

SPRÁVA O ÚČASTI VEREJNOSTI NA TVORBE PRÁVNÝCH PREDPISOV

Verejnosť je o príprave návrhu Nariadenia vlády Slovenskej republiky z 2021, ktorým sa mení nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov informovaná prostredníctvom predbežnej informácie, ktorá bola zverejnená v informačnom systéme verejnej správy Slov-Lex. (PI/2021/235).

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

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

Pripomienku zaslala SKIZP (Slovenská komora iných zdravotníckych pracovníkov):

1.) SKIZP žiada, aby sa uvedený návrh nariadenia vlády zaoberal aj stanovením minimálnej siete zdravotníckych pracovníkov s vysokoškolským vzdelaním II. stupňa, ktorí tvoria súčasť ambulantného multiprofesionálneho tímu prislúchajúceho ku každej ambulancii všeobecného lekára. Odôvodnenie: Riešenie zdravotných potrieb obyvateľstva pri súčasnom rešpektovaní nedostatku lekárov na Slovensku. Tento spôsob riešenia odporúča aj Európska komisia. Vid' s. 19 v publikácii Zdravotný profil krajiny Slovensko 2019. Zosúladenie s odporúčaniami EK v dokumente Odporúčania panelu expertov pre efektívne spôsoby investovania do zdravia (EXPHP) z 10. júla 2014 - odporúčania pre multiprofesionálnu primárnu ZS. 2.) Konkrétne návrhy na zvýšenie minimálnych noriem v týchto povolaniach: Pôvodne písané pre NV č. 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti, z ktorého problematika aktuálne vypadáva, takže by sa muselo primerane upraviť, ale pre zrozumiteľnosť uvádzame v pôvodnom znení: 1. „Minimálny normatív inej špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti uvedený v Prílohe č. 3 pre samostatné ambulancie zdravotnej starostlivosti sa a) u klinických logopédov zvyšuje vždy o 1,00 pracovného miesta klinického logopéda pre každý región, kde bol výskumne potvrdený zvýšený výskyt porúch prehltnutia a vývinových rečových porúch alebo porúch reči, vzniknutých na základe úrazu, náhlej cievnej mozgovej príhody alebo iného poškodenia mozgu oproti obdobiu predchádzajúcich 5 rokov sledovaného obdobia najmenej o 10 %, ak priemerná čakacia doba na prijatie pacienta u klinického logopédia v danom regióne je viac ako 3 mesiace, b) u liečebných pedagógov zvyšuje vždy o 1,00 pracovného miesta liečebného pedagóga pre každý región, kde bol výskumne potvrdený zvýšený výskyt b1) vývinových porúch psychomotorického vývoja detí oproti obdobiu predchádzajúcich 5 rokov sledovaného obdobia najmenej o 10 %, alebo b2) telesne, mentálne alebo psychicky postihnutých detí alebo zvýšený výskyt detí nachádzajúcich sa v potenciálne zdravie ohrozujúcom rodinnom prostredí (psychiatricky chorí rodičia, nezamestnaní rodičia alebo inak sociálne vylúčení rodičia) oproti obdobiu predchádzajúcich 5 rokov sledovaného obdobia najmenej o 10 %, alebo b3) pacientov vyžadujúcich dlhodobú zdravotnú alebo sociálnu starostlivosť oproti obdobiu predchádzajúcich 5 rokov sledovaného obdobia najmenej o 10 %, alebo b4) seniorov vo vyššom veku, u ktorých sa prejavujú kognitívne poruchy, aj rôzne formy nastupujúcej alebo rozvinutej demencie najmenej o 5 % a c) u verejných zdravotníkov zvyšuje vždy o 1,00 pracovného miesta verejného zdravotníka

pre každý región, kde c1) úmrtnosť a chorobnosť obyvateľstva v sledovaných diagnózach chronických neinfekčných ochorení v období posledných 5 rokov stagnuje alebo vykázala vzostup o 5 % a viac alebo daný prirodzený región vykazuje v úmrtnosti a chorobnosti významne horšie ukazovatele ako je dostupný zistený priemer členských štátov EÚ, c2) údaje o priemernom veku dožitia obyvateľstva v dobrom zdraví daného regiónu poukazujú na významne horšie ukazovatele (viac ako 5 %) ako je dostupný zistený priemer členských štátov EÚ a zároveň zistený benchmark s ostatnými samosprávnymi krajinami poukazuje na viac ako 5 % rozdiel ukazovateľov v neprospech daného regiónu, c3) modus vekovej štruktúry obyvateľstva na danom území vykazuje vyššiu hodnotu ako 60 rokov veku, c4) priemerný vek lekárov pracujúcich na území daného regiónu presahuje 55 rokov veku, alebo c5) čakacie doby na ošetrovanie na špecializovanú lekársku a nelekársku ambulantnú zdravotnú starostlivosť v danom regióne presahujú 3 mesiace.“ Odôvodnenie: Obsiahnuté v samotnej pripomienke – zlepšovanie ukazovateľov zdravia. Podrobnejšie tiež pri bode 3. návrhu. 2. V § 2 sa za odsek 3 pripájajú nové odseky 4 až 7, ktoré znejú: (4) Minimálny normatív poskytovateľov všeobecnej a špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti uvedený v odsekoch 1 až 3 sa zvyšuje vždy o 1,00 lekárskeho miesta lekára s príslušnou odbornou spôsobilosťou, ak a) hustota obyvateľstva na danom území je nižšia ako 50 obyvateľov na m², alebo b) hustota obyvateľstva na danom území je vyššia ako 500 obyvateľov na m², alebo c) modus vekovej štruktúry obyvateľstva na danom území vykazuje vyššiu hodnotu ako 60 rokov veku, alebo d) priemerný vek lekárov pracujúcich na území daného regiónu presahuje 55 rokov veku, alebo e) úmrtnosť a chorobnosť obyvateľstva v sledovaných diagnózach chronických neinfekčných ochorení v období posledných 5 rokov stagnuje alebo vykázala vzostup o 5 % a viac alebo daný prirodzený región vykazuje v úmrtnosti a chorobnosti významne horšie ukazovatele ako je posledný zistený priemer členských štátov EÚ. (5) Minimálny normatív poskytovateľov všeobecnej a špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti uvedený v odseku 4 sa zvyšuje aj o 1,00 pracovného miesta zdravotníckeho pracovníka s vysokoškolským vzdelaním II. stupňa v zdravotníckom povolaní verejný zdravotník, 1,00-3,00 pracovného miesta sestry, 1,00 pracovného miesta fyzioterapeuta, 1,00 pracovného miesta poradenského alebo klinického psychológa, 1,00 pracovného miesta liečebného pedagóga, 1,00 pracovného miesta klinického logopéda, a 1,00 pracovného miesta laboratórneho diagnostika na účely vytvorenia multiprofesionálneho tímu lekára primárnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti v zmysle odporúčaní Európskej komisie, ak a) údaje o priemernom veku dožitia obyvateľstva v dobrom zdraví daného regiónu poukazujú na významne horšie ukazovatele dožitia (viac ako 5 %) ako je dostupný zistený priemer členských štátov Európskej únie alebo b) je splnená niektorá z podmienok uvedených v odseku 4, avšak pre nedostatok lekárov (viac ako 5 rokov) nie je možné na dané územie zabezpečiť lekára. (6) Minimálny normatív multiprofesionálneho tímu primárnej zdravotnej starostlivosti podľa ods. 5 vzniká pre zabezpečenie komplexnej multiprofesionálnej primárnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti najmenej jeden v každom okrese, pričom pracovné miesta zdravotníckych pracovníkov podľa odseku 5 možno naplniť aj postupne, najneskôr do 5 rokov od začatia jeho tvorby a v závislosti od regionálnych potrieb a priorít definovaných v spolupráci s príslušným samosprávnym krajom a miestnou územnou samosprávou, inak sa postupuje podľa odsekov 1 až 3 a 7. (7) Doplnenie minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti podľa ods. 3 druhá veta písm. a) až c) sa plní podľa zdravotných potrieb obyvateľstva v spolupráci s príslušným samosprávnym krajom a miestnou územnou samosprávou.“ Odôvodnenie: Zosúladnenie s odporúčaním Panelu expertov EK pre efektívne spôsoby investovania do zdravia, že primárna ambulantná zdravotná starostlivosť (všeobecná, špecializovaná) má byť reprezentovaná

multiprofesionálnymi tímami ambulantnej zdravotnej starostlivosti (viď Report on the Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH) on Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems (2014). s. 4. [Správa Panelu expertov (EXPH) pre efektívne spôsoby investovania do zdravia o definícii referenčného rámca týkajúceho sa primárnej starostlivosti s osobitným dôrazom na systémy financovania a systémy odosielania.]. Brusel: Európska komisia [cit. 2021-08-07]. Dostupné na internete: <<https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/c34869f8-783e-4d99-9f58-6bcd5965608e>>). Tieto multiprofesionálne tímy ambulantnej zdravotnej starostlivosti Európska komisia členským štátom EÚ (t.j. vrátane Slovenska) odporúča zaviesť už od roku 2014 Špeciálne vo vzťahu k Slovensku na to Európska komisia upozornila, že toto chýba, citujem „lepšie rozdelenie úloh medzi lekármi a inými zdravotníckymi pracovníkmi by takisto mohli pomôcť riešiť nedostatok lekárov“ - naposledy viď hodnotiacia správa EK Zdravotný profil krajiny Slovensko 2019 na s. 18 dostupné online: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019_chp_sk_slovak.pdf). Európska komisia túto skutočnosť (tvorbu multiprofesionálnych tímov pre oblasť prevencie) považuje za tak dôležitú, že Slovenskú republiku vyzýva na vyššie investície do zdravotnej výchovy a prevencie v citovanom dokumente Zdravotný profil krajiny Slovensko 2019 dokonca na niekoľkých miestach – na s. 13 vpravo hore a v texte pod obrázkom, na s. 14 vpravo hore, na s. 22 odsek vľavo dolu, tamtiež posledný odsek, čo na správu takéhoto stručného rozsahu nebýva obvyklé. Verejní zdravotníci (absolventi vysokoškolského štúdia v študijnom odbore verejné zdravotníctvo, ako EK odporúča, taktiež môžu byť súčasťou multiprofesionálnych tímov primárnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti. 3. V § 5 sa na konci pripája druhá veta, ktorá znie: „Minimálny normatív poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti sa zvyšuje o 1,00 pracovného miesta epidemiológa alebo verejného zdravotníka na sledovanie, analýzu a prevenciu nozokomiálnych nákaz v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti a najmenej o 1,00 pracovného miesta pracovného psychológa na sledovanie, analýzu, prevenciu a elimináciu syndrómu vyhorenia a iných záťažových psychologických faktorov práce a pracovného prostredia u zdravotníckych pracovníkov pracujúcich u poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti.“ Odôvodnenie: Skúsenosť z praxe poukazuje na potrebu poskytovania odbornej psychologickkej starostlivosti nielen pre pacientov alebo klientov zdravotníckeho zariadenia, ale i pre zdravotnícky personál pracujúci v ústavných zariadeniach. Práve tento z dôvodu zvyšovania záťaže, nárokov na udržanie profesionality pri poddimenzovanom stave personálu, zvyšujúcim sa technickom a administratívnom zaťažení, nedostatočnom financovaní a častej medializácii sa stáva zdravotnícky personál skupinou, ktorá je ohrozená dôsledkami pôsobenia najmä vyššie vymenovaných stresorov. Informácie poukazujú na to, že v slovenskom zdravotníctve, najlepšie v zariadeniach ústavnej zdravotnej starostlivosti je urgentne potrebné vytvoriť pracovné miesta, ktoré sa budú v ďalšom období systematicky venovať predchádzaniu a eliminácii syndrómu vyhorenia u zdravotníckeho personálu. Táto preventívna činnosť je z hľadiska obsahu štúdia náplňou práce psychológov so špecializáciou pracovná a organizačná psychológia. Vzniknutá infraštruktúra pracovných psychológov v zariadeniach ústavnej zdravotnej starostlivosti môže byť neskôr potenciálom aj na zabezpečenie systematickej prevencie a liečby syndrómu vyhorenia a iných záťažových psychologických faktorov práce a pracovného prostredia aj pre zdravotnícky personál v segmente ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Takúto podporu kapacitne nemôžu zabezpečovať klinickí psychológovia poskytujúci zdravotnú starostlivosť pacientom. Vytvorenie pracovných miest pre pracovných psychológov napr. pri personálnych oddeleniach nemocnice umožní systematické riešenie podpory zdravotníckemu personálu formou individuálnej

starostlivosti i možnosti riešenia systémových preventívnych krokov z pohľadu organizačnej psychológie. Uvedené riešenie podporí i iniciatívu Európskej únie, ktorá kladie veľký dôraz na prevenciu a podporujúce činnosti psychológov v rámci aktuálnych projektov implementovaných na regionálnych úrovniach (napr. Strategický rámec EÚ pre zdravie a bezpečnosť pri práci 2014 – 2020). 4. V Prílohe č. 3 v Tabuľke č. 1 sa minimálny normatív inej špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti pre samostatné ambulancie zdravotnej starostlivosti v riadku pre a) klinickú logopédiu zvyšuje zo 118, 5 pracovného miesta klinického logopéda pre celú Slovenskú republiku na 155 pracovného miesta klinického logopéda pre celú Slovenskú republiku, b) liečebnú pedagogiku zvyšuje z 8,00 pracovného miesta liečebného pedagóga pre celú Slovenskú republiku na 80 pracovných miest liečebných pedagógov pre celú Slovenskú republiku, t. j. najmenej 10 pracovných miest liečebných pedagógov ambulantnej zdravotnej starostlivosti na jeden samosprávny kraj. Odôvodnenie: Včasná kvalifikovaná starostlivosť o osoby nachádzajúce sa v riziku. Posilnenie rozvoja dlhodobej starostlivosti a prevencie vzniku chronických neinfekčných ochorení. K písm. b) tiež starostlivosť o seniorov: Výskyt demencie v populácii nad 60 rokov je 5 %, pričom každých desať rokov pribúdajúceho veku sa toto percento zdvojnásobuje. Liečební pedagógovia poskytujú odbornú starostlivosť vo forme nefarmakologických terapií v ambulanciách, v denných stacionároch a špecializovaných sociálnych zariadeniach. Pre populáciu zdravých seniorov poskytujú preventívne programy kognitívnej zdatnosti ako prevenciu demencie. Participujú na včasnej diagnostike kognitívnych porúch. Liečebnopedagogická starostlivosť zahŕňa aj podporu a poradenstvo pre rodinných príslušníkov a príbuzných seniorov s demenciou, ktorí žijú s postihnutým seniorom v jednej domácnosti. Na Slovensku je aktuálne 60 tisíc ľudí s demenciou, domácu starostlivosť im poskytuje 120 – 160 tisíc rodinných príslušníkov. 5. V prílohe č. 3 v Tabuľke č. 1 sa minimálny normatív inej špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti na konci dopĺňa o nový riadok, ktorý znie: „Verejné zdravotníctvo 300 pracovných miest verejných zdravotníkov s vysokoškolským vzdelaním II. stupňa (magisterské) pre celé územie Slovenskej republiky.“ Odôvodnenie: Zabezpečenie kvalifikovaného výkonu preventívnych epidemiologických činností, aktívneho vyhľadávania, preventívnych všeobecných ako aj selektívnych populačných skrýningov, nielen vo vzťahu k infekčným ale aj výskytu chronických neinfekčných ochorení (šikana, nadužívanie liekov, obezita z inaktivity, atď.). Rozvoj zdravotníckej osvedy, preventívnych výchovno-vzdelávacích programov (deti v materských, základných, stredných školách, vysokoškoláci, zamestnanci, seniori), podpora prevencie uskutočňovanej nefarmakologickými intervenciami na elimináciu vzniku chronických neinfekčných ochorení na miestnej a regionálnej úrovni. Lokálne a regionálne epidemiologické štúdie. Tiež odôvodnenie vyplývajúce z <https://hbcslovakia.com/> - posledná medzinárodná štúdia Health Behaviour in School-aged Children, ktorej súčasťou bolo aj monitorovanie situácie u detí staršieho školského veku (11-15) na Slovensku a ktorá, konštatovala vážne rezervy v oblasti psychohygieny detí na školách, oslabenia psychiky v dôsledku absencie pohybu, zdravej výživy, nadužívania technológií, ktorých výsledkom je nervozita, podráždenosť a poruchy spánku, bolo zistené nadužívanie liekov na upokojenie v tejto vekovej skupine a tiež zvýšené riziko látkových a nelátkových závislostí - ak takto vyzerá dnes najmladšia generácia aká je šanca, že bude neskôr zdravá a šťastná a v pracovnom procese zmysluplne akcie schopná? - jednoznačne sú potrebné systematické celoročné intervencie na každej škole a v každej triede prostredníctvom preventívnych intervenčných zdravotníckych tímov v oblasti psychohygieny zamerané nielen na deti, ale aj na dospelých (učiteľov, zamestnancov), ktoré by mal monitorovať a zabezpečovať zdravotnícky pracovník s príslušnou kvalifikáciou – verejný zdravotník. 3.) Odporúčame

vypracovanie a definovanie aj nariadenia o normatívoch optimálnej siete. 4.) V súvislosti s týmito úpravami poznamenávame, že bude potrebné upraviť aj Výnos MZ SR o minimálnom personálnom a materiálno-technickom vybavení zdravotníckych zariadení. 5.) Bola by vhodná aj úprava zákona o ZS č. 576/2004 Z. z. v tom zmysle, že ambulatná starostlivosť (primárna prípadne aj sekundárna atď.) by bola zadaná ako tímová. Zároveň žiadame, aby táto novela nariadenia vlády, keďže potreby obyvateľstva sú už dávno iné, odkedy sa naposledy nariadenie novelizovalo, riešila aj ďalšie požiadavky praxe, ako napríklad aj nové určenie minimálnej siete špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, medicínskych laboratórií, zariadení zobrazovacích metód, atď. Zároveň odporúčame špecifikovať aj kategorizáciu jednotlivých druhov medicínskych laboratórií, zobrazovacích metód... napríklad vo vyhláske MZ SR č. 84/2016 Z. z. o určujúcich znakoch jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení.

Stanovisko MZSR:

Pripomienku SKIZP nie je možné akceptovať, nakoľko verejná minimálna sieť sa stanovuje pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti definovaných v zákone.

Správa o účasti verejnosti na tvorbe právneho predpisu				
Fáza procesu	Subfáza	Kontrolná otázka	Á	N
1. Príprava tvorby právneho predpisu	1.1 Identifikácia cieľa	Bol zadaný cieľ účasti verejnosti na tvorbe právneho predpisu? ¹⁾	X	
	1.2 Identifikácia problému a alternatív	Bola vykonaná identifikácia problému a alternatív riešení? ²⁾	X	
2. Informovanie verejnosti o tvorbe právneho predpisu	2.1 Rozsah informácií	Boli verejnosti poskytnuté informácie o probléme, ktorý má predmetný právny predpis riešiť?	X	
		Boli verejnosti poskytnuté informácie o ciele účasti verejnosti na tvorbe právneho predpisu spolu s časovým rámcom jeho tvorby?	X	
		Boli verejnosti poskytnuté informácie o plánovanom procese tvorby právneho predpisu?	X	
	2.2 Kontinuita informovania	Boli verejnosti poskytnuté relevantné informácie pred začatím tvorby právneho predpisu?	X	
		Boli verejnosti poskytnuté relevantné informácie počas tvorby právneho predpisu?	X	
		Boli verejnosti poskytnuté relevantné informácie aj po ukončení tvorby právneho predpisu?	X	
	2.3 Kvalita a včasnosť informácií	Boli relevantné informácie o tvorbe právneho predpisu verejnosti poskytnuté včas?	X	

		Boli relevantné informácie o tvorbe právneho predpisu a o samotnom právnom predpise poskytnuté vo vyhovujúcej technickej kvalite? ³⁾	X	
	2.4 Adresnosť informácií	Boli zvolené komunikačné kanály dostatočné vzhľadom na prenos relevantných informácií o právnom predpise smerom k verejnosti?	X	
3. Vyhodnotenie procesu tvorby právneho predpisu	4.1 Hodnotenie procesu	Bolo vykonané hodnotenie procesu tvorby právneho predpisu?		X
		Bola zverejnená hodnotiacia správa procesu tvorby právneho predpisu? ⁴⁾		X
		Bol splnený cieľ účasti verejnosti na tvorbe právneho predpisu?	X	

Zoznam rokovaní a stretnutí zúčastnených strán k predkladanému návrhu (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 kapitovaných poistencov, vnútroštátna migrácia, metodika počítania úväzkov	MZ SR SSPPS SLS, SSVPL, SVLS, ZVLD Dôvera, Union, VŠZP SK8
29.4.2021	Metodika výpočtu indexu náročnosti poistenca, úprava normatívneho počtu kapitovaných poistencov 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	MZ SR

	vyhodnocovania stavu siete VAS a úlohy a kompetencie VÚC	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
13.9.2021	Diskusia k legislatívnemu návrhu reformy verejnej minimálnej siete všeobecnej ambulantnej starostlivosti	SVLS