

10. Odpoveď ministra zdravotníctva Slovenskej republiky R. Rašiho na interpeláciu poslanca Národnej rady Slovenskej republiky T. Bastrnáka vo veci lekárskej služby prvej pomoci

MINISTER ZDRAVOTNÍCTVA
SLOVENSKEJ REPUBLIKY

RICHARD RAŠI

SEKRETARIÁT PREDSEDU NÁRODNEJ RADY SLOVENSKEJ REPUBLIKY	
Došlo:	24 -03- 2009
Číslo:	323/09
Predchádzajúce číslo:	Prílohy:

8)

Kancelária Národnej rady Slovenskej republiky		
Došlo: 13 -03- 2009		
Číslo:		
Poznámka	Referent	Prílohy

Bratislava 9. 3. 2009

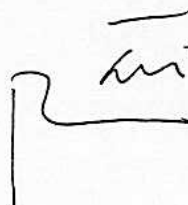
Číslo: 10171-2/2009 - OZS

Vážený pán poslanec,

na Vašu interpeláciu predloženú na 32. schôdzi NR SR, vo veci lekárskej služby prvej pomoci dávam nasledovné stanovisko:

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky pripravuje do NR SR materiál „Analýza Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky ku problematike Lekárskej služby prvej pomoci (ďalej len „LSPP“)“. Termín pre predloženie materiálu je 31.03.2009. Súčasťou tejto analýzy sú aj východiská.

S pozdravom



Vážený pán
MUDr. Tibor Bastrnák
poslanec NR SR
Bratislava

*Ministerstvo zdravotníctva
Slovenskej republiky
číslo: 11758/2009-OZS*

*Materiál na rokovanie
Výboru Národnej rady Slovenskej republiky
pre zdravotníctvo*

Informácia o riešení problematiky LSPP

*Dôvod predloženia:
Uznesenie V-NR SR pre zdravotníctvo
č. 139 z 26. 1. 2009*

*Obsah:
Informácia o riešení problematiky
LSPP*

*Predkladá:
Richard Raši
minister zdravotníctva
Slovenskej republiky*

Bratislava 31. marca 2009

Predkladacia správa

Výbor Národnej rady Slovenskej republiky pre zdravotníctvo uznesením č. 139 z 26. januára 2009 k Petícii - „Žiadosť o riešenie problému LSPP, žiadosť o zvýšenie ceny práce na LSPP, legislatívne úpravy“ požiadal ministra zdravotníctva Slovenskej republiky v termíne do 31. marca 2009 predložiť Výboru Národnej rady Slovenskej republiky pre zdravotníctvo informáciu o riešení problematiky LSPP.

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky na základe dôslednej analýzy predkladá požadovanú informáciu. Materiál je rozdelený na štyri časti. V prvej časti definuje problémové oblasti, v druhej časti analyzuje súčasný stav poskytovania LSPP na Slovensku a to prostredníctvom legislatívneho rámca, siete poskytovateľov, jej využitie a vzťahu k iným segmentom zabezpečujúcich 24-hodinovú dostupnosť neodkladnej zdravotnej starostlivosti, personálneho zabezpečenia tejto služby a finančného ohodnotenia tých, ktorí ju vykonávajú, názorového spektra relevantných subjektov, ktoré sa nejakým spôsobom na službe podieľajú alebo sú jej garantmi. V druhej časti sa materiál dotýka aj otázky poskytovania „zmiešanej“ LSPP a lekárskej pohotovostnej služby. V tretej časti sú predstavené rôzne riešenia vo vzťahu k nastoleným problémom. V závere ministerstvo zdravotníctva odporúča prijať konkrétne riešenie celej problematiky.

Súčasťou materiálu je 9 príloh obsahujúcich detailnejšie analytické informácie v textovej, tabuľkovej ako i grafickej podobe.

Informácia o riešení problematiky Lekárskej služby prvej pomoci (LSPP)

1. Definovanie problémových oblastí

- a) Lekári poskytujúci všeobecnú ambulantnú a zubno-lekársku starostlivosť nie sú zamestnancami poskytovateľov LSPP, ale ide o samostatné fyzické alebo právnické osoby, preto je personálne zabezpečenie LSPP problematické.
- b) V platnej legislatíve chýba definícia poskytovateľa LSPP a LSPP nie je definovaná ako jedna z foriem poskytovania ambulantnej zdravotnej starostlivosti - v súčasnosti je LSPP poskytovaná len na základe prechodných ustanovení, dnes nemožno vydať povolenie.
- c) Je definovaná minimálna sieť LSPP. Ak je optimum, tak ako v iných oblastiach očakávané zhruba 10% nad minimom, reálny počet poskytovateľov verejnej siete je predimenzovaný.
- d) Financovanie je regulované, sporná je jeho adekvátnosť najmä v súvislosti s odmeňovaním lekárov slúžiacich LSPP.
- e) Chýba kontinuita s lekárenskou službou prvej pomoci.

2. Analytická časť

a) **Legislatívny rámec**

LSPP je vykonávaná v kontexte štyroch zákonov, ktoré definujú, že ide o **zabezpečenie dostupnosti** všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre dospelých, deti a v oblasti stomatológie s cieľom zabezpečiť **nepretržitú dostupnosť**, určený je aj spôsob poskytovania tejto služby v ambulancii alebo doma.

Dostupnosť služby je zabezpečená rozsahom **minimálnej siete**, ktorá je ďalej určená nariadením vlády.

Financovanie služby je definované **z verejného zdravotného poistenia**, výška financovania je stanovená nariadením vlády a cenovým opatrením.

Personálne zabezpečenie je určené formou **povinnosti** pre poskytovateľov všeobecnej starostlivosti a poskytovateľov zubno-lekárskej starostlivosti **pod hrozbou sankcie**, organizácia tejto povinnosti je zverená orgánu, ktorý vydáva povolenie, teda VÚC.

Konkrétne dikcie zákonných a podzákonných ustanovení sú uvedené v prílohe č. 1.

b) **Súčasný stav siete poskytovateľov LSPP a jej využitie**

Ministerstvo zdravotníctva vykonalo prieskum ohľadne reálnej siete poskytovateľov LSPP v spolupráci s lekármi VÚC. Prehľad reálneho počtu („reál“) bol následne porovnaný s očakávaniami stanovenými pre minimálnu sieť („MS“). Z uvedenej analýzy možno konštatovať, že na území SR je v súčasnosti 95 ambulancií poskytujúcich LSPP pre dospelých, 73 ambulancií poskytujúcich LSPP pre deti a dorast a 46 ambulancií poskytujúcich zubno-lekársku LSPP. Zároveň možno konštatovať, že táto sieť je výrazne predimenzovaná oproti očakávaniam definovaným pre minimálnu sieť ako ukazuje tabuľka č. 1.

Podrobné porovnanie po jednotlivých VÚC možno nájsť v grafickej podobe v prílohe č. 2.

	reál	MS
LSPP pre dospelých	95	43
LSPP pre deti a dorast	73	23
LSPP zubno-lekárska	46	14

Tabuľka č. 1 Porovnanie reálnej a minimálnej siete poskytovateľov LSPP

Ďalšej analýze boli v spolupráci s VÚC a jednotlivými poskytovateľmi podrobené viaceré kategórie fungovania reálnej siete. táto analýza je v tabuľkovej forme uvedená v prílohe č. 3, údaje, ktoré mali nízku validitu nie sú uvedené. Relevantné údaje poskytlo 79 (83%) LSPP pre dospelých, 44 (60%) LSPP pre deti a dorast a 35 (76%) LSPP zubno-lekárske. Z týchto údajov vyplýva, že vytázenie služby pacientmi na časovej osi významne klesá po 22:00 hod. a po 24:00 hod. je služba vytážená len na 3 – 8% (podľa jednotlivých kategórií). Inými slovami, ročne navštívi LSPP po 24:00 hod. približne 59 000 pacientov, čo pri reálne existujúcej sieti znamená návštevu menej ako 1 pacienta na hodinu na ambulanciu LSPP, pri minimálnej sieti by to boli približne dvaja pacienti za hodinu.

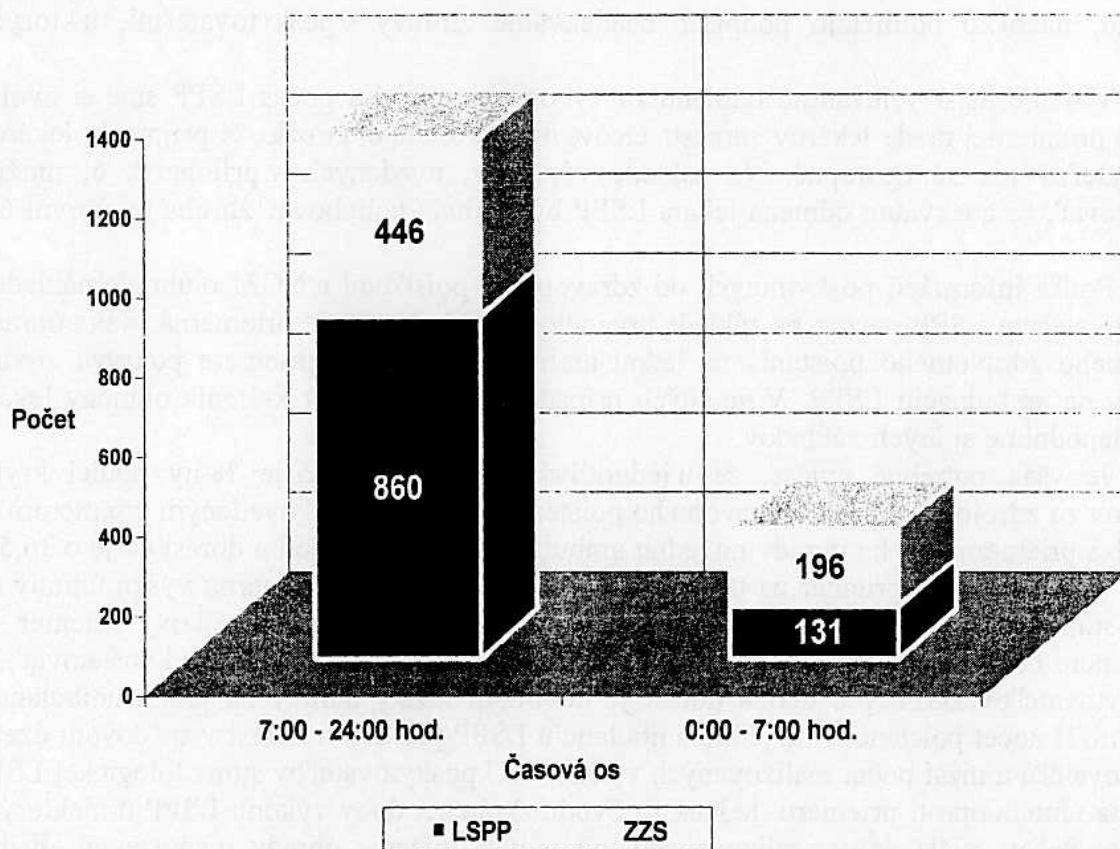
Vzhľadom na toto poznanie sme pristúpili k analýze vytáženosti iného segmentu zabezpečujúceho neodkladnú zdravotnú starostlivosť – a to záchranej zdravotnej služby v spolupráci s operačným strediskom. Táto analýza potvrdila rovnaké poznanie, že vytázenie záchranej zdravotnej služby je medzi 24:00 hod. a 7:00 hod. 8%. Výsledky sú v grafickej podobe zobrazené v prílohe č. 3. Absolútny počet návštev na LSPP sme získali od zdravotných poisťovní - tabuľka č. 2.

Zdravotná poisťovňa	Počet poistencov
Union	82740
VšZP	538706
SZP	104265
Dôvera	182946
Apollo	80284

Spolu - 988941

Tabuľka č. 2 Počet poistencov ošetrovaných v ambulanciách LSPP za rok 2008

V prípade, ak dáme do vzťahu absolútny počet návštev uskutočnených ZZS a LSPP (graf č. 1) priemerne za 1 hodinu, možno konštatovať, že v prípade potreby má záchranná zdravotná služba potenciál postarať sa o niektorých pacientov, ktorí by navštívili LSPP. Je samozrejmé, že nie všetci pacienti, ktorí navštívia v súčasnosti LSPP musia byť automaticky klientmi LSPP, nakoľko väčšina, ktorá žije v mestách, kde fungujú nemocnice pevnej siete, môže navštíviť centrálny príjem, mnohí môžu na základe telefonického konzultácie operačného strediska počkať až do rána.



Graf č. 1 Hodinová vyťaženosť na úrovni SR počas dvoch časových intervalov v ambulanciách LSPP pre deti a dorast a LSPP pre dospelých spolu a v ZZS

c) Personálne zabezpečenie výkonu LSPP a jeho financovanie

Vzhľadom na povinnosť danú zákonom je výkon služby LSPP povinný pre každého poskytovateľa všeobecnej zdravotnej starostlivosti pre dospelých, pre deti a dorast a zubno-lekárskej. Napriek tomu, je rozloženie tejto povinnosti nerovnomerné (pozri tiež prílohu č. 9) a pohybuje sa podľa prieskumu od 6 služieb mesačne až po 1 službu za rok. Uvedené je dané nerovnomerným rozložením siete ambulancií LSPP.

Priemerné mesačné zaťaženie lekárov službou na LSPP je uvedené v tabuľke č. 3. Štatistickú analýzu zaťaženia lekárov službami na jeden mesiac podľa jednotlivých samosprávnych krajov v porovnaní s nárokmi vznikajúcich v prípade existencie minimálnej siete je uvedené v prílohe č. 5.

	reál - priemer	MS - priemer
LSPP pre dospelých	1,85	0,83
LSPP pre deti a dorast	2,6	0,78
LSPP zubno-lekárska	0,74	0,23

Tabuľka č. 3 Porovnanie mesačného zaťaženia lekárov službou na LSPP

Odmeňovanie lekárov, ktorí vykonávajú LSPP je jedným z hlavných motívov tejto analýzy. Z vyššie uvedeného je zrejmé, že odmeňovanie je závislé od príjmu jednotlivých poskytovateľov a ich tendencie podeliť sa so ziskom z predmetu podnikania so svojimi zamestnancami. Podľa našich vedomostí sa t.č. na Slovensku pohybuje hodinová mzda lekára za výkon LSPP od 1 po 10 €. Vyskytujú sa však aj lekári, ktorí vykonávajú svoju povinnosť

zadarmo, nakoľko odmietajú podpísať neadekvátne zmluvy s poskytovateľmi, u ktorých slúžia.

V snahe nájsť relevantnú odmenu za výkon práce lekára počas LSPP sme si zvolili údaje o priemernej mzde lekárov zamestnancov, nakoľko údaje o mzde, či príjmoch, lekárov podnikateľov nie sú dostupné. Na základe výpočtov, uvedených v prílohe č. 6, možno konštatovať, že adekvátna odmena lekára LSPP by sa mala pohybovať zhruba na úrovni 6,8 €/hod.

Podľa informácií poskytnutých od zdravotných poisťovní a NCZI o úhrade nákladov poskytovateľom LSPP možno na základe prepočtov konštatovať, že priemerná výška úhrady z verejného zdravotného poistenia na jednu ambulanciu LSPP v priemere pokrýva ročné náklady na ambulanciu LSPP. V mnohých prípadoch je to na úkor krátenia odmeny lekára a pravdepodobne aj iných nákladov.

Je však potrebné uviesť, že u jednotlivých druhov LSPP je %-ny podiel krytia nákladov zo zdrojov verejného zdravotného poistenia rozdielny. Pod uvedeným priemerom sa nachádza priemerná výška úhrady na jednu ambulanciu LSPP pre deti a dospelých čo je o 36,5% nižšie, než je celkový priemer za ambulanciu LSPP a taktiež aj priemerná výška úhrady na jednu stomatologickú ambulanciu LSPP, čo je o 27,7% nižšie než celkový priemer za ambulanciu LSPP. Podľa získaných údajov od zdravotných poisťovní možno konštatovať, že u poskytovateľov LSPP pre deti a dospelých je dôvodom nižšej úhrady na jednu ambulanciu najmä nižší počet poistencov na jednu ambulanciu LSPP pre deti a dospelých v spádovom území poskytovateľa a nižší počet realizovaných výkonov. U poskytovateľov stomatologickej LSPP je nižšia úhrada oproti priemeru jednak z dôvodu skrátenej doby výkonu LSPP u niektorých poskytovateľov, nižší počet realizovaných výkonov a zníženie úhrady o návštevnu službu, ktorá u stomatologickej LSPP nie je vykazovaná. Priemernú úhradu na jednu ambulanciu LSPP prekračuje o 39,7% priemerná úhrada na jednu ambulanciu LSPP pre dospelých.

V priemernej výške úhrady na jednu ambulanciu LSPP však nie sú zahrnuté poplatky za služby súvisiace s poskytovaním lekárskej služby prvej pomoci vo výške 60 Sk (1,99 €) za návštevu pacienta a finančná spoluúčasť pacienta na úhrade zdravotných výkonov v stomatologickej ambulancii LSPP.

Pri optimalizácii siete a pracovnej doby poskytovateľov možno predpokladať, že vznikne dostatočný priestor pre navýšenie odmeňovania lekárov aj sestier na obvyklú cenu práce ako je uvedené vyššie. Týmto by bolo navýšenie odmien kryté z vnútorných zdrojov systému LSPP a malo by nulový dopad na rozpočty zdravotných poisťovní, resp. by za istých okolností mohlo dôjsť k šetreniu zdrojov v segmente LSPP. Tieto ušetrené náklady bude možné využiť na očakávané zvýšenie nákladov na segment ZZS a centrálnych príjmov nemocníc v čase po 24,00 hod.

d) Komunikácia problému s relevantnými subjektmi

V ďalšom kroku MZ SR pristúpilo k získaniu stanovísk relevantných subjektov k problematike ďalšieho fungovania LSPP. Na ministerstve zdravotníctva sa uskutočnili nasledovné stretnutia:

- 10. 2. 2009 pracovné rokovanie s hlavným odborníkom MZ SR a krajskými odborníkmi pre všeobecné lekárstvo pre dospelých.
- 12. 2. 2009 pracovné rokovanie s lekármi samosprávnych krajov, zástupcom Slovenskej lekárskej komory a prezidentom Asociácie súkromných lekárov SR MUDr. L. Pásztorom, MSc.
- 17. 2. 2009 pracovné rokovanie s hlavnou odborníčkou MZ SR pre všeobecné lekárstvo pre deti a dorast MUDr. K. Šimovičovou a zástupcom Slovenskej komory zubných lekárov MUDr. V. Bednárom

Výstupom z týchto stretnutí bola snaha o spoločné zadefinovanie problémových oblastí a hľadanie spoločného riešenia z pohľadu jednotlivých odborníkov. Zároveň sa zástupca MZ SR zúčastnil 21.2.2009 7. celoslovenského pracovného rokovania Asociácie poskytovateľov LSPP v Banskej Bystrici a 7.3.2009 Konferencie ambulantných špecialistov Slovenskej republiky a Českej republiky, kde takisto uvedená téma rezonovala.

Stanoviská jednotlivých účastníkov diskusie uvádzame v prílohe č.4, kde pre úplnosť uvádzame aj stanovisko petičného výboru a Výboru za práva lekárov.

e) Výkon „zmiešanej“ LSPP

V súvislosti s požiadavkami niektorých poskytovateľov, ale aj diskusie, ktorá odznela v pléne Národnej rady počas prvého čítania návrhu novely zákona 578/2004 sme pristúpili aj k analýze takejto možnosti. Špecializačné študijné programy pre špecializačný odbor všeobecné lekárstvo a špecializačný odbor pediatria predstavujú dva odlišné odbory ktoré sú vzájomne nezameniteľné, keďže sa od seba jednoznačne odlišujú v charakteristike odborov ako aj v dĺžke trvania špecializačného štúdia, ale predovšetkým v rozsahu teoretických vedomostí ako aj v zložení praktických zručností a skúseností nadobudnutých lekármi počas špecializačného štúdia ako to ukazuje nasledovné porovnanie:

Základné znaky špecializačných odborov	VŠEOBECNÉ LEKÁRSTVO (A 022)	PEDIATRIA (A 041)
Charakteristika špecializačného odboru	Všeobecné lekárstvo je špecializačný odbor, ktorý poskytuje všeobecnú zdravotnú starostlivosť dospelým obyvateľom. Má multidisciplinárny charakter a integruje poznatky jednotlivých medicínskych odborov.	Pediatria je špecializačný odbor medicíny. Zaoberá sa v teórii a praxi problematikou zdravého a chorého dieťaťa od narodenia do 18. roku a ďalších 364 dní života. Zahŕňa teoretické vedomosti a praktickú diagnostiku, diferenciálnu diagnostiku, liečbu a prevenciu chorôb detského veku, posudkovú a výskumnú činnosť, ktoré umožňujú kvalitnú všeobecnú a špecializovanú starostlivosť v pediatrii ambulantnou a ústavnou formou.
Dĺžka špecializačného štúdia	Tri roky a tri mesiace	Päť rokov

Zdroj: Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 04765/2006 - SL zo dňa 12. apríla 2006, ktorým sa stanovujú vzorové špecializačné študijné programy a vzorové certifikačné študijné programy a výnosu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 16413/2006-SL zo dňa 13. októbra 2006, ktorým sa ustanovujú vzorové špecializačné študijné programy a vzorové certifikačné študijné programy

V tomto zmysle je potrebné zdôrazniť, že **odborná spôsobilosť na výkon špecializovaných pracovných činností sa podľa § 33 ods. 4 zákona 578/2004 Z. z. preukazuje** dokladom o získaní požadovaného stupňa vzdelania v príslušnom študijnom odbore v príslušnej kategórii zdravotníckych pracovníkov a **diplomom o špecializácii v príslušnom špecializačnom odbore**. Z toho vyplýva, že keďže ide o dva rozdielne diplomy o špecializácii, ide teda aj o dve na sebe nezávisle odborné spôsobilosti na výkon rôznych špecializovaných pracovných činností.

Podľa systému vzdelávania a uznávania zdravotníckych kvalifikácií podľa **smernice Európskeho parlamentu a Rady 2005/36/ES** o uznávaní odborných kvalifikácií ide o dve samostatné kvalifikácie s osobitnou štruktúrou vzdelávania a procesmi uznávania. V obidvoch prípadoch ide o tzv. regulované vzdelávania na základe minimálnych požiadaviek určených touto smernicou, ktoré **sú povinné rešpektovať všetky členské štáty EÚ**. Až na základe dodržania týchto podmienok zo strany jednotlivých členských štátov môže byť naplnený mechanizmus vzájomného automatického uznávania kvalifikačných dokladov (diplomov o špecializácii) v príslušnej špecializácii.

Ide o predovšetkým o aplikáciu čl. 25, čl. 26 a prílohy V bodov 5.1.2 a 5.1.3 v prípade pediatrie a čl. 29, čl. 30 a prílohy V bod 5.1.4 v prípade všeobecného (praktického) lekárstva.

Smernica 2005/36/ES je v oblasti regulácie vzdelávania zdravotníckych pracovníkov a uznávania ich kvalifikácií od októbra 2007 transponovaná najmä do nasledovných právnych predpisov SR:

zákon č. 293/2007 Z. z., zákon č. 578/2004 Z. z., NV SR č. 742/2004 Z. z., NV SR č. 322/2006 Z. z.

S týmto stanoviskom sa stotožňuje aj Slovenská lekárska komora a hlavní odborníci pre všeobecné lekárstvo pre deti a dorast a pre dospelých. V súvislosti s nedostatkom lekárov v niektorých regiónoch ministerstvo predkladá návrh **rozšírenia možnosti vykonávať LSPP** aj lekármi s odbornou spôsobilosťou na výkon špecializovaných činností v odbore vnútorné lekárstvo a pediatriami, ktorí nepôsobia v primárnom kontakte.

Ministerstvo zdravotníctva podporuje poskytovanie LSPP pre deti a dorast a pre dospelých na jednom mieste ale len za podmienky oddeleného poskytovania pre dospelých a pre deti a dorast.

f) Lekárska pohotovostná služba

Podľa § 36 ods. 2 zákona písm. g) č. 140/1998 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach je držiteľ povolenia na poskytovanie lekárskej starostlivosti povinný zabezpečiť vykonávanie lekárskej pohotovostnej služby nariadenej farmaceutom samosprávneho kraja. Za porušenie tejto povinnosti môže Štátny ústav pre kontrolu liečiv uložiť podľa § 67 ods. 4 pokutu do 6 638,78 € (200 000 Sk). Vzhľadom na to, že predmetom nášho záujmu je v prvej fáze riešenie Lekárskej služby prvej pomoci, pokladáme za vhodné riešiť Lekársku pohotovostnú službu až následne v súvislosti s pripravovanou novelou citovaného zákona.

3. Možnosti riešenia

Ministerstvo ponúka tri modely riešenia ďalšieho fungovania LSPP. Prvý model predpokladá zrušenie LSPP, druhý model bude založený na kompetenciách VÚC zriaďovať a manažovať systém poskytovania LSPP s malými modifikáciami, tak ako je to dnes a posledný model predpokladá také vymedzenie geografickej dostupnosti a zdravotného obvodu, na základe ktorého vznikne pevná sieť LSPP s presne určeným miestom pôsobenia.

A) Zrušenie LSPP

Presunutie poskytovania nepretržitej zdravotnej starostlivosti pre dospelých, pre deti a dorast a zubno-lekárskej pacientom u konkrétneho poskytovateľa tak, ako to predpokladala novela zákona z roku 2004. Predpokladá sa samostatné rozhodovanie konkrétnych poskytovateľov pri organizovaní a manažovaní tejto služby svojim pacientom, pričom sa ponecháva voľnosť v ich rozhodovaní, napríklad využitím voľného zoskupenia poskytovateľov, ktorí budú informovať svojich pacientov o dostupnosti.

Pozitíva

Slobodná voľba lekára pri rozhodovaní o organizácii poskytovania zdravotnej starostlivosti svojim pacientom.

Vytvorenie tlaku na prispôbenie ordinačných hodín potrebám pacientov.

Bližší kontakt všeobecného lekára ku pacientovi a lepšie manažovanie jeho zdravotného stavu.

Negatíva

Model už bol raz odmietnutý.

Pri neadekvátnej organizácii práce hrozí preťaženie ďalších zložiek systému poskytovania neodkladnej zdravotnej starostlivosti

Náročnejší spôsob kontroly zo strany MZ SR a VÚC.

Oslabenie funkcie ústredných orgánov štátnej správy a samosprávy pri organizovaní tejto služby občanom.

B) Komplexná organizácia LSPP na úrovni VÚC

1. Sieť nie je pevne určená, je len minimálna
2. Zriaďovateľom je VÚC
3. Výkon činnosti je povinný pre „lekárov prvého kontaktu“ ako poskytovateľov
4. Výkon činnosti je povolený pre iných špecialistov
5. Pracovný čas je obmedzený do 24,00h.
6. Poskytovateľ LSPP dostáva kapitačnú platbu za určený zdravotný obvod a výkonovú zložku v dostatočnej výške ktorá zabezpečí adekvátnu odmenu aj slúžiacim lekárom a sestram

Pozitíva

VÚC budú mať právomoc vytvárať takú sieť LSPP, ktorá vyhovuje lokálnym potrebám jednotlivých krajov.

Obmedzenie LSPP do 24,00h prinesie zníženie počtu služieb lekárov a sestier, pacient bude racionálnejšie využívať LSPP, ktorá neslúži ako náhrada ordinačných hodín, ale naopak má riešiť zhoršenie zdravotného stavu vzniknutého po 16,00h, ktorý nepokladáme za urgentný alebo život ohrozujúci.

Rozšírenie povolenia vykonávať LSPP aj pre iných špecialistov, čo je ďalší mechanizmus na zníženie počtu služieb lekárov.

Definovanie platieb poskytovateľovi LSPP tak, že je zrejmé, aké je adekvátne mzdové ohodnotenie lekára a sestry.

Negatíva

Tendencia k udržaniu relatívnej predimenzovanosti siete súvisiaca s lokálnymi tlakmi na poskytovanie tejto služby bez reálneho náhľadu na fungovanie tohto systému.

Táto predimenzovanosť môže opätovne viesť k nespokojnosti lekárov slúžiacich LSPP kvôli vyššej pracovnej záťaži a nižším príjmom ambulancie LSPP a tým nižšiemu odmeňovaniu.

C) Pevná sieť určená MZ SR v spolupráci s VÚC

1. Sieť je pevne určená legislatívou po jednotlivých VÚC
2. Povolenia vydáva VÚC spolu s vymedzením zdravotného obvodu
3. Výkon činnosti je povinný pre „lekárov prvého kontaktu“ ako poskytovateľov
4. Výkon činnosti je povolený pre iných špecialistov
5. Pracovný čas je obmedzený do 24,00h.
6. Poskytovateľ LSPP dostáva kapitačnú platbu za určený zdravotný obvod a výkonovú zložku v dostatočnej výške ktorá zabezpečí adekvátnu odmenu aj slúžiacim lekárom a sestram

Pozitíva

Geografická dostupnosť a počet obyvateľov ako základné kritérium pre stanovenie pevnej siete.

Obmedzenie LSPP do 24,00h prinesie zníženie počtu služieb lekárov a sestier, pacient bude racionálnejšie využívať LSPP, ktorá neslúži ako náhrada ordinačných hodín, ale naopak má riešiť zhoršenie zdravotného stavu vzniknutého po 16,00h, ktorý nepokladáme za urgentný alebo život ohrozujúci, čím sa obmedzí zneužívania LSPP pacientmi, ktorí svoje zdravotné problémy neurgentného rázu riešia v nočných hodinách.

Rozšírenie povolenia vykonávať LSPP aj pre iných špecialistov, čo je ďalší mechanizmus na zníženie počtu služieb lekárov.

Adekvátne vyťaženosť lekárov, ktorí sú povinní vykonávať LSPP.

Racionálne rozdelenie limitovaných finančných zdrojov medzi menší počet poskytovateľov, ktorý sa následne premietne v lepšom ohodnotení zdravotníckych pracovníkov vykonávajúcich LSPP.

Negatíva

Relatívne obmedzenie siete poskytovateľov.

Miera predpokladanej spokojnosti s jednotlivými modulmi je vyjadrená v tabuľke č. 4:

	A) Model	B) Model	C) Model
Poskytovatelia LSPP	-	++	+++
Lekári slúžiaci LSPP	+++	+	++
VÚC	-	+++	++
MZ SR	-	++	+++

Vysvetlivky: - nesúhlas, + mierny súhlas, ++ súhlas, +++ absolútny súhlas

4. Záver

Ministerstvo zdravotníctva na základe analýzy vykonanej v legislatívnej oblasti, u poskytovateľov LSPP, VÚC, lekárov slúžiacich LSPP a na základe zhodnotenia súčasného stavu navrhuje upraviť legislatívne prostredie v prospech modelu C. Touto úpravou dôjde k optimalizácii siete ambulancií LSPP v zmysle zníženia ich počtu pri zachovaní primeranej geografickej dostupnosti. Modely príkladov definovanej geografickej dostupnosti sú v prílohe č. 7. Zároveň navrhuje zmenu ordinačných hodín do 24,00 hod. Týmto opatreniami sa zníži absolútny počet služieb jednotlivých lekárov ako aj ich časová zaťaženosť a dosiahne sa ich primeraný odpočinok. Týmto prístupom sa zároveň dosiahne lepšia alokácia a využitie investovaných prostriedkov zdravotných poisťovní, či už na dnešnej úrovni, alebo pri ich miernom zvýšení. Výsledkom tejto alokácie bude aj jej premietnutie do adekvátneho ohodnotenia lekárov a sestier. Možnosť vykonávať LSPP aj iným špecialistom vytvorí priestor pre čiastočnú profesionalizáciu.

Z pohľadu občana, ktorému má tento segment zdravotnej starostlivosti slúžiť, je ministerstvo presvedčené, že LSPP bude naďalej dostatočne dostupná a to tak geograficky, ako i kapacitne. Po polnoci existuje dostatočný priestor pre adekvátnu náhradu: a) prostredníctvom telefonickú konzultáciu s operačným strediskom a v prípade potreby následne záchrannou zdravotnou službou, b) centrálnymi príjmami nemocníc pevnej siete. Nakoľko tieto segmenty zdravotnej starostlivosti zadané v systéme sú a ich vyťaženosť po 24-tej hodine je nízka, nedochádza k zvyšovaniu nákladov a významnému zaťaženiu týchto segmentov.

Posledným momentom riešenia celého komplexu problémových oblastí je doriešenie napojenia lekárenskej pohotovostnej služby, ktoré predpokladáme následne.

Legislatívna implementácia jednotlivých modelov a ich realizačná fáza je uvedená v prílohe č. 8.

Poznámka

Informácia o riešení problematiky LSPP vrátane príloh je uložená na Výbore NR SR pre zdravotníctvo.