**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**  |
|  |
| **2019** | **2020** | **2021** | **2022** |
| **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 |
| ***- vplyv na obce*** | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ***- vplyv na vyššie územné celky*** | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ***- vplyv na Sociálnu poisťovňu*** | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ***- vplyv na verejné zdravotné poistenie*** | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Výdavky verejnej správy celkom** | **1 200 000** | **21 448 704** | **19 290 839** | **21 020 670** |
| v tom: za každý subjekt verejnej správy / program zvlášť | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ***z toho:***  |  |  |  |  |
| ***- vplyv na ŠR***  | 0 | 0 | 0 | 0 |
| *Rozpočtové prostriedky* | 0 | 0 | 0 | 0 |
|  *EÚ zdroje* | 0 | 0 | 0 | 0 |
|  *spolufinancovanie* | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ***- vplyv na obce*** | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ***- vplyv na vyššie územné celky*** | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ***- vplyv na Sociálnu poisťovňu*** | **1 200 000** | **8 725 608** | **13 276 699** | **14 554 744** |
|  ***vplyv na verejné zdravotné poistenie z toho*** |  | **12 723 096** | **6 014 140** | **6 465 926** |
| ***hospicová zdravotná starostlivosť*** |   | 4 877 786 | 2 692 329 | 2 941 584 |
| ***agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti*** |   | 7 053 153 | 2 763 168 | 2 885 635 |
| ***mobilný hospic*** |   | 792 158 | 558 643 | 638 708 |
| **Vplyv na počet zamestnancov**  | **0** | **0** | **0** | **0** |
| ***- vplyv na ŠR*** | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ***- vplyv na obce*** | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ***- vplyv na vyššie územné celky*** | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ***- vplyv na Sociálnu poisťovňu*** | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Vplyv na mzdové výdavky** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| ***- vplyv na ŠR*** | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ***- vplyv na obce*** | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ***- vplyv na vyššie územné celky*** | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ***- vplyv na Sociálnu poisťovňu*** | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Financovanie zabezpečené v rozpočte** | **1 200 000** | **21 448 704** | **19 290 839** | **21 020 670** |
| ***z toho:*** |   |   |   |   |
| - vplyv na štátny rozpočet | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - vplyv na obce | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - vplyv na vyššie územné celky | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - vplyv na rozpočet Sociálnej poisťovne | **1 200 000** | **8 725 608** | **13 276 699** | **14 554 744** |
| *- vplyv na verejné zdravotné poistenie* | 0 | **12 723 096** | **6 014 140** | **6 465 926** |
| **Iné ako rozpočtové zdroje** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| **Rozpočtovo nekrytý vplyv / úspora** | **0** | **0** | **0** | **0** |

**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:**

**Sociálna poisťovňa**

**V roku 2019 budú tieto výdavky finančne kryté z príjmov Sociálnej poisťovne. V nasledujúcich rokoch budú zvýšené výdavky zapracované pri tvorbe rozpočtu Sociálnej poisťovne na rok 2020 a rozpočtového výhľadu na roky 2021 a 2022.**

**Verejné zdravotné poistenie**

**V nasledujúcich rokoch bude potrebné zohľadniť zvýšené výdavky pri tvorbe rozpočtu verejného zdravotného poistenia na rok 2020 a rozpočtového výhľadu na roky 2021 a 2022.**

**2.2. Popis a charakteristika návrhu**

**2.2.1. Popis návrhu:**

**Čl. I - zákon č. 581/2004 Z. z.**

**Stratifikácia**

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 špecializovaná 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. Právna úprava preto zavádza pravidlá, týkajúce sa počtu zdravotných výkonov, vykonaných u poskytovateľa, čím sleduje úspešnosť vyliečenia pacientov. Z dostupných dát totiž vyplýva, že pokiaľ niektoré zákroky robia poskytovatelia málo frekventovane, má to významný dopad na ukazovatele kvality, častejšie sa vyskytnú komplikácie, predlžuje sa doba hospitalizácie, zvyšuje sa riziko infekcií a riziko úmrtnosti. Zmyslom navrhovanej právnej úpravy je vykonať také nevyhnutné zmeny v ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktoré zlepšia najmä kvalitu a efektivitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Základným predpokladom je zabezpečenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti prostredníctvom verejnej minimálnej siete poskytovateľov, ktorá je nastavená tak, aby reflektovala skutočné potreby obyvateľstva. Podľa navrhovanej právnej úpravy je sieť poskytovateľov nastavená tak, aby sa najmenej 90 % občanov na celom území Slovenskej republiky v prípade potreby neodkladnej zdravotnej starostlivosti dostalo najneskôr do 30 minút do takého ústavného zdravotníckeho zariadenia, kde im bude poskytnutá zodpovedajúca urgentná zdravotná starostlivosť. Navrhovaná právna úprava zohľadňuje aj potreby poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, keďže sieť nedefinuje na konkrétnu odbornosť, ale na skupinu odborností, čo umožňuje lepší manažment lôžkového fondu a personálnych kapacít zo strany poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

**Podávateľ podnetu**

Navrhovaná úprava vymedzuje, za akých podmienok môžu podnet na vykonanie dohľadu podať blízke osoby, osoby ktorej práva alebo právom chránené záujmy mali byť porušené. Podávateľovi podnetu sa priznáva právo byť oboznámený so začatím výkonu dohľadu a s výsledkom dohľadu po jeho skončení. Podávateľ podnetu, jeho zástupca ani blízka osoba v súčasnosti nemajú zákonom č. 581/2004 Z. z. priznané právo na získanie informácií z dohľadu. Podľa navrhovanej úpravy sa v oblasti dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou priznáva podávateľovi podnetu právo na poskytnutie úplného protokolu z výkonu dohľadu vrátane prípadných námietok poskytovateľa k protokolu a zápisnice z prerokovania týchto námietok. Za účelom zabezpečenia, aby mal podávateľ podnetu úplné informácie o dohľade, sa do podstatných náležitostí protokolu dopĺňajú vyjadrenia poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a vyjadrenia prizvanej osoby pri výkone dohľade, t.j. konzultanta úradu, ktorý je odborníkom v príslušnom medicínskom odbore, v ktorom bola zdravotná starostlivosť poskytnutá. Za účelom zabezpečenia ochrany osobných údajov dotknutých osôb, ktoré vykonávali dohľad, ako aj zabezpečenia ochrany ich osobnosti a dobrého mena, sa upravuje nesprístupňovanie identifikačných údaj týchto osôb. Jedná sa o osobné údaje, ktoré sa týkajú procesnej stránky výkonu dohľadu a nemajú vplyv na právne postavenie podávateľa podnetu. Zároveň sa týmto zabezpečí, nerušený, objektívny výkon dohľadov. V praxi neustále narastá počet podávateľov podnetov, ktorí hrubým a agresívnym spôsobom atakujú nielen zamestnancov úradu, ale aj konzultantov. Navrhovanou úpravou sa zefektívni vykonávanie dohľadov, kedy bude možné zastaviť dohľad v prípadoch, keď jeho vykonaniu bránia objektívne prekážky. Napríklad, ak počas výkonu sú zistené skutočnosti, pre ktoré dohľad nemožno vykonať, napríklad nie je dostupná zdravotná dokumentácia alebo zanikne dohliadaný subjekt bez právneho nástupcu. Zastavenie výkonu dohľadu bude tiež možné v prípade, ak podávateľ podnetu o to požiada, alebo neposkytne úradu súčinnosť, napriek úradom doručenej žiadosti o súčinnosť.

V neposlednom rade sa navrhuje rozšírenie pôsobnosti Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou o kontrolu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci, ktoré nemajú uzatvorenú zmluvu so zdravotnou poisťovňou.

**Čl. II – Zákon č. 147/2001 Z. z.**

**Požiadavky na prezentáciu, reklamu, propagáciu a predaj počiatočnej dojčenskej výživy a následnej dojčenskej výživy**

Cieľom navrhovanej právnej úpravy je zaviesť povinnosť poskytovateľovi, ktorý je držiteľom povolenia alebo držiteľom licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe je povinný dodržiavať požiadavky na prezentáciu, reklamu, propagáciu a predaj počiatočnej dojčenskej výživy a následnej dojčenskej výživy podľa osobitného predpisu.

**Čl. III – zákon č. 461//2003 Z. z.**

**Poskytovanie domácej starostlivosti a predĺženie podporného obdobia na čerpanie dávky ošetrovné.**

Cieľom domácej starostlivosti je pokryť životnú situáciu osoby zabezpečujúcej starostlivosť osobe, ktorá

1) po ukončení hospitalizácie (najmenej 7 dní) pre závažnú poruchu zdravia potrebuje poskytovanie domácej starostlivosti (najmenej 30 dní) na základe potvrdenia príslušného ošetrujúceho lekára; ošetrovné sa bude vyplácať najviac 90 dní alebo

2) má potvrdené nevyliečiteľné ochorenie a bola mu indikovaná paliatívna starostlivosť.

Zároveň sa navrhuje predĺžiť obdobie poskytovania tzv. krátkodobého ošetrovného, a to z 10 na 14 dní, čo zohľadňuje súčasné potreby vyplývajúce z aplikačnej praxe.

Prínosom navrhovanej novely je:

- rozšírenie okruhu osôb, ktorým môže vzniknúť nárok na ošetrovné napr. o vnuka, vnučku alebo súrodenca (žiada SP),

- podporná doba poskytovania ošetrovného 90 dní s možnosťou prestriedania sa poistencov poskytujúcich domácu starostlivosť,

- pomoc dlhodobo chorým pacientom, ktorí sú v terminálnom štádiu ochorenia dožiť v domácom prostredí,

riešenie situácie, keď je človek zo sociálnych dôvodov držaný v zdravotníckych zariadeniach, pretože jeho rodinný príslušní v prípade prevzatia jeho starostlivosti neboli finančne zabezpečení a teda uvoľnenie kapacity v nemocnici.

- predĺženie podporného obdobia na poskytovanie dávky ošetrovné zo súčasných 10 dní na 14 dní.

Cieľom úprav, ktoré navrhuje Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR v zákone o sociálnom poistení je rozšíriť dávku nemocenského poistenia za ošetrovanie blízkej osoby. Ošetrovné dostane blízka osoba, ktorá sa oňho stará. Príspevok bude v rozsahu 55 percent z platu a na dobu najviac tri mesiace. Ide o to, aby ten, kto sa o dlhodobo chorého stará, mal pokryté náklady počas obdobia, kedy poskytuje chronicky chorému blízkemu starostlivosť a tým pádom počas tohto obdobia nemôže chodiť do zamestnania. Ak ide o osobu samostatne zárobkovo činnú, zadefinuje sa, kto môže poberať dlhodobé ošetrovné a v akom vzťahu je k poistencovi, takisto výšku príspevku a dobu poberania príspevku.

Cieľom navrhovanej právnej úpravy je:

**A*)*** zavedenie ošetrovného pre osoby zabezpečujúce starostlivosť osobe, ktorá

1. po ukončení **hospitalizácie** (najmenej **7 dní**) pre závažnú poruchu zdravia potrebuje poskytovanie domácej starostlivosti (**najmenej 30 dní**) na základe potvrdenia príslušného ošetrujúceho lekára; ošetrovné sa bude vyplácať najviac **90 dní** alebo
2. má potvrdené nevyliečiteľné ochorenie a bola mu indikovaná **paliatívna starostlivosť**.

**B)** Rozšírenieokruhu oprávnených osôb na ošetrovné o chorého príbuzného v priamom rade a súrodenca.

**C)** Predĺženie obdobia na poskytovanie dávky ošetrovné zo súčasných 10 dní na 14 dní.

**Predpokladaná účinnosť navrhovanej právnej úpravy je 1. apríl 2020.**

**Čl. IV – zákon č. 576/2004 Z. z.**

**Následná zdravotná starostlivosť**

Ministerstvo zdravotníctva SR a Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR po analýze zdravotného systému a sociálneho systému neidentifikovali v súčasnosti právne prekážky, aby sa poskytovatelia zdravotnej starostlivosti mohli registrovať a poskytovať zároveň zdravotnú starostlivosť aj sociálne služby a následne ich mali hradené podľa predpisov jedného alebo druhého rezortu.

Preto sa oba rezorty dohodli na úpravách vlastných systémov, pretože ich považujú za realizovateľnejšie z hľadiska časového (príprava právnej úpravy, uvedenie zmien do praxe) aj vecného (jednoduchšie a zrozumiteľnejšie zavedenie zmien do praxe).

Cieľom úprav, ktoré navrhuje Ministerstvo zdravotníctva SR je:

1. posilnenie poskytovateľov ošetrovateľskej a paliatívnej starostlivosti v týchto zdravotníckych zariadeniach [dom ošetrovateľskej starostlivosti („DOS“), agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti („ADOS“), hospic)], a to týmito návrhmi:

a) rozšírením verejnej minimálnej siete (ADOS, DOS, následné lôžka, hospic,), resp. vytvorenie optimálnej siete podľa odhadovaného počtu osôb v potrebe ošetrovateľskej starostlivosti a v potrebe paliatívnej starostlivosti,

b) revíziou indikácie ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci,

c) rozšírením pôsobnosti Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou o kontrolu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci, ktoré nemajú uzatvorenú zmluvu so zdravotnou poisťovňou,

d) sprístupnením zdravotnej dokumentácie sociálnemu pracovníkovi pracujúcemu v zdravotníckom zariadení,

e) reguláciou cien výkonov a paušálov, úhradu dopravy za pacientom v súvislosti s návštevou pacienta,

f) prehodnotením súčasnej podoby poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci,

2. definovanie následnej ústavnej zdravotnej starostlivosti najmä v nemocniciach (miesto, kde sa poskytuje následná zdravotná starostlivosť pacientovi, ktorý vyžaduje doliečenie, poskytnutie najmä liečebno-rehabilitačnej a inej starostlivosti), umožniť sociálnemu pracovníkovi začať proces posudzovania pre sociálne účely, čím sa vytvoria vhodné podmienky pre pacienta po návrate do domáceho prostredia; pobyt na oddelení následnej starostlivosti v nemocniciach sa navrhuje definovať v určitom časovom rozmedzí,

3. úhradu zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti formou regulácie cien a určením napríklad platby na každú osobu v potrebe zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti alebo reguláciou cien výkonov (ADOS, DOS, následné lôžka, hospic, mobilný hospic).

Cieľom navrhovanej právnej úpravy je primárne zvýšiť bezpečnosť pacienta a vytvoriť predpoklady na zvýšenie kvality poskytovanej ústavnej zdravotnej starostlivosti predĺžením jeho pobytu v následnej zdravotnej starostlivosti, počas ktorej je predpoklad, že sa pacient úplne vylieči alebo sa rodine v tejto dobe podarí vybaviť zariadenie sociálnych služieb, pomôcky, zaháji sa proces posudzovania odkázanosti alebo sa podarí umiestnenie v iných zdravotníckych zariadeniach.

**Čl. VI – zákon č. 578/2004 Z. z.**

**Dočasná odborná stáž**

Cieľom navrhovanej právnej úpravy je umožniť vykonávanie dočasnej odbornej stáže občanom z tretích štátov po uznaní dokladu o vzdelaní, ktorí nemajú uznanú odbornú kvalifikáciu vykonávanú u poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti. Predložený návrh vychádza z podnetov poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti najmä z regiónov s nedostatkom zdravotníckych pracovníkov. Zavedenie nového inštitútu „dočasnej odbornej stáže“ bude regulované Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky, ktoré bude vydávať poskytovateľom ústavnej zdravotnej starostlivosti súhlas na výkon stáže po splnení zákonných podmienok. Absolvovaním stáže bude stážistom umožnené oboznámenie sa s pracovnými podmienkami a materiálno-technickým vybavením zdravotníckych zariadení, ako aj s celým systémom poskytovania zdravotnej starostlivosti

**Ambulancia anestéziológie a intenzívnej medicíny**

Podľa požiadaviek aplikačnej praxe poskytovanie zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore anestéziológia a intenzívna medicína si vyžaduje ambulanciu anestéziológie a intenzívnej medicíny aj v nemocniciach, ktoré poskytujú zdravotnú starostlivosť v chirurgických odboroch a nemajú oddelenie anestéziológie a intenzívnej medicíny, ale napr. len jednotky intenzívnej starostlivosti.

**2.2.2. Charakteristika návrhu:**

zmena sadzby

 x zmena v nároku

 x nová služba alebo nariadenie (alebo ich zrušenie)

  kombinovaný návrh

 iné

**2.2.3. Predpoklady vývoja objemu aktivít:**

Navrhované zmeny si vyžiadajú zmenu informačného systému Sociálnej poisťovne, pričom celkové zvýšenie výdavkov sa odhaduje na úrovni 1,2 mil. eur.

 Tabuľka č. 2

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| rok | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
| Sociálna poisťovňa | 1 200 000 | 0 | 0 | 0 |
| z toho: |   |   |   |   |
|   kapitálové výdavky | 1 200 000 | 0 | 0 | 0 |
|   prevádzkové náklady  | 0 | 0 | 0 | 0 |

Z uvedených 1,2 mil. eur sa predpokladá suma 0,7 mil. eur na informačný systém nemocenského poistenia a lekárskej posudkovej činnosti a 0,5 mil. eur na informačný systém jednotného výberu poistného. Výdavky Sociálnej poisťovne v roku 2019 na zmenu a aktualizáciu informačného systému budú finančne zabezpečené príjmami/prostriedkami zo Správneho fondu Sociálnej poisťovne. V ďalších rokoch budú výdavky na podporu informačných systémov súvisiace s uvedenou novelou zabezpečené v rámci paušálov z aktuálnych zmluvných vzťahov.

**2.2.4. Výpočty vplyvov celkovo**

Predmetný návrh zákona má priamy vplyv na rozpočet verejnej správy v rokoch 2019 až 2022. Kvantifikácia predpokladá negatívny vplyv na rozpočet verejnej správy v roku 2019 na úrovni cca 1,2 mil. eur; v roku 2020 na úrovni cca 21,4 mil. eur; v roku 2021 na úrovni cca 19,2 mil. eur a v roku 2022 na úrovni cca 21 mil. eur.

**Výpočty vplyvov na Sociálnu poisťovňu**

Predmetný návrh zákona má priamy vplyv na rozpočet verejnej správy v rokoch 2019 až 2022. Kvantifikácia predpokladá negatívny vplyv na rozpočet verejnej správy v roku 2019 na úrovni cca 1,2 mil. eur; v roku 2020 na úrovni cca 8,7 mil. eur; v roku 2021 na úrovni cca 13,3 mil. eur a v roku 2022 na úrovni cca 14,6 mil. eur.

**2.2.4.1 Kvantifikácia príjmov Sociálnej poisťovne**

Uvedená právna úprava nezakladá vplyvy na príjmy verejnej správy, t. j. nezvyšuje ich ale ani ich neznižuje.

Tabuľka č. 3

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Príjmy (v eurách)** | **Vplyv na rozpočet verejnej správy** | **poznámka** |
| **2019** | **2020** | **2021** | **2022** |
| **Daňové príjmy (100)1** | **0** | **0** | **0** | **0** |   |
| **Nedaňové príjmy (200)1** | **0** | **0** | **0** | **0** |   |
| **Granty a transfery (300)1** | **0** | **0** | **0** | **0** |   |
| **Príjmy z transakcií s finančnými aktívami a finančnými pasívami (400)** | **0** | **0** | **0** | **0** |   |
| **Prijaté úvery, pôžičky a návratné finančné výpomoci (500)** | **0** | **0** | **0** | **0** |   |
| **Dopad na príjmy verejnej správy celkom** | **0** | **0** | **0** | **0** |   |

**2.2.4.2 Kvantifikácia výdavkov Sociálnej poisťovne**

**A)** **Zavedenie možnosti čerpania ošetrovného z dôvodu tzv. domácej starostlivosti**

Priemerný denný vymeriavací základ na určenie dávky ošetrovné sa v roku 2020 odhaduje na úrovni približne 27,9 eura (odhad priemerného vymeriavacieho základu na roky 2020 až 2022 bol kvantifikovaný vzhľadom na rast miezd podľa makroekonomickej prognózy z februára 2019). Priemerná denná výška ošetrovného v prípade domácej starostlivosti bola vypočítaná ako súčin priemerného denného vymeriavacieho základu dotknutej skupiny osôb a  sadzby na určenie dávky ošetrovné na úrovni 55 %. Na základe uvedeného sa v roku 2020 odhaduje priemerná mesačná výška dávky ošetrovné v prípade dotknutej skupiny osôb na úrovni približne 466 eur; v roku 2021 na úrovni 496 eur a v roku 2022 na úrovni približne 522 eur. Počet vyplatených dávok sa odhaduje na ročnej úrovni 4 800 s priemerným mesačným počtom dotknutých osôb na úrovni 400 osôb (predmetný predpoklad vychádza z reálneho nábehu obdobnej právnej úpravy v Českej republike). Na základe uvedených predpokladov sa odhaduje vplyv tohto opatrenia na Sociálnu poisťovňu v roku 2020 na úrovni cca 1,5 mil. eur; v roku 2021 na úrovni cca 2,4 mil. eur a v roku 2022 na úrovni cca 2,5 mil. eur.

**B) Rozšírenieokruhu oprávnených osôb na ošetrovné**

Odhaduje sa, že uvedená právna úprava bude predstavovať zvýšenie priemerného mesačného počtu vyplatených dávok ošetrovné o cca 700 dávok, pričom priemerný mesačný počet vyplatených dávok ošetrovné bol v roku 2018 na úrovni 14 041. Vzhľadom k tomu, že z údajov Sociálnej poisťovne nebolo možné vyčísliť cieľovú skupinu poistencov, bol zvolený kvalifikovaný/expertný odhad zvýšenia výdavkov na dávku ošetrovné. Kvalifikovaný odhad predstavuje stredný scenár zvýšenia výdavkov, kde maximalistický scenár predstavoval zvýšenie výdavkov o 10 % a minimalistický scenár predstavoval zanedbateľné zvýšenie výdavkov, t. j. vplyvom uvedeného opatrenia sa predpokladá zvýšenie výdavkov na dávku ošetrovné v rokoch 2020 až 2022 približne o 5 %. Počet dotknutých osôb sa odhaduje v rokoch 2020 až 2022 na úrovni približne 4 550 osôb ročne (výpočet predpokladá, že poistenec môže čerpať dávku ošetrovné raz za rok). Zvýšenie výdavkov verejnej správy sa predpokladá cca o 0,7 mil. eur v roku 2020; cca o 1,2 mil. eur v roku 2021 a cca o 1,3 mil. eur v roku 2022. Nemožno očakávať úsporu v zariadeniach následnej zdravotnej starostlivosti, nakoľko existujú dlhé zoznamy čakateľov na tieto služby. Z tohto dôvodu nemožno realisticky predpokladať, že by celý zoznam čakateľov bol vyriešený domácou starostlivosťou, a preto nie je možné očakávať úsporu výdavkov na zariadeniach ústavnej starostlivosti ani v zariadeniach sociálnych služieb. Zvýšené výdavky na ošetrovné budú hradené z vyššieho výberu poistného, to neznamená, že tieto príjmy prináša predkladaná novela. Predkladateľ mal skôr na mysli skutočnosť, že príjmy na sociálne poistenie sú pri tvorbe rozpočtu pravidelne podhodnocované napr. v roku 2018 Sociálna poisťovňa vybrala na poistnom od ekonomicky aktívneho obyvateľstva cca o 192 mil. eur viac v porovnaní so schváleným rozpočtom. Nie je možné vypustiť vplyvy na ošetrovné, nakoľko je žiaduce, aby boli zmeny v oblasti ošetrovného súčasťou predkladaného materiálu.

**C) Predĺženie obdobia poskytovania dávky ošetrovné zo súčasných 10 dní na 14 dní.**

V súčasnosti sa priemerné obdobie poberania dávky ošetrovné blíži k 10 dňom. Vzhľadom k tomu, že nedokážeme spoľahlivo odhadnúť priemerné obdobie poberania dávky ošetrovné po zvýšení maximálnej doby poberania ošetrovného zo súčasných 10 dní na 14 dní, boli pri kvantifikácii zvýšených výdavkov navýšené odhadované výdavky na dávku ošetrovné v rokoch 2020 až 2022 o 40 %, t. j. kvantifikácia predstavuje maximálne zvýšenie výdavkov, ktoré je možné očakávať pri navrhovanej právnej úprave. Očakávané zvýšené výdavky na dávku ošetrovné boli vypočítané na základe výdavkov základného fondu nemocenského poistenia a očakávaných výdavkov na dávku ošetrovné v rokoch 2020 až 2022. Vplyvom predĺženia podporného obdobia z 10 dní na 14 dní sa očakáva zvýšenie výdavkov Sociálnej poisťovne v roku 2020 o cca 6,5 mil. eur, v roku 2021 o cca 9,7 mil. eur a v roku 2022 cca o 10,7 mil. eur.

 Tabuľka č. 4A

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Výdavky Sociálnej poisťovne (v eurách)** | **Vplyv na rozpočet Sociálnej poisťovne**  | poznámka |
| **2019** | **2020** | **2021** | **2022** |
| **Bežné výdavky (600)** | **1 200 000** | **8 725 608** | **13 276 699** | **14 554 744** |   |
|  Bežné transfery (640) | 0 | 8 725 608 | 13 276 699 | 14 554 744 |   |
| Transfery jednotlivcom a neziskovým právnickým osobám (642) | 0 | 8 725 608 | 13 276 699 | 14 554 744 |   |
|  Splácanie úrokov a ostatné platby súvisiace s  úverom, pôžičkou, návratnou finančnou výpomocou a finančným prenájmom (650) | 0 | 0 | 0 | 0 |   |
|  Tovary a služby (630) | 1 200 000 | 0 | 0 | 0 |   |
| Rutinná a štandardná údržba (635) | 1 200 000 |   |   |   |   |
| **Kapitálové výdavky (700)** | **0** | **0** | **0** | **0** |   |
| **Výdavky z transakcií s finančnými aktívami a finančnými pasívami (800)** | **0** | **0** | **0** | **0** |   |
| **Dopad na výdavky Sociálnej poisťovne celkom** | **1 200 000** | **8 725 608** | **13 276 699** | **14 554 744** |   |

Celkové výdavky verejnej správy sa predpokladajú v roku 2019 na úrovni cca 1,2 mil. eur, v roku 2020 na úrovni cca 8,7 mil. eur, v roku 2021 na úrovni cca 13,3 mil. eur a v roku 2022 na úrovni cca 14,6 mil. eur.

Tabuľka č. 4B

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Výdavky rozpočet verejnej správy (v eurách)** | **Vplyv na rozpočet verejnej správy**  | poznámka |
| **2019** | **2020** | **2021** | **2022** |
| **Bežné výdavky (600)** | 1 200 000 | 8 725 608 | 13 276 699 | 14 554 744 |   |
|  Bežné transfery (640) | 0 | 8 725 608 | 13 276 699 | 14 554 744 |   |
| Transfery jednotlivcom a neziskovým právnickým osobám (642) | 0 | 8 725 608 | 13 276 699 | 14 554 744 |   |
|  Splácanie úrokov a ostatné platby súvisiace s  úverom, pôžičkou, návratnou finančnou výpomocou a finančným prenájmom (650) | 0 | 0 | 0 | 0 |   |
|  Tovary a služby (630) | 1 200 000 | 0 | 0 | 0 |   |
| Rutinná a štandardná údržba (635) | 1 200 000 | 0 | 0 | 0 |   |
| **Kapitálové výdavky (700)** | 0 | 0 | 0 | 0 |   |
| **Výdavky z transakcií s finančnými aktívami a finančnými pasívami (800)** | **0** | **0** | **0** | **0** |   |
| **Dopad na výdavky verejnej správy celkom** | **1 200 000** | **8 725 608** | **13 276 699** | **14 554 744** |   |

 Tabuľka č. 5

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zamestnanosť** | **Vplyv na Sociálnu poisťovňu** | poznámka |
| **2019** | **2020** | **2021** | **2022** |   |
| Počet zamestnancov celkom | 0 | 0 | 0 | 0 |   |
| Priemerný mzdový výdavkov (v eurách) | 0 | 0 | 0 | 0 |   |
| **Osobné výdavky celkom (v eurách)** | 0 | 0 | 0 | 0 |   |
| Mzdy, platy, služobné príjmy a ostatné osobné vyrovnania (610) | 0 | 0 | 0 | 0 |   |
| Poistné a príspevok do poisťovní (620) | 0 | 0 | 0 | 0 |   |

**2.2.4.2 Kvantifikácia výdavkov verejného zdravotného poistenia**

**Stratifikácia**

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.

Tabuľka nižšie znázorňuje proces transformácie lôžok z akútnych lôžok na lôžka následnej starostlivosti. Celkový počet lôžok klesne o približne tri tisíc, ale lôžok následnej starostlivosti stúpne o približne tri tisíc.



Navrhované znenie nariadenia vlády č. ...../2019 Z. z. o verejnej minimálnej sieti počíta so zazmluvnením minimálne 29 068 lôžok (21 499 akútnych, 3 768 chronických, 3 801 psychiatrických) v ôsmych samosprávnych krajoch v roku 2020. Výsledný stav v roku 2030 počíta s minimálnym zazmluvnením 26 626 lôžok (15 511 akútnych, 6 456 chronických, 4 659 psychiatrických). 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 prípade schválenia navrhovanej novelizácie plánuje MZ SR spolu so zástupcami zdravotných poisťovní a všetkých zainteresovaných strán pripraviť 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 následnú ústavnú starostlivosť. 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, Potreba dofinancovania (4,8 mil. EUR) v prípade následnej zdravotnej starostlivosti je spôsobená predovšetkým dodatočnými potrebami v oblasti hospicov. 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 stratifikácie 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 nákladových 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 pripravuje 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.

**Následná ústavná zdravotná starostlivosť**

**Posilnenie v konkrétnych číslach:**

**Posilnenie mobilných hospicov:**

Verejná minimálna sieť podľa platného nariadenia vlády SR č. 640/2008 Z. z. pre hospic a mobilný hospic je ustanovená najmenej jedným hospicom a jedným mobilným hospicom na územie samosprávneho kraja. Mobilný hospic je určený na poskytovanie zdravotnej starostlivosti osobe s nevyliečiteľnou a zároveň pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou, ktorá spravidla vedie k smrti a na poskytovanie paliatívnej starostlivosti s cieľom zlepšenia kvality života, zmiernenie utrpenia a stabilizácie zdravotného stavu v prirodzenom sociálnom prostredí osoby. Paliatívna starostlivosť je poskytovanie komplexnej starostlivosti, ktorej účelom je zmiernenie utrpenia a zachovanie kvality života fyzickej osoby, ktorá trpí nevyliečiteľnou chorobou na konci života alebo je v terminálnom štádiu ochorenia. Paliatívnu starostlivosť indikuje ošetrujúci lekár, ktorým môže byť lekár so špecializáciou v odbore paliatívna medicína, geriatria, pediatria, klinická onkológia, neurológia, interná medicína, kardiológia, nefrológia, anesteziológia, pneumológia, ftizeológia a intenzívna medicína. Paliatívna starostlivosť sa poskytuje aj v nemocnici.

Navrhujeme verejnú minimálnu sieť pre hospic a mobilný hospic ustanoviť najmenej dvoma hospicmi na územie samosprávneho kraja s minimálnym počtom lôžok spolu na celé územie Slovenskej republiky 286 a jedným mobilným hospicom na územie okresu (79). Hospic ako lôžkové zariadenie je riešené v rámci následnej zdravotnej starostlivosti. Lôžka v hospicovej ústavnej zdravotnej starostlivosti nie sú započítané v rámci transformácie akútnych lôžok na lôžka následnej starostlivosti v rámci stratifikácie.

 Porovnanie a návrhy pre mobilný hospic:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **2017** | **2018\*** | **2019\*** | **2020** | **2021** | **2022** |
| Počet poskytovateľov | 14 | 14 | 14 | 20 | 24 | 32 |
| Počet pacientov | 419 | 512 | 600 |  1 000  |  1 500  |  2 000  |
| Počet návštev | 7230 | 7808,4 | 8433,072 |  17 255  |  25 883  |  34 511  |
| Celkové úhrady od ZP |  104 000 €  |  109 318 €  |  118 063 €  |  862 768 €  |  1 397 685 €  |  2 012 666 €  |
| Priemerná úhrada za návštevu |  14 €  |  14 €  |  14 €  |  50 €  |  54 €  |  58 €  |
| Počet návštev u 1 pacienta | 17 | 17 | 17 | 17 | 17 | 17 |
| Cena za dopravu - 2,75 € za návštevu |  |   |   |  47 452 €  |  71 178 €  |  94 905 €  |
| **Nárast úhrad ZP voči odhadovanej báze 2019 a medziročný nárast** |  |  |  |  **792 158 €**  |  **558 643 €**  |  **638 708 €**  |

zdroj: NCZI, údaje za rok 2018 a za rok 2019 nie sú dostupné – počítali sme s 0,8% nárastom za každý rok

MZ SR je názoru, že podpora prevádzkovania mobilných hospicov pomôže transferu umierajúcich pacientov z nemocníc do domáceho prostredia. Zámerom je dosiahnuť nárast výdavkov na tento typ ZS v budúcom roku o 0,5 mil. € a medziročný rast by mohol byť aspoň o 50%. Výdavky na 1 pacienta by boli kumulatívne cca 600 €, čo je porovnateľne menej ako stojí hospitalizácia. Je potrebné prediskutovať či navrhnutá cena 50 € za výjazd je dostatočná motivácia pre prácu zdravotníckeho tímu, pokrytie nákladov za transport a ďalších nákladov.

**Navrhované ceny pre mobilné hospice**

V cenovom opatrení sa navrhuje regulovať ceny pre mobilné hospice, čím odpadne povinnosť dohodovať ceny so zdravotnými poisťovňami, zatiaľ sa navrhujú ceny v niekoľkých variantoch. Buď ako pevná cena za konkrétny výkon, alebo koeficient vynásobený priemernou mzdou alebo platbou za návštevu a platbou za dopravu:

1. Zoznam zdravotných výkonov a pevné ceny jednotlivých zdravotných výkonov sú uvedené v časti E.
2. Ku každej návšteve pacienta sa pripočítava cena dopravy vo výške 0,50 eura za jeden kilometer jazdy.

alebo

1. Zoznam zdravotných výkonov a koeficienty sú uvedené v časti E. Cena sa vypočíta vynásobením koeficientu a priemernej mesačnej mzdy zamestnanca v hospodárstve Slovenskej republiky zistenej štatistickým úradom za kalendárny rok, ktorý dva roky predchádza kalendárnemu roku, na ktorý sa stanovujú ceny. Ceny sa stanovujú vždy k 1. januáru kalendárneho roka. Ku každej návšteve pacienta sa pripočítava cena dopravy vo výške 0,50 eura za jeden kilometer jazdy.

alebo

1. Pevná cena návštevy pacienta lekárom je vo výške 50 eura za každú návštevu. Ku každej návšteve pacienta sa pripočítava cena dopravy vo výške 2,75 eura za návštevu alebo ku každej návšteve pacienta sa pripočítava cena dopravy vo výške 0,50 eura za jeden kilometer jazdy.

**Posilnenie ADOSov (Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti):**

ADOS – ja ambulantné zdravotnícke zariadenie tvorené zdravotníckymi pracovníkmi – sestrami a fyzioterapeutmi, ich zdravotné výkony sú indikované lekárom a sú uhrádzané z verejného zdravotného poistenia, ak majú uzatvorenú zmluvu so zdravotnými poisťovňami, nesmú vyberať žiadne poplatky od pacientov. Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti je určená na poskytovanie komplexnej domácej ošetrovateľskej starostlivosti a pôrodnej asistencie osobe,

a) ktorej zdravotný stav vyžaduje poskytovanie zdravotnej starostlivosti v nadväznosti na ambulantnú zdravotnú starostlivosť alebo na ústavnú zdravotnú starostlivosť, pri ktorej sa predpokladá, že zdravotný stav osoby nebude vyžadovať nepretržitý pobyt v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti,

b) ktorá odmietla poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti alebo

c) ktorej zdravotný stav neumožňuje navštevovať zdravotnícke zariadenie.

Verejná minimálna sieť podľa platného nariadenia vlády SR č. 640/2008 Z. z. pre ADOS je ustanovená 809 počtami sesterských miest na celé územie Slovenskej republiky.

Navrhujeme počet sesterských miest zvýšiť z 809 na 1128 (nárast je **319** sesterských miest) takto:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bratislavský kraj** | **Trnavský kraj** | **Trenčiansky kraj** | **Nitriansky kraj** | **Žilinský kraj** | **Banskobystrický kraj** | **Prešovský kraj** | **Košický kraj** | **Slovenská republika** |
| 126,53 | 116,06 | 125,55 | 148,15 | 145,36 | 137,41 | 167,26 | 161,68 | **1128** |

**Porovnanie a návrhy pre Ados:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **2017** | **2018\*** | **2019\*** | **2020** | **2021** | **2022** |
| Počet sestier |  802  |  804  |  809  |  1 000  |  1 064  |  1 128  |
| Počet návštev |  1 534 668  |  1 657 441  |  1 790 037  |  1 913 551  |  2 036 018  |  2 158 486  |
| Celkové úhrady od ZP |  17 000 000 €  |  18 044 681 €  |  20 214 950 €  |  22 005 838 €  |  24 432 221 €  |  26 981 071 €  |
| Priemerná úhrada za návštevu |  11 €  |  11 €  |  11 €  |  12 €  |  12 €  |  13 €  |
| Cena za dopravu - 2,75 € za návštevu |  - €  |   |   |  5 262 266 €  |  5 599 051 €  |  5 935 836 €  |
| **Nárast úhrad ZP voči odhadovanej báze 2019 a medziročný nárast** |   |   |   |  **7 053 153 €**  |  **2 763 168 €**  |  **2 885 635 €**  |

zdroj: NCZI, údaje za rok 2018 a za rok 2019 nie sú dostupné – počítali sme s 0,8% nárastom za každý rok

**Navrhované ceny pre Ados:**

V cenovom opatrení sa navrhuje regulovať ceny pre Ados, čím odpadne povinnosť dohodovať ceny so zdravotnými poisťovňami, zatiaľ sa navrhujú ceny v niekoľkých variantoch. Buď ako pevná cena za konkrétny výkon, alebo koeficient vynásobený priemernou mzdou alebo platbou za návštevu a platbou za dopravu:

1. Zoznam zdravotných výkonov a pevné ceny jednotlivých zdravotných výkonov sú uvedené v časti D. alebo
2. Zoznam zdravotných výkonov a koeficienty sú uvedené v časti D. Cena sa vypočíta vynásobením koeficientu a priemernej mesačnej mzdy zamestnanca v hospodárstve Slovenskej republiky zistenej Slovenskej republiky (ďalej len "štatistický úrad") za kalendárny rok, ktorý dva roky predchádza kalendárnemu roku, na ktorý sa stanovujú ceny. Ceny sa stanovujú vždy k 1. januáru kalendárneho roka.

a k alternatíve k a) a b)

1. Ku každej návšteve pacienta sa pripočítava cena dopravy vo výške 2,75 eura. alebo
2. Ku každej návšteve pacienta sa pripočítava cena dopravy vo výške 0,50 eura za jeden kilometer jazdy.

Od posilnenia týchto zdravotníckych zariadení si sľubujeme poskytovanie zdravotnej starostlivosti v domácom prostredí osoby v širšom meradle, t. j. očakávame, že posilnením týchto subjektov sa zníži alebo zabráni hospitalizácii týchto osôb a v končenom dôsledku môže dôjsť k zníženiu nákladov verejného zdravotného poistenie. Avšak najväčším prínosom je, že pacient ostáva doma a za ním prichádza lekár, sestra, fyzioterapeut a ošetrujú ho doma v jeho prirodzenom prostredí, pričom sa odbúrava stres spojený s cestovaním pacienta za lekárom a skracuje sa tým aj čakanie.

**Následná zdravotná starostlivosť**

V rámci ústavnej starostlivosti sa poskytuje aj následná ústavná starostlivosť. Následná ústavná starostlivosť sa poskytuje do stavu umožňujúceho prepustenie osoby do ambulantnej starostlivosti, najviac však do troch mesiacov od prijatia do ústavnej zdravotnej starostlivosti. Následná ústavná starostlivosť sa môže poskytovať, ak ide o nemocnicu na oddeleniach dlhodobo chorých, doliečovacích, paliatívnej medicíny, fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie, psychiatrie, v hospicoch a liečebniach. Maximálna doba poskytovania následnej ústavnej starostlivosti podľa predchádzajúcej vety sa predlžuje podľa indikácie konzília (§ 2 ods. 5) a po predchádzajúcom súhlase zdravotnej poisťovne, ak ide o

a) osobu s poruchou základných životných funkcií a nie je možné podstatne zlepšiť jej zdravotný stav, alebo

b) osobu, ktorá v dôsledku duševnej choroby alebo s príznakmi duševnej poruchy ohrozuje seba alebo svoje okolie, ak hrozí vážne zhoršenie jej zdravotného stavu a vyžaduje si poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti v špecializovanom zdravotníckom zariadení v odbore psychiatria.

Následná ústavná ošetrovateľská starostlivosť (ďalej len „následná ošetrovateľská starostlivosť“) je poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti osobe na základe indikácie lekára a sestry, ktorá vyžaduje celodennú dostupnosť ošetrovateľskej starostlivosti, nevyžaduje sústavnú zdravotnú starostlivosť poskytovanú lekárom a nemožno ju vykonávať v prirodzenom sociálnom prostredí osoby. Následná ošetrovateľská starostlivosť sa poskytuje do stavu umožňujúceho prepustenie osoby do ambulantnej starostlivosti, najviac však do šiestich mesiacov od prijatia v dome ošetrovateľskej starostlivosti. Po uplynutí šiestich mesiacov sa následná ošetrovateľská starostlivosť predlžuje podľa indikácie konzília (§ 2 ods. 5) a po predchádzajúcom súhlase zdravotnej poisťovne.

**Navrhuje sa v cenovom opatrení stanoviť pevnú cenu za lôžko-deň, resp. ukončenú hospitalizáciu takto:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. ústavná ošetrovateľská starostlivosť (DOS)
 | 65 €  |
| 1. ústavná hospicová starostlivosť
 | 85 €  |
| 1. paliatívna medicína
 | 85 € |

Verejná minimálna sieť oddelení chorých, doliečovacích oddelení, paliatívnej medicíny a oddelení fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie stanovuje nariadenie vlády SR č. 640/2008 Z. z. počtom lôžok na kraje a na celé územie SR.

**Hospic** je určený na poskytovanie následnej ústavnej zdravotnej starostlivosti osobe s nevyliečiteľnou a zároveň pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou, ktorá spravidla vedie k smrti. Cieľom zdravotnej starostlivosti poskytovanej v hospici je zlepšenie kvality života, zmiernenie utrpenia a stabilizácia zdravotného stavu a bol v súčasnosti určený najmenej 1 na každý kraj bez definovania počtu lôžok, preto sa navrhuje určiť ho najmenej dvoma hospicmi na územie samosprávneho kraja s minimálnym počtom lôžok 286 spolu na celé územie SR. Lôžka v hospicovej ústavnej zdravotnej starostlivosti nie sú započítané v rámci transformácie akútnych lôžok na lôžka následnej starostlivosti v rámci stratifikácie. Ústavná ošetrovateľská starostlivosť (DOS) a paliatívna medicína sú započítané v stratifikácii.

Taktiež sa navrhuje stanoviť sieť **domov ošetrovateľskej starostlivosti,** a to najmenej dvoma domami ošetrovateľskej starostlivosti na územie samosprávneho kraja s minimálnym počtom lôžok na celé územie Slovenskej republiky spolu 609. V súčasnej dobe nebola definovaná. Dom ošetrovateľskej starostlivosti je určený na poskytovanie následnej ústavnej ošetrovateľskej starostlivosti nepretržitej ošetrovateľskej starostlivosti vrátane ošetrovateľskej rehabilitácie osobe, ktorej zdravotný stav nevyžaduje sústavnú zdravotnú starostlivosť poskytovanú lekárom, ale vyžaduje nepretržité poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti s predpokladaným pobytom na lôžku presahujúcim 24 hodín, ktorú nemožno vykonávať v prirodzenom sociálnom prostredí osoby.

**Regulovaná cena dopravy lekára za pacientom**

Na podporu lekárov sa v cenovom opatrení navrhuje stanoviť, že sa k výkonom pripočítava cena za dopravu lekára. Maximálna cena za dopravu lekára za jeden kilometer jazdy je 0,50 eura. Vzhľadom na to, že návrhom zákon a návrhom vykonávacích predpisov je snaha o propagáciu návštevnej služby lekármi, t. j. podporiť návštevu pacienta v jeho domácom prostredí, nebolo by účelné konkretizovať zdravotné výkony, a ani by to nebolo možné. Zoznam zdravotných výkonov je definovaný nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z a každý lekár podľa svojej špecializácie bude vykonávať výkony, ktoré je možné vykonať v domácom prostredí.

Rozšírením minimálnej siete agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti, hospicov, domovov ošetrovateľskej starostlivosti a zároveň reguláciou ceny výkonov sa vytvorí priestor pre ich vznik,  rozhodovanie sa pre štúdium a pod.  Pokiaľ budú vytvorené podmienky, tak to bude zaujímavé aj pre zdravotníckych pracovníkov.

Zámerom stratifikácie nemocníc je zvýšiť kvalitu zdravotnej starostlivosti tak, že sa výkony budú koncentrovať vo väčších nemocniciach, keďže viac výkonov prináša viac skúseností a vyššiu kvalitu. Nemocnice sa majú rozdeliť na lokálne, regionálne a národné a kompetenčné centrá. Koncentrácia spôsobí, že sa mnohé špecializácie presunú a nemocníc môže byť vo výsledku menej. 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.

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 troch úrovní – lokálnej, regionálnej a národnej, čiže 30, 60 a 120 minút. 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 na 10 spádových oblastí. 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.

Oproti súčasnému stavu sa upravuje zoznam urgentných príjmov tak, aby sa % dostupnosť do 30 minút zlepšila, z 87 na 91%. Toto % je to najkľúčovejšie, nakoľko pri akútnych stavoch býva každá minúta kľúčová. MZ SR si je vedomé, že pri niektorých elektívnych disciplínach môže dôjsť k zmenám v dojazdových časoch (čo sa však vráti výrazne viac na lepšej kvalite a bezpečnosti starostlivosti), aj preto, po realizácií stratifikácie sa plánuje zoptimalizovať sieť záchrannej zdravotnej služby (v zákone je možnosť posunúť body do 30 km od súčasnej lokalizácie), aby bola celá akútna sieť plne zoptimalizovaná.

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.

Regulovať sa budú zatiaľ len domy ošetrovateľskej starostlivosti, hospice a paliatívna zdravotná starostlivosť, nakoľko výrazná časť pacientov v terminálnych štádiách života, ktorá nepatrí ani domov, ani na akútne lôžka, ale do hospicu nemá v súčasnosti kam ísť, preto musíme posilniť kapacity adekvátneho typu ZS. Lôžka v hospicovej ústavnej zdravotnej starostlivosti nie sú započítané v rámci transformácie akútnych lôžok na lôžka následnej starostlivosti. Ostatné následné lôžka (okrem hospicov) budú rásť súbežne s implementáciou opatrení vyplývajúcich zo stratifikácie.

Presný počet personálu, ktorý bude potrebný na zabezpečenie jednotlivých typov starostlivosti (akútnej a následnej) bude zadefinovaný vo vykonávacom predpise týkajúcom sa materiálno-technického a personálneho zabezpečenia. Transformácia zariadení bude veľmi úzko súvisieť aj s úpravou týchto materiálov. Je však nevyhnutné aby bolo všetko komunikované s jednotlivými odbornými spoločnosťami. Po dosiahnutí konsenzu budú všetky zmeny zapracované v novom vykonávacom predpise a následne aj popísané v príslušnej dôvodovej správe.

Stanovenie ceny za lôžkodeň, resp. ukončenú hospitalizáciu vychádza z kalkulácie oprávnených nákladov poskytovateľov tohto typu starostlivosti. Úhrady z verejného zdravotného poistenia sú dlhodobo pod hranicou rentability a poskytovatelia zdravotnej starostlivosti musia buď žiadať o platby pacientov, alebo jednoducho zanikajú a systémovo sa nám vytvorila priepasť v zabezpečení zdravotných služieb následného typu.

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 zákona teda  nerieši  tzv. „dlhodobú starostlivosť“. Ministerstvo zdravotníctva SR a Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR po analýze zdravotného a sociálneho systému neidentifikovali v súčasnosti právne prekážky, aby sa poskytovatelia zdravotnej starostlivosti mohli registrovať a poskytovať zároveň zdravotnú starostlivosť aj sociálne služby a následne ich mať hradené podľa predpisov jedného alebo druhého rezortu. Preto sa oba rezorty dohodli na úpravách vlastných systémov, pretože  sú realizovateľnejšie z hľadiska časového (príprava právnej úpravy, uvedenie zmien do praxe) aj vecného (jednoduchšie a zrozumiteľnejšie zavedenie zmien do praxe).

Zdravotná starostlivosť je definovaná v zdravotníckych zákonoch a poskytovanie sociálnych služieb v sociálnych  zákonoch.

Podľa § 70 zákona č. 448/2008 Z. z. je možné poskytovať s**ociálne služby v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti z**a podmienok ustanovených týmto zákonom možno poskytovať sociálnu službu fyzickej osobe v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti aj po zániku dôvodov, pre ktoré bola prevzatá do ústavnej zdravotnej starostlivosti, ak je vzhľadom na svoj nepriaznivý zdravotný stav odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby a nemôže byť prepustená zo zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti z dôvodu, že jej nemožno zabezpečiť poskytovanie sociálnej služby v jej prirodzenom rodinnom prostredí alebo poskytnúť sociálnu službu v zariadení podľa tohto zákona. Na poskytovanie sociálnej služby zdravotníckym zariadením ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa odseku 1 platia § 62 až 69 rovnako. Ak je sociálna služba poskytovaná v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, nemôže byť priestor, v ktorom je sociálna služba poskytovaná, súčasťou priestoru, v ktorom sa poskytuje ústavná zdravotná starostlivosť.

Na základe tohto ustanovenia môžu zdravotnícke zariadenia poskytovať aj sociálne služby a môžu ich mať hradené podľa zákona č. 448/2008 Z. z.

Prepojenie oboch systémov by bolo možné iba vybudovaním nového poistenia a vybudovaním novej infraštruktúry, adresných príspevkov. Bez uvedenej radikálnej zmeny, s ktorou však vlastne nikto zo zúčastnených strán nesúhlasil, nie je možné čokoľvek zmeniť.

Návrhom zákona sa ustanovuje dohľad v zariadeniach sociálnych služieb - návrh navrhuje rozšírenie pôsobnosti Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou o kontrolu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci. bez ohľadu na to, či majú uzatvorenú zmluvu so zdravotnými poisťovňami alebo nie. Podľa zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v § 104 - HODNOTENIE PODMIENOK KVALITY POSKYTOVANEJ SOCIÁLNEJ SLUŽBY sa uvádza, že MPSVR hodnotí podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby prostredníctvom poverených štátnych zamestnancov. Od 1.9.2019 je hodnotenie kvality poskytovanej služby povinné zo zákona. V tejto súvislosti MPSVR pripravilo Zámer národného projektu „Kvalita sociálnych služieb“ s plánovanou alokáciou 3,2 mil. eur vo všetkých samosprávnych krajoch SR. MPSVR SR bude vykonávať hodnotenie kvality poskytovanej sociálnej služby v súlade s prílohou č. 2 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách. V zmysle § 22 sa na poskytovanie, rozsah, podmienky úhrady a uzatváranie zmlúv o poskytovaní  ošetrovateľskej  starostlivosť v zariadeniach sociálnej pomoci vzťahujú osobitné predpisy. Akákoľvek kontrola z úrovne MPSVR SR nebude môcť kontrolovať správnosť poskytovania zdravotnej starostlivosti, resp. ošetrovateľskej starostlivosti. MPSVR SR bude kontrolovať iba tú skutočnosť, či klient má zabezpečenú túto starostlivosť. Kalkulácia vplyvu zavedenia dozoru, resp. kontroly poskytovaných ošetrovateľských úkonov Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou nie je v súčasnosti možná, predpokladáme, že Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou bude spomínaný dozor vykonávať v rámci svojich kompetencií a z doterajších zdrojov.

**a) Počet lôžok pre ústavnú hospicovú ZS - lineárny rast, ktorá nie je započítaná v stratifikácií**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **rok** | **2017** | **2018\*** | **2019\*** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** | **2026** | **2027** | **2028** | **2029** | **2030** |
| ústavná hospicová starostlivosť |  208  |  225  |  243  |  286  |  364  |  443  |  521  |  599  |  677  |  755  |  834  |  912  |  990  | 1068 |
| SPOLU |  **208**  |  **225**  |  **243**  |  **286**  |  **364**  |  **443**  |  **521**  |  **599**  |  **677**  |  **755**  |  **834**  |  **912**  |  **990**  |  **1 068**  |

**b) Úhrada za lôžkodeň - príjmy poskytovateľov v roku 2017 (zdroje VZP+dotácie) a návrh optimálnej úhrady na pokrytie prevádzkových nákladov od 2020 + 5% medziročný nárast, mzdový automat**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **2017** | **2018\*** | **2019\*** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** | **2026** | **2027** | **2028** | **2029** | **2030** |
| ústavná hospicová starostlivosť |  48 €  |  52 €  |  56 €  |  85 €  |  89 €  |  94 €  |  98 €  |  103 €  |  108 €  |  114 €  |  120 €  |  126 €  |  132 €  |  138 €  |

**c) Priemerná dĺžka hospitalizácie - podľa návrhu postupného zvyšovania ALOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **2017** | **2018\*** | **2019\*** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** | **2026** | **2027** | **2028** | **2029** | **2030** |
| ústavná hospicová starostlivosť |  46  |  46  |  46  |  55  |  55  |  55  |  53  |  54  |  55  |  57  |  57  |  59  |  59  |  59  |

**d) Predpokladaný počet pacientov pri 90% obložnosti**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **2017** | **2018\*** | **2019\*** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** | **2026** | **2027** | **2028** | **2029** | **2030** |
| ústavná hospicová starostlivosť |  1 209  |  1 209  |  1 209  |  1 709  |  2 176  |  2 644  |  3 228  |  3 644  |  4 045  |  4 354  |  4 804  |  5 077  |  5 512  |  5 948  |
| SPOLU |  **1 209**  |  **1 209**  |  **1 209**  |  **1 709**  |  **2 176**  |  **2 644**  |  **3 228**  |  **3 644**  |  **4 045**  |  **4 354**  |  **4 804**  |  **5 077**  |  **5 512**  |  **5 948**  |

**e) Kalkulácia dopadu za ústavnú ZS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Celkové náklady pre zdroje VZP od 2020** | **2017** | **2018\*** | **2019\*** | **2020** | **2021** | **2022** |
| ústavná hospicová starostlivosť |  2 678 784 €  |  2 883 030 €  |  3 113 672 €  |  7 991 458 €  |  10 683 787 €  |  13 625 371 €  |
| Spolu náklady |  **2 678 784 €**  |  **2 883 030 €**  |  **3 113 672 €**  |  **7 991 458 €**  |  **10 683 787 €**  |  **13 625 371 €**  |
| **Nárast úhrad ZP voči odhadovanej báze 2019 a medziročný nárast** |  |  |  |  **4 877 786 €**  |  **2 692 329 €**  |  **2 941 584 €**  |

**Celkové dopady na verejné zdravotné poistenie:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Predpokladané náklady za 2019 pri 8% medziročnom raste, resp. pri odhade |  **23 074 639 €**  |  **23 446 686 €**  |
|  | Extra výdavky na rok 2020 voči 2019 |  **13 047 690 €**  |  **12 723 096 €**  |
|  | Prírastok výdavkov VZP v 2021 voči 2020 |  6 014 140 €  |  6 014 140 €  |
|  | Prírastok výdavkov VZP v 2022 voči 2021 |  6 465 926 €  |  6 465 926 €  |
| \* odhad |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Zdroje: údaje od zdravotných poisťovní, poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, NCZI**

Štatistika za rok 2017 bola spracovaná za všetky zdravotné poisťovne v rozsahu počtu ošetrovacích dní a úhrad. Priemerné čísla sa môžu líšiť od dát z produkčného prostredia zdravotných poisťovní. Stanovenie výšky úhrady za lôžkodeň vychádza z údajov o nákladoch týchto poskytovateľov, ktoré by boli optimálne na splnenie stanoveného MTZ a pokrytie prevádzkových nákladov.

Pri vymedzených typoch následnej ústavnej ZS regulujeme cenu za ošetrovací deň, aj keď forma úhrady môže byť paušálna, ale mali by byť dodržané aspoň doterajšie priemerné dĺžky hospitalizácie.

V našich prepočtoch na roky 2020-2022 sme navyše predpokladali aj dlhšie zotrvávanie na oddeleniach tohto typu na základe odporúčaní od odborníkov. Chceme tak umožniť, aby pacient, ktorý potrebuje byť z medicínskeho hľadiska dlhšie hospitalizovaný, aby mohol byť a nemusel byť prekladaný na iné oddelenia prioritne kvôli ekonomickým motiváciám poskytovateľa. Situácia sa však môže vyvinúť tak, že pacienti budú tráviť na týchto lôžkach toľko dní, ako doteraz. ALOS sú len indikatívne.

Tabuľka č. 3

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Príjmy (v eurách)** | **Vplyv na rozpočet verejnej správy** | **poznámka** |
| **2019** | **2020** | **2021** | **2022** |
| **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** |  |  |  |  |   |

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** |
| **2019** | **2020** | **2021** | **2022** |
| **Bežné výdavky (600)** |  |  |  |  |   |
|  Mzdy, platy, služobné príjmy a ostatné osobné vyrovnania (610) |  |  |  |  |   |
|  Poistné a príspevok do poisťovní (620) |  |  |  |  |   |
|  Tovary a služby (630)2 |  | **12 723 096** | **6 014 140** | **6 465 926** | úhrady zdravotných poisťovní za poskytovanie zdravotnej starostlivosti  |
|  Bežné transfery (640)2 |  |  |  |  |   |
|  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** |  | **12 723 096** | **6 014 140** | **6 465 926** |   |

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** |
| **2019** | **2020** | **2021** | **2022** |  |
| **Počet zamestnancov celkom** |  |  |  |  |   |
|  **z toho vplyv na ŠR** |  |  |  |  |  |
| **Priemerný mzdový výdavok (v eurách)** |  |  |  |  |   |
|  **z toho vplyv na ŠR** |   |   |   |   |   |
| **Osobné výdavky celkom (v eurách)** |  |  |  |  |  |
| **Mzdy, platy, služobné príjmy a ostatné osobné vyrovnania (610)** |  |  |  |  |  |
|  **z toho vplyv na ŠR** |  |  |  |  |   |
| **Poistné a príspevok do poisťovní (620)** |  |  |  |  |  |
|  **z toho vplyv na ŠR** |  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |  |  |
| **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“. |  |  |  |

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