schválenej štátnej zdravotnej politiky s participáciou stavovských organizácií a profesijných združení, ako aj patientskych organizácií.

A. Minimálna, optimálna a rozšírená ambulantná sieť

Súčasná minimálna sieť v dostatočnej miere nepokrýva zabezpečenie potrebnej zdravotnej starostlivosti vo všetkých regiónoch. Minimálnu sieť určuje štát - nariadením vlády SR kvôli bezpečnosti systému zabezpečenia zdravotnej starostlivosti. Ak nie je pokrytá, neexistuje mechanizmus na jej doplnenie, rastie tlak na ostatné zdravotnícke zariadenia, predlžujú sa čakacie doby a zdravotná starostlivosť sa stáva pre pacientov nedostupná.

Namiesto minimálnej siete navrhujeme zaviesť optimálnu sieť. Pod pojmom optimálna sieť rozumieme **dostatočný počet** ambulancií primárnej, sekundárnej a terciárnej zdravotnej starostlivosti tak, aby pokryli oprávnené potreby obyvateľov na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v danom regióne. Primárnu zdravotnú starostlivosť tvoria všeobecní lekári

”

Nesmieme dopustiť, aby mal pacient stále ďalej a ďalej k lekárovi. Všeobecní lekári musia byť dostupní v mieste bydliska a mať čo najširšie kompetencie vyriešiť stav pacienta.

“

pre dospelých – VLD, všeobecní lekári pre deti a dorast – VLDD, gynekológovia a zubní lekári. Sekundárna zdravotná starostlivosť pozostáva zo špecializovanej ambulantnej starostlivosti – ŠAS a ústavnej zdravotnej starostlivosti – ÚZS. Terciárna zdravotná starostlivosť zahŕňa dlhodobú starostlivosť a kúpeľnú liečbu.

Dosiahnuť naplnenie optimálnej siete nebude ľahké. Zvyšujú sa nároky pacientov, nároky na odbornosť a erudíciu zdravotníckych pracovníkov aj finančná náročnosť prevádzky zdravotníckych zariadení. Na druhej strane je nedostatočné financovanie zdravotníctva, nedochádza k adekvátnej generáčnej obmene, pomaly sa zavádzajú inovácie a nové technológie, je nestále a nepredvídateľné legislatívne prostredie. To mladých lekárov demotivuje a radšej volia prácu v zahraničí. Ak zostanú na Slovensku, vyberajú si prácu v nemocniciach, kde majú aspoň adekvátne mzdové ohodnotenie.

Nesmieme dopustiť, aby mal pacient stále ďalej a ďalej k lekárovi. Všeobecní lekári musia byť dostupní v mieste bydliska a mať čo najširšie kompetencie vyriešiť stav pacienta. Sieť zdravotníckych zariadení musí reagovať na demografický vývoj, zohľadňovať mortalitu a morbiditu v jednotlivých regiónoch a dbať na vyrovnanie regionálnych rozdielov. Optimálna sieť ambulancií PAS i ŠAS musí byť **rátaná na okres**, aby nedochádzalo ku koncentrácii ambulancií do väčších sídiel a okrajové časti by zostali nepokryté.

Ak je v systéme viac poskytovateľov ako je opti-

málna sieť, ide o **tzv. nadlimitnú sieť**. Títo poskytovatelia potom môžu poskytovať zdravotnú starostlivosť len na priame platby bez zmluvného vzťahu so ZP. Sieť sa prehodnocuje jedenkrát ročne.

Stabilita optimálnej siete sa dá dosiahnuť:



1. Výchovou, vzdelávaním, kontinuálnou obnovou personálu.

Výchova a vzdelávanie musia reagovať na potreby praxe, treba rátať s časovou náročnosťou celého procesu. Výučba na lekárske fakultách musí reagovať na potreby praxe, podporovať výučbu všeobecného lekárstva, rozšíriť prax, doplniť iné nemedicínske zručnosti. Spropagovať a podporiť možnosť skrátenej rekvalifikácie lekárov iných špecializácií na všeobecných lekárov na plný úväzok. Zaviesť čakacie listiny na uvoľnený obvod, uľahčiť prevod praxe. Posilniť rezidentský program. Vytvoriť mechanizmus na kombináciu práce lekára v ambulantnej a ústavnej ZS s perspektívou jeho prechodu do ambulantnej ZS. Je potrebné zachovať súčasný



stav štátnej aj neštátnej ambulantnej sféry. Násilné zoštatňovanie špecializovaných ambulancií a ich začleňovanie do nemocníc nie je vhodným nástrojom na zlepšenie kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti. Vytvoriť podmienky na to, aby nedochádzalo k nežiaducemu odchodu pracovnej sily do zahraničia alebo mimo zdravotníctva. Ponúknuť záujemcom o prácu motivačné podmienky na prácu a život, vyrovnať podmienky práce v ambulancii a v nemocnici. Podporiť skupinovú prax. Uľahčiť zamestnávanie zahraničných lekárov pri plnom zachovaní odbornosti a kritérií vyžadovaných na výkon práce v zdravotníctve. Ďalším nástrojom by mala byť telemedicína a využívanie umelej inteligencie – ako doplnková možnosť. Samozrejme, priamy kontakt pacienta s lekárom zostáva nenahraditeľný.



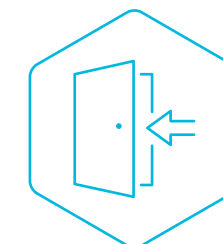
2. Zodpovedajúcim finančným pokrytím všetkých nákladov ambulancie.

Personálne mzdové náklady ambulancií musia byť minimálne na ich úrovni v nemocniciach. Rozpočet by mal zahŕňať všetky náklady, aj náklady na prístrojové vybavenie a zavádzanie nových technológií.

Poskytnúť výhodné nájmy, úvery a lízing materiálneho technického vybavenia. Vrátiť náklady na vzdelávanie ako odpočítateľnú položku. Zrušiť povinnosť zdaňovania príjmov poskytovateľov ZS za nepeňažné plnenie.

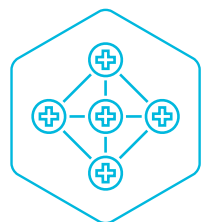


3. Zatraktívením lekárskeho povolania a zvýšením spoločenského postavenia lekárov – mzdy, pracovné podmienky, spoločenská prestíž, právna ochrana. Povinnosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti upraviť na únosnú mieru, nezvyšovať už teraz neúmerne vysoké administratívne zaťaženie práce lekára, ktoré môže venovať liečeniu svojich pacientov. Aktuálne povinnosti poskytovateľa ZS sú uvedené v prílohe č. 11. Návrhy na ich úpravu budú predložené na diskusiu.



4. Znížením počtu návštev v zdravotníckych zariadeniach zlepšením prevencie, výchovy a vzdelávania obyvateľov.

Zainteresovať pacientov na ochrane svojho zdravia, zamedziť zbytočným návštevám a duplicitným vyšetreniam. Tieto ciele sa môžu dosiahnuť zmenami vo vzdelávaní na všetkých stupňoch, novým systémom platieb a ostatnými opatreniami, navrhovanými v nasledujúcich častiach tohto dokumentu. O zvýšenie spoločenskej prestíže sa musia usilovať všetci lekári svojou odbornosťou, empatiou a dodržiavaním etického kódexu zdravotníckeho pracovníka. Je potrebné aktívne prezentovať príklady dobrej praxe. Komora musí hájiť dobré meno lekárskeho stavu, poskytnúť lekárom právnu ochranu, ale tiež poukázať na tých, ktorí jeho dobré meno kazia.



B. Optimálna nemocničná sieť

Stratifikáciu nemocníc je žiadúce nastaviť tak, aby boli rozdelené na typy podľa náročnosti činnosti, dostupnosti časovej a geografickej a podľa spádovosti (rajonizácie). Je potrebné odstrániť diskrepancie v platbách medzi jednotlivými poskytovateľmi, zrealizovať platby za hospitalizácie podľa skutočných nákladov na základe DRG alebo iného modelu, nie podľa umelo zavedenej konštanty, umožniť lekárom zmysluplnú kombináciu práce v ústavnej a ambulantnej starostlivosti. Problematika DRG a reforma nemocníc sú bližšie rozpracované v prílohách č. 8 a 10.

Regulátorom a kontrolórom správneho nastavenia a naplnenia optimálnej siete musí byť štátna správa a VÚC v spolupráci s komorami, nie zdravotné poisťovne.

Tvorbu optimálnej siete je potrebné spojiť s návratom k spádovosti/rajonizácii v celom zdravotnom systéme, bez narušenia princípu slobodnej voľby lekára pacientom. Zdravotnícke zariadenia zaradené v optimálnej sieti poskytovateľov ZS s ich adekvátnym finančným ohodnotením zabezpečia, že zdravotnícki pracovníci budú schopní v adekvátnom čase a požadovanej kvalite poskytnúť chorým ľuďom zdravotnú starostlivosť.



C. Vlastníctvo a správa prostriedkov verejného zdravotného poistenia

Novým prvkom v systéme verejného zdravotného poistenia je zriadenie samosprávnej organizácie Fondu verejného zdravotného poistenia (ďalej len FVZP). Právne postavenie vlastníka prostriedkov verejného zdravotného poistenia mu poskytne legislatívny rámec na výkon účinného dohľadu nad všetkými subjektmi v systéme verejného zdravotného poistenia. FVZP bude zriadený na princípe samosprávneho riadenia, odborného rozhodovania a so snahou dosiahnutia čo najvyššej miery obmedzenia zasahovania politickej a štátnej moci do výkonu verejného zdravotného poistenia. Riadiacim orgánom Fondu bude Rada verejného zdravotného poistenia, ktorej členovia budú delegovaní reprezentanti regulačných orgánov a subjektov pôsobiacich v systéme verejného zdravotného poistenia (VZP). Štatutárnym orgánom fondu bude Predseda FVZP, ktorý bude riadiť výkonnú zložku – Úrad verejného zdravotného poistenia.



Hlavné úlohy FVZP:

- vykonáva oprávnenia vlastníka prostriedkov VZP,
- stanovuje rozsah zdravotnej starostlivosti uhrádzanej z VZP,
- spravuje Katalóg zdravotných výkonov,
- spravuje DRG systém,
- spravuje verejnú sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti,
- vykonáva dohľad na verejnom zdravotnom poistení.

Zdravotné poisťovne budú v systéme vykonávať verejné zdravotné poistenie v postavení správcovských organizácií pre VZP a individuálne zdravotné poistenie.

Legislatívne zakotvenie dohodovacieho konania medzi zdravotnými poisťovňami a organizáciami poskytovateľov je základným predpokladom

dosiahnutia rovnováhy vzťahov medzi poisťovňami a poskytovateľmi pri dohadovaní zmlúv a výšky úhrad za poskytnutú zdravotnú starostlivosť. Princípom vzájomných vzťahov zdravotných poisťovní a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti musí byť snaha v čo najkratšom čase dosiahnuť reálnu výšku úhrad zdravotnej starostlivosti. Je potrebné legislatívne konštituovať organizácie poskytovateľov, ktoré budú zastupovať poskytovateľov zaradených do verejnej siete.

Na riešenie sporov mimo rámec všeobecného súdnictva, ktoré je v súčasnosti charakteristické neúmerou dĺžkou konaní, vysokými nákladmi a absenciou zhody rozhodnutí súdov na zhodné otázky, sa javí ako vhodné zriadenie rozhodcovského súdu pre zdravotníctvo.

Bod C. – zdroj: JUDr. Ondrej Škodler, Inštitucionálna transformácia verejného zdravotného poistenia a vzťahov jej subjektov, 2022

”

Fond verejného zdravotného poistenia bude zriadený na princípe samosprávneho riadenia, odborného rozhodovania a so snahou dosiahnutia čo najvyššej miery obmedzenia zasahovania politickej a štátnej moci do výkonu verejného zdravotného poistenia.

“



02. Starostlivosť o vykonávateľa zdravotného systému

Zodpovednosť

ÚVZP, MZ SR, profesijné organizácie a komory zdravotníckych pracovníkov

Pod vykonávateľmi zdravotného systému sa myslia zdravotnícki pracovníci, ktorí poskytujú ambulantnú a ústavnú zdravotnú starostlivosť, lekárenskú starostlivosť a ošetrovateľskú starostlivosť v zariadeniach sociálnej pomoci.

A. Zdravotnícki pracovníci

Zdravotnícki pracovníci musia na výkon svojej činnosti spĺňať odborné kritériá a musia mať zabezpečené optimálne podmienky pre výkon svojej činnosti. Tieto podmienky musia garantovať štátne orgány a ich dodržiavanie musia kontrolovať komory - profesijné stavovské organizácie zdravotníckych pracovníkov. Na tieto činnosti potrebujú príslušné kompetencie a možnosti na garanciu, kontrolu, vymáhanie a prípadné sankcie pre všetkých registrovaných členov.

Výchova a vzdelávanie lekárov potrebuje zásadnú reformu v pregraduálnej a postgraduálnej výchove ako aj v sústavnom vzdelávaní. Je potrebná úzka spolupráca MZ SR s MŠVVaŠ SR na tejto zmene. Systém CPD – CME je potrebné upraviť a zosúladiť s potrebami praxe. Návrh reformy vzdelávania je uvedený v Prílohe č. 12.

Osobitnou kapitolou je vzdelávanie a uznávanie kvalifikácie pre pracovníkov z iných krajín. Systém uznávania kvalifikácie, najmä z krajín mimo EÚ, musí byť spravodlivý, prísny a jasne určený s neodmysliteľnou úlohou komôr zdravotníckych pracovníkov pri ich verifikácii. Podmienky vstupu zahraničných zdravotníckych pracovníkov určí MŠVVaŠ SR v spolupráci s MZ SR.

Systém vzdelávania sestier a praktických sestier/zdravotníckych asistentov, ako najbližších spolupracovníkov lekárov, je potrebné zatriktívniť a zjednodušiť, špecifikovať stupeň vzdelania podľa požadovaných činností v jednotlivých zdravotníckych zariadeniach. Navrhujeme okrem stredoškolského a vysokoškolského štúdia zachovať vyššie odborné vzdelanie, ktoré by naďalej vychovávalo kvali-

fikované a vzdelané sestry pre potreby praxe. S tým súvisí aj úprava kompetencií a zodpovednosti jednotlivých kategórií sestier, praktických sestier/zdravotníckych asistentov v zariadeniach zdravotnej starostlivosti. Pri akútnom nedostatku zdravotníckych pracovníkov je na zváženie zamestnanie administratívnej sily namiesto zdravotníckych pracovníkov na vykonávanie administratívnych činností v ZZ, vznik nových zdravotníckych povolaní.

Výkon práce zdravotníckych pracovníkov vyžaduje:

adekvátne podmienky – mzdové, pracovné, finančné, vzdelávanie, výsluhové dôchodky, prevencia preťaženia a syndrómu vyhorenia. Je potrebné prehodnotiť a upraviť kompetencie všetkých kategórií zdravotníckych pracovníkov, vrátane zodpovednosti každého za svoju prácu. Odbremeniť lekárov najmä od administratívnych činností.

ochranu – pracovno-právne vzťahy, OBZP, právna ochrana,

kontrolné mechanizmy – ÚVZP, profesijné organizácie a komory zdravotníckych pracovníkov.

B. Stavovské organizácie

Profesijným komorám je potrebné delegovať a navýšiť právomoci, je nutné zaviesť systém obdobný ako v nezdravotníckych komorách s rovnakými kompetenciami komory voči všetkým registrovaným zdravotníckym pracovníkom, vrátane práva na vykonávanie kontroly platných noratívov, materiálno-technického vybavenia a personálneho zabezpečenia zdravotníckych zariadení na všetkých úrovniach, riešenia sťažností pacientov voči zdravotníckym pracovníkom, ukladania sankcií a ich vymožiteľnosti.



03. Starostlivosť o občana/pacienta – jednoduchý a zrozumiteľný pohyb v systéme, preventívne postupy



Zodpovednosť

ÚVZP, profesijné organizácie
a komory zdravotníckych pracovníkov, pacient

A. Pohyb pacienta v systéme

Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti musia dodržiavať príslušné odborné usmernenia, schvaľované odbornými spoločnosťami v spolupráci so SLK, hlavnými, krajskými a okresnými odborníkmi podľa platných zákonných noriem. Musí byť jasne určené, čo zahŕňa verejné zdravotné poistenie, aký počet pacientov je adekvátny a zvládnuteľný v príslušnom stupni zdravotného systému, ktorý navštíví pacient.

Preto je potrebné:

1. **Zadefinovanie pohybu pacientov** v systéme.
2. **Rozšírenie kompetencií** všeobecných lekárov, **určenie kompetencií** ostatných lekárov, sestier, praktických sestier/zdravotníckych asistentov.

Hlavné kritérium je, aby sa pacient nestratil v systéme zabezpečením dobrej vzájomnej koordinácie a spolupráce medzi jednotlivými PZS. Komora musí participovať na zadaní podmienok pohybu pacienta v systéme – od všeobecných lekárov k špecialistom, od špecialistov do nemocnice a späť k všeobecnému lekárovi. Zvýšenie počtu lekárov a ich

medicínskych kompetencií v primárnej zdravotnej starostlivosti zvýši efektivitu systému. Cieľom je optimálna sieť.



Primárna zdravotná starostlivosť

Základným pilierom zdravotnej starostlivosti sú všeobecní lekári. Túto zložku považujeme za kľúčovú, jej dobré fungovanie má rozhodujúci vplyv na výsledky celého systému starostlivosti o pacienta. Za nevyhnutné považujeme zvýšenie počtu ambulancií a ich kompetencií. **Musí byť jasne určený maximálny počet pacientov**, ktorí sú evidovaní u príslušného poskytovateľa všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti tak, aby tento mal dostatočnú kapacitu na riešenie ich zdravotného stavu. V primárnej ZS je potrebné zachovať odporúčaný počet kapítovaných

”

Cieľom je dosiahnuť stav v súlade so súčasnými trendmi v EÚ, aby bolo 80 % pacientov vyriešených všeobecnými lekármi a len 20 % odoslaných do ŠAS a ÚZS.

“

pacientov – 1500 až 1800 pre VLD, 1050 pre VLDD, kombinované ambulancie PAS a ŠAS by mali byť skôr výnimkou a postupne zaniknúť. 8 – 10 % pacientom, ktorí dnes nemajú svojho zmluvného všeobecného lekára, ho treba prideliť. **Prekročenie kapacity musí byť zdôvodnené, a to aj s plánom starostlivosti o pacientov.** Príslušný poskytovateľ musí mať zabezpečený dostatočný časový priestor na vyšetrenie a manažment pacienta, aby mohol bezpečne liečiť. **Skracovanie týchto limitov sa považuje za nebezpečné a neprípustné a nemožno takto riešiť nedostatok všeobecných lekárov. Treba priznať všeobecným lekárom kompetencie, ktoré vyplývajú z ich vzdelania, z koncepcie a náplne odboru.**

Poskytovateľ primárnej zdravotnej starostlivosti má **určený zdravotný obvod a oblastný spád/rajón so zoznamom špecialistov v jednotlivých odboroch, ku ktorým odosiela pacientov.**

Okrem všeobecných lekárov sa poskytuje primárna zdravotná starostlivosť v odbore gynekológia a pôrodníctvo a zubné lekárstvo. Slobodná voľba lekára v primárnej ZS ostáva zachovaná. Súčasťou starostlivosti o pacienta v komunite môžu byť aj ADOS, psychológia, fyzioterapia, lekárenstvo a farmácia a sociálne služby. **Cieľom je dosiahnuť stav v súlade so súčasnými trendmi v EÚ, aby bolo 80 % pacientov vyriešených všeobecnými lekármi a len 20 % odoslaných do ŠAS a ÚZS. VLD a VLDD by mali koordinovať všetku starostlivosť o pacienta, mali by mať možnosť vykonávať základné laboratórne a prístrojové vyšetrenia, vykonávať skupinovú prax, spájať sa do liečebných a diagnostických centier.**

Všeobecný lekár pre svoje ideálne fungovanie potrebuje **adekvátne vzdelanie, kompetencie, atraktivitu povolania, dostatočné financovanie, ktoré pokrýva náklady na kompletnú prevádzku ambulancie aj s jej rozvojom, dostatočné priestorové, materiálno-technické vybavenie a personálne zabezpečenie.** Personálne zabezpečenie okrem lekára môžu tvoriť sestra/praktická sestra/zdravotnícky asistent/na administratívne činnosti administratívny pracovník.



Špecializovaná ambulantná starostlivosť

Poskytovateľ špecializovanej ambulantnej starostlivosti má **určený zdravotný obvod s príslušným počtom obyvateľstva. V prípade, že tento počet prekračuje celoštátny priemer, je poskytovateľ špecializovanej zdravotnej starostlivosti zvýhodnený v platbách od ZP.** Poskytovateľ špecializovanej ambulantnej starostlivosti prednostne poskytuje starostlivosť pacientom odoslaným z primárnej starostlivosti vo svojom oblastnom spáde/rajóne. **V prípade, že počet odoslaných presahuje jeho kapacitné možnosti, môže pacienta odporučiť do iného zariadenia. Uvedené úzko súvisí s nastavením opti-**

málnej siete. Pri výbere lekára mimo svojho spádu/rajónu je potrebné nájsť mechanizmus, aby pacient nezneužíval systém, a aby nedochádzalo k duplicitným výkonom. Pre vyšetrenie pacienta v ambulancii mimo spádového územia musí existovať relevantné zdôvodnenie, ako aj súhlas poskytovateľa ZS s prevzatím pacienta. Pacient má tiež právo na tzv. druhý názor u vybraného poskytovateľa za priamu úhradu, alebo z eventuálneho pripoistenia podľa určených predpisov.

ŠAS pre svoje ideálne fungovanie potrebuje **adekvátne vzdelanie, kompetencie vyplývajúce z dosiahnutého vzdelania, atraktivitu povolania, dostatočné financovanie, ktoré pokrýva náklady na kompletnú prevádzku ambulancie aj s jej rozvojom, dostatočné priestorové, materiálno-technické vybavenie a personálne zabezpečenie.** Personálne zabezpečenie okrem lekára riešiť ako je uvedené v primárnom kontakte. ŠAS má mať určených všeobecných lekárov, ktorí k nemu odosielať pacientov. Je potrebné umožniť aj špecialistom poskytovanie zdravotnej starostlivosti v domácom prostredí pacienta vrátane adekvátneho financovania tejto služby.

V prípade potreby odosiela pacienta na ďalšiu liečbu podľa spádového princípu priamo špecialista alebo prostredníctvom odporúčania príslušný všeobecný lekár. Do ústavnej ZS odosiela pacienta buď poskytovateľ primárnej ZS alebo ŠAS podľa spádového princípu alebo podľa špecializácie konkrétneho ústavného zdravotníckeho zariadenia.



Ústavná zdravotná starostlivosť

Pacient môže byť prijatý do ÚZS akútne alebo plánovane. Potrebné vyšetrenia pred plánovanou hospitalizáciou, ktoré sú vyžiadané príslušným pracoviskom, musia byť objednané s dostatočným časovým predstihom. Pacient musí byť v ÚZS kompletne vyšetrený v rámci diagnózy, s ktorou bol odoslaný. Pri zistení novej závažnej diagnózy počas hospitalizácie musí ústavné zdravotnícke zariadenie zabezpečiť realizáciu ďalších potrebných vyšetrení, vrátane ob-

jednania indikovaných vyšetrení pred prepustením pacienta. Ak dôjde k odloženiu plánovanej hospitalizácie zo strany nemocnice, táto určí, ktoré už absolvované vyšetrenia sú platné a ktoré treba vykonať znova, aby sa odstránila duplicita. Po prepustení je pacient ďalej manažovaný všeobecným lekárom. Všetky tieto opatrenia musia byť vypracované v manuáli na odosielanie pacientov, ktorý vypracujú odborné spoločnosti v spolupráci s VÚC a/alebo MZ SR. Úlohou komory je získať podporu odbornej aj laickej verejnosti pre navrhované zmeny.



B. Preventívne postupy

Individuálna starostlivosť o svoje zdravie – osobná prevencia – os zdravia

Pacient potrebuje za čo najkratší čas dostať zodpovedajúcu a kvalitnú ZS za zodpovedajúcu cenu. Väčšina pacientov chce byť liečená čo najbližšie k domovu ambulantnou formou. Pacient však musí byť zodpovedný za svoje zdravie, plniť si svoje povinnosti, dodržiavať liečbu, termíny vyšetrení, po návšteve ŠAS alebo prepustení z ÚZS sa hlásiť u svojho všeobecného lekára, absolvovať preventívne prehliadky.



Predambulantná starostlivosť

Starostlivosť o pacienta je komplexná služba, ktorá okrem zdravotnej starostlivosti zahŕňa sociálnu pomoc, vzdelávanie, pôsobenie komunity a pod. Nezastupiteľné miesto majú patientske organizácie.



04. Kontrola (dohľad) v systéme zdravotnej starostlivosti

Zodpovednosť

ÚVZP, MZ SR, VÚC, profesijné organizácie a komory zdravotníckych pracovníkov, NKÚ

Kontrola v systéme zdravotnej starostlivosti zahŕňa aj dohľad nad výkonom verejného zdravotného poistenia, ktorý má bezprostredný dopad na zákonnosť a efektívnosť nakladania s prostriedkami verejného zdravotného poistenia.

Všetky subjekty majú povinnosť s týmito prostriedkami nakladať tak, aby boli v čo najvyššej miere využívané na zákonom stanovený účel – úhradu zdravotnej starostlivosti. Minulosť však opakovane preukázala, že tomu tak nie je a mnohé subjekty v systéme konali na hranici až za hranicou zákona.

Garantom zákonnosti systému verejného zdravotného poistenia, predovšetkým nakladania s verejnými prostriedkami, mal byť na tento účel zriadený Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Jeho činnosť v tejto oblasti považujeme za nedostatočnú. Úrad sa venoval predovšetkým dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktorý však nepreukázal skutočný prínos pre zlepšenie jej kvality. Dohľad nesmie byť zneužívaný ako nástroj moci voči poskytovateľom. Výsledkom dohľadu by malo byť prijatie systémových opatrení, aby sa pochybeniam predchádzalo a aby sa neopakovali.

Dohľad nad kvalitou a správnosťou poskytovania zdravotnej starostlivosti by mali vykonávať stavovské organizácie, ktorým je zverená regulácia prístupu k výkonu povolania, vrátane dohľadu nad plnením odborných kritérií a etických pravidiel výkonu zdravotníckeho povolania. Pracoviská súdneho lekárstva a patologické anatómie by sa mali osamostatniť spod úradu, vrátiť sa do nemocníc a úzko spolupracovať v tejto činnosti so stavovskými organizáciami.

Vytvorenie podmienok pre účinný dohľad v celom systéme zdravotnej starostlivosti musí byť úlohou najvyššej dôležitosti.

Dohľad (kontrolu) je potrebné vykonávať na úrovni:

1. **Ministerstva zdravotníctva** – v celom rozsahu systému verejného zdravotného poistenia v smere dodržiavania zákonov a podzákonných noriem s cieľom iniciatívnych zmien smerujúcich ku skvalitneniu systému.
2. **Samosprávneho kraja** – kontrola plnenia zákonných a podzákonných noriem poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.
3. **Úradu verejného zdravotného poistenia** (viď aj bod č. I. písm. C), predovšetkým dohľad nad:
 - a) správou verejných prostriedkov zdravotnými poisťovňami,
 - b) dodržiavaním pravidiel dohodovacieho konania,
 - c) dodržiavaním pravidiel uzatvárania zmlúv medzi zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi,
 - d) dodržiavaním pravidiel úhrady zdravotnej starostlivosti,
 - e) plnením povinností poskytovateľov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti,
 - f) plnením úloh manažmentu poisťencov zdravotnými poisťovňami,
 - g) výkonom iných činností v systéme verejného zdravotného poistenia.Pri porušení pravidiel bude FVZP oprávnený ukladať opatrenia a sankcie smerujúce k predchádzaniu porušovania a k dobrovoľnej náprave pochybení bez potreby súdnych sporov medzi subjektami.
4. **Zdravotných poisťovní** – kontrola poskytnutia nakúpenej zdravotnej starostlivosti v stanovenej kvalite a čase.
5. **Stavovských organizácií** – dohľad nad odbornosťou poskytnutia zdravotnej starostlivosti zdravotníckymi pracovníkmi. V prípade SLK dohľad nad odbornosťou všetkých registrovaných lekárov.

Dohľad má rozhodujúcu funkciu pri dodržiavaní stanovených pravidiel fungovania systému, dodržiavaní pravidiel vzťahov subjektov a pri nakladaní s verejnými prostriedkami.



05. Starostlivosť o financovanie systému – verejné zdravotné poistenie, iné zdroje/štátny rozpočet, fondy, granty, pripoistenie



Zodpovednosť

FVZP, MZ SR, MF SR



Financovanie systému zdravotnej starostlivosti

Financovanie systému ZS navrhujeme ako viaczdrojové:

a. Verejné zdravotné poistenie - povinné odvody. Je potrebné určiť rozsah a objem zdravotnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia tzv. nárok pacienta, t. j. prioritné a finančne náročná diagnózy, ktoré budú plne hrazené z verejného zdravotného poistenia. Je potrebné jasne pomenovať, čo a v akom rozsahu je aktuálne nastavený systém verejného zdravotného poistenia schopný financovať, a za čo si už občan a pacient musí platiť sám či už priamo alebo z pripoistenia. Túto zodpovednosť nie je možné preniesť na poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, tí sú povinní poskytovať kvalitnú a odbornú zdravotnú starostlivosť na základe najnovších poznatkov a svojich vedomostí a táto im musí byť aj adekvátne hrazená. Preplácanie výkonov ZP pre zmluvných a nezmluvných poskytovateľov musí mať jasné pravidlá.

b. Pripoistenie na základe zmluvného vzťahu medzi zdravotnou poisťovňou a pacientom.
c. Priame platby za poskytnutú zdravotnú starostlivosť podľa platných cenníkov.
d. Granty, dotácie, projekty domáce a zahraničné, dary.

Financovanie systému ZS musí zohľadňovať reálne ceny výkonov v súlade so Zákonom o cenách, musia byť vypočítané ekonomickou a zdravotníckou autoritou so zohľadnením pripomienok odborných, stavovských a profesijných organizácií. Katalóg výkonov musí zohľadňovať tieto ceny a musí byť zabezpečená ich pravidelná valorizácia. Cena výkonov musí zohľadňovať aj cenu práce zdravotníckych pracovníkov, predpokladanú časovú náročnosť výkonov a potrebné prístrojové a materiálne technické vybavenie. Pri cenotvorbe sa vychádza z kalkulácie nákladov ambulancie, ktorá je vypracovaná ekonomickými expertmi, pravidelne aktualizovaná, jedenkrát ročne auditovaná. Je vlastníctvom SLK a k dispozícii členom komory bezplatne. Kalkulátor nákladov pre všeobecnú a špecializovanú ambulanciu je uvedený v prílohách č. 3, 4 a 9.

V záujme stability a rozvoja zdravotníckych zariadení v systéme zdravotnej starostlivosti za dôležité považujeme zavedenie tzv. paušálnej platby

”

Zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti medzi poskytovateľom ZS a ZP musia byť vyvážené a musia sa riadiť zákonnými pravidlami.

“

v ambulantnej aj ústavnej ZS. Paušálna platba by pokryla **základné prevádzkové náklady PZS:** mzdy vrátane odvodov minimálne vo výške, ktorú určuje zákon o minimálnom mzdovom nároku zdravotníckych pracovníkov v ústavných zdravotníckych zariadeniach, materiálno-technické a prístrojové vybavenie, náklady na energie, nájom, upratovanie, povinné revízie a kontroly, platby pre obslužné činnosti v súvislosti so zákonným požiadavkami na prevádzku zdravotníckeho zariadenia.

Ďalšou zložkou by bola platba za výkony. V prípade, že platby za výkony nedosiahnu výšku paušálnych nákladov, patrí poskytovateľovi výška platby v paušálnej úhrade. V prípade, že platby za výkony prekročia výšku paušálnej úhrady, patrí poskytovateľovi paušálna úhrada plus zložka, o ktorú platba za výkony presahuje paušálnu úhradu.

V primárnej ZS musí byť paušálna platba – kapitácia – naviazaná na optimálny počet evidovaných pacientov. Prekročenie počtu kapítovaných pacientov smerom nadol aj nahor musí byť zdôvodnené. V záujme bezpečnosti pacienta nie je možné akceptovať neprimerane nízky, ale ani neprimerane vysoký počet kapítovaných pacientov. Ak má VLD/VLDD málo kapítovaných pacientov a v systéme ZS je potrebný, jeho dofinancovanie musí zabezpečiť ZP. Vysoký počet kapítovaných pacientov je nežiaduci. Nemožno prispôbovať počet kapítovaných pacientov nedostatku všeobecných lekárov, ale tento stav riešiť.

Je potrebné zabezpečiť adekvátne zvýšenie počtu lekárov, zvýšiť motiváciu a atraktivitu odboru všeobecné lekárstvo, zlepšiť ohodnotenie, aby sa dosiahla optimálna sieť, ako je uvedené v časti 1 tohto materiálu. Zasadíť sa o kvalitu, nie kvantitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti. **V prípade nenaplnenia siete**

je nutné do systému zaradiť aj nezmluvných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. V takom prípade si pacient hradí náklady sám a následne žiada o preplatenie zdravotnú poisťovňu. Nezmluvný aj zmluvný poskytovateľ musia pri poskytovaní ZS postupovať v súlade s odbornými usmerneniami a ich postup musí byť zdôvodnený a kontrolovateľný, aby bola poskytovaná zdravotná starostlivosť len v čase a množstve, ktorú pacient potrebuje. Indikované SValZ vyšetrenia, lieky a zdravotnícke pomôcky musí hradiť ZP pacienta u zmluvného aj nezmluvného poskytovateľa ZS.

Aj v ústavnej zdravotnej starostlivosti je potrebné uvažovať o istej miere paušálnych platieb, ktoré pokryjú oprávnené náklady poskytovateľa ZS ako je to navrhnuté v ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Predišlo by sa tým neustálemu zadlžovaniu ÚZS a nutnosti jej opakovaného nekonštruktívneho oddlžovania zo strany štátu.

SLK musí trvať na tom, aby sa v štátnom rozpočte postupne zvyšoval pomer výdavkov na zdravotníctvo z verejných zdrojov na úroveň priemeru krajín EÚ 15. Slovensko vynakladá na zdravotníctvo menej ako polovicu v porovnaní s priemerom EÚ, čo predstavuje 1 513 EUR na osobu v porovnaní s 3 521 EUR na osobu v roku 2019, pričom sumy sú upravené o rozdiely v kúpnej sile. Podľa údajov OECD v roku 2018 dosiahli na Slovensku celkové výdavky na zdravotníctvo 6,7 %, HDP, verejné výdavky tvorili 5,4 % HDP, zvyšok sú priame platby domácností. Priemer krajín EÚ 15 bol 9,4 %, z toho verejné výdavky tvorili 7,2 %. Celkové výdavky na zdravotníctvo v roku 2019 dosahovali úroveň 7,0 % HDP, čo je oveľa menší podiel v porovnaní s priemerom EÚ na úrovni 9,9 %. Väčšina výdavkov na zdravotníctvo je podobne ako vo väčšine krajín EÚ financovaná z verejných zdrojov (80 % v roku 2019).



Je potrebné trvať na tom, aby štát odvádzal za svojich poistencov (ekonomicky neaktívnych občanov) rovnakú sumu zdravotného poistenia ako zamestnávateľia a SZČO. Platby za poistencov štátu dnes dosahujú výšku asi 20 % týchto odvodov pri plnom nároku poistencov štátu na zdravotnú starostlivosť. Celý systém financovania ZS je potrebné zefektívniť, aby odvody ľudí do zdravotného poistenia slúžili prioritne na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, očistiť ich od sociálnych dávok a financovania ÚDZS. Granty a dotácie smerovať prednostne do obnovy a rozvoja ľudských zdrojov v zdravotníctve, nie do obnovy budov a techniky, i keď sú veľmi potrebné. Plán obnovy a odolnosti SR na roky 2021 – 2027 pre zdravotníctvo vo výške 1 533 mil. eur z prostriedkov EÚ takéto požiadavky zohľadňuje len minimálne.



Zmluvné vzťahy

Zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti medzi poskytovateľom ZS a ZP **musia byť vyvážené a musia sa riadiť ustanoveniami Obchodného zákonníka. V žiadnom prípade to nemôže byť diktát jednej strany – ZP** - ako je to teraz. Ceny za výkony a pod-

mienky ich úhrad musia byť férové a **musia zodpovedať cenám výkonov v súlade so Zákom o cenách, Katalógom výkonov, cenou práce zdravotníckych pracovníkov a všetkým zložkám, ktoré sa na nich podieľajú.** Nemožno súhlasiť s dnešným stavom, keď sú tieto podmienky absolútne nevyvážené a PZS pôsobia za podmienok neuhrádzania reálnych nákladov a praktickej nemožnosti sa voči týmto podmienkam brániť. V prípade sporov nemôže jednostranne rozhodnúť zdravotná poisťovňa, ale len príslušný štátny orgán ako určený regulátor v systéme zdravotnej starostlivosti – FVZP a následne súd. Prípadné sankcie nemôže určovať zdravotná poisťovňa, ale len príslušný správny a regulačný úrad – FVZP. Všetky rozhodnutia musia byť preskúmateľné súdom. **Problém „zmluvných pokút“ by sa dal vyriešiť zákazom jednostranného započítania faktúr zo zákona.**

SLK musí v súčasnosti trvať na vydaní „úhradovej vyhlášky“, ktorá stanovuje cenu bodu-výkonov, výšku úhrady služieb hrazených z verejného zdravotného poistenia a regulačných obmedzení, ako je to napr. v ČR – vyhlášku vydáva ministerstvo zdravotníctva pre nasledujúci rok a má záväzný charakter pre ZP.

Je nevyhnutne potrebné schváliť Katalóg výkonov s určením cien výkonov, ktoré sa budú pravidelne valorizovať podľa zmien ceny vstupov, ceny práce a miery inflácie.

V prípade nesúhlasu s podmienkami zmluvy musí mať poskytovateľ ZS možnosť poskytovať svoju činnosť v nezmluvnom vzťahu tak, aby pacient mal možnosť túto starostlivosť využívať a ZP mala povinnosť hradiť indikované vyšetrenia, lieky a zdravotnícke pomôcky. Výkony by si pacient hradil sám. Pacienta, ktorý má uhradené svoje zákonné záväzky voči ZP nemožno obmedzovať a diskriminovať pri jeho práve na slobodný výber lekára, adekvátnej diagnostike a liečbe. Poskytovateľom ZS to umožní vymaniť sa z vazalského postavenia voči zdravotnej poisťovni, ak sa nedohodnú na podmienkach zmluvného vzťahu.

Adekvátne financovanie systému zdravotnej starostlivosti musí vychádzať z reálnych cien výkonov a služieb. Tieto náklady nemožno určovať (ani redukovať) na základe politických rozhodnutí, ale na základe overiteľných faktov.



06. Integrácia systému ZS s inými systémami – sociálny, vzdelávací, vedecko-výskumný

Zodpovednosť

MZ SR, MPSVaR SR, MSVVaS SR

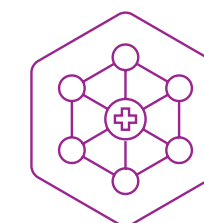


Sociálny systém

Následná zdravotná starostlivosť (neakútna) a starostlivosť o chronicky chorých pacientov a ľudí odkázaných na sociálnu pomoc významne súvisí so systémom zdravotnej starostlivosti. Je nutné legislatívne upraviť vzájomné vzťahy pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti a sociálnych služieb. Doriešiť poskytovanie zdravotnej starostlivosti v pobytových zariadeniach sociálnych služieb, kde sú často klienti - polymorbidní pacienti, ktorí vyžadujú popri sociálnej službe aj trvalú zdravotnú starostlivosť. Tiež je potrebné doriešiť pohyb takýchto pacientov v systéme zdravotnej starostlivosti, vzájomnú kooperáciu oboch systémov a adekvátne finančné zabezpečenie.

Je treba umožniť špecialistom poskytovanie zdravotnej starostlivosti v domácom prostredí a pobytových ZSS, ako je to u všeobecných lekárov, vrátane adekvátneho finančného ohodnotenia tejto starostlivosti. Systém zdravotnej starostlivosti je

potrebné posilniť o zariadenia na liečbu dlhodobo chorých, následnú rehabilitáciu a rekonvalescenciu pacientov po prepustení z akútneho lôžka, ktorí ešte potrebujú ošetrovateľskú starostlivosť v ústavnom zdravotníckom zariadení alebo v domácom prostredí. Zdravotnícke zariadenia aj zariadenia sociálnej pomoci musia mať primerané materiálno-technické vybavenie a personálne zabezpečenie.



Ostatné súvisiace oblasti

Nastaviť vzdelávanie, vedu a výskum tak, aby vznikali tzv. funkčné tímy: lekári, sestry a ostatní zdravotnícki pracovníci, ktorí poskytujú zdravotnú starostlivosť, spolupracujú s pracovníkmi sociálnych služieb v ZSS a komunite, učiteľmi vzdelávajúcimi v zdravotnej výchove, patientskymi organizáciami, dobrovoľníkmi aj obyvateľmi. Integrovať vedu a výskum, ktoré slúžia na vývoj nových diagnostických a liečebných postupov a inovácií v medicíne.

Záver

Koncepcia zdravotníctva v SR z pohľadu SLK je strategický dokument SLK, ktorý sa po schválení Snemom SLK stal záväzným pre vedenie komory, Prezidenta SLK, Prezídium SLK a Radu SLK. Pracovná skupina SLK v spolupráci s vedením komory vypracuje časový harmonogram plnenia jednotlivých úloh s určením zodpovednosti, monitorovania a hodnotenia úloh. Rozdelí opatrenia na tie, ktoré sa dajú zmeniť jednoducho a tie, ktoré vyžadujú rozsiahlu reformu a legislatívne zmeny. Plnenie koncepcie predloží Pracovná skupina SLK jedenkrát ročne na rokovanie Snemu SLK. Materiál je otvorený, ktorýkoľvek člen komory môže k nemu zasielať návrhy prostredníctvom príslušnej regionálnej komory. O prijatí návrhov rozhodne Pracovná skupina a predloží ich vedeniu komory.

Na presadzovanie tejto Koncepcie bude SLK iniciovať spoločný postup všetkých zainteresovaných zdravotníckych organizácií a hľadať styčné body so štátnymi orgánmi na realizáciu cieľov Koncepcie.



Prílohy:

- Príloha č. 1: Zloženie Pracovnej skupiny SLK *
- Príloha č. 2: Os zdravia
- Príloha č. 3: Kalkulátor nákladov – kapitujúci *
- Príloha č. 4: Kalkulátor nákladov – bodujúci *
- Príloha č. 5: SWOT analýza
- Príloha č. 6: Všeobecné zmluvné podmienky VŠZP *
- Príloha č. 7: Všeobecné zmluvné podmienky VŠZP od 01. 01. 2021 – analýza *
- Príloha č. 8: DRG
- Príloha č. 9: Reálna minimálna nákladovosť ambulancie 2022
- Príloha č. 10: Reforma nemocníc
- Príloha č. 11: Povinnosti poskytovateľov ambulantnej ZS – aktuálny stav
- Príloha č. 12: Vzdelávanie
- Príloha č. 13: Infografiky

Zoznam skratiek:

- ADOS – Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti
- ASL SR – Asociácia súkromných lekárov
- LOZ – Lekárske odborové združenie
- MF SR – Ministerstvo financií Slovenskej republiky
- MPSVaR SR – Ministerstvo práce sociálnych vecí a rodiny SR
- MŠVVaŠ SR – Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu SR
- MZ SR – Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
- NKÚ – Najvyšší kontrolný úrad
- PAS – primárna ambulantná zdravotná starostlivosť
- PZS – poskytovateľ zdravotnej starostlivosti
- SLK – Slovenská lekárska komora
- SLS – Slovenská lekárska spoločnosť
- SLaPA – súdnolekárske a patologicko-anatomické pracoviská
- SKSaP – Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek
- SVaLZ – spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky
- ŠAS – špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť
- FVZP – Fond verejného zdravotného poistenia
- ÚVZP – Úrad verejného zdravotného poistenia
- ÚZS – ústavná zdravotná starostlivosť
- VÚC – vyšší územný celok – samosprávny kraj
- VLD – všeobecný lekár pre dospelých
- VLDD – všeobecný lekár pre deti a dorast
- VZP – všeobecné zmluvné podmienky
- ZP – zdravotná poisťovňa
- ZS – zdravotná starostlivosť
- ZAP – Zväz ambulantných poskytovateľov
- ZZ – zdravotnícke zariadenie

Literatúra:

- Legislatíva SR
- Americká obchodná komora a kol.: 10 odporúčaní pre systém zdravotníctva 2030, 2020
- SLK: Stratégia SLK do roku 2020, 2016
- Škodler, O: ÚVZP, 2020
- MF SR: Revízia výdavkov na zdravotníctvo II – Záverečná správa, 2019
- Európska komisia: Stav zdravia v EÚ a na Slovensku 2021: zdroj: Country Health Profiles (europa.eu)

Vypracovali:

- MUDr. Ľudmila Lysinová, MPH a MUDr. Pavel Oravec na základe záverov rokovaní Pracovnej skupiny SLK a rokovaní Rady SLK – 07/2021, aktualizácia 11/2022

Copyright:

- Pracovná skupina SLK k návrhu Koncepcie zdravotníctva z pohľadu SLK

* možnosť nahliadnutia po vyžiadaní



Príloha č. 13 – Infografiky

Infomačné grafiky boli súčasťou tlačovej konferencii ku Koncepcii zdravotníctva v Slovenskej republike z pohľadu SLK usporiadanej Slovenskou lekárskou komorou dňa 15. júna 2022.

1. KONCEPCIA ZDRAVOTNÍCTVA V SR Z POHĽADU SLK
2. POHYB OBČANA – PACIENTA V SYSTÉME ZS
3. URČENIE MINIMÁLNEJ/OPTIMÁLNEJ SIETE
4. FINANCOVANIE SYSTÉMU ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI
5. NOVÁ SPRÁVA SYSTÉMU VEREJNÉHO ZDRAVOTNÉHO POISTENIA
6. TOK FINANCIÍ V SYSTÉME ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI
7. REÁLNA MINIMÁLNA NÁKLADOVOŠŤ AMBULANCIE 2023
8. NEDOSTATOČNÉ FINANCOVANIE VEREJNÉHO ZDRAVOTNÉHO POISTENIA

KONCEPCIA ZDRAVOTNÍCTVA V SR Z POHĽADU SLK

Koncepcia obsahuje hlavné ciele, analýzu súčasného stavu, hlavné problémy a systémovú predstavu o riešení jednotlivých oblastí. Systémová predstava má tvar kocky, jednotlivé časti do seba zapadajú a vzájomne súvisia. Schválením na sneme sa stala Koncepcia záväznou pre vedenie komory pri prezentovaní a presadzovaní jej záverov na rôznych fórach.



KONCEPCIA ZDRAVOTNÍCTVA V SR

Nastavenie siete zdravotníckych zariadení



Zdravotníckí pracovníci



Integrácia systému ZS s inými systémami – sociálny, vzdelávací, vedecko-výskumný



Starostlivosť o občana/pacienta – jednoduchý a zrozumiteľný pohyb v systéme, preventívne postupy



Financovanie systému zdravotnej starostlivosti



Správca systému verejného zdravotného poistenia



Pracovná skupina SLK

vedúci pracovnej skupiny: MUDr. Pavel Oravec

spracovatelia: MUDr. Ľudmila Lysinová, MPH, MUDr. Pavel Oravec

na základe záverov rokovaní Pracovnej skupiny SLK, Rady SLK a schválenia Snemom SLK v 10/2021



POHYB OBČANA – PACIENTA V SYSTÉME ZS

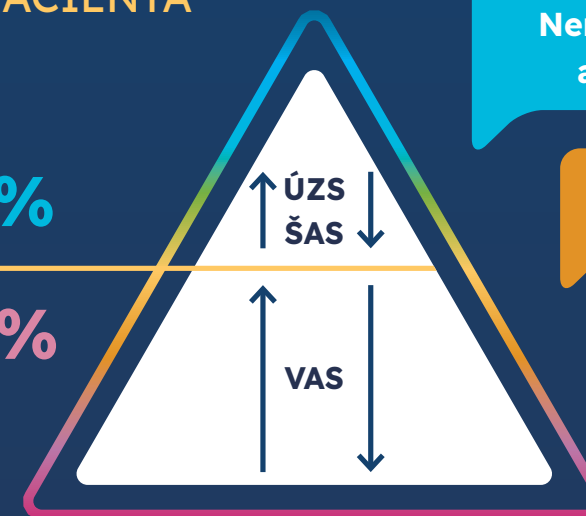
Hlavné kritérium je, aby sa pacient nestratil v systéme zdravotnej starostlivosti – to sa dá dosiahnuť zabezpečením dobrej vzájomnej koordinácie a spolupráce medzi jednotlivými PZS*. Komora musí participovať na zadefinovaní podmienok pohybu pacienta v systéme – od všeobecných lekárov k špecialistom, do nemocnice a späť k všeobecnému lekárovi.



POHYB PACIENTA

≈ 20 %

≈ 80 %



Nemocnice I., II. a III. typu a doliečovacie zariadenia

Určený zdravotný obvod

Zvýšenie počtu lekárov v primárnej ZS

- Optimálny počet pacientov v ambulancii všeobecného lekára (VAS)*
VLD ≈ 1500 – 1600, VLDD ≈ 1050 pacientov

ZDRAVOTNÍCKI PRACOVNÍCI

Odborné kritériá

Kontrola stavovskými organizáciami

Optimálne podmienky pre výkon PZS

Zákonné kompetencie komory voči všetkým lekárom



- Základom sú jasné a predvídateľné pravidlá v systéme zdravotnej starostlivosti a aktívne poučený a zodpovedný pacient.

* VAS – všeobecná ambulantná starostlivosť, PZS – poskytovateľ zdravotnej starostlivosti



URČENIE MINIMÁLNEJ/OPTIMÁLNEJ SIETE

Ak minimálna sieť v dostatočnej miere nepokrýva zabezpečenie potrebnej zdravotnej starostlivosti vo všetkých regiónoch, rastie tlak na ostatné zdravotnícke zariadenia, predlžujú sa čakacie doby a zdravotná starostlivosť sa stáva pre pacientov **nedostupná**.

ZÁKLADNÉ PRINCÍPY

- dlhodobá predvídateľnosť
- nezávislá kontrola činnosti
- garancia preplatenia finančných nákladov



REGULÁCIA A KONTROLA SIETE

- minimálnu sieť a spádovú oblasť určuje MZ SR v spolupráci s VÚC
- kontrolu siete vykonáva nezávislý orgán Úrad verejného zdravotného poistenia



DOSTUPNOSŤ LEKÁROV

- max. čas dojazdu do 30 min
- max. počet kapítovaných pacientov na VLD 1500 – 1600 a na VLDD 1050 pacientov
- spádovú oblasť špecializovanej ambulancie určí VÚC v spolupráci so SLK a odbornými spoločnosťami
- špecializovaná ambulantná starostlivosť je definovaná počtom obyvateľstva v spádovom území



STABILITA SIETE

- dlhodobé dodržiavanie základných princípov
- zatriktívnenie lekárskeho povolania a pracovného prostredia
- zabezpečenie generačnej výmeny
- zníženie počtu návštev pacientov vďaka preventívnym prehliadkam a vzdelávaniu pacientov



KONCEPCIA ZDRAVOTNÍCTVA V SR Z POHĽADU SLK



FINANCOVANIE SYSTÉMU ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Financovanie systému zdravotnej starostlivosti musí **zohľadňovať reálne ceny výkonov** v súlade so Zákonom o cenách 18/1996 a musia byť vypočítané ekonomickou a zdravotníckou autoritou so zohľadnením pripomienok odborných, stavovských a profesijných organizácií. Štát musí jasne definovať, na čo má pacient nárok z verejného zdravotného poistenia a finančne ho v plnej výške zabezpečiť.

VIACZDROJOVÉ FINANCOVANIE

- verejné zdravotné poistenie – povinné odvody od poistencov štátu, zamestnancov a SZČO
- pripoistenie
- priame platby od pacienta
- granty a dotácie



PLATBY POSKYTOVATEĽOM

- zavedenie paušálnej platby pre všetkých zmluvných poskytovateľov v ambulantnej a ústavnej sieti – pokrýva základné prevádzkové náklady
- platba za výkony



DOFINANCOVANIE ZDRAVOTNÍCTVA

- zvyšovanie výdavkov na zdravotníctvo v pomere k HDP na úroveň priemeru krajín EÚ
- zvyšovanie platby za poistencov štátu na úroveň platieb za zamestnancov



CENY

- katalóg/zoznam výkonov s reálnymi cenami
- cenotvorba na základe kalkulácie nákladov

VZŤAHY MEDZI POSKYTOVATEĽMI ZS A POISŤOVŇAMI

ZMLUVNÝ VZŤAH

- spory a sankcie rieši správny a regulačný úrad a potom súd
- ### NEZMLUVNÝ VZŤAH
- v nezmluvnom vzťahu pacient hradí zdravotný výkon a zdravotná poisťovňa hradí indikované laboratórne a zobrazovacie vyšetrenia, lieky a zdravotnícke pomôcky



KONCEPCIA ZDRAVOTNÍCTVA V SR Z POHĽADU SLK

NOVÁ SPRÁVA SYSTÉMU VEREJNÉHO ZDRAVOTNÉHO POISTENIA

Správu verejného zdravotného poistenia bude vykonávať **Fond verejného zdravotného poistenia (FVZP)**, konštituovaný na samosprávnom princípe, spravovaný a riadený zástupcami subjektov pôsobiacich v systéme verejného zdravotného poistenia. Medzi hlavné úlohy fondu bude okrem správy verejných prostriedkov patriť výkon dohľadu nad vzťahmi subjektov v systéme s kompetenciou regulácie nakladania s verejnými prostriedkami. Výkonnou zložkou FVZP bude **Úrad verejného zdravotného poistenia (ÚVZP)**.



ÚRAD VEREJNÉHO ZDRAVOTNÉHO POISTENIA

VYBRANÉ ÚLOHY:

KONTROLA SUBJEKTOV ZS*

- vykonáva kontrolu nad činnosťou všetkých subjektov v systéme pri nakladaní s verejnými prostriedkami
- vykonáva kontrolu nad plnením povinností manažmentu pacienta



ROZHODOVACIA ČINNOSŤ A DOHADOVACIE KONANIA

- pripravuje podklady pre rozhodovaciu činnosť FVZP a štátnych orgánov
- organizuje dohodovacie konanie medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľmi o obsahu zmlúv a výške úhrad za ZS*



SPRÁVA VEREJNEJ SIETE

- kontroluje naplnenie minimálnej verejnej siete a spracúva prognózy vývoja optimálnej siete



SPRÁVA FONDU

- spravuje prostriedky verejného zdravotného poistenia



Zriadením FVZP a ÚVZP by sa dosiahla vyváženosť zmluvných vzťahov, efektívne nakladanie s verejnými financiami a tiež nezávislá kontrola poskytovateľov a zdravotných poisťovní.

* ZS – zdravotná starostlivosť



TOK FINANCIÍ V SYSTÉME ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Zriadenie Fondu verejného zdravotného poistenia (FVZP) ako nového prvku správy systému verejného zdravotného poistenia. Fond verejného zdravotného poistenia bude túto správu vykonávať prostredníctvom Úradu verejného zdravotného poistenia (ÚVZP). Súčasťou správy systému verejného zdravotného poistenia bude aj **regulácia vzťahov a nakladania s prostriedkami verejného zdravotného poistenia**. Hlavným cieľom navrhovaných zmien je **plná kontrola nakladania** s prostriedkami verejného zdravotného poistenia verejne spravovaným subjektom pri zachovaní činnosti zdravotných poisťovní.

TOK FINANCIÍ V SYSTÉME ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI



- Dôležité je zachovanie verejného charakteru financií z verejného zdravotného poistenia vďaka správe financií vo Fonde verejného zdravotného poistenia a kontrole nakladania s nimi Úradom verejného zdravotného poistenia.

* ZP – zdravotná poisťovňa, PZS – poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, VZP – verejné zdravotné poistenie



REÁLNA MINIMÁLNA NÁKLADOVOSŤ AMBULANCIE 2023

Prevádzka modelovej špecializovanej ambulancie v roku 2023
by mala mať mesačné príjmy vo výške minimálne 10 500,- €,
bez pokrytia nákladov na osobitné prístrojové vybavenie.

NÁKLADY POZOSTÁVAJÚ Z TROCH ZLOŽIEK

OSOBNÉ NÁKLADY „LEKÁR“

- Priemerná hodinová hrubá mzda lekára v nemocnici, so špecializáciou a 10-ročnou praxou bude v budúcom roku 22,6 €, s medziročným nárastom 11,5 %.
- Pri 160-hodinovom bežnom pracovnom čase by tak mal mať ambulantný lekár hrubú mzdu 3616,- €, čo v superhrubom vyjadrení celkových nákladov práce predstavuje: 4882,- €

OSOBNÉ NÁKLADY „SESTRA“

- Priemerná hodinová hrubá mzda sestry v nemocnici bude 12,6 €, s medziročným nárastom pri 10-ročnej praxi na úrovni 21 %.
- Pri 160-hod bežnom pracovnom čase, by tak mala mať ambulantná sestra hrubú mzdu 2016,- €, čo v superhrubom vyjadrení celkových nákladov práce predstavuje: 2722,- €

REŽIJNÉ NÁKLADY

- Prevádzkové náklady (nájom, energie, údržba priestorov) 950,- €
- Zariadenie, MTZ, spotrebný materiál, údržba prístrojov 700,- €
- Služby, administratíva, účtovníctvo, IKT 500,- €
- Stravné lístky 150,- €
- Členské stavovské organizácie, poistenie, vzdelávanie 230,- €
- Primeraný zisk, tvorba rezerv 400,- €

Hodinová hodnota ambulantnej služby v r. 2023

Čistý denný ordinačný čas je približne 6,5 hodiny, pretože zvýšnú 1,5 hodinu sa venuje lekár aj setra aktivitám, ktoré priamo nesúvisia s liečbou pacienta. Prepočtom celkových nákladov voči čistému mesačnému ordinačnému času (10 534,- €/(6,5*18)) vychádza pre rok 2023 hodinová hodnota poskytovania ambulantnej služby 90,- €.

2930,- €
10 534,- €
spolu

Autorky: Mgr.Michaela Laktišová, MUDr.Mária Drugdová, október 2022

Copyright: Pracovná skupina SLK k návrhu Koncepcie zdravotníctva z pohľadu SLK, október 2022

www.lekom.sk



KONCEPCIA ZDRAVOTNÍCTVA V SR Z POHĽADU SLK

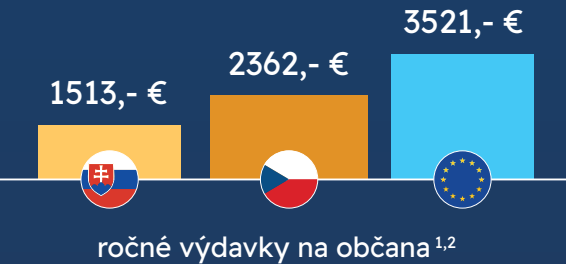
NEDOSTATOČNÉ FINANCOVANIE
VEREJNÉHO ZDRAVOTNÉHO POISTENIA

Bez toho, aby štát (v zastúpení ministerstva financií) navýšil finančné zdroje vo verejnom zdravotnom poistení, napríklad na platby za poistencov štátu, sa nepohneme. Náklady na zdravotnú starostlivosť pre týchto poistencov sú totiž najvyššie, pričom platba za nich je nízka a stále klesá.

Postenci štátu

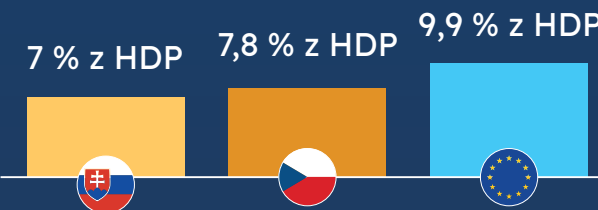
sú ekonomicky neaktívni občania, za ktorých odvody do zdravotných poisťovní platí štát - napr. dôchodcovia, rodičia na materskej dovolenke, deti, študenti, invalidní ľudia, ...

VÝDAVKY NA ZDRAVOTNÍCTVO

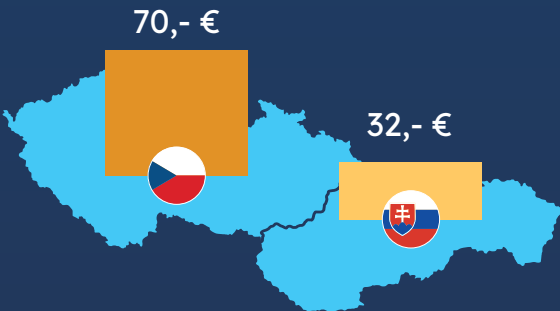


% CELKOVÝCH VÝDAVKOV Z HDP
NA ZDRAVOTNÍCTVO 1,2

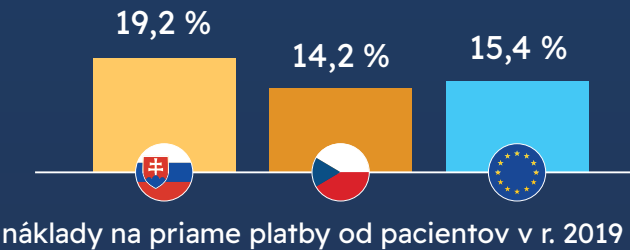
(Verejné výdavky na zdravotníctvo a priame platby pacientov)



PLATBA ZA POISTENCA ŠTÁTU



VÝDAVKY V ZDRAVOTNÍCTVE
Z VRECKA PACIENTA



ODVODY DO ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ V SR



SLK musí trvať na tom, aby sa v štátnom rozpočte postupne zvyšoval pomer výdavkov na zdravotníctvo z verejných zdrojov na úroveň priemeru krajín EÚ 15. Slovensko vynakladá na zdravotníctvo menej ako polovicu v porovnaní s priemerom EÚ.

Verejné výdavky na zdravotníctvo v roku 2019 dosahovali úroveň 5,66 % čo je oveľa menší podiel v porovnaní s priemerom EÚ z verejných zdrojov na úrovni 8,38 % alebo s Českou republikou - 6,69 % z verejných zdrojov.

Referencie: 1. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Slovensko: Zdravotný profil krajiny 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. 2. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Česko: zdravotní profil země 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. 3. SZČO - samostatne zárobkovo-činná osoba

Copyright: Pracovná skupina SLK k návrhu Koncepcie zdravotníctva z pohľadu SLK, október 2022

www.lekom.sk



KONCEPCIA ZDRAVOTNÍCTVA V SR Z POHĽADU SLK



www.lekom

2022 © všetky práva vyhradené