

Doložka vybraných vplyvov

1. Základné údaje	
Názov materiálu	
Návrh zákona, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony	
Predkladateľ (a spolupredkladateľ)	
Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky	
Charakter predkladaného materiálu	<input type="checkbox"/> Materiál nelegislatívnej povahy
	<input checked="" type="checkbox"/> Materiál legislatívnej povahy
	<input type="checkbox"/> Transpozícia práva EÚ
<i>V prípade transpozície uveďte zoznam transponovaných predpisov:</i>	
Termín začiatku a ukončenia PPK	December 2021
Predpokladaný termín predloženia na pripomienkové konanie	Január 2022
Predpokladaný termín začiatku a ukončenia ZP**	
Predpokladaný termín predloženia na rokovanie vlády SR*	Apríl 2022

2. Definovanie problému
<i>Uveďte základné problémy, ktoré sú dôvodom vypracovania predkladaného materiálu (dôvody majú presne poukázať na problém, ktorý existuje a je nutné ho predloženým materiálom riešiť).</i>
<p>Návrh zákona sa predkladá na základe Plánu legislatívnych úloh vlády Slovenskej republiky, predstavuje jeden z míľnikov Plánu obnovy a odolnosti (komponent 13) a reaguje ako na odporúčania Európskej komisie tak na Programové vyhlásenie vlády na roky 2021 – 2024. Uvedené dokumenty spolu so Stratégiou dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republike poukazujú na naliehavú potrebu riešenia dlhodobej zdravotnej starostlivosti, a to formou užšej spolupráce medzi rezortmi práce, sociálnych vecí a rodiny a zdravotníctva, nakoľko nedostatočná kontinuita starostlivosti môže viesť aj ku zhoršeniu zdravotného stavu a rehospitalizáciám.</p> <p>Ľudská dôstojnosť pri umieraní</p> <p>V roku 2019 vyše 2/3 osôb zomrela v nemocnici; iba menej ako 1/3 osôb zomrela v domácom alebo inom prirodzenom prostredí (napr. zariadenie sociálnych služieb). Prevalencia nemocničného prostredia nad domácim (resp. prirodzeným), ktorá sa prejavovala v celom období rokov 2012-2019, poukazuje na veľmi negatívny trend, ktorý Slovensko stavia do protikladu so zahraničím, kde je naopak tendencia vyhýbať sa úmrtiam v neosobnom nemocničnom prostredí. Podobne tak aj predkladateľ návrhu zákona má záujem zvýšiť dostupnosť mobilnej paliatívnej starostlivosti a ošetrovateľskej starostlivosti, ktoré spolu s podporným tímom (ako napr. sociálny pracovník, duchovný a i.) zachovávajú dôstojnosť človeka a zvyšujú kvalitu života v jeho terminálnom štádiu.</p>

Absentujúci systém a štruktúra

Slovenská právna úprava zatiaľ nepozná pojem „dlhodobá zdravotná starostlivosť“. Pojem následná starostlivosť sa používal v súvislosti so zabezpečením cezhraničnej zdravotnej starostlivosti. Návrh zákona preto predkladá jeho definíciu a jeho jednotlivé súčasti. Jednotlivé postupy v rámci takto definovaných súčastí dlhodobej zdravotnej starostlivosti budú následne rozpracované v podobe koncepcií a štandardov.

Regionálne rozdiely a nedostatočná dostupnosť

Podľa údajov z roku 2019 paliatívnym oddelením (akútnou ZS) disponuje iba BSK s počtom lôžok 19, pričom v ďalších krajoch sa nenachádza vôbec; paliatívnym oddelením v zmysle dlhodobej starostlivosti disponuje BSK (7 lôžok), TSK (17 lôžok), a ŽSK (35 lôžok); konziliárnym paliatívnym tímom v nemocnici disponuje opäť iba BSK a „kamenné“ hospice sa síce nachádzajú v každom kraji okrem ŽSK, no v značne poddimenzovaných počtoch, t.j. BSK (36 lôžok), TTSK (25 lôžok), TSK (37 lôžok), NSK (38 lôžok), BBSK (31 lôžok), PSK (42 lôžok) a KSK (7 lôžok). Napriek skutočnosti, že je na Slovensku vybudovaných celkovo 13 kamenných hospicov, iba v 4 z nich je paliatívna starostlivosť zabezpečovaná lekárom so špecializáciou v špecializačnom odbore paliatívna medicína.

Nedostatočné kapacity vykazuje aj štatistika špecializovanej ambulantnej paliatívnej starostlivosti. Hoci údaje NCZI indikujú počet mobilných hospicov až 25, v skutočnosti je návštevná (terénna) služba lekár-setra poskytovaná iba v 8 z nich. Ambulancia paliatívnej medicíny je dostupná opäť iba v BSK (v počte 1 ks).

Nedostatočné financovanie

Financovanie dlhodobej zdravotnej a paliatívnej starostlivosti je v súčasnosti nepostačujúce, a to bez ohľadu na miesto poskytovania tejto starostlivosti, t.j. či už v ústavnom zariadení (paliatívne oddelenia, domy ošetrovateľskej starostlivosti a pod.) alebo v komunitnom prostredí (prostredníctvom agentúr ošetrovateľskej starostlivosti alebo mobilných hospicov). Konkrétnym príkladom sú mobilné hospice, kde príspevky zo zdravotných poisťovní za r. 2019 nepokrývali ani 15% celoročných nákladov (výkaz E 1.04). Z tohto dôvodu návrh zákona zahŕňa aj úpravy zmluvných a úhradových mechanizmov dlhodobej zdravotnej a paliatívnej starostlivosti.

Potreba štruktúrovanejších údajov

Za účelom zvýšenia kvality, lepšej koordinácie zdravotnej starostlivosti a predchádzaniu opakovaných hospitalizácií sa návrh zákona zároveň ustanovuje poskytovateľom zdravotnej starostlivosti (ďalej aj „PZS“) povinnosť predkladať zdravotným poisťovniam výber údajov, ktoré majú následne povinnosť oznamovať tieto údaje Ministerstvu zdravotníctva SR.

3. Ciele a výsledný stav

Uved'te hlavné ciele predkladaného materiálu (aký výsledný stav má byť prijatím materiálu dosiahnutý, pričom dosiahnutý stav musí byť odlišný od stavu popísaného v bode 2. Definovanie problému).

Cieľom navrhovanej právnej úpravy je zabezpečiť dostupnosť, kvalitu a efektívnosť dlhodobej zdravotnej a paliatívnej starostlivosti pre osoby, ktorých zdravotný stav si to vyžaduje, a to nielen v zdravotníckych zariadeniach, ale aj v prirodzenom prostredí, v ktorom sú tieto osoby umiestnené. Súčasťou tohto cieľa je zvyšovanie kvality života a zachovávanie ľudskej dôstojnosti osôb s potrebou dlhodobej zdravotnej alebo paliatívnej starostlivosti a zvyšovanie povedomia a profesionality v oblasti paliatívnej medicíny.

4. Dotknuté subjekty

Uved'te subjekty, ktorých sa zmeny predkladaného materiálu dotknú priamo aj nepriamo:

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky
Regionálna a miestna samospráva
Národné centrum zdravotníckych informácií
Zdravotné poisťovne

Poskytovatelia participujúci na dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti
Lekári so špecializáciou v špecializačnom odbore paliatívna medicína
Sestry s odbornou spôsobilosťou na výkon špecializovaných pracovných činností v špecializačnom odbore anesteziológia a intenzívna starostlivosť, intenzívna ošetrovateľská starostlivosť pre dospelých alebo intenzívna ošetrovateľská starostlivosť v pediatrii alebo sestrou s licenciou na výkon samostatnej zdravotníckej praxe alebo s licenciou na výkon povolania s rovnakou odbornou spôsobilosťou ako má sestra agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti
Poistenci verejného zdravotného poistenia

5. Alternatívne riešenia

Aké alternatívne riešenia vedúce k stanovenému cieľu boli identifikované a posudzované pre riešenie definovaného problému?

Nie sú

Nulový variant - uveďte dôsledky, ku ktorým by došlo v prípade nevykonania úprav v predkladanom materiáli a alternatívne riešenia/spôsoby dosiahnutia cieľov uvedených v bode 3.

V ostatnom období bol v SR zaevidovaný nárast neurodegeneratívnych ochorení, a to nielen u seniorov, no najmä u mladšej generácie (o.i. aj v súvislosti s následkami pandémie COVID-19): podľa odhadov takýmto ochorením trpí každý 13-ty človek vo veku 65+, ale až každý piaty vo veku 80+ rokov. Podľa informácií z portálu NCZI sa už pre rok 2020 predpokladalo, že počet prípadov novodiagnostikovaných onkologických ochorení v SR po prvýkrát presiahne hranicu 40-tisíc. Potreba dlhodobej starostlivosti vzniká aj u osôb po úrazoch s trvalými zdravotnými následkami. V prípade, že nedôjde k systémovej zmene v zabezpečení siete dlhodobej starostlivosti, dôjde k prehĺbeniu súčasného negatívneho javu, kedy osoby, ktoré si vyžadujú takúto starostlivosť, sú nútené využívať nemocničné lôžka (často na akútnych oddeleniach), čo je z hľadiska výdavkov na zdravotnú starostlivosť finančne najnáročnejšie. Následkom toho dochádza k umelému navyšovaniu akútnych kapacít a k značnému predražovaniu zdravotnej starostlivosti. Toto nedostatočné riešenie dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republike v konečnom dôsledku spôsobuje nižšiu dostupnosť dlhodobej starostlivosti pre odkázané osoby, ako aj umiestňovanie týchto osôb do nie vždy vhodných zariadení.

6. Vykonávacie predpisy

Predpokladá sa prijatie/zmena vykonávacích predpisov?

Áno

Nie

Ak áno, uveďte ktoré oblasti budú nimi upravené, resp. ktorých vykonávacích predpisov sa zmena dotkne:

Spolu s návrhom zákona sú predložené aj návrhy vykonávacích a súvisiacich predpisov, a to:

- návrh opatrenia, ktorým sa mení opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 07045/2003 z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov (ďalej len „cenové opatrenie“),
- návrh výnosu, ktorým sa mení a dopĺňa výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení neskorších predpisov,
- návrh nariadenia vlády, ktorým sa mení a dopĺňa nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov.
- návrh nariadenia vlády, ktorým sa mení a dopĺňa nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva katalóg zdravotných výkonov,
- návrh vyhlášky, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 84/2016 Z. z., ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení,
- návrh vyhlášky, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 92/2018 Z. z., ktorou sa ustanovujú indikačné kritériá na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnych služieb a v zariadení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately a ktorou sa ustanovuje vzor návrhu zodpovednej osoby na indikáciu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnych služieb a v zariadení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately.

<p>7. Transpozícia práva EÚ</p> <p><i>Uved'te, v ktorých konkrétnych ustanoveniach (paragrafy, články, body, atď.) ide národná právna úprava nad rámec minimálnych požiadaviek EÚ (tzv. goldplating) spolu s odôvodnením opodstatnenosti presahu.</i></p> <p>n/a</p>
<p>8. Preskúmanie účelnosti</p> <p><i>Uved'te termín, kedy by malo dôjsť k preskúmaniu účinnosti a účelnosti predkladaného materiálu.</i></p> <p><i>Uved'te kritériá, na základe ktorých bude preskúmanie vykonané.</i></p> <p>Preskúmanie účinnosti a účelnosti navrhovaného predpisu bude vykonávané priebežne po nadobudnutí jeho účinnosti. Medzi kritériá preskúmania tejto účelnosti a účinnosti budú patriť referencie vecných ako aj prierezových (najmä finančných a strategických) sekcií Ministerstva zdravotníctva SR, ktoré vyhodnotia o.i. prínos zbieraných informácií, samotný zber informácií (z pohľadu kvality dát, procesu, frekvencie a rozsahu) ako aj dopady legislatívnej úpravy na systém a kvalitu zdravotnej starostlivosti v prostredí SR.</p> <p>V súvislosti s prechodnými ustanoveniami zákona budú v roku 2024 na základe údajov dostupných vďaka pravidelne zasielaným výkazom prehodnotené sumy jednotlivých položiek cenového opatrenia ako aj obsah a forma príslušných výkazov s cieľom znižovať administratívne zaťaženie zdravotníckeho personálu. Zber údajov definovaných predkladanou novelou bude poskytovať rozširujúce informácie dôležité aj pre pripravovaný informačný systém MPSVR SR.</p>

* vyplniť iba v prípade, ak materiál nie je zahrnutý do Plánu práce vlády Slovenskej republiky alebo Plánu legislatívnych úloh vlády Slovenskej republiky.

** vyplniť iba v prípade, ak sa záverečné posúdenie vybraných vplyvov uskutočnilo v zmysle bodu 9.1. jednotnej metodiky.

9. Vybrané vplyvy materiálu				
Vplyvy na rozpočet verejnej správy	<input type="checkbox"/> Pozitívne	<input type="checkbox"/> Žiadne	<input checked="" type="checkbox"/> Negatívne	
z toho rozpočtovo zabezpečené vplyvy,				
v prípade identifikovaného negatívneho vplyvu	<input checked="" type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Čiastočne	
Vplyvy na podnikateľské prostredie	<input checked="" type="checkbox"/> Pozitívne	<input type="checkbox"/> Žiadne	<input type="checkbox"/> Negatívne	
z toho vplyvy na MSP	<input checked="" type="checkbox"/> Pozitívne	<input type="checkbox"/> Žiadne	<input type="checkbox"/> Negatívne	
Mechanizmus znižovania byrokracie a nákladov sa uplatňuje:	<input checked="" type="checkbox"/> Áno		<input type="checkbox"/> Nie	
Sociálne vplyvy	<input checked="" type="checkbox"/> Pozitívne	<input type="checkbox"/> Žiadne	<input type="checkbox"/> Negatívne	
Vplyvy na životné prostredie	<input type="checkbox"/> Pozitívne	<input checked="" type="checkbox"/> Žiadne	<input type="checkbox"/> Negatívne	
Vplyvy na informatizáciu spoločnosti	<input type="checkbox"/> Pozitívne	<input checked="" type="checkbox"/> Žiadne	<input type="checkbox"/> Negatívne	

Vplyvy na služby verejnej správy pre občana, z toho vplyvy služieb verejnej správy na občana vplyvy na procesy služieb vo verejnej správe	<input type="checkbox"/> Pozitívne	<input checked="" type="checkbox"/> Žiadne	<input type="checkbox"/> Negatívne
	<input type="checkbox"/> Pozitívne	<input checked="" type="checkbox"/> Žiadne	<input type="checkbox"/> Negatívne
Vplyvy na manželstvo, rodičovstvo a rodinu	<input type="checkbox"/> Pozitívne	<input checked="" type="checkbox"/> Žiadne	<input type="checkbox"/> Negatívne
10. Poznámky <i>V prípade potreby uveďte doplňujúce informácie k identifikovaným vplyvom a ich analýzam. Informácie v tejto časti slúžia na zhrnutie vplyvov a nie ako náhrada za vypracovanie príslušných analýz vybraných vplyvov.</i> Legislatívny materiál je predkladaný s vplyvmi na rozpočet verejnej správy, so sociálnymi vplyvmi a s vplyvmi na podnikateľské prostredie. Vplyv na rozpočet verejnej správy na roky 2022 až 2025 je negatívny a pohybuje sa v rozsahu od 11 mil. EUR po 33 mil. EUR, z toho negatívne vplyvy na roky 2022 až 2025 sú rozpočtovo kryté. Z pohľadu subjektu ide o vplyv na ostatné subjekty verejnej správy, ktoré zahŕňajú aj verejné zdravotné poistenie (ďalej aj „VZP“). Súčasťou predkladaného návrhu je zmena cenových opatrení týkajúcich sa dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti, kde sa zvyšujú sadzby na lôžkodenň a paušálne platby pri poskytovaní služieb agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti a mobilných hospicov v domácom alebo prirodzenom prostredí. Zvyšuje sa aj paušálna platba pri ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb, a to o 100% (z 3,30 EUR na 6,60 EUR/osobu/deň). Z dôvodu zámeru predkladateľa monitorovať a vyhodnocovať ošetrovateľskú starostlivosť budú vybraní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti zasielať do zdravotných poisťovní výkaz, ktorý bude rozšírený o údaje podporujúce lepší manažment posudzovanej osoby, a to či už v rámci zdravotnej starostlivosti alebo aj sociálnej starostlivosti. Tým sa zároveň vytvára priestor na nadväznosť dlhodobej sociálnej starostlivosti. Práca poskytovateľov ošetrovateľskej starostlivosti s monitorovacím výkazom je súčasťou ošetrovateľských výkonov, preto nedochádza ku vzniku novej povinnosti a prípadné náklady sú kryté v rámci zvýšeného paušálu z VZP; nedochádza tak k zaťaženiu podnikateľského prostredia. V jednotlivých analýzach sú podrobne vypočítané vyššie uvedené vplyvy. Východiskom pre nižšie uvedené podrobné vysvetlenia sú okrem novely zákona č. 576/2004 Z.z. aj príslušné vykonávacie predpisy v aktuálne predkladanom znení. V prípade zmeny znenia vykonávacieho predpisu počas samostatného MPK MZ SR aktualizuje doložku vplyvov na RVS.			
11. Kontakt na spracovateľa <i>Uveďte údaje na kontaktnú osobu, ktorú je možné kontaktovať v súvislosti s posúdením vybraných vplyvov.</i> Ministerstvo zdravotníctva SR Sekcia zdravia Odbor zdravotnej starostlivosti Limbová 2 837 52 Bratislava zakon576@health.gov.sk			
12. Zdroje <i>Uveďte zdroje (štatistiky, prieskumy, spoluprácu s odborníkmi a iné), z ktorých ste pri príprave materiálu a vypracovávaní doložky, analýz vplyvov vychádzali. V prípade nedostupnosti potrebných dát pre spracovanie relevantných analýz vybraných vplyvov, uveďte danú skutočnosť.</i> Medzi hlavné východiskové zdroje predkladaných analýz patria súvisiace platné právne predpisy, údaje zdravotných poisťovní, Národné centrum zdravotníckych informácií, údaje od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. V súvislosti so zavádzaním novej terminológie „následná zdravotná starostlivosť“, nie je v súčasnosti možné pre tento typ zdravotnej starostlivosti vyčísliť ekonomické, resp. rozpočtové dopady			

samostatne. V rámci kalkulácií dopadov na VZP sú tieto dopady vyčíslené pod skupinou výdavkov na ústavnú ošetrovateľskú starostlivosť, t.j. spolu s dlhodobou ošetrovateľskou starostlivosťou.

Náklady na zabezpečenie ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb nie sú systematicky zachytávané, preto ďalšie zmeny paušálnej sadzby budú podmienené včasným a kvalitným vykazovaním prílohy č. 2 k zákonu č. 576/2004 Z.z.

13. Stanovisko Komisie na posudzovanie vybraných vplyvov z PPK č. 276/2021
(v prípade, ak sa uskutočnilo v zmysle bodu 8.1 Jednotnej metodiky)

Súhlasné Súhlasné s návrhom na dopracovanie Nesúhlasné

Uved'te pripomienky zo stanoviska Komisie z časti II. spolu s Vaším vyhodnotením:

II. Pripomienky a návrhy zmien: Komisia uplatňuje k materiálu nasledovné pripomienky a odporúčania:

K vplyvom na rozpočet verejnej správy

Predkladateľ v doložke vybraných vplyvov uvádza negatívny, rozpočtovo zabezpečený vplyv na rozpočet verejnej správy. V analýze vplyvov predkladateľ uvádza výdavky bez označenia rokov v sume: 11 047 756 eur, 25 653 593 eur a 33 319 829 eur ako rozpočtovo zabezpečený vplyv na rozpočet verejnej správy. Komisia upozorňuje, že v zmysle Jednotnej metodiky na posudzovanie vybraných vplyvov je potrebné do záhlavia tabuľky č. 1 a ostatných tabuliek analýzy doplniť konkrétne rozpočtové roky.

V tabuľke č. 1 je celý vplyv uvedený ako vplyv na ŠR (program 07A), pričom v časti 2.1.1. sa uvádza, že financovanie je zabezpečené z verejného zdravotného poistenia, ktoré však spadá pod ostatné subjekty verejnej správy. Komisia žiada tabuľku č. 1 upraviť a v časti Financovanie zabezpečené v rozpočte doplniť dotknutý subjekt.

Komisia žiada do analýzy vplyvov doplniť spôsob výpočtu vplyvov na rozpočet VZP, vrátane použitých predpokladov. Analýza vplyvov obsahuje vysvetlenie spôsobu určenia niektorých regulovaných úhrad, avšak neobsahuje spôsob výpočtu celkového vplyvu na rozpočet verejnej správy, predpoklady o počte lôžok/návštev/pacientov, ktoré vstupujú do vplyvu v tabuľke č. 1.

Stanovisko navrhovateľa: Navrhovateľ doplnil tabuľku č. 1, aj spôsob výpočtu celkového vplyvu na rozpočet VS.

K sociálnym vplyvom

Predkladateľom uvedené zhodnotenie sociálnych vplyvov v bode 4.2 analýzy sociálnych vplyvov je nedostatočné. Predkladateľ v príslušnej časti len opísal ciele predkladaného návrhu zákona a všeobecne skonštatoval, že schválením predloženého návrhu sa očakáva vytvorenie legislatívnych podmienok na efektívnejšie fungovanie zariadení dlhodobej a paliatívnej starostlivosti. Prítom predkladateľ v analýze rozpočtových vplyvov uvádza, že úhrady zdravotných poisťovní nedostatočne pokrývajú náklady poskytovateľov dlhodobej zdravotnej starostlivosti, čo si tieto zariadenia kompenzujú navýšením úhrad od klientov. Kvôli nedostatočnému financovaniu dochádza k obmedzeniu dostupnosti tohto typu zdravotnej starostlivosti, a to jednak z dôvodu nízkej motivácie pre vznik poskytovateľov a tiež z dôvodu, že rastúce úhrady od klientov znižujú dostupnosť služieb najmä pre nízkopríjmové skupiny obyvateľstva.

Z tohto dôvodu je potrebné, aby predkladateľ v bode 4.2 analýzy sociálnych vplyvov opísal konkrétne opatrenia, ktorými dochádza k úprave úhrad zdravotných poisťovní za jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti a k úpravám podmienok zazmluvnenia poskytovateľov poskytujúcich dlhodobú zdravotnú starostlivosť a paliatívnu zdravotnú starostlivosť poisťovňami, pretože tieto opatrenia majú priamy vplyv na dostupnosť zdravotnej starostlivosti. V princípe ide o stručný opis všetkých opatrení, ktoré majú rozpočtový vplyv, pričom ku každému opatreniu je potrebné doplniť zhodnotenie obsahujúce informácie, že dostupnosť ktorého typu zdravotnej starostlivosti sa ním zlepšuje a akej cieľovej skupiny obyvateľov sa bude týkať.

Stanovisko navrhovateľa: Navrhovateľ doplnil bod 4.2.

14. Stanovisko Komisie na posudzovanie vybraných vplyvov zo záverečného posúdenia č.
(v prípade, ak sa uskutočnilo v zmysle bodu 9.1. Jednotnej metodiky)

- Súhlasné Súhlasné s návrhom na dopracovanie Nesúhlasné

Uveďte pripomienky zo stanoviska Komisie z časti II. spolu s Vaším vyhodnotením:

**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	0	0	0
- 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	0
Výdavky verejnej správy celkom	10 903 240	25 157 022	29 555 961	33 112 247
<i>z toho:</i>				
- vplyv na ŠR	0	0	0	0
<i>Rozpočtové prostriedky</i>	0	0	0	0
<i>EÚ zdroje</i>	0	0	0	0
<i>Spolufinancovanie</i>	0	0	0	0
- vplyv na obce	0	0	0	0
- vplyv na vyššie územné celky	0	0	0	0
- vplyv na ostatné subjekty verejnej správy	10 903 240	25 157 022	29 555 961	33 112 247
<i>Verejné zdravotné poistenie</i>	10 903 240	25 157 022	29 555 961	33 112 247
Vplyv na počet zamestnancov	0	0	0	0
- vplyv na ŠR	0	0	0	0
- vplyv na obce	0	0	0	0
- vplyv na vyššie územné celky	0	0	0	0
- vplyv na ostatné subjekty verejnej správy	0	0	0	0
Vplyv na mzdové výdavky	0	0	0	0
- vplyv na ŠR	0	0	0	0
- vplyv na obce	0	0	0	0
- vplyv na vyššie územné celky	0	0	0	0
- vplyv na ostatné subjekty verejnej správy	0	0	0	0
Financovanie zabezpečené v rozpočte	10 903 240	25 157 022	29 555 961	33 112 247
... Verejné zdravotné poistenie	10 903 240	25 157 022	29 555 961	33 112 247
Iné ako rozpočtové zdroje	0	0	0	0
Rozpočtovo nekrytý vplyv / úspora	0	0	0	0

2.1.1. Financovanie návrhu - Návrh na riešenie úbytku príjmov alebo zvýšených výdavkov podľa § 33 odsek 1 zákona č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy:

Kvantifikované vplyvy budú rozpočtovo zabezpečené v rámci schválených limitov rozpočtu verejnej správy (konkrétne rozpočtu verejného zdravotného poistenia) na príslušné rozpočtové roky.

2.2. Popis a charakteristika návrhu

2.2.1. Popis návrhu:

Návrhom zákona sa plní reformný míľnik Plánu obnovy a odolnosti Slovenskej republiky pre komponent 13 v gescii Ministerstva zdravotníctva SR, a to v podobe legislatívnej úpravy zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti a službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktorým sa vymedzuje rozsah dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti, definujú sa formy dlhodobej zdravotnej starostlivosti a jej kontinuita s inými typmi starostlivosti.

Súbežne s legislatívnou úpravou sa predkladá návrh úhrad zdravotných poisťovní za ošetrovateľskú starostlivosť v zariadeniach sociálnej pomoci, úprav podmienok zazmluvnenia poskytovateľov poskytujúcich dlhodobú zdravotnú starostlivosť a paliatívnu zdravotnú starostlivosť s poisťovňami a úprav úhrad za paliatívnu zdravotnú starostlivosť a ošetrovateľskú ambulantnú a ústavnú starostlivosť.

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. Uvedte aj odhady základov daní a/alebo poplatkov, ak sa ich táto zmena týka.

Tabuľka č. 2

Objem aktivít	Odhadované objemy			
	R	r + 1	r + 2	r + 3
Indikátor ABC				
Indikátor KLM				
Indikátor XYZ				

2.2.4. Výpočty vplyvov na verejné financie

Pre ústavnú **hospicovú starostlivosť** návrh zahŕňa zvýšenie úhrad na 89 EUR/lôžkodeň vrátane indexácie priemerných nákladov (podľa výkazu E01 z r. 2019) prostredníctvom automatu rastu priemernej mzdy. V porovnaní s rokom 2021 tak ide o zvýšenie platby za lôžkodeň o 1,8 násobok.

Ústavná hospicová starostlivosť	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
---------------------------------	------	------	------	------	------	------	------

Úhrada poisťovne za lôžkodieň (v EUR)	43 €	46 €	49 €	89 €	94 €	100 €	106 €
Priemerná dĺžka hospitalizácie (ALOS) - lineárny medziročný rast (+6%)	47	41	43	46	49	52	55
Predpokladaný počet pacientov pri 90% obložnosti - lineárny medziročný rast (+6%)	1 209	1 209	1 209	1 282	1 359	1 441	1 528
Kalkulácia dopadu za ústavnú hospicovú starostlivosť BEZ zmeny legislatívy	2 443 389 €	2 280 174 €	2 547 363 €	3 066 544 €	3 662 505 €	4 346 056 €	5 126 440 €
Kalkulácia dopadu za ústavnú hospicovú starostlivosť PO zmene legislatívy	2 443 389 €	2 280 174 €	2 547 363 €	4 157 526 €	6 259 554 €	7 493 200 €	8 908 240 €
Nárast úhrad ZP ústavnej hospicovej starostlivosti PO zmene legislatívy voči báze BEZ zmeny legislatívy (od 2.polroka 2022)	- €	- €	- €	1 090 982 €	2 597 049 €	3 147 144 €	3 781 800 €

Zdroj: Výkazy NCZI E01 (2019, 2020); vlastné výpočty

K rovnakému nárastu (t.j. na 1,8 násobok) dôjde aj v prípade úhrad za lôžkodieň pri **ústavnej ošetrovateľskej starostlivosti**, a teda na 58 EUR/lôžkodieň. Paušálna platba v navrhovanej výške sa v súvislosti so zavedením nových definícií následnej zdravotnej starostlivosti a dlhodobej zdravotnej starostlivosti vzťahuje na obe kategórie. K prehodnoteniu úhrady za lôžkodieň môže dôjsť pri revízii cenového opatrenia, ktorého účinnosť sa navrhuje do 30. júna 2024. V súčasnosti však nie sú k dispozícii informácie, ktoré by umožnili spoľahlivo stanoviť výšku úhrad pre tieto kategórie oddelene.

Ústavná ošetrovateľská starostlivosť	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Úhrada poisťovne za lôžkodieň (v EUR)	28 €	30 €	32 €	58 €	78 €	83 €	88 €
Priemerná dĺžka hospitalizácie (ALOS) - lineárny medziročný rast (+6%)	30	33	35	38	40	42	45
Predpokladaný počet pacientov pri 90% obložnosti - lineárny medziročný rast (+6%)	1 932	1 932	1 932	2 048	2 171	2 302	2 441
Kalkulácia dopadu za ústavnú ošetrovateľskú starostlivosť BEZ zmeny legislatívy	1 622 880 €	1 912 680 €	2 163 840 €	2 646 016 €	3 126 240 €	3 673 992 €	4 393 800 €
Kalkulácia dopadu za ústavnú ošetrovateľskú starostlivosť PO zmene legislatívy	1 622 880 €	1 912 680 €	2 163 840 €	3 579 904 €	6 773 520 €	8 024 772 €	9 666 360 €
Nárast úhrad ZP ústavnej ošetrovateľskej starostlivosti PO zmene legislatívy voči báze BEZ zmeny legislatívy (od 2.polroka 2022)	- €	- €	- €	933 888 €	3 647 280 €	4 350 780 €	5 272 560 €

Zdroj: Výkazy NCZI E01 (2019, 2020); vlastné výpočty

Obdobne sa predkladá návrh na zvýšenie úhrad za lôžkodieň pre **paliatívne oddelenia** na 1,5 násobok (zo 161 EUR/lôžkodieň na 237 EUR/lôžkodieň) s cieľom lepšie reflektovať ich skutočné náklady.

Paliatívna medicína	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Úhrada poisťovne za lôžkodieň (v EUR)	143 €	152 €	161 €	237 €	251 €	266 €	282 €
Priemerná dĺžka hospitalizácie (ALOS) - lineárny medziročný rast (+6%)	10	9	9	10	11	12	13
Predpokladaný počet pacientov pri 90% obložnosti - lineárny medziročný rast (+6%)	1 292	1 292	1 292	1 370	1 453	1 541	1 634
Kalkulácia dopadu za ústavnú zdravotnú starostlivosť BEZ zmeny legislatívy	1 906 846 €	1 736 621 €	1 872 108 €	2 342 700 €	2 892 923 €	3 550 464 €	4 333 368 €
Kalkulácia dopadu za ústavnú zdravotnú starostlivosť PO zmene legislatívy	1 906 846 €	1 736 621 €	1 872 108 €	2 794 800 €	4 011 733 €	4 918 872 €	5 990 244 €
Nárast úhrad ZP ústavnej ošetrovateľskej starostlivosti PO zmene legislatívy voči báze BEZ zmeny legislatívy (od 2.polroka 2022)	- €	- €	- €	452 100 €	1 118 810 €	1 368 408 €	1 656 876 €

Zdroj: Výkazy NCZI E01 (2019, 2020); vlastné výpočty

Pri zabezpečovaní paliatívnej starostlivosti v prirodzenom prostredí (t.j. prostredníctvom mobilných hospicov) sa počíta s rozšírením poskytovaných služieb na 120 osôb/mobilný hospic/kalendárny rok. Pre tento účel sa zvyšuje úhrada za návštevu osoby s potrebou paliatívnej starostlivosti lekárom a sestrou zo súčasných 15 EUR na 55 EUR. Táto úhrada slúži prioritne na krytie prevádzkových nákladov. Zároveň je tento výkon rozšírený o tzv. kilometrové.

Mobilné hospice	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Počet poskytovateľov	25	25	25	25	27	29	31

Mobilné hospice	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Počet návštev	12 990	12 990	12 990	24 000	25 440	57 307	60 741
Úhrada/návštevu PO zmene legislatívy (od 7/2022) + 6% medziročný nárast, mzdová valorizácia	12 €	12 €	13 €	55 €	58 €	61 €	65 €
Kilometrovné (v EUR)	- €	- €	- €	360 000 €	305 280 €	156 600 €	167 400 €
Kalkulácia dopadu za mobilné hospice BEZ zmeny legislatívy	155 786 €	155 786 €	168 870 €	336 000 €	381 600 €	916 912 €	1 032 597 €
Kalkulácia dopadu za mobilné hospice PO zmene legislatívy (vrátane kilometrovného)	155 786 €	155 786 €	168 870 €	996 000 €	1 780 800 €	3 652 327 €	4 115 565 €
Nárast úhrad ZP pre mobilné hospice PO zmene legislatívy voči báze BEZ zmeny legislatívy (od 2.polroka 2022)	- €	- €	- €	660 000 €	1 399 200 €	2 735 415 €	3 082 968 €

Zdroj: Výkazy NCZI E a S; vlastné výpočty

V prípade, že nie je potrebná prítomnosť lekára, je výkon sestry hradený v rámci výkonov „ADOS“ (viď tabuľka ADOS – počet návštev sestier ADOS pre MOHO). Zároveň je tento výkon rozšírený o tzv. kilometrovné, čiže paušál na krytie nákladov súvisiacich so zabezpečením dopravnej mobility sestry, a to vo výške 0,30 EUR/kilometer vo vzdialenosti do 60 km od sídla mobilného hospicu. Kilometrovné bude slúžiť na krytie nákladov súvisiacich so zabezpečením mobility sestry, a teda so základnou zložkou terénnej zdravotnej starostlivosti. V prípade prekročenia limitu 60 km od sídla mobilného hospicu sa náhrada počíta podľa vzorca: $(x - 60)/60 * 0,30$, kde $x > 60$.

Cena za kilometer vychádza zo základnej náhrady pri použití súkromného motorového vozidla (0,193€/km) v zmysle zákona č. 283/2002 Z.z. a čiastkového pokrytia nákladov na pohonné hmoty v prípade použitia súkromného motorového vozidla a na pokrytie rastúcich nákladov na PHM a nákladov na príslušenstvo k motorovému vozidlu (poistné, servis a i.) v prípade vozidiel už zaradených do obchodného majetku spoločnosti, celkovo do výšky max. 30 eurocentov.

Zákonom sa rozširuje minimálne materiálno-technické zabezpečenie ADOS a mobilných hospicov, preto predkladateľ zákona považoval za potrebné zohľadniť zvýšené prevádzkové náklady spojené s touto povinnosťou. Výška náhrady za 1km môže byť po skončení platnosti cenového opatrenia prehodnotená, a to aj vzhľadom na očakávaný nárast počtu elektromobilov (alebo hybridov) v horizonte najbližších rokov.

Obdobný postup sa uplatní aj v prípade úhrady kilometrovného agentúram domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej aj ako „ADOS“).

ADOS	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Počet sestier (4% medziročný rast)	809	809	809	815	848	882	917
Počet návštev	1 631 912	1 631 912	1 631 912	1 644 015	1 709 776	1 778 167	1 849 294
Priemerná úhrada za návštevu (v EUR)	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €	12 €
Počet návštev sestier ADOS pre MOHO				13 500	28 620	30 339	32 157
Kilometrovné (v EUR)	- €	- €	- €	2 199 750 €	4 834 620 €	5 033 173 €	5 239 939 €
Kalkulácia dopadu za ADOS BEZ zmeny legislatívy	20 697 803 €	20 697 803 €	20 697 803 €	19 728 180 €	20 517 312 €	21 338 004 €	22 191 528 €
Kalkulácia dopadu za ADOS PO zmene legislatívy (vrátane kilometrovného)	20 697 803 €	20 697 803 €	20 697 803 €	22 089 930 €	25 695 372 €	26 735 245 €	27 817 351 €
Nárast úhrad ZP pre ADOS PO zmene legislatívy voči báze BEZ zmeny legislatívy (od 2.polroka 2022)	- €	- €	- €	2 361 750 €	5 178 060 €	5 397 241 €	5 625 823 €

Zdroj: Výkazy NCZI E a S; vlastné výpočty

Predkladateľ novely zákona navyše vytvára priestor pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti zapojiť sa do národného projektu financovaného z prostriedkov Operačného programu Ľudské zdroje zameraného na posilnenie dlhodobej zdravotnej starostlivosti v oblasti personálnych kapacít ADOS a mobilných hospicov¹.

Špecifickou oblasťou dlhodobej zdravotnej starostlivosti je poskytovanie dlhodobej intenzívnej zdravotnej starostlivosti v domácom prostredí osoby alebo v zariadení sociálnoprávnej ochrany

¹ https://www.partnerskadohoda.gov.sk/data/files/4823_oplz_2021_07_07_zamer-np_posilnenie-dlhodobej-zs_29_06_2021-fina.pdf

detí a sociálnej kurately, ktorú podľa návrhu zákona bude môcť poskytovať sestra agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti s odbornou spôsobilosťou na výkon špecializovaných pracovných činností v špecializačnom odbore anestéziológia a intenzívna starostlivosť, intenzívna ošetrovateľská starostlivosť pre dospelých alebo intenzívna ošetrovateľská starostlivosť v pediatrii alebo sestrou s licenciou na výkon samostatnej zdravotníckej praxe alebo s licenciou na výkon povolania s rovnakou odbornou spôsobilosťou ako má sestra agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti, čím dôjde k rozšíreniu poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktorá sa doteraz neposkytovala.

IDOS	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Počet sestier				6	13	16	20
Počet návštev				668	1 336	1 700	2 040
Priemerná úhrada za návštevu (v EUR)				9,5 €	9,5 €	9,5 €	9,5 €
Kalkulácia dopadu za IDOS PO zmene legislatívy	- €	- €	- €	20 380 €	164 996 €	258 400 €	387 600 €
Nárast úhrad ZP pre IDOS PO zmene legislatívy voči báze BEZ zmeny legislatívy (od 2.polroka 2022)	- €	- €	- €	20 380 €	164 996 €	258 400 €	387 600 €

V zariadení sociálnych služieb a zariadení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, ktoré má uzatvorenú zmluvu so zdravotnou poisťovňou na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti a/alebo ošetrovateľskej starostlivosti ako následnej zdravotnej starostlivosti a/alebo dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti sa pevná cena za poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti osobe, ktorá spĺňa indikačné kritériá na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti zvyšuje o 100% z 3,30 EUR/osobu/deň na 6,60 EUR/osobu/deň v rozsahu minimálneho počtu lôžok na účely poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. Takto stanovená pevná cena zohľadňuje vplyvy mzdového automatu zdravotníckych pracovníkov, ako aj zvýšené prevádzkové náklady na poskytovanie tejto starostlivosti.

Ošetrovateľský paušál	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Počet lôžok pre účely rozpočtu	-	3 093	3 295	6 200	6 400	7 000	7 500
Paušál BEZ zmeny legislatívy 3,30 EUR/deň	- €	3 725 809 €	3 969 067 €	4 167 520 €	4 365 973 €	4 564 427 €	4 762 880 €
Paušál PO zmene legislatívy 6,60 EUR/deň	- €	3 725 809 €	3 969 067 €	9 551 660 €	15 417 600 €	16 863 000 €	18 067 500 €
Nárast úhrad ZP pre ošetrovateľský paušál PO zmene legislatívy voči báze BEZ zmeny legislatívy (od 2.polroka 2022)	- €	- €	- €	5 384 140 €	11 051 627 €	12 298 573 €	13 304 620 €

Ďalšie úpravy v úhradách bude možné realizovať až po vyhodnotení údajov zozbieraných v zmysle § 10g predkladaného zákona č. 576/2004 Z.z. Tieto údaje budú zároveň slúžiť na lepšie vyhodnocovanie poskytnutej zdravotnej starostlivosti, a to nielen z pohľadu rozsahu ale aj kvality a so zameraním na zvýšenie kvality života osoby odkázanej na dlhodobú zdravotnú starostlivosť. Bližšia evidencia osôb s potrebou ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb zároveň podporí implementáciu „cesty pacienta“, a teda zaradenie týchto osôb do prostredia (či už ústavnej zdravotnej starostlivosti alebo práve prirodzeného prostredia), ktoré je najvhodnejšie pre zdravotný stav a kvalitu života tejto osoby a jej blízkych osôb.

Sumarizačná tabuľka vplyvu na VZP	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Ústavná ošetrovateľská starostlivosť	- €	- €	- €	933 888 €	3 647 280 €	4 350 780 €	5 272 560 €
Ústavná hospicová starostlivosť	- €	- €	- €	1 090 982 €	2 597 049 €	3 147 144 €	3 781 800 €
Paliatívna medicína	- €	- €	- €	452 100 €	1 118 810 €	1 368 408 €	1 656 876 €
Mobilné hospice	- €	- €	- €	660 000 €	1 399 200 €	2 735 415 €	3 082 968 €
ADOS	- €	- €	- €	2 361 750 €	5 178 060 €	5 397 241 €	5 625 823 €
IDOS	- €	- €	- €	20 380 €	164 996 €	258 400 €	387 600 €
Ošetrovateľský paušál	- €	- €	- €	5 384 140 €	11 051 627 €	12 298 573 €	13 304 620 €
Nárast úhrad ZP CELKOM PO zmene legislatívy voči báze BEZ zmeny legislatívy (od 2.polroka 2022)	- €	- €	- €	10 903 240 €	25 157 022 €	29 555 961 €	33 112 247 €

Informácie odôvodňujúce naliehavú potrebu právnej úpravy dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti

2.1. Pojem dlhodobá starostlivosť

V slovenskej legislatíve v súčasnosti absentuje definícia pojmu dlhodobej starostlivosti; Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) tento pojem definuje nasledovne: „*Dlhodobá starostlivosť je definovaná ako všetky činnosti, ktoré vykonávajú iné subjekty s cieľom zabezpečiť, aby si osoby so závažnou trvalou stratou schopností, alebo osoby ohrozené týmto rizikom, mohli udržať úroveň funkčných schopností, ktoré sú v súlade s ich základnými právami, základnými slobodami a ľudskou dôstojnosťou*“. Cieľom dlhodobej starostlivosti je „...*zachovanie čo najvyššej možnej kvality života v súlade s individuálnymi preferenciami a čo najvyššej miery nezávislosti, autonómie, participácie, osobného naplnenia a dôstojnosti*“. Systém dlhodobej starostlivosti je zameraný na poskytovanie a koordináciu kompletnej starostlivosti, podpory a pomoci s cieľom zabezpečiť čo najlepšie možnosti individuálneho zdravia a funkčných schopností jednotlivca v priebehu času, pre ľudí so závažnou trvalou stratou týchto schopností alebo s rizikom takejto straty.²

Podľa **Správy Európskej komisie o dlhodobej starostlivosti** (6/2021) v žiadnom členskom štáte Európskej únie (ďalej aj „EÚ“) nie je zadefinovaná kvalita dlhodobej starostlivosti. Väčšina členských štátov namiesto toho používa všeobecné definície kvality platné pre zdravotnú starostlivosť a služby sociálnej starostlivosti. Len niekoľko členských štátov má oficiálnu definíciu kvality v sektore zdravotníctva (napr. Belgické kráľovstvo a Slovinská republika) alebo v sektore sociálnej starostlivosti (napr. Bulharská republika). V členských štátoch, v ktorých absentuje oficiálna definícia kvality, je možné niektoré princípy kvality odvodiť z konkrétnych právnych predpisov, akreditačných postupov pre poskytovateľov tejto starostlivosti alebo z iných zdrojov, ktoré sa zaoberajú špecifickými aspektmi dlhodobej starostlivosti (napr. ciele alebo normy pre určité aspekty kvality). Táto správa navyše poukazuje na hlavné výzvy, ktorým budú členské štáty čeliť, a to - dostupnosť a kvalita dlhodobej starostlivosti, kvalita formálnej starostlivosti (domácej a pobytovej), zamestnávanie neformálnych opatrovateľov a finančná udržateľnosť národných systémov starostlivosti.³

V Slovenskej republike doteraz nie je vytvorený systém dlhodobej integrovanej sociálno-zdravotnej starostlivosti pre osoby s chronickými chorobami, osoby s potrebou paliatívnej zdravotnej starostlivosti, osoby so zdravotným postihnutím a staršie osoby. Viaceré legislatívne pokusy o reformu a spojenie systému sociálnych služieb a zdravotnej starostlivosti boli neúspešné, doteraz tieto systémy fungujú ako dva separátne systémy s minimálnou koordináciou a prepojením.

Z tohto dôvodu sa služby, ktoré sú tradične súčasťou dlhodobej starostlivosti, poskytujú fragmentovane v troch oblastiach podpory. Ide o oblasť sociálnych služieb, oblasť zdravotníctva a neformálnu starostlivosť (v rámci systému kompenzácií ťažkého zdravotného postihnutia). V Slovenskej republike je poskytovanie dlhodobej starostlivosti vnímané predovšetkým v systéme sociálnych služieb a v rámci neformálnej starostlivosti formou príspevku na opatrovanie. V oblasti zdravotníctva je dlhodobá starostlivosť orientovaná primárne na chronických pacientov⁴.

Ministerstvo zdravotníctva SR dlhodobo eviduje poddimenzovanie v regionálnej dostupnosti, rozdielnu kvalitu týchto služieb a nedostatok príslušného personálu. V súvislosti s pandemiou COVID-19 sa ešte viac prejavila zraniteľnosť a nepripravenosť systému poskytovania

² <https://www.who.int/ageing/health-systems/icope/icope-consultation/ICOPE-Global-Consultation-Background-Paper-3.pdf?ua=1>

³ <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8396>, str. 56

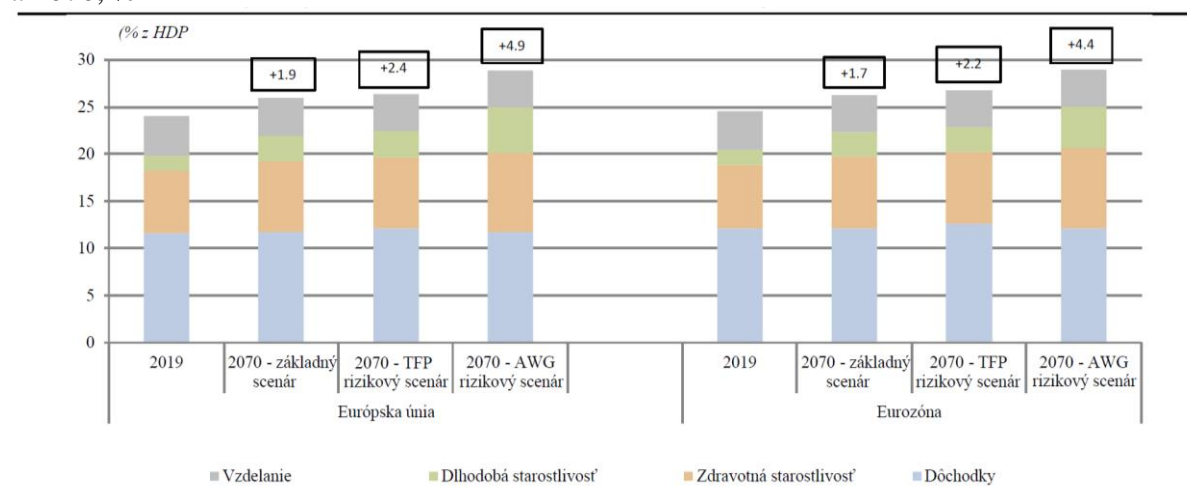
⁴ https://www.rpsp.eu/wp-content/uploads/2018/04/LTCpolicybrief_final.pdf, str. 3

dlhodobej zdravotnej starostlivosti, zvýraznila sa potreba investícií a spolupráce pri vytváraní účinných mechanizmov a zabezpečovania jej dostupnosti. Systémové riešenia by preto mali zahŕňať zvýšenie atraktivity zdravotníckeho a ošetrovateľského povolania, a to aj prostredníctvom investícií do technológií, zručností a ochrany pracovnej sily.

Ministerstvo zdravotníctva SR si je vedomé, že predkladaný návrh zákona nie je komplexným a systémovým riešením integrácie sociálno-zdravotnej starostlivosti. Cieľom tohto návrhu je vytvoriť základný rámec pre riešenie naliehavej potreby právnej úpravy dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti a zároveň zberom údajov nastaviť systém kvality ich poskytovania.

S rastúcou priemernou dĺžkou života obyvateľov v členských štátoch EÚ, v ktorom ich klesajúce fyzické a duševné zdravie robí závislými na pomoci ostatných, ako aj v súvislosti s vývojom zdravotného stavu obyvateľstva podľa bodu 2.3 tohto dokumentu, je udržateľná dlhodobá starostlivosť pre toto obyvateľstvo dôležitá a veľmi žiadaná.

Graf 1: Celkové výdavky súvisiace s vekom, rôzne scenáre a rozdelenie podľa zložiek, 2019 a 2070, % HDP



Zdroj: Commission services, EPC

Táto potreba je zakotvená aj v 18. princípe európskeho piliera sociálnych práv, ktorý zdôrazňuje právo na dostupné a kvalitné služby dlhodobej starostlivosti, a to najmä na domácu starostlivosť a komunitné služby.⁵ Najdôležitejšie je, že investície do systému dlhodobej zdravotnej starostlivosti majú zároveň potenciál znížiť zaťaženie príbuzných osoby, ktorej stav si dlhodobú zdravotnú starostlivosť vyžaduje.

V tejto súvislosti viaceré členské štáty EÚ pripravujú reformné opatrenia v oblasti dlhodobej zdravotnej starostlivosti. Príkladom je Nemecko, ktoré plánuje predložiť opatrenia týkajúce sa účinnosti, financovania a personálneho posilnenia v dlhodobej zdravotnej starostlivosti. Podobne v Írsku je reforma zdravotníckych služieb a služieb dlhodobej starostlivosti na poprednom mieste politického programu, kde sa vláda vytvorená v júni 2020 zaviazala zriadiť komisiu na preskúmanie starostlivosti a podpory starších ľudí. Holandsko má v úmysle posilniť prepojenie a spoluprácu medzi dlhodobou starostlivosťou a zdravotnou starostlivosťou a zamerať výskum na otázky súvisiace s pandemiou. Okrem Slovenska aj niektoré ďalšie členské štáty začali zavádzať štrukturálne zmeny systému dlhodobej starostlivosti v reakcii na pandémiu COVID-19 (FR, LU, NL, SI). Vo Francúzsku bol zákonom zo 7. augusta 2020

⁵https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/economy-works-people/jobs-growth-and-investment/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles_cs

o sociálnom dlhu a autonómii vytvorený piaty sektor národného zdravotného systému zameraný na stratu autonómie starších ľudí a osôb so zdravotným postihnutím s finančným príspevkom vo výške 1 miliardy EUR⁶.

2.2. Demografický vývoj v Slovenskej republike

V kontexte správy Európskej komisie o starnutí populácie⁷, podľa ktorej výdavky na dôchodky, zdravotníctvo, dlhodobú starostlivosť a školstvo vzrastú z 18,3 % HDP v roku 2019 na 29,1 % HDP v roku 2070, sa tento nárast vo všetkých štyroch oblastiach najviac dotkne práve Slovenska. Výdavky v rámci EÚ podľa predpokladov budú rásť do roku 2063, kedy dosiahnu svoj vrchol. Najvýraznejší nárast sa prejaví pri výdavkoch na dôchodky (5,9 p. b.), následne pri zdravotnej (2,5 p. b.) a dlhodobej (2,1 p. b.) starostlivosti.

Rastúci podiel staršej populácie zvýši aj dopyt po dlhodobej starostlivosti o odkázané osoby. Miera odkázanosti rastie s vekom a najvyššia je u osôb nad 85 rokov. Podiel ľudí v tejto vekovej kategórii na celkovej populácii vzrastie na Slovensku z 1,5 % v roku 2019 na 8,6 % v roku 2070. Výdavky na dlhodobú starostlivosť sa do roku 2070 viac ako strojnásobia v porovnaní s rokom 2019, t.j. vzrastú z 0,8 % HDP v roku 2019 až na 2,9 % HDP v roku 2070.⁸

2.3. Vývoj zdravotného stavu obyvateľov v Slovenskej republike

Dôležitým faktorom pri riešení dlhodobej zdravotnej starostlivosti je aj nárast neurodegeneratívnych ochorení, a to ako u seniorov, tak aj u mladšej generácie (o.i. aj v súvislosti s následkami pandémie COVID-19): podľa odhadov takýmto ochorením trpí každý 13-ty človek vo veku 65+, ale až každý 5-ty vo veku 80+ rokov. Podľa informácií z portálu NCZI sa už pre rok 2020 predpokladalo, že počet prípadov novodiagnostikovaných onkologických ochorení v SR po prvýkrát presiahne hranicu 40-tisíc⁹. Potreba dlhodobej zdravotnej starostlivosti vzniká aj u osôb po úrazoch s trvalými zdravotnými následkami.

V dôsledku nedostatočnej siete poskytovateľov participujúcich na poskytovaní dlhodobej zdravotnej starostlivosti dochádza k tomu, že osoby s potrebou tejto zdravotnej starostlivosti sú nútené využívať lôžka akútnych oddelení, čo je negatívny jav z hľadiska využitia kapacít (personálnych, materiálnych, finančných a i.) týchto oddelení, ktoré by sa pri fungujúcom systéme dlhodobej zdravotnej starostlivosti mohli alokovať ďalším osobám s potrebou akútnej zdravotnej starostlivosti. Následkom toho dochádza k umelému navyšovaniu akútnych kapacít a k značnému predražovaniu zdravotnej starostlivosti. Toto nedostatočné riešenie dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republike v konečnom dôsledku spôsobuje nižšiu dostupnosť dlhodobej starostlivosti pre odkázané osoby, ako aj umiestňovanie týchto osôb do nie vždy vhodných zariadení, tak ako je to uvedené v grafoch uvedených nižšie.¹⁰

Graf 2: Nevhodné umiestňovanie osôb s potrebou dlhodobej starostlivosti

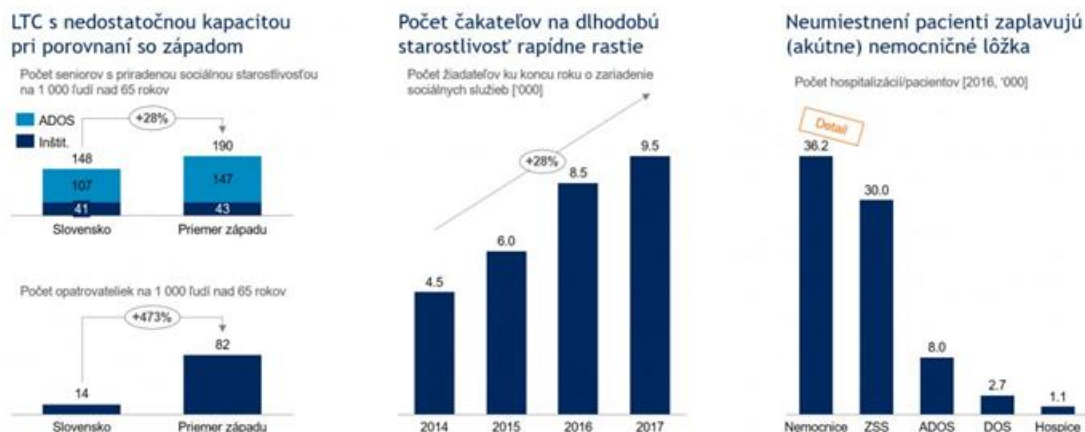
⁶ <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8396>, str. 133

⁷ The 2021 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States. V správe je zahrnuté mimo krajín EÚ aj Nórsko, https://ec.europa.eu/info/publications/2021-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2019-2070_en

⁸ https://www.mfsr.sk/files/archiv/16/AWG_komentar.pdf

⁹ <http://www.nczisk.sk/Aktuality/Pages/NCZI-prinasa-viac-udajov-o-onkologickych-ochoreniach.aspx>

¹⁰ HardWood Investments, OECD, WHO, Ministerstvo zdravotníctva SR

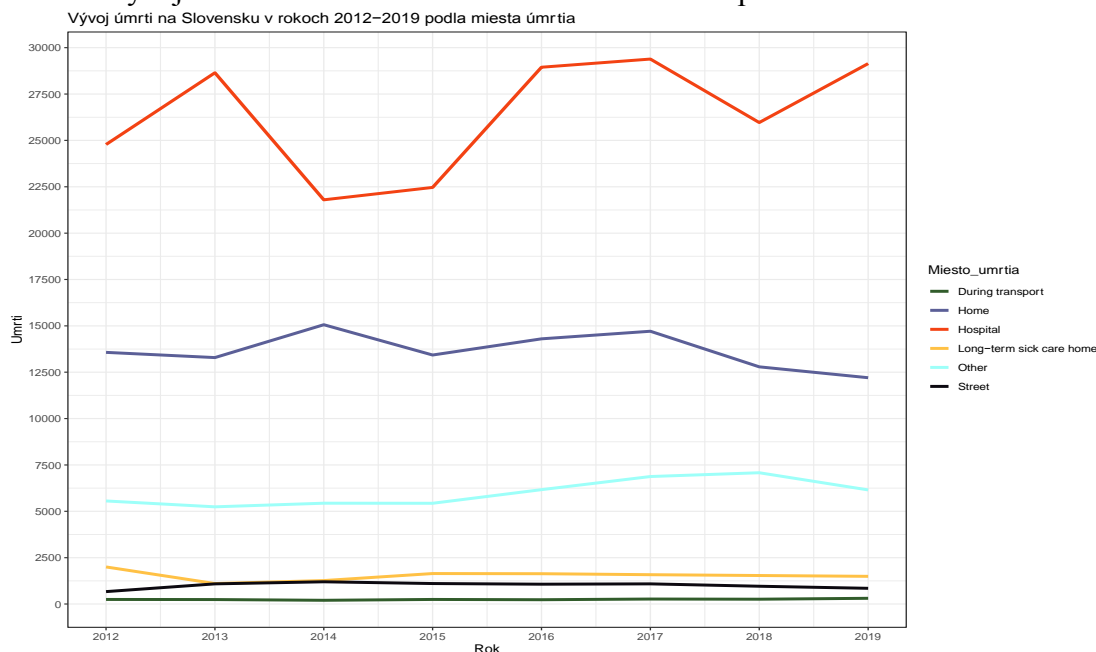


Zdroj: HardWood Investments, OECD, WHO, Ministerstvo zdravotníctva SR

2.4. Vývoj úmrtnosti podľa miesta úmrtia

Nižšie uvedený graf 3 poukazuje na vysoký podiel úmrtí pacientov v zariadeniach ústavnej zdravotnej starostlivosti. Vzhľadom na nemeniaci sa stav v čase, možno tento vývoj označiť za trend, ktorý prevažuje v podmienkach Slovenska na rozdiel od trendu, ktorý dominuje v zahraničí, ktorý charakterizuje rastúci podiel úmrtí v zariadeniach sociálnych služieb na celkovom počte úmrtí v krajine.

Graf 3: Vývoj úmrtí na Slovensku v rokoch 2012 – 2019 podľa miesta úmrtia



Zdroj: Stratégia dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republike, <https://www.slov-lex.sk/legislativne-procesy/-/SK/dokumenty/LP-2021-412>

2.5. Formy poskytovania dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti

V oblasti zdravotníctva je dlhodobá starostlivosť čiastočne poskytovaná niektorými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti so zameraním najmä na osoby s chorobami v chronickom štádiu a staršie osoby, ktoré sú odkázané na geriatrickú zdravotnú starostlivosť.

Z pohľadu formy sa v súčasnosti poskytuje predovšetkým formou ambulantnej starostlivosti prostredníctvom špecializovanej ambulantnej starostlivosti (napr. geriatrické ambulancie), agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti, mobilného hospicu alebo zariadeniami ústavnej

zdravotnej starostlivosti prostredníctvom nemocníc (všeobecnej nemocnice - oddelenia dlhodobochorých, geriatrické, paliatívne oddelenia a/alebo špecializovanej nemocnice - napr. psychiatrické nemocnice), domu ošetrovateľskej starostlivosti a hospicu.

Uvedení poskytovatelia sú financovaní z prostriedkov verejného zdravotného poistenia (ďalej aj „VZP“), t. j. úhrada je poskytovaná na základe zmlúv so zdravotnými poisťovňami, a to formou paušálnej úhrady alebo na základe výkonov. Prepojenie sociálnej a zdravotnej starostlivosti je možné očakávať v domoch ošetrovateľskej starostlivosti a hospicioch, ako aj v zariadeniach sociálnej pomoci, t. j. v zariadeniach pre seniorov, špecializovaných zariadeniach a domovoch sociálnych služieb a v zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately.

V súčasnosti je minimálna sieť poskytovateľov podieľajúcich sa na poskytovaní dlhodobej zdravotnej starostlivosti zadaná v nariadení vlády SR č. 640/2008 Z. z. v znení neskorších predpisov, v ktorom sú stanovené aj normatívy pre ich výpočet. Je však potrebné zdôrazniť, že napriek nárastu počtu staršej generácie a zvýšeniu chorobnosti sa pravidlá normatívov a počty poskytovateľov vo verejnej minimálnej sieti nemenili od roku 2008 (viď tabuľka č. 1).

Tabuľka 1: Sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v roku 2019 podľa VÚC

	ADOS	Sestry v ADOS	MOHO	Sestry v MOHO	Lekári v MOHO	Hospic	Lekári v hospici	Sestry v hospici	DOS	Sestry v DOS
SR	187	639,22	25	17,83	14,86	10	19	75,72	11	57,75
BA	22	62,29	4	4,28	7,78	2	3,20	11	1	10
TT	19	75,5	2	2	1,2	1	1,00	7	0	0
TN	13	46,15	1	0	0	1	5,00	14,22	1	6
NR	23	89,35	3	5,5	2,5	2	4,45	16,5	2	8,75
ZA	24	87,94	4	2,4	0,04	-	-	-	2	27
BB	24	70,93	2	0,74	1,79	2	3,10	13,5	1	0
PO	43	144,55	7	1,17	1,53	2	2,25	13,5	3	1
KE	19	62,51	2	1,74	0,02	-	-	-	1	5

Zdroj: NCZI, pracovné miesta sestier a lekárov podľa vybraných poskytovateľov, 2019

Predloženými novelami súvisiacich a vykonávacích predpisov k návrhu zákona sa upravuje nielen sieť niektorých poskytovateľov podieľajúcich sa na dlhodobej zdravotnej starostlivosti, ale zároveň sa pre nich definuje aj nový úhradový mechanizmus. Cieľom navrhovaných zmien je zdefinovať základné rámce dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti, vytvoriť priestor na zvýšenie ich dostupnosti, podporiť ich poskytovanie aj v prirodzenom prostredí osoby a motivovať dotknutých poskytovateľov k zvýšeniu ich výkonnosti.

2.5.1. Dlhodobá ošetrovateľská starostlivosť a ošetrovateľská starostlivosť ako následná zdravotná starostlivosť

Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti

Typickým poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v prirodzenom prostredí osoby sú agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS), ktoré poskytujú zdravotné výkony, ktorých rozsah je legislatívne vymedzený. Nedostatočné financovanie týchto agentúr potvrdzuje aj Stratégia dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republike¹¹, ktorá poukazuje na skutočnosť, kde

¹¹ Stratégia dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republike, <https://www.slov-lex.sk/legislativne-procesy/-/SK/dokumenty/LP-2021-412>

nárastom počtu osôb (pacientov) došlo k poklesu početnosti návštev na osobu (pacienta) a počtu celkových výkonov na osobu (pacienta), t. j. znížil sa rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti na osobu.

S cieľom zvýšenia dostupnosti a rozsahu zdravotnej starostlivosti je snahou predkladateľa zákona popri ošetrovateľskej starostlivosti ADOS umožniť poskytovanie zdravotnej starostlivosti mobilnými hospicmi v domácom alebo inom prirodzenom prostredí. Ich personálne zabezpečenie je predpokladom efektívnej liečby priamo na mieste poskytovania starostlivosti, bez potreby kontaktovania všeobecného lekára alebo iného lekára za účelom úpravy, zmeny liečby alebo predpisania potrebných liečiv.

Domy ošetrovateľskej starostlivosti

Domy ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej aj „DOS“) sú definované ako ústavné zdravotnícke zariadenia, ktoré poskytujú dlhodobú ošetrovateľskú starostlivosť a ošetrovateľskú starostlivosť ako následnú zdravotnú starostlivosť hradenú zdravotnými poisťovňami formou úhrady v zmluvne dohodnutej výške za ošetrovací deň. V týchto zariadeniach je rovnako potrebná prítomnosť sociálneho pracovníka, ktorý pomáha umiestneným osobám a ich rodinám s plánovaním dlhodober zdravotnej starostlivosti v domácom alebo v inom prirodzenom prostredí.

Ošetrovateľská starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb a zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately

Ošetrovateľská starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb a zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately je v súčasnosti poskytovaná zdravotníckym pracovníkom v povolani sestry.

Podľa súčasného znenia vyhlášky Ministerstva zdravotníctva SR č. 20/2018 Z.z. v znení neskorších predpisov predstavuje minimálny počet lôžok na účely poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb a zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately pre zdravotnú poisťovňu celkovo 10 000 lôžok. V prípade, že by došlo k naplneniu takto definovanej verejnej minimálnej siete podľa paušálu, ktorý je poskytovaný v súčasnosti, dopad na verejné zdravotné poistenie by predstavoval 12 mil. EUR. Pri navýšení paušálu na 6,60€ by dopad vzrástol na 24,1 mil. EUR.

Verejná minimálna sieť ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb	Minimálny počet lôžok v zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately	Minimálny počet lôžok v zariadeniach sociálnych služieb	Dopad na VZP pri nezmenenom paušále (3,3€) a 100% naplnenosti VMS	Dopad na VZP pri novom paušále (6,6€) a 100% naplnenosti VMS
Bratislavský kraj	37	1 252	1 508 034 €	3 016 068,00 €
Trnavský kraj	62	1 061	1 277 974,50 €	2 555 949,00 €
Trenčiansky kraj	15	1 194	1 438 173,00 €	2 876 346,00 €
Nitriansky kraj	47	1 370	1 650 165,00 €	3 300 330,00 €
Žilinský kraj	52	1 207	1 453 831,50 €	2 907 663,00 €
Banskobystrický kraj	39	1 255	1 511 647,50 €	3 023 295,00 €
Prešovský kraj	94	1 312	1 580 304,00 €	3 160 608,00 €
Košický kraj	142	1 349	1 624 870,50 €	3 249 741,00 €
SPOLU	488	10 000	12 045 000,00 €	24 090 000,00 €

Vzhľadom na významný dopad na rozpočet a na naviazanosť ošetrovateľskej starostlivosti na poskytovanie sociálnych služieb, bude dôležité správne posúdiť a vyhodnotiť formu poskytovanej zdravotnej starostlivosti, a to ako v kontexte deinštitucionalizácie zariadení sociálnych služieb, tak v oblasti prevencie a zvyšovania kvality zdravia obyvateľstva.

2.5.2. Paliatívna zdravotná starostlivosť

Sieť poskytovateľov poskytujúcich paliatívnu zdravotnú starostlivosť pre osoby v terminálnom štádiu chronickej choroby nie je postačujúca a ich dostupnosť v rámci jednotlivých regiónov sa výrazne odlišuje.

Legislatívne stanovená verejná minimálna sieť mobilných hospicov, hospicov a paliatívnych oddelení nezodpovedá odporúčaniam medzinárodných odborných organizácií (WHO, EAPC – vid' nižšie), ale ani potrebám obyvateľstva. Minimálna sieť mobilných hospicov, hospicov a paliatívnych oddelení nie je dlhodobo vo viacerých krajoch naplnená (napr. paliatívne oddelenia sú zriadené iba v 3 z 8 krajov). Nedostatok terénnych paliatívnych služieb výrazne obmedzuje možnosť výberu miesta dožitia u terminálne chorých osôb.

Iba jeden z 25 mobilných hospicov je zriadený priamo v ústavnom zdravotníckom zariadení. Absencia mobilného hospicu zriadeného priamo v ústavnom zdravotníckom zariadení „znižuje mieru efektivity a kontinuity starostlivosti“.¹²

Ako vyplýva z odporúčaní Európskej asociácie paliatívnej starostlivosti (ďalej len „EAPC“) z roku 2011, na 1 milión obyvateľov je potrebných 80 až 100 lôžok paliatívnej starostlivosti¹³. V roku 1995 vypracoval prof. Xavier Gómez-Batiste projekt implementácie paliatívnej medicíny do systému zdravotníckej starostlivosti pre Katalánsko. Tento systém bol revidovaný každých 5 rokov, pričom pri poslednej revízii z roku 2015 bolo skonštatované, že pri danom stave je dostupnosť paliatívnej starostlivosti pre populáciu Katalánska zabezpečená na 80%¹⁴. Potreba lôžok pre dlhodobú paliatívnu starostlivosť podľa katalánskeho modelu je 100 paliatívnych lôžok na 1 milión obyvateľov, čiže na Slovensku by bolo potrebné vytvoriť približne 550 lôžok.

Paliatívne oddelenia

V súčasnosti je na Slovensku k dispozícii 59 lôžok na paliatívnych oddeleniach, pričom vzhľadom na nedostatočné personálne pokrytie lekárom so špecializáciou v špecializačnom odbore paliatívna medicína sa špecializovaná paliatívna starostlivosť (ďalej aj „ŠPS“) poskytuje iba na tretine týchto lôžok. V zmysle štandardov EAPC pri potrebe 20 akútnych lôžok na jeden milión obyvateľov by bolo v prípade Slovenska potrebné vytvoriť cca 110 akútnych paliatívnych lôžok. Aktuálne jediné akútne paliatívne oddelenie je zriadené v rámci Kliniky klinickej onkológie Národného onkologického ústavu (NOÚ) a má k dispozícii iba 19 lôžok.

Kamenné hospice

Paliatívna starostlivosť v slovenských pomeroch je poskytovaná aj v 12 kamenných hospicoch s celkovou kapacitou 216 lôžok. Z toho iba v 4 kamenných hospicoch je zabezpečená lekárom so špecializáciou v špecializačnom odbore paliatívna medicína. V tabuľke 3 sú uvedené pracoviská, ktoré podľa aktuálnych informácií poskytujú špecializovanú ústavnú paliatívnu starostlivosť a ich regionálna ne/dostupnosť.¹⁵

Tabuľka 2: Špecializovaná ústavná paliatívna starostlivosť

¹² https://www.mfsr.sk/files/archiv/1/Plan_obnovy_a_odolnosti.pdf

¹³ <https://eapcresearchcongress2020.eu/wp-content/uploads/2020/11/White-Paper-on-standards-and-norms-for-hospice-and-palliative-care-in-Europe.pdf>, str. 27

¹⁴ Gómez-Batiste X et al., 2015. The Catalonia WHO Demonstration Project of Palliative Care: Results at 25 Years (1990-2015), J Pain Sym Management, <http://doi.org/101016/j.painsymman2015.11.029>, accessed Feb 23 2019

¹⁵ Správa o stave onkológie na Slovensku 2020, Dostupné na: <https://www.noisk.sk/files/2020/2020-06-03-vs-stav-onkologie-na-slovensku-2019-noi-sk.pdf>

ŠUPS	Paliatívne oddelenie – akútna ZS		Paliatívne oddelenie – v zmysle LTC		Konz. paliatívny tím v nemocnici	Hospic	
	Názov	Počet lôžok	Názov	Počet lôžok		Názov	Počet lôžok
Bratislavský kraj	NOÚ Klenová 1	19	Univerzitná NsP Milosrdní bratia, s.r.o., Bratislava – Staré mesto	7	NOÚ Klenová	Liečebňa sv. Františka, a.s. Bratislava	24
						Dom Rafael Bratislava	12
Trnavský kraj	--	0	--	0	0	Zdravotno–sociálne centrum Sv. Alžbety – Trstice	25
Trenčiansky kraj	--	0	NsP Považská Bystrica	17	0	Hospic Milosrdných sestier - Trenčín	24
						NsP Ilava	13
Nitriansky kraj	--	0	--	0	0	Hospic Sv. Františka z Assisi – Palárikovo	23
						Hospic - dom pokoja a zmiery u Bernardetky – Nitra (Spišská katolícka charita)	15
Žilinský kraj	--	0	Hornooravská nemocnica s poliklinikou Trstená	10	0	--	0
			Kysucká nemocnica s poliklinikou Čadca	25			
Banskobystrický kraj	--	0	--	0	0	Hospic – Dom Božieho Milosrdenstva Banská Bystrica	16
						Hospic Hestia Lučenec	15
Prešovský kraj	--	0	--	0	0	Hospic sv. Alžbety v Ľubici (Spišská katolícka charita)	24
						Hospic Matky Terezy Bardejov a Dom ošetrovateľskej starostlivosti Bardejov (Spišská katolícka charita)	18
Košický kraj	--	0	--	0	--	Hospic - Vysokospecializovaný odborný ústav geriatrický sv. Lukáša v Košiciach n. o. Košice	7
Spolu v SR		19		59	1		216/90

Zdroj: Správa o stave onkológie na Slovensku 2020, Dostupné na: <https://www.noisk.sk/files/2020/2020-06-03-vs-stav-onkologie-na-slovensku-2019-noi-sk.pdf>

Mobilné hospice

Potreba mobilných hospicov je podľa EAPC¹⁶ definovaná približne na úrovni 1 mobilného hospicu na okres. Slovensko má v súčasnosti pre 79 okresov k dispozícii 8 mobilných hospicov, z čoho len v siedmich pracujú lekári so špecializáciou v špecializačnom odbore paliatívna medicína. Starostlivosť poskytovanú prostredníctvom mobilného hospicu by bolo vhodné doplniť aj o tzv. podporný tím (napr. psychológ, fyzioterapeut, duchovný, nutričný poradca a pod.), ktorý v podmienkach SR takmer úplne absentuje.

Mobilné hospice ako súčasť špecializovanej ambulantnej paliatívnej starostlivosti s možnosťou návštevnej služby lekárom a sestrou sú k dispozícii len v piatich krajoch Slovenska. NCZI vykazuje údaje o 25 mobilných hospicoch, z ktorých však reálne poskytujú návštevnu (terénnu) službu lekára a sestry len uvedené v tabuľke 3.

Tabuľka 3: Špecializovaná ambulantná paliatívna starostlivosť

ŠAPS	Mobilný hospic		Paliatívna ambulancia	
	Názov	Počet	Názov	Počet
Bratislavský kraj	NOU Klenová 1	1	NOÚ Klenová	1
	MOHO sv. Kataríny Labouré	1		
	MOHO Simeon	1		
Trnavský kraj	Domáca hospicová starostlivosť, s.r.o. (Skalica)	1	--	0
	MOHO Dotyk života (Vrbové)	1		
Trenčiansky kraj	MOHO Sv. Lujza (Prievidza)	1	--	0
Nitriansky kraj	MOHO pri Hospici sv. Bernardetky	1	--	0
Banskobystrický kraj	MOHO pri Hospici v Banskej Bystrici	1	--	0
Žilinský kraj	--	0	--	0
Prešovský kraj	--	0	--	0
Košický kraj	--	0	--	0

ŠAPS	Mobilný hospic		Paliatívna ambulancia	
	Názov	Počet	Názov	Počet
SPOLU		8		1

Zdroj: Správa o stave onkológie na Slovensku 2020, Dostupné na: <https://www.noisk.sk/files/2020/2020-06-03-vs-stav-onkologie-na-slovensku-2019-noi-sk.pdf>

Modelovým príkladom zabezpečovania komplexnej paliatívnej starostlivosti je výučbové centrum v NOÚ, kde na onkologickom oddelení F Kliniky klinickej onkológie zameranom na paliatívnu medicínu je zriadená ambulancia paliatívnej medicíny a mobilný hospic. Tím oddelenia OKO F realizuje konzíliá pre celý NOÚ. Osoby s potrebou paliatívnej starostlivosti sú referované na paliatívnych multidisciplinárnych seminároch. Komplexnosť starostlivosti je zabezpečená súčinnosťou sociálnej poradkyne, nutričnej poradkyne a psychologičky. Ambulancia paliatívnej medicíny v NOÚ je jedinou ambulanciou paliatívnej medicíny na Slovensku.¹⁶

2.6. Hospitalizácie u poskytovateľov participujúcich na dlhodobej starostlivosti

Vo všeobecnosti je ústavná starostlivosť považovaná za najnákladnejšiu formu poskytovania zdravotnej starostlivosti, napriek tomu je na Slovensku stále vo veľkej miere využívaná, a to aj pre účely dlhodobej starostlivosti. Dôvody tohto stavu sú deklarované v bode 2.3.

V súvislosti s obmedzenými zdrojmi verejného zdravotného poistenia je preto potrebné sa zamerať na rozvoj a podporu menej nákladných služieb dlhodobej starostlivosti mimo ústavnej starostlivosti, ktoré by boli prevenciou voči nadpriemernej hospitalizácii, nakoľko je odôvodnený predpoklad, že kvôli demografickým ukazovateľom bez systémového zásahu bude ešte narastať.

Podľa údajov vedených NZCI bolo v roku 2019 v zdravotníckych zariadeniach, ktoré participujú na poskytovaní dlhodobej starostlivosti realizovaných 340 012 hospitalizácií, z toho iba 2 558 lôžok špecializovanej ústavnej paliatívnej starostlivosti.

Tabuľka 4: Prehľad hospitalizácií za rok 2019¹⁷

Typ oddelenia	Počet hospitalizácií	Počet ošetrovacích dní	Priemerný počet ošetrovacích dní
Detská psychiatria	1 718	54 062	31,5
Dlhodobá intenzívna starostlivosť	19	6 911	363,7
Liečebňa dlhodobo chorých	27 239	497 236	18,3
Doliečovacie zariadenie	2 628	28 845	11
Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia bez kúpeľov	23 159	237 174	10,2
Geriatria	19 267	165 917	8,6
Gerontopsychiatria	1 173	69 201	59,0
Kardiológia	18 114	73 514	4,1
Neurológia	69 161	418 763	6,1
Paliatívna medicína	1 140	12 187	10,7
Psychiatria	35 449	895 974	25,3
Ústavná hospicová starostlivosť	1 418	63 732	44,9
Ústavná ošetrovateľská starostlivosť	2 759	75 272	27,3
Vnútorné lekárstvo	136 768	874 308	6,4
CELKOM	340 012	3 473 096	

Zdroj: NZCI, 2019; vlastné výpočty

¹⁶ Stratégia dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republike, <https://www.slov-lex.sk/legislativne-procesy/-/SK/dokumenty/LP-2021-412>

¹⁷ http://www.nczisk.sk/Statisticke_vystupy/Tematicke_statisticke_vystupy/Hospitalizacie/Pages/default.aspx

2.7. Financovanie dlhodobej starostlivosti

Financovanie zdravotnej starostlivosti (v jej rámci aj financovanie dlhodobej starostlivosti) je primárne zabezpečené systémom verejného zdravotného poistenia, v ktorom pôsobia tri zdravotné poisťovne, ktoré uhrádzajú zdravotnú starostlivosť realizovanú poskytovateľmi najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete.

Úhrada formou zmluvne dohodnutej ceny za zdravotné výkony alebo formou paušálnych úhrad sa javí ako nedostatočné, nakoľko len čiastočne pokrýva náklady poskytovateľov.

ADOS poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť nielen v domácom prostredí osoby, ale aj v niektorých zariadeniach sociálnych služieb a tieto výkony sú hradené zdravotnými poisťovňami. Tieto úhrady slúžia na pokrytie prevádzkových nákladov, pričom v súčasnosti len čiastočne pokrývajú náklady na materiálno-technické vybavenie a náklady na dopravu. Celkové úhrady zdravotných poisťovní poskytovateľom ADOS v roku 2019 nepresiahli 21 mil. EUR.

Úhrady zdravotných poisťovní za starostlivosť v hospicioch a domoch ošetrovateľskej starostlivosti nepostačujú na pokrytie nákladov na starostlivosť, podobne ani v prípade mobilných hospicov nie sú pokryté náklady na dopravu. Nedostatok financií tieto zariadenia kompenzujú navýšením úhrad od klientov, resp. darmi. V dôsledku toho sa tak znižuje dostupnosť služieb pre nízkoprijemové skupiny obyvateľstva. Do budúcnosti je možné uvažovať aj o iných zdrojoch financovania ošetrovateľskej starostlivosti v týchto zariadeniach (napr. pripistenie na dlhodobú starostlivosť¹⁸).

Z 514 mil. eur, ktoré sú ročne vynaložené na financovanie týchto zariadení sociálnych služieb, je tak iba 2,8 mil. eur (0,5%) hradených z verejného zdravotného poistenia priamo zariadeniu. Zamestnanci poskytujúci zdravotnú/ošetrovateľskú starostlivosť pritom tvoria 13% personálu v zariadeniach sociálnych služieb.¹⁹

Nízke paušálne úhrady z verejného zdravotného poistenia za ošetrovateľskú starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb znižujú možnosť získať a adekvátne ohodnotiť kvalifikovaný zdravotnícky personál. Zároveň zvyšujú celkovú výšku úhrady platenú prijímateľom sociálnej služby, ktorý si za poskytovanie/zabezpečenie ošetrovateľskej starostlivosti u mnohých poskytovateľov platí osobitnú úhradu.

Poskytovanie paliatívnej zdravotnej starostlivosti v zariadení ústavnej starostlivosti alebo v domácom prostredí alebo v inom prirodzenom prostredí osoby je pre poskytovateľov tejto zdravotnej starostlivosti finančne nevýhodné. Úhrady poisťovní sú výrazne nižšie než náklady na starostlivosť. Poskytovatelia sú preto nútení vykryť chýbajúce prostriedky navýšením úhrad od osôb, ktorým starostlivosť poskytujú, resp. darmi.

Nízke úhrady zo strany zdravotných poisťovní odrádzajú poskytovateľov od zriaďovania vlastných mobilných hospicov a „kamenných“ hospicov. Napríklad mobilný hospic Klenová dostal v roku 2020 za 10 mesiacov v roku poskytovania špecializovanej paliatívnej starostlivosti v domácom prostredí 17 000 eur – vrátane ľudských zdrojov, všetkých nákladov na prevádzku, osobného motorového vozidla, pohonných hmôt, špecializovaného zdravotníckeho materiálu, mnohých liekov, ktoré nie je možné predpísať na recept (s tzv. ambulantným kódom), kontinuálnych dávkočív liekov a podobne. Všeobecne je možné zo štruktúry výsledku hospodárenia mobilných hospicov zhodnotiť, že platby od zdravotných poisťovní pokrývajú iba 15% nákladov.

¹⁸ <https://ivpr.gov.sk/moznost-zavedenia-poistenia-v-odkazanosti-na-pomoc-inej-osoby-analyticke-vychodiska-kvetoslava-repkova-2019/>

¹⁹ Plán obnovy a odolnosti https://www.mfsr.sk/files/archiv/1/Plan_obnovy_a_odolnosti.pdf

Novo navrhnutým úhradovým mechanizmom pre dlhodobú zdravotnú starostlivosť dôjde k výraznejšiemu pokrytiu nákladov poskytovateľov, ale aj k ich motivácii na zefektívnenie jej poskytovania, čím sa v konečnom dôsledku zvýši dostupnosť tejto starostlivosti pre osoby, ktoré ju potrebujú.

2.8. Cesta pacienta v dlhodobej zdravotnej starostlivosti

Nevyhnutnou podmienkou pre kvalitné a efektívne poskytovanie dlhodobej zdravotnej starostlivosti je optimálne manažovanie a liečba pacienta s potrebou dlhodobej zdravotnej starostlivosti zo strany zdravotníckych zariadení.

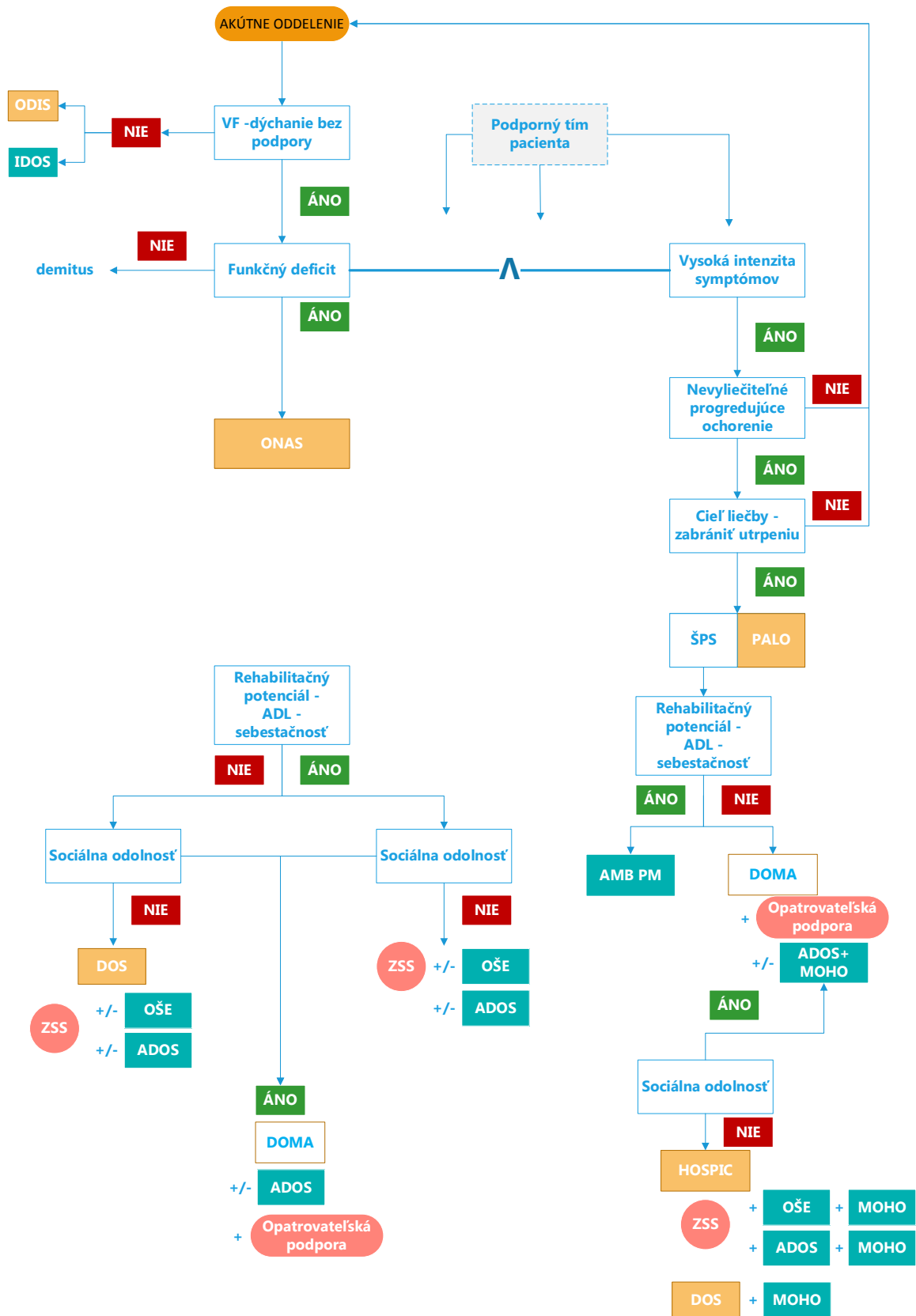
Ministerstvo zdravotníctva SR bude pripravovať koncepciu následnej zdravotnej starostlivosti, ktorá rozpracuje príslušnú časť „cesty pacienta“ a poskytne základné informácie o optimálnom manažovaní a liečbe pacienta s potrebou následnej zdravotnej starostlivosti.

„Cesta pacienta“ (vid' graf 4) je schéma koncipovaná prehľadne, tak aby bola zrozumiteľná aj pre pacientov. Biele rámčeky uvedené v grafe 4 obsahujú domény, ktorých výskyt definuje pacienta v určitom zariadení (vid' tabuľka 5).

Cieľom dokumentu je zoptimalizovať proces manažovania pacienta s potrebou dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti tak, aby pacient podľa stanovených kritérií bol správne a včas zaradený do niektorej z týchto foriem zdravotnej starostlivosti. Takýto efektívny manažment prináša benefit pre pacienta, zvýši sa pre neho dostupnosť dlhodobej starostlivosti, t. j. bude mu poskytnutá v čase, keď ju reálne potrebuje a ak mu to jeho zdravotný stav dovoľí, aby sa mohol čo najskôr alebo výrazne skôr vrátiť do domáceho prostredia a nevytrhnúť z kruhu najbližších.

Takýto prístup prinesie aj efektívnejšie hospodárenie s verejnými zdrojmi, optimálnejšie využitie lôžkového fondu - predíde sa zbytočným hospitalizáciám a rehospitalizáciám týchto osôb na akútnych lôžkach nemocníc, nemocnice budú mať k dispozícii viac lôžok pre pacientov s ťažkými stavmi.

Graf 4: Cesta pacienta s potrebou dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti s vyznačenými formami zdravotnej starostlivosti



SKRATKY	
ADL	Activities of daily living
ADOS	Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti
AMB PM	Ambulancia paliatívnej medicíny
DOS	Dom ošetrovateľskej starostlivosti
IDOS	Intenzívna domáca ošetrovateľská starostlivosť (odložená účinnosť od 1.7.2023)
KAHO	Kamenný hospic
MOHO	Mobilný hospic
ODIS	Oddelenie dlhodobej intenzívnej starostlivosti (v súčasnosti ODIS, OAIM)
ONAS	Oddelenie následnej starostlivosti (v súčasnosti LDCH, ODCH, FBLR)
OŠE	Ošetrovateľská starostlivosť v ZSS
PALO	Paliatívne oddelenie
ŠPS	Špecializovaná ambulantná starostlivosť
VF	Vitálne funkcie
ZSS	Zariadenie sociálnych služieb (resp. zariadenie sociálnej pomoci)

VYSVETLIVKY
sociálne
ambulantné zdravotnícke
ústavné zdravotnícke

Zdroj: Vlastné spracovanie

Tabuľka 5: Domény pre zaradenie osoby do niektorej z foriem dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti

	VF – dýchanie s UPV	Funkčný deficit	ADL – sebestačnosť	Vysoká intenzita symptómov	Potreba ošetrovateľskej starostlivosti	Nevyliečiteľné progredujúce ochorenie	Chronické ochorenie	Nepriaznivá sociálna situácia
Akútne odd	nemá vplyv	+	nemá vplyv	+	+	-	nemá vplyv	nemá vplyv
LTC – následná star.								
ONAS – FBLR	-	+	nemá vplyv	-	+	-	+	nemá vplyv
ONAS – Neur	-	+	nemá vplyv	-	+	-	+	nemá vplyv
ONAS – Int	-	+	nemá vplyv	-	+	-	+	nemá vplyv
ŠPS								
ŠUPS – PALO	-	+	nemá vplyv	+	+	+	nemá vplyv	nemá vplyv
ŠUPS - Hospic	-	+	-	+	+	+ (expektácia života 6 mes.)	nemá vplyv	+
ŠAPS – Amb PM	-	nemá vplyv	+	+	nemá vplyv	+	nemá vplyv	-
ŠAPS – MOHO +/- ADOS	-	+	-	+	+	+	nemá vplyv	-
ŠAPS – ZSS + OŠE/ADOS + MOHO	-	+	-	+	+	+	nemá vplyv	+
ŠAPS – DOS + MOHO	-	+	-	+	+	+	nemá vplyv	+
LTC - ošetrovateľská								
DOS	-	+	-	nemá vplyv	+	nemá vplyv	nemá vplyv	+
ADOS	-	nemá vplyv	nemá vplyv	nemá vplyv	+	nemá vplyv	nemá vplyv	-
ZSS + OŠE/ADOS	-	nemá vplyv	nemá vplyv	nemá vplyv	+	nemá vplyv	nemá vplyv	+
LTC intenzivistická								
ODIS	+	+	-	nemá vplyv	+	nemá vplyv	nemá vplyv	+
IDOS	+	+	-	nemá vplyv	+	nemá vplyv	nemá vplyv	-

Zdroj: Vlastné spracovanie MUDr. Andrea Škripekovej

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)	10 903 240	25 157 022	29 555 961	33 112 247	
Mzdy, platy, služobné príjmy a ostatné osobné vyrovnania (610)					
Poistné a príspevok do poisťovní (620)					
Tovary a služby (630) ²					
Bežné transfery (640) ²	10 903 240	25 157 022	29 555 961	33 112 247	
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	10 903 240	25 157 022	29 555 961	33 112 247	

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					
z toho vplyv na ŠR					
Priemerný mzdový výdavok (v eurách)					
z toho vplyv na ŠR					
Osobné výdavky celkom (v eurách)	0	0	0	0	
Mzdy, platy, služobné príjmy a ostatné osobné vyrovnania (610)					
z toho vplyv na ŠR					
Poistné a príspevok do poisťovní (620)					
z toho vplyv na ŠR					

Poznámky:

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

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	
<i>(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.“)</i>	
4.1 Identifikujte, popíšte a kvantifikujte vplyv na hospodárenie domácností a špecifikujte ovplyvnené skupiny domácností, ktoré budú pozitívne/negatívne ovplyvnené.	
<i>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).</i>	
4.1.1 Pozitívny vplyv	
a)	
b)	Popíšte opatrenie a jeho vplyv na hospodárenie domácností s uvedením, či ide o zvýšenie príjmov alebo zníženie výdavkov:
	Predkladaná právna norma nemá vplyv na hospodárenie domácností
c)	Špecifikujte ovplyvnené skupiny:
	Ovplyvnená skupina č. 1
	Ovplyvnená skupina č. 3
	Ovplyvnená skupina č. 2
d)	Kvantifikujte rast príjmov alebo pokles výdavkov za jednotlivé ovplyvnené skupiny domácností / skupiny jednotlivcov a počet obyvateľstva/domácností ovplyvnených predkladaným návrhom.
e)	- priemerný rast príjmov/ pokles výdavkov v skupine v eurách a/alebo v % / obdobie: - veľkosť skupiny (počet obyvateľov):
	Ovplyvnená skupina č. 1
	Ovplyvnená skupina č. 3
	Ovplyvnená skupina č. 2
f)	Dôvod chýbajúcej kvantifikácie:
4.1.1.1 Z toho pozitívny vplyv na skupiny v riziku chudoby alebo sociálneho vylúčenia	
<i>(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)</i>	
g)	
h)	Popíšte opatrenie a jeho vplyv na hospodárenie domácností s uvedením, či ide o zvýšenie príjmov alebo zníženie výdavkov:
	Predkladaná právna norma nemá vplyv na hospodárenie skupín v riziku chudoby alebo sociálneho vylúčenia
i)	Špecifikujte ovplyvnené skupiny:
	Ovplyvnená skupina č. 1
	Ovplyvnená skupina č. 3
	Ovplyvnená skupina č. 2
j)	Kvantifikujte rast príjmov alebo pokles výdavkov za jednotlivé ovplyvnené skupiny domácností / skupiny jednotlivcov a počet obyvateľstva/domácností ovplyvnených predkladaným návrhom.
k)	- priemerný rast príjmov/ pokles výdavkov v skupine v eurách a/alebo v % / obdobie: - veľkosť skupiny (počet obyvateľov):
	Ovplyvnená skupina č. 1
	Ovplyvnená skupina č. 3
	Ovplyvnená skupina č. 2
l)	Dôvod chýbajúcej kvantifikácie:
4.1.2 Negatívny vplyv	
a)	
b)	Popíšte opatrenie a jeho vplyv na hospodárenie domácností s uvedením, či ide o zníženie príjmov alebo zvýšenie výdavkov:
	Predkladaná právna norma nemá vplyv na hospodárenie domácností

c)	Špecifikujte ovplyvnené skupiny:	Ovplyvnená skupina č. 1
	Ovplyvnená skupina č. 3	Ovplyvnená skupina č. 2
d)	Kvantifikujte pokles príjmov alebo rast výdavkov za jednotlivé ovplyvnené skupiny domácností / skupiny jednotlivcov a počet obyvateľstva/domácností ovplyvnených predkladaným návrhom.	
e)	- priemerný pokles príjmov/ rast výdavkov v skupine v eurách a/alebo v % / obdobie:	Ovplyvnená skupina č. 1
	- veľkosť skupiny (počet obyvateľov):	Ovplyvnená skupina č. 2
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:	Predkladaná právna norma nemá vplyv na hospodárenie skupín v riziku chudoby alebo sociálneho vylúčenia
i)	Špecifikujte ovplyvnené skupiny:	Ovplyvnená skupina č. 1
	Ovplyvnená skupina č. 3	Ovplyvnená skupina č. 2
j)	Kvantifikujte pokles príjmov alebo rast výdavkov za jednotlivé ovplyvnené skupiny domácností / skupiny jednotlivcov a počet obyvateľstva/domácností ovplyvnených predkladaným návrhom.	
k)	- priemerný pokles príjmov/ rast výdavkov v skupine v eurách a/alebo v % / obdobie:	Ovplyvnená skupina č. 1
	- veľkosť skupiny (počet obyvateľov):	Ovplyvnená skupina č. 2
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>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), - kvalitnej 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, - bývaní a súvisiacim základným komunálnym službám, - doprave, - ďalším službám najmä službám všeobecného záujmu a tovarom, - spravodlivosti, právnej ochrane, právnym službám, - informáciám, a) - k iným právam (napr. politickým). 	<p>Predkladaná právna norma si kladie za cieľ systémovo reformovať poskytovanie dlhodobej zdravotnej starostlivosti. Sleduje predovšetkým zlepšenie dostupnosti, kvality a efektívnosti zdravotnej starostlivosti osobám s potrebou dlhodobej zdravotnej starostlivosti a osobám s potrebou paliatívnej zdravotnej starostlivosti, a to nielen v ústavných zdravotných zariadeniach, ale aj v domácom, resp. v inom prirodzenom prostredí.</p> <p>Zmenou cenových opatrení sa očakáva medziročné zvýšenie dostupnosti ústavnej ošetrovateľskej starostlivosti pre osoby s potrebou tejto zdravotnej starostlivosti (v zmysle predkladaného zákona) minimálne o 6%, čo napr. medzi rokmi 2021 a 2022 predstavuje nárast o 116 osôb (t.j. z počtu 1932 na 2048 pri predpoklade 90% obloženosti lôžok). V prípade hospicovej starostlivosti tento nárast predstavuje 73 osôb v porovnaní s rokom 2021, a teda zvýšenie z počtu 1209 osôb s potrebou paliatívnej starostlivosti na 1282 pri predpoklade 90% obloženosti lôžok. V roku 2019 sa kamenné hospice nachádzali takmer v každom samosprávnom kraji (okrem ŽSK), avšak v značne poddimenzovaných počtoch lôžok (BSK = 36; TTSK = 25; TSK = 37; NSK = 38; BBSK = 31; PSK = 42; KSK = 7). Pre ďalších 78 osôb sa zvýši kapacita na oddeleniach paliatívnej medicíny, t.j. z počtu 1292 na 1370 pri 90% obloženosti lôžok. Podľa údajov z r. 2019 disponoval paliatívnym oddelením s akútnou zdravotnou starostlivosťou iba BSK (19 lôžok), v troch krajoch disponovali paliatívnym oddelením v zmysle dlhodobej starostlivosti (BSK = 7 lôžok; TSK = 17 lôžok; ŽSK = 35 lôžok). Poskytovanie paliatívnej zdravotnej starostlivosti si vyžaduje zapojenie špecializovaného personálu, čo nadväzne vytvára tlak na systém a výšku úhrad.</p> <p>Z hľadiska poskytovania zdravotnej starostlivosti v tzv. prirodzenom prostredí (t.j. v domácom prostredí alebo v prostredí zariadenia sociálnej pomoci) je snahou predkladateľa zákona zvrátiť negatívny trend ostatných rokov, kedy prevažovalo zomieranie v nemocničnom prostredí nad prirodzeným prostredím, čo v roku 2019 vyústilo do pomeru 2:1. Cieľom je jednak zvýšiť dostupnosť ako aj kvalitu zdravotnej starostlivosti poskytovanej v prirodzenom prostredí – v prípade mobilných hospicov sa očakáva zvýšenie dostupnosti služieb (tímu lekár-sestra) z pôvodných 764 osôb s potrebou paliatívnej starostlivosti na 3000. V prípade služieb agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS) sa počíta so zvýšením počtu návštev u osôb s potrebou ošetrovateľskej starostlivosti o takmer 12 tisíc v druhom polroku 2022 a o takmer 66 tisíc v roku 2023, t.j. na počet 1,7 milióna návštev.</p> <p>Vytvorením možnosti poskytovať dlhodobú intenzívnu zdravotnú starostlivosť v prirodzenom prostredí (ktorá doteraz neexistovala) sa vytvorí priestor blízkej osobe, ktorá ako laický garant zabezpečuje starostlivosť 24/7 osobe s potrebou domácej umelej pľúcnej ventilácie, aby aspoň čiastočne pokryla svoje základné potreby (napr. návšteva lekára). Odľahčovaciu službu (formu</p>
---	---

		<p>sociálnej pomoci) nie je možné využiť, nakoľko nie je personálne vybavená na poskytovanie tohto typu starostlivosti. V súčasnosti je evidovaných 160 osôb s domácou pľúcnou ventiláciou v domácom prostredí a 7 detí v zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately. Podľa indikatívneho rozpočtu by bolo možné už od polovice roka 2022 poskytnúť 668 návštev tejto špecializovanej starostlivosti prostredníctvom ADOS.</p> <p>Nárast ošetrovateľského paušálu v zariadeniach sociálnej pomoci by mal prispieť ku zvýšeniu kvality poskytovaných zdravotných služieb, ktoré by sa vzhľadom na rozpočtové krytie mali rozšíriť o takmer 95%, t.j. na počet 6200 lôžok z počtu 3093 v r. 2020. Vzhľadom na prebiehajúci proces deinštitucionalizácie zariadení sociálnych služieb zatiaľ nie je možné predpokladať naplnenie počtu verejnej minimálnej siete určenej vyhláškou č. 20/2018 Z.z. v znení neskorších predpisov.</p> <p>Materiál zároveň reaguje aj na potreby dostupnosti starostlivosti v rámci jednotlivých regiónov o.i. aj formou zvýšenia minimálnej siete mobilných hospicov a ambulancií paliatívnej medicíny, ktoré sú základom systémového nastavenia paliatívnej zdravotnej starostlivosti.</p>
b)	<p><i>Má návrh významný vplyv na niektorú zo zraniteľných skupín obyvateľstva alebo skupín v riziku chudoby alebo sociálneho vylúčenia?</i></p> <p><i>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? Uveďte veľkosť jednotlivých ovplyvnených skupín.</i></p>	
c)	<p><i>Zraniteľné skupiny alebo skupiny v riziku chudoby alebo sociálneho vylúčenia sú napr.:</i></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>Zraniteľné skupiny obyvateľstva, alebo osoby v riziku chudoby v súčasnosti môžu ešte výraznejšie pociťovať nedostatok zariadení, ktoré poskytujú dlhodobú starostlivosť, alebo o pacientov, ktorý sa nachádzajú v terminálnom štádiu. Schválením predkladanej normy sa očakáva, že budú vytvorené dostatočné predpoklady na zvýšenie kapacít jednotlivých zariadení, čoho výsledkom môže byť aj lepšia dostupnosť takýchto zariadení pre zraniteľné skupiny obyvateľstva, alebo osoby v riziku chudoby.</p>

4.3 Identifikujte a popíšte vplyv na rovnosť príležitostí. Identifikujte, popíšte a kvantifikujte vplyv na rovnosť žien a mužov.	
a)	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?
b)	Bez vplyvu na rodovú rovnosť.
c)	4.3.2 Môže návrh viesť k zväčšovaniu nerovnosti medzi ženami a mužmi? Podporuje návrh rovnosť príležitostí? Má návrh odlišný vplyv na ženy a mužov? Popíšte vplyvy.
d)	Popíšte riziká návrhu, ktoré môžu viesť k zväčšovaniu nerovnosti: Bez vplyvu na rodovú rovnosť.
e)	Popíšte pozitívne vplyvy návrhu na dosahovanie rovnosti žien a mužov, rovnosti príležitostí žien a mužov, prípadne vplyvy na ženy a mužov, ak sú odlišné: Bez vplyvu na rodovú rovnosť.
f)	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. Bez vplyvu na rodovú rovnosť.
g)	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, - zosúladenie pracovného, súkromného a rodinného života, - podpora rovnosti príležitostí pri participácii na rozhodovaní, - boj proti domácemu 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 zosúladovania pracovného a rodinného života. Bez vplyvu na rodovú rovnosť.

4.4 Identifikujte, popíšte a kvantifikujte vplyvy na zamestnanosť a na trh práce.	
<i>V prípade kladnej odpovede pripojte odôvodnenie v súlade s Metodickým postupom pre analýzu sociálnych vplyvov.</i>	
a)	<i>Uľahčuje návrh vznik nových pracovných miest? Ak áno, ako? Ak je to možné, doplňte kvantifikáciu.</i>
b)	<p><i>Identifikujte, v ktorých sektoroch a odvetviach ekonomiky, v ktorých regiónoch, pre aké skupiny zamestnancov, o aké typy zamestnania /pracovných úväzkov pôjde a pod.</i></p> <p>Očakáva sa vznik nových pracovných miest naprieč Slovenskom, v zariadeniach, ktoré budú poskytovať tento druh starostlivosti. V rámci vytvárania pracovných miest, pôjde o profesie ošetrovateľstva, pomáhajúcich profesií a lekára so špecializáciou v špecializačnom odbore paliatívna medicína.</p>
c)	<i>Vedie návrh k zániku pracovných miest? Ak áno, ako a akých? Ak je to možné, doplňte kvantifikáciu</i>
d)	<p><i>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.</i></p> <p>Návrh nepredpokladá, že dôjde k zániku pracovných miest.</p>
e)	<i>Ovplyvňuje návrh dopyt po práci? Ak áno, ako?</i>
f)	<p><i>Dopyt po práci závisí na jednej strane na produkcii tovarov a služieb v ekonomike a na druhej strane na cene práce.</i></p> <p>Celkové počty novovzniknutých pracovných miest výrazne neovplyvnia dopyt po práci.</p>
g)	<i>Má návrh dosah na fungovanie trhu práce? Ak áno, aký?</i>
h)	<p><i>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).</i></p> <p>Už v súčasnosti je badať nedostatok kvalifikovaných pracovných síl, predovšetkým v odbore ošetrovateľstva, alebo medicíny (lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore paliatívna medicína)</p>
i)	<i>Má návrh špecifické negatívne dôsledky pre isté skupiny profesií, skupín zamestnancov či živnostníkov? Ak áno, aké a pre ktoré skupiny?</i>
j)	<p><i>Návrh môže ohrozovať napr. pracovníkov istých profesií favorizovaním špecifických aktivít či technológií.</i></p> <p>Nie</p>
k)	<i>Ovplyvňuje návrh špecifické vekové skupiny zamestnancov? Ak áno, aké? Akým spôsobom?</i>
l)	<p><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></p> <p>Návrh by mal zlepšiť finančnú situáciu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v pozícii zamestnávateľov, ako aj stimulovať nárast počtu osôb v profesii lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore paliatívna medicína, pomáhajúcich profesií a sestier.</p>

Analýza vplyvov na podnikateľské prostredie

Názov materiálu:

Návrh zákona, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia dopĺňajú niektoré zákony

Predkladateľ: Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky

3.1 Náklady regulácie

3.1.1 Súhrnná tabuľka nákladov regulácie

Tabuľka č. 1: Zmeny nákladov (ročne) v prepočte na podnikateľské prostredie (PP), vyhodnotenie mechanizmu znižovania byrokracie a nákladov.

TYP NÁKLADOV	Zvýšenie nákladov v € na PP	Zníženie nákladov v € na PP
<i>A. Dane, odvody, clá a poplatky, ktorých cieľom je znižovať negatívne externality</i>	0	0
<i>B. Iné poplatky</i>	0	0
<i>C. Nepriame finančné náklady</i>	0	0
<i>D. Administratívne náklady</i>	0	12 279
Spolu = A+B+C+D	0	12 279
z toho		
<i>E. Vplyv na mikro, malé a stredné podniky</i>	0	12 279
<i>F. Úplná harmonizácia práva EÚ</i>	0	0
VÝPOČET mechanizmu znižovania byrokracie a nákladov	IN	OUT
G. Náklady okrem výnimiek = B+C+D-F	0	12 279

3.1.2 Výpočty vplyvov jednotlivých regulácií na zmeny v nákladoch podnikateľov

Tabuľka č. 2: Výpočet vplyvov jednotlivých regulácií (nahradte rovnakou tabuľkou po vyplnení Kalkulačky nákladov):

P.č.	Zrozumiteľný a stručný opis regulácie vyjadrujúci dôvod zvýšenia/zníženia nákladov na PP	Číslo normy (zákona, vyhlášky a pod.)	Lokalizácia (§, ods.)	Pôvod regulácie: SK/EÚ úplná harm./EÚ harm. s možnosťou voľby	Účinnosť regulácie	Kategória dotk. subjektov	Počet subjektov v dotk. kategórii	Počet subjektov MSP v dotk. kategórii	Vplyv na 1 podnik. v €	Vplyv na kategóriu dotk. subjektov v €	Druh vplyvu In (zvyšuje náklady) / Out (znižuje náklady)
1	Cenová regulácia lôžkodňa pre paliatívnu starostlivosť	z.č. 576/2004 Z.z.	§ 86zl	SK	01.07.22	poskytovatelia zdravotnej starostlivosti	15	15	819	12 279	Out (znižuje náklady)

Doplňujúce informácie k spôsobu výpočtu vplyvov jednotlivých regulácií na zmenu nákladov

Osobitne pri každej regulácii s vplyvom na PP zhodnotenom v tabuľke č. 2 uveďte doplňujúce informácie tak, aby mohol byť skontrolovaný spôsob a správnosť výpočtov. Uveďte najmä, ako ste vypočítali vplyvy a z akého zdroja ste čerpali početnosti (uveďte aj link na konkrétne štatistiky, ak sú dostupné na internete). Jednotlivé regulácie môžu mať jeden alebo viac typov nákladov (A. Dane, odvody, clá a poplatky, ktorých cieľom je znižovať negatívne externality, B. Iné poplatky, C. Nepriame finančné náklady, D. Administratívne náklady). Rozčleňte ich a vypočítajte v súlade s metodickým postupom.

Cenovou reguláciou lôžkodňa pre paliatívnu starostlivosť dôjde ku zvýšeniu právnej istoty poskytovateľov tejto zdravotnej starostlivosti stabilnej úhrady a zároveň k úspore času pri rokovaníach či už poskytovateľov jednotlivo alebo zástupcov týchto poskytovateľov so zdravotnými poisťovňami o podmienkach úhrad za paliatívnu starostlivosť. Zjednodušene možno počítať s úsporou času alokovaného na rokovania o cene s jednotlivými zdravotnými poisťovňami.

Nakoľko ide o zložitý proces s neistým výsledkom, cenová regulácia (hoci platná do 30. júna 2024, kedy dôjde k prehodnoteniu mechanizmu a výšky úhrad) prináša administratívne odľahčenie.

3.2 Vyhodnotenie konzultácií s podnikateľskými subjektmi pred predbežným pripomienkovým konaním

Uveďte formu konzultácií vrátane zdôvodnenia jej výberu a trvanie konzultácií, termíny stretnutí. Uveďte spôsob oslovenia dotknutých subjektov, zoznam konzultujúcich subjektov, tiež link na webovú stránku, na ktorej boli konzultácie zverejnené.

Uveďte hlavné body konzultácií a ich závery.

Uveďte zoznam predložených alternatívnych riešení problematiky od konzultujúcich subjektov, ako aj návrhy od konzultujúcich subjektov na zníženie nákladov regulácií na PP, ktoré neboli akceptované a dôvod neakceptovania.

Alternatívne namiesto vyplňania bodu 3.2 môžete uviesť ako samostatnú prílohu tejto analýzy Záznam z konzultácií obsahujúci požadované informácie.

Predkladaný materiál bol v štádiu prípravy konzultovaný so zástupcami zdravotných poisťovní, ako aj s Asociáciou zdravotných poisťovní formou osobných stretnutí. Medzi hlavné body rokovania patrilo predstavenie zámeru predkladateľa legislatívneho návrhu, dopad navrhovaných opatrení na systém a kvalitu zdravotnej starostlivosti v oblasti dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti, ako aj prepojenosti novely so zákonom č. 540/2021 Z.z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a naplňaním míľnikov Plánu obnovy a odolnosti. Záverom bolo zo strany subjektov vyjadrené, že prezentované informácie berú na vedomie, ale svoje záväzné stanovisko budú komunikovať prostredníctvom medzirezortného pripomienkového konania. Nakoľko však zdravotné poisťovne na základe rozhodnutia Európskeho súdneho dvora nie sú podnikateľskými subjektmi, nie je možné ich zaradiť do vyhodnotenia konzultácií v rámci analýzy vplyvov na podnikateľské prostredie.

Legislatívny návrh bol prekonzultovaný so zástupcami organizácií ako napríklad nadácia Socia, Slovenská katolícka charita, SocioFórum, o.z. a Asociácia poskytovateľov sociálnych služieb v SR na konferencii Prechodná a finálna stabilizácia sociálnych služieb dňa 11.11.2021²⁰. Obdobne, ako v prípade zdravotných poisťovní, aj v tomto prípade bol prezentovaný zámer predkladateľa legislatívneho návrhu, dopad navrhovaných opatrení na systém a kvalitu zdravotnej starostlivosti v oblasti dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti, ako aj prepojenosť novely so zákonom č. 540/2021 Z.z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a naplňaním míľnikov Plánu obnovy a odolnosti. Účastníci konferencie sa spolu s predkladateľom legislatívneho

²⁰ <https://www.facebook.com/apssvsr/photos/pcb.1305435563237198/1305434853237269/>

návrhu zhodli na potrebe systémovej zmeny dlhodobej starostlivosti ako celku, t.j. vrátane dlhodobej sociálnej starostlivosti, ktorej legislatívna úprava je rovnako míľnikom Plánu obnovy a odolnosti a ktorá by mala byť zosúladená s predkladanou novelou zákona a príslušnými vykonávacími predpismi.

3.3 Vplyvy na konkurencieschopnosť a produktivitu

Dochádza k vytvoreniu resp. k zmene bariér na trhu?

Nie, nedochádza k vytvoreniu bariér na trhu, naopak, zvýšením verejnej minimálnej siete a zvýšením úhrad prostredníctvom cenového opatrenia dochádza k stimulácii rozsahu poskytovania dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti.

Bude sa s niektorými podnikmi alebo produktmi zaobchádzať v porovnateľnej situácii rôzne (napr. špeciálne režimy pre mikro, malé a stredné podniky tzv. MSP)?

Neočakáva sa odlišné zaobchádzanie s podnikmi v porovnateľnej situácii. V tejto súvislosti sa do porovnateľnej situácie zohľadňuje aj skutočnosť, či má subjekt uzatvorenú zmluvu so zdravotnou poisťovňou (viď návrh § 10g zákona č. 576/2004 Z.z.).

Ovplyvňuje zmena regulácie cezhraničné investície (príliv/odliv zahraničných investícií resp. uplatnenie slovenských podnikov na zahraničných trhoch)?

N/A

Ovplyvní dostupnosť základných zdrojov (financie, pracovná sila, suroviny, mechanizmy, energie atď.)?

Navrhovanou novelou sa nezvyšuje dostupnosť zdrojov, ale zvyšuje sa objem zdrojov na krytie nákladov vyvolaných dopytom na trhu a aktivitami regulátora, konkrétne na zvýšenú potrebu dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti v domácom alebo inom prirodzenom prostredí, ako aj vo vybraných oblastiach ústavnej zdravotnej starostlivosti (najmä oddelenia paliatívnej medicíny, hospice, domy ošetrovateľskej starostlivosti a pod.).

Ovplyvňuje zmena regulácie inovácie, vedy a výskum?

Nie priamo. Zvýšenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti a zber údajov na druhej strane prispieje k doplneniu štatistických údajov použiteľných aj v rámci vedy a výskumu.

Ako prispieva zmena regulácie k cieľu Slovenska mať najlepšie podnikateľské prostredie spomedzi susediacich krajín EÚ?

Predkladanou novelou sa súčasná legislatívna úprava približuje legislatíve aplikovanej vo vyspelých krajinách EÚ.

Konkurencieschopnosť:

Na základe uvedených odpovedí zaškrtnite a popíšte, či materiál konkurencieschopnosť:

zvyšuje nemení znižuje

Produktivita:

Aký má materiál vplyv na zmenu pomeru medzi produkciou podnikov a ich nákladmi?

V zmysle legislatívneho návrhu účelom predkladania rozšíreného výkazu o ošetrovateľskej starostlivosti ako následnej zdravotnej starostlivosti a dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti je monitorovanie dostupnosti, kvality a efektívnosti tejto starostlivosti.

Na základe uvedenej odpovede zaškrtnite a popíšte, či materiál produktivitu:

zvyšuje nemení znižuje

3.4 Iné vplyvy na podnikateľské prostredie

Ak má materiál vplyvy na PP, ktoré nemožno zaradiť do predchádzajúcich častí, či už pozitívne alebo negatívne, tu ich uveďte. Patria sem:

- a) sankcie alebo pokuty, ako dôsledok porušenia právne záväzných ustanovení;*
- b) vplyvy súvisiace so žiadosťami o alebo prijímaním dotácií, fondov, štátnej pomoci a čerpaním iných obdobných foriem podpory zo strany štátu, keďže sú sprievodným javom uchádzania sa či získania benefitov, na ktoré nie je právny nárok priamo zo zákona, ale vzniká na základe prejavu vôle dotknutého subjektu;*
- c) regulované ceny podľa zákona č. 18/1996 Z. z. o cenách;*
- d) iné vplyvy, ktoré predpokladá materiál, ale nemožno ich zaradiť do častí 3.1 a 3.3.*

Predkladateľ novely zákona nad rámec tejto novely vytvára priestor pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti zapojiť sa do národného projektu financovaného z prostriedkov Operačného programu Ľudské zdroje (riadiaci orgán MPSVR SR) zameraného na posilnenie dlhodobej zdravotnej starostlivosti v oblasti personálnych kapacít ADOS a mobilných hospicov²¹.

²¹ https://www.partnerskadohoda.gov.sk/data/files/4823_oplz_2021_07_07_zamer-np_posilnenie-dlhodobej-zs_29_06_2021-fina.pdf