

Rast nie je možný bez dostatočných zdrojov. Hoci “život”, obrazne myslené aj spoločensky alebo odboru nezanikne, výsledkom je však stagnácia, živorenie, fungovanie na nižšej úrovni a niekedy až zánik.

### **Od reformy do reformy**

Vo veľmi krátkom čase po zmene režimu v 1989 roku predložil profesor Hašto v 1991 roku ucelenú Reformu psychiatrickej starostlivosti v SR. Nasledovali roky diskusií a predovšetkým roky implementácie Reformy do zákonov SR. Diskusie sa viedli predovšetkým medzi zástancami “starej psychiatrie” - zväčša iba biologicky zameranými psychiatrami a “psychoterapeuticky” zameranými psychiatrami, ktorý rešpektovali biologický ako aj psychoterapeutický a psychosociálny prístup. Išlo o zbytočný spor, ktorý s Reformou nemal v podstate nič spoločné, nakoľko základnou tézou reformy bol človek ako biopsychosociálna bytosť. Ďalším problémom tej doby bolo zrejme mylné presvedčenie, že ak sa podarí implementovať reformné tézy do zákonov SR, bude zabezpečené aj financovanie Reformy. Pozitívom bolo, že Reforma mala širokú podporu v nastupujúcich generáciách psychiatrov.

A tak roky ubiehali, problémy s financovaním slovenského zdravotníctva sa prehlbovali a do centra diania sa začala dostávať úplne iná reforma - “trhová” Reforma zdravotnej starostlivosti. Bol tu rok 2004 a vyhliadky Reformy psychiatrickej starostlivosti SR sa začali javiť ako veľmi neisté.

A ak v úvode Reformy psychiatrickej starostlivosti autori konštatujú :

“ My psychiatri, naši pacienti, ich príbuzní, celá spoločnosť, všetci máme vážne dôvody na nespokojnosť so stavom psychiatrickej starostlivosti u nás.” / Hašto, 1999/ (1),

tak po 25 rokoch od napísania úvodu knižného vydania reformy a po 32 rokoch od predloženia ucelenej Reformy môžeme s plnou vážnosťou a so zdesením konštatovať :

“ My psychiatri, naši pacienti, ich príbuzní, celá spoločnosť, všetci máme vážne dôvody na nespokojnosť so stavom psychiatrickej starostlivosti u nás.” / Hašto, 1999/(1)

### **Slovenské zdravotnícke perpetum mobile**

Reforma zdravotnickej starostlivosti bola v 2004 roku schválená po ťažkej mediálnej príprave, kedy každý, kto sa nebál oponovať, bol označený za pohrobka socialistického zdravotníctva. V parlamente chýbali na schválenie hlasy, ktoré za zvláštnych okolností z večera do rána dodala opozícia. Tak začala “trhová” éra slovenského zdravotníctva.

Do roku 2004 zdravotná poisťovňa prerozdelať zdravotné odvody, ktoré musí zo zákona platiť každý občan SR. Uvedenú službu mala financovaná ako fixné percento z výberu poisťného. Od roku 2004 si percentá za správu dáva poisťovňa do nákladov a zo zdravotných odvodov, ktoré neminie na zdravotnú starostlivosť si tvorí zisk. Nakoľko je podnikateľským subjektom, jej základnou funkciou je tvorba zisku. To však môže byť často v rozpore s funkciou poisťovne prerozdelať financie na zabezpečenie zdravotnej starostlivosti. Respektíve tento rozpor vytvára tlak na šetrenie na strane výdavkov pre poskytovateľov v prospech zisku na strane poisťovne.

Preto došlo po 2004 roku k praktickému rozdeleniu zdravotníctva na ziskové sektory, často vo vlastníctve vlastníka poisťovne, alebo v “spriaznených” rukách a na stratové sektory, ktoré sú tvorené zväčša poskytovateľmi, ktorí v slovenskom zdravotníctve sotva prežívajú a nemajú zdroje na rozvoj.

Ambulantní poskytovatelia sú tak často na úrovni drobných živnostníkov, s rozdielom vo vzdelaní a množstve povinností, ktoré im štát prostredníctvom zákonov uložil. Štát sa zbavil zodpovednosti za platové a sociálne zabezpečenie poskytovateľov, nakoľko sú podnikateľmi, avšak forma podnikania v zdravotníctve sa viac podobá vynútenému zamestnávaniu na živnosť / fiktívny živnostník/, ako ozajstnému podnikaniu.

Na cenotvorbu v podstate nemáme dosah, lebo sa máme dohodnúť s poisťovňami, ale poisťovne majú cieľ dosiahnuť zisk pre svojich akcionárov. Tak cena práce vysokoškolsky vzdelaného lekára s atestáciou je na úrovni a často už pod úrovňou drobného živnostníka.

Cena za prvé psychiatrické vyšetrenie je okolo 23 €, trvanie cca 50 minút.

Kontrolné psychiatrické vyšetrenie s verbálnou intervenciou je okolo 13 až 15 €, bez verbálnej intervencie okolo 11 €.

Slovenská psychiatrická spoločnosť stanovila optimálny počet vyšetrení na jeden deň 15. (2) Čiže príjem ambulancie tak vychádza mesačne približne 4000 €, čo po zaplatení cenný práce sestry, ktorú musí poskytovateľ zo zákona zamestnávať, nájmu, vybavenia, upratovania, telefónov a ostatných nákladov je smiešna suma, ktorá ostane za vysoko odbornú prácu ambulantného lekára špecialistu. A to je už akože lepšia doba. V minulosti si poisťovňa objednala na mesiac výkony v sume 3000 €, čiže často ambulantní poskytovatelia pracovali posledný týždeň v mesiaci zadarmo.

Reforma zdravotnej starostlivosti z 2004 roku zrejme počítala so zbedačovaním ambulantných poskytovateľov už pri jej príprave. Preto sa v publikácii z 2004 roku Ozdravené zdravotníctvo v službách občanov autorov Pažitného a Zajaca môžeme dočítať : “Slovensko má príliš veľa zdravotníckeho personálu, predovšetkým lekárov, čo znamená nielen záťaž pre zdravotný systém, ale aj potencionálne riziko zvyšovania výdavkov cez dopyt, vyvolaný samotnými lekármi.”(3)

Analogicky sa tak vytváral tlak na poskytovateľov, ako na robotníkov vo fabrikách - ak sa vám nepáči, na bráne máme ďalších, čo radi nastúpia miesto vás.

A tak sa dostávam k meritu veci. Slovenský ambulantný lekár pracuje na úkor vlastných osobnostných ako aj finančných zdrojov. Pre ilustráciu uvádzam dialóg medzi lekárom Bartom a spolutvorcom reformy Pažitným v relácii Pod lampou 20.4.2006 :

**“MUDr. T. Barta:** Od roku 2001, respektíve 2002 až doteraz nám nebola pridaná ani koruna v rámci nejakého programového nárastu miezd. To nemôžete odškriepiť. Jednoducho neexistuje systém, ktorý by zabezpečil, že skupina zamestnancov má mať zvyšovanú mzdu podľa aktuálnej inflácie. Pán inžinier nesúhlasím s vami, ak porovnáвате nemocnicu so súkromným sektorom. Ak ja nemám zadefinované presné vstupy za výkony, to znamená, že nemám garanciu, že dostanem zaplatené za to, čo urobím, potom nemôžem rozdeľovať na nič, ani na platy.

**Ing. P. Pažitný:** Považujem človeka za racionálneho tvora. Ak niekto pracuje v určitom zamestnaní a má dojem, že nie je zaplatený, tak neviem prečo toto zamestnanie vykonáva.

**MUDr. T. Barta:** Nehnevajte sa, ja robím prácu, ktorú mám rád a ktorú viem robiť.

**Ing. P. Pažitný:** Potom povedzte, že vám dáva inú hodnotu, ako sú peniaze.

**MUDr. T. Barta:** Pán inžinier, stále hovorím o tom, že musí byť definovaná reálna a rovnaká cena za určitý výkon v rámci celého slovenského zdravotníctva. Ak mám narábať s konkrétnymi ekonomickými parametrami, musím vedieť, čo všetko stojí, tak ako viem, koľko stojí kWh elektriny, kubický meter plynu alebo liek, ktorý podávam pacientovi. Musím preto vedieť, čo stojí moja duševná práca, ktorú vložím do pacienta v rámci diagnostiky, aj amortizácia prístroja, ktorý používam. Toto neexistuje – o tom sa rozprávame. “(4)

A ešte citát z Newsletteru ASL SR číslo 9 z 2022 roku :

“Áno, ambulantní lekári „kradli“. Okrádali svoje rodiny, keď roky pracovali vo finančne poddimenzovaných ambulanciách!”(5)

Čiže na jednej strane zdravotné poisťovne, ktorým prichádzajú zo zákona na účty povinné odvody a pre ilustráciu vytvorili za rok 2021 zisk Dôvera 17,3 milióna € a Union 3,5 milióna € a na strane druhej ambulantní poskytovatelia, ktorí ošetrili tisíce pacientov a cena ich práce je na úrovni a často pod úrovňou drobných živnostníkov so stredným vzdelaním. Ekonomicky by väčšina ambulancií už nemala existovať, to že stále poskytujú zdravotnú starostlivosť je výsledkom slovenského zdravotníckeho perpetum mobile.

Tento stav si všimol aj Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, ktorý vo svojom Vestníku číslo 11 konštatuje : “Lekári, ktorí samostatne prevádzkujú svoje ambulancie (na rozdiel od lekárov zamestnaných v nemocniciach) nemajú zákonom garantovanú výšku platu (nevzťahuje sa nich tzv. platový automat) a majú len taký plat, na aký im platby zo zdravotných poisťovní po úhrade ostatných výdavkov spojených s prevádzkou ambulancie vystačia. V prípade mnohých odborností sú platby zdravotných poisťovní tak nízke, že sa mladí lekári radšej rozhodnú zo Slovenska odísť tam, kde za svoju prácu dostanú primerané ohodnotenie.” (6)

a na inom mieste toho istého Vestníka 11/2022 :

“Ceny niektorých výkonov nepostačujú ani na primerané mzdové ohodnotenie lekárov a prevádzku ambulancie. Ako príklad môžeme uviesť komplexné vyšetrenie (kód výkonu 60) v odbornostiach pneumológia, imunoalergológia, dermatovenerológia, diabetológia, ktoré trvá viac ako 30 minút, za ktoré dostane lekár zo strany zdravotnej poisťovne len okolo 13 eur. Z tejto sumy má vykryť svoje mzdové nároky, mzdové nároky zdrav. sestry, odvody a pokryť ešte aj ďalšie výdavky spojené s prevádzkou ambulancie. Pri platbe 13 eur za vyšetrenie to nie je možné. Prevádzkovateľ ambulancie musí podľa toho prispôbiť plat zdravotníckym pracovníkom alebo musí nájsť iné zdroje financovania prevádzky ambulancie. Výsledkom sú nižšie platy lekárov a sestier v niektorých odborných ambulanciách, ako je zákonom stanovený mzdový nárok lekárov v ústavných zariadeniach.” (6)

## **Reforma ako Columbova žena, alebo hľadanie strateného času.**

Aktuálna reforma psychiatrickej starostlivosti je ako žena poručíka Columba. Všetci o nej hovoria, nikto ju však nevidel. A tak to aj v skutočnosti pôsobí. Vieme, že budú nové budovy zafinancované z plánu obnovy a v nových budovách nové komunitné centrá a vieme na akých pozíciách sa bude v nových komunitných centrách pracovať. Nevieme však, akú budú mať centrá konkrétnu náplň činnosti a hlavne ako bude činnosť centier financovaná. A tak nám opätovne hrozí, že budeme mať vypracované slohové cvičenia o reforme a jej nutnosti, dokonca uznesenie vlády, ale nebudeme mať financie a ľudské zdroje na jej realizáciu. Preto by bolo potrebné prioritne a záväzne zadefinovať ako bude reforma financovaná a ako bude zabezpečené personálne obsadenie určených pozícií. Zohnať a financovať sestru so špecializáciou v odbore ošetrovateľstvo v psychiatrii, alebo psychoterapeuta s ukončeným výcvikom môže byť v celku neriešiteľný problém.

Financovanie zreformovanej psychiatrickej starostlivosti tak, ako ho ustanovuje uznesenie vlády 947/2004 zrejme nie je aktuálne realizovateľné a je potrebné hľadať reálne a stabilné financovanie.

“ 3.1.2. Systém financovania starostlivosti o duševné zdravie.

V súčasnosti je financovanie starostlivosti o duševné zdravie zabezpečené prevažne zo zdrojov zdravotného poistenia, súkromné zdroje tvoria stále iba zanedbateľnú časť. Výsledkom je nespokojnosť všetkých zúčastnených strán (užívateľov, poskytovateľov i platcov). Z uvedeného vyplýva potreba zmeny systému financovania a prijatie vhodnej stratégie financovania založenej na viac zdrojovom financovaní starostlivosti o duševné zdravie. Nový systém financovania je možné zabezpečiť v súčinnosti nasledujúcich zdrojov: 1. aktívna spoluúčasť užívateľa a jeho rodiny podľa princípu závažnosti duševnej poruchy, 2. presun podstatnej časti financovania služieb na miestnu a regionálnu samosprávu, 3. zníženie objemu povinného zdravotného poistenia na financovaní starostlivosti o duševné zdravie, s ponechaním jeho dominantnosti na celkových zdrojoch financovania, 4. vyčlenenie finančných zdrojov na financovanie projektov.” ( Národný program duševného zdravia. 2004 ). (7)

Je až zarážajúce, že v roku 2022 pripravujeme a vedieme toľké diskusie o niečom, čo malo už od roku 2010 fungovať. Citujem z Národného programu duševného zdravia schváleného uznesením vlády 947 z 6. októbra 2004 :

“ 3.3.1. Deinštitucionalizácia a rozvoj siete komunitnej a domácej starostlivosti o duševné zdravie .

V priebehu nasledujúcich piatich rokov predpokladáme zrušenie väčšej časti súčasných chronických lôžok v psychiatrických liečebniach a psychiatrických nemocniciach, resp. ich transformáciu na sociálno-zdravotné lôžka. V týchto zariadeniach sa uvažuje s vytvorením špecializovaných bezpečnostných oddelení pre nespokojných užívateľov. Súčasne s deinštitucionalizáciou je potrebný rozvoj siete komunitnej a domácej starostlivosti. Ľuďom s ťažkým duševným postihnutím bude zabezpečená kontinuálna a komplexná starostlivosť v regióne štandardnej starostlivosti o duševné zdravie pomocou Agentúry psychiatrickej domácej starostlivosti (APDS), rehabilitačného strediska, chránenej a podpornej práce a chráneného a podporného bývania. Koherentné individuálne plány casemanažerov prispievajú k predchádzaniu, riešeniu krízových situácií a k lepšej koordinácii starostlivosti, týmto sa sleduje, aby starostlivosť bola vedená potrebami namiesto službami.

U tých, ktorí nie sú schopní prijať takúto starostlivosť, sa uvažuje s ich umiestnením na sociálno - zdravotných lôžkach. Pre úspešne fungovanie kvalitnej siete komunitnej starostlivosti o duševné zdravie je nevyhnutná tímová spolupráca v rámci psychiatrických multidisciplinárnych komunitných tímov, koordinovaných APDS alebo denným stacionárom, psychiatrickou ambulanciou. Do tímovej spolupráce sú zapojení aj užívatelia, bývali užívatelia aj ich príbuzní. Pri zabezpečovaní starostlivosti o duševné zdravie je aj kooperácia s neformálnymi komunitnými službami /napr. Liga za duševné zdravie, ODOS, Premeny a Opora/, svojpomoc a vzájomná pomoc užívateľov a ich príbuzných (pozri graf č. 1), s následným zmenšením potreby formálnych komunitných služieb. Multidisciplinárne psychiatrické tímy sú prepojené s inými miestnymi a regionálnymi sektormi (školský, zamestnávateľský, dobročinný, nápravno-výchovný činný (kurátori), a mimovládny organizáciami v oblasti iniciatívy prevencie a podpory duševného zdravia. Uvedenými krokmi sa zlepši dostupnosť služieb a kontinuita starostlivosti, či už longitudinálna (neprerušenie kontaktov po potrebnú dlhú dobu) alebo prierezová (medzi rôznymi tímami podieľajúcimi sa na starostlivosti).”(7)

A tak si myslím, že nie je potrebné tvoriť novú reformu 2022. Stačí sa vrátiť k reforme z 1990 roku, ktorú predložil profesor Hašto so spolupracovníkmi.

V nej :

- aktualizovať a predefinovať región štandardnej psychiatrickej starostlivosti, ktorý by mal byť definovaný na základe prirodzených historických a dopravných väzieb. Vytvárať sieť na podklade umelo vytvorených samosprávnych celkov, ktoré častokrát spolu nijako nesúvisia, je nefunkčné a scestné.
- na základe aktuálnych štatistických údajov zadefinovať potrebný počet zdravotníckych profesií potrebný na udržateľnú realizáciu reformy.
- prepočítať náklady na realizáciu reformy a udržateľné financovanie zreformovanej psychiatrickej starostlivosti a na ich základe zabezpečiť dostatočné zdroje financovania. Financovanie na základe vyjednávania o trhových cenách za výkony medzi poskytovateľmi a zdravotnými poisťovňami nie je udržateľným financovaním. Ak bude financovanie nastavené doterajším spôsobom financovania zdravotníckych zariadení na základe výkonov, je reforma už vopred odsúdená na neúspech.
- vypracovať reálnu náplň činnosti komunitných psychiatrických zariadení, najvhodnejšie vytvorením pilotných komunitných psychiatrických zariadení, kde by sa zadefinovala bazálna náplň činnosti ako aj minimálne priestorové a materiálno technické vybavenie.
- využiť skúsenosti denných sociálnych stacionárov, eventuálne komunitné centrá budovať ako psychosociálne komunitné centrá s využitím skúsenosti a personálu denných sociálnych stacionárov

## Nie práve optimistické vyhliadky alebo ambulantní lekári a sestry druhej kategórie

V 2012 roku si lekári pracujúci v nemocniciach vybojovali mzdový automat, ktorý garantuje výšku ich platov v závislosti od výšky priemernej mzdy v národnom hospodárstve. Rovnaký princíp vybojovali aj pre sestry zamestnané v nemocniciach ako aj na ambulanciách, avšak automat pre ambulantné sestry nezamestnané v nemocnici zrušil Ústavný súd SR. Lekári pracujúci v ambulancijnej sfére ostali odkázaní na vyjednávania so zdravotnými poisťovňami, ktoré však výsledok v zmysle adekvátneho financovania ambulantného sektora doposiaľ nepriniesli.

V 2022 roku sa situácia zopakovala, nemocniční lekári si vybojovali navýšenie miezd a ambulantný sektor bol opätovne odkázaný na vyjednanie so zdravotnými poisťovňami, čiže zrejme opäť na kozmetickú úpravu príjmov ambulancií.

Riešením ohodnotenia lekárov zamestnancov nemocníc a neriešením ohodnotenia ambulantných lekárov vzniká na Slovensku stav, kedy ľudia s rovnakým vzdelaním sú hodnotení za tú istú prácu diametrálne rozdielne. Niekedy sa niečomu podobnému hovorí aj diskriminácia. Na Slovensku tak máme lekárov a sestry prvej kategórie, ktorí sú zamestnancami nemocníc a lekárov a sestry druhej kategórie, ktorí pracujú mimo nemocníc.

Lekár psychiater s 27 ročnou praxou, ak sa zamestná v nemocnici, bude za identickú prácu na ambulancii poberať mesačne v hrubom 3845 €, cena jeho práce pre zamestnávateľa bude približne 5384 €. Podľa zmluvy bude vykonávať pracovné činnosti zodpovedajúce špecializácii psychiatria. O nič iné sa nemusí starať. Cena práce sestry, ktorú bude musieť nemocnica zamestnať bude približne 1680 €, čiže iba náklady na mzdy budú okolo 7000 €.

Ten istý lekár, ak bude vykonávať svoju prax na ambulancii, tak mesačne pri ošetrovaní okolo 20 až 30 pacientov, podľa odporúčaní psychiatrickej spoločnosti by to malo byť 15, zarobí približne 5500 €, z čoho zaplatí sestru, ktorú musí zo zákona zamestnávať, a ktorú musí platiť aj počas vlastnej práceneschopnosti, hoci nezarába ani cent, nájom, svetlo a teplo, účtovníčku, telefóny, internet, program, e zdravie, upratovanie, naftu, pracovné odevy, lieky, zdravotnícky materiál, revíziu kyslíkovej fľaše, zastupovanie ak má sestra dovolenku alebo je práceneschopná, vzdelávanie, stravovanie zamestnancov, poistenie a ..... To čo nakoniec ostane je odmena za jeho prácu.

Takže ešte raz inak. Takzvaný súkromný lekár má na mesačnú prevádzku ambulancie približne toľko, koľko stojí nemocnicu iba práca lekára na nemocničnej ambulancii. Z toho vyplýva, že zdravotná poisťovňa musí nemocnici platiť na prevádzku nemocničnej ambulancie približne dvojnásobok.

Garantované ohodnotenie nemocničných lekárov je v poriadku a je potrebné, to čo nie je v poriadku je ohodnotenie ambulantných lekárov a cena za ambulantné výkony.

Aktuálna ekonomická vojna, energetická kríza ako aj úprava mzdového automatu sestier posúvajú ambulantný sektor do neriešiteľnej situácie. Hrozí odchod sestier do nemocníc, nakoľko pri aktuálnom financovaní špecializovanej ambulantnej starostlivosti v súbehu so zvyšovaním sa cien elektrickej energie a plynu a rastúcej inflácie nebude možné zvýšiť plat sestier v ambulanciách na konkurenčnú úroveň. A rozvíjať naše ambulancie už vôbec nie.

A tak končím tam, kde som začal. Rast nie je možný bez dostatočných zdrojov. ...

(1) Hašto, J. et al. 1999. Reforma psychiatrickej starostlivosti. 1. vyd. Trenčín: Vydavateľstvo F, 1999. 88 str. ISBN 80-889-52-00-X

(2) Komentár SPsS SLS k aktualizácii Národného programu duševného zdravia  
[http://www.psychiatry.sk/cms/File/2018/NPDZ\\_web.pdf](http://www.psychiatry.sk/cms/File/2018/NPDZ_web.pdf)

(4) Ostrá polemika o pravde v reforme zdravotníctva  
**ZDRAVOTNÍCKE NOVINY** 1 . MÁJA, 2006  
<http://reformazdravotnictva.sk/2006/05/01/ostra-polemika-o-pravde-v-reforme-zdravotnictva/>

(3) Pažitný P, Zajac R., Ozdravené zdravotníctvo v službách občanov, Pre reformu zdravotníctva, 2004, <http://www.reformazdravotnictva.sk/pril/BielaKniha.pdf>

(4) ZÁKLADNÉ PRINCÍPY REFORMY PSYCHIATRICKEJ STAROSTLIVOSTI NA SLOVENSKU,  
<http://www.psychiatry.sk/cms/File/2022/principy%20reformy%20PS%20final%20zverejneny.pdf>

(5) Newsletter ASL SR 9 31.marec.2022

(6) Vestník číslo 11/2022, september 2022, [https://www.udzs-sk.sk/wp-content/uploads/2022/09/VE\\_11\\_2022\\_web\\_sprava-o-VZP.pdf](https://www.udzs-sk.sk/wp-content/uploads/2022/09/VE_11_2022_web_sprava-o-VZP.pdf)

(7) <https://rokovania.gov.sk/RVL/Material/15630/1>

Peter Radó psychiater , Skalica