

**STRATÉGIA VŠEOBECNEJ AMBULANTNEJ
STAROSTLIVOSTI DO ROKU 2030**

**Bratislava
2022**

Dokument Stratégia všeobecnej ambulantnej starostlivosti do roku 2030 vznikol pod záštitou programu podpory štrukturálnych reforiem Európskej komisie na žiadosť Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „MZ SR“) a obsahuje strategický rámec pre všeobecnú ambulantnú starostlivosť pre dospelých (ďalej len „všeobecné lekárstvo“) a všeobecnú ambulantnú starostlivosť pre deti a dorast (ďalej len „primárna pediatria“).

Materiál vznikol v úzkej spolupráci s hlavnou odborníčkou MZ SR pre odbor všeobecné lekárstvo MUDr. Adrianou Šimkovou, PhD., hlavnou odborníčkou MZ SR pre všeobecnú starostlivosť o deti a dorast MUDr. Elenou Prokopovou, zástupcami Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva Slovenskej lekárskej spoločnosti, Slovenskou spoločnosťou primárnej pediatrickej starostlivosti Slovenskej lekárskej spoločnosti, zástupcami Slovenskej lekárskej komory, zástupcami Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek, zástupcami Slovenskej lekárskej komory, zástupcami Asociácie súkromných lekárov Slovenskej republiky, Spoločnosti všeobecných lekárov Slovenska, Zväzu ambulantných poskytovateľov, Združenia všeobecných lekárov pre dospelých, zástupcami samosprávnych krajov, zástupcami zdravotných poisťovní, zástupcami Zdravých regiónov a ďalšími odbornými spolupracovníkmi MZ SR alebo sektora zdravotníctva v Slovenskej republike a v zahraničí.

Obsah

Úvod	5
1. Súčasný stav a výzvy	5
1.1 Súčasný stav v číslach	6
1.2 Očakávané výzvy.....	10
2. Prioritné oblasti navrhovaných zmien	14
2.1 Posilnenie kompetencií všeobecných lekárov a primárnych pediatrov	14
2.1.1 Prehľad nových kompetencií všeobecných lekárov a primárnych pediatrov	14
2.1.2 Kľúčové oblasti súvisiace s posilnením kompetencií lekárov	20
2.2 Posilnenie kompetencií sestier a nové formy spolupráce	24
2.2.1 Formy spolupráce so všeobecnými ambulanciami.....	24
2.3 Kompetenčné diagramy vo VAS.....	25
2.4 Vzdelávanie a atraktivita povolania	36
2.4.1 Zmeny vo vzdelávaní	36
2.4.2 Zmena rezidentského štúdia	37
2.4.3 Podpora lekárov s možnosťou kratšej špecializačnej prípravy	38
2.4.4 Zjednodušenie integrácie a podpora zahraničných zdravotníckych pracovníkov	39
2.4.5 Zníženie bariér na vstup lekárov do VAS	40
2.4.6 Podpora skupinových praxí, flexibilných úväzkov a generačnej obmeny	41
2.5 Dostupnosť VAS	41
2.5.1 Riadený manažment verejnej minimálnej siete	42
2.5.2 Úprava pravidiel a riadenia ambulantnej pohotovostnej služby	44
2.6 Zníženie administratívnej záťaže.....	45
2.7 Financovanie VAS	49
2.7.1 Zmeny v úhradovom mechanizme	50
2.7.2 Dodatočné prvky financovania	57
3. Implementácia	58
3.1 Implementačný plán opatrení	58
3.2 Spolupracujúce subjekty.....	59
3.3 Governance	59
3.4 Komunikačná stratégia	59

Zoznam tabuliek a grafov

Zoznam tabuliek

Tabuľka 1: Základné údaje o verejnej sieti poskytovateľov VAS	6
Tabuľka 2: Demografická štruktúra všeobecných lekárov - fyzické osoby (2022).....	6
Tabuľka 3: Demografická štruktúra primárnych pediaterov - fyzické osoby (2022).....	7
Tabuľka 4: Prehľad o počte absolventov	7
Tabuľka 5: Naplnenie verejnej minimálnej siete poskytovateľov VAS, 2022	9
Tabuľka 6: Celkové výdavky na VAS (2015 – 2021).....	9
Tabuľka 7: Predikcia kapacitnej priepustnosti VAS do roku 2037	13
Tabuľka 8: Prehľad nových kompetencií – primárna pediatria	15
Tabuľka 9: (2. časť Tabuľky 8: Prehľad nových kompetencií – primárna pediatria).....	16
Tabuľka 10: (3. časť Tabuľky 8: Prehľad nových kompetencií – primárna pediatria).....	17
Tabuľka 11: Prehľad nových kompetencií – všeobecné lekárstvo.....	17
Tabuľka 12: (2. časť Tabuľky 11: Prehľad nových kompetencií – všeobecné lekárstvo).....	18
Tabuľka 13: (3. časť Tabuľky 11: Prehľad nových kompetencií – všeobecné lekárstvo).....	19
Tabuľka 14: Kompetenčný diagram – primárna pediatria.....	26
Tabuľka 15: (2. časť – Tabuľka 14: Kompetenčný diagram – primárna pediatria).....	27
Tabuľka 16: (3. časť – Tabuľka 14: Kompetenčný diagram – primárna pediatria).....	28
Tabuľka 17: (4. časť – Tabuľka 14: Kompetenčný diagram – primárna pediatria).....	29
Tabuľka 18: Kompetenčný diagram – všeobecné lekárstvo.....	30
Tabuľka 19: (2. časť – Tabuľka 18: Kompetenčný diagram – všeobecné lekárstvo).....	31
Tabuľka 20: (3. časť – Tabuľka 18: Kompetenčný diagram – všeobecné lekárstvo).....	32
Tabuľka 21: (4. časť – Tabuľka 18: Kompetenčný diagram – všeobecné lekárstvo).....	33
Tabuľka 22: (5. časť – Tabuľka 18: Kompetenčný diagram – všeobecné lekárstvo).....	34
Tabuľka 23: Kľúčové vlastnosti kapacitne udržateľného systému APS	45
Tabuľka 24: Príklady dietetických potravín, ktoré plnia úlohu sociálnej, nie zdravotnej starostlivosti	48
Tabuľka 25: Percento výdavkov určené pre jednotlivé typy ZS z celkovej sumy verejných výdavkov určenej na ZS.....	51
Tabuľka 26: Prehľad vekových kapitačných pásiem platných k obdobiu jún/2022.....	53
Tabuľka 27: Parametre kategorizácia urbanistických a rurálnych oblastí SR	55
Tabuľka 28: Intervaly počtu kapítovaných poistencov – všeobecné lekárstvo.....	56
Tabuľka 29: Intervaly počtu kapítovaných poistencov – primárna pediatria.....	56

Zoznam grafov

Graf 1: Priemerný počet kapítovaných poistencov na 1 LM v krajoch	8
Graf 2: Histogram rozdelenia poskytovateľov podľa priemerného počtu kapítovaných poistencov na 1 LM	8
Graf 3: Odhadovaný rast verejných výdavkov na zdravotnú starostlivosť do roku 2070 (nárast z % HDP, rok 2070).....	10
Graf 4: Prognóza podielu obyvateľov nad 70 rokov v SR.....	11
Graf 5: Vývoj počtu multimorbídnych pacientov v SR (2015 – 2019).....	11
Graf 6: Počet návštev u ambulantného lekára na 1 obyvateľa za rok 2019.....	22
Graf 7: Percentuálny podiel návštev vo všeobecných ambulanciách vyriešených bez odporúčania na vyššiu úroveň zdravotnej starostlivosti	22
Graf 8: Porovnanie podielu všeobecných lekárov a primárnych pediaterov z celkového počtu lekárov v krajinách OECD	38
Graf 9: Porovnanie podielu všeobecných lekárov a pediaterov z celkového počtu lekárov v krajinách OECD	39
Graf 10: Podiel zahraničných sestier vykonávajúcich povolanie v krajinách OECD (2015/2016).....	39
Graf 11: Marginálne prírastky počtu kapítovaných poistencov v závislosti od ďalších pracovníkov – všeobecné lekárstvo	43
Graf 12: Marginálne prírastky počtu kapítovaných poistencov v závislosti od ďalších pracovníkov – primárna pediatria	43
Graf 14: Porovnanie výdavkov na VAS z celkových výdavkov na zdravotníctvo medzi krajinami.....	50
Graf 15: Štruktúra jednotlivých zložiek úhrad vo VAS	51

Úvod

Dokument Stratégia všeobecnej ambulantnej starostlivosti do roku 2030 je strategickým výhľadovým dokumentom MZ SR. V porovnaní s koncepciou zdravotnej starostlivosti v odbore všeobecné lekárstvo a koncepciou zdravotnej starostlivosti v odbore všeobecná starostlivosť pre deti a dorast vydanými z roku 2006 je materiál zameraný na návrh opatrení smerujúcich k posilneniu všeobecnej ambulantnej starostlivosti (ďalej len „VAS“) a je východiskovým dokumentom reformy VAS v Slovenskej republike (ďalej len „SR“).

Silná a kvalitná VAS je základom každého dobre fungujúceho systému zdravotnej starostlivosti. V SR nebola v posledných dekádach tomuto segmentu venovaná dostatočná priorita a pozornosť či už z pohľadu odborného rastu, rozvoja, alebo financovania. Prax všeobecného lekárstva sa tak stáva čoraz viac neatraktívnou a jej potenciál nie je plne využívaný. MZ SR ako jednu zo svojich priorit predstavilo v roku 2021 odbornej verejnosti plán reformy VAS rozdelený do troch samostatných fáz:

1. fáza Nová verejná minimálna sieť poskytovateľov VAS
2. fáza Posilnenie kompetenčného statusu a revízia úhradového mechanizmu
3. fáza Zníženie administratívnej záťaže

Dokument obsahuje okrem analýzy súčasného stavu aj prioritné oblasti, kde je nevyhnutné implementovať stabilizačné a rozvojové opatrenia s primárnym cieľom posilnenia VAS v SR do roku 2030.

1. Súčasný stav a výzvy

VAS v zmysle platnej legislatívy poskytuje:

- **lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo**, ktorý poskytuje VAS pre dospelých (ďalej len „všeobecný lekár“),
- **lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore pediatria**, ktorý poskytuje VAS pre deti a dorast (ďalej len „primárny pediater“).

VAS je základom každého efektívne fungujúceho systému zdravotnej starostlivosti. Súčasný stav VAS v SR možno zhrnúť do súboru problémov, ktoré sú zároveň výzvami na implementáciu stabilizačných opatrení na zastavenie negatívneho trendu vo vývoji dostupnosti. Medzi základné vlastnosti tohto segmentu patrí najmä:

- nízky počet všeobecných lekárov a primárnych pediatrov,
- vysoký priemerný vek lekárov,
- absencia motivačných nástrojov na generačnú obmenu lekárov,
- nízka atraktivita povolania všeobecného lekára,
- nízke percento absolventov lekárskeho fakúlt, ktorí si vyberajú špecializačný odbor všeobecné lekárstvo v porovnaní s európskym priemerom,
- nevyužitý potenciál sestry/praktickej sestry - asistenta vo všeobecnej ambulancii,
- nedostatočné prepojenie systému vzdelávania na potrebu nových lekárov v sieti,
- nízky kompetenčný status lekárov v porovnaní s európskym štandardom,
- nedostatočná úroveň plnenia funkcie gatekeepera v systéme,
- riziko udržateľnosti súčasného modelu organizácie práce – ambulancia s jedným lekárom a jednou sestrou/praktickou sestrou - asistentom a podpora transformácie na združené praxe,
- absencia riadenej regionálnej distribúcie nových lekárov do najviac ohrozených oblastí,
- nízke výdavky v porovnaní s krajinami so silnou VAS,
- kapitácia ako ťažisková zložka úhrady (60 až 70% z celkovej úhrady všeobecných ambulancií),
- potenciál na zníženie administratívnej záťaže.

S dôrazom na vyššie uvedené problémy bola reforma VAS rozdelená do už spomínaných troch častí:

I. fáza - Nová verejná minimálna sieť

Spôsob definovania minimálnej siete poskytovateľov VAS vychádza z vopred určených parametrov a identifikuje problém nedostatku všeobecných lekárov a primárnych pediatrov na úroveň okresu. MZ SR od roku 2022 každoročne vyhodnocuje stav siete a klasifikuje okresy podľa stupňa ohrozenia dostupnosti VAS podľa nových pravidiel prijatých koncom roku 2021. Na najviac nedostatkové okresy

alokuje nenávratný finančný príspevok na vytvorenie ambulancie, o ktorý môžu požiadať všeobecní lekári alebo primárni pediatri alebo už existujúci poskytovatelia VAS. Prvá časť reformy bola v roku 2022 úspešne implementovaná. Na obdobie roku 2022 MZ SR vydalo novú sieť, klasifikáciu okresov a prepojilo nedostatkové okresy s výzvou na podávanie žiadostí o nenávratný finančný príspevok z prostriedkov mechanizmu Plánu obnovy a odolnosti SR.

II. fáza - Posilnenie kompetenčného statusu všeobecného lekára a primárneho pediatra, revízia úhradového mechanizmu

Jedným zo základných cieľov reformy VAS je rozšírenie kompetencií všeobecných lekárov a primárnych pediatrov, posilnenie roly sestry so samostatnými kompetenciami, finančná podpora nových spôsobov organizácie práce a posilnenie výkonovej zložky úhrad pre poskytovateľov VAS. Strategickým rámcom reformy je dokument „Stratégia všeobecnej ambulantnej starostlivosti do roku 2030“ s následným harmonogramom implementovania navrhovaných opatrení a iniciatív.

III. fáza - Zníženie administratívnej záťaže

Prvým krokom tretej fázy reformy VAS je audit byrokratickej záťaže s cieľom zmapovať súčasnú administratívnu záťaž poskytovateľov VAS. Druhým krokom spolu so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a externých subjektov je pripraviť návrhy riešení na zníženie administratívnej záťaže zdravotníckych pracovníkov, čím sa získa viac času pre pacienta v ambulanciách. Návrhy riešení budú rozdelené jednak z pohľadu náročnosti riešenia, ako aj z pohľadu subjektu vo vzťahu, pre ktorého sa daná administratívna činnosť vykonáva.

1.1 Súčasný stav v číslach

Verejná sieť poskytovateľov VAS a jej demografická štruktúra

Verejnú sieť poskytovateľov VAS tvoria v SR verejne dostupní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, teda poskytovatelia, ktorí majú uzatvorený zmluvný vzťah s najmenej jednou zdravotnou poisťovňou.

Tabuľka 1: Základné údaje o verejnej sieti poskytovateľov VAS

Verejná sieť k 1.1.2022	Všeobecné lekárstvo	Primárna pediatria
počet poskytovateľov	1 911	979
počet lekárov	2 404	1 216
počet lekárskeho miest	2 071	993

Zdroj: Výsledky vyhodnotenia stavu verejnej minimálnej siete poskytovateľov VAS, 2022.

Priemerný vek všeobecných lekárov vo verejnej sieti poskytovateľov VAS v roku 2022 bol 57 rokov a v prípade primárnych pediatrov 59 rokov. V prípade všeobecného lekárstva 41% zo všetkých lekárskeho miest tvoria úväzky v dôchodkovom veku (vo veku 63 a viac rokov), v prípade primárnej pediatrie je to 48%.

Tabuľka 2: Demografická štruktúra všeobecných lekárov - fyzické osoby (2022)

kraj/ vek	< 35 rokov	35 - 44	45 - 54	55 - 64	65 - 74	75 +	Spolu
Banskobystrický kraj	11	48	60	56	111	5	291
Bratislavský kraj	15	58	127	68	113	8	389
Košický kraj	35	55	90	75	105	6	366
Nitriansky kraj	12	31	83	60	92	8	286
Prešovský kraj	24	51	77	67	115	7	341
Trenčiansky kraj	7	28	51	60	84	4	234
Trnavský kraj	7	30	65	65	64	5	236
Žilinský kraj	17	44	73	65	89	7	295
Spolu*	111	306	585	486	742	174	2 404

Tabuľka 3: Demografická štruktúra primárnych pediatrov - fyzické osoby (2022)

kraj/ vek	< 35 rokov	35 - 44	45 - 54	55 - 64	65 - 74	75 +	Spolu
Banskobystrický kraj	4	14	24	34	48	2	126
Bratislavský kraj	11	22	39	32	60	7	171
Košický kraj	6	18	33	56	79	8	200
Nitriansky kraj	2	18	21	41	56	7	145
Prešovský kraj	7	38	51	41	59	9	205
Trenčiansky kraj	0	10	18	41	43	7	119
Trnavský kraj	5	11	11	31	51	6	115
Žilinský kraj	3	25	20	42	49	4	143
Spolu*	34	150	208	298	428	98	1 216

*Lekári ordinujúci vo viac ako jednom kraji sú započítaní iba raz. Počet lekárov v jednej vekovej kategórii sa preto nerovná súčtu lekárov za jednotlivé kraje v rovnakej vekovej skupine. Zdroj: Výsledky vyhodnotenia stavu verejnej minimálnej siete poskytovateľov VAS, 2022.

Špecializačné štúdium

Špecializačná príprava na výkon zdravotníckeho povolania lekár v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo alebo pediatria sa absolvuje špecializačným štúdiom (ďalej len „ŠŠ“). Rezidentské štúdium (ďalej len „RŠ“) je formou ŠŠ s rozdielnym financovaním. Hoci má RŠ identický obsah a rozsah odbornej prípravy ako ŠŠ, RŠ ponúka potenciálnym uchádzačom viaceré výhody. Tými sú najmä pokrytie nákladov súvisiacich so vzdelávaním, konkrétne platu rezidenta a odmien pre školiteľov, či administratívne náklady vzdelávacej inštitúcie, garantovaná doba špecializačnej prípravy, či možnosť prerušenia štúdia. Absolvent RŠ má výmenou za to záväzok päť rokov vykonávať prax všeobecného lekára alebo primárneho pediatra v samosprávnom kraji, ktorý označil v žiadosti o zaradenie do programu.

Z celkového počtu absolventov špecializačného odboru všeobecné lekárstvo v období 2015 až 2020 absolvovalo prípravu v rámci RŠ 41% absolventov, zatiaľ čo v prípade špecializačného odboru pediatria to bolo iba 18% absolventov. V prípade pediatrie stále väčšina absolventov uprednostňuje ŠŠ pred RŠ.

Tabuľka 4: Prehľad o počte absolventov

Rok	Rezidentské štúdium (RŠ)			Špecializačné štúdium (ŠŠ)			Počet absolventov lekárskejších fakúlt v SR
	Počet absolventov (VLD)	Počet absolventov (VLDD)	Počet absolventov (spolu)	Počet absolventov (VLD)	Počet absolventov (VLDD)	Počet absolventov (spolu)	
2015	0	1	1	39	23	62	663
2016	10	1	11	29	21	50	640
2017	43	5	48	17	21	38	654
2018	48	12	60	62	53	115	637
2019	32	8	40	46	31	77	584
2020	37	14	51	47	42	89	610

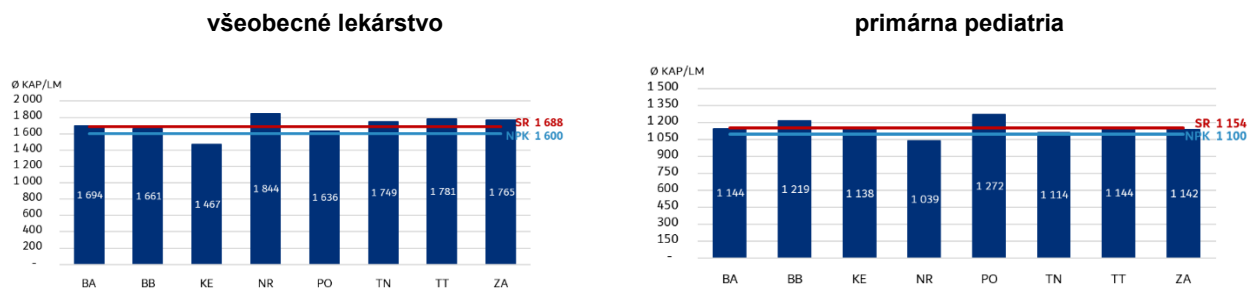
Zdroj: Centrum vedecko-technických informácií SR; MZ SR (vstupy od SZU, UPJŠ, JLF UK).

* Údaj o počte absolventov lekárskejších fakúlt zahŕňa iba študentov so slovenským občianstvom, bez zahraničných študentov.

Veľkosť kapitačných kmeňov

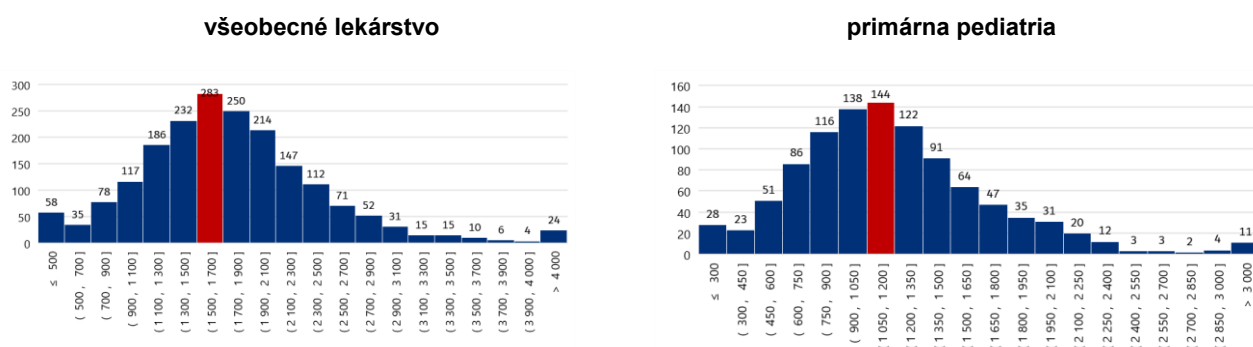
VAS je poskytovaná na základe dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi poisťovnícou a poskytovateľom. Priemerný počet kapitovaných poisťovnícov u všeobecného lekára s úväzkom 1,00 lekárskeho miesta bol v SR na úrovni 1 688 poisťovnícov. V prípade primárnej pediatrie to bolo na úrovni 1 154 kapitovaných poisťovnícov. S ohľadom na prehĺbujúci sa nedostatok všeobecných lekárov a primárnych pediatrov je možné predpokladať, že bude rásť tlak na veľkosť kapitačných kmeňov v budúcnosti.

Graf 1: Priemerný počet kapítovaných poistencov na 1 LM v krajoch



* NPK = normatívny počet kapítovaných poistencov (§ 1 ods. 6 Nariadenia vlády č. 11/2022 Z.z.) Zdroj: Interné analýzy MZ SR na základe údajov z vyhodnotenia stavu verejnej minimálnej siete poskytovateľov VAS, 2020.

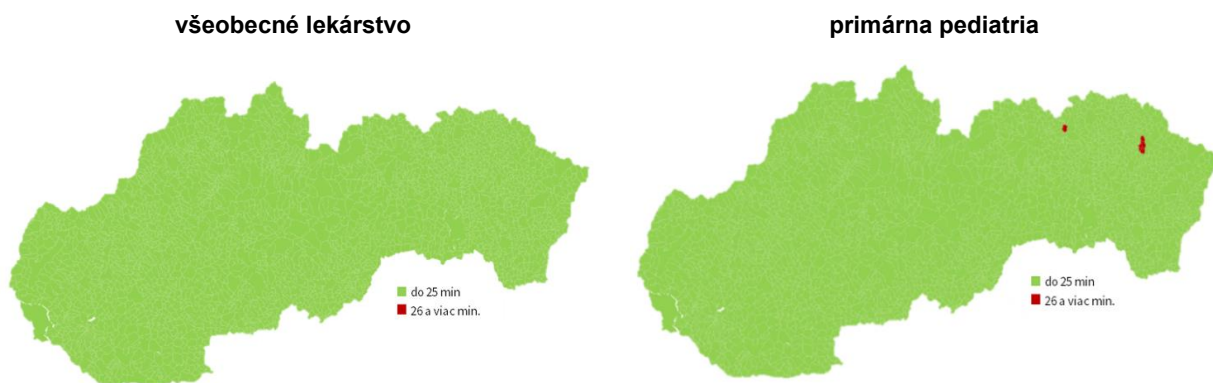
Graf 2: Histogram rozdelenia poskytovateľov podľa priemerného počtu kapítovaných poistencov na 1 LM



Zdroj: Interné analýzy MZ SR na základe údajov z vyhodnotenia stavu verejnej minimálnej siete poskytovateľov VAS, 2020.

Miestna dostupnosť

Parameter miestnej dostupnosti je splnený, ak čas dojazdu osobným motorovým vozidlom z každej obce do najbližšej obce s miestom poskytovania príslušnej zdravotnej starostlivosti nepresiahne určený maximálny čas dojazdu 25 minút. Z celkového počtu 5 165 253 poistencov¹ s trvalým pobytom na území SR nemalo k 1.1.2022 zabezpečenú miestnu dostupnosť 100 poistencov spadajúcich do starostlivosti primárneho pediatra a to v piatich obciach vo východnej časti SR.



Zdroj: Výsledky vyhodnotenia stavu verejnej minimálnej siete poskytovateľov VAS, 2022

¹ podľa § 3 ods. 1 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Stav verejnej minimálnej siete poskytovateľov VAS

Podľa vyhodnotenia stavu verejnej minimálnej siete poskytovateľov VAS k 1.1.2022 v SR chýba 400 všeobecných lekárov a 223 primárnych pediaterov.

Tabuľka 5 Naplnenie verejnej minimálnej siete poskytovateľov VAS, 2022

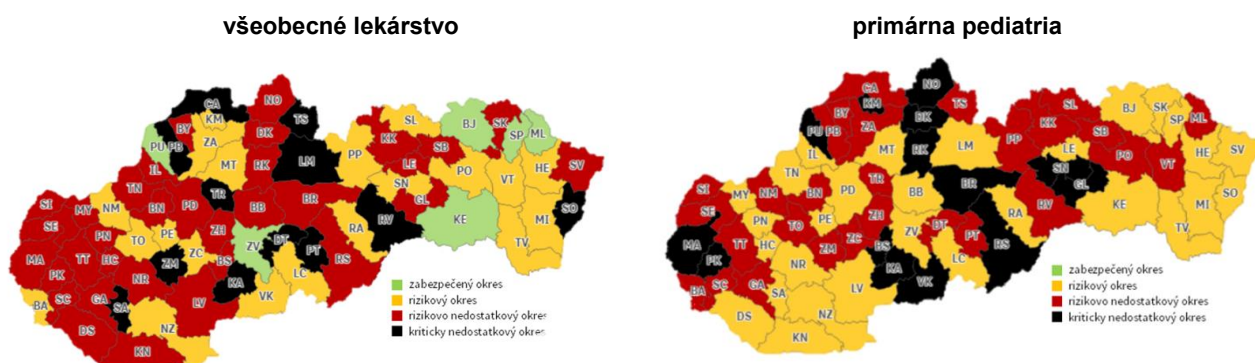
všeobecné lekárstvo				primárna pediatria			
Kraj	Potrebná kapacita vo VMS -VLD (počet LM)	Verejná sieť (počet LM)	Počet chýbajúcich lekárskejších miest*	Kraj	Potrebná kapacita vo VMS - VLDD (počet LM)	Verejná sieť (počet LM)	Počet chýbajúcich lekárskejších miest*
Banskobystrický	285,9	239,2	47	Banskobystrický	126,7	101,8	30
Bratislavský	363,6	304,5	59	Bratislavský	180,6	127,5	53
Košický	325,5	319,8	20	Košický	186,1	166,7	22
Nitriansky	319,2	248,4	70	Nitriansky	128,8	122,3	10
Prešovský	325,1	292,0	37	Prešovský	198,8	159,4	44
Trenčiansky	270,6	214,8	55	Trenčiansky	109,6	100,5	13
Tmavský	260,5	198,1	61	Tmavský	117,4	95,0	23
Žilinský	302,8	254,1	51	Žilinský	146,6	119,6	28
Slovenská republika	2453,2	2070,93	400	Slovenská republika	1194,6	992,84	223

Zdroj: Výsledky vyhodnotenia stavu verejnej minimálnej siete poskytovateľov VAS, 2022

Klasifikácia okresov

Klasifikácia okresov je od roku 2022 novým nástrojom na určenie stupňa ohrozenia dostupnosti VAS v jednotlivých okresoch v SR. Okresy sú na základe troch parametrov a metodiky klasifikované do jedného zo štyroch stupňov ohrozenia.

Mapy klasifikácie okresov



Zdroj: Výsledky vyhodnotenia stavu verejnej minimálnej siete poskytovateľov VAS, 2022

Celkové výdavky na VAS

Tabuľka 6: Celkové výdavky na VAS (2015 – 2021)

Rok	všeobecné lekárstvo	primárna pediatria	Ročné výdavky na VAS	Medziročná zmena v %
2015	121 123 965 €	72 426 636 €	193 550 601 €	-
2016	139 342 689 €	80 540 553 €	219 883 242 €	14%
2017	135 359 365 €	80 738 542 €	216 097 907 €	-2%
2018	147 822 045 €	86 979 262 €	234 801 307 €	9%
2019	172 918 868 €	97 625 968 €	270 544 836 €	15%
2020	195 126 494 €	109 951 065 €	305 077 558 €	13%
2021	233 799 306 €	126 470 549 €	360 269 855 €	18%

Zdroj: údaje zdravotných poisťovní

1. 2. Očakávané výzvy

Efektívna alokácia a potreba zdrojov

Tlak na efektívnu alokáciu finančných prostriedkov v zdravotníctve bude narastať bez ohľadu na rast ekonomiky. Tvrdenia II. revízie výdavkov na zdravotníctvo, ktorú pripravil v roku 2019 Útvar hodnoty za peniaze Ministerstva financií SR ukazujú, že VAS, dlhodobá starostlivosť, prevencia a podpora duševného zdravia sú v SR podfinancované².

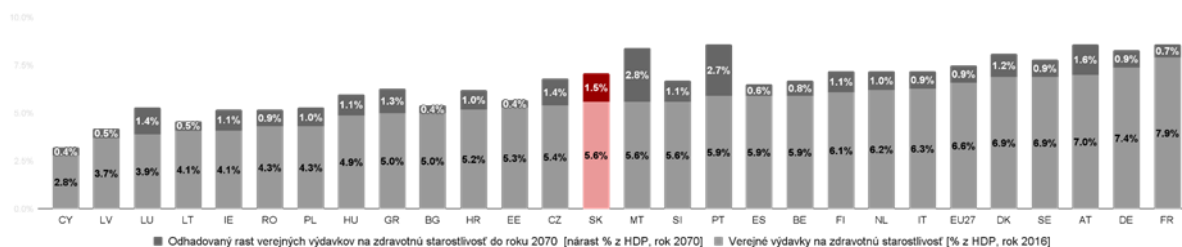
Práve investície do prevencie ochorení a VAS znižujú budúcu záťaž na zdravotný aj sociálny systém. Podľa vzoru západných krajín môžu byť vysoko návratné. Verejné zdravie je výsledok, stav resp. úroveň zdravia obyvateľstva. Verejné zdravie nie je systém, ktorý financujeme, ale výsledok. Systém verejného zdravotníctva je systém zameraný ochranu a podporu verejného zdravia a primárnu prevenciu ochorení.

Hospodársky pokles či spomalenie tempa rastu vyvolané pandémiou alebo inými globálnymi činiteľmi častokrát vytvára príležitosti v systémoch zdravotnej starostlivosti na implementáciu bolestivých opatrení ako je zvýšenie efektivity poskytovateľov zdravotnej starostlivosti či zvýšenie zdanenia tabaku, alkoholu alebo nezdravých potravín. Zároveň však tieto situácie vyvolávajú negatívny postoj verejnosti v dôsledku obavy o zníženie dostupnosti zdravotnej starostlivosti.

Starnutie populácie

Starnutie populácie v SR je jedným z najrýchlejších v celej Európe. Podľa štúdie Európskej komisie starnutie populácie vyvolá potrebu dodatočných verejných zdrojov do zdravotnej starostlivosti až vo výške 1,5 % HDP ročne do roku 2070, čo predstavuje viac ako 1,5 miliardy EUR v súčasných cenách. Pre SR je projektovaný štvrtý najrýchlejší rast verejných výdavkov na zdravotnú starostlivosť do roku 2070 z dôvodu starnutia populácie z celej EÚ.

Graf 3: Odhadovaný rast verejných výdavkov na zdravotnú starostlivosť do roku 2070 (nárast z % HDP, rok 2070)³



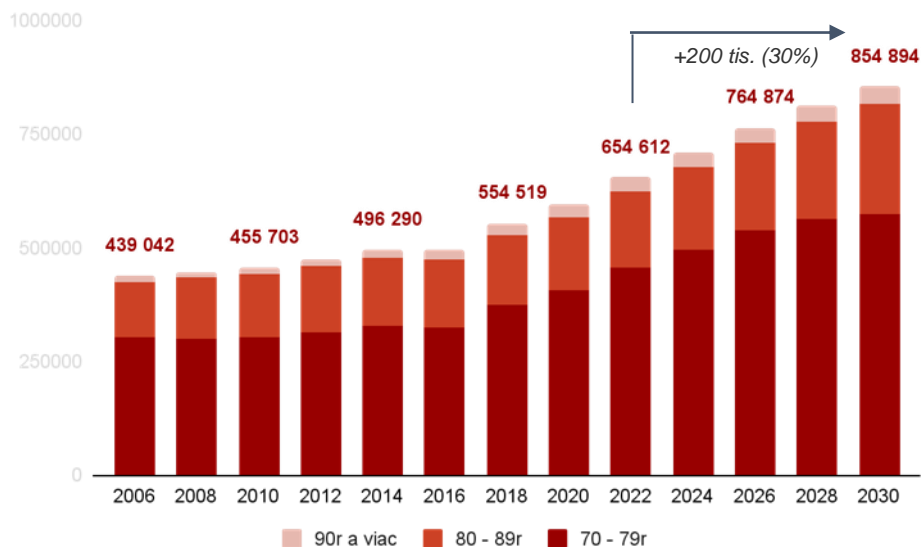
Demografia a multimorbidita

V SR od roku 2018 akceleruje rast staršej populácie (70+), ktorý bude pokračovať v najbližších dekádach. Starnutie populácie nie je výnimočným javom iba v SR. Je ho možné pozorovať naprieč celou Európou. Starnutie, okrem dopadu na fiškálnu udržateľnosť systému, kedy sa na výdavkoch bude podieľať čím ďalej menší podiel ekonomicky aktívneho obyvateľstva, má vplyv aj na dopyt po zdravotnej starostlivosti.

² <https://www.mfsr.sk/files/archiv/31/priloha8.pdf>

³ Graf zobrazuje iba verejné výdavky na zdravotnú starostlivosť, dáta neobsahujú výdavky z iných zdrojov financovania (priame platby, dobrovoľné pripistenie a iné); Zdroj údajov: Európska komisia, The 2018 Ageing Report, Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2016-2070), https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/economy-finance/ip079_en.pdf.

Graf 4: Prognóza podielu obyvateľov nad 70 rokov v SR

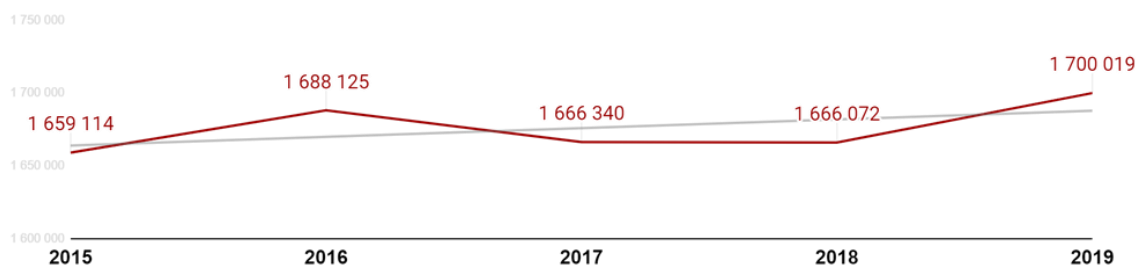


Zdroj: Michal Páleník a kol: Vplyv starnutia na zdravotnícky systém Slovenska – Prognóza dopytu a ponuky do roku 2030. ISBN: 978-80-223-5149-2;

Dopad starnutia na zmenu dopytu po zdravotnej starostlivosti však netreba preceňovať. Tak ako budú ľudia starnúť, budú aj dosahovať vyšší vek v dobrom zdraví. Jednoduchá extrapolácia tak neponúka odpoveď na to, koľko a akej zdravotnej starostlivosti budeme v budúcnosti potrebovať.

Medzi dôležitejšie výzvy na strane dopytu patrí zmena epidemiológie, ako je rastúca prevalencia neprenosných chorôb a nepriame vplyvy starnutia, akými je zvyšovanie komplexity zdravotnej starostlivosti vyplývajúce z multimorbidity liečených pacientov. Nárast podielu multimorbídnych pacientov v SR reflektujú aj krátkodobé údaje, z ktorých možno pozorovať nárast v roku 2019 na viac ako 1,7 milióna⁴.

Graf 5: Vývoj počtu multimorbídnych pacientov v SR (2015 – 2019)



Zdroj: Interné dáta MZ SR o poskytnutej zdravotnej starostlivosti za rok 2019

Zdravotnú starostlivosť, ktorá bola tradične určená na zvládnutie akútnych epizód jedného alebo dvoch chorôb je potrebné zmeniť. S cieľom zabezpečiť dlhšie dožitie v zdraví sa popri zmenách v samotnej liečbe musí posilniť aj úloha primárnej a najmä sekundárnej prevencie ochorení zo strany všeobecného lekárstva.

Zo strany určitých skupín pacientov zároveň prichádza k čoraz vyššiemu angažovaniu sa pri rozhodovaní o vlastnom zdraví, čo vedie k zvýšeným nárokom na prijateľnosť poskytovaných služieb prvého kontaktu.

⁴ Podľa definície multimorbidity zo štúdie: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-14-70> kalkulované ako pacienti s 3 a viac chronickými chorobami súčasne.

Ohrozenie dostupnosti

Bez riadenej implementácie nových opatrení hrozí výrazné zníženie dostupnosti VAS v SR. Nedostatok lekárov je nový "normál" v celej Európe. Pokles počtu všeobecných lekárov je celoeurópsky problém, kde v rozmedzí rokov 2000 – 2017 klesol podiel všeobecných lekárov z celkového počtu lekárov vo väčšine krajín OECD⁵. Viaceré krajiny v súčasnosti hľadajú vhodnú kombináciu intervencií na zvrátenie a stabilizáciu tejto situácie. Takmer každá krajina pristupuje k rozširovaniu kompetencií pre zdravotníckych pracovníkov poskytujúcich ošetrovateľskú starostlivosť v snahe reagovať na zvýšený dopyt po VAS. Krajiny, ktoré čerpajú z pozitívnej migrácie zdravotníckych pracovníkov alebo disponujú dostatočným počtom zdravotníckych pracovníkov, môžu zvýšený dopyt pokryť čiastočným presunom kompetencií spolu s akceleráciou adopcie nových technológií do všeobecného lekárstva. SR je však krajinou s negatívnou bilanciou migrácie zdravotníckych pracovníkov a zároveň nemá vybudovanú dostatočne robustnú základňu zdravotníckych pracovníkov, ktorí by mohli prevziať časť zvýšeného dopytu po VAS.

Doterajší vývoj v SR ukazuje, že len posilnením príchodu nových všeobecných lekárov a primárnych pediatrov systémom súčasného vzdelávania formou ŠŠ a RŠ nebude postačujúci ani v prípade, ak by ročné prírastky nových lekárov dosahovali priemernú úroveň EÚ. Je nevyhnutné preto hľadať ďalšie možnosti opatrení napríklad:

- vo využití kapacít zdravotníckych pracovníkov a administratívnych pracovníkov (sestry, praktické sestry - asistenti, administratívni pracovníci v zdravotníctve a najmä nové rozdelenie a prenos kompetencií z lekára na sestru a zo sestry/praktickej sestry - asistenta na administratívneho pracovníka),
- vo zvyšovaní produktivity práce (efektívne využívanie existujúcich ľudských zdrojov, telemedicínske riešenia nielen na úrovni vzdialenej komunikácie, ale aj ako nástroj riešenia problémov starnúceho obyvateľstva a nárastu chronických ochorení formou monitoringu na miesto fyzických návštev, spolupráca viacerých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí prevádzkujú ambulancie a zdieľanie vybraných procesov, služieb a prístrojového vybavenia, administratívne odbremenenie a pod.).

Interné predikcie⁶ MZ SR na základe súčasnej produktivity práce ukazujú, že dostupnosť VAS klesne zo súčasnej kapacitnej priepustnosti 85 % na 58 % (rok 2025) v prípade, ak nedôjde k nárastu nových lekárskejších miest a zároveň efektivity súčasných všeobecných ambulancií. Efektivita súčasných ambulancií je však do veľkej miery viazaná na jej personálne vybavenie (počet lekárov, počet sestier, počet ďalšieho personálu).

Dynamika budúceho vývoja bude sprevádzaná výrazným poklesom kapacity a zároveň prognózovaným rastom potreby, kde bez uskutočnenia nových riadených intervencií na zastavenie negatívneho vývoja je pravdepodobný scenár s nasledujúcimi charakteristikami:

Základné charakteristiky budúceho vývoja v prípade „status quo = žiadne intervencie“:

K 7/2020 chýbalo v sieti niečo vyše 400 všeobecných lekárov a primárnych pediatrov pri stanovenom normatívnom počte kapitanovaných poistencov v počte 1 600 poistencov na jedného všeobecného lekára a 1 100 poistencov na jedného primárneho pediatra. K 1/2022 sa ich nedostatok zvýšil na sumu 623 lekárov. V blízkej budúcnosti sa zlomovým rokom javí byť podľa výsledkov rok 2025. Vychádzajúc zo skutočnosti, že 41% všeobecných lekárov a 48% primárnych pediatrov je v dôchodkovom veku, je prirodzené, že do približne piatich rokov bude zo siete odchádzať veľká skupina lekárov či už z dôvodu vlastného rozhodnutia o ukončení lekárskej praxe alebo z dôvodu prirodzenej miery úmrtnosti. Vek 68 rokov je priemerným vekom všeobecných lekárov a primárnych pediatrov, v ktorom dochádza najčastejšiemu ukončeniu zmluvného vzťahu so zdravotnou poisťovňou. S vysokou pravdepodobnosťou v priebehu nasledujúcich 5 rokov odíde zo siete z dôvodu veku takmer 600 všeobecných lekárov a 350 primárnych pediatrov. Podľa výsledkov v najbližšom období bude ročne odchádzať zo siete viac ako 100 lekárov, v zlomovom roku 2025 v prípade všeobecných lekárov sa úbytok odhaduje na 200 lekárov. Po tomto roku sa javí ako veľmi pravdepodobné, že väčšina okresov začne mať významný problém so zabezpečením dostatočnej kapacity s možným ohrozením dostupnosti zdravotnej starostlivosti v porovnaní so súčasným stavom. Kapacitná priepustnosť (ďalej len „KPC“) vo väčšine okresov klesne pod minimálnu cieľovú hodnotu 75% KPC. Bude to následkom poklesu kapacity ako v roku 2025, tak aj na konci obdobia predikcie (rok 2037) o 36% (všeobecné lekárstvo), v prípade primárnej pediatrie o 60%. Pre lepšiu ilustráciu ide o pokles z 2 156 všeobecných lekárov pre dospelých (2020) na 1 372 v roku 2037 a z 1 056 primárnych pediatrov (2020) na 434 primárnych pediatrov v roku 2037. Pri týchto výsledkoch je zrejme, že

⁵ OECD (2020), Realising the Potential of Primary Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>

⁶ Interný materiál MZ SR, Predikčný model potreby všeobecných lekárov a pediatrov do roku 2037 (2021)

zabezpečenie KPC na úrovni 100% je vysoko nepravdepodobné. Javí sa byť problematické zabezpečenie KPC na úrovni minimálne 75%. Bez potrebných nových intervencií klesne KPC v roku 2037 pod 50% aj vo všeobecnom lekárstve, aj v primárnej pediatrii, čo môže znamenať vážne ohrozenie dostupnosti a zabezpečenia poskytovanej VAS v SR.

Tabuľka 7: Predikcia kapacitnej priepustnosti VAS do roku 2037

Všeobecné lekárstvo

číslo scenára	72020	real 2021	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037
0.	85%		84%	81%	76%	70%	58%	56%	55%	54%	53%	52%	52%	51%	51%	50%	60%	50%	48%
1.	85%		84%	81%	77%	72%	61%	60%	60%	59%	60%	60%	60%	61%	61%	61%	62%	62%	63%
2.	85%		86%	84%	81%	76%	65%	65%	65%	66%	66%	67%	67%	68%	68%	69%	69%	70%	70%
3.	85%		86%	84%	80%	75%	65%	63%	63%	63%	63%	63%	63%	64%	64%	65%	65%	65%	65%
4.	85%		88%	87%	84%	79%	69%	68%	69%	69%	70%	71%	71%	72%	72%	73%	73%	74%	73%
5.	85%		90%	89%	87%	83%	73%	73%	74%	76%	77%	79%	79%	80%	80%	81%	81%	82%	81%

Pediatrica

číslo scenára	72020	real 2021	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037
0.	89%		90%	85%	80%	70%	58%	56%	55%	54%	53%	52%	52%	52%	51%	50%	48%	47%	47%
1.	89%		90%	86%	83%	75%	63%	63%	63%	64%	65%	66%	68%	69%	71%	72%	73%	74%	76%
2.	89%		92%	89%	87%	79%	68%	68%	69%	70%	72%	74%	76%	78%	80%	81%	82%	83%	86%
3.	89%		94%	90%	87%	79%	68%	68%	68%	69%	70%	71%	72%	74%	75%	76%	77%	78%	80%
4.	89%		96%	93%	91%	84%	73%	73%	74%	76%	78%	79%	81%	83%	84%	86%	87%	87%	90%
5.	89%		97%	96%	94%	88%	77%	78%	80%	83%	86%	88%	90%	92%	94%	95%	96%	97%	100%

Scenáre (zjednodušený popis): 0-bez zmeny; 1-zvýšený počet nových lekárov; 2-zvýšený počet nových lekárov+zvýšená produktivita u 50% lekárov; 3-zvýšený počet nových lekárov+rezervy; 4-zvýšený počet nových lekárov+zvýšená produktivita u 50% lekárov+rezervy; 5-zvýšený počet nových lekárov+zvýšená produktivita u 100% lekárov+rezervy

Zdroj: Predikčný model potreby všeobecných lekárov a primárnych pediátrov do roku 2037, MZ SR (2021)

Podľa predikcie kapacít je jedinou možnosťou udržania dostupnosti do budúcnosti posilnenie počtu ošetrovateľského tímu a administratívnych pracovníkov v ambulancii, čo môže znamenať zvýšenie kapacity a produktivity ambulancií oproti optimálnemu normatívu platného v súčasnosti o 25 % (z 1 600 kapitovaných poistencov na 1 lekárske miesto – všeobecný lekár na 2 000, resp. z 1 100 kapitovaných poistencov na 1 lekárske miesto – primárny pediater na 1 485). Tento predpoklad je možné dosiahnuť zamestnaním druhej sestry alebo praktickej sestry - asistenta v ambulancii. Kritickým faktorom bude zachovanie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti a pracovných podmienok zdravotníckych pracovníkov pri zvýšených nárokoch.

Technológie

Technológie budú ďalej prenikať do ambulantného sektora a umožnia poskytovanie širšieho portfólia služieb. Rozvoj informačno-komunikačných technológií priniesol v posledných dekádach do zdravotníctva významné zmeny. Zatiaľ čo zdravotné technológie v oblasti diagnostiky a liečby boli viditeľné najmä v ústavnej zdravotnej starostlivosti, elektronizácia zdravotných záznamov umožnila vo svete väčšiu mieru prepojenia ambulantného sektora so sektorom verejného zdravia.

S pokračujúcou miniaturizáciou zdravotných technológií a ich vyššou cenovou dostupnosťou sa adopcia technológií, ktoré boli kedysi používané výhradne v ústavnej zdravotnej starostlivosti ako je EKG Holter alebo laboratórne testovanie, posúva do ambulantného sektora. V kombinácii s rozvojom prvkov umelej inteligencie ako sú podporované hodnotenie EKG, diagnostika diabetických komplikácií alebo konverzačné platformy, budú možnosti diagnostiky a sledovania pacientov v prostredí VAS ďalej rásť. Je potrebné dbať zároveň na to, že informačné technológie majú vplyv na rast výdavkov. Podľa rôznych štúdií sú práve technológie zodpovedné za 25 - 75% nárast výdavkov v zdravotníctve v posledných desiatkach rokov⁷. Je potrebné, aby pri nasadzovaní nových technológií existovali jasne definované a overené postupy, ktoré budú za investované peniaze prinášať skutočný úžitok do systému.

⁷ Sorenson, C., Drummond, M., & Bhuiyan Khan, B. (2013). Medical technology as a key driver of rising health expenditure: disentangling the relationship. ClinicoEconomics and outcomes research: CEOR, 5, 223–234. <https://doi.org/10.2147/CEOR.S39634>

2. Prioritné oblasti navrhovaných zmien

Medzi prioritné oblasti implementácie stabilizačných a rozvojových opatrení v segmente VAS na obdobie do roku 2030 patria najmä:

- posilnenie kompetencií všeobecných lekárov a primárnych pediatrov,
- posilnenie kompetencií sestier a nové formy spolupráce,
- vzdelávanie a atraktivita povolania,
- dostupnosť VAS,
- zníženie administratívnej záťaže,
- financovanie VAS.

2.1 Posilnenie kompetencií všeobecných lekárov a primárnych pediatrov

Prioritným cieľom na obdobie do roku 2030 je postupne posilňovať kompetenčný status všeobecných lekárov a primárnych pediatrov tak, aby segment VAS bol schopný poskytnúť zdravotnú starostlivosť v maximálne možnom rozsahu. Je potrebné odstrániť bariéry, ktoré v súčasnosti bránia všeobecným lekárom a primárnym pediatrom poskytovať zdravotnú starostlivosť v podobnom rozsahu ako ju vykonávajú lekári v krajinách so silnou VAS. Bariéry v oblasti diagnostiky, liečby ako aj dispenzarizácie pacientov.

Reštrikcie, ktoré sú v súčasnosti aplikované na kompetencie a preskripciu všeobecných lekárov, prezentujú výraznú prekážku pre rozvoj a poskytovanie VAS v čo najvyššej kvalite vo všeobecných ambulanciách. Starostlivosť o stabilných chronických pacientov prebieha často v sekundárnej zdravotnej starostlivosti. Rôzne systémové (indikačné a preskripčné obmedzenia), ale aj subjektívne motivácie dnes spôsobujú, že všeobecní lekári pacienta odporúčajú do špecializovanej ambulatnej starostlivosti, ktorá je ťažko dostupná pre pacientov z dôvodu vysokého počtu návštev v tomto segmente a zároveň nepriaznivej situácie v počte lekárov špecialistov.

V celom procese implementácie nových kompetencií je potrebné vziať do úvahy dva princípy:

- **princíp expanzie kompetencií rozloženej v čase** (s ohľadom na odbremenenie lekárov a nevyhnutný presun vybraných činností z lekárov na sestry a zo sestier/praktických sestier - asistentov na administratívneho pracovníka),
- **princíp dobrovoľnosti** (vzhľadom na demografickú štruktúru lekárov, nie je reálne očakávať zo strany starších lekárov vysokú mieru adoptovania si nových kompetencií).

Posilňovanie kompetencií musí byť okrem úpravy právnych predpisov úzko prepojené s:

- tvorbou štandardných diagnostických a terapeutických postupov (ďalej len „ŠDTP“), ktoré budú jasne definovať role jednotlivých zdravotníckych pracovníkov,
- určením hranice pre zaradenie pacienta do dispenzárnej starostlivosti priamo vo všeobecnej ambulancii (súčasť ŠDTP),
- zmenami vo vzdelávaní (každá nová kompetencia musí mať oporu vo vzdelávacom systéme, špecializačnom alebo certifikačnom),
- úpravou preskripčných a indikačných obmedzení,
- prepojením na zoznam zdravotných výkonov a úhradu za výkon,
- doplnením materiálno-technického vybavenia ambulancií,
- jasne určenými hranicami rozdelenia zodpovednosti medzi VAS a špecializovanú ambulatnú starostlivosť.

2.1.1 Prehľad nových kompetencií všeobecných lekárov a primárnych pediatrov

Návrhy kompetencií predstavujú želaný stav v roku 2030. Je dôležité, aby tomuto stavu predchádzalo prechodné obdobie, počas ktorého budú mať všeobecní lekári a primárni pediatri čas na doplnenie vzdelania v požadovaných prípadoch, ako aj vybavenie ambulancie potrebnými prístrojmi. Prenos kompetencií však nie je možné vnímať ako riešenie nedostatku špecializovaných ambulancií.

Tabuľka 8: Prehľad nových kompetencií – primárna pediatria

Názov choroby vo väzbe na kompetenciu	Potreba zmien všeobecne záväzných a iných predpisov MZ SR	Zmeny vo výkonoch, preskripčných (PO) a indikačných obmedzeniach (IO)	Rozšírenie/doplnenie vzdelania**
Celkový manažment alergického pacienta a pacienta s atopiou (vrátane vyšetrenia špecifických alergénov kožnými testami)	ŠDTP: potrebné pripraviť Odborné usmernenie: potrebné pripraviť	Je možné vykonávať iba základné laboratórne vyšetrenie a terapeutické intervencie na úrovni niektorých antihistamínových liečiv. Potrebná zmena IO na diagnostiku: základné kožné testy na alergiu, bazálne vyšetrenie špecifických alergénov. Potrebná zmena PO na celkovú a lokálnu liečbu.	áno
Manažment novorodeneckej žltacky	ŠDTP: potrebné pripraviť Odborné usmernenie: potrebné pripraviť	Nie je možné vykonávať v súčasnosti. Potrebná zmena IO: transkutánne vyšetrenie bilirubínu (transkutánna bilirubinometria) a fototerapia. Potrebná zmena PO.	áno
Manažment konjunktivitídy (nad rámec fyzikálnej a infekčnej)	Nie je potrebné	Nie je možné vykonávať v súčasnosti, len indikovať. Potrebná zmena PO: infekčné a neinfekčné konjunktivitídy.	
Manažment zápalu stredného a vonkajšieho ucha	Nie je potrebné	Je možné vykonávať iba čiastočné terapeutické intervencie, vo výkonoch preventívnej prehliadky nie je zaradený výkon otoskopie. Potrebná zmena IO na diagnostiku: otoskopia. Potrebná zmena PO: infekčné a neinfekčné ochorenia ucha.	áno
Manažment obstipácie vrátane štruktúrovanej behaviorálnej intervencie	ŠDTP: potrebné pripraviť (nie ale nevyhnutné)	Je možné vykonávať, nie je však zohľadnená náročnosť zdravotnej starostlivosti.	
Manažment obezity	ŠDTP: potrebné pripraviť	Je možné vykonávať, potrebné zjednotiť podmienky úhrady výkonu (v súčasnosti hradia len 2 zdravotné poisťovne).	
Manažment intermitentnej a ľahkej perzistujúcej astmy, CHOCHP a hyperreaktivity dýchacích ciest	ŠDTP: potrebné pripraviť Odborné usmernenie: potrebné pripraviť	Nie je možné vykonávať v súčasnosti, len indikovať. Potrebná zmena IO na diagnostiku: spirometrické vyšetrenie, bronchodilatačný test, PEF, NIOX a pod. Potrebná zmena PO.	áno
Manažment kožných ochorení - moluská, veruky, akné vulgaris, hyperpigmentové znamienka, fyzikálna terapia	ŠDTP: potrebné pripraviť Odborné usmernenie: potrebné pripraviť	Nie je možné vykonávať diagnostické (dermatoskopia) a terapeutické (napr. kryoterapia) intervencie. Potrebná zmena IO: zaradiť medzi výkony hradené nad rámec kapitácie. Potrebná zmena PO.	áno
Manažment prenatálnych a vysoko-rizikových novorodencov a dojčiat	Nie je potrebné	Je možné vykonávať, nie je zohľadnená náročnosť zdravotnej starostlivosti (s výnimkou 1 zdravotnej poisťovne).	

* Vyhláška MZ SR č. 127/2014 Z. z., ktorou sa ustanovuje zoznam chorôb, pri ktorých sa poskytuje poisťencovi verejného zdravotného poistenia dispenzarizácia, frekvencia vyšetrení a poskytovatelia zdravotnej starostlivosti vykonávajúci dispenzarizáciu.

** formou ďalšieho vzdelávania.

Tabuľka 9: (2. časť Tabuľky 8: Prehľad nových kompetencií – primárna pediatria)

Nové / aktualizované výkony	Potreba zmien všeobecne záväzných a iných predpisov MZ SR	Zmeny vo výkonoch, preskripčných (PO) a indikačných obmedzeniach (IO)	Rozšírenie/ doplnenie vzdelania**
Otoskopia	Nie je potrebné	Je možné vykonávať, ale výkon nie je hrazený nad rámec kapitácie (hradí len 1 zdravotná poisťovňa). Potrebná zmena IO na diagnostiku: otoskopia. Potrebné zaradiť medzi výkony hrazené nad rámec kapitácie.	áno
Transkutánná bilirubimetria	ŠDTP: potrebné pripraviť Odborné usmernenie: potrebné pripraviť	Nie je možné vykonávať v súčasnosti. Potrebná zmena IO. Potrebné zaradiť medzi výkony hrazené nad rámec kapitácie.	
Fototerapia novorodeneckej žltacky	ŠDTP: potrebné pripraviť Odborné usmernenie: potrebné pripraviť	Nie je možné vykonávať v súčasnosti. Potrebná zmena IO. Potrebné zaradiť medzi výkony hrazené nad rámec kapitácie.	áno
USG brušných orgánov	Nie je potrebné	Nie je možné vykonávať v súčasnosti, len indikovať. Potrebná zmena IO. Potrebné zaradiť medzi výkony hrazené nad rámec kapitácie.	áno
USG bedrových kĺbov (v rámci povinnej prehliadky v 4. týždni)	Nie je potrebné	Nie je možné vykonávať v súčasnosti, len indikovať. Potrebná zmena IO. Potrebné zaradiť medzi výkony hrazené nad rámec kapitácie.	áno
USG lymfatických uzlín	Nie je potrebné	Nie je možné vykonávať v súčasnosti, len indikovať. Potrebná zmena IO. Potrebné zaradiť medzi výkony hrazené nad rámec kapitácie.	áno
USG štítnej žľazy	Nie je potrebné	Nie je možné vykonávať v súčasnosti, len indikovať. Potrebná zmena IO. Potrebné zaradiť medzi výkony hrazené nad rámec kapitácie.	áno
USG podkožných tkanív	Nie je potrebné	Nie je možné vykonávať v súčasnosti, len indikovať. Potrebná zmena IO. Potrebné zaradiť medzi výkony hrazené nad rámec kapitácie.	áno
USG obličiek - skrining dilatácie močových ciest	Nie je potrebné	Nie je možné vykonávať v súčasnosti, len indikovať. Potrebná zmena IO: gatekeeping pre nefrológov. Potrebné zaradiť medzi výkony hrazené nad rámec kapitácie.	áno
EKG	Nie je potrebné	Je možné vykonávať. Potrebná zmena IO. Potrebné zaradiť medzi výkony hrazené nad rámec kapitácie.	
Ergometria	Nie je potrebné	Nie je možné vykonávať v súčasnosti, len indikovať. Potrebná zmena IO. Potrebné zaradiť medzi výkony hrazené nad rámec kapitácie.	áno

Tabuľka 10: (3. časť Tabuľky 8: Prehľad nových kompetencií – primárna pediatria)

Nové / aktualizované výkony	Potreba zmien všeobecne záväzných a iných predpisov MZ SR	Zmeny vo výkonoch, preskripčných (PO) a indikačných obmedzeniach (IO)	Rozšírenie/ doplnenie vzdelania**
POCT vyšetrenie krvného obrazu	Nie je potrebné	Je možné vykonávať, ale výkon nie je hrazený nad rámec kapitácie (len u Union ZP) Potrebná zmena IO.	
POCT glykémia a lipidogram	Nie je potrebné	Výkon je hrazený len ako súčasť preventívnej prehliadky, nie pri diagnostických indikáciách. Potrebná zmena IO. Potrebné zaradiť medzi výkony hrazené nad rámec kapitácie.	
Ošetrovanie drobných rán (sutury, extrakcia stehov a pod.)	Nie je potrebné	Nie je možné vykonávať v súčasnosti. Potrebná zmena IO. Potrebné zaradiť medzi výkony hrazené nad rámec kapitácie.	áno
Inhalačná liečba (adrenalinom) laryngitídy	Nie je potrebné	Nie je možné vykonávať v súčasnosti. Potrebná zmena IO. Potrebné zaradiť medzi výkony hrazené nad rámec kapitácie.	
Infúzna liečba pri dehydratácii, intolerancií p.o. príjmu	Nie je potrebné	Nie je možné vykonávať v súčasnosti. Potrebná zmena IO. Potrebné zaradiť medzi výkony hrazené nad rámec kapitácie.	

Tabuľka 11: Prehľad nových kompetencií – všeobecné lekárstvo

Prioritné kompetencie (úprava existujúcich)

Názov choroby vo väzbe na kompetenciu	Príklad patientskeho profilu	Potreba zmien všeobecne záväzných a iných predpisov MZ SR	Zmeny vo výkonoch, preskripčných (PO) a indikačných obmedzeniach (IO)	Rozšírenie/ doplnenie vzdelania**
Manažment arteriálnej hypertenzie	Sledovanie hypertonikov v 1, 2, 3 štádiu s celým spektrom skóre (nízke, stredné, vysoké aj veľmi vysoké). Dnes môžu všetky typy iba so súhlasom pacienta.	ŠDTP: potrebná aktualizácia Odborné usmernenie: existuje Vyhláška*: potrebné doplniť všeobecného lekára do dispenzárnej starostlivosti	Potrebná zmena IO na diagnostiku: vyšetrenie kompletného lipidového spektra, tlakový holter.	
Metabolické poruchy – dyslipidemia		ŠDTP: potrebné vytvoriť Odborné usmernenie: potrebná aktualizácia Vyhláška*: potrebné doplniť všeobecného lekára do dispenzárnej starostlivosti	Potrebná zmena IO na diagnostiku: APO-B (aspoň raz za život pacienta).	áno
Metabolické poruchy - obezita		ŠDTP: potrebná aktualizácia (dnes len BMI) Odborné usmernenie: potrebná aktualizácia Vyhláška*: potrebné doplniť všeobecného lekára do dispenzárnej starostlivosti		
Prediabetes		ŠDTP: nie je potrebná aktualizácia Vyhláška*: potrebné doplniť všeobecného lekára do dispenzárnej starostlivosti	Potrebná zmena IO na diagnostiku: glykovaný hemoglobín v rámci dispenzárneho vyšetrenia.	
Ischemická choroba dolných končatín		ŠDTP: potrebná aktualizácia Vyhláška*: potrebné doplniť všeobecného lekára do dispenzárnej starostlivosti	Potrebná zmena IO na diagnostiku: ABI s pulznou vlnou aj pri ICHDK, s možnosťou konzultácie s kardiológom.	
Rôzne			Potrebná zmena IO na liečbu: podávanie infúznej liečby	
Rôzne			Potrebná zmena IO na výkony: USG výkony	áno

Tabuľka 12: (2. časť Tabuľky 11: Prehľad nových kompetencií – všeobecné lekárstvo)

Prioritné kompetencie (1. Fáza rozširovania)

2. Fáza zmeny kompetencií

Názov choroby vo väzbe na kompetenciu	Príklad patientskeho profilu	Potreba zmien všeobecne záväzných a iných predpisov MZ SR	Zmeny vo výkonoch, preskripčných (PO) a indikačných obmedzeniach (IO)	Rozšírenie/doplnenie vzdelania**
Ischemická choroba srdca	Nezávažné stavy. Závažné stavy v DSS a imobilní pacienti. Fibrilácia predsieni, s možnosťou konzultácie s kardiológom.	ŠDTP: potrebný ŠDTP (zastreší ICHS aj srdcové zlyhávanie) Vyhláška*: potrebné doplniť všeobecného lekára do dispenzárnej starostlivosti	Potrebná zmena IO na diagnostiku. Potrebná zmena PO na antikoagulačnú liečbu (napr. INR, warfarín, NOAKy) Frekvencia vyšetrení v rámci dispenzarizácie: 2x ročne.	
Metabolické poruchy - štítna žľaza (hypotyreóza)		ŠDTP: potrebný ŠDTP Vyhláška*: potrebné doplniť všeobecného lekára do dispenzárnej starostlivosti	Potrebná zmena IO na diagnostiku. Frekvencia vyšetrení v rámci dispenzarizácie: 1x ročne - sonografia štítnej žľazy (rádiológ / všeobecný lekár) 1x ročne - odbery – potrebná zmena IO: protilátky (antiTPO) a fT3 (v súčasnosti iba TSH a fT4)	áno
Srdcové zlyhávanie	Asymptomatickí pacienti v 1. štádiu	ŠDTP: potrebný ŠDTP (viď. vyššie) Vyhláška*: : potrebné doplniť všeobecného lekára do dispenzárnej starostlivosti	Potrebná zmena IO na diagnostiku: TT a NT-proBNP; a EKG. Frekvencia vyšetrení v rámci dispenzarizácie: 2x ročne.	
Stavy po CMP	Pacienti so všetkými úrovňami rizika, s možnosťou konzília ŠAS.	ŠDTP: potrebný ŠDTP Vyhlášku*: : potrebné doplniť všeobecného lekára do dispenzárnej starostlivosti	Potrebné rozšíriť PO: INR (warfarín), NOAKy. Frekvencia vyšetrení v rámci dispenzarizácie: 1 x ročne – poistenec po CMP bez preukázaných stenóz	
Ateroskleróza		ŠDTP: aktualizovať ŠDTP (zastreší art. hypertenziu aj dyslipidémiu) Vyhláška*: : potrebné doplniť všeobecného lekára do dispenzárnej starostlivosti	Potrebná zmena IO na diagnostiku: krvý obraz s trombo, glykémia, urea, hepatálne testy, lipidové testy, 3-glyc, APO-B. Frekvencia vyšetrení v rámci dispenzarizácie: 2x ročne.	
Metabolické poruchy - osteopénia	Muži od 70 rokov, ženy od 60/65 rokov (po menopauze). Na základe patologickej fraktúry stavca alebo krčka stehennej kosti. Pri poruchách metabolizmu vápnika a fosforu.	ŠDTP: potrebný ŠDTP Vyhláška*: : potrebné doplniť všeobecného lekára do dispenzárnej starostlivosti	Potrebná zmena PO a IO v závislosti na rozdelení kompetencie medzi ortopéda/endokrinológa a všeobecného lekára podľa ŠDTP. Frekvencia vyšetrení v rámci dispenzarizácie: 2x ročne - poistenec bez fraktúry 4 x ročne - poistenec s fraktúrou.	
Demencia	Preventívna prehliadka od 50 rokov, prípadne podľa indikácie.	ŠDTP: existuje Vyhláška*: nie je potrebné doplniť	Rozšírenie diagnostických výkonov v rámci preventívnej prehliadky (Tabuľka 13)	
Diabetes	DM2 - bez orgánových komplikácií patrí VAS DM2 - s orgánovými komplikáciami - s možnosťou konzília na základe ŠDTP.	ŠDTP: potrebný ŠDTP Vyhláška*: : potrebné doplniť všeobecného lekára do dispenzárnej starostlivosti	Potrebná zmena PO: per-orálne antidiabetiká v rozsahu kompetencií Frekvencia vyšetrení v rámci dispenzarizácie: 2 x ročne - poistenec liečený diétou a režimovým opatrením 1 x ročne - poistenec s poruchou glukózovej tolerancie a s hraničnou glykémiou	
Bronchiálna astma	Na základe kompetencií bude rozdelená medzi TRN, ALG a všeobecného lekára (podľa stupňa od ŠAS).	ŠDTP: potrebný ŠDTP Vyhláška*: : potrebné doplniť všeobecného lekára do dispenzárnej starostlivosti	Potrebná zmena PO v rozsahu kompetencií podľa ŠDTP Potrebná zmena IO: spirometria, ergometria. Frekvencia vyšetrení v rámci dispenzarizácie: 2x ročne.	áno
CHOCHP	Na základe kompetencií bude rozdelená medzi TRN, ALG a všeobecného lekára (podľa stupňa od ŠAS).	ŠDTP: potrebný ŠDTP Vyhláška*: : potrebné doplniť všeobecného lekára do dispenzárnej starostlivosti	Potrebná zmena PO v rozsahu kompetencií podľa ŠDTP Potrebná zmena IO: spirometria, ergometria. Frekvencia vyšetrení v rámci dispenzarizácie: 2x ročne.	áno
Depresia	Pacient v stabilizačnej fáze alebo ľahká nekomplikovaná depresia v iniciálnej fáze (v úzkom kontakte s psychiatrom / psychológom).	ŠDTP: existuje Vyhláška*: potrebné doplniť všeobecného lekára do dispenzárnej starostlivosti	Potrebná zmena IO na diagnostiku. Potreb zmena PO. Frekvencia vyšetrení v rámci dispenzarizácie: 2x ročne.	

Tabuľka 13: (3. časť Tabuľky 11: Prehľad nových kompetencií – všeobecné lekárstvo)

Výkony, ktoré je potrebné zaradiť do preventívnych prehliadok	Výkony, ktoré z preventívnych prehliadok môžu byť vylúčené
<ul style="list-style-type: none">- členkovo-brachiálny index (ABI) s pulznou vlnou- 12 zvodové EKG, každé 2 roky od 25 rokov- prostatický antigén (z krvi, PSA) nad 50 rokov alebo podľa rodinnej anamnézy- skríning rakoviny hrubého čreva a konečníka (FIT) od 50 rokov- lipidové spektrum (hepatálne testy LDL, GMT, AST, ALT, každé 2 roky po 18. roku života)- denzitometria (ženy od 65 rokov, resp. 5 rokov po menopauze, muži od 70 rokov)- MoCA test na vyšetrenie kognitívnych funkcií (pre pacientov od 50 rokov)	<ul style="list-style-type: none">- sedimentácia

2.1.2 Kľúčové oblasti súvisiace s posilnením kompetencií lekárov

Štandardné diagnostické a terapeutické postupy

Pre vytvorenie a zachovanie čo najvyššej kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti je potrebné, aby boli vytvorené (najneskôr do roku 2030 s možnosťou prehodnotenia ďalšieho prípadného rozšírenia) ŠDTP určené na dispenzarizáciu pacienta vo VAS. Budú pravidelne aktualizované, jednoducho dostupné, prehľadné, budú alokovať zodpovednosť konkrétnemu personálu, budú distribuované v odbornej komunite a ich tvorba bude podliehať jednotnej metodike.

ŠDTP pre VAS by mali byť vytvorené pre nižšie uvedené diagnózy, nasledujúc navrhovanú expanziu kompetencií rozloženú v čase:

- Dispenzárne výkony hypertenzia 1. / 2. s nízkym a stredným stupňom rizika,
- Ischemická choroba srdca,
- Ischemická choroba ciev dolných končatín,
- Stavby po cievnych mozgových príhodách,
- Metabolické poruchy – dyslipidémia,
- Diabetes mellitus typ 2 (doplniť existujúci štandard o detailné rozdelenie úloh),
- Choroby štítnej žľazy (doplniť existujúci štandard o detailné rozdelenie úloh),
- Bronchiálna astma s nízkym stupňom závažnosti,
- Chronická obštrukčná choroba pľúc s nízkym stupňom závažnosti,
- Demencie, organické psychosyndrómy,
- Degeneratívne nezápalové ochorenia pohybového aparátu.

Cieľom má byť štandardizácia výstupov v podobe krátkeho sumáru a rozhodovacieho stromu resp. diagramu. Je preto odporúčané v procese tvorby ŠDTP:

- zvážiť povinnosť oficiálneho pripomienkovacieho konania k návrhu ŠDTP,
- zaviesť pravidelné zisťovanie spätnej väzby na využiteľnosť ŠDTP v praxi,
- zabezpečiť v spolupráci s odbornými spoločnosťami kontinuálne vzdelávanie nových postupov vo frekvencii a forme vhodnej pre lekárov.

Rozširovanie kompetencií si vyžaduje aktívne zapojenie ošetrovateľského tímu. Pri tvorbe ŠDTP je nevyhnutné myslieť aj na sestry, prípadne ďalších zdravotníckych pracovníkov. ŠDTP by mali obsahovať hodnotiace škály, vstupné dotazníky, aplikáciu ošetrovateľských postupov a mapy starostlivosti (príklad), kde je to relevantné. Môže to znížiť záťaž na ďalšie vzdelávanie, ktoré potrebuje čas aj finančné prostriedky, čo môže limitovať rozširovanie kompetencií do praxe u ošetrovateľského tímu.

Uvoľnenie preskripčných obmedzení

V nadväznosti na rozširovanie kompetencií všeobecných lekárov a primárnych pediatrov je potrebné uvoľniť aj vybrané preskripčné obmedzenia, ktoré dnes obmedzujú možnosti efektívnej liečby, prípadne zvyšujú návštevnosť špecializovaných ambulancií. Cieľom je sprístupnenie kvalitnej a bezpečnej farmakoterapie vo VAS, ako je tomu v iných krajinách EÚ.

V súčasnosti všeobecní lekári predpisujú lieky pre prakticky všetky orgánové systémy. V prípade všeobecných lekárov dominuje predpis na kardiovaskulárny systém, v prípade primárnych pediatrov sú to antiinfektíva. Veľká časť predpísaných liekov je však "delegovaná preskripcia," pri ktorej je podmienkou predpisu odporúčanie od lekára inej špecializácie. Z údajov nie je možné rozlíšiť delegovanú a "štandardnú" preskripciu.

Na odbremenenie lekárov v špecializovanej ambulantnej starostlivosti a podporu presunu kompetencií do VAS je nutné umožniť priamu preskripciu všeobecným lekárom. Najväčší možný dopad je pri skupinách liekov pôsobiacich na kardiovaskulárny systém a liekoch na respiračný systém v prípade primárnych pediatrov. V rámci tejto oblasti je potrebné uvažovať o rozšírení možnosti preskripcie

laboratórných vyšetrení, dietetických potravín a zdravotníckych pomôcok pre sestry, aby sa zamedzilo duplicitným návštevám a administratíve v ambulanciách.

Modernizácia materiálo-technického vybavenia

Meniacu sa rolu všeobecných lekárov, ktorí budú poskytovať zdravotnú starostlivosť v nadväznosti na nové kompetencie je potrebné zabezpečiť aj materiálnym vybavením ambulancií. Nové kompetencie si môžu vyžiadať aj dodatočné materiálne zabezpečenie, ktoré dnes vo VAS nie je dostupné. Finančná podpora modernizácie materiálo-technického vybavenia všeobecných ambulancií a vybraných špecializácií s cieľom skvalitnenia poskytovanej zdravotnej starostlivosti vrátane diagnostiky a prevencie je navrhovaná v rámci nového programového obdobia 2021 až 2027.

Úprava materiálo-technického vybavenia je navrhovaná ako dobrovoľné rozšírenie a nie ako povinné minimálne vybavenie, podobne ako je tomu pri adoptovaní nových kompetencií.

V rámci všeobecného lekárstva pri súčasnom povinnom minime ide o doplnenie o:

- 12 zvodový EKG prístroj (*presun do povinného MTZ do roku 2030*),
- Spirometer alebo Peakflow meter, ergometer,
- POCT glykémie, MAU, D-dimer, kardioenzýmy (troponín a NT-proBNP),
- Ultrazvukový prístroj s lineárnou a konvexnou sondou,
- Digitálna telefónna ústredňa,
- Tlakový Holter.

V rámci primárnej pediatrie pri súčasnom povinnom minime ide o doplnenie o:

- 12 zvodový EKG prístroj,
- Spirometer alebo Peakflow meter, ergometer,
- POCT krvného obrazu, lipidogramu a glykémie,
- Ultrazvukový prístroj s lineárnou a konvexnou sondou,
- Digitálna telefónna ústredňa.

Zo súčasného povinného minimálneho vybavenia je návrh na vyradenie negatoskopu.

Vzhľadom na možnú nižšiu frekvenciu nových výkonov (napr. sonografické vyšetrenie) v rámci všeobecných ambulancií nie je ekonomicky efektívne prevádzkovať prístroj v každej ambulancii. Vhodným riešením sa javí umožnenie spolupráce a zdieľania tohto vybavenia medzi viacerými všeobecnými ambulanciami. Pre tento účel je potrebné štandardizovať:

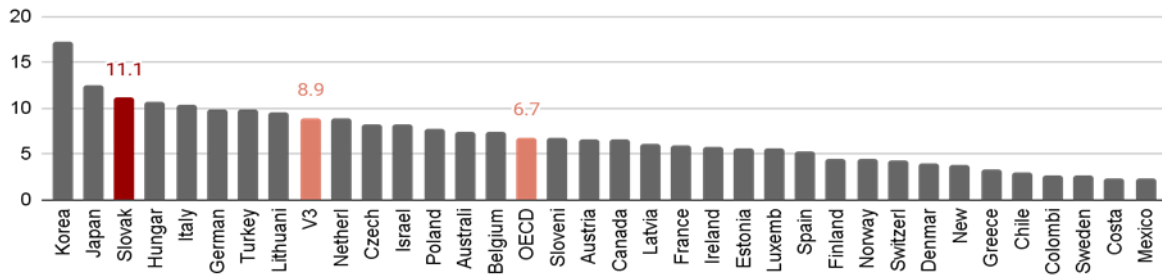
- výkon špecifických (certifikovaných) zdravotných služieb nad rámec kapitácie aj pre nekapitovaných poistencov v rámci geograficky blízkej siete všeobecných lekárov – zdieľaný výkon.

Ide o jeden zo spôsobov motivácie k vyššej miere spolupráce a zároveň potenciál na zvýšenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti aj pre pacientov v menej pokrytých regiónoch bez nutnosti cestovania za lekármi špecialistami. Podmienkou je funkčný a používaný modul eZdravia – zabezpečiť výkon dozoru povinnosti vedenia zdravotnej dokumentácie v národnom zdravotníckom informačnom systéme.

Posilnenie “gatekeeping” funkcie

Počet kontaktov pacienta s ambulantnou starostlivosťou v SR vysoko prevyšuje čísla okolitých krajín, čo vedie k výraznému tlaku na kapacity. Takáto situácia zákonite spôsobuje predlžovanie diagnostického cyklu, čím znižuje efektivitu následnej liečby. Riešením je posilňovanie “gatekeeping” úlohy VAS, ktorá okrem spriechodnenia špecializovanej ambulantnej starostlivosti zvýši komfort pacienta tým, že získa zdravotnú starostlivosť v mieste bydliska/práce a lekárom, s ktorým má dlhodobý a dôverný vzťah. Podľa najnovších štúdií sa takýmto krokom znižujú zdravotné riziká pacientov⁸.

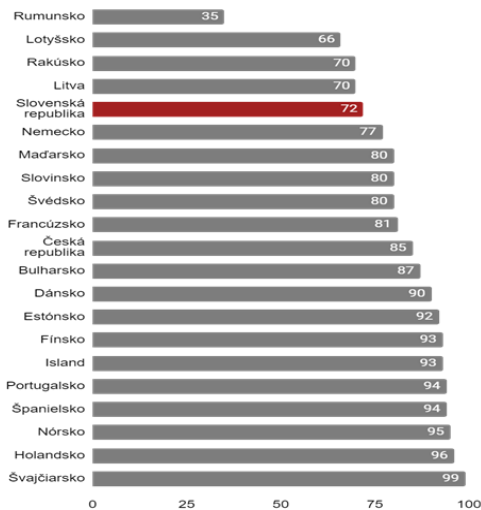
Graf 6: Počet návštev u ambulantného lekára na 1 obyvateľa za rok 2019



Zdroj: OECD, Počet konzultácií s lekárom na obyvateľa, rok 2019 2 Sandvik, H., et al. (2022)

V krajinách so silnou VAS dokážu všeobecní lekári vyriešiť približne 80% až 90% všetkých návštev bez odporúčania na vyššiu úroveň zdravotnej starostlivosti, najčastejšie špecializovanú ambulantnú starostlivosť. SR sa v tomto ukazovateli pohybuje na úrovni 72%, čo predstavuje potenciál na posilnenie funkcie všeobecného lekára ako „gatekeepera“ v zdravotnom systéme.

Graf 7: Percentuálny podiel návštev vo všeobecných ambulanciách vyriešených bez odporúčania na vyššiu úroveň zdravotnej starostlivosti



Zdroj: Kringos, D.S., W.G. W. Boerma, A. Hutchinson and R. B. Saltman (editors). 2015. “Building Primary Care in a Changing Europe.” Issue 38 of Observatory Studies. World Health Organization: Copenhagen (dáta z roku 2012)

⁸ Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners, 72(715), e84–e90. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>

Zníženie počtu odoslaných pacientov na vyššiu úroveň zdravotnej starostlivosti zároveň uvoľní kapacity lekárov špecialistov pre starostlivosť o komplikované prípady. Je preto potrebné nastaviť mechanizmy, ktoré by odstránili motiváciu lekárov špecialistov mať v starostlivosti nekomplikovaných pacientov, či poskytovať nevyžiadanú zdravotnú starostlivosť. Tieto mechanizmy by mali efektívne regulovať pohyb pacienta systémom z pohľadu čerpania zdravotnej starostlivosti. Dispenzarizácia stabilizovaných alebo nekomplikovaných pacientov na úrovni všeobecných ambulancií, by mala prebiehať pri ochoreniach, kde všeobecný lekár dokáže poskytnúť kvalitnú a bezpečnú zdravotnú starostlivosť. Podmienkou presunu dispenzarizácie pacientov do všeobecných ambulancií je určenie jednoznačných ŠDTP, ktoré definujú podmienky vedenia dispenzarizácie na úrovni VAS a uvoľnenie preskripčných a indikačných obmedzení podľa potrieb komplexného manažmentu vybraných ochorení.

Motivačné mechanizmy na zvýšenie dispenzarizácie pacientov vo VAS

- Rozšírenie systému vykazovania klinických údajov pri dispenzarizácii

V SR v súčasnosti neexistuje systematický prehľad o dispenzarizovaných pacientoch. Pri vykazovaní prichádza k duplicitným výkonom so špecializovanou ambulantnou starostlivosťou. Úhrada výkonov je následne zamietaná zdravotnými poisťovňami. Pre určenie a sledovanie dispenzarizovaných pacientov podľa ŠDTP, je potrebné rozšíriť vykazovanie klinických údajov na všetky dispenzarizačné výkony⁹ a zaviesť ho aj do špecializovanej ambulantnej starostlivosti (napr. cholesterol/LDL, krvný tlak, glykovaný hemoglobín, obvod pásu, výška, váha, PSA, rizikové faktory a iné). Indikátory by boli zdieľané prostredníctvom hromadného analytického prístupu a vyhodnocované jednotlivými zdravotnými poisťovňami.

- Úprava (došpecifikovanie) pravidiel vedenia administratívy spojenej s dispenzárnou starostlivosťou (preskripcia vydávaná indikujúcim lekárom)

Úpravou zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach sa prakticky zrušila delegovaná preskripcia s cieľom odbremeniť všeobecných lekárov (platí, že ten, kto pacienta lieči, vykonáva aj administratívu spojenú s predpisom liekov a to aj v prípade opakovaných receptov cez "repetatur"). Aplikácia prax ukazuje viaceré nedostatky, ktoré je odporúčané legislatívne dopracovať.

- Úprava pravidiel bonifikácie ceny bodu a prvovýšetrenia v špecializovanej ambulantnej starostlivosti

V súčasnosti platné pravidlá bonifikácie úhrad pre špecializovanú ambulantnú starostlivosť vo všetkých zdravotných poisťovniach ovplyvňuje efektívnosť starostlivosti, ktorá sa posudzuje cez priemerné náklady na pacienta alebo indexované náklady danej ambulancie k referenčnej skupine. Takýto systém motivuje lekárov špecialistov mať menej nákladovo aj časovo náročných pacientov v dispenzárnej starostlivosti. Je odporúčané posilniť cenovú bonifikáciu prvovýšetrení v tomto segmente.

- Dodržiavanie zákonných povinností vedenia zdravotnej dokumentácie v národnom zdravotníckom informačnom systéme (eZdravie)

Elektronické zdravotné záznamy musia byť prístupné pre zdravotníckych pracovníkov na účely zabezpečenia správneho, kvalitného a efektívneho poskytovania zdravotnej starostlivosti. Povinnosť vedenia zdravotnej dokumentácie v národnom zdravotníckom informačnom systéme poskytovateľa zdravotnej starostlivosti častokrát nedodržiavajú, čím nie je dostatočne zabezpečený tok údajov o zdravotnom stave pacienta.

- Zavedenie a úhrada možnosti vzdialenej konzultácie lekár-lekár

Zníženie počtu návštev v špecializovanej ambulantnej starostlivosti je možné dosiahnuť aj zavedením infraštruktúry a financovania konzultácii všeobecného lekára s lekárom špecialistom bez nutnosti návštevy pacienta. Odporúčané je zavedenie pilotného projektu, ktorý preukáže dopad na návštevnosť a referovanie k lekárom špecialistom.

⁹ Všeobecní lekári už dnes majú povinnosť hlásiť zdravotným poisťovňam vybrané klinické indikátory vo forme pripočítateľných položiek k vybraným pilotným výkonom (stratifikácia kardiovaskulárneho rizika pri preventívnej prehliadke pacientov nad 40 rokov, dispenzarizácii pacienta s arteriálnou hypertenziou alebo dyslipidémiou).

2.2 Posilnenie kompetencií sestier a nové formy spolupráce

Meniaca sa rola VAS si bude vyžadovať aj zmenu organizácie práce a nové formy spolupráce vo všeobecných ambulanciách. Nevyhnutnosťou bude hľadanie opatrení, ktoré spočívajú vo využití personálnych kapacít zdravotníckych a administratívnych pracovníkov.

Je potrebné umožniť samostatné vykonávanie širších úloh predovšetkým sestram, implementovať v čase rozložený a zdola realizovaný prenos kompetencií z lekára na sestru a zo sestry/praktickej sestry - asistenta na administratívneho pracovníka. To znamená posilniť tím najprv o administratívneho pracovníka v ambulancii, čo odbremení sestru a až následne posilňovať kompetencie sestier. Doplniť tím všeobecnej ambulancie o nové role a formy spolupráce ako napríklad:

- *sestra špecialistka v ošetrovateľskej starostlivosti v pediatrii (ďalej len „komunitná sestra pre dieťa a rodičov“),*
- *sestra špecialistka v ošetrovateľskej starostlivosti v komunite (ďalej len „komunitná sestra pre dospelých“),*
- *farmaceut špecialista v klinickej farmácii (ďalej len „klinický farmaceut“).*

Komunitné sestry môžu odbremeniť všeobecné ambulancie od časti návštev a zvýšia komfort poskytovanej starostlivosti. Nové role by vykonávali špecifické aktivity podľa ich odborného zamerania a spolupracovali by s viacerými poskytovateľmi VAS. V prípade nedostatku špecializovaných sestier je možné uvažovať nad zapojením súčasných sestier v agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej len „ADOS“) na prechodné obdobie doplnenia vzdelania dostatočného počtu komunitných sestier. Rozšírenie rozsahu praxe navrhovaných zdravotníckych povolání vo VAS podľa nových kompetenčných diagramov si vyžaduje úpravu vyhlášok MZ SR č. 95/2018 Z. z. ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom a vyhláškou MZ SR č. 321/2005 Z. z. o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach.

2.2.1 Formy spolupráce so všeobecnými ambulanciami

Komunitná sestra pre dieťa a rodičov

Hlavné zameranie: starostlivosť o novorodencov až do 18 mesiacu veku dieťaťa.

Vzdelaním sestru so špecializáciou ošetrovateľská starostlivosť v pediatrii, ktorá:

- vykonáva edukáciu rodičky a matky (vrátane praktického či laktačného poradenstva),
- vyhodnocuje potreby a reakcie detského pacienta na zmenu zdravia, vrátane posúdenia rizikových faktorov v rámci preventívnych prehliadok, ktoré vykonáva podľa prílohy č. 2 zákona č. 577/2004 Z. z. v nižšie uvedenom v rozsahu. V prípade spozorovania nálezu, odchýlky okamžite upozorňuje lekára,
- vykonáva preventívnu prehliadku č. 1: bazálne vyšetrenie novorodenca (do 48 hodín po prepustení z nemocnice),
- vykonáva preventívnu prehliadku č. 3 a 4 (okrem vyšetrenia bedrových kĺbov), č. 7, 8 a 10,
- v prípade potreby spolupracuje s opatrovateľom.

Organizácia práce: Komunitná sestra funguje ako samostatný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti (fyzická osoba so samostatnou praxou alebo výkon povolania pre poskytovateľa) alebo v rámci ADOS, ktorý sa stará o novorodencov po dohode s príslušnými primárnymi pediatriami. Sestra spolupracuje so zmluvnými primárnymi pediatriami, ktorým hlási zdravotný stav novorodencov a spolupracuje s nimi v rámci manažmentu starostlivosti o novorodenca a dieťa. Je optimálne, ak komunitná starostlivosť môže začať ešte pred pôrodom, v rámci edukácie a prípravy rodičky na pôrod v rámci dodatočnej špecializácie pôrodná asistencia. Po pôrode a po dohode s primárnym pediatrom vykonáva ďalej úlohu komunitnej sestry pre dieťa a rodičov. Je odporúčané zvážiť alternatívu vykonania preventívnej prehliadky v ambulancii pod dohľadom primárneho pediatra (tak ako napríklad pri školení študentov RŠ), ak to priestorové možnosti ambulancie dovoľujú.

Komunitná sestra pre dospelých

Hlavné zameranie: ošetrovateľská starostlivosť, preventívna starostlivosť a dohľad nad zdravotným stavom chronického, polymorbídneho, geriatrického a imobilného pacienta. Vzdelaním sestru so špecializáciou ošetrovateľská starostlivosť v komunite, ktorá:

- poskytuje ošetrovateľskú a preventívnu starostlivosť a vykonáva dohľad nad zdravotným stavom chronických, polymorbídnych, geriatrických a imobilných pacientov,
- poskytuje rozšírené spektrum výkonov segmentu ADOS, a to na základe indikácie všeobecného lekára,
- vykonáva ošetrovateľské a preventívne úkony,
- poskytuje poradenstvo v oblasti self-managementu zdravia a choroby pacienta,
- meria a vyhodnocuje self-management,
- nastavuje a reviduje individuálne liečebné plány pacienta,
- koordinuje následnú starostlivosť pacientov s komplexnými potrebami.

Organizácia práce: Komunitná sestra funguje ako samostatný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti (fyzická osoba so samostatnou praxou alebo výkon povolania pre poskytovateľa) alebo v rámci ADOS, ktorý sa stará o kapítovaných poistencov na základe dohody s príslušnými poskytovateľom VAS.

Financovanie a sieť komunitných sestier

Komunitná sestra je financovaná na základe počtu návštev a výkonov, podľa nového zoznamu zdravotných výkonov. Je potrebné aktualizovať prílohu č. 5 Nariadenia vlády č. 640/2008 Z. z. a upraviť počet sesterských miest (súčasný normatív ADOS) a doplniť informáciu, že je ho možné plniť aj komunitnými sestrami. Zároveň je potrebné navýšiť financovanie v programovom rozpočte pre typ zdravotnej starostlivosti ADOS (ADOS je dnes rozpočtovaný pod segmentom špecializovaná ambulantná starostlivosť).

Klinický farmaceut pre všeobecné ambulancie

- vykonáva konziliárne posúdenie farmakoliečby (na požiadanie všeobecného lekára alebo po schválení zdravotnej poisťovne),
- nastavuje optimálnu farmakoterapiu pre pacientov (potrebné stanoviť indikačné obmedzenia na počet liekov a diagnózy),
- poskytuje konzultácie lekárom a podporuje edukáciu pacientov (v praxi ide o súčasného certifikovaného farmaceuta v lekárni, ktorému bude ako poskytovateľovi lekárenskej starostlivosti daný výkon hradiť zdravotná poisťovňa, bude potrebné zaradiť výkon do nového zoznamu zdravotných výkonov).

2.3 Kompetenčné diagramy vo VAS

Kompetenčné diagramy obsahujú základný prehľad rozdelenia jednotlivých činností medzi personál vo všeobecných ambulanciách ako cieľový stav v roku 2030 podľa nasledujúceho typu činností:

- 1.1 Základná diagnostika a liečba akútneho pacienta
 - 1.2 Základné chirurgické výkony
 - 1.3 Život ohrozujúci akútny stav
 - 1.4 Domáce návštevy pri akútnych stavoch
 - 1.5 Základná diagnostika a liečba chronicky chorých pacientov
 - 1.6 Dlhodobá liečba chronicky chorých pacientov
 - 1.7 Prevencia (mimo novorodencov) – primárna pediatria
Multimorbídni pacienti – všeobecné lekárstvo
 - 1.8 Novorodenci – primárna pediatria
Prevencia – všeobecné lekárstvo
 - 1.9 Povinné hlásenia a spracovanie štatistických údajov
- 2 Interné organizačné činnosti

Tabuľka 14: Kompetenčný diagram – primárna pediatria

Typ činnosti	Lekár	Sestra s pokročilou praxou	Sestra	Praktická sestra - asistent	Administratívny pracovník	Komunitná sestra
1.1 Základná diagnostika a liečba akútneho pacienta	<ul style="list-style-type: none"> - vykonáva diagnostiku osoby, - vyšetruje osobu, - v prípade potreby iniciuje hlbkú diagnostiku pre potvrdenie diagnózy (napr. CRP), - vykonáva diferenciálnu diagnostiku v prípade podozrenia na chronickú diagnózu, - vykonáva preskripciu liekov pre osobu v rámci preskripčných a indikačných obmedzení, - v prípade potreby odporúča osobu k poskytovateľom špecializovanej ambulantnej starostlivosti, - manažuje liečbu (tvorba liečebného plánu), - konzultuje s ďalšími lekármi výsledky vyšetrení, - zabezpečuje telefonické a elektronické konzultácie. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 1 až § 3 Vyhlášky MZ SR č. 95/2018 Z. z. a zároveň: - uskutočňuje diferenciálnu diagnostiku zdravotného stavu osoby, - stanovuje pracovnú lekársku diagnózu, - indikuje konziliárne vyšetrenia, - indikuje odber biologického materiálu (kapilárna krv, krv z periférnej žily, moč, stolica, spútum, stery z kože, výtery slizníc, telových dutín a rán). 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 1 Vyhlášky MZ SR č. 95/2018 Z. z., najmä: - odoberá anamnestické údaje, - zaznamenáva pozorované javy u osoby do zdravotnej dokumentácie a zaznamenáva realizované výkony do zdravotnej dokumentácie, - vyšetruje orientačne moč osoby, - aplikuje osobe lieky perorálne, rektálne, inhalačne, lokálne na kožu a sliznice, subkutánne, intramuskulárne, intravenózne s výnimkou transfúzie krvi, krvných derivátov a kontrastných látok, vykonáva záznam, - odoberá biologický materiál (kapilárna krv, krv z periférnej žily, moč, stolica, spútum, stery z kože, výtery slizníc, telových dutín a rán), - edukuje osobu, rodinu a komunitu a kontroluje adhérencie na liečbu, - pripravuje osobu na diagnostické a terapeutické výkony, poskytuje a zabezpečuje ošetrovateľskú starostlivosť v priebehu realizácie výkonov a po ich ukončení, lekárovi pripraví výsledky na zhodnotenie, - realizuje základné fyzikálne vyšetrenie osoby: pohľadom, posluškom, poklopm, pohmatom, - vykonáva triáž elektronicky, telefonicky, aj osobne v rozsahu svojich kompetencií, - realizuje základné kožné testy na alergie a pripravuje lekárovi výsledky na zhodnotenie, - manažuje delegovanú preskripciu (ak nesie zodpovednosť lekár špecialista), kontroluje platnosť a spracuje, - realizuje vstupný hygienický filter, vyšetruje osobu pri podozrení na pedikulózu, kontagioznú a infekčnú ochorenia. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 4b Vyhlášky MZ SR č. 321/2005 Z. z., najmä: - zabezpečuje hygienu prostredia vrátane dezinfekcie a sterilizácie zdravotníckych pomôcok, prístrojov, nástrojov a zariadení, - zabezpečuje dodržiavanie bezpečného prostredia osoby a ochranu intimity pri poskytovaní základnej starostlivosti, - meria a zaznamenáva fyziologické funkcie osoby, - odoberá osobe moč na biochemické vyšetrenie a orientačne vyšetruje moč vrátane kvantitatívnych vyšetrení, - odoberá osobe stolicu na biochemické, parazitologické a bakteriologické vyšetrenie, - odoberá venóznú krv na vyšetrenie z periférneho cievného systému cez jednorazový vpich, osobám od 10 rokov, - odoberá kapilárnu krv, osobám od 10 rokov, - aplikuje lieky s lokálnym účinkom na kožu, do oka, do ucha, do nosa a do konečníka, okrem novorodencov, - zhotovuje 12 zvodový EKG záznam, okrem novorodencov. 	<ul style="list-style-type: none"> - vedie zdravotnú dokumentáciu a evidenciu osôb, - vykonáva poučenie o prevádzke ambulancie (objednávanie, ordinačné hodiny, platby, a iné), - administruje dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, - písomne, telefonicky aj elektronicky (mailom) komunikuje s osobami, - reguluje príjem, poradie osôb – manažment čakárne (vykonáva triáž na medicínske a administratívne požiadavky), - vypisuje žiadanky na vyšetrenie, - asistuje osobám pri komunikácii s úradmi, - asistuje pri vyplňaní a aktualizovaní zdravotnej dokumentácie osoby (napr. prepis nahrávky lekárskeho nálezu a pod.), - administruje zdravotnú dokumentáciu (zakladá správy, výsledky, zabezpečuje agendu registratúry), - pracuje s ambulantným softwarom (eviduje, importuje výsledky laboratórných a pomocných vyšetrení, eviduje zdravotné výkony a pripravuje dokumentáciu pre účely mesačného vyúčtovania a fakturácie). 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 1 Vyhlášky MZ SR č. 95/2018 Z. z. a zároveň: - realizuje manažment detskej žltacky, vrátane diagnostiky.

Poznámka: v prípade ošetrovateľskej starostlivosti môže vyšší stupeň vždy vykonávať úlohy predchádzajúceho stupňa, farebným textom sú označené nové plánované činnosti.

Tabuľka 15: (2. časť – Tabuľka 14: Kompetenčný diagram – primárna pediatria)

Typ činnosti	Lekár	Sestra s pokročilou praxou	Sestra	Praktická sestra – asistent	Administratívny pracovník	Komunitná sestra
1.2 Základné chirurgické výkony	<ul style="list-style-type: none"> - ošetruje rany, - aplikuje lokálnu anestézu, - odstraňuje cudzie telesá z rany osoby, - odstraňuje obvazy z rán a vykonáva kompresiu rán. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 1 až § 3 Vyhlášky MZ SR č. 95/2018 Z. z., činnosti v bode 1.1. tohto diagramu a zároveň: - vykonáva extirpáciu a sutúru malej rany, - odstraňuje stehy z primárne zahojenej rany. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 1 Vyhlášky MZ SR č. 95/2018 Z. z., najmä: - pripravuje pomôcky z obväzového materiálu, - pripravuje dezinfekčné roztoky, - preväzuje a ošetruje rany. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 4b Vyhlášky MZ SR č. 321/2005 Z. z., najmä: - zabezpečuje hygienu prostredia vrátane dezinfekcie a sterilizácie zdravotníckych pomôcok, prístrojov, nástrojov a zariadení, - pripravuje obväzový materiál, - pripravuje inštrumentačný stolík so sterilnými zdravotníckymi pomôckami a potrebným materiálom, - asistuje lekárovi alebo sestre pri malých chirurgických a invazívnych výkonoch, diagnostických a liečebných výkonoch, prevážoch a výteroch z rán. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti zhodné s bodom 1.1 tohto diagramu. 	
1.3 Životohrozujúci akútny stav	<ul style="list-style-type: none"> - poskytuje akútnu liečbu, buď konkluzívnu alebo indikuje vyšší stupeň starostlivosti. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 1 až § 3 Vyhlášky MZ SR č. 95/2018 Z. z., najmä: - indikuje a vykonáva výmenu a odstránenie periférneho žilového katétra, kontroluje, hodnotí a zaznamenáva jeho stav. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 1 Vyhlášky MZ SR č. 95/2018 Z. z. a zároveň: - vykonáva resuscitáciu osoby vrátane použitia automatického externého defibrilátora, - zavádza a odstraňuje periférny žilový katéter, kontroluje, hodnotí a zaznamenáva jeho stav, - vykonáva triáž osobne, elektronicky aj telefonicky, v rozsahu svojich kompetencií. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 4b Vyhlášky MZ SR č. 321/2005 Z. z., najmä: - vykonáva prvú pomoc podľa svojich odborných schopností a zabezpečuje ďalšiu odbornú pomoc. 	<ul style="list-style-type: none"> - v prípade potreby organizuje transfer osoby do nemocnice. 	
1.4 Domáce návštevy pri akútnych stavoch	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti zhodné s bodom 1.1. tohto diagramu. 				<ul style="list-style-type: none"> - administratívne zabezpečuje domácu návštevu. 	
1.5 Základná diagnostika a liečba chronicky chorých pacientov	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti zhodné s bodom 1.1 tohto diagramu so špeciálnym ohľadom na pridružené chronické ochorenie. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 1 až § 3 Vyhlášky MZ SR č. 95/2018 Z. z., najmä: - navrhuje a indikuje preventívne opatrenia na zabezpečenie bezpečnosti a stabilizácie zdravotného stavu osoby, - indikuje odber biologického materiálu osobe na základné laboratórne vyšetrenia v určenom indikačnom rozsahu po konzultácii s lekárom, - poskytuje inhalačnú terapiu dieťaťu, - indikuje a vykonáva výmenu a odstránenie periférneho žilového katétra, kontroluje, hodnotí a zaznamenáva jeho stav, - indikuje konziliárne vyšetrenia osoby, - vykonáva základný popis EKG záznamu. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 1 Vyhlášky MZ SR č. 95/2018 Z. z., najmä: - odoberá anamnestické údaje a dáta, - zaznamenáva pozorované javy u osoby do zdravotnej dokumentácie a zaznamenáva realizované výkony do zdravotnej dokumentácie, - vykonáva odbery biologického materiálu osoby kapilárnej krvi, venóznej krvi, moč, stolica, výtery z rán a telesných dutín, - pripravuje a aplikuje intravenózne injekcie a infúziu liečbu, - asistuje pri komplikovaných ošetrovaniach, - edukuje osobu, rodinu a komunitu a kontroluje adhérencie na liečbu, - zavádza a odstraňuje periférny žilový katéter, kontroluje, hodnotí a zaznamenáva jeho stav, - vykonáva triáž osobne, elektronicky aj telefonicky v rozsahu svojich kompetencií, - pripravuje osobu na diagnostické a terapeutické výkony, poskytuje a zabezpečuje ošetrovateľskú starostlivosť v priebehu realizácie výkonov a po ich ukončení, lekárovi pripravuje výsledky vyšetrení na zhodnotenie, - realizuje základné kožné testy na alergie a výsledky pripraví na zhodnotenie lekárovi. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 4b Vyhlášky MZ SR č. 321/2005 Z. z., najmä: - zabezpečuje dodržiavanie bezpečného prostredia osoby a ochranu intimity pri poskytovaní základnej starostlivosti, - meria fyziologické funkcie osobe, - informuje matku alebo sprevádzajúcu osobu o využití dojčenskej váhy pri dojení, o dodržiavaní hygienických zásad, o používaní a manipulácii s monitorom dychu. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti zhodné s bodom 1.1. tohto diagramu. 	

Tabuľka 16: (3. časť – Tabuľka 14: Kompetenčný diagram – primárna pediatria)

Typ činnosti	Lekár	Sestra s pokročilou praxou	Sestra	Praktická sestra - asistent	Administratívny pracovník	Komunitná sestra
1.6 Dlhodobá liečba chronicky chorých pacientov	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti zhodné s bodom 1.1 tohto diagramu a zároveň: <ul style="list-style-type: none"> - komplexne manažuje zdravotný stav osoby pri chronických ochoreniach. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 1 až § 3 Vyhlášky MZ SR č. 95/2018 Z. z., a zároveň: <ul style="list-style-type: none"> - indikuje a vykonáva výmenu a odstránenie periférneho žilového katétra, kontroluje, hodnotí a zaznamenáva jeho stav. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 1 Vyhlášky MZ SR č. 95/2018 Z. z., najmä: <ul style="list-style-type: none"> - vyšetruje krv pomocou jednoduchých diagnostických prístrojov, - edukuje osobu, rodinu a komunitu a kontroluje adhérencie na liečbu, - zavádza a odstraňuje periférny žilový katéter, kontroluje, hodnotí a zaznamenáva jeho stav, - pripravuje a podáva infúziu liečbu, - pripravuje osobu na diagnostické a terapeutické výkony, poskytuje a zabezpečuje ošetrovateľskú starostlivosť v priebehu realizácie výkonov a po ich ukončení, lekárovi pripravuje výsledky vyšetrení na zhodnotenie, - manažuje delegovanú preskripciu (ak nesie zodpovednosť špecialista), kontroluje platnosť a spracuje. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 4b Vyhlášky MZ SR č. 321/2005 Z. z., najmä: <ul style="list-style-type: none"> - zabezpečuje dodržiavanie bezpečného prostredia osoby a ochranu intimity pri poskytovaní základnej starostlivosti. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti zhodné s bodom 1.1. tohto diagramu a zároveň: <ul style="list-style-type: none"> - vedie evidenciu chronických pacientov a organizuje ich pravidelné kontroly. 	
1.7 Prevencia (mimo novorodencov)	<ul style="list-style-type: none"> - vykonáva pravidelné preventívne prehliadky. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 1 až § 3 Vyhlášky MZ SR č. 95/2018 Z. z., najmä: <ul style="list-style-type: none"> - navrhuje a indikuje preventívne opatrenia na zabezpečenie bezpečnosti a stabilizácie zdravotného stavu osoby, - indikuje odber biologického materiálu (kapilárna krv, krv z periférnej žily, moč, stolica, spútum, stery z kože, výtery slizníc, telových dutín a rán), - orientačne hodnotí sociálnu situáciu osoby, v spolupráci so sociálnymi pracovníkmi poskytuje rady v oblasti sociálnych právnych predpisov, - vykonáva základný popis EKG záznamu. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 1 Vyhlášky MZ SR č. 95/2018 Z. z., najmä: <ul style="list-style-type: none"> - podieľa sa na ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia, poskytuje informácie v rozsahu svojich kompetencií (aktivity denného života), - podieľa sa na zhodnotení stavu osoby formou kontrolného záznamu alebo dotazníka vo vzťahu k príslušnému ochoreniu alebo klinickému stavu a interpretuje zistené odchýlky, - vykonáva orientačné vyšetrenie zraku optotypom, - vykonáva vyšetrenie farbocitu, - meria výšku a hmotnosť osoby, meria obvod hlavy a hrudníka u dieťaťa, - odoberá biologický materiál (kapilárna krv, krv z periférnej žily, moč, stolica, spútum, stery z kože, výtery slizníc, telových dutín a rán), - realizuje základné fyzikálne vyšetrenie osoby: pohľadom, posluhom, poklopom, pohmatom. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 4b Vyhlášky MZ SR č. 321/2005 Z. z. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti zhodné s bodom 1.1 tohto diagramu a zároveň: <ul style="list-style-type: none"> - objednáva osoby na plánované preventívne prehliadky, - vedie evidenciu očkovania a pozyva osoby na očkovanie. 	

Tabuľka 17: (4. časť – Tabuľka 14: Kompetenčný diagram – primárna pediatria)

Typ činnosti	Lekár	Sestra s pokročilou praxou	Sestra	Praktická sestra - asistent	Administratívny pracovník	Komunitná sestra
1.8 Novorodenci	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti zhodné s bodom 1.7 tohto diagramu (okrem preventívnych prehliadok, ktoré vykonáva "komunitná sestra pre deti a rodičov") a zároveň: <ul style="list-style-type: none"> - poskytuje odborné a metodické usmernenia pre komunitnú sestru pre deti a rodičov, - podporuje laktačný program (ordinácia lekára priateľského k dojčeniu). 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 1 až § 3 Vyhlášky MZ SR č. 95/2018 Z. z. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 1 Vyhlášky MZ SR č. 95/2018 Z. z. a zároveň: <ul style="list-style-type: none"> - v rámci starostlivosti o novorodenca vykonáva všetky činnosti sestry a činnosti komunitnej sestry pre deti a rodičov prezenčne v ambulancii. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 4b Vyhlášky MZ SR č. 321/2005 Z. z. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti zhodné s bodom 1.1 tohto diagramu. 	<ul style="list-style-type: none"> - vyhodnocuje potreby a reakcie novorodenca na zmenu zdravia, vrátane posúdenia rizikových faktorov v rámci preventívnych prehliadok, ktoré vykonáva podľa prílohy č. 2 zákona č. 577/2004 Z. z. v nižšie uvedenom v rozsahu: <ul style="list-style-type: none"> - preventívna prehliadka č. 1: bazálne vyšetrenie novorodenca (do 48 hodín po prepustení z nemocnice), - preventívna prehliadka č. 3, č. 4 (okrem vyšetrenia bedrových kĺbov), č. 7, č. 8 a č. 10, - edukuje matku (vrátane praktického poradenstva) o význame a potrebe dojčenia, - poskytuje poučenie rodičom v oblastiach: kŕmenie, obliekanie, hygiena, prebaľovanie, spánok, zdravotná starostlivosť - odsávanie hlienov, sledovanie stavu dieťaťa, podávanie liekov, - vykonáva vyšetrenie celkového vývoja dieťaťa v domácom prostredí, - v prípade spozorovania patologického nálezu, okamžite na odchýlky upozorňuje lekára.
1.9 Povinné hlásenia a spracovanie štatistických údajov	<ul style="list-style-type: none"> - vykonáva lekárske vyšetrenia a výkony nehradené z VZP na základe súhlasu VÚC s úhradou na žiadosť fyzických/právnických osôb, - vydáva potvrdenia na žiadosť fyzických / právnických osôb, - podpisuje kúpeľné návrhy, práceneschopnosti, lekárske potvrdenia pre zamestnávateľa, poisťovne a iné inštitúcie. 			<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 4b Vyhlášky MZ SR č. 321/2005 Z. z., najmä: <ul style="list-style-type: none"> - pracuje s informačným systémom zdravotníckeho zariadenia, - zaznamenáva do dokumentácie realizované výkony, na základe dokumentácie vyказuje činnosti pre potreby zdravotných poisťovní a štatistiky. 	<ul style="list-style-type: none"> - vedie štatistické údaje a pripravuje podklady pre povinné výkazy a hlásenie, - pripravuje návrhy kúpeľných návrhov, práceneschopnosti, lekárskeho potvrdenia pre zamestnávateľa, poisťovne a iné inštitúcie na validáciu lekárovi. - zabezpečuje administratívne požiadavky pacientov a lekára. 	
2 Interné organizačné úlohy	<ul style="list-style-type: none"> - riadi, organizuje, deleguje úlohy a zodpovednosti členov tímu ambulancie, - uzatváranie zmluvných vzťahov (zdravotné poisťovne, komunitná sestra a iné). 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 1 až § 3 Vyhlášky MZ SR č. 95/2018 Z. z. 	<ul style="list-style-type: none"> - preberá, kontroluje a uskladňuje liečivé prípravky (vrátane vakcín a zabezpečenia chladového reťazca), sleduje ich expiráciu (v prípade potreby zabezpečí ich doplnenie). 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 4b Vyhlášky MZ SR č. 321/2005 Z. z. 	<ul style="list-style-type: none"> - zodpovedá za nákup medicínskych a kancelárskych potrieb, - zabezpečuje preberanie a odosielanie pošty. 	

Tabuľka 18: Kompetenčný diagram – všeobecné lekárstvo

Typ činnosti	Lekár	Sestra s pokročilou praxou	Sestra	Praktická sestra - asistent	Administratívny pracovník	Komunitná sestra
1.1 Základná diagnostika a liečba akútneho pacienta	<ul style="list-style-type: none"> - vykonáva diagnostiku osoby, - vyšetruje osobu, - v prípade potreby iniciuje hlbokú diagnostiku pre potvrdenie diagnózy (napr. CRP), - vykonáva diferenciálnu diagnostiku v prípade podozrenia na chronickú diagnózu, - vykonáva preskripciu liekov v rámci preskripčných a indikačných obmedzení, - v prípade potreby odporúča osobu k poskytovateľom špecializovanej ambulantnej starostlivosti, - manažuje liečbu (tvorba liečebného plánu), - konzultuje s ďalšími lekármi výsledky vyšetrení, - zabezpečuje telefonické a elektronické konzultácie. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 1 až § 3 Vyhlášky MZ SR č. 95/2018 Z. z. a zároveň: - uskutočňuje diferenciálnu diagnostiku zdravotného stavu osoby, - stanovuje pracovnú lekársku diagnózu, - indikuje konziliárne vyšetrenia, - indikuje odber biologického materiálu (kapilárna krv, krv z periférnej žily, moč, stolica, spútum, stery z kože, výtery slizníc, telových dutín a rán). 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 1 Vyhlášky MZ SR č. 95/2018 Z. z., najmä: - odoberá anamnestické údaje, - zaznamenáva pozorované javy osoby do zdravotnej dokumentácie a zaznamenáva realizované výkony do zdravotnej dokumentácie, - vykonáva poučenie osoby o odbere biologického materiálu (napr. stolica, moč) v domácom prostredí pri prevzatí odberových nádob, - vykonáva osobe EKG záznam, - vyšetruje orientačne moč osoby, - aplikuje osobe lieky perorálne, intramuskulárne, intravenózne, subkutánne, per rectum, - vykonáva osobe ABI vyšetrenie pulznou vlnou, - eviduje výsledky laboratórnych a pomocných vyšetrení a pripravuje ich na vyhodnotenie pre lekára, - eviduje výsledky prístrojových vyšetrení vo všeobecnej ambulancii, - edukuje osobu a kontroluje adherencie na liečbu, - odoberá biologický materiál (kapilárna krv, krv z periférnej žily, moč, stolicu, spútum, stery z kože, výtery slizníc, telových dutín a rán), - podieľa sa na zhodnotení stavu osoby formou kontrolného záznamu alebo dotazníka vo vzťahu k príslušnému ochoreniu alebo klinickému stavu a interpretuje zistené odchýlky. - pripravuje osobu na diagnostické a terapeutické výkony, poskytuje a zabezpečuje ošetrovateľskú starostlivosť v priebehu realizácie výkonov a po ich ukončení, lekárovi pripravuje výsledky vyšetrení na zhodnotenie, - realizuje základné fyzikálne vyšetrenie osoby: pohľadom, poslušcom, poklopom, pohmatom, - manažuje delegovanú preskripciu (ak nesie zodpovednosť lekár špecialista), kontroluje platnosť a spracuje, - vyšetruje osobu pri podozrení na pedikulózu, kontagioznú a infekčné ochorenia, - pripravuje lekárske recepty a lekárske poukazy na validáciu lekárovi, - vykonáva poučenie osoby o režimových opatreniach pri nefarmakologickej a farmakologickej liečbe akútnych a chronických ochorení, - vykonáva triáž elektronicky, telefonicky, aj osobne v rozsahu svojich kompetencií, - realizuje základné kožné testy na alergie a pripravuje lekárovi výsledky na zhodnotenie. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 4b Vyhlášky MZ SR č. 321/2005 Z. z., najmä: - zabezpečuje hygienu prostredia vrátane dezinfekcie a sterilizácie zdravotníckych pomôcok, prístrojov, nástrojov a zariadení, - zabezpečuje dodržiavanie bezpečného prostredia osoby a ochranu intimity pri poskytovaní základnej starostlivosti, - meria a zaznamenáva fyziologické funkcie osobe, - odoberá osobe moč na biochemické vyšetrenie a orientačne vyšetruje moč vrátane kvantitatívnych vyšetrení, - odoberá osobe stolicu na biochemické, parazitologické a bakteriologické vyšetrenie, - odoberá venóznou krv na vyšetrenie z periférneho cievneho systému cez jednorazový vpich, - odoberá kapilárnu krv, - aplikuje lieky s lokálnym účinkom na kožu, do oka, do ucha, do nosa a do konečníka, - zhotovuje 12 zvodový EKG záznam. 	<ul style="list-style-type: none"> - vedie zdravotnú dokumentáciu a evidenciu osôb, - vykonáva poučenie o prevádzke ambulancie (objednávanie, ordináčne hodiny, platby, a iné), - administruje dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, - písomne, telefonicky aj elektronicky (mailom) komunikuje s osobami, - reguluje príjem, poradie osôb – manažment čakárne (vykonáva triáž na medicínske a administratívne požiadavky), - vypisuje žiadanky na vyšetrenia, - asistuje osobe pri komunikácii s úradmi, - asistuje pri vyplňaní a aktualizovaní zdravotnej dokumentácie osoby (napr. prepis nahrávky lekárskeho nálezu a pod.), - administruje zdravotnú dokumentáciu (zakladá správy, výsledky, zabezpečuje agendu registratúry), - pracuje s ambulantným softwarom (eviduje, importuje výsledky laboratórnych a pomocných vyšetrení, eviduje zdravotné výkony a pripravuje dokumentáciu pre účely mesačného výúčtovania a fakturácie). 	

Tabuľka 19: (2. časť – Tabuľka 18: Kompetenčný diagram – všeobecné lekárstvo)

Typ činnosti	Lekár	Sestra s pokročilou praxou	Sestra	Praktická sestra - asistent	Administratívny pracovník	Komunitná sestra
1.2 Základné chirurgické výkony	<ul style="list-style-type: none"> - ošetruje rany, - aplikuje lokálnu anestézu, - odstraňuje cudzie telesá z rany, - odstraňuje obvazy z rán a vykonáva kompresiu rán. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 1 až § 3 Vyhlášky MZ SR č. 95/2018 Z. z., činnosti v bode 1.1. tohto diagramu a zároveň: - vykonáva extirpáciu a sutúru malej rany, - odstraňuje stehy z primárne zahojenej rany. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 1 Vyhlášky MZ SR č. 95/2018 Z. z., najmä: - pripravuje pomôcky z obväzového materiálu, - pripravuje dezinfekčné roztoky, - preväzuje a ošetruje rany. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 4b Vyhlášky MZ SR č. 321/2005 Z. z., najmä: - zabezpečuje hygienu prostredia vrátane dezinfekcie a sterilizácie zdravotníckych pomôcok, prístrojov, nástrojov a zariadení, - pripravuje obväzový materiál, - pripravuje inštrumentačný stolík so sterilnými zdravotníckymi pomôckami a potrebným materiálom, - asistuje lekárovi alebo sestre pri malých chirurgických a invazívnych výkonoch, diagnostických a liečebných výkonoch, preväzoch rán a výteroch z rán. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti zhodné s bodom 1.1 tohto diagramu. 	
1.3 Životohrozujúci akútny stav	<ul style="list-style-type: none"> - poskytuje akútnu liečbu, buď konkluzívnu alebo indikuje vyšší stupeň starostlivosti. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 1 až § 3 Vyhlášky MZ SR č. 95/2018 Z. z. a zároveň: - indikuje a vykonáva výmenu a odstránenie periférneho žilového katétra, kontroluje, hodnotí a zaznamenáva jeho stav. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 1 Vyhlášky MZ SR č. 95/2018 Z. z. a zároveň: - vykonáva resuscitáciu pacienta vrátane použitia automatického externého defibrilátora, - zavádza a odstraňuje periférny žilový katéter, kontroluje, hodnotí a zaznamenáva jeho stav, - vykonáva triáž osobne, elektronicky aj telefonicky, v rozsahu svojich kompetencií. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 4b Vyhlášky MZ SR č. 321/2005 Z. z., najmä: - vykonáva prvú pomoc podľa svojich odborných schopností a zabezpečuje ďalšiu odbornú pomoc. 	<ul style="list-style-type: none"> - v prípade potreby organizuje transfer osoby do nemocnice. 	
1.4 Domáce návštevy pri akútnych stavoch	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti zhodné s bodom 1.1. tohto diagramu. 				<ul style="list-style-type: none"> - administratívne zabezpečuje domácu návštevu. 	

Tabuľka 20: (3. časť – Tabuľka 18: Kompetenčný diagram – všeobecné lekárstvo)

Typ činnosti	Lekár	Sestra s pokročilou praxou	Sestra	Praktická sestra - asistent	Administratívny pracovník	Komunitná sestra
1.5 Základná diagnostika a liečba chronicky chorých pacientov	- vykonáva činnosti zhodné s bodom 1.1 tohto diagramu ohľadom na pridružené chronické ochorenie.	- realizuje činnosti podľa § 1 až § 3 Vyhlášky MZ SR č. 95/2018 Z. z., najmä: - navrhuje a indikuje preventívne opatrenia na zabezpečenie bezpečnosti a stabilizácie zdravotného stavu osoby, - indikuje odber biologického materiálu osobe na základné laboratórne vyšetrenia v určenom indikačnom rozsahu po konzultácii s lekárom, - indikuje a predpisuje diietické potraviny a zdravotnícke pomôcky súvisiace s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti podľa osobitného predpisu, - indikuje konziliárne vyšetrenia osobe, - vykonáva základný popis EKG záznamu, - indikuje a vykonáva výmenu a odstránenie periférneho žilového katétra, kontroluje, hodnotí a zaznamenáva jeho stav.	- realizuje činnosti podľa § 1 Vyhlášky MZ SR č. 95/2018 Z. z., najmä: - odoberá anamnestické údaje a dáta, - zaznamenáva pozorované javy u osoby do zdravotnej dokumentácie a zaznamenáva realizované výkony do zdravotnej dokumentácie, - vykonáva poučenie osoby o odbere biologického materiálu (napr. stolica, moč) v domácom prostredí pri prevzatí odberových nádob, - vykonáva odbery biologického materiálu osoby – kapilárnej krvi, venóznej krvi, moč, stolica, výtery z rán a telesných dutín, - pripravuje a aplikuje intravenózne injekcie a infúziu liečbu, - asistuje pri komplikovaných ošetrovaniach, - vykonáva poučenie osoby o režimových opatreniach pri nefarmakologickej a farmakologickej liečbe akútnych a chronických ochorení, - vykonáva osobe EKG záznam, - vykonáva osobe ABI vyšetrenie pulznou vlnou, - eviduje výsledky laboratórných a pomocných vyšetrení a pripravuje ich na vyhodnotenie pre lekára, - eviduje výsledky prístrojových vyšetrení vo všeobecnej ambulancii, - edukuje osobu a kontroluje adherencie na liečbu, - zavádza a odstraňuje periférny žilový katéter, kontroluje, hodnotí a zaznamenáva jeho stav, - realizuje základné kožné testy na alergie a lekárovi pripraví výsledky na zhodnotenie, - pripravuje osobu na diagnostické a terapeutické výkony, poskytuje a zabezpečuje ošetrovateľskú starostlivosť v priebehu realizácie výkonov a po ich ukončení, lekárovi pripravuje výsledky vyšetrení na zhodnotenie, - vykonáva triáž osobne, elektronicky aj telefonicky v rozsahu svojich kompetencií, - preberá objednávku na predpis chronickej medikácie od osoby elektronicky, telefonicky a osobne, - pripravuje lekárske recepty a lekárske poukazy na validáciu lekárovi, - stanovuje chronickej (dispensarizovanej) osobe časový harmonogram vyšetrení, - pripravuje návrhy kúpeľných návrhov, práceneschopností, lekárskeho potvrdení pre zamestnávateľa, poisťovne a iné inštitúcie na validáciu lekárovi.	- realizuje činnosti podľa § 4b Vyhlášky MZ SR č. 321/2005 Z. z., najmä: - zabezpečuje dodržiavanie bezpečného prostredia osoby a ochranu intimity pri poskytovaní základnej starostlivosti, - meria a zaznamenáva fyziologické funkcie osobe, - odoberá osobe moč na biochemické vyšetrenie a orientačne vyšetruje moč vrátane kvantitatívnych vyšetrení, - odoberá osobe stolicu na biochemické, parazitologické a bakteriologické vyšetrenie, - aplikuje lieky s lokálnym účinkom na kožu, do oka, do ucha, do nosa a do konečníka.	- realizuje činnosti zhodné s bodom 1.1. tohto diagramu.	

Tabuľka 21: (4. časť – Tabuľka 18: Kompetenčný diagram – všeobecné lekárstvo)

Typ činnosti	Lekár	Sestra s pokročilou praxou	Sestra	Praktická sestra - asistent	Administratívny pracovník	Komunitná sestra
1.6 Dlhodobá liečba chronicky chorých pacientov	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti zhodné s bodom 1.1 tohto diagramu a zároveň: - komplexne manažuje zdravotný stav osoby pri chronických ochoreniach. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 1 až § 3 Vyhlášky MZ SR č. 95/2018 Z. z. a zároveň: - indikuje a vykonáva výmenu a odstránenie periférneho žilového katétra, kontroluje, hodnotí a zaznamenáva jeho stav. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 1 Vyhlášky MZ SR č. 95/2018 Z. z., najmä: - vyšetruje krv pomocou jednoduchých diagnostických prístrojov, - edukuje osobu, rodinu a komunitu a kontroluje adhérencie na liečbu, - zavádza a odstraňuje periférny žilový katéter, kontroluje, hodnotí a zaznamenáva jeho stav, - pripravuje a podáva infúziu liečbu. - pripravuje osobu na diagnostické a terapeutické výkony, poskytuje a zabezpečuje ošetrovateľskú starostlivosť v priebehu realizácie výkonov a po ich ukončení, lekárovi pripravuje výsledky vyšetrení na zhodnotenie, - manažuje delegovanú preskripciu (ak nesie zodpovednosť špecialista), kontroluje platnosť a spracuje. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 4b Vyhlášky MZ SR č. 321/2005 Z. z., najmä: - zabezpečuje dodržiavanie bezpečného prostredia osoby a ochranu intimity pri poskytovaní základnej starostlivosti. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti zhodné s bodom 1.1. tohto diagramu a zároveň: - vedie evidenciu chronických pacientov a organizuje ich pravidelné kontroly. 	<ul style="list-style-type: none"> - poskytuje rozšírené spektrum výkonov ADOSu, a to na základe indikácie všeobecným lekárom, - monitoruje zdravotný stav osoby, vykonáva základné ošetrovateľské a preventívne úkony, - konzultuje s osobou oblasť zdravia a kvality života.
1.7 Multimorbídni (viac ako 3 DG) pacienti	<ul style="list-style-type: none"> - identifikuje a zaraďuje osoby do multimorbídneho programu, - indikuje konziliárne vyšetrenie osôb na analýzu predpísaných liekov u klinického farmaceuta (lekára, nemocnica, polyfarmácia). 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti zhodné s bodom s 1. 6. tohto diagramu. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti zhodné s bodom s 1. 6. tohto diagramu. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 4b Vyhlášky MZ SR č. 321/2005 Z. z. 	<ul style="list-style-type: none"> - vedie evidenciu multimorbídnych pacientov a koordinuje potrebné konziliárne vyšetrenia. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti zhodné s bodom s 1. 6. tohto diagramu a zároveň: - organizuje starostlivosť o multimorbídneho pacienta, - pripravuje a reviduje individuálne liečebné plány a konzultuje odchýlky a stav so všeobecným lekárom.

Tabuľka 22: (5. časť – Tabuľka 18: Kompetenčný diagram – všeobecné lekárstvo)

Typ činnosti	Lekár	Sestra s pokročilou praxou	Sestra	Praktická sestra - asistent	Administratívny pracovník	Komunitná sestra
1.8 Prevencia	<ul style="list-style-type: none"> - vykonáva pravidelnú preventívnu prehliadku. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 1 a § 3 Vyhlášky MZ SR č. 95/2018 Z. z., najmä: <ul style="list-style-type: none"> - navrhuje a indikuje preventívne opatrenia na zabezpečenie bezpečnosti a stabilizácie zdravotného stavu osoby, - indikuje odber biologického materiálu (kapilárna krv, krv z periférnej žily, moč, stolica, spútum, stery z kože, výtery slizníc, telových dutín a rán). - orientačne hodnotí sociálnu situáciu osoby, v spolupráci so sociálnymi pracovníkmi poskytuje rady v oblasti sociálnych právnych predpisov, - vykonáva základný popis EKG záznamu. 	<ul style="list-style-type: none"> - činnosti podľa § 1 Vyhlášky MZ SR č. 95/2018 Z. z., najmä: <ul style="list-style-type: none"> - edukuje osobu a podieľa sa na ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia, - poskytuje osobe informácie v rozsahu svojich kompetencií (stravovanie, aktivity denného života), - vykonáva orientačné vyšetrenie zraku optotypom, - vykonáva vyšetrenie farbcitu, - pripravuje vakcíny, - meria BMI, obvod pásu, výšku a hmotnosť osoby, - odoberá biologický materiál (kapilárna krv, krv z periférnej žily, moč, stolica, spútum, stery z kože, výtery slizníc, telových dutín a rán). - podieľa sa na zhodnotení stavu osoby formou kontrolného záznamu alebo dotazníka vo vzťahu k príslušnému ochoreniu alebo klinickému stavu a interpretuje zistené odchýlky, - realizuje základné fyzikálne vyšetrenie osoby: poslušcom, poklopom, pohmatom. 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 4b Vyhlášky MZ SR č. 321/2005 Z. z., najmä: <ul style="list-style-type: none"> - meria a zaznamenáva fyziologické funkcie osobe, - odoberá osobe moč na biochemické vyšetrenie a orientačne vyšetruje moč vrátane kvantitatívnych vyšetrení, - odoberá osobe stolicu na biochemické, parazitologické a bakteriologické vyšetrenie, - aplikuje lieky s lokálnym účinkom na kožu, do oka, do ucha, do nosa a do konečníka. 	<ul style="list-style-type: none"> - činnosti zhodné s bodom 1.1 a zároveň: <ul style="list-style-type: none"> - objednáva osoby na plánované preventívne prehliadky, - vedie evidenciu očkovania a pozýva osoby na očkovanie. 	<ul style="list-style-type: none"> - edukuje a podieľa sa na ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia, - podporuje národné skriningové programy, - zbiera a aktualizuje rizikové faktory, - konzultuje s osobou oblasť zdravia a kvality života.
1.9 Povinné hlásenia a spracovanie štatistických údajov	<ul style="list-style-type: none"> - vykonáva lekárske vyšetrenia a výkony nehradené z VZP na základe súhlasu VÚC s úhradou na žiadosť fyzických/právnických osôb, - vydáva potvrdenia na žiadosť fyzických / právnických osôb, - podpisuje kúpeľné návrhy, práceneschopnosti, lekárske potvrdenia pre zamestnávateľa, poisťovne a iné inštitúcie. 			<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 4b Vyhlášky MZ SR č. 321/2005 Z. z., najmä: <ul style="list-style-type: none"> - pracuje s informačným systémom zdravotníckeho zariadenia, - zaznamenáva do dokumentácie realizované výkony; na základe dokumentácie vykazuje činnosti pre potreby zdravotných poisťovní a štatistiky. 	<ul style="list-style-type: none"> - vedie štatistické údaje a pripravuje podklady pre povinné výkazy a hlásenie, - pripravuje návrhy kúpeľných návrhov, práceneschopností, lekárskeho potvrdení pre zamestnávateľa, poisťovne a iné inštitúcie na validáciu lekárovi. - zabezpečuje administratívne požiadavky pacientov a lekára. 	
2 Interné organizačné úlohy	<ul style="list-style-type: none"> - riadi, organizuje, deleguje úlohy a zodpovednosti členov tímu ambulancie, - uzatvára zmluvných vzťahov (zdravotné poisťovne, komunitná sestra a iné). 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 1 až § 3 Vyhlášky MZ SR č. 95/2018 Z. z. 	<ul style="list-style-type: none"> - preberá, kontroluje a uskladňuje liečivé prípravky (vrátane vakcín a zabezpečenia chladového reťazca), sleduje ich expiráciu (v prípade potreby zabezpečí ich doplnenie). 	<ul style="list-style-type: none"> - realizuje činnosti podľa § 4b Vyhlášky MZ SR č. 321/2005 Z. z. 	<ul style="list-style-type: none"> - zodpovedá za nákup medicínskych a kancelárskych potrieb, - zabezpečuje preberanie a odosielanie pošty. 	

Navrhované zmeny organizácie práce podporujú efektívnu deľbu činností vo vzťahu k získanému vzdelaniu. Dodatočný personál je potrebné vybaviť nielen legislatívnymi kompetenciami a potrebným vzdelaním, ale je potrebné upraviť aj iné bariéry, ktoré môžu zabraňovať optimálnemu výkonu nových činností. Jednou zo súčasných bariér je obmedzený prístup k zdravotnej dokumentácii pre zdravotníckych pracovníkov vo všeobecnej ambulancii.

Pre podporu moderných modelov organizácie práce všeobecných lekárov a primárnych pediatrov je potrebné:

- umožniť prístup k zdravotnej dokumentácii v elektronickej zdravotnej knižke pacienta ošetrojúcim lekárom s príslušnou odbornou spôsobilosťou u poskytovateľa VAS, ak bude splnená podmienka uzatvorenej dohody o poskytovaní všeobecnej zdravotnej starostlivosti aj s týmto ošetrojúcim lekárom, čo je potrebné legislatívne upraviť v zákone č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov alebo prístup bude umožnený len na základe práva pacienta udeliť súhlas so sprístupňovaním údajov zo zdravotnej dokumentácie ďalším lekárom podľa § 5 ods. 7 až 13 zákona č. 153/2013 Z. z. o národnom zdravotníckom informačnom systéme a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

V súčasnom stave sú ambulancie limitované pri využívaní výhod skupinových praxí alebo dodatočného personálu práve prístupom do eZdravia. Aj keď ochrana súkromia a najmä citlivých zdravotných záznamov je na prvom mieste, v zahraničí existujú príklady dobrej praxe, kedy je zabezpečený prístup do zdravotnej dokumentácie pre všetkých zdravotníckych pracovníkov poskytujúcich zdravotnú starostlivosť pacientovi bez dopadu na jeho súkromie.

Pre úspešné zavedenie zmien organizácie práce je potrebné sa sústrediť aj na pacienta a jeho vnímanie

Zmena organizácie práce, ktorá má viesť k udržaniu dostupnosti zdravotnej starostlivosti a spomaleniu rastu nákladov, formou prerozdelenia špecifických úloh a zodpovedností medzi a v rámci skupín zdravotníckych pracovníkov ako je popísané vyššie nie je novinkou. Podobný presun kompetencií sa zavádza alebo sa už zaviedol v rôznych krajinách, ako je napr. Holandsko, Spojené kráľovstvo, Nový Zéland, Austrália, Kanada a USA¹⁰ ako nástroj na riešenie nedostatku lekárov.

V každej krajine je takýto presun kompetencií potrebné implementovať v kontexte historických rolí lekárov, organizačného dizajnu systému a vnímania prostredia zdravotnej starostlivosti samotným pacientom ako aj samotnými zdravotníckymi pracovníkmi. Zatiaľ čo flexibilita profesijných rolí je dôležitým prvkom modernizácie pracovnej sily, môžu sa objaviť aj spory vyplývajúce z prekrývajúcich sa hraníc medzi jednotlivými pracovnými pozíciami¹¹. Zvýšená koordinácia a presun úloh pre zdravotníckych pracovníkov tak môže poskytnúť väčší priestor pre dodatočnú kvalifikáciu a rozvoj, ale je tiež spojený s obavami o profesionálnu identitu lekárov a vnímanú bezpečnosť a kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti zo strany pacientov. Pokusy o implementáciu zmien organizácie práce tak často narazia na konkurenciu medzi skupinami zdravotníckych pracovníkov alebo na odpor verejnosti.

Preto je dôležité ako neoddeliteľnú súčasť zmeny organizácie práce, okrem finančných motivátorov, vnímať aj behaviorálne aspekty s tým spojené. Medzi kľúčové behaviorálne aspekty, ktoré je potrebné adresovať počas implementácie patria:

- jasné vysvetlenie unikátnej pridanej hodnoty a profesionálnych hraníc jednotlivých zdravotníckych pracovníkov v novom systéme,
- edukácia a systematické zvyšovanie zdravotnej gramotnosti pacientov aj o spolupráci lekára a sestry či ďalších zdravotníckych pracovníkov.

¹⁰ Maier, C. B., & Aiken, L. H. (2016). Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *European journal of public health*, 26(6), 927–934. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw098>

¹¹ King, O., Nancarrow, S. A., Borthwick, A. M., & Grace, S. (2015). Contested professional role boundaries in health care: a systematic review of the literature. *Journal of foot and ankle research*, 8(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s13047-015-0061-1>

Tento aspekt je možné adresovať rôznymi komunikačnými kanálmi a nástrojmi, či už z centrálnej úrovne (PR a komunikačné kampane) alebo decentralizovane pomocou systematickej podpory ambulancií pri práci s pacientom (informačné materiály, sprievodca systémom pre pacienta a podobne).

2.4 Vzdelávanie a atraktivita povolania

2.4.1 Zmeny vo vzdelávaní

Pre vytvorenie stabilnej a dlhodobu udržateľnej stratégie ľudských zdrojov vo VAS je potrebné začať už u študentov v mladom veku (základné a stredné školy), špecificky ak ide o odľahlé a vidiecke oblasti. Poznatky zo zahraničia ukazujú, že čo najväčšie vystavovanie študentov medicínskej profesii, či už pomocou zvýšeného dôrazu na vedecké predmety, pravidelných besied s lekármi, prípadne mentoringovými schémami, je kľúčové pre zaistenie vyššieho počtu lokálnych študentov medicíny¹². Tieto opatrenia musia byť následne podporené zavedením stratégie plánovania a riadenia ľudských zdrojov na základe exaktne projektovaných a kalkulovaných kapacitných potrieb systému zdravotnej starostlivosti, každoročne určených smerných počtov nielen pre pregraduálne vzdelávanie, ale i pre jednotlivé špecializačné štúdiá s projektovaním potrebných zdrojov na pokrytie nákladov ŠŠ.

Štrukturálnym problémom v systéme vzdelávania medikov je vysoký podiel zahraničných študentov, ktorí po ukončení nezostávajú v slovenskom systéme. Navýšenie počtu slovenských študentov na lekárske fakulty samo o sebe nie je zárukou toho, že čerství absolventi ostanú v slovenskom systéme a jednak, že si vyberú cestu špecializácie v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo alebo v špecializačnom odbore pediatria.

Preto je dôležité už počas pregraduálneho štúdia vytvárať podmienky pre kontakt študentov so všeobecným lekárstvom, napr. pomocou otvorenia katedier všeobecného lekárstva na viacerých lekárske fakultách alebo pomocou tzv. "role model" systému, ktorý spočíva v aktívnej prítomnosti všeobecných lekárov počas štúdia (a finančnej odmene pre týchto lekárov), pretože dokážu najlepšie priblížiť komplexnú realitu povolania všeobecného lekára študentom a motivovať ich, aby si túto špecializáciu vybrali (vzor - *Destination GP* program zo Spojeného kráľovstva)¹³.

Jednou z možností ako zlepšiť vystavenie študentov tomuto povolaniu je navýšenie praktického vzdelávania vo všeobecných ambulanciách z jedného dňa na viacero týždňov. Pre nábor všeobecných lekárov a primárnych pediatrov do kriticky nedostatkových regiónov zahraničná prax kladie dôraz na dva faktory:

- podporu študentov medicíny a ošetrovateľstva, ktorí pochádzajú z týchto regiónov a
- relevanciu obsahu štúdia a náplne praktického vzdelávania.

Z tohto dôvodu by mala byť stratégia podporená štipendiami cielenými na nábor lekárov a sestier do kritických regiónov, ktoré by boli naviazané na zmluvy so samosprávnymi krajinami o budúcom pôsobení daného študenta ako všeobecného lekára alebo primárneho pediatra po dobu 5 rokov v určenom regióne.

V prípade zmien vo vzdelávaní sestier je vhodné začať budovať zručnosti sestier pre prácu v multidisciplinárnom tíme. V krajinách, kde je VAS zabezpečená pomocou multidisciplinárnych tímov je pre sestry ponúkané aj špecializované vzdelávanie zamerané na rozvoj manažérskych zručností, koordináciu starostlivosti a manažment chronických pacientov¹⁴. V súčasnosti takýto vzdelávací program v SR nie je ponúkaný. Je žiadúce, aby bol takýto program zavedený a zabezpečila sa tým

¹² World Organization of Family Doctors (Wonca). Policy on Training for Rural General Practice. Bangkok: Wonca Working Party on Training for Rural Practice; 1995.

¹³ Royal College of General Practitioners Destination GP: medical students' experiences and perceptions of general practice. 2017 <https://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/destination-gp.aspx>

¹⁴ Vzor UK <https://primarycarecareers-bob.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/08/New-to-General-Practice-Fellowship-Programme-Nurse-Info-Pack-v7.pdf>

prípravenosť sestier na nové role. Zároveň je odporúčané revidovať súčasné nastavenie vzdelávania v ďalšom štúdiu sestier, ktoré by nemalo duplikovať pregraduálne štúdium a malo by byť modulárne pre čo najväčšiu uplatniteľnosť v praxi.

2.4.2 Zmena rezidentského štúdia

Na opatrenia v pregraduálnom vzdelávaní musí nadväzovať RŠ s jasnou víziou, organizáciou a podpornými schémami, cieľnými na čo najväčšiu retenciu absolventov v systéme VAS. V súčasnosti si iba veľmi málo študentov vyberá RŠ v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo alebo v špecializačnom odbore pediatria a ešte menej (len 7 z 211 absolventov) sa po ukončení zamestná v kriticky nedostatkových okresoch¹⁵. RŠ by nemalo byť iba riešením súčasnej „havarijnej“ situácie. Malo by byť súčasťou stratégie dlhodobého a udržateľného smerovania VAS.

Pre motiváciu a zvýšenie počtu absolventov RŠ, ktorí po ukončení nastúpia do ambulantnej praxe je potrebné urobiť opatrenia ako napríklad:

- Vypracovať stratégiu alebo akčný plán s cieľmi a úlohami na najbližších 3 - 5 rokov, určiť role a zodpovednosti za koordináciu, plnenie a vyhodnocovanie. Je potrebné zaviesť a nastaviť pravidelné procesy zberu údajov a spätnej väzby z programu, ich vyhodnocovania a zapracúvania zmien.
- Prepojiť program s praxou – systematický kontakt a spolupráca so Slovenskou lekárskou komorou, samosprávnymi krajinami, univerzitami a lekármi, ktorí sa chystajú ukončiť svoju činnosť.
- Využitie konceptu „role models“, ktorý bude prítomný na každej lekárskej fakulte.
- Rezidentské miesta by mali byť limitované na jednotlivé okresy, aby bolo možné adresne riadiť obsadzovanie menej atraktívnych regiónov.
- Vypĺacanie príplatku k mzde počas RŠ za prácu v kriticky nedostatkovom okrese, podporené zmluvou s daným študentom, kde sa zaviazá na pôsobenie v tomto okrese na dobu 5 rokov po skončení štúdia.
- Zabezpečenie cirkulácie rezidentov na oddeleniach v nemocnici, kde sa rozhodnú štúdium vykonávať.
- Doplnenie vzdelávania o praktické zručnosti rurálnej praxe, interprofesiálnu starostlivosť, telemedicínu, mentoring a manažérske zručnosti, ktoré sú potrebné pri zakladaní a riadení ambulancie.
- Predĺženie pôsobnosti rezidenta vo všeobecnej ambulancii z 9 na 12 mesiacov.
- Zabezpečenie vzdelávania a podpory aj pre školiteľov v rámci RŠ, napr. vo forme distribuovania odbornej literatúry.
- Zníženie byrokracie v súvislosti so zamestnávaním rezidentov, napr. znížením frekvencie vykazovania z mesačnej na polročnú prípadne ročnú frekvenciu.
- Odstrániť obmedzenie na povinnosť mať právo na trvalý pobyt na území SR ako rodinný príslušník občana EÚ v prípade cudzincov, ktorí sú občanmi krajín EÚ a majú záujem o RŠ na území SR.
- Zvážiť vyššiu flexibilitu zaradzovania do RŠ.
- Zaviesť pravidelný a jednotný dotazníkový zber údajov pri vstupe a aj výstupe lekárov z RŠ.

Pre zabezpečenie odbornej kvality štúdia je kľúčové motivovať existujúcich všeobecných lekárov a primárnych pediatrov, aby sa zapojili do RŠ ako školitelia. Aktívna rola školiteľov z kriticky nedostatkových regiónov je dôležitá, pretože umožňuje študentom spoznať prácu v týchto regiónoch a zároveň pomôcť zabezpečiť generačnú obmenu. Z dostupných dát môžeme vidieť, že hlavnou motiváciou pre školiteľov je záujem o vzdelanie nových lekárov a vychovanie nástupcu. Je preto potrebné odstrániť bariéry, ktoré im bránia prevziať rolu školiteľa. Jedno z nich je v súčasnosti minimálny limit počtu kapitovaných poistencov na úrovni 1 200 poistencov, čo môže byť problémom v odľahlých oblastiach. V prípade ambulancií s veľmi malým kmeňom pacientov je možnosťou aj pôsobenie rezidenta vo viacerých menších ambulanciách, čo môže rezidentovi pomôcť spoznať podmienky vo viacerých oblastiach a urobiť informované rozhodnutie o svojom ďalšom pôsobení.

¹⁵ Hodnotiaca správa rezidentského štúdia, Interný materiál MZ SR, dáta za sledované obdobie: 2014-2021.

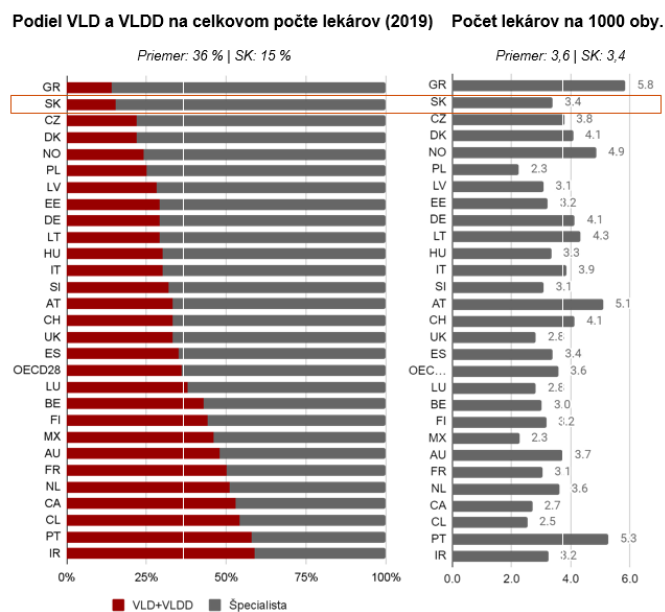
2.4.3 Podpora lekárov s možnosťou kratšej špecializačnej prípravy

Ďalšou z možností zvýšenia počtu zdravotníckych pracovníkov vo VAS je motivovať skúsených odborníkov na ďalšiu špecializačnú prípravu prostredníctvom novej formy ŠŠ - doplnkovej odbornej prípravy na získanie špecializácie v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo, ktorá je dostupná od 1.2.2020. Takéto štúdium umožňuje získať špecializáciu v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo pre lekárov, ktorí získali špecializáciu v príslušných špecializačných odboroch za 6 mesiacov a 2 týždne¹⁶, resp. pre lekároch so špecializáciou v špecializačnom odbore anesteziológia a intenzívna medicína za 9 mesiacov a 2 týždne¹⁷.

SR má menej lekárov v porovnaní s ostatnými krajinami OECD. Poddimenzovaní sú najmä všeobecní lekári a primárni pediatri, kde nedosahuje SR ani polovičné zastúpenie tejto skupiny lekárov na celkovom počte lekárov. Existuje potenciál lekárov pôsobiacich v špecializačných odboroch mimo všeobecného lekárstva a pediatrie, ktorí by v prípade ich záujmu mohli posilniť VAS. Samozrejme táto zmena je o slobodnom rozhodnutí lekára, nemôže prebehnúť u všetkých lekárov a musí ísť ruka v ruke s príchodom nových lekárov, resp. s udržateľnosťou špecializovanej ambulantnej starostlivosti, kde sú už dnes dlhé čakacie doby na vyšetrenie. Pre posilnenie motivácie lekárov v špecializovanej ambulantnej starostlivosti na prechod do VAS je vhodné zaviesť podporné programy, ktoré sa budú skladať najmä z nefinančnej podpory, prostredníctvom:

- kampaní na zvýšenie povedomia o možnosti kratšej špecializačnej prípravy lekárov,
- administratívnej podpory (osobný sprievodca procesom v spolupráci MZ SR, VÚC a jednotlivých odborných asociácií na pilotných programoch).

Graf 8: Porovnanie podielu všeobecných lekárov a primárnych pediatrov z celkového počtu lekárov v krajinách OECD



Zdroj: OECD dáta (Pohľad: Lekári podľa špecializácie, Dimenzia: Počet na 1 000 obyvateľov, link), rok 2019 (okrem LV - 2018, DE - 2015, MX - 2017). VLD – všeobecný lekár, VLDD – primárny pediater.

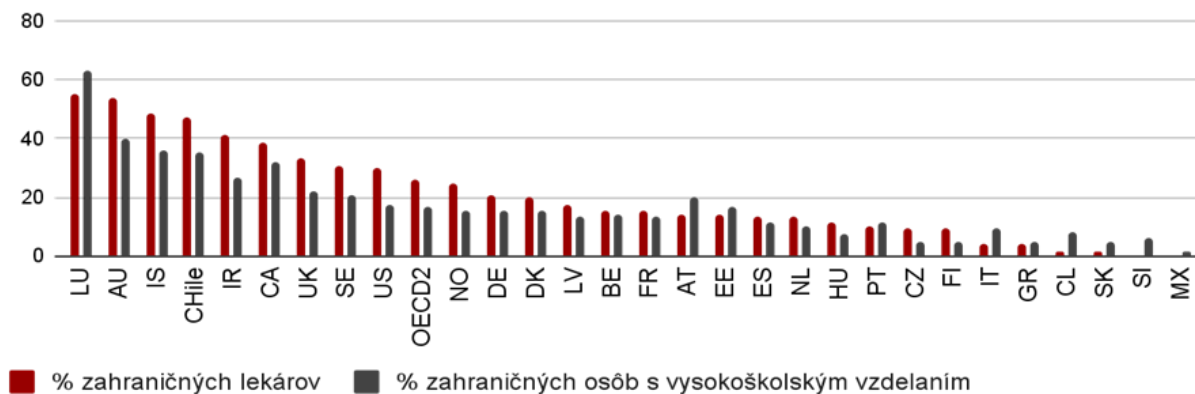
¹⁶ doplnková odborná príprava v trvaní 6 mesiacov a 2 týždne (Vestník MZ SR z 27.12.2019, str. 53-58, príloha č. 10) pre lekárov so špecializáciou v špecializačnom odbore vnútorné lekárstvo (5 rokov), gastroenterológia, geriatria, kardiológia, pneumológia a ftizeológia, endokrinológia, pracovné lekárstvo, infektológia, klinická imunológia a alergológia, nefrológia, reumatológia, klinická onkológia alebo hematológia a transfúziológia.

¹⁷ doplnková odborná príprava v trvaní 9 mesiacov a 2 týždne (Vestník MZ SR z 27.12.2019, str. 47-53, príloha č. 10) pre lekárov so špecializáciou v špecializačnom odbore anesteziológia a intenzívna medicína (5 rokov).

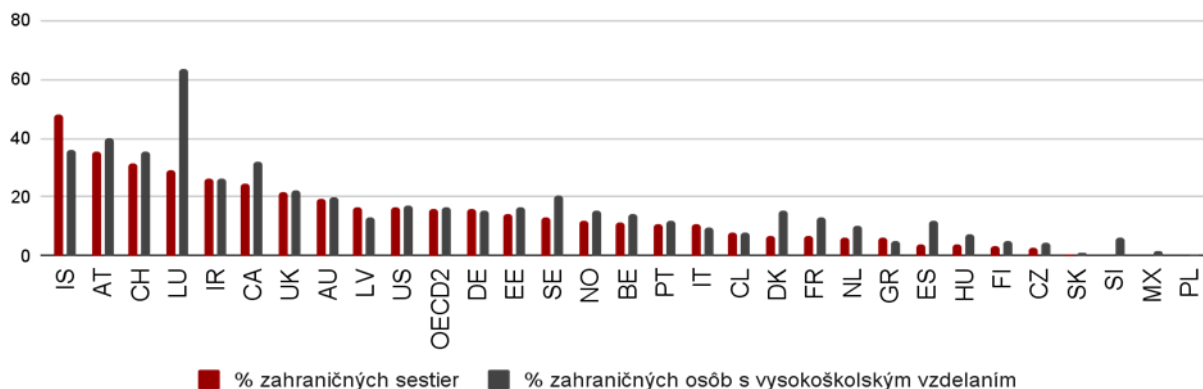
2.4.4 Zjednodušenie integrácie a podpora zahraničných zdravotníckych pracovníkov

Vzhľadom na súčasný nedostatok zdravotníckych pracovníkov je potrebné vykonať aktivity vedúce k nárastu počtu personálnych kapacít vo VAS. Jednou z možností je nárast počtu zahraničných lekárov a sestier. Podľa posledného zisťovania z rokov 2015/2016 v SR pôsobilo iba 1,2% lekárov zo zahraničia, resp. 0,4% sestier zo zahraničia. Zároveň, však SR dokáže prilákať až 4,6% vysokokvalifikovaných pracovníkov do celej populácie.

Graf 9: Porovnanie podielu všeobecných lekárov a pediatrov z celkového počtu lekárov v krajinách OECD



Graf 10: Podiel zahraničných sestier vykonávajúcich povolanie v krajinách OECD (2015/2016)



Zdroj: OECD Health Statistics 2018, https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/recent-trends-in-international-migration-of-doctors-nurses-and-medical-students_5571ef48-en

Okolité krajiny ako je Maďarsko, Česká republika, ale aj ekonomicky podobné krajiny negatívne ovplyvnené migráciou ako je Estónsko, či Litva dokážu prilákať nadpriemerný počet zahraničných lekárov v porovnaní s celkovou populáciou vysoko kvalifikovaných zahraničných zamestnancov. Pri sestrách bohužiaľ aj väčšina týchto krajín dosahuje maximálne polovičné podiely ako je zahraničná populácia. SR však aj v tomto parametri dosahuje iba jednu desatinu kvalifikovaných zahraničných pracovníkov pôsobiacich v profesii sestra alebo praktická sestra – asistent u nás. Migrácia zdravotníckych pracovníkov, tak nie je pre SR optimistická, no napriek tomu je rezerva prílevu zahraničných vysoko kvalifikovaných zdravotníckych pracovníkov na úrovni viac ako 450 lekárov a 1 000 sestier pri dosahovaní úrovne okolitých a podobných krajín. O výkon zdravotníckeho povolania v SR majú prioritne záujem cudzinci - osoby, ktoré získali zdravotnícke vzdelanie na území nečlenských štátov EÚ. SR realizovala viacero opatrení na zjednodušenie integrácie zdravotníckych pracovníkov z nečlenských štátov EÚ do systému poskytovania zdravotnej starostlivosti v SR, ako napríklad:

- Dopĺňujúca skúška pre zdravotnícke povolanie lekár a zubný lekár je realizovaná z dôvodu flexibility a jednotného prístupu k preverovaniu vedomostí len na Slovenskej zdravotníckej univerzite v Bratislave, štátnej vysokej škole, ktorá je v pôsobnosti MZ SR.
- Pre osoby, ktoré získali zdravotnícke vzdelanie na území Ukrajiny je zabezpečená prostredníctvom Ústavu lekárskej terminológie a cudzích jazykov Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave výučba slovenského jazyka s odborným zameraním pre štúdium medicíny a aj prax v oblasti výkonu zdravotníckych povolání.
- Pred uznaním odbornej kvalifikácie je osobám, ktoré získali zdravotnícke vzdelanie na území nečlenských štátov EÚ umožnený výkon dočasnej odbornej stáže u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, s cieľom umožnenia oboznámenia sa s pracovnými podmienkami a materiálno-technickým vybavením zdravotníckych zariadení, ako aj s celým systémom poskytovania zdravotnej starostlivosti.
- Skrátené boli lehoty na uznávanie dokladov o ďalšom vzdelávaní osôb, ktoré získali vzdelanie na území nečlenských štátov EÚ.

Program podpory by mal obsahovať:

- Praktickú podporu
 - Prístup k určenému pracovníkovi alebo koordinátorovi v stavovských organizáciách, ktorý prevedie prichádzajúceho zdravotníckeho pracovníka celým procesom (poskytuje napr. poradenstvo pri vypĺňaní formulárov, poradenstvo k povinným náležitostiam ako je poistenie profesijnej zodpovednosti, a iné).
 - Efektívny proces uznávania dokladov.
- Finančnú podporu (hradenú mimo verejného zdravotného poistenia, napr. z EÚ fondov)
 - Dotácia na úhradu časti nákladov na poistenie profesijnej zodpovednosti.
 - Dotácia na úhradu nákladov spojených s vízami a administratívou/skúškami.

2.4.5 Zníženie bariér na vstup lekárov do VAS

Okrem vzdelávania je potrebné nastaviť aj podporu prechodu začínajúcich lekárov do ambulantnej praxe všeobecného lekára alebo primárneho pediatra. Ide o mladých lekárov po RŠ alebo o skúsených odborníkov z nemocníc, ktorí sa rozhodli vstúpiť do ambulantného sektora. Bariéry pre začínajúcich lekárov vo VAS sú rôzne. Medzi hlavnými bariérami sú nedostatočné financie na otvorenie a prvý rok prevádzky ambulancie, administratívna náročnosť založenia praxe alebo nedostatok pracovných pozícií vo forme závislej činnosti v tomto segmente (t. j. pracovnoprávny vzťah). Podľa analýzy demografickej štruktúry všeobecných lekárov a primárnych pediatrov bolo v roku 2022 iba 6-9% lekárov mladších ako 39 rokov¹⁸. Priemerný vek nástupu nových lekárov do RŠ je 27 rokov a väčšina absolventov tohto štúdia je pripravená poskytovať zdravotnú starostlivosť vo veku 32 rokov. Pre stabilizáciu segmentu a zabezpečenie generáčnej obmeny je potrebné urýchliť prechod začínajúcich lekárov do ambulantnej praxe.

Z pohľadu finančných motivácií MZ SR v roku 2022 zaviedlo príspevok na vznik novej všeobecnej ambulancie v sume maximálne 50 alebo 60 tisíc EUR (podľa výberu úrovne okres alebo obec) na podporu zvyšovania kapacity VAS a príchod nových lekárov do najviac nedostatkových okresov¹⁹ z prostriedkov mechanizmu Plánu obnovy a odolnosti SR. Po skončení vyššie uvedenej dotačnej schémy je potrebné pokračovať v podpore začínajúcich lekárov vo forme priamej finančnej dotácie až do naplnenia siete a implementácie zmien financovania zabezpečujúcich dostatočnú atraktivitu povolania.

Z dlhodobého hľadiska je potrebné:

- prepojiť absolventov v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo a v špecializačnom odbore pediatria so samosprávnymi krajinami (ďalej aj „VÚC“),

¹⁸ Výsledky vyhodnotenia stavu verejnej minimálnej siete k 1.1.2022

¹⁹ <https://www.health.gov.sk/?vseobecna-ambulantna-starostlivosť>; <https://www.mzsr.sk/Clanok?plan-obnovy-fin-podpora-vas>

- vytvoriť programy administratívnej podpory a poradenstva zo strany VÚC, kde by na jednom mieste záujemca dostal poradenstvo ohľadom administratívnych záležitostí v oblasti styku s úradmi a plnením povinností pri otvorení ambulancie,
- zvýšiť informovanosť a doplniť vzdelávanie budúcich začínajúcich ambulantných lekárov o právne, ekonomické informácie a informácie z praxe (napr. o možnostiach ich ďalšieho pôsobenia alebo o zriadení vlastnej ambulancie).

V rámci oblasti ekonomického a manažérskeho vzdelávania pre založenie ambulantnej praxe MZ SR každému úspešnému žiadateľovi o nenávratný finančný príspevok na vznik všeobecných ambulancií v nedostatkových oblastiach zasiela príručku pre začínajúceho všeobecného lekára a primárneho pediatra. Príručka slúži ako sprievodca otvorením si vlastnej praxe. Obsahuje samostatné kapitoly týkajúce sa výberu lokality, procesu vydávania povolenia na prevádzkovanie ambulancie, zmluvnými vzťahmi, dotačnými schémami a financovaním ambulancie, základnými povinnosťami poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, tipmi z praxe od skúsených kolegov ako aj oblasťou ľudských zdrojov a ďalších prevádzkových povinností.

2.4.6 Podpora skupinových praxí, flexibilných úväzkov a generačnej obmeny

K 1.1.2022²⁰ bolo v SR 1 985 poskytovateľov VAS, 2 490 ambulancií a 2 576 všeobecných lekárov v ekvivalente 2 071 plných úväzkov. V rámci primárnej pediatrie bolo 1 053 poskytovateľov VAS v 1 252 ambulanciách obsluhovaných 1 278 primárnymi pediatriami v ekvivalente 933 plných úväzkov. Priemerne tak na jednu ambulanciu pripadalo 1,02 lekára. V zahraničí môžeme pozorovať trendy smerujúce k spájaniu praxí do skupín lekárov alebo multigeneračných ambulancií. Dôvodom je vyššia flexibilita pri poskytovaní služieb, úspory z rozsahu pri administratívnom personáli a zastupiteľnosť, čo vedie k vyššiemu komfortu zdravotníckych pracovníkov.

Zároveň prevažujúca forma personálneho zabezpečenia vo všeobecných ambulanciách v SR v zložení 1 lekár a 1 sestra/praktická sestra - asistent neumožňuje plynulú generačnú obmenu najmä lekárov ani efektívnu produktivitu práce v ambulancii. Problémom tohto segmentu je aj chýbajúca zastupiteľnosť, ktorá vedie k výpadkom zabezpečenia poskytovania zdravotnej starostlivosti v prípade dlhodobej pracovnej neschopnosti lekára v ambulancii. Je preto odporúčané:

- zaviesť priamu finančnú podporu pre generačnú obmenu lekárov v ambulanciách,
- zaviesť nepriamu finančnú podporu ako je zvýhodnené nájomné pri organizácii väčšej praxe alebo odpočítanie nákladov na vzdelávanie z dane z príjmu,
- zaviesť vekový limit na vykonávanie odborného zástupcu pre účely vydania povolenia od VÚC na 90 rokov s postupným znížením limitu na 70 rokov (lekár môže naďalej poskytovať zdravotnú starostlivosť, nemôže však byť odborným zástupcom).

VÚC sú od roku 2022 povinné zverejňovať neobsadené pracovné miesta u poskytovateľov VAS na území kraja, ak o to poskytovateľ požiada. Zároveň zverejňujú informácie o finančnej podpore alebo inej výhode ponúkanej obcou, VÚC, MZ SR alebo iným oprávneným subjektom, čím je sledovaná vyššia informovanosť všetkých subjektov v segmente VAS.

2.5 Dostupnosť VAS

Regulačné nástroje²¹ dostupnosti VAS platné do roku 2022 ambulantný sektor na žiaden z identifikovaných problémov VAS neupozorňovali, nelokalizovali ani nepredvídali. Normatív prestal plniť svoju funkciu, ktorou je upozorňovať na problém dostupnosti a nedostatku lekárov vo VAS. Formálne bol síce naplnený, ale v skutočnosti regióny hlásili a hlásia nedostatok všeobecných lekárov a primárnych pediatrov. Z tohto dôvodu bolo nevyhnutné v prvom kroku problém nedostatku lekárov kvantifikovať a lokalizovať podľa nových pravidiel, aby bolo možné adresne smerovať všetky ďalšie podporné iniciatívy do najviac problémových oblastí.

²⁰ Výsledky vyhodnotenie stavu verejnej minimálnej siete v SR k 1.1.2022; <https://www.mzsr.sk/?Stav-siete-VMS>

²¹ Nariadenie vlády SR č. 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

2.5.1 Riadený manažment verejnej minimálnej siete

Nové pravidlá tvorby verejnej minimálnej siete a klasifikácia okresov

Verejná minimálna sieť poskytovateľov VAS sa od roku 2022 určuje podľa nových pravidiel²². Novú verejnú minimálnu sieť definujú nasledovné základné vlastnosti:

- dynamika (sieť je prehodnocovaná každoročne),
- optimálnosť (počet lekárskeho miest je stanovený na 100% kapacitnú priepustnosť),
- vymedzenie na úrovni okresu (v predošlej úprave na úrovni kraja),
- zohľadnenie vekovej štruktúry poistencov a vnútroštátnej migrácie.

MZ SR každoročne najneskôr do 31. júla zverejňuje novú verejnú minimálnu sieť a zároveň vyhodnocuje²³ stav jej naplnenia. Nová sieť má dva základné parametre:

- miestna dostupnosť,
- potrebná kapacita.

Miestnou dostupnosťou sa rozumie také rozmiestnenie poskytovateľov VAS, aby bol zabezpečený maximálny čas dojazdu osobným motorovým vozidlom z každej obce do najbližšej obce s miestom poskytovania VAS. Miestna dostupnosť v okrese je zabezpečená, ak čas dojazdu nepresiahne 25 minút.

Potrebnou kapacitou sa rozumie taký počet lekárskeho miest u poskytovateľov VAS na území okresu, aby bola zabezpečená kvalitná a dostupná zdravotná starostlivosť pri zohľadnení časovej náročnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti. Potrebná kapacita je vyjadrená ako podiel počtu prepočítaných poistencov (podľa indexu náročnosti) v okrese určenom podľa miesta pobytu poistenca uvedenom v centrálnom registri poistencov pri zohľadnení hodnôt vnútroštátnej migrácie a normatívneho počtu kapítovaných poistencov na jedno lekárske miesto. Postup výpočtu je uvedený v prílohe č. 1 Nariadenia vlády č. 11/2022 Z. z..

Okrem každoročného vyhodnocovania výsledkov²⁴ verejnej minimálnej siete MZ SR každoročne okresy klasifikuje²⁵ podľa stupňa ohrozenia do štyroch stupňov. Parametrami klasifikácie okresov sú:

- miestna dostupnosť (vyjadrená ako počet poistencov okresu, ktorí nemajú zabezpečenú miestnu dostupnosť, určený ako súčet poistencov v obciach okresu, ktoré nemajú zabezpečenú miestnu dostupnosť),
- kapacitná priepustnosť (percentuálne vyjadrená miera naplnenia potrebnej kapacity určená ako percentuálny podiel počtu lekárskeho miest vo verejnej sieti a počtu lekárskeho miest vo verejnej minimálnej sieti),
- demografická štruktúra lekárov (vyjadrená ako percentuálny podiel súčtu úväzkov všeobecných lekárov a pediátrov v okrese, ktorí dovŕšia vek 63 rokov v kalendárnom roku, pre ktorý sa ustanovuje minimálna sieť poskytovateľov VAS a celkového súčtu úväzkov všeobecných lekárov a primárnych pediátrov v okrese).

Rozvoj modelu verejnej minimálnej siete

Súčasný model výpočtu verejnej minimálnej siete by mohol byť do budúcnosti optimalizovaný o ďalšie parametre za účelom spresnenia hodnôt parametra potrebnej kapacity a hodnôt verejnej siete, napríklad:

²² § 5b – 5d, §6c – 6d zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov a Nariadenie vlády SR č. 11/2022 Z. z. ktorým sa ustanovujú podrobnosti o spôsobe ustanovenia minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti

²³ Od 1.1.2024 kompetencia prechádza na Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

²⁴ <https://www.mzsr.sk/?Stav-siete-VMS>

²⁵ Podľa metodiky klasifikácie okresov: <https://www.mzsr.sk/?Klasifikacia-okresov-VMS>

- (úprava na strane “ponuky = verejná sieť”) - Súčasné predpoklady, na základe ktorých je možné odhadnúť pokrytú kapacitu okresu, zohľadňujú iba lekárske miesta, bez ohľadu na úväzok ošetrovateľského tímu a ďalších pracovníkov.
- (úprava na strane “dopytu = potrebná kapacita vo verejnej minimálnej sieti”) - Aktuálny dopyt po zdravotnej starostlivosti neodzrkadľuje v plnej miere náročnosť okresu, ktorá vyplýva zo socio-ekonomických parametrov jednotlivých okresov.

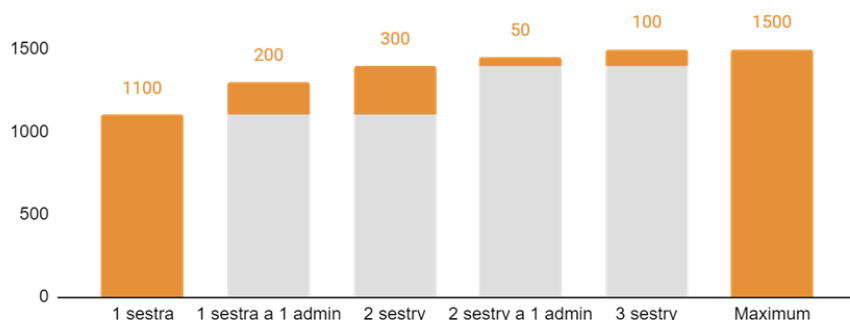
Z pohľadu úpravy na strane existujúcej kapacity (“ponuky = verejná sieť”) je vhodné do modelu zakomponovať rôzne formy organizácie práce, a teda vziať do úvahy nielen lekárov, ale aj ostatných pracovníkov.

Každý ďalší pracovník je schopný zvýšiť celkovú kapacitu danej ambulancie. Jeho pridaná hodnota má však degresívny charakter. Napríklad všeobecná ambulancia s 1 lekárom a s 1 sestrou/praktickou sestrou - asistentom je schopná zabezpečiť zdravotnú starostlivosť pre približne 1 600 osôb. V prípade, ak by daná ambulancia zamestnala ešte 1 administratívneho pracovníka, zvýšila by sa kapitačná kapacita o 200 osôb. Ak by sa namiesto toho prijala dodatočná sestra (druhá), kapacita by sa zvýšila o 400 osôb. Prijatím ďalšej sestry (tretej), by sa však kapacita zvýšila už len o 250 kapitovaných poistencov. Maximálna kapacita, ktorá je dnes na 1 všeobecnú ambulanciu dosiahnuteľná a nákladovo efektívna²⁶ je na úrovni 2 300 osôb (1 lekár, 3 sestry a 1 administratívny pracovník).

Graf 11: Marginálne prírastky počtu kapitovaných poistencov v závislosti od ďalších pracovníkov – všeobecné lekárstvo



Graf 12: Marginálne prírastky počtu kapitovaných poistencov v závislosti od ďalších pracovníkov – primárna pediatria



Zdroj: Závety workshopu so zástupcami SSVPL a so zástupcami SSPPS.

Z pohľadu úpravy na strane potrebnej kapacity (“dopytu”) je vhodné do modelu zakomponovať ďalšie parametre náročnosti zdravotnej starostlivosti, o ktorých sa dnes neuvažuje. Ide o zvýšenú náročnosť poskytovanej zdravotnej starostlivosti pre poistencov z marginalizovaných komunít.

²⁶ Podľa odporúčaní zástupcov ambulatného sektora nie je nákladovo efektívne navyšovať počet lekárskeho miest v rámci ambulancie. Kapacity sa dajú “lacnejšie” zvyšovať prostredníctvom ošetrovateľského tímu a ďalších pracovníkov.

Základným predpokladom zaradenia tohto parametra je vyjadrenie odborných spoločností, ktoré potvrdili hypotézu o dodatočnej potrebe navýšiť čas potrebný na riešenie návštevy poistenca z marginalizovaných komunít o približne 10-15% (pre potreby modelu používame stredovú hodnotu 12,5%). O túto hodnotu je potrebné navýšiť aktuálne indexy náročnosti poistenca jednotlivých vekových skupín. Vstupné údaje a metodiku definovania oblastí, v ktorých je koncentrácia marginalizovaných komunít je nevyhnutné pripravovať za súčinnosti vecne príslušných organizácií.

2.5.2 Úprava pravidiel a riadenia ambulantnej pohotovostnej služby

V súčasnej personálnej kríze segmentu VAS je nevyhnutné nastaviť efektívnu a udržateľnú alokáciu personálnych kapacít vrátane udržateľnosti prevádzkovania ambulantnej pohotovostnej služby (ďalej len „APS“). Bez zmeny riadenia APS bude v budúcnosti výzvou udržať súčasnú sieť ambulancií pohotovostnej služby.

Nárast počtu kapítovaných poistencov na jedno lekárske miesto a rastúca zložitnosť zdravotných potrieb ako aj očakávaní pacientov zvyšuje pracovné zaťaženie. Čím ďalej, tým viac odpracovaných hodín často urýchľuje rozhodnutie súčasných lekárov opustiť profesiu a zároveň znižuje atraktivitu pre novo prichádzajúcich absolventov. Vyváženosť pracovného a osobného času je podľa medikov resp. lekárov kľúčovou vo voľbe kariéry všeobecného lekára²⁷.

V situácii, kde takmer polovica všetkých lekárov vo VAS je v dôchodkovom veku je zrejmé, že účasť na APS je pre nich vysokou záťažou. Títo lekári po službe opúšťajú APS po 22. hodine a začínajú v nasledujúce ráno poskytovať zdravotnú starostlivosť pre pacientov vo svojich ambulanciách bez patričného oddychu. Vysoký priemerný vek je jedným z najväčších rizík udržateľnosti prevádzkovania APS.

Súčasná sieť pevných bodov APS po piatich rokoch platnosti novej právnej úpravy, kedy bol pôvodný návrh v priebehu legislatívneho procesu navýšený o desiatky ďalších pevných bodov je problematická z pohľadu prevádzky všetkých pevných bodov. Sieť je obsadená nasledovne²⁸:

- 6% zo všetkých súčasných pevných bodov nie je v súčasnosti prevádzkovaných (o prevádzkovaní týchto pevných bodov neprejavil žiaden poskytovateľ záujem),
- 14% ďalších pevných bodov je prevádzkovaných na základe poverenia na dočasné prevádzkovanie ambulancie pevnej APS vydaného MZ SR,
- 80% zo všetkých pevných bodov je prevádzkovaných na základe povolenia na prevádzkovanie ambulancie pevnej APS (na základe výsledku výberového konania o vydanie povolenia na prevádzkovanie ambulancie pevnej ambulantnej pohotovostnej služby).

Zahraničné štúdie zároveň ukazujú, že vo väčšine prípadov mimo ordinačných hodín si dlhodobo pacient alebo rodičia pacienta (ak ide o deti a dorast) volia vyhľadanie lekárskej pomoci aj ak to nie je nutné²⁹. Kontakty pacientov s neakútnymi zdravotnými komplikáciami vedú okrem zvýšenej záťaže personálu aj k neefektívnemu využívaniu finančných zdrojov³⁰. V súčasnosti v SR chýba systematický prístup k riadeniu kontaktov v APS.

Problémy v aplikačnej praxi spôsobuje aj rozdielne nastavenie ordinačných hodín prevádzkovania lekárenskej pohotovosti voči dobe prevádzkovania APS. Vo väčšine prípadov je prevádzková doba lekárenskej pohotovosti do 20. hodiny. Z pohľadu pacienta ide o komplikáciu si zabezpečiť indikovanú liečbu priamo v mieste, kde mu bola poskytnutá zdravotná starostlivosť v rámci APS a je nútený cestovať do iného miesta s dostupnou lekárenskou pohotovosťou alebo je nútený čakať na druhý deň.

V tejto oblasti sú odporúčané opatrenia, ktorými je sledovaná udržateľnosť prevádzkovania APS v SR:

²⁷ http://www.hc-institute.org/userfiles/files/Priloha_tiskove_zpravy_barometr_medici_2018_final.pdf

²⁸ <https://www.mzsr.sk/?pohotovosti-po-novom>

²⁹ Podľa vyhodnotenia APS v Holandsku sa podiel neakútnych dopytov (U4 a U5) pohybuje na úrovni 48 - 56 % (viď tab.5 materiálu <https://ineen.nl/wp-content/uploads/2020/02/InEen-Benchmarkbulletin-huisartsenposten-2014.pdf>)

³⁰ Odhadovaná priemerná cena vyšetrenia pacienta v APS je 31,20 EUR oproti 15,30 EUR priemernej cene za vyšetrenie pacienta v štandardnej ambulancii VAS (Dáta za rok 2019 zo Zdravotníckej ročenky, Štatistického úradu SR; náklady na APS odhadované na základe paušálnych platieb podľa Nariadenia vlády č. 115/2018 Z. z. na úrovni 10 303 Eur na APS mes.).

- konsolidovať pevné body APS tak, aby bol zabezpečený minimálny počet lekárov na APS na úrovni 15, ideálne 30 lekárov v danom spádovom území,
- konsolidovať pevné body APS k urgentným príjmom, kedy podľa skúseností zo zahraničia prichádza k najvyššej efektívnosti poskytovania pohotovostných služieb,
- upraviť financovanie APS na základe konsolidácie bodov APS siete,
- umožniť vykonávanie služieb v APS aj pre lekárov so špecializáciou v iných odboroch,
- skrátiť ordinančné hodiny do 20:00 hod., v dňoch pracovného pokoja začiatok od 8:00 hod.
- zaviesť povinnosť organizátora APS poskytovať telefonickú konzultáciu / triáž, prípadne formou pilotu otestovať povinnú telefonickú triáž organizovanú regionálne alebo centrálnu po vzore Holandska,
- zaviesť benchmarking poskytovateľov APS pre zvyšovanie efektivity, kvality a usmerňovania politiky v oblasti APS.

Tabuľka 23: Kľúčové vlastnosti kapacitne udržateľného systému APS

Oblasť	Nastavenie
Všeobecne	APS poskytujú profesionálni organizátori. Účasť 15, ideálne 30 lekárov na jeden pevný bod APS s priemerom 8 hodín na pohotovosti mesačne. Spádová oblasť jedného pevného bodu APS 100 000 až 500 000 pacientov s priemernou spotrebou starostlivosti 85 návštev / 1000 pacientov ročne. Lekári majú za zmenu rôzne úlohy: dohliadajú na telefonické triedenie alebo robia konzultácie.
Dostupnosť	Cez pracovný týždeň od 16:00 hod. do 20:00 hod. a cez sviatky a víkendy od 8:00 hod. do 20:00 hod. Bod APS sa zvyčajne nachádza v nemocnici alebo v jej blízkosti. Vzdialenosť pacientov k APS je maximálne 50 minút dojazdu. Pacient má prístup cez jediné regionálne telefónne číslo k telefonickým konzultáciám a triedeniu, čo znamená, že prvý kontakt je väčšinou s triediacou sestrou (minimalizácia príchodu bez zavolania vopred).
Platby	Služba je hradená z verejného zdravotného poistenia. Odmena lekára vo výške aspoň 2,3 násobku priemernej hodinovej mzdy zamestnanca v hospodárstve Slovenskej republiky zistených Štatistickým úradom Slovenskej republiky za kalendárny rok, ktorý dva roky predchádza kalendárnemu roku, v ktorom sa priznáva základná zložka mzdy. Poplatok za návštevu APS bude/je vo výške 2 EUR (existujú výnimky z poplatku).

2.6 Zníženie administratívnej záťaže

Administratívna záťaž všeobecných lekárov a primárnych pediatrov je v súčasnosti častou témou diskusií. Lekár trávi veľa času administratívou a smerom do budúcnosti, kde bude tlak v maximálnej možnej miere efektívne využívať obmedzené personálne kapacity lekárov, je nevyhnutné minimalizovať administratívne činnosti, ktoré vykoná lekár, ako aj sestra. Dôraz má byť na ich racionalizáciu, elektronizáciu a čo najširší možný presun na administratívneho pracovníka ako člena tímu všeobecných ambulancií. Samotná administratíva zároveň znižuje atraktivitu tohto odboru.

MZ SR spolu so zástupcami ambulantného sektora ako prvý krok v rámci tretej fázy prebiehajúcej reformy VAS zrealizovalo koncom roku 2022 audit byrokratickej záťaže s cieľom zmapovať súčasnú administratívnu záťaž. Druhým krokom bude pripraviť návrhy riešení na odbremenenie zdravotníckych pracovníkov, čím sa získa viac času na pacienta v ambulanciách. Návrhy budú rozdelené jednak z pohľadu náročnosti riešenia, ako aj z pohľadu subjektu vo vzťahu, pre ktorého sa daná administratívna činnosť vykonáva.

Je nevyhnutné, aby proces racionalizácie administratívnej záťaže prebehol bez negatívneho vplyvu na dostupnosť, objem a kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Jedným z nástrojov je elektronizácia poskytovaných služieb ako aj plnohodnotné využívanie tele-medicínskych služieb.

Cieľom auditu byrokracie je v spolupráci so zástupcami sektora vypočítať byrokratický index poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v ambulantnej praxi. To znamená počet hodín administratívnej záťaže za rok mimo záťaže, ktorá vyplýva zo samotnej podnikateľskej záťaže, ktorú by musel zniesť aj

v prípade, ak by nebol poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ale vykonával by inú podnikateľskú činnosť. Byrokratický index podnikateľa v SR za rok 2021 bol na úrovni 224 hodín ročne³¹.

Nové kompetencie pre všeobecných lekárov a primárnych pediatrov si vyžadujú nielen vzdelanie a uvoľnenie preskripčných obmedzení, ale aj časovej kapacity, ktorej v súčasnosti majú poskytovatelia VAS nedostatok. Tak ako v iných oblastiach zdravotníctva, aj v segmente VAS je potrebné významne znížiť administratívnu záťaž, prípadne umožniť jej presun na administratívnych pracovníkov.

Prioritné návrhy na zníženie administratívnej záťaže smerujú do nasledujúcich oblastí:

Zníženie náročnosti existujúcich administratívnych povinností

Je potrebné znižovať prácnosť existujúcich administratívnych povinností. Po vzore spustenia modulu ePN je potrebné dokončiť elektronizáciu spustením ďalších modulov eZdravia a nastaviť motivátory k ich využívaniu.

Samozrejmosťou by malo byť aj pokračovanie elektronizácie komunikácie zdravotných poisťovní s poskytovateľmi, napr. pri schvaľovacích činnostiach a elektronizácií zmlúv, ktoré dnes nie sú samozrejmosťou vo všetkých zdravotných poisťovniach.

V neposlednom rade by malo prísť k revízii a zníženiu iných oznamovacích povinností, napr. voči Národnému centru zdravotníckych informácií (hlásenie do národných zdravotných registrov), MZ SR alebo voči VÚC. Zároveň je potrebné prehodnotiť povinnosť lekárom preukázanej práceneschopnosti pri krátkodobých výpadkoch z práce (1-2 dni).

Je tiež odporúčané znížiť administratívne povinnosti ADOS smerom na zdravotné poisťovne a odstrániť duplicitné indikácie ADOS pri indikovaní ADOS sestrou v ústavných zdravotníckych zariadeniach a zdigitalizovať dokumentáciu vo vzťahu ADOS a lekár smerom na zdravotné poisťovne.

Zníženie administratívnej záťaže zjednotením revíznych pravidiel

Nejednotné revízne pravidlá sú ďalším dôvodom pre zvýšenú administratívnu záťaž vo všeobecných ambulanciách. Neaktuálnosť katalógu zdravotných výkonov spôsobuje, že v súčasnosti sa revízne pravidlá riadia jednotlivými zmluvnými úpravami medzi poskytovateľmi a zdravotnými poisťovňami. Príkladom je odlišné vykazovanie a tolerovaná frekvencia dispenzarizácie hypertenzie/dyslipidémie alebo tolerované časové intervaly pri výkone preventívnych prehliadok jednotlivými zdravotnými poisťovňami. Je potrebné, aby kódy výkonov, frekvencie výkonov a časové intervaly výkonov boli jednotné.

Zrušenie odporúčaní všeobecného lekára na preventívne prehliadky v špecializovanej ambulantnej starostlivosti

Ďalšou možnosťou zníženia administratívy je zrušenie povinnosti odporúčania všeobecného lekára na výkon u lekára špecialistu v prípade preventívnych prehliadok. Napr. muži nad 40 rokov, v rodine ktorých sa vyskytol prípad karcinómu prostaty, majú nárok na jednu preventívnu prehliadku u urológa, resp. u mužov nad 50 rokov sa preventívna urologická prehliadka vykonáva raz za tri roky, v prípade výskytu rakoviny konečníka u rodinných príslušníkov sa vykonáva preventívne kolonoskopické vyšetrenie u gastroenterológa raz za 10 rokov, v prípade pozitívneho testu na okultné krvácanie raz za 2 roky absolvuje pacient skrining rakoviny konečníka a hrubého čreva.

³¹ <http://byrokratickyindex.sk/byrokraticky-index-slovenska-2021/>

Úprava výdaja diietických potravín a vybraných zdravotných pomôcok

Jednou z rýchlejších ciest ako získať viac času pre zdravotníckych pracovníkov vo všeobecných ambulanciách je odstránenie úkonov, ktoré nemajú priame medicínske opodstatnenie a môžu byť presunuté do sociálneho systému. Príkladom je zmena spôsobu podpory ľudí trpiacich celiakiou alebo inými ochoreniami vyžadujúcimi konzumáciu diietických potravín (bezlepkové potraviny, štandardné polymérne diéty). V súčasnosti sú takéto potraviny predpisované všeobecnými lekármi, primárnymi pediatrami alebo lekármi špecialistami cez lekárske predpisy/poukazy na konkrétne potraviny a hradené z verejného zdravotného poistenia. Administratívnu náročnosť spôsobuje nielen objem takto vystavovaných predpisov, ale aj ich opakované predpisovanie v prípade, ak daná potravina nie je dostupná a musí byť predpísaná iná potravina.

Vo väčšine krajín³² táto záťaž bola riešená vyradením diietických potravín z verejného zdravotného poistenia a nahradím tejto podpory poskytnutím mesačnej poukážky resp. karty zo strany Sociálnej poisťovne, čo by odstránilo z ambulancií návštevy spojené s predpisom. Proces si vyžaduje definovať jasné pravidlá a proces pridelovania mesačných poukážok. V rámci procesu je potrebné určiť kto (zohľadniť vek), v akej výške, pri akej diagnóze má nárok na finančnú podporu na diietické potraviny spolu s intervalom dokladovania potvrdenia od lekára (vzorom môžu byť krajiny ako Belgicko alebo Nórsko, kde je potrebné predložiť úradu, ktorý priznáva finančnú podporu na diietické potraviny potvrdenie od lekára raz za 2 roky v prípade celiakie). Napríklad celiatik predloží od lekára oprávneného podľa definovaných indikačných obmedzení potvrdenie Sociálnej poisťovni, ktorá mu po priznaní nároku začne zasielať mesačné poukážky, resp. karty s mesačným dopĺňaním kreditu podľa priznanej výšky do stanovenej doby v rozhodnutí o priznaní finančnej podpory na diietické potraviny. Pacient môže použiť poukážku/kartu s kreditom na nákup diietických potravín podľa svojich preferencií.

Zjednodušeniu by pomohla aj možnosť predpísania predpisu len na danú skupinu v maximálnej výške a pacient by si mohol sám rozhodnúť aké diietické potraviny si vyberie v rámci predpísanej skupiny, resp. aké absorpčné prostriedky mu najviac vyhovujú bez potreby lekárskeho predpisu.

Z pohľadu efektívnej alokácie prostriedkov verejného zdravotného poistenia bude potrebné do budúcnosti upraviť aj riešenie predpisovania zdravotníckych pomôcok ako sú invalidné vozíky, postele a antidekubitné matrace a fixačné goliere, kde prichádza k prestojom alebo viacerým duplicitám so sociálnym systémom.

V rámci optimalizácie nákladov je ďalej odporúčané vykonať porovnanie zoznamov pomôcok poskytovaných v rámci zdravotnej starostlivosti a sociálnej starostlivosti, aby sa odstránili duplicity a neefektívne nakladanie z finančnými prostriedkami.

³² <https://www.aoecs.org/news/survey-on-economic-aid-for-coeliacs-in-europe/>

Tabuľka 24: Príklady dietetických potravín, ktoré plnia úlohu sociálnej, nie zdravotnej starostlivosti

VRC0E1	VRC0E3
SD0940 - Akacia: chlieb bezgluténový krájaný	SD0099 - Quattro: bezgluténové kakaoové chlieb
SD0941 - Akacia: Cornale: chlieb bezgluténový vrecový krájaný	SD0098 - Haeckl'sky bezgluténové kakaoové (strudkový výrobok)
SD0909 - Akacia: Vital: chlieb bezgluténový (krájaný / vrecový krájaný)	SD0038 - Bezgluténové lyžičky s púhlikmi (strudkový výrobok)
SD0478 - Plan Campagnari: bezgluténový domáci chlieb	VRC0E04
SD0291 - Bon Matin: bezgluténové sladké žemle	SD0877 - Parné buchty bezgluténové s lekádom
SD0875 - Planit: Hamburger: bezgluténové žemle bez tepla	SD0878 - Parné knedle bezgluténové
SDP024 - Chlieb bezgluténový	VRC0FA1
SD0960 - Ciabatta - predpečené bezgluténové žemle	SD1002 - Nutrition 1 HA PROSYNCO
SD0961 - Ciabatta Rustica - predpečené bezgluténové celozrnné žemle	SD1227 - BEBA EXPERTpro HA 1
SD0978 - Panfette: integrale: celozrnný chlieb krájaný	SD0968 - BEBA Optipro HA1
SD0979 - Panfette: krájaný chlieb biele	SD0825 - Sunar EXPERT HA1
SD0874 - LINGI chlieb s tarom bezgluténový	SD0578 - HPP HA 1 Combiotec 1
VRC0E2	SD1228 - BEBA SUPREMEpro 1
SD1190 - PROCEL bezgluténové cestoviny	SD1040 - HPP HA 1 Combiotec
SDP026 - Fusilli - bezgluténové cestoviny	VRC0FA2
SDP025 - Nukarčné cestoviny Felica	SD1171 - BEBA SENSITIVE
SD0986 - Bilo ryžové cestoviny Felica FUSILLI TRICOLORE	SD1166 - Nutrition 1 COMFORT & COLICS
SD0771 - Felica BIO celozrnné ryžové fusilli	SD1157 - Nutrition 2 COMFORT & COLICS
VRC0E4	SD0879 - BEBA SENSITIVE
SD0942 - Fruit Mosa: mäsá s ovocím bezgluténové	SD1183 - HPP Comfort
SDP027 - Lanté: detské koláky	SD1283 - HPP Comfort
SD0207 - Salsit: bezgluténové pralinky	SD1949 - Nutrition 2 Omnia Comfort
SD0340 - MUESLI bezgluténové granulované	SD1950 - Nutrition 1 Omnia Comfort
SD0209 - Bezgluténové mäsá	

Podpora administratívneho personálu v R-CIZS

Projekt Regionálnych centier integrovanej zdravotnej starostlivosti ("R-CIZS") okrem iného plánuje zaviesť zníženie administratívnej záťaže zdravotníckych pracovníkov prostredníctvom financovania administratívneho tímu centra a jednotného call centra pre všetky centrá, ktoré môže po dohode s poskytovateľmi prebrať časť administratívnych úloh (napr. objednávanie pacientov, preberanie a odosielanie poštových zásielok a iné), čím uvoľní priestor pracovníkov poskytovateľa na prácu s pacientom alebo na iné úlohy.

Primeraná platba zo strany Sociálnej poisťovne a debyrokratizácia

Zdravotné výkony na účely sociálneho poistenia (v zmysle § 156 zákona o sociálnom poistení), najmä vystavenie a ukončenie PN, potvrdenie o OČR a iné prinášajú značnú administratívnu záťaž. Lekárov od nich síce nemožno plne odbremeniť, ale je vhodné otvoriť diskusiu o možnosti zriadenia samostatnej inštitúcie posudkového lekárstva v zmysle koncepcie odboru posudkového lekárstva s cieľom objektivizácie, odbremenia a debyrokratizácie súčasných všeobecných lekárov. Účelom vytvorenia samostatnej nezávislej inštitúcie bude zabezpečenie objektívneho a nezávislého posudzovania zdravotného stavu na základe vypracovaného posudku. Hlavným cieľom je zosúladiť činnosť navrhovanej inštitúcie a zabezpečenie účelného a efektívneho procesného postupu, ktorý bude zárukou objektívnosti a nezávislosti vo vzťahu k osobám, žiadajúcim o priznanie dávky podmienenej dlhodobou nepriaznivým zdravotným stavom. Zároveň platí, že ak štandardné vyšetrenie je ocenené 250 bodmi a trvá najmenej 20 minút, tak administratívny zdravotný výkon v trvaní 5 minút by mal namiesto súčasných 35 bodov byť ohodnotený aspoň 60 bodmi.

Dopracovanie povinnosti informovať o zániku poskytovateľa zdravotnou poisťovňou

Vzhľadom na vysoký vek všeobecných lekárov a primárnych pediatrov a ich čoraz väčší nedostatok je potrebné formalizovať proces informovania pacientov, ktorých poskytovateľ ukončil činnosť bez náhrady. V súčasnosti, ak poskytovateľ VAS zanikne bez náhrady, je zdravotná poisťovňa povinná pacienta informovať. Aktuálne znenie zákona však prináša problémy, kedy definovanie "zániku poskytovateľa bez náhrady" nie je v praxi dobre overiteľné zo strany zdravotných poisťovní. Je potrebné špecifikovať proces informovania pacienta, aby nenastávali zmätočné informovania.

Zníženie záťaže využívaním tele-medicínskych služieb

Pandémia ochorenia Covid - 19 akcelerovala využívanie tele-medicíny vo svete aj u nás. Z dôvodu zabezpečenia dostupnosti a bezpečnosti poskytovania ambulantných služieb pre pacientov, zaviedli zdravotné poisťovne od apríla 2020 preplácanie 4 výkonov synchronnej tele-medicíny nad rámec kapitačných platieb.

Počas mája až júna 2020 zrealizoval ambulantný sektor v SR 10 % zo všetkých konzultácií formou vzdialenej komunikácie. 63 % zo vzdialených konzultácií prebiehalo v segmente VAS. Iba 2%

vzdialených konzultácií prebiehalo formou video konzultácií³³. Aj po odznení pandémie je potrebné, aby sa zachovala súčasná finančná motivácia na poskytovanie vybraných služieb aspoň v súčasnej výške, ktoré zvyšujú dostupnosť a prijateľnosť služieb pre pacientov. Podiel tele-konzultácií by však nemal presiahnuť 25% celkových návštev mesačne, aby sa zamedzilo nadmernému používaniu tejto služby³⁴.

Na základe výsledkov zo zahraničia najväčší benefit tele-medicína (vrátane monitoringu pacienta na diaľku) prináša pri stabilných chronicky chorých pacientoch (hypertenzia, CHOCHP, obezita, diabetes)³⁵. Je potrebné zaviesť finančnú motiváciu (t. j. hradený výkon) spolu s povinnosťou lekára odpovedať pacientovi v určenom termíne a zároveň centrálnu platformu aj pre prvky asynchrónnej tele-medicíny, a to najmä vo forme podpory komunikácie lekár - lekár (najmä pri záchytech ischemickej choroby srdca pomocou vyšetrení EKG alebo pri iných prípadoch umožňujúcich včasný záchyt ochorení). Týmto krokom sa zabráni odosielaniu nekomplikovaných prípadov do špecializovanej ambulantnej starostlivosti.

Pre využívanie plného potenciálu tele-medicíny je dôležité, aby lekári a sestry disponovali digitálnymi zručnosťami, potrebnou technológiou a rozumeli možnostiam aplikácie tele-medicíny v ich špecifických podmienkach. Je potrebné vypracovať odporúčania pre aplikáciu tele-medicíny vo vyššie spomenutých prípadoch (vrátane konzultácie v online prostredí), tak ako dnes existuje "Starostlivosť o pacientov s artériovou hypertenziou prostredníctvom tele-konzultácií (odporúčanie)". Zároveň je potrebné pripraviť "Príručku tele-medicíny vo všeobecných ambulanciách", ktorá by pozbierala najlepšiu aplikačnú prax v rámci krajiny a zrozumiteľnou formou by ju rozšírila medzi všetkých poskytovateľov. Dodatočnou motiváciou by mohlo v budúcnosti byť rozšírenie kompetencií sestier, ktoré by mohli vykonávať vybrané výkony tele-medicíny samostatne. Z dlhodobého hľadiska by tele-medicína mala byť zaradená do vzdelávacieho procesu všeobecných lekárov a sestier (postupy, technológie, "virtuálna klinika", komunikácia a vyhodnocovanie konzultácie), napríklad počas ŠŠ alebo v rámci pregraduálneho vzdelávania.

2.7 Financovanie VAS

SR vynakladá na VAS z celkového rozpočtu na zdravotníctvo menej ako susedné krajiny a krajiny so silnou VAS. Z dlhodobého hľadiska je potrebné adresne navyšovať zdroje vo VAS. Požiadavka na navýšenie výdavkov na VAS sa opiera o závery zo Záverečnej správy Revízie výdavkov na zdravotníctvo II³⁶ a závery reportov Svetovej banky³⁷, kde sú uvedené ako bariéry efektívnej VAS, najmä:

- nízke výdavky na VAS,
- nízka atraktivita špecializačného odboru všeobecného lekárstva medzi študentami,
- platobné mechanizmy lekárov, ktoré neposkytujú vhodné motivácie vo VAS,
- nízka dostupnosť VAS, najmä na vidieku.

Jedno z hlavných opatrení Revízie odporúča zvýšiť zdroje na VAS na úroveň 0,4 % HDP (priemer výdavkov v krajinách V3, čo predstavuje potenciál 113 mil. eur v horizonte 10 rokov).

³³ Interný materiál MZ SR; 2021

³⁴ Suitability of Video Consultations During the COVID-19 Pandemic Lockdown: Cross-sectional Survey Among Norwegian General Practitioners

³⁵ The Uptake and Use of Telemonitoring in Chronic Care Between 2014 and 2019: Nationwide Survey Among Patients and Health Care Professionals in the Netherlands – PMC

³⁶ <https://www.mfsr.sk/sk/financie/hodnota-za-peniaze/revizia-vydavkov/revizia-vydavkov.html>

³⁷ WB (2018a). Competencies of general practitioners in the Slovak Republic: Scope for change. WB (2018b). Expanding GP competencies in the Slovak Republic: policy routes and recommendations.

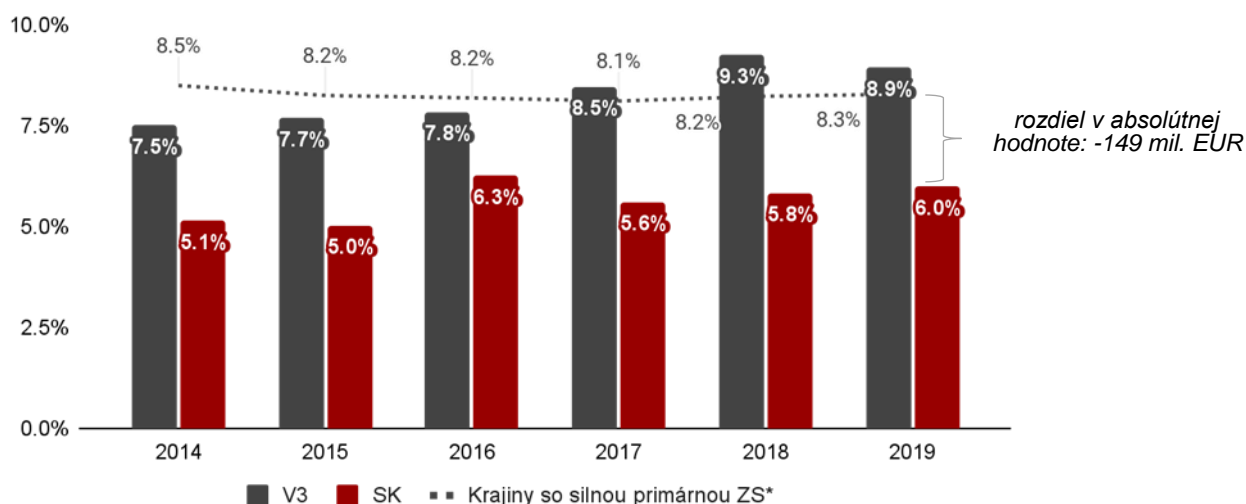
2.7.1 Zmeny v úhradovom mechanizme

Úhradový mechanizmus musí viac odmeňovať výkon aj výsledok

Z celkových výdavkov na zdravotníctvo v SR v roku 2019 išlo na segment VAS 6,0%. Medzi rokmi 2014 a 2019 tento podiel stúpol o 0,9 percentuálneho bodu. V porovnaní s výdavkami na VAS krajín so silnými systémami VAS je to takmer o tretinu menej (- 149 mil. EUR, prepočítané k výdavkom na zdravotníctvo v SR podľa roku 2019). Je potrebné vziať do úvahy, že číslo obsahuje aj indikovanú zdravotnú starostlivosť z VAS (napr. zobrazovacie vyšetrenia) ako aj priame platby domácností, dobrovoľné pripistenie a priame financovanie zo štátneho rozpočtu mimo prostriedkov verejného zdravotného poistenia.

Rovnako je to významne menej ako investujú do VAS susediace krajiny (8,9 %). Bez potrebného navýšenia podielu finančných prostriedkov smerujúci do VAS oproti roku 2019 nebude možné implementovať jednotlivé stabilizačné ani rozvojové iniciatívy.

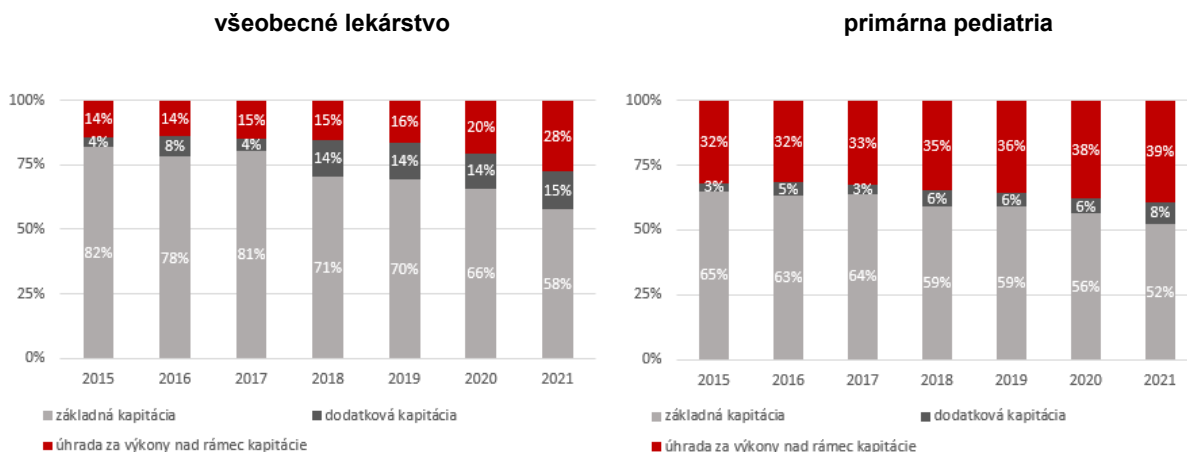
Graf 13: Porovnanie výdavkov na VAS z celkových výdavkov na zdravotníctvo medzi krajinami



Súčasný systém úhrad VAS je v SR postavený na kombinovanom kapitačno-výkonovom mechanizme. Kapitačná zložka úhrady je zložená zo základnej časti kapitácie diferencovanej podľa veku a z dodatkovkej kapitácie, ktorou sa zdravotné poisťovne snažia motivovať poskytovateľov zdravotnej starostlivosti k želanému správaniu. Každá zdravotná poisťovňa stanovuje parametre dodatkovkej kapitácie a ich relatívne váhy podľa individuálnej dohody so zástupcami poskytovateľov. Výška základnej aj dodatkovkej kapitácie, vekové pásma základnej kapitácie a parametre dodatkovkej kapitácie sú dnes regulované priamou dohodou zástupcov poskytovateľov s jednotlivými zdravotnými poisťovňami.

Výkonová zložka úhrad (za výkony hrazené nad rámec kapitácie) v roku 2019 tvorila z celkových úhrad 16 % vo všeobecnom lekárstve a 36 % v primárnej pediatrii. Preventívne prehliadky tvorili najväčšiu časť výkonov hrazených nad rámec kapitácie. Výkonová zložka rástla v rokoch 2020 a 2021 najmä z dôvodu úhrady novo zavedených tele-medicínskych výkonov.

Graf 14: Štruktúra jednotlivých zložiek úhrad vo VAS



Zdroj: údaje od zdravotných poisťovní

VAS je spolu s verejným zdravím kľúčovým pre zlepšovanie zdravia obyvateľstva a pre udržanie fiškálnej stability celého zdravotníctva pri starnutí obyvateľstva. Je preto dôležité, aby rozširovanie úloh tohto segmentu bolo sprevádzané aj revíziou financovania, ktorá pre tento segment zabezpečí:

- stabilitu,
- spravodlivosť,
- motiváciu k výkonu, kvalite a efektívite,
- podporu zamestnávania dodatočných kapacít a odmenu za výkon v sťažených podmienkach.

a) Stabilita

Prvou z úloh, ktoré majú byť posilnené, je postavenie VAS ako "gatekeepera" celého systému poskytovania zdravotnej starostlivosti. Stabilné financovanie pre poskytovateľov, ale aj pre platcov, musí zabezpečiť možnosť dlhodobého rozvoja porovnateľného s krajinami V3 alebo krajinami so silnou VAS. Pre realizáciu tohto cieľa sú potrebné dva základné mechanizmy:

- Programový rozpočet a jeho dodržiavanie** – v zmysle § 15 ods. 8 zákona č. 581/2004 Z. z. je rozpočtovanie výdavkov a percento určené pre jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti z celkovej sumy výdavkov určenej na zdravotnú starostlivosť v rozpočte stanovené každoročne, pre rok 2022 vyhláškou MZ SR č. 9/2022 Z. z., ktorou sa ustanovuje percento určené pre jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti z celkovej sumy výdavkov určenej na zdravotnú starostlivosť v rozpočte na rok 2022. Pre zabezpečenie dostatočného financovania VAS je odporúčané zabezpečiť percento výdavkov určených na VAS v rozpočte v objeme minimálne 7,95% z celkovej sumy výdavkov zdravotných poisťovní určených na zdravotnú starostlivosť, čo predstavuje porovnateľné výdavky na VAS s krajinami s najsilnejšou VAS. Tvorba programového rozpočtu definovaná vyhláškou MZ SR č.10/2022 Z. z., ktorou sa ustanovuje spôsob, rozsah, termíny predkladania ďalších údajov, štruktúra výdavkov na jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti a spôsob určenia percentuálnych podielov pre typy zdravotnej starostlivosti pre jednotlivé zdravotné poisťovne, sa opiera aj o revíziu výdavkov určených v štátnom rozpočte na príslušný kalendárny rok, ktorá už dnes berie do úvahy úpravu výdavkov o vplyv inflácie, vplyv zvýšených mzdových nákladov a vplyv starnutia populácie.

Tabuľka 25: Percento výdavkov určené pre jednotlivé typy ZS z celkovej sumy verejných výdavkov určenej na ZS

Typ zdravotnej starostlivosti	Percento výdavkov (2022)	Percento výdavkov (benchmark)
Lieky a dietetické potraviny	21,77 %	
Zdravotnícke pomôcky	3,40 %	

Ústavná zdravotná starostlivosť	31,86 %	
Všeobecná ambulantná starostlivosť	7,36 %	7,95 - 8,59 %
Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	9,72 %	
Špecializovaná ambulantná starostlivosť	18,96 %	
Ambulantná pohotovostná služba	0,39 %	
Záchranná zdravotná služba	2,97 %	
Kúpeľná starostlivosť	0,83 %	
Dopravná zdravotná služba	0,70 %	
Vrtuľníková a letecká záchranná ZZS	0,28 %	
Iná zdravotná starostlivosť	1,75 %	
Celkom	100,00 %	100,00 %

VAS v tabuľke nezahŕňa výdavky indikovanej zdravotnej starostlivosti, výdavky na zubné lekárstvo a gynekologickú špecializovanú starostlivosť.

- **Naviazanie platby za poistencov štátu na priemernú mzdu v národnom hospodárstve spred 2 rokov** - kľúčovú rolu pri rozpočtovaní objemu zdrojov pre zdravotné poisťovne zohráva platba za poistencov štátu. Od roku 2020 táto platba prestala byť naviazaná na priemernú mzdu v národnom hospodárstve spred 2 rokov, ale určuje ju Ministerstvo financií SR v rámci tvorby rozpočtu. Tlak na rozpočet tak pravidelne spôsobuje nízku alokáciu na platby za poistencov štátu, čo vytvára následne nedostatok zdrojov v sektore. Tento nedostatok je následne riešený cez dofinancovanie, čo nepredstavuje systémové riešenie.

b) Spravodlivosť

Princíp spravodlivého odmeňovania je postavený na zásade, kde poskytovateľ zdravotnej starostlivosti má byť odmeňovaný za výkon porovnateľne bez ohľadu na segment, v ktorom bol daný výkon poskytnutý a bez ohľadu na členstvo v záujmových združeniach poskytovateľov. Mieru náročnosti má určovať jednotný zoznam zdravotných výkonov, ktorý pri správnom nastavení musí zohľadňovať rozdiely medzi personálnymi, prevádzkovými a materiálmi náročnosťami jednotlivých výkonov a určuje tak relatívnu náročnosť daného výkonu. Základná kapitácia plní vo financovaní poskytovateľov VAS najmä stabilizačnú funkciu, bráni vysokému počtu výkonov, podporuje prevenciu a stabilizuje samotnú sieť. Pridaná hodnota kompetitívnosti zdravotných poisťovní pri nastavovaní rozdielnych vekových pásiem a indexu základnej kapitácie by mala byť predmetom širokej diskusie. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti realizujú výkony hradené v rámci kapitácie pacientom v rovnakom veku bez rozdielu na ich príslušnosť v zdravotnej poisťovni, ale dostávajú za rovnakú zdravotnú starostlivosť rozdielnu úhradu. Väčší priestor na diferencované motivačné trhové prostredie, ktoré má odmeňovať za želané správanie poskytovateľa možno dosiahnuť v individuálnych parametroch dodatkového kapitácie každej zdravotnej poisťovne. Pre realizáciu tohto cieľa je potrebné určiť či už na základe dohody, odporúčaním MZ SR alebo priamou reguláciou nasledovné:

- **Jednotné vekové kapitačné pásma a index** - záväzný pre všetkých poskytovateľov VAS a zdravotné poisťovne. Index nákladovosti jednotlivých vekových skupín má zohľadňovať odchýlku náročnosti vekovej skupiny vo vzťahu k priemernému počtu návštev, časovú náročnosť poskytovania zdravotnej starostlivosti, prácnosť a nákladovosť na ošetrovanie jednotlivých poistencov. Očakávané je zníženie rozdielu ocenenia starostlivosti o deti do 4 rokov a pacientov nad 75, resp. 85 rokov.

Tabuľka 26: Prehľad vekových kapitačných pásiem platných k obdobiu jún/2022

	VŠZP	Dôvera	Union		VŠZP	Dôvera	Union
	0 - 1 rok	0 - 1 rok	0 - 1 rok		do 19 rokov	18 - 19 rokov	18 - 50 rokov
Všeobecná starostlivosť pre deti a dorast	1 - 5 rokov	1 - 2 rokov	1 - 2 rokov	20 - 28 rokov	19 - 27 rokov	51 - 60 rokov	
	6 - 14 rokov	2 - 7 rokov	3 - 5 rokov	29 - 39 rokov	27 - 45 rokov	61 - 80 rokov	
	15 - 17 rokov	7 - 19 rokov	6 - 14 rokov	40 - 44 rokov	45 - 51 rokov	81+ rokov	
	18 - 19 rokov	19 - 27 rokov	15 - 18 rokov	45 - 49 rokov	51 - 53 rokov		
	20 - 28 rokov	27 - 28 rokov	19 - 28 rokov	50 - 54 rokov	53 - 57 rokov		
				55 - 59 rokov	57 - 61 rokov		
Všeobecná starostlivosť pre dospelých				60 - 64 rokov	61 - 64 rokov		
				65 - 69 rokov	64 - 68 rokov		
				70 - 74 rokov	68 - 72 rokov		
				75 - 79 rokov	72 - 87 rokov		
				80 - 84 rokov	87+ rokov		
				85+ rokov			

Zdroj: Portál zdravotných poisťovní so zverejnenými zmluvami s poskytovateľmi

- **Minimálna základná sadzba kapitačnej úhrady** – určovaná na ročnej báze a záväzná pre všetkých poskytovateľov VAS a zdravotné poisťovne. Zdravotné poisťovne si môžu s poskytovateľmi dohodnúť vyššiu sadzbu za kapitovaného poistenca ako je minimálna sadzba. V súčasnosti je definícia obsahu kapitácie vyjadrená exkluzívne (zahŕňa všetko, čo nie je hrazené nad rámec kapitácie), spolu so zoznamom zdravotných výkonov je potrebné ju definovať inkluzívne.

Nový zoznam zdravotných výkonov predstavuje nevyhnutný krok v celom procese stabilizácie ambulantného sektora, nielen VAS. Vydanie nového zoznamu zdravotných výkonov spolu s ďalšími vykonávacími predpismi, ktorý bude reflektovať na aktuálne výkony realizované pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti (jednotné pre všetky zdravotné poisťovne), vrátane premietnutia sa nových kompetencií do výkonov, dispenzárných výkonov vo VAS, možno považovať za úlohu s najvyššou prioritou v rámci ambulantného sektora. Zoznam zdravotných výkonov má určovať relatívnu náročnosť jednotlivých výkonov. Ak je výkon nákladovo heterogénny, tak je potrebné vytvoriť samostatný výkon zohľadňujúci rôzne nákladové potreby.

c) Motivácia k zvyšovaniu výkonu, kvality a efektivity

Úhradový systém má riešiť aj prvky motivácie k zvyšovaniu výkonu, kvality a efektivity. Odmeňovanie výkonu a kvality je navrhované ponechať na jednotlivé zdravotné poisťovne a ich vzájomnú dohodu s poskytovateľmi. Týmto je zaručená flexibilita, krátky reakčný čas na zmenu správania poskytovateľov alebo nové podmienky. Do budúcnosti je žiadúce, aby zdravotné poisťovne v rámci svojej úhradovej politiky prinášali do odmeňovania aj úhradu, ktorá ide za výsledkom a kvalitou poskytovateľov vo viacerých oblastiach ako je preventívna činnosť alebo vakcinácia. Pre realizáciu tohto cieľa je potrebné určiť:

- **Limit pre dodatkovú kapitáciu** - maximálny objem úhrad zdravotných poisťovní naviazaných na parametre kvality a efektivity, t. j. časť úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorá je závislá od plnenia parametrov kvality a efektívnosti zdravotnej starostlivosti alebo od poskytovania vyššej hodnoty pre pacienta. Podiel bude definovaný v programovom rozpočte na príslušný rok s cieľom zabezpečenia motivačnej štruktúry úhrad najmä vo vzťahu posilnenia výkonovej zložky úhrady. Parametre kvality a efektivity sú definované jednotlivými zdravotnými poisťovňami v spolupráci s poskytovateľmi, sú verejne dostupné a definujú sa na fixné obdobie 12 mesiacov. Zdravotné poisťovne vyhodnocujú a zverejňujú plnenie každého parametra ako celok a oznamujú výsledné percento plnenia na úrovni poskytovateľov Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

d) Podpora zamestnávania dodatočných kapacít a kompenzácia za výkon v sťažených podmienkach

K zvýšeniu atraktivity segmentu VAS je potrebné nastaviť úhradový mechanizmus viacerým modelom poskytovania VAS, ktoré sa líšia personálnymi alebo materiálno-technickými potrebami. Okrem podpory výkonovej zložky úhrad je potrebné, aby úhradový mechanizmus podporoval nábor dodatočných kapacít do segmentu VAS a zároveň podporoval rôzne prostredia, v ktorých

poskytovatelia pôsobia. Podpora a kompenzácia rozdielných podmienok pri zabezpečovaní zdravotnej starostlivosti má byť vo verejnom záujme s cieľom zabezpečenia dostupnosti VAS. Odporúča sa v najbližšom období implementovať opatrenia, ktoré adresne kompenzujú sťažené podmienky pri výkone alebo kompenzujú zvýšené personálne a materiálno-technické potreby pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v odľahlých vidieckych regiónoch formou príplatkov k základnej kapitácii ako napríklad:

- príplatok za prácu s vylúčenými komunitami,
- príplatok za poskytovanie zdravotnej starostlivosti v oblastiach so zníženou dostupnosťou,
- príplatok za nadštandardné personálne vybavenie,
- príspevok pre zabezpečenie generačnej obmeny.

Vstupným predpokladom pre úspešnú implementáciu príplatkov bude rozhodnutie o forme implementácie. Z dôvodu absencie zakotvenia formy súčasného úhradového mechanizmu VAS v legislatíve (kombinovaný kapitačno-výkonový systém je výsledkom dohody zdravotných poisťovní a poskytovateľov), napojenie príplatkov na základnú kapitáciu si vyžaduje okrem legislatívneho ukotvenia príplatkov, aj ukotvenie samotej existencie kapitačnej-výkonnej úhrady pre poskytovateľov VAS. Je možné uvažovať na línii od spoločnej dohody zodpovedných subjektov až po ukotvenie príplatkov formou všeobecne záväzného právneho predpisu. Samotná výška príplatkov by mala byť predmetom diskusie, s cieľom dodržať princíp adresnosti a dostatočnej motivácie.

Príplatok za poskytovanie zdravotnej starostlivosti vo vylúčených komunitách

Hlavným cieľom tohto príplatku je udržať dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre vylúčené komunity prostredníctvom kompenzácie sťaženého výkonu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v týchto oblastiach. V súčasnosti absentuje motivačný stimul odmeňovania za tento typ sťaženého výkonu. Do budúca existuje riziko, že budúci poskytovateľ za rovnakú úhradu od zdravotných poisťovní uprednostní otvorenie ambulancie v atraktívnejšej lokalite namiesto lokality, kde bol identifikovaný sťažený výkon v podobe starostlivosti o vylúčené komunity. To môže mať za následok prehĺbenie komplexného problému vylúčených komunít. Je vo verejnom záujme podporovať týmto kompenzačným príplatkom poskytovateľov, ktorí či v súčasnosti alebo v budúcnosti budú prevádzkovať ambulanciu v týchto lokalitách. Je zrejmé, že tento nástroj sám o sebe nedokáže stabilizovať situáciu v dostupnosti VAS, je preto potrebné k tomuto nástroju implementovať aj ďalšie nástroje, aby bola dosiahnutá čo najväčšia adresnosť a podpora poskytovateľov.

Proces v praxi je potrebné nastaviť za súčinnosti viacerých subjektov. Okrem navýšenia finančných prostriedkov na opatrenie si implementácia vyžaduje aj spoluprácu s Úradom splnomocnenca vlády SR pre rómske komunity, príspevkovej organizácie Zdravé regióny, Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, samosprávnych krajov, zdravotných poisťovní a MZ SR.

Kľúčovú úlohu môže plniť Úrad splnomocnenca vlády SR pre rómske komunity pri tvorbe zoznamu oblastí s vylúčenými komunitami. Príplatok by nemal byť viazaný na konkrétne osoby, ale na územie, v ktorej je koncentrácia osôb z vylúčených komunít na úrovni minimálne 25% zo všetkých osôb žijúcich v danom území. Navrhovaný princíp je založený na koncentracii osôb v sledovanom území, nie na individuálnom posudzovaní osôb s cieľom minimalizovať možné prejavy ostrakizácie a eliminovať byrokratickú záťaž poskytovateľov.

Poskytovateľ na základe jednoduchej žiadosti môže požiadať Úrad splnomocnenca vlády SR pre rómske komunity o priznanie statusu poskytovateľa, ktorý poskytuje VAS vo vylúčených komunitách. Úloha jednotlivých inštitúcií ako Zdravé regióny, samosprávne kraje, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou môže spočívať v poskytnutí súčinnosti v procese verifikácie údajov poskytnutých lekárom. Úrad splnomocnenca vlády SR pre rómske komunity udelí poskytovateľovi status na tri roky. Zdravotné poisťovne následne budú uhrádzať príplatok k základnej kapitácii po doložení potvrdenia o udelení statusu poskytovateľom.

Príplatok za poskytovanie zdravotnej starostlivosti v obciach so zníženou dostupnosťou

Cieľom tohto príplatku je zachovať dostupnosť zdravotnej starostlivosti v odľahlých oblastiach z pohľadu geografického a infraštruktúrneho znevýhodnenia prostredníctvom kompenzácie práce a nadštandardného materiálneho-technického vybavenia ambulancie poskytovateľa VAS v týchto oblastiach.

Navrhovaný implementačný proces môže pozostávať z nasledujúcich krokov:

- MZ SR každoročne vydá zoznam obcí v odľahlých oblastiach, v ktorých vzniká poskytovateľovi VAS nárok na príplatok, v prípade miesta prevádzky ambulancie v týchto obciach.
- Metodika určovania obcí vychádza z dvoch základných podmienok:
 - čas dojazdu k jednej z piatich typov definovaných oblastí (urbanistické a rurálne), kde za odľahlé oblasti sa považujú oblasti R2 a R3 z tabuľky nižšie,
 - minimálny čas dojazdu k najbližšiemu ďalšiemu poskytovateľovi VAS > 10 minút.
- Zdravotné poisťovne automaticky priznajú a začnú uhrádzať príplatok k základnej kapitácii za každého kapitovaného poistenca evidovaného v ambulancii, ktorej miesto prevádzkovania sa nachádza v zozname odľahlých oblastí zverejnenom MZ SR.
- Zoznam sa bude každoročne meniť najmä z dôvodu zmien v druhej podmienke (najbližší poskytovateľ – medziročný prírastky/úbytky).

Tabuľka 27: Parametre kategorizácia urbanistických a rurálnych oblastí SR

Kategória	Geografická klasifikácia pre účely dostupnosti ZS (čas dojazdu)				
	Urbanistické oblasti		Rurálne oblasti		
	U1	U2	R1	R2	R3
Veľkomesto (≥100 000)	≤15 min				
Väčšie mesto (30,000 – 99,999)		≤15 min	> 15 ≤ 30 min	> 30 ≤ 45 min	> 45 min
Menšie mesto (10,000-29,999)			≤ 15 min	> 30 ≤ 45 min	> 45 min
Malé mesto (1,000 – 9,999)				≤ 15 min	> 15 min

Na základe výsledkov vyhodnocovania stavu siete poskytovateľov VAS na obdobie 2022 bolo identifikovaných približne 30 obcí, ktoré spĺňajú kritériá oblastí so zníženou dostupnosťou zdravotnej starostlivosti, pričom sa takéto identifikované obce nachádzajú vo všetkých krajoch okrem Bratislavského kraja. Zoznam obcí so zníženou dostupnosťou bude MZ SR aktualizovať každoročne, z dôvodu každoročných zmien vo verejnej sieti poskytovateľov VAS.

Príplatok za nadštandardné personálne zabezpečenie

Cieľom je zvýšiť efektívnosť poskytovania zdravotnej starostlivosti vo všeobecnej ambulancii bez dopadu na kvalitu prostredníctvom podpory rozširovania personálneho zabezpečenia všeobecných ambulancií pomocou pracovníkov v ošetrovateľskom tíme nad rámec minimálneho počtu a administratívnymi pracovníkmi. Logika tohto príplatku vychádza z aktuálneho nedostatku počtu všeobecných lekárov a primárnych pediatrov. Pri negatívnej bilancii počtu lekárov bude v blízkej dobe stále menej všeobecných lekárov a primárnych pediatrov poskytovať zdravotnú starostlivosť relatívne rovnako veľkej skupine poistencov, čo bude znamenať väčšie a náročnejšie kapitačné kmene. Z tohto dôvodu je nevyhnutné začať podporovať poskytovateľov, ktorí si zamestnávajú zdravotníckych aj administratívnych pracovníkov navyše na zabezpečenie starostlivosti a ktoré dokážu poskytovať starostlivosť pre vyšší počet poistencov ako je normatívny počet kapitovaných poistencov. Finančné nástroje podobného charakteru už začali aplikovať zdravotné poisťovne.

Navrhovaný implementačný proces môže pozostávať z nasledujúcich krokov:

- poskytovateľ preukáže splnenie podmienky (navýšenie kapacity súčasných úväzkov pracovníkmi ako napríklad sestra, praktická sestra – asistent, administratívny pracovník),
- zdravotná poisťovňa overí splnenie podmienky stanoveného intervalu počtu kapitovaných poistencov (MZ SR už v súčasnosti zdieľa údaje o celkovom počte kapitovaných poistencoch všetkých poskytovateľov so všetkými zdravotnými poisťovňami) a v prípade splnenia tejto podmienky začne uhrádzať príplatok k základnej kapitácii za každého kapitovaného poistenca evidovaného v danej ambulancii.

Opatrenie nebude mať plný dopad hneď od začiatku platnosti, počíta sa s postupným nábehom z dôvodu limitácie personálnych kapacít na strane sestier, aj keď poskytovatelia s väčšími kapitačnými kmeňmi už v súčasnosti zamestnávajú zdravotníckych pracovníkov nad stanovený minimálny počet. Nábehová krivka v prípade administratívnych pracovníkov je odhadovaná rýchlejšie.

Výška príplatku nemá ambíciu pokryť celú super hrubú mzdu nových pracovníkov. Časť krytia dodatočných personálnych nákladov ide za kapitačnou úhradou všeobecnej ambulancie ako aj za výkonmi, ktoré bude môcť poskytovať najmä druhá sestra vo všeobecnej ambulancii.

Tabuľka 28: Intervaly počtu kapitovaných poistencov – všeobecné lekárstvo

Minimálny počet kapitovaných poistencov	Maximálny počet kapitovaných poistencov	Počet miest s nárokom na príplatok
Sestra / praktická sestra - asistent nad rámec min. personálneho zabezpečenia		
1 600	2 000	+1
2 001	2 500	+2
2 501	2 800	+3
Administratívny pracovník		
1 600	2 250	1

Tabuľka 29: Intervaly počtu kapitovaných poistencov – primárna pediatria

Minimálny počet kapitovaných poistencov	Maximálny počet kapitovaných poistencov	Počet miest s nárokom na príplatok
Sestra / praktická sestra - asistent nad rámec min. personálneho zabezpečenia		
1 100	1 400	+1
1 401	1 900	+2
1 901	2 000	+3
Administratívny pracovník		
1 100	2 000	1

* Zamestnanec, na ktorého je čerpaný príspevok nesmie mať kumulovaný úväzok u všetkých PZS vyšší ako 1,2.

Dočasný príspevok na riadenú generačnú obmenu

Pre zabezpečenie dlhodobej stability ľudských zdrojov v segmente VAS je okrem vyššie uvedených príplatkov k základnej kapitácii, odporúčané zaviesť aj dočasný príspevok na podporu generačnej obmeny lekárov v dôchodkovom veku.

V súčasnosti chýba finančný nástroj na riadenú generačnú obmenu všeobecných lekárov a primárnych pediatrov. Vzhľadom na súčasnú nepriaznivú demografickú štruktúru všeobecných lekárov a primárnych pediatrov je dôležité podporiť spoluprácu a výmenu skúsenosti medzi staršou a

novou generáciou lekárov s cieľom zabezpečenia dlhodobej stability ľudských zdrojov v segmente VAS.

MZ SR implementovalo v roku 2022 finančný nástroj na vznik nových všeobecných ambulancií alebo zamestnanie nových lekárov u existujúcich poskytovateľov VAS formou nenávratnej finančnej pomoci na vznik novej všeobecnej ambulancie. Chýba však nástroj pre nových mladých lekárov, ktorí na začiatku kariéry volia skôr risk averznejší spôsob (najmä z dôvodu zladenia materských a pracovných povinností, postupný návrat do práce namiesto vlastnej praxe hneď od začiatku). Na začiatok radšej uprednostnia spoluprácu a možnosť učiť sa od skúsenejšieho kolegu (maximálne 3 roky) a až následne si v danom regióne otvoria vlastnú prax alebo prevezmú existujúcu prax lekára odchádzajúceho do dôchodku.

Tento spôsob má okrem iného výhodu v tom, že dochádza k výmene skúsenosti, ako aj k spoznávaniu zložitosti a špecifik daného kapitačného kmeňa. Je to podstatná informácia pre nového lekára, ktorý po odchode staršieho lekára s veľkou pravdepodobnosťou prevezme jeho pacientov do svojho kapitačného kmeňa, samozrejme pri rešpektovaní slobodnej voľby lekára. Vedľajším pozitívnym efektom je, že pacienti prirodzene a plynulo spoznávajú nového lekára a buduje sa vzájomná dôvera, ktorú je možné vo VAS vyjadriť spojením „spoznaj pacienta, nielen jeho diagnózu“.

Hlavným cieľom tohto príspevku je naštartovať a zabezpečiť generačnú obmenu lekárov v dôchodkovom veku prostredníctvom kompenzácie prechodného obdobia odovzdávania skúseností so záväzkom zotrvania mladého lekára v regióne.

Navrhovaný implementačný proces môže pozostávať z nasledujúcich krokov a podmienok:

- generačnú obmenu je možné realizovať u každého lekára vo veku vyššom ako 60 rokov, pôsobiaceho vo všeobecnej ambulancii minimálne 3 roky pred čerpaním príspevku,
- príspevok je určený pre nových lekárov maximálne vo veku 55 rokov, ktorí neposkytovali VAS v posledných 3 rokoch,
- čerpanie príspevku maximálne 3 roky, prioritne slúži na vykrytie personálnych nákladov spojených so zamestnaním mladšieho kolegu,
- príspevok je určený aj pre lekárov, ktorí sú v poslednom roku RŠ alebo ŠŠ,
- príspevok je viazaný na zotrvanie mladého lekára v danej obci, t. j. v prípade, ak lekár alebo poskytovateľ odstúpi od zmluvy o odstúpení praxe, ale mladý lekár začne poskytovať zdravotnú starostlivosť najneskôr do 6 mesiacov po odstúpení od zmluvy v rovnakom mieste výkonu (obec), nárok na príspevok za generačnú obmenu nezaniká (žiadateľ nemusí vrátiť príspevok),
- výška príspevku je diferencovaná podľa výšky úväzku nového lekára,
- výška príspevku je dostatočne motivačná aj pre lekárov v zahraničí, ktorí vedia oceniť istý čas na zorientovanie sa v slovenských podmienkach ambulantnej praxe a uprednostnia tento druh štartu (najprv zber skúsenosti),
- príspevok na generačnú obmenu a príspevok na vznik novej ambulancie z prostriedkov mechanizmu Plánu obnovy a odolnosti SR sa vzájomne nevylučujú.

2.7.2 Dodatočné prvky financovania

Financovanie je jedným z kľúčových nástrojov zdravotnej politiky. Vo významnej miere ovplyvňuje dosahovanie základných cieľov ako je ochrana pred katastrofickými nákladmi, zabezpečenie zlepšenia zdravotného stavu jedincov, respektíve udržanie primeranej spokojnosti a prijateľnosti poskytovaných služieb³⁸. Vysoký dopyt po službách zdravotnej starostlivosti a podpriemerné financovanie zdravotného sektora v SR, neumožňuje dosiahnuť želaný stav a je z dlhodobého hľadiska fiškálne neudržateľné.

Vzhľadom na vyššie uvedené, je potrebné do zdravotnej politiky zavádzať prvky, ktoré môžu pomôcť regulovať nadspotrebu (obyvatelia SR navštevujú ambulantných lekárov najčastejšie spomedzi

³⁸ Hsiao, W., Heller, P. S., What Should Macroeconomists Know about Health Care Policy?, International Monetary Fund 2007

všetkých krajín OECD³⁹⁾ a zároveň pomôžu priniesť dodatočné zdroje do systému pri zachovaní práv na univerzálne pokrytie a nediskrimináciu poskytovania služieb.

Pri priamych platbách je kľúčové, aby nemali negatívny dopad na zdravie a dostupnosť zdravotnej starostlivosti, najmä ekonomicky slabších obyvateľov. Negatívne dopady je však možné ošetriť po vzore iných krajín zo zahraničia (napr. Holandsko⁴⁰⁾). V súvislosti so zavádzaním prvkov riadenia dopytu a dodatočného financovania zdravotníctva je potrebné venovať zvýšenú pozornosť komunikácii a edukácii obyvateľstva, keďže ide o citlivú tému, ktorá je náchylná na dezinterpretáciu.

3. Implementácia

Implementácia navrhovaných opatrení smerujúcich k posilneniu VAS v SR je náročným procesom. Vyžaduje si súčinnosť viacerých subjektov jednotlivých zmien, jednoznačnú definíciu ich rol a zodpovednosti, systematickú aktivitu tvorcov návrhov, dodržanie časovej nadväznosti jednotlivých iniciatív a v prípade opatrení s finančným dopadom zabezpečenie ich financovania. To všetko si vyžaduje racionálnu diskusiu s maximálnou koncentráciou na hľadanie konsenzu systémových riešení a elimináciu presadzovania čiastkových záujmov na základe individuálnych príkladov.

Dôležitým prvkom implementácie je rozloženie jednotlivých opatrení v čase, čas na adaptáciu a čas na pôsobenie daného opatrenia v praxi. Niektoré opatrenia môžu mať plný dopad hneď od začiatku, ale časť opatrení môže mať prvý reálny dopad aj po piatich rokoch. Je dôležité disciplinované „stráženie“ dopadov opatrenia v praxi.

Proces implementácie nesie so sebou viaceré riziká, ktoré môžu ovplyvniť plnenie opatrení. Ide napríklad o politický cyklus, zmenu priorít štátnej politiky, vnútroorganizačné zmeny a obmedzené personálne kapacity kľúčových subjektov, chýbajúca podpora resp. konsenzus sektora s obsahom opatrenia a iné.

Úspešnosť implementácie jednotlivých opatrení závisí od splnenia každého zo štyroch krokov:

- odborná kvalita návrhu,
- konsenzus v rámci sektora VAS (medzi zástupcami VAS a špecializovanej ambulantnej starostlivosti ako aj medzi zástupcami ambulantného sektora a zástupcov ústavnej zdravotnej starostlivosti),
- finančné zdroje (v prípade návrhov s finančným dopadom),
- schopnosť schváliť návrh na politickej úrovni (bez snahy o „vylepšovanie“ návrhov zo strany politických zástupcov).

3.1 Implementačný plán opatrení

Plán navrhovaných opatrení predstavuje pracovný plán zavedenia jednotlivých zmien v gescii MZ SR. Súhrn aktivít a opatrení uvedených v kapitole Prioritné oblasti navrhovaných zmien je potrebné každý rok interne v rámci MZ SR odsúhlasiť s vecne príslušnými útvarmi, aby bola zabezpečená ich súčinnosť a podpora vedenia. Jednotlivé opatrenia uvedené v každoročnom pláne na obdobie do roku 2030 je vhodné rozdeliť do štyroch základných skupín podľa oblasti zamerania:

- kompetencie,
- organizácia práce,
- systémové opatrenia,
- úhradový mechanizmus.

Základným cieľom na najbližšie obdobie by mala byť stabilizácia poskytovateľov VAS. V krátkom horizonte je preto ako prioritné potrebné uvoľniť preskripčné obmedzenia, prijať zmeny vo vzdelávaní a v kompetenciách ošetrovateľského tímu, zaviesť nový systém príplatkov k základnej kapitácii ako aj vydať nový zoznam zdravotných výkonov ako základ zmien v úhradovom mechanizme. Stabilizácia personálu vo VAS sa týka aj zmien v APS, ktorej udržateľnosť je v súčasných podmienkach ohrozená.

³⁹⁾ OECD: Počet konzultácií u lekára na počet obyvateľov (2019)

⁴⁰⁾ Profil zdravotného systému NL ([link](#))

Rozšírenie kompetencií lekárov ako druhý krok po realizácii systémových zmien v oblasti organizácie práce a kompetencií ošetrovateľského tímu je možné implementovať najskôr od roku 2025.

Okrem navrhovaných opatrení smerujúcich do VAS je potrebné implementovať zmeny, ktoré sú prierezové a vzťahujú sa na celý ambulantný sektor, najmä:

- nový zoznam zdravotných výkonov ako celok (nielen časť pre výkon vo VAS),
- vypracovanie ŠDTP a zmena preskripčných obmedzení aj medzi lekármi špecialistami,
- úprava verejnej minimálnej siete poskytovateľov ŠAS,
- zmena pravidiel pri prijímaní rezidentov do nemocníc,
- aktualizácia programového rozpočtu a indikátory kvality pre zdravotné poisťovne.

3.2 Spolupracujúce subjekty

Proces implementácie navrhovaných prioritných aj podporných iniciatív si vyžaduje spoluprácu a jasne definované role a zodpovednosti za plnenie jednotlivých iniciatív medzi nasledujúcimi subjektami:

- a) Interné organizačné útvary MZ SR:
 - hlavní odborníci v príslušných odboroch,
 - odbor tvorby strategických zámerov,
 - odbor zdravotníckeho vzdelávania,
 - sekcia zdravia,
 - odbor poisťovníctva,
 - sekcia farmácie a liekovej politiky,
 - sekcia digitalizácie a informatiky,
 - komisia MZ SR pre ŠDTP a príslušné odborné pracovné skupiny.
- b) Externé subjekty zapojené do procesu implementácie:
 - NCZI,
 - Úrad verejného zdravotníctva SR,
 - regionálne úrady verejného zdravotníctva v SR,
 - zdravotné poisťovne,
 - Úrad splnomocnenca vlády SR pre rómske komunity,
 - Slovenská lekárska komora,
 - Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.
- c) Externé subjekty zapojené do procesu pripomienkovania návrhov:
 - zástupcovia príslušných stavovských organizácií,
 - zástupcovia poskytovateľov celého ambulantného sektora,
 - samosprávne kraje.

3.3 Governance

Zriadenie oddelenia všeobecnej ambulantnej starostlivosti na MZ SR

VAS zohráva kľúčovú úlohu pri regulovaní prístupu pacientov do širšieho systému zdravotnej starostlivosti, ktorá by mala mať svoju formalizované zastúpenie v riadiacich štruktúrach MZ SR. Je dôležité, aby táto zložka zdravotnej starostlivosti bola riadená a rozvíjaná systematicky a dlhodobo.

V súčasnosti sú zodpovednosti za rozvoj VAS na úrovni MZ SR roztrieštené do viacerých útvarov, ktoré nespádajú pod jedno vyššie vedenie. VAS by mala do budúcnosti mať svoje inštitucionálne zastúpenie vo forme oddelenia pod vecne príslušnou sekciou. Cieľom oddelenia by malo byť zabezpečenie dlhodobej vízie pre VAS v SR, implementácia navrhovaných opatrení, koordinácia rozvoja a spolupráca s ostatnými útvarmi MZ SR ako aj s vyššími územnými celkami, zástupcami odborných spoločností, poskytovateľmi a lekáorskými fakultami.

3.4 Komunikačná stratégia

Komunikačná stratégia a komunikačný plán sú nástrojmi komunikačnej podpory implementovania navrhovaných opatrení. Je nevyhnutné komunikovať jednotlivým cieľovým skupinám účel a obsah jednotlivých implementovaných opatrení.

Primárne komunikačné ciele sú navrhované nasledovne:

- zrozumiteľne a transparentne predstaviť a komunikovať zámer zvyšovať atraktivitu všeobecného lekárstva a primárnej pediatrie prostredníctvom implementácie jednotlivých fáz reformy VAS, vrátane opatrení navrhovaných v stratégii ako odbornej, tak aj širokej verejnosti,
- zvýšiť status všeobecného lekára a primárneho pediatra, ktorý je plne kompetentný komplexne manažovať pacienta a má v systéme zdravotnej starostlivosti významné postavenie pri plnení „gatekeeping“ funkcie.

Nevyhnutné aktivity pre tvorbu komunikačnej stratégie v gescii vecne príslušného útvaru MZ SR sú:

- definovať kľúčové témy, cieľové skupiny a princípy komunikácie,
- určiť špecifické komunikačné stratégie pre každú cieľovú skupinu,
- definovať role a zodpovednosti,
- odhadnúť náklady pre zabezpečenie financovania,
- pripraviť komunikačný plán, vrátane mediálneho plánu a rozpočtu.

Vypracoval: Odbor tvorby strategických zámerov, MZ SR

Schválil dňa 23.1.2023

MUDr. Vladimír Lengvarský, MPH.

minister zdravotníctva SR



Financované
Európskou úniou
NextGenerationEU



MINISTERSTVO
ZDRAVOTNÍCTVA
SLOVENSKEJ REPUBLIKY

PLÁN [OBNOVY]

