

Analýza sociálnych vplyvov

Vplyvy na hospodárenie domácností, prístup k zdrojom, právam, tovarom a službám, sociálnu inklúziu, rovnosť príležitostí a rovnosť žien a mužov a vplyvy na zamestnanosť

(Ak v niektorej z hodnotených oblastí sociálnych vplyvov (bodov 4.1 až 4.4) nebol identifikovaný vplyv, uveďte v príslušnom riadku analýzy poznámku „Bez vplyvu.“)

4.1 Identifikujte, popíšte a kvantifikujte vplyv na hospodárenie domácností a špecifikujte ovplyvnené skupiny domácností, ktoré budú pozitívne/negatívne ovplyvnené.

Vedie návrh k zvýšeniu alebo zníženiu príjmov alebo výdavkov domácností?

Ktoré skupiny domácností/obyvateľstva sú takto ovplyvnené a akým spôsobom?

Sú medzi potenciálne ovplyvnenými skupinami skupiny v riziku chudoby alebo sociálneho vylúčenia?

(V prípade vyššieho počtu hodnotených opatrení doplňte podľa potreby do tabuľky pred bod 4.2 ďalšie sekcie - 4.1.1

Pozitívny vplyv/4.1.2 Negatívny vplyv).

4.1.1 Pozitívny vplyv	
a)	
b)	<p>Popíšte opatrenie a jeho vplyv na hospodárenie domácností s uvedením, či ide o zvýšenie príjmov alebo zníženie výdavkov:</p> <p>Bez vplyvu.</p>
c)	<p>Špecifikujte ovplyvnené skupiny:</p> <p>-</p>
d)	<p>Kvantifikujte rast príjmov alebo pokles výdavkov za jednotlivé ovplyvnené skupiny domácností / skupiny jednotlivcov a počet obyvateľstva/domácností ovplyvnených predkladaným návrhom.</p>
e)	<p>- priemerný rast príjmov/ pokles výdavkov v skupine v eurách a/alebo v % / obdobie:</p> <p>- veľkosť skupiny (počet obyvateľov):</p> <p>-</p>
f)	<p>Dôvod chýbajúcej kvantifikácie:</p>
<p>4.1.1.1 Z toho pozitívny vplyv na skupiny v riziku chudoby alebo sociálneho vylúčenia</p>	
g)	<p>(V prípade významných vplyvov na príjmy alebo výdavky domácností v riziku chudoby, identifikujte a kvantifikujte pozitívny vplyv na chudobu obyvateľstva (napr. znižovanie miery rizika chudoby, priemerný rast príjmov/ pokles výdavkov v skupine)</p>
h)	<p>Popíšte opatrenie a jeho vplyv na hospodárenie domácností s uvedením, či ide o zvýšenie príjmov alebo zníženie výdavkov:</p> <p>Bez vplyvu.</p>
i)	<p>Špecifikujte ovplyvnené skupiny:</p> <p>-</p>
j)	<p>Kvantifikujte rast príjmov alebo pokles výdavkov za jednotlivé ovplyvnené skupiny domácností / skupiny jednotlivcov a počet obyvateľstva/domácností ovplyvnených predkladaným návrhom.</p>
k)	<p>- priemerný rast príjmov/ pokles výdavkov v skupine v eurách a/alebo v % / obdobie:</p> <p>- veľkosť skupiny (počet obyvateľov):</p> <p>-</p>
l)	<p>Dôvod chýbajúcej kvantifikácie:</p>
4.1.2 Negatívny vplyv	
a)	
b)	<p>Popíšte opatrenie a jeho vplyv na hospodárenie domácností s uvedením, či ide o zníženie príjmov alebo zvýšenie výdavkov:</p> <p>Bez vplyvu.</p>
c)	<p>Špecifikujte ovplyvnené skupiny:</p> <p>-</p>

d)	Kvantifikujte pokles príjmov alebo rast výdavkov za jednotlivé ovplyvnené skupiny domácností / skupiny jednotlivcov a počet obyvateľstva/domácností ovplyvnených predkladaným návrhom.	
	- priemerný pokles príjmov/ rast výdavkov v skupine v eurách a/alebo v % / obdobie:	-
e)	- veľkosť skupiny (počet obyvateľov):	-
	-	-
f)	Dôvod chýbajúcej kvantifikácie:	
g)	4.1.2.1 Z toho negatívny vplyv na skupiny v riziku chudoby alebo sociálneho vylúčenia (V prípade významných vplyvov na príjmy alebo výdavky domácností v riziku chudoby, identifikujte a kvantifikujte negatívny vplyv na chudobu obyvateľstva (napr. zvyšovanie miery rizika chudoby, priemerný pokles príjmov/ rast výdavkov v skupine))	
h)	Popíšte opatrenie a jeho vplyv na hospodárenie domácností s uvedením, či ide o zníženie príjmov alebo zvýšenie výdavkov:	Bez vplyvu.
i)	Špecifikujte ovplyvnené skupiny:	-
	-	-
j)	Kvantifikujte pokles príjmov alebo rast výdavkov za jednotlivé ovplyvnené skupiny domácností / skupiny jednotlivcov a počet obyvateľstva/domácností ovplyvnených predkladaným návrhom.	
	- priemerný pokles príjmov/ rast výdavkov v skupine v eurách a/alebo v % / obdobie:	-
k)	- veľkosť skupiny (počet obyvateľov):	-
	-	-
l)	Dôvod chýbajúcej kvantifikácie:	

4.2 Identifikujte, popíšte a kvantifikujte vplyvy na prístup k zdrojom, právam, tovarom a službám u jednotlivých ovplyvnených skupín obyvateľstva a vplyv na sociálnu inklúziu.

Má návrh vplyv na prístup k zdrojom, právam, tovarom a službám?

Popíšte hodnotené opatrenie, špecifikujte ovplyvnené skupiny obyvateľstva a charakter zmeny v prístupnosti s ohľadom na dostupnosť finančnú, geografickú, kvalitu, organizovanie a pod. Uveďte veľkosť jednotlivých ovplyvnených skupín.

<p>a)</p> <p>Rozumie sa najmä na prístup k:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sociálnej ochrane, sociálno-právnej ochrane, sociálnym službám (vrátane služieb starostlivosti o deti, starších ľudí a ľudí so zdravotným postihnutím), - kvalitej práci, ochrane zdravia, dôstojnosti a bezpečnosti pri práci pre zamestnancov a existujúcim zamestnaneckým právam, - pomoci pri úhrade výdavkov súvisiacich so zdravotným postihnutím, - zamestnaniu, na trh práce (napr. uľahčenie zosúladenia rodinných a pracovných povinností, služby zamestnanosti), k školeniam, odbornému vzdelávaniu a príprave na trh práce, - zdravotnej starostlivosti vrátane cenovo dostupných pomôcok pre občanov so zdravotným postihnutím, - k formálnemu i neformálnemu vzdelávaniu a celoživotnému vzdelávaniu, - bývaníu a súvisiacim základným komunálnym službám, - doprave, - ďalším službám najmä službám všeobecného záujmu a tovarom, - spravodlivosti, právnej ochrane, právnym službám, - informáciám, - k iným právam (napr. politickým). 	<p>Áno, návrh má pozitívny vplyv na prístup k všeobecnej ambulantnej starostlivosti vzhľadom na aktualizáciu a zvýšenie normatívu verejnej minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti a existujúcu povinnosť zabezpečovať naplnenie minimálnej siete poskytovateľov. Pozitívny vplyv predpokladá aj zavedenie jednorazového príspevku pre vznik nových ambulancií lekárov so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo a v špecializačnom odbore pediatria (ďalej len „všeobecných lekárov“), čo má prispieť k lepšej dostupnosti všeobecných lekárov.</p> <p>Predkladaná novela zlepšuje prístup k zdrojom, právam, tovarom a službám, a to najmä:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ústavná 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. • Primárne zvyšuje bezpečnosť pacienta a vytvára predpoklady na zvýšenie kvality poskytovanej ústavnej zdravotnej starostlivosti. • Vytvára kvalitné a efektívne využitie zdrojov podporené vytvorením úrovni nemocníc (lokálna, regionálna, národná, špecializované a kompetenčné centrá) so zadefinovanými rozsahmi poskytovanej zdravotnej starostlivosti a minimálnymi počtami zdravotných výkonov ako kvalitatívnym indikátorom poskytovanej zdravotnej starostlivosti. <p>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 úrovni – podľa úrovni nemocníc. Tieto dostupnosti boli nastavené podľa selektovaných zahraničných modelov a prejednené 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.</p>
--	--

b)	<p>Má návrh významný vplyv na niektorú zo zraniteľných skupín obyvateľstva alebo skupín v riziku chudoby alebo sociálneho vylúčenia?</p> <p>Špecifikujte ovplyvnené skupiny v riziku chudoby a sociálneho vylúčenia a popíšte vplyv na ne. Je tento vplyv väčší ako vplyv na iné skupiny či subjekty? Uvedte veľkosť jednotlivých ovplyvnených skupín.</p>	
c)	<p>Zraniteľné skupiny alebo skupiny v riziku chudoby alebo sociálneho vylúčenia sú napr.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - domácnosti s nízkym príjmom (napr. žijúce iba zo sociálnych príjmov, alebo z príjmov pod hranicou rizika chudoby, alebo s príjmom pod životným minimom, alebo patriace medzi 25% domácností s najnižším príjmom), - nezamestnaní, najmä dlhodobo nezamestnaní, mladí nezamestnaní a nezamestnaní nad 50 rokov, - deti (0 – 17), - mladí ľudia (18 – 25 rokov), - starší ľudia, napr. ľudia vo veku nad 65 rokov alebo dôchodcovia, - ľudia so zdravotným postihnutím, - marginalizované rómske komunity - domácnosti s 3 a viac deťmi, - jednorodičovské domácnosti s deťmi (neúplné rodiny, ktoré tvoria najmä osamelé matky s deťmi), - príslušníci tretích krajín, azylanti, žiadatelia o azyl, - iné zraniteľné skupiny, ako sú napr. bezdomovci, ľudia opúšťajúci detské domovy alebo iné inštitucionálne zariadenia 	<p>Návrh zákona vytvára priestor na zlepšenie dostupnosti všeobecnej ambulantnej starostlivosti aj v prípade zraniteľných skupín obyvateľstva ako napr. marginalizovaných rómskych komunit alebo starších ľudí žijúcich v odľahlých regiónoch najmä tým, že na základe klasifikácie okresov definuje nedostatkové okresy (okresy, kde nie je zabezpečený dostatočný počet lekárskeho miest) a vytvára priestor na cieľné smerovanie nových lekárov práve do nedostatkových oblastí.</p> <p>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 prejednené 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.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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), - týkajúcich sa podpory a zmeny vzdelávania zdravotníckych pracovníkov. <p>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.</p> <p>V nemocniciach, kde je naplánovaná transformácia na nemocnice komunitnej úrovne, už aj v súčasnosti čerpajú obyvatelia okresu vo svojej nemocnici len 30 - 60 % potrebnej zdravotnej starostlivosti, a v súčasnosti platí, že väčšina poistencov dochádza za ústavnou starostlivosťou do iného mesta.</p> <p>Môže dôjsť k zániku časti pracovných miest v nemocniciach s nižšou úrovňou z čoho vyplýva, že personál sa bude musieť presunúť do inej nemocnice, časť personálu bude musieť cestovať do iného mesta za</p>

	prácou alebo sa môže presunúť do ambulantného sektora, kde je v súčasnosti nedostatok personálu.
--	--

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 2019* 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 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 normatívoov minimálneho počtu lôžok určených pre akútnu starostlivosť a navyšovania minimálnych normatívoov pre chronickú ústavnú starostlivosť – teda pre komunitné nemocnice. Podrobnosti k personálnym normatívoom 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 predčasnemu 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.

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

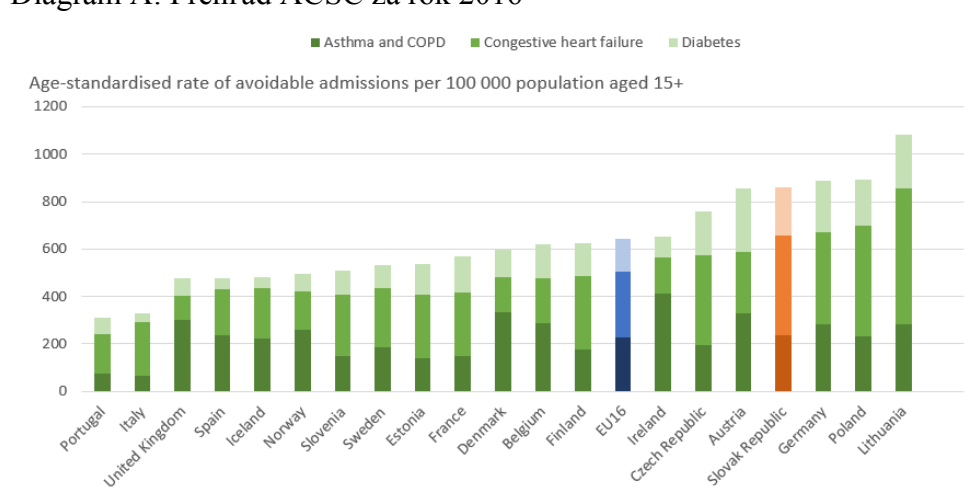
Základným výstupovým cieľom projektu je (okrem zlepšenia kvality a dostupnosti) zlepšenie efektivity využívania zdrojov. Očakávame, že do roka 2030 dosiahne obložnosť v ústavnej starostlivosti 80%, ALOS 6.5 dňa a aj keď rátame s dvojciferným nárastom počtu pacientov, projekt ráta s tým, že sa pomerovo 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 nezaujímam 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 redukcii 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 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 podpora 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 zadaný vo vykonávacom predpise týkajúcom sa materiálno-technického a personálneho zabezpečenia.

MZ SR si je však vedomé, že zadaním 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.

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 zadefinovať 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 zonačných 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 zadefinovanie 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 efektívnosť poskytovania primárnej starostlivosti. V naslednom kroku sa MZ sústreďujú na špecializovanú ambulantnú starostlivosť, ktorej potrebu a úlohu prehodnotí v rámci roku 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 definíčnej 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 siete, 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, neefektívnosti 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 záchranných služieb (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.

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 jednotňovej 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 materiálno-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.

4.3 Identifikujte a popíšte vplyv na rovnosť príležitostí. Identifikujte, popíšte a kvantifikujte vplyv na rovnosť žien a mužov.	
a)	<i>4.3.1 Dodržiava návrh povinnosť rovnakého zaobchádzania so skupinami alebo jednotlivcami na základe pohlavia, rasy, etnicity, náboženstva alebo viery, zdravotného postihnutia, veku, sexuálnej orientácie alebo iného statusu? Mohol by viesť k nepriamej diskriminácii niektorých skupín obyvateľstva? Ak áno, ktoré skupiny sú takto ovplyvnené a akým spôsobom?</i>
b)	Návrh zákona dodržiava povinnosť rovnakého zaobchádzania so skupinami alebo jednotlivcami na základe pohlavia, rasy, etnicity, náboženstva alebo viery, zdravotného postihnutia a sexuálnej orientácie. Návrh zákona nemá vplyv na rovnosť príležitostí.
c)	<i>4.3.2 Môže návrh viesť k zväčšovaniu nerovností medzi ženami a mužmi? Podporuje návrh rovnosť príležitostí? Má návrh odlišný vplyv na ženy a mužov? Popíšte vplyvy.</i>
d)	<i>Popíšte riziká návrhu, ktoré môžu viesť k zväčšovaniu nerovností:</i> Bez vplyvu.
e)	<i>Popíšte pozitívne vplyvy návrhu na dosahovanie rovnosti žien a mužov, rovnosti príležitostí žien a mužov, prípadne vplyvy na ženy a mužov, ak sú odlišné:</i>
f)	<i>Má návrh významné vplyvy na niektorú zo zraniteľných skupín obyvateľstva? Ak áno, aké? Akým spôsobom? Zraniteľnou skupinou obyvateľstva sa rozumejú najmä ženy ohrozené viacnásobnou diskrimináciou, tehotné matky, seniorky, ženy patriace do marginalizovaných skupín obyvateľstva, migrantky, ženy a dievčatá so zdravotným postihnutím, obeť násillia a pod.</i>
g)	<i>Pri identifikovaní vplyvov na rovnosť žien a mužov treba vziať do úvahy existujúce rozdiely medzi ženami a mužmi, ktoré sú relevantné k danej politike. Podpora rovnosti žien a mužov nespočíva len v odstraňovaní obmedzení a bariér pre plnohodnotnú účasť na ekonomickom, politickom a sociálnom živote spoločnosti ako aj rodinnom živote, ale taktiež v podpore rovnosti medzi nimi. V ktorých oblastiach podpory rovnosti žien a mužov návrh odstraňuje prekážky a/alebo podporuje rovnosť žien a mužov? Medzi oblasti podpory rovnosti žien a mužov okrem iného patria: - podpora slobodného výberu povolania a ekonomickej činnosti - podpora vyrovnávania ekonomickej nezávislosti, - zosúladienie pracovného, súkromného a rodinného života, - podpora rovnosti príležitostí pri participácii na rozhodovaní, - boj proti domácejmu násilliu, násilliu na ženách a obchodovaniu s ľuďmi, - podpora vnímania osobnej starostlivosti o dieťa za rovnocennú s ekonomickou činnosťou a podpora neviditeľnej práce v domácnosti ako takej, - rešpektovanie osobných preferencií pri výbere povolania a zosúladienia pracovného a rodinného života.</i> Bez vplyvu.

4.4 Identifikujte, popíšte a kvantifikujte vplyvy na zamestnanosť a na trh práce.

V prípade kladnej odpovede pripojte **odôvodnenie** v súlade s Metodickým postupom pre analýzu sociálnych vplyvov.

a)	Uľahčuje návrh vznik nových pracovných miest? Ak áno, ako? Ak je to možné, doplňte kvantifikáciu.	
b)	Identifikujte, v ktorých sektoroch a odvetviach ekonomiky, v ktorých regiónoch, pre aké skupiny zamestnancov, o aké typy zamestnania /pracovných úväzkov pôjde a pod.	VAS Áno, návrh uľahčuje vznik nových pracovných miest (sektor zdravotníctvo, povolanie všeobecný lekár) identifikovaním nedostatkových okresov z hľadiska dostupnosti všeobecnej ambulantnej starostlivosti na území Slovenskej republiky. Reforma prináša príležitosť mladým lekárkam a lekárom otvoriť si vlastnú prax. Reforma umožňuje požiadať o finančný jednorazový príspevok na zriadenie novej ambulancie. Odhadovaná kvantifikácia je 170 priznaných príspevkov na zriadenie nových ambulancií (t. j. 170 nových pracovných príležitostí pre všeobecných lekárov) na obdobie rokov 2022 – 2026.
c)	Vedie návrh k zániku pracovných miest? Ak áno, ako a akých? Ak je to možné, doplňte kvantifikáciu	
d)	Identifikujte, v ktorých sektoroch a odvetviach ekonomiky, v ktorých regiónoch, o aké typy zamestnania /pracovných úväzkov pôjde a pod. Identifikujte možné dôsledky, skupiny zamestnancov, ktoré budú viac ovplyvnené a rozsah vplyvu.	Návrh zákona nemá vplyv na zánik pracovných miest.
e)	Ovplyvňuje návrh dopyt po práci? Ak áno, ako?	
f)	Dopyt po práci závisí na jednej strane na produkcii tovarov a služieb v ekonomike a na druhej strane na cene práce.	VAS Áno, návrh umožní lekárom a lekárkam získať informáciu o voľných lekárskejších miestach v okresoch, kde nie je zabezpečený dostatočný počet lekárskejších miest, zverejňovaných samosprávnymi krajinami. OSN Po realizácii kategorizácie a určeni konkrétnej siete nemocníc sa predpokladá zvýšený dopyt po práci zdravotníckeho pracovníka v nemocniciach zaradených v sieti. Optimalizácia siete nemocníc predpokladá aj presun medzi pracovnými miestami v rámci existujúcich nemocníc. Kvantifikácia objemu presunov bude možná až po prijatí rozhodnutí o kategorizácii v zmysle navrhovaného zákona. Od nastavenia kategorizácie ústavnej zdravotnej starostlivosti – zoznam medicínskych služieb, povinných programov, lehoty časovej dostupnosti, špeciálne materiálno-technické vybavenie a pod. budú závisieť podmienky v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti (pre pacientov a aj pre zamestnancov) týkajúce sa priestorového a materiálno - technického zabezpečenia zariadení.
g)	Má návrh dosah na fungovanie trhu práce? Ak áno, aký?	
h)	Týka sa makroekonomických dosahov ako je napr. participácia na trhu práce, dlhodobá nezamestnanosť, regionálne rozdiely v mierach zamestnanosti. Ponuka práce môže byť ovplyvnená rôznymi premennými napr. úrovňou miezd, inštitucionálnym nastavením (napr. zosúladenie pracovného a súkromného života alebo uľahčovanie rôznych foriem mobility).	VAS Áno, návrh vytvára nové pracovné príležitosti aj v nedostatkových regiónoch a prispeje k efektívnejšej alokácii pracovnej sily. OSN Áno, návrh vytvára nové pracovné príležitosti u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí budú zaradení v pripravovanej sieti nemocníc.
i)	Má návrh špecifické negatívne dôsledky pre isté skupiny profesií, skupín zamestnancov či živnostníkov? Ak áno, aké a pre ktoré skupiny?	
j)	Návrh môže ohrozovať napr. pracovníkov istých profesií favorizovaním špecifických aktivít či technológií.	Návrh zákona nemá negatívne dôsledky pre žiadne skupiny profesií.

k)	<i>Ovplyvňuje návrh špecifické vekové skupiny zamestnancov? Ak áno, aké? Akým spôsobom?</i>	
l)	<i>Identifikujte, či návrh môže ovplyvniť rozhodnutia zamestnancov alebo zamestnávateľov a môže byť zdrojom neskoršieho vstupu na trh práce alebo predčasného odchodu z trhu práce jednotlivcov.</i>	Návrh zákona nemá vplyv na špecifické vekové skupiny zamestnancov.