

**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)			
	2022	2023	2024	2025
Príjmy verejnej správy celkom	0	0	0	0
v tom: za každý subjekt verejnej správy zvlášť	0	0	0	0
<i>z toho:</i>				
- vplyv na ŠR	0	0	0	0
<i>Rozpočtové prostriedky</i>	0	0	0	0
<i>EÚ zdroje</i>	0	2 182 464	2 728 080	3 637 440
- vplyv na obce	0	0	0	0
- vplyv na vyššie územné celky	0	0	0	0
- vplyv na ostatné subjekty verejnej správy		0	0	0
Výdavky verejnej správy celkom		2 602 081,5	3 147 697,5	4 057 057,5
v tom: za každý subjekt verejnej správy / program zvlášť		0	0	0
<i>z toho:</i>				
- vplyv na ŠR		0	0	0
<i>Rozpočtové prostriedky (plán obnovy a odolnosti)</i>		2 182 464	2 728 080	3 637 440
<i>EÚ zdroje</i>		0	0	0
<i>spolufinancovanie</i>		0	0	0
- vplyv na obce		0	0	0
- vplyv na vyššie územné celky		0	0	0
- vplyv na ostatné subjekty verejnej správy		0	0	0
Vplyv na počet zamestnancov		8	8	8
- vplyv na ŠR		8	8	8
- vplyv na obce		0	0	0
- vplyv na vyššie územné celky		0	0	0
- vplyv na ostatné subjekty verejnej správy		0	0	0
Vplyv na mzdové výdavky		419 617,5	419 617,5	419 617,5
- vplyv na ŠR z toho				
MZSR		419 617,5	419 617,5	419 617,5
- vplyv na obce		0	0	0
- vplyv na vyššie územné celky		0	0	0
- vplyv na ostatné subjekty verejnej správy		0	0	0
Financovanie zabezpečené v rozpočte		2 182 464	2 728 080	3 637 440
v tom: za každý subjekt verejnej správy / program zvlášť		0	0	0
MZSR		2 182 464	2 728 080	3 637 440
ÚDZS				
Iné ako rozpočtové zdroje	0	0	0	0
Rozpočtovo nekrytý vplyv / úspora	0	419 617,5	419 617,5	419 617,5

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:

Financovanie príspevkov podľa § 6d zákona č. 578/2004 Z. z.: zdrojom prostriedkov má byť štátny rozpočet, kapitola ministerstva zdravotníctva, pričom financovanie je do roku 2025 je kryté z prostriedkov európskeho plánu obnovy a odolnosti.

2.2. Popis a charakteristika návrhu

2.2.1. Popis návrhu:

Ministerstvo zdravotníctva predložilo do pripomienkovania novelu týkajúcu sa:

- optimalizácie siete nemocníc
- regulácie zisku zdravotných poisťovní
- siete všeobecných lekárov

Ad novely týkajúce sa všeobecných lekárov

Ministerstvo zavádza definíciu nedostatkových okresov, pravidelný systém monitorovania nedostatku všeobecných lekárov na Slovensku a podporu na prilákanie nových lekárov do sektora. Slovensko dlhodobo zaostáva v počte všeobecných lekárov a na potrebu posilnenia a systematickej práce so segmentom všeobecnej starostlivosti nás upozorňuje aj Európska komisia.

Napriek tomu, že všeobecní lekári dlhodobo upozorňujú na nedostatočné kapacity a vysoký priemerný vek, na Slovensku dodnes chýba systém definovania a monitorovania potreby a nedostatku všeobecných lekárov. Ministerstvo ako jeden z prvých krokov v rámci širšej snahy o podporu segmentu primárnej starostlivosti po 13 rokoch aktualizuje počet lekárskeho miest ktoré potrebujeme a zavádza systém monitorovania a vyhodnocovania nedostatkových okresov ako aj systém podpory na prilákanie nových lekárov do všeobecných ambulancií.

Kým podľa doterajšieho normatívu je sieť naplnená na viac ako 100%, podľa vyhodnotenia ministerstva nám chýba vyše 440 všeobecných lekárov pre dospelých, deti a dorast. Cieľom predloženého materiálu je zaviesť každoročné vyhodnocovanie stavu siete, ktoré bude uskutočňovať úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Ministerstvo tiež každoročne zverejní klasifikáciu okresov a to s ohľadom na počet chýbajúcich lekárov, ich vekovú štruktúru a novo zavedenú povinnosť maximálnej dojazdovej vzdialenosti 25 minút.

Navrhuje tiež, aby sa zverejňovali počty chýbajúcich lekárov pre jednotlivé okresy a aby samosprávne kraje koncentrovali informácie o ponukách práce, benefitoch a inej podpore ponúkanej záujemcom o otvorenie praxe všeobecného lekárstva. Začínajúci lekári dnes často nemajú dostatok informácií, podľa ktorých sa môžu rozhodnúť o perspektíve miesta na otvorenie praxe. Zároveň navrhuje zaviesť príspevky pre lekárov, ktorí prídu do nedostatkových okresov. Zoznam, výšku a počet príspevkov by malo každoročne vyhlasovať ministerstvo. Vďaka Plánu obnovy bude mať Slovensko do roku 2026 k dispozícii približne 10 miliónov na podporu zvyšovania kapacity siete všeobecných lekárov a lákanie nových lekárov pre prácu v oblasti všeobecného lekárstva pre dospelých, deti a dorast.

Návrh, ktorý je zároveň reformou, ku ktorej sme sa zaviazali v Pláne obnovy, je prvou časťou série zmien týkajúcich sa ambulantného sektora. Okrem neho ministerstvo dalo nedávno do pripomienkovania aj návrhy, ktoré by mali odbremeniť lekárov v súvislosti s predpisovaním celiatických potravín a inkontinenčných pomôcok. Ministerstvo zároveň pripravuje otvorenie diskusie o novej koncepcii všeobecného lekárstva, nových formách odmeňovania, navýšení platieb všeobecných lekárov a znižovaní ich administratívnej záťaže.

Podľa predbežného vyhodnotenia ministerstva, na Slovensku chýba vyše 300 všeobecných lekárov pre dospelých a viac ako 130 pediatrov. Vzhľadom na vysoký priemerný vek – 59 rokov u všeobecných lekárov a 51 u pediatrov, ministerstvo očakáva, že situácia sa bude bez príchodu nových lekárov rapídne zhoršovať. Z analýzy však vyplynulo, že stav sa v jednotlivých okresoch niekedy až zásadne líši a preto bude dôležité smerovať podporu a lekárov do okresov s najväčším nedostatkom.

Zámerom predkladaného návrhu zákona je tiež zavedenie nového spôsobu definovania minimálnej siete poskytovateľov, ktorí prevádzkujú ambulanciu všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre dospelých a všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre deti a dorast so zohľadnením kapacitnej priepustnosti (aby bol dostatok lekárov pre obyvateľov) a miestnej dostupnosti (čas dojazdu) na úroveň okresov. Zavádza nový nástroj na identifikáciu rizikových okresov, kde nie je dostatočne zabezpečená všeobecnej ambulantnej starostlivosti.

Na rozdiel od predošlého stavu ide o dynamické definovanie siete na základe určených parametrov s každoročným vyhodnocovaním, monitorovaním siete a klasifikáciou okresov ako zabezpečených, nedostatkových, rizikovo nedostatkových a kriticky nedostatkových. Parametre pre klasifikáciu okresov sú počet obyvateľov okresu, ktorí nemajú zabezpečenú miestnu dostupnosť, kapacitná priepustnosť a demografická štruktúra lekárov.

Oproti súčasnému stavu, kde nový lekár (záujemca o zriadenie novej praxe) nemá k dispozícii informačný zdroj, kde sú uvedené poddimenzované miesta vhodné na doplnenie kapacity, novou úpravou má nový lekár na jednom mieste, pravidelne aktualizované informácie o voľných miestach v okrese a naopak, kde je sieť z hľadiska dostupnosti všeobecnej ambulantnej starostlivosti zabezpečená. Navrhovaná úprava posilňuje rolu vyšších územných celkov, ktoré majú nielen z titulu ich právomoci ako sú napríklad vydávanie povolení alebo schvaľovanie ordinačných hodín, vziať na seba úlohu priamej koordinácie siete, úlohu aktívnej súčinnosti s obcami pri hľadaní možností zabezpečenia siete, lebo sú tým prvým kontaktným miestom pre nového lekára so záujmom otvorenia praxe. Posilňuje sa aj výmena údajov o poskytovateľoch medzi orgánmi verejnej moci a ostatnými zúčastnenými subjektmi s cieľom jednotnosti údajov v jednotlivých evidenciách.

Ministerstvo zdravotníctva novou úpravou zavádza finančnú podporu na zriaďovanie nových praxí v nedostatkových okresoch a to formou príspevku. Cieľom je odstraňovanie finančných bariér vzniku nových ambulancií.

Návrh zákona o kategorizovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Východiská

- súčasná sieť nemocníc na Slovensku je priveľmi široká – v počte postelí aj v počte nemocníc, čo vedie k neefektívnemu viazaniu zdrojov (hlavne ľudských), nízkej obloženosti (60% v akútnych nemocniciach pred Covidom), aj nízkym počtom výkonov/pacientov na nemocnicu (nedostatočná zručnosť ohrozujúca bezpečnosť pacienta, neefektívne využitie drahého vybavenia)
- poskytovanie nemocničnej starostlivosti je roztrieštené – medzi nemocnicami je nízka miera koordinácie a spolupráce, každá nemocnica sa špecializuje na niečo iné, ale takmer žiadna nevie poskytnúť komplexnú starostlivosť (napr. pri ťažkých úrazoch vyžadujúcich multidisciplinárny prístup)
- neexistujú jasné pravidlá pre poskytovanie nemocničnej starostlivosti – každá nemocnica dnes môže robiť všetko, čo vedie k negatívnym javom ako - tzv. „trofejným operáciám“, kedy poskytovateľ vykonáva pár náročných operácií, pri ktorých nedokáže zabezpečiť dostatočnú kvalitu a bezpečnosť pre pacienta

- „kradnutiu“ personálu medzi nemocnicami, kedy pôvodná nemocnica prestane poskytovať určitú starostlivosť a strácame nemocnice schopné sa komplexne postarať o pacientov
- vzniku špecializovaných pracovísk, ktoré nie sú schopné riešiť komplikácie
- viaceré dnešné hospitalizácie nie sú potrebné – na akútnych lôžkach ležia pacienti, ktorí by mali byť riešení ambulantne (čím okrem zbytočných nákladov vystavujeme pacientov riziku nozokomiálnych nákaz), alebo preto, že potrebujú sociálnu starostlivosť; problémom sú aj nedostatočné kapacity následnej rehabilitačnej starostlivosti, ako ústavnej, tak aj ambulantnej alebo domácej, ktoré by zabezpečili rýchly návrat pacienta k plnému zdraviu
- prestarnuté nemocnice (priemerný vek budov je viac ako 50 rokov) neumožňujú zavádzanie efektívnejších procesov a vedú k dlhodobému zadlžovaniu sa štátnych nemocníc, a tým aj k nedostatku kapitálových zdrojov na obnovu; nové nemocnice by sa mali stavať v takom rozsahu, aby zodpovedali budúcim potrebám

Viac v prílohe.

Ciele

- zvýšenie kvality nemocničnej starostlivosti a lepšie výsledky pre pacientov
- stabilizácia zdrojov (vyššia kvalita za rovnaké výdavky, zníženie potreby na personál optimalizáciou poskytovania nemocničnej starostlivosti)
- vyššia spokojnosť personálu

1. Definícia rozsahu a nároku nemocničnej starostlivosti

Kľúčovým predpokladom definovania optimálnej siete je definícia toho, aká starostlivosť sa poskytuje v nemocniciach a na čo má pacient nárok. Toto bude zabezpečené pomocou tzv. kategorizácie nemocničnej starostlivosti, ktorá sa bude aktualizovať ročne za účasti zástupcov odborníkov, zdravotných poisťovní a ministerstva. Prvá verzia kategorizácie sa v spolupráci s odbornými spoločnosťami už vytvára.

Nemocničná starostlivosť bude rozdelená do 5 úrovní – podľa náročnosti, početnosti, ako aj potreby jej blízkosti k pacientovi (význam jednotlivých úrovní je vysvetlený nižšie).

Nemocničná starostlivosť bude rozdelená do programov a služieb, pričom pre každú úroveň bude definovaný zoznam povinných a nepovinných programov a služieb v rámci programu. Medzi povinnými službami budú spravidla akútne alebo náročné služby, pri ktorých je potrebné dodržať stanovenú geografickú dostupnosť a kvalitu (napr. liečba úrazov, akútnych srdcových alebo mozgových príhod alebo zápalu slepého čreva). Medzi nepovinné programy budú spravidla patriť veľkoobjemové a plánované výkony, napr. výmena bedrového kĺbu, operácia kľúčových žíl a pod.

Kategorizácia pre vybrané programy a služby podľa potreby zároveň zavedie ďalšie podmienky ich poskytovania – najmä špecifické požiadavky na materiálno-technického vybavenie, personálne zabezpečenie, minimálny počet výkonov, ktoré musí poskytovateľ alebo operatér vykonať za rok, maximálny čas pacienta na čakacej listine, ako aj indikátory kvality. Plnenie týchto podmienok a indikátorov kvality bude každoročne vyhodnocované a výsledky budú zverejňované - pacient si tak bude vedieť pred nástupom do nemocnice overiť jej kvalitu a podľa toho si zvoliť poskytovateľa.

2. Vytvorenie optimálnej siete nemocníc (OSN)

Nárok na úhradu zo zdravotného poistenia získa nemocnica až tzv. zaradením do siete, ktoré pre akútne nemocnice (úrovne 2 až 5) určí ministerstvo na základe stanovených podmienok:

- nemocnica musí plniť minimálny programový profil pre úroveň, do ktorej je zaradená
- pre každú úroveň starostlivosti musí byť zabezpečená geografická dostupnosť
- každá nemocnica určitej úrovne musí mať dostatočný spád obyvateľov, ktorý jej umožní finančnú udržateľnosť a zabezpečenie dostatočnej kvality pre pacientov
- na každej úrovni musí byť zabezpečený dostatočný počet lôžok podľa ich typu

Nemocnica zaradená do siete v určitej úrovni bude musieť poskytovať všetky povinné programy a služby, čím sa zabezpečí reálna geografická dostupnosť starostlivosti pre pacientov (dnes sa nemocnica môže rozhodnúť niektoré služby vôbec neposkytovať, napr. preto, že nie sú finančne až tak výhodné).

Poisťovne budú môcť zazmluvniť nemocničnú starostlivosť určitej úrovne len v nemocniciach zaradených do siete v danej úrovni alebo vyššej. Zároveň budú musieť zazmluvniť všetky povinné programy a služby v nemocniciach príslušnej úrovne. Pri nepovinných programoch a službách si budú môcť vybrať z dostupných poskytovateľov v sieti (danej úrovne alebo vyššej) podľa vlastných (transparentne zverejnených) podmienok, pri dodržaní legislatívou určených štandardov.

Jedným z hlavných princípov reformy je zabezpečenie siete nemocníc, ktoré dokážu poskytovať multidisciplinárnu starostlivosť v definovaných úrovniach. Kľúčovú úlohu v tejto sieti tvorí prostredná komplexná úroveň, ktorá je určená tak, aby umožnila dojazd záchranej zdravotnej služby v krátkom časovom okne (do 60-90 minút). V rámci tejto úrovne bude zabezpečená špecializovaná akútna multidisciplinárna starostlivosť o pacientov s akútnym infarktom myokardu, náhlou cievnou mozgovou príhodou a ťažkými úrazmi.

Nemocnica môže splniť minimálny programový profil pre svoju úroveň buď samostatne (preferovaná verzia) alebo v spolupráci s iným poskytovateľom (tzv. satelitnou nemocnicou) v rovnakej obci/meste (napr. Univerzitná nemocnica Bratislava bude vedieť splniť profil pre národnú nemocnicu len v spolupráci s Národným ústavom srdcovo-cievnych chorôb, Národným onkologickým ústavom a Národným ústavom detských chorôb). Podmienkou pre spoločné plnenie programu je vzájomná dohoda medzi nemocnicami, ktorá zabezpečí vzájomnú kooperáciu pri prekladoch pacientov, účasť špecialistov pri poskytovaní starostlivosti medzi nemocnicami (napr. účasť cievného chirurga z kardioustavu pri operácii pacienta s ťažkým úrazom v hlavnej nemocnici) alebo zdieľanie priestorov a prístrojového vybavenia pri zriedkavých komplikovaných operáciách (napr. spoločné využívanie robota alebo prístroja na peroperačnú extrakorporálnu oxygenáciu).

Ak v určitom regióne existuje dostatočná potreba (počet obyvateľov v spáde), MZ môže do siete zaradiť aj nemocnicu poskytujúcu len časť programov danej úrovne (napr. pôrodnica, ortopedická nemocnica), resp. umožniť poskytovanie vybraného programu vyššej úrovne aj nemocnici nižšej úrovne (tzv. doplnková nemocnica alebo doplnkový program). Podmienkou takéhoto doplnkového zaradenia do siete je, aby očakávaná potreba po povolení nového programu prevyšovala minimálne počty výkonov/pacientov pre všetky nemocnice, pričom doplnkovej nemocnici sa určí aj maximálny počet výkonov tak, aby neohrozila udržateľnosť programu vo všeobecnej nemocnici poskytujúcej multidisciplinárnu starostlivosť.

Do siete môže byť zaradená aj nová nemocnica, resp. nemocnica nižšej úrovne môže požiadať o status vyššej úrovne (zmena zaradenia v sieti), aj v prípade, ak existujúca nemocnica (v definovanej miere) neplní legislatívou dané podmienky - v takom prípade môže byť iná nemocnica podmienene zaradená do siete so stanoveným prechodným obdobím, počas ktorého bude mať nárok len na zníženú úhradu z verejného zdravotného poistenia a bude musieť preukázať plnenie stanovených podmienok.

Nemocnice budú zaradené do 5 úrovní (nemocnica určitej úrovne poskytuje aj starostlivosť z nižších úrovní):

- 5. národná úroveň – nemocnica poskytuje aj vysoko špecializovanú (kvartérnu) starostlivosť s veľmi zriedkavým výskytom na 1 mieste na Slovensku, napr. transplantáciu srdca,
- 4. koncová úroveň – nemocnica poskytuje aj špecializovanú (terciárnu) starostlivosť s nízkou početnosťou v spádoch o veľkosti 1,5-2,0 mil. obyvateľov, tj. približne na úrovni pôvodných krajov (západ, stred a východ, pre vybrané programy aj na severe), napr.

kardiochirurgia, vysoko komplexné výkony v neurochirurgii, vysoko komplexná onkologická liečba, špecializovaná starostlivosť o deti,

- 3. komplexná úroveň – nemocnica poskytuje komplexnú akútnu aj plánovanú starostlivosť pre spád cca 500-600 tisíc obyvateľov, t.j. približne na úrovni vyšších územných celkov, v sieti zabezpečujúcej dojazd záchranej zdravotnej služby v krátkom časovom okne (spravidla do hodiny), napr. intervenčnú liečbu akútneho infarktu myokardu alebo náhlej cievnej mozgovej príhody, akútne ťažké úrazy, ako aj komplexnú nízko početnú plánovanú starostlivosť ako stredne komplexné onkochirurgické zákroky,
- 2. regionálna úroveň – nemocnica poskytuje štandardnú akútnu a plánovanú starostlivosť na regionálnej úrovni pre spád 100-200 tisíc obyvateľov, t.j. približne pre 2-3 okresy s dostupnosťou do 30-45 minút od bydliska pacienta; nemocnica poskytuje základné chirurgické výkony (napr. apendektómiu, operácie pri zlomeninách a pod.), štandardnú starostlivosť o internistického a detského pacienta, ako aj pôrodnú a popôrodnú starostlivosť o matku aj dieťa pri nekomplikovaných pôrodoch; nepovinne môže poskytovať plánované výkony ako výmeny kĺbov alebo operácie varixov,
- 1. komunitná úroveň – nemocnica tejto úrovne neposkytuje akútnu lôžkovú starostlivosť, avšak zabezpečuje následnú a rehabilitačnú starostlivosť, a zároveň poskytuje urgentnú ambulantnú starostlivosť (vrátane zabezpečenia prevozu pacienta do nemocnice vyššej úrovne v prípade potreby) a komplexnú ambulantnú špecializovanú starostlivosť. V prípade záujmu môže poskytovať aj jednoduché výkony, stacionárnu starostlivosť, a prípadne aj psychiatrickú lôžkovú starostlivosť. Časť týchto nemocníc (8-10 nemocníc) by mala byť transformovaná na komplexné neurorehabilitačné centrá, ktoré budú poskytovať intenzívnu rehabilitačnú starostlivosť pre pacientov s neurologickými poruchami. Tieto neurorehabilitačné centrá budú poskytovať starostlivosť aj pre dlhodobo ventilovaných pacientov a v menšom počte z nich (v troch) budú zriadené spinálne centrá pre pacientov s paralýzami. Na transformáciu týchto nemocníc na neurorehabilitačné alebo štandardné rehabilitačné centrá budú vyčlenené finančné prostriedky v RRP a neskôr aj v Eurofondoch.

Ministerstvo vydá prvú optimálnu sieť nemocníc k dátumu 1.1.2022 a v prechodnom období nasledujúcich 2-6 rokoch (podľa určeného harmonogramu) budú nemocnice a zdravotné poisťovne povinné splniť legislatívou definované podmienky.

Po vyhodnotení všetkých faktorov, demografie, trendov v medicíne, so zohľadnením súčasného využitia lôžok a po zavedení plánovaných zmien, na Slovensku budeme do roku 2030 potrebovať namiesto súčasných 28 262 akútnych lôžok len cca 17 500 akútnych nemocničných lôžok (pokles lôžok o 38%). Na zabezpečenie tohto počtu (a s cieľom zabezpečenia vyššej efektivity) bude v novej optimálnej sieti postačovať 31 nemocníc (resp. komplexov nemocníc, t.j. pôjde o 31 geografických bodov, pričom starostlivosť v jednom bode bude môcť zabezpečiť viacero nemocníc podľa vyššie popísaných podmienok).

V súčasnosti poskytuje nemocničnú starostlivosť na Slovenku 98 všeobecných alebo špecializovaných nemocníc. Z nich bude 31 zaradených do siete a 23 podmienčne zaradených do siete (ako satelitná alebo doplnková nemocnica pri dohode s hlavnou nemocnicou v sieti, napr. NÚSCH, VÓU, DFN Košice, Onkologický ústav sv. Alžbety). Zo zvyšných 44 nemocníc, ktoré nebudú zaradené do siete akútnych nemocníc (t.j. nezískajú úroveň 2-5):

- 2 nemocnice neposkytujú starostlivosť bežným pacientom (napr. Nemocnica pre obvinených a odsúdených),
- 21 nemocníc už ani dnes neposkytuje skutočnú akútnu lôžkovú starostlivosť (bez prítomnosti Oddelenia akútnej a intenzívnej starostlivosti), t.j. ide o nemocnice, ktoré sa už v minulosti samé transformovali na komunitnú úroveň,
- 21 nemocníc sa bude musieť transformovať na komunitné nemocnice.

Pre pár nemocníc zaradených do siete bude zmena znamenať vybudovanie nových programov, alebo zabezpečenie plnenia nových podmienok stanovených kategorizáciou. Časť nemocníc

naopak bude musieť niektoré programy utlmiť (v oblastiach s väčším počtom väčších nemocníc, z ktorých dnes žiadna nedosahuje minimálne počty pacientov, zostane špecializovaný program len v niektorých z týchto nemocníc – napr. v oblasti Nitra/Trnava/Nové Zámky alebo Trenčín/Žilina/Martin/Ružomberok.

Na reformu optimálnej siete nemocníc budú nadväzovať ďalšie reformy alebo plánované zmeny, ktoré zabezpečia jej realizáciu v navrhovanom prechodnom období, najmä ide o reformu akútnej starostlivosti (siete záchranej zdravotnej služby), reformu následnej a dlhodobej starostlivosti, reformu ambulantnej starostlivosti, dokončenie implementácie zmeny financovania nemocničnej starostlivosti (DRG) a podpory a zmeny vzdelávania zdravotníckych pracovníkov.

Výhody a prínosy OSN

- definícia nároku pacienta a zodpovedností za jeho nedodržanie – nemocnica bude povinná poskytovať definovanú starostlivosť a poisťovne ju budú musieť uhradiť
- zabezpečenie vyššej kvality nemocničnej starostlivosti – koncentráciou špecializovaných výkonov (kvalitnejší personál aj vybavenie), stanovením podmienok pre poskytovanie programov a služieb, monitorovaním a zverejňovaním indikátorov kvality
- podpora finančnej udržateľnosti nemocničnej starostlivosti – rovnaké zdroje (prevádzkové aj kapitálové) budú sústredené v menšom počte nemocníc
- efektívne využívanie personálnych zdrojov – prevencia voči dočasnému alebo trvalému uzavretiu oddelení z dôvodu výpadkov personálu
- lepšie podmienky pre personál

Nevýhody a riziká OSN

- niektorí pacienti budú cestovať za hospitalizáciou ďalej (ale pri garantovanej geografickej dostupnosti) – v nemocniciach, kde plánujeme transformáciu na komunitné nemocnice, už aj dnes čerpajú obyvatelia okresu vo svojej nemocnici len 30-60% potrebnej ZS, väčšina už dnes dochádza za nemocničnou ZS do iného mesta
- väčšie obmedzenie konkurencie – vstup na trh bude viac regulovaný
- zánik časti pracovných miest v nemocniciach s nižšou úrovňou – personál sa bude musieť presunúť do inej nemocnice
- časť personálu bude musieť cestovať do iného mesta za prácou - potreba budovania ubytovacích kapacít, časť môže odísť z nemocníc, ale môže sa presunúť do ambulantného sektora, kde je ich dnes nedostatok
- negatívne reakcie obyvateľov, kde sa lokálna nemocnica transformuje na nemocnicu nižšej úrovne ("nebudú sa rodiť Levočania")
- negatívne reakcie od nemocníc/personálu, ktorí vo svojej nemocnici nebudú môcť poskytovať starostlivosť vyššej úrovne
- negatívne reakcie vlastníkov/prevádzkovateľov nemocníc, keď budú povinní vykonávať celé spektrum povinných služieb, nielen si vyberať

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

Cieľom navrhovanej právnej úpravy je taktiež primárne zvýšiť bezpečnosť pacienta a vytvoriť predpoklady na zvýšenie kvality poskytovanej ústavnej zdravotnej starostlivosti. Kvalita a efektívne využitie zdrojov majú byť tiež podporené vytvorením úrovni nemocníc (komunitná, regionálna, komplexná, koncová a národná) so zafinovanými rozsahmi poskytovanej

zdravotnej starostlivosti prostredníctvom zavádzanej kategorizácie ústavnej starostlivosti, v rámci ktorej sa zadefinujú aj ďalšie podmienky a pravidlá pre poskytovanie ústavnej starostlivosti, ako maximálne čakacie doby, minimálne počty vybraných zdravotných výkonov, ako aj indikátory kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

V navrhovanej úprave je taktiež zefektívnený koncept zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti.

Zákon č. 578/2004 Z. z. – zmeny týkajúce sa verejnej minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti

Zavádza sa príspevok na podporu zriaďovania nových ambulancií všeobecného lekárstva v okresoch a obciach, ktoré ministerstvo zdravotníctva určí, s ohľadom na vyhodnocovanie stavu siete ako oblasti, kde hrozí ohrozenie schopnosti zabezpečiť dostupnú a kvalitnú zdravotnú starostlivosť. Počet a výšku príspevkov spolu so zoznamom okresov a obcí, na ktoré sa príspevky viažu ustanoví a zverejní každoročne ministerstvo zdravotníctva. Do roku 2025 sa predpokladá vznik nových 171 ambulancií všeobecného lekárstva s podporou príspevku, pričom výška jedného príspevku 60 624 eur. Príspevky sa budú financovať zo zdrojov plánu obnovy. Očakávané rozloženie výdavkov je nasledovné:

ROK	POČET PRÍSPEVKOV (zároveň počet novovzniknutých ambulancií všeobecných lekárov)	ROČNÉ NÁKLADY
2021	-	-
2022	30	1 818 720
2023	36	2 182 464
2024	45	2 728 080
2025	60	3 637 440
	171	10 366 704

Plánuje sa vznik 8 nových pracovných miest, z toho 3 pracovné miesta budú určené na administráciu procesu pridelenia príspevkov a aktívnu koordináciu a komunikáciu voči študentom lekárskej fakulty a zdravotníckemu sektoru s cieľom využívať nové nástroje monitorovania stavu siete aby sa zabezpečil vyšší záujem o všeobecné lekárstvo a lepšia distribúcia ľudských zdrojov do miest, kde je identifikovaný nedostatok. Úlohy súvisiace s vyhodnocovaním stavu siete, ktoré do roku 2024 plní ministerstvo zdravotníctva, budú pokrývať súčasní zamestnanci spolu s uvedenými novo vzniknutými tromi pracovnými miestami. Nie je potrebné, aby vznikli nové pracovné miesta aj na úrade pre dohľad, vzhľadom na skutočnosť, že v roku 2021 bola presunutá kompetencia správy DRG z úradu na ministerstvo zdravotníctva, pričom sa nemenil počet pracovných miest.

5 nových pracovných miest sa bude podieľať na zabezpečovaní a administrovaní kategorizácie ústavnej starostlivosti pri tvorbe vykonávacích právnych predpisov a administrovaním podkladov pre všetky komisie určené pre kategorizáciu ústavnej starostlivosti

2.2.2. Charakteristika návrhu:

- zmena sadzby
- zmena v nároku

- nová služba alebo nariadenie (alebo ich zrušenie)
 kombinovaný návrh
 iné

2.2.3. Predpoklady vývoja objemu aktivít:

Jasne popíšte, v prípade potreby použite nižšie uvedenú tabuľku. Uveďte aj odhady základov daní a/alebo poplatkov, ak sa ich táto zmena týka.

Tabuľka č. 2

Objem aktivít	Odhadované objemy			
	2022	2023	2024	2025
Indikátor ABC				
Indikátor KLM				
Indikátor XYZ				

2.2.4. Výpočty vplyvov na verejné financie

Verejná sieť všeobecných ambulantných lekárov

Vyhodnotenie stavu siete a metodika stavu siete a zonácia je uvedená v prílohe (08_priloha_VAS_Vyhodnotenie stavu siete).

Optimalizácia siete nemocníc

Predkladaný materiál má ambíciu vytvoriť rámec, ktorý následne dovoľí 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 trávajú 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.

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 lôžkoveň. 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 2019¹ 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. Súčasnú kapitálovú medzeru (rozpočet MF SR, EU prostriedky či súkromné investície) túto sumu pokrývajú len čiastočne. 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 optimalizácii 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 súčasnosti sa spolu

¹ <https://eah.eib.org/publications/attachments/report-health-sector-study-20180322-en.pdf>

so zástupcami všetkých zainteresovaných strán pripravuje 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 normatífov minimálneho počtu lôžok určených pre akútnu starostlivosť a navyšovania minimálnych normatífov pre chronickú ústavnú starostlivosť – teda pre komunitné nemocnice. 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. 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 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.

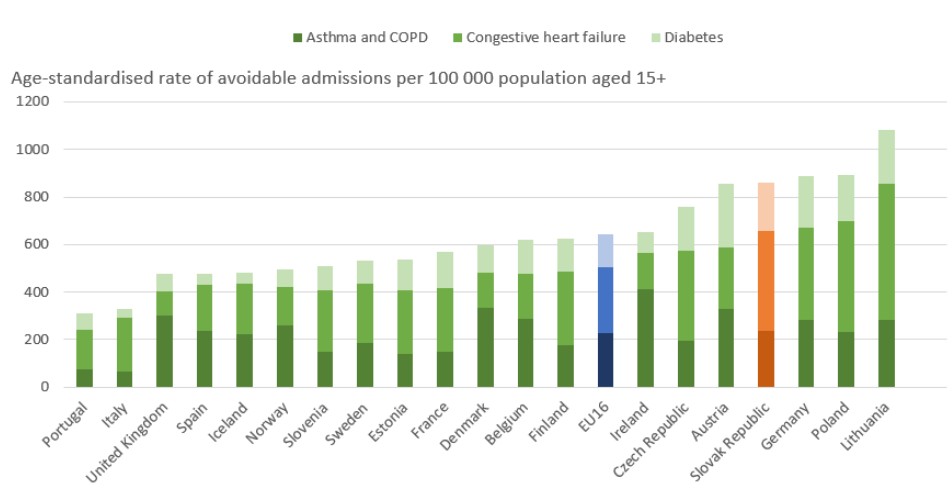
Základným výstupovým cieľom projektu je (okrem zlepšenia kvality a dostupnosti) zlepšenie efektivity využívania zdrojov. Očakávame, že do roka 2030 dosiahne obložnosť v ústavnej starostlivosti 80%, ALOS 6.5 dňa a aj keď rátame s dvojciferným nárastom počtu pacientov, projekt ráta s tým, že sa pomerovo 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 vybrali konkrétne výkony, sa nedá realizovať zníženie ALOSu a zlepšenie obložnosti lôžok. Bez platobného mechanizmu, ktorý platí poskytovateľov za vykonanú aktivitu na úrovni snákladových 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 starostlivosť 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. ambulatory care sensitive cases (tzv. ACSC⁴), 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 ambulancnej starostlivosti a nedostatok personálu

Súčasná minimálna sieť ambulancnej 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 implementácii stratifikácie. MZ SR preto pripravuje aktualizovanú minimálnu sieť, ako aj miestnu dostupnosť jednotlivých odborných špecializácií.

V rámci projektu sa pripravujú 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.

Zámerom optimalizácie nemocníc je zvýšiť kvalitu zdravotnej starostlivosti tak, že sa výkony budú koncentrovať vo väčších nemocniciach, keďže viac výkonov prináša viac skúseností a vyššiu kvalitu. Koncentrácia spôsobí, že sa mnohé špecializácie presunú. 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 zafinovaný vo vykonávacom predpise týkajúcom sa materiálno-technického a personálneho zabezpečenia.

MZ SR si je však vedomé, že zafinovaním miestnej dostupnosti negarantuje občanom to kedy im daná elektívna starostlivosť bude poskytnutá. A preto v rámci vykonávacích predpisov plánuje navrhnuť aj nový zoznam čakacích dôb, ktoré sa budú merať a stanovovať tak, aby bola zagarantovaná reálna dostupnosť zdravotnej starostlivosti.

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 jasne stanovuje miestny nárok občanov na každý typ starostlivosti, vyjadrený ako maximálny počet minút do ktorej majú občania mať k dispozícii daný typ ústavnej starostlivosti. Dostupnosť je delená do 5 úrovní – podľa úrovni nemocníc. 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. 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, neefektívite a zhoršeniu zdravotného stavu daného pacienta.

Prístup k zdravotnej starostlivosti podľa jej náročnosti, početnosti, geografickej dostupnosti, potreby jej blízkosti k pacientovi (akútna zdravotná služba), podľa kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti toho času nie je možné kvantifikovať ani presne špecifikovať, pokiaľ nie je jasné finálne znenie vykonávacieho predpisu o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti. Popri tejto reforme sa pripravujú aj tieto reformy:

- akútnej zdravotnej starostlivosti (t. j. siete záchranej zdravotnej služby),
- následnej a dlhodobej zdravotnej starostlivosti,
- špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti,
- dokončenia implementácie zmeny financovania ústavnej starostlivosti (DRG),
- týkajúce sa podpory a zmeny vzdelávania zdravotníckych pracovníkov.

Ministerstvo zdravotníctva pri nadväzujúcich reformách postupuje v súlade s nasledovným harmonogramom:

- v nadväznosti na schválenie Plánu obnovy a odolnosti ministerstvo zdravotníctva spolu s operačným strediskom záchranej zdravotnej služby (ďalej len „ZZS“) v rámci roka 2022 prijme novú sieť ZZS naviazanú na novú optimálnu sieť nemocníc. Optimálna sieť bude vychádzať z dopytu po zásahoch podľa diagnóz a regiónov, geografického rozloženia staníc ZZS so zohľadnením cestnej siete a infraštruktúry, dostupnosti nemocničných zariadení vhodných typov a zároveň s využitím matematického modelovania a simulácií z reálnych dát (napr. p-median model a iné). Ministerstvo zdravotníctva v roku 2022 prijme novú definíciu neodkladnej zdravotnej starostlivosti, ktorá určí okruh oprávnených užívateľov záchranej zdravotnej služby a spôsob vykonania odozvy na požiadavku týchto užívateľov. Cieľom je využitie ZZS práve na opodstatnené zásahy, keď sú pacienti v priamom ohrození života a čím sa zvýši dostupnosť ZZS a efektívne využijú zdroje. Súčasťou týchto reforiem bude aj definícia poskytovania urgentnej starostlivosti v rámci ústavných zdravotníckych zariadení v nadväznosti na prijatú optimálnu sieť nemocníc.

- ministerstvo zdravotníctva v súčinnosti s Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky v rámci implementácie Plánu obnovy a odolnosti predstaví reformy integrácie a financovania dlhodobej sociálnej a zdravotnej starostlivosti, posudkovej činnosti a dohľadu nad sociálnou starostlivosťou. Spomenuté reformy sú už rozpracované v rámci medzirezortnej skupiny, ktorá započala svoju činnosť v roku 2020, pričom jednou z jej hlavných úloh v súvislosti s optimálnou sieťou nemocníc bude zdefinovať potrebu následných, dlhodobých a paliatívnych kapacít. S ohľadom na vládou schválené míľniky v rámci Plánu obnovy a odolnosti sa očakáva do prvého kvartálu roku 2023 schválenie nového zákona v oblasti dlhodobej a paliatívnej zdravotnej starostlivosti a do konca roka 2023 bude Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny predložená nová koncepcia financovania sociálnych služieb, ktorej legislatívne schválenie sa očakáva najneskôr v roku 2025.
- súčasťou predkladanej legislatívy je aj reforma primárnej ambulantnej starostlivosti. V prvom kroku je cieľom v rámci roka 2021 upraviť reguláciu spôsobom, aby podporovala príchod nových všeobecných lekárov, priebežnú generačnú výmenu aj celkové zvýšenie ich počtu a zároveň prispievala k riešeniu geografických nerovností v dostupnosti primárnej starostlivosti. Kombinácia zónových kritérií a zriadenia finančného nástroja na podporu primárnej starostlivosti na MZ SR vytvorí nástroje na priamy výkon zdravotníckych politík a umožní podporiť ciele vytváranie nových praxí v miestach, kde ich je nedostatok. V ďalšom kroku sa MZ v priebehu roka 2022 sústreďí na zdefinovanie úlohy primárnej sféry v systéme poskytovania zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike prostredníctvom nových koncepcií všeobecného lekárstva. Nové koncepcie všeobecného lekárstva pre dospelých, deti a dorast a súvisiaca úprava úhradových mechanizmov budú výsledkom interných prác MZ SR s využitím nástroja technickej pomoci od Európskej komisie a pracovných skupín so zástupcami sektora. Vychádzajúc z odporúčaní Svetovej banky bude ich cieľom podporiť rozširovanie kompetencií VLD a VLDD, zvýhodňovanie modelov práce podporujúcu dostupnosť, kvalitu a efektivitu poskytovania primárnej starostlivosti. V následnom kroku sa MZ sústreďí na špecializovanú ambulantnú starostlivosť, ktorej potrebu a úlohu prehodnotí v rámci roka 2023 v závislosti na prijatú reformu primárnej ambulantnej starostlivosti a reformu ústavnej starostlivosti.
- do konca roka 2023 ministerstvo zdravotníctva prehodnotí a sfunkční systém DRG v nadväznosti na prijatú reformu nemocničnej siete. Ministerstvo vykoná v tomto ohľade hĺbkovú revíziu definičnej príručky a relatívnych váh.
- ministerstvo zdravotníctva kontinuálne pracuje na zlepšení situácie s nedostatkom zdravotníckeho personálu. V súlade so schváleným Plánom obnovy a odolnosti už v roku 2022 zjednoduší a skráti uznávanie dokladov a kvalifikácií prichádzajúcich zdravotníckych pracovníkov a permanentne etabluje inštitút odbornej sťaže a zavedie programy na zrýchlenie adaptácie vysokokvalifikovaných zdravotníckych pracovníkov a ich rodín. Na základe schválenej stratégie ľudských zdrojov, na ktorej ministerstvo už v súčasnosti pracuje, pristúpi ku krokom, ako je reforma vzdelávania, bude udržiavať a vylepšovať nástroje ako sú motivačné štipendiá, rezidentské štúdiá, zasaď sa o lepšie mzdové podmienky zdravotníckych pracovníkov, prehodnotí úlohu ostatného

zdravotníckeho personálu za cieľom mitigácie jeho akútneho nedostatku a mnohé ďalšie opatrenia.

Dostupnosť

Meranie vzdialenosti v km bolo pre účely tohto zákona nahradené dojazdeným časom motorového vozidla. Pre meranie boli použité konzervatívne odhady rýchlostí, ktoré zodpovedajú priemerným rýchlostiam a nie maximálnym, ktoré sú často používané v komerčných systémoch. Navrhované kritériá časovej dostupnosti sú navyše stanovené oveľa prísnejšie než v okolitých krajinách, kde sa dojazdy stanovujú v 1,5 aj 2-násobne dlhších dojazdových časoch. Meranie podľa dojazdu hromadnej dopravy by znamenalo zmenu siete nemocníc pri každej zmene grafikonu, prázdninách alebo víkendovom režime. Infraštruktúra nemocníc má slúžiť na zabezpečenie dostupnej starostlivosti najmä v prípade dojazdu sanitkou v urgentných stavoch. Predmetom nie je garancia sociálnej dostupnosti (predmetom je úhrada z verejného zdravotného poistenia, nie zo sociálnych zdrojov). Definícia bola upravená tak, aby sa neodkazovala na osobnú dopravu, ale dopravu motorovým vozidlom.

Úlohou komisie pre kategorizáciu ústavnej zdravotnej starostlivosti je definícia odborných pravidiel pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti v nemocnici, potrebnému vybaveniu, kritériám kvality, podľa toho je preto určené aj zloženie komisie. Definované štandardy kvality majú byť platné pre celé územie SR rovnako. S účasťou zástupcu regiónov sa naopak ráta v komisii pre tvorbu sietí, ktorá rozhoduje o konkrétnom postavení nemocníc v sieti, kde je potrebné zohľadniť aj regionálne faktory.

Vplyvy na obyvateľov menej obývaných oblastí, ktoré nenaplnia návrhom zákona predpokladaný dostatočný spád obyvateľov sa nedajú presne vyšpecifikovať, avšak budú kompenzované, riešené ďalšími reformami, ktoré sa pripravujú, napríklad reforma neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Očakávame však presný opak, ak bude poriadok a organizácia typov starostlivosti, pacienti budú vedieť kam majú ísť, čo zabráni zbytočným presunom pacienta, neefektívite a zhoršeniu zdravotného stavu daného pacienta. Pre zabezpečenie prevozov v rámci urgentných prípadov bude (na základe finálneho zoznamu nemocníc v sieti a ich úrovni) aktualizovaná sieť záchrannej služby (pozemnej aj leteckej). Zabezpečenie dopravy za neurgentnou dopravou by podľa názoru predkladateľa nemalo byť nákladom verejného zdravotného poistenia, ale sociálneho zabezpečenia, pretože by malo byť smerované len na tie časti populácie, pre ktoré by doprava bola sociálne problematická. Predkladateľ otvorí v tomto kontexte diskusiu s príslušnými inštitúciami. Migrácia v prihraničných oblastiach je obojsmerná. Práve kvôli prihraničným oblastiam a zabezpečeniu dostupnosti aj v takýchto nerovnomerných spádových oblastiach je v podmienkach pre tvorbu siete znížený počet poistencov v spádovej oblasti pre regióny, kde by takto bola nedostatočná dostupnosť. Migrácia za prácou zvyčajne smeruje z menej vyvinutých regiónov do veľkých miest. Zohľadnenie takejto migrácie by znamenalo ešte väčšie zhoršenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti v menej obývaných regiónoch SR. Samotné prirodzené spádové územia môžu byť určené až nad existujúcou sieťou. Toto určenie bude definované v každoročnom vyhodnotení siete. Návrh prvej siete nemocníc bol doplnený.

Nemocnice budú zaradené do 5 úrovní (nemocnica určitej úrovne poskytuje aj zdravotnú starostlivosť z nižších úrovní):

1. Nemocnica národnej úrovne poskytuje vysoko-špecializovanú ústavnú starostlivosť s veľmi zriedkavým výskytom v Slovenskej republike (napr. transplantácia srdca).
2. Nemocnica koncovej úrovne bude poskytovať špecializovanú (terciárnu) zdravotnú starostlivosť s nízkou početnosťou v spádovom území o veľkosti 1,5 – 2,0 mil. obyvateľov, a teda približne na úrovni pôvodných krajov (napr. výkony poskytované v rámci kardiochirurgie, neurochirurgie, výkony vysoko komplexnej onkologickej liečby, alebo špecializovanej starostlivosti o deti).
3. Nemocnica komplexnej úrovne bude poskytovať komplexnú akútnu aj plánovanú zdravotnú starostlivosť pre spádové územie približne 500 000 až 600 000 obyvateľov, a teda približne na úrovni oblastí VÚC, v sieti zabezpečujúcej dojazd záchrannej zdravotnej služby v krátkom časovom okne (napr. intervenčná liečba akútneho infarktu myokardu alebo náhlejš

cievnej mozgovej príhody, liečba akútnych ťažkých úrazov, ako aj komplexná nízko početná plánovaná zdravotná starostlivosť).

4. Nemocnica regionálnej úrovne bude poskytovať štandardnú akútnu a plánovanú zdravotnú starostlivosť na regionálnej úrovni pre spádové územie 100 000 až 200 000 obyvateľov, a teda pre približne dva až tri okresy (napr. základné chirurgické zákroky, štandardnú zdravotnú starostlivosť o internistického a detského pacienta, pôrodná a popôrodná starostlivosť o matku a dieťa pri nekomplikovaných pôrodoch).

5. Nemocnica komunitnej úrovne nebude poskytovať akútnu lôžkovú starostlivosť, avšak bude zabezpečovať následnú a rehabilitačnú starostlivosť a poskytovať urgentnú ambulatnú zdravotnú starostlivosť. Takáto nemocnica môže v prípade záujmu vykonávať aj jednoduchové výkony, stacionárnu starostlivosť a psychiatrickú lôžkovú starostlivosť. Časť týchto nemocníc by mala byť transformovaná na komplexné neurorehabilitačné centrá, ktoré budú poskytovať intenzívnu rehabilitačnú starostlivosť pre pacientov s neurologickými poruchami. Tieto neurorehabilitačné centrá budú poskytovať starostlivosť aj pre dlhodobu ventilovaných pacientov a v menšom počte z nich budú zriadené spinálne jednotky pre pacientov s paralýzami. Na transformáciu týchto nemocníc na neurorehabilitačné alebo štandardné rehabilitačné centrá budú vyčlenené finančné prostriedky v RRP a neskôr aj v Eurofondoch.

Ministerstvo zdravotníctva SR vydá prvú optimálnu sieť nemocníc k 1. februáru 2022 a v prechodnom období nasledujúcich 2 - 8 rokoch (podľa určeného harmonogramu) budú nemocnice a zdravotné poisťovne povinné splniť legislatívou definované podmienky.

Po vyhodnotení všetkých faktorov, demografie, trendov v medicíne, so zohľadnením súčasného využitia lôžok a po zavedení plánovaných zmien, v Slovenskej republike budeme do roku 2030 potrebovať namiesto súčasných 28 262 akútnych lôžok len približne 17 500 akútnych nemocničných lôžok (tzn. pokles lôžok o 38 %). Na zabezpečenie tohto počtu – a s cieľom zabezpečenia vyššej efektivity, bude v novej optimálnej sieti postačovať 31 nemocníc (resp. komplexov nemocníc – t. j. pôjde o 31 geografických bodov, pričom zdravotná starostlivosť v jednom bode bude môcť zabezpečiť viacero nemocníc podľa vyššie popísaných podmienok).

V predkladaných materiáloch sa používajú počty lôžok v rôznych kontextoch, preto tieto čísla nie sú vždy rovnaké. V rámci analýz sa používali viaceré scenáre (podľa ich pravdepodobnosti, resp. predpokladov, ktoré by museli byť na ich naplnenie splnené). V samotnom nariadení sa potom uvádzajú minimálne počty lôžok, ktoré sú potrebné na zabezpečenie ústavnej zdravotnej starostlivosti. Neobsahujú preto rezervy, ktoré je možné efektívnejšou organizáciou práce eliminovať. Počty lôžok v nariadení boli ďalej rozdelené do 2 kategórií - na akútne a psychiatrické, kdežto v sprievodných dokumentoch sa akútne psychiatrické lôžka zarátavali do celkových akútnych lôžok. Zohľadnenie dlhodobých trendov alebo dlhodobého plánovania bude umožnené pomocou kategorizáciou ústavnej starostlivosti, v rámci ktorej je možné stanoviť prechodné obdobie. Toto umožní ustanoviť napr. potrebu povinných programov alebo služieb v nových regiónoch a poskytnúť dostatočný čas pre vybudovanie týchto programov alebo kapacít v predmetných nemocniciach. Nemocnice tak budú mať záväzné ustanovenie alebo rozhodnutie, na základe ktorého budú môcť realizovať investície, a zároveň dostatok času na ich realizáciu v prípade potreby dlhšie trvajúcich zmien.

V súčasnosti poskytuje ústavnú starostlivosť na Slovensku 98 všeobecných alebo špecializovaných nemocníc. Z nich bude približne 28 až 32 zaradených do siete a ďalších približne 20 - 25 podmienené zaradených do siete (ako tzv. komplementárna nemocnica po dohode s hlavnou nemocnicou v sieti, napr. NÚSCH, VOÚ, DFN Košice, Onkologický ústav sv. Alžbety) alebo ako nemocnica poskytujúca doplnkový program. Zo zvyšných viac ako 40 nemocníc, ktoré nebudú zaradené do siete akútnych nemocníc (t. j. nezískajú úroveň regionálnej, komplexnej, koncovej a národnej nemocnice):

- 21 nemocníc už ani dnes neposkytuje skutočnú akútnu lôžkovú starostlivosť (bez prítomnosti Oddelenia akútnej a intenzívnej starostlivosti), t. j. ide o nemocnice, ktoré sa už v minulosti samé transformovali na komunitnú úroveň nemocnice,

- približne ďalších 20 nemocníc bude transformovaných na komunitné nemocnice, pričom časť z nich bude poskytovať vybrané doplnkové programy.

Pre niekoľko nemocníc zaradených do siete bude zmena znamenať vybudovanie nových programov, alebo zabezpečenie plnenia nových podmienok stanovených kategorizáciou ústavnej starostlivosti. Časť nemocníc naopak bude musieť niektoré programy utlmiť (v oblastiach s väčším počtom väčších nemocníc, z ktorých dnes žiadna nedosahuje minimálne počty pacientov, zostane špecializovaný program len v niektorých z týchto nemocníc).

Na reformu optimálnej siete nemocníc budú nadväzovať ďalšie reformy alebo plánované zmeny, ktoré zabezpečia jej realizáciu v navrhovanom prechodnom období; ide najmä o reformu akútnej zdravotnej starostlivosti (siete záchranej zdravotnej služby), reformu následnej a dlhodobej zdravotnej starostlivosti, reformu ambulantnej zdravotnej starostlivosti, dokončenie implementácie zmeny financovania ústavnej starostlivosti (DRG) a podpory a zmeny vzdelávania zdravotníckych pracovníkov. Špecifikácia procesov v nemocniciach a organizácia práce v nemocniciach nie je predmetom tohto zákona. Časť týchto zmien nastane vplyvom zavádzania efektívnejších procesov v nemocniciach najmä v novo postavených zariadeniach, ktoré eliminujú časové straty pri ošetrovaní pacientov, ktoré dnes vznikajú neefektívnym usporiadaním nemocníc a ktoré často nie je možné v starých budovách pavilónového typu realizovať. Ďalšie skrátenia ošetrovacej doby vyplynú z postupne sa zvyšujúceho využívania menej invazívnych medicínskych postupov, vybavenia pacientov v jednodňovej starostlivosti alebo skoršieho presunu na následné lôžka, prípadne aj ďalšími vplyvmi, ktoré boli uvedené aj v prílohách tohto návrhu zákona (napr. v prezentácii).

Vzhľadom na to, že v súčasnej dobe prebieha diskusia o tom, ktoré nemocnice v súčasnosti existujúce budú zaradené do jednotlivých kategórií nemocníc, nie je možné zhodnotiť ako sa presunú zamestnanci a či zmena vyvolá dopad na nové pracovné miesta.

Až následne bude možné zhodnotiť aj vplyvy na podmienky v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti (pre pacientov a aj pre zamestnancov) týkajúce sa priestorového a materiálneho - technického zabezpečenia zariadení.

Prístup "hodnota za peniaze" je aplikovaný pri centralizácii medicínskych služieb, ktoré sú finančne náročné na materiálne-technické vybavenie alebo náročné na personálne zabezpečenie do menšieho počtu nemocníc, ktoré sú geograficky rovnomerne rozložené po celom Slovensku. Takáto centralizácia povedie k vyššej efektívnosti zdravotného systému. Predmetom tohto zákona je definícia podmienok pre zabezpečenie siete a kvality poskytovanej ústavnej starostlivosti v nemocniciach v sieti, nie ich ekonomická efektívnosť. Máme za to, že MZSR by nemalo vylúčiť nemocnicu zo siete len z toho dôvodu, že jej finančná situácia nie je optimálna (napr. z dôvodu predchádzajúcich investícií alebo naopak vplyvom historických investičných dlhov). Na meranie finančných ukazovateľov MZSR nezbiera ani potrebné dáta.

Lehoty časovej dostupnosti

Rozsah plánovanej zdravotnej starostlivosti – s výnimkou šiestich regulovaných čakacích zoznamov – dnes nie je evidovaný. Odhad dopadov je preto možné robiť len na základe nedostatočných dát o počte pacientov čakajúcich v dnes regulovaných zoznamoch. Predpokladáme, že počet čakajúcich pacientov, pre ktorých bude musieť zdravotná poisťovňa tvoriť technické rezervy, sa zvýši, avšak toho času to nie je možné kvantifikovať presne, nakoľko neviem ako budú v kategorizácii ústavnej starostlivosti nastavené lehoty časovej dostupnosti.

Navrhovaná zmena spočíva v rozšírení čakacích zoznamov (spojených s povinnosťou vytvorenia rezervy na plánovanú zdravotnú starostlivosť) a spresnenia pravidiel pri zostavovaní čakacích zoznamov pre zdravotné poisťovne a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Uvedená zmena nemá priamy finančný dopad, nakoľko sa z krátkodobého hľadiska nepredpokladá rozšírenie (alebo zvýšenie intenzity) poskytovania zdravotnej starostlivosti;

poistenci, ktorým vznikol nárok na poskytnutie takejto zdravotnej starostlivosti by ju dostali aj za súčasného stavu, aj za stavu, navrhovanom po schválení novely. Rozdiel je iba v administratívnom zabezpečení, organizácii tvorby čakacích zoznamov a vo vyššej transparentnosti poskytovania odkladnej zdravotnej starostlivosti.

Z pohľadu účtovného by navrhovaná zmena mala mať dopad na tvorbu rezerv (náklad zdravotnej poisťovne) a teda nepriamo aj na tvorbu zisku zdravotnej poisťovne.

Uvedená zmena bude mať za následok transparentnejšie pravidlá v oblasti poskytovania odkladnej / plánovanej zdravotnej starostlivosti, ako pre poistencov, tak aj pre poskytovateľov a pre zdravotné poisťovne.

Je ale reálny predpoklad, že zdravotné poisťovne budú do procesu manažovania poistenca vstupovať s cieľom čo najviac skrátiť dobu poskytnutia zdravotnej starostlivosti (s cieľom čo najnižšej tvorby rezerv ako nákladovej položky) a poskytovať poistencovi alternatívne možnosti čerpania zdravotnej starostlivosti (doposiaľ neboli k takémuto postupu motivovaní; po zmene tu motivácia vznikne). Aj z tohto dôvodu sa javí ako reálnejší vyššie uvedený odhad dopadu (v tabuľke).

Právny dopad zmien v oblasti rozšírenia čakacích zoznamov

Analýza súčasného právneho stavu v oblasti tvorby zisku zdravotných poisťovní

Aktuálna situácia:

Výkon verejného zdravotného poistenia predstavuje jednoznačne výkon činností, ktoré sú súčasťou právom uloženou povinnosti.

Základné znaky, ktoré charakterizujú verejné zdravotné poistenie ako vykonávaciu činnosť služby, ktorú štát poskytuje občanom:

- **zákonná úprava** – verejné zdravotné poistenie ako nástroj na zabezpečenie základných sociálnych práv zakotvené priamo v Ústave SR (čl. 40)
- **povinnosť účasti v systéme** – po splnení zákonných podmienok sa musí občan SR zúčastniť na systéme verejného zdravotného poistenia; neexistuje dobrovoľný vstup do systému a dobrovoľný výstup zo systému – sú vždy viazané na splnenie zákonom stanovených podmienok
- **sadzby poistného určené zákonom** –sadzby a sumy poistného vyplývajú zo zákona; zdravotná poisťovňa nemá možnosť akýmkoľvek spôsobom ovplyvniť výšku poistného. Neexistuje tu väzba medzi zvýšenou rizikovosťou poistenca a vyšším poistným.
- **rozsah plnenia určený zo zákona** – plnenie z titulu verejného zdravotného poistenia vyplýva zo zákona, je ustanovené zo strany zákonodarcu a zdravotná poisťovňa ho nemôže ovplyvniť.
- **nemožnosť odmietnutia resp. výberu poistencov** – nie je možná žiadna selekcia zo strany zdravotnej poisťovne, nie je možné odmietnutie občana, ktorý má byť poistený v konkrétnej zdravotnej poisťovni (pokiaľ splnil zákonom stanovené podmienky), napr. z titulu zvýšenej rizikovosti.

Vyššie uvedené skutočnosti jednoznačne charakterizujú zdravotnú poisťovňu, zriadenú v zmysle zákona č. 581/2004 Z. z. (bez ohľadu na to, či je jej vlastníkom štát alebo súkromná spoločnosť) ako subjekt verejnej správy.

Platenie poistného na verejné zdravotné poistenie je povinné pre každého účastníka systému (ak sa nejedná o osobu, za ktorú platí poistné štát). Predpis poistného predstavuje v účtovníctve zdravotnej poisťovne výnosovú operáciu a poistné ako také vstupuje účtovne do majetku zdravotnej poisťovne. Podľa § 15 ods. 5 zákona č. 581/2004 Z. z. ak je v schválenej riadnej

úctovnej závierke alebo mimoriadnej úctovnej závierke výsledkom hospodárenia bežného úctovného obdobia zisk, zdravotná poisťovňa je povinná použiť tento zisk najmenej vo výške 20% na tvorbu rezervného fondu, a to až do dosiahnutia výšky rezervného fondu určenej v stanovách, najmenej do výšky 20% splateného základného imania.

Analýza súčasného stavu v oblasti tvorby technických rezerv ako nákladových položiek obmedzujúcich výšku zisku a posúdenie výšky technických rezerv zdravotných poisťovní.

Úvod

Podľa § 6 ods. 9 zákona č. 581/2004 Z. z. zdravotná poisťovňa je povinná vytvoriť ku dňu, ku ktorému sa tvorí úctovná závierka, technické rezervy

- a) na úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorá nebola ku dňu úctovnej závierky uhradená,
- b) na úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorá bola poskytnutá ku dňu úctovnej závierky, ale do tohto termínu nebol do zdravotnej poisťovne doručený úctovný doklad,
- c) na úhradu plánovanej zdravotnej starostlivosti pre poistencov zaradených v zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti; plánovaná zdravotná starostlivosť je zdravotná starostlivosť iná ako neodkladná zdravotná starostlivosť.

Zdravotná poisťovňa vytvára technické rezervy podľa § 6 ods. 9 písm. c) vo výške nevyhnutnej na úhradu plánovanej zdravotnej starostlivosti. Technické rezervy podľa odseku 9 písm. c) zahŕňajú aj všetky predpokladané náklady spojené s vykonaním úhrady plánovanej zdravotnej starostlivosti; výška technickej rezervy sa stanovuje vo výške súčtu násobkov počtu poistencov zaradených v zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti a ceny obvyklej za poskytovanú zdravotnú starostlivosť podľa jednotlivých chorôb.

A. Celkový vývoj všetkých technických rezerv v zdravotných poisťovniach:

rok	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
VšZP	264 691 888	291 819 816	304 381 479	266 846 632	225 427 098	284 635 913	306 609 295	303 609 974	352 131 497	348 884 195
Dôvera	99 155 959	105 771 008	98 732 823	91 156 352	108 204 891	101 711 958	107 023 114	129 210 804	157 086 391	153 198 795
Union	35 444 594	37 182 243	38 630 896	43 843 796	45 949 935	53 261 582	45 254 138	86 595 743	88 356 837	106 656 387
spolu	399 294 453	434 775 080	441 747 210	401 848 794	379 583 939	418 162 671	458 886 547	519 416 522	597 574 726	608 739 379

Podiel jednotlivých ZP na vytvorených rezervách v roku 2020: 57 % VšZP, 25 % DÓVERA, 18 % Union.

Pre lepšiu vypovedaciu schopnosť o tvorbe rezerv, ktoré priamo ovplyvnia hospodársky výsledok je potrebné sledovať osobitne tie rezervy, ktoré sa netýkajú priamo časového posunu medzi doručenými a neuhradenými dokladmi, ale tie rezervy, ktoré vznikajú ako dôsledok zaradenia poistenca na čakaciu listinu a teda cieleného oneskorenia poskytnutia zdravotnej starostlivosti.

Teda z pohľadu dopadu na hospodársky výsledok zdravotnej poisťovne (a tiež z pohľadu úvah o možnom rozšírení diagnóz na čakacích zoznamoch, na ktoré bude zdravotná poisťovňa vytvárať technické rezervy) má najväčší význam sledovanie položky Technické rezervy na výkony pre poistencov v zozname čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti.

Je možné skonštatovať, že rozdielnosť vývoja trendu v jednotlivých zdravotných poisťovniach ma priamy súvis s malým množstvom diagnóz, ktoré sa na čakacie zoznamy zaraďujú a o ktorých sa (vo forme rezerv) následne účtuje. Vo všeobecnosti by mal byť tento trend relatívne stabilný, t. j. nemalo by dochádzať k výraznému nárastu poistencov, zaraďovaných na čakacie listiny.

V prípade, ak by sa rozšíril počet diagnóz, ktoré (pri neposkytnutí starostlivosti v určenom termíne) by bolo potrebné zaradiť na čakaciu listinu, došlo by k lepšej vypovedacej schopnosti

účtovaných technických rezerv (bolo by z výšky rezerv zrejmé, akej časti poistencov nedokáže zdravotná poisťovňa zabezpečiť určenú zdravotnú starostlivosť v termíne.

Analýza zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti

Zákon 581/2004 (v znení z roku 2005) v § 6, ods.1 písm. o.) stanovoval zdravotným poisťovním viesť zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti podľa ods. 2 až 12. V ods. 12 stanovil vypracovať MZ SR všeobecne záväzný predpis – Vyhláška MZ SR 412/2009, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti, ktorý nadobudol účinnosť od 1.1.2010. Vyhláška č. 412/2009 bola účinná od 1.1.2009 do 30.6.2011 (sa stanovila štruktúra prílohy - 3 skupiny vybraných chorôb, kód zoznamu chorôb). V novele vyhlášky č. 412/2009 čiastke 148/2009 účinnej od 1.7.2011 do 30.11.2013 (sa stanovila štruktúra prílohy – 6 skupín vybraných chorôb, kód zoznamu chorôb podľa MKCH v znení 10 a kód plánovaného výkonu. V novele vyhlášky č. 148/2009 účinnej od 1.12.2013 doposiaľ (sa stanovili 3 skupiny chorôb, kódy podľa zoznamu chorôb a kód plánovaného výkonu).

Problematika tvorby a vedenia zoznamov je komplexnou témou, ktorá od zavedenia do legislatívy od 1.1.2005 prešla niekoľkými novelizáciami. S účinnosťou od 1.1.2006 bola prijatá novela zákona, ktorá oprávňuje MZ SR na vydanie vykonávacieho predpisu, ktorý upraví podrobnosti o tvorbe a vedení čakacích listín.

Harmonizácia tvorby a vedenia zoznamov by mala zahŕňať zavedenie pravidiel a postupov pre poskytovateľov, zdravotné poisťovne a úrad a zabezpečiť tak jednotný spôsob vedenia čakacích listín a vykazovania údajov.

Vo všeobecnosti pokladáme za najdôležitejšie zapracovať do problematiky vedenia zoznamov nasledujúce zásadné princípy:

- definovať časový interval od stanovenia diagnózy, po ktorom budú poskytovatelia navrhovať zdravotnej poisťovni poistenca na zaradenie do zoznamu, napríklad 1 mesiac,
- viesť zoznam nielen podľa chorôb, ale zároveň definovať zdravotný výkon – ten je hlavným predmetom zoznamu,
- potreba viesť samostatné zoznamy podľa chorôb s väzbou na zdravotný výkon bez ohľadu na typ poskytovateľa a formu poskytovania zdravotnej starostlivosti (ambulantnú, ústavnú, SVLZ a podobne),
- diagnostika, ktorá vedie k definitívnemu stanoveniu diagnózy, nemá byť predmetom vedenia v zoznamoch,
- definovať zoznam prioritných chorôb s väzbou na terapeutický postup po analýze súčasného stavu v každodennej praxi,
- definovať, na aké typy zdravotnej starostlivosti viesť zoznamy,

V budúcnosti by sa mali vypracovať i pravidlá smerujúce k vyhodnocovaniu čakacích listín, ich analýze a hodnoteniu zdravotných poisťovní na základe čakacích listín.

Riešenie problému transparentnosti vedenia čakacích listín a poradia poistencov v nich je základnou podmienkou spoľahlivosti kontrolných mechanizmov aj v zmysle kompetencie úradu.

V dôsledku uvádzaných skutočností vznikol stav nespoľahlivého fungovania procesov nahlasovania návrhov zdravotným poisťovním zo strany poskytovateľov a následne na to odosielania zoznamov poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti zo zdravotných poisťovní na úrad.

Z uvedených skutočností vyplýva, že problematika čakacích listín vyžaduje legislatívnu úpravu a doriešenie procesných postupov v nasledovných oblastiach, čo prináša navrhovaná úprava:

1. zjednotenie postupov,

2. vykonávací predpis - definovanie obsahovej aj formálnej stránky,
3. definovanie reálnej a využiteľnej štruktúry údajov.

<i>Technické rezervy na výkony pre poistencov v zozname čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti</i>						
<i>Stav na konci BÚO</i>	<i>k 31. 12. 2020</i>	<i>k 31. 12. 2019</i>	<i>k 31. 12. 2018</i>	<i>k 31. 12. 2017</i>	<i>k 31. 12. 2016</i>	<i>k 31. 12. 2015</i>
VšZP	5 327 111,00	5 959 997,00	8 558 975,00	6 140 095,00	6 879 735,00	10 111 541,00
Dôvera	32 397 872,59	15 412 510,58	16 571 852,00	13 029 503,00	13 785 204,00	12 217 774,00
Union	172 959,00	119 615,00	91 815,00	144 896,00	136 304,00	170 634,00
Spolu	37 897 942,59	21 492 122,58	25 222 642,00	19 314 494,00	20 801 243,00	22 499 949,00

Zdroj: ÚZ ZP za jednotlivé roky z RÚZ

Rozsah plánovanej zdravotnej starostlivosti – s výnimkou šiestich regulovaných čakacích zoznamov – dnes nie je evidovaný. Odhad dopadov je preto možné robiť len na základe nedostatočných dát o počte pacientov čakajúcich v dnes regulovaných zoznamoch. Predpokladáme, že počet čakajúcich pacientov, pre ktorých bude musieť zdravotná poisťovňa tvoriť technické rezervy, sa zvýši na päťnásobok oproti súčasnému stavu. Znamená to, že zisk zdravotných poisťovní by sa znížil o cca 50 mil. €, čo zníži výnos dane z príjmu o cca 11,5 mil. €. Avšak prvý možný dopad bude možné vypočítať až potom, čo sa stanoví kategorizácia ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktorá stanoví časovú dostupnosť (čo nemusí byť pre každú medicínsku službu), navyše úprava zoznamu poistencov čakajúcich na plánovanú ústavnú zdravotnú starostlivosť ako nástroj na evidovanie časovej dostupnosti, bude účinný až od 1.1. 2024, aby si zdravotné poisťovne a prevádzkovatelia nemocníc stihli pripraviť informačné systémy. Prvý dopad preto bude možný až v roku 2025.

Zavedenie optimálnej miery ziskovosti zdravotnej poisťovne.

Cieľom novely je použitie verejných prostriedkov zdravotného poistenia predovšetkým na úhradu zdravotnej starostlivosti, teda v prospech poistencov. Nástrojom na dosiahnutie tohto cieľa je prísnejšia regulácia hospodárenia zdravotných poisťovní vrátane návratnosti vloženého súkromného kapitálu.

V období rokov 2008 až 2020 Dôvera zdravotná poisťovňa, a.s. (ďalej len „Dôvera“) dosiahla celkom zisk 679 mil. EUR, čo predstavuje 4,71 % z prijatého poistného, popri tom vynaložila v priemerne na prevádzku 2,84% a na zdravotnú starostlivosť vynaložila 92,45 %. Union zdravotná poisťovňa, a.s. (ďalej len „Union“) v období rokov 2008 až 2020 dosiahla celkom zisk 15 mil. EUR, čo predstavuje 0,34 % z prijatého poistného, na prevádzku vynaložila 5,22 % a na zdravotnú starostlivosť vynaložila 94,44 %. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s. (ďalej len „VšZP“) v období rokov 2008 až 2020 dosiahla celkom stratu 153 mil. EUR, čo predstavuje 0,41% z prijatého poistného, popri tom vynaložila v priemerne na prevádzku 2,83 % a na zdravotnú starostlivosť vynaložila 97,58 %. Pre porovnanie, holandská spol. Achmea za roky 2016 až 2020 dosiahla stratu z poskytovania verejného zdravotného poistenia 268 mil. EUR (-

0,43% výnosov verejného zdravotného poistenia). Z doplnkového poistenia (komerčné poistenie) dosiahla spol. Achmea za rovnaké obdobie zisk 375 mil. EUR (5,96 % výnosov doplnkového poistenia). Návravnosť vlastného imania spol. Achmea predstavovala v priemere z verejného zdravotného poistenia -0,53% (strata) a z doplnkového poistenia 0,75 % (zisk).

VšZP v období 2008-2020 dosiahla celkom zápornú priemernú ročnú návratnosť Základného imania - 7,07% a priemernú ročnú zápornú návratnosť Vlastného imania v hodnote -18,20 %.

ZP Dôvera v období 2008-2020 dosiahla celkom priemernú ročnú návratnosť Základného imania 192,59% a priemernú ročnú návratnosť Vlastného imania 25,38%. Návravnosť Vlastného imania je skreslená o umelo nadhodnotený poistný kmeň, ktorého účtovanie v súčasnosti preveruje Finančná správa.

ZP Union v období 2008-2020 dosiahla priemernú ročnú návratnosť Základného imania 3,22% (priemernú ročnú návratnosť Vlastného imania 4,70%)

Návravnosť vlastného imania holandskej spoločnosti Achmea z verejného zdravotného poistenia predstavovala v priemere -0,53% (strata) a z doplnkového poistenia 0,75% (zisk).

https://www.udzs-sk.sk/wp-content/uploads/2021/07/Regulacia_ziskZP_2021jul26-final.pdf

K Odseku 1:

Novela zisk nezakazuje, iba ho reguluje, čo je vo všeobecnosti charakteristické pre systém, v ktorom do trhového mechanizmu vstupuje sociálny a solidárny rozmer až do tej miery, že je dominantný. Regulácia je tým podstatnejšia, že na Slovensku pôsobia len tri zdravotné poisťovne. .

K Odseku 2 a 3:

Limit doteraz:

Zdravotná poisťovňa mohla v znení zákona platnom do 31.12.2021 v kalendárnom roku vynaložiť na prevádzkové činnosti výdavky najviac do výšky zodpovedajúcej podielu na úhrne poistného pred prerozdelením poistného za kalendárny rok (ďalej len „ročný úhrn“). Podiel na ročnom úhrne sa vypočítal podľa vzorca, ktorý bol uvedený v prílohe č. 1 a bol stanovený percentuálne ako súčet cez minimálny limit nasledovne:

$$\text{Limit} = 2.9\% + (2.000.000 / (1.000.000 + \text{PPZP}))$$

Ilustratívny výpočet pre poisťovňu s počtom poistencov 1 milión znamená, že na prevádzkové náklady môže minúť maximálne 3.9% z príjmov VZP.

Limit po novom:

Novelou sa obdobne ako doteraz ukladá zdravotným poisťovňam povinnosť použiť na zdravotnú starostlivosť a súvisiace náklady podiel najmenej vo výške 95,1 % z poistného v hrubej výške za príslušný kalendárny rok zvýšený o koeficient stanovený zákonom, obráteným vzorcom sa len obmedzujú prípady zneužitia, ktoré doteraz definícia prevádzkových výdavkov nepokryla a zdôrazňuje sa zároveň maximálny limit pre prevádzkové náklady:

$$\text{Limit} = 95.1\% + (1.000.000 + \text{PPZP}) / 2.000.000$$

Ilustratívny výpočet pre poisťovňu s počtom poistencov 1 milión znamená, obdobne ako doteraz, že na prevádzkové náklady môže minúť maximálne 3.9% z príjmov VZP a na zdravotnú starostlivosť sa má vrátiť 96.1% z poistného v hrubej výške za príslušný kalendárny rok.

Koeficient obdobne ako doteraz zohľadňuje veľkosť zdravotnej poisťovne a súvisiace synergie pri jej správe. Ak by mala VšZP k 1.1. kalendárneho roka 2 900 000 poistencov, koeficient predstavuje 1.95% (3 900 000/2 000 000), čo znamená, že do zdravotníctva sa vráti spolu 97.05% z vybraného poistného. Ak by mala Dôvera k 1.1. kalendárneho roka 1 600 000 poistencov, koeficient predstavuje 1.3% (2 600 000/2 000 000), čo znamená, že do zdravotníctva sa vráti spolu 96.4 % z vybraného poistného. Ak by mala Union k 1.1.

kalendárneho roka 800 000 poistencov, koeficient predstavuje 0.9% (1 800 000/2 000 000), čo znamená, že do zdravotníctva sa vráti spolu 96 % z vybraného poistného.

Náklady na zdravotnú starostlivosť sú definované v nadväznosti na náklady zverejnené v účtovnej závierke vo výkaze ziskov a strát, ktorá podlieha auditu, čím sa zabezpečí väčšia transparentnosť ako doteraz.

Stručne zhrnuté, prepísaný len pôvodný vzorec pre výpočet prevádzkových výdavkov tak, aby bolo možné skutočné prevádzkové náklady previazať na auditovanú účtovnú závierku a zabezpečila sa tým nevyhnutná transparentná kontrola použitia verejných zdrojov.

K Odsekom 4 až 6:

Optimálny ukazovateľ návratnosti kapitálu zdravotných poisťovní v percentuálnom vyjadrení bude prehodnocovať Rada rozpočtovej zodpovednosti, pričom výsledok zverejní na svojej webovej stránke <https://www.rz.sk/> raz ročne, najneskôr k 30.6. kalendárneho roka. Hodnota predstavuje sumu ktorú dostane akcionár za svoje investované prostriedky späť do spoločnosti, pričom by mala zohľadniť, že ide o podnikanie so silným dôrazom na verejný záujem a spoločenskú zodpovednosť.

Ukazovateľ návratnosti kapitálu vo výške 10%, ktorý je **stanovený ako podiel zisku po zdanení a vlastného imania, vychádza z databanky Finstat Ultimate.**

Podľa databanky FINSTAT Ultimate je aritmetický priemer 18 porovnateľných subjektov v bankovom sektore za obdobie posledných 10 rokov na úrovni 10% per annum. Ak by sa hodnotilo len posledných 5 rokov, ukazovateľ by bol na úrovni 9% a ak posledné 3 roky, čo je odporúčaný štandard OECD pre oblasť transferových cien, ukazovateľ by bol iba 8%. Zhrnutie je v tabuľke nižšie.

FINSTAT Ultimate	Zisk po zdanení/vlastné imanie	
	Aritmetický priemer	Medián
Rok		
2011	13%	11%
2012	10%	8%
2013	10%	7%
2014	10%	8%
2015	11%	9%
2016	12%	8%
2017	9%	7%
2018	9%	7%
2019	9%	7%
2020	6%	5%

priemer 10 rokov	10%	8%
priemer 5 rokov	9%	7%
priemer 3 roky	8%	6%

Ukazovateľ ziskovosti voči kapitálu v navrhovanej výške 10% je na hornej hranici z pohľadu odporúčaní ECB ako aj toho, čo v súčasnosti očakávajú súkromní investori. Pre porovnanie údaje za rok 2020:

- ACHMEA: 0.7%
- Penta Investments 5.5%

<https://www.pentainvestments.com/en/fileGet.aspx?f=yqzzisppi&m=2>

V nadväznosti na návrhy pripomienkujúcich subjektov ohľadne zrušenia fondu solidarity sa zdravotným poisťovníam umožní z rozdielu, ktorý presahuje sumu regulovaného optimálneho hospodárskeho výsledku, vytvoriť fond kvality zdravia. Ten je určený v prospech poistencov a to na úhradu tzv. výnimkových liekov alebo na realizáciu skríningov zameraných na včasné zachytenie onkologických chorôb v prospech poistencov.

Príklad s výpočtom:

Vlastné imanie (Účtovná závierka, Pasíva, riadok
56): 110 000 000 EUR
Suma optimálneho hospodárskeho výsledku (110 000 000 *
10%) 11 000 000 EUR

Výsledok hospodárenia za účtovné obdobie (Výkaz ziskov a strát, riadok
45): 25 000 000 EUR

Rozdelenie hospodárskeho výsledku:

- Prídely do rezervného fondu (10% podľa obchodného
zákonníka): 2 500 000 EUR
- Prídely do samostatného fondu, suma presahujúca vyrátaný optimálny
hospodársky výsledok (25 000 000 – 2 500 000 –
11 000 000): 11 500 000 EUR
- Preúčtovanie optimálneho hospodárskeho výsledku na
Výsledok hospodárenia minulých rokov: 11 000 000
EUR

Porovnanie hospodárenia zdravotných poisťovní

v tis. EUR		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Celkom 2008-2020	Podiel na Výnosoch
Výnosy VZP	VšZP	1 708 476	1 807 066	2 391 442	2 459 347	2 475 895	2 563 380	2 633 845	2 751 117	2 837 632	2 981 203	3 134 730	3 247 943	3 156 282	34 148 359	N/A
	Dôvera	317 566	350 230	944 880	977 008	1 042 416	1 097 670	1 122 309	1 157 361	1 202 967	1 276 908	1 400 114	1 516 393	1 593 301	13 999 122	N/A
	Union	177 554	197 647	218 855	241 478	267 082	299 719	308 077	328 025	363 515	398 150	434 345	464 752	550 292	4 249 490	N/A
	Celkom	2 203 596	2 354 943	3 555 177	3 677 832	3 785 392	3 960 768	4 064 230	4 236 503	4 404 114	4 656 261	4 969 190	5 229 089	5 299 875	52 396 971	N/A
Výsledok VZP	VšZP	66 590	43 303	- 43 295	79 834	100 267	100 330	87 936	94 894	- 17 377	127 699	188 732	101 510	- 23 783	906 640	2,66%
	Dôvera	16 704	29 772	58 469	93 816	94 821	114 539	108 254	80 147	81 303	101 951	120 684	99 603	87 465	1 087 527	7,77%
	Union	6 851	- 696	12 734	24 755	26 783	17 330	3 992	7 129	18 168	25 831	37 483	35 417	31 322	247 099	5,81%
	Celkom	90 146	72 380	27 909	198 405	221 871	232 199	200 181	182 169	82 094	255 480	346 898	236 531	95 004	2 241 267	4,28%
Výsledok hospodárenia z prevádzkovej činnosti	VšZP	- 66 560	- 60 316	- 76 936	- 74 119	- 73 922	- 84 744	- 75 852	- 77 275	- 94 961	- 91 815	- 98 756	- 94 217	- 90 397	- 1 059 871	-3,10%
	Dôvera	- 15 517	439 273	- 42 231	- 54 537	- 46 965	- 68 041	- 105 992	- 76 637	- 68 539	- 84 927	- 85 148	- 85 209	- 114 360	- 408 829	-2,92%
	Union	- 17 689	- 15 817	- 14 999	- 15 755	- 10 798	- 10 724	- 12 918	- 8 905	- 16 296	- 19 547	- 27 568	- 25 648	- 35 418	- 232 084	-5,46%
	Celkom	- 99 766	363 139	- 134 166	- 144 411	- 131 685	- 163 509	- 194 762	- 162 817	- 179 796	- 196 289	- 211 472	- 205 074	- 240 176	- 1 700 783	-3,25%
Výsledok hospodárenia celkom	VšZP	30	- 17 013	- 120 230	5 715	26 345	15 586	12 084	17 619	- 112 338	35 884	89 976	7 293	- 114 180	- 153 230	-0,45%
	Dôvera	1 187	469 046	16 238	39 278	47 857	46 498	2 262	3 510	12 764	17 023	35 536	14 394	- 26 895	678 698	4,85%
	Union	- 10 837	- 16 513	- 2 265	9 000	15 984	6 605	- 8 926	- 1 776	1 873	6 284	9 914	9 770	- 4 097	15 016	0,35%
	Celkom	- 9 620	435 519	- 106 257	53 993	90 186	68 690	5 420	19 352	- 97 702	59 191	135 426	31 457	- 145 172	540 484	1,03%
Výsledok hospodárenia celkom v %	VšZP	0,00%	-0,94%	-5,03%	0,23%	1,06%	0,61%	0,46%	0,64%	-3,96%	1,20%	2,87%	0,22%	-3,62%	-0,45%	N/A
	Dôvera	0,37%	133,93%	1,72%	4,02%	4,59%	4,24%	0,20%	0,30%	1,06%	1,33%	2,54%	0,95%	-1,69%	4,85%	N/A
	Union	-6,10%	-8,35%	-1,03%	3,73%	5,98%	2,20%	-2,90%	-0,54%	0,52%	1,58%	2,28%	2,10%	-0,74%	0,35%	N/A
	Celkom	-0,44%	18,49%	-2,99%	1,47%	2,38%	1,73%	0,13%	0,46%	-2,22%	1,27%	2,73%	0,60%	-2,74%	1,03%	N/A

Tabuľka č. 3

Príjmy (v eurách)	Vplyv na rozpočet verejnej správy				poznámka
	2022	2023	2024	2025	
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	0	0	0	0	

1 – príjmy rozpisat' až do položiek platnej ekonomickej klasifikácie

Poznámka:

Ak sa vplyv týka viacerých subjektov verejnej správy, vyplňa sa samostatná tabuľka za každý subjekt.

Tabuľka č. 4

Výdavky (v eurách)	Vplyv na rozpočet verejnej správy				poznámka
	2022	2023	2024	2025	
Bežné výdavky (600)					
Mzdy, platy, služobné príjmy a ostatné osobné vyrovnania (610)		232776	232776	232776	
Poistné a príspevok do poisťovní (620)		81937,152	81937,152	81937,152	
Tovary a služby (630) ²					úhrady zdravotných poisťovní za poskytovanie zdravotnej starostlivosti
Bežné transfery (640) ²		2 182 464	2 728 080	3 637 440	príspevky na vznik nových ambulancií všeobecného lekárstva
Splácanie úrokov a ostatné platby súvisiace s úverom, pôžičkou, návratnou finančnou výpomocou a finančným prenájomom (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	0	0	0	0	

2 – výdavky rozpisat' až do položiek platnej ekonomickej klasifikácie

Poznámka:

Ak sa vplyv týka viacerých subjektov verejnej správy, vyplňa sa samostatná tabuľka za každý subjekt.

Tabuľka č. 5

Zamestnanosť	Vplyv na rozpočet verejnej správy				poznámka
	2022	2023	2024	2025	
Počet zamestnancov celkom		8	8	8	
z toho vplyv na ŠR		8	8	8	
Priemerný mzdový výdavok (v eurách)		3233	3233	3233	
z toho vplyv na ŠR		3233	3233	3233	
Osobné výdavky celkom (v eurách)		419617,5	419617,5	419617,5	
Mzdy, platy, služobné príjmy a ostatné osobné vyrovnania (610)		<i>310368</i>	<i>310368</i>	<i>310368</i>	
z toho vplyv na ŠR		<i>310368</i>	<i>310368</i>	<i>310368</i>	
Poistné a príspevok do poisťovní (620)		<i>109250</i>	<i>109250</i>	<i>109250</i>	
z toho vplyv na ŠR		<i>109250</i>	<i>109250</i>	<i>109250</i>	

Poznámky:

Ak sa vplyv týka viacerých subjektov verejnej správy, vyplňa 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“.