

## Predkladacia správa

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky 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 posilnenia všeobecného lekárstva a optimalizácie siete nemocníc“.

### Optimalizácia 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. Koncepcia vychádza z prístupu Hodnota za peniaze a z Plánu obnovy a odolnosti, ktorým sa Slovenská republika zaviazala zefektívniť, okrem iného, aj oblasť zdravotníctva. Jej cieľom je vykonať v 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 aj z Programového vyhlásenia vlády SR na obdobie 2021 - 2024, podľa ktorého má každý pacient mať nárok na kvalitnú, bezpečnú a dostupnú ústavnú starostlivosť.

Kľúčovým predpokladom definovania optimálnej siete je definícia toho, aká zdravotná 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, zástupcov nemocníc 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 medicínskych služieb, pričom pre každú úroveň bude definovaný zoznam povinných, nepovinných a doplnkových programov a zoznam povinných, nepovinných a doplnkových medicínskych 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 ústavnej starostlivosti 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 zvolí poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

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 medicínske služby, čím sa zabezpečí reálna geografická dostupnosť zdravotnej 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 na ústavnú starostlivosť určitej úrovne len v nemocniciach zaradených do siete v danej úrovni alebo vyššej. Zároveň budú musieť uzatvoriť zmluvu všetky povinné programy a doplnkové programy 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.

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 úrovni 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 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.

### **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 (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 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.

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 zdravotníci pracovníci potrebné zručnosti a skúsenosti, čím sa zabezpečí lepšia kvalita poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

### **Zisk zdravotných poisťovní**

Navrhovanou úpravou sa zabezpečuje realizácia základných práv občanov podľa čl. 40 Ústavy Slovenskej republiky (ďalej len „ústava“) tým, že sa ustanovujú podmienky dostupnosti základného práva na bezplatnú zdravotnú starostlivosť na náklady zdravotného poistenia. Systém verejného zdravotného poistenia je limitovaný objemom finančných prostriedkov, ktorý sa vytvára na základe povinnosti platiť poisťné na zdravotné poistenie. Objem finančných prostriedkov nie je konštantný, ale kolíše v čase. Štát má podľa čl. 40 v spojení s čl. 55 ods. 1 ústavy povinnosť reagovať na zmenu finančných možností zabezpečenia bezplatnej zdravotnej starostlivosti na náklady zdravotného poistenia pohybom právnej úpravy tak nahor, ako aj nadol. Za istých okolností zvýši objem finančných prostriedkov odvádzaných od poisťencov, za iných okolností tento objem zníži vždy za účelom vytvorenia optimálneho finančného zázemia pre poskytovanie bezplatnej zdravotnej starostlivosti na náklady zdravotného poistenia.

Cieľom novely je použitie verejných prostriedkov zdravotného poistenia predovšetkým na úhradu zdravotnej starostlivosti, teda v prospech poisťencov. Novela má zároveň za cieľ zabrániť neprímeranej návratnosti vloženého súkromného kapitálu, ktorá bola doposiaľ dosahovaná.

### **Nezávislosť Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou**

Navrhovanou úpravou sa tiež 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 prinavrátí do centra svojej pozornosti ako svoj primárny záujem zdravie občanov, ktorý nebude ustupovať silným záujmom a finančným skupinám v pozadí.

Návrh zákona bol predmetom medzirezortného pripomienkového konania od 6. augusta 2021 do 30. augusta 2021 v bežnej lehote. Rozporové rokovania a prerokovania pripomienok prebiehali od 7. septembra 2021 do 14. septembra 2021.

Na rokovanie vlády Slovenskej republiky sa predkladá s jedným rozporom s Asociáciou zamestnávateľských zväzov a združení.

Návrh zákona nemá byť predmetom vnútrokomunitárneho pripomienkového konania. 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 poisťencov 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 koncepcie siete a jej nahradením 5 sieťami nemocníc, pri ktorých sa účinnosť navrhuje na 1. januára 2024.