V Nitre dňa 15.12.2021

 Vážená pani prezidentka,

dovoľte, aby som Vás v súvislosti s prijatím návrhu zákona o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov (tlač 706) (ďalej len „návrh“) požiadal o osobné stretnutie, ak to Vaše pracovné povinnosti dovolia ešte pred uplynutím lehoty určenej na podpis predmetného zákona a zároveň o to, aby ste tento zákon nepodpísala a vrátila Národnej rade SR.

Bližšie dôvody, pre ktoré lekári, odborníci a tiež zástupcovia vyšších územných celkov, miest a obcí odmietajú návrh si Vám dovoľujem zaslať v prílohe tohto listu.

S úctou,

...................................................................

MUDr. Peter Visolajský

predseda Lekárskeho odborového združenia

Vážená pani

**Zuzana Čaputová**

prezidentka Slovenskej republiky

Kancelária prezidenta Slovenskej republiky

Bratislava

**Príloha listu – Argumenty proti návrhu zákona o kategorizácii nemocníc**

Vážený pán poslanec, vážená pani poslankyňa,

obraciam sa na Vás týmto mailom, v predvečer hlasovania o Optimalizácii siete nemocníc (OSN). Prosím Vás, aby ste za daný zákon nehlasovali, pretože tento zákon znamená zhoršenie zdravotníctva na Slovensku.

1. Financie z plánu obnovy sú ohrozené

Optimalizácia siete nemocníc ráta s veľmi ambicióznym plánom čerpania 998 miliónov eur na výstavbu, rekonštrukciu a vybavenie – do 4. kvartálu roku 2025. Upozorňujem, že v tejto veci sa ešte vôbec nezačalo konať a väčšina riaditeľov nemocníc práve z tohto dôvodu nevidí reformu nemocníc ako reálnu, pretože podľa ich skúseností sú tieto termíny nereálne. Ročne má rezort ministerstva zdravotníctva kapitálové výdavky vyše 80 miliónov eur a napriek technickému stavu nemocníc z nich dokáže čerpať ani nie tretinu. Riziko nevyčerpania ponúkanej takmer miliardy eur z Plánu obnovy sa dá riešiť revíziou plánu obnovy, ktorá by mala stanoviť reálne ciele.

1. Rušením oddelení, či celých nemocníc daný región príde aj o nových ambulantných lekárov

Na vznik nového obvodného lekára je potrebné 6-ročné štúdium na lekárskej fakulte a následne minimálne 3 roky alebo 4 roky jeho práce najmä v nemocnici na daných oddeleniach. Chudobné a odľahlé regióny sú odkázané na lekárov a sestry, ktoré majú v danom kraji rodinné zázemia a usadili sa tam. Len ťažko možno očakávať, že mladý lekár sa na niekoľko rokov odsťahuje z odľahlého kraja do krajského mesta, kde bude roky pracovať v krajskej nemocnici, aby sa z neho stal obvodný lekár, ktorý sa potom po rokoch presťahuje naspäť do daného chudobného regiónu, aby tam mohol robiť obvodného lekára. Štúdium lekára špecialistu trvá ďalšie roky praxe v nemocnici navyše. Vyše 80% lekárov sú lekárky a ich štúdium predlžuje materská dovolenka.

Rušením oddelení, či zmenou celých nemocníc na doliečovacie oddelenia daný kraj príde definitívne o možnosť vychovávať si nových obvodných lekárov, či špecialistov.

Je to, akoby sme šli zabiť sliepku, aby sme získali vajcia.

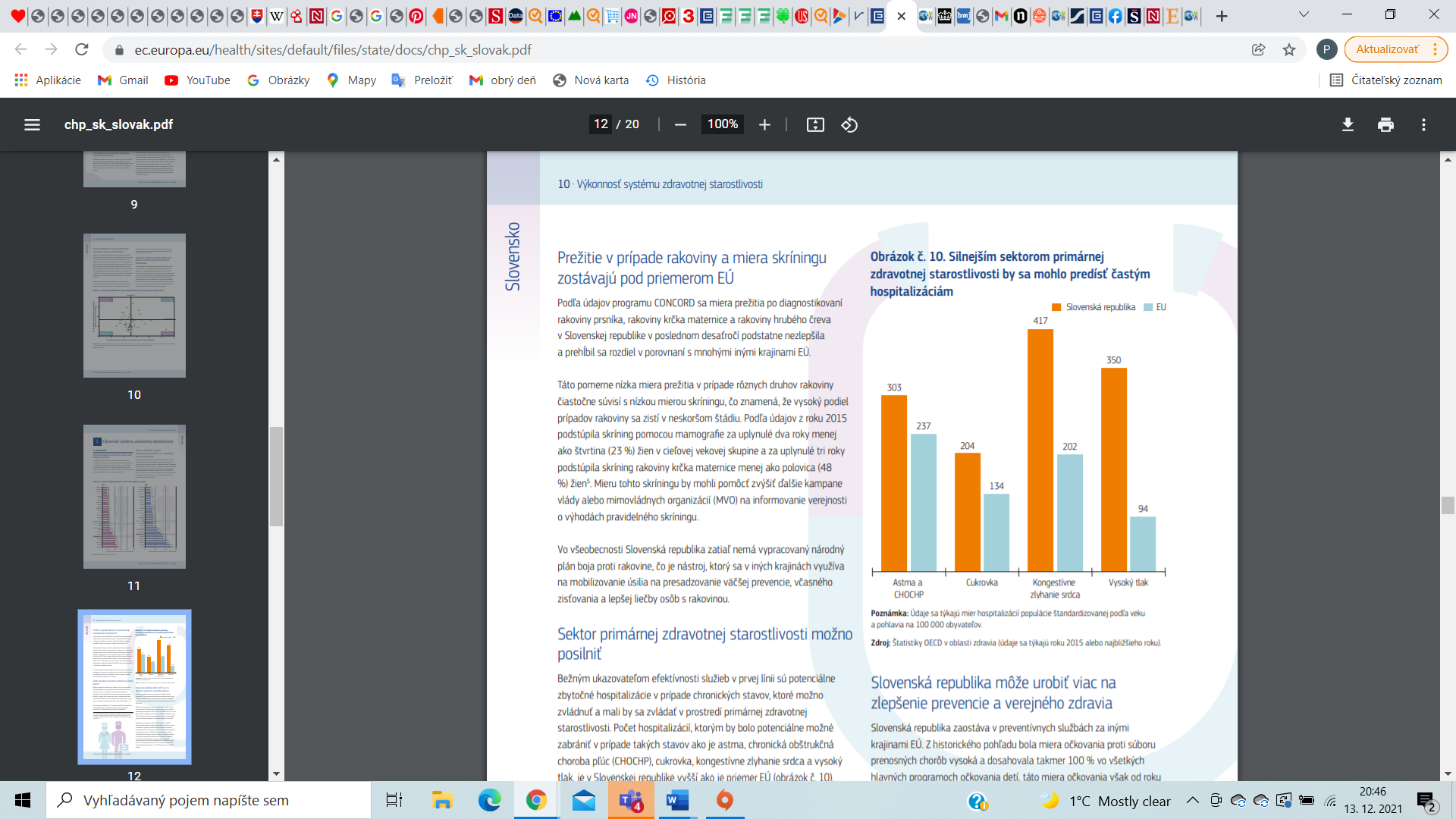
Banskobystrický kraj má takmer 650 000 obyvateľov a dnes 60 000 ľudí, čo je skoro 10 percent všetkých obyvateľov kraja, nemá svojho obvodného lekára. Ich zdravotné karty v tomto regióne nemá kto prevziať.

1. Štát stráca možnosti ovplyvňovať sieť nemocníc a tak sa obmedzuje výkon jeho ústavnej povinnosti pri zabezpečovaní zdravotnej starostlivosti o svojich občanov.

Ministerstvo si v OSN stanovuje viaceré poradné orgány (Kategorizačná komisia, Rada pre tvorbu siete, komisia pre tvorbu siete), na ktoré sa prenesie negatívny tlak za rušenie nemocníc a oddelení. Výraznú menšinu v nej tvoria zástupcovia ministerstva (3 z 11 členov). Hoci ide o poradné komisie, je takéto zloženie komisie nevhodné, pretože politickú zodpovednosť za rušenie nemocníc a oddelení nesie minister a odbornú zodpovednosť ministerstvo ako ústredný orgán štátnej správy v oblasti zdravotníctva.

1. OSN nerieši príčiny ale následky, čím ohrozuje pacientov

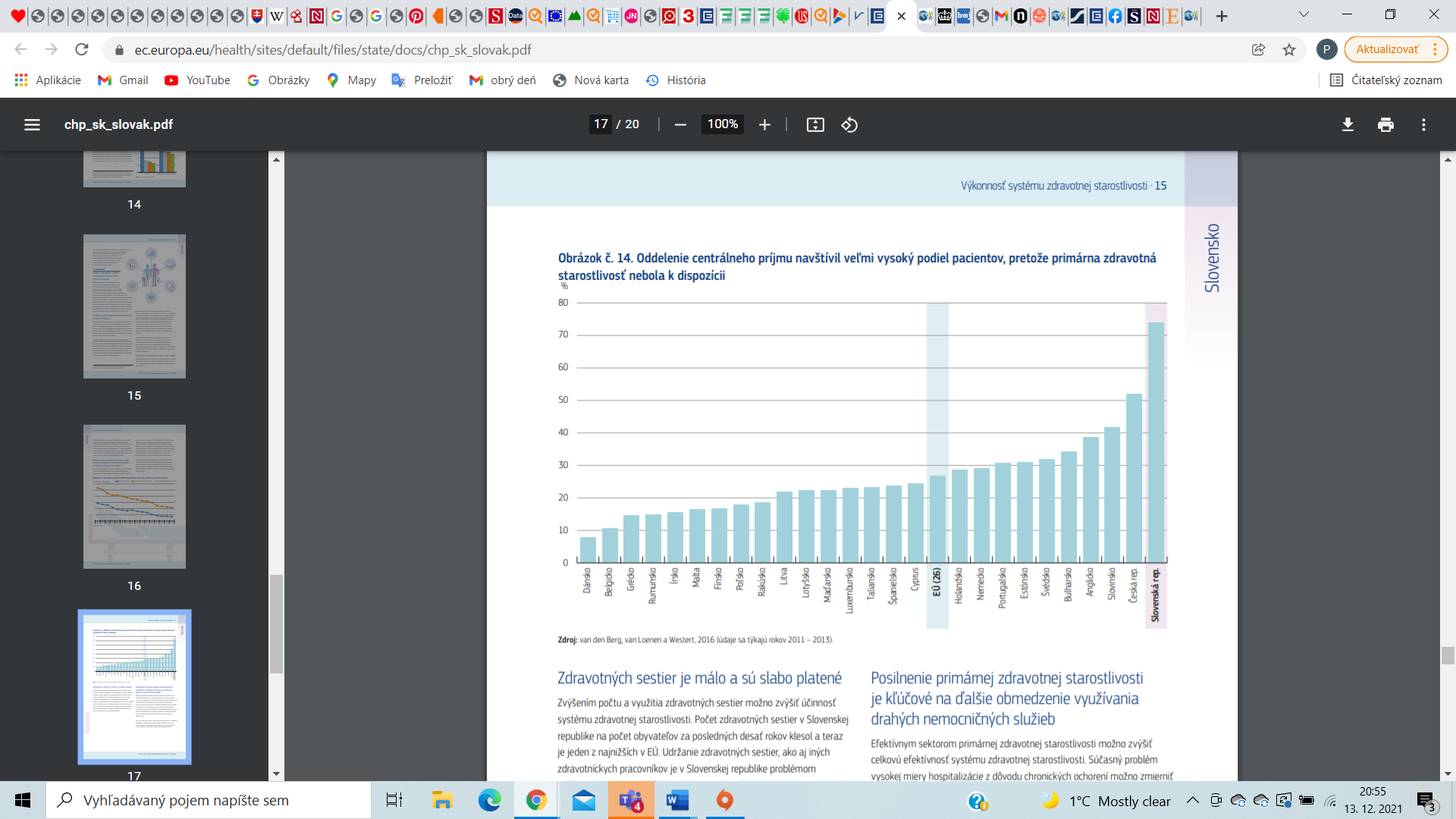
Európska komisia Slovensko dlhoročne upozorňuje, že máme príliš veľa hospitalizácií pacientov, lebo nám zle funguje ambulantná starostlivosť.

[](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/chp_sk_slovak.pdf)

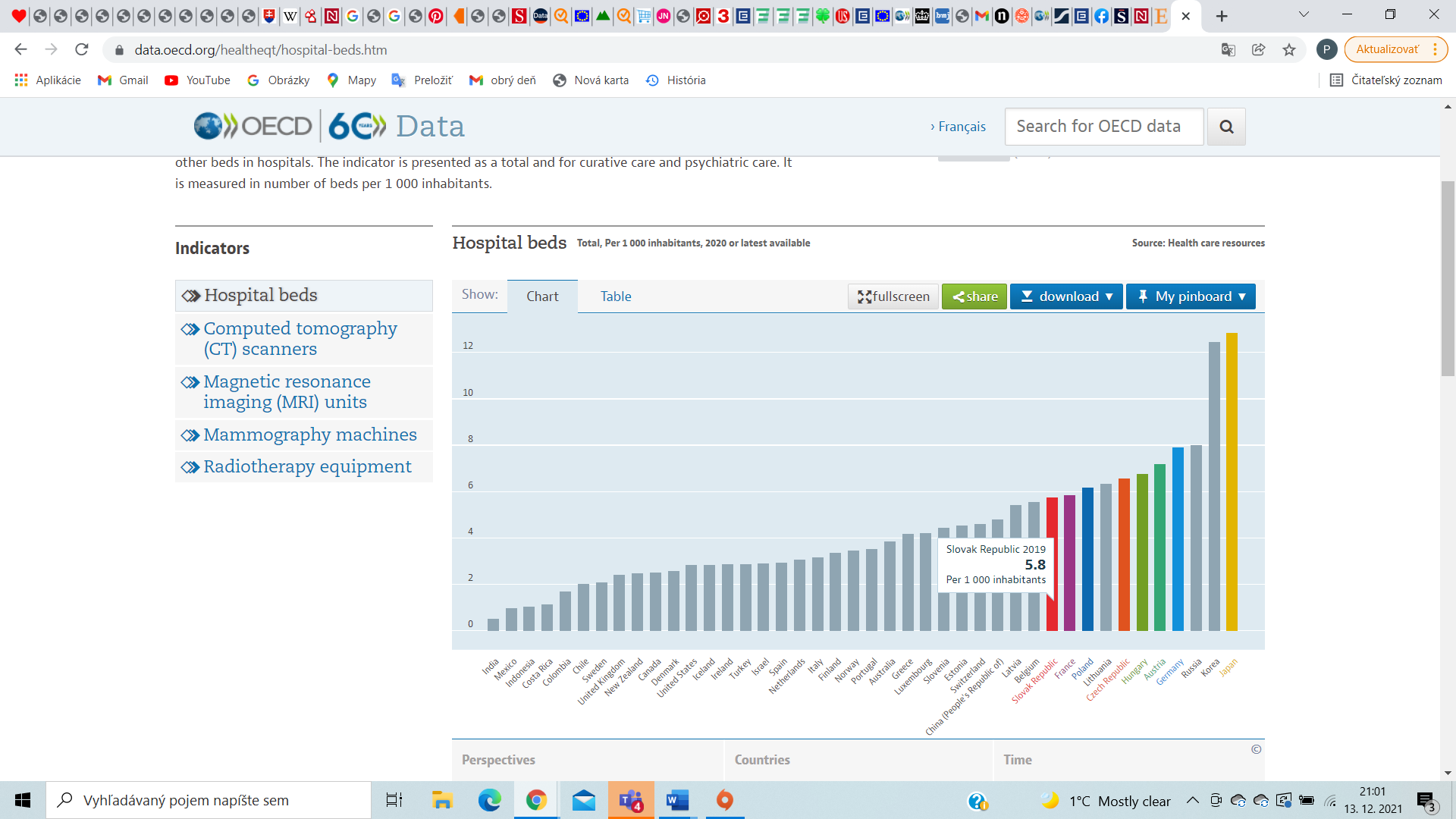
<https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/chp_sk_slovak.pdf>

Vo všetkých 4 diagnózach, ktoré hovoria o efektivite ambulancií násobne presahujeme počty hospitalizovaných pacientov. Títo pacienti by nemuseli byť liečení v nemocniciach, ak by boli dobre liečení v ambulanciách. To však nevyriešime zrušením ich lôžok, na ktorých ležia.

Slovensko má zo všetkých krajín najviac pacientov na centrálnych príjmoch nemocníc, ktorí by mohli byť riešení na ambulancii, ak by ju mali dostupnú. Tento problém sa rovnako nevyrieši zatvorením nemocníc, ale riešením problémov ambulancií.



1. Slovensko nemá veľa nemocničných lôžok ani nemocníc



<https://data.oecd.org/healtheqt/hospital-beds.htm>

Všetky krajiny, ktoré majú efektívnejšie zdravotníctvo ako Slovensko majú väčší počet nemocničných postelí ako Slovensko. Aj Poľsko, Maďarsko, Česká republika, Francúzsko, či Rakúsko. Počet nemocničných postelí na 1000 obyvateľov: SK: 5,8 FR: 5,8 PL:6,2 CZ:6,6 AUS: 7,2 DE: 7,9

OSN má zrušiť cca 11tisíc akútnych nemocničných lôžok. (Bežná fakultná nemocnica má 700-800 lôžok)

Rovnako dĺžka nemocničného pobytu nie je na Slovensku nadštandardná: 6,6 dňa. Poľsko má 6,7, Nemecko 7,5.

1. Debata o tom koľko nemocničných lôžok môžeme na Slovensku zrušiť môže začať až po revitalizácii a sfunkčnení ambulantnej sféry.

OSN neprináša riešenie krízy ambulantného sektora. Dotácia na založenie ambulancie je už viac rokov od krajov realitou a pritom je aj ľahšie dosiahnuteľná, avšak doteraz zásadne negatívny trend nezmenila. Bez nemocnice, v ktorej vznikajú noví lekári, nemožno očakávať, že tam dostaneme nového lekára z bohatšieho regiónu, ktorý svoju nemocnicu má.

Na tento problém poukázali nedávno aj župani, ktorí vyzvali, aby MZ SR garantovalo kroky pre revitalizáciu ambulancií, žiaľ MZ SR takúto garanciu neposkytlo.

Župani písomne uviedli: „Zásadne namietame postupnosť krokov, ktorá sa navrhuje a ktorá podľa nášho presvedčenia zníži dostupnosť zdravotnej starostlivosti na väčšine územia Slovenskej republiky.“

Navrhli prijať skutočnú reformu tak, že bude garantované, že k reálnej reprofilizácii a prípadnému rušeniu akútnych lôžok nedôjde predtým, než dôjde k riadenému procesu zvyšovania kapacít ambulantnej sféry s viditeľnými a merateľnými výstupmi na jeho konci.

1. OSN nerieši zásadnú príčinu chátrajúcich nemocníc – ich financovanie

Minister zdravotníctva zároveň komunikoval, že radšej bude mať 30 funkčných nemocníc ako 55 polorozpadnutých. Obávame sa však, že na konci tejto antireformy budeme mať namiesto 55 polorozpadnutých nemocníc len 30 polorozpadnutých nemocníc. Ak sú dnes nemocnice v zlom stave, lebo sa zadlžujú a majú choré financovanie a táto „reforma“ ich financovanie nerieši, ako môžeme očakávať, že aj keď sa budú po reforme naďalej zadlžovať, budú fungovať lepšie?

Hoci návrh zákona o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti neurčuje presné podmienky, určuje drakonické sankcie za porušenie budúcich podmienok, ktoré ešte len ministerstvo vymyslí. V podstate likvidačnou kvázisankciou je v prípade nesplnenia podmienok zníženie platieb od poisťovní na 80 % zo základnej sadzby za pacienta,

ktorého je poskytovateľ povinný ošetriť. V čase, keď na úrovni 80 – 90 % celkových príjmov nemocnice sú iba mzdové náklady sa takáto platba rovná likvidácii. Ďalšími sankciami sú pokuty.

Ministerstvo, ktoré dnes nie je schopné skontrolovať a vyvodiť dôsledky v prípade nedodržania iba jedinej podmienky - personálnych normatívov bude pri výkone svojich kontrolných povinností zrejme postupovať rovnako selektívne ako doteraz.

1. OSN vôbec - nijako nerieši najväčší problém nášho zdravotníctva – nedostatok sestier, lekárov a ostatných zdravotníkov.

Reforma nemocníc v Dánsku, ktorá trvala 10 rokov a znamenala centralizáciu výkonov a zníženie počtu nemocníc, spôsobila, že Dánsko potrebovalo po reforme o 2000 lekárov a o 4000 sestier viac ako pred reformou. Táto reforma stála Dánsko 3,5 miliardy eur.

Centralizácia výkonov vyžaduje personálne zabezpečenie centier a bohatú sieť prevozových záchranárov. Deficit záchranárov sa touto reformou zdvojnásobí. A centrá dnes zápasia s nedostatkom skúsených lekárov a sestier. Najvyššie pracovisko Univerzitná nemocnica Bratislava má k dispozícii 138 internistických lôžok avšak v dôsledku nedostatku sestier je skutočný počet lôžok, na ktorých môžu ležať pacienti len 50 lôžok.

Prax ukázala, že po zavretí menšej nemocnice sa jej personál nepresunie do susednej vyššie postavenej nemocnice. A nemožno ani očakávať, že zrušením gynekológie, či chirurgie sa chirurgovia, gynekológovia, či iní oddelenskí špecialisti preškolia dlhoročným štúdiom na obvodných lekárov, kardiológov, či iných ambulantných špecialistov.

1. OSN predstavuje riziko obrovských pokút a náhrad za rušenie malých súkromných nemocníc.

V prípade rozhodnutia o zrušení súkromnej nemocnice hrozí, že štát bude musieť vlastníkovi vyplatiť ušlý zisk a všetky náklady, ktoré nedávno súkromný vlastník investoval do danej nemocnice. Rovnako aj investované eurofondy. Zo strany štátu totiž pôjde o zásah do súkromného podnikania s hrozbou súdnych žalôb s významnými následkami.

Viaceré malé nemocnice, ktorým hrozí zatváranie sa už akoby na tento scenár pripravujú a ich zisk v poslednej dobe významne narástol. (odporúčam pozrieť finstat.sk)

Veľa by sa dalo ešte argumentovať a veľmi ma mrzí, že naše argumenty, žiaľ, doposiaľ neboli vypočuté, preto verím, že Vám aspoň týchto pár pomôže v správnom rozhodnutí.

Ide totiž o veľa a zodpovednosť pri hlasovaní je obrovská. Je našou povinnosťou, aby sa o tom, ako konkrétni poslanci hlasovali o OSN dozvedelo celé Slovensko a voliči aj v tom najodľahlejšom regióne.

**Konkrétne pripomienky Lekárskeho odborového združenia zaslané do pripomienkového konania**

**ČL. I.**

**K § 3 a doložke vplyvov**

**Navrhujeme doplniť odhad možných nákladov a rizík**

*Odôvodnenie*

*§ 3 mení základné podmienky podnikania súkromných subjektov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Navrhujeme preto doplniť v doložke vplyvov odhad možných nákladov a rizík štátu vo vzťahu k zahraničným investorom z dohôd o ochrane investícií kvôli zásadnej zmene podmienok pôsobenia na trhu. Slovenská republika musí mať jasnú predstavu, čo nás to bude stáť pri zániku súkromných nemocníc sa nechceme dočkať situácie, že budeme musieť súkromným spoločnostiam hradiť ich tzv. ušlý zisk a stratu z podnikania v zdravotníctve na Slovensku. Napríklad ako je to s urgentmi 1. a 2. typu zanikajú/ostávajú aj keď nemocnica bude zaradená medzi komunitné ?*

**V § 3 ods. 3 a ods. 6 navrhujeme zmeniť počet členov tak, aby nadpolovičnú väčšinu malo ministerstvo zdravotníctva.**

*Odôvodnenie*

*Politickú aj odbornú zodpovednosť za rušenie nemocníc a oddelení nesie a musí niesť minister a ministerstvo. Nie je možné, aby sa skrýval za poisťovne či pacientske, odborné či iné organizácie. Ministerstvo je dosť nákladnou položkou na strane štátneho rozpočtu na to, aby vedelo vypracovať pre ministra dostatočne odborné podklady.*

**K § 4, ods. 1**

**Navrhujeme doplniť konkrétne kritéria a konkrétne personálne a materiálne požiadavky na jednotlivé nemocnice**

*Odôvodnenie*

*Ochrana subjektov pôsobiacich v zdravotníctve a pacientov si vyžaduje, aby podmienky boli určité a obsiahnuté v zákone.* Doposiaľ bolo ústavné právo na poskytnutie zdravotnej starostlivosti garantované Ústavou SR a plnenie tohto ústavného práva štátom garantuje okrem výkonnej moci aj zákonodarná a súdna moc. Navrhovaný zákon medze neurčuje jasne a dostatočne a prenecháva blanketnými normami podstatné určenie týchto medzí ministerstvu.

Reprezentantom výkonnej moci sa zveruje do rúk nástroj na faktické obmedzenie ústavného práva na poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Ministerstvo a vláda dostáva robustný mandát na určenie toho, čo bude riadne a čo nebude riadne poskytnutá medicínska služba. Okrem parametrov napríklad počet výkonov, spádová oblasť, dojazd v zásade nepoznáme exaktne indikátory kvality a návrh neobsahuje ich kvalitatívne či kvantitatívne vymedzenie. Všetky tieto podstatné veci ponecháva na ministerstve.

Povinnosti ukladané poskytovateľom zdravotnej starostlivosti by mali byť jednoznačné a ukladané zákonom.

**V § 19, ods. 5. bod 1 navrhujeme vypustiť slová: „prostredníctvom zmluvy o dočasnom pridelení zamestnanca medzi zamestnávateľom a užívateľským zamestnávateľom podľa osobitného zákona“**

*Odôvodnenie*

*Absolútne nesúhlasíme, aby sa presúvali ľudia prostredníctvom dočasného prideľovania zamestnanca, pretože tu nejde o dočasné prideľovanie.*

**Navrhujeme vypustiť § 36.**

*Odôvodnenie*

*§ 36 ignoruje cely zákon o kategorizácii aj s ešte nevymenovanou komisiou Preto je nevyhnutná úprava. Komunitná alebo nižšie kategorizovaná nemocnica sa nedá len tak zmeniť na iný typ nemocnice. Dajú sa jej uložiť povinnosti v núdzovom stave, ktoré je schopná plniť, ale nie zaradenie a zmena kategorizácie s platbami na úrovni 80 % a pod.*

**V § 38 navrhujeme vypustiť ods. 6 a ods. 6, písm. a) a ods. 8.**

*Odôvodnenie*

*Nesúhlasíme. Prevádzkovateľ nemôže mať zníženú cenu takýmto spôsobom a pritom mať povinnosť neodmietnuť akútnu starostlivosť. Nie je možné, aby dokázal riadne poskytovateľ poskytovať zdravotnú starostlivosť za 80 % zo základnej sadzby.*

**V § 40 navrhujeme za slová starostlivosťou doplniť slová „dá na výber poistencovi, aby určil v ktorom zozname ostane zaradený a z ostatných zoznamov ho vyradí, inak“**

*Odôvodnenie*

*Treba to riešiť v súlade s vôľou poistenca nie podľa časového hľadiska kde bol zaradený neskôr.*

**V § 41 navrhujeme doplniť aj povinnosť ministerstva konať na základe podnetov pri porušení povinnosti.**

*Odôvodnenie*

*MZ SR podľa reálnych skúseností často ignoruje informácie zo žiadosti o klinický audit pre systematické porušovanie štandardných diagnostických a terapeutických postupov, BOZP a ZP napríklad v NsP Michalovce*

**V § 41 ods. 1 navrhujeme vypustiť písm. a)**

*Odôvodnenie*

*Poskytovateľ nemôže byť viazaný uzatvoriť zmluvu s každou poisťovňou, lebo prakticky potom znáša riziko nižšej ceny a kým mu nebude garantovaná minimálne nákladová cena môže takáto zmluva spôsobiť jeho zánik.*

**V § 42 ods. 1, písm. a) navrhujeme doplniť za slovo „programe“ slová: ktorej náklady je poisťovňa poistenca povinná plne uhradiť“**

*Odôvodnenie*

*Poskytovateľ nemôže byť viazaný touto povinnosťou v prípade, že mu nie je zaplatená plná cena a náklady.*

**V § 42 ods. 1, písm. b) navrhujeme doplniť „ak nie je naplnená kapacita“**

*Odôvodnenie*

*Poskytovateľ nemôže byť viazaný touto povinnosťou v prípade, že je naplnená jeho stanovená kapacita lôžok.*

**V § 43 ods. 1 navrhujeme vypustiť písm. a).**

*Odôvodnenie*

*Nesúhlasíme, na neuzatvorenie zmluvy môže byť množstvo dôvodov aj na strane poisťovne aj na strane poskytovateľa, nemôže to byť správny delikt.*

**K čl. VI**

**Navrhujeme v bode 7 (§5, ods. 6) nahradiť slová „najmenšieho možného“ za slová „najvhodnejšieho“**

*Odôvodnenie*

*Našim cieľom nemôže byť minimum, ale zakotvenie najvhodnejšieho stavu, ktorý potrebujeme.*

**Navrhujeme vypustiť bod 12**

*Odôvodnenie*

*Navrhujeme aby personálne a materiálno-technické zabezpečenie sa stalo súčasťou zákona. Povinnosti ukladané poskytovateľom zdravotnej starostlivosti by mali byť jednoznačné a ukladané zákonom.*

*Zákon zakotvuje medzi povinnosťami poskytovateľa byť personálne a materiálno-technicky vybavený podľa podrobností ustanovených na základe predpisov ministerstva. Navrhovaný zákon už tieto parametre nestanovuje a ponecháva pôvodnú právnu úpravu, ktorá zverila stanovenie personálnych a materiálnych normatívov do rúk ministerstvu. Zároveň to znamená ešte väčšiu neistotu nakoľko pri kategorizácii pôjde o nové stanovenie personálnych a materiálnych podmienok, pričom do riešení majú vstupovať poradné komisie, v ktorých nemá ministerstvo väčšinu.*

*Problémy, ktoré to spôsobuje nie sú doposiaľ vyriešené a neexistuje funkčný mechanizmus znášania zodpovednosti za neplnenie personálnych normatívov a ohrozenie poskytovania zdravotnej starostlivosti manažmentami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Kontroly ministerstvom sú neúčinné a nevedú k zlepšeniu situácie.*

*Chýbajúca zákonná úprava personálnych normatívov a neexistencia fungujúceho sankčného modelu prispieva k nezáujmu o dodržiavanie minimálnych personálnych normatívov. Toto ignorovanie zodpovednosti zvyšuje tlak na lekárov a iných zdravotníckych pracovníkov a ohrozuje aj ich, keďže zodpovednosť za pochybenia spôsobené nedostatkom personálu a preťažovaním nakoniec dopadá na ich plecia.*