**Dôvodová správa**

1. Všeobecná časť

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „ministerstvo zdravotníctva“) predkladá Návrh zákona o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov na základe plánu legislatívnych úloh vlády SR na mesiace jún až december 2021, ktorý bol  schválený uznesením vlády SR č. 340 z 16. júna 2021, na mesiac december p. č. 40, z ktorého vyplýva Ministerstvu zdravotníctva SR  úloha predložiť „návrh zákona o zmene a doplnení niektorých zákonov v súvislosti s reformou siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v zdravotníctve“, pričom ako dôvod predloženia predmetného návrhu uvádza „definovanie novej optimálnej siete a mechanizmov jej pravidelného vyhodnocovania s cieľom posilnenie všeobecného lekárstva a optimalizácie siete nemocníc“.

Navrhovaná právna úprava predstavuje novú koncepciu ústavnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „ústavná starostlivosť“), ktorej cieľom je zabezpečenie kvalitnej a dostupnej ústavnej starostlivosti pre pacienta. Predmetná koncepcia vychádza z prístupu Hodnota za peniaze. Jej cieľom je vykonať v oblasti ústavnej starostlivosti všetky potrebné zmeny nevyhnutné na to, aby finančné prostriedky z verejného zdravotného poistenia vynakladané na ústavnú starostlivosť prinášali pacientovi vyššiu hodnotu v podobe kvalitnejšej a dostupnejšej ústavnej starostlivosti. Navrhované zmeny vyplývajú tak z Programového vyhlásenia vlády SR na obdobie 2021 - 2024, podľa ktorého má každý pacient mať nárok na kvalitnú, bezpečnú a dostupnú ústavnú starostlivosť, ako aj z Plánu obnovy a odolnosti, ktorým sa Slovenská republika zaviazala zefektívniť, okrem iného, aj oblasť zdravotníctva.

Zmyslom navrhovanej právnej úpravy je, aby sa špecializovaná zdravotná starostlivosť a niektoré typy zdravotných výkonov, najmä invazívnych operačných zdravotných výkonov, koncentrovali do nemocníc, kde na ich poskytnutie majú zdravotnícki pracovníci potrebné zručnosti a skúsenosti, čím sa zabezpečí lepšia kvalita poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

Cieľom navrhovanej právnej úpravy je taktiež primárne zvýšiť bezpečnosť pacienta a vytvoriť predpoklady na zvýšenie kvality poskytovanej ústavnej starostlivosti. Kvalita a efektívne využitie zdrojov majú byť tiež podporené vytvorením úrovní nemocníc (komunitná, regionálna, komplexná, koncová a národná úroveň) so zadefinovanými rozsahmi poskytovanej zdravotnej starostlivosti prostredníctvom zavádzanej kategorizácie ústavnej starostlivosti, v rámci ktorej sa zadefinujú aj ďalšie podmienky a pravidlá pre poskytovanie ústavnej starostlivosti, ako napríklad maximálne čakacie doby, minimálne počty vybraných zdravotných výkonov, ako aj indikátory kvality poskytovanej ústavnej starostlivosti.

V navrhovanej úprave je taktiež zefektívnený koncept zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti.

Zámerom predkladaného návrhu zákona je tiež zavedenie nového spôsobu definovania minimálnej siete poskytovateľov, ktorí prevádzkujú ambulanciu všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre dospelých a všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre deti a dorast so zohľadnením kapacitnej priepustnosti (t. j. aby bol dostatok lekárov pre obyvateľov) a miestnej dostupnosti (t. j. čas dojazdu) na úroveň okresov. Zavádza nový nástroj na identifikáciu rizikových okresov, kde nie je dostatočne zabezpečená všeobecná ambulantná starostlivosť.

Na rozdiel od predošlého stavu ide o dynamické definovanie siete na základe určených parametrov s každoročným vyhodnocovaním, monitorovaním siete a klasifikáciou okresov ako zabezpečených, nedostatkových, rizikovo nedostatkových a kriticky nedostatkových. Parametre pre klasifikáciu okresov sú počet obyvateľov okresu, ktorí nemajú zabezpečenú miestnu dostupnosť, kapacitná priepustnosť a demografická štruktúra lekárov.

Oproti súčasnému stavu, kde nový lekár (záujemca o zriadenie novej praxe) nemá k dispozícii informačný zdroj, kde sú uvedené poddimenzované miesta vhodné na doplnenie kapacity, novou úpravou má nový lekár na jednom mieste, pravidelne aktualizované informácie o voľných miestach v okrese a naopak, kde je sieť z hľadiska dostupnosti všeobecnej ambulantnej starostlivosti zabezpečená. Navrhovaná úprava posilňuje rolu vyšších územných celkov, ktoré majú nielen z titulu ich právomoci ako sú napríklad vydávanie povolení alebo schvaľovanie ordinačných hodín, vziať na seba úlohu priamej koordinácie siete, úlohu aktívnej súčinnosti s obcami pri hľadaní možností zabezpečenia siete, lebo sú tým prvým kontaktným miestom pre nového lekára so záujmom otvorenia praxe. Posilňuje sa aj výmena údajov o poskytovateľoch medzi orgánmi verejnej moci a ostatnými zúčastnenými subjektmi s cieľom jednotnosti údajov v jednotlivých evidenciách.

Ministerstvo zdravotníctva novou úpravou zavádza finančnú podporu na zriaďovanie nových praxí v nedostatkových okresoch a to formou jednorazového príspevku. Cieľom je odstraňovanie finančných bariér vzniku nových ambulancií.

Predkladateľ si dovoľuje uviesť, že paralelne sa pripravujú aj ďalšie reformy, ktoré budú predložené do legislatívneho konania neskôr:

* akútnej zdravotnej starostlivosti (t. j. siete záchrannej zdravotnej služby),
* následnej a dlhodobej zdravotnej starostlivosti,
* špecializovaná ambulantnej zdravotnej starostlivosti,
* dokončenia implementácie zmeny financovania ústavnej starostlivosti (DRG),
* týkajúcich sa podpory a zmeny vzdelávania zdravotníckych pracovníkov.

Ministerstvo zdravotníctva pri nadväzujúcich reformách postupuje v súlade s nasledovným harmonogramom:

* v nadväznosti na schválenie Plánu obnovy a odolnosti ministerstvo zdravotníctva spolu s operačným strediskom záchrannej zdravotnej služby (ďalej len „ZZS“) v rámci roka 2022 príjme novú sieť ZZS naviazanú na novú optimálnu sieť nemocníc. Optimálna sieť bude vychádzať z dopytu po zásahoch podľa diagnóz a regiónov, geografického rozloženia staníc ZZS so zohľadnením cestnej siete a infraštruktúry, dostupnosti nemocničných zariadení vhodných typov a zároveň s využitím matematického modelovania a simulácií z reálnych dát (napr. p-median model a iné). Ministerstvo zdravotníctva v roku 2022 príjme novú definíciu neodkladnej zdravotnej starostlivosti, ktorá určí okruh oprávnených užívateľov záchrannej zdravotnej služby a spôsob vykonania odozvy na požiadavku týchto užívateľov. Cieľom je využitie ZZS práve na opodstatnené zásahy, keď sú pacienti v priamom ohrození života a čím sa zvýši dostupnosť ZZS a efektívne využijú zdroje. Súčasťou týchto reforiem bude aj definícia poskytovania urgentnej starostlivosti v rámci ústavných zdravotníckych zariadení v nadväznosti na prijatú optimálnu sieť nemocníc.
* ministerstvo zdravotníctva v súčinnosti s Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky v rámci implementácie Plánu obnovy a odolnosti predstaví reformy integrácie a financovania dlhodobej sociálnej a zdravotnej starostlivosti, posudkovej činnosti a dohľadu nad sociálnou starostlivosťou. Spomenuté reformy sú už rozpracované v rámci medzirezortnej skupiny, ktorá započala svoju činnosť v roku 2020, pričom jednou z jej hlavných úloh v súvislosti s optimálnou sieťou nemocníc bude zadefinovať potrebu následných, dlhodobých a paliatívnych kapacít. S ohľadom na vládou schválené míľniky v rámci Plánu obnovy a odolnosti sa očakáva do prvého kvartálu roku 2023 schválenie nového zákona v oblasti dlhodobej a paliatívnej zdravotnej starostlivosti a do konca roka 2023 bude Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny predložená nová koncepcia financovania sociálnych služieb, ktorej legislatívne schválenie sa očakáva najneskôr v roku 2025.
* súčasťou predkladanej legislatívy je aj reforma primárnej ambulantnej starostlivosti. V prvom kroku je cieľom v rámci roka 2021 upraviť reguláciu spôsobom, aby podporovala príchod nových všeobecných lekárov, priebežnú generačnú výmenu aj celkové zvýšenie ich počtu a zároveň prispievala k riešeniu geografických nerovností v dostupnosti primárnej starostlivosti. Kombinácia zonačných kritérií a zriadenia finančného nástroja na podporu primárnej starostlivosti na MZ SR vytvorí nástroje na priamy výkon zdravotníckych politík a umožní podporiť cielené vytváranie nových praxí v miestach, kde ich je nedostatok. V ďalšom kroku sa MZ v priebehu roka 2022 sústredí na zadefinovanie úlohy primárnej sféry v systéme poskytovania zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike prostredníctvom nových koncepcií všeobecného lekárstva. Nové koncepcie všeobecného lekárstva pre dospelých, deti a dorast a súvisiaca úprava úhradových mechanizmov budú výsledkom interných prác MZ SR s využitím nástroja technickej pomoci od Európskej komisie a pracovných skupín so zástupcami sektora. Vychádzajúc z odporúčaní Svetovej banky bude ich cieľom podporiť rozširovanie kompetencií VLD a VLDD, zvýhodňovanie modelov práce podporujúcu dostupnosť, kvalitu a efektivitu poskytovania primárnej starostlivosti. V následnom kroku sa MZ sústredí na špecializovanú ambulantnú starostlivosť, ktorej potrebu a úlohu prehodnotí v rámci roku 2023 v závislosti na prijatú reformu primárnej ambulantnej starostlivosti a reformu ústavnej starostlivosti.
* do konca roka 2023 ministerstvo zdravotníctva prehodnotí a sfunkční systém DRG v nadväznosti na prijatú reformu nemocničnej siete. Ministerstvo vykoná v tomto ohľade hĺbkovú revíziu definičnej príručky a relatívnych váh.
* ministerstvo zdravotníctva kontinuálne pracuje na zlepšení situácie s nedostatkom zdravotníckeho personálu. V súlade so schváleným Plánom obnovy a odolnosti už v roku 2022 zjednoduší a skráti uznávanie dokladov a kvalifikácií prichádzajúcich zdravotníckych pracovníkov a permanentne etabluje inštitút odbornej stáže a zavedie programy na zrýchlenie adaptácie vysokokvalifikovaných zdravotníckych pracovníkov a ich rodín. Na základe schválenej stratégie ľudských zdrojov, na ktorej ministerstvo už v súčasnosti pracuje, pristúpi ku krokom, ako je reforma vzdelávania, bude udržiavať a vylepšovať nástroje ako sú motivačné štipendiá, rezidentské štúdia, zasadí sa o lepšie mzdové podmienky zdravotníckych pracovníkov, prehodnotí úlohu ostatného zdravotníckeho personálu za cieľom mitigácie jeho akútneho nedostatku a mnohé ďalšie opatrenia.

Prijatie predloženého návrhu zákona bude mať pozitívne sociálne vplyvy a negatívne sociálne vplyvy, návrh zákona bude mať pozitívne a negatívne vplyvy na rozpočet verejnej správy, bude mať pozitívne vplyvy na podnikateľské prostredie, bude mať pozitívne vplyvy na informatizáciu spoločnosti, nebude mať vplyv na životné prostredie, nebude mať vplyv na služby verejnej správy pre občana, bude mať pozitívne vplyvy a negatívne vplyvy na manželstvo, rodičovstvo a rodinu.

Návrh zákona je v súlade s Ústavou Slovenskej republiky, ústavnými zákonmi a nálezmi Ústavného súdu Slovenskej republiky, zákonmi Slovenskej republiky a ostatnými všeobecne záväznými právnymi predpismi, medzinárodnými zmluvami a inými medzinárodnými dokumentmi, ktorými je Slovenská republika viazaná, ako aj s právne záväznými aktmi Európskej únie.

Vzhľadom na dĺžku legislatívneho procesu sa navrhuje účinnosť zákona od 1. januára 2022 s výnimkou ustanovení o kategorizácii ústavnej starostlivosti pri podávaní žiadostí a vyhodnotení siete kategorizovaných nemocníc, ustanovení týkajúcich sa zoznamu čakajúcich poistencov z dôvodu nutnosti prípravy informačných systémov zdravotných poisťovní, Národného centra zdravotníckych informácií a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktoré nadobúdajú účinnosť 1. januára 2023 a okrem ustanovení týkajúcich sa povinností pri kategorizácii ústavnej starostlivosti, zrušení doterajšej koncovej siete a jej nahradením 5 sieťami nemocníc, pri ktorých sa účinnosť navrhuje na 1. januára 2024.

Návrh zákona nie je predmetom vnútrokomunitárneho pripomienkového konania.

**Doložka vybraných vplyvov**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Základné údaje** | | | | | | | | | | |
| **Názov materiálu** | | | | | | | | | | |
| Návrh zákona č..../2021 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov | | | | | | | | | | |
| **Predkladateľ (a spolupredkladateľ)** | | | | | | | | | | |
| Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky | | | | | | | | | | |
| **Charakter predkladaného materiálu** | |  | | Materiál nelegislatívnej povahy | | | | | | |
|  | | Materiál legislatívnej povahy | | | | | | |
|  | | Transpozícia práva EÚ | | | | | | |
| *V prípade transpozície uveďte zoznam transponovaných predpisov:* | | | | | | | | | | |
| **Termín začiatku a ukončenia PPK** | | | | | | *júl 2021* | | | | |
| **Predpokladaný termín predloženia na pripomienkové konanie** | | | | | | *august 2021* | | | | |
| **Predpokladaný termín začiatku a ukončenia ZP\*\*** | | | | | |  | | | | |
| **Predpokladaný termín predloženia na rokovanie vlády SR\*** | | | | | | *september 2021* | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 1. **Definovanie problému** | | | | | | | | | | |
| *Uveďte základné problémy, ktoré sú dôvodom vypracovania predkladaného materiálu (dôvody majú presne poukázať na problém, ktorý existuje a je nutné ho predloženým materiálom riešiť).*  **Optimalizácia siete nemocníc**  Slovenská republika napriek zdrojom vynakladaným na zdravotnú starostlivosť, nedosahuje v parametroch kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti čísla, ktoré dosahujú vyspelejšie západoeurópske krajiny, či už je to dĺžka hospitalizácie alebo počet odvrátiteľných úmrtí, kde Slovensko patrí medzi krajiny, kde je najväčší počet odvrátiteľných úmrtí. Slovensko má veľmi veľa akútnych lôžok a dlhú dobu hospitalizácie. Svetový trend je pritom znižovať alebo skracovať počty hospitalizačných dní, maximum zdravotných výkonov robiť v rámci jednodňovej zdravotnej starostlivosti. Zároveň sa z hľadiska demografického vývoja zvyšuje potreba pre lôžka následnej zdravotnej starostlivosti a sociálnej starostlivosti.  Jedným z rizikových faktorov je najmä demografia, keďže Slovenská republika je v rámci krajín EÚ jednou z najrýchlejšie starnúcich krajín, čo je primárne spôsobené nízkou mierou pôrodnosti.  Východiská  (i) Súčasná sieť nemocníc v Slovenskej republike je príliš široká nielen v počte lôžok, ale aj v počte nemocníc, čo vedie k:  - neefektívnemu viazaniu zdrojov (najmä ľudských),  - nízkej obložnosti lôžok (60 % lôžok v nemocniciach v období pred krízou v súvislosti s pandémiou ochorenia COVID-19 bolo voľných),  - nízkym počtom zdravotníckych výkonov, resp. nízkym počtom pacientov na nemocnicu; predmetné má za následok nedostatočnú zručnosť lekára ohrozujúcu bezpečnosť pacienta, ako aj neefektívne využitie drahého vybavenia.  (ii) Poskytovanie ústavnej starostlivosti je roztrieštené, a to znamená, že medzi nemocnicami je nízka miera koordinácie a spolupráce, pričom každá nemocnica sa špecializuje na iné zdravotnícke výkony, z čoho vyplýva, že viaceré nemocnice nedokážu poskytnúť komplexnú ústavnú starostlivosť (napr. pri ťažkých úrazoch vyžadujúcich si multidisciplinárny prístup k pacientovi).  (iii) Neexistujú jasné pravidlá pre poskytovanie ústavnej starostlivosti, z čoho vyplýva, že každá nemocnica v súčasnosti môže vykonávať všetky zdravotné výkony, čo vedie k negatívnym javom ako napríklad k  - tzv. „trofejným operáciám“, kedy poskytovateľ zdravotnej starostlivosti vykonáva pár náročných operácií, pri ktorých nedokáže zabezpečiť dostatočnú kvalitu a bezpečnosť pre pacienta,  - fluktuácii personálu medzi nemocnicami, kedy pôvodná nemocnica prestane poskytovať určitú zdravotnú starostlivosť, čím sektor zdravotníctva prichádza o nemocnice schopné komplexne sa postarať o pacientov,  - vzniku špecializovaných pracovísk, ktoré nie sú schopné riešiť komplikácie.  (iv) Viaceré dnešné hospitalizácie pacientov nie sú potrebné – akútne lôžka sú obsadené pacientami, ktorí by mali byť liečení ambulantne (čím okrem zbytočných nákladov vystavujeme pacientov riziku nozokomiálnych nákaz), alebo ktorí potrebujú služby sociálnej starostlivosti. V tomto ohľade sú problémom aj nedostatočné kapacity následnej rehabilitačnej starostlivosti, ako ústavnej, tak ambulantnej alebo domácej, ktoré by zabezpečili rýchly návrat pacienta k plnému zdraviu.  (v) Prestarnuté nemocnice (priemerný vek budov je viac ako 50 rokov) neumožňujú zavádzanie efektívnejších procesov a vedú k dlhodobému zadlžovaniu štátnych nemocníc, a tým aj k nedostatku kapitálových zdrojov na ich obnovu; nové nemocnice by sa mali stavať v takom rozsahu, aby zodpovedali budúcim potrebám.  **Všeobecná ambulantná starostlivosť**  Slovensko má v porovnaní s vyspelou Európou a susednými krajinami menej lekárov so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo a v špecializačnom odbore pediatria (ďalej len „všeobecných lekárov“) . Ich veková štruktúra a nízke počty nových lekárov so špecializáciou všeobecné lekárstvo dospelých a pediatria naznačujú, že sa problém nedostatku bude v blízkej dobe prehlbovať. Napriek dlhodobo prítomnému problému na to súčasné regulačné nástroje neupozorňujú a nedávajú ani možnosť na problém reagovať.  Existujúca úprava verejnej minimálnej siete je z roku 2008 a určuje minimálne počty všeobecných lekárov v krajoch. Hoci za okolitými krajinami zaostávame, aktuálne počty všeobecných lekárov však požiadavku verejnej minimálnej siete prevyšujú. Nastavenie verejnej minimálnej siete všeobecných ambulantných poskytovateľov na úroveň krajov spôsobuje, že hoci môžu byť niektoré časti územia poddimenzované podstatne viac ako iné, neexistuje povinnosť taký problém identifikovať alebo riešiť. Príkladom môže byť koncentrácia lekárov vo väčších mestách a naopak vyprázdňovanie okresov v menej rozvinutých častiach krajiny, ktorým hrozí nedostupnosť primárnej zdravotnej starostlivosti. Také oblasti sa v súčasnosti môžu javiť ako pokryté, pretože lekári sa nachádzajú v krajskom meste a sieť sa vyhodnocuje na úroveň kraja.  Chýba teda mechanizmus, ktorý by upozornil na existenciu nedostatku všeobecných lekárov, pravidelne ho monitoroval, lokalizoval a vyjadroval cieľové hodnoty, ktoré sú kľúčové napríklad pre stratégiu a plánovanie v oblasti ľudských zdrojov v zdravotníctve.  Súčasná úprava regulácie siete poskytovateľov tiež nezohľadňuje ďalšie kritériá, ktoré ovplyvňujú dostupnosť a udržateľnosť siete – ako napríklad miestna dostupnosť poskytovateľov pre poistencov alebo veková štruktúra lekárov. Je nedynamická a preto má tendenciu sa stať rýchlo zastaralou – nezohľadňuje zmeny v populácii, nerovnomernosť demografickej skladby medzi okresmi, ani vnútroštátnu migráciu – teda skutočnosť, že poistenci čerpajú zdravotnú starostlivosť na iných miestach ako je uvádzané ich trvalé bydlisko.  Lekári medzi dôvodmi nedostatku všeobecných lekárov uvádzajú aj náročnosť otvorenia praxe, či chýbajúce finančné zdroje v začiatkoch podnikania. V súčasnosti neexistuje informačný zdroj, ktorý by lekára so záujmom otvoriť si ambulanciu informoval o tom, kde je pre nového lekára voľná kapacita. V kombinácii s nerozlišujúcou garanciou zmluvy od zdravotnej poisťovne už pri jednom kapitovanom poistencovi to má za následok, že noví lekári, ktorých je nedostatok, sa koncentrujú na miestach, kde je situácia v porovnaní s inými okresmi dobrá. Dôsledkom je na jednej strane nerovnomerná dostupnosť zdravotnej starostlivosti a okresy s rizikom zásadného nedostatku poskytovateľov všeobecnej starostlivosti. Na druhej strane sú to nenaplnené očakávania lekárov, ktorým sa nedarí získať potrebný počet kapitovaných poistencov vo väčších mestách, ktoré sú populárne na život, ale kde je lekárov dostatok. | | | | | | | | | | |
| 1. **Ciele a výsledný stav** | | | | | | | | | | |
| *Uveďte hlavné ciele predkladaného materiálu (aký výsledný stav má byť prijatím materiálu dosiahnutý, pričom dosiahnutý stav musí byť odlišný od stavu popísaného v bode 2. Definovanie problému).*  **Optimalizácia siete nemocníc**  Ciele  • zvýšenie kvality ústavnej starostlivosti a lepšie výsledky pre pacientov  • stabilizácia zdrojov (vyššia kvalita za rovnaké výdavky, zníženie potreby na personál optimalizáciou poskytovania ústavnej starostlivosti)  • vyššia spokojnosť personálu  1. Definícia rozsahu a nároku ústavnej starostlivosti  Kľúčovým predpokladom definovania optimálnej siete je definícia toho, aká starostlivosť sa poskytuje v nemocniciach a na čo má pacient nárok. Toto bude zabezpečené pomocou tzv. kategorizácie ústavnej starostlivosti, ktorá sa bude aktualizovať ročne za účasti zástupcov odborníkov, zdravotných poisťovní, pacientov, úradu pre dohľad a ministerstva zdravotníctva. Prvá verzia kategorizácie sa v spolupráci s odbornými spoločnosťami už vytvára.  Ústavná starostlivosť bude rozdelená do 5 úrovní – podľa náročnosti, početnosti, ako aj potreby jej blízkosti k pacientovi.  Ústavná starostlivosť bude rozdelená do programov a služieb, pričom pre každú úroveň bude definovaný zoznam povinných, nepovinných a doplnkových programov a zoznam povinných, nepovinných a doplnkových služieb v rámci programu. Medzi povinnými službami budú spravidla akútne alebo náročné služby, pri ktorých je potrebné dodržať stanovenú geografickú dostupnosť a kvalitu (napr. liečba úrazov, akútnych srdcových alebo mozgových príhod alebo zápalu slepého čreva). Medzi nepovinné programy budú spravidla patriť veľkoobjemové a plánované výkony, napr. výmena bedrového kĺbu, operácia kŕčových žíl a pod. Doplnkové programy predstavujú programy, ktoré sú spravidla povinnými programami vyššej úrovne než akú má nemocnica, ale v určitých prípadoch je žiadúce ich poskytovať aj v nemocniciach nižšieho typu, spravidla z dôvodu potreby vyššej kapacity alebo dostupnosti.  Kategorizácia pre vybrané programy a služby podľa potreby zároveň zavedie ďalšie podmienky ich poskytovania – najmä špecifické požiadavky na materiálno-technického vybavenie, personálne zabezpečenie, minimálny počet výkonov, ktoré musí poskytovateľ alebo lekár vykonať za rok, maximálny čas pacienta na čakacej listine, ako aj indikátory kvality. Plnenie týchto podmienok a indikátorov kvality bude každoročne vyhodnocované a výsledky budú zverejňované - pacient si tak bude vedieť pred nástupom do nemocnice overiť jej kvalitu a podľa toho si zvoliť poskytovateľa.  2. Vytvorenie optimálnej siete nemocníc (OSN)  Nárok na úhradu zo zdravotného poistenia získa nemocnica až tzv. zaradením do siete, ktoré pre akútne nemocnice (úrovne 2 až 5) určí ministerstvo na základe stanovených podmienok:  • nemocnica musí plniť minimálny programový profil pre úroveň, do ktorej je zaradená  • pre každú úroveň starostlivosti musí byť zabezpečená geografická dostupnosť  • každá nemocnica určitej úrovne musí mať dostatočný spád obyvateľov, ktorý jej umožní finančnú udržateľnosť a zabezpečenie dostatočnej kvality pre pacientov  • na každej úrovni musí byť zabezpečený dostatočný počet lôžok podľa ich typu  Nemocnica zaradená do siete v určitej úrovni bude musieť poskytovať všetky povinné programy a služby, čím sa zabezpečí reálna geografická dostupnosť starostlivosti pre pacientov (dnes sa nemocnica môže rozhodnúť niektoré služby vôbec neposkytovať, napr. preto, že nie sú finančne až tak výhodné).  Zdravotné poisťovne budú môcť uzatvoriť zmluvu ústavnú starostlivosť určitej úrovne len v nemocniciach zaradených do siete v danej úrovni alebo vyššej. Zároveň budú musieť uzatvoriť zmluvu všetky povinné programy a služby v nemocniciach príslušnej úrovne. Pri nepovinných programoch a službách si budú môcť vybrať z dostupných poskytovateľov v sieti (danej úrovne alebo vyššej) podľa vlastných (transparentne zverejnených) podmienok, pri dodržaní legislatívou určených štandardov.  Jedným z hlavných princípov reformy je zabezpečenie siete nemocníc, ktoré dokážu poskytovať multidisciplinárnu starostlivosť v definovaných úrovniach.  Ak v určitom regióne existuje dostatočná potreba (vyjadrená cez počet obyvateľov v spádovom území alebo vyššou potrebou určitého typu programu), ministerstvo zdravotníctva môže do siete zaradiť aj nemocnicu poskytujúcu len časť programov danej úrovne (napr. pôrodnica, nemocnica s ortopedickým programom), resp. umožniť poskytovanie vybratého programu vyššej úrovne aj nemocnici nižšej úrovne (tzv. doplnková nemocnica alebo doplnkový program). Podmienkou takéhoto doplnkového zaradenia do siete je, aby očakávaná potreba po povolení nového programu prevyšovala minimálne počty výkonov/pacientov pre všetky nemocnice, pričom v určitých prípadoch sa doplnkovej nemocnici určí aj maximálny počet výkonov tak, aby neohrozila udržateľnosť programu vo všeobecnej nemocnici poskytujúcej multidisciplinárnu starostlivosť.  Do siete môže byť zaradená aj nová nemocnica, resp. nemocnica nižšej úrovne môže požiadať o status vyššej úrovne (zmena zaradenia v sieti), aj v prípade, ak existujúca nemocnica (v definovanej miere) neplní legislatívou dané podmienky - v takom prípade môže byť iná nemocnica podmienečne zaradená do siete so stanoveným prechodným obdobím, počas ktorého bude mať nárok len na zníženú úhradu z verejného zdravotného poistenia a bude musieť preukázať plnenie stanovených podmienok.  **Reforma siete všeobecnej ambulantnej starostlivosti**  Zámerom predkladaného návrhu zákona je zavedenie nového spôsobu definovania minimálnej siete poskytovateľov, ktorí prevádzkujú ambulanciu všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre dospelých a všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre deti a dorast so zohľadnením kapacitnej priepustnosti (aby bol dostatok lekárov pre obyvateľov) a miestnej dostupnosti (čas dojazdu) na úroveň okresov. Zavádza nový nástroj na identifikáciu rizikových okresov, kde nie je dostatočne zabezpečená všeobecná ambulantná starostlivosť.  Na rozdiel od predošlého stavu ide o dynamické definovanie siete na základe určených parametrov s každoročným vyhodnocovaním, monitorovaním siete a klasifikáciou okresov ako zabezpečených, nedostatkových, rizikovo nedostatkových a kriticky nedostatkových. Parametre pre klasifikáciu okresov sú počet obyvateľov okresu, ktorí nemajú zabezpečenú miestnu dostupnosť, kapacitná priepustnosť siete a demografická štruktúra lekárov.  Oproti súčasnému stavu, kde nový lekár (záujemca o zriadenie novej praxe) nemá k dispozícii informačný zdroj, ktorý by uvádzal poddimenzované miesta vhodné na doplnenie kapacity, novou úpravou má nový lekár na jednom mieste, pravidelne aktualizované informácie o voľných miestach v okrese a naopak, kde je sieť z hľadiska dostupnosti všeobecnej ambulantnej starostlivosti zabezpečená. Navrhovaná úprava posilňuje rolu vyšších územných celkov, ktoré majú nielen z titulu ich právomoci ako sú napríklad vydávanie povolení alebo schvaľovanie ordinačných hodín, vziať na seba úlohu priamej koordinácie siete, úlohu aktívnej súčinnosti s obcami pri hľadaní možností zabezpečenia siete, lebo sú tým prvým kontaktným miestom pre nového lekára so záujmom otvorenia praxe. Posilňuje sa aj výmena údajov o poskytovateľoch medzi orgánmi verejnej moci a ostatnými zúčastnenými subjektmi s cieľom jednotnosti údajov v jednotlivých evidenciách.  Ministerstvo zdravotníctva novou úpravou zavádza finančnú podporu na zriaďovanie nových praxí v nedostatkových okresoch a to formou jednorazového príspevku. Cieľom je odstraňovanie finančných bariér vzniku nových ambulancií. | | | | | | | | | | |
| 1. **Dotknuté subjekty** | | | | | | | | | | |
| *Uveďte subjekty, ktorých sa zmeny predkladaného materiálu dotknú priamo aj nepriamo:*  Ministerstvo zdravotníctva  Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou  Samosprávne kraje  Národné centrum zdravotníckych informácií  Zdravotné poisťovne  Poskytovatelia všeobecnej ambulantnej starostlivosti  Lekári so špecializáciou všeobecné lekárstvo pre dospelých a všeobecné lekárstvo pre deti a dorast a lekári zvažujúci špecializačné štúdium v špecializačných odboroch všeobecné lekárstvo pre dospelých a všeobecné lekárstvo pre deti a dorast  Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, ktorí majú povolenie na prevádzkovanie všeobecnej nemocnice a u poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, ktorí majú povolenie na prevádzkovanie špecializovanej nemocnice  Poistenci verejného zdravotného poistenia  Osoby, ktorým sa poskytuje zdravotná starostlivosť | | | | | | | | | | |
| 1. **Alternatívne riešenia** | | | | | | | | | | |
| *Aké alternatívne riešenia vedúce k stanovenému cieľu boli identifikované a posudzované pre riešenie definovaného problému?*  Nie sú.  *Nulový variant - uveďte dôsledky, ku ktorým by došlo v prípade nevykonania úprav v predkladanom materiáli a alternatívne riešenia/spôsoby dosiahnutia cieľov uvedených v bode 3.* OSN  Slovenská republika napriek zdrojom vynakladaným na zdravotnú starostlivosť, nedosahuje v parametroch kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti čísla, ktoré dosahujú vyspelejšie západoeurópske krajiny, či už je to dĺžka hospitalizácie alebo počet odvrátiteľných úmrtí, kde Slovensko patrí medzi krajiny, kde je najväčší počet odvrátiteľných úmrtí. Slovensko má veľmi veľa akútnych lôžok a dlhú dobu hospitalizácie na akútnych lôžkach. Zároveň sa z hľadiska demografického vývoja zvyšuje potreba pre lôžka následnej zdravotnej starostlivosti a sociálnej starostlivosti. Ak by nedošlo k vydaniu návrhu zákona, ktorého cieľom je zabezpečenie kvalitnej a dostupnej ústavnej zdravotnej starostlivosti pre pacienta prostredníctvom novej koncepcie ústavnej zdravotnej starostlivosti, finančné prostriedky z verejného zdravotného poistenia vynakladané na ústavnú zdravotnú starostlivosti neprinesú pacientovi vyššiu hodnotu v podobe kvalitnejšej a dostupnejšej ústavnej zdravotnej starostlivosti.  VAS  V prípade nevykonania úpravy bude pokračovať stav, podľa ktorého z vecného hľadiska na Slovensku chýbajú stovky všeobecných lekárov, avšak platná legislatíva to nezohľadňuje, neukladá nikomu povinnosť chýbajúcich lekárov zabezpečiť a neponúka informácie o tom, kde a v akých počtoch lekári chýbajú. Bez podpory pre všeobecných lekárov bude atraktivita povolania naďalej stagnovať až klesať a nedostatok lekárov sa bude vzhľadom na vysoký priemerný vek všeobecných lekárov, zhoršovať. | | | | | | | | | | |
| 1. **Vykonávacie predpisy** | | | | | | | | | | |
| *Predpokladá sa prijatie/zmena vykonávacích predpisov?* | | | | | | | **Áno** | | **Nie** | |
| *Ak áno, uveďte ktoré oblasti budú nimi upravené, resp. ktorých vykonávacích predpisov sa zmena dotkne:*   * *novela nariadenia vlády 640/2004 Z. z. (vyňatie úpravy verejnej minimálnej siete všeobecných ambulantných poskytovateľov, plus v súvislosti s OSN)* * *nové nariadenie o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti* * *vyhláška MZSR o zozname programov ústavnej zdravotnej starostlivosti pre konkrétnu úroveň nemocnice o spôsobe určenia medicínskej služby a popis zaradenia medicínskej služby do programov a o zozname medicínskych služieb so zaradením do programov a podmienky poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti v nemocnici* * *vyhláška MZSR o podmienkach pre zaradenie nemocnice do siete kategorizovaných nemocníc* * *vyhláška MZSR o podmienkach o podmienkach tvorby siete* | | | | | | | | | | |
| 1. **Transpozícia práva EÚ** | | | | | | | | | | |
| *Uveďte, v ktorých konkrétnych ustanoveniach (paragrafy, články, body, atď.) ide národná právna úprava nad rámec minimálnych požiadaviek EÚ (tzv. goldplating) spolu s odôvodnením opodstatnenosti presahu.* | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 1. **Preskúmanie účelnosti** | | | | | | | | | | |
| *Uveďte termín, kedy by malo dôjsť k preskúmaniu účinnosti a účelnosti predkladaného materiálu.*  *Uveďte kritériá, na základe ktorých bude preskúmanie vykonané.*  Preskúmanie účinnosti a účelnosti navrhovaného predpisu bude vykonávané priebežne po nadobudnutí jeho účinnosti. | | | | | | | | | | |
| \* vyplniť iba v prípade, ak materiál nie je zahrnutý do Plánu práce vlády Slovenskej republiky alebo Plánu legislatívnych úloh vlády Slovenskej republiky.  \*\* vyplniť iba v prípade, ak sa záverečné posúdenie vybraných vplyvov uskutočnilo v zmysle bodu 9.1. jednotnej metodiky. | | | | | | | | | | |
| 1. **Vybrané vplyvy materiálu** | | | | | | | | | | |
| **Vplyvy na rozpočet verejnej správy** |  | | **Pozitívne** | |  | | **Žiadne** |  | | **Negatívne** |
| z toho rozpočtovo zabezpečené vplyvy,  v prípade identifikovaného negatívneho  vplyvu |  | | Áno | |  | | Nie |  | | Čiastočne |
| **Vplyvy na podnikateľské prostredie** |  | | **Pozitívne** | |  | | **Žiadne** |  | | **Negatívne** |
| z toho vplyvy na MSP |  | | Pozitívne | |  | | Žiadne |  | | Negatívne |
| Mechanizmus znižovania byrokracie  a nákladov sa uplatňuje: |  | | Áno | | |  |  |  | | Nie |
| **Sociálne vplyvy** |  | | **Pozitívne** | |  | | **Žiadne** |  | | **Negatívne** |
| **Vplyvy na životné prostredie** |  | | **Pozitívne** | |  | | **Žiadne** |  | | **Negatívne** |
| **Vplyvy na informatizáciu spoločnosti** |  | | **Pozitívne** | |  | | **Žiadne** |  | | **Negatívne** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vplyvy na služby verejnej správy pre občana, z toho** |  |  |  | |  |  |  |
| **vplyvy služieb verejnej správy na občana** |  | **Pozitívne** | |  | **Žiadne** |  | **Negatívne** |
| **vplyvy na procesy služieb vo verejnej správe** |  | **Pozitívne** | |  | **Žiadne** |  | **Negatívne** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vplyvy na manželstvo, rodičovstvo a rodinu** |  | **Pozitívne** |  | **Žiadne** |  | **Negatívne** |

|  |
| --- |
| 1. **Poznámky** |
| *V prípade potreby uveďte doplňujúce informácie k identifikovaným vplyvom a ich analýzam. Informácie v tejto časti slúžia na zhrnutie vplyvov a nie ako náhrada za vypracovanie príslušných analýz vybraných vplyvov.*  Prevládajú pozitívne sociálne vplyvy predloženého návrhu zákona (vzhľadom k tomu, že návrh predpokladá aj pozitívne aj negatívne sociálne vplyvy) s tým, že podrobnosti sú uvedené v priloženej analýze sociálnych vplyvov. |
| 1. **Kontakt na spracovateľa** |
| *Uveďte údaje na kontaktnú osobu, ktorú je možné kontaktovať v súvislosti s posúdením vybraných vplyvov.*  Ministerstvo zdravotníctva SR  Sekcia financovania  Odbor poisťovníctva  Limbová 2  837 52 Bratislava    [zakon580@health.gov.sk](mailto:zakon580@health.gov.sk) |
| 1. **Zdroje** |
| *Uveďte zdroje (štatistiky, prieskumy, spoluprácu s odborníkmi a iné), z ktorých ste pri príprave materiálu a vypracovávaní doložky, analýz vplyvov vychádzali. V prípade nedostupnosti potrebných dát pre spracovanie relevantných analýz vybraných vplyvov, uveďte danú skutočnosť.*  Súvisiace platné právne predpisy, údaje zdravotných poisťovní, Národné centrum zdravotníckych informácií, údaje od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.    Makroekonomická prognóza IFP z júna 2021.  <http://www.finance.gov.sk/Default.aspx?CatID=11839> |
| 1. **Stanovisko Komisie na posudzovanie vybraných vplyvov z PPK č. ..........**   (v prípade, ak sa uskutočnilo v zmysle bodu 8.1 Jednotnej metodiky) |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Súhlasné** | **Súhlasné s návrhom na dopracovanie** | **Nesúhlasné** |   **Uveďte pripomienky zo stanoviska Komisie z časti II. spolu s Vaším vyhodnotením:**  **II. Pripomienky a návrhy zmien: Komisia uplatňuje k materiálu nasledovné pripomienky a odporúčania:**  **K vplyvom na rozpočet verejnej správy**  **V doložke vybraných vplyvov je označený negatívny, zabezpečený vplyv na rozpočet verejnej správy. Analýza vplyvov na rozpočet verejnej správy nie je súčasťou materiálu.**  ***Nedopatrením doložka nebola priložená, vypracovaná však bola a dodatočne bola aj poslaná.***  **V materiáli sa v časti C. Vlastný materiál na str. 7 uvádza, že výška jedného príspevku na podporu zriaďovania nových ambulancií všeobecného lekárstva bude 60,624 eur. Na základe ročných nákladov uvádzaných v tabuľke pod tým, žiada Komisia upraviť výšku príspevku na 60 624 eur. Uvedené je potrebné upraviť aj v ostatných častiach materiálu.**  ***Akceptované. Zapracované.***  **Komisia žiada v celom materiáli v tabuľkách rozpisovať jednotlivé roky celým označením (napr. 2021) a nie skratkami (21).**  ***Akceptované. Zapracované.***  **Predkladateľ v doložke vybraných vplyvov deklaruje negatívny, rozpočtovo zabezpečený vplyv. Z tohto dôvodu žiada Komisia vypracovať analýzu vplyvov, kde budú jednoznačne uvedené finančné dôsledky na jednotlivé rozpočtové roky a relevantné zdrojové krytie predmetných výdavkov. Analýzu vplyvov žiada Komisia vypracovať tak, že z nej nebude vyplývať nekrytý vplyv.**  ***Akceptované. Zapracované.***  **Komisia požaduje uviesť v analýze vplyvov odhadovaný vplyv optimalizácie siete nemocníc a reformy všeobecnej ambulantnej starostlivosti na rozpočet verejnej správy.**  ***Akceptované. Zapracované.***  **Odôvodnenie: Predkladateľ uvádza iba negatívny vplyv na rozpočet verejnej správy vyplývajúci z vyplácania príspevkov na podporu zriaďovania ambulancií všeobecného lekárstva. Komisia žiada doplniť aj odhadované pozitívne a negatívne vplyvy optimalizácie siete nemocníc a reformy všeobecnej ambulantnej starostlivosti na výdavky verejného zdravotného poistenia a to aj napriek predpokladu, že v dlhodobom horizonte budú mať reformy neutrálny vplyv na rozpočet verejnej správy. Taktiež žiada Komisia opísať proces optimalizácie siete nemocníc z pohľadu načasovania tokov zdrojov verejného zdravotného poistenia. Napr. budú sa zdroje zároveň uvoľňovať (rušením / zefektívňovaním) a realokovať do následnej / dlhodobej starostlivosti a ambulantnej starostlivosti alebo sa medzi týmito dvomi efektami predpokladá časový posun?**  **Komisia požaduje uviesť, či budú v nadväznosti na optimalizáciu siete nemocníc potrebné dodatočné kapitálové zdroje. V prípade, ak áno, Komisia žiada uviesť akým spôsobom budú pokryté.**  **Odôvodnenie: Komisia predpokladá, že určenie novej siete akútnych nemocníc s novými požiadavkami na vybavenie si vyžiada významné dodatočné kapitálové zdroje na výstavbu, rekonštrukciu a vybavenie nemocníc. Predkladateľ túto skutočnosť v doložke vplyvov neuvádza.**  ***Akceptované. Zapracované.***  **V čl. I sa vo štvrtej časti vlastného materiálu v § 23 zavádza podanie žiadosti do siete kategorizovaných nemocníc prostredníctvom elektronického portálu ministerstva na účely tvorby siete kategorizovaných nemocníc. Taktiež sa v čl. VI § 12 odsek 3 dopĺňa písmenom w, kde sa ustanovuje, že Národné centrum spravuje a vedie zoznam poistencov čakajúcich na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti. Komisia požaduje jednoznačne doplniť konštatovanie, či na základe uvedeného nebude potrebná úprava, resp. nové IT systémy. Ak áno, uvedené je potrebné zohľadniť v analýze vplyvov.**  *Podávanie žiadostí do siete kategorizovaných nemocníc prostredníctvom elektronického portálu ministerstva bolo vypustené. Národné centrum už dlhšiu dobu pripravuje tento modul, Informačné systémy zdravotných poisťovní už v súčasnosti sú upravené tak, aby schvaľovali každú ústavnú zdravotnú starostlivosť, nebude to predstavovať veľký zásah, navyše bude odložená účinnosť tohto ustanovenia, aby bolo dosť času na prípravu.*  *Akceptované. Zapracované.*  **V dôvodovej správe je v osobitnej časti k bodu 27 uvedené, že s cieľom zabezpečiť dostatok času pre úrad pre dohľad na to, aby zabezpečil organizačné a personálne pokrytie svojich nových úloh, sa do 1.1.2024 určuje, že úlohy úradu pre dohľad súvisiace s vyhodnocovaním stavu siete bude vykonávať ministerstvo zdravotníctva. Komisia žiada jednoznačne uviesť, či si dočasné vykonávanie úloh ministerstvom zdravotníctva nevyžiada zvýšené nároky na personálne kapacity v súvislosti s týmito úlohami. V prípade, ak áno, uvedené je potrebné zohľadniť v analýze vplyvov. Taktiež je na základe uvedeného v analýze vplyvov potrebné uviesť personálne kapacity úradu pre dohľad od 1.1.2024, ktoré budú požadované na zabezpečenie úloh úradu.**  *Akceptované. Zapracované.*  **K vplyvom na podnikateľské prostredie**  **V tabuľke č. 2 v časti 3.1.2 Analýzy vplyvov na podnikateľské prostredie Komisia odporúča doplniť pri oboch reguláciách podrobnejší popis regulácie. Zo stručného popisu nie je zrejmý súčasný stav a aký vplyv bude mať zmena na podnikateľov. Komisia odporúča uviesť popis, ktorý bude zrozumiteľný aj širokej verejnosti.**  *Akceptované. Zapracované.*  **V tabuľke č. 2 v časti 3.1.2 Analýzy vplyvov na podnikateľské prostredie žiada Komisia matematicky upraviť výpočet 2971 x 2 = 7111 a taktiež sa vyžaduje presnejší popis výpočtu. Matematicky to nie je správne. Komisia predpokladá, že výpočet bol správny, ale dôvodom nepresnosti je zaokrúhlenie čísel, zrejme v kalkulačke nákladov. Preto žiada Komisia opravu a uvedenie popisu výpočtu (napr. akú časovú náročnosť predpokladá predkladateľ pri oznamovacích povinnostiach, s akou frekvenciou a pod.). Prípadne môže predkladateľ k materiálu pripojiť aj vyplnenú kalkulačku nákladov ako sprievodný materiál.**  *Akceptované. Zapracované. Priložené.*  **V časti 3.4. Analýzy vplyvov na podnikateľské prostredie žiada Komisia o doplnenie vyčíslenia vplyvov na Podnikateľské prostredie súvisiacich s dotáciami. V časti 3.4 sa uvádzajú vplyvy, na ktoré sa nevzťahuje princíp 1in2out a preto sa do virtuálneho účtu predkladateľa nezarátavajú. Je však potrebné ich vyčísliť. Komisia predpokladá, že administratívne náklady súvisiace so žiadaním o dotácie predstavujú negatívny vplyv (aj keď ich podstúpenie je dobrovoľné) a naopak získanie samotných dotácií je pozitívny vplyv na podnikateľské prostredie. V texte materiálu je uvedené, že poskytovateľom zdravotnej starostlivosti budú poskytnuté dotácie z Plánu obnovy vo výške 60 tis. na jednu ambulanciu a predpokladaný počet dotknutých subjektov bude 170.**  *Akceptované. Zapracované.*  **K sociálnym vplyvom, vplyvom na manželstvo, rodičovstvo a rodinu**  **Komisia považuje za potrebné v analýze sociálnych vplyvov uviesť konkrétnejšie a podrobnejšie zhodnotenie sociálnych vplyvov predloženého návrhu zákona, a to osobitne z hľadiska všetkých jeho významných aspektov dotýkajúcich sa pacientov, poistencov, dotknutých zamestnancov zariadení zdravotnej starostlivosti (nielen zariadení všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti) a budúcich zamestnancov týchto dotknutých zariadení. Dôsledkom predloženého návrhu dôjde aj k zániku niektorých zariadení zdravotnej starostlivosti, čo ovplyvní aj dotknutých obyvateľov a súčasných zamestnancov.**  *Nedôjde k zániku zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti minimálne do konca rok 2026. Zapracované.*  **Komisia taktiež považuje za potrebné osobitne zhodnotiť vplyvy predloženého návrhu zákona na prístup k zdravotnej starostlivosti podľa jej náročnosti, početnosti, geografickej dostupnosti, potreby jej blízkosti k pacientovi (akútna zdravotná služba), podľa kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Pri hodnotení je potrebné sa zaoberať aj vplyvmi predloženého návrhu zákona na obyvateľov menej obývaných oblastí, ktoré nenaplnia návrhom zákona predpokladaný dostatočný spád obyvateľov.**  *Akceptované. Zapracované.*  **V súvislosti s reformou siete všeobecnej ambulantnej starostlivosti je potrebné zhodnotiť, či to, že sa garancia zmluvy so zdravotnou poisťovňou bude vzťahovať len na nedostatkové okresy, spôsobí aj zánik týchto zariadení v okresoch, ktoré nebudú klasifikované ako nedostatkové.**  *V súčasnej dobe platí, že zdravotná poisťovňa je povinná uzatvoriť zmluvu s poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti s každým takýmto poskytovateľom, ak má čo len jedného poistenca, s ktorým má uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Zároveň je verejnou minimálnou sieťou, ktorá je usporiadaním najmenšieho počtu poskytovateľov verejne dostupných, stanovený počet lekárov na kraj.*  *Navrhovanou úpravou sa táto garancia neruší, po novom sa však bude počítať počet lekárov vo verejnej minimálnej sieti.*  *Táto úprava bola po MPK prepracovaná. Ponechala sa doterajšia právna úprava.*  **Ovplyvní (a ako) predložený návrh zákona počet odvrátiteľných úmrtí v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti?**  *Predmetom legislatívnej úpravy je zvýšenie kvality ústavnej starostlivosti centralizáciou náročnej starostlivosti do menšieho počtu vysoko-špecializovaných a kvalitných pracovísk, stanovením špeciálneho materiálno-technického vybavenia a špeciálneho personálneho zabezpečenia pre poskytovanie programov, a ďalších podmienok ústavnej starostlivosti. Zároveň budú stanovené indikátory kvality, ktoré budú pravidelne každoročne vyhodnocované a zverejňované. Jednoduchou hierarchizáciou starostlivosti a cielením rozmiestnením programov po území Slovenska sa vytvorí sieť nemocníc, nad ktorú bude nadväzovať zabezpečenie záchrannej zdravotnej služby tak, aby bol v prípade potreby urgentnej starostlivosti pacient prevážaný rovno do nemocnice, ktorá mu dokáže poskytnúť adekvátnu starostlivosť (na rozdiel od súčasnosti, kedy je prevážaný do najbližšej nemocnice bez ohľadu na to, či sa v nej dokážu o takého pacienta postarať). Všetky tieto kroky povedú k postupnému poklesu počtu odvrátiteľných úmrtí, v súčasnosti však nie je možné spoľahlivo kvantifikovať tento efektu.*  **Komisia považuje za potrebné zhodnotiť vplyvy predloženého návrhu zákona na čakacie doby na vykonanie zdravotných výkonov.**  *Akceptované. Zapracované.*  **Je potrebné zhodnotiť aj zlepšenie prístupu poistencov a pacientov k príslušným informáciám, v dôsledku predloženého návrhu zákona, a to v porovnaní so súčasným stavom.**  *Akceptované. Zapracované.*  **V prípade, že návrh zákona zakladá pozitívne vplyvy na podmienky v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti (pre pacientov a aj pre zamestnancov) týkajúce sa priestorového a materiálneho - technického zabezpečenia zariadení, je potrebné uviesť opatrenia predloženého návrhu, ktoré tieto vplyvy zakladajú a ich hodnotenie.**  *Pozitívne vplyvy na podmienky v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti (pre pacientov a aj pre zamestnancov) týkajúce sa priestorového a materiálneho - technického zabezpečenia zariadení budú zabezpečené prostredníctvom definície a vyžadovania špeciálneho materiálno-technického vybavenia a špeciálneho personálneho zabezpečenia pre poskytovanie ústavnej starostlivosti prostredníctvom ustanovených programov v kategorizácii ústavnej starostlivosti.*  **Predkladateľ zhodnotil sociálne vplyvy predloženého návrhu zákona iba ako pozitívne; avšak je zrejmé, že predložený návrh zákona zakladá aj negatívne sociálne vplyvy, ktoré je potrebné identifikovať v doložke vybraných vplyvov, zhodnotiť v analýze sociálnych vplyvov a upraviť informáciu o vybraných vplyvoch uvedenú v predkladacej správe a vo všeobecnej časti dôvodovej správy. Zároveň Komisia odporúča predkladateľovi v uvedených súvislostiach prehodnotiť aj vplyvy predloženého návrhu zákona na manželstvo, rodičovstvo a rodinu.**  *Akceptované. Zapracované. Vytváraním nových pracovných miest pôsobí pozitívne aj na rodinný život.*  **K vplyvom na informatizáciu spoločnosti**  **Je nutné dopracovať analýzu vplyvov, nakoľko z obsahu materiálu vyplýva, že budú zavádzané nové elektronické služby /napr. sa za elektronickú službu považuje aj zverejňovanie údajov na webovom sídle/ a minimálne dôjde k úpravám ak nie vytvoreniu informačného systému /elektronického portálu/.**  *Akceptované. Zapracované. Elektronický portál bol zrušený.*  **III. Záver: Stála pracovná komisia na posudzovanie vybraných vplyvov vyjadruje**  **nesúhlasné stanovisko**  **s materiálom predloženým na predbežné pripomienkové konanie s odporúčaním na jeho dopracovanie podľa pripomienok v bode II.**  **IV. Poznámka: Predkladateľ zapracuje pripomienky a odporúčania na úpravu uvedené v bode II a uvedie stanovisko Komisie do doložky vybraných vplyvov spolu s vyhodnotením pripomienok.**    **Nesúhlasné stanovisko Komisie neznamená zastavenie ďalšieho schvaľovacieho procesu. Stanovisko Komisie slúži ako podklad pre informované rozhodovanie vlády Slovenskej republiky a ďalších subjektov v rámci schvaľovacieho procesu. Predkladateľ má možnosť dopracovať materiál podľa pripomienok a zaslať ho na opätovné schválenie Komisie, ktorá môže následne zmeniť svoje stanovisko** |
| 1. **Stanovisko Komisie na posudzovanie vybraných vplyvov zo záverečného posúdenia č. ..........** (v prípade, ak sa uskutočnilo v zmysle bodu 9.1. Jednotnej metodiky) |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Súhlasné** | **Súhlasné s  návrhom na dopracovanie** | **Nesúhlasné** |   **Uveďte pripomienky zo stanoviska Komisie z časti II. spolu s Vaším vyhodnotením:** |

**Analýza vplyvov na rozpočet verejnej správy,**

**na zamestnanosť vo verejnej správe a financovanie návrhu**

**2.1 Zhrnutie vplyvov na rozpočet verejnej správy v návrhu**

Tabuľka č. 1

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vplyvy na rozpočet verejnej správy** | **Vplyv na rozpočet verejnej správy (v eurách)** | | | | |
| **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |
| **Príjmy verejnej správy celkom** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| v tom: za každý subjekt verejnej správy zvlášť | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ***z toho:*** |  |  |  |  |
| ***- vplyv na ŠR*** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| *Rozpočtové prostriedky* | **0** | **0** | **0** | **0** |
| *EÚ zdroje* | 0 | **2 182 464** | **2 728 080** | **3 637 440** |
| ***- vplyv na obce*** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| ***- vplyv na vyššie územné celky*** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| ***- vplyv na ostatné subjekty verejnej správy*** |  | **0** | **0** | **0** |
| **Výdavky verejnej správy celkom** |  | **2 602 081,5** | **3 147 697,5** | **4 057 057,5** |
| v tom: za každý subjekt verejnej správy / program zvlášť |  | 0 | 0 | 0 |
| ***z toho:*** |  |  |  |  |
| ***- vplyv na ŠR*** |  | **0** | **0** | **0** |
| *Rozpočtové prostriedky (plán obnovy a odolnosti)* |  | **2 182 464** | **2 728 080** | **3 637 440** |
| *EÚ zdroje* |  | 0 | 0 | 0 |
| *spolufinancovanie* |  | 0 | 0 | 0 |
| ***- vplyv na obce*** |  | **0** | **0** | **0** |
| ***- vplyv na vyššie územné celky*** |  | **0** | **0** | **0** |
| ***- vplyv na ostatné subjekty verejnej správy*** |  | **0** | **0** | **0** |
| **Vplyv na počet zamestnancov** |  | **8** | **8** | **8** |
| ***- vplyv na ŠR*** |  | **8** | **8** | **8** |
| ***- vplyv na obce*** |  | **0** | **0** | **0** |
| ***- vplyv na vyššie územné celky*** |  | **0** | **0** | **0** |
| ***- vplyv na ostatné subjekty verejnej správy*** |  | **0** | **0** | **0** |
| **Vplyv na mzdové výdavky** |  | **419 617,5** | **419 617,5** | **419 617,5** |
| ***- vplyv na ŠR z toho*** |  |  |  |  |
| ***MZSR*** |  | **419 617,5** | **419 617,5** | **419 617,5** |
| ***- vplyv na obce*** |  | **0** | 0 | 0 |
| ***- vplyv na vyššie územné celky*** |  | **0** | **0** | **0** |
| ***- vplyv na ostatné subjekty verejnej správy*** |  | **0** | **0** | **0** |
| **Financovanie zabezpečené v rozpočte** |  | **2 182 464** | **2 728 080** | **3 637 440** |
| v tom: za každý subjekt verejnej správy / program zvlášť |  | 0 | 0 | 0 |
| MZSR |  | **2 182 464** | **2 728 080** | **3 637 440** |
| ÚDZS |  |  |  |  |
| **Iné ako rozpočtové zdroje** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| **Rozpočtovo nekrytý vplyv / úspora** | **0** | **419 617,5** | **419 617,5** | **419 617,5** |

**2.1.1. Financovanie návrhu - Návrh na riešenie úbytku príjmov alebo zvýšených výdavkov podľa § 33 ods. 1 zákona č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy:**

**Financovanie príspevkov podľa § 6d zákona č. 578/2004 Z. z.: zdrojom prostriedkov má byť štátny rozpočet, kapitola ministerstva zdravotníctva, pričom financovanie je do roku 2025 je kryté z prostriedkov európskeho plánu obnovy a odolnosti.**

**2.2. Popis a charakteristika návrhu**

**2.2.1. Popis návrhu:**

Ministerstvo zdravotníctva predložilo do pripomienkovania novelu týkajúcu sa:

- optimalizácie siete nemocníc

- siete všeobecných lekárov

**Ad novely týkajúce sa všeobecných lekárov**

Ministerstvo zavádza definíciu nedostatkových okresov, pravidelný systém monitorovania nedostatku všeobecných lekárov na Slovensku a podporu na prilákanie nových lekárov do sektora. Slovensko dlhodobo zaostáva v počte všeobecných lekárov a na potrebu posilnenia a systematickej práce so segmentom všeobecnej starostlivosti nás upozorňuje aj Európska komisia.

Napriek tomu, že všeobecní lekári dlhodobo upozorňujú na nedostatočné kapacity a vysoký priemerný vek, na Slovensku dodnes chýba systém definovania a monitorovania potreby a nedostatku všeobecných lekárov. Ministerstvo ako jeden z prvých krokov v rámci širšej snahy o podporu segmentu primárnej starostlivosti po 13 rokoch aktualizuje počet lekárskych miest ktoré potrebujeme a zavádza systém monitorovania a vyhodnocovania nedostatkových okresov ako aj systém podpory na prilákanie nových lekárov do všeobecných ambulancií.

Kým podľa doterajšieho normatívu je sieť naplnená na viac ako 100%, podľa vyhodnotenia ministerstva nám chýba vyše 440 všeobecných lekárov pre dospelých, deti a dorast. Cieľom predloženého materiálu je zaviesť každoročné vyhodnocovanie stavu siete, ktoré bude uskutočňovať úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Ministerstvo tiež každoročne zverejní klasifikáciu okresov a to s ohľadom na počet chýbajúcich lekárov, ich vekovú štruktúru a novo zavedenú povinnosť maximálnej dojazdovej vzdialenosti 25 minút.

Navrhuje tiež, aby sa zverejňovali počty chýbajúcich lekárov pre jednotlivé okresy a aby samosprávne kraje koncentrovali informácie o ponukách práce, benefitoch a inej podpore ponúkanej záujemcom o otvorenie praxe všeobecného lekárstva. Začínajúci lekári dnes často nemajú dostatok informácií, podľa ktorých sa môžu rozhodnúť o perspektíve miesta na otvorenie praxe. Zároveň navrhuje zaviesť príspevky pre lekárov, ktorí prídu do nedostatkových okresov. Zoznam, výšku a počet príspevkov by malo každoročne vyhlasovať ministerstvo. Vďaka Plánu obnovy bude mať Slovensko do roku 2026 k dispozícii približne 10 miliónov na podporu zvyšovania kapacity siete všeobecných lekárov a lákanie nových lekárov pre prácu v oblasti všeobecného lekárstva pre dospelých, deti a dorast.

Návrh, ktorý je zároveň reformou, ku ktorej sme sa zaviazali v Pláne obnovy, je prvou časťou série zmien týkajúcich sa ambulantného sektora. Okrem neho ministerstvo dalo nedávno do pripomienkovania aj návrhy, ktoré by mali odbremeniť lekárov v súvislosti s predpisovaním celiatických potravín a inkontinenčných pomôcok. Ministerstvo zároveň pripravuje otvorenie diskusie o novej koncepcii všeobecného lekárstva, nových formách odmeňovania, navýšení platieb všeobecných lekárov a znižovaní ich administratívnej záťaže.

Podľa predbežného vyhodnotenia ministerstva, na Slovensku chýba vyše 300 všeobecných lekárov pre dospelých a viac ako 130 pediatrov. Vzhľadom na vysoký priemerný vek – 59 rokov u všeobecných lekárov a 51 u pediatrov, ministerstvo očakáva, že situácia sa bude bez príchodu nových lekárov rapídne zhoršovať. Z analýzy však vyplynulo, že stav sa v jednotlivých okresoch niekedy až zásadne líši a preto bude dôležité smerovať podporu a lekárov do okresov s najväčším nedostatkom.

Zámerom predkladaného návrhu zákona je tiež zavedenie nového spôsobu definovania minimálnej siete poskytovateľov, ktorí prevádzkujú ambulanciu všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre dospelých a všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre deti a dorast so zohľadnením kapacitnej priepustnosti (aby bol dostatok lekárov pre obyvateľov) a miestnej dostupnosti (čas dojazdu) na úroveň okresov. Zavádza nový nástroj na identifikáciu rizikových okresov, kde nie je dostatočne zabezpečená všeobecnej ambulantnej starostlivosti.

Na rozdiel od predošlého stavu ide o dynamické definovanie siete na základe určených parametrov s každoročným vyhodnocovaním, monitorovaním siete a klasifikáciou okresov ako zabezpečených, nedostatkových, rizikovo nedostatkových a kriticky nedostatkových. Parametre pre klasifikáciu okresov sú počet obyvateľov okresu, ktorí nemajú zabezpečenú miestnu dostupnosť, kapacitná priepustnosť a demografická štruktúra lekárov.

Oproti súčasnému stavu, kde nový lekár (záujemca o zriadenie novej praxe) nemá k dispozícii informačný zdroj, kde sú uvedené poddimenzované miesta vhodné na doplnenie kapacity, novou úpravou má nový lekár na jednom mieste, pravidelne aktualizované informácie o voľných miestach v okrese a naopak, kde je sieť z hľadiska dostupnosti všeobecnej ambulantnej starostlivosti zabezpečená. Navrhovaná úprava posilňuje rolu vyšších územných celkov, ktoré majú nielen z titulu ich právomoci ako sú napríklad vydávanie povolení alebo schvaľovanie ordinačných hodín, vziať na seba úlohu priamej koordinácie siete, úlohu aktívnej súčinnosti s obcami pri hľadaní možností zabezpečenia siete, lebo sú tým prvým kontaktným miestom pre nového lekára so záujmom otvorenia praxe. Posilňuje sa aj výmena údajov o poskytovateľoch medzi orgánmi verejnej moci a ostatnými zúčastnenými subjektmi s cieľom jednotnosti údajov v jednotlivých evidenciách.

Ministerstvo zdravotníctva novou úpravou zavádza finančnú podporu na zriaďovanie nových praxí v nedostatkových okresoch a to formou príspevku. Cieľom je odstraňovanie finančných bariér vzniku nových ambulancií.

**Návrh zákona** **o kategorizovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov**

Východiská

• súčasná sieť nemocníc na Slovensku je priveľmi široká – v počte postelí aj v počte nemocníc, čo vedie k neefektívnemu viazaniu zdrojov (hlavne ľudských), nízkej obložnosti (60% v akútnych nemocniciach pred Covidom), aj nízkym počtom výkonov/pacientov na nemocnicu (nedostatočná zručnosť ohrozujúca bezpečnosť pacienta, neefektívne využitie drahého vybavenia)

• poskytovanie nemocničnej starostlivosti je roztrieštené – medzi nemocnicami je nízka miera koordinácie a spolupráce, každá nemocnica sa špecializuje na niečo iné, ale takmer žiadna nevie poskytnúť komplexnú starostlivosť (napr. pri ťažkých úrazoch vyžadujúcich multidisciplinárny prístup)

• neexistujú jasné pravidlá pre poskytovanie nemocničnej starostlivosti – každá nemocnica dnes môže robiť všetko, čo vedie k negatívnym javom ako

- tzv. „trofejným operáciám“, kedy poskytovateľ vykonáva pár náročných operácií, pri ktorých nedokáže zabezpečiť dostatočnú kvalitu a bezpečnosť pre pacienta

- fluktuácií personálu medzi nemocnicami, kedy pôvodná nemocnica prestane poskytovať určitú starostlivosť a strácame nemocnice schopné sa komplexne postarať o pacientov

- vzniku špecializovaných pracovísk, ktoré nie sú schopné riešiť komplikácie

• viaceré dnešné hospitalizácie nie sú potrebné – na akútnych lôžkach ležia pacienti, ktorí by mali byť riešení ambulantne (čím okrem zbytočných nákladov vystavujeme pacientov riziku nozokomiálnych nákaz), alebo preto, že potrebujú sociálnu starostlivosť; problémom sú aj nedostatočné kapacity následnej rehabilitačnej starostlivosti, ako ústavnej, tak aj ambulantnej alebo domácej, ktoré by zabezpečili rýchly návrat pacienta k plnému zdraviu

• prestarnuté nemocnice (priemerný vek budov je viac ako 50 rokov) neumožňujú zavádzanie efektívnejších procesov a vedú k dlhodobému zadlžovaniu sa štátnych nemocníc, a tým aj k nedostatku kapitálových zdrojov na obnovu; nové nemocnice by sa mali stavať v takom rozsahu, aby zodpovedali budúcim potrebám

Viac v prílohe.

Ciele

• zvýšenie kvality nemocničnej starostlivosti a lepšie výsledky pre pacientov

• stabilizácia zdrojov (vyššia kvalita za rovnaké výdavky, zníženie potreby na personál optimalizáciou poskytovania nemocničnej starostlivosti)

• vyššia spokojnosť personálu

1. Definícia rozsahu a nároku nemocničnej starostlivosti

Kľúčovým predpokladom definovania optimálnej siete je definícia toho, aká starostlivosť sa poskytuje v nemocniciach a na čo má pacient nárok. Toto bude zabezpečené pomocou tzv. kategorizácie nemocničnej starostlivosti, ktorá sa bude aktualizovať ročne za účasti zástupcov odborníkov, zdravotných poisťovní a ministerstva. Prvá verzia kategorizácie sa v spolupráci s odbornými spoločnosťami už vytvára.

Nemocničná starostlivosť bude rozdelená do 5 úrovní – podľa náročnosti, početnosti, ako aj potreby jej blízkosti k pacientovi (význam jednotlivých úrovní je vysvetlený nižšie).

Nemocničná starostlivosť bude rozdelená do programov a služieb, pričom pre každú úroveň bude definovaný zoznam povinných a nepovinných programov a služieb v rámci programu. Medzi povinnými službami budú spravidla akútne alebo náročné služby, pri ktorých je potrebné dodržať stanovenú geografickú dostupnosť a kvalitu (napr. liečba úrazov, akútnych srdcových alebo mozgových príhod alebo zápalu slepého čreva). Medzi nepovinné programy budú spravidla patriť veľkoobjemové a plánované výkony, napr. výmena bedrového kĺbu, operácia kŕčových žíl a pod.

Kategorizácia pre vybrané programy a služby podľa potreby zároveň zavedie ďalšie podmienky ich poskytovania – najmä špecifické požiadavky na materiálno-technického vybavenie, personálne zabezpečenie, minimálny počet výkonov, ktoré musí poskytovateľ alebo operatér vykonať za rok, maximálny čas pacienta na čakacej listine, ako aj indikátory kvality. Plnenie týchto podmienok a indikátorov kvality bude každoročne vyhodnocované a výsledky budú zverejňované - pacient si tak bude vedieť pred nástupom do nemocnice overiť jej kvalitu a podľa toho si zvoliť poskytovateľa.

2. Vytvorenie optimálnej siete nemocníc (OSN)

Nárok na úhradu zo zdravotného poistenia získa nemocnica až tzv. zaradením do siete, ktoré pre akútne nemocnice (úrovne 2 až 5) určí ministerstvo na základe stanovených podmienok:

• nemocnica musí plniť minimálny programový profil pre úroveň, do ktorej je zaradená

• pre každú úroveň starostlivosti musí byť zabezpečená geografická dostupnosť

• každá nemocnica určitej úrovne musí mať dostatočný spád obyvateľov, ktorý jej umožní finančnú udržateľnosť a zabezpečenie dostatočnej kvality pre pacientov

• na každej úrovni musí byť zabezpečený dostatočný počet lôžok podľa ich typu

Nemocnica zaradená do siete v určitej úrovni bude musieť poskytovať všetky povinné programy a služby, čím sa zabezpečí reálna geografická dostupnosť starostlivosti pre pacientov (dnes sa nemocnica môže rozhodnúť niektoré služby vôbec neposkytovať, napr. preto, že nie sú finančne až tak výhodné).

Poisťovne budú môcť zazmluvniť nemocničnú starostlivosť určitej úrovne len v nemocniciach zaradených do siete v danej úrovni alebo vyššej. Zároveň budú musieť zazmluvniť všetky povinné programy a služby v nemocniciach príslušnej úrovne. Pri nepovinných programoch a službách si budú môcť vybrať z dostupných poskytovateľov v sieti (danej úrovne alebo vyššej) podľa vlastných (transparentne zverejnených) podmienok, pri dodržaní legislatívou určených štandardov.

Jedným z hlavných princípov reformy je zabezpečenie siete nemocníc, ktoré dokážu poskytovať multidisciplinárnu starostlivosť v definovaných úrovniach. Kľúčovú úlohu v tejto sieti tvorí prostredná komplexná úroveň, ktorá je určená tak, aby umožnila dojazd záchrannej zdravotnej služby v krátkom časovom okne (do 60-90 minút). V rámci tejto úrovne bude zabezpečená špecializovaná akútna multidisciplinárna starostlivosť o pacientov s akútnym infarktom myokardu, náhlou cievnou mozgovou príhodou a ťažkými úrazmi.

Nemocnica môže splniť minimálny programový profil pre svoju úroveň buď samostatne (preferovaná verzia) alebo v spolupráci s iným poskytovateľom (tzv. satelitnou nemocnicou) v rovnakej obci/meste (napr. Univerzitná nemocnica Bratislava bude vedieť splniť profil pre národnú nemocnicu len v spolupráci s Národným ústavom srdcovo-cievnych chorôb, Národným onkologickým ústavom a Národným ústavom detských chorôb). Podmienkou pre spoločné plnenie programu je vzájomná dohoda medzi nemocnicami, ktorá zabezpečí vzájomnú kooperáciu pri prekladoch pacientov, účasť špecialistov pri poskytovaní starostlivosti medzi nemocnicami (napr. účasť cievneho chirurga z kardioústavu pri operácii pacienta s ťažkým úrazom v hlavnej nemocnici) alebo zdieľanie priestorov a prístrojového vybavenia pri zriedkavých komplikovaných operáciách (napr. spoločné využívanie robota alebo prístroja na peroperačnú extrakorporálnu oxygenáciu).

Ak v určitom regióne existuje dostatočná potreba (počet obyvateľov v spáde), MZ môže do siete zaradiť aj nemocnicu poskytujúcu len časť programov danej úrovne (napr. pôrodnica, ortopedická nemocnica), resp. umožniť poskytovanie vybratého programu vyššej úrovne aj nemocnici nižšej úrovne (tzv. doplnková nemocnica alebo doplnkový program). Podmienkou takéhoto doplnkového zaradenia do siete je, aby očakávaná potreba po povolení nového programu prevyšovala minimálne počty výkonov/pacientov pre všetky nemocnice, pričom doplnkovej nemocnici sa určí aj maximálny počet výkonov tak, aby neohrozila udržateľnosť programu vo všeobecnej nemocnici poskytujúcej multidisciplinárnu starostlivosť.

Do siete môže byť zaradená aj nová nemocnica, resp. nemocnica nižšej úrovne môže požiadať o status vyššej úrovne (zmena zaradenia v sieti), aj v prípade, ak existujúca nemocnica (v definovanej miere) neplní legislatívou dané podmienky - v takom prípade môže byť iná nemocnica podmienečne zaradená do siete so stanoveným prechodným obdobím, počas ktorého bude mať nárok len na zníženú úhradu z verejného zdravotného poistenia a bude musieť preukázať plnenie stanovených podmienok.

Nemocnice budú zaradené do 5 úrovní (nemocnica určitej úrovne poskytuje aj starostlivosť z nižších úrovní):

• 5. národná úroveň – nemocnica poskytuje aj vysoko špecializovanú (kvartérnu) starostlivosť s veľmi zriedkavým výskytom na 1 mieste na Slovensku, napr. transplantáciu srdca,

• 4. koncová úroveň – nemocnica poskytuje aj špecializovanú (terciárnu) starostlivosť s nízkou početnosťou v spádoch o veľkosti 1,5-2,0 mil. obyvateľov, tj. približne na úrovni pôvodných krajov (západ, stred a východ, pre vybraté programy aj na severe), napr. kardiochirurgia, vysoko komplexné výkony v neurochirurgii, vysoko komplexná onkologická liečba, špecializovaná starostlivosť o deti,

• 3. komplexná úroveň – nemocnica poskytuje komplexnú akútnu aj plánovanú starostlivosť pre spád cca 500-600 tisíc obyvateľov, t.j. približne na úrovni vyšších územných celkov, v sieti zabezpečujúcej dojazd záchrannej zdravotnej služby v krátkom časovom okne (spravidla do hodiny), napr. intervenčnú liečbu akútneho infarktu myokardu alebo náhlej cievnej mozgovej príhody, akútne ťažké úrazy, ako aj komplexnú nízko početnú plánovanú starostlivosť ako stredne komplexné onkochirurgické zákroky,

• 2. regionálna úroveň – nemocnica poskytuje štandardnú akútnu a plánovanú starostlivosť na regionálnej úrovni pre spád 100-200 tisíc obyvateľov, t.j. približne pre 2-3 okresy s dostupnosťou do 30-45 minút od bydliska pacienta; nemocnica poskytuje základné chirurgické výkony (napr. apendektómiu, operácie pri zlomeninách a pod.), štandardnú starostlivosť o internistického a detského pacienta, ako aj pôrodnú a popôrodnú starostlivosť o matku aj dieťa pri nekomplikovaných pôrodoch; nepovinne môže poskytovať plánované výkony ako výmeny kĺbov alebo operácie varixov,

• 1. komunitná úroveň – nemocnica tejto úrovne neposkytuje akútnu lôžkovú starostlivosť, avšak zabezpečuje následnú a rehabilitačnú starostlivosť, a zároveň poskytuje urgentnú ambulantnú starostlivosť (vrátane zabezpečenia prevozu pacienta do nemocnice vyššej úrovne v prípade potreby) a komplexnú ambulantnú špecializovanú starostlivosť. V prípade záujmu môže poskytovať aj jednodňové výkony, stacionárnu starostlivosť, a prípadne aj psychiatrickú lôžkovú starostlivosť. Časť týchto nemocníc (8-10 nemocníc) by mala byť transformovaná na komplexné neurorehabilitačné centrá, ktoré budú poskytovať intenzívnu rehabilitačnú starostlivosť pre pacientov s neurologickými poruchami. Tieto neurorehabilitačné centrá budú poskytovať starostlivosť aj pre dlhodobo ventilovaných pacientov a v menšom počte z nich (v troch) budú zriadené spinálne centrá pre pacientov s paralýzami. Na transformáciou týchto nemocníc na neurorehabilitačné alebo štandardné rehabilitačné centrá budú vyčlenené finančné prostriedky v RRP a neskôr aj v Eurofondoch.

Ministerstvo vydá prvú optimálnu sieť nemocníc k dátumu 31. decembra 2022 a v prechodnom období nasledujúcich 2-6 rokoch (podľa určeného harmonogramu) budú nemocnice a zdravotné poisťovne povinné splniť legislatívou definované podmienky.

Po vyhodnotení všetkých faktorov, demografie, trendov v medicíne, so zohľadnením súčasného využitia lôžok a po zavedení plánovaných zmien, na Slovensku budeme do roku 2030 potrebovať namiesto súčasných 28 262 akútnych lôžok len cca 17 500 akútnych nemocničných lôžok (pokles lôžok o 38%). Na zabezpečenie tohto počtu (a s cieľom zabezpečenia vyššej efektivity) bude v novej optimálnej sieti postačovať 31 nemocníc (resp. komplexov nemocníc, t.j. pôjde o 31 geografických bodov, pričom starostlivosť v jednom bode bude môcť zabezpečiť viacero nemocníc podľa vyššie popísaných podmienok).

V súčasnosti poskytuje nemocničnú starostlivosť na Slovenku 98 všeobecných alebo špecializovaných nemocníc. Z nich bude 31 zaradených do siete a 23 podmienečne zaradených do siete (ako satelitná alebo doplnková nemocnica pri dohode s hlavnou nemocnicou v sieti, napr. NÚSCH, VÓU, DFN Košice, Onkologický ústav sv. Alžbety). Zo zvyšných 44 nemocníc, ktoré nebudú zaradené do siete akútnych nemocníc (t.j. nezískajú úroveň 2-5):

• 2 nemocnice neposkytujú starostlivosť bežným pacientom (napr. Nemocnica pre obvinených a odsúdených),

• 21 nemocníc už ani dnes neposkytuje skutočnú akútnu lôžkovú starostlivosť (bez prítomnosti Oddelenia akútnej a intenzívnej starostlivosti), t.j. ide o nemocnice, ktoré sa už v minulosti samé transformovali na komunitnú úroveň,

• 21 nemocníc sa bude musieť transformovať na komunitné nemocnice.

Pre pár nemocníc zaradených do siete bude zmena znamenať vybudovanie nových programov, alebo zabezpečenie plnenia nových podmienok stanovených kategorizáciou. Časť nemocníc naopak bude musieť niektoré programy utlmiť (v oblastiach s väčším počtom väčších nemocníc, z ktorých dnes žiadna nedosahuje minimálne počty pacientov, zostane špecializovaný program len v niektorých z týchto nemocníc – napr. v oblasti Nitra/Trnava/Nové Zámky alebo Trenčín/Žilina/Martin/Ružomberok.

Na reformu optimálnej siete nemocníc budú nadväzovať ďalšie reformy alebo plánované zmeny, ktoré zabezpečia jej realizáciu v navrhovanom prechodnom období, najmä ide o reformu akútnej starostlivosti (siete záchrannej zdravotnej služby), reformu následnej a dlhodobej starostlivosti, reformu ambulantnej starostlivosti, dokončenie implementácie zmeny financovania nemocničnej starostlivosti (DRG) a podpory a zmeny vzdelávania zdravotníckych pracovníkov.

Výhody a prínosy OSN

• definícia nároku pacienta a zodpovedností za jeho nedodržanie – nemocnica bude povinná poskytovať definovanú starostlivosť a poisťovne ju budú musieť uhradiť

• zabezpečenie vyššej kvality nemocničnej starostlivosti – koncentráciou špecializovaných výkonov (kvalitnejší personál aj vybavenie), stanovením podmienok pre poskytovanie programov a služieb, monitorovaním a zverejňovaním indikátorov kvality

• podpora finančnej udržateľnosti nemocničnej starostlivosti – rovnaké zdroje (prevádzkové aj kapitálové) budú sústredené v menšom počte nemocníc

• efektívne využívanie personálnych zdrojov – prevencia voči dočasnému alebo trvalému uzavretiu oddelení z dôvodu výpadkov personálu

• lepšie podmienky pre personál

Nevýhody a riziká OSN

• niektorí pacienti budú cestovať za hospitalizáciou ďalej (ale pri garantovanej geografickej dostupnosti) – v nemocniciach, kde plánujeme transformáciu na komunitné nemocnice, už aj dnes čerpajú obyvatelia okresu vo svojej nemocnici len 30-60% potrebnej ZS, väčšina už dnes dochádza za nemocničnou ZS do iného mesta

• väčšie obmedzenie konkurencie – vstup na trh bude viac regulovaný

• zánik časti pracovných miest v nemocniciach s nižšou úrovňou – personál sa bude musieť presunúť do inej nemocnice

• časť personálu bude musieť cestovať do iného mesta za prácou - potreba budovania ubytovacích kapacít, časť môže odísť z nemocníc, ale môže sa presunúť do ambulantného sektora, kde je ich dnes nedostatok

• negatívne reakcie obyvateľov, kde sa lokálna nemocnica transformuje na nemocnicu nižšej úrovne ("nebudú sa rodiť Levočania")

• negatívne reakcie od nemocníc/personálu, ktorí vo svojej nemocnici nebudú môcť poskytovať starostlivosť vyššej úrovne

• negatívne reakcie vlastníkov/prevádzkovateľovnemocníc, keď budú povinní vykonávať celé spektrum povinných služieb, nielen si vyberať

Zmyslom navrhovanej právnej úpravy je, aby sa špecializovaná zdravotná starostlivosť a niektoré typy, najmä invazívnych operačných zdravotných výkonov koncentrovali do nemocníc, kde na jej poskytnutie majú zdravotnícki pracovníci potrebné zručnosti a skúsenosti, čím sa zabezpečí lepšia kvalita poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

Cieľom navrhovanej právnej úpravy je taktiež primárne zvýšiť bezpečnosť pacienta a vytvoriť predpoklady na zvýšenie kvality poskytovanej ústavnej zdravotnej starostlivosti. Kvalita a efektívne využitie zdrojov majú byť tiež podporené vytvorením úrovní nemocníc (komunitná, regionálna, komplexná, koncová a národná) so zadefinovanými rozsahmi poskytovanej zdravotnej starostlivosti prostredníctvom zavádzanej kategorizácie ústavnej starostlivosti, v rámci ktorej sa zadefinujú aj ďalšie podmienky a pravidlá pre poskytovanie ústavnej starostlivosti, ako maximálne čakacie doby, minimálne počty vybraných zdravotných výkonov, ako aj indikátory kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

V navrhovanej úprave je taktiež zefektívnený koncept zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti.

**Zákon č. 578/2004 Z. z. – zmeny týkajúce sa verejnej minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti**

Zavádza sa príspevok na podporu zriaďovania nových ambulancií všeobecného lekárstva v okresoch a obciach, ktoré ministerstvo zdravotníctva určí, s ohľadom na vyhodnocovanie stavu siete ako oblasti, kde hrozí ohrozenie schopnosti zabezpečiť dostupnú a kvalitnú zdravotnú starostlivosť. Počet a výšku príspevkov spolu so zoznamom okresov a obcí, na ktoré sa príspevky viažu ustanoví a zverejní každoročne ministerstvo zdravotníctva. Do roku 2025 sa predpokladá vznik nových 171 ambulancií všeobecného lekárstva s podporou príspevku, pričom výška jedného príspevku 60 624 eur. Príspevky sa budú financovať zo zdrojov plánu obnovy. Očakávané rozloženie výdavkov je nasledovné:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ROK | POČET PRÍSPEVKOV (zároveň počet novovzniknutých ambulancií všeobecných lekárov) | ROČNÉ NÁKLADY |
| 2021 | - | - |
| 2022 | 30 | 1 818 720 |
| 2023 | 36 | 2 182 464 |
| 2024 | 45 | 2 728 080 |
| 2025 | 60 | 3 637 440 |
|  | 171 | 10 366 704 |

Plánuje sa vznik 8 nových pracovných miest, z toho 3 pracovné miesta budú určené na administráciu procesu prideľovania príspevkov a aktívnu koordinácia a komunikácia voči študentom lekárskych fakúlt a zdravotníckemu sektoru s cieľom využívať nové nástroje monitorovania stavu siete aby sa zabezpečil vyšší záujem o všeobecné lekárstvo a lepšia distribúcia ľudských zdrojov do miest, kde je identifikovaný nedostatok. Úlohy súvisiace s vyhodnocovaním stavu siete, ktoré do roku 2024 plní ministerstvo zdravotníctva, budú pokrývať súčasní zamestnanci spolu s uvedenými novo vzniknutými troma pracovnými miestami. Nie je potrebné, aby vznikli nové pracovné miesta aj na úrade pre dohľad, vzhľadom na skutočnosť, že v roku 2021 bola presunutá kompetencia správy DRG z úradu na ministerstvo zdravotníctva, pričom sa nemenil počet pracovných miest.

5 nových pracovných miest sa bude podieľať na zabezpečovaní a administrovaní kategorizácie ústavnej starostlivosti pri tvorbe vykonávacích právnych predpisov a administrovaním podkladov pre všetky komisie určené pre kategorizáciu ústavnej starostlivosti

**2.2.2. Charakteristika návrhu:**

zmena sadzby

zmena v nároku

nová služba alebo nariadenie (alebo ich zrušenie)

kombinovaný návrh

X iné

**2.2.3. Predpoklady vývoja objemu aktivít:**

Jasne popíšte, v prípade potreby použite nižšie uvedenú tabuľku. Uveďte aj odhady základov daní a/alebo poplatkov, ak sa ich táto zmena týka.

Tabuľka č. 2

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objem aktivít** | **Odhadované objemy** | | | |
| **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |
| Indikátor ABC |  |  |  |  |
| Indikátor KLM |  |  |  |  |
| Indikátor XYZ |  |  |  |  |

**2.2.4. Výpočty vplyvov na verejné financie**

**Verejná sieť všeobecných ambulantných lekárov**

Vyhodnotenie stavu siete a metodika stavu siete a zonácia je uvedená v prílohe (08\_priloha\_VAS\_Vyhodnotenie stavu siete).

**Optimalizácia siete nemocníc**

Predkladaný materiál má ambíciu vytvoriť rámec, ktorý následne dovolí zmeny v poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktoré sú nevyhnutné z dôvodu dlhodobého nedostatočného financovania systému, nedostatku zdravotného personálu a nepriaznivých demografických prognóz a v neposlednom rade z dôvodu neefektívneho hospodárenia.

Celkovo nevyužívame lôžka efektívne a jedno lôžko zo štyroch ostáva neobsadené, pričom na nich pacienti v priemere trávia takmer o 2 dni dlhšie ako priemer krajín západnej Európy. Základným princípom je redukovať finančne náročné akútne lôžka tam, kde je to žiadané a uvoľnené prostriedky použiť na zásadné navýšenie počtu chronických lôžok, ktorých je nedostatok.

Dôjde teda k čiastočnej transformácii akútnych lôžok na chronické, pričom je však nevyhnutné zabezpečiť dodatočné rozšírenie kapacít týchto chronických lôžok. Počet chronických lôžok, pre ktoré sa uvoľnia zdroje bude zároveň závisieť od nastavenia platieb zdravotných poisťovní za lôžkodeň. Reforma teda nevyžaduje dodatočné zdroje v systéme zdravotnej starostlivosti, toto sa však netýka existujúceho dlhu a investičnej medzery nemocníc. Podľa poslednej štúdie EIB z roku 2019[[1]](#footnote-1) je investičná kapitálová medzera slovenského zdravotníctva vyčíslená na približne 6 mld. EUR. Táto suma pozostáva z požiadaviek do IT, ambulancií ale aj ústavných zariadení. Tvorba kapitálu je totiž zhruba na polovičnej úrovni ako priemer EU krajín a ak by sme chceli dohnať potrebnú medzeru do 10 rokov, tak by bolo potrebné ročne investovať 598 mil. EUR. Súčasné kapitálové zdroje (rozpočet MF SR, EU prostriedky či súkromné investície) túto sumu pokrývajú len čiastkovo. Cieľom MZ SR bolo poukázať na to, že už dnes je kapitálová medzera v sektore. Navrhované zmeny síce prinesú pravidlá do investovania a potreby konkrétnej starostlivosti, čo dopomôže k optimalizácií kapitálových potrieb, ale investičná medzera tu bude stále pretrvávať. Táto medzera sa napriek kapitálovým prostriedkom, EU fondom a vlastným zdrojom nebude dať prekonať, nakoľko súčasné platby od zdravotných poisťovní nie vždy reflektujú nákladovú cenu výkonu. V súčasnosti sa spolu so zástupcami všetkých zainteresovaných strán pripravuje plán potrebnej kapitálovej obnovy každej z nemocníc, nakoľko dnes nie sú požiadavky počítané na základe spoločnej koncepcie, preto dochádza k neefektívnym expanziám, či podfinancovaniu niektorých častí starostlivosti.

Mechanizmus uvoľňovania lôžok bude zabezpečený prostredníctvom úpravy normatívov minimálneho počtu lôžok určených pre akútnu starostlivosť a navyšovania minimálnych normatívov pre chronickú ústavnú starostlivosť – teda pre komunitné nemocnice. Podrobnosti k personálnym normatívom budú súčasťou vykonávacích predpisov. Predpokladáme, že časť potrebného personálu prejde z akútnych oddelení, časť by mohol posilniť nižší zdravotnícky personál a časť prejde z iných odvetví.

Uvoľnené zdroje, ktoré vzniknú vďaka implementácii opatrení spojených s novou verejnou minimálnou sieťou (stratifikáciou) smerujú predovšetkým do pokrytia priamej následnej zdravotnej starostlivosti, vyplývajúcej aj z potrieb akútnych nemocníc, predovšetkým FBLR, LDCH/ODCH a podobne. Tu vnímame potrebu prevencie pred opakovanými hospitalizáciami na akútnych lôžkach počas dlhšieho časového sledu aj niekoľkých mesiacov, ktoré vznikajú kvôli predčasnému prepúšťaniu z nemocnice. Práve posilnenie týchto kapacít a regulácia týchto odvetví pomôže pacientom, ktorí sú v terminálnych štádiách života a nepatria ani domov, ani na akútne lôžka, ale do hospicu a nemajú v súčasnosti kam ísť.

MZ SR si je vedomé, že úspešná realizácia predpokladá implementáciu viacerých iných zmien v systéme. Návrh novely sa dá totiž vnímať ako „kostra“ zmien, na ktorú budú naviazané iné úpravy, a to v rámci platobných mechanizmov, či ambulantnej starostlivosti. Ich úspešná realizácia je teda podmienka a potenciálne riziko pre úspešnú realizáciu projektu.

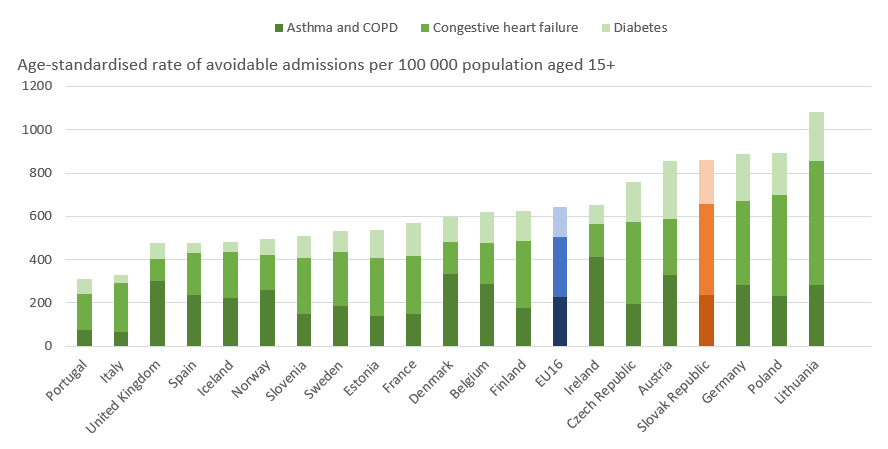
Základným výstupovým cieľom projektu je (okrem zlepšenia kvality a dostupnosti) zlepšenie efektivity využívania zdrojov. Očakávame, že do roka 2030 dosiahne obložnosť v ústavnej starostlivosti 80%, ALOS 6.5 dňa a aj keď rátame s dvojciferným nárastom počtu pacientov, projekt ráta s tým, že sa pomerovo oproti najlepším krajinám EU zníži počet hospitalizácií (kde v súčasnosti máme až o 9% viac hospitalizácií na počet obyvateľov). Dosiahnutie týchto hodnôt je podmienené úspešnou realizáciou nasledovných zmien:

* implementácia platobného mechanizmu, ktorý alokuje zdroje za vykonaný výkon a na základe nákladových cien

Bez funkčne nastaveného platobného mechanizmu (vrátane dynamických rozpočtov), ktorý nemotivuje negatívne, aby poskytovatelia držali pacientov zbytočne na lôžku, alebo si vyberali konkrétne výkony, sa nedá realizovať zníženie ALOSu a zlepšenie obložnosti lôžok. Bez platobného mechanizmu, ktorý platí poskytovateľov za vykonanú aktivitu na úrovni snákladových cien (s primeranou maržou) taktiež nedôjde k presunu zdrojov z akútnych na dlhodobé kapacity, čo výrazne navýši dopady celého projektu. Aktuálny cenník je taktiež základným predpokladom, že poskytovatelia budú ochotní expandovať dlhodobé lôžka. Bez férového finančného mechanizmu a navýšenia platieb za následnú starostlivosti sa najväčšia bariéra v projekte (čiže nezáujem o poskytovanie následnej starostlivosti) neodstráni.

Správne necenený zoznam výkonov je kľúčovým aj pre ambulantný sektor, nakoľko dnes máme podľa štatistík neprimerane veľa hospitalizácií, ktoré sa dali liečiť a riešiť v rámci ambulantnej starostlivosti. Jedná sa o tzv. amublatory care sensitive cases (tzv. ACSC“), kde má Slovensko štvrtú najhoršiu priečku v rámci OECD krajín. Inak povedané, ak máme dosiahnuť redukciu zbytočných hospitalizácií, čo dopomôže k zníženiu ALOSu, tak je nevyhnutné, aby sa v ambulantnom prostredí zvýšila produkcia aj rozsah činností.

Diagram A: Prehľad ACSC za rok 2016



Zdroj: OECD (2018), dáta sú za rok 2016

* nová sieť ambulantnej starostlivosti a nedostatok personálu

Súčasná minimálna sieť ambulantnej zdravotnej starostlivosti nereflektuje požiadavky v regiónoch, čo sa týka štruktúry a počtu lekárov. Funkčná sieť je, ako bolo spomenuté v predchádzajúcom bode, jeden z kľúčových faktorov pri implementácií stratifikácie. MZ SR preto pripravuje aktualizovanú minimálnu sieť, ako aj miestnu dostupnosť jednotlivých odborných špecializácií.

V rámci projektu sa pripravujú aj predikcie jednotlivých typov špecialistov (a nelekárskeho personálu) tak, aby sa mohli pripraviť konkrétne opatrenia na podporu štúdia v nedostatkových oblastiach. Nedostatok personálu a s ňou súvisiaca „organická“ stratifikácia je totiž jedno z najväčších rizík celého projektu. MZ SR preto už v roku 2018 spustilo viaceré opatrenia na stabilizáciu personálu (napr. navýšenie kapacít na štúdium, zavedenie motivačného štipendia či navýšenie mzdových koeficientov), ktoré budú v čase vyhodnotené a v prípade potreby sa pristúpi k ďalším úpravám a politikám, ktoré podporia zamestnanosť v sektore.

Zámerom optimalizácie nemocníc je zvýšiť kvalitu zdravotnej starostlivosti tak, že sa výkony budú koncentrovať vo väčších nemocniciach, keďže viac výkonov prináša viac skúseností a vyššiu kvalitu. Koncentrácia spôsobí, že sa mnohé špecializácie presunú. Znížením miery rehospitalizácie a reoperovanosti môže dôjsť k uvoľneniu zdrojov, ktoré však budú použité na zabezpečenie zvýšenej zdravotnej starostlivosti v dôsledku koncentrácie tejto starostlivosti. Úspora nevznikne práve v dôsledku transformácie zdravotníckych zariadení z akútnych na následnú zdravotnú starostlivosť a koncentrácie akútnej zdravotnej starostlivosti v menšom počte zariadení. Kvantifikovať tieto „uvoľnené zdroje“, ktoré nie sú úsporou, v súčasnosti nie je možné, aj vzhľadom na to, že personálny normatív sa ešte len tvorí a bude zadefinovaný vo vykonávacom predpise týkajúcom sa materiálno-technického a personálneho zabezpečenia.

MZ SR si je však vedomé, že zadefinovaním miestnej dostupnosti negarantuje občanom to kedy im daná elektívna starostlivosť bude poskytnutá. A preto v rámci vykonávacích predpisov plánuje navrhnúť aj nový zoznam čakacích dôb, ktoré sa budú merať a stanovovať tak, aby bola zagarantovaná reálna dostupnosť zdravotnej starostlivosti.

Záleží nám na tom, aby mal pacient dostupnú komplexnú zdravotnú starostlivosť, a preto sme pristúpili ku konkrétnym krokom aj v tejto oblasti. Z pozície regulátora vytvárame podmienky a priestor pre postupné zmeny a snažíme sa odstraňovať bariéry v implementácii opatrení. Nevieme však garantovať akceptáciu zámerov v plnom rozsahu zo strany zdravotných poisťovní a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, preto sú dopady len indikatívne a mali by byť čerpané flexibilne.

Návrh jasne stanovuje miestny nárok občanov na každý typ starostlivosti, vyjadrený ako maximálny počet minút do ktorej majú občania mať k dispozícií daný typ ústavnej starostlivosti. Dostupnosť je delená do 5 úrovní – podľa úrovní nemocníc. Tieto dostupnosti boli nastavené podľa selektovaných zahraničných modelov a prejdené s odborníkmi v danej oblasti. Tento nárok, ktorý je reflektovaný do zmluvnej povinnosti každej zdravotnej poisťovne je doplnený aj minimálnym počtom lôžok. Tieto opatrenia spolu zabezpečujú to, aby každý občan mal ekvivalentnú dostupnosť starostlivosti, čomu dnes často nebolo. Naopak, často sa stávalo, že tým, že nebol poriadok a organizácia typov starostlivosti, pacienti mali síce „nemocnicu“ blízko, ale tam mu nevedeli poskytnúť adekvátnu zdravotnú starostlivosť, čo viedlo k zbytočným presunom pacienta, neefektivite a zhoršeniu zdravotného stavu daného pacienta.

Prístup k zdravotnej starostlivosti podľa jej náročnosti, početnosti, geografickej dostupnosti, potreby jej blízkosti k pacientovi (akútna zdravotná služba), podľa kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti toho času nie je možné kvantifikovať ani presne špecifikovať, pokiaľ nie je jasné finálne znenie vykonávacieho predpisu o kategorizácií ústavnej zdravotnej starostlivosti. Popri tejto reforme sa pripravujú aj tieto reformy:

* akútnej zdravotnej starostlivosti (t. j. siete záchrannej zdravotnej služby),
* následnej a dlhodobej zdravotnej starostlivosti,
* špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti,
* dokončenia implementácie zmeny financovania ústavnej starostlivosti (DRG),
* týkajúce sa podpory a zmeny vzdelávania zdravotníckych pracovníkov.

Ministerstvo zdravotníctva pri nadväzujúcich reformách postupuje v súlade s nasledovným harmonogramom:

* v nadväznosti na schválenie Plánu obnovy a odolnosti ministerstvo zdravotníctva spolu s operačným strediskom záchrannej zdravotnej služby (ďalej len „ZZS“) v rámci roka 2022 príjme novú sieť ZZS naviazanú na novú optimálnu sieť nemocníc. Optimálna sieť bude vychádzať z dopytu po zásahoch podľa diagnóz a regiónov, geografického rozloženia staníc ZZS so zohľadnením cestnej siete a infraštruktúry, dostupnosti nemocničných zariadení vhodných typov a zároveň s využitím matematického modelovania a simulácií z reálnych dát (napr. p-median model a iné). Ministerstvo zdravotníctva v roku 2022 príjme novú definíciu neodkladnej zdravotnej starostlivosti, ktorá určí okruh oprávnených užívateľov záchrannej zdravotnej služby a spôsob vykonania odozvy na požiadavku týchto užívateľov. Cieľom je využitie ZZS práve na opodstatnené zásahy, keď sú pacienti v priamom ohrození života a čím sa zvýši dostupnosť ZZS a efektívne využijú zdroje. Súčasťou týchto reforiem bude aj definícia poskytovania urgentnej starostlivosti v rámci ústavných zdravotníckych zariadení v nadväznosti na prijatú optimálnu sieť nemocníc.
* ministerstvo zdravotníctva v súčinnosti s Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky v rámci implementácie Plánu obnovy a odolnosti predstaví reformy integrácie a financovania dlhodobej sociálnej a zdravotnej starostlivosti, posudkovej činnosti a dohľadu nad sociálnou starostlivosťou. Spomenuté reformy sú už rozpracované v rámci medzirezortnej skupiny, ktorá započala svoju činnosť v roku 2020, pričom jednou z jej hlavných úloh v súvislosti s optimálnou sieťou nemocníc bude zadefinovať potrebu následných, dlhodobých a paliatívnych kapacít. S ohľadom na vládou schválené míľniky v rámci Plánu obnovy a odolnosti sa očakáva do prvého kvartálu roku 2023 schválenie nového zákona v oblasti dlhodobej a paliatívnej zdravotnej starostlivosti a do konca roka 2023 bude Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny predložená nová koncepcia financovania sociálnych služieb, ktorej legislatívne schválenie sa očakáva najneskôr v roku 2025.
* súčasťou predkladanej legislatívy je aj reforma primárnej ambulantnej starostlivosti. V prvom kroku je cieľom v rámci roka 2021 upraviť reguláciu spôsobom, aby podporovala príchod nových všeobecných lekárov, priebežnú generačnú výmenu aj celkové zvýšenie ich počtu a zároveň prispievala k riešeniu geografických nerovností v dostupnosti primárnej starostlivosti. Kombinácia zonačných kritérií a zriadenia finančného nástroja na podporu primárnej starostlivosti na MZ SR vytvorí nástroje na priamy výkon zdravotníckych politík a umožní podporiť cielené vytváranie nových praxí v miestach, kde ich je nedostatok. V ďalšom kroku sa MZ v priebehu roka 2022 sústredí na zadefinovanie úlohy primárnej sféry v systéme poskytovania zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike prostredníctvom nových koncepcií všeobecného lekárstva. Nové koncepcie všeobecného lekárstva pre dospelých, deti a dorast a súvisiaca úprava úhradových mechanizmov budú výsledkom interných prác MZ SR s využitím nástroja technickej pomoci od Európskej komisie a pracovných skupín so zástupcami sektora. Vychádzajúc z odporúčaní Svetovej banky bude ich cieľom podporiť rozširovanie kompetencií VLD a VLDD, zvýhodňovanie modelov práce podporujúcu dostupnosť, kvalitu a efektivitu poskytovania primárnej starostlivosti. V následnom kroku sa MZ sústredí na špecializovanú ambulantnú starostlivosť, ktorej potrebu a úlohu prehodnotí v rámci roku 2023 v závislosti na prijatú reformu primárnej ambulantnej starostlivosti a reformu ústavnej starostlivosti.
* do konca roka 2023 ministerstvo zdravotníctva prehodnotí a sfunkční systém DRG v nadväznosti na prijatú reformu nemocničnej siete. Ministerstvo vykoná v tomto ohľade hĺbkovú revíziu definičnej príručky a relatívnych váh.
* ministerstvo zdravotníctva kontinuálne pracuje na zlepšení situácie s nedostatkom zdravotníckeho personálu. V súlade so schváleným Plánom obnovy a odolnosti už v roku 2022 zjednoduší a skráti uznávanie dokladov a kvalifikácií prichádzajúcich zdravotníckych pracovníkov a permanentne etabluje inštitút odbornej stáže a zavedie programy na zrýchlenie adaptácie vysokokvalifikovaných zdravotníckych pracovníkov a ich rodín. Na základe schválenej stratégie ľudských zdrojov, na ktorej ministerstvo už v súčasnosti pracuje, pristúpi ku krokom, ako je reforma vzdelávania, bude udržiavať a vylepšovať nástroje ako sú motivačné štipendiá, rezidentské štúdia, zasadí sa o lepšie mzdové podmienky zdravotníckych pracovníkov, prehodnotí úlohu ostatného zdravotníckeho personálu za cieľom mitigácie jeho akútneho nedostatku a mnohé ďalšie opatrenia.

**Dostupnosť**

Meranie vzdialenosti v km bolo pre účely tohto zákona nahradené dojazdeným časom motorového vozidla. Pre meranie boli použité konzervatívne odhady rýchlostí, ktoré zodpovedajú priemerným rýchlostiam a nie maximálnym, ktoré sú často používané v komerčných systémoch. Navrhované kritériá časovej dostupnosti sú navyše stanovenú oveľa prísnejšie než v okolitých krajinách, kde sa dojazdy stanovujú v 1,5 aj 2-násobne dlhších dojazdových časoch. Meranie podľa dojazdu hromadnej dopravy by znamenalo zmenu siete nemocníc pri každej zmene grafikonu, prázdninách alebo víkendovom režime. Infraštruktúra nemocníc má slúžiť na zabezpečenie dostupnej starostlivosti najmä v prípade dojazdu sanitkou v urgentných stavoch. Predmetom nie je garancia sociálnej dostupnosti (predmetom je úhrada z verejného zdravotného poistenia, nie zo sociálnych zdrojov). Definícia bola upravená tak, aby sa neodkazovala na osobnú dopravu, ale dopravu motorovým vozidlom.

Úlohou komisie pre kategorizáciu ústavnej zdravotnej starostlivosti je definícia odborných pravidiel pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti v nemocnici, potrebnému vybaveniu, kritériám kvality, podľa toho je preto určené aj zloženie komisie. Definované štandardy kvality majú byť platné pre celé územie SR rovnako. S účasťou zástupcu regiónov sa naopak ráta v komisii pre tvorbu sieť, ktorá rozhoduje o konkrétnom postavení nemocníc v sieti, kde je potrebné zohľadniť aj regionálne faktory.

Vplyvy na obyvateľov menej obývaných oblastí, ktoré nenaplnia návrhom zákona predpokladaný dostatočný spád obyvateľov sa nedajú presne vyšpecifikovať, avšak budú kompenzované, riešené ďalšími reformami, ktoré sa pripravujú, napríklad reforma neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Očakávame však presný opak, ak bude poriadok a organizácia typov starostlivosti, pacienti budú vedieť kam majú ísť, čo zabráni zbytočným presunom pacienta, neefektivite a zhoršeniu zdravotného stavu daného pacienta. Pre zabezpečenie prevozov v rámci urgentných prípadov bude (na základe finálneho zoznamu nemocníc v sieti a ich úrovní) aktualizovaná sieť záchrannej služby (pozemnej aj leteckej). Zabezpečenie dopravy za neurgentnou dopravou by podľa názoru predkladateľa nemalo byť nákladom verejného zdravotného poistenia, ale sociálneho zabezpečenia, pretože by malo byť smerované len na tie časti populácie, pre ktoré by doprava bola sociálne problematická. Predkladateľ otvorí v tomto kontexte diskusiu s príslušnými inštitúciami. Migrácia v prihraničných oblastiach je obojsmerná. Práve kvôli prihraničným oblastiam a zabezpečeniu dostupnosti aj v takýchto nerovnomerných spádových oblastiach je v podmienkach pre tvorbu siete znížený počet poistencov v spádovej oblasti pre regióny, kde by takto bola nedostatočná dostupnosť. Migrácia za prácou zvyčajne smeruje z menej vyvinutých regiónov do veľkých miest. Zohľadnenie takejto migrácie by znamenalo ešte väčšie zhoršenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti v menej obývaných regiónoch SR. Samotné prirodzené spádové územia môžu byť určené až nad existujúcou sieťou. Toto určenie bude definované v každoročnom vyhodnotení siete. Návrh prvej siete nemocníc bol doplnený.

Nemocnice budú zaradené do 5 úrovní (nemocnica určitej úrovne poskytuje aj zdravotnú starostlivosť z nižších úrovní):

1. Nemocnica národnej úrovne poskytuje vysoko-špecializovanú ústavnú starostlivosť s veľmi zriedkavým výskytom v Slovenskej republike (napr. transplantácia srdca).

2. Nemocnica koncovej úrovne bude poskytovať špecializovanú (terciárnu) zdravotnú starostlivosť s nízkou početnosťou v spádovom území o veľkosti 1,5 – 2,0 mil. obyvateľov, a teda približne na úrovni pôvodných krajov (napr. výkony poskytované v rámci kardiochirurgie, neurochirurgie, výkony vysoko komplexnej onkologickej liečby, alebo špecializovanej starostlivosti o deti).

3. Nemocnica komplexnej úrovne bude poskytovať komplexnú akútnu aj plánovanú zdravotnú starostlivosť pre spádové územie približne 500 000 až 600 000 obyvateľov, a teda približne na úrovní oblastí VÚC, v sieti zabezpečujúcej dojazd záchrannej zdravotnej služby v krátkom časovom okne (napr. intervenčná liečba akútneho infarktu myokardu alebo náhlej cievnej mozgovej príhody, liečba akútnych ťažkých úrazov, ako aj komplexná nízko početná plánovaná zdravotná starostlivosť).

4. Nemocnica regionálnej úrovne bude poskytovať štandardnú akútnu a plánovanú zdravotnú starostlivosť na regionálne úrovni pre spádové územie 100 000 až 200 000 obyvateľov, a teda pre približne dva až tri okresy (napr. základné chirurgické zákroky, štandardnú zdravotnú starostlivosť o internistického a detského pacienta, pôrodná a popôrodná starostlivosť o matku a dieťa pri nekomplikovaných pôrodoch).

5. Nemocnica komunitnej úrovne nebude poskytovať akútnu lôžkovú starostlivosť, avšak bude zabezpečovať následnú a rehabilitačnú starostlivosť a poskytovať urgentnú ambulantnú zdravotnú starostlivosť. Takáto nemocnica môže v prípade záujmu vykonávať aj jednodňové výkony, stacionárnu starostlivosť a psychiatrickú lôžkovú starostlivosť. Časť týchto nemocníc by mala byť transformovaná na komplexné neurorehabilitačné centrá, ktoré budú poskytovať intenzívnu rehabilitačnú starostlivosť pre pacientov s neurologickými poruchami. Tieto neurorehabilitačné centrá budú poskytovať starostlivosť aj pre dlhodobo ventilovaných pacientov a v menšom počte z nich budú zriadené spinálne jednotky pre pacientov s paralýzami. Na transformáciou týchto nemocníc na neurorehabilitačné alebo štandardné rehabilitačné centrá budú vyčlenené finančné prostriedky v RRP a neskôr aj v Eurofondoch.

Ministerstvo zdravotníctva SR vydá prvú optimálnu sieť nemocníc k 1. februáru 2022 a v prechodnom období nasledujúcich 2 - 8 rokoch (podľa určeného harmonogramu) budú nemocnice a zdravotné poisťovne povinné splniť legislatívou definované podmienky.

Po vyhodnotení všetkých faktorov, demografie, trendov v medicíne, so zohľadnením súčasného využitia lôžok a po zavedení plánovaných zmien, v Slovenskej republike budeme do roku 2030 potrebovať namiesto súčasných 28 262 akútnych lôžok len približne 17 500 akútnych nemocničných lôžok (tzn. pokles lôžok o 38 %). Na zabezpečenie tohto počtu – a s cieľom zabezpečenia vyššej efektivity, bude v novej optimálnej sieti postačovať 31 nemocníc (resp. komplexov nemocníc – t. j. pôjde o 31 geografických bodov, pričom zdravotná starostlivosť v jednom bode bude môcť zabezpečiť viacero nemocníc podľa vyššie popísaných podmienok).

V predkladaných materiáloch sa používajú počty lôžok v rôznych kontextoch, preto tieto čísla nie sú vždy rovnaké. V rámci analýz sa používali viaceré scenáre (podľa ich pravdepodobnosti, resp. predpokladov, ktoré by museli byť na ich naplnenie splnené). V samotnom nariadení sa potom uvádzajú minimálne počty lôžok, ktoré sú potrebné na zabezpečenie ústavnej zdravotnej starostlivosti. Neobsahujú preto rezervy, ktoré je možné efektívnejšou organizáciou práce eliminovať. Počty lôžok v nariadení boli ďalej rozdelené do 2 kategórií - na akútne a psychiatrické, kdežto v sprievodných dokumentoch sa akútne psychiatrické lôžka zarátavali do celkových akútnych lôžok. Zohľadnenie dlhodobých trendov alebo dlhodobého plánovania bude umožnené pomocou kategorizáciou ústavnej starostlivosti, v rámci ktorej je možné stanoviť prechodné obdobie. Toto umožní ustanoviť napr. potrebu povinných programov alebo služieb v nových regiónoch a poskytnúť dostatočný čas pre vybudovanie týchto programov alebo kapacít v predmetných nemocniciach. Nemocnice tak budú mať záväzné ustanovenie alebo rozhodnutie, na základe ktorého budú môcť realizovať investície, a zároveň dostatok času na ich realizáciu v prípade potreby dlhšie trvajúcich zmien.

V súčasnosti poskytuje ústavnú starostlivosť na Slovensku 98 všeobecných alebo špecializovaných nemocníc. Z nich bude približne 28 až 32 zaradených do siete a ďalších približne 20 - 25 podmienene zaradených do siete (ako tzv. komplementárna nemocnica po dohode s hlavnou nemocnicou v sieti, napr. NÚSCH, VOÚ, DFN Košice, Onkologický ústav sv. Alžbety) alebo ako nemocnica poskytujúca doplnkový program. Zo zvyšných viac ako 40 nemocníc, ktoré nebudú zaradené do siete akútnych nemocníc (t. j. nezískajú úroveň regionálnej, komplexnej, koncovej a národnej nemocnice):

* 21 nemocníc už ani dnes neposkytuje skutočnú akútnu lôžkovú starostlivosť (bez prítomnosti Oddelenia akútnej a intenzívnej starostlivosti), t. j. ide o nemocnice, ktoré sa už v minulosti samé transformovali na komunitnú úroveň nemocnice,
* približne ďalších 20 nemocníc bude transformovaných na komunitné nemocnice, pričom časť z nich bude poskytovať vybrané doplnkové programy.

Pre niekoľko nemocníc zaradených do siete bude zmena znamenať vybudovanie nových programov, alebo zabezpečenie plnenia nových podmienok stanovených kategorizáciou ústavnej starostlivosti. Časť nemocníc naopak bude musieť niektoré programy utlmiť (v oblastiach s väčším počtom väčších nemocníc, z ktorých dnes žiadna nedosahuje minimálne počty pacientov, zostane špecializovaný program len v niektorých z týchto nemocníc).

Na reformu optimálnej siete nemocníc budú nadväzovať ďalšie reformy alebo plánované zmeny, ktoré zabezpečia jej realizáciu v navrhovanom prechodnom období; ide najmä o reformu akútnej zdravotnej starostlivosti (siete záchrannej zdravotnej služby), reformu následnej a dlhodobej zdravotnej starostlivosti, reformu ambulantnej zdravotnej starostlivosti, dokončenie implementácie zmeny financovania ústavnej starostlivosti (DRG) a podpory a zmeny vzdelávania zdravotníckych pracovníkov. Špecifikácia procesov v nemocniciach a organizácia práce v nemocniciach nie je predmetom tohto zákona. Časť týchto zmien nastane vplyvom zavádzania efektívnejších procesov v nemocniciach najmä v novo postavených zariadeniach, ktoré eliminujú časové straty pri ošetrovaní pacientov, ktoré dnes vznikajú neefektívnym usporiadaním nemocníc a ktoré často nie je možné v starých budovách pavilónového typu realizovať. Ďalšie skrátenia ošetrovacej doby vyplynú z postupne sa zvyšujúceho využívania menej invazívnych medicínskych postupov, vybavenia pacientov v jednodňovej starostlivosti alebo skoršieho presunu na následné lôžka, prípadne aj ďalšími vplyvmi, ktoré boli uvedené aj v prílohách tohto návrhu zákona (napr. v prezentácii).

Vzhľadom na to, že v súčasnej dobe prebieha diskusia o tom, ktoré nemocnice v súčasnosti existujúce budú zaradené do jednotlivých kategórií nemocníc, nie je možné zhodnotiť ako sa presunú zamestnanci a či zmena vyvolá dopad na nové pracovné miesta.

Až následne bude možné zhodnotiť aj vplyvy na podmienky v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti (pre pacientov a aj pre zamestnancov) týkajúce sa priestorového a materiálneho - technického zabezpečenia zariadení.

Prístup "hodnota za peniaze" je aplikovaný pri centralizácii medicínskych služieb, ktoré sú finančne náročné na materiálno-technické vybavenie alebo náročné na personálne zabezpečenie do menšieho počtu nemocníc, ktoré sú geograficky rovnomerne rozložené po celom Slovensku. Takáto centralizácia povedie k vyššej efektivite zdravotného systému. Predmetom tohto zákona je definícia podmienok pre zabezpečenie siete a kvality poskytovanej ústavnej starostlivosti v nemocniciach v sieti, nie ich ekonomická efektivita. Máme za to, že MZSR by nemalo vylúčiť nemocnicu zo siete len z toho dôvodu, že jej finančná situácia nie je optimálna (napr. z dôvodu predchádzajúcich investícií alebo naopak vplyvom historických investičných dlhov). Na meranie finančných ukazovateľov MZSR nezbiera ani potrebné dáta.

**Lehoty časovej dostupnosti**

Rozsah plánovanej zdravotnej starostlivosti – s výnimkou šiestich regulovaných čakacích zoznamov – dnes nie je evidovaný. Odhad dopadov je preto možné robiť len na základe nedostatočných dát o počte pacientov čakajúcich v dnes regulovaných zoznamoch. Predpokladáme, že počet čakajúcich pacientov, pre ktorých bude musieť zdravotná poisťovňa tvoriť technické rezervy, sa zvýši, avšak toho času to nie je možné kvantifikovať presne, nakoľko neviem ako budú v kategorizácii ústavnej starostlivosti nastavené lehoty časovej dostupnosti.

Navrhovaná zmena spočíva v rozšírení čakacích zoznamov (spojených s povinnosťou vytvorenia rezervy na plánovanú zdravotnú starostlivosť) a spresnenia pravidiel pri zostavovaní čakacích zoznamov pre zdravotné poisťovne a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Uvedená zmena nemá priamy finančný dopad, nakoľko sa z krátkodobého hľadiska nepredpokladá rozšírenie (alebo zvýšenie intenzity) poskytovania zdravotnej starostlivosti; poistenci, ktorým vznikol nárok na poskytnutie takejto zdravotnej starostlivosti by ju dostali aj za súčasného stavu, aj za stavu, navrhovanom po schválení novely. Rozdiel je iba v administratívnom zabezpečení, organizácii tvorby čakacích zoznamov a vo vyššej transparentnosti poskytovania odkladnej zdravotnej starostlivosti.

Z pohľadu účtovného by navrhovaná zmena mala mať dopad na tvorbu rezerv (náklad zdravotnej poisťovne) a teda nepriamo aj na tvorbu zisku zdravotnej poisťovne.

Uvedená zmena bude mať za následok transparentnejšie pravidlá v oblasti poskytovania odkladnej / plánovanej zdravotnej starostlivosti, ako pre poistencov, tak aj pre poskytovateľov a pre zdravotné poisťovne.

Je ale reálny predpoklad, že zdravotné poisťovne budú do procesu manažovania poistenca vstupovať s cieľom čo najviac skrátiť dobu poskytnutia zdravotnej starostlivosti (s cieľom čo najnižšej tvorby rezerv ako nákladovej položky) a poskytovať poistencovi alternatívne možnosti čerpania zdravotnej starostlivosti (doposiaľ neboli k takémuto postupu motivovaní; po zmene tu motivácia vznikne). Aj z tohto dôvodu sa javí ako reálnejší vyššie uvedený odhad dopadu (v tabuľke).

**Právny dopad zmien v oblasti rozšírenia čakacích zoznamov**

**Analýza súčasného právneho stavu v oblasti tvorby zisku zdravotných poisťovní**

Aktuálna situácia:

Výkon verejného zdravotného poistenia predstavuje jednoznačne výkon činností, ktoré sú súčasťou právom uloženej povinnosti.

Základné znaky, ktoré charakterizujú verejné zdravotné poistenie ako vykonávaciu činnosť služby, ktorú štát poskytuje občanom:

* **zákonná úprava** – verejné zdravotné poistenie ako nástroj na zabezpečenie základných sociálnych práv zakotvené priamo v Ústave SR (čl. 40)
* **povinnosť účasti v systéme** – po splnení zákonných podmienok sa musí občan SR zúčastniť na systéme verejného zdravotného poistenia; neexistuje dobrovoľný vstup do systému a dobrovoľný výstup zo systému – sú vždy viazané na splnenie zákonom stanovených podmienok
* **sadzby poistného určené zákonom** –sadzby a sumy poistného vyplývajú zo zákona; zdravotná poisťovňa nemá možnosť akýmkoľvek spôsobom ovplyvniť výšku poistného. Neexistuje tu väzba medzi zvýšenou rizikovosťou poistenca a vyšším poistným.
* **rozsah plnenia určený zo zákona** – plnenie z titulu verejného zdravotného poistenia vyplýva zo zákona, je ustanovené zo strany zákonodarcu a zdravotná poisťovňa ho nemôže ovplyvniť.
* **nemožnosť odmietnutia resp**. **výberu poistencov** – nie je možná žiadna selekcia zo strany zdravotnej poisťovne, nie je možné odmietnutie občana, ktorý má byť poistený v konkrétnej zdravotnej poisťovni (pokiaľ splnil zákonom stanovené podmienky), napr. z titulu zvýšenej rizikovosti.

Vyššie uvedené skutočnosti jednoznačne charakterizujú zdravotnú poisťovňu, zriadenú v zmysle zákona č. 581/2004 Z. z. (bez ohľadu na to, či je jej vlastníkom štát alebo súkromná spoločnosť) ako subjekt verejnej správy.

Platenie poistného na verejné zdravotné poistenie je povinné pre každého účastníka systému (ak sa nejedná o osobu, za ktorú platí poistné štát). Predpis poistného predstavuje v účtovníctve zdravotnej poisťovne výnosovú operáciu a poistné ako také vstupuje účtovne do majetku zdravotnej poisťovne. Podľa § 15 ods. 5 zákona č. 581/2004 Z. z. ak je v schválenej riadnej účtovnej závierke alebo mimoriadnej účtovnej závierke výsledkom hospodárenia bežného účtovného obdobia zisk, zdravotná poisťovňa je povinná použiť tento zisk najmenej vo výške 20% na tvorbu rezervného fondu, a to až do dosiahnutia výšky rezervného fondu určenej v stanovách, najmenej do výšky 20% splateného základného imania.

**Analýza súčasného stavu v oblasti tvorby technických rezerv ako nákladových položiek obmedzujúcich výšku zisku a posúdenie výšky technických rezerv zdravotných poisťovní.**

Úvod

Podľa § 6 ods. 9 zákona č. 581/2004 Z. z. zdravotná poisťovňa je povinná vytvoriť ku dňu, ku ktorému sa tvorí účtovná závierka, technické rezervy

a) na úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorá nebola ku dňu účtovnej závierky uhradená,

b) na úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorá bola poskytnutá ku dňu účtovnej závierky, ale do tohto termínu nebol do zdravotnej poisťovne doručený účtovný doklad,

c) na úhradu plánovanej zdravotnej starostlivosti pre poistencov zaradených v zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti; plánovaná zdravotná starostlivosť je zdravotná starostlivosť iná ako neodkladná zdravotná starostlivosť.

Zdravotná poisťovňa vytvára technické rezervy podľa § 6 ods. 9 písm. c) vo výške nevyhnutnej na úhradu plánovanej zdravotnej starostlivosti. Technické rezervy podľa odseku 9 písm. c) zahŕňajú aj všetky predpokladané náklady spojené s vykonaním úhrady plánovanej zdravotnej starostlivosti; výška technickej rezervy sa stanovuje vo výške súčtu násobkov počtu poistencov zaradených v zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti a ceny obvyklej za poskytovanú zdravotnú starostlivosť podľa jednotlivých chorôb.

1. Celkový vývoj všetkých technických rezerv v zdravotných poisťovniach:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***rok*** | ***2011*** | ***2012*** | ***2013*** | ***2014*** | ***2015*** | ***2016*** | ***2017*** | ***2018*** | ***2019*** | ***2020*** |
| **VšZP** | 264 691 888 | 291 819 816 | 304 381 479 | 266 846 632 | 225 427 098 | 284 635 913 | 306 609 295 | 303 609 974 | 352 131 497 | 348 884 195 |
| **Dôvera** | 99 155 959 | 105 771 008 | 98 732 823 | 91 156 352 | 108 204 891 | 101 711 958 | 107 023 114 | 129 210 804 | 157 086 391 | 153 198 795 |
| **Union** | 35 444 594 | 37 182 243 | 38 630 896 | 43 843 796 | 45 949 935 | 53 261 582 | 45 254 138 | 86 595 743 | 88 356 837 | 106 656 387 |
| **spolu** | 399 294 453 | 434 775 080 | 441 747 210 | 401 848 794 | 379 583 939 | 418 162 671 | 458 886 547 | 519 416 522 | 597 574 726 | 608 739 379 |

Podiel jednotlivých ZP na vytvorených rezervách v roku 2020: 57 % VšZP, 25 % DÔVERA, 18 % Union.

Pre lepšiu vypovedaciu schopnosť o tvorbe rezerv, ktoré priamo ovplyvnia hospodársky výsledok je potrebné sledovať osobitne tie rezervy, ktoré sa netýkajú priamo časového posunu medzi doručenými a neuhradenými dokladmi, ale tie rezervy, ktoré vznikajú ako dôsledok zaradenia poistenca na čakaciu listinu a teda cieleného oneskorenia poskytnutia zdravotnej starostlivosti.

Teda z pohľadu dopadu na hospodársky výsledok zdravotnej poisťovne (a tiež z pohľadu úvah o možnom rozšírení diagnóz na čakacích zoznamoch, na ktoré bude zdravotná poisťovňa vytvárať technické rezervy) má najväčší význam sledovanie položky Technické rezervy na výkony pre poistencov v zozname čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti.

Je možné skonštatovať, že rozdielnosť vývoja trendu v jednotlivých zdravotných poisťovniach ma priamy súvis s malým množstvom diagnóz, ktoré sa na čakacie zoznamy zaraďujú a o ktorých sa (vo forme rezerv) následne účtuje. Vo všeobecnosti by mal byť tento trend relatívne stabilný, t. j. nemalo by dochádzať k výraznému nárastu poistencov, zaraďovaných na čakacie listiny.

V prípade, ak by sa rozšíril počet diagnóz, ktoré (pri neposkytnutí starostlivosti v určenom termíne) by bolo potrebné zaradiť na čakaciu listinu, došlo by k lepšej vypovedacej schopnosti účtovaných technických rezerv (bolo by z výšky rezerv zrejmé, akej časti poistencov nedokáže zdravotná poisťovňa zabezpečiť určenú zdravotnú starostlivosť v termíne.

**Analýza zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti**

Zákon 581/2004 (v znení z roku 2005) v § 6, ods.1 písm. o.) stanovoval zdravotným poisťovniam viesť zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti podľa ods. 2 až 12. V ods. 12 stanovil vypracovať MZ SR všeobecne záväzný predpis – Vyhláška MZ SR 412/2009, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti, ktorý nadobudol účinnosť od 1.1.2010. Vyhláška č. 412/2009 bola účinná od 1.1.2009 do 30.6.2011 (sa stanovila štruktúru prílohy - 3 skupiny vybraných chorôb, kód zoznamu chorôb). V novele vyhlášky č. 412/2009 čiastke 148/2009 účinnej od 1.7.2011 do 30.11.2013 ( sa stanovila štruktúru prílohy – 6 skupín vybraných chorôb, kód zoznamu chorôb podľa MKCH v znení 10 a kód plánovaného výkonu. V novele vyhlášky č. 148/2009 účinnej od 1.12.2013 doposiaľ (sa stanovili 3 skupiny chorôb, kódy podľa zoznamu chorôb a kód plánovaného výkonu).

Problematika tvorby a vedenia zoznamov je komplexnou témou, ktorá od zavedenia do legislatívy od 1.1.2005 prešla niekoľkými novelizáciami. S účinnosťou od 1.1.2006 bola prijatá novela zákona, ktorá oprávňuje MZ SR na vydanie vykonávacieho predpisu, ktorý upraví podrobnosti o tvorbe a vedení čakacích listín.

Harmonizácia tvorby a vedenia zoznamov by mala zahŕňať zavedenie pravidiel a postupov pre poskytovateľov, zdravotné poisťovne a úrad a zabezpečiť tak jednotný spôsob vedenia čakacích listín a vykazovania údajov.

Vo všeobecnosti pokladáme za najdôležitejšie zapracovať do problematiky vedenia zoznamov nasledujúce zásadné princípy:

* definovať časový interval od stanovenia diagnózy, po ktorom budú poskytovatelia navrhovať zdravotnej poisťovni poistenca na zaradenie do zoznamu, napríklad 1 mesiac,
* viesť zoznam nielen podľa chorôb, ale zároveň definovať zdravotný výkon – ten je hlavným predmetom zoznamu,
* potreba viesť samostatné zoznamy podľa chorôb s väzbou na zdravotný výkon bez ohľadu na typ poskytovateľa a formu poskytovania zdravotnej starostlivosti (ambulantnú, ústavnú, SVLZ a podobne),
* diagnostika, ktorá vedie k definitívnemu stanoveniu diagnózy, nemá byť predmetom vedenia v zoznamoch,
* definovať zoznam prioritných chorôb s väzbou na terapeutický postup po analýze súčasného stavu v každodennej praxi,
* definovať, na aké typy zdravotnej starostlivosti viesť zoznamy,

V budúcnosti by sa mali vypracovať i pravidlá smerujúce k vyhodnocovaniu čakacích listín, ich analýze a hodnoteniu zdravotných poisťovní na základe čakacích listín.

Riešenie problému transparentnosti vedenia čakacích listín a poradia poistencov v nich je základnou podmienkou spoľahlivosti kontrolných mechanizmov aj v zmysle kompetencie úradu.

V dôsledku uvádzaných skutočností vznikol stav nespoľahlivého fungovania procesov nahlasovania návrhov zdravotným poisťovniam zo strany poskytovateľov a následne na to odosielania zoznamov poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti zo zdravotných poisťovní na úrad.

Z uvedených skutočností vyplýva, že problematika čakacích listín vyžaduje legislatívnu úpravu a doriešenie procesných postupov v nasledovných oblastiach, čo prináša navrhovaná úprava:

1. zjednotenie postupov,
2. vykonávací predpis - definovanie obsahovej aj formálnej stránky,
3. definovanie reálnej a využiteľnej štruktúry údajov.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Technické rezervy na výkony pre poistencov v zozname čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti* |  |  |  |  |  |  |
| *Stav na konci BÚO* | *k 31. 12. 2020* | *k 31. 12. 2019* | *k 31. 12. 2018* | *k 31. 12. 2017* | *k 31. 12. 2016* | *k 31. 12. 2015* |
| VšZP | 5 327 111,00 | 5 959 997,00 | 8 558 975,00 | 6 140 095,00 | 6 879 735,00 | 10 111 541,00 |
| Dôvera | 32 397 872,59 | 15 412 510,58 | 16 571 852,00 | 13 029 503,00 | 13 785 204,00 | 12 217 774,00 |
| Union | 172 959,00 | 119 615,00 | 91 815,00 | 144 896,00 | 136 304,00 | 170 634,00 |
| Spolu | **37 897 942,59** | **21 492 122,58** | **25 222 642,00** | **19 314 494,00** | **20 801 243,00** | **22 499 949,00** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| *Zdroj: ÚZ ZP za jednotlivé roky z RÚZ* | | | | |  |  |

Rozsah plánovanej zdravotnej starostlivosti – s výnimkou šiestich regulovaných čakacích zoznamov – dnes nie je evidovaný. Odhad dopadov je preto možné robiť len na základe nedostatočných dát o počte pacientov čakajúcich v dnes regulovaných zoznamoch. Predpokladáme, že počet čakajúcich pacientov, pre ktorých bude musieť zdravotná poisťovňa tvoriť technické rezervy, sa zvýši na päťnásobok oproti súčasnému stavu. Znamená to, že hospodársky výsledok zdravotných poisťovní by sa znížil o cca 50 mil. €, čo zníži výnos dane z príjmu o cca 11,5 mil. €. Avšak prvý možný dopad bude možné vypočítať až potom, čo sa stanoví kategorizácia ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktorá stanoví časovú dostupnosť (čo nemusí byť pre každú medicínsku službu), navyše úprava zoznamu poistencov čakajúcich na plánovanú ústavnú zdravotnú starostlivosť ako nástroj na evidovanie časovej dostupnosti, bude účinný až od 1.1. 2023, aby si zdravotné poisťovne a prevádzkovatelia nemocníc stihli pripraviť informačné systémy. Prvý dopad preto bude možný až v roku 2024.

Tabuľka č. 3

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Príjmy (v eurách)** | **Vplyv na rozpočet verejnej správy** | | | | **poznámka** |
| **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |
| **Daňové príjmy (100)1** |  |  |  |  |  |
| **Nedaňové príjmy (200)1** |  |  |  |  |  |
| **Granty a transfery (300)1** |  |  |  |  |  |
| **Príjmy z transakcií s finančnými aktívami a finančnými pasívami (400)** |  |  |  |  |  |
| **Prijaté úvery, pôžičky a návratné finančné výpomoci (500)** |  |  |  |  |  |
| **Dopad na príjmy verejnej správy celkom** | **0** | **0** | **0** | **0** |  |

1 – príjmy rozpísať až do položiek platnej ekonomickej klasifikácie

**Poznámka:**

Ak sa vplyv týka viacerých subjektov verejnej správy, vypĺňa sa samostatná tabuľka za každý subjekt.

Tabuľka č. 4

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Výdavky (v eurách)** | **Vplyv na rozpočet verejnej správy** | | | | **poznámka** |
| **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |
| **Bežné výdavky (600)** |  |  |  |  |  |
| Mzdy, platy, služobné príjmy a ostatné osobné vyrovnania (610) |  | *232776* | *232776* | *232776* |  |
| Poistné a príspevok do poisťovní (620) |  | *81937,152* | *81937,152* | *81937,152* |  |
| Tovary a služby (630)2 |  |  |  |  | úhrady zdravotných poisťovní za poskytovanie zdravotnej starostlivosti |
| Bežné transfery (640)2 |  | 2 182 464 | 2 728 080 | 3 637 440 | príspevky na vznik nových ambulancií všeobecného lekárstva |
| Splácanie úrokov a ostatné platby súvisiace s  úverom, pôžičkou, návratnou finančnou výpomocou a finančným prenájmom (650)2 |  |  |  |  |  |
| **Kapitálové výdavky (700)** |  |  |  |  |  |
| Obstarávanie kapitálových aktív (710)2 |  |  |  |  |  |
| Kapitálové transfery (720)2 |  |  |  |  |  |
| **Výdavky z transakcií s finančnými aktívami a finančnými pasívami (800)** |  |  |  |  |  |
| **Dopad na výdavky verejnej správy celkom** | **0** | **0** | **0** | **0** |  |

2 – výdavky rozpísať až do položiek platnej ekonomickej klasifikácie

**Poznámka:**

Ak sa vplyv týka viacerých subjektov verejnej správy, vypĺňa sa samostatná tabuľka za každý subjekt.

Tabuľka č. 5

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zamestnanosť** | **Vplyv na rozpočet verejnej správy** | | | | | **poznámka** | |
| **2022** | **2023** | **2024** | | **2025** |
| **Počet zamestnancov celkom** |  | 8 | 8 | | 8 |  | |
| **z toho vplyv na ŠR** |  | 8 | 8 | | 8 |  | |
| **Priemerný mzdový výdavok (v eurách)** |  | 3233 | 3233 | | 3233 |  | |
| **z toho vplyv na ŠR** |  | 3233 | 3233 | | 3233 |  | |
| **Osobné výdavky celkom (v eurách)** |  | **419617,5** | **419617,5** | | **419617,5** |  | |
| **Mzdy, platy, služobné príjmy a ostatné osobné vyrovnania (610)** |  | *310368* | *310368* | | *310368* |  | |
| **z toho vplyv na ŠR** |  | *310368* | *310368* | | *310368* |  | |
| **Poistné a príspevok do poisťovní (620)** |  | *109250* | *109250* | | *109250* |  | |
| **z toho vplyv na ŠR** |  | *109250* | *109250* | | *109250* |  | |
|  |  |  |  | |  |  | |
| **Poznámky:** |  |  |  | |  |  | |
| Ak sa vplyv týka viacerých subjektov verejnej správy, vypĺňa sa samostatná tabuľka za každý subjekt. Ak sa týka rôznych skupín zamestnancov, je potrebné počty, mzdy a poistné rozpísať samostatne podľa spôsobu odmeňovania (napr. policajti, colníci ...).  Priemerný mzdový výdavok je tvorený podielom mzdových výdavkov na jedného zamestnanca na jeden kalendárny mesiac bežného roka. | | | | | |  | |
| Kategórie 610 a 620 sú z tejto prílohy prenášané do príslušných kategórií prílohy „výdavky“. | | | |  |  | |  |

**Analýza vplyvov na podnikateľské prostredie**

**Názov materiálu: Návrh zákona o kategorizovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov**

**Predkladateľ: Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky**

**3.1 Náklady regulácie**

***3.1.1 Súhrnná tabuľka nákladov regulácie***

*Tabuľka č. 1: Zmeny nákladov (ročne) v prepočte na podnikateľské prostredie (PP), vyhodnotenie mechanizmu znižovania byrokracie a nákladov.*

*Nahraďte rovnakou tabuľkou po vyplnení Kalkulačky nákladov podnikateľského prostredia, ktorá je povinnou prílohou tejto analýzy a nájdete ju na* [*webovom sídle MH SR*](https://www.mhsr.sk/podnikatelske-prostredie/lepsia-regulacia/regulacne-zatazenie/kalkulacka-nakladov-regulacie)*, (ďalej len „Kalkulačka nákladov“):*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***TYP NÁKLADOV*** | **Zvýšenie nákladov v € na PP** | | **Zníženie nákladov v € na PP** | |
| ***A.Dane, odvody, clá a poplatky, ktorých cieľom je znižovať negatívne externality*** | **0** | | **0** | |
| ***B. Iné poplatky*** | **0** | | **0** | |
| ***C. Nepriame finančné náklady*** | **0** | | **0** | |
| ***D. Administratívne náklady*** | **7 111** | | **7 111** | |
| ***Spolu = A+B+C+D*** | **7 111** | | **7 111** | |
| ***Z toho*** |  | |  | |
| ***E. Vplyv na mikro, malé a stredné podn.*** | **7 111** | | **7 111** | |
| ***F. Úplná harmonizácia práva EÚ*** *(okrem daní, odvodov, ciel a poplatkov, ktorých cieľom je znižovať negatívne externality)* | **0** | | **0** | |
|  |  |  |  |  |
| *VÝPOČET PRAVIDLA 1in2out:* | IN | | OUT | |
| *G. Náklady okrem výnimiek = B+C+D-F* | **7 111** | | **7 111** | |

***3.1.2 Výpočty vplyvov jednotlivých regulácií na zmeny v nákladoch podnikateľov***

*Tabuľka č. 2: Výpočet vplyvov jednotlivých regulácií (nahraďte rovnakou tabuľkou po vyplnení Kalkulačky nákladov):*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **P.č.** | **Zrozumiteľný a stručný opis regulácie  (dôvod zvýšenia/zníženia nákladov na PP)** | **Číslo normy** (zákona, vyhlášky a pod.) | **Lokalizácia (§, ods.)** | **Pôvod regulácie:** SR/EÚ úplná harm./EÚ harm. s možnosťou voľby | **Účinnosť regulácie** | **Kategória dotk. subjektov** | **Počet subjektov spolu** | **Počet subjektov MSP** | **Vplyv na 1 podnik. v €** | **Vplyv na kategóriu dotk. subjektov v €** | **Druh vplyvu** In (zvyšuje náklady) /  Out (znižuje náklady) |
|
|
|
|
|
| 1 | Rozšírenie oznamovacej povinnosti na strane poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti v prospech vyšších územných celkov s cieľom zabezpečiť jednotné a pravdivé údaje o personále v ambulanciách a výške ich úväzkov, ktoré sú potrebné pre vyhodnocovanie stavu siete a ktorými dnes samosprávne celky ani MZ SR nedisponujú napriek svojej regulačnej kompetencii. | zákon č.xx, ktorým sa mení zák. č. 578/2004 | §79 ods. 20 | SK | 01.01.2022 | poskytovatelia všeobecnej ambulantnej starostlivosti | 2 971 | 2 971 | 2,39\* | 7 111 | In (zvyšuje náklady) |
| 2 | Povinnosť VÚC poskytnúť údaje o personále a úväzkoch (§79 ods. 20 zákona 578/2004 Z. z.) zdravotným poisťovniam. V dôsledku tejto úpravy zanikne potreba zdravotných poisťovní žiadať údaje priamo od poskytovateľov, zabezpečí sa dnes absentujúca jednotnosť údajov a zníži sa administratívna záťaž pre poskytovateľov. Namiesto toho, aby poskytovateľ hlásil údaje trom poisťovniam, nahlási ich len raz VÚC. Údaje budú poskytovať zdravotným poisťovniam namiesto poskytovateľov priamo jednotlivé VÚC. | zákon č. XX, ktorým sa mení zákon č. 576/2004 | §46 ods 1 písm. r) | SK | 01.01.2022 | poskytovatelia všeobecnej ambulantnej starostlivosti | 2 971 | 2 971 | 2,39\* | 7 111 | Out (znižuje náklady) |

*\* V kalkulačke vplyvov na podnikateľské prostredie je prednastavené zaokrúhľovanie na celé číslo a bunka je uzamknutá. Z tohto dôvodu je v kalkulačke uvedené v stĺpci s názvom „Vplyv na 1 podnik. v €“ číslo 2. V tabuľke uvedenej vyššie bolo dané číslo pre overenie správnosti výpočtu manuálne zaokrúhlené na dve desatinné miesta.*

***Doplňujúce informácie k spôsobu výpočtu vplyvov jednotlivých regulácií na zmenu nákladov***

**Doplňujúce informácie k odôvodneniu regulácií:** V súčasnosti chýba jednotný a hodnoverný zdroj informácií o stave personálu u jednotlivých poskytovateľov. Hoci samosprávny kraj vydáva povolenia na výkon činnosti, nemá prehľad o počte, type ani konkrétnych údajoch zdravotníckych pracovníkov, ktorí u poskytovateľa pracujú. To aplikačná prax vyhodnocuje ako zásadné obmedzenie pri plnení kontrolných úloh samosprávneho kraja a pri manažmente siete poskytovateľov. Zároveň sú tieto údaje nevyhnutné pre presné vyhodnotenie stavu siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti.

Tieto údaje poskytovatelia hlásia zdravotným poisťovniam avšak v rôznom rozsahu a ako vyplynulo z analýzy, pre rovnakú prax uvádzajú rôzne údaje. Analytická fáza prípravy legislatívneho návrhu odhalila zásadné diskrepancie medzi úväzkami, ktoré lekári hlásia zdravotným poisťovniam. Okrem toho, že sčítaním úväzky presahovali niekedy aj počet hodín v kalendárnom týždni, tak sa často objavovali rôzne výšky pracovných úväzkov hlásené poisťovniam a to napriek tomu, že poskytovateľ poskytuje službu stále v rovnakom rozsahu.

Z tohto dôvodu legislatívna úprava navrhuje upraviť spôsob oznamovania vybraných údajov tak, aby bola zabezpečená jednotnosť hodnôt údajov. Táto zmena zároveň umožní skoncentrovať hlásenia poskytovateľov na jedno miesto, odkiaľ môžu jednotné informácie čerpať zdravotné poisťovne. Na jednej strane teda regulácia č.1 rozširuje súčasnú oznamovaciu povinnosť pre poskytovateľov v prospech VÚC, na druhej strane regulácia č. 2 umožní odbremeniť poskytovateľov od povinnosti oznamovania vybraných údajov samostatne každej zdravotnej poisťovni. Údaje sa v zmysle navrhovanej úpravy budú zhromažďovať u VÚC, ktorý na vyžiadanie poskytne vybrané údaje priamo zdravotným poisťovniam. Popísané regulačné záťaže sa z tohto dôvodu „nettujú“, pretože ide o ten istý počet poskytovateľov a takmer zhodný rozsah oznamovaných údajov, ktoré nahlásia najprv poskytovatelia na VÚC a v prípade úspešnej implementácie navrhovanej legislatívy, nebudú musieť ďalej hlásiť zdravotným poisťovniam.

**Doplňujúce informácie k spôsobu výpočtu:**

Podkladom pre výpočet vplyvu regulácie pod poradovým číslom 1 a 2 bol počet poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti (zahrňujúci špecializácie všeobecné lekárstvo pre dospelých a všeobecné lekárstvo pre deti a dorast) k 1.7.2020 v sume **2 971 poskytovateľov** (VLD 1 940 a VLDD 1 031). Dáta boli poskytnuté zo strany všetkých zdravotných poisťovní na základe štruktúrovanej dátovej požiadavky, kde za poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti bola považovaná fyzická alebo právnická osoba s jedinečným identifikačným číslom organizácie v zmluvnom vzťahu s aspoň jednou zdravotnou poisťovňou v odbore všeobecné lekárstvo pre dospelých alebo všeobecné lekárstvo pre deti a dorast.

Predmet regulácie č.1 spočíva v rozšírení oznamovacej povinnosti oznamovaných údajov, ktoré je poskytovateľ povinný elektronickou formou poskytnúť VÚC najneskôr do 14 dní od začatia prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia a do 7 dní od každej zmeny aj bez vyžiadania. Pre výpočet vplyvu bol použitý typ administratívnych nákladov (v kalkulačke vplyvov na podnikateľské prostredie bola použitá povinnosť zo zoznamu - **Ohlásenie, oznámenie, poskytnutie informácie** so štandardnou časovou náročnosťou povinnosti (**60 minút**) s nepravidelnou frekvenciou plnenia povinnosti (**koeficient 0,25**) a **počet dotknutých subjektov v sume 2 971**.

Predmet regulácie č. 2 spočíva v odbremení poskytovateľov oznamovať vybrané údaje smerom na zdravotné poisťovne a presmerovanie tejto oznamovacej povinnosti na VÚC. Ide o typ administratívnych nákladov (bola použitá povinnosť zo zoznamu - **Ohlásenie, oznámenie, poskytnutie informácie** so štandardnou časovou náročnosťou povinnosti (**60 minút**) s nepravidelnou frekvenciou plnenia povinnosti (**koeficient 0,25**) a **počet dotknutých subjektov v sume 2 971**.

V oboch prípadoch vyčíslenej regulácie čísla v stĺpcoch (Vplyv na 1 podnik. subjekt v € a Vplyv na kategóriu dotk. subjektov v €) v tabuľke určenej na skopírovanie do analýzy vplyvov na podnikateľské prostredie boli automaticky vypočítané na základe prednastavených matematických vzorcov tejto kalkulačky. Z dôvodu zamknutej možnosti formátovania v uvedených stĺpcoch predkladateľ nemal možnosť vstúpiť do týchto buniek a upraviť zaokrúhlenie.

*Osobitne pri každej regulácii s vplyvom na PP zhodnotenom v tabuľke č. 2 uveďte doplňujúce informácie tak, aby mohol byť skontrolovaný spôsob a správnosť výpočtov. Uveďte najmä, ako ste vypočítali vplyvy a z akého zdroja ste čerpali početnosti (uveďte aj link na konkrétne štatistiky, ak sú dostupné na internete). Jednotlivé regulácie môžu mať jeden alebo viac typov nákladov (A. Dane, odvody, clá a poplatky, ktorých cieľom je znižovať negatívne externality, B. Iné poplatky, C. Nepriame finančné náklady, D. Administratívne náklady). Rozčleňte ich a vypočítajte v súlade s metodickým postupom.*

**3.2 Vyhodnotenie konzultácií s podnikateľskými subjektmi pred predbežným pripomienkovým konaním**

Reforma všeobecnej ambulantnej starostlivosti bola konzultovaná priebežne od marca 2021 prostredníctvom online stretnutí so zástupcami sektora, konkrétne zdravotných poisťovní, hlavnými odborníčkami na všeobecné lekárstvo a všeobecné lekárstvo pre deti a dorast, z poskytovateľov všeobecnej zdravotnej starostlivosti (odborné spoločnosti a záujmové združenia) a samosprávnych krajov. Rokovaniam predchádzala niekoľkomesačná príprava a tvorba analytických vstupov v rámci ministerstva zdravotníctva. Hlavné body konzultácií sa týkali definovania kritérií siete, klasifikácie obcí v záujme určenia nedostatkových regiónov z pohľadu poskytovania všeobecnej zdravotnej starostlivosti, regulácie siete a úpravy zodpovedností jednotlivých aktérov. Výsledky konzultácií vecného zámeru sú premietnuté do legislatívneho znenia návrhu zákona.

*Uveďte formu konzultácií vrátane zdôvodnenia jej výberu a trvanie konzultácií, termíny stretnutí. Uveďte spôsob oslovenia dotknutých subjektov, zoznam konzultujúcich subjektov, tiež link na webovú stránku, na ktorej boli konzultácie zverejnené.*

*Uveďte hlavné body konzultácií a ich závery.*

*Uveďte zoznam predložených alternatívnych riešení problematiky od konzultujúcich subjektov, ako aj návrhy od konzultujúcich subjektov na zníženie nákladov regulácií na PP, ktoré neboli akceptované a dôvod neakceptovania.*

*Alternatívne namiesto vypĺňania bodu 3.2 môžete uviesť ako samostatnú prílohu tejto analýzy Záznam z konzultácií obsahujúci požadované informácie.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zoznam rokovaní a stretnutí zúčastnených strán k reforme VAS | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 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 kapitantovaných 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 vo VLDD, úpravu parametra KPC, 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 VAS | MZ SR |
| Dôvera, Union, VšZP |
| 21.7.2021 | Diskusia k legislatívnemu návrhu reformy verejnej minimálnej siete 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 všeobecnej ambulantnej starostlivosti | MZ SR |
| TSK |

Reforma optimalizácie siete nemocníc bola konzultovaná priebežne od decembra 2020 prostredníctvom online stretnutí so zástupcami sektora, konkrétne zdravotných poisťovní, hlavnými odborníkmi (odborné spoločnosti a záujmové združenia) a samosprávnych krajov. Rokovaniam predchádzala niekoľkomesačná príprava a tvorba analytických vstupov v rámci ministerstva zdravotníctva. Hlavné body konzultácií sa týkali definovania kritérií siete, kritériám na tvorbu siete nemocníc, vyhodnocovaniu siete nemocníc, návrhom podmienok, ktoré musia nemocnice splniť, aby boli zaradené do siete kategorizovaných nemocníc, procesu zaraďoania. Výsledky konzultácií vecného zámeru sú premietnuté do legislatívneho znenia návrhu zákona.

**Zoznam rokovaní s odbornými spoločnosťami k OSN:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dátum stretnutia** | **Oblasť** | **Členovia pracovnej skupiny** | **Zúčastnení** |
| 17.2.2021 | Chirurgia kože a brucha | Prof. MUDr. Jozef Radoňak, CSc. MPH. prof. MUDr. Juraj Pechan, PhD., MUDr. Martin Huorka, CSc. MUDr. Vlastibor Minarovjech, MHA doc. MUDr. Dalibor Murgaš MUDr. Drahomír Palenčár, PhD. | Prof. MUDr. Jozef Radoňak, CSc MPH.,  prof. MUDr. Juraj Pechan, PhD.,  MUDr. Drahomír Palenčár, PhD. MUDr. Vlastibor Minarovjech, MHA doc. MUDr. Dalibor Murgaš |
| 18.2.2021 | Kardiovaskulárny systém | doc. MUDr. František Sabol, PhD.,MPH,MBA MUDr. Peter Hlivák, PhD., FESC, FACC prof. MUDr. Robert Hatala CSc. MUDr. Ján Tomka, PhD., MHA.,  MUDr. Peter Mondek, PhD., MSc. Prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc., FRCP | doc. MUDr. František Sabol, PhD.,MPH,MBA MUDr. Peter Hlivák, PhD., FESC, FACC prof. MUDr. Robert Hatala CSc. MUDr. Peter Mondek, PhD., MSc. Prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc., FRCP |
| 19.2.2021 | Materno-fetálnu medicína | Doc. MUDr. Martin Redecha, PhD prof. MUDr. Miroslav Borovský, CSc.,  Doc. MUDr. Milan Kuchta, CSc., mim. prof prof. MUDr. Mirko Zibolen, CSc.,  doc. MUDr. Katarína Maťašová, PhD.  Doc. MUDr. Miroslav Korbeľ, CSc MUDr. Peter Kaščák, PhD.,  doc. MUDr. Jozef Záhumenský, PhD. | Doc. MUDr. Martin Redecha, PhD prof. MUDr. Miroslav Borovský, CSc.,  Doc. MUDr. Milan Kuchta, CSc., mim. prof prof. MUDr. Mirko Zibolen, CSc.,  doc. MUDr. Katarína Maťašová, PhD.  Doc. MUDr. Miroslav Korbeľ, CSc MUDr. Peter Kaščák, PhD.,  doc. MUDr. Jozef Záhumenský, PhD. |
| 25.2.2021 | Chirurgia hlavy, krku, hrudníka | Doc. MUDr. Pavel Doležal, CSc., mim.prof.,  prof. MUDr. Milan Profant, CSc.,  MUDr. Peter Stanko, PhD. doc. MUDr. Ing. Miroslav Janík, PhD.,  Prof. MUDr. Jozef Radoňak, CSc MPH.,  prof. MUDr. Juraj Pechan, PhD. | Doc. MUDr. Pavel Doležal, CSc., mim.prof.,  prof. MUDr. Milan Profant, CSc.,  MUDr. Peter Stanko, PhD. doc. MUDr. Ing. Miroslav Janík, PhD.,  Prof. MUDr. Jozef Radoňak, CSc MPH., |
| 26.2.2021 | Chirurgia malej panvy | Doc. MUDr. Ivan Minčík, PhD.,  MUDr. Vladimír Baláž, PhD. Doc. MUDr. Martin Redecha, PhD.,  prof. MUDr. Miroslav Borovský, CSc.,  MUDr. Tibor Bielik, PhD. MUDr. Ján Galád | Doc. MUDr. Ivan Minčík, PhD.,  MUDr. Vladimír Baláž, PhD. Doc. MUDr. Martin Redecha, PhD.,  prof. MUDr. Miroslav Borovský, CSc.,  MUDr. Tibor Bielik, PhD. MUDr. Ján Galád |
| 26.2.2021 | Neurológia | Prof. MUDr. Zuzana Gdovinová, PhD., FESO, FEAN,  prof. MUDr.Peter Turčáni, PhD., FAAN,  Doc. MUDr. Karol Hornáček, PhD.,  MUDr. Miriam Dziaková, PhD. | Prof. MUDr. Zuzana Gdovinová, PhD., FESO, FEAN,  prof. MUDr.Peter Turčáni, PhD., FAAN,  Doc. MUDr. Karol Hornáček, PhD.,  MUDr. Miriam Dziaková, PhD. |
| 4.3.2021 | Neonatológia a VLDD | doc. MUDr. Katarína Maťašová prof. MUDr. Mirko Zibolen, CSc. MUDr. Elena Prokopová | doc. MUDr. Katarína Maťašová MUDr. Elena Prokopová |
| 4.3.2021 | Trauma, ortopédia, spondylochirurgia a neurochirurgia | MUDr. Peter Cibur PhD. MUDr. Radomír Gajdoš, PhD. prof. MUDr. Milan Kokavec, PhD., MPH MUDr. Andrey Švec, PhD., MPH MUDr. Andrej Džubera, PhD. prof. MUDr. Bruno Rudinský, CSc MUDr. Róbert Illéš, PhD., MPH MUDr. Kamil Koleják, PhD., MSc. prof. MUDr. Jozef Radoňak, CSc MPH. prof. MUDr. Juraj Pechan, PhD. | MUDr. Peter Cibur PhD. MUDr. Radomír Gajdoš, PhD. MUDr. Andrey Švec, PhD., MPH MUDr. Andrej Džubera, PhD. prof. MUDr. Bruno Rudinský, CSc MUDr. Róbert Illéš, PhD., MPH MUDr. Kamil Koleják, PhD., MSc. |
| 5.3.2021 | Interná medicíná | prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.,FRCP prof. MUDr. Silvester Krčméry, CSc,  prof. MUDr. Juraj Payer, PhD, MPH, FRCP prof. MUDr. Pavol Jarčuška, PhD. prof. MUDr. Ivan Schréter, CSc. doc. MUDr. Adrián Okša, CSc. doc. MUDr. Dušan Buchvald, PhD. MUDr. Vladimír Flimer MUDr. Martin Demeš | prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.,FRCP prof. MUDr. Juraj Payer, PhD, MPH, FRCP  prof. MUDr. Ivan Schréter, CSc. MUDr. Martin Demeš |
| 5.3.2021 | Onkológia | prof. MUDr. Stanislav Špánik, CSc. prof. MUDr. Michal Mego, DrSc. MUDr. Alexander Wild prof. MUDr. Angelika Bátorová, CSc. doc. MUDr. Pavol Dubinský, PhD. MUDr. Pavol Povinec, PhD. doc. MUDr. Ivan Režňák, CSc. MUDr. Kristína Križanová prof. MUDr. Jozef Radoňak, CSc MPH prof. MUDr. Juraj Pechan, PhD. | Prof. MUDr. Stanislav Špánik, CSc. prof. MUDr. Michal Mego, DrSc. MUDr. Alexander Wild , prof. MUDr. Angelika Bátorová, CSc. doc. MUDr. Pavol Dubinský, PhD. MUDr. Pavol Povinec, PhD. doc. MUDr. Ivan Režňák, CSc. Prof. MUDr. Jozef Radoňak, CSc MPH prof. MUDr. Juraj Pechan, PhD. |
| 10.3.2021 | Oftalmológia | prof. PhDr. MUDr. Furdová Alena, PhD., MPH, MSc., FEBO MUDr. Peter Žiak PhD. MUDr. Paľo Veselý | prof. PhDr. MUDr. Furdová Alena, PhD., MPH, MSc., FEBO MUDr. Peter Žiak PhD. MUDr. Paľo Veselý Jana Štefaničková Krasnik |
| 10.3.2021 | Transplantácie | MUDr. Ľuboslav Beňa, PhD., CETC doc. MUDr. Zuzana Žilinská, PhD., MPH, MHA | MUDr. Ľuboslav Beňa, PhD., CETC doc. MUDr. Zuzana Žilinská, PhD., MPH, MHA |
| 10.3.2021 | Psychiatria | MUDr. Ľubomíra Izáková, PhD. MUDr. Mária Králová, CSc. | MUDr. Ľubomíra Izáková, PhD. MUDr. Mária Králová, CSc. |
| 11.3.2021 | Anesteziológia, intenzívna a urgentna medicína | doc. MUDr. Roman Záhorec, CSc. doc. MUDr. Jozef Firment, PhD. MUDr. Marcel Brenner, MPH,  doc. MUDr. Mgr. Július Hodosy, PhD., MPH | doc. MUDr. Roman Záhorec, CSc. doc. MUDr. Jozef Firment, PhD. MUDr. Marcel Brenner, MPH, |
| 11.3.2021 | Cievna chirurgia | MUDr. Ján Tomka, PhD., MHA.,  MUDr. Peter Mondek, PhD., MSc. MUDr. Július Janek, PhD. | MUDr. Ján Tomka, PhD., MHA.,  MUDr. Peter Mondek, PhD., MSc. MUDr. Július Janek, PhD. |
| 11.3.2021 | Rehabilitačná a následná starostlivosť | doc. MUDr. Karol Hornáček, PhD. MUDr. Miriam Dziaková, PhD. prof. MUDr. Silvester Krčméry, CSc. doc. MUDr. Petra Takáča, PhD MUDr. Andrea Škripeková, PhD. | doc. MUDr. Karol Hornáček, PhD. MUDr. Miriam Dziaková, PhD. doc. MUDr. Petra Takáča, PhD MUDr. Andrea Škripeková, PhD. |

**Zoznam ďalších stretnutí:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dátum stretnutia** | **Stakeholder - kategória** | **Stakeholder - zúčastnení** | **Téma stretnutia** |
| 26.5.2021 | Politici | Poslanci Národnej rady SR | Predstavenie konceptu Optimalizácie siete nemocníc |
| 26.5.2021 | Zástupcovia za rôzne organizácie | Zástupcovia za: VšZP, Dôvera ZP, Union ZP, ANS, AŠN SR, SLK, LOZ, AOPP, ASL SR, SK8, SKSaPA, ZAP, ÚDZS | Predstavenie konceptu Optimalizácie siete nemocníc |
| 2.6.2021 | Nemocnice | Zástupcovia za ANS, AŠN, riaditelia nemocníc | Predstavenie konceptu Optimalizácie siete nemocníc |
| 2.6.2021 | Zdravotné poisťovne | Predstavitelia VŠZP, Union, Dôvera | Predstavenie konceptu Optimalizácie siete nemocníc |
| 4.6.2021 | Ineko | Dušan Zachar | Predstavenie konceptu Optimalizácie siete nemocníc |
| 10.6.2021 | Zdravotné poisťovne | Pracovná skupina pre Pravidlá tvorby siete nemocníc | Podmienky stanovenia optimálnej siete nemocníc |
| 15.6.2021 | Zdravotné poisťovne | Pracovná skupina pre Legislatívu | Legislatívny koncept |
| 16.6.2021 | Zdravotné poisťovne | Pracovná skupina pre Pravidlá tvorby siete nemocníc | Pripomienky ZP k dokumentu: Podmienky stanovenia optimálnej siete nemocníc |
| 18.6.2021 | Zdravotné poisťovne | Pracovná skupina pre Kategorizáciu medicínskych služieb a programov | Kategorizácia medicínskych služieb a programov |
| 23.6.2021 | Zdravotné poisťovne | Pracovná skupina pre Pravidlá tvorby siete nemocníc | Stanovenie kritérii pre určenie optimálnej siete nemocníc |
| 25.6.2021 | Zdravotné poisťovne | Pracovná skupina pre Pravidlá tvorby siete nemocníc | Stanovenie kritérii pre určenie optimálnej siete nemocníc |
| 30.6.2021 | Európska komisia (Organizátor MF SR) | VšZP, Dôvera ZP, Union ZP, ANS, AŠN SR, SLK, LOZ, AOPP, ASL SR, SK8, SKSaPA, ZAP, ÚDZS | Status Optimalizácie siete nemocníc |
| 2.7.2021 | Zdravotné poisťovne | Pracovná skupina pre Kategorizáciu medicínskych služieb a programov | Diskusia k pripomienkam ZP ku kategorizácii medicínskych služieb a programov |
| 7.7.2021 | Nemocnice - ANS | Zástupcovia ANS | Diskusia k pripomienkam Asociácie nemocníc Slovenska |
| 8.7.2021 | SK8 | Členovia SK8 | Predstavenie konceptu Optimalizácie siete nemocníc |
| 8.7.2021 | Nemocnice | Zástupcovia nemocníc Žilinského samosprávneho kraja | Zabezpečenie ÚZS v regióne severného Slovenska, Žilinský samosprávny kraj |
| 16.7.2021 | MF SR | Zástupcovia MF SR | Status Optimalizácie siete nemocníc |
| 20.7.2021 | Zdravotné poisťovne | Pracovná skupina pre Legislatívu | Diskusia k pripomienkam ZP k návrhu zákona o kategorizovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti |
| 20.7.2021 | Sieť nemocníc - Zástupcovia AGEL | Zástupcovia AGEL | Zabezpečenie ÚZS na území Slovenska, sieť nemocníc AGEL |
| 21.7.2021 | Nemocnice | Riaditelia nemocníc západného Slovenska - južná oblasť | Zabezpečenie ÚZS v regióne západného Slovenska, južná oblasť |
| 21.7.2021 | Nemocnice | Riaditelia nemocníc západného Slovenska - severná oblasť | Zabezpečenie ÚZS v regióne západného Slovenska, severná oblasť |
| 22.7.2021 | Nemocnice | Riaditelia nemocníc východného Slovenska - západná oblasť | Zabezpečenie ÚZS v regióne východného Slovenska, západná oblasť |
| 22.7.2021 | Nemocnice | Riaditelia nemocníc východného Slovenska - východná oblasť | Zabezpečenie ÚZS v regióne východného Slovenska, východná oblasť |
| 23.7.2021 | Nemocnice | Riaditelia nemocníc stredného Slovenska - južná oblasť | Zabezpečenie ÚZS v regióne stredného Slovenska, južná oblasť |
| 26.7.2021 | Sieť nemocníc - Zástupcovia AGEL | Zástupcovia AGEL | Návrh možného usporiadania v rámci OSN za sieť AGEL |
| 27.7.2021 | Sieť nemocníc - Zástupcovia Svet Zdravia | Zástupcovia Svet Zdravia | Zabezpečenie ÚZS na území Slovenska, sieť nemocníc Svet Zdravia |

**Vysvetliky:**

VAS všeobecná ambulantná starostlivosť

VLD všeobecné lekárstvo pre dospelých

VLDD všeobecné lekárstvo pre deti a dorast

ASL Asociácia súkromných lekárov

SSPPS SLS Slovenská spoločnosť primárnej pediatrickej starostlivosti Slovenskej lekárskej spoločnosti

SSVPL Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva

SVLS Spoločnosť všeobecných lekárov Slovenska

ZVLD Združenie všeobecných lekárov pre dospelých SR

ZAP Zväz ambulantných poskytovateľov

SLK Slovenská lekárska komora

Dôvera Dôvera zdravotná poisťovňa

Union Union zdravotná poisťovňa

VšZP Všeobecná zdravotná poisťovňa

SK8 Združenie samosprávnych krajov

BBSK Banskobystrický samosprávny kraj

BSK Bratislavský samosprávny kraj

KSK Košický samosprávny kraj

NSK Nitriansky samosprávny kraj

PSK Prešovský samosprávny kraj

TSK Trenčiansky samosprávny kraj

TTSK Trnavský samosprávny kraj

ŽSK Žilinský samosprávny kraj

VÚC vyšší územný celok (samosprávny kraj)

MF SR Ministerstvo financií Slovenskej republiky

MZ SR Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky

**3.3 Vplyvy na konkurencieschopnosť a produktivitu**

VAS

Navrhovanou reguláciou nedochádza k vytvoreniu bariér na trhu. Naopak, definovanie minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti, spôsobu určenia miestnej dostupnosti a kapacitnej priepustnosti, spôsobu a parametrov klasifikácie okresov a postupu pri vyhodnocovaní stavu minimálnej siete je vytvorený predpoklad na cielené smerovanie nových lekárov do oblastí, kde reálne chýbajú, či už z dôvodu znevýhodnenej miestnej dostupnosti alebo preťaženosti súčasných lekárov v danom okrese. Rozšírenie oznamovacej povinnosti je predpokladom k zabezpečeniu jednotnosti hodnôt údajov o počte lekárskych miest a iných údajov. V súčasnosti sú tieto údaje rozdielne naprieč zdravotnými poisťovňami a nie je k dispozícii žiadna jednotná evidencia o počte lekárskych miest u konkrétneho poskytovateľa. Vytvorenie jednotnej evidencie navrhovaných údajov podľa §79 ods. 20 je nevyhnutným predpokladom pre správne pravidelné vyhodnocovanie siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti.

Pre všetkých poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti sú nastavené rovnaké pravidlá vyhodnocovania stavu minimálnej siete ako aj plnenia si rozšírenej oznamovacej povinnosti. Bez žiadnych špeciálnych režimov.

Zmena regulácie neovplyvňuje cezhraničné investície, dostupnosť základných zdrojov ani inovácie, vedu a výskum.

Navrhovaná regulácia zvyšuje mieru transparentnosti segmentu všeobecnej ambulantnej starostlivosti v tom, že jasne definuje pravidlá vyhodnocovania siete, definuje kritériá miestnej dostupnosti a kapacitnej priepustnosti, pravidlá získania príspevkov, čo je nevyhnutný predpoklad pre zvýšenie atraktivity tohto povolania. Lekár ako budúci potenciálny podnikateľ, ktorý si zamýšľa otvoriť prax si bude vedieť nájsť na jednom mieste, kde sú nedostatkové okresy, kde má najväčší potenciál získania poistencov do svojho kapitačného stavu a pred otvorením praxe si bude vedieť sám vyhodnotiť a posúdiť podmienky otvorenia praxe. Regulácia tohto typu Slovenskú republiku zlepší postavenie Slovenska medzi susediacimi krajinami EÚ z hľadiska prehľadnosti podnikateľského prostredia v oblasti ambulantnej zdravotnej starostlivosti.

OSN

Navrhovanou reguláciou nedochádza k vytvoreniu bariér na trhu. Naopak, definovanie siete kategorizovaných nemocníc, spôsobu určenia geografickej dostupnosti a potreby ústavnej zdravotnej starostlivosti, podmienok pre tvorbu siete a podmienok pre zaradenie nemocníc do siete a postupu pri vyhodnocovaní stavu siete a podmienok kategorizácie ústavnej zdravotnej starostlivosti je vytvorený predpoklad na cielené smerovanie zdravotníckych pracovníkov do oblastí podľa typu úrovne nemocnice, aj tam, kde reálne chýbajú, či už z dôvodu znevýhodnenej miestnej dostupnosti alebo preťaženosti súčasných lekárov v danom okrese. Rozšírenie oznamovacej povinnosti je predpokladom k zabezpečeniu jednotnosti údajov a informovanosti pacientov aj o kvalite nemocnice.

*Dochádza k vytvoreniu resp. k zmene bariér na trhu?*

*Bude sa s niektorými podnikmi alebo produktmi zaobchádzať v porovnateľnej situácii rôzne (napr. špeciálne režimy pre mikro, malé a stredné podniky tzv. MSP)?*

*Ovplyvňuje zmena regulácie cezhraničné investície (príliv/odliv zahraničných investícií resp. uplatnenie slovenských podnikov na zahraničných trhoch)?*

*Ovplyvní dostupnosť základných zdrojov (financie, pracovná sila, suroviny, mechanizmy, energie atď.)?*

*Ovplyvňuje zmena regulácie inovácie, vedu a výskum?*

*Ako prispieva zmena regulácie k cieľu Slovenska mať najlepšie podnikateľské prostredie spomedzi susediacich krajín EÚ?*

***Konkurencieschopnosť:***

*Na základe uvedených odpovedí zaškrtnite a popíšte, či materiál konkurencieschopnosť:*

*x zvyšuje ☐ nemení ☐ znižuje*

***Produktivita:***

*Aký má materiál vplyv na zmenu pomeru medzi produkciou podnikov a ich nákladmi?*

*Na základe uvedenej odpovede zaškrtnite a popíšte, či materiál produktivitu:*

*x zvyšuje ☐ nemení ☐ znižuje*

**3.4 Iné vplyvy na podnikateľské prostredie**

Predkladaný materiál má aj iné vplyvy na podnikateľské prostredia a to vplyvy súvisiace so žiadosťami o alebo prijímaním dotácií, fondov, štátnej pomoci a čerpaním iných obdobných foriem podpory zo strany štátu, keďže sú sprievodným javom uchádzania sa či získania benefitov, na ktoré nie je právny nárok priamo zo zákona, ale vzniká na základe prejavu vôle dotknutého subjektu.

Konkrétny vplyv je uvedený v §6d predkladaného návrhu zákona. Zavádza sa jednorazový príspevok na podporu zriaďovania nových ambulancií všeobecného lekárstva v okresoch a obciach, ktoré ministerstvo zdravotníctva určí, s ohľadom na vyhodnocovanie stavu siete ako oblasti, kde hrozí ohrozenie schopnosti zabezpečiť dostupnú a kvalitnú zdravotnú starostlivosť lekárov so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo a v špecializačnom odbore pediatria (ďalej len „všeobecných lekárov“). Počet a výšku príspevkov spolu so zoznamom okresov a obcí, na ktoré sa príspevky viažu ustanoví a zverejní každoročne ministerstvo zdravotníctva. Uvedie v ňom počet príspevkov a výšku príspevkov pre príslušné územie. Nárok na tento príspevok vzniká na základe prejavu vôle žiadateľa (t. j. na základe žiadosti s povinnými prílohami). V prípade splnenia zákonom stanovených podmienok mu je príspevok zo strany MZSR priznaný.

Predkladateľ identifikoval nasledovné vplyvy s ich vyčíslením:

Pozitívny vplyv: Do roku 2025 sa predpokladá vznik nových 171 ambulancií všeobecného lekárstva s podporou príspevku, pričom maximálna výška jedného príspevku je rozpočtovaná na 60 624 eur. Príspevky sa budú financovať zo zdrojov plánu obnovy. Očakávané rozloženie výdavkov je nasledovné:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ROK | POČET PRÍSPEVKOV (zároveň počet novovzniknutých ambulancií všeobecných lekárov) | ROČNÉ NÁKLADY ( v eur) |
| 2021 | - | - |
| **2022** | **30** | 1 818 720 |
| 2023 | 36 | 2 182 464 |
| 2024 | 45 | 2 728 080 |
| 2025 | 60 | 3 637 440 |
|  | **171** | 10 366 704 |

Negatívny vplyv: Ide o vplyv, ktorý súvisí s podaním žiadosti o priznanie príspevku na zabezpečenie naplnenia minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti a všetkých povinných príloh podľa §6d ods. 5. Pre účely vyčíslenia vplyvu bola použitá kalkulačka MH SR na výpočet vplyvov na podnikateľské prostredie, kde bola regulácia identifikovaná ako typ administratívnych nákladov (bola použitá povinnosť zo zoznamu – **Žiadosť/návrh** so štandardnou časovou náročnosťou povinnosti (**200 minút**) s nepravidelnou frekvenciou plnenia povinnosti (**koeficient 0,25**) a počtu odhadovaných žiadateľov o príspevky na každý rok samostatne.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ROK | POČET PRÍSPEVKOV (zároveň počet novovzniknutých ambulancií všeobecných lekárov) | Vplyv regulácie (podľa metodiky výpočtu vplyvov jednotlivých regulácií – kalkulačka (v eur) |
| 2021 | - | - |
| **2022** | **30** | **239** |
| 2023 | 36 | 287\* |
| 2024 | 45 | 359\* |
| 2025 | 60 | 479\* |
|  | **171** | **1 364** |

**\*** vyčíslený dopad pre roky 2023-2025 je orientačný, pretože bola použitá hodnota priemernej cene práce v EUR za rok 2020 podľa aktuálnej kalkulačky MHSR; (priemerná mesačná mzda + odvody) = 1 531,80 EUR.

*Ak má materiál vplyvy na PP, ktoré nemožno zaradiť do predchádzajúcich častí, či už pozitívne alebo negatívne, tu ich uveďte. Patria sem:*

1. *sankcie alebo pokuty, ako dôsledok porušenia právne záväzných ustanovení;*
2. *vplyvy súvisiace so žiadosťami o alebo prijímaním dotácií, fondov, štátnej pomoci a čerpaním iných obdobných foriem podpory zo strany štátu, keďže sú sprievodným javom uchádzania sa či získania benefitov, na ktoré nie je právny nárok priamo zo zákona, ale vzniká na základe prejavu vôle dotknutého subjektu;*
3. *regulované ceny podľa zákona č. 18/1996 Z. z. o cenách;*
4. *iné vplyvy, ktoré predpokladá materiál, ale nemožno ich zaradiť do častí 3.1 a 3.3.*

Návrh zákona predpokladá a ustanovuje sankcie za porušenie povinností stanovených zákonom, inak by nebol vykonateľný.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Analýza sociálnych vplyvov**  **Vplyvy na hospodárenie domácností, prístup k zdrojom, právam, tovarom a službám, sociálnu inklúziu, rovnosť príležitostí a rovnosť žien a mužov a vplyvy na zamestnanosť**  **(**Ak v niektorej z hodnotených oblastí sociálnych vplyvov (bodov 4.1 až 4.4) nebol identifikovaný vplyv, uveďte v príslušnom riadku analýzy poznámku „Bez vplyvu.“.) | | |
| **4.1 Identifikujte, popíšte a kvantifikujte vplyv na hospodárenie domácností a špecifikujte ovplyvnené skupiny domácností, ktoré budú pozitívne/negatívne ovplyvnené.** | | |
| *Vedie návrh k zvýšeniu alebo zníženiu príjmov alebo výdavkov domácností?*  *Ktoré skupiny domácností/obyvateľstva sú takto ovplyvnené a akým spôsobom?*  *Sú medzi potenciálne ovplyvnenými skupinami skupiny v riziku chudoby alebo sociálneho vylúčenia?*  **(V prípade vyššieho počtu hodnotených opatrení doplňte podľa potreby do tabuľky pred bod 4.2 ďalšie sekcie - 4.1.1 Pozitívny vplyv/4.1.2 Negatívny vplyv).** | | |
| *a)* | ***4.1.1 Pozitívny vplyv*** | |
| *b)* | ***Popíšte*** *opatrenie a jeho vplyv na hospodárenie domácností s uvedením, či ide o zvýšenie príjmov alebo zníženie výdavkov:* | Bez vplyvu. |
| *c)* | ***Špecifikujte*** *ovplyvnené skupiny:* | *-* |
| *-* | *-* |
| *d)* | ***Kvantifikujte*** *rast príjmov alebo pokles výdavkov* ***za jednotlivé******ovplyvnené******skupiny*** *domácností / skupiny jednotlivcov a počet obyvateľstva/domácností ovplyvnených predkladaným návrhom.* | |
| *e)* | * *priemerný rast príjmov/ pokles výdavkov v skupine v eurách a/alebo v % / obdobie:* * *veľkosť skupiny (počet obyvateľov):* | *-* |
| *-* | *-* |
| *f)* | *Dôvod chýbajúcej kvantifikácie:* |  |
| *g)* | ***4.1.1.1******Z toho pozitívny vplyv na skupiny v riziku chudoby alebo sociálneho vylúčenia***  *(V prípade významných vplyvov na príjmy alebo výdavky domácností v riziku chudoby, identifikujte a kvantifikujte pozitívny vplyv na chudobu obyvateľstva (napr. znižovanie miery rizika chudoby, priemerný rast príjmov/ pokles výdavkov v skupine)* | |
| *h)* | ***Popíšte*** *opatrenie a jeho vplyv na hospodárenie domácností s uvedením, či ide o zvýšenie príjmov alebo zníženie výdavkov:* | Bez vplyvu. |
| *i)* | ***Špecifikujte*** *ovplyvnené skupiny:* | *-* |
| *-* | *-* |
| *j*) | ***Kvantifikujte*** *rast príjmov alebo pokles výdavkov* ***za jednotlivé ovplyvnené skupiny*** *domácností / skupiny jednotlivcov a počet obyvateľstva/domácností ovplyvnených predkladaným návrhom.* | |
| *k)* | * *priemerný rast príjmov/ pokles výdavkov v skupine v eurách a/alebo v % / obdobie:* * *veľkosť skupiny (počet obyvateľov):* | *-* |
| *-* | *-* |
| *l)* | *Dôvod chýbajúcej kvantifikácie:* |  |
| *a)* | ***4.1.2 Negatívny vplyv*** | |
| *b)* | ***Popíšte*** *opatrenie a jeho vplyv na hospodárenie domácností s uvedením, či ide o zníženie príjmov alebo zvýšenie výdavkov:* | Bez vplyvu. |
| *c)* | ***Špecifikujte*** *ovplyvnené skupiny:* | *-* |
| *-* | *-* |
| *d)* | ***Kvantifikujte*** *pokles príjmov alebo rast výdavkov* ***za jednotlivé******ovplyvnené******skupiny*** *domácností / skupiny jednotlivcov a počet obyvateľstva/domácností ovplyvnených predkladaným návrhom.* | |
| *e)* | * *priemerný pokles príjmov/ rast výdavkov v skupine v eurách a/alebo v % / obdobie:* * *veľkosť skupiny (počet obyvateľov):* | *-* |
| *-* | *-* |
| *f)* | *Dôvod chýbajúcej kvantifikácie:* |  |
| *g)* | ***4.1.2.1******Z toho negatívny vplyv na skupiny v riziku chudoby alebo sociálneho vylúčenia***  *(V prípade významných vplyvov na príjmy alebo výdavky domácností v riziku chudoby, identifikujte a kvantifikujte negatívny vplyv na chudobu obyvateľstva (napr. zvyšovanie miery rizika chudoby, priemerný pokles príjmov/ rast výdavkov v skupine)* | |
| *h)* | ***Popíšte*** *opatrenie a jeho vplyv na hospodárenie domácností s uvedením, či ide o zníženie príjmov alebo zvýšenie výdavkov:* | Bez vplyvu. |
| *i)* | ***Špecifikujte*** *ovplyvnené skupiny:* | *-* |
| *-* | *-* |
| *j*) | ***Kvantifikujte*** *pokles príjmov alebo rast výdavkov* ***za jednotlivé ovplyvnené skupiny*** *domácností / skupiny jednotlivcov a počet obyvateľstva/domácností ovplyvnených predkladaným návrhom.* | |
| *k)* | * *priemerný pokles príjmov/ rast výdavkov v skupine v eurách a/alebo v % / obdobie:* * *veľkosť skupiny (počet obyvateľov):* | *-* |
| *-* | *-* |
| *l)* | *Dôvod chýbajúcej kvantifikácie:* |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4.2 Identifikujte, popíšte a kvantifikujte vplyvy na prístup k zdrojom, právam, tovarom a službám u jednotlivých ovplyvnených skupín obyvateľstva a vplyv na sociálnu inklúziu.** | | | |
| *Má návrh vplyv na prístup k zdrojom, právam, tovarom a službám?*  *Popíšte hodnotené opatrenie, špecifikujte ovplyvnené skupiny obyvateľstva a charakter zmeny v prístupnosti s ohľadom na dostupnosť finančnú, geografickú, kvalitu, organizovanie a pod. Uveďte veľkosť jednotlivých ovplyvnených skupín.* | | | |
| *a)* | *Rozumie sa najmä na prístup k:*   * *sociálnej ochrane, sociálno-právnej ochrane, sociálnym službám (vrátane služieb starostlivosti o deti, starších ľudí a ľudí so zdravotným postihnutím),* * *kvalitnej práci, ochrane zdravia, dôstojnosti a bezpečnosti pri práci pre zamestnancov a existujúcim zamestnaneckým právam,* * *pomoci pri úhrade výdavkov súvisiacich so zdravotným postihnutím,* * *zamestnaniu, na trh práce (napr. uľahčenie zosúladenia rodinných a pracovných povinností, služby zamestnanosti), k školeniam, odbornému vzdelávaniu a príprave na trh práce,* * *zdravotnej starostlivosti vrátane cenovo dostupných pomôcok pre občanov so zdravotným postihnutím,* * *k formálnemu i neformálnemu vzdelávaniu a celo­životnému vzdelávaniu,* * *bývaniu a súvisiacim základným komunálnym službám,* * *doprave,* * *ďalším službám najmä službám všeobecného záujmu a tovarom,* * *spravodlivosti, právnej ochrane, právnym službám,* * *informáciám,* * *k iným právam (napr. politickým).* | | Áno, návrh má pozitívny vplyv na prístup k všeobecnej ambulantnej starostlivosti vzhľadom na aktualizáciu a zvýšenie normatívu verejnej minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti a existujúcu povinnosť zabezpečovať naplnenie minimálnej siete poskytovateľov. Pozitívny vplyv predpokladá aj zavedenie jednorazového príspevku pre vznik nových ambulancií lekárov so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo a v špecializačnom odbore pediatria (ďalej len „všeobecných lekárov“), čo má prispieť k lepšej dostupnosti všeobecných lekárov.  Predkladaná novela zlepšuje prístup k zdrojom, právam, tovarom a službám, a to najmä:  • Navrhovaná právna úprava predstavuje novú koncepciu ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktorej cieľom je zabezpečenie kvalitnej a dostupnej ústavnej zdravotnej starostlivosti pre pacienta. Koncepcia vychádza z prístupu Hodnota za peniaze a jej cieľom je vykonať v ústavnej zdravotnej starostlivosti všetky potrebné zmeny nevyhnutné na to, aby finančné prostriedky z verejného zdravotného poistenia vynakladané na ústavnú zdravotnú starostlivosti prinášali pacientovi vyššiu hodnotu v podobe kvalitnejšej a dostupnejšej ústavnej zdravotnej starostlivosti. Navrhované zmeny vyplývajú aj z programového vyhlásenia vlády SR, podľa ktorého má každý pacient mať nárok na kvalitnú, bezpečnú a dostupnú ústavnú zdravotnú starostlivosť. Zmyslom navrhovanej právnej úpravy je, aby sa ústavná zdravotná starostlivosť a niektoré typy, najmä invazívnych/operačných zdravotných výkonov koncentrovali do nemocníc, kde na jej poskytnutie majú potrebné zručnosti a skúsenosti, čím sa zabezpečí lepšia kvalita poskytovanej zdravotnej starostlivosti.  • Primárne zvyšuje bezpečnosť pacienta a vytvára predpoklady na zvýšenie kvality poskytovanej ústavnej zdravotnej starostlivosti.  • Vytvára kvalitné a efektívne využitie zdrojov podporené vytvorením úrovní nemocníc (lokálna, regionálna, národná, špecializované a kompetenčné centrá) so zadefinovanými rozsahmi poskytovanej zdravotnej starostlivosti a minimálnymi počtami zdravotných výkonov ako kvalitatívnym indikátorom poskytovanej zdravotnej starostlivosti.  Návrh jasne stanovuje miestny nárok občanov na každý typ starostlivosti, vyjadrený ako maximálny počet minút do ktorej majú občania mať k dispozícií daný typ ústavnej starostlivosti. Dostupnosť je delená do 5 úrovní – podľa úrovní nemocníc. Tieto dostupnosti boli nastavené podľa selektovaných zahraničných modelov a prejdené s odborníkmi v danej oblasti. Tento nárok, ktorý je reflektovaný do zmluvnej povinnosti každej zdravotnej poisťovne je doplnený aj minimálnym počtom lôžok. Tieto opatrenia spolu zabezpečujú to, aby každý občan mal ekvivalentnú dostupnosť starostlivosti, čomu dnes často nebolo. Naopak, často sa stávalo, že tým, že nebol poriadok a organizácia typov starostlivosti, pacienti mali síce „nemocnicu“ blízko, ale tam mu nevedeli poskytnúť adekvátnu zdravotnú starostlivosť, čo viedlo k zbytočným presunom pacienta, neefektivite a zhoršeniu zdravotného stavu daného pacienta. |
| *b)* | *Má návrh významný vplyv na niektorú zo zraniteľných skupín obyvateľstva alebo skupín v riziku chudoby alebo sociálneho vylúčenia?*  *Špecifikujte ovplyvnené skupiny v riziku chudoby a sociálneho vylúčenia a popíšte vplyv na ne. Je tento vplyv väčší ako vplyv na iné skupiny či subjekty? Uveďte veľkosť jednotlivých ovplyvnených skupín.* | | |
| *c)* | *Zraniteľné skupiny alebo skupiny v riziku chudoby alebo sociálneho vylúčenia sú napr.:*   * *domácnosti s nízkym príjmom (napr. žijúce iba zo sociálnych príjmov, alebo z príjmov pod hranicou rizika chudoby, alebo s príjmom pod životným minimom, alebo patriace medzi 25% domácností s najnižším príjmom),* * *nezamestnaní, najmä dlhodobo nezamestnaní, mladí nezamestnaní a nezamestnaní nad 50 rokov,* * *deti (0 – 17),* * *mladí ľudia (18 – 25 rokov),* * *starší ľudia, napr. ľudia vo veku nad 65 rokov alebo dôchodcovia,* * *ľudia so zdravotným postihnutím,* * *marginalizované rómske komunity* * *domácnosti s 3 a viac deťmi,* * *jednorodičovské domácnosti s deťmi (neúplné rodiny, ktoré tvoria najmä osamelé matky s deťmi),* * *príslušníci tretích krajín, azylanti, žiadatelia o azyl,* * *iné zraniteľné skupiny, ako sú napr. bezdomovci, ľudia opúšťajúci detské domovy alebo iné inštitucionálne zariadenia* | Návrh zákona vytvára priestor na zlepšenie dostupnosti všeobecnej ambulantnej starostlivosti aj v prípade zraniteľných skupín obyvateľstva ako napr. marginalizovaných rómskych komunít alebo starších ľudí žijúcich v odľahlých regiónoch najmä tým, že na základe klasifikácie okresov definuje nedostatkové okresy (okresy, kde nie je zabezpečený dostatočný počet lekárskych miest) a vytvára priestor na cielené smerovanie nových lekárov práve do nedostatkových oblastí.  Návrh jasne stanovuje miestny nárok občanov na každý typ starostlivosti, vyjadrený ako maximálny počet minút do ktorej majú občania mať k dispozícií daný typ ústavnej starostlivosti. Dostupnosť je delená do 5 úrovní – podľa úrovní nemocníc. Tieto dostupnosti boli nastavené podľa selektovaných zahraničných modelov a prejdené s odborníkmi v danej oblasti. Tento nárok, ktorý je reflektovaný do zmluvnej povinnosti každej zdravotnej poisťovne je doplnený aj minimálnym počtom lôžok. Tieto opatrenia spolu zabezpečujú to, aby každý občan mal ekvivalentnú dostupnosť starostlivosti, čomu dnes často nebolo. Naopak, často sa stávalo, že tým, že nebol poriadok a organizácia typov starostlivosti, pacienti mali síce „nemocnicu“ blízko, ale tam mu nevedeli poskytnúť adekvátnu zdravotnú starostlivosť, čo viedlo k zbytočným presunom pacienta, neefektivite a zhoršeniu zdravotného stavu daného pacienta.  Prístup k zdravotnej starostlivosti podľa jej náročnosti, početnosti, geografickej dostupnosti, potreby jej blízkosti k pacientovi (akútna zdravotná služba), podľa kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti toho času nie je možné kvantifikovať ani presne špecifikovať, pokiaľ nie je jasné finálne znenie vykonávacieho predpisu o kategorizácií ústavnej zdravotnej starostlivosti. Popri tejto reforme sa pripravujú aj tieto reformy:   * akútnej zdravotnej starostlivosti (t. j. siete záchrannej zdravotnej služby), * následnej a dlhodobej zdravotnej starostlivosti, * špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, * dokončenia implementácie zmeny financovania ústavnej starostlivosti (DRG), * týkajúcich sa podpory a zmeny vzdelávania zdravotníckych pracovníkov.   Vplyvy na obyvateľov menej obývaných oblastí, ktoré nenaplnia návrhom zákona predpokladaný dostatočný spád obyvateľov sa nedajú presne vyšpecifikovať, avšak budú kompenzované, riešené ďalšími reformami, ktoré sa pripravujú, napríklad reforma neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Očakávame však presný opak, ak bude poriadok a organizácia typov starostlivosti, pacienti budú vedieť kam majú ísť, čo zabráni zbytočným presunom pacienta, neefektivite a zhoršeniu zdravotného stavu daného pacienta.  V nemocniciach, kde je naplánovaná transformácia na nemocnice komunitnej úrovne, už aj v súčasnosti čerpajú obyvatelia okresu vo svojej nemocnici len 30 - 60 % potrebnej zdravotnej starostlivosti, a v súčasnosti platí, že väčšina poistencov dochádza za ústavnou starostlivosťou do iného mesta. | |

**Optimalizácia siete nemocníc**

Predkladaný materiál má ambíciu vytvoriť rámec, ktorý následne dovolí zmeny v poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktoré sú nevyhnutné z dôvodu dlhodobého nedostatočného financovania systému, nedostatku zdravotného personálu a nepriaznivých demografických prognóz a v neposlednom rade z dôvodu neefektívneho hospodárenia.

Celkovo nevyužívame lôžka efektívne a jedno lôžko zo štyroch ostáva neobsadené, pričom na nich pacienti v priemere trávia takmer o 2 dni dlhšie ako priemer krajín západnej Európy. Základným princípom je redukovať finančne náročné akútne lôžka tam, kde je to žiadané a uvoľnené prostriedky použiť na zásadné navýšenie počtu chronických lôžok, ktorých je nedostatok.

Dôjde teda k čiastočnej transformácii akútnych lôžok na chronické, pričom je však nevyhnutné zabezpečiť dodatočné rozšírenie kapacít týchto chronických lôžok. Počet chronických lôžok, pre ktoré sa uvoľnia zdroje bude zároveň závisieť od nastavenia platieb zdravotných poisťovní za lôžkodeň. Reforma teda nevyžaduje dodatočné zdroje v systéme zdravotnej starostlivosti, toto sa však netýka existujúceho dlhu a investičnej medzery nemocníc. Podľa poslednej štúdie EIB z roku 2019[[2]](#footnote-2) je investičná kapitálová medzera slovenského zdravotníctva vyčíslená na približne 6 mld. EUR. Táto suma pozostáva z požiadaviek do IT, ambulancií ale aj ústavných zariadení. Tvorba kapitálu je totiž zhruba na polovičnej úrovni ako priemer EU krajín a ak by sme chceli dohnať potrebnú medzeru do 10 rokov, tak by bolo potrebné ročne investovať 598 mil. EUR. Súčasné kapitálové zdroje (rozpočet MF SR, EU prostriedky či súkromné investície) túto sumu pokrývajú len čiastkovo. Cieľom MZ SR bolo poukázať na to, že už dnes je kapitálová medzera v sektore. Navrhované zmeny síce prinesú pravidlá do investovania a potreby konkrétnej starostlivosti, čo dopomôže k optimalizácií kapitálových potrieb, ale investičná medzera tu bude stále pretrvávať. Táto medzera sa napriek kapitálovým prostriedkom, EU fondom a vlastným zdrojom nebude dať prekonať, nakoľko súčasné platby od zdravotných poisťovní nie vždy reflektujú nákladovú cenu výkonu. V súčasnosti sa spolu so zástupcami všetkých zainteresovaných strán pripravuje plán potrebnej kapitálovej obnovy každej z nemocníc, nakoľko dnes nie sú požiadavky počítané na základe spoločnej koncepcie, preto dochádza k neefektívnym expanziám, či podfinancovaniu niektorých častí starostlivosti.

Mechanizmus uvoľňovania lôžok bude zabezpečený prostredníctvom úpravy normatívov minimálneho počtu lôžok určených pre akútnu starostlivosť a navyšovania minimálnych normatívov pre chronickú ústavnú starostlivosť – teda pre komunitné nemocnice. Podrobnosti k personálnym normatívom budú súčasťou vykonávacích predpisov. Predpokladáme, že časť potrebného personálu prejde z akútnych oddelení, časť by mohol posilniť nižší zdravotnícky personál a časť prejde z iných odvetví.

Uvoľnené zdroje, ktoré vzniknú vďaka implementácii opatrení spojených s novou verejnou minimálnou sieťou (stratifikáciou) smerujú predovšetkým do pokrytia priamej následnej zdravotnej starostlivosti, vyplývajúcej aj z potrieb akútnych nemocníc, predovšetkým FBLR, LDCH/ODCH a podobne. Tu vnímame potrebu prevencie pred opakovanými hospitalizáciami na akútnych lôžkach počas dlhšieho časového sledu aj niekoľkých mesiacov, ktoré vznikajú kvôli predčasnému prepúšťaniu z nemocnice. Práve posilnenie týchto kapacít a regulácia týchto odvetví pomôže pacientom, ktorí sú v terminálnych štádiách života a nepatria ani domov, ani na akútne lôžka, ale do hospicu a nemajú v súčasnosti kam ísť.

MZ SR si je vedomé, že úspešná realizácia predpokladá implementáciu viacerých iných zmien v systéme. Návrh novely sa dá totiž vnímať ako „kostra“ zmien, na ktorú budú naviazané iné úpravy, a to v rámci platobných mechanizmov, či ambulantnej starostlivosti. Ich úspešná realizácia je teda podmienka a potenciálne riziko pre úspešnú realizáciu projektu.

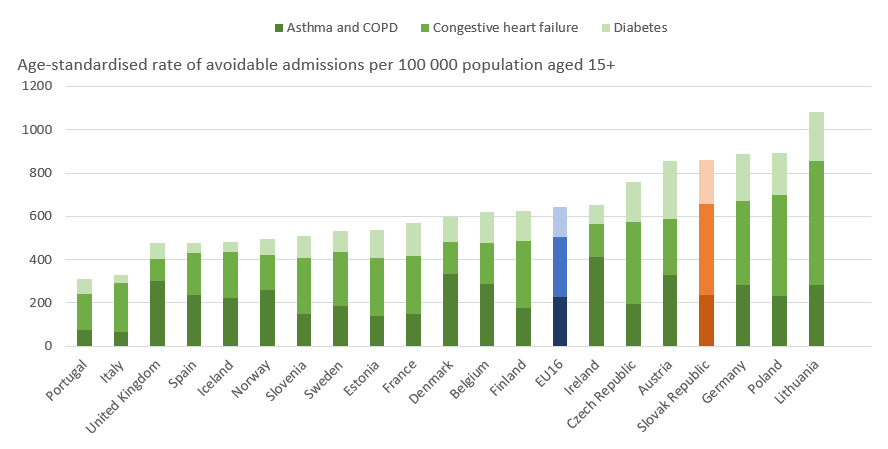
Základným výstupovým cieľom projektu je (okrem zlepšenia kvality a dostupnosti) zlepšenie efektivity využívania zdrojov. Očakávame, že do roka 2030 dosiahne obložnosť v ústavnej starostlivosti 80%, ALOS 6.5 dňa a aj keď rátame s dvojciferným nárastom počtu pacientov, projekt ráta s tým, že sa pomerovo oproti najlepším krajinám EU zníži počet hospitalizácií (kde v súčasnosti máme až o 9% viac hospitalizácií na počet obyvateľov). Dosiahnutie týchto hodnôt je podmienené úspešnou realizáciou nasledovných zmien:

* implementácia platobného mechanizmu, ktorý alokuje zdroje za vykonaný výkon a na základe nákladových cien

Bez funkčne nastaveného platobného mechanizmu (vrátane dynamických rozpočtov), ktorý nemotivuje negatívne, aby poskytovatelia držali pacientov zbytočne na lôžku, alebo si vyberali konkrétne výkony, sa nedá realizovať zníženie ALOSu a zlepšenie obložnosti lôžok. Bez platobného mechanizmu, ktorý platí poskytovateľov za vykonanú aktivitu na úrovni snákladových cien (s primeranou maržou) taktiež nedôjde k presunu zdrojov z akútnych na dlhodobé kapacity, čo výrazne navýši dopady celého projektu. Aktuálny cenník je taktiež základným predpokladom, že poskytovatelia budú ochotní expandovať dlhodobé lôžka. Bez férového finančného mechanizmu a navýšenia platieb za následnú starostlivosti sa najväčšia bariéra v projekte (čiže nezáujem o poskytovanie následnej starostlivosti) neodstráni.

Správne necenený zoznam výkonov je kľúčovým aj pre ambulantný sektor, nakoľko dnes máme podľa štatistík neprimerane veľa hospitalizácií, ktoré sa dali liečiť a riešiť v rámci ambulantnej starostlivosti. Jedná sa o tzv. amublatory care sensitive cases (tzv. ACSC“), kde má Slovensko štvrtú najhoršiu priečku v rámci OECD krajín. Inak povedané, ak máme dosiahnuť redukciu zbytočných hospitalizácií, čo dopomôže k zníženiu ALOSu, tak je nevyhnutné, aby sa v ambulantnom prostredí zvýšila produkcia aj rozsah činností.

Diagram A: Prehľad ACSC za rok 2016



Zdroj: OECD (2018), dáta sú za rok 2016

* nová sieť ambulantnej starostlivosti a nedostatok personálu

Súčasná minimálna sieť ambulantnej zdravotnej starostlivosti nereflektuje požiadavky v regiónoch, čo sa týka štruktúry a počtu lekárov. Funkčná sieť je, ako bolo spomenuté v predchádzajúcom bode, jeden z kľúčových faktorov pri implementácií stratifikácie. MZ SR preto pripravuje aktualizovanú minimálnu sieť, ako aj miestnu dostupnosť jednotlivých odborných špecializácií.

V rámci projektu sa pripravujú aj predikcie jednotlivých typov špecialistov (a nelekárskeho personálu) tak, aby sa mohli pripraviť konkrétne opatrenia na podporu štúdia v nedostatkových oblastiach. Nedostatok personálu a s ňou súvisiaca „organická“ stratifikácia je totiž jedno z najväčších rizík celého projektu. MZ SR preto už v roku 2018 spustilo viaceré opatrenia na stabilizáciu personálu (napr. navýšenie kapacít na štúdium, zavedenie motivačného štipendia či navýšenie mzdových koeficientov), ktoré budú v čase vyhodnotené a v prípade potreby sa pristúpi k ďalším úpravám a politikám, ktoré podporia zamestnanosť v sektore.

Zámerom optimalizácie nemocníc je zvýšiť kvalitu zdravotnej starostlivosti tak, že sa výkony budú koncentrovať vo väčších nemocniciach, keďže viac výkonov prináša viac skúseností a vyššiu kvalitu. Koncentrácia spôsobí, že sa mnohé špecializácie presunú. Znížením miery rehospitalizácie a reoperovanosti môže dôjsť k uvoľneniu zdrojov, ktoré však budú použité na zabezpečenie zvýšenej zdravotnej starostlivosti v dôsledku koncentrácie tejto starostlivosti. Úspora nevznikne práve v dôsledku transformácie zdravotníckych zariadení z akútnych na následnú zdravotnú starostlivosť a koncentrácie akútnej zdravotnej starostlivosti v menšom počte zariadení. Kvantifikovať tieto „uvoľnené zdroje“, ktoré nie sú úsporou, v súčasnosti nie je možné, aj vzhľadom na to, že personálny normatív sa ešte len tvorí a bude zadefinovaný vo vykonávacom predpise týkajúcom sa materiálno-technického a personálneho zabezpečenia.

MZ SR si je však vedomé, že zadefinovaním miestnej dostupnosti negarantuje občanom to kedy im daná elektívna starostlivosť bude poskytnutá. A preto v rámci vykonávacích predpisov plánuje navrhnúť aj nový zoznam čakacích dôb, ktoré sa budú merať a stanovovať tak, aby bola zagarantovaná reálna dostupnosť zdravotnej starostlivosti.

Záleží nám na tom, aby mal pacient dostupnú komplexnú zdravotnú starostlivosť, a preto sme pristúpili ku konkrétnym krokom aj v tejto oblasti. Z pozície regulátora vytvárame podmienky a priestor pre postupné zmeny a snažíme sa odstraňovať bariéry v implementácii opatrení. Nevieme však garantovať akceptáciu zámerov v plnom rozsahu zo strany zdravotných poisťovní a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, preto sú dopady len indikatívne a mali by byť čerpané flexibilne.

Návrh jasne stanovuje miestny nárok občanov na každý typ starostlivosti, vyjadrený ako maximálny počet minút do ktorej majú občania mať k dispozícií daný typ ústavnej starostlivosti. Dostupnosť je delená do 5 úrovní – podľa úrovní nemocníc. Tieto dostupnosti boli nastavené podľa selektovaných zahraničných modelov a prejdené s odborníkmi v danej oblasti. Tento nárok, ktorý je reflektovaný do zmluvnej povinnosti každej zdravotnej poisťovne je doplnený aj minimálnym počtom lôžok. Tieto opatrenia spolu zabezpečujú to, aby každý občan mal ekvivalentnú dostupnosť starostlivosti, čomu dnes často nebolo. Naopak, často sa stávalo, že tým, že nebol poriadok a organizácia typov starostlivosti, pacienti mali síce „nemocnicu“ blízko, ale tam mu nevedeli poskytnúť adekvátnu zdravotnú starostlivosť, čo viedlo k zbytočným presunom pacienta, neefektivite a zhoršeniu zdravotného stavu daného pacienta.

Prístup k zdravotnej starostlivosti podľa jej náročnosti, početnosti, geografickej dostupnosti, potreby jej blízkosti k pacientovi (akútna zdravotná služba), podľa kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti toho času nie je možné kvantifikovať ani presne špecifikovať, pokiaľ nie je jasné finálne znenie vykonávacieho predpisu o kategorizácií ústavnej zdravotnej starostlivosti. Popri tejto reforme sa pripravujú aj tieto reformy:

* akútnej zdravotnej starostlivosti (t. j. siete záchrannej zdravotnej služby),
* následnej a dlhodobej zdravotnej starostlivosti,
* špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti,
* dokončenia implementácie zmeny financovania ústavnej starostlivosti (DRG),
* týkajúce sa podpory a zmeny vzdelávania zdravotníckych pracovníkov.

Ministerstvo zdravotníctva pri nadväzujúcich reformách postupuje v súlade s nasledovným harmonogramom:

* v nadväznosti na schválenie Plánu obnovy a odolnosti ministerstvo zdravotníctva spolu s operačným strediskom záchrannej zdravotnej služby (ďalej len „ZZS“) v rámci roka 2022 príjme novú sieť ZZS naviazanú na novú optimálnu sieť nemocníc. Optimálna sieť bude vychádzať z dopytu po zásahoch podľa diagnóz a regiónov, geografického rozloženia staníc ZZS so zohľadnením cestnej siete a infraštruktúry, dostupnosti nemocničných zariadení vhodných typov a zároveň s využitím matematického modelovania a simulácií z reálnych dát (napr. p-median model a iné). Ministerstvo zdravotníctva v roku 2022 príjme novú definíciu neodkladnej zdravotnej starostlivosti, ktorá určí okruh oprávnených užívateľov záchrannej zdravotnej služby a spôsob vykonania odozvy na požiadavku týchto užívateľov. Cieľom je využitie ZZS práve na opodstatnené zásahy, keď sú pacienti v priamom ohrození života a čím sa zvýši dostupnosť ZZS a efektívne využijú zdroje. Súčasťou týchto reforiem bude aj definícia poskytovania urgentnej starostlivosti v rámci ústavných zdravotníckych zariadení v nadväznosti na prijatú optimálnu sieť nemocníc.
* ministerstvo zdravotníctva v súčinnosti s Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky v rámci implementácie Plánu obnovy a odolnosti predstaví reformy integrácie a financovania dlhodobej sociálnej a zdravotnej starostlivosti, posudkovej činnosti a dohľadu nad sociálnou starostlivosťou. Spomenuté reformy sú už rozpracované v rámci medzirezortnej skupiny, ktorá započala svoju činnosť v roku 2020, pričom jednou z jej hlavných úloh v súvislosti s optimálnou sieťou nemocníc bude zadefinovať potrebu následných, dlhodobých a paliatívnych kapacít. S ohľadom na vládou schválené míľniky v rámci Plánu obnovy a odolnosti sa očakáva do prvého kvartálu roku 2023 schválenie nového zákona v oblasti dlhodobej a paliatívnej zdravotnej starostlivosti a do konca roka 2023 bude Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny predložená nová koncepcia financovania sociálnych služieb, ktorej legislatívne schválenie sa očakáva najneskôr v roku 2025.
* súčasťou predkladanej legislatívy je aj reforma primárnej ambulantnej starostlivosti. V prvom kroku je cieľom v rámci roka 2021 upraviť reguláciu spôsobom, aby podporovala príchod nových všeobecných lekárov, priebežnú generačnú výmenu aj celkové zvýšenie ich počtu a zároveň prispievala k riešeniu geografických nerovností v dostupnosti primárnej starostlivosti. Kombinácia zonačných kritérií a zriadenia finančného nástroja na podporu primárnej starostlivosti na MZ SR vytvorí nástroje na priamy výkon zdravotníckych politík a umožní podporiť cielené vytváranie nových praxí v miestach, kde ich je nedostatok. V ďalšom kroku sa MZ v priebehu roka 2022 sústredí na zadefinovanie úlohy primárnej sféry v systéme poskytovania zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike prostredníctvom nových koncepcií všeobecného lekárstva. Nové koncepcie všeobecného lekárstva pre dospelých, deti a dorast a súvisiaca úprava úhradových mechanizmov budú výsledkom interných prác MZ SR s využitím nástroja technickej pomoci od Európskej komisie a pracovných skupín so zástupcami sektora. Vychádzajúc z odporúčaní Svetovej banky bude ich cieľom podporiť rozširovanie kompetencií VLD a VLDD, zvýhodňovanie modelov práce podporujúcu dostupnosť, kvalitu a efektivitu poskytovania primárnej starostlivosti. V následnom kroku sa MZ sústredí na špecializovanú ambulantnú starostlivosť, ktorej potrebu a úlohu prehodnotí v rámci roku 2023 v závislosti na prijatú reformu primárnej ambulantnej starostlivosti a reformu ústavnej starostlivosti.
* do konca roka 2023 ministerstvo zdravotníctva prehodnotí a sfunkční systém DRG v nadväznosti na prijatú reformu nemocničnej siete. Ministerstvo vykoná v tomto ohľade hĺbkovú revíziu definičnej príručky a relatívnych váh.
* ministerstvo zdravotníctva kontinuálne pracuje na zlepšení situácie s nedostatkom zdravotníckeho personálu. V súlade so schváleným Plánom obnovy a odolnosti už v roku 2022 zjednoduší a skráti uznávanie dokladov a kvalifikácií prichádzajúcich zdravotníckych pracovníkov a permanentne etabluje inštitút odbornej stáže a zavedie programy na zrýchlenie adaptácie vysokokvalifikovaných zdravotníckych pracovníkov a ich rodín. Na základe schválenej stratégie ľudských zdrojov, na ktorej ministerstvo už v súčasnosti pracuje, pristúpi ku krokom, ako je reforma vzdelávania, bude udržiavať a vylepšovať nástroje ako sú motivačné štipendiá, rezidentské štúdia, zasadí sa o lepšie mzdové podmienky zdravotníckych pracovníkov, prehodnotí úlohu ostatného zdravotníckeho personálu za cieľom mitigácie jeho akútneho nedostatku a mnohé ďalšie opatrenia.

**Dostupnosť**

Meranie vzdialenosti v km bolo pre účely tohto zákona nahradené dojazdeným časom motorového vozidla. Pre meranie boli použité konzervatívne odhady rýchlostí, ktoré zodpovedajú priemerným rýchlostiam a nie maximálnym, ktoré sú často používané v komerčných systémoch. Navrhované kritériá časovej dostupnosti sú navyše stanovenú oveľa prísnejšie než v okolitých krajinách, kde sa dojazdy stanovujú v 1,5 aj 2-násobne dlhších dojazdových časoch. Meranie podľa dojazdu hromadnej dopravy by znamenalo zmenu siete nemocníc pri každej zmene grafikonu, prázdninách alebo víkendovom režime. Infraštruktúra nemocníc má slúžiť na zabezpečenie dostupnej starostlivosti najmä v prípade dojazdu sanitkou v urgentných stavoch. Predmetom nie je garancia sociálnej dostupnosti (predmetom je úhrada z verejného zdravotného poistenia, nie zo sociálnych zdrojov). Definícia bola upravená tak, aby sa neodkazovala na osobnú dopravu, ale dopravu motorovým vozidlom.

Úlohou komisie pre kategorizáciu ústavnej zdravotnej starostlivosti je definícia odborných pravidiel pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti v nemocnici, potrebnému vybaveniu, kritériám kvality, podľa toho je preto určené aj zloženie komisie. Definované štandardy kvality majú byť platné pre celé územie SR rovnako. S účasťou zástupcu regiónov sa naopak ráta v komisii pre tvorbu sieť, ktorá rozhoduje o konkrétnom postavení nemocníc v sieti, kde je potrebné zohľadniť aj regionálne faktory.

Vplyvy na obyvateľov menej obývaných oblastí, ktoré nenaplnia návrhom zákona predpokladaný dostatočný spád obyvateľov sa nedajú presne vyšpecifikovať, avšak budú kompenzované, riešené ďalšími reformami, ktoré sa pripravujú, napríklad reforma neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Očakávame však presný opak, ak bude poriadok a organizácia typov starostlivosti, pacienti budú vedieť kam majú ísť, čo zabráni zbytočným presunom pacienta, neefektivite a zhoršeniu zdravotného stavu daného pacienta. Pre zabezpečenie prevozov v rámci urgentných prípadov bude (na základe finálneho zoznamu nemocníc v sieti a ich úrovní) aktualizovaná sieť záchrannej služby (pozemnej aj leteckej). Zabezpečenie dopravy za neurgentnou dopravou by podľa názoru predkladateľa nemalo byť nákladom verejného zdravotného poistenia, ale sociálneho zabezpečenia, pretože by malo byť smerované len na tie časti populácie, pre ktoré by doprava bola sociálne problematická. Predkladateľ otvorí v tomto kontexte diskusiu s príslušnými inštitúciami. Migrácia v prihraničných oblastiach je obojsmerná. Práve kvôli prihraničným oblastiam a zabezpečeniu dostupnosti aj v takýchto nerovnomerných spádových oblastiach je v podmienkach pre tvorbu siete znížený počet poistencov v spádovej oblasti pre regióny, kde by takto bola nedostatočná dostupnosť. Migrácia za prácou zvyčajne smeruje z menej vyvinutých regiónov do veľkých miest. Zohľadnenie takejto migrácie by znamenalo ešte väčšie zhoršenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti v menej obývaných regiónoch SR. Samotné prirodzené spádové územia môžu byť určené až nad existujúcou sieťou. Toto určenie bude definované v každoročnom vyhodnotení siete. Návrh prvej siete nemocníc bol doplnený.

Po vyhodnotení všetkých faktorov, demografie, trendov v medicíne, so zohľadnením súčasného využitia lôžok a po zavedení plánovaných zmien, v Slovenskej republike budeme do roku 2030 potrebovať namiesto súčasných 28 262 akútnych lôžok len približne 17 500 akútnych nemocničných lôžok (tzn. pokles lôžok o 38 %). Na zabezpečenie tohto počtu – a s cieľom zabezpečenia vyššej efektivity, bude v novej optimálnej sieti postačovať 31 nemocníc (resp. komplexov nemocníc – t. j. pôjde o 31 geografických bodov, pričom zdravotná starostlivosť v jednom bode bude môcť zabezpečiť viacero nemocníc podľa vyššie popísaných podmienok).

V predkladaných materiáloch sa používajú počty lôžok v rôznych kontextoch, preto tieto čísla nie sú vždy rovnaké. V rámci analýz sa používali viaceré scenáre (podľa ich pravdepodobnosti, resp. predpokladov, ktoré by museli byť na ich naplnenie splnené). V samotnom nariadení sa potom uvádzajú minimálne počty lôžok, ktoré sú potrebné na zabezpečenie ústavnej zdravotnej starostlivosti. Neobsahujú preto rezervy, ktoré je možné efektívnejšou organizáciou práce eliminovať. Počty lôžok v nariadení boli ďalej rozdelené do 2 kategórií - na akútne a psychiatrické, kdežto v sprievodných dokumentoch sa akútne psychiatrické lôžka zarátavali do celkových akútnych lôžok. Zohľadnenie dlhodobých trendov alebo dlhodobého plánovania bude umožnené pomocou kategorizáciou ústavnej starostlivosti, v rámci ktorej je možné stanoviť prechodné obdobie. Toto umožní ustanoviť napr. potrebu povinných programov alebo služieb v nových regiónoch a poskytnúť dostatočný čas pre vybudovanie týchto programov alebo kapacít v predmetných nemocniciach. Nemocnice tak budú mať záväzné ustanovenie alebo rozhodnutie, na základe ktorého budú môcť realizovať investície, a zároveň dostatok času na ich realizáciu v prípade potreby dlhšie trvajúcich zmien.

V súčasnosti poskytuje ústavnú starostlivosť na Slovensku 98 všeobecných alebo špecializovaných nemocníc. Z nich bude približne 28 až 32 zaradených do siete a ďalších približne 20 - 25 podmienene zaradených do siete (ako tzv. komplementárna nemocnica po dohode s hlavnou nemocnicou v sieti, napr. NÚSCH, VOÚ, DFN Košice, Onkologický ústav sv. Alžbety) alebo ako nemocnica poskytujúca doplnkový program. Zo zvyšných viac ako 40 nemocníc, ktoré nebudú zaradené do siete akútnych nemocníc (t. j. nezískajú úroveň regionálnej, komplexnej, koncovej a národnej nemocnice):

* 21 nemocníc už ani dnes neposkytuje skutočnú akútnu lôžkovú starostlivosť (bez prítomnosti Oddelenia akútnej a intenzívnej starostlivosti), t. j. ide o nemocnice, ktoré sa už v minulosti samé transformovali na komunitnú úroveň nemocnice,
* približne ďalších 20 nemocníc bude transformovaných na komunitné nemocnice, pričom časť z nich bude poskytovať vybrané doplnkové programy.

Pre niekoľko nemocníc zaradených do siete bude zmena znamenať vybudovanie nových programov, alebo zabezpečenie plnenia nových podmienok stanovených kategorizáciou ústavnej starostlivosti. Časť nemocníc naopak bude musieť niektoré programy utlmiť (v oblastiach s väčším počtom väčších nemocníc, z ktorých dnes žiadna nedosahuje minimálne počty pacientov, zostane špecializovaný program len v niektorých z týchto nemocníc).

Na reformu optimálnej siete nemocníc budú nadväzovať ďalšie reformy alebo plánované zmeny, ktoré zabezpečia jej realizáciu v navrhovanom prechodnom období; ide najmä o reformu akútnej zdravotnej starostlivosti (siete záchrannej zdravotnej služby), reformu následnej a dlhodobej zdravotnej starostlivosti, reformu ambulantnej zdravotnej starostlivosti, dokončenie implementácie zmeny financovania ústavnej starostlivosti (DRG) a podpory a zmeny vzdelávania zdravotníckych pracovníkov. Špecifikácia procesov v nemocniciach a organizácia práce v nemocniciach nie je predmetom tohto zákona. Časť týchto zmien nastane vplyvom zavádzania efektívnejších procesov v nemocniciach najmä v novo postavených zariadeniach, ktoré eliminujú časové straty pri ošetrovaní pacientov, ktoré dnes vznikajú neefektívnym usporiadaním nemocníc a ktoré často nie je možné v starých budovách pavilónového typu realizovať. Ďalšie skrátenia ošetrovacej doby vyplynú z postupne sa zvyšujúceho využívania menej invazívnych medicínskych postupov, vybavenia pacientov v jednodňovej starostlivosti alebo skoršieho presunu na následné lôžka, prípadne aj ďalšími vplyvmi, ktoré boli uvedené aj v prílohách tohto návrhu zákona (napr. v prezentácii).

Vzhľadom na to, že v súčasnej dobe prebieha diskusia o tom, ktoré nemocnice v súčasnosti existujúce budú zaradené do jednotlivých kategórií nemocníc, nie je možné zhodnotiť ako sa presunú zamestnanci a či zmena vyvolá dopad na nové pracovné miesta.

Až následne bude možné zhodnotiť aj vplyvy na podmienky v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti (pre pacientov a aj pre zamestnancov) týkajúce sa priestorového a materiálneho - technického zabezpečenia zariadení.

Prístup "hodnota za peniaze" je aplikovaný pri centralizácii medicínskych služieb, ktoré sú finančne náročné na materiálno-technické vybavenie alebo náročné na personálne zabezpečenie do menšieho počtu nemocníc, ktoré sú geograficky rovnomerne rozložené po celom Slovensku. Takáto centralizácia povedie k vyššej efektivite zdravotného systému. Predmetom tohto zákona je definícia podmienok pre zabezpečenie siete a kvality poskytovanej ústavnej starostlivosti v nemocniciach v sieti, nie ich ekonomická efektivita. Máme za to, že MZSR by nemalo vylúčiť nemocnicu zo siete len z toho dôvodu, že jej finančná situácia nie je optimálna (napr. z dôvodu predchádzajúcich investícií alebo naopak vplyvom historických investičných dlhov). Na meranie finančných ukazovateľov MZSR nezbiera ani potrebné dáta.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4.3 Identifikujte a popíšte vplyv na rovnosť príležitostí.**  **Identifikujte, popíšte a kvantifikujte vplyv na rovnosť žien a mužov.** | | |
| *a)* | *4.3.1 Dodržuje návrh povinnosť rovnakého zaobchádzania so skupinami alebo jednotlivcami na základe pohlavia, rasy, etnicity, náboženstva alebo viery, zdravotného postihnutia, veku, sexuálnej orientácie alebo iného statusu? Mohol by viesť k nepriamej diskriminácii niektorých skupín obyvateľstva? Ak áno, ktoré skupiny sú takto ovplyvnené a akým spôsobom?* | |
| *b)* | Návrh zákona dodržiava povinnosť rovnakého zaobchádzania so skupinami alebo jednotlivcami na základe pohlavia, rasy, etnicity, náboženstva alebo viery, zdravotného postihnutia a sexuálnej orientácie. Návrh zákona nemá vplyv na rovnosť príležitostí. | |
| *c)* | *4.3.2 Môže návrh viesť k zväčšovaniu nerovností medzi ženami a mužmi? Podporuje návrh rovnosť príležitostí? Má návrh odlišný vplyv na ženy a mužov? Popíšte vplyvy.* | |
| *d)* | *Popíšte riziká návrhu, ktoré môžu viesť k zväčšovaniu nerovností:* | Bez vplyvu. |
| *e)* | *Popíšte pozitívne vplyvy návrhu na dosahovanie rovnosti žien a mužov, rovnosti príležitostí žien a mužov, prípadne vplyvy na ženy a mužov, ak sú odlišné:* |  |
| *f)* | *Má návrh významné vplyvy na niektorú zo zraniteľných skupín obyvateľstva? Ak áno, aké? Akým spôsobom? Zraniteľnou skupinou obyvateľstva sa rozumejú najmä ženy ohrozené viacnásobnou diskrimináciou, tehotné matky, seniorky, ženy patriace do marginalizovaných skupín obyvateľstva, migrantky, ženy a dievčatá so zdravotným postihnutím, obete násilia a pod.* |  |
| *g)* | *Pri identifikovaní vplyvov na rovnosť žien a mužov treba vziať do úvahy existujúce rozdiely medzi ženami a mužmi, ktoré sú relevantné k danej politike. Podpora rovnosti  žien a mužov nespočíva len v odstraňovaní obmedzení a bariér pre plnohodnotnú účasť na ekonomickom, politickom a sociálnom živote spoločnosti ako aj rodinnom živote, ale taktiež v podpore rovnosti medzi nimi.*  *V ktorých oblastiach podpory rovnosti žien a mužov návrh odstraňuje prekážky a/alebo podporuje rovnosť žien a mužov? Medzi oblasti podpory rovnosti žien a mužov okrem iného patria:*   * *podpora slobodného výberu povolania a ekonomickej činnosti* * *podpora vyrovnávania ekonomickej nezávislosti,* * *zosúladenie pracovného, súkromného a rodinného života,* * *podpora rovnosti príležitostí pri participácii na rozhodovaní,* * *boj proti domácemu násiliu,  násiliu na ženách a obchodovaniu s ľuďmi,* * *podpora vnímania osobnej starostlivosti o dieťa za rovnocennú s ekonomickou činnosťou a podpora neviditeľnej práce v domácnosti ako takej,* * *rešpektovanie osobných preferencií pri výbere povolania a zosúlaďovania pracovného a rodinného života.* | Bez vplyvu. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4.4 Identifikujte, popíšte a kvantifikujte vplyvy na zamestnanosť a na trh práce.**  *V prípade kladnej odpovede pripojte* ***odôvodnenie*** *v súlade s Metodickým postupom pre analýzu sociálnych vplyvov.* | | |
| *a)* | *Uľahčuje návrh vznik nových pracovných miest? Ak áno, ako? Ak je to možné, doplňte kvantifikáciu.* | |
| *b)* | *Identifikujte, v ktorých sektoroch a odvetviach ekonomiky, v ktorých regiónoch, pre aké skupiny zamestnancov, o aké typy zamestnania /pracovných úväzkov pôjde a pod.* | VAS  Áno, návrh uľahčuje vznik nových pracovných miest (sektor zdravotníctvo, povolanie všeobecný lekár) identifikovaním nedostatkových okresov z hľadiska dostupnosti všeobecnej ambulantnej starostlivosti na území Slovenskej republiky. Reforma prináša príležitosť mladým lekárkam a lekárom otvoriť si vlastnú prax. Reforma umožňuje požiadať o finančný jednorazový príspevok na zriadenie novej ambulancie. Odhadovaná kvantifikácia je 170 priznaných príspevkov na zriadenie nových ambulancií (t. j. 170 nových pracovných príležitostí pre všeobecných lekárov) na obdobie rokov 2022 – 2026. |
| *c)* | *Vedie návrh k zániku pracovných miest?* *Ak áno, ako a akých? Ak je to možné, doplňte kvantifikáciu* | |
| *d)* | *Identifikujte, v ktorých sektoroch a odvetviach ekonomiky, v ktorých regiónoch, o aké typy zamestnania /pracovných úväzkov pôjde a pod. Identifikujte možné dôsledky, skupiny zamestnancov, ktoré budú viac ovplyvnené a rozsah vplyvu.* | VAS  Návrh zákona nemá vplyv na zánik pracovných miest.  OSN  Môže dôjsť k zániku časti pracovných miest v nemocniciach s nižšou úrovňou z čoho vyplýva, že personál sa bude musieť presunúť do inej nemocnice, časť personálu bude musieť cestovať do iného mesta za prácou alebo sa môže presunúť do ambulantného sektora, kde je v súčasnosti nedostatok personálu.  Tvorba novej siete nemocníc prebieha po vzájomnej diskusii so zainteresovanými subjektami a na základe dohody sa posunulo vydanie prvého zoznamu nemocníc, aby bol dostatok času na podrobné analýzy a ich validáciu jednotlivými nemocnicami. Pokiaľ ide o toky finančných prostriedkov, od 1.1.2022 bude v platnosti prechodné obdobie, počas ktorého bude naďalej platiť koncová sieť (do 31.12.2023), t.j. všetky vzťahy ostávajú zachované. Následne po tomto prechodnom období, zoznam nemocníc aj všetky práva a povinnosti vyplývajúce z návrhu zákona sa budú riadiť týmto zákonom.  V návrhu uznesenia SR k návrhu zákona je úloha  B. 1. vypracovať v spolupráci s Ministerstvom financií SR analýzu finančných dopadov a realokáciu zdrojov pri implementácií návrhu zákona o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov,  Termín: do jedného mesiaca od zverejnenia návrhu zoznamu nemocníc zaradených do siete kategorizovaných nemocníc.  Pri príprave prvého a finalizácií prvého zoznamu bude možné tieto dopady kvantifikovať. |
| *e)* | *Ovplyvňuje návrh dopyt po práci? Ak áno, ako?* | |
| *f)* | *Dopyt po práci závisí na jednej strane na produkcii tovarov a služieb v ekonomike a na druhej strane na cene práce.* | VAS  Áno, návrh umožní lekárom a lekárkam získať informáciu o voľných lekárskych miestach v okresoch, kde nie je zabezpečený dostatočný počet lekárskych miest, zverejňovaných samosprávnymi krajmi.  OSN  Po realizácii kategorizácie a určení konkrétnej siete nemocníc sa predpokladá zvýšený dopyt po práci zdravotníckeho pracovníka v nemocniciach zaradených v sieti.  Optimalizácia siete nemocníc predpokladá aj presun medzi pracovnými miestami v rámci existujúcich nemocníc. Kvantifikácia objemu presunov bude možná až po prijatí rozhodnutí o kategorizácii v zmysle navrhovaného zákona.  Od nastavenia kategorizácie ústavnej zdravotnej starostlivosti – zoznam medicínskych služieb, povinných programov, lehoty časovej dostupnosti, špeciálne materiálno-technické vybavenie a pod. budú závisieť podmienky v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti (pre pacientov a aj pre zamestnancov) týkajúce sa priestorového a materiálneho - technického zabezpečenia zariadení. |
| *g)* | *Má návrh dosah na fungovanie trhu práce?* *Ak áno, aký?* | |
| *h)* | *Týka sa makroekonomických dosahov ako je napr. participácia na trhu práce, dlhodobá nezamestnanosť, regionálne rozdiely v mierach zamestnanosti.* *Ponuka práce môže byť ovplyvnená rôznymi premennými napr. úrovňou miezd, inštitucionálnym nastavením (napr. zosúladenie pracovného a súkromného života alebo uľahčovanie rôznych foriem mobility).* | VAS  Áno, návrh vytvára nové pracovné príležitosti aj v nedostatkových regiónoch a prispeje k efektívnejšej alokácii pracovnej sily.  OSN  Áno, návrh vytvára nové pracovné príležitosti u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí budú zaradení v pripravovanej sieti nemocníc. |
| *i)* | *Má návrh špecifické negatívne dôsledky pre isté skupiny profesií, skupín zamestnancov či živnostníkov?* *Ak áno, aké a pre ktoré skupiny?* | |
| *j)* | *Návrh môže ohrozovať napr. pracovníkov istých profesií favorizovaním špecifických aktivít či technológií.* | Návrh zákona nemá negatívne dôsledky pre žiadne skupiny profesií. |
| *k)* | *Ovplyvňuje návrh špecifické vekové skupiny zamestnancov? Ak áno, aké? Akým spôsobom?* | |
| *l)* | *Identifikujte, či návrh môže ovplyvniť rozhodnutia zamestnancov alebo zamestnávateľov a môže byť zdrojom neskoršieho vstupu na trh práce alebo predčasného odchodu z trhu práce jednotlivcov.* | Návrh zákona nemá vplyv na špecifické vekové skupiny zamestnancov. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Analýza vplyvov na informatizáciu spoločnosti** | | | | | |
| **Budovanie základných pilierov informatizácie** | | | | | |
| **Biznis vrstva** | **A – nová služba**  **B – zmena služby** | **Kód koncovej služby** | **Názov koncovej služby** | | **Úroveň elektronizácie** |
| **6.1.** Predpokladá predložený návrh zmenu existujúcich koncových služieb verejnej správy alebo vytvorenie nových služieb pre občana alebo podnikateľa? | A | ks\_340629 | Žiadosť o príspevok na zabezpečenie minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti (VAS) | | *4* |
|  | A | ks\_340630 | Zverejňovanie výsledkov vyhodnocovania stavu siete VAS, klasifikácie okresov, zoznamu poskytovateľov a zoznamu miest na ktoré sa viažu príspevky na webovom sídle MZSR | | *4* |
|  | A | ks\_340631 | Zverejňovanie výsledkov vyhodnocovania stavu siete VAS na webovom sídle ÚDZS | | *4* |
|  | A | ks\_340633 | Zverejňovanie zoznamu neobsadených lekárskych miest v kraji na webových sídlach príslušných VÚC | | *4* |
|  | A | ks\_340634 | Zverejňovanie výsledkov vyhodnotenia plnenia podmienok kategorizácie ústavnej zdravotnej starostlivosti na webovom sídle MZSR | | *4* |
|  | A | ks\_340635 | Žiadosť o podmienené zaradenie nemocnice do siete kategorizovaných nemocníc, žiadosť o podmienené zvýšenie úrovne nemocnice zaradenej do siete kategorizovaných nemocníc a žiadosť o podmienené poskytovanie doplnkového programu | | *4* |
|  | A | ks\_340765 | Žiadosť o zmenu údajov o mieste prevádzkovania, o počte lôžok a o rozdelení povinných programov medzi hlavnou nemocnicou a partnerskou nemocnicou | | *4* |
|  | A | ks\_340766 | Žiadosť o zníženie úrovne nemocnice zaradenej do siete kategorizovaných nemocníc, žiadosť o zrušenie doplnkového programu v nemocnici zaradenej do siete kategorizovaných nemocníc a žiadosť o vyradenie nemocnice zo siete kategorizovaných nemocníc | | *4* |
|  | A | ks\_340636 | Zverejňovanie zoznamu kategorizovaných nemocníc na webovom sídle MZSR | | *4* |
|  | A | ks\_340767 | Návrh na plánovanú starostlivosť zaslaný prevádzkovateľom nemocnice | | *4* |
| **Aplikačná a technologická vrstva** | **A – nový systém**  **B – zmena systému** | **Kód systému** | **Názov systému** | | **Vo vládnom cloude – áno / nie** |
| **6.2.** Predpokladá predložený návrh zmenu existujúceho alebo vytvorenie nového informačného systému verejnej správy? Predpokladá správca umiestnenie informačného systému vo vládnom cloude? | A | isvs\_10880 | Zoznam kategorizovaných nemocníc zaradených do siete kategorizovaných nemocníc | | *nie* |
|  | A | isvs\_10881 | Zoznam  poistencov čakajúcich na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti | | *nie* |
| **Financovanie procesu informatizácie** | **Rezortná úroveň** | **Nadrezortná úroveň** | | **A - z prostriedkov EÚ B - z ďalších zdrojov financovania** | |
| **6.3.** Vyžaduje si proces informatizácie finančné investície?  *(Uveďte príslušnú úroveň financovania a kvantifikáciu finančných výdavkov uveďte v analýze vplyvov na rozpočet verejnej správy.)* | **x** | **-** | | **-** | |
| **Zjednodušenie prístupu ku konaniu a odstraňovanie byrokracie** | | | | | |
| **Elektronické konanie** | | | | | |
| **6.4.1.** Predpokladá predložený návrh vedenie konania o právach, právom chránených záujmoch alebo povinnostiach fyzických osôb a právnických osôb? | |  |  | | --- | --- | |  | **Áno** | |  | **Nie** | | *Konanie o*   * + - 1. podmienenom zaradení nemocnice do siete kategorizovaných nemocníc,       2. podmienenom zvýšení úrovne nemocnice zaradenej do siete kategorizovaných nemocníc,       3. podmienenom poskytovaní doplnkového programu,       4. riadnom zaradení nemocnice do siete kategorizovaných nemocníc,       5. riadnom zvýšení úrovne nemocnice zaradenej do siete kategorizovaných nemocníc,       6. riadnom poskytovaní doplnkového programu,       7. zmene údajov o sídle, o počte lôžok a o rozdelení povinných programov a doplnkových programov medzi hlavnou nemocnicou a komplementárnou nemocnicou,       8. znížení úrovne nemocnice zaradenej do siete kategorizovaných nemocníc,       9. zrušení doplnkového programu,       10. vyradení nemocnice zo siete kategorizovaných nemocníc,   *(štvrtá časť návrhu zákona o kategorizovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov).* | | | |
| **6.4.2.** Je dané konanie možné v celku vykonať elektronicky? | |  |  | | --- | --- | |  | **Áno** | |  | **Nie** | |  | | | |
| **6.4.3.** Je úprava konania kompatibilná s inštitútmi zákona o e-Governmente a je na dané konanie zákon o e-Governmente možné použiť? | |  |  | | --- | --- | |  | **Áno** | |  | **Nie** | | *Štruktúrovanú žiadosť s prílohami o podmienené zaradenie alebo zaradenie nemocnice do siete kategorizovaných nemocníc podľa § 12 až §14 je možné podať elektronicky na MZSR.* | | | |
| **Zásada „jedenkrát a dosť“** | | | | | |
| **6.5.1.** Predpokladá predložený návrh predkladanie dokumentov, informácií alebo preukazovanie skutočností (ďalej len „údaje“) orgánu, ktorý konanie vedie? | |  |  | | --- | --- | |  | **Áno** | |  | **Nie** | | *Pre účely konania (vrátane podmieneného zaraďovania) o zaraďovaní nemocnice do siete kategorizovaných nemocníc sa získavajú údaje v rozsahu údajov podľa § 12 až 15 ods. 2 až ods. 5 predkladaného návrhu.* | | | |
| **6.5.2.** Predpokladá predložený návrh, aby sa predkladali údaje, ktoré sa nachádzajú v zákonom ustanovenej evidencii vedenej orgánom, ktorý konanie vedie alebo iným orgánom? | |  |  | | --- | --- | |  | **Áno** | |  | **Nie** | | *(Uveďte, o akú evidenciu ide.)* | | | |
| **6.5.3.** Budú údaje poskytované režimom podľa zákona č. 177/2018 Z.z. v znení neskorších predpisov alebo iným obdobným spôsobom, ktorý zabezpečí, aby si údaje orgán, ktorý konanie vedie, získaval z úradnej moci a nemuseli mu byť predkladané subjektom súkromného práva, navrhovateľom, žiadateľom, účastníkom konania (ďalej len „účastník konania“)? | |  |  | | --- | --- | |  | **Áno** | |  | **Nie** | | *Údaje musí predkladať žiadateľ z dôvodu nevyhnutnosti preukázania napr. splnenia materiálno-technického vybavenia, personálneho zabezpečenia, predloženia projektu stratégie a rozvoja nemocnice a z dôvodu absencie väčšiny požadovaných údajov v evidenciách orgánov verejnej moci.* | | | |
| **6.5.4.** Ak si orgán, ktorý konanie vedie, údaje nebude získavať z úradnej moci ale mu budú predkladané účastníkom konania, je v návrhu upravené prechodné obdobie, po ktorého uplynutí si údaje orgán, ktorý konanie vedie, bude získavať z úradnej moci? | |  |  | | --- | --- | |  | **Áno** | |  | **Nie** | | *Údaje budú získavané z úradnej moci od začiatku aplikácie daného ustanovenia o konaní o zaraďovaní nemocnice do siete kategorizovaných nemocníc.* | | | |
| **Výmena údajov medzi orgánmi verejnej moci** | | | | | |
| **6.6.1.** Predpokladá predložený návrh zriadenie novej evidencie údajov alebo upravuje vedenie evidencie údajov? | |  |  | | --- | --- | |  | **Áno** | |  | **Nie** | |  | | | |
| **6.6.2.** Umožňuje predložený návrh poskytovanie údajov z evidencie iným orgánom verejnej moci, resp. iným osobám na plnenie ich zákonom ustanovených úloh bez obmedzenia subjektu (teda vo všetkých prípadoch, kedy tieto údaje na plnenie zákonom ustanovených úloh potrebujú)? | |  |  | | --- | --- | |  | **Áno** | |  | **Nie** | | *V prípade legislatívneho návrhu k zákonu č. 578/2004 Z. z. sa údaje poskytujú v elektronickej podobe, bezodplatne a v rozsahu plnenia úloh podľa osobitných predpisov.*  *Konkrétne zdravotné poisťovne, Národné centrum zdravotníckych informácií a samosprávne kraje sú povinné sprístupniť Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou elektronickou formou všetky informácie a údaje potrebné na vyhodnocovanie stavu siete podľa §5b. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou bez zbytočného odkladu je povinný sprístupniť elektronickou formou ministerstvu zdravotníctva a všetkým zdravotným poisťovniam následne všetky údaje podľa §5b a údaje o počte poistencov.*  *MZSR pri  poskytovaní príspevku na zriadenie novej ambulancie poskytne príslušnému samosprávnemu kraju a zdravotným poisťovniam meno a priezvisko uchádzača, jeho kód zdravotníckeho pracovníka, kontaktné údaje v rozsahu telefónneho čísla a elektronickej adresy a informácie o podmienkach príspevku, pre ktorý bol vydaný súhlas.* | | | |
| **6.6.3.** Je zabezpečené poskytovanie údajov z evidencie elektronicky a automatizovaným spôsobom? | |  |  | | --- | --- | |  | **Áno** | |  | **Nie** | |  | | | |
| **6.6.4.** Je na poskytovanie údajov z evidencie využitý režim podľa zákona č. 177/2018 Z.z. v znení neskorších predpisov? | |  |  | | --- | --- | |  | **Áno** | |  | **Nie** | |  | | | |
| **Referenčné údaje** | | | | | |
| **6.7.1.** Predpokladá predložený návrh zriadenie novej evidencie údajov alebo upravuje vedenie evidencie údajov, ktoré budú navrhnuté na zaradenie do zoznamu referenčných údajov podľa § 51 zákona č. 305/2013 Z.z. o e-Governmente? | |  |  | | --- | --- | |  | **Áno** | |  | **Nie** | |  | | | |
| **6.7.2.** Kedy je plánované zaradenie údajov z evidencie do zoznamu referenčných údajov podľa § 51 zákona č. 305/2013 Z.z. o e-Governmente? | |  |  | | --- | --- | |  |  | |  |  | |  | | | |

|  |
| --- |
| **Analýza vplyvov na manželstvo, rodičovstvo a rodinu**  **Vplyvy na rodinné prostredie, vzájomnú súdržnosť členov rodiny, výchovu detí, práva rodičov voči deťom, základné zásady zákona o rodine, uzavieranie manželstva a na disponibilný príjem domácností viacdetných rodín** |
| **8.1 Identifikujte, popíšte a kvantifikujte vplyv na rodinné prostredie a špecifikujte pozitívne/negatívne vplyvy na rodinné prostredie.** |
| *8.1.1 Spôsobí navrhovaná právna úprava zmenu rodinného prostredia? Ak áno, v akom rozsahu? Ak je to možné, doplňte kvantifikáciu, prípadne dôvod chýbajúcej kvantifikácie.* |
| Áno, navrhovaná právna úprava prispeje k posilneniu stability rodinného prostredia, vzhľadom na tvorbu nových pracovných príležitostí pre lekárky a lekárov v okresoch naprieč Slovenskom a zavedenie podpory pre založenie novej ambulancie. Tým sa podporí zotrvanie viacerých generácií v rámci rodných okresov, aj v prípade odľahlejších regiónoch.  Vplyvy na obyvateľov menej obývaných oblastí, ktoré nenaplnia návrhom zákona predpokladaný dostatočný spád obyvateľov sa nedajú presne vyšpecifikovať, avšak budú kompenzované, riešené ďalšími reformami, ktoré sa pripravujú, napríklad reforma neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Očakávame však presný opak, ak bude poriadok a organizácia typov starostlivosti, pacienti budú vedieť kam majú ísť, čo zabráni zbytočným presunom pacienta, neefektivite a zhoršeniu zdravotného stavu daného pacienta. Pre zabezpečenie prevozov v rámci urgentných prípadov bude (na základe finálneho zoznamu nemocníc v sieti a ich úrovní) aktualizovaná sieť záchrannej služby (pozemnej aj leteckej). Zabezpečenie dopravy za neurgentnou dopravou by podľa názoru predkladateľa nemalo byť nákladom verejného zdravotného poistenia, ale sociálneho zabezpečenia, pretože by malo byť smerované len na tie časti populácie, pre ktoré by doprava bola sociálne problematická. Predkladateľ otvorí v tomto kontexte diskusiu s príslušnými inštitúciami. Migrácia v prihraničných oblastiach je obojsmerná. Práve kvôli prihraničným oblastiam a zabezpečeniu dostupnosti aj v takýchto nerovnomerných spádových oblastiach je v podmienkach pre tvorbu siete znížený počet poistencov v spádovej oblasti pre regióny, kde by takto bola nedostatočná dostupnosť. Migrácia za prácou zvyčajne smeruje z menej vyvinutých regiónov do veľkých miest. Zohľadnenie takejto migrácie by znamenalo ešte väčšie zhoršenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti v menej obývaných regiónoch SR. Samotné prirodzené spádové územia môžu byť určené až nad existujúcou sieťou. Toto určenie bude definované v každoročnom vyhodnotení siete. Návrh prvej siete nemocníc bol doplnený. |
| |  | | --- | | *8.1.2 Môže dôjsť navrhovanou právnou úpravou k narušeniu zdravého rodinného prostredia?* | | Nie, práve naopak, navrhovaná úprava prispeje k budovaniu zdravého rodinného prostredia. | |
| *8.1.3 Má navrhovaná právna úprava vplyv na demografický rast? Ak áno, aký je vplyv vzhľadom k úrovni záchovnej hodnoty populácie?* |
| Nie, navrhovaná právna úprava nemá žiadny vplyv na demografický rast.   |  | | --- | | *8.1.4 Má navrhovaná právna úprava vplyv na odstraňovanie prekážok, ktoré bránia pracujúcim rodičom dosiahnuť želaný počet detí?* | | Návrh nekladie žiadne prekážky, ktoré by bránili pracujúcim rodičom dosiahnuť želaný počet detí. | |
| *8.1.5 Má navrhovaná právna úprava vplyv na množstvo času alebo príležitostí pre rodičov alebo pre deti na realizáciu rodinného života?* |
| Navrhovaná právna úprava vytvára príležitosti pre rodičov na realizáciu rodinného života spolu s deťmi vo väčšej miere, keďže motivuje lekárov a lekárky po nadobudnutí špecializácie návrat do svojho rodného okresu, v prípade že ide o okres, v ktorom bol identifikovaný nedostatok lekárov so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo a v špecializačnom odbore pediatria (ďalej len „všeobecných lekárov“) . |
| *8.1.6 Má navrhovaná právna úprava vplyv na prenikanie látkových alebo nelátkových závislostí do rodín?* |
| Návrh nemá vplyv na prenikanie látkových alebo nelátkových závislostí do rodín. |

|  |
| --- |
| **8.2 Identifikujte, popíšte a kvantifikujte vplyvy na vzájomnú súdržnosť členov rodiny.** |
| *8.2.1 Má navrhovaná právna úprava vplyv na vzájomnú súdržnosť členov rodiny? Ak áno, aký?* *Ak je to možné, doplňte kvantifikáciu, prípadne dôvod chýbajúcej kvantifikácie.* |
| Navrhovaná právna úprava má pozitívny vplyv na súdržnosť rodiny vytváraním vhodných podmienok pre lekárov a lekárky na otváranie si vlastných praxí v blízkosti trvalého bydliska. Zároveň cieli na zlepšenie dostupnosti pediatrickej zdravotnej starostlivosti, bez nevyhnutnosti prekonávať veľké vzdialenosti v prípade preventívnych prehliadok alebo potreby ošetrenia dieťaťa. |
| *8.2.2 Má navrhovaná právna úprava vplyv na posilňovanie väzieb medzi členmi rodiny?* |
| Navrhovaná právna úprava má pozitívny vplyv na posilňovanie väzieb medzi členmi rodiny.   |  | | --- | | *8.2.3 Má navrhovaná právna úprava vplyv na obnovovanie alebo záchranu rodín?* | | Navrhovaná právna úprava nemá vplyv na obnovovanie alebo záchranu rodín. |  |  | | --- | | *8.2.4 Má navrhovaná právna úprava vplyv na vznik či pretrvávanie konfliktov medzi členmi rodiny?* | | Navrhovaná právna úprava nemá vplyv na vznik či pretrvávanie konfliktov medzi členmi rodiny. | |
| |  | | --- | | *8.2.5 Má navrhovaná právna úprava vplyv na rozpad rodín?* | | Navrhovaná právna úprava nemá vplyv na rozpad rodín. | |
| *8.2.6 Má navrhovaná právna úprava vplyv na poskytovanie pomoci pri odkázanosti niektorého z členov rodiny na pomoc?* |
| Navrhovaná právna úprava má pozitívny vplyv na poskytovanie pomoci pri odkázanosti niektorého z členov rodiny na pomoc. |

|  |
| --- |
| **8.3 Identifikujte a popíšte vplyvy na výchovu detí.** |
| *8.3.1 Má navrhovaná právna úprava vplyv na výchovu detí? Ak áno, aký?* |
| Navrhovaná právna úprava nemá vplyv na výchovu detí. |
| *8.3.2 Má navrhovaná právna úprava vplyv na výchovu detí v rodinách?* |
| Navrhovaná právna úprava nemá vplyv. |
| *8.3.3 Má navrhovaná právna úprava vplyv na výchovu detí k manželstvu a rodičovstvu?* |
| Navrhovaná právna úprava nemá vplyv. |
| **8.4 Identifikujte a popíšte vplyvy na práva rodičov voči deťom.** |
| *8.4.1 Má navrhovaná právna úprava vplyv na práva alebo zodpovednosť rodičov voči deťom? Ak áno, aký?* |
| Navrhovaná právna úprava nemá vplyv na práva alebo zodpovednosť rodičov voči deťom. |
| **8.5 Identifikujte a popíšte vplyvy na základné zásady zákona o rodine.** |
| *8.5.1 Má navrhovaná právna úprava vplyv na chránené záujmy obsiahnuté v základných zásadách zákona o rodine? Ak áno, aký?* |
| Navrhovaná právna úprava má pozitívny vplyv na chránené záujmy obsiahnuté v základných zásadách zákona o rodine – vzor súdržných rodinných väzieb naprieč všetkými generáciami, vzhľadom k motivovaniu začínajúcich lekárok a lekárov k otváraniu všeobecných ambulancií v nedostatkových regiónoch. |
| **8.6 Identifikujte a popíšte vplyvy na uzavieranie manželstva.** |
| *8.6.1 Má navrhovaná právna úprava vplyv na uzavieranie manželstva? Ak áno, aký?* |
| Navrhovaná právna úprava nemá vplyv na uzatváranie manželstva. |
| *8.6.2 Má navrhovaná právna úprava vplyv na preferovaný čas vstupu do manželstva?* |
| Navrhovaná právna úprava nemá vplyv na preferovaný čas vstupu do manželstva.   |  | | --- | | *8.6.3 Má navrhovaná právna úprava vplyv na informovanosť ohľadom povahy manželstva a záväzkov medzi manželmi a založenia rodiny?* | | Navrhovaná právna úprava nemá vplyv na informovanosť ohľadom povahy manželstva a záväzkov medzi manželmi a založenia rodiny. |  |  | | --- | | *8.6.4 Má navrhovaná právna úprava vplyv na predchádzanie rozpadom manželstiev?* | | Navrhovaná právna úprava nemá vplyv. | |
| **8.7 Identifikujte, popíšte a kvantifikujte vplyvy na disponibilný príjem domácností viacdetných rodín.** |
| *8.7.1 Má navrhovaná právna úprava vplyv na disponibilný príjem domácností viacdetných rodín? Ak áno, špecifikujte tento vplyv s prihliadnutím na počet detí v rodine, ich špeciálne potreby vzhľadom k veku, zdravotnému stavu a prípadne iným okolnostiam. Ak je to možné, doplňte kvantifikáciu, prípadne dôvod chýbajúcej kvantifikácie.* |
| Navrhovaná právna úprava nemá vplyv. |

**Doložka zlučiteľnosti**

**návrhu zákona s právom Európskej únie**

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **Navrhovateľ zákona:** Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky |
|  |  |
| **2.** | **Názov návrhu zákona:** Návrh zákona o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov |
|  |  |
| **3.** | **Predmet návrhu zákona je upravený v práve Európskej únie:** |
|  | 1. *v primárnom práve*   čl. 6 písm. a) Zmluvy o fungovaní Európskej únie  čl. 107 a 108 Zmluvy o fungovaní Európskej únie  čl. 168 Zmluvy o fungovaní Európskej únie   1. *v sekundárnom práve*   Nariadenie (ES) Európskeho parlamentu a Rady 883/2004 z 29. apríla 2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia (Ú. v. ES L 166, 30. 4. 2004; Mimoriadne vydanie Ú. v. EÚ, kap. 5/zv. 5) v platnom znení  *Gestor: Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky,*  *Spolugestor - Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky.*  Nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009 zo 16. septembra 2009, ktorým sa ustanovuje postup vykonávania nariadenia (ES) č. 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia (Ú. v. EÚ L 284, 30. 10. 2009) v platnom znení.  *Gestor: Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky,*  *Spolugestor - Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky*  Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2011/24/EÚ z 9. marca 2011 o uplatňovaní práv pacientov pri cezhraničnej zdravotnej starostlivosti (Ú. v. EÚ L 88, 4. 4. 2011) v platnom znení.  *Gestor: Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky*  Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2005/36/ES zo 7. septembra 2005 o uznávaní odborných kvalifikácií (Ú. v. EÚ L 255, 30. 9. 2005) v platnom znení.  *Gestor: Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky*  Nariadenie Komisie (EÚ) č. 651/2014 zo 17. júna 2014 o vyhlásení určitých kategórií pomoci za zlučiteľné s vnútorným trhom podľa článkov 107 a 108 zmluvy (Ú. v. EÚ L 187, 26. 6. 2014) v platnom znení.  *Gestor: Ministerstvo financií Slovenskej republiky* |
|  | 1. *v judikatúre Súdneho dvora Európskej únie* |
|  | Rozsudok Súdneho dvora (veľká komora) z 11. júna 2020 v spojených veciach C‑262/18 P a C‑271/18 P (Európska komisia a Slovenská republika proti Dôvera zdravotná poisťovňa, a. s.)   * *„Hoci prípadné zisky, ktoré títo poskytovatelia dosiahnu, môžu byť použité a rozdelené, musí to byť v súlade s požiadavkami na zabezpečenie udržateľnosti systému a dosahovanie sociálnych a solidárnych cieľov, na ktorých je systém založený. Zdá sa teda, že možnosť usilovať sa o zisk a dosahovať ho je značne obmedzená zákonom a na rozdiel od úvah Všeobecného súdu rozvinutých v bodoch 63 a 64 napadnutého rozsudku ju nemožno považovať za okolnosť, ktorá by mohla vyvrátiť sociálny a solidárny charakter vyplývajúci zo samotnej povahy dotknutých činností.“* * *„Možnosť poskytovateľov poistenia usilovať sa o zisk, používať ho a rozdeľovať ho je značne obmedzená zákonom, účelom týchto zákonných povinností je zabezpečiť životaschopnosť a kontinuitu povinného zdravotného poistenia.“*   Rozsudok Súdneho dvora zo 16. marca 2004, AOK Bundesverband a i., C 264/01, C 306/01, C 354/01 a C 355/01, EU:C:2004:15   * *„Zavedenie konkurenčného prvku do systému s charakteristikami uvedenými v bode 32 tohto rozsudku s ohľadom na to, že jeho cieľom je motivovať hospodárske subjekty k výkonu ich činnosti v súlade so zásadami dobrej správy, teda čo najefektívnejšie a s čo najnižšími nákladmi, v záujme riadneho fungovania systému sociálneho zabezpečenia, nemení povahu tohto systému.*“   Rozsudok Súdneho dvora (tretia komora) z 5. marca 2009, Kattner Stahlbau proti Maschinenbau‑ und Metall‑ Berufsgenossenschaft, C 350/07   * *„členský štát nezveruje správu systému sociálneho zabezpečenia jedinému poskytovateľovi poistenia, ale rôznym poskytovateľom, nemôže spochybniť zásadu solidarity, na ktorej je založený tento systém, a to tým skôr, že v rámci uvedeného systému si dotknutí poskytovatelia medzi sebou prerozdeľujú náklady a riziká.“*   Rozsudok Súdneho dvora (tretia komora) z 19. novembra 2009, Krzysztof Filipiak proti Dyrektor Izby Skarbowej w Poznaniu, C‑314/08   * *„prednosť práva Spoločenstva vyžaduje, aby vnútroštátny súd uplatňoval právo Spoločenstva a vylúčil uplatnenie sporných ustanovení vnútroštátneho práva, bez ohľadu na rozsudok vnútroštátneho ústavného súdu, ktorý rozhodol o odložení straty záväznosti týchto ustanovení posúdených ako neústavné.“*   Rozsudok Súdneho dvora (veľká komora) zo 16. mája 2006 vo veci Watts, C-372/04 (The Queen na návrh Yvonne Watts proti Bedford Primary Care Trust)   * *„čakacia doba, ktorá vyplýva z cieľov plánovania a riadenia nemocničnej ponuky sledovaných vnútroštátnymi orgánmi v závislosti od klinických priorít vopred určených všeobecným spôsobom, v rámci ktorých možno dostať nemocničnú liečbu vyžadovanú zdravotným stavom pacienta v zariadení patriacom do predmetného vnútroštátneho systému, neprekračuje prijateľnú dobu so zreteľom na objektívne medicínske posúdenie klinických potrieb dotknutej osoby s ohľadom na stav choroby, zdravotné záznamy a pravdepodobný ďalší vývoj ochorenia, stupeň bolesti a/alebo charakter postihnutia v čase žiadosti o súhlas.“* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4.** | **Záväzky Slovenskej republiky vo vzťahu k Európskej únii:** | |
|  | a) | lehota na prebratie smernice alebo lehota na implementáciu nariadenia alebo rozhodnutia   * Predkladaným návrhom nedochádza k implementácii nariadenia Európskej únie, ani k transpozícií smernice Európskej únie. |
|  |  |  |
|  | b) | informácia o začatí konania v rámci „EÚ Pilot“ alebo o začatí postupu Európskej komisie, alebo o konaní Súdneho dvora Európskej únie proti Slovenskej republike podľa čl. 258 a 260 Zmluvy o fungovaní Európskej únie v jej platnom znení, spolu s uvedením konkrétnych vytýkaných nedostatkov a požiadaviek na zabezpečenie nápravy so zreteľom na nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 1049/2001 z 30. mája 2001 o prístupe verejnosti k dokumentom Európskeho parlamentu, Rady a Komisie   * V súčasnosti prebieha konanie o porušení zmlúv č. 2018/2034 voči Slovenskej republike, ktoré sa týka nesplnenia určitých povinností vyplývajúcich zo Smernice Európskeho parlamentu a Rady 2005/36/ES zo 7. septembra 2005 o uznávaní odborných kvalifikácií. Predkladaný návrh na uvedené konanie nereflektuje. |
|  |  |  |
|  | c) | informácia o právnych predpisoch, v ktorých sú preberané smernice už prebraté spolu s uvedením rozsahu tohto prebratia   * Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2005/36/ES zo 7. septembra 2005 o uznávaní odborných kvalifikácií (Ú. v. EÚ L 255, 30. 9. 2005) v platnom znení bola transponovaná do   Zákon č. 422/2015 Z. z. o uznávaní dokladov o vzdelaní a o uznávaní odborných kvalifikácií a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov  Zákon Slovenskej národnej rady č. 138/1992 Zb. o autorizovaných architektoch a autorizovaných stavebných inžinieroch v znení neskorších predpisov  Zákon č. 131/2002 Z. z. o vysokých školách a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov  Zákon č. [596/2003 Z. z.](https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2003/596/) o štátnej správe v školstve a školskej samospráve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov  Zákon č. 442/2004 Z. z. o súkromných veterinárnych lekároch, o Komore veterinárnych lekárov Slovenskej republiky a o zmene a doplnení zákona č. 488/2002 Z. z. o veterinárnej starostlivosti a o zmene niektorých zákonov v znení neskorších predpisov  Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov  Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov   * Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2011/24/EÚ z 9. marca 2011 o uplatňovaní práv pacientov pri cezhraničnej zdravotnej starostlivosti (Ú. v. EÚ L 88, 4. 4. 2011) v platnom znení bola transponovaná do   Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov  Zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov  Zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov  Zákon č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti  Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov  Zákon č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov  Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 341/2013 Z. z., ktorou sa  ustanovuje cezhraničná zdravotná starostlivosť, ktorá podlieha predchádzajúcemu súhlasu príslušnej zdravotnej poisťovne na účely jej preplatenia  Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 232/2014 Z. z., ktorou sa upravuje postup poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, zdravotnej poisťovne a Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou pri poskytovaní cezhraničnej zdravotnej starostlivosti |
|  |  |  |
| **5.** | **Návrh zákona je zlučiteľný s právom Európskej únie** | |
|  |  | Stupeň zlučiteľnosti – úplný. |

1. *Osobitná časť*

**Dôvodová správa (osobitná)**

**Čl. I**

**K § 1**

Vymedzuje sa rozsah predmetu tohto zákona. Forma nového zákona sa zvolila pre potrebu komplexne riešiť danú problematiku, ktorá obsahuje množstvo nových pojmov, ktoré je potrebné zadefinovať.

**Východiská**

* + 1. Súčasná sieť nemocníc v Slovenskej republike je príliš široká nielen v počte lôžok, ale aj v počte nemocníc, čo vedie k:
* neefektívnemu viazaniu zdrojov (najmä ľudských),
* nízkej obložnosti lôžok (60 % lôžok v nemocniciach v období pred krízou v súvislosti s pandémiou ochorenia COVID-19 bolo voľných),
* nízkym počtom zdravotníckych výkonov, resp. nízkym počtom pacientov na nemocnicu; predmetné má za následok nedostatočnú zručnosť lekára ohrozujúcu bezpečnosť pacienta, ako aj neefektívne využitie drahého vybavenia.
  + 1. Poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „ústavná starostlivosť“) je roztrieštené, a to znamená, že medzi nemocnicami je nízka miera koordinácie a spolupráce, pričom každá nemocnica sa špecializuje na iné zdravotnícke výkony, z čoho vyplýva, že viaceré nemocnice nedokážu poskytnúť komplexnú ústavnú starostlivosť (napr. pri ťažkých úrazoch vyžadujúcich si multidisciplinárny prístup k pacientovi).
    2. Neexistujú jasné pravidlá pre poskytovanie ústavnej starostlivosti, z čoho vyplýva, že každá nemocnica v súčasnosti môže vykonávať všetky zdravotné výkony, čo vedie k negatívnym javom ako napríklad k
* tzv. „trofejným operáciám“, kedy poskytovateľ zdravotnej starostlivosti vykonáva pár náročných operácií, pri ktorých nedokáže zabezpečiť dostatočnú kvalitu a bezpečnosť pre pacienta,
* fluktuácii personálu medzi nemocnicami, kedy pôvodná nemocnica prestane poskytovať určitú zdravotnú starostlivosť, čím sektor zdravotníctva prichádza o nemocnice schopné komplexne sa postarať o pacientov,
* vzniku špecializovaných pracovísk, ktoré nie sú schopné riešiť komplikácie.
  + 1. Viaceré dnešné hospitalizácie pacientov nie sú potrebné – akútne lôžka sú obsadené pacientami, ktorí by mali byť liečení ambulantne (čím okrem zbytočných nákladov vystavujeme pacientov riziku nozokomiálnych nákaz), alebo ktorí potrebujú služby sociálnej starostlivosti. V tomto ohľade sú problémom aj nedostatočné kapacity následnej rehabilitačnej starostlivosti, ako ústavnej, tak ambulantnej alebo domácej, ktoré by zabezpečili rýchly návrat pacienta k plnému zdraviu.
    2. Prestarnuté nemocnice (priemerný vek budov je viac ako 50 rokov) neumožňujú zavádzanie efektívnejších procesov a vedú k dlhodobému zadlžovaniu štátnych nemocníc, a tým aj k nedostatku kapitálových zdrojov na ich obnovu; nové nemocnice by sa mali stavať v takom rozsahu, aby zodpovedali budúcim potrebám.

**Ciele navrhovanej právnej úpravy:**

• zvýšenie kvality ústavnej starostlivosti a lepšie výsledky pre pacientov,

• stabilizácia zdrojov (vyššia kvalita za rovnaké zdroje, zníženie potreby na personál optimalizáciou poskytovania ústavnej starostlivosti),

• vyššia spokojnosť personálu nemocnice.

1. *Definícia rozsahu a nároku ústavnej starostlivosti*

Kľúčovým predpokladom definovania optimálnej siete nemocníc je definícia toho, aká ústavná starostlivosť sa poskytuje v nemocniciach a toho, na čo má pacient nárok. Toto má byť zabezpečené pomocou tzv. kategorizácie ústavnej starostlivosti, ktorá sa bude aktualizovať ročne za účasti zástupcov odborníkov, zdravotných poisťovní a ministerstva zdravotníctva. Prvá verzia kategorizácie ústavnej starostlivosti sa v spolupráci s odbornými spoločnosťami už vytvára.

Ústavná starostlivosť bude rozdelená do 5 úrovní, a to podľa náročnosti, početnosti, ako aj potreby jej blízkosti k pacientovi (význam jednotlivých úrovní je vysvetlený nižšie v texte). Ústavná starostlivosť zároveň bude rozdelená do medicínskych programov (ďalej len „program“) a medicínskych služieb, pričom pre každú úroveň nemocnice bude definovaný zoznam povinných a nepovinných programov a medicínskych služieb v rámci programu. Medzi povinnými medicínskymi službami budú spravidla akútne alebo náročné služby, pri ktorých je potrebné dodržať stanovenú geografickú dostupnosť a kvalitu (napr. liečba úrazov, akútnych srdcových alebo mozgových príhod alebo zápalu slepého čreva). Medzi nepovinné programy budú spravidla patriť veľkoobjemové a plánované zdravotné výkony (napr. výmena bedrového kĺbu, operácia kŕčových žíl a pod).

Kategorizácia ústavnej starostlivosti pre vybrané programy a medicínske služby podľa potreby zároveň zavedie podmienky ich poskytovania – najmä špecifické požiadavky na materiálno-technické vybavenie, personálne zabezpečenie, minimálny počet výkonov, ktoré musí poskytovateľ zdravotnej starostlivosti alebo lekár-operatér vykonať za rok, maximálny čas pacienta v zozname čakajúcich poistencov, ako aj indikátory kvality pre ústavnú starostlivosť. Plnenie týchto podmienok a indikátorov kvality bude každoročne vyhodnocované, pričom výsledky tohto hodnotenia budú zverejňované - pacient si tak bude vedieť pred nástupom do nemocnice overiť jej kvalitu a podľa toho si zvoliť poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

1. *Vytvorenie optimálnej siete nemocníc (OSN)*

Nárok na úhradu z verejného zdravotného poistenia získa nemocnica až tzv. zaradením do siete kategorizovaných nemocníc (ďalej aj „zaradenie do siete“), ktoré pre akútne nemocnice (t. j. národná, koncová, komplexná a regionálna úroveň nemocnice) určí ministerstvo zdravotníctva na základe stanovených podmienok:

* nemocnica musí plniť programový profil pre úroveň, v rámci ktorej je zaradená do siete,
* pre každú úroveň ústavnej starostlivosti musí byť zabezpečená geografická dostupnosť,
* každá nemocnica určitej úrovne musí mať dostatočný spád obyvateľov, ktorý jej umožní finančnú udržateľnosť a zabezpečenie dostatočnej kvality pre pacientov,
* na každej úrovni musí byť zabezpečený dostatočný počet lôžok podľa ich typu.

Nemocnica zaradená do siete v určitej úrovni bude musieť poskytovať všetky povinné programy a medicínske služby, čím sa zabezpečí *reálna* geografická dostupnosť ústavnej starostlivosti pre pacientov. V súčasnosti totiž platí, že nemocnica sa môže rozhodnúť niektoré služby vôbec neposkytovať, napr. z dôvodu ich finančnej nevýhodnosti.

Zdravotné poisťovne tak budú môcť uzatvoriť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v rozsahu ústavnej starostlivosti určitej úrovne len v nemocniciach zaradených do siete v danej úrovni alebo vyššej. Zároveň budú musieť uzatvoriť zmluvu v rozsahu všetkých povinných  programov a medicínskych služieb v nemocniciach príslušnej úrovne. Pri nepovinných programoch a medicínskych službách si budú môcť vybrať z dostupných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v sieti (danej úrovne alebo vyššej) podľa vlastných a transparentne zverejnených podmienok, pri dodržaní legislatívou určených štandardov.

Jedným z hlavných princípov reformy je zabezpečenie siete nemocníc, ktoré dokážu poskytovať multidisciplinárnu ústavnú starostlivosť v definovaných úrovniach. Kľúčovú úlohu v tejto sieti tvorí prostredná komplexná úroveň nemocnice, ktorá je určená tak, aby umožnila dojazd záchrannej zdravotnej služby v krátkom časovom okne (do 60 - 90 minút). V rámci tejto úrovne bude zabezpečená špecializovaná akútna multidisciplinárna starostlivosť o pacientov s akútnym infarktom myokardu, náhlou cievnou mozgovou príhodou a ťažkými úrazmi.

Nemocnica môže splniť programový profil pre svoju úroveň buď samostatne (preferovaná verzia) alebo v spolupráci s iným poskytovateľom (tzv. partnerskou nemocnicou) v rovnakej obci alebo meste (napr. Univerzitná nemocnica Bratislava bude vedieť splniť programový profil pre národnú nemocnicu len v spolupráci s Národným ústavom srdcovo-cievnych chorôb, Národným onkologickým ústavom a Národným ústavom detských chorôb). Podmienkou pre spoločné plnenie programu je vzájomná dohoda medzi nemocnicami, ktorá zabezpečí vzájomnú kooperáciu pri preklade pacientov, účasť špecialistov pri poskytovaní ústavnej starostlivosti medzi nemocnicami (napr. účasť cievneho chirurga z ústavu srdcovocievnych chorôb pri operácii pacienta s ťažkým úrazom v hlavnej nemocnici) alebo zdieľanie priestorov a prístrojového vybavenia pri zriedkavých komplikovaných operáciách (napr. spoločné využívanie chirurgického robota alebo prístroja na peroperačnú extrakorporálnu mimotelovú oxygenáciu).

Ak v určitom regióne existuje dostatočná potreba (inými slovami počet obyvateľov v spádovom území), Ministerstvo zdravotníctva SR môže do siete zaradiť aj nemocnicu poskytujúcu len časť programov danej úrovne (napr. pôrodnica, nemocnica s ortopedickým programom), resp. umožniť poskytovanie vybraného programu vyššej úrovne aj nemocnici nižšej úrovne (tzv. doplnkový program). Podmienkou takéhoto doplnkového zaradenia do siete je, aby očakávaná potreba po povolení nového programu prevyšovala minimálne počty výkonov pre všetky nemocnice, pričom v určitých prípadoch sa nemocnici poskytujúcej doplnkový program určí aj maximálny počet výkonov tak, aby neohrozila udržateľnosť programu vo všeobecnej nemocnici poskytujúcej multidisciplinárnu zdravotnú starostlivosť.

Do siete môže byť zaradená aj nová nemocnica, resp. nemocnica nižšej úrovne môže požiadať o status vyššej úrovne (tzv. zmena zaradenia v sieti), aj v prípade, ak existujúca nemocnica (v definovanej miere) neplní legislatívou dané podmienky - v takom prípade môže byť iná nemocnica podmienene zaradená do siete so stanoveným prechodným obdobím, počas ktorého bude mať nárok len na zníženú úhradu z verejného zdravotného poistenia a bude musieť preukázať plnenie stanovených podmienok. V súčasnosti neexistujú údaje a lepšia metodika pre určenie tzv. obvyklého pobytu, než prechodný a trvalý pobyt. Aj keď sa vo verejnom sektore pracuje na metodikách, ako tento obvyklý pobyt určiť, treba upozorniť, že v rámci vyhodnotenia siete je tiež potrebné sledovať spotrebu zdravotnej starostlivosti s ohľadom na pobyt pacienta (pri určovaní potreby zdravotnej starostlivosti v regióne), preto nie je dostačujúca len neprepojená informácia o počte obyvateľov s obvyklým pobytom v určitej obci, ale táto informácia by musela byť priradená priamo ku konkrétnej spotrebe zdravotnej starostlivosti. To by bolo možné dosiahnuť len ak sa informácia o obvyklom pobyte bude evidovať v zdravotných poisťovniach alebo by ministerstvo zdravotníctva muselo pracovať s neanonymizovanými údajmi. Vzhľadom na mnohé metodologické problémy a nezodpovedané otázky, ako aj potrebu jednoznačného určenia pobytu z dôvodu predchádzaniu nejednoznačnému výkladu, predkladateľ nateraz zotrváva v takej definícii, aká je uvedená v návrhu. V prípade, ak sa podarí zjednotiť sa na metodike určenia obvyklého pobytu a vyriešiť všetky technologické problémy, definíciu v zákone bude možné upraviť jeho novelizáciou.

Nemocnice budú zaradené do 5 úrovní (nemocnica určitej úrovne poskytuje aj zdravotnú starostlivosť z nižších úrovní):

1. Nemocnica národnej úrovne poskytuje vysoko-špecializovanú ústavnú starostlivosť s veľmi zriedkavým výskytom v Slovenskej republike (napr. transplantácia srdca).
2. Nemocnica koncovej úrovne bude poskytovať špecializovanú (terciárnu) zdravotnú starostlivosť s nízkou početnosťou v spádovom území o veľkosti 1,5 – 2,0 mil. obyvateľov, a teda približne na úrovni pôvodných krajov (napr. výkony poskytované v rámci kardiochirurgie, neurochirurgie, výkony vysoko komplexnej onkologickej liečby, alebo špecializovanej starostlivosti o deti).
3. Nemocnica komplexnej úrovne bude poskytovať komplexnú akútnu aj plánovanú zdravotnú starostlivosť pre spádové územie približne 500 000 až 600 000 obyvateľov, a teda približne na úrovní oblastí VÚC, v sieti zabezpečujúcej dojazd záchrannej zdravotnej služby v krátkom časovom okne (napr. intervenčná liečba akútneho infarktu myokardu alebo náhlej cievnej mozgovej príhody, liečba akútnych ťažkých úrazov, ako aj komplexná nízko početná plánovaná zdravotná starostlivosť).
4. Nemocnica regionálnej úrovne bude poskytovať štandardnú akútnu a plánovanú zdravotnú starostlivosť na regionálne úrovni pre spádové územie 100 000 až 200 000 obyvateľov, a teda pre približne dva až tri okresy (napr. základné chirurgické zákroky, štandardnú zdravotnú starostlivosť o internistického a detského pacienta, pôrodná a popôrodná starostlivosť o matku a dieťa pri nekomplikovaných pôrodoch).
5. Nemocnica komunitnej úrovne nebude poskytovať akútnu lôžkovú starostlivosť, avšak bude zabezpečovať následnú a rehabilitačnú starostlivosť a poskytovať urgentnú ambulantnú zdravotnú starostlivosť. Takáto nemocnica môže v prípade záujmu vykonávať aj jednodňové výkony, stacionárnu starostlivosť a psychiatrickú lôžkovú starostlivosť. Časť týchto nemocníc by mala byť transformovaná na komplexné neurorehabilitačné centrá, ktoré budú poskytovať intenzívnu rehabilitačnú starostlivosť pre pacientov s neurologickými poruchami. Tieto neurorehabilitačné centrá budú poskytovať starostlivosť aj pre dlhodobo ventilovaných pacientov a v menšom počte z nich budú zriadené spinálne jednotky pre pacientov s paralýzami. Na transformáciou týchto nemocníc na neurorehabilitačné alebo štandardné rehabilitačné centrá budú vyčlenené finančné prostriedky v RRP a neskôr aj v Eurofondoch.

Ministerstvo zdravotníctva SR vydá prvú optimálnu sieť nemocníc k 1. februáru 2022 a v prechodnom období nasledujúcich 2 - 8 rokoch (podľa určeného harmonogramu) budú nemocnice a zdravotné poisťovne povinné splniť legislatívou definované podmienky.

Po vyhodnotení všetkých faktorov, demografie, trendov v medicíne, so zohľadnením súčasného využitia lôžok a po zavedení plánovaných zmien, v Slovenskej republike budeme do roku 2030 potrebovať namiesto súčasných 28 262 akútnych lôžok len približne 17 500 akútnych nemocničných lôžok (tzn. pokles lôžok o 38 %). Na zabezpečenie tohto počtu – a s cieľom zabezpečenia vyššej efektivity, bude v novej optimálnej sieti postačovať 31 nemocníc (resp. komplexov nemocníc – t. j. pôjde o 31 geografických bodov, pričom zdravotná starostlivosť v jednom bode bude môcť zabezpečiť viacero nemocníc podľa vyššie popísaných podmienok).

V súčasnosti poskytuje ústavnú starostlivosť na Slovensku 98 všeobecných alebo špecializovaných nemocníc. Z nich bude približne 28 až 32 zaradených do siete a ďalších približne 20 - 25 podmienene zaradených do siete (ako tzv. partnerská nemocnica po dohode s hlavnou nemocnicou v sieti, napr. NÚSCH, VOÚ, DFN Košice, Onkologický ústav sv. Alžbety) alebo ako nemocnica poskytujúca doplnkový program. Zo zvyšných viac ako 40 nemocníc, ktoré nebudú zaradené do siete akútnych nemocníc (t. j. nezískajú úroveň regionálnej, komplexnej, koncovej a národnej nemocnice):

* + 21 nemocníc už ani dnes neposkytuje skutočnú akútnu lôžkovú starostlivosť (bez prítomnosti Oddelenia akútnej a intenzívnej starostlivosti), t. j. ide o nemocnice, ktoré sa už v minulosti samé transformovali na komunitnú úroveň nemocnice,
  + približne ďalších 20 nemocníc bude transformovaných na komunitné nemocnice, pričom časť z nich bude poskytovať vybrané doplnkové programy.

Pre niekoľko nemocníc zaradených do siete bude zmena znamenať vybudovanie nových programov, alebo zabezpečenie plnenia nových podmienok stanovených kategorizáciou ústavnej starostlivosti. Časť nemocníc naopak bude musieť niektoré programy utlmiť (v oblastiach s väčším počtom väčších nemocníc, z ktorých dnes žiadna nedosahuje minimálne počty pacientov, zostane špecializovaný program len v niektorých z týchto nemocníc).

Na reformu optimálnej siete nemocníc budú nadväzovať ďalšie reformy alebo plánované zmeny, ktoré zabezpečia jej realizáciu v navrhovanom prechodnom období; ide najmä o reformu akútnej zdravotnej starostlivosti (siete záchrannej zdravotnej služby), reformu následnej a dlhodobej zdravotnej starostlivosti, reformu ambulantnej zdravotnej starostlivosti, dokončenie implementácie zmeny financovania ústavnej starostlivosti (DRG) a podpory a zmeny vzdelávania zdravotníckych pracovníkov. Plánovaný harmonogram predmetných reforiem je bližšie uvedený vo všeobecnej časti dôvodovej správy.

**Výhody a prínosy OSN**

* definícia nároku pacienta a určenia zodpovedností za jeho nedodržanie; nemocnica bude povinná poskytovať definovanú ústavnú starostlivosť a zdravotné poisťovne ju budú musieť uhradiť,
* zabezpečenie vyššej kvality ústavnej starostlivosti, a to koncentráciou špecializovaných výkonov (kvalitnejší personál aj vybavenie), stanovením podmienok pre poskytovanie programov a medicínskych služieb, monitorovaním a zverejňovaním indikátorov kvality pre ústavnú starostlivosť,
* podpora finančnej udržateľnosti ústavnej starostlivosti; rovnaké prevádzkové aj kapitálové zdroje budú sústredené v menšom počte nemocníc,
* efektívne využívanie personálnych zdrojov, čo bude slúžiť ako prevencia voči dočasnému alebo trvalému uzavretiu oddelení z dôvodu výpadkov personálu, a
* lepšie podmienky pre personál.

**Nevýhody a riziká OSN**

* niektorí pacienti budú cestovať za hospitalizáciou ďalej, avšak pri garantovanej geografickej dostupnosti; v nemocniciach, kde je naplánovaná transformácia na nemocnice komunitnej úrovne, už aj v súčasnosti čerpajú obyvatelia okresu vo svojej nemocnici len 30 - 60 % potrebnej zdravotnej starostlivosti, a v súčasnosti platí, že väčšina poistencov dochádza za ústavnou starostlivosťou do iného mesta,
* vyššia miera obmedzenia konkurencie znamená, že vstup na trh bude regulovanejší,
* zánik časti pracovných miest v nemocniciach s nižšou úrovňou z čoho vyplýva, že personál sa bude musieť presunúť do inej nemocnice,
* časť personálu bude musieť cestovať do iného mesta za prácou - potreba budovania ubytovacích kapacít, časť môže odísť z nemocníc, avšak môže sa presunúť do ambulantného sektora, kde je v súčasnosti nedostatok personálu,
* negatívne reakcie obyvateľov, kde sa lokálna nemocnica transformuje na nemocnicu nižšej úrovne,
* negatívne reakcie od nemocníc a jej personálu, ktorí vo svojej nemocnici nebudú môcť poskytovať starostlivosť vyššej úrovne,
* negatívne reakcie vlastníkov, resp. prevádzkovateľov nemocníc, keď budú povinní vykonávať celé spektrum povinných služieb, nielen si zo služieb vyberať.

**K § 2**

Znenie návrhu zákona odkazuje na množstvo nových termínov, ktoré nie sú v zdravotníckej legislatíve zadefinované. Predmetné ustanovenie tak vymedzuje pojmy, ktoré definujú ich význam. Cieľom definovania niektorých pojmov je vymedziť ich na účely tohto zákona, nakoľko ich používanie je zaužívané v ďalších zákonoch (napríklad spádové územie alebo plánovaná zdravotná starostlivosť), zatiaľ čo účelom definovania ďalších pojmov je zadefinovať ich komplexne pre celý právny rámec v zdravotníctve (napríklad medicínske služby, medicínsky program, programový profil, hlavná nemocnica, partnerská nemocnica), nakoľko na tieto pojmy budú odkazovať aj existujúce právne predpisy.

Jednými z kľúčových pojmov sú medicínska služba, program a programový profil. Medicínska služba a aj program môže byť povinný, nepovinný alebo doplnkový, pričom aj medicínska služba, aj program, môžu mať rôzne úrovne. Úrovne každého z nich určuje ministerstvo zdravotníctva kategorizáciou ústavnej starostlivosti, a to na základe odborného stanoviska orgánu, ktorým je Kategorizačná komisia pre ústavnú zdravotnú starostlivosť (ďalej aj „kategorizačná komisia“).

Ďalšími – nemenej dôležitými pojmami konceptu Optimalizácie siete nemocníc sú podmienky a ich rôzne druhy. V návrhu zákona sa rozlišuje medzi dvomi hlavnými typmi podmienok, a to medzi podmienkami kategorizácie ústavnej starostlivosti a podmienkami pre tvorbu kategorizovaných nemocníc (ďalej len „podmienky pre tvorbu siete“).

**K § 3**

Návrh zákona zavádza procesy a konania, a s nimi súvisiace právomoci a povinnosti rôznych subjektov v sektore zdravotníctva. V nadväznosti na túto skutočnosť, predmetné ustanovenie vymedzuje činnosti a pôsobnosť ministerstva zdravotníctva, ktoré bude plniť v koncepte kategorizácie ústavnej starostlivosti dôležitú rolu, a to nie len pri samotnej kategorizácii ústavnej starostlivosti, ale aj pri tvorbe siete kategorizovaných nemocníc. Dôležitou súčasťou tvorby siete kategorizovaných nemocníc je vydávanie rozhodnutí, prostredníctvom ktorých bude ministerstvo zdravotníctva formovať sieť nemocníc napríklad tým, že tú-ktorú nemocnicu riadne zaradí do siete, resp. určitú nemocnicu zo siete kategorizovaných nemocníc vyradí, ak neplní stanovené podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosti.

V nadväznosti na proces súvisiaci s kategorizáciou ústavnej starostlivosti a s konaniami týkajúcimi sa kategorizácie nemocníc si minister zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „minister zdravotníctva“) zriadi orgány.

Pokiaľ ide o kategorizáciu ústavnej starostlivosti, minister zdravotníctva zriadi kategorizačnú komisiu pre ústavnú starostlivosť. Tejto komisii bude patriť významná funkcia, nakoľko ministrom vymenovaní členovia komisie budú vypracovávať odborné stanovisko na účely kategorizácie ústavnej starostlivosti. Návrh zákona určuje zloženie kategorizačnej komisie – jej členmi budú zástupcovia ministerstva zdravotníctva (zamestnanci alebo nominanti), zdravotných poisťovní, odborných spoločností v závislosti od špecializácie ústavnej starostlivosti, pacientskej organizácie a Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad pre dohľad“). Zámerom takéhoto zloženia je zabezpečiť účasť stakeholderov pri odbornom usmerňovaní v oblasti ústavnej starostlivosti. Výstupy kategorizačnej komisie vo forme odborného stanoviska budú pre ministerstvo zdravotníctva záväzné.

Konania týkajúce sa tvorby siete nemocníc bude odborne usmerňovať Komisia pre tvorbu siete kategorizovaných nemocníc (ďalej len „komisia pre tvorbu siete“), ktorá bude orgánom na konanie v prvom stupni. Jej úlohou bude predložiť ministerstvu zdravotníctva odborné posúdenie v konkrétnych konaniach prvého stupňa, ktorých výsledkom budú rozhodnutia ministerstva zdravotníctva. Podobne ako pri odbornom stanovisko kategorizačnej komisie pre ústavnú starostlivosť, aj výstupy komisie pre tvorbu siete budú pre ministerstvo zdravotníctva záväzné. Orgánom v druhom stupni konaní týkajúcich sa kategorizácie nemocníc bude Rada pre tvorbu siete kategorizovaných nemocníc (ďalej len „rada pre tvorbu siete“), ktorá bude predkladať ministrovi zdravotníctva písomné stanovisko, účelom ktorého bude zabezpečiť, aby mal minister v konaní o námietkach potrebné podklady na rozhodnutie.

Cieľom takéhoto nastavenia záväznosti výstupov oboch komisií ja zabezpečenie transparentnosti a vysokej miery odbornosti bez toho, aby ich mohlo ministerstvo zdravotníctva zmeniť prostredníctvom politických vplyvov.

**K § 4**

*K odseku 1* a *2*

V súčasnosti nie je jednoznačne určené, aké spektrum zdravotnej starostlivosti poskytujú jednotlivé nemocnice. Tento jav môže viesť k tomu, že poskytovatelia zdravotnej starostlivosti v určitom regióne prestanú poskytovať základné služby a pacient síce bude mať dostupných niekoľko nemocníc, ale žiadna z nich nebude vedieť vyriešiť jeho zdravotný problém. Opačným problémom môže byť poskytovanie určitých náročných výkonov v nemocniciach, ktoré na to nemajú dostatočné materiálno-technické vybavenie, personálne zabezpečenie, ani dostatočnú skúsenosť, čím ohrozujú bezpečnosť pacienta.

Z toho dôvodu sa zavádza kategorizácia ústavnej starostlivosti, ktorej cieľom je zabezpečiť chýbajúcu definíciu nároku pacienta pri poskytovaní ústavnej starostlivosti. Definíciou nároku sa určuje, akú zdravotnú starostlivosť musí mať pacient dostupnú v akej vzdialenosti, do akého času a v akej kvalite.

Pre určenie nároku návrh zákona zavádza kategorizáciu ústavnej starostlivosti, ktorá popíše zdravotnú starostlivosť poskytovanú v ústavnej starostlivosti a určí k nej podmienky pre jej poskytovanie (t. j. podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosti“). Poskytovaná zdravotná starostlivosť bude popísaná prostredníctvom medicínskych služieb, ktoré budú zaradené do programov. Pre každý program budú stanovené podmienky, za akých ich musí poskytovateľ zdravotnej starostlivosti vykonávať, ako aj kritériá kvality, na základe ktorých sa bude každý program vyhodnocovať.

Cieľom navrhovanej úpravy je zvýšenie kvality ústavnej zdravotnej starostlivosti, a teda lepšie výsledky pre pacientov; stabilizácia zdrojov, a v neposlednom rade aj vyššia miera spokojnosti personálu.

V nadväznosti na predchádzajúce ustanovenia, je nevyhnutné rozlišovať čo je základom kategorizácie ústavnej starostlivosti; inak povedané – čo ňou musí ministerstvo zdravotníctva ustanoviť (programový profil pre každú úroveň nemocnice, spôsob určenia medicínskej služby a zoznam medicínskych služieb so zaradením do programov). Medzi povinné medicínske služby budú spravidla zaradené akútne alebo náročné služby, pri ktorých je potrebné dodržať stanovenú geografickú dostupnosť a kvalitu (napr. liečba úrazov, akútnych mozgových príhod, zápalu slepého čreva). Nepovinné programy budú zahŕňať najmä veľkoobjemové a plánované výkony (napr. výmena bedrového kĺbu, operácia kŕčových žíl, a pod.).

Na druhej strane návrh zákona určuje aj to, čo ministerstvo zdravotníctva môže ustanoviť; pôjde predovšetkým o *špeciálne* personálne zabezpečenie, ktoré rozširuje pôvodne vymedzené personálne zabezpečenie ustanovené v zákone č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, ako aj *špeciálne* materiálno-technické vybavenie, ktoré rozširuje minimálne materiálno-technické vybavenie určené totožným zákonom. Ministerstvo zdravotníctva bude disponovať určovať aj indikátory kvality pre ústavnú starostlivosť, ktoré rozširujú pôvodné indikátory kvality vymedzené § 7 ods. 7 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotnom poistení.

Pokiaľ ide o možnosť určiť aj iné programy alebo medicínske služby, ktoré sa musia v nemocnici súčasne poskytovať, takýmito sa rozumejú programy a medicínske služby bez ktorých nie je možné poskytovať určitú povinnú medicínsku službu efektívne; inými slovami – ide o  medicínske služby zaradené do iných programov, bez zabezpečenia ktorých by bola ohrozená bezpečnosť pacienta, napríklad pri výskyte komplikácií, alebo ide o medicínske služby, ktoré patria do iných programov, ale priamo nadväzujú na zdravotnú starostlivosť poskytovanú v predmetnom programe alebo medicínskej službe. Pôjde tak napríklad o schopnosť poskytnúť akútnu hysterektómiu (ako súčasť Gynekologického programu) pri komplikáciách po pôrode (súčasť Programu pôrodnice a neonatológie).

*K odsekom 3 a 4*

Predmetné ustanovenie vymedzuje také podmienky, ktoré musí poskytovateľ zdravotnej starostlivosti plniť pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti v nemocnici. Ide teda o podmienky, ktoré ustanoví ministerstvo zdravotníctva kategorizáciou ústavnej starostlivosti, a to vydaním všeobecne záväzného právneho predpisu (§ 44 ods. 2).

*K odsekom 5 až 7*

Zámerom predkladateľa je vyhnúť sa rigidnej definícii a nastavenia kategorizácie ústavnej starostlivosti; práve naopak - nakoľko aj samotná oblasť medicíny sa neustále vyvíja, tento vývoj a zmeny je nevyhnutné zohľadniť pri stanovovaní podmienok kategorizácie ústavnej starostlivosti. Práve na to slúži inštitút návrhu na zmeny kategorizácie ústavnej starostlivosti. Vyhodnocovanie týchto návrhov bude zodpovednosťou kategorizačnej komisie, ktorá vypracuje odborné stanovisko, kde zohľadní, resp. navrhne spôsob akým by zmeny mali byť zapracované do kategorizácie ústavnej starostlivosti. Príkladom návrhu na zmeny môže byť situácia, kedy odborná spoločnosť navrhne zaradenie *novej* medicínskej služby do programu, resp. navrhne určiť časovú dostupnosť ústavnej starostlivosti pri niektorých typoch zdravotných zákrokov.

**K § 5**

Jednou z podmienok, ktoré ministerstvo zdravotníctva ustanoví kategorizáciou ústavnej starostlivosti, bude medicínska služba. V nadväznosti na zavedenie tejto konkrétnej podmienky je nevyhnutné určiť spôsob určenia medicínskej služby, ako aj kritériá na základe ktorých sa určuje jej úroveň. Dané ustanovenie vymedzuje základ údajov, ktoré budú slúžiť pre spôsob určenie medicínskej služby, zatiaľ čo nasledujúci odsek 2 vymedzuje kritéria, prostredníctvom ktorých ministerstvo zdravotníctva určí úroveň medicínskej služby.

**K § 6**

V súčasnosti platí, že nemocnica sa môže rozhodnúť neposkytovať pacientom určité medicínske služby, napríklad z dôvodu ich finančnej nevýhodnosti. Z toho dôvodu sa navrhuje, aby nemocnica zaradená do siete v rámci určitej úrovne musela poskytovať všetky povinné programy a medicínske služby, čím sa zabezpečí reálna geografická dostupnosť ústavnej zdravotnej starostlivosti pre poistencov ale aj komplexnosť poskytovanej ústavnej starostlivosti.

V nadväznosti na vyššie uvedené, sa definuje programový profil, ktorý musí nemocnica spĺňať v rámci úrovne, v ktorej je zaradená do siete kategorizovaných nemocníc. Programový profil v podstate združuje všetky programy a medicínske služby, ktoré sa poskytujú v nemocnici tej-ktorej úrovne.

Zároveň platí, že nemocnica môže spĺňať programový profil pre svoju úroveň nemocnice buď samostatne alebo v spolupráci s inou nemocnicou (tzv. partnerská nemocnica) v rovnakej obci, resp. meste. Ak v určitej oblasti existuje dostatočná potreba ústavnej starostlivosti, ministerstvo zdravotníctva môže zaradiť do siete aj takú nemocnicu, ktorá poskytuje len časť programov danej úrovne, resp. jej môže umožniť poskytovanie vybranému programu vyššej úrovne (tzv. doplnkový program).

**K § 7**

Súčasná sieť nemocníc v Slovenskej republike je príliš široká v počte lôžok, ako aj v samotnom počte nemocníc. Zdroje v zdravotníctve tak nie sú efektívne viazané, pričom nízky počet zdravotných výkonov v niektorých nemocniciach ohrozuje bezpečnosť pacienta, zatiaľ čo drahé vybavenie nemocníc nie je efektívne využívané.

Problémom v aplikačnej praxi je aj absencia jasne nastavených pravidiel pre poskytovanie ústavnej starostlivosti – každá nemocnica môže robiť všetky zdravotné výkony. Negatívnym javom absentujúcich pravidiel sú tzv. trofejné operácie, kedy poskytovateľ zdravotnej starostlivosti vykonáva zopár náročných operácií, pri ktorých však nedokáže zabezpečiť ani dostatočnú kvalitu, ani bezpečnosť pre pacienta. Druhým negatívnym dôsledkom je vznik špecializovaných pracovísk, ktoré ale nie sú schopné riešiť komplikácie. Dôsledkom neefektívne nastavenej siete nemocníc je aj skutočnosť, že množstvo hospitalizácií nie je potrebných; akútne lôžka sú obsadené pacientami, ktorí by mali byť liečení v ambulantnej sfére alebo v rámci služieb sociálnej starostlivosti. Problémom v tejto oblasti sú nedostatkové kapacity následnej rehabilitačnej zdravotnej starostlivosti.

Problémom je aj stav nemocničných budov, ktoré sú prestarnuté; to znamená, že nemocnice majú sťažené podmienky pri zavádzaní efektívnejších postupov, nemocnice vo vlastníctve štátu sú dlhodobo zadlžené, čo v konečnom dôsledku spôsobuje nedostatok kapitálových zdrojov na obnovu. Aj z týchto dôvodov sa navrhuje aby ústavná starostlivosť bola rozdelená do úrovní nemocníc, a to podľa náročnosti, početnosti, ako aj potreby blízkosti ústavnej zdravotnej starostlivosti k pacientovi.

Preto sa navrhuje nasledovné rozdelenie úrovní nemocníc:

1. **Nemocnica národnej úrovne** poskytuje vysoko-špecializovanú ústavnú starostlivosť s veľmi zriedkavým výskytom v Slovenskej republike (napr. transplantácia srdca).
2. **Nemocnica koncovej úrovne** bude poskytovať špecializovanú (terciárnu) zdravotnú starostlivosť s nízkou početnosťou v spádovom území o veľkosti 1,5 – 2,0 mil. obyvateľov, a teda približne na úrovni pôvodných krajov (napr. výkony poskytované v rámci kardiochirurgie, neurochirurgie, výkony vysoko komplexnej onkologickej liečby, alebo špecializovanej starostlivosti o deti).
3. **Nemocnica komplexnej úrovne** bude poskytovať komplexnú akútnu aj plánovanú zdravotnú starostlivosť pre spádové územie približne 500-tisíc – 600-tisíc obyvateľov, a teda približne na úrovní oblastí VÚC, v sieti zabezpečujúcej dojazd záchrannej zdravotnej služby v krátkom časovom okne (napr. intervenčná liečba akútneho infarktu myokardu alebo náhlej cievnej mozgovej príhody, liečba akútnych ťažkých úrazov, ako aj komplexná nízko početná plánovaná zdravotná starostlivosť).
4. **Nemocnica regionálnej úrovne** bude poskytovať štandardnú akútnu a plánovanú zdravotnú starostlivosť na regionálne úrovni pre spádové územie 100-tisíc – 200 tisíc obyvateľov, a teda pre približne dva až tri okresy (napr. základné chirurgické zákroky, štandardnú zdravotnú starostlivosť o internistického a detského pacienta, pôrodná a popôrodná starostlivosť o matku a dieťa pri nekomplikovaných pôrodoch).
5. **Nemocnica komunitnej úrovne** nebude poskytovať akútnu lôžkovú starostlivosť, avšak bude zabezpečovať následnú a rehabilitačnú starostlivosť a poskytovať urgentnú ambulantnú zdravotnú starostlivosť. Takáto nemocnica môže v prípade záujmu vykonávať aj jednodňové výkony, stacionárnu starostlivosť a psychiatrickú lôžkovú starostlivosť. Časť týchto nemocníc by mala byť transformovaná na komplexné neurorehabilitačné centrá, ktoré budú poskytovať intenzívnu rehabilitačnú starostlivosť pre pacientov s neurologickými poruchami. Tieto neurorehabilitačné centrá budú poskytovať starostlivosť aj pre dlhodobo ventilovaných pacientov a v menšom počte z nich budú zriadené spinálne centrá pre pacientov s paralýzami. Na transformáciou týchto nemocníc na neurorehabilitačné alebo štandardné rehabilitačné centrá budú vyčlenené finančné prostriedky v RRP a neskôr aj v Eurofondoch.

Zároveň návrh zákona ustanovuje pravidlo, že nemocnica vyššej úrovne vykonáva povinné programy, ktoré ustanovila pre jej úroveň kategorizácia ústavnej starostlivosti, ako aj povinné programy nižších úrovní nemocníc (t. j. koncovej, komplexnej, regionálnej a komunitnej úrovne).

**K § 8**

Predmetné ustanovenie vymedzuje také podmienky, ktoré musí ministerstvo zdravotníctva zohľadňovať pri tvorbe siete kategorizovaných nemocníc. V aplikačnej praxi to bude znamenať, že ministerstvo zdravotníctva sa pri zaraďovaní konkrétnej nemocnice do siete nemocníc riadi podmienkami pre tvorbu siete, ktorými sú geografická dostupnosť, počet poistencov v spádovom území nemocnice a minimálny počet lôžok.

Podmienky pre tvorbu siete sú v ich samotnej podstate podmienkami, ktoré musia byť splnené na to, aby konkrétna nemocnica bola zaradená do siete nemocníc:

* nemocnica musí plniť programový profil pre úroveň v rámci ktorej je zaradená do siete,
* pre každú úroveň ústavnej zdravotnej starostlivosť musí byť zabezpečená geografická dostupnosť,
* každá nemocnica určitej úrovne musí mať dostatočný spád obyvateľov, ktorý jej umožní finančnú udržateľnosť a zabezpečenie dostatočnej kvality pre pacientov,
* na každej úrovni musí byť zabezpečený dostatočný počet lôžok podľa ich typu,
* musí byť zohľadnený verejný záujem pri zabezpečovaní ochrany ústavného zriadenia, verejného poriadku, bezpečnosti osôb a majetku, obrany Slovenskej republiky, zabezpečenie ústavnej zdravotnej starostlivosti pre obvinených a odsúdených.

Taktiež sa ustanovujú konkrétne a merateľné kritéria pre konkrétnu sieť nemocníc konkrétnej úrovne.

**K § 9**

Vzhľadom k skutočnosti, že návrh zákona zavádza dva druhy podmienok, je nevyhnutné uviesť aj proces vyhodnotenia siete kategorizovaných nemocníc. Tak ako musí určité podmienky spĺňať nemocnica, tak musí spĺňať určité podmienky aj samotná sieť nemocníc. Plnenie týchto podmienok bude každoročne vyhodnocované vo forme tzv. vyhodnocovania siete, pričom jeho výsledok bude ministerstvo zdravotníctva zverejňovať na svojom webovom sídle. Pacient si tak bude vedieť pred nástupom do nemocnice overiť kvalitu, ktorú garantuje tá-ktorá nemocnica zaradená v sieti, a podľa toho si bude môcť vybrať konkrétneho poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Ministerstvo zdravotníctva vykonáva vyhodnotenie siete v nadväznosti na odborné posúdenie komisie pre tvorbu siete, ktorá je orgánom v prvom stupni. Predkladateľ má za to, že vyhodnotenie siete musí byť posúdené transparentne, a z toho dôvodu sa navrhuje, aby odborné posúdenie komisie pre tvorbu siete bolo pre ministerstvo zdravotníctva záväzné.

**K § 10**

Kategorizácia nemocníc je procesom na to, aby mohla byť určitá nemocnica zaradená do siete kategorizovaných nemocníc. Zaraďovanie nemocnice do siete kategorizovaných nemocníc je priamo spojené aj s úhradou ústavnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia. Súčasne sa zavádzajú dva druhy zaradenia nemocnice do siete, a to podmienené zaradenie a riadne zaradenie nemocnice. Pokiaľ ide o podmienené zaradenie nemocnice do siete, rozumie sa ním také zaradenie, počas ktorého prevádzkovateľ nemocnice musí preukázať splnenie podmienok kategorizácie ústavnej starostlivosti. Inými slovami povedané, ministerstvo zdravotníctva v rozhodnutí napríklad určí nemocnici lehotu, počas ktorej bude musieť nemocnica demonštrovať, že plní podmienku minimálneho počtu medicínskych služieb. Ak prevádzkovateľ nemocnice podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosti splní, ministerstvo zdravotníctva následne riadne zaradí nemocnicu do siete.

Nakoľko v Slovenskej republike pôsobia aj nemocnice, ktoré plnia verejný záujem, ustanovujú sa podmienky za ktorých je možné takéto nemocnice zaradiť do siete kategorizovaných nemocníc. Pôjde napríklad o nemocnicu pre obvinených a odsúdených, v ktorej sa neposkytuje zdravotná starostlivosť pre verejnosť.

**K § 11**

Zavádza sa pojem zoznam kategorizovaných nemocníc, v nadväznosti na zaradenie nemocnice do siete. Ak ministerstvo zdravotníctva zaradí nemocnicu do siete, následne má povinnosť uviesť túto nemocnicu prostredníctvom zoznamu na svojom webovom sídle. Zároveň sa ustanovuje, že nemocnica, ktorá je zaradená do siete tvorí časť verejnej minimálnej siete podľa osobitného zákona. Pokiaľ ide o zverejňovanie zoznamu, ktorý obsahuje aj osobné údaje, ministerstvo zdravotníctva je povinné postupovať v súlade so zásadami ochrany osobných údajov a anonymizovať osobné údaje.

**K § 12**

Podmienenému zaradeniu nemocnice do siete, zvýšeniu úrovne nemocnice a podmienenému poskytovaniu doplnkového programu bude predchádzať žiadosť prevádzkovateľa nemocnice. Dané ustanovenie určuje náležitosti a prílohy, ktoré sú nevyhnutnou súčasťou každej žiadosti. Žiadosť o podmienené zaradenie a žiadosť o podmienené zvýšenie úrovne nemocnice obsahuje aj údaje o partnerskej nemocnici, a to v prípade ak je žiadateľom prevádzkovateľ nemocnice, ktorá je hlavnou nemocnicou, a *vice versa.* Zároveň sa ustanovuje, že prevádzkovateľ nemocnice musí za každú nemocnicu podávať žiadosť osobitne; príkladom môže byť Univerzitná nemocnica Bratislava, ktorej súčasťou je 5 nemocníc – v takom prípade musí prevádzkovateľ podávať žiadosť za týchto 5 nemocníc zvlášť.

Žiadosť o podmienené zaradenie podáva prevádzkovateľ nemocnice len raz, keď prvýkrát žiada o zaradenie do siete kategorizovaných nemocníc, t. j. žiadosť nie je potrebné podávať opakovane každý rok.

Ak vznikne nová nemocnica, predmetné ustanovenie umožňuje, aby aj budúci prevádzkovatelia nemocnice mali možnosť požiadať o podmienené zaradenie nemocnice do siete. Takýmto právom bude disponovať aj fyzická alebo právnická osoba, ktorá disponuje územným rozhodnutím na účely výstavby nemocnice. Zároveň sa však v § 15 ustanovuje povinnosť doložiť v lehote do 31. júla potrebné dokumenty, ktorými demonštruje predpoklady na poskytovanie povinných programov v rámci programového profilu.

Pokiaľ ide o zverejňovanie žiadostí na webovom sídle ministerstva zdravotníctva, ktoré obsahuje aj osobné údaje, ministerstvo je povinné postupovať v súlade so zásadami ochrany osobných údajov a anonymizovať osobné údaje v žiadostiach. Prílohy k žiadostiam sa nezverejňujú.

**K § 13**

Návrh zákona v tomto ustanovení zohľadňuje možnosť zmien týkajúcich sa sídla nemocnice, počtu lôžok, ktorými nemocnica disponuje, ako aj zmien v rozdelení povinných programov medzi hlavnou a partnerskou nemocnicou. Dané ustanovenie určuje náležitosti, ktoré sú súčasťou každej žiadosti. Pôjde o jednu žiadosť, pričom náležitosť podľa písm. f) bude potrebné v žiadosti zadať len v prípade, ak nemocnica požiada o zmenu v rozdelení povinných programov medzi spolupracujúcimi nemocnicami.

Pokiaľ ide o zverejňovanie žiadostí na webovom sídle ministerstva zdravotníctva, ktoré obsahuje aj osobné údaje, ministerstvo je povinné postupovať v súlade so zásadami ochrany osobných údajov a anonymizovať osobné údaje v žiadostiach. Prílohy k žiadostiam sa nezverejňujú.

**K § 14**

Každá nemocnica, ktorá je zaradená do siete, môže požiadať o zníženie úrovne, zrušenie doplnkového programu, ktorý vykonáva, alebo o vyradenie zo siete. V nadväznosti na túto právomoc, dané ustanovenie určuje náležitosti, ktoré sú nevyhnutnou súčasťou každej žiadosti.

Pokiaľ ide o zverejňovanie žiadostí na webovom sídle ministerstva zdravotníctva, ktoré obsahuje aj osobné údaje, ministerstvo je povinné postupovať v súlade so zásadami ochrany osobných údajov a anonymizovať osobné údaje v žiadostiach. Prílohy k žiadostiam sa nezverejňujú.

**K § 15**

Podmienenému zaradeniu, podmienenému zvýšeniu úrovne nemocnice a podmienenému poskytovaniu doplnkového programu bude predchádzať žiadosť prevádzkovateľa nemocnice. V týchto prípadoch tak ministerstvo zdravotníctva nebude začínať konanie *ex offo.* Ďalej sa vymedzujú podmienky, ktoré musia byť splnené na účely podmieneného zaradenia, podmieneného zvýšenia úrovne nemocnice a podmieneného poskytovania doplnkového programu. Pokiaľ ide o podmienené poskytovanie doplnkového programu, ministerstvo zdravotníctva bude v procese rozhodovania posudzovať či je v spádovom území dostatočná potreba pre povinné medicínske služby v tom-ktorom doplnkovom programe, a či sú v sieti kategorizovaných nemocníc zaradené nemocnice, ktoré poskytujú všetky povinné programy z programového profilu.

**K § 16**

Na rozdiel od rozhodovania podľa § 15, v prípade riadneho zaradenia, riadneho zvýšenia úrovne nemocnice a riadneho poskytovania doplnkového programu, bude ministerstvo zdravotníctva rozhodovať *ex offo.* Dôvodom takéhoto nastavenia je odbremenenie zbytočnej administratívnej záťaže prevádzkovateľov nemocníc, nakoľko ministerstvo zdravotníctva bude disponovať všetkými údajmi, ktoré sú potrebné pre riadne zaradenie, riadne zvýšenie úrovne alebo riadne poskytovanie doplnkového programu. Prevádzkovateľ nemocnice tak nebude musieť zasielať ministerstvu zdravotníctva žiadosť; ak splní legislatívou stanovené podmienky, vyššie uvedené procesy prebehnú automaticky.

**K § 17**

V nadväznosti na žiadosť o zmenu údajov podľa § 13, dané ustanovenie vymedzuje rozhodovanie o zmene údajov o sídle, o počte lôžok a o rozdelení povinných programov medzi hlavnou nemocnicou a partnerskou nemocnicou. Ak ministerstvo rozhoduje o zmenách vo vyššie uvedených údajoch, je nevyhnutné aby ministerstvo vyhodnotilo splnenie podmienok pre tvorbu siete a posúdilo skutočnosť, či nemocnica splnila v rámci vyhodnotenia siete podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosti.

**K § 18**

V nadväznosti na žiadosť o zníženie úrovne, zrušenie doplnkového programu alebo o vyradenie zo siete podľa § 14, dané ustanovenie vymedzuje rozhodovanie príslušné tejto žiadosti. Zároveň sa však ustanovuje, že ministerstvo môže začať takéto konanie aj z vlastného podnetu. Dôvodom je skutočnosť, že ministerstvo zdravotníctva bude mať prístup k potrebným dátam na základe ktorých bude vyhodnocovať sieť kategorizovaných nemocníc. Ak sa prostredníctvom vyhodnotenia siete ukáže, že nemocnica nespĺňa legislatívou stanovené podmienky, ministerstvo zdravotníctva bude disponovať možnosťou vyradenia nemocnice zo siete, resp. zníženia jej úrovne.

**K § 19**

V procese kategorizácie nemocníc môže nastať situácia, kedy v rovnakom spádovom území požiadajú o zaradenie do siete dve nemocnice tej istej úrovne. Nakoľko optimalizácia siete nemocníc kladie dôraz na kvalitu poskytovania ústavnej starostlivosti, ako aj na bezpečnosť pacienta, do siete kategorizovaných nemocníc bude z týchto dvoch žiadateľov zaradená tá nemocnica, ktorá plní podmienky tvorby siete a podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosť najlepšie. Výnimkou takému postupu pri kategorizácii nemocníc kritérium potreby ústavnej starostlivosti; ak bude potreba ústavnej starostlivosti dostatočná a umožní, aby boli do siete zaradené obe nemocnice, ministerstvo zdravotníctva ich do siete kategorizovaných nemocníc zaradí. Totožné posudzovanie bude prebiehať aj pri umožnení poskytovať doplnkový program.

Nemocnica zaradená do siete, ktorá nebude schopná zabezpečiť kompletné poskytovanie povinných programov samostatne, bude môcť poskytovať povinné programy v spolupráci s partnerskou nemocnicou. Predpokladom spolupráce bude ich územná blízkosť, splnenie podmienok kategorizácie ústavnej starostlivosti pre každú nemocnicu osobitne, a napokon aj uzatvorená zmluva o spolupráci.

**K § 20**

Každá nemocnica zaradená do siete nemocníc musí spĺňať podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosti, ktoré ustanovuje ministerstvo zdravotníctva. Ak nemocnica nespĺňa podmienky, ministerstvo zdravotníctva ju zo siete kategorizovaných nemocníc vyradí.

Na tento postup sa vzťahujú výnimky. Nakoľko musí byť rešpektované ústavné právo na ochranu zdravia a princíp bezplatnej zdravotnej starostlivosti na základe verejného zdravotného poistenia podľa čl. 40 Ústavy Slovenskej republiky, pravidlo vyradenia nemocnice zo siete pri neplnení podmienok nie je absolútne. Ak nastane situácia kedy nemocnica neplní podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosti, pričom uplynie lehota na odstránenie nedostatkov bez ich odstránenia, avšak podmienky pre tvorbu siete nie sú splnené, ministerstvo zdravotníctva takúto nemocnicu nemôže vyradiť zo siete kategorizovaných nemocníc. Je samozrejmé, že v takomto prípade návrh zákona zavádza sankčný mechanizmus vo forme zníženej úhrady poskytnutej zdravotnej starostlivosti zdravotnou poisťovňou; navyše, vytvára sa tým priestor pre vstup novej nemocnice, ktorá môže požiadať o podmienené zaradenie nemocnice do siete.

Ďalšou výnimkou k ustanovenému pravidlu vyraďovania je plnenie verejného záujmu pri zabezpečovaní ochrany ústavného zriadenia, verejného poriadku, bezpečnosti osôb a majetku, obrany SR. Predmetná výnimka sa vzťahuje aj na nemocnicu zabezpečujúcu poskytovanie ústavnej starostlivosti pre obvinených a odsúdených.

**K § 21**

Určujú sa základné princípy pri dvoch druhoch konaní v rámci zaradenia nemocnice do siete kategorizovaných nemocníc.

**K § 22**

Predmetné ustanovenie vymedzuje subjekty, ktoré sú v konaniach oprávnené vystupovať ako účastníci konania, ktorým návrh zákona priznáva práva a povinnosti.

**K § 23**

V nadväznosti na oprávnenie vystupovať v konaní pri kategorizácii nemocníc ako účastník konania sa subjektom priznáva právo na zástupcu.

**K § 24**

V zmysle princípu nestrannosti a nezaujatosti sa stanovuje, že zamestnanci ministerstva a členovia orgánu musia demonštrovať nezaujatosť a to z dôvodu, aby boli rozhodnutia ministerstva zdravotníctva vo veciach týkajúcich sa kategorizácie ústavnej zdravotnej starostlivosti a kategorizácie nemocníc spravodlivé. V tejto súvislosti sa demonštratívne vymedzujú skutočnosti na základe ktorých je možné pochybovať o nezaujatosti osôb. Pokiaľ ide o vylúčenie osôb, dané ustanovenie ustanovuje oznamovacie povinnosti týchto osôb, ako aj právo účastníkov konania oznámiť dôvody na potenciálne vylúčenie osoby z konania. Záverom sa stanovujú povinnosti a práva ministra zdravotníctva, pokiaľ ide o rozhodovanie o vylúčení, nevymenovaní alebo odvolaní osôb v konaní.

**K § 25**

Ustanovujú sa podmienky začatia konania – ide najmä o návrh účastníka konania, ktorým sa rozumie žiadosť účastníka konania. Z odseku 1 vyplýva, že konanie môže začať aj ministerstvo zdravotníctva.

**K § 26**

Určuje sa spôsob doručovania žiadostí v konaniach týkajúcich sa kategorizácie nemocníc, ako aj forma prostredníctvom ktorej sú žiadosti doručované. Písomnou formou sa rozumie listinná aj elektronická podoba žiadostí.

**K § 27**

Ustanovuje sa spôsob doručovania písomností zo strany ministerstva účastníkovi konania, ako aj forma, prostredníctvom ktorej sú písomnosti doručované. Na doručovanie sa vzťahuje zákon o e-Govermente.

**K § 28**

Koncept kategorizácie nemocníc v sebe zahŕňa niekoľko zákonných lehôt. Z toho dôvodu sa určujú pravidlá ich počítania v zmysle Správneho poriadku.

**K § 29**

Počas konania môže nastať niekoľko dôvodov, kvôli ktorým ministerstvo zdravotníctva nebude môcť v konaní pokračovať. Predmetné ustanovenie taxatívne vymedzuje skutočnosti, z dôvodu ktorých môže ministerstvo konanie zastaviť.

**K § 30**

Ustanovujú sa podrobnosti týkajúce sa podkladov, ktoré ministerstvu zdravotníctva slúžia na rozhodnutie pri zaraďovaní nemocnice do siete kategorizovaných nemocníc, ako aj spôsob ich hodnotenia. Ministerstvo zdravotníctva pri zaraďovaní nemocnice do siete rozhoduje na základe odborného posúdenia, ktoré ministerstvu predkladá orgán v konaní prvého stupňa, a teda komisia pre tvorbu siete. Taktiež musí preukázať, že demonštruje predpoklad na poskytovanie povinných programov, ktoré jej určuje programový profil konkrétnej úrovne nemocnice.

**K § 31**

Určujú sa podrobnosti týkajúce sa vykonateľnosti a právoplatnosti rozhodnutia, spôsob jeho oznámenia účastníkom konania, a možnosti opravného prostriedku, ktoré je možné voči rozhodnutiu podať.

Taktiež sa stanovuje, že výrok právoplatného rozhodnutia je záväzný *erga omnes.* V samotnej podstate zvolené nastavenie záväznosti znamená, že rozhodnutie sa bude vzťahovať aj na poskytovateľov záchrannej zdravotnej služby, ktorí budú povinní prepraviť poistenca do nemocnice, ktorá bude schopná poskytnúť poistencovi takú zdravotnú starostlivosť, ktorú jeho zdravotný stav potrebuje. Záverom je možné odôvodniť nastavenie záväznosti aj tým, že rozhodnutie bude záväzné aj pre zdravotné poisťovne, ktoré budú môcť uhrádzať len také medicínske služby a medicínske programy, ktoré vyplývajú z programového profilu tej-ktorej úrovne nemocnice, a ktoré jej boli rozhodnutím určené.

Nakoľko ministerstvo zdravotníctva zverejňuje rozhodnutia na webovom sídle, je nevyhnutné zohľadniť aj zásady ochrany osobných údajov.

**K § 32**

Predmetné ustanovenie vymedzuje náležitosti rozhodnutia vyplývajúceho z § 15 až 18. Dôvodom vymedzených náležitostí sú dostatočné informácie, ktoré majú byť pre účastníkov konania k dispozícii.

**K § 33**

Jedným zo základných práv účastníka konania je podať voči rozhodnutiu námietky z taxatívne vymedzených dôvodov. Tomuto právu však predchádza aj povinnosť účastníka konania zložiť na účet ministerstva zdravotníctva kauciu v určenej výške. Cieľom takéhoto nastavenia je, aby účastník konania zvážil dôvodnosť podania námietok a taktiež aby sa predchádzalo šikanóznemu a účelovému podávaniu námietok; znenie návrhu totiž ukladá ministerstvu zdravotníctva povinnosť zverejňovať všetky námietky vrátane ich príloh. Subjektom, ktorý disponuje právom rozhodovať o námietkach, je minister zdravotníctva, ktorý si pre konanie v druhom stupni zriadi orgán. Rada v procese vyhodnocovania pripomienok vyhotoví písomné stanovisko k námietkam, a to na základe hlasovania väčšiny jej členov.

**K § 34**

Ak v aplikačnej praxi nastane situácia kedy bude rozhodnutie vydané v rozpore so zákonom, minister zdravotníctva môže využiť inštitút preskúmania rozhodnutia mimo konaniach o námietkach. Navrhuje sa aby minister zdravotníctva vykonal preskúmanie *ex offo.*

**K § 35**

Vylučuje sa pôsobnosť Správneho poriadku na konania pri kategorizácii nemocníc, a to z dôvodu ich špecifického charakteru.

**K § 36**

Ustanovuje sa výnimka k nastaveným lehotám a procesu kategorizácie ústavnej starostlivosti, ako aj ku konaniam v súvislosti s kategorizáciou nemocníc, a to vo forme bezodkladného rozhodnutia, ktorú ministerstvo zdravotníctva môže uplatniť pri významných okolnostiach, týkajúcich sa verejného záujmu. Vzhľadom na výnimočnosť a významnosť týchto okolnosti nie je možné voči takýmto rozhodnutiam podať opravný prostriedok.

Pandémia v súvislosti s ochorením COVID-19 preukázala potrebu reprofilizácie lôžok v nemocniciach, a z toho dôvodu je nevyhnutné zohľadniť potenciálne výnimočné situácie. Napríklad, ak by vznikla potreba a nevyhnutnosť vybudovať tzv. *poľnú nemocnicu* pre pacientov s COVID-19, ministerstvo zdravotníctva by takúto nemocnicu na nevyhnutný čas a v nevyhnutnom rozsahu zaradilo do siete kategorizovaných nemocníc, čím by jej a aj pacientom garantovalo úhradu ústavnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia.

**K § 37**

Relevantné údaje a dáta sú nevyhnutnou súčasťou rozhodovania v koncepte kategorizácie ústavnej starostlivosti, vyhodnotení siete, a aj pri samotnom procese rozhodovania. V uvedenom ustanovení sa bližšie definuje spôsob prístupu k relevantným údajom a dátam tak od zdravotných poisťovní, ako aj od Národného centra zdravotníckych informácií a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

**K § 38**

V súčasnosti platí, že zdravotná poisťovňa má povinnosť uzatvárať zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov; ak je verejná sieť poskytovateľov na príslušnom území menšia ako verejná minimálna sieť poskytovateľov, je povinná uzatvárať zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti v rozsahu verejnej siete poskytovateľov.

Navrhovanou úpravou sa stanovuje, že nárok na úhradu z verejného zdravotného poistenia bude mať nemocnica až vtedy, ak bude zaradená do siete kategorizovaných nemocníc. Zdravotné poisťovne budú povinne uzatvárať zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s prevádzkovateľmi nemocníc určitej úrovne na všetky povinné programy a medicínske služby v nemocniciach príslušnej úrovne. Pokiaľ však ide o uzatváranie zmlúv v rozsahu nepovinných programov, zdravotné poisťovne si budú môcť vybrať z dostupných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v sieti nemocníc danej úrovne alebo vyššej, a to podľa vlastných transparentne zverejnených podmienok a v súlade s legislatívnym rámcom.

Ďalej sa ustanovujú podmienky, za ktorých môže zdravotná poisťovňa vypovedať prevádzkovateľovi nemocnice zaradenej do siete zmluvu, ako aj podmienky zníženej výšky úhrady.

**K § 39**

Jedným z predpokladov na to, aby ministerstvo zdravotníctva mohlo vyhodnocovať kategorizáciu ústavnej zdravotnej starostlivosti sú dáta, a to vo forme údajov od zdravotných poisťovní. Z toho dôvodu sa ustanovuje rozsah dát, ktoré zdravotná poisťovňa predkladá ministerstvu zdravotníctva a účel ich sprístupňovania tak, aby bol zabezpečený súlad s princípmi ochrany osobných údajov. Je nevyhnutné aby ministerstvo zdravotníctva disponovalo týmito dátami, a to na účely kategorizácie ústavnej zdravotnej starostlivosti, vyhodnotenia siete a kategorizácie nemocníc. V súčasnosti nie je možné získať taxatívne vymedzené dáta z iných zdrojov, avšak predkladateľ má za to, že ide len o dočasné riešenie; očakáva sa, že sfunkčnením iniciatívy e-Health, bude možné tieto dáta získavať aj bez potreby ich zasielania zdravotnou poisťovňou takým spôsobom akým to nastavuje predmetné ustanovenie. Pre úplnosť je nevyhnutné uviesť, že odsek 2 daného ustanovenia sa zaoberá výlučne formou, definíciou a štruktúrou údajov, pričom však nejde o spracovateľskú operáciu údajov poskytnutých podľa odseku 1.

**K § 40**

Ustanovujú sa povinnosti zdravotnej poisťovne pri tvorbe a vedení zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zoznam“). Oba subjekty - zdravotná poisťovňa aj poskytovateľ zdravotnej starostlivosti sú povinní uverejniť zoznam na svojom webovom sídle podľa jednotlivých zdravotných výkonov alebo medicínskych služieb a podľa zmluvných poskytovateľov v rozsahu jedinečný identifikačný kód poistenca, dátum zaradenia, kód zdravotného výkonu, kód zmluvného poskytovateľa, názov zmluvného poskytovateľa, dátum vyradenia a priemerná očakávaná doba čakania. Podľa jedinečného identifikačného kódu poistenca - v nadväznosti na zverejnenie zoznamu, nebude možné zistiť o akého konkrétneho pacienta ide; zásady ochrany osobných údajov sú tak dodržané. Zároveň sa ustanovujú spôsoby zaslania jedinečného identifikačného kódu, pričom jedným z týchto spôsobov je elektronická komunikácia, ktorá zahŕňať zasielanie elektronickou pobočkou alebo na emailovú adresu poistenca. Cieľom je sprehľadniť systém tvorby čakacích zoznamov a zjednotiť postup a zároveň transparentné vedenie zoznamov. Pokiaľ zdravotný stav poistenca vyžaduje zaradenie do zoznamu, mal by byť zaradený alebo by mu zdravotná starostlivosť mala byť poskytnutá. Navrhuje sa, aby vedenie zoznamov bolo vedené výlučne elektronicky a online. Súčasne musí byť určené, že zdravotný stav poistenca vyžaduje poskytnutie zdravotnej starostlivosti do 12 mesiacov (tzn. nie že je uňho predpoklad na operáciu o 5 rokov), a poskytovateľ zdravotnej starostlivosti musí byť schopný ju aj v rámci svojich kapacít do 12 mesiacov poskytnúť. Len v takom prípade by mal zaradenie do zoznamu navrhnúť poistencovi a len v takom prípade by zdravotná poisťovňa mohla mať určenú povinnosť úhrady poskytnutej plánovanej zdravotnej starostlivosti do 12 mesiacov.

**K § 41**

Z kategorizácie nemocníc vyplývajú pre prevádzkovateľa nemocnice povinnosti, ktoré návrh zákona taxatívne ustanovuje v tomto ustanovení. Ide predovšetkým o povinnosti poskytovať v nemocnici zaradenej do siete všetky povinné programy a doplnkové programy v rozsahu programového profilu nemocnice, ako aj povinnosť uzatvoriť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti so zdravotnou poisťovňou v rozsahu povinných a doplnkových programov s každou zdravotnou poisťovňou. Je samozrejmosťou, že prevádzkovateľ nemocnice musí dodržiavať podmienky ustanovené kategorizáciou ústavnej starostlivosti, nakoľko práve plnenie týchto podmienok zabezpečí bezpečnosť pre pacientov.

**K § 42**

V nadväznosti na novo-upravené čakacie zoznamy sa upravujú aj povinnosti prevádzkovateľa nemocnice v súvislosti s vedením zoznamu poistencov čakajúcich na zdravotnú starostlivosť.

**K § 43**

V súvislosti so zavedenými povinnosťami, ustanovenie vymedzuje skutkové podstaty správnych deliktov, ktorých sa dopustí prevádzkovateľ nemocnice pri porušení zákonom stanovených povinností. Skutkové podstaty v ich samotnej podstate odzrkadľujú povinnosti v § 41 a § 42. Zároveň je ustanovená maximálna výška pokút, ktorú môže ministerstvo zdravotníctva uložiť prevádzkovateľovi nemocnice.

**K § 44**

Splnomocňovacie ustanovenia premietajú kompetencie ministerstva zdravotníctva vydávať všeobecné záväzné predpisy, ktorými ustanoví kategorizáciu ústavnej starostlivosti (odsek 1) a metodiku vyhodnotenia siete ako aj podrobnosti o podmienkach tvorby siete a postupe pri kategorizácii nemocníc (odsek 2).

**K § 45**

Ustanovujú sa prechodné ustanovenia týkajúce sa kategorizácie ústavnej zdravotnej starostlivosti.

**K § 46**

Vzhľadom na to, že časová dostupnosť bude ustanovená kategorizáciou ústavnej starostlivosti, zrušuje sa vyhláška č. 412/2009 Z. z.

**Čl. II (zákon č. 145/1995 Z. z.)**

V nadväznosti na § 26 ods. 4 v čl. I a na skutočnosť, že ministerstvo zdravotníctva je správnym orgánom, zavádzajú sa nové položky týkajúce sa rozhodovaní v súvislosti s kategorizáciou nemocníc.

**Čl. III (zákon č. 576/2004 Z. z.)**

**K bodu 1 (§ 2 ods. 23)**

V súčasnej dobe je zdravotný obvod administratívne určenie časti územia Slovenskej republiky poskytovateľovi všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre dospelých, poskytovateľovi všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre deti a dorast, poskytovateľovi špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti a poskytovateľovi špecializovanej zubno-lekárskej ambulantnej starostlivosti v rozsahu verejnej minimálnej siete. Upravuje sa spôsob prideľovania zdravotných obvodov a to tak, aby sa zohľadňovalo kritérium rovnomerného pracovného zaťaženia poskytovateľov. Zároveň sa ustanovuje povinnosť pre samosprávny kraj prideliť zdravotný obvod vždy novému poskytovateľovi všeobecnej ambulantnej starostlivosti, ak bolo v čase žiadosti o povolenie na činnosť aspoň jedno neobsadené miesto v okrese. Cieľom tohto opatrenia je prispieť k zjednodušeniu zriadenia novej ambulancie na miestach, kde sa vyhodnotením siete identifikuje nedostatok všeobecných lekárov.

Samosprávny kraj pri prideľovaní zdravotných obvodov spôsobom, aby zabezpečil rovnomernú pracovnú záťaž poskytovateľov, bude využívať informácie o počte a vekovej štruktúre poistencov na úroveň ulíc a súpisných a orientačných čísel domov z registrov poistencov zdravotných poisťovní o trvalom a prechodnom pobyte v jednotlivých obciach v jeho pôsobnosti.

**K bodu 2 (§ 46 ods. 1 písm. l))**

Legislatívno-technická úprava súvisiaca s návrhom v § 2 ods. 23 a s kompetenciou samosprávneho kraja rovnomerne rozkladať pracovnú záťaž medzi poskytovateľov vo verejnej sieti ambulantných poskytovateľov.

**K bodu 3 (§ 46 ods. 1 písm. r) a s))**

Samosprávnemu kraju sa ukladá povinnosť poskytnúť údaje týkajúce sa ordinačných hodín poskytovateľov, údaje potrebné na vydanie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia a ďalšie údaje o poskytovateľoch všeobecnej ambulantnej starostlivosti, ktoré umožňujú identifikovať kapacitu poskytovateľa, ministerstvu zdravotníctva, zdravotným poisťovniam a na vyžiadanie aj iným samosprávnym krajom. Cieľom tohto oprávnenia je zabezpečiť údaje potrebné na monitorovanie a vyhodnocovanie siete a plnenia ďalších úloh podľa tohto zákona oprávnenými subjektmi.

Samosprávnemu kraju sa tiež ukladajú povinnosti v súvislosti s jeho úlohami podľa zákona č. 578/2004 Z. z. § 6c a § 6d.

**Čl. IV (zákon č. 577/2004 Z. z.)**

Nárok poistenca v legislatívnej úprave absentuje, z toho dôvodu sa navrhuje zadefinovať, že z verejného zdravotného poistenia sa uhrádza ústavná zdravotná starostlivosť poskytovaná v ústavnom zdravotníckom zariadení, ktorým je nemocnica.

**Čl. V (zákon č. 578/2004 Z. z)**

**K bodu 1 (§ 3 ods. 1 písm. g))**

Na základe návrhu Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „Úrad“) sa vypúšťa prehliadka mŕtveho tela spod zdravotníckeho povolania. Úprava súvisí so zmenou v § 47b ods. 1 a 2 zákona č. 581/2004 Z. z., podľa ktorej prehliadka mŕtveho tela nie je vykonávaná zdravotníckymi pracovníkmi v rámci výkonu zdravotníckeho povolania za účelom získania väčšieho počtu osôb oprávnených prehliadať mŕtve telá.

**K bodu 2 (§ 4 písm. d))**

Zavádza sa legislatívna skratka z dôvodu absencie.

**K bodom 3 a 4 (§ 5 ods. 1)**

V súvislosti s novou úpravou verejnej minimálnej siete sa menia parametre pre určenie verejnej minimálnej siete. Namiesto počtu obyvateľov sa má prihliadať na počet poistencov pričom parametre sa rozširujú aj o vnútroštátnu migráciu, teda rozdiel medzi trvalým pobytom a miestom čerpania zdravotnej starostlivosti. Oboje majú za cieľ zvýšiť presnosť dimenzovania a plánovania kapacít zdravotnej starostlivosti.

**K bodu 5 (§ 5 ods. 5)**

Legislatívno-technická úprava v súvislosti s vypustením § 5a (koncovej siete).

**K bodu 6 (§ 5 ods. 5)**

Vzhľadom na to, že sa ustanovujú osobitné podmienky a vlastné nariadenie vlády pre verejnú minimálnu sieť poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti, nevzťahuje sa na týchto poskytovateľov nariadenie podľa § 5 ods. 5.

**K bodu 8 (§ 5a)**

Vzhľadom k skutočnosti že návrh zákona o kategorizácii ústavnej starostlivosti zavádza sieť kategorizovaných nemocníc, dané je nevyhnutné premietnuť aj v tomto zákone, a to vypustením koncovej siete z legislatívneho rámca. Má však odloženú účinnosť do 31. decembra 2024.

**K bodom 7 a 9 (§ 5 ods. 6 až 8 a § 5b až 5d)**

Vzhľadom na osobitú povahu sa zo spoločnej úpravy vyčleňuje úprava všeobecnej ambulantnej starostlivosti. Poskytovatelia všeobecnej ambulantnej starostlivosti tvoria početnú a z hľadiska ich úloh a funkcie v systéme zdravotnej starostlivosti samostatnú skupinu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Zavádza sa pomenovanie podmnožiny verejnej minimálnej siete, a to verejná minimálna sieť poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti. Ustanovujú sa základné kritériá pre určenie siete, ktorými sú zabezpečenie miestnej dostupnosti a potrebnej kapacity poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a spôsob ich určenia.

Účelom úpravy je zabezpečiť aktuálnosť a presnosť regulácie verejnej minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti. Cieľom je zabezpečiť normatív určujúci verejnú minimálnu sieť, ktorý bude vyjadrovať optimálny stav a automaticky reagovať na demografické a migračné zmeny v populácii poistencov. Aplikačná prax ukázala, že vyjadrenie normatívu verejnej minimálnej siete v absolútnych hodnotách spôsobuje, že sa takýto predpis stáva v dôsledku meniacej sa demografickej štruktúry obyvateľov a migrácie na danom území nepresným a neaktuálnym. Ako taký následne nie je vhodným nástrojom pre plánovanie ani distribúciu ľudských zdrojov v zdravotníctve. Úprava má preto za cieľ určiť definujúce parametre a postup výpočtu optimálneho počtu potrebných lekárskych miest v okrese, v závislosti od počtu a vekovej štruktúry poistencov s trvalým pobytom v okrese. Tiež zavádza pre určenie verejnej minimálnej siete kritérium miestnej dostupnosti, ktorého účelom je zabezpečiť optimálnu distribúciu poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti a definovať maximálnu dojazdovú vzdialenosť a to s ohľadom na skutočnosť, že všeobecní lekári sú lekármi prvého a najčastejšieho kontaktu pre poistencov.

Dojazd osobným motorovým vozidlom bol zvolený pre potrebu konzistentne vyhodnocovať splnenie tejto podmienky. Vzhľadom na odlišnosti foriem hromadnej dopravy a jej meniacu sa prevádzku sa určil ako parameter pre vyhodnotenia miestnej dostupnosti čas dojazdu osobným vozidlom. Maximálne časy určí nižší právny predpis a pre rôzne formy zdravotnej starostlivosti a špecializácie sa môže líšiť, pričom zohľadňuje moderné medicínske štandardy. Prílohou nižšieho právneho predpisu by mala byť aj matica dojazdových časov, ktorá umožní priebežné a konzistentné vyhodnocovanie splnenia podmienky maximálneho času dojazdu medzi obcami.

Verejná minimálna sieť poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti je vyjadrená ako počet lekárskych miest v okrese, ktorý je potrebný na to, aby bola garantovaná kvalitná a dostupná zdravotná starostlivosť. Spôsob výpočtu potrebnej kapacity sa určí podľa nižšieho právneho predpisu a medzi formami zdravotnej starostlivosti a špecializáciami sa môže líšiť, pričom zohľadňuje moderné medicínske štandardy. Počet lekárskych miest vo verejnej minimálnej sieti sa ustanoví pre každý rok spôsobom, ktorý bližšie upravuje zákon a nariadenie vlády.

Ustanovenie tiež obsahuje zmocnenie na vydanie nariadenia vlády, ktoré obsahuje podrobnú úpravu pre reguláciu verejnej minimálnej siete a jej vyhodnocovanie a tiež úpravu týkajúcu sa opatrení určených na podporu zabezpečovania dostatku všeobecných lekárov naprieč územím Slovenskej republiky.

Aplikačná prax si tiež vyžiadala zavedenie jednotky na počítanie kapacity ľudských zdrojov u poskytovateľov, ktorými sú lekárske miesto a sesterské miesto. Lekári a sestry pracujú v rôznych úväzkoch a počtoch u jedného poskytovateľa. Samotné počítanie ordinačných hodín nepopisuje kapacitu dostatočne, pretože v prípade viacerých lekárov či sestier u poskytovateľa môžu tí pracovať v nadväznosti alebo paralelne. Lekárske resp. sesterské miesto tak vyjadruje úväzok 1,0 a 35 ordinačných hodín, bez ohľadu na počet fyzických osôb, ktorý ho zabezpečuje.

Zavádza sa mechanizmus pravidelného každoročného monitorovania stavu siete, ktorý pozostáva z určenia lekárskych miest pre verejnú minimálnu sieť poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti a z vyhodnotenia reálneho stavu poskytovateľov, vyjadreného verejnou sieťou poskytovateľov. Zákon stanovuje okruh povinných subjektov, termíny pre vyhodnocovanie a obsah výsledkov vyhodnocovania stavu siete, pričom podrobnosti o výpočte jednotlivých parametrov či forme zverejnenia výsledkov ustanoví nariadenie vlády. Proces vyhodnocovania má byť otvorený pripomienkam zdravotných poisťovní a ministerstva, aby sa predišlo chybám v postupe a výpočtoch.

Výsledky vyhodnocovania, spolu s počtom a rozložením lekárskych miest, ktoré definujú verejnú minimálnu sieť zverejní úrad pre dohľad na svojom webovom sídle, aby bolo k dispozícii zdravotným poisťovniam, samosprávnym krajom, lekárom a poskytovateľom a tiež ministerstvu zdravotníctva. Údaj o počte neobsadených lekárskych miest, teda o tom, koľko lekárskych miest chýba oproti normatívu verejnej minimálnej siete, úrad pre dohľad priebežne na mesačnej báze aktualizuje na základe údajov od samosprávnych celkov o nových lekároch u poskytovateľov a naopak o lekároch, ktorí prestali vykonávať činnosť.

Tým sa zabezpečí dostupnosť a aktuálnosť informácií o dostatku a nedostatku všeobecných lekárov naprieč územím Slovenskej republiky, čo je dôležité ako z hľadiska plánovania ľudských zdrojov a verejných zdravotných politík tak aj z hľadiska rozhodovania budúcich všeobecných lekárov o mieste zriadenia ambulancie.

V prípade, že sa zistí, že reálny počet lekárskych miest na území okresu je nižší než normatív určený verejnou minimálnou sieťou, úrad pre dohľad na to upozorní zdravotné poisťovne. Tie majú povinnosť uviesť dôvody a tiež plánované opatrenia pre zabezpečenie optimálneho stavu, pričom oboje sa zverejní. Cieľom je motivovať k dlhodobej a konzistentnej snahe o posilnenie segmentu všeobecnej starostlivosti.

Ako nástroj monitorovania a komplexného vyhodnocovania stavu všeobecného lekárstva na Slovensku sa v § 5d zavádza klasifikácia okresov. Okresy každoročne klasifikuje podľa miery ohrozenia schopnosti zabezpečiť dostupnú a kvalitnú zdravotnú starostlivosti ministerstvo zdravotníctva a to na základe vyhodnotenia siete úradom pre dohľad. Parametre pre klasifikáciu určí nariadenie vlády, pričom cieľom klasifikácie je podať informáciu o stave ľudských zdrojov vo všeobecnom lekárstve, ich rozložení a umožniť rozlíšiť rôzne miery nedostatku všeobecných lekárov na rôznych častiach územia Slovenska. Ministerstvo vydá metodiku pre klasifikáciu každoročných hodnôt parametrov, vypočítaných úradom pre dohľad a na internete zverejní klasifikáciu okresov ako kriticky nedostatkové, ktoré vyjadrujú najvyššiu mieru ohrozenia, rizikovo nedostatkové, rizikové a zabezpečené.

Zavádza sa tiež povinnosť ministerstva zdravotníctva vydať každoročne zoznam obcí a okresov, pre ktoré sa poskytnú jednorazové príspevky na podporu vzniku nových poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti a metodiku, podľa ktorej postupovalo pri tvorbe zoznamu. Cieľom je podporiť príchod lekárov do oblastí, kde je identifikovaný nižší počet lekárskych miest než predpisuje verejná minimálna sieť. Ministerstvo určí počet príspevkov pre daný okres alebo konkrétnu obec a výšku príspevkov. Zoznam okresov a obcí, rovnako ako počet chýbajúcich miest určuje na základe výsledkov vyhodnocovania siete, pričom by mal zvažovať aj potenciál nového lekára získať dostatok kapitovaných poistencov v priebehu čerpania príspevku, čo vyjadruje počet lekárskych miest v okrese, počet neobsadených lekárskych miest v okrese a tiež veková štruktúra lekárov v okrese.

S cieľom zabezpečiť informovanosť subjektov, ktoré regulujú alebo manažujú sieť poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti o kapacitách poskytovateľov a tým podporiť optimálnu distribúciu poistencov medzi poskytovateľmi, princíp slobodnej voľby lekára a rozvoj kvality a dostupnosti všeobecných lekárov sa ukladá ministerstvu povinnosť sprístupniť zoznam poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti zdravotným poisťovniam, samosprávnym krajom a úradu pre dohľad. Zo zverejňovaných údajov o počte zdravotníckych pracovníkov, ich úväzkoch a počte kapitovaných poistencov je možné vyhodnotiť kapacitu poskytovateľa. Cieľom je uľahčiť vstup novým lekárom najmä v oblastiach, kde sa pacienti koncentrujú u poskytovateľov s menším než optimálnym počtom lekárskych miest. Zlepší sa aj postavenie samosprávneho kraja a zdravotnej poisťovne, ktorí môžu poistencovi, ktorý prišiel o lekára, ponúknuť informáciu o dostupnej alternatíve. Zdravotnej poisťovni sa v kontexte novely § 7 zákona 581/2004 Z. z. ukladajú aj povinnosti poistenca informovať o ukončení zmluvného vzťahu s jeho ošetrujúcim lekárom a ponúknuť poistencovi alternatívneho poskytovateľa.

**K bodu 10 (§ 6c a § 6d)**

Cieľom úpravy je zlepšiť informovanosť o neobsadených lekárskych miestach s cieľom zabezpečiť optimálnu distribúciu všeobecných lekárov. Samosprávne kraje na základe vyhodnotenia siete vyhlásia miesta, na ktoré hľadajú všeobecných lekárov. Samosprávne kraje sú viazané vyhodnotením ako minimálnou požiadavkou. Môžu teda vyhlásiť viac miest a môžu určiť aj územie menšie ako okres ak sa nachádza v rámci okresu určeného vo vyhodnotení. Spolu s informáciou o chýbajúcich miestach sa uvedú aj ponúkané benefity. Účelom je zjednodušiť orientáciu najmä pre začínajúcich lekárov. Aplikačná prax ukazuje, že najmä pre tých je zložité sa zorientovať v administratívnych povinnostiach ale aj v príležitostiach, ktoré sú k dispozícii na ich podporu. Na základe zverejňovaných informácii si lekár so záujmom otvoriť si ambulanciu všeobecného lekárstva bude môcť vybrať lokalitu, ktorá má perspektívu z hľadiska počtu lekárov v sieti a ktorá mu ponúka najvýhodnejšie podmienky. Ustanovenie zároveň prostredníctvom transparentnosti podporuje predchádzanie korupčnému správaniu a selektívnemu prerozdeľovaniu benefitov.

Zavádza sa jednorazový príspevok, ktorého cieľom je podporiť príchod lekárov do okresov, kde je nedostatok všeobecných lekárov a celkovo tak navýšiť počet lekárskych miest u poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti na Slovensku. Dôvodom je dlhodobé zaostávanie Slovenska za európskymi krajinami v počte všeobecných lekárov na obyvateľov, rovnako ako aj vysoký priemerný vek lekárov, ktorý prognózuje zhoršujúci sa stav nedostatku. Príspevky sú teda naviazané na ohrozenie schopnosti zabezpečiť zdravotnú starostlivosť. Vyjadrením tohto ohrozenia sú každoročné výsledky vyhodnocovania siete a klasifikácia okresov.

Cieľom jednorazového príspevku je tiež odstrániť niektoré bariéry, ktoré odrádzajú mladých lekárov od všeobecného lekárstva. Jednou z nich sú vstupné náklady súvisiace so založením praxe. Pokiaľ si začínajúci lekár otvára novú prax, tak napriek nedostatku lekárov v okrese musí okrem vybavenia ambulancie investovať prvý rok až dva aj do nákladov na prevádzku. Obdobie, kým neuzavrie zmluvy s dostatočným počtom poistencov, aby príjmy z kapitácie pokryli jeho náklady je pre začínajúcich lekárov rizikovým. Príspevok, ktorý zákon zavádza je určený na preklenutie tohto obdobia. Príspevok je dizajnovaný tak, aby sa štvrťročne znižoval na základe predpokladu, že lekár bude postupne získavať pacientov. Zároveň, aby sa predišlo špekuláciám, ministerstvo priebežne kontroluje počet poistencov, ktorí sú kapitovaní u lekára s príspevkom a pokiaľ presiahne stanovený počet, ďalšie časti príspevku sa nevyplatia, pretože to znamená, že lekár má vyšší príjem od zdravotných poisťovní, než predpokladajú podmienky príspevku.

Cieľom príspevku je stabilizácia počtu a rovnomerná dostupnosť všeobecných lekárov na Slovensku, preto sa s čerpaním príspevku spájajú povinnosti, ktoré viažu lekára k výkonu v oblasti, pre ktorú získal príspevok. Zároveň je zámerom zákonodarcu tiež podporiť poskytovanie všeobecnej zdravotnej starostlivosti spôsobom, ktorý je ústretový voči pacientom a preto sú súčasťou záväzku aj predĺžené ordinačné hodiny aspoň jeden deň v týždni či povinnosť lekára ponúkať bezplatné objednávanie na konkrétny termín.

Aby sa zamedzilo špekuláciám a podporil sa príchod nových lekárov, o príspevok sa môžu uchádzať len lekári, ktorí pred tým nepôsobili v okrese vo viac ako polovičnom úväzku, ani v okrese, ktorý je klasifikovaný rovnakým alebo vyšším stupňom nedostatku ako ten, v ktorom si uchádzač plánuje zriadiť ambulanciu.

Ministerstvo zdravotníctva vydá každoročne zoznam obcí a okresov, pre ktoré sa poskytnú jednorazové príspevky na podporu vzniku nových poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti a metodiku, podľa ktorej postupovalo pri tvorbe zoznamu. Cieľom je podporiť príchod lekárov do oblastí, kde je identifikovaný nižší počet lekárskych miest než predpisuje verejná minimálna sieť. Ministerstvo určí počet jednorazových príspevkov pre daný okres alebo konkrétnu obec a výšku príspevkov. Zoznam okresov a obcí, rovnako ako počet chýbajúcich miest určuje na základe výsledkov vyhodnocovania siete, pričom by mal zvažovať aj potenciál nového lekára získať dostatok kapitovaných poistencov v priebehu čerpania príspevku, čo vyjadruje počet lekárskych miest v okrese, počet neobsadených lekárskych miest v okrese a tiež veková štruktúra lekárov v okrese.

O príspevky sa môžu uchádzať aj lekári, ktorí ešte nezískali povolenie na činnosť. Cieľom príspevku je práve navigovať uchádzačov o príspevok do oblastí, kde je najväčšia potreba a teda ovplyvniť ich rozhodovanie v čase pred vydaním povolenia, ktoré sa spája už s konkrétnym miestom poskytovania. Zároveň sa môžu o príspevky okrem nových lekárov uchádzať aj poskytovatelia, ktorí plánujú zriadiť a prevádzkovať zariadenie všeobecnej ambulantnej starostlivosti, pokiaľ za všeobecného lekára, ktorého plánujú zamestnať, preukážu splnenie rovnakých podmienok ako v prípade nového lekára žiadateľa.

Cieľom príspevkov je osloviť najmä lekárov, ktorí ešte všeobecné lekárstvo nevykonávajú alebo len v malej miere a tým zvýšiť v súčasnosti nízke kapacity ambulancií primárnej starostlivosti. Preto sú nositeľmi príspevku lekári, ktorí sú z perspektívy nedostatkového okresu noví. Zároveň sa umožňuje čerpať príspevok novým aj existujúcim poskytovateľom, aby sa podporila priebežná obmena a združovanie lekárov do spoločných praxí, čo umožňuje rozložiť náklady aj administratívne povinnosti. V prípade existujúcich poskytovateľov, aby sa zachoval účel príspevku, ktorým je navýšenie kapacity siete poskytovateľov, je podmienka, že sa musí zvýšiť počet lekárskych miest u poskytovateľa o 1.

Ministerstvu sa udeľuje povinnosť uchádzača o príspevok informovať o podmienkach príspevku ale aj získania povolenia, uzavretia zmluvy so zdravotnou poisťovňou a tiež zabezpečiť výmenu kontaktných údajov medzi uchádzačom a samosprávnym krajom a zdravotnými poisťovňami a tým zjednodušiť pre uchádzača orientáciu v procese zriaďovania ambulancie.

**K bodu 11 (§ 7 ods. 8 a 9)**

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na zrušenie koncovej siete.

**K bodu 12 (§ 8 ods. 2)**

Návrh zákona o kategorizácii ústavnej starostlivosti umožňuje ministerstvu zdravotníctva ustanoviť požiadavky na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie nemocníc, ktoré sú rozšírením minimálneho personálneho zabezpečenie a materiálno-technického vybavenia v zákone č. 578/2004 Z. z. Z toho dôvodu sa ustanovujú špeciálne materiálno-technické vybavenie a personálne zabezpečenie, ktorým musí nemocnica disponovať na to, aby vedela zabezpečiť poskytovanie programu alebo medicínskej služby tej-ktorej úrovne.

**K bodu 13 (§ 11 ods. 3)**

Legislatívno-technická úprava – nahradenie pojmu zavedenou legislatívnou skratkou.

**K bodom 14, 15, 18 a 19 (§ 16 ods. 4, 17a ods. 7, § 21 ods. 1)**

Upravujú sa ustanovenia odkazujúce na koncovú sieť poskytovateľov. Zachovávajú sa kompetencie ministerstva zdravotníctva, aj keď nebude stanovená koncová sieť. Preto boli ustanovenia zosúladené tak, že kompetencie vykonáva MZSR ako orgán príslušný na vydanie povolenia, s tým, že voči nemocniciam, ktoré boli doposiaľ v koncovej sieti je v prechodnom ustanovení stanovené, že týmto orgánom ostáva aj po zrušení koncovej siete ministerstvo zdravotníctva. Ustanovenia, ktoré odkazovali výlučne na kompetenciu ministerstva zdravotníctva vo vzťahu ku koncovej sieti preto bolo možné vypustiť.

**K bodu 16 (§ 18 ods. 2)**

Dopĺňa sa do ustanovenia o dočasnom pozastavení povolenia možnosť podať zdravotnej poisťovni podnet orgánu príslušnému na vydanie povolenia v prípade nesplnenia povinností poskytovateľom zdravotnej starostlivosti uvedených v § 79 ods. 1 písm. a) až c) zákona.

**K bodu 17 (§ 19 ods. 1 písm. k)**

Legislatívno-technická úprava – nahradenie pojmu zavedenou legislatívnou skratkou.

**K bodu 20 (§ 40 ods. 6)**

Upravujú sa ustanovenia odkazujúce na koncovú sieť poskytovateľov.

**K bodu 21 (§ 64 ods. 3)**

Podľa § 20 ods. 1 písm. d) zákona č. 581/2004 Z. z. úrad prideľuje číselné kódy zdravotníckym pracovníkom. Komory sú v súčasnosti povinné zasielať úradu licencie na výkon zdravotníckeho povolania, ktoré komory zasielajú úradu v listinnej forme a s výrazným časovým oneskorením po právoplatnom vydaní licencie. Zároveň nie každý zdravotnícky pracovník, ktorý žiada o pridelenie kódu, má vydanú licenciu na výkon zdravotníckeho povolania. Pre účely pridelenia kódu je potrebné získanie údajov zdravotníckeho pracovníka elektronickou formou z registra zdravotníckych pracovníkov vedeného podľa § 64 zákona č. 578/2004 Z. z. Keďže registrácia zdravotníckeho pracovníka, pozastavenie, dočasné pozastavenie, zrušenie a zánik registrácie majú vplyv na pridelenie, ukončenie platnosti, pozastavenie platnosti a ukončenie pozastavenia platnosti kódu, je potrebné poskytovať úradu údaje z registra zdravotníckych pracovníkov v rovnakom rozsahu, v akom ich komora poskytuje NCZI. Keďže nie každý zdravotnícky pracovník potrebuje pre výkon svojho povolania číselný kód, komora bude poskytovať úradu údaje z registra zdravotníckych pracovníkov na základe výzvy úradu vo vzťahu k zdravotníckym pracovníkom, ktorí žiadajú o pridelenie kódu.

**K bodu 22 (§ 78 ods. 4)**

Podľa § 20 ods. 1 písm. d) zákona č. 581/2004 Z. z. úrad prideľuje číselné kódy poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a zároveň vedie v registri poskytovateľov zdravotnej starostlivosti podľa § 20 ods. 1 písm. e) štvrtý bod zákona č. 581/2004 Z. z. údaje o odbornom zástupcovi poskytovateľa. Na účely správneho vedenia registra poskytovateľov a prideľovania kódov poskytovateľa je potrebné, aby komora zasielala úradu okrem licencie na výkon zdravotníckeho povolania (podľa § 78 ods. 2 písm. a) zákona č. 578/2004 Z. z.) a licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe (podľa § 78 ods. 1 písm. d) zákona č. 578/2004 Z. z.) aj licenciu na výkon činnosti odborného zástupcu.

**K bodu 23 (§ 78a ods. 4)**

Podľa § 20 ods. 1 písm. d) zákona č. 581/2004 Z. z. úrad prideľuje číselné kódy zdravotníckym pracovníkom, poskytovateľom zdravotnej starostlivosti (t. j. aj držiteľ licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe) a zariadeniam sociálnej pomoci. Komory sú v súčasnosti povinné zasielať úradu licencie na výkon zdravotníckeho povolania (podľa § 78 ods. 2 písm. a) zákona č. 578/2004 Z. z.) a licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe (podľa § 78 ods. 1 písm. d) zákona č. 578/2004 Z. z.), ktoré komory zasielajú úradu v listinnej forme a s výrazným časovým oneskorením po právoplatnom vydaní licencie. Pre účely pridelenia kódu je potrebné získanie údajov držiteľa licencie elektronickou formou z registra licencií vedeného podľa § 78a zákona č. 578/2004 Z. z. Keďže vydanie licencie, dočasné pozastavenie licencie, skončenie dočasného pozastavenia licencie, zrušenie a zánik licencie majú vplyv na pridelenie kódu, ukončenie, pozastavenie a ukončenie pozastavenia platnosti kódu, navrhuje sa poskytovať úradu údaje z registra licencií v rovnakom rozsahu, v akom ich poskytuje komora NCZI.

**K bodu 24 (§ 79 ods. 20**)

Rozširuje sa okruh údajov, ktoré poskytovateľ hlási samosprávnemu kraju. Účelom opatrenia je zabezpečiť kompletné a aktuálne informácie o sieti poskytovateľov v kraji a tak umožniť priebežné vyhodnocovanie a informovanie o stave siete. Uvedené informácie už dnes poskytovatelia hlásia do zdravotných poisťovní. Ich koncentrácia u samosprávnych krajov je tiež predpokladom pre zníženie administratívnej záťaže poskytovateľov tým, že zdravotné poisťovne budú môcť čerpať informácie priamo od samosprávneho kraja.

**K bodu 25 (§ 79a ods. 1 písmeno c))**

V nadväznosti na novo upravené čakacie zoznamy v novom zákone sa precizuje aj povinnosť poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v súvislosti s vedením zoznamu poistencov čakajúcich na zdravotnú starostlivosť.

**K bodu 26 (§ 81 ods. 1 písm. a))**

Voči nemocniciam, ktoré boli doposiaľ v koncovej sieti je v prechodnom ustanovení stanovené, že týmto orgánom oprávneným konať v konaniach podľa zákona č. 578/2004 Z. z. zostáva aj po zrušení koncovej siete Ministerstvo zdravotníctva SR.

**K bodu 27 (§ 81 ods. 1 písmeno f))**

Voči nemocniciam, ktoré boli doposiaľ v koncovej sieti je v prechodnom ustanovení stanovené, že týmto orgánom oprávneným konať v konaniach podľa zákona č. 578/2004 Z. z. zostáva aj po zrušení koncovej siete Ministerstvo zdravotníctva SR.

**K bodu 28 (§ 82 ods. 1)**

Orgán príslušný na vydanie povolenia (§ 11 – t. j. MZSR), ak v odseku 8 a v osobitnom predpise nie je ustanovené inak, uloží držiteľovi povolenia vydaného podľa tohto zákona pokutu za porušenie niektorej z povinností ustanovených v § 79.

Aby bolo možné uložiť sankcie na povinnosti ustanovené novým zákonom, vylučuje sa pôsobnosť zákona č. 578/2004 Z. z.

**K bodu 29 (§ 82 ods. 1 písm. b))**

V prípade nesplnenia novozavedenej povinnosti podľa bodu 11 sa ustanovuje pokuta.

**K bodu 30 (§ 82 ods. 8)**

Vzhľadom na zrušenie koncovej siete, nie je možné zachovať kompetencie Ministerstva zdravotníctva SR vo vzťahu k subjektom, ktoré v nej boli zaradené. Preto sa ustanovenia zosúlaďujú tak, že kompetencie vykonáva orgán príslušný na vydanie povolenia, s tým, že voči nemocniciam, ktoré boli doposiaľ v koncovej sieti je v prechodnom ustanovení stanovené, že týmto orgánom ostáva aj po zrušení koncovej siete Ministerstvo zdravotníctva SR najneskôr do získania nového povolenia podľa tohto zákona.

**K bodu 31 (§ 92 odsek 4)**

Ustanovuje sa, že ak došlo k zmene príslušného orgánu na konanie v prvom stupni, orgán, ktorý bol naposledy príslušný na konanie v prvom stupni, je povinný orgánu príslušnému na konanie v prvom stupni predložiť všetky rozhodnutia, ktoré ako orgán príslušný na konanie v prvom stupni vydal, spolu so spisovým materiálom do 15 dní od zmeny príslušného orgánu na konanie v prvom stupni z dôvodu právnej istoty.

**K bodu 32 (§ 102ao a 102ap)**

S cieľom zabezpečiť dostatok času pre úrad pre dohľad na to, aby zabezpečil organizačné a personálne pokrytie svojich nových úloh, sa do 1.1.2024 určuje, že úlohy úradu pre dohľad súvisiace s vyhodnocovaním stavu siete bude vykonávať ministerstvo zdravotníctva, ktoré predpis pripravilo. Ministerstvo počas toho obdobia spolupracuje a zaškoľuje úrad pre dohľad ohľadne postupov pri vyhodnocovaní stavu siete podľa tohto zákona. Prechodne sa tiež ustanovuje, že údaje, ktoré majú podľa tohto zákona poskytnúť samosprávne kraje, poskytnú pre účel prvého vyhodnotenia zdravotné poisťovne. Dôvodom je skutočnosť, že vzhľadom na krátky čas účinnosti zákona, nebudú v tom čase samosprávne celky pravdepodobne ešte disponovať potrebnými údajmi.

Taktiež sa ponecháva pôsobnosť MZSR pri zmene v povoleniach vydaných MZSR alebo VUC nemocniciam zaradením so siete kategorizovaných nemocníc.

**Čl. VI (zákon č. 579/2004 Z. z.)**

**K bodu 1 (§ 3 ods. 6)**

Z dôvodu kategorizácie nemocníc je nevyhnutné upraviť aj povinnosti operačného strediska záchrannej zdravotnej služby. Zámerom je, aby aj operačné stredisko aj poskytovatelia záchrannej zdravotnej služby dodržiavali podmienky ustanovené kategorizáciou ústavnej starostlivosti pri preprave osôb do zdravotníckych zariadení poskytujúcich ústavnú zdravotnú starostlivosť. Inými slovami – operačné stredisko musí usmerňovať poskytovateľa záchrannej služby tak, aby poskytovateľ prepravil osobu vyžadujúcu si ústavnú zdravotnú starostlivosť do takej nemocnice, ktorá v rámci svojho zaradenia do určitej úrovne, môže takúto ústavnú zdravotnú starostlivosť a medicínsku službu reálne poskytnúť.

**K bodu 2 (§ 5 ods. 1 písm. f)**

Z dôvodu kategorizácie nemocníc je nevyhnutné upraviť aj povinnosti poskytovateľov záchrannej zdravotnej služby, ktorí musia prepraviť osobu vyžadujúcu si ústavnú zdravotnú starostlivosť do takej nemocnice, ktorá v rámci svojho zaradenia do určitej úrovne, môže takúto ústavnú zdravotnú starostlivosť a medicínsku službu reálne poskytnúť.

**Čl. VII (zákon č. 580/2004 Z. z.)**

**K bodu 1 (§ 13 ods. 13)**

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na úpravu § 19.

**K bodu 2 (§ 15 ods. 6)**

Navrhované znenie odstraňuje problém zdravotnej poisťovne pri predpisovaní dlžných súm po zomretom platiteľovi poistného, ktoré sa v súčasnosti uskutočňuje prostredníctvom súdu. Súčasne ochraňuje dediča identickým spôsobom ako je tomu v súkromnom práve, resp. vo verejnom práve v oblasti daní pokiaľ ide o rozsah prechodu záväzku. Prechod povinnosti platiť odvody bez ohľadu na výšku hodnoty dedičstva by bolo nezákonným zásahom do vlastníckeho práva dediča. Taktiež sa navrhuje, aby si po skončení dedičského konania zdravotná poisťovňa voči dedičom alebo právnym nástupcom uplatní dlžné poistné vydaním výkazu nedoplatkov. Teda dedič sa stáva dlžníkom na poistnom a zdravotná poisťovňa postupuje rovnako ako voči inému dlžníkovi.

**K bodu 3 (§ 19 ods. 9)**

Výkaz nedoplatkov by mal obsahovať aj určenie platiteľa poistného s uvedením dátumu začatia a dátumu skončenia povinnosti platiť poistné. Platiteľ poistného by mal komplexnejšie informácie o vykonaní ročného zúčtovania poistného. V praxi sa stáva, že poistenci alebo platitelia poistného namietajú, že im zdravotná poisťovňa nezohľadnila ich poistný vzťah, pričom, ak by informáciu o ich platiteľoch poistného vo výkaze nedoplatkov mali, k takýmto námietkam by neprichádzalo. Zároveň by sa tým zjednotila terajšia prax zdravotných poisťovní. Súkromné zdravotné poisťovne túto informáciu vo výkazoch nedoplatkov uvádzajú, štátna zdravotná poisťovňa ju neuvádza.

**K bodu 4 (§ 19 ods. 19 a 20)**

Analógia s § 17a ods. 8, podľa ktorého zdravotná poisťovňa môže z vlastného podnetu zrušiť výkaz nedoplatkov. Vyskytujú sa prípady, kedy platiteľ poistného podá dodatočné daňové priznanie, ktoré zmení pôvodný výsledok ročného zúčtovania poistného. Je žiadúce a logické, aby v takýchto prípadoch bolo prepočítané ročné zúčtovanie poistného a oznámený nový výsledok, či už výkazom nedoplatkov alebo novým oznámením. Aj keď to zákon neustanovuje, zdravotné poisťovne takto postupujú.

**K bodu 5 (§ 19 ods. 22)**

Legislatívno-technická úprava súvisiaca s bodom 5.

**K bodu 6 (§ 19 ods. 23 až 27)**

Z aplikačnej praxe vyplynula potreba legislatívne upraviť postup v situácii, kedy sa už po stanovení podielu zdravotnej poisťovne na celkovej platbe za poistencov štátu zistí (napr. internou kontrolou zdravotnej poisťovne), že predošlý výpočet podielu vychádzal z nesprávnych údajov.

Neumožňuje sa dodatočné navyšovanie počtu vykázaných osôb, za ktoré platí poistné štát, aby nedochádzalo k situáciám, kedy by počty poistencov štátu boli dodatočnými oznámeniami zvyšované; zároveň sa týmto motivujú zdravotné poisťovne k čo najpresnejšiemu nahlasovaniu údajov pri riadnom termíne na určenie podielu na platbe za poistencov štátu.

V prípade zistenia pochybenia zdravotnej poisťovne (nahlásenie osôb, ktoré nespĺňajú podmienku platby za poistenca štátu) sa ustanovuje povinnosť vykonať v danej veci dohľad a po ukončení dohľadu Ministerstvo zdravotníctva SR určí nové podiely zdravotných poisťovní na platbe štátu.

Ak by toto nové určenie podielov na platbe štátu malo za následok zmenu v nároku zdravotnej poisťovne na jej výsledok ročného prerozdeľovania vo výške viac ako 1%, úrad je povinný vykonať nové ročné prerozdelenie poistného.

Vyššie uvedený postup bude možné vykonať do 1 roka od dátumu určeného na doručenie oznámenia o výške podielu jednotlivých zdravotných poisťovní na celkovej platbe za poistencov štátu a nebude mať vplyv na pôvodne určené sumy príspevkov (Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, operačné strediská, Národné centrum zdravotníckych informácií).

**K bodu 7 (§ 21 ods. 1)**

Ustanovenie § 19 ods. 15 odkazuje na povinnosť platiteľa poistného odviesť nedoplatok na poistnom najneskôr do 45 dní odo dňa nadobudnutia právoplatnosti výkazu nedoplatkov podľa odseku 9. V prípade, ak platiteľ poistného neodvedie nedoplatok na poistnom v zákonom stanovenej lehote, zdravotná poisťovňa si nemôže uplatniť nárok na poistné (vydaním výkazu nedoplatkov), ale má právo vymáhať poistné. Uplatniť si nárok na poistné voči platiteľovi poistného je povinnosť podľa § 19.

**K bodu 8 (§ 23 ods. 15)**

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na úpravu § 19 ods. 25.

**K bodu 9 (§ 25 ods. 1 písm. b))**

Overiť totožnosť poistenca je potrebné nielen pri prihláškach na základe ktorých dochádza k vzniku poistného vzťahu (tzv. vznikové prihlášky), ale aj pri prihláškach, na základe ktorých má dôjsť k zmene zdravotnej poisťovne (tzv. zmenové prihlášky). Súčasné znenie § 25 ods. 1 písm. b) explicitne ukladá zdravotnej poisťovni povinnosť overovať totožnosť len pri tzv. vznikových prihláškach, ale túto povinnosť už explicitne neuvádza pri tzv. zmenových prihláškach, čo je zjavný nedostatok súčasnej právnej úpravy, nakoľko overenie totožnosti je nevyhnutné pre elimináciu rizika výskytu prípadov tzv. nezákonných prepoistení.

**K bodu 10 (§ 25 ods. 1 písm. k))**

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na § 15 ods. 6.

**K bodu 11 (§ 25 ods. 8)**

V súvislosti s navrhovaným znením § 15 ods. 6 je dôvodné očakávať, že sa na zdravotnú poisťovňu budú po smrti poistencov alebo platiteľov poistného obracať dedičia, prípadne blízke osoby zomrelých poistencov resp. platiteľov poistného, ktorí budú žiadať o vystavenie potvrdení o stave pohľadávok po zomrelom (nakoľko uvedené sa deje aj v súčasnosti). Je preto žiaduce do zákona explicitne zakotviť povinnosť zdravotnej poisťovne tieto potvrdenia vydávať aj blízkym osobám alebo dedičom, aby tak mala zdravotná poisťovňa pre vydávanie potvrdení aj tomuto okruhu osôb relevantný právny základ.

**K bodu 12 (§ 26 ods. 1 písm. b))**

Vylúčenie týchto povinností z pokutovania podľa zákona č. 580/2004 Z. z., nakoľko v § 26 ods. 6 ustanovuje, že pokutovanie zdravotných poisťovní sa riadi osobitným zákonom č. 581/2004 Z. z.

**K bodu 13 (§ 28a ods. 6)**

Údaje o zmene poistného vzťahu poistencov k 1.1. príslušného kalendárneho roka zasielajú zdravotné poisťovne úradu do 20. februára príslušného kalendárneho roka.

**K bodu 14 (§ 29b ods. 22)**

Určuje sa povinnosť pre Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny poskytovať na účely výkonu zdravotného poistenia údaje súvisiace s poskytovaním podpory v čase skrátenej práce v  podobnom rozsahu a  spôsobom, ako majú byť poskytované Sociálnej poisťovni pre účely výkonu sociálneho poistenia podľa § 233 ods. 12 písm. d) zákona 461/2003 Z. z.

**K bodu 15 (§ 38ez)**

Navrhovaná úprava si vyžaduje vyhotovenie nových verzií elektronických formulárov a zmenu informačných systémov, z toho dôvodu sa ustanovujú prechodné ustanovenia.

**Čl. VIII (zákon č. 581/2004 Z. z.)**

**K bodom 1 a 2 (§ 6 ods. 1 písm. o) a písm. ah))**

Novým zákonom sa ustanovujú povinnosti pre zdravotnú poisťovňu, ktoré treba premietnuť aj do tohto zákona na účely sankcií zo strany Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

**K bodom 3 a 4 (§ 6 ods. 2, 3, 5 až 8, 11 a § 6 ods. 2 písm. a) až g))**

Legislatívno-technická úprava súvisiaca s presunom úpravy čakacích zoznamov do nového zákona.

**K bodu 5 (§ 6 ods. 3 a 4)**

V nadväznosti na zoznam pacientov čakajúcich na plánovanú zdravotnú starostlivosť sa ustanovuje zdravotnej poisťovni povinnosť tvoriť technické rezervy za účelom úhrady zdravotnej starostlivosti.

**K bodu 6 (poznámka pod čiarou k odkazu 19)**

Zmena textu v poznámke pod čiarou vyplýva zo zmeny zloženia verejnej siete poskytovateľov, ktorá bude v nadväznosti na kategorizáciu ústavnej starostlivosti tvorená aj verejnou minimálnou sieťou nemocníc.

**K bodu 7 (§ 7 ods. 1)**

V súvislosti so zmenami, ktoré vyplývajú z konceptu kategorizácie ústavnej zdravotnej starostlivosti, sa upravuje, že ďalšie podmienky pri uzatváraní zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s prevádzkovateľom nemocnice zaradenej do siete kategorizovaných nemocníc ustanoví osobitný zákon. Týmto zákonom je zákon podľa Čl. I.

**K bodu 8 (§ 7 ods. 7)**

Ministerstvo zdravotníctva môže ustanoviť kategorizáciou ústavnej starostlivosti indikátory kvality pre ústavnú starostlivosť poskytovanú v nemocnici. Nakoľko indikátory kvality sú zaužívaným legislatívnym pojmom v tomto ustanovení, navrhuje sa legislatívno-technická úprava v nadväznosti na zavedenie pojmu indikátory pre ústavnú starostlivosť v návrhu zákona o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti (Čl. I).

**K bodu 9 (§ 7 ods. 9 písm. b))**

Zdravotná poisťovňa bude uhrádzať ústavnú starostlivosť v rozsahu povinných a doplnkových programov každej nemocnici zaradenej do siete kategorizovaných nemocníc. V nadväznosti na túto povinnosť sa rozširuje rozsah zdravotnej starostlivosti uvádzaný v zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

**K bodu 10 (§ 7 ods. 9 písm. e))**

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na spôsob úhrady v prípade ak nemocnica zaradená do siete kategorizovaných nemocníc neplní podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosti.

**K bodu 11 (§ 7 ods. 21)**

Upravuje sa povinnosť zdravotnej poisťovne upozorniť poistenca na skončenie zmluvného vzťahu zdravotnej poisťovne s poskytovateľom, s ktorým má poistenec uzavretú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a zároveň ho upovedomiť o poskytovateľoch v jeho okolí. Cieľom úpravy je adresovať situáciu, keď zánikom poskytovateľa bez právneho nástupcu končia pacienti a ich zdravotná dokumentácia u samosprávnych krajoch bez ošetrujúceho lekára. Keďže týmto stavom dochádza aj k tomu, že zdravotné poisťovne za takého pacienta neplatia kapitačnú platbu, chýbajúca motivácia sa nahrádza zákonnou povinnosťou konať a upozorniť pacienta na danú skutočnosť a uľahčiť mu nájdenie nového lekára.

**K bodom 12 a 13 (§ 8aa ods. 2 písm. i) a ods. 3 písm. b))**

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na novelizáciu § 6 ods. 2.

**K bodu 14 (§ 9 ods. 6 písm. c))**

Legislatívno-technická úprava súvisiaca s presunom úpravy čakacích zoznamov do nového zákona.

**K bodu 15 (§ 10 ods. 3)**

Audítorovi zdravotnej poisťovne sa ukladá povinnosť informovať úrad pre dohľad o priebehu auditu a zisteniach z auditu aj vzhľadom na to, že aj zisk zdravotných poisťovní podľa pravidiel ustanovených v § 6a bude vychádzať z auditovaných výkazov. Audítor zdravotnej poisťovne bude povinný informovať úrad pre dohľad o skutočnostiach, o ktorých informuje manažment zdravotnej poisťovne v prípade zistených nedostatkov.

**K bodu 16 (§ 15 ods. 1 písm. b)**

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na novelizáciu § 6 ods. 2.

**K bodu 17 (§ 15 ods. 1 písm. aj) a ak))**

V prípade, ak úrad pri výkone svojej činnosti žiada zdravotnú poisťovňu o poskytnutie doplňujúcich informácií k povinne oznamovaným údajom, prípadne poskytnutie informácií potrebných k riešeniu podania, u ktorého nie je dôvod na začatie dohľadu, v niektorých prípadoch dochádza k tomu, že zdravotné poisťovne tieto údaje odmietnu poskytnúť, ak nie je vo veci vykonávaný dohľad. Z uvedeného dôvodu sa ukladá zdravotným poisťovniam povinnosť na žiadosť úradu poskytnúť informácie, ktoré súvisia s činnosťou zdravotnej poisťovne aj mimo vykonávania dohľadu. V súčasnosti neexistujú údaje a lepšia metodika pre určenie tzv. obvyklého pobytu, než prechodný a trvalý pobyt. Aj keď sa vo verejnom sektore pracuje na metodikách, ako tento obvyklý pobyt určiť, treba upozorniť, že v rámci vyhodnotenia siete je tiež potrebné sledovať spotrebu zdravotnej starostlivosti s ohľadom na pobyt pacienta (pri určovaní potreby zdravotnej starostlivosti v regióne), preto nie je dostačujúca len neprepojená informácia o počte obyvateľov s obvyklým pobytom v určitej obci, ale táto informácia by musela byť priradená priamo ku konkrétnej spotrebe starostlivosti. To by bolo možné dosiahnuť len ak sa informácia o obvyklom pobyte bude evidovať v zdravotných poisťovniach alebo by MZ SR muselo pracovať s neanonymizovanými údajmi. Vzhľadom na mnohé metodologické problémy a nezodpovedané otázky, ako aj potrebu jednoznačného určenia pobytu z dôvodu predchádzaniu nejednoznačnému výkladu, predkladateľ nateraz zotrváva v definícii ako je uvedená v návrhu. V prípade, ak sa podarí zjednotiť sa na metodike určenia obvyklého pobytu a vyriešiť všetky technologické problémy, definíciu v zákone bude možné upraviť jeho novelizáciou.

**K bodu 18 (§ 15 ods. 1 písm. z))**

Pre účely určenia zdravotných obvodov sa rozširuje oznamovacia povinnosť.

**K bodu 19 (§ 16 ods. 1 písm. g))**

Legislatívno-technická úprava súvisiaca s presunom úpravy čakacích zoznamov do nového zákona.

**K bodu 20** **(§ 16 ods. 5 písm. h))**

Legislatívno-technická úprava súvisiaca s presunom úpravy čakacích zoznamov do nového zákona.

**K bodu 21 (§ 18 ods. 1 písm. q) bod 1b)**

Umožňuje sa úhrada za prehliadku mŕtveho tela aj priamo lekárovi, ktorý pracuje v ambulancii poskytovateľa všeobecnej alebo špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti a ktorý na základe rozpisu úradu vykonal prehliadku mŕtveho tela.

**K bodu 22 (§ 18 ods. 1 písm. v))**

Ustanovuje sa povinnosť Úradu pre dohľad vyhodnocovať sieť všeobecnej ambulantnej starostlivosti.

**K bodu 23 (§ 20 ods. 1 písm. r))**

Za účelom plnenia zákonných úloh sa udeľuje prístup k údajom z registra.

**K bodu 24 (§ 22 ods. 2)**

Navrhovanou úpravou sa posilňuje stabilita a nezávislosť postavenia predsedu úradu, ako nezávislého orgánu vykonávajúceho dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti a nad verejným zdravotným poistením vrátane zdravotných poisťovní, obdobne ako je vykonávaný dohľad Národnou bankou Slovenska nad finančným trhom. Navrhovaná úprava je súčasťou opatrení smerujúcich k naplneniu cieľa deklarovaného v Programovom vyhlásení vlády Slovenskej republiky na roky 2021-2024 v oblasti starostlivosti o zdravie obyvateľstva, ktorým je posilnenie pozície štátu v oblasti zdravotného poistenia a zvýšenie kvality zdravotníctva. Štát prinavráti do centra svojej pozornosti ako svoj primárny záujem zdravie občanov, ktorý nebude ustupovať silným záujmovým a finančným skupinám v pozadí.

**K bodu 25 (§ 22 ods. 8)**

Ide o legislatívno-technickú úpravu vzhľadom na úpravu znenia § 22 ods. 2.

**K bodu 26 (§ 22 ods. 9 písm. a))**

Ide o legislatívno-technickú úpravu vzhľadom na úpravu znenia § 22 ods. 2.

**K bodu 27 (§ 22 ods. 10)**

Dostatočná funkčná a personálna nezávislosť a stabilita postavenia predsedu úradu vytvorí základné predpoklady pre efektívny výkon kompetencie dohľadu, s cieľom zlepšiť efektivitu vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia. Uvedeným bude garantovaná adekvátna miera stability a nezávislosti výkonu funkcie predsedu úradu a tým stabilita a nezávislosť úradu ako takého. Závažné pochybenie predsedu úradu ako odvolací dôvod sa posudzuje v zmysle medzinárodných etických štandardov, obdobne ako v prípade odvolania guvernéra (napr. Rozsudky ESD C‑202/18 a C‑238/18).

**K bodu 28 (§ 47b ods. 1 a 2)**

Na základe návrhu Úradu sa rozširuje okruh osôb, ktoré môžu vykonávať prehliadky mŕtvych tiel. Keďže každý lekár ukončuje štúdium v študijnom odbore všeobecné lekárstvo, nedochádza k vylúčeniu žiadnych lekárov z výkonu prehliadok mŕtvych. V súčasnosti je výkon prehliadky mŕtveho tela súčasťou výkonu zdravotníckeho povolania vykonávaného zdravotníckym pracovníkom a na prehliadajúcich lekárov sa vzťahujú povinnosti zdravotníckeho pracovníka, v dôsledku čoho sa obmedzuje počet osôb, ktoré majú na základe dobrovoľnosti záujem byť zaradení do rozpisu vykonávania prehliadok mŕtvych tiel (napr. lekári na dôchodku, lekári pracujúci na fakultách a pod.). Keďže pre odborné zabezpečenie vykonávania prehliadok mŕtvych tiel nie je potrebné, aby mal prehliadajúci lekár právne postavenie zdravotníckeho pracovníka vykonávajúceho zdravotnícke povolanie, vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel sa zaraďuje pod rovnaký právny režim ako vykonávanie pitiev. Pitvy sú vykonávané lekármi, ktorých definícia je uvedená v § 48 ods. 9 zákona č. 581/2004 Z. z., pričom pitvy nie sú vykonávané v rámci zdravotníckeho povolania podľa § 3 zákona č. 578/2004 Z. z. a lekári vykonávajúci pitvy nemajú status zdravotníckeho pracovníka a nevzťahujú sa na nich povinnosti zdravotníckych pracovníkov ustanovené v zákone č. 578/2004 Z. z. Za účelom zabezpečenia kvalifikovaného výkonu prehliadok mŕtvych tiel nie je nutné prehliadajúcich lekárov zaťažovať povinnosťami zdravotníckeho pracovníka a nie je daný dôvod, aby prehliadka mŕtveho tela bola vykonávaná zdravotníckymi pracovníkmi v rámci výkonu zdravotníckeho povolania. Zároveň prehliadka mŕtveho tela na základe rozpisu úradu nie je vykonávaná v žiadnom z právnych vzťahov uvedených v § 3 ods. 4 zákona č. 578/2004 Z. z.

**K bodu 29 (§ 47f ods. 1 písm. d))**

Ide o legislatívno–technickú úpravu, ktorá súvisí s úpravou § 47b ods. 1 a 2.

**K bodu 30 (§ 48 ods. 14)**

Odobraté vzorky z pitvy je potrebné okrem diagnostiky poskytovať aj na vedecko-výskumné účely. Odobraté vzorky z pitvy je potrebné okrem diagnostiky poskytovať aj na výskumno-vývojové účely. Jedná sa o činnosti v rámci grantových alebo výskumných projektov vzdelávacích inštitúcií (lekárske fakulty, univerzity a pod.), ktoré pre svoje vedecké účely potrebujú mať prístup k vzorkám z pitiev. O poskytnutie vzorky žiada na základe pridelenej grantovej úlohy alebo inej úlohy spravidla vedúci projektu alebo štatutárny orgán vzdelávacej inštitúcie, následne úrad pre dohľad rozhodne o schválení alebo zamietnutí žiadosti po jej posúdení. Napríklad v rámci grantových úloh výskumu vplyvu koronavírusu na pľúcne tkanivo sa úrad nemohol zapojiť do týchto výskumných činností z dôvodu, že právna úprava v súčasnosti neumožňuje úradu poskytovať vzorky z pitiev na tieto účely.

**K bodu 31 (§ 64 ods. 1 písm. b))**

Doterajšia prax ukázala, že porušenie niektorých povinností ustanovených zákonom č. 580/2004 Z. z. zdravotnou poisťovňou z hľadiska jeho dopadu na systém verejného zdravotného poistenia môže byť významne závažný a preto v týchto prípadoch je maximálna výška pokuty 3 319 eur neprimerane nízka a v danom prípade nesplní svoj účel. Jedná sa napr. o porušenie povinností ustanovených v § 27 a 27a, ktoré upravujú povinnosti v súvislosti s mesačným a ročným prerozdeľovaním poistného, kedy ich prípadné porušenie má dopad nielen na jednotlivé zdravotné poisťovne, ale na celý systém verejného zdravotného poistenia aj na činnosť Ministerstva zdravotníctva SR v oblasti zúčtovania poistného so štátom. Zároveň znenie súčasného písmena b) nie je jednoznačné, keďže poznámka 37) aj poznámka 81a) odkazujú na zákon č. 580/2004 Z. z.

Ak by bolo horná hranica posunutá, tak by bola priemerná pokuta v najvyššej hranici výrazne vyššia, odhadovane 15 000 eur, čo by predstavovalo nárast príjmu štátneho rozpočtu 116 810 eur.

Tento rok jedna poisťovňa nesprávne vykázala údaje k ročnému prerozdeleniu podľa zákona č. 580/2004, čo malo dopad aj na zúčtovanie poistného zo štátom a významný dopad na prerozdelenie poistného medzi ostatné poisťovne. Jedná sa o závažné porušenie zákona a sankcia 3 319 je neprimeraná, nepokrýva ani administratívne náklady štátu spojené s predmetnou vecou.

Zdravotné poisťovne narábajú z predpísaným poistným vo výške 5,2 miliardy eur, vzhľadom na túto sumu je sankcia 3 319 eur neprimerane nízka.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Uložené pokuty podľa zákona č. 580/2004 Z. z. | | | | | | |  |  |  |  |
|  | |  | Výška pokuty v eurách | | | | | | | |
| ROK | Počet pokút | | 150 | 331 | 500 | 660 | 1000 | 2000 | 3319 |  |
| 2017 | 12 | |  |  | 4 | 1 |  |  | 7 |  |
| 2018 | 3 | |  |  | 1 |  |  |  | 2 |  |
| 2019 | 1 | |  |  |  |  |  | 1 |  |  |
| 2020 | 4 | | 1 | 1 |  |  | 1 |  | 1 |  |
| 2021 | 1 | |  |  | 1 |  |  |  |  |  |
| Spolu | 21 | | 1 | 1 | 6 | 1 | 1 | 1 | 10 |  |

**K bodu 32 (§ 76 ods. 3 písm. l))**

Za porušenie povinnosti zachovávať mlčanlivosť osôb uvedených v odseku 1 sa nepovažuje, ak zdravotná poisťovňa informáciu poskytne na vyžiadanie orgánu, ktorý je príslušný na vydanie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia podľa osobitného zákona za účelom kontroly informáciu o výškach úväzkov zdravotníckych pracovníkov, ktoré eviduje u poskytovateľa, pre ktorého je daný orgán príslušný.

**K bodu 33 (§ 76 ods. 4)**

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na doplnenie písmena l) v odseku 3.

**K bodu 34 (§ 76 ods. 5 písm. a))**

Za porušenie povinnosti zachovávať mlčanlivosť osôb uvedených v odseku 1 sa nepovažuje, ak zdravotná poisťovňa informáciu poskytne na vyžiadanie orgánu, ktorý je príslušný na vydanie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia podľa osobitného zákona za účelom kontroly informáciu o výškach úväzkov zdravotníckych pracovníkov, ktoré eviduje u poskytovateľa, pre ktorého je daný orgán príslušný.

Taktiež sa ustanovuje výnimka z povinnosti zachovávať mlčanlivosti pri činnostiach ministerstva zdravotníctva vyplývajúcich z návrhu zákona o kategorizovaní ústavnej starostlivosti.

**K bodu 35 (76 ods. 5 písm. b))**

Za porušenie mlčanlivosti sa nepovažuje výmena údajov medzi úradom pre dohľad, zdravotnými poisťovňami a ministerstvom zdravotníctva a vyšším územným celkom.

**K bodu 36 (§ 86zj)**

Navrhuje sa prechodné ustanovenie v súvislosti navrhovaným vymenovaním predsedu Úradu prezidentom, podľa ktorého sa za takého považuje podľa tohto zákona terajšia predsedníčka Úradu.

**Čl. IX (zákon č. 153/2013 Z. z.)**

**K § 12**

V nadväznosti na novo upravené čakacie zoznamy v  zákone o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti sa upravuje aj povinnosť národného centra v súvislosti s vedením zoznamu poistencov čakajúcich na zdravotnú starostlivosť. Ustanovuje sa aj účel spravovania a vedenia súhrnného zoznamu čakajúcich poistencov, a to v súlade so zásadami ochrany osobných údajov. Predkladateľ má za to, že rozsah navrhovaných zverejňovaných údajov je v zmysle daného účelu nevyhnutný a primeraný. Podľa jedinečného identifikačného kódu poistenca nebude možné zistiť o akého konkrétneho pacienta ide; zásady ochrany osobných údajov sú tak predmetným ustanovením zachované.

**Čl. X**

Navrhuje sa účinnosť zákona.

**K účinnosti od 1. januára 2023**

*K čl. I (§ 9, § 12 až § 14)*

Prvé zaradenie nemocníc do siete po účinnosti tohto zákona vykoná ministerstvo zdravotníctva *ex offo,* a teda nebude potrebné aby prevádzkovatelia nemocníc podávali žiadosti podľa § 12 a § 14.

Pokiaľ ide o § 9, vyhodnotenie siete nadväzuje na kategorizáciu ústavnej starostlivosti, ktorá ešte v tomto čase nebude k dispozícii. Vyhodnotenie siete taktiež závisí od vydania metodiky siete, ktorú ministerstvo zdravotníctva vydá najneskôr do 31. decembra 2023. Až po tomto termíne bude možné vykonať vyhodnotenie siete kategorizovaných nemocníc, a tomu je prispôsobená aj účinnosť daného ustanovenia.

*K § 40 a § 42*

Účinnosť bodov týkajúcich sa zoznamu čakajúcich poistencov sa navrhuje z dôvodu nutnosti prípravy informačných systémov zdravotných poisťovní, NCZI a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ako aj z dôvodu, že prvé lehoty časovej dostupnosti budú stanovené až druhou kategorizáciou ústavnej starostlivosti účinnou od 1. júla 2022.

*K čl. VIII (1, 3 až 5, 12 až 14, 16, 19 až 20) a k čl. IX*

Účinnosť je navrhovaná v nadväznosti na účinnosť ustanovení týkajúcich sa zoznamu čakajúcich poistencov.

**K účinnosti od 1. januára 2024**

*K čl. I (§ 38, § 41 a § 43)*

K § 38

Nemocnice budú mať obdobie, počas ktorého sa budú nastavovať na podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosti, ktoré budú povinné plniť od 1. januára 2024. Zdravotnej poisťovni sa zároveň ukladá povinnosť uviesť zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti do súladu so zákonom o kategorizácii ústavnej starostlivosti do 1. decembra 2023, a tejto skutočnosti je prispôsobená účinnosť zmlúv.

Pokiaľ ide o § 41 a § 43, je nevyhnutné reflektovať na odôvodnenie k účinnosti týkajúcej sa § 38 vyššie; inými slovami povedané, akékoľvek následky porušenia povinnosti ako aj ukladanie sankcií budú platiť až od 1. januára 2024 z dôvodu, že nebude existovať vyhodnotenie siete podľa tohto zákona a zároveň v období pred 1. januárom 2024 nemocnice sa budú nastavovať na podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosti. Až keď sa na nemocnice budú vzťahovať podmienky podľa tohto zákona, budú aplikovateľné aj povinnosti prevádzkovateľov nemocníc a s tým súvisiace sankčné mechanizmy.

K § 20

Keďže zmeny v ústavnej starostlivosti nastanú až s účinnosťou od 1. januára 2024, aj samotné vyraďovanie zo siete bude možné vykonať až od tohto dátumu.

*K čl. V*

K bodom 5, 8, 11, 14, 15, 18 až 20, 29 až 31

Zrušenie koncovej siete a jej nahradenie sieťou kategorizovaných nemocníc sa navrhuje 1. januára 2024 z dôvodu, aby sa všetky nemocnice a ich prevádzkovatelia na túto zmenu pripravili a zosúladili svoje činnosti (napr. poskytovanie programov a medicínskych služieb) s kategorizáciou ústavnej starostlivosti.

V Bratislave dňa 29. septembra 2021

**Eduard Heger, v. r.**

**predseda vlády**

**Slovenskej republiky**

**Vladimír Lengvarský, v. r.**

**minister zdravotníctva**

**Slovenskej republiky**

1. <https://eiah.eib.org/publications/attachments/report-health-sector-study-20180322-en.pdf> [↑](#footnote-ref-1)
2. <https://eiah.eib.org/publications/attachments/report-health-sector-study-20180322-en.pdf> [↑](#footnote-ref-2)