**Názor ZVLDSR o.z. v diskusii o novele NV SR 640/2008 z.z**

**o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti**

Ako vyplýva z charakteru a účelu predmetného nariadenia, má ísť o zabezpečenie dostupnosti a plynulosti zdravotnej starostlivosti všeobecne záväzným právnym predpisom z hľadiska časovej a miestnej dostupnosti jednotlivých zdravotníckych zariadení ambulantnej a ústavnej starostlivosti so zohľadnením ich medicínskeho zamerania a medicínskych kompetencií v komplexe národnej sústavy poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (ZS).

**1. Funkčnú sústavu zdravotníckych zariadení** je potrebné vnímať predovšetkým z hľadiska ich kompetenčného prepojenia, zodpovednosti a deľby poskytovanej ZS (ambulantné výkony, „lôžkodni“, DRG, koncové ústavné zariadenia), a to v závislosti na ich medicínskej špecializácii a charaktere poskytovanej ZS (neodkladná / dlhodobá / preventívna /iná, ďalej dispenzárna ambulantná starostlivosť, resp. stratifikácia nemocníc).

**2. Z hľadiska reálnej kapacity poskytnutia požadovanej ZS** pri štruktúrovaní sústavy zdravotníckych zariadení v zákone je súčasne nevyhnutné zohľadniť predpokladaný objem požadovanej ZS odvodený od historických dát vykazovania ZS v predošlom (zúčtovacom) období podľa:

2.1. typu ZS (ambulantná / ústavná / iná starostlivosť)

2.2. zamerania ZS (VLD, VLDD, ŠAS, GYN, iné/ostatné)

**3. Plánovaná štruktúra sústavy zdravotníckych zariadení** musí byť zabezpečená z hľadiska pokrytia prognózovaného dopytu po poskytnutí ZS zodpovedajúcim objemom finančných prostriedkov s určením prerozdeľovacieho mechanizmu z hľadiska:

3.1. štruktúry podľa typu a zamerania zdravotníckych zariadení (viz. bod. 2.1, 2.2)

3.2. štruktúry objemu poskytovanej ZS (o i. výkony v ambulanciách, resp. „lôžkodni“ v nemocniciach)

- v prílohe typy financovania ZS

**4. Z hľadiska určenia nákladov na jednotkový objem ZS** je potrebné zohľadniť:

4.1. náklady na ľudskú prácu (kvalifikácia lekára, sestry, kvalifikácia tímu zdravotníckych pracovníkov, postgraduálne vzdelávanie a generačná obnova zdravotníckych pracovníkov )

4.2. náklady na aplikované medicínske technológie pri diagnostike a liečbe (investície do inovácií, amortizácia)

4.3. bio-psycho-sociálny aspekt v starostlivosti o pacienta (čas výkonu ako interpersonálna interakcia lekár – pacient a technická/medicínska realizácia výkonu, pracovný čas, nadčasy, nárok na dovolenku zdravotníckych pracovníkov, vrátane materskej dovolenky u žien)

- v prílohe schéma zdravotného výkonu (aplikovaná technológia, kvalifikovaná práca, bio-psycho-sociálny aspekt)

**5. Z hľadiska celkového objemu poskytnutej ZS**  je potrebné nákladovo zohľadniť počet očakávaných (podľa v predošlom období realizovaných) objemových jednotiek ZS (bod.4) a plánovanú kapacitu podľa typu a zamerania zdravotníckych zariadení (bod. 2.1, 2.2).

Pritom:

5.1. časový priestor na realizáciu očakávaných objemových jednotiek ZS je pevne stanovený pracovným časom podľa Zákonníka práce (s možnosťou nákladového zohľadnenia v prípade nepretržitej prevádzky). **5.2. časový priestor je možné rozšíriť výlučne úpravou pomeru očakávaného objemu poskytnutej ZS a počtu príslušných zariadení ZS podľa typu a zamerania zvýšením ich počtu** v prípade, že východiskový časový priestor na realizáciu požadovaného objemu ZS pri existujúcom počte zariadení nepostačuje.

5.3. kľúčovou premennou pri zvyšovaní kapacít zdravotníckych zariadení je ich personálne a materiálne vybavenie (dnes aktuálny problém generačnej obnovy v slovenskom zdravotníctve)

**6. ZÁVER:**

6.1. Verejnú minimálnu sieť nie je možné koncipovať oddelene od koncepcie všeobecne záväznej právnej normy na minimálne financovanie minimálnej siete z prostriedkov verejného zdravotného poistenia (prípadne v súbehu s financovaním zo štátneho rozpočtu a iných verejných zdrojov)

6.2. Verejnú minimálnu sieť nie je možné koncipovať oddelene od pripravovaného nového katalógu výkonov (dnes Nariadenie vlády 776/2004)

6.3. Verejnú minimálnu sieť nie je možné koncipovať oddelene od podzákonných noriem o dispenzárnej starostlivosti (dnes Vyhláška MZ SR 127/2014)

6.4. Problémy v odbornej diskusii možno očakávať najmä v súvislosti:

6.4.1. s prekážkami na konsolidáciu názorovej jednoty v prostredí vzájomnej konkurencie medzi subjektmi reprezentujúcimi lekárov na Slovensku

6.4.2. s chýbajúcim zmyslom pre pragmatickú dohodu medzi súkromnými ambulantnými poskytovateľmi o rozdelení celkového objemu finančných prostriedkov medzi jednotlivé odbornosti (v zmysle bodov 2. a 4.), pričom celkový objem pre danú špecializáciu by bol rámcovo násobkom priemerného počtu jednotkových objemov ZS (teda výkonov) pripadajúcich na jednu ambulanciu a celkového počtu ambulancií príslušnej medicínskej špecializácie v príslušnom časovom období

6.4.3. s nedostatkom politickej vôle až odporom voči stratifikácii nemocníc

6.5. Navrhovaná systémová redukcia lekárskych miest VLD (výhľadovo do roku 2030) a prehlbovanie asymetrie VAS/ŠAS so súčasne navrhovaným zvyšovaním počtu ŠAS v systéme, je v logickom rozpore s odporúčaniami (nad)národných autorít (WB, IZP MZSR) na rozširovanie kompetencií VLD a zvyšovanie systémovej funkcionality VLD.

6.6. Návrh hlavnej odborníčky na optimálny počet pacientov v spádovej oblasti (2.000) je v rozpore s prijatým konsenzom organizácií zastupujúcich VLD v Bystrej 12/2018 v súlade s dátami (nad)národných autorít.

6.7. Technický problém s ustálením obsahu zákonnej normy o minimálnej sieti, ktorý by zodpovedal reálnym požiadavkám na kvalitu a dostupnosť ZS v SR je možné predpokladať aj v súvislosti s kvalitou a dôveryhodnosťou zozbieraných dát o údajnom reálnom počte vyšetrených pacientov (v priloženom xls.súbore IZP MZSR)

**Prílohy:**



