



Prílohy ku Konceptii zdravotníctva v SR z pohľadu SLK



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







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 1. 1. 2021 – analýzy **
Príloha č. 8:	DRG ***
Príloha č. 9:	Reálna minimálna nákladovosť ambulancie 2023
Príloha č. 10:	Reforma nemocníc
Príloha č. 11:	Povinnosti poskytovateľov ambulantnej zdravotnej starostlivosti – 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
ÚVZP – Úrad verejného zdravotného poistenia
FVZP – Fond 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

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

** Zverejnené na webe

<https://www.lekom.sk/aktuality/aktualizovana-koncepcia-zdravotnictva-v-sr-z-pohladu-slk>

*** Prebieha upgrade dokumentu





Príloha č. 2 – Os zdravia

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 %), socioekonomickým a prírodným životným prostredím (20 – 25 %) a genetikou (10 – 15 %) tvoria tzv. determinanty zdravia.

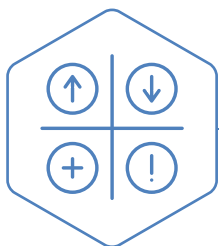
Os zdravia vyjadruje **mieru spoluzodpovednosti pacienta** za svoj zdravotný stav v zmysle dodržiavania opatrení na ochranu svojho zdravia:

- Dodržiavanie preventívnych programov a postupov, dodržiavanie odporúčaných očkovacích schém, dodržiavanie preventívnych prehliadok, dodržiavanie odporúčaných návštev lekára,
- Dodržiavanie zdravého životného štýlu - pohybový program, miera obezity, fajčiarsky status, status užívania návykových látok,
- Dodržiavanie platenia príspevkov do systému verejného zdravotného poistenia,
- Zohľadnenie účasti v programe darcovstva krvi.

Miera spoluzodpovednosti štátu za zdravotný stav obyvateľstva:

- Tvorba preventívnych programov a ich dostupnosť,
- Dostupnosť očkovacích programov,
- Dostupnosť kvalitnej zdravotnej starostlivosti, garancia nad sieťou zdravotníckych zariadení a ich kvalitou,
- Efektívne verejné zdravotné poistenie a určenie jeho rozsahu,
- Systém pripoistenia- efektívne legislatívne prostredie.
- Zdravé životné prostredie – kontrola dodržiavania noriem na ochranu životného prostredia, postih porušovateľov, prevzatie rizík pri narušení noriem životného prostredia.

Pri porušení pravidiel programu „Os zdravia“ zo strany občana určiť percento zvýšenia jeho príspevkov do verejného zdravotného poistenia, respektíve povinnosť „pripoistenia rizika poškodenia zdravia“, obdobne pri porušení povinností štátu alebo poškodenia životného prostredia pri zanedbaní povinností štátu zvýšené platby zo strany štátu pre obyvateľov daného regiónu do poistného systému respektíve refundácia nákladov občanom.



Príloha č. 5 – SWOT analýza zdravotníctva SR

SWOT analýza slúži na zistenie silných a slabých stránok, príležitostí a ohrození zdravotníctva na Slovensku.

01.

Kto určí, koľko peňazí sa vyberie?

Silné stránky



- index rizika nákladov
- solidarita
- povinný výber (daň)

Slabé stránky



- chýba viaczožkové financovanie
- zle nastavené financovanie
- politické rozhodnutie o rozpočte
- zisk ZP z verejných zdrojov
- poistné verzus daň
- investičný dlh (6 – 7 mld. €)
- neexistuje súťaž medzi ZP
- chýba kontrola hospodárenia ZP
- nie je zadefinovaný minimálny nárok z verejného ZP
- nezrozumiteľné doplatky pacienta
- nejednotný systém znižovania výkonov
- neférovosť dohodovacieho konania

Príležitosti



- spojenie sociálneho a zdravotného systému
- odstrániť diskrimináciu pri odvodoch do ZP
- (SZČO, zamestnanci, poistenci štátu)
- vznik Úradu verejného zdravotného poistenia (ÚVZP)
- nezávislé rozhodovanie o sporoch medzi PZS a ZP
- pluralita / unitárny systém ZP
- definícia nároku
- jednotný systém uznávania výkonov
- možnosť čerpať finančné prostriedky z fondov EU a granty

Ohrozenia



- riziko rozdeľovania financií pri vzniku ÚVZP
- pri definovanom nároku
- ohrozenie dostupnosti
- politické znižovanie nároku



02.

Kto vyberie peniaze?

Silné stránky



- efektivita výberu ZP
- neodkladná ZS

Príležitosti



- výber štátom zriadeným úradom
- vyššia transparentnosť (kontrola hospodárenia)

Slabé stránky



- ZP považujú vybrané zdroje verejného zdravotného poistenia za svoj majetok
- kontrola hospodárenia ZP
- neefektívny a netransparentný nákup ZS
- vyplácanie, tvorba zisku
- prenášanie zodpovednosti za poskytovanie ZS
- neplatičom zo ZP na PZS
- špekulatívny nábor poistencov
- neuhrádzanie reálnych cien výkonov

Ohrozenia



- personálne obsadenie kontrolných orgánov ÚVZP

03.

Kto určí pravidlá spotreby?

Silné stránky



- ústava čl. 40 a čl. 20
- platový automat pre ÚZS

Príležitosti



- štát/ÚVZP určí pravidlá, definovanie zákonného nároku na služby z verejného zdravotného poistenia
- reálne platby za výkony
- obnova MTV a personálneho zabezpečenia
- podnet na Ústavný súd na nesúlad zákonov s ústavou
- arbiter dáva iba návrh na vrátenie „neoprávnene“ použitých finančných prostriedkov
- návrh posudzuje nezávislá komisia
- záväznosť schválenej štátnej zdravotnej politiky a participácia profesijných združení a stavovských organizácií

Slabé stránky



- pravidlá spotreby určuje poisťovňa
- neefektívne uhrádzanie ZS
- nerešpektovanie ústavy čl. 20
- nerešpektovanie zákona o cenách (platby nepokrývajúce reálne náklady PZS)
- neadekvátne ohodnotenie práce v ambulantnom sektore
- nedoriešená úhrada ZS u nezmluvných PZS
- vynútené platby poistencov z dôvodu nedostupnosti ZS
- nadspotreba liekov a ZS
- regulácia počtu generických a biologicky podobných (biosimilárnych) liekov na trhu
- nevhodné indikačné a preskripčné obmedzenia na predpis liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín u všeobecných lekárov
- skompletizované ŠDTP
- nedostatočná kontrola indukovanej spotreby
- nefungujúci systém záznamov poskytnutej ZS – e-Health
- neefektívnosť záchranej zdravotnej služby
- chýbajúca výjazdová APS
- nízka úhrada návštevnej služby VL
- rôzne pohľady na optimálnu dostupnosť ZS (štátna správa, samospráva, lekári, pacienti, verejnosť, ZP, politici)

Ohrozenia



- riziko rozdeľovania financií pri vzniku ÚVZP
- pri definovanom nároku
- ohrozenie dostupnosti
- politické znížovanie nároku

Silné stránky



- existencia siete podporená legislatívou
- regulačná funkcia SLK, SKSaPA
- odbornosť
- kontinuálne vzdelávanie
- mnohí lekári chápu svoje povolanie ako poslanie
- pacienti vyhľadávajú naše služby, aj Slováci pracujúci v zahraničí
- v porovnaní so zahraničím máme pre pacienta lepšiu finančnú a časovú dostupnosť ambulantných služieb

Príležitosti



- optimálna sieť
- zvýšenie dostupnosti primárnej ZS
- ÚVZP – kontrola noratívov MTV a personálneho zabezpečenia
- doriešenie systému následnej ZS vrátane sociálnych aspektov
- zabezpečenie adekvátneho mzdového ohodnotenia lekárov a ostatných zdravotníckych pracovníkov v ambulantnej sfére
- podpora POCT vyšetrení – laboratórna diagnostika priamo v ambulancii
- komplexné diagnostické centrá
- ambulantné centrá, skupinové praxe
- rezidentský program
- telemedicína, umelá inteligencia

Slabé stránky



- vysoký vek všeobecných lekárov
- zle nastavená minimálna sieť
- tvorba siete, deformácia siete ZP
- nedodržiavanie personálneho noratívu
- regionálne rozdiely
- neefektívne využívanie SValZ, nadhodnotené ceny niektorých výkonov (napr. MR)
- kontrola spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania
- nevymožiteľnosť regulačnej funkcie komory u všetkých lekárov
- slabá atraktivita ambulantnej sféry
- nedostatočná výchova mladých lekárov
- zlyhávajú etických noriem prístupu k pacientom
- zlyhávajú rodiny pri starostlivosti o rodinných príslušníkov, spoliehanie sa na zdravotnícke zariadenia
- negatívne vnímanie zdravotníctva spoločnosťou
- nepružné vzdelávanie, špecializačná príprava
- kompetencie sestra/praktická sestra/zdravotnícky asistent nereagujú na potreby praxe

Ohrozenia



- vlastnícka štruktúra ambulantných centier, ohrozenie prevzatím záujmovými skupinami
- vznik nemocníc v súkromnom vlastníctve
- bez alternatívnej výstavby nových nemocníc vo vlastníctve štátu, resp. obnovy
- krížové vlastníctvo ZZ, ZP, lekárne
- odchod zdravotníckych pracovníkov do zahraničia
- nedostatok lôžok pre dlhodobú starostlivosť





Príloha č. 9 – Reálna minimálna nákladovosť ambulancie 2023

Prevádzka modelovej špecializovanej ambulancie v roku 2023 by mala mať mesačné príjmy vo výške minimálne 10500,- €, bez pokrytia nákladov na osobitné prístrojové vybavenie. Náklady pozostávajú z troch zložiek – osobné náklady na lekára, sestru a režijné náklady.

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,- €

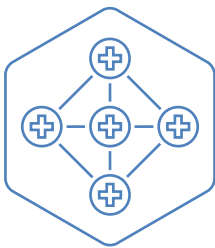
Spolu	2930,- €
--------------	-----------------

Hodinová hodnota ambulantnej služby

Čistý denný ordinačný čas je približne 6,5 hodiny, pretože zvyšnú 1,5 hodinu sa venuje lekár aj setra aktivitám, ktoré priamo nesúvisia s liečbou pacienta (styk s poisťovňami, nákup materiálu, oznamovanie výsledkov vyšetrení, objednávanie, prestupy, ...).

Prepočtom celkových nákladov voči čistému mesačnému ordinačnému času (10534,- €/(6,5*18)) vychádza pre rok 2023 hodinová hodnota poskytovania ambulantnej služby 90,- €.

Autori: Mgr. Michaela Laktišová, MUDr. Mária Drugdová, MUDr. Miroslav Žáčik
október 2022



Príloha č. 10 – Reforma nemocníc

Na Slovensku by základ nemocničnej starostlivosti mali tvoriť **nemocnice I., II. a III. typu s jasnými princípmi regionálnej spádovosti a kompetentnosti poskytovaných služieb**. Kompetentnosť nemocníc orientovať na poskytovanie služieb od základných (nemocnice I. typu), rozšírených (nemocnice II. typu), komplexných (nemocnice III. typu). Zákonom je nutné exaktne stanoviť rozsah zdravotnej starostlivosti, ktoré poskytujú. Nemocnice I. typu by poskytovali základnú lôžkovú starostlivosť v základných odboroch (s kompetenciou pre spádovú oblasť presahujúcu 1 okres), nemocnice II. typu by poskytovali rozšírenú zdravotnú starostlivosť (väčšinou s kompetenciou pre 2 – 3 okresy) a nemocnice III. typu by boli koncové nemocnice, ktorých spádovou oblasťou by bolo územie veľkosti kraja.

Na princípe spádovosti by malo byť jasne stanovené spádové územia jednotlivých nemocníc horizontálne (podľa rozsahu obsluhovaného územia), ale aj vertikálne (ktoré nemocnice I. typu patria do spádovej nemocnice II. typu, ale v určitých odboroch aj nemocnice III. typu (v tých, ktoré nie sú obsiahnuté v nemocniciach II. typu). Takisto by malo byť jasne stanovené spádové územie pre nemocnice III. typu – koncové. Spádovosť by mala byť jednoznačne vyžadovaná v oblasti urgentnej medicíny a medicíny katastrof. V oblasti elektívnej zdravotnej starostlivosti by spádovosť mala byť takisto základným princípom, ktorý by mohol byť menený len prípadnou dohodou pacienta s nespádovou nemocnicou o liečbe. Sieť nemocníc by dopĺňali nemocnice následnej starostlivosti (dajú sa čiastočne využiť aj nemocnice I. typu), špecializované nemocnice (psychiatrické, rehabilitačné a pod.) a profesné nemocnice (vojenské, policajné atď). Do siete nemocníc III. typu by patrili aj univerzitné nemocnice, ktoré by mali špeciálny štatút, ktorý by rozširoval ich kompetencie (hlavne v pedagogickej a vedeckej oblasti). Niektoré koncové nemocnice by mohli poskytovať aj služby celoslovenského charakteru.

Predchádzajúce snahy o budovanie kompetenčných a vyšších kompetenčných centier je možné podporiť, ale smerovať ich vytváranie v rámci väčších nemocníc – nemocníc III. typu (koncových nemocníc). Takýmto spôsobom je to usporiadané napr. v Rakúsku, ČR, SRN. „Izolované“ kompetenčné centrá v súčasnosti neprítomnosťou základných medicínskych odborov, ale aj značnej časti SVALZ-ov neposkytujú „bezpečnú“ zdravotnú starostlivosť, pretože

sú v prípade vzniku komplikácií odkázané na výpomoc od veľkých nemocníc.

Rozšírené kompetencie univerzitných nemocníc dnes definuje dostatočne zákon. Podľa neho univerzitná nemocnica predstavuje integrovaný medicínsky systém poskytujúci na najvyššej úrovni zdravotnú starostlivosť chorým v každom veku. Univerzitná nemocnica sa zúčastňuje na vzdelávaní a vedeckom výskume v medicíne a na riešení spoločensky závažných zdravotných problémov. Univerzitné nemocnice vznikajú pri verejných a štátnych vysokých školách, ktoré majú štatút univerzity a súčasťou ktorých je lekárska fakulta. Pri jednej lekárskej fakulte môže vzniknúť len jedna univerzitná nemocnica. Ak je na univerzite viac lekárskech fakúlt, môže univerzitná nemocnica vzniknúť pri každej lekárskej fakulte.

K tomu, aby nemocnica mohla byť vyhlásená za univerzitnú, musí splniť **nasledujúce kritériá**:

Kritériá poskytovania zdravotnej starostlivosti

V univerzitnej nemocnici je okrem základnej a špecializovanej zdravotnej starostlivosti na úrovni koncového zdravotníckeho zariadenia poskytovaná i vysoko špecializovaná zdravotná starostlivosť na špičkovej úrovni. Táto zahŕňa aj unikátne (precedentné) diagnostické a liečebné postupy realizované po schválení príslušnou etickou komisiou v súlade s platnou slovenskou a medzinárodnou legislatívou.

Vzdelávacie kritériá

V univerzitnej nemocnici prebieha pregra-



duálne vzdelávanie v doktorskom štúdiu v odbore všeobecné lekárstvo a zubné lekárstvo (stomatológia) a doktorandské štúdium III. stupňa, špecializačné a certifikované postgraduálne vzdelávanie v lekárskejších odboroch. Poskytuje pregraduálne a špecializačné postgraduálne vzdelávanie pre stredný zdravotnícky personál.

Požiadavky na pedagogickú činnosť

Základom pedagogickej činnosti na lekárskej fakulte (LF) je výučba vo forme prednášok a stáží. Nato je potrebné dostatočné priestorové a technické vybavenie. Posluchárne musia byť dimenzované podľa plánovaných počtov študentov v jednotlivých ročníkoch LF. Mali by byť súčasťou samostatného komplexu priamo nadväzujúceho na hlavnú budovu univerzitnej nemocnice (UN). Seminárne miestnosti na jednotlivých pracoviskách určené na stážovú výučbu študentov je potrebné dimenzovať pre skupiny od 20 do 40 študentov. Vytvárať špeciálne centrá na virtuálnu výučbu a výučbu na simulátoroch, eventuálne fantómoch – umiestnené na jednotlivých klinikách hlavne chirurgického zamerania, prípadne v samostatných budovách.

Základom pregraduálneho, ale aj postgraduálneho štúdia medicíny je výučba klinických predmetov pri lôžku pacienta, kde sa študenti učia základným spôsobom komunikovať s pacientom, vyšetrovať ho. Stážová výučba pri lôžku pacienta by mala prebiehať na klinických pracoviskách, ambulanciách, v priestoroch spoločných vyšetrovacích zložiek a na diagnostických pracoviskách UN.

Vedecké kritériá

V univerzitnej nemocnici prebieha realizácia klinického výskumu. UN má byť centrom aplikovaného a klinického výskumu v oblasti zdravotníctva (predklinický a translačný výskum); na to je potrebné

vytvárať biomedicínske centrá v spolupráci s teoretickými ústavmi LF, ako aj biomedicínskymi centrami univerzít a SAV. Výsledky výskumu by mohli byť validované vo výskumnej časti UN, ktorá by mala byť integrálnou súčasťou nemocnice; mala by byť v priamom kontakte s priestormi jej klinickej časti, čím by bol zabezpečený priamy kontakt lekárov zapojených do klinického výskumu. Najideálnejšie sa javí umiestnenie do časti vyhradenej pre SVALZ-y.

Organizačné jednotky UN.

Základnými zdravotníckymi a výučbovými pracoviskami a organizačnými jednotkami univerzitnej nemocnice sú kliniky, ústavy a klinické výskumné centrá.

Kliniky

Úlohou a cieľom kliniky je na najvyššej úrovni odborných a vedeckých poznatkov, personálnych a materiálno – technických možností zabezpečovať okrem základnej aj špecializovanú a vysoko špecializovanú zdravotnú a liečebno-preventívnu starostlivosť. Zamestnanci kliniky sa podieľajú na pregraduálnej, špecializačnej výučbe a na vedecko-výskumnej činnosti.

Ústavy

Úlohou a cieľom ústavov a predklinických pracovísk (klinická biochémia, mikrobiológia, laboratória imunológia, klinická farmakológia, patológia, tkanivová banka a pod.) je na najvyššej možnej úrovni odborných poznatkov a materiálnych možností zabezpečovať okrem základnej najmä špecializovanú diagnostickú a liečebno-preventívnu starostlivosť. Zamestnanci ústavov sa podieľajú na pregraduálnej a špecializačnej výučbe a na vedecko-výskumnej činnosti. Ekonomické a personálne zabezpečenie ústavov je totožné s ekonomickým a personálnym zabezpečením kliník.



Klinické výskumné centrum

Je spoločným pracoviskom univerzitnej nemocnice a lekárskej fakulty. Jeho úlohou je zabezpečovať vysoko špecializovaný medicínsky výskum. Financovanie je realizované z grantov a štrukturálnych a rozvojových fondov a projektov SR a EÚ.

Úlohy Univerzitnej nemocnice v zdravotnej starostlivosti

Univerzitná nemocnica by podľa koncepcie UN mala plniť nasledujúce úlohy:

- poskytovať komplexnú zdravotnícku starostlivosť regionálneho, nadregionálneho a v špeciálnych oblastiach aj celoslovenského významu,
- plniť funkcie všeobecnej nemocnice, t. j. byť súčasťou systému urgentnej zdravotnej starostlivosti a plniť úlohy koncovkej nemocnice pre daný región.

Komplexnosť univerzitných nemocníc je nutné považovať za nevyhnutnosť vzhľadom na vysoké materiálové náklady, ktoré dnes vznikajú pri budovaní spoločných diagnostických centier zahŕňajúcich zobrazovacie metódy (USG, rtg, CT, MRI, DSA, PET CT, atď.), špecializované laboratória (biochemické, hematologické, imunologické, mikrobiologické a virologické, genetické, bioptické atď.) a endoskopické pracoviská. Len komplexná nemocnica dokáže adekvátnym spôsobom explorať spomínané vyšetrovacie zložky a dokáže ich využiť v nepretržitom 24-hodinovom režime a tým ich viacsobne zhodnotiť a amortizovať zariadenie. Spomínané diagnostické pracoviská (SVALZ-y) by mali byť zároveň referenčnými centrami s celoslovenskou pôsobnosťou.

Komplexnosť univerzitnej nemocnice ako koncovkej nemocnice je spätá aj s umiestnením urgentného príjmu 2. typu, na ktorý by mali nadväzovať zodpovedajúce pracoviská internistickej aj chirurgickej vetvy tak, ako je to zvykom vo vyspelých krajinách.

V internistickej vetve by to mali byť pracoviská poskytujúce urgentnú neurologickú starostlivosť pre pacientov s ischemickými aj hemoragickými náhlými cievnyimi príhodami a kardiologické pracoviská poskytujúce urgentnú starostlivosť pacientom s ischemickým ochorením srdca (urgentné endovaskulárne výkony na koronárnych artériách) a starostlivosť o pacientov s poruchami rytmu srdca (urgentná arytológia).

V chirurgickej vetve by mali byť pracoviská zvládajúce problematiku urgentnej chirurgie dutín – abdominálnej, hrudníkovej chirurgie a neurochirurgie, ortopedickej traumatológie, otorinolaryngológie, urológie (oftalmológie, maxilofaciálnej chirurgie a plastickej chirurgie – nepovinne), ktoré by dokázali zvládať starostlivosť aj o najťažšie polytraumy. Samozrejmosťou by malo byť výkonné oddelenie anesteziológie a intenzívnej medicíny, ktoré by poskytovalo starostlivosť o pacientov so zlyhávajúcimi bazálnymi vitálnymi funkciami pre potreby oboch vetiev.

Ostatné koncové nemocnice III. typu

Plnia identické funkcie, ako UN s výnimkou pedagogickej a výskumnej (vedeckej) činnosti.

Koncová nemocnica by mala plniť nasledujúce úlohy:

- poskytovať komplexnú zdravotnícku starostlivosť regionálneho, nadregionálneho a v špeciálnych oblastiach aj celoslovenského významu.
- má plniť funkcie všeobecnej nemocnice, t. j. byť

súčasťou systému urgentnej zdravotnej starostlivosti a plniť úlohy koncovej nemocnice pre daný región.

Pre komplexnosť koncových nemocníc platia rovnaké zásady, ako pre univerzitné nemocnice. Ich SVALZ-y nemusia byť zároveň referenčnými centrami s celoslovenskou pôsobnosťou. Komplexnosť nemocnice III. typu ako koncovej nemocnice je takisto spätá aj s umiestnením urgentného príjmu 2. typu, na ktorý by mali nadväzovať zodpovedajúce pracoviská internistickej aj chirurgickej vetvy tak, ako je to popísané v časti o UN, vrátane zobrazovacích diagnostických metód (USG, rtg, CT, MRI, DSA), PET CT pre potreby elektívnej starostlivosti. Špecializované laboratória (biochemické, hematologické, imunologické, mikrobiologické a virologické, genetické, bioptické, atď.) by mali byť takisto povinnou výbavou, ako je to u UN.

V internistickej vetve by to mali byť pracoviská poskytujúce urgentnú neurologickú starostlivosť pre pacientov s ischemickými aj hemoragickými náhlymi cievnyimi príhodami s možnosťou urgentnej endovaskulárnej liečby (intervenčnej rádiológie) a kardiologické pracoviská poskytujúce urgentnú starostlivosť pacientom s ischemickým ochorením srdca (urgentné endovaskulárne výkony na koronárnych artériách) a starostlivosť o pacientov s poruchami rytmu srdca (urgentná arytmológia).

V chirurgickej vetve by mali byť pracoviská zvládajúce problematiku urgentnej chirurgie dutín – abdominálnej, hrudníkovej chirurgie a neurochirurgie, ortopedickej traumatológie, otorinolaryngológie, urológie, oftalmológie, maxilofaciálnej chirurgie a plastickej chirurgie, gynekológie, ktoré by dokázali zvládať starostlivosť aj o najťažšie polytraumy. Samozrejmosťou by malo byť výkonné oddelenie anestéziológie a intenzívnej medicíny, ktoré by poskytovalo starostlivosť o pacientov so zlyhávajúcimi bazálnymi vitálnymi funkciami pre potreby oboch vetiev.

Nemocnice II. typu

Ich povinnou výbavou by mal byť urgentný príjem I. typu s kompetenciami nižšími, ako pri urgentných príjmoch II. typu.

V internistickej vetve by to mali byť pracoviská poskytujúce urgentnú neurologickú starostlivosť pre pacientov s ischemickými aj hemoragickými náhlymi cievnyimi príhodami, u ktorých už nie je indikovaná

urgentná endovaskulárna liečba (intervenčná rádiológia), ale dokážu podávať konzervatívnu liečbu, kardiologické pracoviská poskytujúce urgentnú starostlivosť pacientom s ischemickým ochorením srdca u ktorých nie sú indikované urgentné endovaskulárne výkony na koronárnych artériách, a starostlivosť o pacientov s poruchami rytmu srdca (urgentná arytmológia) vrátane dočasnej kardiostimulácie.

V chirurgickej vetve by mali byť pracoviská zvládajúce problematiku urgentnej chirurgie dutín – abdominálnej, hrudníkovej chirurgie, ortopedickej traumatológie, urológie, gynekológie, ktoré by dokázali zvládať starostlivosť o bežné polytraumy. Zo zobrazovacích diagnostických metód nie je potrebné vybavenie DSA a PET/CT (USG, rtg, CT, MRI – povinné). Súčasťou výbavy by mali byť špecializované laboratória (biochemické, hematologické, imunologické, mikrobiologické, genetické, bioptické, atď.)

Nemocnice I. typu

Mali by poskytovať urgentnú a elektívnu základnú starostlivosť vo všeobecnej chirurgii, gynekológii a pôrodníctve; v internej medicíne neintervenčnú liečbu NCMP, ICHS a arytmií s povinným lôžkovým vybavením. Súčasťou nemocnice by mali byť základné SVALZ-y: USG, rtg, CT, biochemické a hematologické laboratórium.

Súčasnú úvahu o reprofilizácii týchto nemocníc (ale aj časti bývalých nemocníc II. typu) na odsunové zariadenia (liečebne dlhodobo chorých) sú veľmi nebezpečné. Znamenali by hlavne rušenie gynekologických oddelení a pôrodníc, ale aj značnú redukciu siete oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny (OAIM), t. j. aj redukciu množstva intenzivistických lôžok s možnosťou umelej pľúcnej ventilácie (UPV). To sa stalo pred niekoľkými rokmi v Taliansku, kde pod tlakom WHO a EK došlo k výraznej redukcii akútnych lôžok (vrátane lôžok OAIM). Pandémia Covid-19 v Taliansku odhalila výrazné poddimenzovanie intenzivistických lôžok. Preto je dôležité čeliť rôznym ekonomickým tlakom (oficiálnym, vládny, ale aj tlakom z prostredia 3. sektoru) a preferovať odborné riešenia, ktoré zabezpečia dostatočnú regionálnu dostupnosť zdravotníckych služieb na celom území SR.

MUDr. Jaroslav Šimo

Pracovná skupina SLK ku Koncepcii zdravotníctva v SR z pohľadu SLK – júl 2021





Príloha č. 11 – Povinnosti poskytovateľov ambulantnej zdravotnej starostlivosti

Na základe uznesenia Rady Slovenskej lekárskej komory č. UR8/12/01/2021 nižšie uvádzame prehľad povinností poskytovateľov ambulantnej zdravotnej starostlivosti pri prevádzkovaní ambulancie. Prehľad povinností z dôvodu rozsahu nie je úplný, vybrali sme najzásadnejšie povinnosti z jednotlivých oblastí (len samotný § 79 ods. 1 zákona č. 578/2004 Z.z. ustanovuje 83 povinností poskytovateľov zdravotnej starostlivosti – nie všetky sa týkajú ambulantných poskytovateľov) a zároveň neuvádzame povinnosti vyplývajúce z daňovo - odvodových právnych predpisov a zo Zákonníka práce.

1. Povinnosti vyplývajúce zo zákona č. 578/2004 Z.z.:

- personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie
- nakladanie so zdravotnou dokumentáciou v súlade so zákonom č. 576/2004 Z.z.
- dodržiavanie ustanoví zákona č. 577/2004 Z.z. – úhrada zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti
- viditeľne označiť druh zdravotníckeho zariadenia
- umiestniť na viditeľnom mieste zoznam zdravotných poisťovní, s ktorými má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti
- umiestniť na prístupnom a viditeľnom mieste cenník všetkých zdravotných výkonov, ktoré poskytuje poskytovateľ
- viesť zdravotnú dokumentáciu, spracúvať, poskytovať a sprístupňovať údaje zo zdravotnej dokumentácie
- zabezpečiť zastupovanie v rozsahu povolenia počas dočasnej neprítomnosti a súčasne na viditeľnom mieste bezodkladne uviesť poskytovateľa, ktorý vykonáva zastupovanie a túto skutočnosť oznámiť príslušnému samosprávnemu kraju
- vydať osobe doklad o výške úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť
- sprístupniť v mieste prevádzkovania ambulancie vyobrazenie pokladničného dokladu, ktorý vyhotovuje každou elektronickou registračnou pokladnicou
- uzavrieť zmluvu o poistení zodpovednosti za škodu v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti
- bezodkladne písomne informovať o schválení a potvrdení ordinačných hodín úrad pre dohľad a zdravotnú poisťovňu
- umiestniť na viditeľnom mieste ordinačné hodiny schválené a potvrdené samosprávnym krajom
- poskytovať údaje Národnému centru zdravotníckych informácií údaje
- dodržiavať cenník všetkých zdravotných výkonov
- umiestniť na prístupnom a viditeľnom mieste vo vstupných priestoroch alebo v priestoroch čakárne zoznam zdravotných výkonov, ktoré sa plne alebo čiastočne uhrádzajú alebo sa neuhrádzajú na základe verejného zdravotného poistenia
- dodržiavať zoznam zdravotných výkonov a služieb, pri ktorých možno požadovať úhradu
- zaviesť a dodržiavať a interného systém hodnotenia bezpečnosti pacienta
- poskytovať zdravotnú starostlivosť správne

2. Predpisovanie liekov (zákon č. 362/2011 Z.z.):

- uchovávať humánne lieky tak, aby neprišlo k ich poškodeniu alebo zneužitiu,
- zabezpečiť, aby zdravotnícki pracovníci používali len registrovaný humánny liek v súlade s SPC, zdravotnícku pomôcku a diagnostickú zdravotnícku pomôcku in vitro, ktorá spĺňa požiadavky na uvedenie na trh v súlade s účelom určenia a návodom na použitie,
- zaobchádzať s liekmi a so zdravotníckymi pomôckami len v súlade so zákonom
- nevydávať lieky na ambulancii – možno len podávať
- oznámiť ŠÚKL nežiaduce účinky lieky, poruchy zdravotníckych pomôcok.
- predpisovať účinnú látku, ak musí byť predpísaná účinná látka
- pri predpisovaní postupovať účelne a hospodárne
- informovať pacienta o výške doplatku a možnosti substitúcie

- urobiť opatrenia na zabránenie zneužitia tlačiva lekárskeho predpisu, lekárskeho poukazu
- neurčovať pacientovi, v ktorej verejnej lekárni a výdajni zdravotníckych pomôcok si má humánny liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu vybrať.
- uviesť na lekárskom predpise alebo lekárskom poukaze poznámku „HRADÍ PACIENT“, ak ich so súhlasom pacienta predpísal nad rámec rozsahu úhrady z verejného zdravotného poistenia

3. Hygiena (zákon č. 355/2007 Z.z., vyhláška MZ SR č. 553/2007 Z.z.):

- vypracovať prevádzkový poriadok a predložiť ho regionálnemu úradu verejného zdravotníctva na schválenie, ako aj návrh na jeho zmenu,
- dodržiavať schválený prevádzkový poriadok – ošetrovanie pacienta, upratovanie, nakladanie s odpadmi ...
- hlásiť prenosné ochorenia

4. Pracovná zdravotná služba (zákon č. 355/2007 Z.z.):

- zabezpečiť opatrenia, ktoré znížia expozíciu zamestnancov a obyvateľov fyzikálnym, chemickým, biologickým alebo iným faktorom práce a pracovného prostredia
- zabezpečiť posúdenie zdravotného rizika z expozície faktorom práce a pracovného prostredia a na základe tohto posúdenia zabezpečiť vypracovanie písomného posudku o riziku s kategorizáciou prác z hľadiska zdravotného rizika v spolupráci s pracovnou zdravotnou službou

5. Ochrana osobných údajov (GDPR, zákon č. 18/2018 Z.z.):

- prijať primerané technické a organizačné opatrenia na zaistenie úrovne bezpečnosti ochrany osobných údajov
- poučovania povinnosť dotknutých osôb

6. Metrológia (zákona č. 157/2018 Z.z.):

- zabezpečovať následné overenie určených meradiel
- viesť evidenciu určených meradiel

7. BOZP (zákona č. 124/2006 Z.z., vyhláška MPSVaR č. 508/2009 Z.z., vyhláška MPSVaR č. 356/2007 Z.z.):

- vykonávať opatrenia so zreteľom na všetky okolnosti týkajúce sa práce a v súlade s právnymi predpismi a ostatnými predpismi na zaistenie bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci,
- kontrolovať stav bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci - či zamestnanec nie je v pracovnom čase pod vplyvom alkoholu, omamných látok alebo psychotropných látok a či dodržiava určený zákaz fajčenia v priestoroch zamestnávateľa, činnosť zamestnanca na odlúčenom pracovisku a zamestnanca, ktorý pracuje na pracovisku sám, riadne používanie osobných ochranných pracovných prostriedkov, ochranných zariadení a iných ochranných opatrení.
- viesť a uchovávať predpísanú dokumentáciu, záznamy a evidenciu súvisiacu s bezpečnosťou a ochranou zdravia pri práci päť rokov odo dňa, keď bol v nich vykonaný posledný záznam,
- oboznamovať zamestnancov raz za dva roky, ak právne predpisy na zaistenie bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci neustanovujú kratší čas
- overovanie plnenia požiadaviek bezpečnosti technických zariadení – kontrola a revízia elektrických zariadení v intervale 1 x za 6 mesiacov až 1 x za 24 mesiacov

8. Ochrana pre požiarmi (zákon č. 314/2001 Z.z., vyhláška MV SR č. 121/2002 Z.z.):

- zabezpečiť v objektoch vykonávanie preventívnych protipožiarnych prehliadok a odstraňovať zistené nedostatky (každé 3 mesiace)
- zabezpečovať školenie a overovanie vedomostí o ochrane pred požiarimi zamestnancov (raz za 24 mesiacov)
- vypracúvať, viesť a udržiavať dokumentáciu ochrany pred požiarimi
- zabezpečovať pravidelné čistenie a kontrolu komínov;
- obstarávať a inštalovať v objektoch, zariadeniach a priestoroch so zreteľom na nebezpečenstvo vzniku požiaru vhodné druhy požiarnych zariadení, hasiace látky, hasičskú techniku, vecné prostriedky ochrany pred požiarimi
- označovať a udržiavať trvale voľné únikové cesty, únikové východy a zásahové cesty, nástupné

plochy a prístup k nim, ako aj prístup k uzáverom rozvodných zariadení elektrickej energie, plynu, vody a k požiarным zariadeniam.

9. Odpady (zákon č. 79/2015 Z.z.):

- zhromažďovať odpady vytriedené podľa druhov odpadov a zabezpečiť ich pred znehodnotením, odcudzením alebo iným nežiaducim únikom,
- zabezpečiť spracovanie odpadu v zmysle hierarchie odpadového hospodárstva,
- odovzdať odpady len osobe oprávnenej nakladať s odpadmi
- viesť a uchovávať evidenciu o druhoch a množstve odpadov a o nakladaní s nimi,
- ohlasovať údaje z evidencie príslušnému orgánu štátnej správy odpadového hospodárstva a uchovávať ohlásené údaje,
- skladovať odpad najdlhšie jeden rok alebo zhromažďovať odpad najdlhšie jeden rok pred jeho zneškodnením alebo najdlhšie tri roky pred jeho zhodnotením.

10. Registratúra a archív (zákon č. 395/2002 Z.z.):

- evidovať záznamy, ktoré vznikli z jeho činnosti, a došlé záznamy,
- zabezpečovať správu registratúry,
- zabezpečiť trvanlivosť registratúrneho záznamu
- vyradovať pravidelne registratúrne záznamy len so súhlasom ministerstva,
- odovzdať archívne dokumenty po vyradovanom konaní do archívu v lehote, ktorú archív určil, so zoznamom odovzdávaných archívnych dokumentov a s evidenčnými pomôckami podľa registratúrneho poriadku

11. Ochrana nefajčiarov (zákon č. 377/2004 Z.z.):

- v zariadení, v ktorom je zakázané fajčenie, povinnosť upozorniť verejnosť na zákaz fajčenia bezpečnostným a zdravotným označením, ktoré musí byť umiestnené na viditeľnom mieste.

12. Registračná pokladnica (298/2008 Z.z.):

- podnikateľ je povinný evidovať tržbu v elektronickej registračnej pokladnici alebo v systéme e-kasa prostredníctvom pokladnice e-kasa klient bez zbytočného odkladu po jej prijatí.

Povinnosti uvedené v bodoch 4 až 12 sa týkajú poskytovateľov zdravotnej starostlivosti z titulu ich statusu podnikateľa, resp. zamestnávateľa. Uvedené povinnosti odvetvovo patria do kompetencie viacerých ministerstiev. Z týchto dôvodov odporúčame návrhy na zmenu dotknutých právnych predpisov (zmiernenie povinností – napr. predĺžiť dobou na oboznamovanie zamestnancov o BOZP z dvoch rokov na päť alebo plošné zmiernenie sankcií) podávať v spolupráci so združeniami zastupujúcimi záujmy podnikateľov, resp. zamestnávateľov.

V prípade povinností uvedených v bodoch 1 až 3 sa jedná o povinnosti, ktoré sa priamo týkajú poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a ktoré odvetvovo patria do kompetencie Ministerstva zdravotníctva SR a preto za účelom zmiernenia povinností alebo zmiernenia sankcií je potrebné rokovať s Ministerstvom zdravotníctva SR. Najmä v 79 ods. 1 zákona č. 578/2004 Z.z. podľa nášho názoru existuje priestor na vypustenie viacerých povinností z dôvodu duplicity (predpisovať lieky a zdravotnícke pomôcky v súlade s osobitným predpisom; vydať doklad o úhrade), neopodstatnenosti pre výkon praxe (bezodkladne písomne informovať osobu o odstúpení od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a o dôvodoch odstúpenia od tejto dohody – ak osobe odstúpenie poskytovateľ nedoručí, nie je účinné; oznámiť spôsobom v mieste obvyklým dočasné pozastavenie alebo skončenie poskytovania zdravotnej starostlivosti).

Mgr. Zdenko Seneši
advokát

Advokátska kancelária
ŠKODLER & PARTNERS, s.r.o.
Dobšinského 12, 811 05 Bratislava

Bratislava: 1. február 2021





Príloha č. 12 – Vzdelávanie

Podmienkou poskytovania zdravotnej starostlivosti v zdravotníckom povolaní lekár je splnenie podmienok na výkon zdravotníckeho povolania (Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve). Odbornú spôsobilosť získava lekár absolvovaním štúdia na lekárskej fakulte (LF). Štúdium na LF poskytuje vysokoškolské vzdelanie II. stupňa v doktorskom študijnom programe a umožňuje absolventovi samostatne vykonávať odborné pracovné činnosti preventívnej a liečebnej zdravotnej starostlivosti.

Nedostatok lekárov, ktorý zachvátil takmer všetky zdravotné systémy v Európe vrátane Slovenska, **nesmie byť dôvodom na zmäkčovanie kritérií** pre prijímacie konanie, kontrolu štúdia a absolvovania záverečných skúšok na LF, ani pri získavaní špecializácie, celoživotnom vzdelávaní a uznávaní kvalifikácie lekárov z tretích krajín.

1. Pregraduálne vzdelávanie

Doktorský študijný program trvá v dennej forme štúdia šesť rokov, zahŕňa najmenej 5500 hodín teoretickej a praktickej výučby. Kontrolu kvality vysokoškolského štúdia vykonáva v zmysle Zákona č. 269/2018 Z. z. o zabezpečovaní kvality vysokoškolského vzdelávania Slovenská akreditačná agentúra pre vysoké školstvo. Jej úlohou je udeľovanie akreditácie študijného programu, udeľovanie akreditácie habilitačného konania a konania na vymenúvanie profesorov. Akreditáciou študijného programu agentúra udeľuje oprávnenie vysokej školy/fakulty uskutočňovať študijný program a následne jeho absolventom priznať zodpovedajúci akademický titul.

Pre udelenie titulu MUDr. je v medzinárodnom kontexte podmienkou v rámci štátnej záverečnej skúšky odovzdať a obhájiť diplomovú prácu, čo sa pre väčšinu budúcich absolventov, ktorú neplánujú pokračovať vo vedecko-výskumnej a pedagogickej činnosti, dá považovať za nadbytočné. **Diplomová práca** by sa mala stať **fakultatívnou** súčasťou absolútoría. Budúci absolvent, ktorý plánuje pokračovať vo vedeckej, prípadne pedagogickej oblasti, by mal mať možnosť túto súčasť odborného rastu začať už pred ukončením II. stupňa vysokoškolského štúdia. V prípade, že niektorý z členských štátov EÚ pod-

mienku diplomovej práce vyžaduje, môže ju nahradiť III. stupeň vysokoškolského štúdia, respektíve má adept možnosť štúdium ukončiť vypracovaním, odovzdaním a obhájením diplomovej práce.

Po úspešnom prijatí na vysokoškolské štúdium medicíny sa študent v prvých dvoch ročníkoch štúdia zameriava na osvojenie si vedomostí zo základných prírodovedných a teoreticko-medicínskych predmetov, ktoré sú nevyhnutnou podmienkou pre ďalšie získavanie vedomostí a zručností v predklinických a klinických predmetoch. Filtrom dostatočnej prípravy študenta by mala byť **komisionálna skúška pred začiatkom výuky klinických predmetov (napr. po 2. ročníku štúdia medicíny)**, pri ktorej by členovia skúšobnej komisie overili vedomosti a schopnosť uchádzača pokračovať v štúdiu klinicko-medicínskych predmetov. Neúspešní študenti by tak skôr ako v 5. alebo 6. ročníku opustili školu, čo by viedlo k zvýšeniu kvality študentov, ako aj k celkovému zvýšeniu kvality štúdia na LF. Nezanedbateľný by bol ekonomický prínos, ktorý by mal umožniť prijatie podstatne **vyššieho počtu študentov pre prvé dva ročníky štúdia**.

Alternatívou komisionálnej skúšky môže byť zákaz prenášať predmety z teoretických ročníkov do predklinických a z predklinických do klinických ročníkov štúdia medicíny. Uvedený princíp musí byť aplikovaný tiež pre tzv. „transfer“ študentov, teda tých, ktorý menia vysokú školu počas štúdia (vrátane škôl mimo územia SR).

Do pregraduálneho štúdia medicíny je nutné urýchlene zaradiť predmet **etika a komunikácia**, realizovaný paletou odborníkov, obsahujúci **practic-**

“

Pre jednu medicínsku odbornosť má existovať iba jedna odborná spoločnosť a to hlavne z dôvodu netrieštenia síl, koordinácie práce a potrieb vznikajúcich rastom informácií a rozvojom jednotlivých špecializačných odborov.

”

ký tréning komunikačných zručností (lekár-lekár, lekár-sestra, lekár-pacient/príbuzný), etiky výkonu povolania, orientácie v odbornej literatúre vs. hoaxy, používanie sociálnych sietí atď., aby bol budúci absolvent vo svete voľne šíriteľných nevedeckých informácií schopný vystupovať odborne a nie pseudodoborne, aby neurážal dôstojnosť, bol pritom profesionálne zdvorilý, aj dostatočne empatický. Táto oblasť je u zdravotníckych pracovníkov v súčasnosti hlboko poddimenzovaná a príprava sa musí začať už počas vysokoškolského štúdia. Je potrebná diskusia s LF o skvalitnení **praktického vzdelávania** (stáže pri lôžku, v ambulancii, nácvik administratívnych zručností), aby kvantita nebola na úkor kvality praktickej prípravy, pretože aktuálne kapacity zdravotníckych vzdelávacích inštitúcií nepokrývajú potreby praktickej prípravy. Simulátory výučby sú a budú prínosom, ale nenahradia prácu s pacientom.

2. Uznávanie vysokoškolského vzdelávania

Uznávanie druhého stupňa vysokoškolského vzdelávania v študijnom programe lekár u zdravotníkov prichádzajúcich z tretích krajín a vstupujúcich do nášho zdravotného systému musí spĺňať štandardné podmienky pre uznanie úrovne vzdelania nielen v Slovenskej republike, ale tiež na území celej EÚ. Ako členská krajina sme viazaní medzinárodnými pravidlami a smernicami **o vzájomnom uznávaní vzdelávania**. Nevyhnutným predpokladom na výkon klinickej praxe na Slovensku je popri **odborných** predpokladoch **znalosť úradného (slovenského) jazyka slovom i písmom**. Úroveň B1 **musí** byť súčasťou dokladova-

nia pred uznaním vysokoškolského vzdelania, nakoľko po uznaní vzdelania vstupuje lekár do medicínskeho vzťahu s pacientom, kde plnohodnotná komunikácia lekára s pacientom a lekára s ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi je v záujme ochrany zdravia a bezpečnosti obyvateľov Slovenska nevyhnutnosťou. Je potrebné zabrániť situáciám, keď takýto lekár lieči pacientov s odôvodnením nedostatku personálu. Je tu evidentný rozpor medzi dobrými zákonmi a praxou. Príkladom nám môžu byť pravidlá v USA a starších členských krajinách EÚ. Je na diskusiu, či by **každý zahraničný lekár** pred začiatkom práce u nás nemal **absolvovať pobyt na akreditovanom oddelení** (doriešiť koncepcne cestou MZ, MŠ a SLK).

Po návrate z cudziny, kde lekár dlhodobo profesionálne pôsobil, dokladuje písomne, napr. potvrdením zamestnávateľa, že pracoval vo svojom odbore, a súčasne dokladuje účasť na sústavnom vzdelávaní tým, že získal potrebný počet kreditov CME/AMA. Získanie špecializácie v cudzine overuje príslušné oddelenie ministerstva zdravotníctva SR.

3. Špecializačné štúdium

Aby lekár mohol samostatne vykonávať svoje povolanie, musí získať **špecializáciu** (atestáciu). Pri vzdelávaní lekárov v súčasnosti existuje jednostupňový systém prípravy na atestačnú skúšku, ktorého súčasťou je absolvovanie tzv. spoločného (základného) kmeňa a potom nasleduje špecializované vzdelávanie v rámci každého odboru. Jednostupňový systém prípravy bol zavedený z dôvodu aproximácie národnej legislatívy s legislatívou EÚ.

Špecializačné vzdelávanie prebieha podľa vzdelávacích programov príslušných odborov. Každá lekárska špecializácia má určitú minimálnu dĺžku vzdelávania a určitý povinný základný kmeň ako prvú časť špecializačného vzdelávania. Z každého konkrétneho kmeňa sa dá pokračovať iba na isté špecializácie. V rámci kmeňa musí lekár absolvovať potrebné stáže a prípravné kurzy. Vykonané výkony sú potvrdené v logbooku. Kmeň je vždy zakončený skúškou. Rozsah skúšky je v kompetencii lekárskech fakúlt.

Po absolvovaní kmeňa má lekár/ka možnosť pokračovať vo vzdelávaní v zvolenom špecializačnom odbore, na ktorý bol zaradený, eventuálne požiadať o zaradenie do iného základného odboru s rovnakým kmeňom ako ten, ktorý úspešne absolvoval. **Legislatívne je potrebné upraviť povinnosť zamestnávateľa umožniť lekárovi – zamestnancovi absolvovať predpísané cirkulácie v určenom časovom období.** Špecializačná príprava je ukončená špecializačnou (atestačnou) skúškou. Úspešným absolvovaním špecializačného štúdia má lekár právo používať profesionálne označenie **lekár špecialista** v spojení s názvom príslušného špecializačného odboru, ktorých je v súčasnosti 105 (Nariadenie Vlády SR č. 742/2004 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania). **Zahraniční lekári** mimo krajín EÚ, USA a Kanady pri špecializovanej činnosti by mali absolvovať **jazykovú skúšku a atestačnú skúšku alebo minimálne odborné preskúšanie.** Aj v postgraduálnom vzdelávaní je potrebné zaradiť **tréning komunikačných zručností, etiky a administra-**

tívnych zručností. Tieto poznatky/zručnosti by boli **prakticky** overené počas atestačnej skúšky.

Špecializačná skúška sa uskutočňuje na akreditovaných pracoviskách lekárskech fakúlt. Rozsah a dĺžka trvania prípravy sa líši od odboru k odboru a je daná platnými národnými predpismi a schvaľovaná vyhláškami MZ SR. Národné smernice by mali byť koordinované s európskymi štandardami, ktoré prerokováva a schvaľuje Európska únia medicínskych špecialistov (UEMS). V kontexte s jej odporúčaniami je potrebné prehodnotenie náplne a dĺžky všetkých špecializácií pre jednotlivé medicínske odbory. **Zriadenie nových odborností, ale aj rušenie existujúcich by rovnako malo byť európsky koordinované. Z dôvodu akútneho nedostatku lekárov je nutné diskutovať o obsahu, dĺžke a potrebe štúdia jednotlivých odborov po absolvovaní kmeňa.**

Na národnej úrovni za garanciu kvality špecializačného odboru ručí hlavný odborník MZ SR pre daný odbor v koordinácii so vzdelávacími inštitúciami (LF), odbornými spoločnosťami (SLS) a stavovskou organizáciou (SLK). Pre jednu medicínsku odbornosť má **existovať iba jedna odborná spoločnosť** a to hlavne z dôvodu netrieštenia síl, koordinácie práce a potrieb vznikajúcich rastom informácií a rozvojom jednotlivých špecializačných odborov.

Špecializačná skúška by mala prebiehať celoštátne v komisiách podľa odborov, ideálne pravidelne na **jednom vopred stanovenom mieste**, z dôvodu jednotných hodnotiacich kritérií, pričom členo-



“

Ak by členstvo v SLK bolo povinné, potom by povinnosť zúčastňovať sa celoživotného vzdelávania bola nepriamo povinná...

”

via skúšobnej komisie by boli zástupcovia všetkých akreditovaných univerzitných pracovísk. Ako prizvaní členovia by mohli byť tiež obzvlášť významní špecialisti v danom odbore, ktorí nepracujú na školských pracoviskách. Ak daná odbornosť vyžaduje k špecializačnej skúške písomnú časť (test), je potrebné zaviesť **jednotný systém písomnej časti skúšky**, čím by sa dosiahli rovnocenné požiadavky úrovne vedomostí adeptov. Databáza testových otázok by bola centrálna, aby nevznikali rozdiely medzi kvalitou testov medzi jednotlivými školami, prípadne by celé súbory otázok mohli byť publikované tak, aby umožnili uchádzačovi o špecializačnú skúšku texty študovať. Praktickú spôsobilosť absolvovaním praktickej skúšky potvrdzuje prednosta školiaceho pracoviska, kde sa uchádzač pred atestáciou školí, resp. dlhodo- bo pracuje (predpísaný počet diagnostických, terapeutických, operačných výkonov, praktická schopnosť samostatne vykonávať lekárske povolanie). Keďže **za kontrolu vzdelávania je zodpovedná SLK**, členom komisie bez hlasovacieho práva je prítomný delegát SLK.

4. Sústavné vzdelávanie (CME a CPD)

Systém sústavného vzdelávania lekárov zaisťuje kvalitu kontinuálneho, celoživotného odborného vzdelávania, ktorého cieľom je udržiavanie a prehĺbovanie odbornej spôsobilosti lekára potrebnej pre výkon povolania v liečebno-preventívnej starostlivosti (Zákon č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti). Za kontrolu a hodnotenie sústavného vzdelávania podľa zákona zodpovedá stavovská organizácia – Slovenská lekárska komora. Sústavné

vzdelávanie môžu zabezpečovať inštitúcie definované vo vyhláske MZ SR č. 74/2019 Z. z. o kritériách a spôsobe hodnotenia sústavného vzdelávania zdravotníckeho pracovníka, avšak za ich **odbornosť, pridelovanie kreditov a zodpovedajúce formálne náležitosti zodpovedá Akreditačná rada Slovenska pre sústavné medicínske vzdelávanie (ARS CME)**, ktorá je spoločne ustanoveným inštitútom SLK a SLS.

Akreditačná rada je poradným orgánom SLK a SLS na sledovanie a hodnotenie úrovne jednorazových vzdelávacích aktivít sústavného vzdelávania lekárov a v tejto oblasti môže spolupracovať aj s inými uznávanými medzinárodnými organizáciami (UEMS – EACCME). Rozsah právomocí ARS CME je daný Smernicou Slovenskej lekárskej komory a Slovenskej lekárskej spoločnosti pre Akreditačnú radu Slovenska pre kontinuálne medicínske vzdelávanie k procesu sledovania a hodnotenia úrovne jednorazových vzdelávacích aktivít a Smernicou Slovenskej lekárskej komory a Slovenskej lekárskej spoločnosti pre Akreditačnú radu Slovenska pre kontinuálne medicínske vzdelávanie k procesu sledovania a hodnotenia úrovne autodidaktických testov.

Sústavné vzdelávanie je povinné počas celého odborného pôsobenia lekára pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Povinnosť vzdelávať sa majú všetci registrovaní lekári. Ak by členstvo v SLK bolo povinné, potom by **povinnosť zúčastňovať sa celoživotného vzdelávania bola nepriamo povinná** s tým, že ak člen SLK potrebuje akýkoľvek úkon v kompetencii administratívy komory (vydanie/zmena licencie, povinnosť dokladovať sústavné vzdelávanie pre

zamestnávateľa a pod.), komora by potvrdenie nemohla vydať, ak člen nesplnil podmienku udržateľnej odbornosti, t. j. sústavného vzdelávania. Tým by sa odstránil problém s pravidelnými kontrolami vzdelávania v 5-ročných cykloch, kde pri celkovom počte viac ako 25 000 registrovaných lekárov táto činnosť zbytočne zaťažuje kontrolné výbory jednotlivých RLK. Dokladovanie spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania (dôkazné bremeno) ostáva na jedincovi (členovi komory).

Významným obohatením možností sústavného vzdelávania by bolo **obnovenie klinických dní ambulantných lekárov v nemocniciach**. Aktívna účasť na klinickom dni má často vyššiu pridanú hodnotu, než pasívna účasť na jednorazových vzdelávacích aktivitách. Možnosť klinického dňa by bola nielen pre špecialistov, ale aj pre lekárov prvého kontaktu. Klinický deň slúži na prepojenie praxe v ambulancii a pri lôžku, mal by byť možný v ktorejkoľvek nemocnici, ktorá získala akreditáciu pre daný odbor. Podmienkou uznania klinického dňa ako vzdelávacej aktivity by bol zmluvný vzťah medzi lekárom a príslušným **akreditovaným pracoviskom**. Povinnosť získavania 20% CPD kreditov by zostala v pôvodnej forme (živé/on-line).

Ostatné požiadavky na sústavné vzdelávanie sú vďaka koordinácii činností EACCME – ARSCME – SLK/SLS akceptovateľné a nevyžadujú zásadné zmeny. Určité úpravy by si vyžiadali obidve smernice ohľadom určovania kvalifikácie garantov vzdelávania, ev. sankcii súvisiacich s organizovaním, prípadne garantovaním podujatí (napr. čierna listina opakovane nekorektne vybraných, účelovo stanovených garantov/organizátorov). Úpravy sú aktuálne v posudzovaní členmi ARS CME a konzultované s prezídiami SLK a SLS. **Vývoj a smerovanie schvaľovania, kontroly a uznávania vzdelávania v SR, ako aj lekárov prichádzajúcich zo zahraničia, bude upravovaný priebežne**

v zmysle aproximácie zásad vzdelávania zdravotníkov v štátoch EÚ aj s prihladením na medzinárodne sa meniace podmienky mimo EÚ (napr. Brazília, Ukrajina, USA/Kanada, Izrael, Maroko).

5. Rezidentské štúdium

Vzdelávanie (príprava) všeobecných lekárov a iných nedostatkových špecializácií bude obsahom samostatného dokumentu SLK o rezidentskom štúdiu, ktorý sa pripravuje a priebežne konzultuje pred jeho definitívnym prerokovaním na MZ SR.

Doc. MUDr. Norbert Lukán, PhD.

dátum vypracovania: september 2022







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 2022
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



Zdravotnícki 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

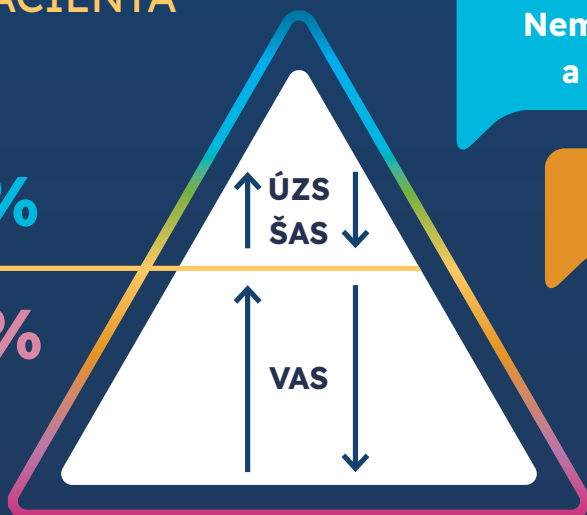
Hlavné kritérium je, aby sa pacient nestratil v systéme zdravotnej starostlivosti – to sa dá dosiahnuť zabezpečením dobrej vzájomnej koordinácie a spolupráce medzi jednotlivými PZS*. Komora musí participovať na zašitovaní podmienok pohybu pacienta v systéme – od všeobecných lekárov k špecialistom, do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

Optimálne podmienky
pre výkon PZS



Kontrola stavovskými
organizáciami

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
- zatriaktívnenie lekárskeho povolania a pracovného prostredia
- zabezpečenie generačnej výmeny
- zníženie počtu návštev pacientov vďaka preventívnym prehliadkam a vzdelávaniu pacientov



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



CENY

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

PLATBY POSKYTOVATEĽOM

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



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

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



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 pôsobiach 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 dohadovacie 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 2022

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,- €**

2930,- €



Hodinová hodnota ambulantnej služby v r. 2023

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

10 534,- €

spolu



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

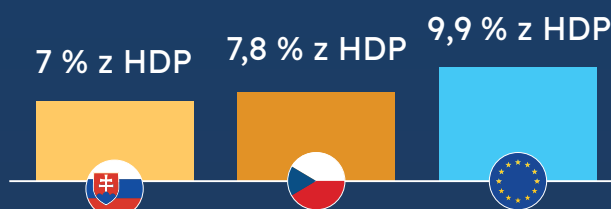
sú ekonomicky neaktívni občania, za ktorých odvody do zdravotných poisťovní platí štát – napr. dôchodcovia, rodičia na materskej dovolenke, deti, študenti, invalidní ľudia, ...

VÝDAVKY NA ZDRAVOTNÍCTVO

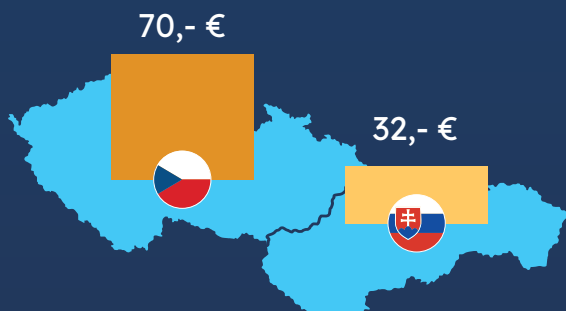


% CELKOVÝCH VÝDAVKOV Z HDP NA ZDRAVOTNÍCTVO ^{1,2}

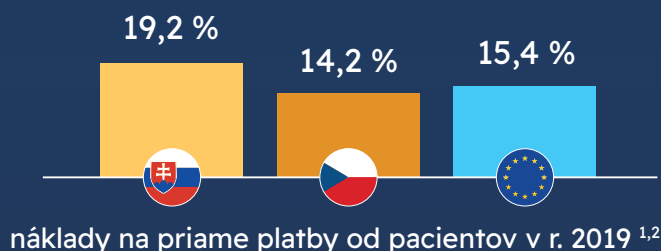
(Verejné výdavky na zdravotníctvo a priame platby pacientov)



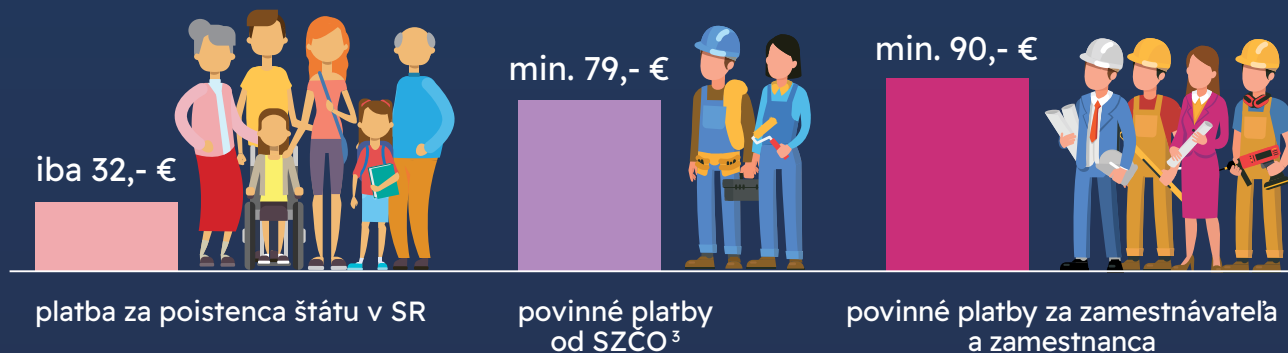
PLATBA ZA POISTENCA ŠTÁTU



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, Brusel. 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





www.lekom

2022 © všetky práva vyhradené