**správa o účasti verejnosti na tvorbe Právnych predpisov**

Verejnosť bola o príprave návrhu nariadenia vlády Slovenskej republiky z ...... 2021, ktorým sa ustanovujú podrobnosti o spôsobe ustanovenia verejnej minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti informovaná prostredníctvom predbežnej informácie, ktorá bola zverejnená v informačnom systéme verejnej správy Slov-Lex. (PI/2021/236).

Predbežná informácia bola zverejnená od 13. októbra 2021 do 20. októbra 2021.

Verejnosť mala možnosť zasielať návrhy a podnety k príprave návrhu nariadenia vlády, podávať pripomienky.

Pripomienku zaslala SKIZP (Slovenská komora iných zdravotníckych pracovníkov):

SKIZP žiada, aby sa uvedený návrh nariadenia vlády zaoberal aj stanovením minimálnej siete zdravotníckych pracovníkov s vysokoškolským vzdelaním II. stupňa, ktorí tvoriť súčasť ambulantného multiprofesionálneho tímu prislúchajúceho ku každej ambulancii všeobecného lekára. Odôvodnenie: Riešenie zdravotných potrieb obyvateľstva pri súčasnom rešpektovaní nedostatku lekárov na Slovensku. Tento spôsob riešenia odporúča aj Európska komisia. Viď s. 19 v publikácii Zdravotný profil krajiny Slovensko 2019. Zosúladenie s odporúčaniami EK v dokumente Odporúčania panelu expertov pre efektívne spôsoby investovania do zdravia (EXPHP) z 10. júla 2014 - odporúčania pre multiprofesionálnu primárnu ZS. 2.) Konkrétne návrhy na zvýšenie minimálnych normatívov v týchto povolaniach: Pôvodne písané pre NV č. 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti, z ktorého problematika aktuálne vypadáva, takže by sa muselo primerane upraviť, ale pre zrozumiteľnosť uvádzame v pôvodnom znení: 1. „Minimálny normatív inej špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti uvedený v Prílohe č. 3 pre samostatné ambulancie zdravotnej starostlivosti sa a) u klinických logopédov zvyšuje vždy o 1,00 pracovného miesta klinického logopéda pre každý región, kde bol výskumne potvrdený zvýšený výskyt porúch prehĺtania a vývinových rečových porúch alebo porúch reči, vzniknutých na základe úrazu, náhlej cievnej mozgovej príhody alebo iného poškodenia mozgu oproti obdobiu predchádzajúcich 5 rokov sledovaného obdobia najmenej o 10 %, ak priemerná čakacia doba na prijatie pacienta u klinického logopédia v danom regióne je viac ako 3 mesiace, b) u liečebných pedagógov zvyšuje vždy o 1,00 pracovného miesta liečebného pedagóga pre každý región, kde bol výskumne potvrdený zvýšený výskyt b1) vývinových porúch psycho-motorického vývoja detí oproti obdobiu predchádzajúcich 5 rokov sledovaného obdobia najmenej o 10 %, alebo b2) telesne, mentálne alebo psychicky postihnutých detí alebo zvýšený výskyt detí nachádzajúcich sa v potenciálne zdravie ohrozujúcom rodinnom prostredí (psychiatricky chorí rodičia, nezamestnaní rodičia alebo inak sociálne vylúčení rodičia) oproti obdobiu predchádzajúcich 5 rokov sledovaného obdobia najmenej o 10 %, alebo b3) pacientov vyžadujúcich dlhodobú zdravotnú alebo sociálnu starostlivosť oproti obdobiu predchádzajúcich 5 rokov sledovaného obdobia najmenej o 10 %, alebo b4) seniorov vo vyššom veku, u ktorých sa prejavujú kognitívne poruchy, aj rôzne formy nastupujúcej alebo rozvinutej demencie najmenej o 5 % a c) u verejných zdravotníkov zvyšuje vždy o 1,00 pracovného miesta verejného zdravotníka pre každý región, kde c1) úmrtnosť a chorobnosť obyvateľstva v sledovaných diagnózach chronických neinfekčných ochorení v období posledných 5 rokov stagnuje alebo vykázala vzostup o 5 % a viac alebo daný prirodzený región vykazuje v úmrtnosti a chorobnosti významne horšie ukazovatele ako je dostupný zistený priemer členských štátov EÚ, c2) údaje o priemernom veku dožitia obyvateľstva v dobrom zdraví daného regiónu poukazujú na významne horšie ukazovatele (viac ako 5 %) ako je dostupný zistený priemer členských štátov EÚ a zároveň zistený benchmark s ostatnými samosprávnymi krajmi poukazuje na viac ako 5 % rozdiel ukazovateľov v neprospech daného regiónu, c3) modus vekovej štruktúry obyvateľstva na danom území vykazuje vyššiu hodnotu ako 60 rokov veku, c4) priemerný vek lekárov pracujúcich na území daného regiónu presahuje 55 rokov veku, alebo c5) čakacie doby na ošetrenie na špecializovanú lekársku a nelekársku ambulantnú zdravotnú starostlivosť v danom regióne presahujú 3 mesiace.“ Odôvodnenie: Obsiahnuté v samotnej pripomienke – zlepšovanie ukazovateľov zdravia. Podrobnejšie tiež pri bode 3. návrhu. 2. V § 2 sa za odsek 3 pripájajú nové odseky 4 až 7, ktoré znejú: (4) Minimálny normatív poskytovateľov všeobecnej a špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti uvedený v odsekoch 1 až 3 sa zvyšuje vždy o 1,00 lekárskeho miesta lekára s príslušnou odbornou spôsobilosťou, ak a) hustota obyvateľstva na danom území je nižšia ako 50 obyvateľov na m2, alebo b) hustota obyvateľstva na danom území je vyššia ako 500 obyvateľov na m2, alebo c) modus vekovej štruktúry obyvateľstva na danom území vykazuje vyššiu hodnotu ako 60 rokov veku, alebo d) priemerný vek lekárov pracujúcich na území daného regiónu presahuje 55 rokov veku, alebo e) úmrtnosť a chorobnosť obyvateľstva v sledovaných diagnóz chronických neinfekčných ochorení v období posledných 5 rokov stagnuje alebo vykázala vzostup o 5 % a viac alebo daný prirodzený región vykazuje v úmrtnosti a chorobnosti významne horšie ukazovatele ako je posledný zistený priemer členských štátov EÚ. (5) Minimálny normatív poskytovateľov všeobecnej a špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti uvedený v odseku 4 sa zvyšuje aj o 1,00 pracovného miesta zdravotníckeho pracovníka s vysokoškolským vzdelaním II. stupňa v zdravotníckom povolaní verejný zdravotník, 1,00-3,00 pracovného miesta sestry, 1,00 pracovného miesta fyzioterapeuta, 1,00 pracovného miesta poradenského alebo klinického psychológa, 1,00 pracovného miesta liečebného pedagóga, 1,00 pracovného miesta klinického logopéda, a 1,00 pracovného miesta laboratórneho diagnostika na účely vytvorenia multiprofesionálneho tímu lekára primárnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti v zmysle odporúčaní Európskej komisie, ak a) údaje o priemernom veku dožitia obyvateľstva v dobrom zdraví daného regiónu poukazujú na významne horšie ukazovatele dožitia (viac ako 5 %) ako je dostupný zistený priemer členských štátov Európskej únie alebo b) je splnená niektorá z podmienok uvedených v odseku 4, avšak pre nedostatok lekárov (viac ako 5 rokov) nie je možné na dané územie zabezpečiť lekára. (6) Minimálny normatív multiprofesionálneho tímu primárnej zdravotnej starostlivosti podľa ods. 5 vzniká pre zabezpečenie komplexnej multiprofesionálnej primárnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti najmenej jeden v každom okrese, pričom pracovné miesta zdravotníckych pracovníkov podľa odseku 5 možno naplniť aj postupne, najneskôr do 5 rokov od začatia jeho tvorby a v závislosti od regionálnych potrieb a priorít definovaných v spolupráci s príslušným samosprávnym krajom a miestnou územnou samosprávou, inak sa postupuje podľa odsekov 1 až 3 a 7. (7) Doplnenie minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti podľa ods. 3 druhá veta písm. a) až c) sa plní podľa zdravotných potrieb obyvateľstva v spolupráci s príslušným samosprávnym krajom a miestnou územnou samosprávnou.“ Odôvodnenie: Zosúladnenie s odporúčaním Panelu expertov EK pre efektívne spôsoby investovania do zdravia, že primárna ambulantná zdravotná starostlivosť (všeobecná, špecializovaná) má byť reprezentovaná multiprofesionálnymi tímami ambulantnej zdravotnej starostlivosti (viď Report on the Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH) on Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems (2014). s. 4. [Správa Panelu expertov (EXPH) pre efektívne spôsoby investovania do zdravia o definícii referenčného rámca týkajúceho sa primárnej starostlivosti s osobitným dôrazom na systémy financovania a systémy odosielania.]. Brusel: Európska komisia [cit. 2021-08-07]. Dostupné na internete: ). Tieto multiprofesionálne tímy ambulantnej zdravotnej starostlivosti Európska komisia členským štátom EÚ (t.j. vrátane Slovenska) odporúča zaviesť už od roku 2014 Špeciálne vo vzťahu k Slovensku na to Európska komisia upozornila, že toto chýba, citujem „lepšie rozdelenie úloh medzi lekármi a inými zdravotníckymi pracovníkmi by takisto mohli pomôcť riešiť nedostatok lekárov“ - naposledy viď hodnotiaca správa EK Zdravotný profil krajiny Slovensko 2019 na s. 18 dostupné online: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019\_chp\_sk\_slovak.pdf). Európska komisia túto skutočnosť (tvorbu multiprofesionálnych tímov pre oblasť prevencie) považuje za tak dôležitú, že Slovenskú republiku vyzýva na vyššie investície do zdravotnej výchovy a prevencie v citovanom dokumente Zdravotný profil krajiny Slovensko 2019 dokonca na niekoľkých miestach – na s. 13 vpravo hore a v texte pod obrázkom, na s. 14 vpravo hore, na s. 22 odsek vľavo dolu, tamtiež posledný odsek, čo na správu takéhoto stručného rozsahu nebýva obvyklé. Verejní zdravotníci (absolventi vysokoškolského štúdia v študijnom odbore verejné zdravotníctvo, ako EK odporúča, taktiež môžu byť súčasťou multiprofesionálnych tímov primárnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti. 3. V § 5 sa na konci pripája druhá veta, ktorá znie: „Minimálny normatív poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti sa zvyšuje o 1,00 pracovného miesta epidemiológa alebo verejného zdravotníka na sledovanie, analýzu a prevenciu nozokomiálnych nákaz v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti a najmenej o 1,00 pracovného miesta pracovného psychológa na sledovanie, analýzu, prevenciu a elimináciu syndrómu vyhorenia a iných záťažových psychologických faktorov práce a pracovného prostredia u zdravotníckych pracovníkov pracujúcich u poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti.“ Odôvodnenie: Skúsenosť z praxe poukazuje na potrebu poskytovania odbornej psychologickej starostlivosti nielen pre pacientov alebo klientov zdravotníckeho zariadenia, ale i pre zdravotnícky personál pracujúci v ústavných zariadeniach. Práve tento z dôvodu zvyšovania záťaže, nárokov na udržanie profesionality pri poddimenzovanom stave personálu, zvyšujúcom sa technickom a administratívnom zaťažení, nedostatočnom financovaní a častej medializácii sa stáva zdravotnícky personál skupinou, ktorá je ohrozená dôsledkami pôsobenia najmä vyššie vymenovaných stresorov. Informácie poukazujú na to, že v slovenskom zdravotníctve, najlepšie v zariadeniach ústavnej zdravotnej starostlivosti je urgentne potrebné vytvoriť pracovné miesta, ktoré sa budú v ďalšom období systematicky venovať predchádzaniu a eliminácii syndrómu vyhorenia u zdravotníckeho personálu. Táto preventívna činnosť je z hľadiska obsahu štúdia náplňou práce psychológov so špecializáciou pracovná a organizačná psychológia. Vzniknutá infraštruktúra pracovných psychológov v zariadeniach ústavnej zdravotnej starostlivosti môže byť neskôr potenciálom aj na zabezpečenie systematickej prevencie a liečby syndrómu vyhorenia a iných záťažových psychologických faktorov práce a pracovného prostredia aj pre zdravotnícky personál v segmente ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Takúto podporu kapacitne nemôžu zabezpečovať klinickí psychológovia poskytujúci zdravotnú starostlivosť pacientom. Vytvorenie pracovných miest pre pracovných psychológov napr. pri personálnych oddeleniach nemocnice umožní systematické riešenie podpory zdravotníckemu personálu formou individuálnej starostlivosti i možnosti riešenia systémových preventívnych krokov z pohľadu organizačnej psychológie. Uvedené riešenie podporí i iniciatívu Európskej únie, ktorá kladie veľký dôraz na prevenciu a podporujúce činnosti psychológov v rámci aktuálnych projektov implementovaných na regionálnych úrovniach (napr. Strategický rámec EÚ pre zdravie a bezpečnosť pri práci 2014 – 2020). 4. V Prílohe č. 3 v Tabuľke č. 1 sa minimálny normatív inej špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti pre samostatné ambulancie zdravotnej starostlivosti v riadku pre a) klinickú logopédiu zvyšuje zo 118, 5 pracovného miesta klinického logopéda pre celú Slovenskú republiku na 155 pracovného miesta klinického logopéda pre celú Slovenskú republiku, b) liečebnú pedagogiku zvyšuje z 8,00 pracovného miesta liečebného pedagóga pre celú Slovenskú republiku na 80 pracovných miest liečebných pedagógov pre celú Slovenskú republiky, t. j. najmenej 10 pracovných miest liečebných pedagógov ambulantnej zdravotnej starostlivosti na jeden samosprávny kraj. Odôvodnenie: Včasná kvalifikovaná starostlivosť o osoby nachádzajúce sa v riziku. Posilnenie rozvoja dlhodobej starostlivosti a prevencie vzniku chronických neinfekčných ochorení. K písm. b) tiež starostlivosť o seniorov: Výskyt demencie v populácii nad 60 rokov je 5 %, pričom každých desať rokov pribúdajúceho veku sa toto percento zdvojnásobuje. Liečební pedagógovia poskytujú odbornú starostlivosť vo forme nefarmakologických terapií v ambulanciách, v denných stacionároch a špecializovaných sociálnych zariadeniach. Pre populáciu zdravých seniorov poskytujú preventívne programy kognitívnej zdatnosti ako prevenciu demencie. Participujú na včasnej diagnostike kognitívnych porúch. Liečebnopedagogická starostlivosť zahŕňa aj podporu a poradenstvo pre rodinných príslušníkov a príbuzných seniorov s demenciou, ktorí žijú s postihnutým seniorov v jednej domácnosti. Na Slovensku je aktuálne 60 tisíc ľudí s demenciou, domácu starostlivosť im poskytuje 120 – 160 tisíc rodinných príslušníkov. 5. V prílohe č. 3 v Tabuľke č. 1 sa minimálny normatív inej špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti na konci dopĺňa o nový riadok, ktorý znie: „Verejné zdravotníctvo 300 pracovných miest verejných zdravotníkov s vysokoškolským vzdelaním II. stupňa (magisterské) pre celé územie Slovenskej republiky.“ Odôvodnenie: Zabezpečenie kvalifikovaného výkonu preventívnych epidemiologických činností, aktívneho vyhľadávania, preventívnych všeobecných ako aj selektívnych populačných skríningov, nielen vo vzťahu k infekčným ale aj výskytu chronických neinfekčných ochorení (šikana, nadužívanie liekov, obezita z inaktivity, atď.). Rozvoj zdravotníckej osvety, preventívnych výchovno-vzdelávacích programov (deti v materských, základných, stredných školách, vysokoškoláci, zamestnanci, seniori), podpora prevencie uskutočňovanej nefarmakologickými intervenciami na elimináciu vzniku chronických neinfekčných ochorení na miestnej a regionálnej úrovni. Lokálne a regionálne epidemiologické štúdie. Tiež odôvodnenie vyplývajúce z https://hbscslovakia.com/ - posledná medzinárodná štúdia Health Behaviour in School-aged Children, ktorej súčasťou bolo aj monitorovanie situácie u detí staršieho školského veku (11-15) na Slovensku a ktorá, konštatovala vážne rezervy v oblasti psychohygieny detí na školách, oslabenia psychiky v dôsledku absencie pohybu, zdravej výživy, nadužívania technológií, ktorých výsledkom je nervozita, podráždenosť a poruchy spánku, bolo zistené nadužívanie liekov na upokojenie v tejto vekovej skupine a tiež zvýšené riziko látkových a nelátkových závislostí - ak takto vyzerá dnes najmladšia generácia aká je šanca, že bude neskôr zdravá a šťastná a v pracovnom procese zmysluplne akcie schopná? - jednoznačne sú potrebné systematické celoročné intervencie na každej škole a v každej triede prostredníctvom preventívnych intervenčných zdravotníckych tímov v oblasti psychohygieny zamerané nielen na deti, ale aj na dospelých (učiteľov, zamestnancov), ktoré by mal monitorovať a zabezpečovať zdravotnícky pracovník s príslušnou kvalifikáciou – verejný zdravotník. 3.) Odporúčame vypracovanie a definovanie aj nariadenia o normatívoch optimálnej siete. 4.) V súvislosti s týmito úpravami poznamenávame, že bude potrebné upraviť aj Výnos MZ SR o minimálnom personálnom a materiálno-technickom vybavení zdravotníckych zariadení. 5.) Bola by vhodná aj úprava zákona o ZS č. 576/2004 Z. z. v tom zmysle, že ambulantná starostlivosť (primárna prípadne aj sekundárna atď.) by bola zadefinovaná ako tímová.

Stanovisko MZSR:

Pripomienka je nad rámec návrhu nariadenia ako vykonávacieho predpisu. Vládny návrh zákona o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov neobsahuje splnomocňujúce ustanovenia na úpravu navrhovaných odporúčaní v oblasti doplnenia multiprofesionálneho charakteru všeobecnej ambulantnej starostlivosti. Avšak MZ SR v súčasnosti v rámci II. fázy pripravovaných reformných návrhov v segmente VAS pripravuje za intenzívnej spolupráce so zástupcami sektora (kde bola SKIZP prizvaná ako aktívny partner) návrh na úpravu kompetencií, novej koncepcie všeobecného lekárstva, nových modelov organizácie práce, ktoré majú podporovať multidisciplinárny charakter ambulancií. V prípade širokého konsenzu zástupcov segmentu VAS pristúpi MZ SR k premietnutiu spoločného návrhu do legislatívnej úpravy v zmysle tejto pripomienky. K predmetnej pripomienke možno uviesť dodatočné zdôvodnenia:

1. k parametru hustota obyvateľstva - máme za to, že pre stanovenie potrebnej kapacity poskytovateľov VAS nie je vhodné vychádzať z údajov o obyvateľstve, nakoľko tieto údaje neposkytujú skutočný obraz o potenciálnej záťaži v rámci poskytovania VAS. Zohľadnenie parametra hustoty osídlenia zároveň nepriamo vyjadruje počet poistencov okrese. Mnohí obyvatelia žijú inde ako v mieste svojho trvalého pobytu (občania SR s trvalým pobytom na Slovensku žijúci v zahraničí, občania SR s trvalým pobytom v jednej obci, ale obvyklým pobytom v inej obci SR). Vzhľadom na to, že zdravotná starostlivosť je poskytovaná osobám na základe zdravotného poistenia a zdravotné poistenie je v SR povinné, považujeme pri stanovovaní predpokladanej záťaže VAS za relevantné práve údaje o počte poistencov. Ak by sme vychádzali zo skupiny obyvateľstva, vynechali by sme skupinu povinne zdravotne poistených osôb, ktoré však nemajú trvalé bydlisko v SR, ale majú nárok na poskytnutie zdravotnej starostlivosti.

2. parametrom čas, ktorý reálne môže lekár venovať starostlivosti o pacienta a chorobnosť - máme za to, že tieto parametre sú vyjadrené indexom náročnosti poistenca (bod 4 v prílohe č. 1), ktorý vstupuje do výpočtu potrebnej kapacity a odzrkadľuje časovú náročnosť poskytovania všeobecnej ambulantnej starostlivosti z pohľadu chorobnosti vo vzťahu k veku poistencov. Zdravotná starostlivosť o poistencov vo vyššom veku, u ktorých je častý výskyt chronických ochorení a polymorbidity, je z pohľadu priemerného ročného počtu návštev časovo náročnejšia ako starostlivosť o mladého poistenca, ktorý všeobecného lekára navštevuje len z dôvodu prevencie či v prípade akútnych zdravotných ťažkostí. Index náročnosti poistenca tak vyjadruje odchýlku náročnosti poistencov v jednotlivých vekových skupinách vo vzťahu k priemernému počtu návštev vo všeobecnej ambulancii. Výsledkom zohľadnenia časovej náročnosti poskytovania všeobecnej ambulantnej starostlivosti z pohľadu chorobnosti vo vzťahu k veku poistencov je prepočítaný počet poistencov, ktorý predstavuje počet poistencov vo vekovej skupine vynásobený hodnotou indexu náročnosti poistenca, ktorá prislúcha danej vekovej skupine poistencov. Prepočítaní poistenci vyjadrujú rôznu náročnosť poistencov rôznych vekových skupín vyjadrenú návštevnosťou.

3. parameter úmrtnosť - berieme ako podnet s potrebou bližšej špecifikácie. Z dôvodu, že úmrtnosť na konkrétne diagnózy môže byť prierezová (v zmysle daný pacient sa napríklad lieči na kardiovaskulárne ochorenie súbežne vo všeobecnej ambulancii, špecializovanej, ale aj ústavnej v prípade zhoršenia stavu). Na účely konkrétneho vstupu do VAS chýba metodika na určenie koľko %( resp. iná merná jednotka) v rámci jednej diagnózy a úmrtnosti na ňu ide práve za VAS. Je predpoklad, že môžu byť rôzne % pre rôzne diagnózy a úmrtia na nich. Adresát pripomienky neuviedol, či podobný postup je aplikovaný aj niekde k v zahraničí a je možné sa ním inšpirovať.

Pripomienku zaslal Žilinský samosprávny kraj:

Návrh uvádza pojem "potrebná kapacita", ktorý nie je v súčasnej legislatíve definovaný. "Čas dojazdu" na úrovni okresu - nezohľadňuje regionálne špecifiká okresu, "miestna dostupnosť" na úrovni okresu - dostupnosť je stanovená pomocou dojazdových časov individuálnou dopravou osobným motorovým vozidlom, čo nie je objektívne kritérium vzhľadom na skutočnosť, že nie každý disponuje osobným motorovým vozidlom (mnoho ľudí, najmä seniorov, využíva mestskú a prímestskú dopravu). Materiál je potrebné doplniť o program podpory existujúcich ambulancií. Zároveň dopĺňame, že uvedený materiál ako i ostatné navrhované legislatívne zmeny upravujú všeobecnú ambulantnú starostlivosť, z nášho pohľadu je kritická situácia aj v špecializovanej ambulantnej starostlivosti, kde nám absentuje celé spektrum odborností a v prípade prijatia Optimalizácie siete nemocníc bude ich nedostatok viac než kritický (so znižovaním počtu akútnych lôžok a skracovaním doby hospitalizácie bude spojený presun pacienta do ambulantnej sféry a následnej dlhodobej starostlivosti).

Stanovisko MZSR:

K predmetu pripomienky možno uviesť, že nebola akceptovaná. Pojem „potrebná kapacita“ je definovaný v čl. V 9. bode § 5b ods. 2 vládneho návrhu zákona o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov a spôsob jej výpočtu je uvedený v § 1 odseku 4 návrhu Nariadenia vlády Slovenskej republiky z ...... 2021, ktorým sa ustanovujú podrobnosti o spôsobe ustanovenia verejnej minimálnej siete poskytovateľov.

Na určenie miestnej dostupnosti bola použitá matica vzdialeností obcí Slovenskej republiky z roku 2019/2020 zo Žilinskej univerzity, ktorá mapuje čas dojazdu osobným motorovým vozidlom pri priemernej rýchlosti a zohľadnení charakteru premávky a typu ciest. V súčasnosti neexistuje jednotný zdroj údajov na určenie miestnej dostupnosti iným spôsobom, pretože existujú rôzne módy dopravy (MHD, vlaky, autobusy,...), ktoré majú rôzne časy dojazdu medzi dvomi bodmi (obcami). Zároveň by to bolo veľmi ťažko vykonateľné, lebo by bolo potrebné prehodnocovať sieť pri každej zmene grafikonu jednotlivých typov dopravy.

Návrh vlády Slovenskej republiky z ...... 2021, ktorým sa ustanovujú podrobnosti o spôsobe ustanovenia verejnej minimálnej siete poskytovateľov je vykonávacím predpisom k vládnemu návrhu zákona o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Časť pripomienky týkajúca sa programu podpory existujúcich ambulancií a kritickej situácie v špecializovanej ambulantnej starostlivosti je teda nad rámec návrhu nariadenia ako vykonávacieho predpisu. K predmetnej časti pripomienky ale uvádzame, že Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky pristúpilo k riešeniu definovania nástroja na monitoring siete najprv pre všeobecnú ambulantnú starostlivosť z dôvodu vyššej homogenity vstupných údajov v porovnaní so špecializovanou ambulantnou starostlivosťou. Ide o pilotný model, ktorý do budúcna môže slúžiť ako vzor práve pri riešení siete špecializovanej ambulantnej starostlivosti, ktorá je rozdrobenejšia a v súčasnosti sa vyznačuje nízkou homogenitou údajov, čo si vyžaduje časovo náročnejšiu prípravu. Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky vníma súčasné problémy v sieti špecializovanej ambulantnej starostlivosti a plánuje sa jej v najbližšom období venovať ako plnohodnotnej súčasti ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Podpora existujúcich všeobecných ambulancií je predmetom ďalších pripravovaných zmien týkajúcich sa úprav platobných mechanizmov, úpravy kompetencií všeobecných lekárov a ich odbremenenia od administratívnej záťaže.

Pripomienku zaslala SVLS (Spoločnosť všeobecných lekárov Slovenska):

Spoločnosť všeobecných lekárov Slovenska (SVLS) združujúca najviac všeobecných lekárov na Slovensku opakovane vyjadruje zásadné pripomienky k vecnej stránke návrhu: 1/ analytické vstupy nie sú k materiálu pripravené vecne správne - cieľom existencie všeobecných ambulancií bez ohľadu na región nie je "mať všeobecného lekára všade, ale vždy". Dostupnosť neznamená mať ambulanciu v každej matematicky definovanej obci, ale tam, kde je možné poskytnúť medicínsky kvalitnú a finančne udržateľnú zdravotnú starostlivosť. Znamená to, že vytvorenie "matematického priemeru" mapy ambulancií administratívne bez zohľadnenia špecifík a medicínskej a finančnej efektivity bolo vyhodnotené SVLS ako nesprávne. Žiadame prepracovanie štruktúry vstupných analytických dát a následných návrhov na parametre tvorby siete - v opačnom prípade definície jednotlivých posudzovaných parametrov nie sú správne a následne ani výsledok analýzy nebude správny. 2/ Návrh pracuje s pojmami, ktoré súčasná legislatíva nepozná a sú vecne nesprávne - napr. potrebná kapacita. Chýba teda nadväznosť na ďalšie legislatívne 3/ Chýbajú základné klasifikačné parametre, ktoré sú zásadné a nevyhnutné na tvorbu správne definovanej a realizovateľnej ambulantnej siete - napr. kapacitná priepustnosť ambulancie, z ktorej sa odvíjajú všetky ukazovatele efektivity a udržateľnosti všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti - napr. normatívny počet kapitovaných poistencov, kompetencie aj parametre klasifikácie okresov. 4/ Opakovane zdôrazňujeme, že maximálny čas dojazdu nemôže byť základným parametrom na určenie miesta ambulancie v sieti, pretože neboli brané do úvahy špecifiká mieste, regionálne, geografické aj kultúrne. Tento parameter môže patriť medzi prioritné v krajinách bez geografických extrémov a s dobrou cestnou a miestnou dostupnosťou, napr. v Dánsku, avšak nie na Slovensku v najbližších 5-8 rokoch. 5/ Zásadným NEDOSTATKOM návrhu je fakt, že sa nevenuje udržateľnosti existujúcich ambulancií, ich generačnej obnove a nazerá na nich ako na poskytovateľov, ktorí v sieti sú a trvale aj budú. Opakovane sme žiadali, aby okrem nových ambulancií bol vytvorený efektívny a udržateľný mechanizmus podpory prevzatia existujúcich ambulancií tak, aby nebola ohrozená existujúca sieť ambulancií a bola zabezpečená dostupnosť primárnej zdravotnej starostlivosti. SVLS nesúhlasí s pripravovaným textom navrhovanej právnej úpravy a žiada jeho prepracovanie tak, aby navrhovaný systém bol medicínsky pre pacienta aj poskytovateľa bezpečný, právne v súlade s platnou legislatívou, manažérsky vykonateľný, vecne realizovateľný a finančne efektívny. Súčasne existujúci návrh nespĺňa ani jeden z uvedených atribútov. MUDr. Monika Palušková, PhD., MBA, prezidentka Spoločnosti všeobecných lekárov Slovenska (SVLS).

Stanovisko MZSR:

K predmetnej pripomienke možno uviesť, že text pripomienky je formulovaný všeobecne a neobsahuje konkrétne návrhy alebo výhrady k navrhovanému textu, ani spôsob odstránenia namietaných nedostatkov. Z textu pripomienky nie je zrejmé, čo je myslené štruktúrou vstupných analytických dát, ani spôsob akým pripomienkujúci subjekt žiada ich prepracovanie. Ide o súbor konštatovaní čo všetko je nesprávne, ale absentuje identifikovanie jednotlivých častí textu, ktoré sú nesprávne. Nesúhlasíme s názorom, že pojem potrebná kapacita legislatíva nepozná. Definícia tohto pojmu sa zavádza § 5b ods. 2 vládneho návrhu zákona o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Pripomienka týkajúca sa skutočnosti, že predmetom tohto návrhu nariadenia nie je zameranie sa na udržateľnosť existujúcich ambulancií a ich generačnej obnove možno konštatovať, že zo strany MZ SR bolo opakovane všetkým zástupcom sektora komunikovaný zámer a rozdelenie reformy VAS do III. fáz a práve prebiehajúca II. fáza sa venuje tvorbe novej koncepcii, posilneniu kompetencií ako aj revízii úhradového mechanizmu. Požiadavku na obsiahnutie všetkých problémov VAS spolu a hneď do jedného predpisu nepovažujeme za správne, pretože máme za to, že každá oblasť potrebuje osobitnú diskusiu, o ktorú sa snažíme (viď. projekt s EK). Pri zvolení opačného postupu, by sa zástupcovia sektora mohli dopytovať, že tvoríme „niečo od zeleného stola“. V rámci tejto fázy sme oslovili 17 subjektov s cieľom zistiť názorové zhody/nezhody na konkrétne otázky v oblasti koncepcií, kompetencií a úhradového mechanizmu. Dotazník so 70 otázkami bol detailnou názorovou sondou, od ktorej sa odvíjajú súčasne prebiehajúce dialógy so všetkými zástupcami (zástupcovia poskytovateľov, odborné spoločnosti, príslušné komory, ZP, pacientske organizácie). Mrzí nás, že jediným subjektom, ktorý sa nezapojil do tohto procesu vyjadrenia názoru bol práve pripomienkujúci subjekt.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Správa o účasti verejnosti na tvorbe právneho predpisu** | | | | |
| **Fáza procesu** | **Subfáza** | **Kontrolná otázka** | **Á** | **N** |
| **1. Príprava tvorby právneho predpisu** | 1.1 Identifikácia cieľa | Bol zadefinovaný cieľ účasti verejnosti na tvorbe právneho predpisu?1) | X |  |
| 1.2 Identifikácia problému a alternatív | Bola vykonaná identifikácia problému a alternatív riešení?2) | X |  |
| **2. Informovanie verejnosti o tvorbe právneho predpisu** | 2.1 Rozsah informácií | Boli verejnosti poskytnuté informácie o probléme, ktorý má predmetný právny predpis riešiť? | X |  |
| Boli verejnosti poskytnuté informácie o cieli účasti verejnosti na tvorbe právneho predpisu spolu s časovým rámcom jeho tvorby? | X |  |
| Boli verejnosti poskytnuté informácie o plánovanom procese tvorby právneho predpisu? | X |  |
| 2.2 Kontinuita informovania | Boli verejnosti poskytnuté relevantné informácie pred začatím tvorby právneho predpisu? | X |  |
| Boli verejnosti poskytnuté relevantné informácie počas tvorby právneho predpisu? | X |  |
| Boli verejnosti poskytnuté relevantné informácie aj po ukončení tvorby právneho predpisu? | X |  |
| 2.3 Kvalita a včasnosť informácií | Boli relevantné informácie o tvorbe právneho predpisu verejnosti poskytnuté včas? | X |  |
| Boli relevantné informácie o tvorbe právneho predpisu a o samotnom právnom predpise poskytnuté vo vyhovujúcej technickej kvalite?3) | X |  |
| 2.4 Adresnosť informácií | Boli zvolené komunikačné kanály dostatočné vzhľadom na prenos relevantných informácií o  právnom predpise smerom k verejnosti? | X |  |
| **3. Vyhodnotenie procesu tvorby právneho predpisu** | 4.1 Hodnotenie procesu | Bolo vykonané hodnotenie procesu tvorby právneho predpisu? |  | X |
| Bola zverejnená hodnotiaca správa procesu tvorby právneho predpisu?4) |  | X |
| Bol splnený cieľ účasti verejnosti na tvorbe právneho predpisu? | X |  |

Návrh nariadenia vlády Slovenskej republiky z ...... 2021, ktorým sa ustanovujú podrobnosti o spôsobe ustanovenia verejnej minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti bol pripravený v konzultácii s odbornou verejnosťou. Hlavný rámec navrhovaných zmien vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti bol prezentovaný v dostupných médiách a na viacerých zdravotníckych konferenciách s účasťou relevantných zainteresovaných subjektov. Zároveň boli navrhované úpravy v oblasti novej verejnej minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti prezentované na viacerých diskusných platformách s prítomnosťou klinickej obce a pacientskych organizácií. Predkladaný návrh bol pripravený aj na základe konzultácií so zdravotnými poisťovňami a samosprávnymi krajmi.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zoznam rokovaní a stretnutí zúčastnených strán k predkladanému návrhu** | | |
| Dátum | Predmet rokovania/stretnutia | Zúčastnené strany |
| 17.2.2021 | Predstavenie návrhu reformy VAS | MZ SR |
| hlavné odborníčky MZ SR pre VLD a VLDD |
| 3.3.2021 | Predstavenie návrhu reformy VAS | MZ SR |
| SSPPS SLS, SSVPL, SVLS, ZVLD |
| 4.3.2021 | Predstavenie návrhu reformy VAS | MZ SR |
| BSK, BBSK, KSK, NSK, PSK, TSK, TTSK, ZSK |
| 10.3.2021 | Predstavenie návrhu reformy VAS | MZ SR, MF SR |
| Dôvera, Union, VšZP |
| 23.3.2021 | Diskusia k návrhu reformy VAS | MZ SR |
| SLK |
| 8.4.2021 | Chorobnosť vs. index náročnosti poistencov, normatívny počet kapitovaných poistencov, vnútroštátna migrácia, metodika počítania úväzkov | MZ SR |
| SSPPS SLS, SSVPL, SVLS, ZVLD |
| Dôvera, Union, VšZP |
| SK8 |
| 29.4.2021 | Metodika výpočtu indexu náročnosti poistenca, úprava normatívneho počtu kapitovaných poistencov, úprava parametra miera naplnenia potrebnej kapacity, návrh monitorovania siete VAS a úloh VÚC | MZ SR |
| SSPPS SLS, SSVPL, ZVLD |
| Dôvera, Union, VšZP |
| SK8 |
| 6.5.2021 | Predstavenie návrhu procesu monitorovania a vyhodnocovania stavu siete VAS a úlohy a kompetencie VÚC | MZ SR |
| BSK, KSK, TSK |
| 11.5.2021 | Zodpovednosť zdravotných poisťovní za naplnenie verejnej minimálnej siete poskytovateľov VAS | MZ SR |
| Dôvera, Union, VšZP |
| 21.7.2021 | Diskusia k legislatívnemu návrhu reformy verejnej minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti | MZ SR |
| ASL, SSPPS SLS, SSVPL, SVLS, ZVLD, ZAP |
| Dôvera, Union, VšZP |
| BBSK, BSK, KSK, NSK, PSK, TTSK, ŽSK |
| 27.7.2021 | Diskusia k legislatívnemu návrhu reformy verejnej minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti | MZ SR |
| TSK |
| 13.9.2021 | Diskusia k legislatívnemu návrhu reformy verejnej minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti | SVLS |