

**Podnety pre zlepšenie legislatívnych podmienok  
a vytvorenie fungujúceho zdravotníctva  
(Slovenská spoločnosť pre ultrazvuk v medicíne pre nového ministra zdravotníctva)**

Vážená pani ministerka zdravotníctva,

Slovenská spoločnosť pre ultrazvuk v medicíne (SSUM) združuje od roku 1994 viac ako 1000 lekárov zo všetkých odborov medicíny, v ktorých sa využíva USG diagnostika (viď [www.ssum.sk](http://www.ssum.sk)). Okrem organizovania vzdelávacích aktivít sme sa v posledných 10 rokoch zaoberali aj platnými legislatívnymi normami v zdravotníctve. Týkalo sa to hlavne zoznamu výkonov, podmienok hradenia výkonov (nielen ultrazvukových) poisťovňami, predpismi pre získanie príslušného vzdelania (nielen pre vykonávanie USG diagnostiky), ako aj technickými normami pre prístroje používané v zdravotníctve. Pre všetky vymenované oblasti nášho záujmu sme mali (aj stále máme) vypracované analýzy súčasného stavu, ako aj možnosti úprav tak, aby sa podmienky pre vykonávanie zdravotníckej starostlivosti legislatívne zjednotili, stabilizovali a aby bolo možné hradiť výkony zo strany poisťovní na základe kvality a prínosu výkonov. Mnohé podnety sme v písomnej forme zaslali na MZ SR, zdravotné poisťovne, SZU aj Úrad pre dohľad. Žiaľ, nikto sa im dostatočne nevenoval napriek tomu, že sme ponúkali pomoc bez nárokov na odmenu, len s cieľom pomôcť systému, aby fungoval lepšie.

K tomu sa už vracat' nechceme – žijeme pre budúcnosť. Preto sa výbor SSUM na svojom zasadnutí na jeseň 2011 rozhodol pripraviť stručný koncepčný materiál, ktorý sme pred voľbami ponúkli ako podnet všetkým potencionálnym ministrom zdravotníctva. To sme učinili, teraz ponúkame ďalšiu spoluprácu: veríme, že skončí 20-ročné obdobie experimentovania na zdravotníckych pracovníkoch a lekároch a budú vypočítané odborné argumenty ľudí z praxe, ktorí majú úprimnú snahu pomôcť zlepšiť slovenské zdravotníctvo bez bezbrehých finančných požiadaviek. Naše nižšie uvedené podnety (tu formulované len veľmi stručne) vieme doplniť konkrétnymi argumentami a písomnými podkladmi tak, aby sa mohlo o nich seriózne jednať a aby sa mohli v spolupráci s odbornými komunitami uviesť do praxe ako inovované potrebné legislatívne normy bez toho, aby neúmerne zvyšovali finančné požiadavky zdravotníckej starostlivosti. Je možné, že podobné podnety dostanete aj z iných komunit (lekárskej komory, iných odborných spoločností a fór, odborárskych kruhov a pod.), a to hlavne preto, lebo tie nami nižšie spísané problémové okruhy sú všeobecne známe. Ak by vás naše podnety zaujali, sme ochotní na Vašu výzvu poskytnúť ďalšie informácie (písomne alebo osobne). Hlavné problémy sú:

### **1. Zoznam výkonov (katalóg výkonov)**

Novela z roku 2005 bola krokom späť, jej korekciu MZ odmietlo, tvorba nového trvá 7 rokov – posledná verzia z roku 2011 je nepoužiteľná z mnohých dôvodov. Bez korektného zoznamu nie je možné korektné vykazovať a hradiť výkony, ani stanoviť podmienky (vzdelanie, technika) pre ich vykonávanie. **Riešenie:** Ponúkame pomoc (nie prvý raz) pri tvorbe kompletného zoznamu (podľa „českého vzoru“), jeho základné princípy sú spracované (MZ ich bezdôvodne odmietlo), je možné ho vytvoriť na báze súčasného zoznamu (iný variant nie je realizovateľný, aj keď by si to tak niekto prial), pričom položky zoznamu sa musia od začiatku definovať kompletne (vrátane cenovej, resp. porovnateľnej bodovej hodnoty). Len tak môže byť kompatibilný s plánovaným systémom DRG.

### **2. Systém platieb DRG**

Plánované zavedenie DRG systému (prevzatého z Nemecka) všetci uvítali. Jeho zavedenie do praxe je (bez zmeny inej legislatívy) viac ako nereálne: T.č. nie je na Slovensku pre ambulantnú sféru žiadny platný reálny zoznam výkonov: v novom zozname výkonov žiadnu definovanú cenu, ani pomernú, výkony nemajú, starý zoznam z roku 2005 je cenovo neskutočne deformovaný a MZ ho nemalo záujem korigovať, a tak nie je možné určiť cenu za diagnózu ako súhrn nákladov jednotlivých výkonov, ktoré sa na diagnostike a liečbe podieľali. Miešanie cien zo zahraničia (pre lôžkový segment) a cien „z domu“ pre ambulantnú sféru (z cenovo deformovaného zoznamu z roku 2005 – lebo novší nevznikol), nemôže nikdy fungovať. DRG môže fungovať lentedy, ak sa vytvorí reálny zoznam výkonov (viď bod 1).

3. Pred kompletizáciou oboch materiálov **musí MZ SR zaujať jednoznačné stanovisko** k:

- rozsahu a obsahu preventívnych vyšetrení (redukcia?)
- zmene štruktúry zoznamu výkonov (je daná vývojom nových a zánikom starých odborov)
- zaradeniu jednoduchovej chirurgie (sú to „ambulantné výkony ŠAS“ alebo nie)
- spôsobu financovania PAS (viď nižšie - kapitálna platba je demotivujúca - sféra nefunguje)

4. **Vyhláška o minimálnom technickom vybavení pracovísk** musí byť korigovaná v súlade s novým zoznamom výkonov a obsahom „DGR vyhlášky“ (v kooperácii) – podklady dodajú odborné spoločnosti a tie by mali byť akceptované (s ohľadom na trh práce a finančné limity poisťovní a poskytovateľov).

5. **Vyhláška o ďalšom vzdelávaní zdravotníckych pracovníkov** (resp. výnos MZ) – je v kontradikcii k požiadavkám zoznamu výkonov a iných predpisov poisťovní podmieňujúcich hradenie výkonov vzdelaním (certifikáciou), ktoré nie je možné na Slovensku podľa platných predpisov získať.

**Riešenie:** urobiť korekcie podľa pripomienok odbornej komunity (existujú, ale nikdy sa im SZU a MZ nevenovali). V komunikácii medzi odbornými spoločnosťami a vzdelávacími pracoviskami úplne zlyhala SZU, preto musia byť partnerom pre MZ SR odborné spoločnosti.

6. **Zákony o zdravotnej starostlivosti** – dnes obsahujú formulácie o nemožnosti vydávať zdravotnú dokumentáciu (zdravotnú kartu) do rúk pacienta, ak je odoslaný na pracovisko ŠAS alebo do lôžkového zariadenia, k informácii má slúžiť výpis zo zdravotnej dokumentácie. Realita:

- kompletný výpis nerobí nikto – 99% pacientov nosí so sebou karty („protizákonne“)
- aj keby spravil lekár PAS kompletný výpis, všetko nevypíše (nedá sa to)
- zdravotná dokumentácia sa robí preda preto, aby slúžila ďalšiemu lekárovi pri rozhodovaní
- súčasné znenie zákona nemá žiadne logické odôvodnenie a hromadne sa porušuje, ak sa dodrží a pacient je bez zdravotnej dokumentácie (ak je lekár PAS prísny dodržiavateľ zákona – podrobný výpis nedá) je to zdrojom konfliktov lekára s pacientom.

**Riešenie:** Legislatívna úprava zabezpečujúca dostupnosť kompletnej zdravotnej dokumentácie pre každého lekára, ktorý aktuálne ošetruje pacienta.

7. **Náklady na vzdelávanie:**

Lekár je povinný sa vzdelávať, aj štátom financované inštitúcie (určené k vzdelávaniu) žiadajú poplatky, ktoré si lekár (resp. zamestnávateľ) nemôže zohľadniť ani v nákladoch, ani vo faktúrovaní (pacientovi alebo poisťovní). Neexistuje žiadna ďalšia podobná oblasť spoločnosti u nás, kde by povinná a finančne nákladná aktivita občana nebola kompenzovaná akoukoľvek inou formou zo strany štátu (resp. žiadateľa tejto aktivity)

**Riešenie:** Štát musí prijať také legislatívne normy, aby sa osobné náklady na vzdelávanie stali súčasťou ekonomiky zdravotníctva (napr. možnosť zníženia základu dane, kompenzácia platbou za výkony koeficientom, prípadne inak). Súčasný stav je neudržateľný, demotivuje k vzdelávaniu, lekári odchádzajú.

8. **Zdravotné poisťovne a ich zisk (režijné náklady)**

Zdravotnícka starostlivosť je jediný segment hospodárstva, kde je vykonávateľ práce (výkonu) už vopred (ešte predtým než výkon uskutoční) zmierený s tým, že za výkon mu nikto nezaplatí (ani pacient, ani poisťovňa). Napriek tomu ho vykoná – z ľútosť nad pacientom. Ak niekto tvrdí, že je to inak, tak klame. Preto je absolútne neudržateľné podporovať (v tom istom systéme, kde sa robí zadarmo) zisk iného subjektu, resp. zvyšovanie režijných nákladov iného subjektu nad nevyhnutnú mieru (nad známu definovanú minimálnu potrebu).

**Riešenie:** zo zákona definovať nižšiu mieru režijných nákladov (+ žiadny zisk), v tej súvislosti stojí za zváženie redukcia nákladov redukovaním počtu poisťovní (ak je legislatívne možná), dnešná pluralita nemá žiadny (ekonomický ani organizačný) prínos.

9. **Lôžkové zdravotnícke zariadenia**

Dnes majú rôznych zriaďovateľov, preto aj koordinácia pri preklade komplikovaných pacientov niekedy viazne: nikde nie je definované, ktoré pracovisko je vertikálne nadriadené, resp. povinné prevziať komplikovaného pacienta.

**Riešenie:** Aj napriek rôznym zriaďovateľom a prevádzkovateľom lôžkových zdravotníckych zariadením musí existovať štátom deklarovaná „pyramída“ nadstavbovej a špecializovanej zdravotnej starostlivosti.

### 10. Primárna zdravotná starostlivosť

Paušálna kapitálna platba mohla byť v minulosti vnímaná ako optimálne riešenie, súčasná situácia to nepotvrďuje:

- „vstup lekára do ambulancie“ mu odčerpáva financie
- pacient môže ísť špecialistovi bez odporúčania (...načo by vstupoval do ambulancie)
- sestra napíše recepty (podľa doporučenia SAS)
- všetko ostatné si pacient pripláca
- lekári sú prestárli, noví sa nevychováajú, ostatné riešenie (ktokoľvek po polročnom kurze pôjde za všeobecného lekára) do segmentu neprinesie žiadnu kvalitu (práve naopak)

**Riešenie:** - zmeniť systém platieb za kombinovaný (paušál + výkony) k zvýšeniu motivácie

- umožniť kombináciu PAS a SAS (napr. interná, ktorá dnes pri početnosti iných SAS, tzv. „-ógov“ má stále menej pacientov, a pritom 90% práce lekára PAS je interná)
- uvoľniť preskripciu pre PAS (zbytočné nutné kontroly u SAS po pol roku paušálne)

### 11. Investície do zdravotníctva

Zlepšovanie zdravotnej starostlivosti je podmienené zvyšovaním vzdelania, ako aj zlepšovaním technického vybavenia. Veľká skupina súkromných lekárov (pri súčasnej legislatíve, preferujúcej rýchly odpis investícií do predmetov spotreby – napr. do automobilov) neinvestuje do obnovy zariadení (lebo je to ekonomicky nevýhodné).

**Riešenie:** Zmena legislatívy so skrátením odpisovej doby pre zdravotnícke prístroje a zariadenia.

### 12. Súbeh praxe

Tie zdravotnícke zariadenia, ktoré interpretovali súčasnú legislatívu tak, že súbeh praxe (zamestnanec v lôžkovom zariadení a súčasne súkromne ambulujúci lekár ŠAS) je možný, profitujú z takéhoto riešenia. Tie, ktoré (aj z iných nemedicínskych, teda aj osobných) dôvodov takéto riešenie odmietli, nemajú dostatok odborného personálu (primár dôchodca a absolventi LF).

**Riešenie:** nemocnice (ak je ich existencia v regióne odôvodnená) musia fungovať v režime súbehu praxe (legislatívne danom), inak nemôžu poskytovať potrebnú starostlivosť.

### 13. Špecializovaná ambulantná starostlivosť

Hlavným problémom (okrem finančných limitov) je chýbajúca, resp. veľmi deficitná legislatíva (zoznam výkonov, minimálne technické vybavenie – viď vyššie). Ich vyriešenie časť problémov odstráni, a tak sa stratí aj dnes prítomná variabilná interpretácia predpisov zo strany poisťovní (v rámci regiónov, ako aj v rámci časovej osi – pri nezmenených predpisoch). Narastajúci tlak pacientov na lekárov ŠAS (domáhajúcich sa vyšetrenia „zdarma a okamžite“ – podľa platnej legislatívy) je však treba riešiť inak.

**Riešenie:** Lekár PAS musí „zo zákona“ u každého pacienta, dožadujúceho sa odborného vyšetrenia hradeného poisťovňou, urobiť vyšetrením „prvotný filter“ a posúdiť vhodnosť alebo nevhodnosť takéhoto odborného vyšetrenia (netýka sa to vyšetrenia u lekára ŠAS hradené priamo pacientom). K tomu je treba prijať potrebnú legislatívu.

### 14. Zdravotná dokumentácia

Súčasný znenie legislatívy prikazuje v rámci ambulantnej starostlivosti všetky odborné nálezy archivovať ako kópiu nálezu v tlačenej podobe, pritom ambulantná starostlivosť je v 100% objeme textovo spracovávaná v elektronickej forme (aj vzhľadom k systému vykazovania výkonov poisťovňami). Všetky záznamy v elektronickej forme sú súčasne softvéromi aspoň raz (aj niekoľkonásobne) zálohované. Tlač kópii záznamov je len strata času, energie a materiálu (papieru), ktorý sa raz navždy založí a nikto ho nepoužíva (pre porovnanie nálezov pacienta pri kontrole slúžia výhrade elektronickej texty).

**Riešenie:** úprava legislatívy, aby elektronicke kópie nálezov boli plnohodnotné (čo sa pri perspektívnej „e-karte“ považuje za úplnú samozrejmosť, teda raz to určite musí tak byť).