

Starnutie lekárov ohrozuje dostupnosť pohotovostí na Slovensku

Analýza reformy pohotovostnej služby na Slovensku, pripravená Advance Institute pri príležitosti konferencie Prague International Health Summit 2020 na tému Zaistenie starostlivosti v čase nedostatku zdravotníkov.

Autori analýzy



Mgr. Henrieta Tulejová, M.S.

Ekonomka, vyštudovala Masters in Health Policy and management na Brandeis University v Bostone a finančný management na Fakulte manažmentu Univerzity Komenského v Bratislave. V zdravotníctve pôsobí od r. 2002.

Je spoluzakladateľkou, partnerkou a internou lektorkou Advance Healthcare Management Institute, ktorý poskytuje exekutívne vzdelávanie v oblasti managementu zdravotných služieb vedúcim pracovníkom v zdravotníctve a organizuje vzdelávaciu konferenciu Prague International Health Summit.

Profesne sa venuje tiež analýzám a poradenstvu v oblasti zdravotného poistenia a zdravotnej politiky, návrhu inovatívnych kontraktov v ambulantnej i nemocničnej starostlivosti, zlepšovaniu kvality starostlivosti o chronicky chorých, benchmarkingu spotreby zdrojov v nemocničnej starostlivosti.



Mgr. Dominika Iždinská

Vyštudovala Fakultu matematiky, fyziky a informatiky Univerzity Komenského v Bratislave. Vo svojej diplomovej práci sa venovala vývoju a štandardizácii vybraného výsledkového ukazovateľa kvality lôžkovej starostlivosti. S Advance Institute spolupracuje od roku 2018 ako analytička. Venuje sa tiež analýze dát ambulantnej a lôžkovej starostlivosti, benchmarkingu spotreby zdrojov v nemocničnej starostlivosti, vývoju mechanizmov pre spravodlivé meranie kvality lôžkovej starostlivosti, inovatívnym platobným mechanizmom a analýze zahraničných zdravotných systémov.

Zhrnutie

Kontext: V júli 2018 prebehla na Slovensku reforma lekárskej služby prvej pomoci (LSPP) na ambulatnú pohotovostnú službu (APS). Znížil sa počet pohotovostí (z 95 na 76 pohotovostí pre dospelých a zo 73 na 61 pohotovostí pre deti), skrátili sa ordinačné hodiny (z pôvodnej nepretržitej dostupnosti na dostupnosť od 16. do 22. hodiny v pracovné dni, od 7. do 22. hodiny v dňoch pracovného pokoja) a zmenil sa spôsob financovania (pôvodná platba za výkon a paušálna platba v závislosti od počtu poistencov bola nahradená paušálnou platbou na 1 pevný bod, ktorá môže byť navýšená o úhradu za výkony v prípade prekročenia paušálu. Zároveň došlo k vyňatiu časti výkonov k samostatnej úhrade nad rámec paušálu). Zmenilo sa aj odmeňovanie lekárov (zaviedla sa minimálna hodinová mzda pre dobrovoľne slúžiaceho lekára vo výške 12€ a nedobrovoľne slúžiaceho lekára vo výške 9€). Reforma sa snažila riešiť dlhodobé problémy s predimenzovanou sieťou LSPP, vysokým počtom služieb na 1 lekára a nespokojnosťou s nekonzistentnými a často nízkymi odmenami lekárov za povinné služby na pohotovosti.

Cieľ: Cieľom analýzy bolo zhodnotiť dopad reformy APS vo viacerých oblastiach, predovšetkým zmeny v dostupnosti pohotovostí pre pacienta, v návštevности ambulantných a ústavných pohotovostí, v nákladoch a vyťaženi lekárov. Zároveň sme chceli poukázať na pretrvávajúce problémy a navrhnúť možné riešenia do budúcnosti.

Dáta: Na analýzu geografickej dostupnosti sme použili údaje zverejnené Ministerstvom zdravotníctva SR. Údaje o poskytovanej zdravotnej starostlivosti poskytla zdravotná poisťovňa Dôvera, a.s. (Dôvera ZP) za obdobie 01-11/2017 (pred reformou) a 01-11/2019 (po reforme).

Výsledky: Geografická dostupnosť pohotovostnej služby zostala aj po reforme veľmi dobrá. Po doplnení pár zatiaľ neobsadených pevných bodov by malo mať APS pre dospelých do 30 minút dostupných 99% obyvateľov, APS pre deti 97% obyvateľov. Zníženie počtu bodov APS a skrátenie ordinačných hodín do 22. hodiny viedlo k poklesu počtu návštev na APS pre dospelých o 19% a APS pre deti o 7%. Mierny nárast počtu návštev ústavnej pohotovostnej služby (UPS) o 4% a väčší podiel diagnóz ošetrovaných na UPS najmä u dospelých môže poukazovať na mierny presun jednoduchších pacientov z APS na ústavnú pohotovosť. Náklady na 1 návštevu poistenca Dôvera ZP v dôsledku zmeny financovania vzrástli (u dospelých o 22%, u detí o 31%), čo bolo spôsobené najmä zvýšením paušálnej sumy na 1 bod a vyňatím časti výkonov k úhrade nad rámec paušálu.

Priemerný ročný počet služieb na lekára klesol z 22 na 13 služieb u VLD a z 31 na 22 služieb u VLDD. Vo vyťaženi lekárov je veľká regionálna variabilita a v niektorých krajinách je vysoký počet služieb spôsobený pravdepodobnou predimenzovanosťou siete.

Záver: Reforma priniesla zlepšenie podmienok pre všeobecných lekárov pri zachovaní veľmi dobrej geografickej dostupnosti a významnom náraste nákladov. Otázkou je ďalšia udržateľnosť súčasnej siete APS hlavne vzhľadom na rastúci priemerný vek lekárov. Možným riešením by mohlo byť ďalšie zníženie počtu bodov APS – pri znížení počtu bodov na 56 pre dospelých a 51 pre deti by bola zabezpečená dostupnosť do 30 minút pre viac ako 96% populácie. Ďalšie znižovanie by mohlo byť podporené súčasnou centralizáciou ambulantných a ústavných pohotovostí do jedného bodu so spoločnou triážou pacienta a vytvorením pohotovostnej telefónnej linky, ktorá by zabezpečovala triage a poskytovanie rady pre domácu starostlivosť pred návštevou pohotovosti a znížila by vysoký počet fyzických návštev. Politicky citlivým ale možným riešením vysokého počtu návštev pohotovostí by mohla byť ďalšia zmena v poplatkoch za čerpanie starostlivosti na APS a UPS na úroveň podobnú iným krajinám.

Problémy s organizáciou pohotovostí pred reformou

Lekárska služba prvej pomoci (ďalej ako „LSPP“) bola dlhodobo predmetom kritiky a diskusií, ktoré vyústili v jej reformu v júli 2018. Kritika zaznievala hlavne z radov združení všeobecných lekárov, nespokojných s podmienkami a nastavením systému, ktoré malo negatívne dôsledky nielen pre lekára, ale aj samotného pacienta. Ako hlavné problémy boli vnímané (MZ SR, 2009) (P. Makara, Z. Teremová, 2010):

- 1. Predimenzovanosť siete.** Zákon definoval minimálnu sieť, ktorá mala byť v súlade so zahraničnými odporúčaniami naplnená najmenej 1 poskytovateľom LSPP pre dospelých na 100 000 obyvateľov a 1 poskytovateľom LSPP pre deti na 50 000 detí. To predstavovalo 43 pevných bodov LSPP pre dospelých a 23 LSPP pre deti, v r. 2009 však existovalo až 95 LSPP pre dospelých a 73 LSPP pre deti. Kritici systému poukazovali na fakt, že pevných bodov je zbytočne veľa a teda zbytočne veľa lekárov musí nastúpiť každý deň do služby. Veľmi dobrá fyzická dostupnosť LSPP bola potenciálne výhodná pre pacientov, ale zároveň s rastúcim priemerným vekom lekárov narastal problém niektoré body fakticky zabezpečiť.
- 2. Neprimerané vyťaženie lekárov.** Zákon stanovoval povinnosť zabezpečiť nepretržitú dostupnosť všeobecnej ambulantnej starostlivosti, pričom povinnosť slúžiť na LSPP sa vzťahovala na všetkých všeobecných lekárov. V kombinácii s bodom 1 viedli tieto okolnosti k preťaženosti lekárov, ktorí po celodennej službe v ordinácií a následnej celonočnej službe na pohotovosti nastupovali ráno opätovne do svojich ambulancií. Únava a vyťaženosť lekárov tak spôsobovala riziko nie len pre nich samotných, ale aj pre ich pacientov. Priemerný mesačný počet služieb na LSPP pre dospelých bol 1,85 služby na lekára, na LSPP pre deti 2,6 služby; variabilita naprieč regiónmi však bola veľká (napr. až 4 služby na LSPP pre deti na lekára na mesiac v Trenčianskom kraji).
- 3. Neadekvátne finančné ohodnotenie.** Financovanie LSPP bolo zabezpečované z verejného zdravotného poistenia s výškou financovania stanovenou nariadením vlády a cenovým opatrením. Príjem poskytovateľov LSPP závisel okrem paušálu za poistenca aj od počtu poskytnutých výkonov. V regiónoch s väčším počtom bodov LSPP tak na 1 bod pripadal menší počet pacientov i výkonov a teda potenciálne i nižšia odmena. Odmeny lekárov neboli zákonne definované a záviseli od príjmu prevádzkovateľa LSPP a jeho ochoty rozdeliť sa o výnos z prevádzky. Z toho dôvodu sa odmena lekárov medzi jednotlivými LSPP výrazne líšila, pričom v niektorých prípadoch bola za povinnú službu na LSPP iba na úrovni 1€/hodinu.

Návrhy na zmenu smerovali k viacerým možným riešeniam, zahŕňajúcim predovšetkým redukcii počtu bodov LSPP, skrátenie ordinačných hodín a úpravu odmeňovania lekárov. Krátenie ordinačných hodín bolo podporované i výsledkami analýzy (MZ SR, Správa pre výbor NR SR pre zdravotníctvo o riešení problematiky LSPP, 2009), podľa ktorej bolo 80% návštev dospelých a 89% návštev detí realizovaných do 22. hodiny. Predpokladalo sa, že pre pacientov v kritickom stave budú naďalej k dispozícii v nepretržitej prevádzke urgentné príjmy v nemocniciach a stanice záchranej zdravotnej služby, ktorých počet v dôsledku nedávnej reformy výrazne stúpol. Hlasy kritické voči rodiacej sa reforme LSPP však vyjadrovali **obavy nad možným prepĺnením urgentných príjmov neurgentnými prípadmi a znížením dostupnosti akútnej zdravotnej starostlivosti pre občanov**. Podľa kritikov boli návštevy pohotovosti často výsledkom krátkych ordinačných hodín všeobecných lekárov a reforma sa teda zaoberala iba dôsledkami, ignorujúc príčiny a komplexnejšie pozadie problému (Asociácia nemocníc Slovenska, 2017).

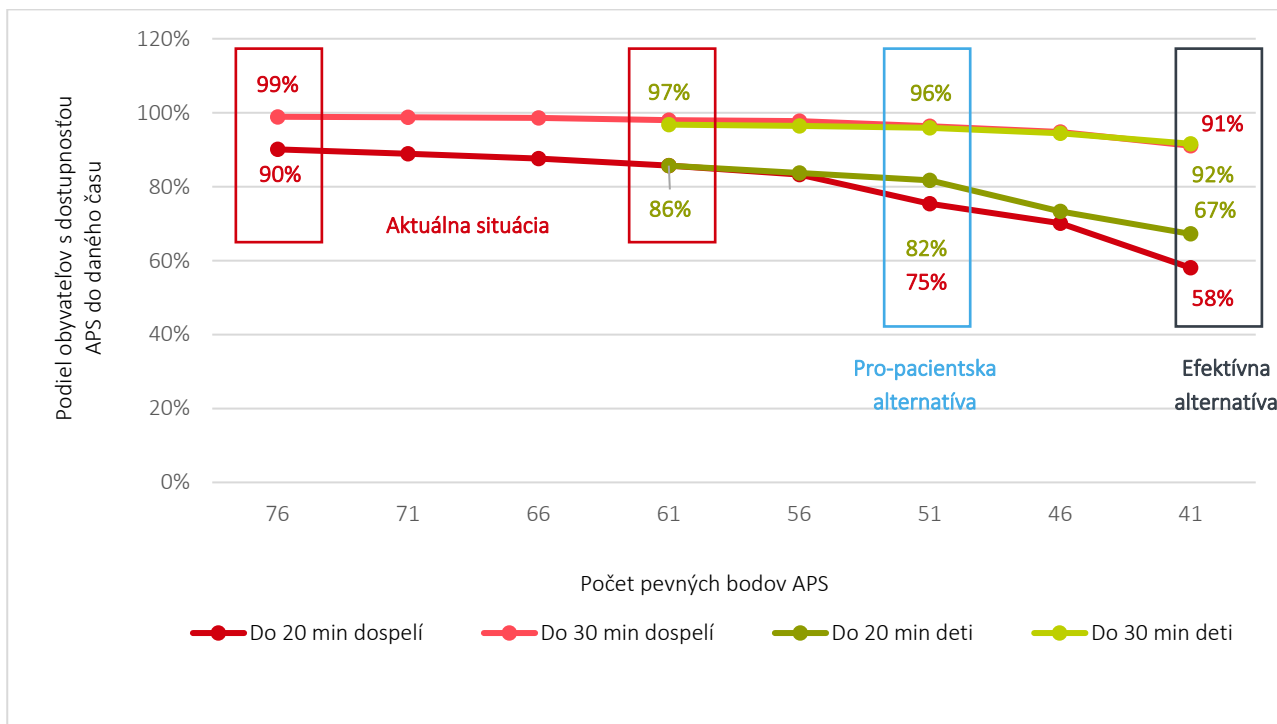
Reforma priniesla viac peňazí a menej návštev APS

Reforma s účinnosťou od 1. júla 2018 bola pripravená v nadväznosti na požiadavky všeobecných lekárov. V analýze sme sa pozreli na dopad reformy na poskytovanie starostlivosti v roku 2017 (pred reformou) a v roku 2019 (po implementácii reformy). Na analýzu boli využité anonymizované dáta o vykazanej zdravotnej starostlivosti od Dôvera ZP. Pri porovnávaní geografickej dostupnosti sme vychádzali z údajov na stránke Ministerstva zdravotníctva SR (MZ SR, Sieť pohotovostí, 2018).

Na základe schválenej reformy bol počet bodov LSPP (po novom ambulantné pohotovostné služby - APS) postupne zredukovaný na 76 APS pre dospelých a 61 APS pre deti, pričom podľa stránky ministerstva zdravotníctva bolo zatiaľ vydané povolenie alebo poverenia na 74 pevných bodov pre dospelých a 53 pevných bodov pre deti a dorast (o ďalšie body zatiaľ nebol prejavovaný záujem) (MZ SR, Sieť pohotovostí, 2018). Hoci je to oproti pôvodným počtom výrazný pokles, počet je stále relatívne vysoko nad hranicou minimálnej siete a dostupnosť pohotovostí je veľmi dobrá. Pri očakávanom počte APS (ak by boli obsadené aj pevné body, o ktoré zatiaľ nebol prejavovaný záujem) by malo do 30 minút dostupnú APS pre deti 97% a APS pre dospelých 99% obyvateľov.

Zaujímalo nás, aký by bol dopad na fyzickú dostupnosť, pokiaľ by sa počet bodov APS ešte viac znížil. V modeli sme postupne „odoberali“ vždy po jednej APS z dvojíc, ktoré boli k sebe navzájom najbližšie (Obrázok 1). Hoci dostupnosť do 20 minút v modeli rýchlo klesala, **aj pri odobratí 35 pevných bodov APS pre dospelých (zostalo by 41 APS) by malo 91% obyvateľov pohotovosť dostupnú do 30 minút. U detí by pri znížení zo 61 na 41 pevných bodov stále malo pohotovosť do 30 minút dostupnú 92% obyvateľov („efektívna alternatíva“).** Ústretovejší variant voči pacientom by mohol byť zníženie počtu APS pre dospelých aj deti na 51 bodov (96% obyvateľov má dostupnosť APS do 30 minút) – tzv. „pro-pacientska alternatíva“.

Obrázok 1: Zmena dostupnosti APS pri zmene počtu bodov, čas dojazdu autom¹



Reforma ďalej viedla k skráteniu ordinačných hodín APS. Vzhľadom k relatívne nízkemu počtu návštev po 22. hodine sa pôvodná povinnosť zabezpečiť dostupnosť starostlivosti 24 hodín denne zmenila na prevádzkovanie APS od 16. do 22. hodiny v pracovných dňoch a od 7. do 22. hodiny v dňoch pracovného pokoja. Obavy o potenciálne preťaženie UPS neurgentnými návštevami, ktoré by

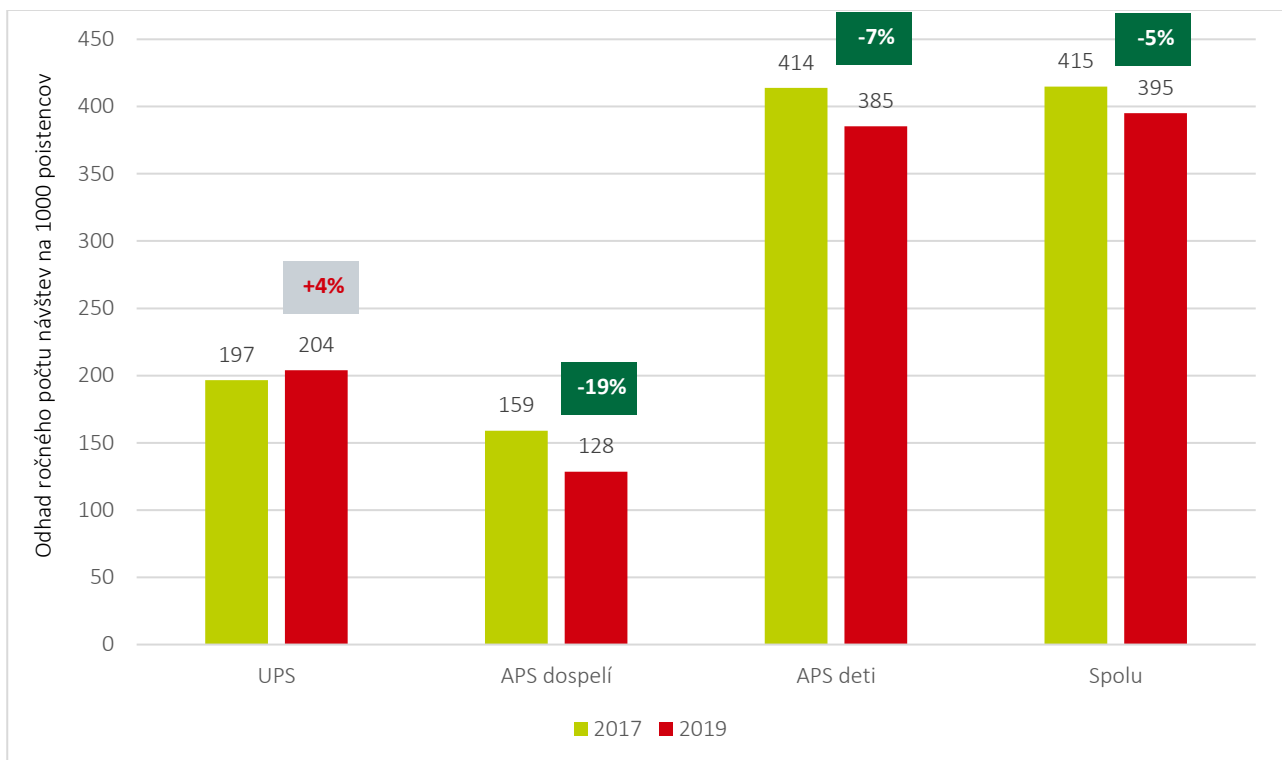
¹ Zdroj dát pre vzdialenosť obcí :

http://frdsa.fri.uniza.sk/~janosik/?fbclid=IwAR2xW0GuF9mIZHssGmLt0ARdoWvByxWeAkVMP46SZCrV_yO6Bcje_6e84g

mohli byť ošetrované na APS, viedli k zvýšeniu poplatku za návštevu UPS z 1,99€ na 10€ (u APS sa zvýšil z 1,99€ na 2€) (MZ SR, 2018) (577/2004 Z. z.).

Podľa analýzy ambulantných lekárov sa očakávalo zníženie počtu návštev ambulantných pohotovostí o 15% (P. Makara, Z. Teremová, 2010). Skrátenie ordinačných hodín viedlo k poklesu ročného počtu návštev APS pre deti na 1 000 poistencov o 7% (pokles zo 414 na 385 na 1 000 poistencov) a APS pre dospelých až o 19% (pokles zo 159 na 128 na 1 000 poistencov), pri súčasnom raste počtu návštev na UPS na úrovni 4% (nárast zo 197 na 204 na 1 000 poistencov). **Nasvedčuje to potenciálnemu miernemu presunu pacientov z APS na UPS. Celkovo však došlo k poklesu návštev pohotovostí a urgentných príjmov o 5% (pokles zo 415 na 395 na 1 000 poistencov).** Časť pacientov mohla byť ošetrovaná len v rámci výjazdu vozidiel zdravotnej záchrannej služby.

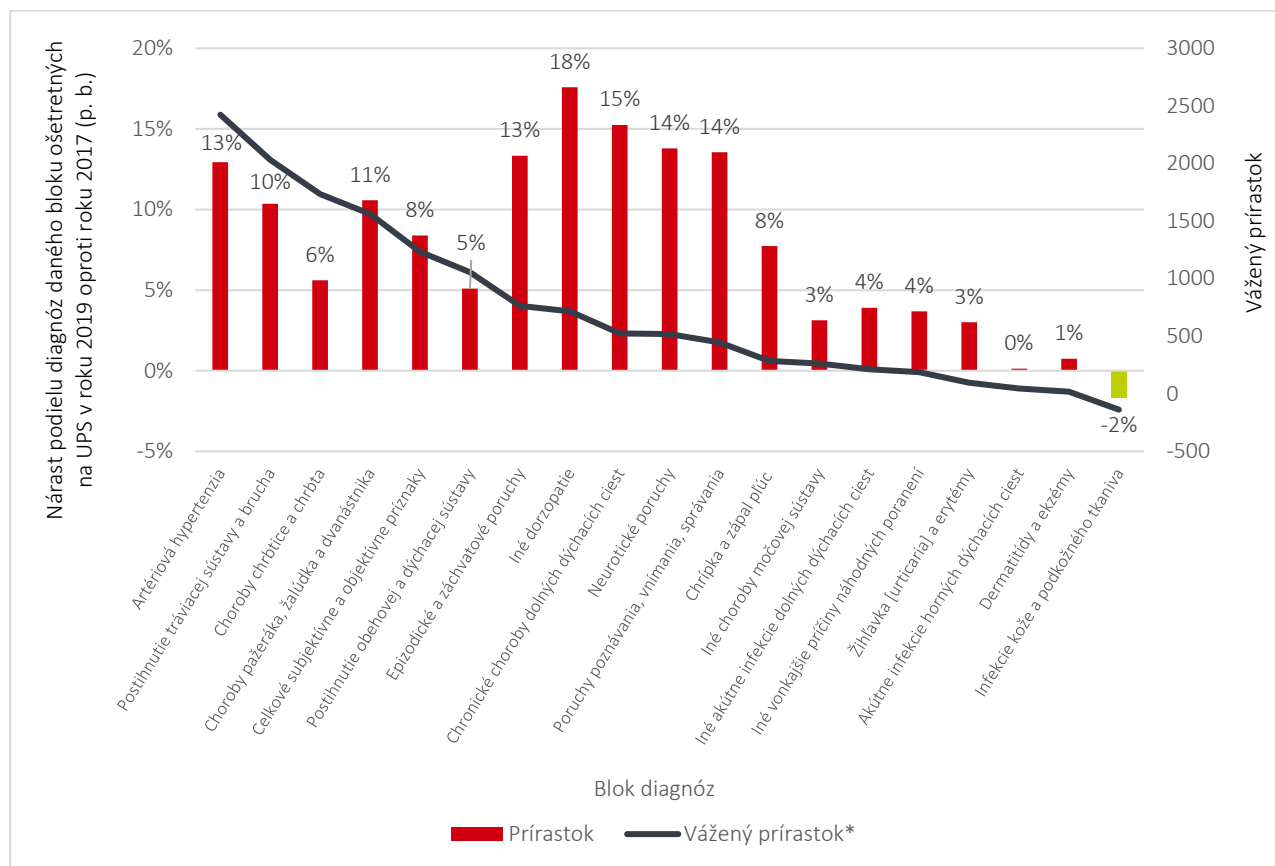
Obrázok 2: Ročný počet návštev jednotlivých typov pohotovostí na 1 000 poistencov² (počet návštev za december odhadnutý ako priemer predchádzajúcich 11 mesiacov)



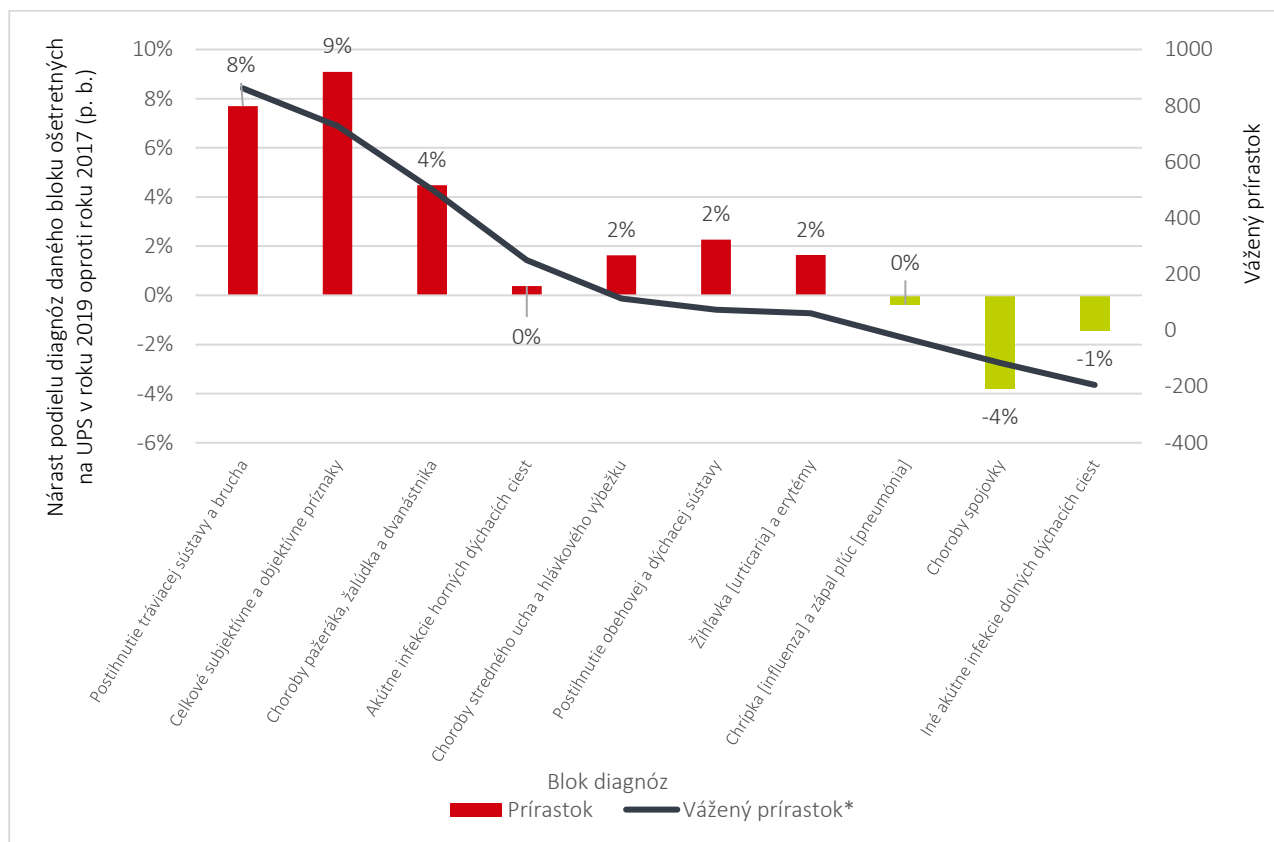
Okrem zmien v počte návštev nás zaujímal aj ich charakter, teda či spektrum diagnóz zodpovedá typu pohotovosti a či sa zmenilo v dôsledku zníženia dostupnosti APS. Pozreli sme sa na najčastejšie skupiny diagnóz zodpovedné za 80% návštev APS u dospelých, na skupiny diagnóz zodpovedné za 80% návštev APS deti a podiel týchto diagnóz ošetrovaných na UPS v roku 2017 a v roku 2019 (Obrázok 3, Obrázok 4). **U detí sa tento pomer výrazne nezmenil** – v r. 2017 bolo 12% návštev s diagnózami prevažne ošetrovanými na APS realizovaných na UPS a v r. 2019 tento podiel vzrástol na 14%. U dospelých však vidíme odlišné rozdelenie návštev medzi UPS a APS – z diagnóz zodpovedných za 80% návštev APS pre dospelých bolo až 35% realizovaných na UPS (u detí len 12%). Väčší je aj nárast podielu týchto diagnóz na UPS – v r. 2019 bolo až 42% týchto návštev realizovaných na UPS, čo predstavuje nárast o 7 p.b. **U dospelých pacientov sa po reforme časť návštev presunula z APS na UPS.**

² Pre APS pre dospelých sme uvažovali počet návštev na 1000 dospelých poistencov, pre APS pre deti počet návštev na 1000 detských poistencov, pre UPS a Spolu na 1000 celkových poistencov (deti + dospelí)

Obrázok 3: Nárast podielu diagnóz daného bloku u dospelých pacientov ošetrovaných na UPS v roku 2019 oproti roku 2017 (v percentuálnych bodoch), zoradené podľa váženého prírastku (%-ny prírastok vynásobený počtom prípadov daného bloku v r. 2019). Graf zobrazuje údaje pre najčastejšie zastúpené bloky na APS dospelí, zodpovedné za 80% návštev v r. 2017



Obrázok 4: Nárast podielu diagnóz daného bloku u detských pacientov ošetrovaných na UPS v roku 2019 oproti roku 2017 (v percentuálnych bodoch), zoradené podľa váženého prírastku (%-ny prírastok vynásobený počtom prípadov daného bloku v r. 2019). Graf zobrazuje údaje pre najčastejšie zastúpené bloky na APS deti, zodpovedné za 80% návštev v r. 2017



Významným spôsobom sa zmenil aj systém financovania a odmeňovania. Financovanie prešlo od predchádzajúceho systému založeného na paušálnej úhrade na poisťenca a platbe za výkon (226/2005 Z. z.) k minimálnej mesačnej paušálnej úhrade na pevný bod, ktorá môže byť navýšená o úhradu za výkony v prípade prekročenia paušálu. Zároveň došlo k vyňatiu časti výkonov k samostatnej úhrade nad rámec paušálu. Celková výška mesačnej paušálnej úhrady na 1 pevný bod APS bola od 1.3.2019 stanovená na 9 800€, pričom výška úhrady pre každú poisťovňu je daná podielom jej poisťného kmeňa (115/2018 Z. z.). **Náklady na 1 návštevu poisťenca Dôvera ZP vzrástli u APS pre deti o 31% a u APS pre dospelých o 22% (Obrázok 5), pričom k nárastu došlo najmä v dôsledku zvýšenia paušálu na 1 bod a poskytovania menšieho počtu výkonov ako je výška paušálu** (tj. v prípade nedočerpania paušálu rastie priemerný náklad na návštevu). Vzhľadom na dostupnosť dát len 1 zdravotnej poisťovne a rovnakú výšku paušálu poisťovne bez ohľadu na skutočný trhový podiel v danom regióne, nie je možné presne zanalyzovať, aký podiel APS neposkytne toľko výkonov, aby naplnilo výšku paušálu.

Obrázok 5: Porovnanie priemerných nákladov na 1 návštevu pohotovosti v rokoch 2017 a 2019

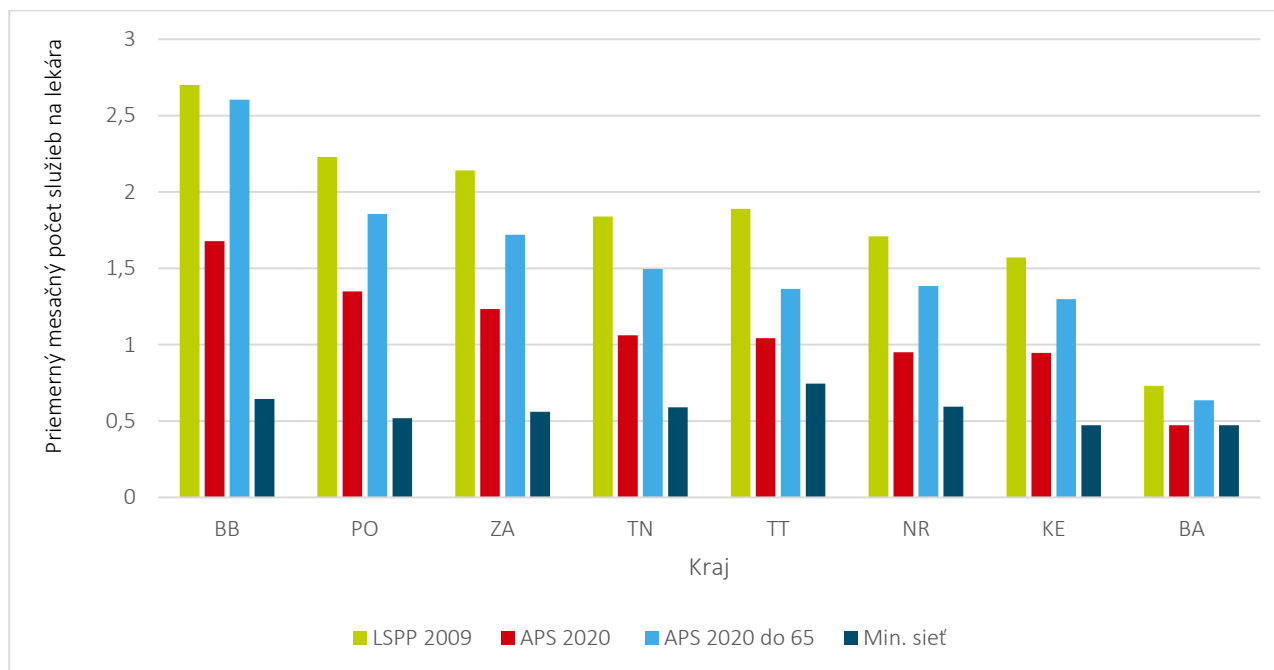


V odmeňovaní bola zavedená minimálna hranica pre hodinovú mzdu dobrovoľne slúžiaceho lekára so zmluvou s organizátorom APS na 12€ a nedobrovoľne slúžiaceho lekára na 9€. K nedobrovoľnému slúženiu dochádza, pokiaľ organizátor APS pre daný pevný bod nie je schopný zabezpečiť poskytovanie APS zmluvnými poskytovateľmi v potrebnom rozsahu. V tom prípade vypisuje do služieb samosprávny kraj všeobecných lekárov v danom spádovom území (VÚC, 2017). Vzhľadom na predchádzajúci nekonzistentný systém s nízkymi mzdami tak reforma priniesla potenciál na zvýšenie motivácie lekárov k službe a férovejší prístup organizátorov.

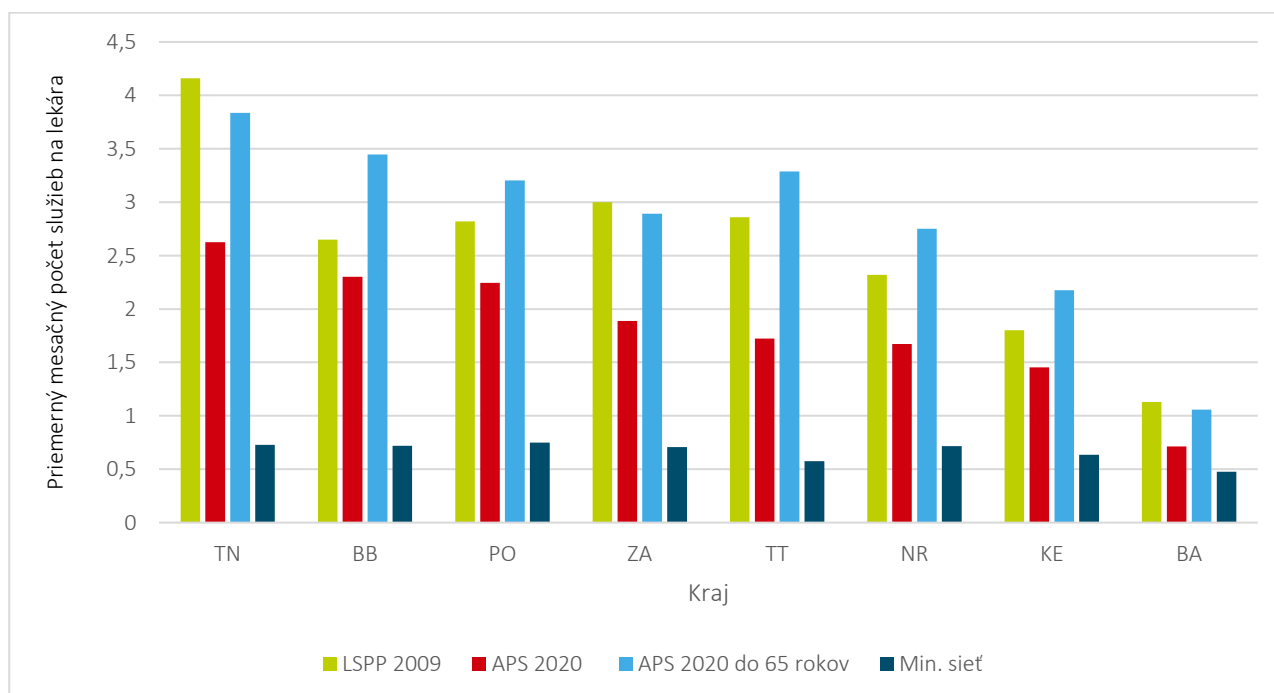
Znížením počtu bodov klesol i priemerný ročný počet služieb na jedného VLD z 22 na 13 (cca 1 služba mesačne) a na jedného VLDD z 31 na 22 (cca 2 služby mesačne), čo by v kombinácii so skrátením trvania služby malo znížiť mieru zaťaženia lekárov (Obrázok 6, Obrázok 7). Počty služieb sú však stále relatívne vysoké v porovnaní s možným počtom služieb na lekára v prípade možného zníženia počtu bodov na úroveň minimálnej siete, kedy by na jedného VLD vychádzalo v priemere 7 služieb a na jedného VLDD 8 služieb za rok. **Pohľad podľa krajov odhaľuje vysokú variabilitu.** Podľa očakávaní, existuje pozitívna korelácia medzi vysokým počtom bodov v kraji a vysokým počtom služieb na lekára. Vysoký počet bodov v niektorých krajoch môže súvisieť s geografickými obmedzeniami a preto by bolo v prípade ďalšej reformy užitočné namodelovať minimálnu sieť nielen vzhľadom na počet obyvateľov v kraji ale i porovnateľnú fyzickú dostupnosť.

Problémom dlhodobej udržateľnosti súčasného modelu APS je vekové zloženie lekárov. **Vysoký priemerný vek lekárov je rizikom prevádzkovania pohotovostí v časoch epidémií infekčných ochorení i do blízkej budúcnosti.** Ak by všetci lekári nad 65 rokov prestali slúžiť na pohotovostiach, priemerný ročný počet služieb na jedného VLD by opäť vzrástol z 13 na 18 služieb ročne a na jedného VLDD z 22 na 34.

Obrázok 6: Porovnanie priemerného mesačného počtu služieb na APS pre dospelých na 1 lekára VLD po krajoch - v r. 2009 (pred reformou), v r. 2020 (po reforme), v r. 2020 len so zapojením lekárov do 65 rokov a v prípade, že by počet bodov zodpovedal minimálnej sieti (pri počte lekárov zodpovedajúcom počtu v r. 2020). Zdroj pre LSPP 2009: (MZ SR, 2009). Počítame s aproximáciou 30 služieb za mesiac, počet lekárov pre rok 2020 sme odhadli ako súčet úväzkov VLD k 6. 8. 2020.



Obrázok 7: Porovnanie priemerného mesačného počtu služieb na APS pre deti na 1 lekára VLDD po krajoch - v r. 2009 (pred reformou), v r. 2020 (po reforme), v r. 2020 len so zapojením lekárov do 65 rokov a v prípade, že by počet bodov zodpovedal minimálnej sieti (pri počte lekárov zodpovedajúcom počtu v r. 2020). Zdroj pre LSPP 2009: (MZ SR, 2009). Počítame s aproximáciou 30 služieb za mesiac, počet lekárov pre rok 2020 sme odhadli ako súčet úväzkov VLDD k 6. 8. 2020.



V reforme treba pokračovať pre rastúci vek lekárov

Reforma ambulantnej pohotovostnej služby priniesla posun v mnohých oblastiach – zlepšila financovanie ambulantných pohotovostí, znížila počet bodov poskytovania i návštev. Vzhľadom na vysoký počet návštev a vysoký priemerný vek lekárov, je potrebné v začatom procese pokračovať. V čase obmedzeného množstva zdrojov (finančných i personálnych) je dôležité hľadať udržateľné modely poskytovania starostlivosti, ktoré budú prinášať čo najvyššiu hodnotu pacientom. **Opatrenia by mali byť zamerané tak na stranu organizácie poskytovania zdravotnej starostlivosti (redukcia počtu bodov pri zachovaní rozumnej dostupnosti urgentnej starostlivosti), ako na stranu obmedzenia počtu návštev (využívanie technológií a alternatívnych foriem poskytovania starostlivosti).**

Reformy v organizácii pohotovostnej služby prebiehajú v mnohých krajinách. **Spoločnými témami sú hlavne snahy o lepšiu koordináciu ambulantnej a ústavnej pohotovosti, redukcia neurgentných návštev ústavných pohotovostí, ich nahradenie online a telefonickými radami a zabezpečenie liečby najväčších stavov adekvátnymi poskytovateľmi.** Zatiaľ čo reforma pohotovostí na Slovensku viedla k skráteniu ordinačných hodín v APS, v mnohých krajinách je trend skôr opačný. Výrazná je tendencia posilňovať primárnu pohotovostnú službu a presúvať pacientov z nákladnejšej ústavnej pohotovosti, aby sa tak uvoľnilo miesto pre pacientov v ohrození života a znížili náklady (Baier N., Geissler A., Bech M., et al, 2019).

Významným trendom, ktorý napomáha snahám o lepšiu koordináciu, je **centralizácia APS a UPS do spoločných bodov so spoločným mechanizmom triage pacientov.** Na Slovensku sa väčšina UPS nachádza v mestách, kde sídli APS (vo väčšine prípadov v pešej vzdialenosti do 30 min, často ešte menej), ale len 23 zo 41 UPS pre dospelých (56%) a 29 z 38 UPS pre deti (76%) je v tej istej budove ako APS. Takáto koncentrácia umožňuje eliminovať neurgentné návštevy ústavných pohotovostí, správne zaradiť pacienta podľa závažnosti jeho stavu a udržať kontinuitu starostlivosti v prípade ukončenia ordinačných hodín APS.

Ďalším dôležitým komponentom urgentnej starostlivosti využívaným v zahraničí sú call centrá, fungujúce na úrovni ambulantnej, ako i ústavnej pohotovosti. **Call centrá slúžia ako prostriedok prvej triage, medicínskeho poradenstva a ich využívanie môže viesť k zníženiu fyzických návštev pohotovostí.** Veľký krok vo využívaní call centra urobilo Dánsko, ktoré podmienilo každú návštevu na pohotovosti predchádzajúcim telefonátom a odporúčaním príslušného lekára buď k domácej starostlivosti alebo nasmerovanie pacienta na správnu úroveň starostlivosti. **Zavedenie tohto opatrenia v Dánsku v r. 2014 dokázalo znížiť počty návštev v niektorých regiónoch až o 25%, pričom až 60% urgentných kontaktov bolo vybavených vo forme telekonzultácie, bez následnej návštevy lekára** (Baier N., Geissler A., Bech M., et al, 2019), (Berchet C. and Nader C., 2016). Ďalším príkladom využívania call centra je Francúzsko, kde vo väčšine regiónov funguje spoločné telefónne číslo pre ambulantnú a ústavnú pohotovostnú službu. Call centrá sú umiestňované na pohotovostiach v nemocniciach a poskytujú triage aj objednávanie návštevnej alebo záchranej zdravotnej služby. Recepční majú k dispozícii online systém, monitorujúci aktuálny zoznam čakania na jednotlivých pohotovostiach, ktorý im umožňuje nasmerovať pacienta tam, kde je najnižšia čakacia doba. (Baier N., Geissler A., Bech M., et al, 2019). Význam vzdialených foriem poskytovania konzultácií sa najvýraznejšie ukazuje práve v čase epidémií infekčných ochorení, kedy sa stáva nutným štandardom.

Reforma na Slovensku znížila počet pevných bodov APS, ich počet však stále ostáva vysoko nad hranicou minimálnej siete i príkladov z iných krajín (Tabuľka 1) a bolo by ho možné zredukovať. **Ak by sme predpokladali 5% redukciu nákladov v prípade ďalšieho zníženia počtu APS a redukciu počtu návštev o 5% (príp. 10%) v dôsledku vzniku call centra, vytvoril by sa tak priestor na pokrytie nákladov na prevádzkovanie a vznik call centra vo výške 1,6 (príp. až 3) mil. Eur ročne.**

Politicky citlivým ale možným riešením vysokého počtu návštev pohotovostí by mohla byť ďalšia zmena v poplatkoch za čerpanie starostlivosti na APS a UPS (porovnanie Slovenska zo zahraničím v Tabuľka 2).

Tabuľka 1: Počty a charakteristiky ambulantných pohotovostí vo vybraných Európskych krajinách. Údaj pre Slovensko je údaj váženým priemerom počtov pre APS deti (5,89 APS na 100 000 detí) a APS dospelí (1,71 APS na 100 000 dospelých). Zdroj: (Berchet C. and Nader C., 2016), (Baier N., Geissler A., Bech M., et al, 2019)

Krajina	Typ pohotovosti	Kde sa nachádza	Počet na 100 000 ob.
Dánsko	Centrá pre poskytovanie urgentnej starostlivosti	Čoraz častejšie v nemocniciach, čoraz častejšie regionálna organizácia primárnej starostlivosti	0,79
Francúzsko	Centrá pre poskytovanie urgentnej starostlivosti	V prímestských/mestských oblastiach, čoraz častejšie v nemocniciach	0,55
Holandsko	Centrá primárnej starostlivosti	80% v blízkosti nemocnice, nezávisle alebo v rámci nemocnice	0,72
Slovensko	Pevné body spravované organizátorom	Z APS dospelí cca 50%, APS deti cca 60% v nemocnici s urgentným príjmom alebo vo vzdialenosti <= 30 min. chôdze od nemocnice s urgentným príjmom	3,64

Tabuľka 2: Miera spoluúčasti pacienta pri návšteve pohotovosti v krajinách OECD. V každej krajine je spoluúčasť predmetom rôznych výnimiek. Zdroj: (Berchet, 2015)

Krajina	Spoluúčasť	Poznámka
Belgicko (2011)	18,30 €	Pacienti, ktorí sa sami rozhodnú pre návštevu pohotovosti (10 € pre skupinu pacientov s úľavou na poplatkoch)
Fínsko (2012)	27,50 €	Pacienti 18+ pri návšteve ústavnej pohotovosti v noci, cez víkendy a počas sviatkov (bez poplatku pri návšteve primárnej kliniky alebo sestry)
Taliano (2012)	25 €	Pacienti 14+, len pri neadekvátnych návštevách ústavných pohotovostí
Írsko (2012)	100 €	Pri každej návšteve ústavnej pohotovosti
Portugalsko (2014)	15 € - 20 €	Pri návšteve ústavnej pohotovosti, podľa závažnosti výkonu (15€ základná návšteva, 17,5€ medicínsky/chirurgický výkon, 20€ návšteva vyžadujúca komplexnú starostlivosť)
USA		Právo štátov vyžadovať vyššie poplatky za návštevy ústavnej pohotovosti v prípade neurgentných návštev (urgentné návštevy sú výnimkou zo spoluúčasti)
Slovensko	2€, 10€	(ambulantná pohotovosť; ústavná pohotovosť)

Literatúra

115/2018 Z. z. (2018). Nariadenie vlády Slovenskej republiky z 28. marca 2018, ktorým sa ustanovuje výška úhrad zdravotnej poisťovne za poskytovanie zubno-lekárskej pohotovostnej služby a ambulantnej pohotovostnej služby, spôsob výpočtu a pravidlá výpočtu týchto úhrad.

226/2005 Z. z. (2005). Nariadenie vlády Slovenskej republiky zo 4. mája 2005 o výške úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú uhrádza zdravotná poisťovňa poskytovateľovi lekárskej služby prvej pomoci.

577/2004 Z. z. (2004). Zákon o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

Asociácia nemocníc Slovenska. (2017). Vyhlásenie ANS, 3. 2. 2017.

Baier N., Geissler A., Bech M., et al. (2019). Emergency and urgent care systems in Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands - Analyzing organization, payment and reforms. *Health Policy* 123(1):1-10.

Berchet C. and Nader C. (2016). The organisation of out-of-hours primary care in OECD countries. *OECD Health Working Papers*, No. 89.

Berchet, C. (2015). *Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand*. *OECD Health Working Papers*, No. 83.

MZ SR. (2009). *Správa pre výbor NR SR pre zdravotníctvo o riešení problematiky LSPP*.

MZ SR. (2018). *Sieť pohotovostí*. Načteno z <https://www.health.gov.sk/?pohotovosti-po-novom>

P. Makara, Z. Teremová. (2010). *Pohľad na súčasný stav a podmienky poskytovania LSPP*.

VÚC. (2017). *Ambulantná pohotovostná služba*. Dostupné na internete https://www.e-vuc.sk/e-vuc/pre-poskytovatelov-zdravotnej-starostlivosti/ambulantna-pohotovostna-sluzba.html?page_id=127277

Táto publikácia bola pripravená pri príležitosti konferencie Prague International Health Summit 2020, na ktorej boli prezentované konkrétne úspešné riešenia nedostatku personálu zo zahraničia a diskutované ich praktické uplatnenie v Českej republike a na Slovensku.

PodĎakovanie

Ďakujeme Dôvera, zdravotná poisťovňa, a.s. za poskytnutie anonymizovaných dát k analýze.

Za cenné rady a pripomienky ďakujeme:

- **MUDr. Beate Kartousovej**, členke výboru Slovenskej spoločnosti primárnej pediatrickej starostlivosti
- **Ing. Martinovi Kultanovi**, predsedovi predstavenstva a generálnemu riaditeľovi Dôvera, zdravotná poisťovňa, a. s.
- **MUDr. Mariánovi Šóthovi**, prezidentovi Asociácie súkromných lekárov Slovenskej republiky

Za názory a fakty uvedené v tomto texte nenesú vyššie uvedené osoby žiadnu zodpovednosť, tá patrí Advance Healthcare Management Institute.



Více než 10 let naše
studenty a absolventy

učíme zvládat výzvy, kterým čelí naše zdravotnictví

Přijďte se i vy inspirovat
do programu
**Master of Healthcare
Administration**

