



SLOVAK | BUSINESS | AGENCY



ANALÝZA REGULAČNÝCH BARIÉR PODNIKANIA V ZDRAVOTNÍCTVE

Bratislava 2024

Vydavateľ: Slovak Business Agency

© SBA, Bratislava, 2024

Všetky práva vyhradené.

Údaje, ktoré sú obsahom tejto publikácie, je možné použiť len s uvedením zdroja.

Neprešlo jazykovou úpravou.

OBSAH

ZOZNAM SKRATIEK	5
ZOZNAM GRAFOV, TABULIEK A OBRÁZKOV	8
ÚVOD	13
1 SLOVENSKÉ ZDRAVOTNÍCTVO – CHARAKTERISTIKA.....	14
1.1 ZÁKLADNÉ CHARAKTERISTIKY SYSTÉMU	14
1.1.1 <i>Makroekonomické prostredie</i>	<i>19</i>
1.1.2 <i>Zdroje plynúce do zdravotníctva</i>	<i>30</i>
1.1.3 <i>Konzumenti služieb zdravotnej starostlivosti.....</i>	<i>36</i>
1.1.4 <i>Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti</i>	<i>37</i>
1.1.5 <i>Schéma distribúcie zdrojov v systéme zdravotného poistenia</i>	<i>43</i>
1.2 POROVNANIE STAVU SLOVENSKÉHO ZDRAVOTNÍCTVA V RÁMCI OECD	47
2 CHARAKTERISTIKA MSP V ZDRAVOTNÍCTVE NA SLOVENSKU	58
2.1 ŠTRUKTÚRA MSP V ZDRAVOTNÍCTVE	58
2.1.1 <i>Zamestnanosť</i>	<i>60</i>
2.2 AKTUÁLNY EKONOMICKÝ STAV A ZISKOVOSŤ MSP V ZDRAVOTNÍCTVE	65
2.2.1 <i>Ambulantný sektor</i>	<i>66</i>
2.2.2 <i>Nemocnice.....</i>	<i>69</i>
2.2.3 <i>Lekárne.....</i>	<i>72</i>
2.2.4 <i>Kúpele.....</i>	<i>77</i>
3 REGULAČNÉ BARIÉRY V ZDRAVOTNÍCTVE.....	83
3.1 VSTUP NA TRH A ZRIADENIE PREVÁDZKY.....	83
3.1.1 <i>Licencia na výkon zdravotníckeho povolania (FO typ L1B, PO typ L1C)</i>	<i>84</i>
3.1.2 <i>Postup získania licencie:.....</i>	<i>85</i>
3.1.3 <i>Dohľad a kontrola:</i>	<i>85</i>
3.1.4 <i>Hygienické štandardy zdravotníckych zariadení.....</i>	<i>86</i>
3.1.5 <i>Uzatváranie zmlúv so zdravotnými poisťovňami</i>	<i>89</i>
3.2 PREVÁDZKOVÉ BARIÉRY	90
3.2.1 <i>Legislatíva</i>	<i>90</i>
3.2.2 <i>Administratíva</i>	<i>91</i>
3.3 FINANCOVANIE A EKONOMICKÉ PODMIENKY AMBULANCIÍ.....	96
3.3.1 <i>Ilustrácia konkrétneho prípadu kalkulácie vzorovej ambulancie PaF (SLK Aktuality: SLK (lekom.sk)</i>	<i>97</i>
4 KVALITATÍVNY PRIESKUM.....	105
4.1 METODIKA	105

4.1.1	<i>Témy na rozhovor:</i>	108
4.1.2	<i>Analýza dát</i>	108
4.2	CELKOVÁ REKAPITULÁCIA VÝSTUPOV	109
4.2.1	<i>Podrobné vyhodnotenie výstupov z prieskumu</i>	110
4.2.2	<i>Legislatívne a regulatívne prekážky</i>	110
4.2.3	<i>Finančné a ekonomické obmedzenia</i>	112
4.2.4	<i>Dostupnosť a kvalita pracovnej sily</i>	116
4.2.5	<i>Vzdelávanie a odborná príprava</i>	118
4.2.6	<i>Vzťahy so zdravotnými poisťovňami</i>	119
4.2.7	<i>Elektronizácia</i>	122
4.3	VYHODNOTENIE PRIESKUMU	124
4.3.3	<i>Legislatívne a regulatívne prekážky</i>	124
4.4	FINANČNÉ A EKONOMICKÉ OBMEDZENIA	124
4.4.3	<i>Dostupnosť a kvalita pracovnej sily</i>	124
4.4.4	<i>Vzťahy so zdravotnými poisťovňami</i>	124
4.4.5	<i>Elektronizácia a digitalizácia</i>	124
ZÁVER		126
ODPORÚČANIA		127
ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY		143
PRÍLOHY		147

Zoznam skratiek

Skratka	Vysvetlenie
AIC	Skutočná individuálna spot
APS	Ambulantná pohotovostná služba
DEA	Data Envelopment Analysis
DPH	Daň z pridanej hodnoty
DRG	Skupiny súvisiacich diagnóz
DPN	Dočasná pracovná neschopnosť
EAP	Ekonomicky aktívni poistenci
EKG	Elektrokardiografia
eID	Elektronická identifikačná karta
EMÚ	Hospodárska a menová únia (Economic and Monetary Union)
ePN	Elektronizácia potvrdenia o dočasnej pracovnej neschopnosti
eRecepty	Elektronické recepty
EÚ	Európska únia
EUR	Euro
eZdravie	System Elektronického zdravotníctva
EZK	Elektronická zdravotná knižka
EZZ	Elektronický zdravotný záznam
FBLR	Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia
HDP	Hrubý domáci produkt
ID	Identifikátor pacienta
IKT (ICT)	Informačno-komunikačné technológie
INESS	Inštitút ekonomických a spoločenských analýz
IS	Informačný systém
JEL	Časopis Journal of Economic Literature
MF SR	Ministerstvo financií SR

MSP	Mikropodniky, malé a stredné podniky
MV SR	Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
NCZI	Národné centrum zdravotníckych informácií
NZIS	Národný zdravotnícky informačný systém
OECD	The Organisation for Economic Co-operation and Development
PCG	Public Consulting Group
PKS	Parita kúpnej sily (Purchasing power parity)
PL	Praktický lekár
PN	Potvrdenie o práceneschopnosti
PZS	Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti
RÚVZ	Regionálny úrad verejného zdravotníctva
s. r. o.	Spoločnosť s ručením obmedzeným
SBA	Slovenská business agentúra
SLK	Slovenská lekárska komora
SR	Slovenska republika
ŠÚSR	Štatistický úrad Slovenskej republiky
SVALZ	Spoločné vyšetровacie a liečebné zložky
SW	Software
SWOT	Strengths, weaknesses, opportunities, and threats analysis
ŠAS	Špecializovaná ambulantná starostlivosť
ŠÚKL	Statný ústav pre kontrolu liečiv
UTV	Univerzita tretieho veku
ÚDZS	Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
ÚVZ SR	Úrad verejného zdravotníctva SR
VL	Všeobecný lekár
VLD	Všeobecná ambulancia pre dospelých

VLDD	Všeobecná ambulancia pre dospelých a dorast
VPL	Všeobecný praktický lekár
VŠ	Vysoká škola
VšZP	Všeobecná zdravotná poisťovňa
VÚC	Vyšší územný celok
WHO	World Health Organization (Svetová zdravotnícka organizácia)
ZAP	Zväz Ambulantných Poskytovateľov
ZP	Zdravotná poisťovňa
ZS	Zdravotná starostlivosť

ZOZNAM GRAFOV, TABULIEK A OBRÁZKOV

Graf 1: Inflácia – vývoj spotrebiteľských cien v SR (v %)	23
Graf 2: Štruktúra výdavkov domácnosti pre rok 2024 (v % 12 odborov od najvyššieho podielu z celkových výdavkov)	23
Graf 3: CPI, medziročný rast inflácii	24
Graf 4: Rizikové faktory	25
Graf 5: Prognóza indexu starnutia na Slovensku do roku 2060	27
Graf 6: Stredný variant očakávaného vývoja počtu obyvateľov podľa hlavných vekových skupín na Slovensku do roku 2060	28
Graf 7: Podiel obyvateľov nad 70 rokov sa medzi rokmi 2022 a 2030 zvýši o 30%	28
Graf 8: PKS v EUR na osobu, 2021	31
Graf 9: Lieky, ambulantná a ústavná starostlivosť osobitne tvoria takmer tretinu výdavkov na zdravotníctvo, 2021	32
Graf 10: Celková suma výdavkov zdravotnej poisťovne na zdravotnú starostlivosť určených v rozpočte na rok 2024	35
Graf 11: Ústavná zdravotná starostlivosť vrátane ambulantných častí – percentuálny podiel PZS, ktorí prevádzkovali daný druh zariadenia v SR k 31.12.2022	41
Graf 12: Štruktúra zdravotníckych pracovníkov (pracovných miest) podľa povolania za rok 2022, spracované autorom podľa dát NCZI	42
Graf 13: Miera krytia z verejných zdrojov v roku 2021	46
Graf 14: Podiel hotovostných platieb v S	46
Graf 15: Výdavky na zdravotníctvo ako podiel HDP, 2022	48
Graf 16: Podiel obyvateľstva vo veku 65 a viac rokov a 80 a viac rokov, 2021 a 2050, štáty OECD	49
Graf 17: Stredná dĺžka života vo veku 65 rokov, 2000, 2019 a 2021	50
Graf 18: Výdavky na zdravotníctvo na obyvateľa, 2022	50
Graf 19: Značnému počtu úmrtí by sa mohlo na Slovensku predísť prostredníctvom zásahov v oblasti ochrany verejného zdravia, prevencie a zdravotnej starostlivosti, 2020	51
Graf 20: Preventabilné a liečiteľné príčiny úmrtnosti	51
Graf 21: Vplyv výdavkov na zdravotnú starostlivosť prispôbených veku na obyvateľa, 2022	52
Graf 22: Cenové hladiny v zdravotníctve, 2021, priemer OECD = 100	53
Graf 23: Objemy zdravotnej starostlivosti na obyvateľa, 2021, priemer OECD = 100	53
Graf 24: Úrovně cien zdravotnej starostlivosti v porovnaní s cenovými hladinami v celej ekonomike, 2021, priemer OECD = 100	54
Graf 25: Vývoj počtu zdravotníckych zariadení podľa vlastníctva	60
Graf 26: Štruktúra zdravotníckych pracovníkov podľa povolania, rok 2018 a 2022	63
Graf 27: Vývoj počtu sestier a praktických sestier – asistentov	64
Graf 28: Vývoj počtu lekárov a zubných lekárov	64
Graf 29: Vývoj počtu zdravotníckych pracovníkov v zdravotníctve podľa zriaďovateľa	65
Graf 30: Percentuálny podiel podnikateľských subjektov kategórie MSP v nemocenskom sektore	70
Graf 31: Percentuálny podiel nemocníc podľa vlastníctva v nemocenskom sektore	71
Graf 32: Percentuálny podiel nemocníc kategórie MSP podľa vlastníctva	72
Graf 33: Percentuálny podiel sieťových lekární a lekární MSP	75
Graf 34: Vývoj počtu odliečených pacientov v kúpeľnej starostlivosti (všetky podniky spolu)	80
Graf 35: Počet novelizácií jednotlivých zákonov	91
Tabuľka 1: Matica makroekonomických faktorov na miestnej, národnej a medzinárodnej úrovni	19
Tabuľka 2: Medziročné rasty zložiek inflácie	22
Tabuľka 3: Demografická a sociálno-ekonomická situácia na Slovensku v roku 2022	25
Tabuľka 4: Vybrané makroekonomické ukazovatele	29
Tabuľka 5: Štruktúra celkových disponibilných zdrojov zdravotníctva	30
Tabuľka 6: Minimálna celková suma v eurách pre jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti pre jednotlivé poisťovne, 2024	33
Tabuľka 7: Vplyv zvýšenia sadzby zdravotných odvodov o 1 p.b.	36
Tabuľka 8: Počet poistencov	36
Tabuľka 9: Počet poistencov v jednotlivých zdravotných poisťovniach k 1.1.2023	37
Tabuľka 10: Počet zdravotníckych zariadení podľa druhu k 31.12.2022, spracované autorom podľa dát NCZI	38

Tabuľka 11: Prehľad siete zdravotnej ambulantnej starostlivosti – druhy zdravotníckych zariadení v roku 2022	39
Tabuľka 12: Prehľad siete lekárenskej starostlivosti – druhy zdravotníckych zariadení v roku 2022	42
Tabuľka 13: Počet podnikov podľa veľkosti a právnej formy (mimo štátnych subjektov)	59
Tabuľka 14: Sektorové rozloženie podnikateľských subjektov	59
Tabuľka 15: Pracovníci v zdravotníctve podľa zriaďovateľa, celkových počtov, podielov a pohlavia k 31.12.2022	61
Tabuľka 16: Pracovníci v zdravotníctve podľa povolania a zriaďovateľa	62
Tabuľka 17: Počet ambulancií v sektore zubná starostlivosť podľa veľkostných kategórií podnikov	66
Tabuľka 18: Počet ambulancií v sektore Všeobecná ambulancia a Všeobecná ambulancia pre dospelých a dorast podľa veľkostných kategórií podnikov	67
Tabuľka 19: Počet špecializovaných ambulancií podľa veľkostných kategórií podnikov	67
Tabuľka 20: Náklady, výnosy a hospodársky výsledok v zariadeniach ambulantnej zdravotnej starostlivosti	68
Tabuľka 21: Vypočítané ukazovatele	68
Tabuľka 22: MSP v číslach podľa typu vlastníctva v roku 2022 – nemocnice	71
Tabuľka 23: Lekárne v číslach v roku 2022	73
Tabuľka 24: Náklady, výnosy a hospodársky výsledok v zariadeniach lekárenskej starostlivosti	75
Tabuľka 25: Malé a stredné podnikanie v číslach v roku 2022 – kúpele	78
Tabuľka 26: Náklady, výnosy a hospodársky výsledok v zariadeniach kúpeľnej starostlivosti	78
Tabuľka 27: Zoznam administratívnych úkonov	94
Tabuľka 28: Výpočet ordinačných minút na mesiac	99
Tabuľka 29: Príklad za typovú ambulanciu PaF	100
Tabuľka 30: Respondenti zapojení do prieskumu	107
Tabuľka 31: Zoznam legislatívnych bariér v oblasti zdravotníctva identifikovaných analýzou s vplyvom na sektor MSP	131
Obrázok 1: Bismarckov model	14
Obrázok 2: Systém organizácie zdravotníctva SR	16
Obrázok 3: Celková efektívnosť systému zdravotníctva v SR	17
Obrázok 4: Zdravotná starostlivosť v SR	18
Obrázok 5: Nevyhnuté systémové zmeny	18
Obrázok 6: Hlavné prvky a prepojenia medzi makroekonomiou a zdravím	21
Obrázok 7: Nesprávne stravovanie, fajčenie a znečistenie ovzdušia prispievajú k mieram úmrtnosti	26
Obrázok 8: Rozpočet na zdravotníctvo	34
Obrázok 9: Lieky, ambulantná a ústavná starostlivosť osobitne tvoria takmer tretinu výdavkov na zdravotníctvo, 2021	34
Obrázok 10: Informácia o výške podielu poistencov jednotlivých zdravotných poisťovní k 01.01.2023	37
Obrázok 11: Informatívny prepočet návrhu výšky mesačnej úhrady v Eur v zmysle §8 zákona 581/2004 Z. z. pre rok 2023	37
Obrázok 12: Systém verejného zdravotného poistenia v SR	45
Obrázok 13: Health Readiness Index (Index zdravotnej pripravenosti), 2022	55
Obrázok 14: Reálna minimálna nákladovosť ambulancie	98
Obrázok 15: Prepočet príjmov na ambulanciu v odbore PaF	99

Manažérske zhrnutie

Slovenské zdravotníctvo je charakterizované ako jeden z najviac regulovaných sektorov, čo prináša malým a stredným podnikom (MSP) významné výzvy. Hlavným cieľom analýzy je identifikovať kľúčové regulačné bariéry brániace MSP v ich založení, prevádzke a rozvoji, a navrhnúť zmeny legislatívy na zlepšenie ich situácie zohľadňujúc zásady ochrany slobody podnikania a práva na ochranu zdravia stanovené v ústave SR.

Kapitola – Slovenské zdravotníctvo charakteristika sa zaoberá základnými črtami slovenského zdravotníckeho systému, vrátane jeho štruktúry, financovania a porovnania so štandardmi OECD. Venuje sa tiež demografickým faktorom a ich vplyvu na zdravotníctvo, ako aj makroekonomickému prostrediu a jeho vzťahu k zdravotníckemu sektoru. Analýza postupne hodnotí makroekonomické prostredie Slovenska, ktoré limituje veľkosť a štruktúru zdrojov plynúcich do zdravotníckeho sektora, charakteristiku konzumentov služieb zdravotnej starostlivosti – občanov, ktorým má zdravotnícky systém slúžiť, charakteristiku poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, prostredníctvom ktorých sa tieto služby občanom poskytujú a následne schému distribúcie zdrojov zo systému zdravotného poistenia do jednotlivých sektorov zdravotnej starostlivosti.

Cieľom tejto kapitoly bolo poukázať na efektivitu slovenského zdravotníctva z pohľadu dosahovaných výsledkov – porovnanie stavu vynakladaných zdrojov do zdravotníckeho sektora a dosiahnutých KPI za Slovensko, ČR a krajiny OECD.

Kapitola – Charakteristika MSP v zdravotníctve sa zameriava na štruktúru MSP v zdravotníctve, ich ekonomický stav, ziskovosť a výzvy, ktorým čelia v rôznych oblastiach zdravotnej starostlivosti, ako sú ambulantný sektor, nemocnice, lekárne a kúpele s dôrazom na ich štruktúru, ekonomickú situáciu a zamestnanosť

Podľa analýzy je možné konštatovať, že MSP dominujú v ambulantnom sektore, kde predstavujú viac ako 99% všetkých subjektov. Táto dominancia MSP je zásadná pre poskytovanie primárnej zdravotnej starostlivosti na Slovensku. Sektor lekární, napriek tomu, že formálne každá lekáreň, vrátane tých v sieťach, je považovaná za samostatnú jednotku (väčšinou s.r.o.), sa vyznačuje určitou špecialitou v dôsledku existencie štyroch veľkých lekárenských sietí, ktoré tvoria približne 30% trhu, zatiaľ čo ostatné "nesieťové" lekárne, ktoré tvoria 70% trhu, sú zaradené medzi MSP. V nemocničnom sektore je situácia odlišná, kde podiel MSP predstavuje menej ako 37%. V oblasti poskytovania kúpeľnej starostlivosti sa pohybuje podiel MSP na úrovni 74%, z čoho je možné vyvodiť, že kúpeľná starostlivosť na Slovensku je významne poskytovaná malými a strednými podnikmi. Analýza poukazuje na fakt, že podiel zdravotníckych pracovníkov zamestnaných v subjektoch kategórie MSP tvorí približne 65% ich celkového počtu.

Tieto údaje podčiarkujú kľúčovú úlohu MSP v slovenskom zdravotníctve, a to nielen z hľadiska poskytovania zdravotnej starostlivosti, ale aj z hľadiska ekonomickej vitality a zamestnanosti v krajine. Je zrejmé, že MSP tvoria základný kameň zdravotníckeho sektora na Slovensku,

Kapitola - Regulačné bariéry v zdravotníctve identifikuje a analyzuje kľúčové prekážky, s ktorými sa stretávajú malé a stredné podniky (MSP) v slovenskom zdravotníckom sektore. Hlavné nálezy zahŕňajú výzvy pri vstupe na trh, prevádzkové bariéry, a financovanie, ktoré spoločne vytvárajú vysokú regulačnú záťaž pre MSP v sektore.

Medzi bariéry súvisiace so zriaďovaním prevádzky boli identifikované hlavne procesy súvisiace so získaním povolenia na prevádzku zdravotníckeho zariadenia (prevažne od VÚC) a následne proces uzatvárania zmlúv so zdravotnými poisťovňami

Medzi bariéry súvisiace s prevádzkou zdravotníckych zariadení bola identifikovaná neprehľadná legislatíva a z nej vyplývajúca rozsiahla administratíva.

Medzi ekonomické bariéry patrí systém financovania zdravotnej starostlivosti, ktorý je postavený na jednej strane na regulácii cien zdravotných výkonov zo strany ZP a na druhej strane pôsobením trhových mechanizmov na všetky vstupy potrebné pre prevádzku zdravotníckych zariadení. Ďalšou bariérou je neexistencia viaczdrojového financovania – napríklad zdravotného pripoistenia.

Kapitola – Kvalitatívny prieskum zhŕňa priebeh a kľúčové zistenia prieskumu, ktorý bol zameraný na vnímanie bariér podnikania medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti (PZS) na Slovensku. Prieskum zahŕňal 19 respondentov, ktorí sa aktívne zapojili do prieskumu. Cieľom bolo overiť, či predchádzajúca analýza bariér adekvátne zachytila majoritné problémy, s ktorými sa malé a stredné podniky (MSP) v zdravotníctve stretávajú, a či bol správne interpretovaný ich dopad na podnikanie v zdravotníctve.

Metodika prieskumu bola založená na hĺbkových rozhovoroch a analýzach dokumentov, pričom otázky boli štruktúrované tak, aby umožňovali hĺbkové odpovede a zároveň poskytovali možnosť rozšíriť diskusiu o ďalšie aspekty týkajúce sa bariér podnikania v sektore.

Podrobná analýza výsledkov prieskumu poukázala na rozsiahle spektrum bariér ovplyvňujúcich podnikanie v zdravotníctve. Respondenti identifikovali viacero kritických oblastí vrátane zastaralého systému úhrad, vysokú byrokratickú a administratívnu záťaž, legislatívne bariéry pre nezmluvné ambulancie, nepružnosť v nastavovaní platieb, nedostatok podpory zo strany štátu, a absenciu dlhodobej stratégie a kontinuity v politikách zameraných na zlepšenie zdravotníckeho systému

Analýza a interpretácia dát, s využitím softvéru Mind Manager, umožnili efektívne organizovať, vizualizovať a analyzovať kvalitatívne dáta. Výsledky prieskumu poskytli dôkladný pohľad na prekážky, ktorým čelia MSP v zdravotníctve, a naznačili potrebu cieľavedomých zmien v regulácii a podpore podnikania v tomto sektore

V záverečnej kapitole sú sumarizované hlavné zistenia analýzy a predkladajú sa odporúčania pre zainteresované strany na zlepšenie regulačného prostredia a podporu rozvoja MSP v zdravotníctve. Boli formulované odporúčania zamerané na prekonanie identifikovaných bariér a zlepšenie podnikateľského prostredia pre malé a stredné podniky (MSP) v slovenskom zdravotníctve. Z vykonanej analýzy vyplynula potreba zamerania sa na tri hlavné oblasti:

- Maximalizácia disponibilných zdrojov do sektora zdravotníctva a vytvorenie férových podnikateľských podmienok pre podnikanie v sektore (katalóg zdravotných výkonov s pravidlami ich oceňovania), doriešenie problematiky participácie občanov na úhradách zdravotnej starostlivosti (poplatky). Odporúča sa prijať rozpočtové opatrenia zahŕňajúce platby za poistencov štátu a zvážiť zavedenie možnosti zdravotného pripoistenia. Dôležité je aj definovanie bezplatnej zdravotnej starostlivosti podľa ústavy SR a vytvorenie legislatívnych pravidiel pre zavedenie poplatkov za nadštandardné služby.
- Zníženie administratívnej a byrokratickej záťaže - významným krokom k zlepšeniu podnikateľského prostredia v zdravotníctve je zníženie administratívnej záťaže. To zahŕňa zjednodušenie legislatívnych a regulatívnych požiadaviek, stabilizáciu legislatívneho prostredia a efektívnejšiu komunikáciu medzi podnikateľskými subjektmi a regulačnými orgánmi.

- Podpora inovácií a technologického rozvoja - kľúčom k zlepšeniu efektivity a kvality poskytovanej starostlivosti je intenzívnejšie využívanie digitalizácie a podpora rozvoja telemedicínskych služieb. Je nevyhnutné zlepšiť systémy elektronického zdravotníctva, ich dostupnosť a využitie v praxi.

Výsledky analýzy a formulované odporúčania poukazujú na komplexné výzvy, s ktorými sa MSP v sektore zdravotníctva stretávajú, a zdôrazňujú potrebu koordinovanej odpovede zo strany štátu, odborníkov, zdravotníckych inštitúcií a samotných podnikateľov. Integrácia navrhovaných opatrení by mohla výrazne prispieť k zlepšeniu podmienok pre podnikanie v tomto dôležitom sektore.

ÚVOD

Zdravotníctvo na Slovensku, ako jeden z kľúčových sektorov verejného záujmu, podlieha rozsiahlej regulácii, ktorá má zabezpečiť kvalitu a dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre všetkých občanov. V rámci tohto sektora čelia malé a stredné podniky (MSP) špecifickým výzvam vyplývajúcim z vysokého stupňa regulácie. Tieto výzvy majú významný vplyv na ich schopnosť efektívne fungovať a rozvíjať sa. Akokoľvek regulácia zdravotníctva je nevyhnutná pre zabezpečenie verejného zdravia, je dôležité zvážiť jej dopad na podnikateľské prostredie, obzvlášť pre MSP, ktoré sú životne dôležité pre ekonomiku a inovácie v sektore.

Znižovanie regulačnej záťaže pre MSP v zdravotníctve je kriticky potrebné nielen pre podporu podnikateľského prostredia, ale aj pre zabezpečenie kvality a inovácie v poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Efektívne a spravodlivo regulované prostredie môže prispieť k hospodárskemu rastu, tvorbe pracovných miest a zvyšovaniu dostupnosti a kvality zdravotnej starostlivosti.

Cieľom tejto analýzy je poskytnúť komplexný prehľad vplyvu regulačnej záťaže na MSP v sektore zdravotníctva na Slovensku a identifikovať hlavné regulačné bariéry, s ktorými sa tieto podniky stretávajú. Na základe tejto analýzy budú navrhnuté odporúčania pre optimalizáciu regulačného prostredia, s cieľom znížiť záťaž pre MSP a zároveň zachovať vysoký štandard zdravotnej starostlivosti pre občanov.

Pre pochopenie kontextu je kapitola 1 venovaná základnej charakteristike systému, . Keďže zdravotníctvo je naviazané na makroekonomické prostredie, venujeme sa aj tejto téme v kontexte zdravotníctva. V kapitole vymedzujeme konzumentov ako i poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Druhá kapitola je venovaná charakteristike MSP na Slovensku z pohľadu vlastníctva a zamestnanosti. Keďže ťažiskom zdravotného systému na Slovensku sú ambulancie, prioritne je pozornosť venovaná ekonomickým ukazovateľom ambulancií. Čiastočne sa v kapitole venujeme aj ekonomickým ukazovateľom ostatných poskytovateľov, ako i lekární a kúpeľov.

Tretia kapitola predstavuje ťažiskovú časť analýzy a je zameraná na konkrétne regulačné zaťaženia MSP podnikajúcich v zdravotníctve. V kapitole sa venujeme postupom pri zriadení ambulancie, získaní licencií, ale i prevádzkovým bariéram a hygienickým normám, ktoré musí ambulancia plniť. Súčasťou kapitoly je tiež kalkulácia vzorovej ambulancie, aby bolo dostatočne poukázané na problémy s financovaním.

Štvrtá kapitola je venovaná kvalitatívnemu prieskumu medzi jednotlivými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Práve kvalitatívny prieskum umožňuje priamo zistiť najvýraznejšie nedostatky a byrokratické pravidlá, ktoré bránia rozvoju MSP v zdravotníctve.

Záverečnú časť venujeme odporúčaniam, pričom súčasťou sú aj paragrafové znenia, ktoré sú zahrnuté v prílohách analýzy. Analýza poskytuje ucelený materiál pre pochopenie regulačnej problematiky MSP pôsobiacich v zdravotníctve.

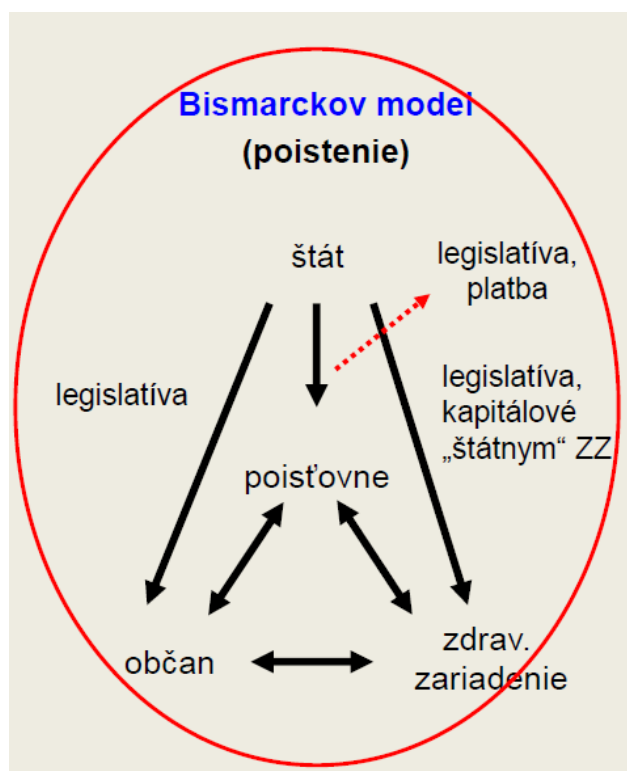
1 SLOVENSKÉ ZDRAVOTNÍCTVO – CHARAKTERISTIKA

1.1 Základné charakteristiky systému

Systém zdravotnej starostlivosti zohráva dôležitú úlohu pri zabezpečovaní dobrého zdravia, čím prispieva k vyššej zamestnanosti, produktivite a rastu. Predstavenie systému v tejto kapitole vytvára predpoklady na pochopenie regulačných bariér, ktoré špecifikujeme v tretej kapitole dokumentu. Tak ako v iných členských štátoch EÚ, zdravotníctvo na Slovensku čelí silným a rastúcim fiškálnym tlakom spojeným so starnutím populácie a technologickými zmenami v kontexte už aj tak vysokých vládnych výdavkov a pokračujúcej potreby fiškálnej konsolidácie.

Znenie Ústavy SR priamo implikuje, že na Slovensku existuje zdravotnícky systém Bismarckovho typu (obr. 1).

Obrázok 1: Bismarckov model¹



Zdroj: Systém zdravotnej starostlivosti a jeho financovanie na Slovensku. – UTV, október 2023, Viera Švihrová – spracovanie podľa MZ SR

Charakternou dominantou tohto modelu je to že okrem poskytovateľov a užívateľov zdravotnej starostlivosti vystupuje v systéme aj tretia strana – platitelia zdravotnej starostlivosti (poisťovne), ktorí predstavujú istý medzičlánok. Na jednej strane prijímajú platby od

¹ Elektronické materiály: Systém zdravotnej starostlivosti a jeho financovanie na Slovensku. – UTV, október 2023, Viera Švihrová – spracovanie podľa MZ SR

poistencov v podobe poistného a na strane druhej platia za výkony poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Systém verejného poistenia býva spravidla povinný a pokrývajúcí drvivú väčšinu obyvateľstva. Platitelia platia zvyčajne za základný objem starostlivosti, ktorý je doplnený výdavkami zo štátneho a miestnych rozpočtov a súkromnými platbami poistencov za nadštandard, doplatky za lieky a.i.

Slovenské zdravotníctvo je založené na systéme povinného zdravotného poistenia, ktoré prevádzkujú tri zdravotné poisťovne (jedna verejná a dve súkromné). S týmto základným predpokladom je nevyhnutné pracovať, vzhľadom na to, že má absolútne kľúčový vplyv na regulačné prostredie, ktoré je v sektore vytvorené. Má základný balík benefitov a univerzálne pokrytie obyvateľstva. Zdravotné poisťovne môžu slobodne uzatvárať zmluvy s poskytovateľmi a individuálne dojednávať kvalitu, ceny a objemy.

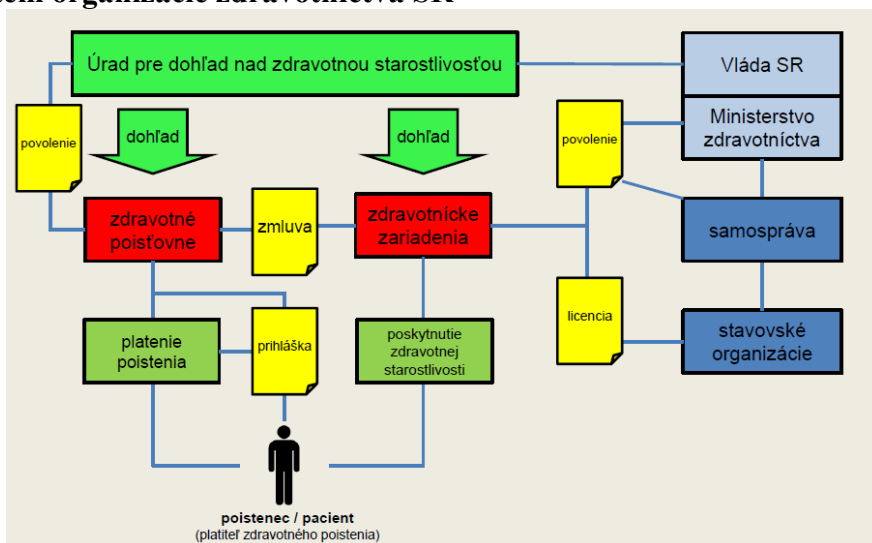
Podľa čl. 40 Ústavy SR, každý má právo na ochranu zdravia. Na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon. Právne osobitný predpis, ktorým je zákon č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zákon č. 577/2004 Z.z.“) upravuje platby v zdravotníctve². Základ právnej úpravy platieb v zdravotníctve predstavuje ustanovenie § 44 ods. 1 zákona č. 577/2004 Z. z., podľa ktorého poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nesmie požadovať od poistenca úhradu za zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti nad rozsah spoluúčasti poistenca podľa tohto zákona. V prípade, že poskytovateľ vyberá platby za poskytnuté zdravotné výkony, ktoré nie sú hrazené z verejného zdravotného poistenia, resp., sú hrazené len čiastočne, je povinný ich mať zverejnené v cenníku zdravotných výkonov uskutočňovaných na žiadosť osoby a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a iných výkonov nehradených z verejného zdravotného poistenia³.

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou vystupuje ako nezávislý monitorovací orgán pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti, poistenie a nákupy (obr.2). Ministerstvo zdravotníctva ako ústredný správny orgán preberá významné regulačné funkcie tým, že vymedzuje balík nároku, riadi národné zdravotné registre a stanovuje minimálne kritériá týkajúce sa kvality. Okrem toho vlastní rôzne zdravotnícke zariadenia vrátane univerzitných nemocníc a špecializovaných zdravotníckych stredísk.

² ELEKTRONICKÉ MATERIÁLY: ÚSTAVNÝ ZÁKON Č. 460/1992 ZB. ÚSTAVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY. – [HTTPS://WWW.ZAKONYPRELUDI.SK/ZZ/1992-460](https://www.zakonypreludi.sk/zz/1992-460)

³ Elektronické materiály: Zákon č. 577/2004 Z.z. – Zákon o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti: <https://www.zakonypreludi.sk/zz/2004-577>

Obrázok 2: Systém organizácie zdravotníctva SR



Zdroj: Elektronické materiály: Systém zdravotnej starostlivosti a jeho financovanie na Slovensku. – UTV, október 2023, Viera Švihrová – spracovanie podľa MZ SR

Systém (štát) „garantuje“ úhradu z verejného zdravotného poistenia:

- neodkladnú zdravotnú starostlivosť;
- preventívne prehliadky;
- všetky výkony na diagnostiku;
- výkony na liečbu chorôb;
- prepravu (do / medzi zdravotníckymi zariadeniami);
- kúpeľnú starostlivosť (indikácie A, B);
- očkovanie (povinné pravidelné, už aj COVID-19, vrátane vyšetrenia);
- lieky, zdravotnícke pomôcky, dietetické potraviny (podľa kategorizácie).

Zdravotná starostlivosť v systéme SR sa delí na:

- akútnu (pri náhlej zmene zdravotného stavu / choroby bezprostredne neohrozujúcej život/ základnú životnú funkciu);
- neodkladnú / urgentnú (do 24 hod.) (pri náhlej zmene zdravotného stavu bezprostredne ohrozujúcej život / základnú životnú funkciu);
- plánovanú („odkladná“, napr. čakacie listiny);
- dlhodobú / „chronickú“.

Formy zdravotnej starostlivosti v SR:

- *ambulantná starostlivosť*:
- 1. všeobecná (všeobecný lekár);
- 2. špecializovaná (gynekologická, zubno-lekárska);
- 3. špecializovaná iná (ostatní lekári špecialisti);

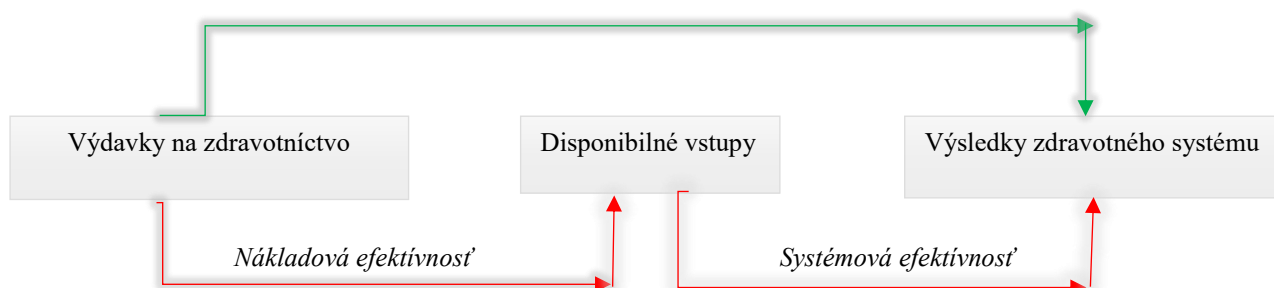
4. záchranná zdravotná služba;
 - *ústavná starostlivosť* ;
 - *lekárska starostlivosť*;
 - *ošetrovateľská starostlivosť* – v zariadeniach sociálnej pomoci;
 - *zdravotná starostlivosť v škole*.

Systém zdravotnej starostlivosti zabezpečuje funkčnosť:

- ✓ primárnej zdravotnej starostlivosti (priama dostupnosť, komplexná, kontinuálna, koordinovaná ZS);
- ✓ sekundárnej zdravotnej starostlivosti (ambulantná a ústavná);
- ✓ následnej zdravotnej starostlivosti⁴.

V marci 2022 podpísalo Ministerstvo financií SR a Ministerstvo zdravotníctva SR memorandum o spolupráci medzi oboma rezortmi. Dokument definuje 17 nákladovo úsporných, systémových a hodnotových opatrení, ktoré pomôžu výrazne zlepšiť fungovanie zdravotníctva na Slovensku. Ide napríklad o elektronizáciu zdravotníctva (e-laboratórium či elektronické objednávanie), transparentné pravidlá pre liekové výnimky či efektívnejšie hospodárenie s Fondom Všeobecnej zdravotnej poisťovne. S Memorandom o spolupráci súvisí aj uvoľnenie finančných prostriedkov vo výške 365 miliónov eur na refinancovanie verejného zdravotného poistenia⁵.

Obrázok 3: Celková efektívnosť systému zdravotníctva v SR



Zdroj: Efektívnosť slovenského zdravotníctva meraná metódou DEA (roky 2000 – 2020). Október 2023. – PhD. Peter Pažitný, PhD. Daniela Kandilaki, MSc. Ing. Ľubica Löffler, MUDr. Rudolf Zajac. – [www.healthcareconsulting.sk/].

Na zabezpečenie prínosu zdravotnej starostlivosti k zdraviu obyvateľstva je kľúčové, aby bol systém nákladovo efektívnejší (obrázok 3), dostupnejší a odolnejší. Na druhej strane to môže prispieť k dlhšiemu pracovnému životu v kontexte starnutia a rastúceho nedostatku pracovnej sily a v konečnom dôsledku k hospodárskemu rastu a prosperite Slovenska (obr.4).

⁴ Elektronické materiály: Systém zdravotnej starostlivosti a jeho financovanie na Slovensku. – UTV, október 2023, Viera Švihrová – spracovanie podľa MZ SR

⁵ Elektronické materiály: Memorandum o spolupráci medzi Ministerstvom financií Slovenskej Republiky a Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej Republiky. – <https://www.mzsr.sk/>

Aby bol systém efektívnejšie, je nevyhnutné zamerať sa na posúdenie regulačných bariér, ktoré bránia zvýšeniu efektivity. Domáce aj medzinárodné hodnotenia zdravotného systému v SR poukazujú na značnú výzvu z hľadiska jeho nákladovej efektívnosti.

Obrázok 4. Zdravotná starostlivosť v SR



Zdroj: Elektronické materiály MZ SR. – Scenár postupnej zmeny: <https://www.health.gov.sk/?izp-analyzy>

Rôzne analýzy^{6,7} ukazujú, že existuje priestor na zlepšenie výsledkov slovenského zdravotníctva prostredníctvom lepšej alokácie dostupných zdrojov a bez zníženia poskytovania služieb (obr.5). Ako už bolo spomenuté, lepšiu alokáciu zdrojov však brzdí mnohokrát nesprávne nastavené regulačné prostredie.

Obrázok 5: Nevyhnuté systémové zmeny



Zdroj: WHO, Press research, BCG

⁶ Efektívnosť slovenského zdravotníctva meraná metódou DEA (roky 2000 – 2020). Október 2023. – PhD. Peter Pažitný, PhD. Daniela Kandilaki, MSc. Ing. Ľubica Löffler, MUDr. Rudolf Zajac. – [www.healthcareconsulting.sk].

⁷ Malé a stredné podnikanie v číslach v roku 2021, Bratislava – analýza SBA: <https://www.bing.com/ck>

1.1.1 Makroekonomické prostredie

Ekonomika je definovaná ako „sociálna oblasť, ktorá kladie dôraz na praktiky, diskurzy a materiálne prejavy spojené s výrobou, využívaním a riadením zdrojov.“⁸ Ekonomiku vidíme ako komplexný interagujúci systém, ktorý ovplyvňuje zdravie prostredníctvom viacerých mediátorov (prístup k zdravotnej starostlivosti, bývanie a pod.).

Časopis Journal of Economic Literature (JEL) poskytuje klasifikáciu⁹ kľúčových pojmov, ktoré sa týkajú výskumu v makroekonómii. Na základe pojmov JEL a nášho koncepčného rámca navrhujeme, aby sa makroekonomické faktory, ktoré ovplyvňujú zdravie, mohli vo všeobecnosti rozdeliť do siedmich hlavných kategórií (tab.1).

Tabuľka 1: **Matica makroekonomických faktorov na miestnej, národnej a medzinárodnej úrovni**

<i>Kategória</i>	<i>Lokálna úroveň</i>	<i>Národná úroveň</i>	<i>Medzinárodná úroveň</i>	<i>Vplyv na zdravie</i>
Regulácia trhu		Konkurencia, legislatíva, zohľadnenie externalít pri cenotvorbe, fiškálne opatrenia, napr. daň, štruktúra trhu	Obchodná politika	Regulácia trhu s tabakom prostredníctvom zdaňovania a obmedzení reklamy a práva obchodovať s tabakom bola spojená s celým radom výhod, ako je zníženie počtu srdcových chorôb ¹⁰ .
Inštitúcie		Národná banka, Ministerstva, mikro- a macro-financovanie, hypotéky, startupy; legislatíva a regulácia organizácií	Medzinárodné organizácie, napr. Medzinárodný menový fond, Svetová banka, nadnárodné firmy, Svetová obchodná organizácia	Pôžičky poskytnuté MMF na podporu a rozvoj sektoru zdravotníctva a následná úmrtnosť na rôzne choroby (tuberkulózu a t.d.) ¹¹ .
Zásoba peňazí, financie a pôžičky	Mena, dlh	Úrokové sadzby, inflácia, deflácia, mzdy, ponuka peňazí alebo úverov, makroekonomická politika, fiškálna politika, finančné krízy, menová politika, politiky štrukturálnych úprav, prírodné zdroje	Medzinárodné pôžičky, zahraničná pomoc, daň z finančných transakcií, kapitálové kontroly	Finančné krízy a počet samovrážd ¹²

⁸ Schoeni RF, House JS, Kaplan GA, Pollack H. Social and economic policies as health policy: moving toward a new approach to improving health in America. Michigan: National Poverty Center, Ford School of Public Policy; 2009.

⁹ American Economic Association. JEL Classification System / EconLit Subject Descriptors. <https://www.aeaweb.org/econlit/jelCodes.php>. Accessed 25 Oct 2017.

¹⁰ Chaloupka FJ, Straif K, Leon ME. Effectiveness of tax and price policies in tobacco control. Tobacco Control. 2011; 20:235 – 8.

¹¹ Stuckler D, King LP, Basu S. International Monetary Fund programs and tuberculosis outcomes in post-communist countries. PLoS Med. 2008;5(7):e143.

¹² Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. Lancet. 2009;374(9686):315–23.

Rovnováha medzi verejným a súkromným sektorom	Tieňová ekonomika, sociálne podniky a družstvá	Štruktúra a organizácia vlády, privatizácia a znárodnenie, zdaňovanie, vyhýbanie sa daňovým povinnostiam, vládne výdavky a poskytovanie sociálnej starostlivosti, vlastnícke práva		Masová privatizácia a úmrtnosť ¹³
Zamestnanosť	Riadenie firmy, štruktúra, vlastníctvo, správanie	Odbory, zamestnanosť, nezamestnanosť, minimálna mzda, veľkosť a štruktúra pracovnej sily		Nezamestnanosť samovraždy, prepracovanosť a mŕtvica ¹⁴
Výroba a spotreba	Príjem, bohatstvo, rozdelenie	Industrializácia, hospodársky rast a celková produktivita		Príjmová nerovnosť a úmrtnosť ¹⁵
Prístup k ekonomike	Regionálna ekonomika	Kapitalistická, socialistická, prechodná, keynesiánska, marxistická, neoklasická, ekologická ekonómia		Politické tradície, ktoré sa viac zaviazali k redistribučnej hospodárskej politike, môžu viesť k zlepšeniu zdravia obyvateľstva ¹⁶

Zdroj: Spracované autorom podľa nižšie uvedených materiálov

Už dlho sa uznáva úloha makroekonomických faktorov na zdravie a blahobyt. Tieto ekonomické faktory sú dôsledne identifikované v miestnych, národných a medzinárodných rámcoch zdravia obyvateľstva ako vplyvy na zdravie a páky na zlepšenie zdravia a zníženie nerovností v oblasti zdravia. Na základe týchto rámcov sa vynaložilo niekoľko snáh o kvantifikáciu vplyvu sociálnych determinantov vo vzťahu k iným vplyvom, ako sú služby zdravotnej starostlivosti. V súlade s pokračujúcou obhajobou investícií do širších determinantov výsledky naznačujú, že sociálne a ekonomické faktory majú najväčší vplyv na zdravie obyvateľstva.

Ciele verejných výdavkov, inflácia, daňová politika a výmenné kurzy, okrem iných faktorov, majú vplyv na poskytovanie zdravotnej starostlivosti a zdravotný stav obyvateľstva. Napríklad, výmenný kurz je faktor ktorý určuje náklady na vakcíny a lieky a daňové politiky týkajúce sa tabaku, alkoholu a rýchleho občerstvenia ovplyvňujú dopyt ľudí po týchto výrobkoch a v konečnom dôsledku aj ich zdravie. Naopak, zdravie obyvateľstva môže samozrejme významne ovplyvňovať makroekonómiu, napríklad zvyšovať alebo ponížovať mieru hospodárskeho rastu krajiny. Makroekonómia, ktorá zahŕňa tieto a ďalšie faktory, je preto čoraz dôležitejšia pre zdravie a zdravotnú starostlivosť, najmä preto, že štátny

¹³ Stuckler D, King L, McKee M. Mass privatisation and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis. *Lancet*. 2009;373(9661):399–407.

¹⁴ Reeves A, Stuckler D, McKee M, Gunnell D, Chang S-S, Basu S. Increase in state suicide rates in the USA during economic recession. *Lancet*. 2012;380(9856):1813–4.

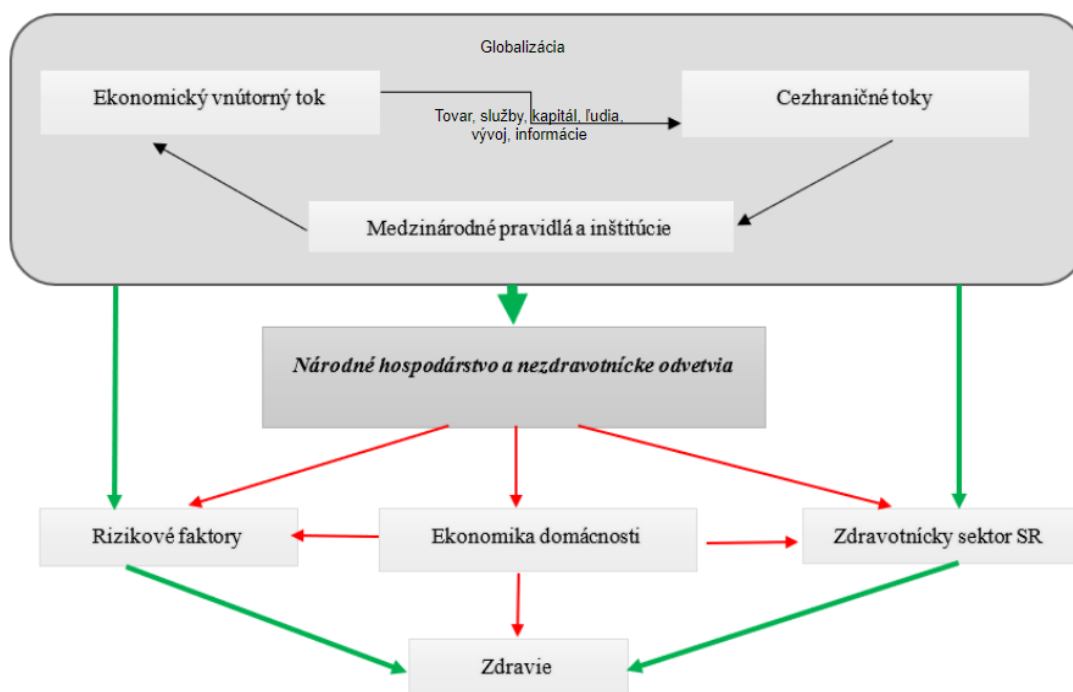
¹⁵ Kivimäki M, Jokela M, Nyberg ST, Singh-Manoux A, Fransson EI, Alfredsson L, Bjorner JB, Borritz M, Burr H, Casini A. Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: a systematic review and meta-analysis of published and unpublished data for 603 838 individuals. *Lancet*. 2015;386(10005):1739–46.

¹⁶ Kondo N, Sembajwe G, Kawachi I, van Dam RM, Subramanian S, Yamagata Z. Income inequality, mortality, and self rated health: meta-analysis of multilevel studies. *BMJ*. 2009; 339:b4471.

ekonomický systém SR sa čoraz viac integruje do medzinárodného obchodu a finančných systémov iných štátov.

Systém zdravotnej starostlivosti je pre makroekonómiu dôležitý z dôvodu veľkosti produkcie, zamestnanosti a výskumu (obr.6). Ma priamy fiškálny dôsledok z hľadiska dlhodobej udržateľnosti verejných financií, zatiaľ čo rozhodnutia o výdavkoch na zdravotnú starostlivosť ovplyvňujú krátkodobý hospodársky rozvoj SR prostredníctvom fiškálneho multiplikačného účinku, ktorý je značný. Taktiež systém zdravotnej starostlivosti rôznymi kanálmi ovplyvňuje aj účasť pracovnej sily, produktivitu a tvorbu ľudského kapitálu, a tým má vplyv na celkové makroekonomické výsledky.

Obrázok 6: Hlavné prvky a prepojenia medzi makroekonomiou a zdravím



Zdroj: Vlastné spracovanie

Súčasný simplifikovaný makroekonomický model systému SR zahŕňa dva typy agentov, reprezentatívnu firmu a vládu. Agentmi sú podnikatelia, ktorí vyberajú mzdy a kapitálové príjmy zo zdravotníckych a nezdravotníckych sektorov, a pracovníci, ktorí vyberajú iba mzdové príjmy. Všetci agenti majú rovnakú úžitkovú funkciu nad nezdravotníckymi a zdravotníckymi tovarmi a službami s existenčným dopytom po zdravotníckych tovaroch a službách. Firmy rozhodujú o využití kapitálu a dopyte po pracovnej sile, aby vyrábali nezdravotnícky tovar a maximalizovali zisky. Dodávka zdravotníckeho tovaru je časovo fixná. Vláda používa paušálne prevody na prerozdelenie zdrojov medzi agentmi.

Pandémia COVID (2020-2021 roky) z makroeconomickej strany bola modelovaná ako veľký, dočasný šok pre existenčný dopyt po zdravotníckych tovaroch a službách, ktorý bol väčší pri vyššom využití kapitálu. Stupeň nasýtenia sektora zdravotníctva počas tohto periódu predstavoval rozdiel medzi dostupnou ponukou zdravotníckych tovarov a služieb a úrovňou ich existenčného minima a katastrofickú (t. j. nelineárnu) povahu kolapsu zdravotného systému. Taktiež pandémia poukázala na nedostatok zdravotníckych pracovníkov na Slovensku ako hlavnú prekážku z hľadiska reakcie na krízu. Počet zdravotných sestier sa za posledné desaťročie znížil v dôsledku nezaujímavých pracovných podmienok a nízkeho odborného

uznania, čo sa odráža na neustále klesajúcom počte absolventov odboru „ošetrovatel'stvo“, počas pandémie si však toto povolanie získalo určitú pozornosť¹⁷.

V roku 2022 slovenská ekonomika zaznamenala rast napriek globálnym výzvam – konflikt na Ukrajine a súvisiaca energetická kríza. Tieto udalosti vyvolali značný nárast cien, najmä v oblasti energií, pohonných hmôt a potravín, avšak ekonomika si udržala kladný rast. Domáci dopyt, a najmä spotreba domácností, bol hlavným motorom hospodárskeho rastu, čo spôsobilo negatívne saldo zahraničného obchodu napriek zvýšenému zahraničnému dopytu. Rast nominálneho HDP bol viac ako 9% a HDP dosiahol nominálnu hodnotu 107,7 mld. eur s medziročným rastom o 1,7 % v stálych cenách, čo bolo nižšie v porovnaní s predchádzajúcim rokom. Inflácia výrazne vzrástla, pričom priemerná mesačná mzda zaznamenala nominálny rast, no v dôsledku inflácie reálne mzdy poklesli. Pri ročnej priemernej medziročnej inflácii 10,5 %, dosiahla jadrová inflácia v roku 2023 hodnotu 11,4 %, a čistá inflácia hodnotu 9,4 %¹⁸. Zložky inflácie a ich medziročný rast za rok 2023 zohľadnený v tabuľke č.2.

Tabuľka 2: Medziročné rasty zložiek inflácie

	2023	2024 (prognóza)	2025 (prognóza)	2026 (prognóza)	2027 (prognóza)
CPI	10.7	4.9	2.6	2.5	2.4
Regulované ceny	8.7	11.1	2.0	0.8	1.1
<i>Jadrová inflácia</i>	11.4	3.6	2.7	2.8	2.6
Potraviny	18.1	3.4	4.0	3.7	3.4
<i>Čistá inflácia</i>	9.4	3.7	2.4	2.5	2.4
Pohonné hmoty	-5.5	3.4	-2.9	-1.9	1.4
Tovary	8.1	2.5	1.3	1.0	1.1
Služby	10.5	4.8	3.9	4.8	4.3

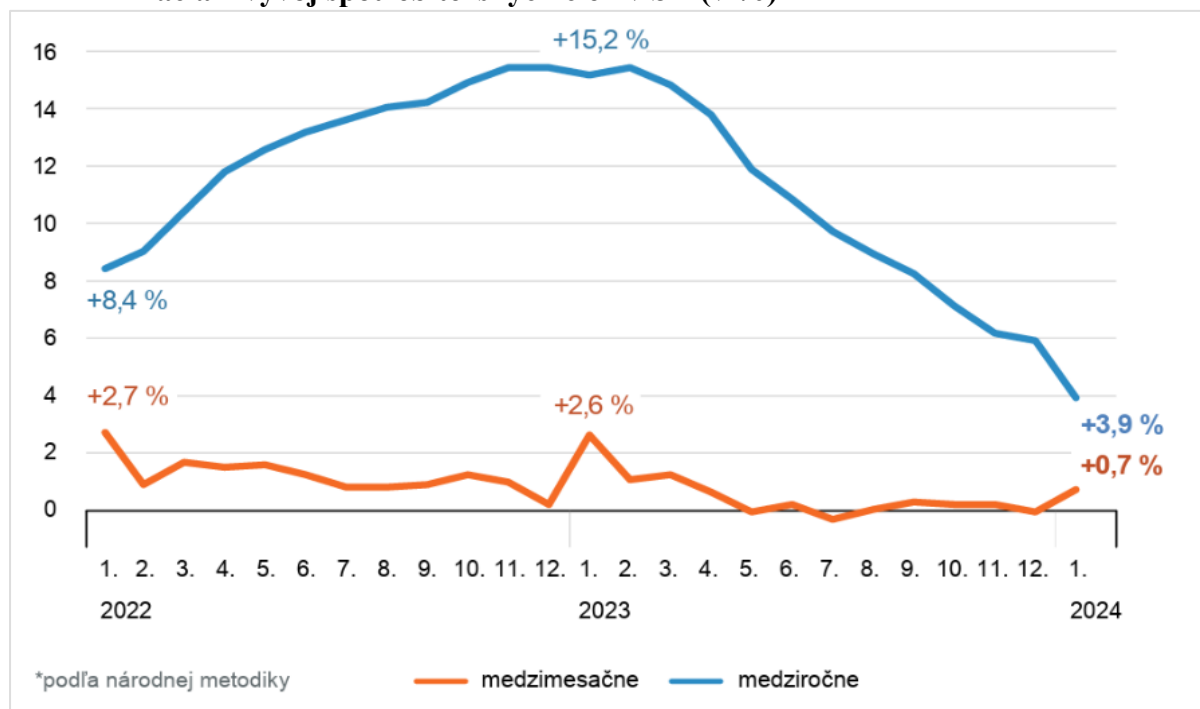
Zdroj: Oficiálna webová stránka Ministerstva financií Slovenskej Republiky. – Ekonomické prognózy: <https://www.mfsr.sk/sk/financie/institut-financnej-politiky/ekonomicke-prognozy>

Jadrová inflácia sleduje rast cenovej hladiny (graf 1) po vylúčení vplyvu zmien regulovaných cien (napr. ceny energií) a iných administratívnych opatrení (napríklad úprav daní a podobne). Čistá inflácia je jadrová inflácia bez zmien cien potravín.

¹⁷ Elektronické materiály: OECD vydala publikáciu Health at a Glance OECD Indicators. – <https://www.health.gov.sk/Clanok?oecd-sprava-health-glance-indicators>

¹⁸ Oficiálna webová stránka Ministerstva financií Slovenskej Republiky. – Ekonomické prognózy: <https://www.mfsr.sk/sk/financie/institut-financnej-politiky/ekonomicke-prognozy>

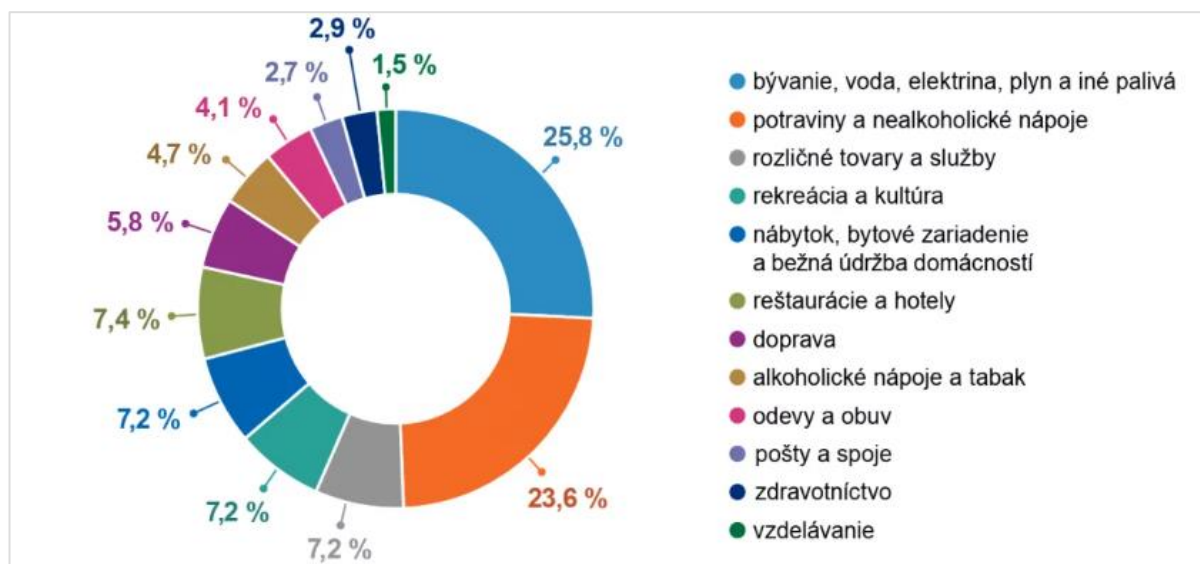
Graf 1: Inflácia – vývoj spotrebiteľských cien v SR (v %)



Zdroj: Štatistický úrad SR

Ak medziročný rast inflácii bude aj naďalej mať hodnotu 10,5%, bude navrhovaný nárast znamenať pokles reálne disponibilných zdrojov na prevádzku zdravotníckych zariadení a krytie ich nákladov.

Graf 2: Štruktúra výdavkov domácnosti pre rok 2024 (v % 12 odborov od najvyššieho podielu z celkových výdavkov)

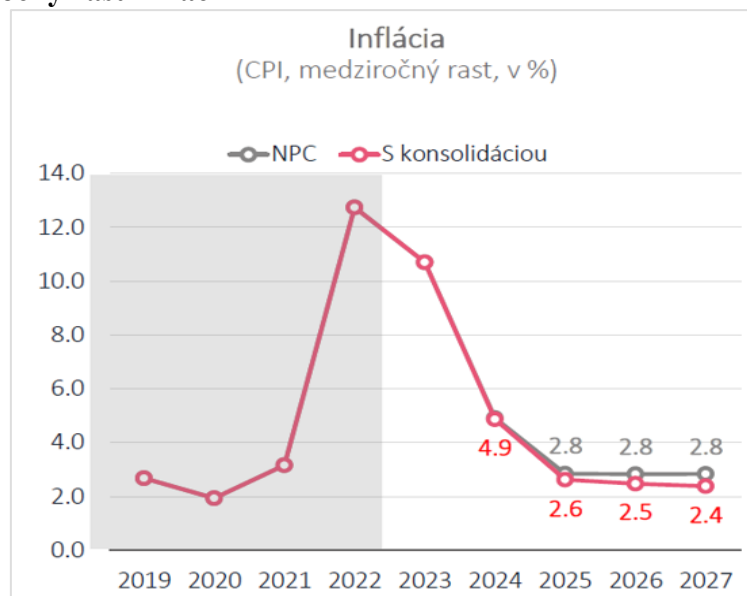


Zdroj: Štatistický úrad SR

Inflácia bola v posledných rokoch zvýšená a od polovice roku 2021 (graf 2) výrazne zrýchlila, čím sa ďalej odchyľuje od priemeru EA. Celková aj jadrová inflácia sú podstatne vyššie ako priemer eurozóny. Možnosť pretrvávania vyššej inflácie vyvoláva obavy z možného poklesu konkurencieschopnosti Slovenska a bude mať značný vplyv aj na zdravotnícky sektor.

Vonkajšie saldo sa zhoršilo najmä v dôsledku prudkého nárastu cien energií a bežný účet sa po dlhom období miernych deficitov zmenil na výrazne záporný¹⁹. Slovenská ekonomika zároveň zaznamenala v posledných dvoch rokoch veľmi rýchly rast cien nehnuteľností, sprevádzaný silnými úverovými tokmi do domácností.

Graf 3: CPI, medziročný rast inflácie



Zdroj: Oficiálna webová stránka Ministerstvo financií Slovenskej Republiky. –<https://www.mfsr.sk/sk>

Populácia môže byť neutrálnym menovateľom, podľa ktorého sa škálujú náklady (graf 3) alebo úmrtnosť. Existuje len málo dôkazov, ktoré by protirečili jednoduchšej predstave, že skupina alebo národ dvakrát (alebo dvadsaťkrát) veľkosti iného sa líši v nákladoch alebo úmrtnosti na osobu (alebo na tisíc alebo na milión, pričom ostatné faktory sú konštantné). Rast (alebo pokles) robí situáciu zložitejšou, pretože do hry vstupuje dynamika meniacich sa pomerov závislosti, zdravotného postihnutia, starnutia a času do smrti. Demografické zmeny sú jedným z najdôležitejších determinantov budúceho hospodárskeho a sociálneho prostredia. Mnoho výskumníkov skúmalo, ako zmeny vo veľkosti a zložení populácie ekonomiky ovplyvňujú makroekonomické výsledky. Kanály, prostredníctvom ktorých demografické zmeny SR ovplyvňujú ekonomiku, zvyčajne zahŕňajú úspory a investičné správanie, rozhodnutia na trhu práce a reakcie agregátneho dopytu a ponuky. V strednodobom až dlhodobom horizonte by tak zmeny v ponuke práce na Slovensku, ako aj zmeny v produktivite – či už považované za exogénne alebo spôsobené demografickými zmenami – mohli výrazne zmeniť agregátnu ponuku ekonomiky, a tým aj hospodársky rast, pretože demografické zmeny ovplyvňujú množstvo a kombináciu, ktorými využívajú sa jeho faktorové vstupy. V krátkodobom horizonte je pravdepodobné, že demografické zmeny ovplyvnia agregátny dopyt, pretože množstvo spotreby a investícií by kriticky záviselo od štrukturálnych zmien v profiloch príjmov obyvateľstva podľa veku.

¹⁹ Oficiálna webová stránka Ministerstvo financií Slovenskej Republiky. – <https://www.mfsr.sk/sk/financie/institut-financnej-politiky/ekonomicke-prognozy>

Tabuľka 3: Demografická a sociálno-ekonomická situácia na Slovensku v roku 2022

	Slovensko	EÚ
<i>Demografické činitele</i>		
Počet obyvateľov	5134712	446 735 291
Podiel obyvateľov vo veku nad 65 rokov (%)	17,4	21,1
Miera plodnosti¹ (2021)	1,6	1,5
<i>Sociálno-ekonomické činitele</i>		
HDP na obyvateľa (PKS EUR²)	24061	35 219
Relatívna miera chudoby³ (%)	13,7	16,5
Miera nezamestnanosti (%)	6,1	6,2

Zdroj: databáza Eurostatu. – <https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/data/statistical-themes>.

Poznámka:

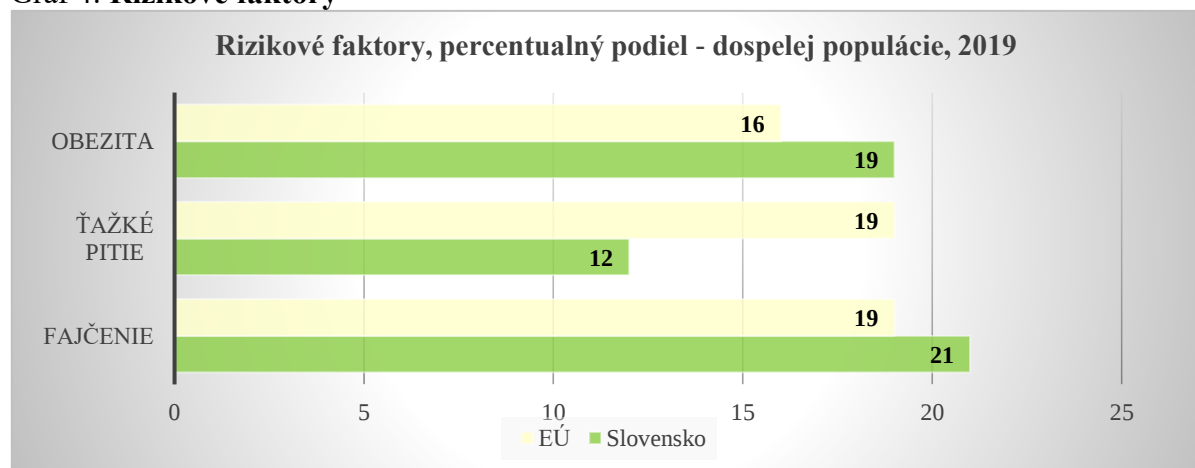
¹ Počet detí narodených na jednu ženu vo veku 15 – 49 rokov.

² Parita kúpnej sily (PKS) sa vymedzuje ako kurz menového prepočtu, ktorým sa vyrovnáva kúpna sila rôznych mien odstránením rozdielov v cenových hladinách medzi krajinami.

³ Percentuálny podiel osôb, ktoré žijú s menej ako 60 % mediánového ekvivalentného disponibilného príjmu.

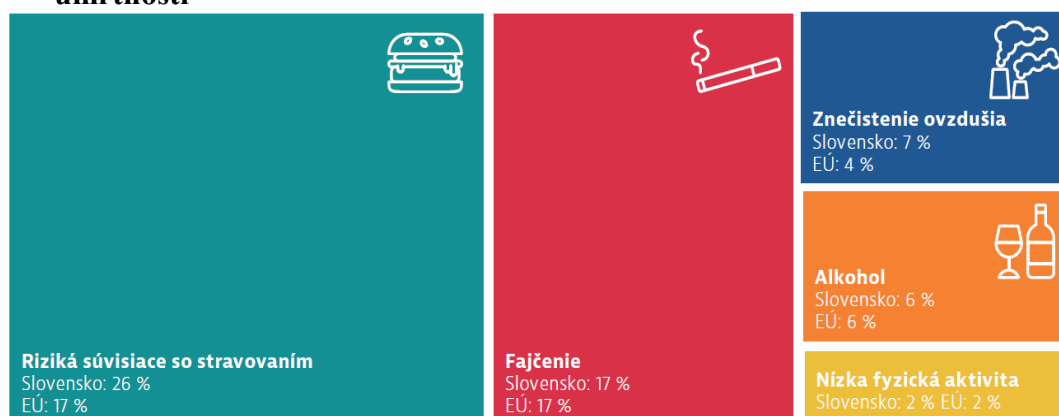
Prepojenia medzi chudobou a zlým zdravotným stavom sú široké, pričom nižší príjem a nezamestnanosť (graf 4, obr. 7) sú spojené s rizikovými faktormi správania, ako je fajčenie, konzumácia alkoholu a nízkou úrovňou fyzickej aktivity.

Graf 4: Rizikové faktory



Zdroj: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Slovensko: Zdravotný profil krajiny 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

Obrázok 7: Nesprávne stravovanie, fajčenie a znečistenie ovzdušia prispievajú k mieram úmrtnosti



Zdroj: IHME (2020), Global Health Data Exchange (odhady za rok 2019).

Poznámky:

Celkový počet úmrtí súvisiacich s týmito rizikovými faktormi je nižší ako súčet každého jednotlivu, pretože jedno úmrtie možno pripísať viac ako jednému rizikovému faktoru.

Riziká súvisiace so stravovaním zahŕňajú 14 zložiek, ako je nízky príjem ovocia a zeleniny a vysoká spotreba cukrom sladených nápojov.

Znečistenie ovzdušia sa týka vystavenia PM_{2,5} a ozónu.

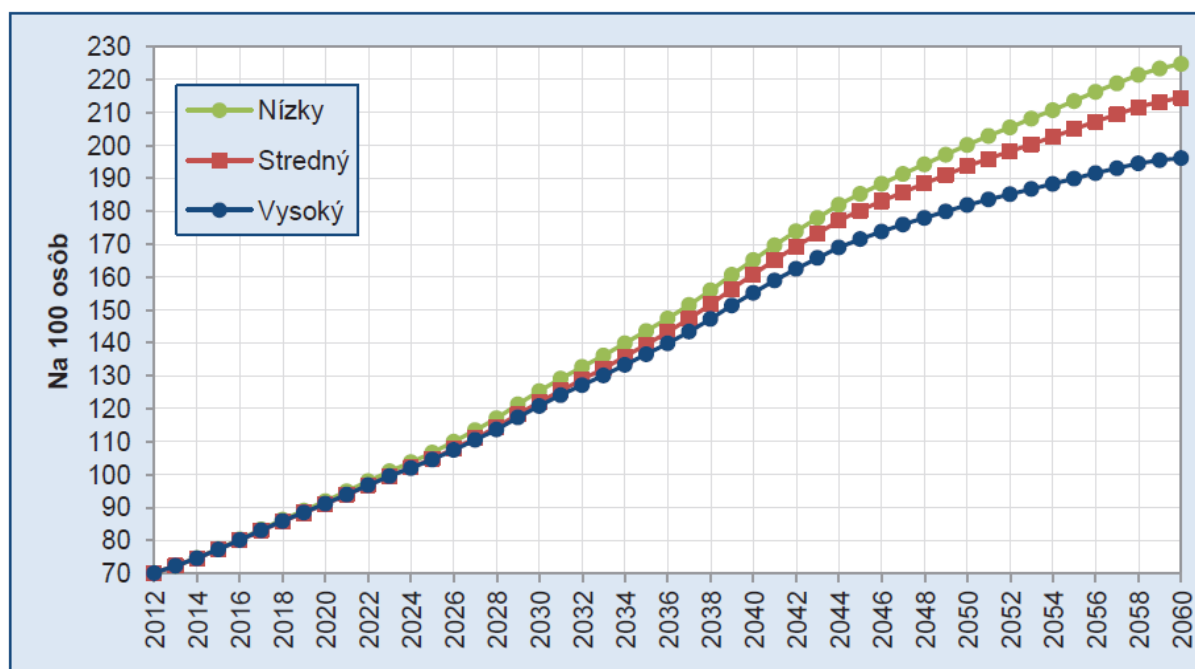
Miera fajčenia bola dvakrát vyššia u ľudí s nižšími stupňami vzdelania (23%) ako u ľudí s vyššími stupňami vzdelania (11%). Miera obezity je takisto oveľa vyššia u ľudí s nižšími (22%) ako vyššími (12%) stupňami vzdelania, pričom je aspoň čiastočne spôsobená nižšími úrovňami fyzickej aktivity. Rovnako ako vo väčšine krajín EÚ býva výskyt rizikových faktorov správania na Slovensku vyšší u ľudí s najnižšími úrovňami vzdelania a príjmu²⁰.

Národný program aktívneho starnutia konštatuje, že zatiaľ čo v rámci EÚ bude v dôsledku starnutia populácie v roku 2050 chýbať 15% pracovnej sily, na Slovensku to bude až 21%. Slovensko bude staršie, ale je veľký predpoklad, že bude aj menej početné a etnicky chudobnejšie. Starnutie populácie bude mať za následok množstvo výrazných zmien v štáte, ktoré v sebe budú zahŕňať od zmien obsahu politických programov, cez dôchodkové systémy a zdravotnú starostlivosť, až po vnímanie úlohy celoživotného vzdelávania. Ako rapídne populácia Slovenska starne (graf 5), vyjadruje aj samotný index starnutia. Index starnutia vyjadruje pomer medzi počtom osôb v poproduktívnom veku (65+), k osobám v predproduktívnom veku (0 – 14)²¹.

²⁰ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Slovensko: Zdravotný profil krajiny 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels

²¹ Demografická situácia a prognózy demografického vývoja v Slovenskej republike | V4 Age Management. – [https://www.v4agemanagement.eu/slovak-republic/demograficka-situacia-a-prognozy-demografickeho-vyvoja-v-slovenskej-republike/]

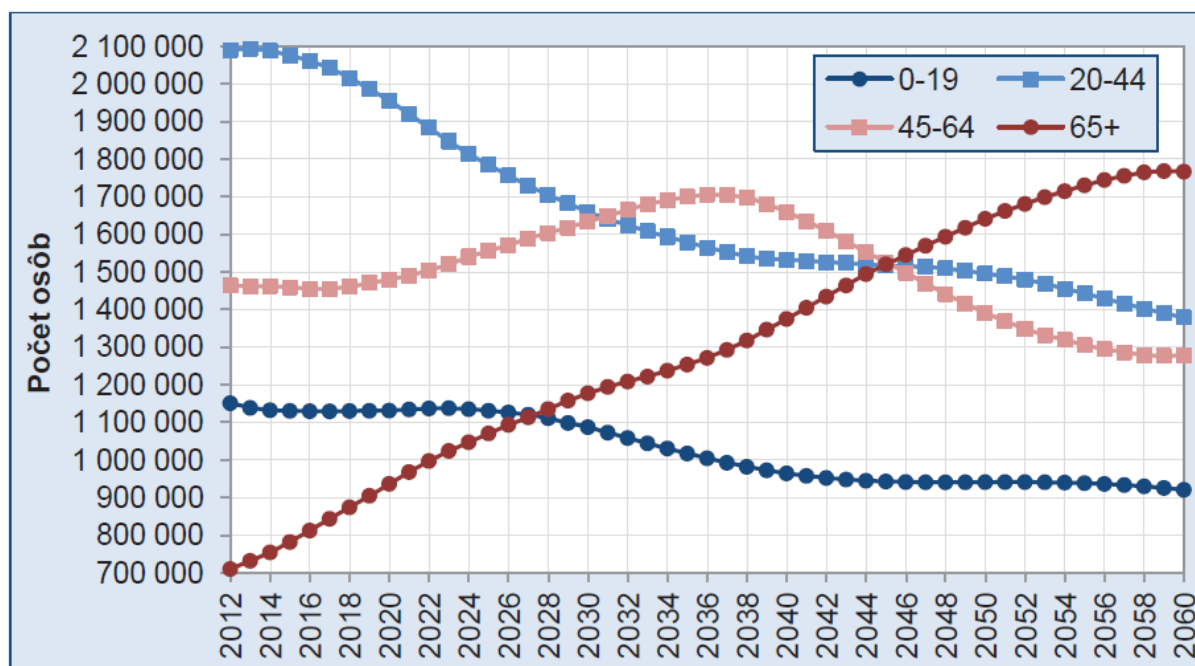
Graf 5: Prognóza indexu starnutia na Slovensku do roku 2060



Zdroj: Databáza INFOSTAT

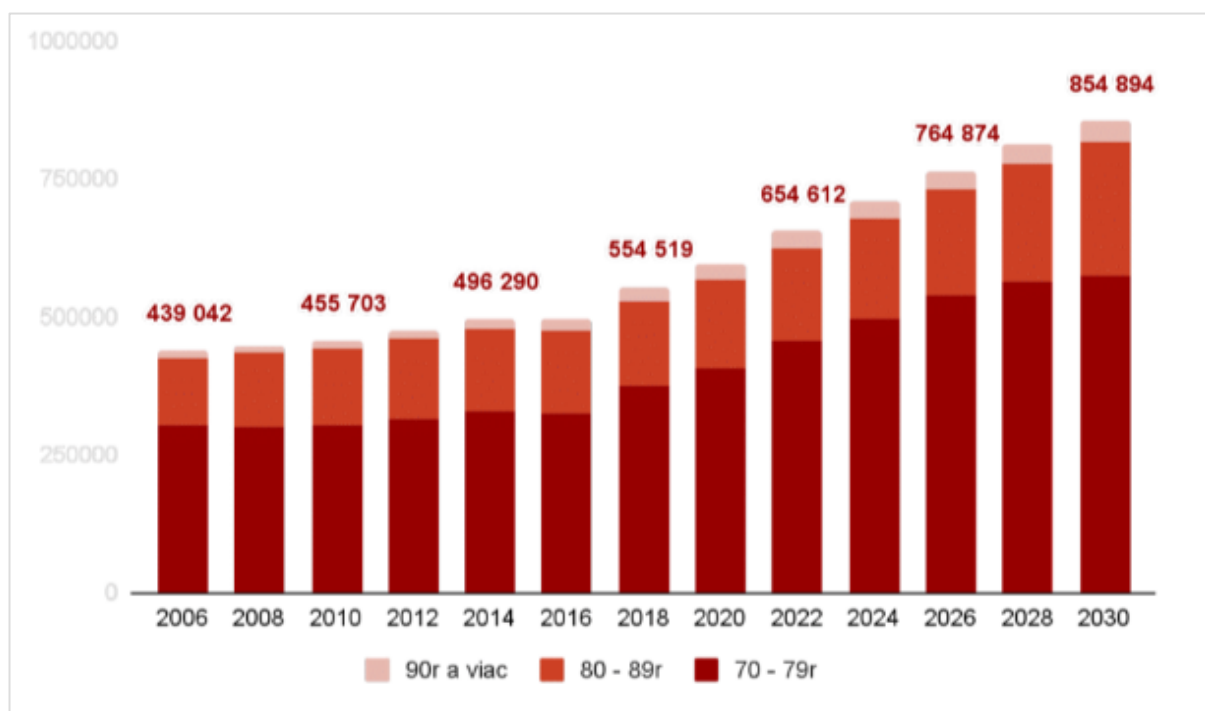
Čo to znamená v reči čísel, si predstavíme na základe údajov Výskumno-demografického centra INFOSTATU. Najväčšie zmeny v početnosti môžeme očakávať u najstaršieho obyvateľstva. Do vekovej skupiny nad 64 rokov prejdú postupne všetky silné populačné ročníky narodené v druhej polovici 20. storočia. Z najmenej početnej hlavnej skupiny obyvateľstva v roku 2019 sa približne v roku 2045 stane najpočetnejšia veková skupina. Nárast seniorov vo veku nad 65 rokov sa v nasledujúcich 5 desaťročiach zvýši o viac ako 1 milión osôb (graf 6), čo znamená zhruba 2,5 krát viac v porovnaní s rokom 2012. To znamená, že v roku 2060 bude mať každý tretí obyvateľ SR najmenej 65 rokov. Kým početné zastúpenie všetkých vekových skupín bude klesať, veková skupina nad 65 rokov bude plynule stúpať (graf 7)¹⁸. Takéto vysoké čísla populácie, ktorá navštevuje lekára najčastejšie znamenajú, že lekári musia byť schopní čo najviac času venovať liečbe a čo možno najmenej času venovať bežnej administratívnej činnosti.

Graf 6: Stredný variant očakávaného vývoja počtu obyvateľov podľa hlavných vekových skupín na Slovensku do roku 2060



Zdroj: Databáza INFOSTAT – Inštitút informatiky a štatistiky

Graf 7: Podiel obyvateľov nad 70 rokov sa medzi rokmi 2022 a 2030 zvýši o 30%



Zdroj: Elektronické materiály k Workshopu 1: Prevencia a ambulantný sektor.- Martin Smatana, Michal Štofko. Dáta od ZP, publikované IZP v roku 2020; Michal Páleník a kol: Vplyv starnutia na zdravotnícky systém Slovenska–Prognóza dopytu a ponuky do roku 2030. ISBN: 978-80-223-5149-2.

Slovensko má jedny z najvyšších mier úmrtnosti z preventabilných a liečiteľných príčin. Stále existuje značný priestor na zlepšenie, pokiaľ ide o účinné politiky v oblasti verejného zdravia s cieľom znížiť počet predčasných úmrtí²². Problémom je, že lekári častokrát riešia množstvo byrokracie, súvisiacej s podnikaním ale i bežnou operatívou v ambulancii – napríklad vystavovaním povolení a potvrdení pre pacientov, čím im ostáva menej času na riešenie prevencií. Lekár, bude zahľtený bežnou operatívou nemá časový priestor telefonicky kontaktovať pacientov a vyzývať ich na vyššiu prevenciu. Na konkrétne byrokratické problémy upozorňujeme v kapitole 3.

V roku 2022 približne 3% Slovákov uvádzalo určité nenaplnené potreby v oblasti lekárskej starostlivosti, čo je nad priemerom EÚ. Nenaplnené potreby sa počas pandémie zvýšili u obyvateľov v najnižšom kvintile príjmov, najmä v dôsledku dlhších čakacích lehôt, pričom u obyvateľov v najvyššom kvintile sa znížili. U ľudí v najnižšom kvintile príjmov bola v roku 2022 štyrikrát vyššia pravdepodobnosť, že budú uvádzať nenaplnené potreby, než u ľudí v najvyššom kvintile. Výdavky na zdravotnú starostlivosť závisia od trvalého príjmu, ktorý sa časom pomaly mení. Dokonca aj po rozhodnutí minúť viac (alebo menej) sa rigidita rozpočtov a licencovaných profesií oneskoruje implementáciu. S pomaly sa vyvíjajúcimi očakávaniami týkajúcimi sa trvalého príjmu a komplexnej inštitucionálnej zotrvačnosti je vplyv súčasných zmien HDP v súčasných výdavkoch sotva zrejmý²³.

HDP je najdôležitejší makroekonomický ukazovateľ, ktorým meriame ekonomickú výkonnosť národného hospodárstva. Ukazovatelia HDP a ich zmena za posledných dva roky predstavená v tab. č. 4.

Tabuľka 4: Vybrané makroekonomické ukazovatele

Ukazovateľ		m. j.	2021	2022	Zmena
HDP v bežných cenách		v mil. eur	97 122,5	107 730,1	10 607,6
HDP reálny rast/pokles (s. c.)		%	3,0	1,7	-1,3
HDP reálny rast/pokles (b. c.)		%	5,5	9,3	3,8
Priemerná ročná miera inflácie		%	3,2	12,8	9,6
Priemerný rast/pokles zamestnanosti podľa VZPS		%	-1,4	1,7	3,1
Priemerný rast/pokles nezamestnanosti podľa VZPS		%	4,7	-9,2	-13,9
Priemerná nominálna mesačná mzda		v eur	1 211	1 304	93
Priemerná mesačná mzda v hospodárstve	Nominálna (rast/pokles)	%	6,9	7,7	0,8
	Reálna (rast/pokles)	%	3,6	-4,5	-8,1
Objem miezd v ekonomike – ročný		v mil. eur	33 653,8	36 799,9	3 146,1
Podiel miezd na HDP		%	34,7	34,2	-0,5

Zdroj: ŠÚ SR

²² Pažitný P et al. (2022), Nadúmrtnosť na COVID-19 v kontexte rozhodnutí zdravotnej politiky (roky 2020 – 2022) [COVID-19 excess mortality in the context of health-policy decisions taken (years 2020-2022)].

²³ Zdravotný profil krajiny 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. – ec.europa.eu/health/state

Analýza ukazuje, že náklady na zdravotnú starostlivosť sú priamo ovplyvnené makroekonomickými ukazovateľmi, pretože zvýšenie úrovne príjmov krajiny umožňuje vláde zvýšiť svoje príjmy prostredníctvom daní. Náklady na verejnú zdravotnú starostlivosť sú ovplyvnené infláciou, pretože ovplyvňuje ceny tovarov a služieb vrátane nákladov na materiál súvisiaci so zdravím. Hoci účasť pracovnej sily by mohla zvýšiť vládny daňový základ, niektoré pracovné miesta tiež vystavujú pracovníkov a obyvateľstvo vo všeobecnosti zdravotnému riziku, čo v konečnom dôsledku vedie k zvýšeným nákladom na zdravotnú starostlivosť. To znamená, že náklady na verejnú zdravotnú starostlivosť sú priamo alebo nepriamo spojené s makroekonomickými ukazovateľmi v SR.

1.1.2 Zdroje plynúce do zdravotníctva

Špecifikom zdravotného sektora je najmä spôsob úhrady, ktorý je nepriamy. Zatiaľ čo v prípade bežných služieb zaplatí klient za poskytnutú službu priamo v prevádzke, v prípade zdravotníctva ide o úhradu, ktorá sa realizuje ex post, zo zdravotnej poisťovne na základe nároku klienta. Preto je dôležité analyzovať, aké veľké zdroje do sektora zdravotníctva plynú, pretože majú priamy súvis s hospodárením sektora, najmä ambulancií, ktoré ako neskôr preukážeme sú takmer všetky MSP.

V roku 2022 celkové disponibilné zdroje (tab. č.5) v zdravotníctve vzrástli, čo bolo v súlade s ekonomickým rastom. Zvýšenie bolo najmä v dôsledku nárastu poistného v rámci verejného zdravotného poistenia. Tieto zdroje sú základom pre financovanie zdravotnej starostlivosti a sú rozdelené medzi verejné a súkromné financovanie, čím sa zabezpečuje pokrytie zdravotnej starostlivosti pre obyvateľstvo. Významný nárast zaznamenali aj súkromné výdavky obyvateľstva na zdravie, čo odráža rastúci podiel výdavkov, ktoré nie sú kryté verejným poistením.

Tabuľka 5: Štruktúra celkových disponibilných zdrojov zdravotníctva

Ukazovateľ	2021	2022	Zmena	Zmena
	v mil. eur	v mil. eur	v mil. eur	%
Zaplatené poistné celkom*	5 626,8	5 977,7	350,9	6,2
- v tom: štát**	1 292,1	1 289,0	-3,1	-0,2
ekonomicky aktívni poistenci	4 334,7	4 688,7	354,0	8,2
Súkromné zdroje***	1 508,6	1 603,3	94,7	6,3
Zdroje spolu	7 135,4	7 581,0	445,6	6,2
Podiel disponibilných zdrojov v zdravotníctve na HDP v %	7,3	7,0		

Zdroj: ZP, ŠÚ SR

*ZP - Výber poistného zdravotnými poisťovňami

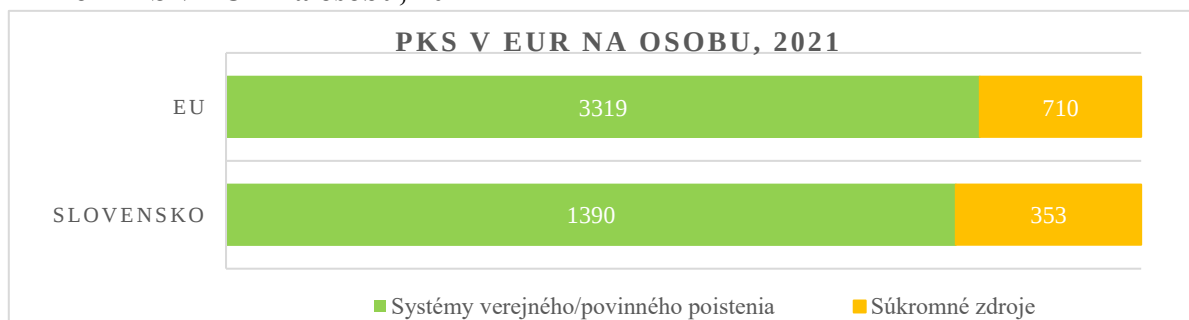
**Štát v zákone vymedzených prípadoch (§ 11 ods. 1 písm. d) zákona č. 580/2004 Z. z.)

*** https://datacube.statistics.sk/#!/view/sk/VBD_SLOVSTAT/nu2020qs/v_nu2020qs_00_00_00_sk. Údaje za rok 2021 aktualizované podľa ŠÚ SR.

Podľa dostupných a zverejnených informácií v roku 2021 Slovensko vynaložilo na zdravotníctvo 1 743 EUR na obyvateľa čo je menej ako polovica priemeru EÚ vo výške 4 029 EUR a jedna z najnižších súm v EÚ (graf 8). Výdavky na zdravotníctvo vyjadrené ako podiel HDP predstavovali 7,8% v roku 2021, čo je takisto oveľa menej ako priemer EÚ vo výške

11,0%. Približne 80% výdavkov na zdravotníctvo v roku 2021 pochádzalo z verejných zdrojov, čo sa blíži priemeru EÚ vo výške 81%.

Graf 8: PKS v EUR na osobu, 2021

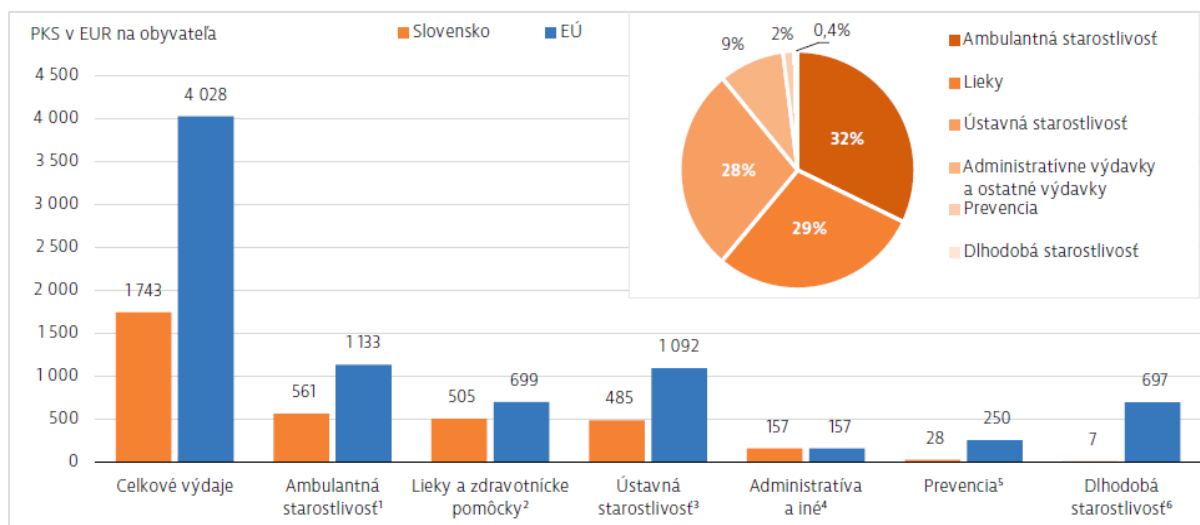


Zdroj: [OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Slovensko: Zdravotný profil krajiny 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.]

V roku 2021 Slovensko v rámci výdavkov na zdravotníctvo prideliť takmer rovnaké podiely na ambulantnú starostlivosť (32%), lieky (29%) a ústavnú starostlivosť (28%). Menšia časť výdavkov išla na administratívu, prevenciu a dlhodobú starostlivosť (graf 9). V absolútnom vyjadrení Slovensko miera menej, ako sú priemery EÚ na všetky hlavné kategórie starostlivosti, a výdavky krajiny na obyvateľa v oblasti dlhodobej starostlivosti a prevencie boli v roku 2021 najnižšie v EÚ. Vysoký podiel výdavkov na lieky, ktorý je vysoko nad priemerom EÚ vo výške 19%, je spôsobený celkovo nízkou úrovňou výdavkov na zdravotníctvo na Slovensku. Zároveň ceny liekov sú zosúladené s vybranými krajinami EÚ, čo neplatí v prípade nákladov práce, ktoré majú vplyv na iné kategórie výdavkov. Od roku 2022 sa výdavky na lieky ďalej zvyšovali v dôsledku nových právnych predpisov zameraných na lepší prístup k inovatívnym liekom²⁴.

²⁴ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Slovensko: Zdravotný profil krajiny 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

Graf 9: Lieky, ambulantná a ústavná starostlivosť osobitne tvoria takmer tretinu výdavkov na zdravotníctvo, 2021



Zdroj: Štatistika OECD týkajúca sa verejného zdravia za rok 2023 [údaje sa týkajú roku 2021]

Poznámky:

V prípade priemeru EÚ ide o vážený priemer.

1. Vrátane domácej starostlivosti a podporných služieb (napr. preprava pacientov).

2. Zahŕňa len trh s ambulantnými pacientmi.

3. Vrátane liečebno-rehabilitačnej starostlivosti v nemocničných a iných zariadeniach.

4. Zahŕňa riadenie a správu systému zdravotnej starostlivosti a iné výdavky.

5. Zahŕňa len výdavky na organizované preventívne programy.

6. Zahŕňa len zložku zdravotníctva a nezahŕňa žiadne výdavky v oblasti zariadení dlhodobej sociálnej starostlivosti.

Celkové disponibilné zdroje v zdravotníctve v roku 2022 v porovnaní s rokom 2021 vzrástli o 445,6 mil. eur. Nárast disponibilných zdrojov bol tvorený predovšetkým nárastom poistného zaplateného v rámci verejného zdravotného poistenia (350,9 mil. eur), ale narástli aj výdavky obyvateľstva na zdravotnú starostlivosť hradenú mimo verejného zdravotného poistenia. Podiel disponibilných zdrojov v zdravotníctve na HDP pri porovnaní údajov za roky 2022 a 2021 mierne poklesol na 7 %.

Najvýznamnejšia časť disponibilných zdrojov v zdravotníctve je poistné zaplatené v rámci verejného zdravotného poistenia, ktoré v roku 2022 stúplo v súlade s rastom ekonomiky na 5 977,7 mil. eur. Väčšina medziročného nárastu pochádza z poistného plateného ekonomicky aktívnymi poistencami. V súlade s rastom miezd vzrástlo aj poistné zaplatené ekonomicky aktívnymi poistencami o 354,0 mil. eur na 4 688,7 mil. eur. Platba štátu za jeho poistencov poklesla o 3 mil. eur na 1 289,0 mil. eur. Priemerná mesačná platba poistného plateného ekonomicky aktívnym poistencom (plateného formou odvodu na zdravotné poistenie) bola 172 eur. Priemerná mesačná platba za jedného poistenca štátu bola 37 eur. Dáta za rok 2024 zohľadnené v tab. č. 6.

Tabuľka 6: Minimálna celková suma v eurách pre jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti pre jednotlivé poisťovne, 2024

Typ zdravotnej starostlivosti				
	Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.	Dôvera zdravotná poisťovňa, a.s.	Union zdravotná poisťovňa, a.s.	Spolu
Lieky a dietetické potraviny	984 037 927	425 271 064	118 732 251	1 528 041 242
Zdravotnícke pomôcky	175 522 965	34 435 397	15 022 439	224 980 801
Ústavná zdravotná starostlivosť	1 612 357 078	768 801 523	248 263 820	2 629 422 421
Ústavná zdravotná starostlivosť poskytovaná v komplexných a detských nemocniciach 3,4,5 úrovne poskytujúcich vzdelávanie a ktoré sú zároveň subjekty hospodárskej mobilizácie	117 123 701	55 843 138	18 033 161	191 000 000
Všeobecná ambulantná zdravotná starostlivosť	229 901 956	151 556 806	50 361 638	431 820 400
Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	318 904 580	132 530 684	52 411 192	503 846 455
Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť	747 429 489	372 749 885	130 418 374	1 250 597 748
Záchranná zdravotná služba	114 140 982	61 845 420	24 315 069	200 301 471
Ambulantná pohotovostná služba, kúpeľná starostlivosť, dopravná zdravotná služba, vrtuľníková a letecká záchranná zdravotná služba	84 633 229	41 213 583	14 153 695	140 000 506
Iná zdravotná starostlivosť	78 626 685	24 732 509	6 390 386	109 749 580
Celkom	4 462 678 592	2 068 980 008	678 102 025	7 209 760 625

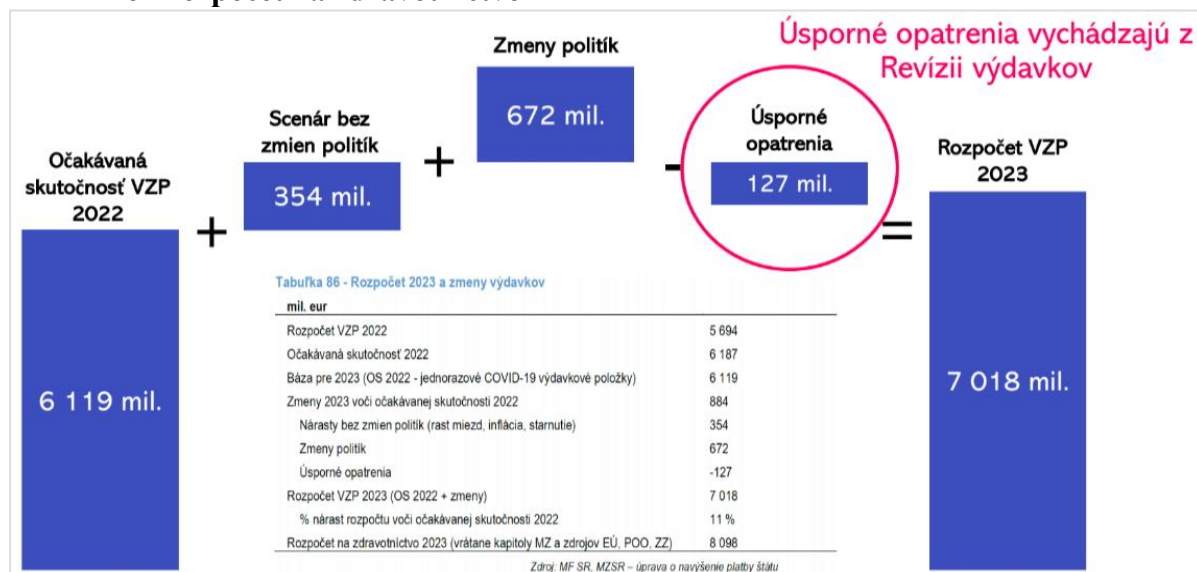
Zdroj: MZ SR

Súkromné zdroje predstavujú výdavky obyvateľstva na zdravotnú starostlivosť nehradenú v rámci verejného zdravotného poistenia. Výdavky domácnosti na zdravie v roku 2022 medziročne narástli o 6,3 % a v roku 2022 domácnosti doplatili na zdravotnú starostlivosť až 1 603,3 mil. eur.

Celkové rozpočtované výdavky na zdravotníctvo v roku 2023 boli 8,1 mld. eur a sú po dôchodkoch druhá najväčšia položka vo verejných financiách. Z tejto sumy predstavujú

celkové očakávané výdavky verejného zdravotného poistenia takmer 7 mld. eur. Rozpočet na zdravotníctvo za rok 2023 je zohľadnený na Grafe 8 nižšie²⁵.

Obrázok 8: Rozpočet na zdravotníctvo



Zdroj: Elektronické materiály pre Workshop 1: Workshop 1 prevencia a ambulancie. – Martin Smatana, Michal Štofko. – 2023.

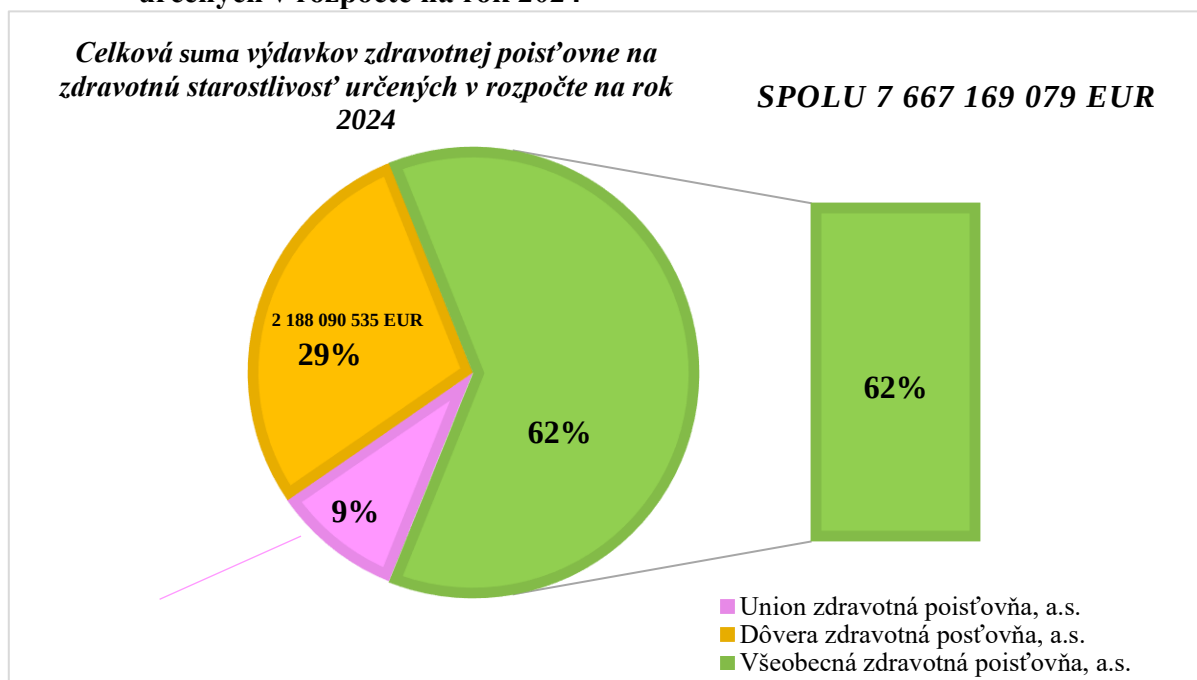
Obrázok 9: Lieky, ambulantná a ústavná starostlivosť osobitne tvoria takmer tretinu výdavkov na zdravotníctvo, 2021



Zdroj: Elektronické materiály pre Workshop 1: Workshop 1 prevencia a ambulancie. – Martin Smatana, Michal Štofko. – 2023.

Výdavky priamo na zdravotnú starostlivosť na rok 2024 sa očakávajú v sume 7,67 mld. eur (graf 10) a táto suma sa tzv. prerozdeľovacou vyhláškou rozdeľuje medzi tri zdravotné poisťovne podľa ich podielu na disponibilných zdrojoch po zohľadnení rizikovosti ich kmeňa cez prerozdeľovací mechanizmus a po odrátaní odhadovaných výdavkov na prevádzkovú činnosť či výdavkov na dane a exekúcie.

Graf 10 Celková suma výdavkov zdravotnej poisťovne na zdravotnú starostlivosť určených v rozpočte na rok 2024



Zdroj: Zdravotnícke noviny č.7. – Jediný odborný týždenník pre lekárov a farmaceutov na Slovensku, 15 február 2024

Výdavky rozpočtu musia byť kryté príjmami. Tie pre zdravotníctvo sú tvorené dominantne dvoma zdrojmi – odvody ekonomicky aktívneho obyvateľstva a tzv. platbou za poistencov štátu, teda transfer z daňových zdrojov štátu. S tvorbou rozpočtu tak súvisí druhé konsolidačné opatrenie, ktoré bolo navrhnuté v rámci balíčka konsolidačných opatrení schválených vládou SR. Ide o zvýšenie sadzby odvodov poistného na verejné zdravotné poistenia od 1. januára 2024. Konkrétne sa zvýšila sadzba poistného pre zamestnávateľa, samostatne zárobkovo činnú osobu a samoplatiteľa, a to o 1 percentuálny bod na 11% (tab. č.7). Rovnako tak sa zvýši aj znížená, polovičná sadzba platená z ťažko zdravotne postihnutých o 0,5 p. b.. Zároveň budú o 1 p. b. zvýšené aj odvody, ktoré odvádzajú živnostníci, na úroveň 15%²⁶.

²⁶ MF SR. – Výbor pre daňové prognózy. 75 zasadnutie. – December 2023. - <https://www.mfsr.sk/sk/financie/institut-financnej-politiky/o-institute/o-institute.html>

Tabuľka 7: Vplyv zvýšenia sadzby zdravotných odvodov o 1 p.b.

	2024	2025	2026
Zdravotné odvody	399	422	441
DPPO (daň z príjmov právnických osôb)	- 42	- 44	- 46
<i>Celkový vplyv na príjmy SR</i>	357	378	395

Zdroj: Výbor pre daňové prognózy. 75 zasadnutie. – December 2023. – <https://www.mfsr.sk/sk/financie/institut-financnej-politiky/o-institute/o-institute.html>

Úpravou legislatívy sa od roku 2024 na jednej strane zaviedlo pevné percento pri spôsobe výpočtu poistného plateného štátom. Uvedenou zmenou sa podľa ministerstva zabezpečilo navýšenie zdrojov v rámci platby za poistencov štátu pre zákonom vymedzené kategórie osôb o 494 miliónov eur oproti rozpočtu na rok 2023. Celková platba tak na rok 2024 predstavuje 2,1 miliardy eur²⁷.

1.1.3 Konzumenti služieb zdravotnej starostlivosti

Na Slovensku je zdravotná starostlivosť zabezpečená prostredníctvom systému verejného zdravotného poistenia, ktorý pokrýva takmer celú populáciu. Počet poistencov sa udržiava stabilný s miernym nárastom, pričom značný podiel tvoria ekonomicky neaktívne osoby, ako sú dôchodcovia, deti, študenti a nezamestnaní, za ktorých poistné platí štát. Systém verejného poistenia zabezpečuje prístup k zdravotnej starostlivosti pre všetkých občanov, čím sa zaručuje základné právo na zdravie.

Počet poistencov bol v roku 2022 v porovnaní s predchádzajúcim obdobím viacmenej na konštantnej úrovni. Z celkového počtu 5 182 734 poistencov (tab.č.8, obr. 9, 10) bolo 44 % ekonomicky aktívnych, za 56 % poistencov platí poistné štát. Išlo hlavne o dôchodcov, deti, študentov, matky na materskej a rodičovskej dovolenke a nezamestnaných evidovaných na úrade práce.

Tabuľka 8: Počet poistencov

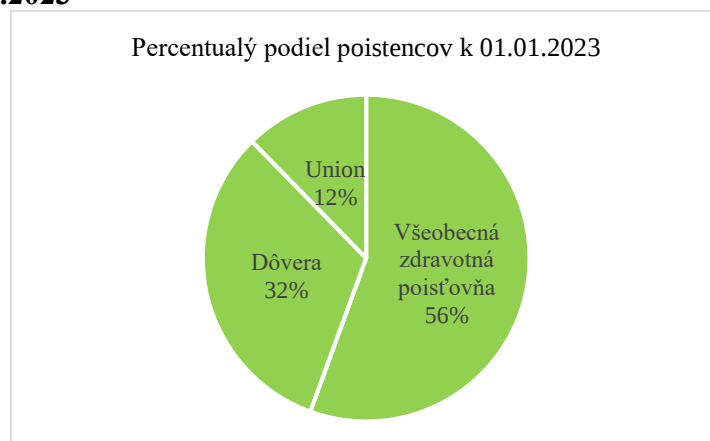
	31. 12. 2022	31. 12. 2021	Zmena v %	Zmena
Počet poistencov celkom	5 182 734	167 379	5	15 355
Poistenci štátu	2 900 170	930 411	2	-30
Ekonomicky aktívni poistenci (EAP)	2 282 564	236 968	2	45 596
				2,0%

Zdroj: UDZS

Na trhu s verejným zdravotným poistením na Slovensku pôsobia tri poisťovne. Sú nimi štátna Všeobecná zdravotná poisťovňa a dve súkromné poisťovne Dôvera a Union.

²⁷ Elektronické materiály: časopis Zdravotnícky denník. – Zdravotníctvo bude mať 8,9 miliardy eur k dispozícii v roku 2024, je to o 807 miliónov eur viac ako v roku 2023. – 12.12.2023: <https://zdravotnickydennik.sk/2023/12/zdravotnictvo-bude-mat-89-miliardy-eur-k-dispozicii-v-roku-2024-je-to-o-807-milionov-eur-viac-ako-v-roku-2023/#:~:text=V%C3%BDdavky%20na%20verejn%C3%A9%20zdravotn%C3%A9%20poistenie,p%C3%B4jde%20%2C67%20miliardy%20eur.>

Obrázok 10: Informácia o výške podielu poistencov jednotlivých zdravotných poisťovní k 01.01.2023



Zdroj: Oznámenie č. 7613/2023, spis č. 8084/2023/977 výšky podielu poistencov jednotlivých zdravotných poisťovní na celkovom počte poistencov na základe definitívnych počtov poistencov k 01.01.2023. - úrad/CRP

Tabuľka 9: Počet poistencov v jednotlivých zdravotných poisťovniach k 1.1.2023

Všeobecná zdravotná poisťovňa	2 879 680
Dôvera	1 664 363
Union	638 691
SPOLU	5 182 734

Zdroj: Oznámenie č. 7613/2023, spis č. 8084/2023/977 výšky podielu poistencov jednotlivých zdravotných poisťovní na celkovom počte poistencov na základe definitívnych počtov poistencov k 01.01.2023. - úrad/CRP

Obrázok 11.: Informatívny prepočet návrhu výšky mesačnej úhrady v Eur v zmysle §8 zákona 581/2004 Z. z. pre rok 2023



Zdroj: Oznámenie č. 7613/2023, spis č. 8084/2023/977 výšky podielu poistencov jednotlivých zdravotných poisťovní na celkovom počte poistencov na základe definitívnych počtov poistencov k 01.01.2023. - úrad/CRP

1.1.4 Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti

Pochopenie rozsahu veľkosti zdravotníckeho sektora nie je možné bez vymedzenia jednotlivých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Teoretické vymedzenie, aplikované v tejto časti vytvára predpoklady pre ekonomickú analýzu subjektov, a to vzhľadom na veľkostné kategórie, so zameraním na MSP v kapitole 2 tejto analýzy.

Zdravotná starostlivosť na Slovensku je poskytovaná širokou sieťou zdravotníckych zariadení, ktoré zahŕňajú ambulantné služby, špecializované ambulancie, všeobecné a špecializované nemocnice, lekárne, služby SVALZ a iné. Táto infraštruktúra umožňuje efektívne pokrytie potrieb zdravotnej starostlivosti obyvateľstva prostredníctvom rôznych

kanálov poskytovania služieb, čím sa zabezpečuje dostupnosť a rozmanitosť zdravotnej starostlivosti. Rozdelenie zdrojov medzi zdravotné poisťovne a prevádzkové náklady sú dôležitými faktormi, ktoré ovplyvňujú kapacitu a kvalitu poskytovanej starostlivosti.

Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti sú zmluvne viazaní poskytovať zdravotnú starostlivosť poisťovnícom zmluvnej zdravotnej poisťovne v stanovenom rozsahu, odbornom zameraní a objeme zdravotných výkonov. Zdravotná starostlivosť je poskytovaná sústavou zdravotníckych zariadení, ktoré sa v zásade delia na ambulantné a ústavné – lôžkové zariadenia.

Podľa dát zverejnených NCZI ku koncu roka 2022 vykázalo činnosť 12 058 poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (PZS), ktorí prevádzkovali 13 916 zdravotníckych zariadení. Zariadenia ambulantnej zdravotnej starostlivosti tvorili 78,7 % (10 956 zariadení), zariadenia lekárenskej starostlivosti 14,3 % (1 996 zariadení), zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti 1,4 % (201 zariadení) a hematologicko-transfúziologické zariadenia 0,1 % (12 zariadení). Ostatné zariadenia (zubná technika, očná optika, dopravná zdravotná služba a mobilné zariadenie PZS zriadené na základe licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe) predstavovali 5,4 % (751 zariadení) v sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti²⁸.

Druhovú štruktúru poskytovateľov zdravotnej starostlivosti podľa zdroja NCZI vyzerala v roku 2022 nasledovne (tab. 9).

Tabuľka 10: Počet zdravotníckych zariadení podľa druhu k 31.12.2022, spracované autorom podľa dát NCZI

Ambulantná zdravotná starostlivosť	10956
ambulancie všeobecného lekárstva	2646
špecializované ambulancie	6510
ostatné	1800
Ústavná zdravotná starostlivosť vrátane ambulantných častí	201
všeobecné nemocnice	77
špecializované nemocnice	46
ostatné	78
Lekárska starostlivosť	1996
Hematologicko-transfúziologické zariadenia	12
Ostatné zdravotnícke zariadenia	751
SPOLU	13916

Zdroj: Oficiálna webová stránka Národné centrum zdravotníckych informácií (NCZI): https://www.nczisk.sk/Statisticke_vystupy

Ambulantná starostlivosť – zdravotná starostlivosť poskytovaná osobe, ktorej zdravotný stav nevyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín. Ambulantná starostlivosť sa poskytuje aj v domácom prostredí alebo v inom prirodzenom

²⁸ Elektronické materiály NCZI: Sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti Slovenskej republiky 2022.pdf. – http://www.nczisk.sk/Statisticke_vystupy/Tematicke_statisticke_vystupy

prostredí pacienta. Môže byť všeobecná, špecializovaná (gynekologická a zubno-lekárska), špecializovaná iná alebo môže mať formu záchranej zdravotnej služby. Poskytujú ju všeobecní lekári, gynekológovia, stomatológovia a ďalší lekári so špecializáciou v inom špecializačnom odbore ako všeobecné lekárstvo, ako aj sestry a ďalší zdravotnícki pracovníci príslušnou odbornou spôsobilosťou²⁹. Prehľad siete zdravotnej ambulantnej starostlivosti podľa druhu zdravotníckych zariadení v roku 2022 predstavený v tabuľke 10 nižšie. Tieto ambulancie tvoria chrbtovú kosť zdravotníckeho systému v SR a v drvivej väčšine ide o MSP.

Tabuľka 11: Prehľad siete zdravotnej ambulantnej starostlivosti – druhy zdravotníckych zariadení v roku 2022

Ambulantná zdravotná starostlivosť	PZS, ktorí prevádzkujú daný druh zariadenia	Zdravotníckych zariadení	Odborných útvarov	Pracovných miest samostatných odborných zdravotníckych pracovníkov
<i>ambulancia všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti</i>	2 395	2 646	2 665	2 452,63
<i>ambulancia špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti</i>	5 711	6 510	7 376	6 456,87
<i>ambulancia záchranej zdravotnej služby</i>	14	320	326	167,56
<i>zariadenie na poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti</i>	137	173	260	199,53
<i>stacionár</i>	72	128	208	231,18
<i>poliklinika</i>	66	76	960	593,99
<i>agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti</i>	174	206	206	1,25
<i>zariadenie spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek</i>	412	578	631	774,87
<i>mobilný hospic</i>	16	26	26	14,82
<i>ambulancia lekárskej služby prvej pomoci</i>	9	9	9	8,14
<i>tkanivové zariadenie</i>	10	10	11	3,70
<i>ambulancia pevnej ambulantnej pohotovostnej služby</i>	58	76	81	71,63
<i>ambulancia zubno - lekárskej pohotovostnej služby</i>	14	15	15	8,11
<i>ambulancia dopravnej zdravotnej služby</i>	33	112	112	-
<i>mobilné ošetrovateľské miesto</i>	54	69	69	4,15
<i>epidemiologická ambulancia</i>	2	2	2	0,11
Spolu	9 177	10 956	12 957	10 988,54

Zdroj: Oficiálna webová stránka Národné centrum zdravotníckych informácií (NCZI): https://www.nczisk.sk/Statisticke_vystupy

²⁹ Ambulantná starostlivosť. Encyklopédia Beliana – slovenská všeobecná encyklopédia (sav.sk). – <https://beliana.sav.sk/heslo/ambulantna-starostlivost>

Údaj o počte návštev pacientov je získavaný prostredníctvom ročných výkazov o činnosti odborných ambulancií. V roku 2022 bolo v ambulanciách uskutočnených 67 112 575 návštev pacientov, čo je o 2,5 % viac ako v roku 2021. Najvyšší počet návštev zaznamenali ambulancie poskytujúce všeobecnú zdravotnú starostlivosť, v ktorých evidovali viac ako tretinu (24 597 427) z celkového počtu návštev³⁰.

Stratégia všeobecnej ambulantnej starostlivosti do roku 2030, ktorá bola schválená v januári 2023, má šesť prioritných oblastí štruktúrovaných okolo troch hlavných cieľov:

- posilnenie kompetencií všeobecných lekárov, pediatrov a zdravotných sestier a podpora nových foriem spolupráce,
- podpora vzdelávania a odbornej prípravy a zvyšovanie atraktívnosti povolania všeobecného lekára,
- zlepšovanie prístupnosti primárnej starostlivosti, znižovanie administratívneho zaťaženia všeobecných lekárov a zmena systému platieb všeobecným lekárom.

Opatrenia na realizáciu stratégie majú tri fázy. V prvej fáze sa klasifikovali okresy podľa súčasných a budúcich úrovni rizika prístupu k primárnej starostlivosti. Ministerstvo poskytuje nenávratnú finančnú dotáciu s cieľom podporiť otváranie nových ambulancií všeobecných lekárov v nedostatkových oblastiach, o ktorú môžu požiadať noví aj existujúci poskytovatelia zdravotnej starostlivosti. V druhej fáze sa rozšíria kompetencie všeobecných lekárov, podporia nové modely starostlivosti (spoločné ambulancie alebo zamestnanie druhej zdravotnej sestry) a posilní výkonnostná zložka systému platieb všeobecným lekárom. Tretia fáza bude zameraná na vysoké administratívne zaťaženie všeobecných lekárov³¹.

Ústavná zdravotná starostlivosť (jedna z foriem zdravotnej starostlivosti) sa poskytuje osobe, ktorej zdravotný stav si vyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín.

Ústavná starostlivosť sa poskytuje:

- na základe odporúčania ošetrojúceho lekára alebo
- žiadosti osoby aj bez odporúčania ošetrojúceho lekára, ak zdravotný stav osoby vyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín alebo
- na základe rozhodnutia súdu³².

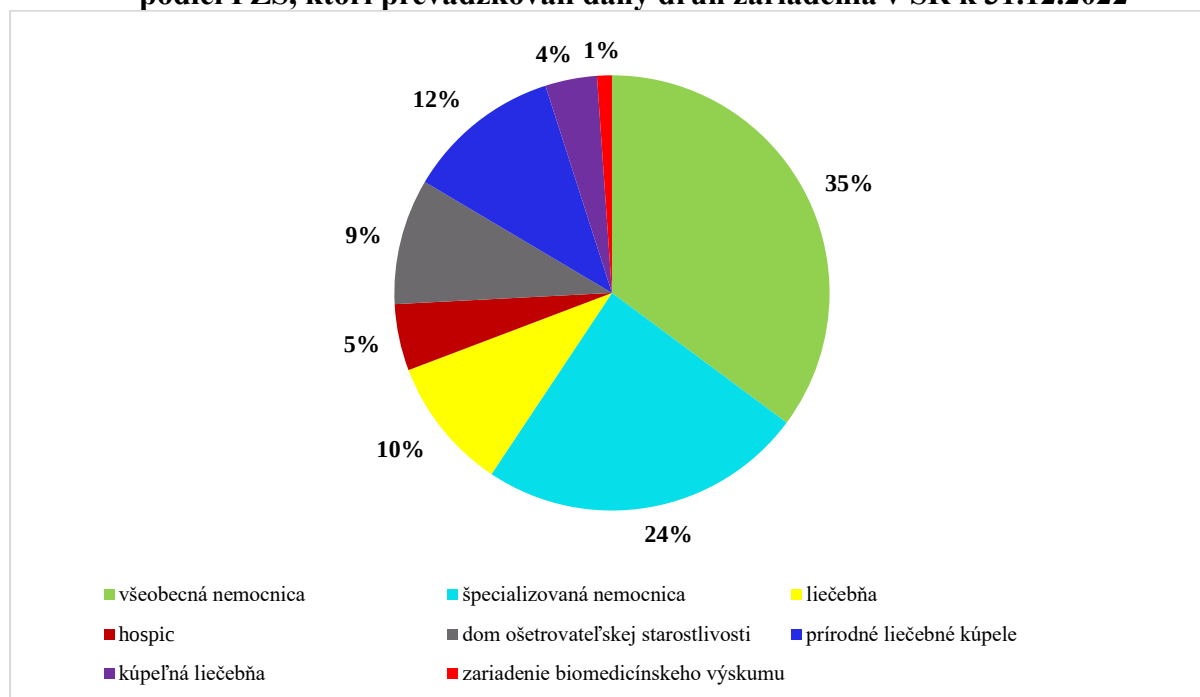
Ústavná zdravotná starostlivosť na Slovensku sa nachádza v nelichotivej situácii. Vysoký investičný deficit, nedostatočná digitalizácia služieb, zlé procesné nastavenia, ako aj chýbajúci zdravotnícky personál vplýva na jej kvalitu a udržateľnosť.

³⁰ Sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti Slovenskej republiky 2022: https://www.nczisk.sk/Statisticke_vystupy – NCZI, december 2023.

³¹ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Slovensko: Zdravotný profil krajiny 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

³² Elektronické materiály: Ústavná zdravotná starostlivosť a ústavná pohotovostná služba: https://www.slovensko.sk/sk/zivotne-situacie/zivotna-situacia/_ustavna-zdravotna-starostlivost#:~:text=%C3%A1%20zdravotn%C3%A1%20starostlivost%C5%A5%20jedna%20z%C3%A1klad%C3%A1%20zdravotnej%20starostlivosti%29,nepretr%C5%BEit%C3%A9%20poskytovanie%20zdravotnej%20starostlivosti%20dlh%C5%A1ie%20ako%2024%20hod%C3%ADn.

Graf 11: Ústavná zdravotná starostlivosť vrátane ambulantných častí – percentuálny podiel PZS, ktorí prevádzkovali daný druh zariadenia v SR k 31.12.2022



Zdroj: Vlastné spracovanie podľa Národné centrum zdravotníckych informácií (NCZI): https://www.nczisk.sk/Statisticke_vystupy

Lekárska starostlivosť pokrýva zabezpečovanie, prípravu, kontrolu, uchovávanie, výdaj liekov, ale aj poskytovanie informácií súvisiacich s liekmi a so zdravotníckymi pomôckami. Každý poskytovateľ lekárskej starostlivosti musí spĺňať určité požiadavky na priestorové vybavenie, personálne obsadenie, ale aj materiálne vybavenie prevádzky, ktoré určuje všeobecne záväzný právny predpis. Tieto atribúty tvoria spolu tzv. požiadavky na správnu lekársku prax. V rámci nej sa určujú aj postupy pri príprave liekov, ich uchovávaní a aj dispensácii a ďalšie podmienky, ktoré musia poskytovatelia lekárskej starostlivosti dodržiavať³³.

³³ Elektronické materiály: Poskytovatelia lekárskej starostlivosti viete aké sú požiadavky na správnu lekársku prax?. – Mgr. Lenka Kavarníková, 30.9.2022: <https://www.medipravník.sk/pravne-clanky/poskytovatelia-lekarskej-starostlivosti-viete-ake-su-poziadavky-na-spravnu-lekarsku-prax-1407/>

Tabuľka 12: Prehľad siete lekárenskej starostlivosti – druhy zdravotníckych zariadení v roku 2022

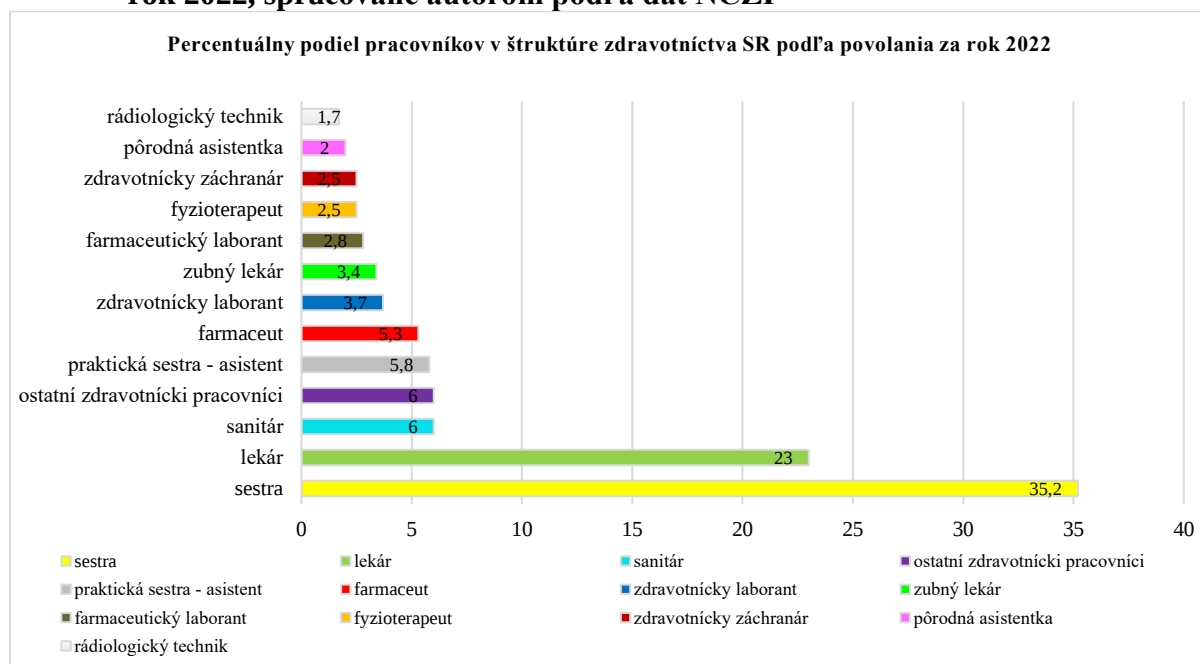
Lekárska starostlivosť	PZS, ktorí prevádzkujú daný druh zariadenia	Zdravotníckych zariadení	Odborných útvarov	Pracovných miest samostatných odborných zdravotníckych pracovníkov
verejná lekáreň	1721	1721	1721	3951,98
pobočka verejnej lekárne	96	96	96	101,83
nemocničná lekáreň	33	36	51	184,73
verejná lekáreň zriadená ako výchovná základňa	1	1	1	-
výdajňa zdravotníckych pomôcok	83	96	96	12,18
výdajňa audioprotetických zdravotníckych pomôcok	5	8	8	-
výdajňa ortopedicko-protetických zdravotníckych pomôcok	25	38	38	3
Spolu	1964	1996	2011	4253,72

Zdroj: Oficiálna webová stránka Národné centrum zdravotníckych informácií (NCZI): https://www.nczisk.sk/Statisticke_vystupy

Podľa dát zverejnených NCZI k 31. 12. 2022 bolo zaevidované 118 363 fyzických osôb (25 734 mužov a 92 629 žien) pracujúcich u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti alebo v iných organizáciách zdravotníctva SR. Viac ako polovica pracovníkov (50,1%) vykonávala povolanie v organizáciách v pôsobnosti iných zriaďovateľov (najmä v neštátnych zdravotníckych zariadeniach).

Pracovníci vykonávajúci zdravotnícke povolanie tvorili 74,2% (87 833 zdravotníckych pracovníkov) z celkového počtu pracovníkov v zdravotníctve. V rámci zdravotníckych pracovníkov tvorili najväčší podiel sestry (35,2%), lekári (23,0%), sanitári (6,0%), praktické sestry – asistenti (5,8%) či farmaceuti (5,3%) (graf 12).

Graf 12: Štruktúra zdravotníckych pracovníkov (pracovných miest) podľa povolania za rok 2022, spracované autorom podľa dát NCZI



Zdroj: Oficiálna webová stránka Národné centrum zdravotníckych informácií (NCZI): https://www.nczisk.sk/Statisticke_vystupy

Platobný systém pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti má prispieť k dosiahnutiu čo najlepších zdravotných výsledkov. Optimálny platobný systém by mal zabezpečiť aj nasledovné: finančné riadenie rôznych zložiek zdravotnej starostlivosti v rámci celkových výdavkov krajiny na zdravotnú starostlivosť:

- vyvážený balík služieb podpory zdravia, prevencie chorôb, liečby a rehabilitačných služieb;
- slobodný výber poskytovateľa zdravotnej starostlivosti pre všetkých jednotlivcov;
- štruktúru spravodlivých odmien pre odborníkov z praxe, ktorá uznáva pracovné zaťaženie a profesionálne zásluhy;
- akceptovanie zodpovednosti a zodpovednosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti za obyvateľstvo a schopnosť reagovať na potreby komunity, rodiny a jednotlivca;
- podporu úzkej spolupráce medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti; a demokratický systém rozhodovania.

V neposlednom rade by mal systém umožňovať cieľavedomé, flexibilné riadenie zamerané na dosahovanie neustáleho rozvoja kvality a vyššej hospodárnosti.

1.1.5 Schéma distribúcie zdrojov v systéme zdravotného poistenia

Zdravotný systém je charakterizovaný poistením. Toto by sa dalo všeobecne definovať tak, že užívatelia platia do systému poplatky, aby sa vyhli možnému riziku neúmerných nákladov spojených so zdravotnou starostlivosťou a aby sa toto riziko rozložilo medzi poistenú skupinu populácie. Hrubo definované, verejný systém zdravotného poistenia môže byť považovaný za poistenie s relevantným podielom dane, efektívne ekvivalentnej k cene zdravotného poistenia. Prerozdeľovací mechanizmus je dôležitou súčasťou systému zdravotného poistenia SR. Vďaka nemu majú poisťovne dostatok prostriedkov na preplácanie zdravotnej starostlivosti aj pri nákladnejších poistencoch.

Slovenský prerozdeľovací mechanizmus je inšpirovaný holandským modelom, ktorý ma vysokú predikčnú silu v celosvetovom meradle. V tomto modeli sú príjmy od všetkých poistencov (samoplatiteľov aj poistencov štátu) spojené do spoločného rozpočtu, ktorý sa následne prerozdelí medzi všetky poisťovne na základe rizikového profilu kmeňa poistencov. Ten sa môže medzi poisťovňami výrazne líšiť. V súčasnom modeli SR je rizikový profil poistenca definovaný demografickou skupinou a PCG skupinou. Demografická skupina pozostáva z kombinácie faktorov vek, typ poistenca (poistenec štátu alebo samoplatiteľ) a pohlavie. PCG zaradenie (nákladová farmaceutická skupina) pozostáva z 27 kategórií a jej úlohou je rozpoznať pacientov, ktorí dlhodobo užívajú lieky, a ktorí sú preto pre poisťovne dlhodobo nákladnejší. Príkladom PCG skupín sú diabetes, auto-imunitné ochorenie alebo hemofília. Na základe prerozdeľovacieho mechanizmu potom poisťovňa dostane za pacienta v rizikovejšej demografickej a PCG skupine viac peňazí na zdravotnú starostlivosť. Predikčná sila súčasného modelu na 2019 bola približne 18 percent, čo poukazuje na zložitosť odhadovania budúcich nákladov na poistenca. Dôsledkom je, že pre väčšinu poistencov prerozdeľovací mechanizmus prideli príliš vysokú alebo príliš nízku sadzbu – tieto odchýlky sa však pri dostatočnom počte poistencov „vykrátia“, čiže ich súčet bude nulový. Problémom by bolo, ak by jedna poisťovňa dostala príliš veľa negatívnych odchýlok, čiže poistencov, ktorí ju stoja viac ako za nich dostane, a bola by kvôli tomu dlhodobo stratová. Aj z tohto dôvodu je dôležité ďalej zlepšovať prerozdeľovací mechanizmus v rámci jeho predikčnej sily, ale aj v rámci motivácii ktoré nepriamo vytvára pre poisťovne.

Z matematického hľadiska sú indexy rizika aditívne, čiže celkový index rizika pre poistenca je definovaný ako súčet všetkých indexov, ktoré poistencovi prislúchajú na základe jeho charakteristík (napríklad 0,2 za demografický index a 7 za PCG index tvoria dokopy rizikový index poistenca 7,2 a prerozdeľovací mechanizmus mu pridelí 7,2 násobok priemerného príjmu na poistenca). Ak označíme kompenzáciu na poistenca vypočítanú prerozdeľovacím mechanizmom ako y_i a príjem na jedného prepočítaného poistenca ako y^* , potom je kompenzácia za poistenca v modeli s demografickými a PCG skupinami vyjadrená ako $y_i = y^* (Demo_i + PCG_i)$, kde PCG index môže byť nulový v prípade, že nejde o pacienta s chronickým ochorením³⁴.

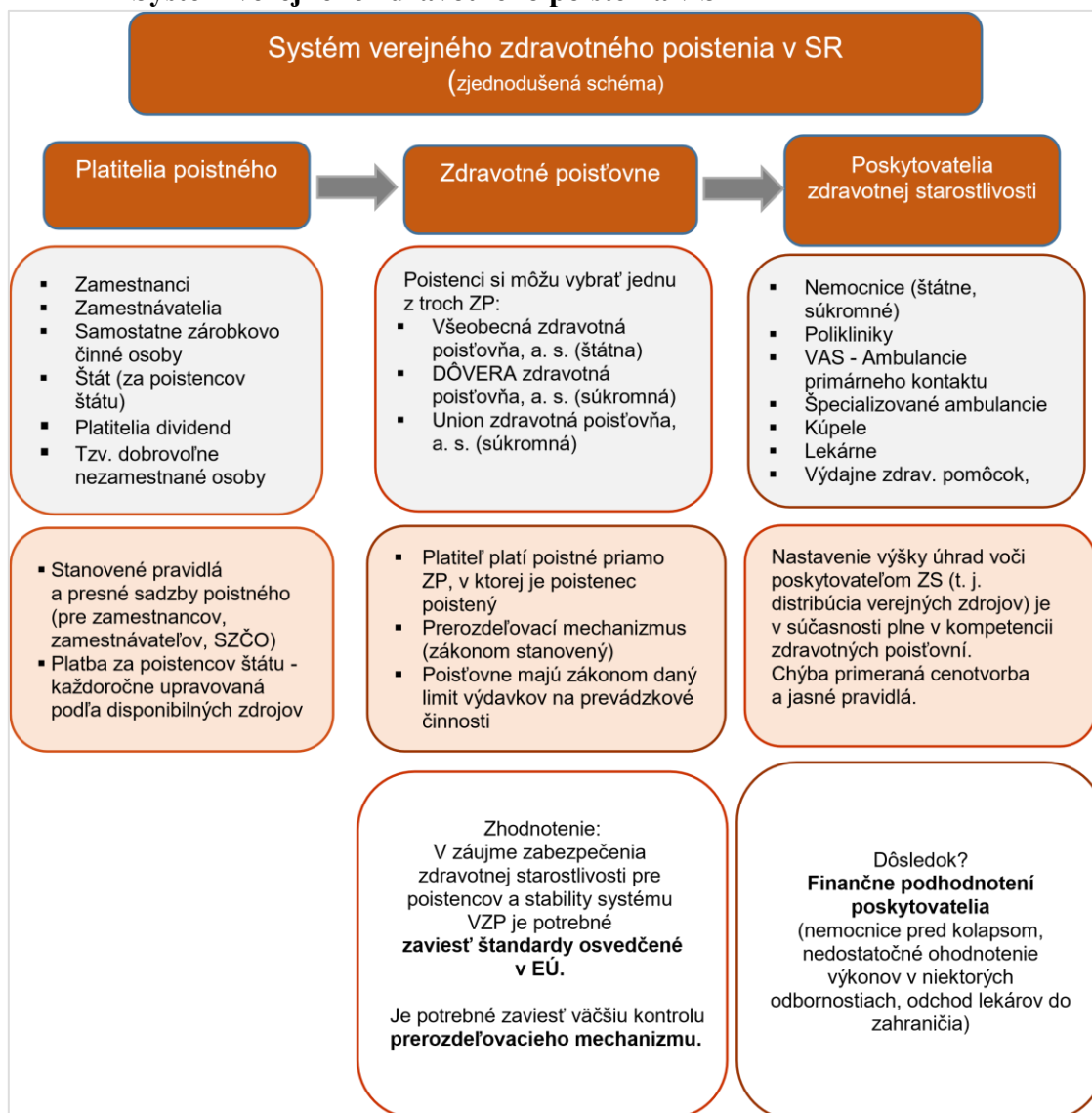
Zdravotné poisťovne zohrávajú v systéme kľúčovú úlohu ako nákupcovia zdravotnej starostlivosti. Je ich zákonnou povinnosťou zabezpečiť zdravotnú starostlivosť svojim poistencom. Nákup je založený na selektívnom uzatváraní zmlúv. Hlavnými kritériami sú ukazovatele kvality a flexibilné ceny. Na zmluvné vzťahy medzi zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti dohľadá Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Všetky zdravotné poisťovne sú akciové spoločnosti a sú povinné spĺňať určité kritériá solventnosti. Keďže sú pod prísnymi rozpočtovými obmedzeniami, sú plne zodpovední za nedostatok finančných prostriedkov.

Základnou funkciou zdravotného poistenia je vytvárať zdroje založené na princípe solidarity - to je nevyhnutné na zabezpečenie tzv. kolektívneho rizika.

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou vo svojej „Správe o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2022“ publikoval zjednodušenú schému systému verejného zdravotného poistenia v SR (obrázok 11) s hodnotením, ktorá je pre našu analýzu vysoko relevantná, pretože obsahuje aj zhodnotenie fungovania celého poistného systému a náčrt oblastí, ktoré bude nutné v záujme prežitia systému modifikovať.

³⁴ Elektronické materiály: Prerozdeľovací mechanizmus. Férovejšia distribúcia zdrojov. – Inštitút zdravotnej politiky. – <https://www.health.gov.sk/?izp-analyzy>

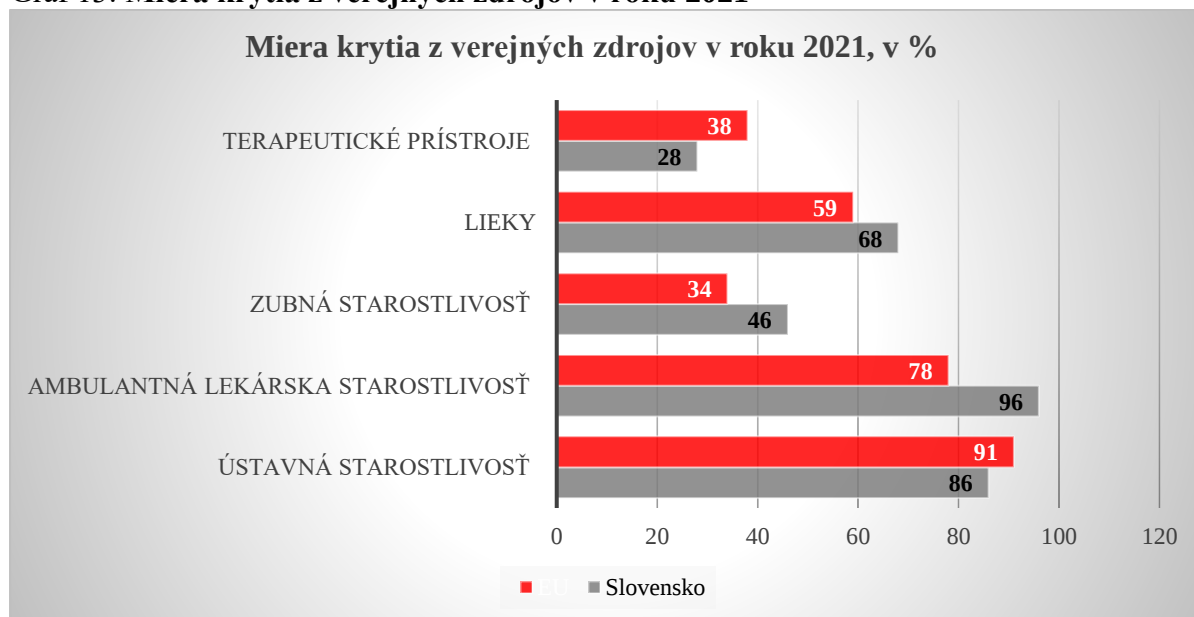
Obrázok 12: Systém verejného zdravotného poistenia v SR



Zdroj: Elektronické materiály UDZS jún 2023. – Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2022

Podiel výdavkov, na ktoré sa vzťahuje systém zdravotného poistenia, je takmer rovnaký alebo vyšší v porovnaní s priemerom EÚ, a to v prípade väčšiny zdravotníckych výrobkov a služieb zdravotnej starostlivosti, s výnimkou terapeutických prístrojov (graf 13,14). Nedávno sa podiel výdavkov na lieky hrađených zo systému povinného zdravotného poistenia ďalej zvýšil. a to kvôli prijatiu novely v roku 2022, ktorá sa týka krytia inovatívnych liekov s cieľom zlepšiť ich dostupnosť.

Graf 13: Miera krytia z verejných zdrojov v roku 2021



Zdroj: štatistika OECD týkajúca sa verejného zdravia za rok 2023, OECD (2023), spracované autorom

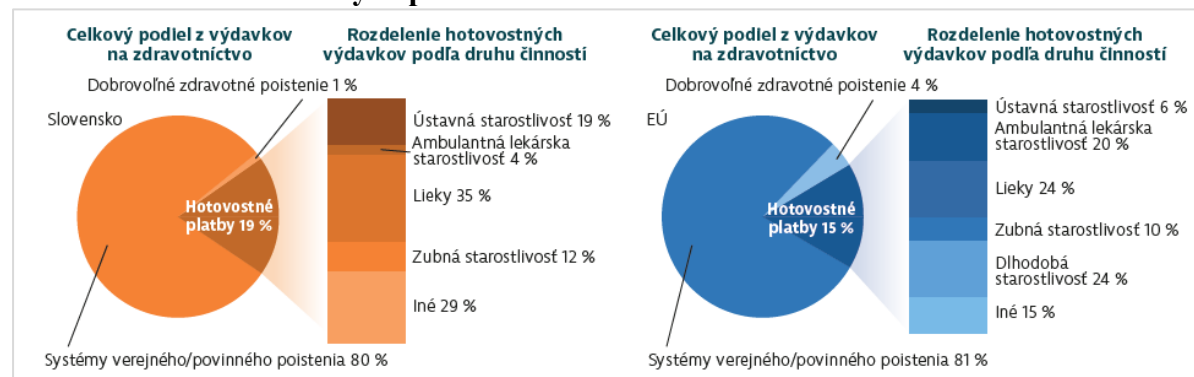
Poznámky: Ambulantné lekárske služby sa týkajú najmä služieb poskytovaných všeobecnými lekármi a špecialistami v ambulantnom sektore.

Lieky zahŕňajú predpísané a voľne predajné lieky a zdravotnícke tovary krátkodobej spotreby.

Terapeutické prístroje sa vzťahujú na výrobky na videnie, načúvacie prístroje, invalidné vozíky a iné zdravotnícke pomôcky.

Priemer EÚ sa neváži.

Graf 14: Podiel hotovostných platieb v S



Zdroj: Štatistika OECD týkajúca sa verejného zdravia za rok 2023, databáza Eurostatu (údaje sa týkajú roku 2021)

Poznámky: Dobrovoľné zdravotné poistenie zahŕňa aj iné dobrovoľné systémy platby vopred. Priemer EÚ sa váži.

Od roku 2020 sa zmenil spôsob financovania zdravotníctva s dôrazom na skutočné potreby a predvídateľnejšie financovanie rezortu. Platba poistencov štátu plní iba dorovnávaciu funkciu a jej výška je určená ako rozdiel medzi skutočnými potrebami rezortu a príjmami z odvodov ekonomicky aktívnych obyvateľov. V ostatnom čase sa podarilo legislatívne ukotviť rozpočtovanie podľa typov zdravotnej starostlivosti prostredníctvom tzv. programového rozpočtovania. Nemenej dôležité bolo precizovať integritu dát od zdravotných poisťovní (ZP), kde sa podarilo zjednotiť vykazovanie hlavných typov zdravotnej starostlivosti. Aktuálne sa pracuje na jednotnej metodike prognózovania dát zdravotného poistenia, čo umožní štátu presnejšie plánovanie a rozpočtovanie verejného zdravotného poistenia. Odborná verejnosť v

zdravotníctve revíziu eviduje a väčšina vníma jej potrebu v sektore z hľadiska podpory dôvery v efektívne narábanie s verejnými zdrojmi³⁵

1.2 Porovnanie stavu slovenského zdravotníctva v rámci OECD

Zdroje, ktoré krajina vyčleňuje na zdravotnú starostlivosť v porovnaní s veľkosťou celkovej ekonomiky, sa v priebehu času menia v dôsledku rozdielov v raste výdavkov na zdravotníctvo a celkovom hospodárskom raste.

Financovanie zdravotníctva je zásadné pre pochopenie, ako sú zdroje vynakladané na zabezpečenie zdravotnej starostlivosti. Uvádame porovnanie Slovenska s priemerom krajín OECD z hľadiska dvoch hlavných ukazovateľov: podielu výdavkov na zdravotníctvo v pomere k HDP a výdavkov na zdravotníctvo na jedného obyvateľa. Tieto ukazovatele odrážajú nielen finančné záväzky krajiny voči jej zdravotníckemu systému, ale aj prístup k financovaniu zdravotnej starostlivosti.

Počas 20. storočia krajiny OECD vo všeobecnosti zaznamenali prevýšenie výdavkov na zdravotníctvo nad zvyškom ekonomiky, čo viedlo k takmer neustálemu zvyšovaniu pomeru výdavkov na zdravotníctvo k HDP. Po volatilitě hospodárskej a finančnej krízy v roku 2008 zostal tento podiel relatívne stabilný, keďže rast výdavkov na zdravotníctvo vo všeobecnosti zodpovedal celkovej hospodárskej výkonnosti v rámci OECD. Príchod pandémie COVID-19 v roku 2020 s výrazným spomalením hospodárskej aktivity a rýchlo rastúcimi výdavkami na zdravotníctvo viedli k výraznej úprave pomeru výdavkov na zdravotníctvo k HDP. V roku 2019, pred pandemiou, míňali krajiny OECD v priemere približne 8,8 % svojho HDP na zdravotnú starostlivosť, čo je číslo relatívne nezmenené od roku 2013. Do roku 2021 tento podiel vyskočil na 9,7 %. Predbežné odhady za rok 2022 však poukazujú na výrazný pokles pomeru na 9,2 %, čo odráža tak zníženú potrebu výdavkov na boj proti pandémie, ako aj vplyv inflácie na zníženie hodnoty výdavkov na zdravotníctvo (OECD, 2023)³⁶.

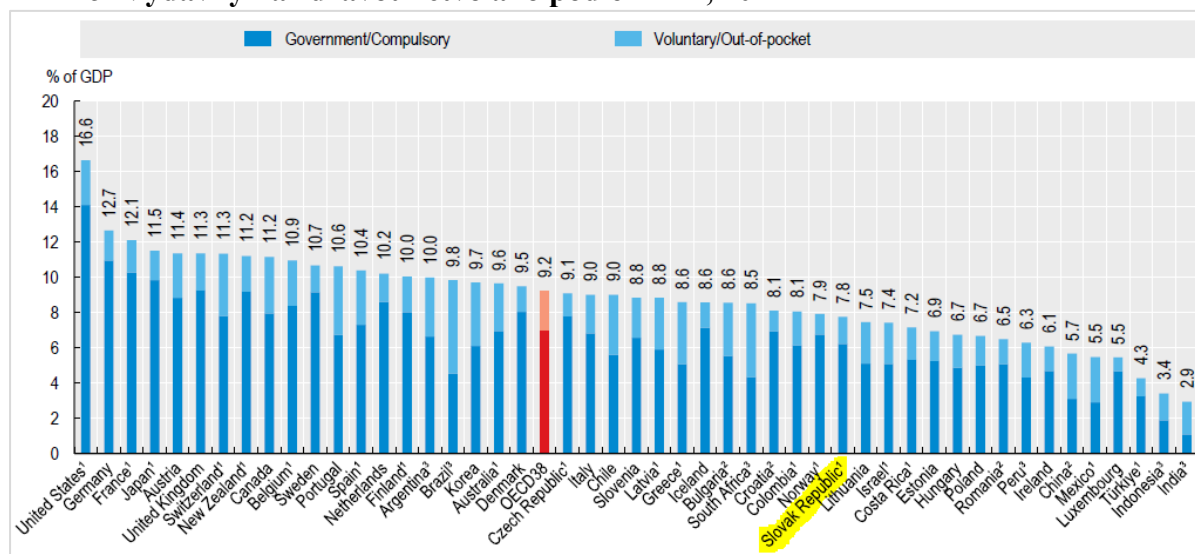
Podiel výdavkov na zdravotníctvo na HDP – tento ukazovateľ je kritickým meradlom záväzku krajiny voči jej zdravotníckemu systému v relatívnych číslach. Vyšší podiel naznačuje väčšiu prioritizáciu zdravotníctva v rámci celkovej ekonomiky. Porovnanie Slovenska s priemerom OECD ukazuje, aká časť hospodárstva je venovaná zdravotníctvu a ako sa Slovensko umiestňuje v rámci medzinárodnej komunity.

Spojené štáty stále míňali najviac, čo zodpovedá 16,6 % ich HDP – čo je výrazne viac ako Nemecko s 12,7 % (graf 15). Po Spojených štátoch a Nemecku, skupina 15 krajín s vysokými príjmami vrátane Kanady.

³⁵ Revízia výdavkov na zdravotníctvo aktualizácia, september 2022. – Ministerstvo financií SR, Ministerstvo zdravotníctva SR

³⁶ OECD (2023), "Health care financing in times of high inflation", OECD, Paris, <https://www.oecd.org/health/Health-care-financing-in-times-of-high-inflation.pdf>.

Graf 15: Výdavky na zdravotníctvo ako podiel HDP, 2022



Zdroj: OECD estimate for 2022. 2. 2021 data. 3. 2020 data. Source: OECD Health Statistics 2023; WHO Global Health Expenditure Database.: - <https://stat.link/5tof4d>

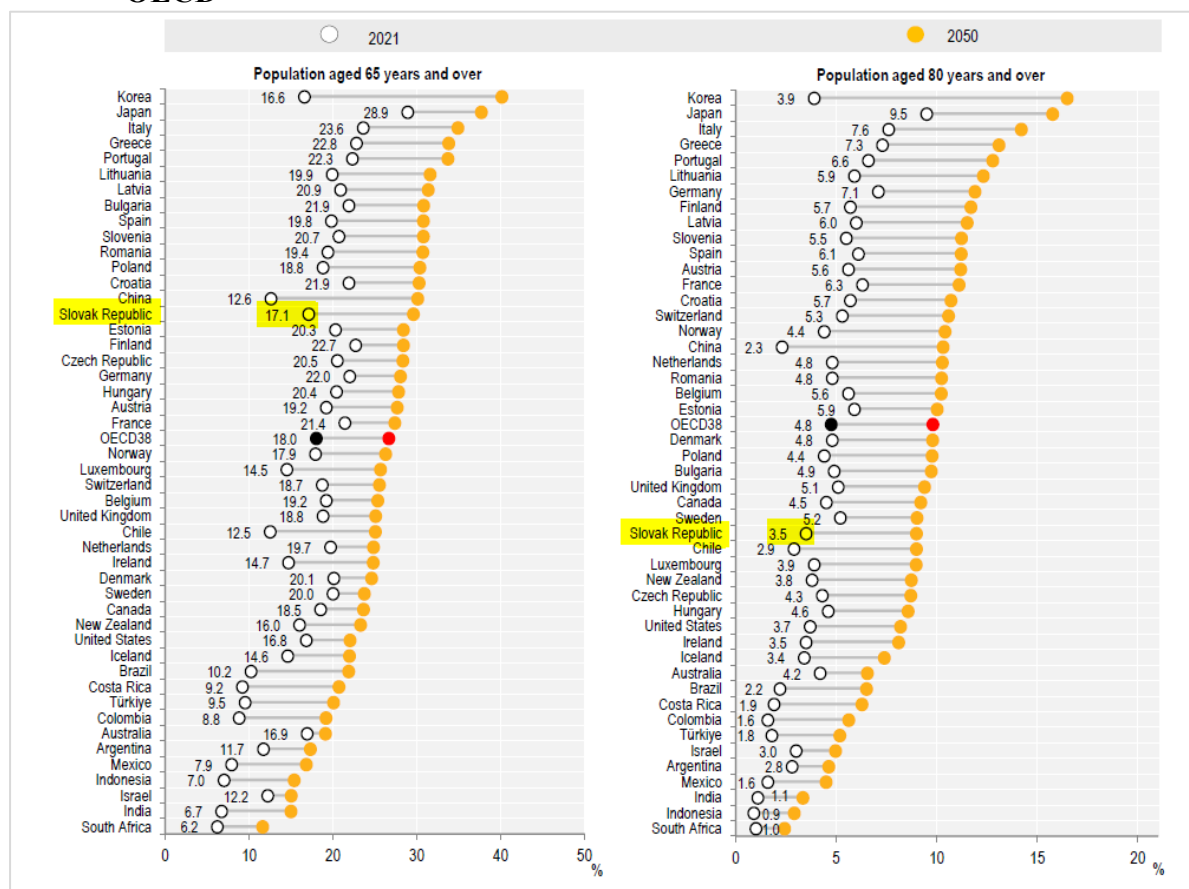
Francúzsko a Japonsko, všetky minuli viac ako 10 % svojho HDP na zdravotnú starostlivosť. V mnohých krajinách OECD strednej a východnej Európy, ako aj v novších členských krajinách OECD z Latinskej Ameriky, výdavky na zdravotníctvo predstavovali 6 – 9 % ich HDP. Podľa dát Eurostatu z roku 2022 Slovensko vynakladalo na zdravotníctvo len 7,8% HDP. Luxembursko a Turecko vynaložili na zdravotnú starostlivosť menej ako 6 % svojho HDP.

Výdavky na zdravotníctvo na jedného obyvateľa – ukazovateľ poskytuje prehľad o tom, koľko je v priemere vynakladané na zdravotnú starostlivosť pre každého obyvateľa. Vyššie výdavky na jedného obyvateľa naznačujú lepšiu dostupnosť a teoreticky aj kvalitu zdravotnej starostlivosti. Porovnanie tohto ukazovateľa medzi Slovenskom a priemerom OECD odhaľuje, aké sú finančné záväzky na zabezpečenie zdravotnej starostlivosti na individuálnej úrovni v porovnaní s ostatnými rozvinutými ekonomikami. Úroveň výdavkov na zdravotnú starostlivosť na obyvateľa, ktorá zachytáva potreby zdravotnej starostlivosti jednotlivca aj populácie, a ako sa táto úroveň mení v priebehu času, závisí od širokej škály demografických (graf 16), sociálnych a ekonomických faktorov, ako aj od financovania a organizačných opatrení zdravotného systému krajiny.

V priemere v členských krajinách OECD sa predpokladá, že podiel populácie vo veku 65 a viac rokov sa bude v nasledujúcich desaťročiach naďalej zvyšovať, pričom sa zvýši z 18% v roku 2021 na 27% do roku 2050 (graf 16). V piatich krajinách (Kórea, Japonsko, Taliansko, Grécko a Portugalsko) podiel obyvateľstva vo veku 65 a viac rokov prekročí do roku 2050 jednu tretinu. Na druhom konci spektra je obyvateľstvo vo veku 65 a viac rokov v Izraeli, Mexiku, Austrálii a Kolumbii budú v roku 2050 predstavovať menej ako jednu pätinu populácie v dôsledku vyššej miery pôrodnosti a migrácie.

Všetky krajiny OECD zaznamenali v posledných desaťročiach obrovský nárast priemernej dĺžky života vo veku 65 rokov u mužov aj žien, hoci tento nárast bol znížený vplyvom COVID-19.

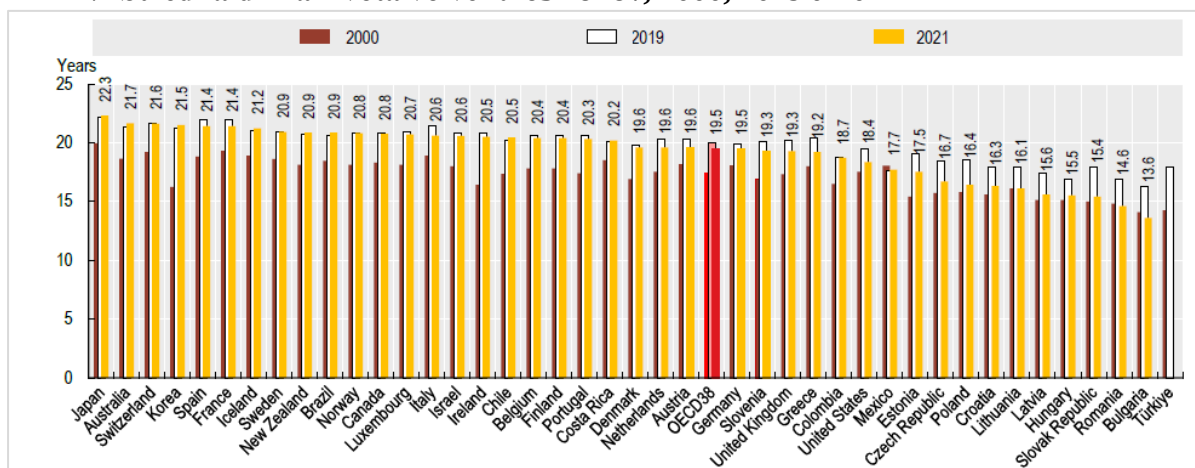
Graf 16: Podiel obyvateľstva vo veku 65 a viac rokov a 80 a viac rokov, 2021 a 2050, štáty OECD



Zdroj: OECD Health Statistics 2023, OECD Historical Population Data and Projections (1950-2060) database. - <https://stat.link/ctk9vs>

V priemere v krajinách OECD sa priemerná dĺžka života vo veku 65 rokov medzi rokmi 1970 a 2021 predĺžila o 6 rokov a medzi rokmi 2000 a 2021 o 2,1 roka. Päť krajín (Kórea, Írsko, Čile, Austrália a Portugalsko) zaznamenalo medziročný nárast o najmenej 3 roky. 2000 a 2021; päť krajín (Spojené štáty americké, Poľsko, Lotyšsko, Maďarsko a Slovenská republika) (graf 17) zaznamenalo v tomto období nárast o menej ako 1 rok a jedna krajina (Mexiko) zaznamenala mierny pokles o 0,3 roka. V Litve sa priemerná dĺžka života vo veku 65 rokov medzi rokmi 2000 a 2021 nezmenila.

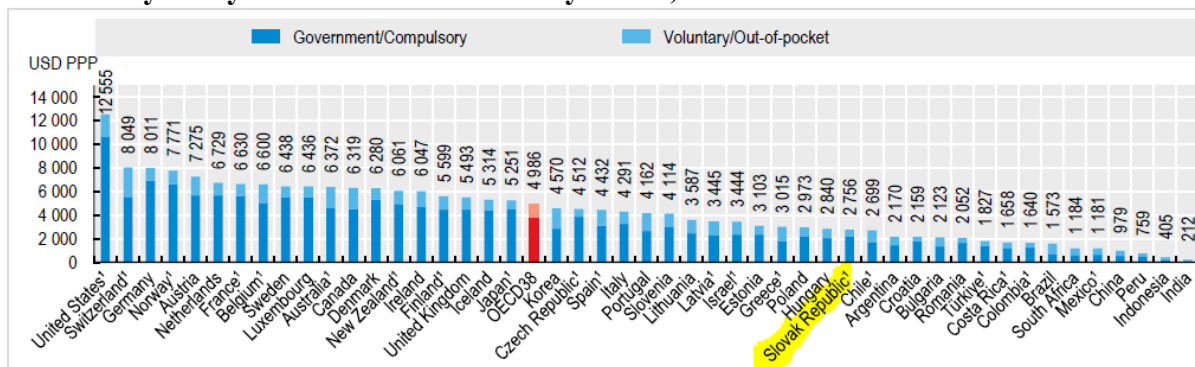
Graf 17: Stredná dĺžka života vo veku 65 rokov, 2000, 2019 a 2021



Zdroj: Eurostat Database and OECD Health Statistics 2023. – <https://stat.link/bdo90r>

Odhaduje sa, že v roku 2022 dosiahli priemerné výdavky na zdravie na obyvateľa v krajinách OECD (po úprave o rozdiely v kúpnej sile) takmer 5 000 USD. V Spojených štátoch dosiahli ekvivalent 12 555 USD na každého občana USA. Švajčiarsko a Nemecko boli ďalšími najvyššími výdavkami v rámci OECD, ale okolo 8 000 USD to boli stále menej ako dve tretiny úrovne v Spojených štátoch (graf 18). Po Nórsku a Rakúsku ďalšia skupina západoeurópskych krajín, ako aj Austrália, Kanada a Nový Zéland minuli 6 – 7 000 USD. Výdavky na zdravotníctvo na obyvateľa sa vo všeobecnosti znížili v krajinách južnej Európy, krajín strednej a východnej Európy až po latinskoamerické členské krajiny OECD, pričom výdavky v Mexiku (1 181 USD) predstavovali približne štvrtinu priemeru OECD.

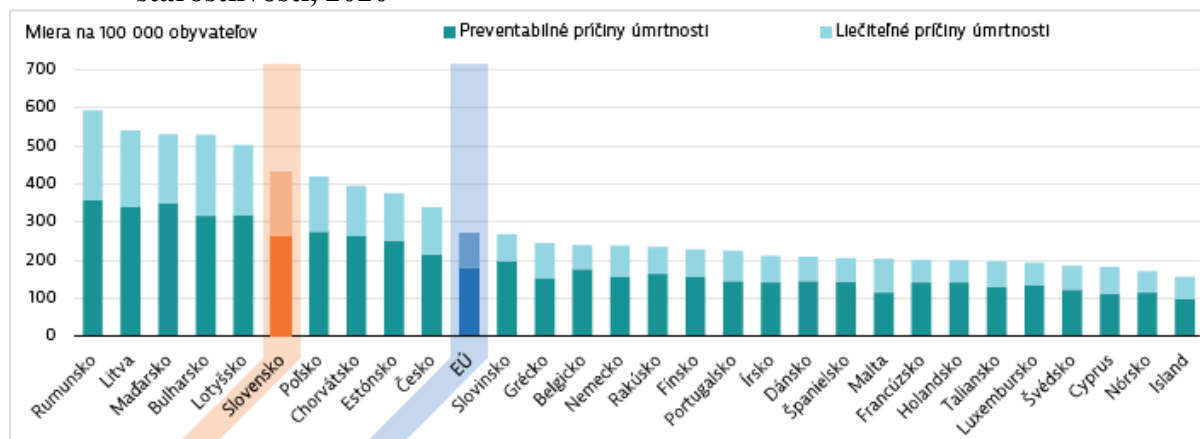
Graf 18: Výdavky na zdravotníctvo na obyvateľa, 2022



Zdroj: OECD Health Statistics 2023; WHO Global Health Expenditure Database. – <https://stat.link/m6pzqb>

Riziko ochorenia a zlého zdravotného stavu sa vo všeobecnosti zvyšuje s vekom. Obyvateľstvo so staršou demografickou štruktúrou môže očakávať vyššiu úmrtnosť (graf 19), vyšší výskyt a prevalenciu niektorých ochorení a tým aj vyššie nároky na zdravotnú starostlivosť a tým aj vyššie výdavky na zdravotníctvo.

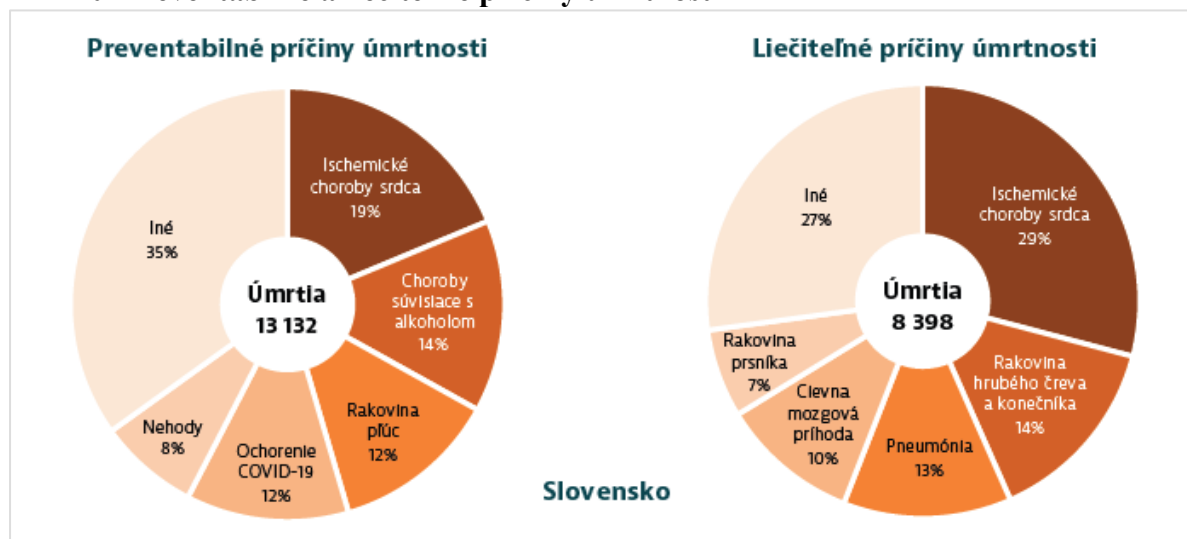
Graf 19: Značnému počtu úmrtí by sa mohlo na Slovensku predísť prostredníctvom zásahov v oblasti ochrany verejného zdravia, prevencie a zdravotnej starostlivosti, 2020



Zdroj: Databáza Eurostatu (údaje sa týkajú roku 2020)

V roku 2020 boli na Slovensku miery úmrtnosti považovanej za preventabilnú a liečbou odvrátiteľnú na úrovni 60% nad priemerom EÚ. Po neustálom poklese počas predchádzajúcej dekády sa v roku 2020 miery preventabilnej úmrtnosti zvýšili v dôsledku vysokej miery úmrtnosti spôsobenej ochorením COVID-19.

Graf 20: Preventabilné a liečiteľné príčiny úmrtnosti



Zdroj: databáza Eurostatu (údaje sa týkajú roku 2020).

Poznámky:

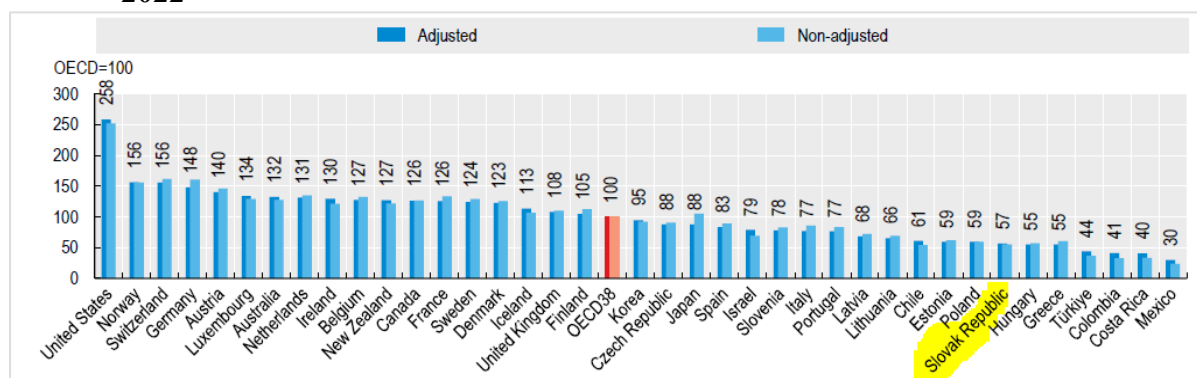
Preventabilná úmrtnosť je vymedzená ako úmrtie, ktorému sa dá predísť najmä zásahmi verejného zdravotníctva a primárnej prevencie.

Liečbou odvrátiteľná (alebo zvládnuteľná) úmrtnosť je vymedzená ako úmrtie, ktorému sa dá predísť najmä zásahmi zdravotnej starostlivosti vrátane skriningu a liečby. Oba ukazovatele sa týkajú predčasnej úmrtnosti (do veku 75 rokov). Zoznamy pripisujú polovicu všetkých úmrtí na niektoré ochorenia (napr. ischemická choroba srdca, mozgová príhoda, cukrovka a vysoký krvný tlak) preventabilnej úmrtnosti a druhú polovicu liečiteľným príčinám, takže nedochádza k zdvojenému počítaniu toho istého úmrtia.

Hlavnými príčinami preventabilnej úmrtnosti (graf 20) boli ischemická choroba srdca (19%), potom úmrtia súvisiace s alkoholom (14%), rakovina pľúc a ochorenie COVID-19 (každé 12%). S výnimkou ochorenia COVID-19 všetky tieto príčiny úzko súvisia s vysokým výskytom modifikovateľných zdravotných rizík u obyvateľstva.

Pomocou štandardného profilu výdavkov na vek možno posúdiť vplyv rôznych štruktúr populácie na celkové výdavky na zdravotníctvo v krajinách OECD pomocou nepriamej štandardizácie (OECD, pripravovaná). Graf 21 naznačuje, že krajiny ako Izrael, Slovensko a Írsko, niektoré z latinskoamerických členských krajín OECD by mohli očakávať vyššie výdavky na zdravotníctvo v porovnaní s priemerom OECD, ak by sa použila štandardná štruktúra obyvateľstva, zatiaľ čo krajiny so staršou populáciou (napr. Japonsko, Nemecko a Taliansko) by mohli očakávať nižšie výdavky.

Graf 21: Vplyv výdavkov na zdravotnú starostlivosť prispôbených veku na obyvateľa, 2022



Zdroj: Výpočty založené na základe odhadov OECD na rok 2022. Miery rastu a časové obdobia mohli byť upravené tak, aby sa zohľadnili prerušenia v rade. Zdravotná štatistika OECD 2023. – <https://stat.link/rqlj9k>

Porovnania výdavkov na zdravotníctvo odrážajú rozdiely v cenách zdravotníckych tovarov a služieb a v množstve starostlivosti, ktorú jednotlivci využívajú („objem“). Rozloženie výdavkov na zdravotníctvo na dve zložky umožňuje tvorcom politiky lepšie pochopiť, čo spôsobuje rozdiely vo výdavkoch.

Porovnania medzi krajinami si vyžadujú vyjadrenie výdavkov v spoločnej mene a výber konverzného opatrenia môže výrazne ovplyvniť výsledky a interpretáciu³⁷. Jeden prístup sa spolieha na konverziu miestnych mien pomocou výmenných kurzov, čo však nie je ideálne z dôvodu ich volatility. Navyše v prípade tovarov a služieb, s ktorými sa neobchoduje medzinárodne, ako je zdravotná starostlivosť, trhové výmenné kurzy neodrážajú relatívnu kúpnu silu mien na ich národných trhoch. Ďalší prístup využíva parity kúpnej sily (PPP), ktoré sú dostupné na úrovni celej ekonomiky, odvetvia a pre vybrané agregáty výdavkov. Skutočná individuálna spotreba (AIC) PPP – zahŕňajúce všetky tovary a služby spotrebované jednotlivcami – sú najpoužívanějšími prepočítavacími koeficientmi pre výdavky na zdravotníctvo.

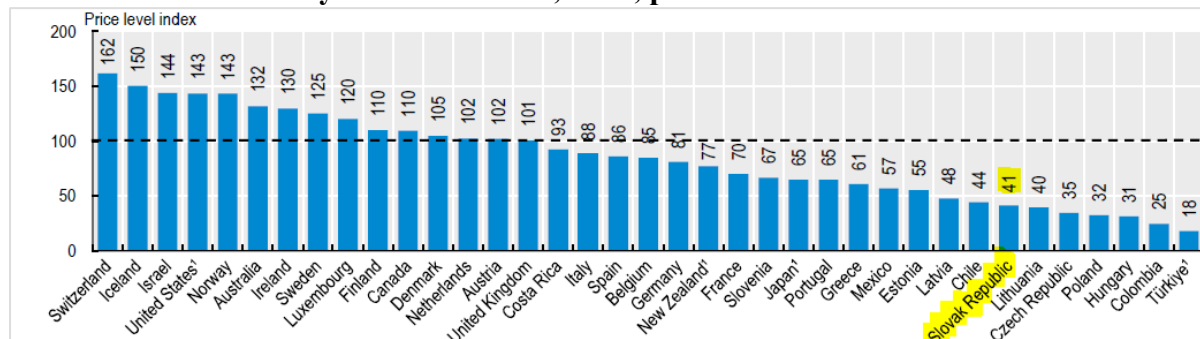
Používanie AIC PPP však znamená, že výsledné opatrenia odrážajú nielen odchýlky v objeme zdravotníckych tovarov a služieb, ale aj akékoľvek odchýlky v cenách zdravotníckych tovarov a služieb v porovnaní s cenami všetkých ostatných spotrebných tovarov a služieb v jednotlivých krajinách.

Graf 22 zobrazuje cenové úrovne špecifické pre zdravie na základe reprezentatívneho koša zdravotníckych tovarov a služieb pre každú krajinu OECD. Švajčiarsko a Island majú najvyššie ceny zdravia v OECD – v priemere by rovnaký koš tovarov a služieb stál o 62 % a 50 % viac

³⁷ OECD/Eurostat (2012), Eurostat-OECD Methodological Manual on Purchasing Power Parities (2012 Edition), OECD Publishing, Paris, - <https://doi.org/10.1787/9789264189232-en>.

ako je priemer OECD. Ceny zdravotnej starostlivosti bývajú relatívne vysoké aj v Izraeli a Spojených štátoch. Naproti tomu ceny rovnakého mixu zdravotníckych tovarov a služieb v Japonsku, Portugalsku a Slovinsku dosahujú približne dve tretiny priemeru OECD. Najnižšie ceny zdravotnej starostlivosti v OECD sú v Turecku, kde dosahujú 18 % priemeru OECD.

Graf 22: Cenové hladiny v zdravotníctve, 2021, priemer OECD = 100

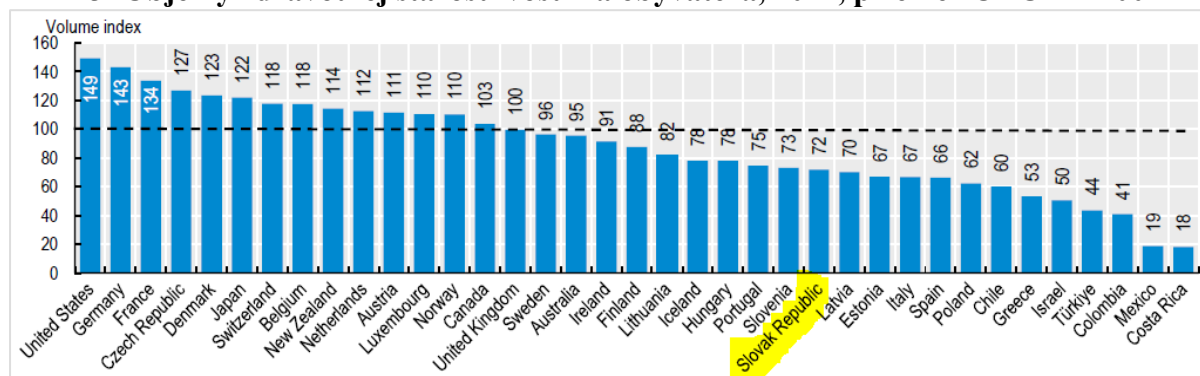


Zdroj: Odhady sekretariátu OECD, 2023. – <https://stat.link/uh51am>

Poznámka: ¹ V prípade nemocníc sa PPP odhadujú prevažne na základe miezd lekárskeho a nelekárskeho personálu (metóda vstupu)

Odstránením zložky ceny zdravotníctva z výdavkov sa získa miera množstva zdravotníckych tovarov a služieb spotrebovaných obyvateľstvom („objem zdravotnej starostlivosti“). Porovnanie relatívnych úrovní výdavkov na zdravotníctvo a objemov poskytuje spôsob, ako sa pozrieť na príspevok objemov a cien. Objemy využívania zdravotnej starostlivosti sa líšia menej ako výdavky na zdravotníctvo (graf 23).

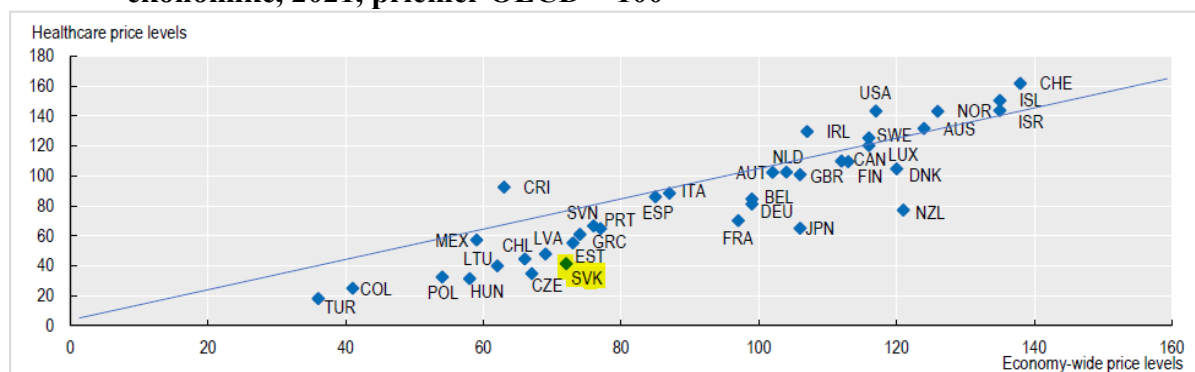
Graf 23: Objemy zdravotnej starostlivosti na obyvateľa, 2021, priemer OECD = 100



Zdroj: OECD Health Statistics and OECD Secretariat estimates, 2023. – <https://stat.link/46vyi1>

Spojené štáty zostávajú najväčším spotrebiteľom zdravotnej starostlivosti z hľadiska objemu, o 49 % viac ako je priemer OECD. Najnižšie objemy zdravotnej starostlivosti na obyvateľa v OECD sú v Kostarike a Mexiku, približne na pätine priemeru OECD. Slovensko v rebríčku predbieha Lotyšsko, Estónsko a Taliansko, a spadá do stredného korelačného intervalu. Rozdiely v objeme starostlivosti na obyvateľa sú ovplyvnené vekom a chorobným profilom populácie, organizáciou poskytovania služieb, používaním predpísaných liekov, ako aj problémami s prístupom, ktoré vedú k nižšej úrovni využívanej starostlivosti. Existuje silná korelácia medzi cenami v zdravotníctve a cenami v celej ekonomike. Ale zatiaľ čo medzinárodne obchodovaný tovar má tendenciu vyrovnávať sa v cene medzi obchodnými partnermi, služby (ako je zdravotná starostlivosť) sa zvyčajne nakupujú lokálne, pričom napríklad vyššie mzdy v bohatších krajinách vedú k vyšším cenám služieb. Pri porovnaní cenových úrovní v zdravotníctve a v ekonomike v porovnaní s priemerom OECD sú rozdiely v cenách zdravotníctva väčšie ako v cenách v celej ekonomike (graf 24).

Graf 24: Úrovně cien zdravotnej starostlivosti v porovnaní s cenovými hladinami v celej ekonomike, 2021, priemer OECD = 100



Zdroj: OECD Secretariat estimates, 2023. – <https://stat.link/p4uh01>

Krajiny s relatívne nízkymi cenami v celej ekonomike majú tendenciu mať úrovne cien v zdravotníctve ešte nižšie ako vo všeobecnej ekonomike a krajiny s vysokými cenami v celej ekonomike majú zvyčajne ceny za zdravotnú starostlivosť, ktoré sú vyššie ako vo všeobecnej ekonomike. Nie všetky krajiny s vyššími príjmami a vysokými všeobecnými cenami však majú drahšiu zdravotnú starostlivosť. Napríklad vo Francúzsku a Nemecku sú všeobecné cenové úrovne blízke priemeru OECD, ale ceny zdravotnej starostlivosti sú o 30 % a 20 % nižšie ako priemer OECD. To môže čiastočne odrážať politické rozhodnutia o regulácii cien zdravotnej starostlivosti.

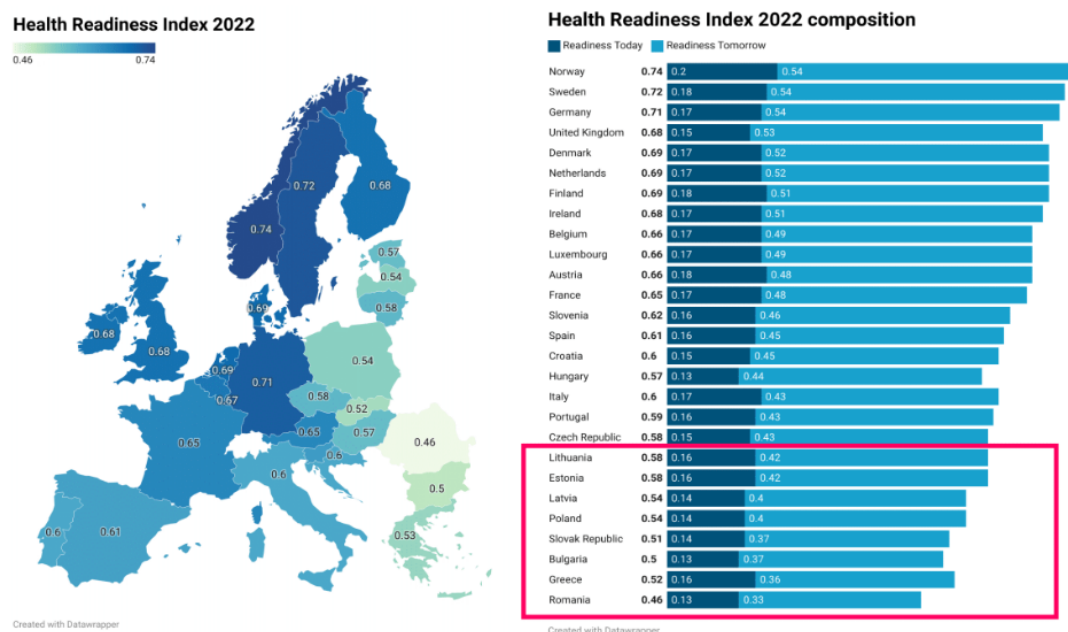
Samotný systém organizácie či riadenia nehrá až takú rolu akú mu na Slovensku často pripisujú. Obdobné zdravotné systémy (z pohľadu počtu poisťovní, či systému organizácie ZS) nájdeme však aj medzi „najhoršími“ krajinami. Rozdiel je v:

- nízkych výdavkoch;
- krátkodobosti;
- kontraktuálnom správaní;
- ignorancii dlhodobých investícií (napr. do verejného zdravia);
- nestabilite prostredia a slabej nepostačujúcej regulácii a pravidiel³⁸.

Z výsledkov analýzy vyplýva, že najlepšie pripravené čeliť výzvam sú krajiny s dobrým prístupom k inovatívnym technológiám, stabilným systémom financovania a efektívnou sieťou poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Na druhej strane krajinám v dolnej polovici indexu, kam sa zaradilo aj Slovensko, chýba politická kontinuita, dochádza k častým personálnym zmenám na exekutívnej úrovni a na preventívnu zdravotnú starostlivosť sa alokuje nedostatočná časť výdavkov. Práve výdavky na zdravotnú starostlivosť sú v týchto krajinách často vnímané ako krátkodobé náklady, nie ako investícia do budúcnosti.

³⁸ Elektronické materiály pre Workshop 1: Workshop 1 prevencia a ambulancie. – Martin Smatana, Michal Štofko. – 2023.

Obrázok 13: Health Readiness Index (Index zdravotnej pripravenosti), 2022



Zdroj: Healthcare Readiness Index 2022 handout. – Globsec 2023 Bratislava Forum. – www.globsec.org

Poznámka: Index posudzuje pripravenosť zdravotníckych systémov 27 krajín na budúce výzvy, ako je starnutie, nárast chronických chorôb, ďalšie vlny infekčných ochorení, či príchod inovácií.

Ako uvádza v svojej reči jeden z autorov Indexu Martin Smatana: „(Ne)pripravenosť slovenského zdravotníckeho systému je v porovnaní s krajinami EÚ alarmujúca a pokiaľ nedôjde k nápravám, bude stav nášho zdravotníctva predstavovať veľké bezpečnostné riziko pre Slovensko, limitujúce ekonomiku krajiny či dlhodobý udržateľný rozvoj Slovenska“³⁹. Taktiež podľa neho a Michala Štofka neviditeľná ruka trhu v zdravotníctve vyžaduje viaceré predpoklady, a to:

- veľa kupujúcich a predávajúcich;
- voľný vstup a výstup;
- homogénne produkty;
- žiadne externality;
- úplné a dokonale informácie;
- neosobné transakcie;
- sebecká motivácia⁴⁰.

Nezvyčajné inflačné tlaky, kríza životných nákladov a hospodársky pokles v mnohých ekonomikách sa odrazia na nákladoch zdravotníckych systémov, schopnosti udržať úroveň služieb a riešiť nevybavené služby vyplývajúce z pandémie. Zdravotnícke systémy

³⁹ Elektronické materiály: Slovensko je v pripravenosti zdravotníckych systémov tretie najhoršie v Európe, zaostáva už len Rumunsko a Bulharsko. – Globsec Ideas shaping the world. 29.05.2023: <https://www.globsec.org/what-we-do/press-releases/slovensko-je-v-pripravenosti-zdravotnickych-systemov-tretie-najhorsie-v>

⁴⁰ Elektronické materiály pre Workshop 1: Workshop 1 prevencia a ambulancie. – Martin Smatana, Michal Štofko. – 2023.

zaznamenávajú výrazný nárast vstupných nákladov na poskytovanie služieb. Rastúce náklady na poskytovanie služieb už pociťujú poskytovatelia zdravotnej starostlivosti v mnohých krajinách OECD, čím vytvárajú ďalší tlak na zvyšovanie výdavkov na zdravotníctvo alebo zvyšujú riziko platobnej neschopnosti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

- ✓ Rastúce náklady na plyn, pohonné hmoty a elektrickú energiu sú predmetom záujmu najmä energeticky náročných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ako sú nemocnice, zariadenia dlhodobej starostlivosti alebo núdzová doprava. To platí aj pre iné vstupy, ako sú potraviny a iné nelekárske a medicínske vstupy.
- ✓ Všeobecný rast miezd a jednotkových nákladov práce sa v mnohých krajinách posilnil, čo vyvolalo tlak na zvyšovanie nákladov na širokú škálu tovarov a služieb používaných ako vstupy do zdravotníctva. Keďže ide o sektor náročný na prácu, zvyšujúci sa dopyt a klesajúca ponuka zdravotníckych pracovníkov môže ešte viac zvýšiť jednotkové náklady práce. Jedným z ponaučení z pandémie bolo, že na prilákanie a udržanie pracovníkov v ošetrovateľských a opatrovateľských profesiách bolo potrebné prehodnotenie základnej úrovne miezd.

Vyššia inflácia a spomalenie ekonomiky ovplyvnia zdroje na financovanie zdravotníckych služieb štátov:

- rast cien a miezd spočiatku vedie k rastu celkových daňových príjmov a sociálnych príspevkov súvisiacich s príjmami, čím potenciálne zvyšuje zdroje na verejné zdravotníctvo (aspoň nominálne). Napríklad v rámci OECD bol rast nominálnych miezd vo všetkých odvetviach v roku 2021 okolo 6 – 7 % a očakáva sa, v rokoch 2022 – 23 je na podobnej úrovni⁴¹.
- Na druhej strane môže byť dlhotrvajúce spomalenie ekonomiky spojené s nárastom nezamestnanosti a znížením ziskov, znížením daňových príjmov a odvodov na sociálne poistenie. Spolu s vysokou infláciou znižuje disponibilný príjem domácností (a tým aj schopnosť domácností nakupovať služby zdravotnej starostlivosti). Očakávaná miera nezamestnanosti okolo 5% v OECD v rokoch 2022 a 2023 však zostáva najnižšou zaznamenanou za posledné desaťročie, čo odráža pretrvávajúci nedostatok kvalifikovaných pracovníkov v mnohých krajinách OECD²⁰.
- Zvýšenie vstupných nákladov si vyžaduje čas, aby sa premietlo do revidovaných sadzieb úhrad za poskytovanie služieb a/alebo zvýšených sadzieb poistného a príspevkov. Historická inflácia alebo špecifické cenové indexy sa zvyčajne premietajú do nastavenia cien v nasledujúcom roku. Ak platby nezohľadňujú zvýšené náklady, mohlo by hroziť riziko nárastu deficitov bez dodatočných zásahov vlád, upravených rozpočtov alebo obmedzení činnosti. Vyššia ako očakávaná inflácia môže mať škodlivý vplyv na rozpočty na zdravotníctvo.
- Úrovně budúcich výdavkov na zdravotníctvo stanovené na základe predpokladov očakávanej inflácie sa automaticky stávajú menej štedré, pretože zvyšujúce sa náklady na vstupy prevyšujú plánované zvýšenia. Vlády a ministerstvá financií sa musia

⁴¹ OECD (2022), OECD Economic Outlook, Interim Report September 2022 : Paying the Price of War, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae8c39ec-en>.

rozhodnúť, či budú ďalej upravovať a kompenzovať vzhľadom na neočakávané zvýšenia, alebo či ponechajú ministerstvá zdravotníctva a fondy sociálneho poistenia reálne škrty vo financovaní, čo môže viesť k zníženiu objemu poskytovaných služieb⁴². So starnutím populácie, rastúcimi príjmami, technologickým pokrokom a ďalšími faktormi sa očakáva, že výdavky na zdravotníctvo budú v budúcnosti pohlcovať ešte väčšiu časť ekonomiky. Vlády budú zároveň čeliť tlaku na príjmy, ktorých zvýšenie môžu očakávať, zažijú iné konkurenčné požiadavky, ako aj neočakávané zvýšenie nákladov na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ako ukazuje súčasný kontext. Aj bez toho, aby sme zvážili potrebu ďalších investícií do odolnosti zdravotných systémov, aby dokázali čeliť budúcim krízam, OECD predpokladá, že na financovanie výdavkov na zdravotníctvo bude potrebná väčšia časť vládnych príjmov. Keďže však výdavky na zdravotníctvo už tvoria 15 % celkových vládnych rozpočtov, otázka, ako financovať takéto zvýšenie, bude stále naliehavšia. Na splnenie týchto dodatočných budúcich výdavkových potrieb podľa nás je dôležité ponúknuť rôzne neexkluzívne možnosti politiky:

1. zvýšenie výdavkov na zdravotníctvo bez zmeny ostatných vládnych výdavkov, aby sa celkové vládne výdavky zvýšili;
2. udržať konštantné celkové vládne výdavky, ale zvýšiť alokáciu na zdravotníctvo v rámci vládnych rozpočtov;
3. prehodnotenie hraníc medzi verejnými a súkromnými výdavkami;
4. realizácia zvýšenia efektívnosti znížením nehospodárnych výdavkov.

Okrem toho rozsiahle opatrenia prijaté na podporu ekonomiky počas pandémie viedli v posledných rokoch k rozšíreniu vládnych deficitov v mnohých krajinách OECD. Inflácia vysoko nad cieľovými sadzbami v mnohých krajinách viedla k vyšším úrokovým sadzbám. To ďalej zvyšuje náklady na pôžičky pre vlády, čo prispieva k budúcim dlhom. Spoliehať sa výlučne na dlhové financovanie pri dodatočných výdavkoch na zdravotníctvo môže byť pre niektoré krajiny v súčasnej ekonomickej situácii obzvlášť náročné⁴³.

Ak ekonomiky vstúpia do dlhšieho obdobia recesie, vládne rozpočty sa môžu zmenšiť v dôsledku zníženia daňových príjmov, čo ovplyvní schopnosť ďalej zvyšovať deficit⁴⁴.

⁴² Morgan, D. and C. James (2022), "Investing in health systems to protect society and boost the economy: Priority investments and order-of-magnitude cost estimates", OECD Health Working Papers, No. 144, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/d0aa9188-en>.

⁴³ OECD (2020), OECD Risks That Matter Survey, OECD, Paris, <https://www.oecd.org/social/risks-that-matter.htm>.

⁴⁴ OECD (2023), The COVID-19 Pandemic and the Future of Telemedicine, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ac8b0a27-en>.

2 CHARAKTERISTIKA MSP V ZDRAVOTNÍCTVE NA SLOVENSKU

2.1 Štruktúra MSP v zdravotníctve

Pre potreby tejto kapitoly čerpáme údaje z dvoch základných zdrojov. Prioritným zdrojom je **Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky za roky 2018 až 2022**, ktorú zostavuje NCZI. Jednotlivé kapitoly tejto ročenky pozostávajú z ukazovateľov zdravotníckej štatistiky definovaných Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky a jeho hlavnými odborníkmi, medzinárodnými organizáciami a potrebami odborných spoločností získaných z údajovej základne národného zdravotníckeho informačného systému v správe NCZI. Pri tvorbe ich obsahu NCZI čerpalo údaje aj z ďalších štatistických zdrojov, a to využitím výsledkov zo spracovania Štatistického úradu SR, zo zisťovaní Ministerstva školstva SR a z údajov Regionálneho úradu verejného zdravotníctva v Banskej Bystrici. Tento zdroj poskytuje autorizované údaje za celý sektor zdravotníctva ale nedajú sa z neho priamo selektovať informácie za kategóriu MSP. Jeho výhodou je však prepojenie na Národné registre Poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a Zdravotníckych pracovníkov, registráciou v ktorých je podmienené podnikanie v zdravotníctve.

Druhým zdrojom údajov boli informácie z aplikácie FINSTAT, z ktorých sme čerpali informácie za účelom selekcie subjektov kategórie MSP pre ďalšie použitie v analýze. Pri výbere subjektov z databáz boli použité tieto kritériá:

SK NACE – 86.10.0 – činnosti nemocníc

86.21.0 – činnosť všeobecnej lekárskej praxe

86.22.0 – činnosť špecializovanej lekárskej praxe

86.23.0 – zubná lekárska prax

86.90.1 – služby zdravotníckych laboratórií

86.90.9 – ostatná zdravotná starostlivosť (zahŕňa aj kúpele)

47.73.0 – Lekárne

Organizačná forma – organizácie, živnostníci, fyzické osoby

Počet pracovníkov – do 250

Stav – aktívne k 31.12.2022

Pri výbere subjektov kategórie MSP sme sa ďalej riadili odporúčaním Európskej komisie 2003/361/ES. Táto definícia klasifikuje MSP na základe troch hlavných kritérií: počtu zamestnancov, ročného obratu alebo ročnej bilančnej sumy. Podľa tejto definície:

- Mikropodniky – majú menej ako 10 zamestnancov a ročný obrat alebo ročnú bilančnú sumu nepresahujúcu 2 milióny eur.
- Malé podniky majú menej ako 50 zamestnancov a ročný obrat alebo ročnú bilančnú sumu nepresahujúcu 10 miliónov eur.
- Stredné podniky majú menej ako 250 zamestnancov a ročný obrat nepresahujúci 50 miliónov eur alebo ročnú bilančnú sumu nepresahujúcu 43 miliónov eur.

Následne sme z výberu vyrad'ovali spoločnosti, ktoré sú súčasťou holdingu. Európska komisia stanovuje, že pri posudzovaní, či spoločnosť spadá do kategórie MSP, je potrebné zohľadniť aj finančné vzťahy a vzťahy kontroly s inými spoločnosťami. Autonómne podniky, ktoré nie sú spojené ani partnerské s inými podnikmi, sa hodnotia samostatne. Avšak, ak je podnik spojený s inými podnikmi (napríklad je súčasťou holdingu), finančné údaje týchto podnikov sa musia sčítať, aby sa určilo, či spĺňajú kritériá pre MSP. Kľúčovým faktorom je, či má holdingová spoločnosť alebo iné spojené spoločnosti kontrolu nad podnikom. „Kontrola“ sa v tomto kontexte vzťahuje na schopnosť ovplyvňovať rozhodovanie a operácie podniku, čo môže byť priamo cez vlastníctvo akcií, hlasovacie práva alebo prostredníctvom iných dohôd. (Na základe týchto kritérií boli napríklad zo zoznamu vyradené dve siete lekární a siete nemocníc).

Na základe uvedenej metodiky bol zistený počet podnikateľských subjektov kategórie MSP podnikajúcich v sektore zdravotníctva a uvedený je v Tabuľke 13.

Tabuľka 13: Počet podnikov podľa veľkosti a právnej formy (mimo štátnych subjektov)

	Veľkostné kategórie podnikov			
	Mikro podniky (0 - 9)	Malé podniky (10 - 49)	Stredné podniky (50 - 249)	Spolu MSP (0 - 249)
Počet podnikateľských subjektov	14625	463	81	15169
Počet fyzických osôb – slobodné povolanie	4276	1	0	4277
Počet živnostníkov	38	0	0	38
Počet právnických osôb - podnikov	10311	462	81	10854

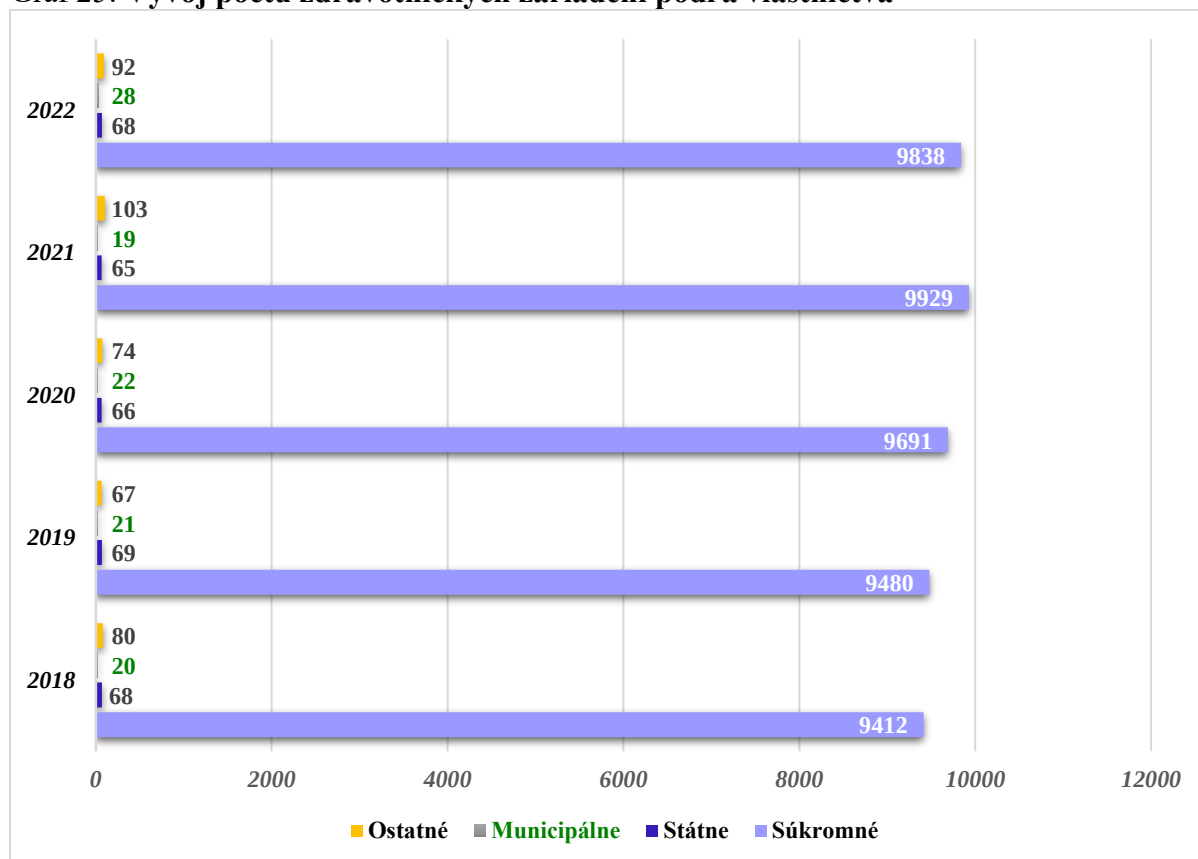
Zdroj: Spracované podľa databázy FinStat: <https://finstat.sk/>

Tabuľka 14: Sektorové rozloženie podnikateľských subjektov

Typ podľa SK NACE	Celkový počet subjektov	Počet mikro podnikov	Počet malých podnikov	Počet stredných podnikov	Počet veľkých podnikov	Počet MSP spolu	Podiel MSP v danej kategórii
86.10.0 – činnosti nemocníc	119	6	6	31	76	43	36,13%
86.21.0 – činnosti všeobecných amb	2676	2660	15	1	0	2676	100,00%
86.22.0 – činnosti špecializ. ambulantnej starostlivosti	4437	4303	111	22	1	4436	99,98%
86.23.0 – zubná lekárska prax	2693	2596	95	2	0	2693	100,00%
86.90.1 – služby zdravotníckych laboratórií	78	64	5	6	3	75	96,15%
86.90.9 – Ostatná zdravotná starostlivosť	1455	1325	94	29	7	1448	99,52%
47.73.0 - lekárne	2062	1974	87	1	0	2062	100%

Zdroj: Spracované podľa databázy FinStat: <https://finstat.sk/>

Graf 25: Vývoj počtu zdravotníckych zariadení podľa vlastníctva



Zdroj: Vlastné spracovanie podľa Zdravotníckych ročeniek NCZI 2018 – 2022

Z hľadiska sektorového rozdelenia podnikateľských subjektov je kategória MSP dominantná v ambulantnom sektore (nad 99 % všetkých subjektov), pričom nemocničné ambulancie sú vedené ako organizačná jednotka nemocnice. Špecifikum predstavuje segment lekárenstva a to z dôvodu regulácie. Formálne je každá lekáreň, vrátane sieťovej samostatnou jednotkou, najčastejšie s. r. o., avšak v sektore pôsobia štyri veľké siete, ktoré sa samé o sebe nedajú považovať za MSP. Ak teda berieme do úvahy, že počet sieťových lekární je približne 573 a počet „nesieťových lekární“ je 1305, podiel veľkých podnikov na kategórii je asi 30 % a MSP tvoria asi 70 % trhu.

Pri nemocničnom sektore je podiel kategórie MSP pod 37 %. U subjektov poskytujúcich kúpeľnú starostlivosť na základe povolenia MZ SR je z 31 subjektov v kategórii MSP 26 čo je 74 %.

2.1.1 Zamestnanosť

Ďalším ekonomickým ukazovateľom, ktorým poukazujeme na rozsah sektoru zdravotníctva a jeho význam pre národnú ekonomiku aj v kontexte MSP je zamestnanosť.

Na základe štatistických zisťovaní o počte a štruktúre pracovníkov v zdravotníctve bolo k 31. 12. 2022 vykázaných v evidenčnom stave 118 363 fyzických osôb pracovníkov (25 734 mužov a 92 629 žien) pôsobiacich u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti alebo v organizáciách s osobitnými úlohami v zdravotníctve v SR. Približne polovica pracovníkov (50,1%) vykonávala povolanie v organizáciách v pôsobnosti iných zriaďovateľov (najmä v neštátnych zdravotníckych zariadeniach). Metodologické obmedzenia a rozsah a kvalita dát nám neumožňujú analyzovať úplne presne počet zamestnancov, ktorí pôsobia v MSP, napriek

tomu sa však dajú zamestnanci v pôsobnosti iných zriaďovateľov považovať za zamestnancov MSP, keďže drvivá väčšina zamestnancov do takejto kategórie skutočne spadá. V organizáciách v zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR pôsobilo 37,6 % pracovníkov. Práve štátne podniky a organizácie, v sektore najmä forma neziskových organizácií predstavujú veľkých zamestnávateľov. Trochu zjednodušene by sa dalo povedať, že všetci zamestnanci štátnych organizácií sú zároveň zamestnaní vo veľkých podnikoch nad 250 zamestnancov. Dôvodom je najmä fakt, že kľúčové nemocnice zdravotníckeho systému sú až na výnimky veľkými zamestnávateľmi. V zdravotníckych zariadeniach v zriaďovateľskej pôsobnosti VÚC 6,3 % pracovníkov, v organizáciách zriadených zákonom 3,2 % a v organizáciách v pôsobnosti iných rezortov pôsobilo 2,8 % pracovníkov. Aj títo zamestnanci sú vo väčšine prípadov zamestnaní vo veľkých podnikoch.

Tabuľka 15: Pracovníci v zdravotníctve podľa zriaďovateľa, celkových počtov, podielov a pohlavia k 31.12.2022

Pohlavie		Pracovníci spolu	v tom				
			v zriaďovateľskej a zakladateľskej pôsobnosti MZ SR	v zriaďovateľskej pôsobnosti iných rezortov	v zriaďovateľskej pôsobnosti VÚC	zriadené zákonom	v pôsobnosti iných zriaďovateľov
Spolu	počet	118 363	44 554	3 255	7 410	3 810	59 334
	%	100,0	37,6	2,8	6,3	3,2	50,1
muži	počet	25 734	10 298	744	1 211	958	12 523
	%	100,0	40,0	2,9	4,7	3,7	48,7
ženy	počet	92 629	34 256	2 511	6 199	2 852	46 811
	%	100,0	37,0	2,7	6,7	3,1	50,5

POČET

Spolu 2021	117 326	43 716	2 409	7 390	3 761	60 050
Spolu 2020	114 284	42 714	2 016	7 276	3 418	58 860
Spolu 2019	110 778	43 816	2 154	7 085	.	57 723
Spolu 2018	109 332	43 308	1 967	6 915	.	57 142

PODIEL (%)

Spolu 2021	100,0	37,3	2,1	6,3	3,2	51,2
Spolu 2020	100,0	37,4	1,8	6,4	3,0	51,5
Spolu 2019	100,0	39,6	1,9	6,4	.	52,1
Spolu 2018	100,0	39,6	1,8	6,3	.	52,3

Zdroj: Ročný výkaz o počte a štruktúre pracovníkov v zdravotníctve M (MZ SR) 1-01, Ročný výkaz o počte a štruktúre štátnych zamestnancov v zdravotníctve M (MZ SR) 4-01, NCZI

Pracovníci vykonávajúci zdravotnícke povolanie tvorili 74,2% (87 833 osôb) z celkového počtu pracovných síl v zdravotníctve. V štruktúre zdravotníckych pracovníkov mali najvyššie zastúpenie sestry s podielom 35,2% a lekári s podielom 23,0%, ďalej nasledujú ďalšie zdravotnícke povolania – sanitári (6,0%), praktické sestry – asistenti (5,8%), farmaceuti (5,3%), zdravotnícki laboranti (3,7%) a ďalší.

Tabuľka 16: Pracovníci v zdravotníctve podľa povolania a zriaďovateľa

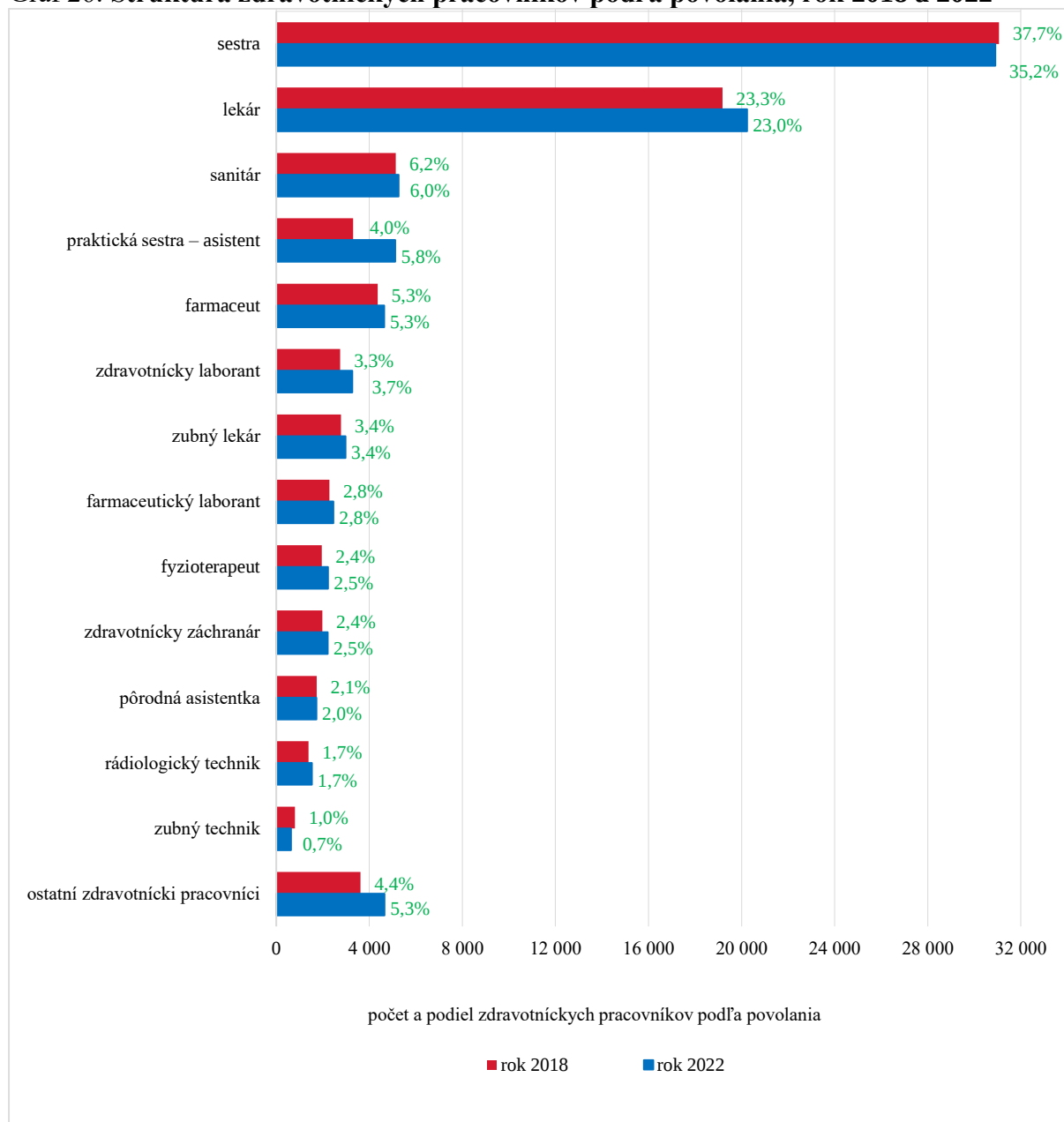
Povolanie	Spolu	v tom				
		v zriaďovateľskej a zakladateľskej pôsobnosti MZ SR	v zriaďovateľskej pôsobnosti iných rezortov	v zriaďovateľskej pôsobnosti VÚC	zriadené zákonom	V pôsob. Iných zriaďovateľov
Zdravotnícki pracovníci spolu	87 833	33 191	2 361	5 609	808	45 864
v tom:						
lekár	20 234	7 964	542	1 160	91	10 477
zubný lekár	2 972	115	12	4	–	2 841
farmaceut	4 633	262	18	53	2	4 298
sestra	30 910	13 306	1 049	2 319	43	14 193
pôrodná asistentka	1 724	601	27	198	–	898
zdravotnícky laborant	3 272	1 033	53	246	226	1 714
farmaceutický laborant	2 458	259	15	48	–	2 136
technik pre zdrav. pomoc.	35	8	–	1	–	26
fyzioterapeut	2 225	701	88	156	–	1 280
zdravotnícky záchranár	2 207	1 693	12	60	88	354
verejný zdravotník	210	38	15	7	80	70
praktická sestra – asistent	5 118	2 939	187	521	–	1 471
rádiologický technik	1 530	654	58	154	–	664
dentálna hygienička	479	4	–	–	–	475
nutričný terapeut	263	151	10	26	–	76
masér	631	121	26	31	–	453
sanitár	5 262	2 687	198	557	49	1 771
zubný asistent	528	4	–	–	–	524
zubný technik	638	6	5	–	1	626
optometrista	99	–	–	–	–	99
očný optik	251	–	–	–	–	251
ortopedický technik	184	3	–	–	–	181
IZP – logopéd	198	29	3	6	–	160
IZP – psychológ	804	278	27	28	43	428
IZP – laboratórny diagnostik	819	253	7	31	180	348
IZP – liečebný pedagóg	42	19	3	1	–	19
IZP – fyzik	107	63	6	2	5	31

Zdroj: Ročný výkaz o počte a štruktúre pracovníkov v zdravotníctve M (MZ SR) 1-01, Ročný výkaz o počte a štruktúre štátnych zamestnancov v zdravotníctve M (MZ SR) 4-01, NCZI

Čo sa týka zamestnanosti v MSP, dá sa konštatovať, že v podnikoch spadajúcich do tejto kategórie pracuje približne 10 tisíc lekárov, približne 14 tisíc sestier, drvivá väčšina zubárov (asi 2800 z celkového počtu 2900), zubných asistentov, očných optikov, ortopedických technikov a pod. Spolu MSP zamestnávajú asi 45 tisíc zamestnancov z celkového počtu 87 tisíc zamestnancov v sektore.

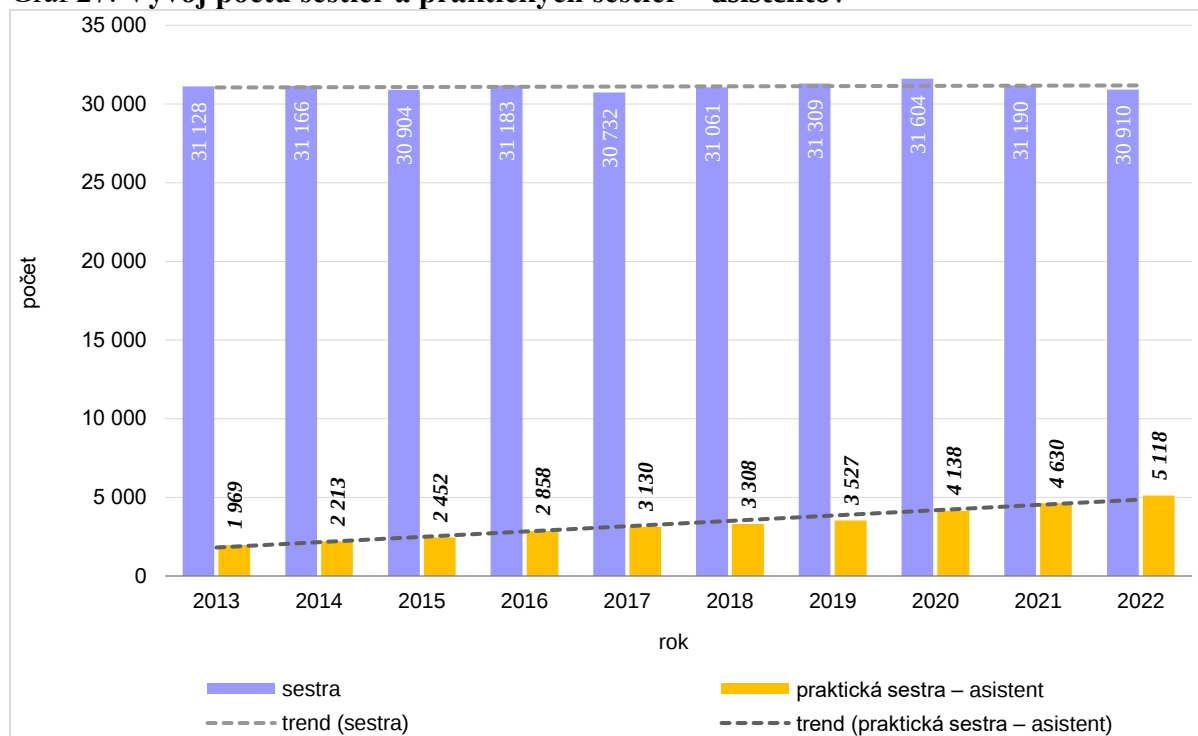
Počet pracovníkov pôsobiacich v zdravotníctve v posledných piatich rokoch kontinuálne stúpa. V porovnaní s rokom 2018 bolo v roku 2022 o 9 031 pracovníkov viac, čo predstavovalo percentuálny nárast 8,3%. Oproti roku 2021 bolo vykázaných o 1 037 pracovníkov viac (+0,9%). Z pohľadu percentuálnej zmeny bol najvyšší medziročný prírastok pracovníkov v organizáciách v zriaďovateľskej pôsobnosti iných rezortov (+35,1%, +846 osôb), nasledovali organizácie v zriaďovateľskej a zakladateľskej pôsobnosti MZ SR (+1,9%, +838 osôb), organizácie zriadené zákonom (+1,3%, +49 osôb) a organizácie v zriaďovateľskej pôsobnosti VÚC (+0,3%, +20 osôb). K poklesu prišlo v organizáciách v pôsobnosti iných zriaďovateľov (-1,2%, -716 osôb).

Graf 26: Štruktúra zdravotníckych pracovníkov podľa povolania, rok 2018 a 2022



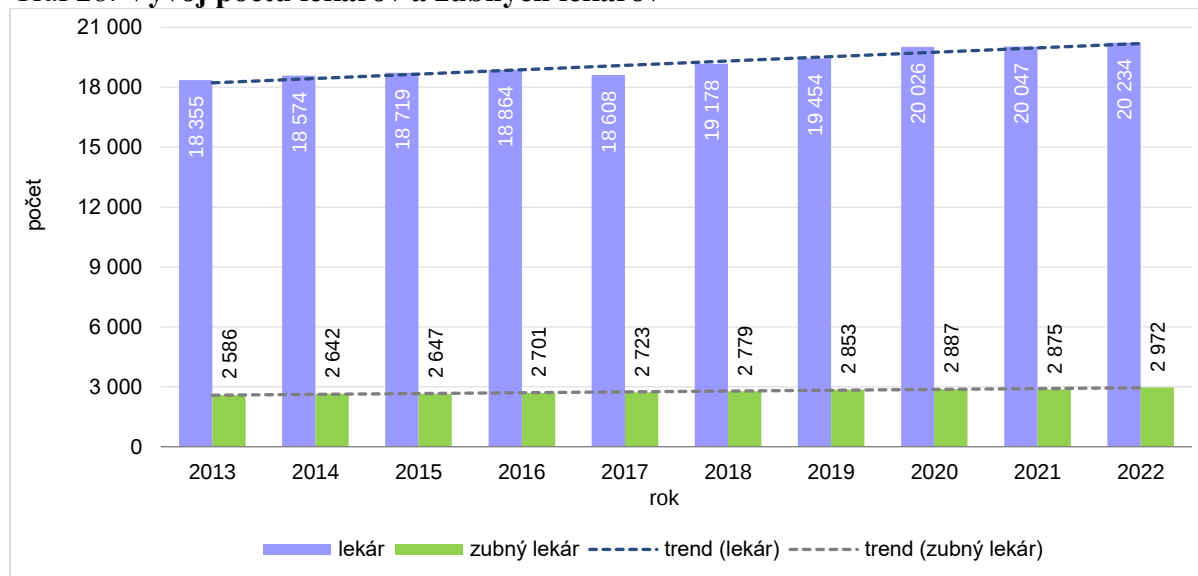
Zdroj: Ročný výkaz o počte a štruktúre pracovníkov v zdravotníctve M (MZ SR) 1-01, Ročný výkaz o počte a štruktúre štátnych zamestnancov v zdravotníctve M (MZ SR) 4-01, NCZI

Graf 27: Vývoj počtu sestier a praktických sestier – asistentov



Zdroj: Ročný výkaz o počte a štruktúre pracovníkov v zdravotníctve M (MZ SR) 1-01, Ročný výkaz o počte a štruktúre štátnych zamestnancov v zdravotníctve M (MZ SR) 4-01, NCZI

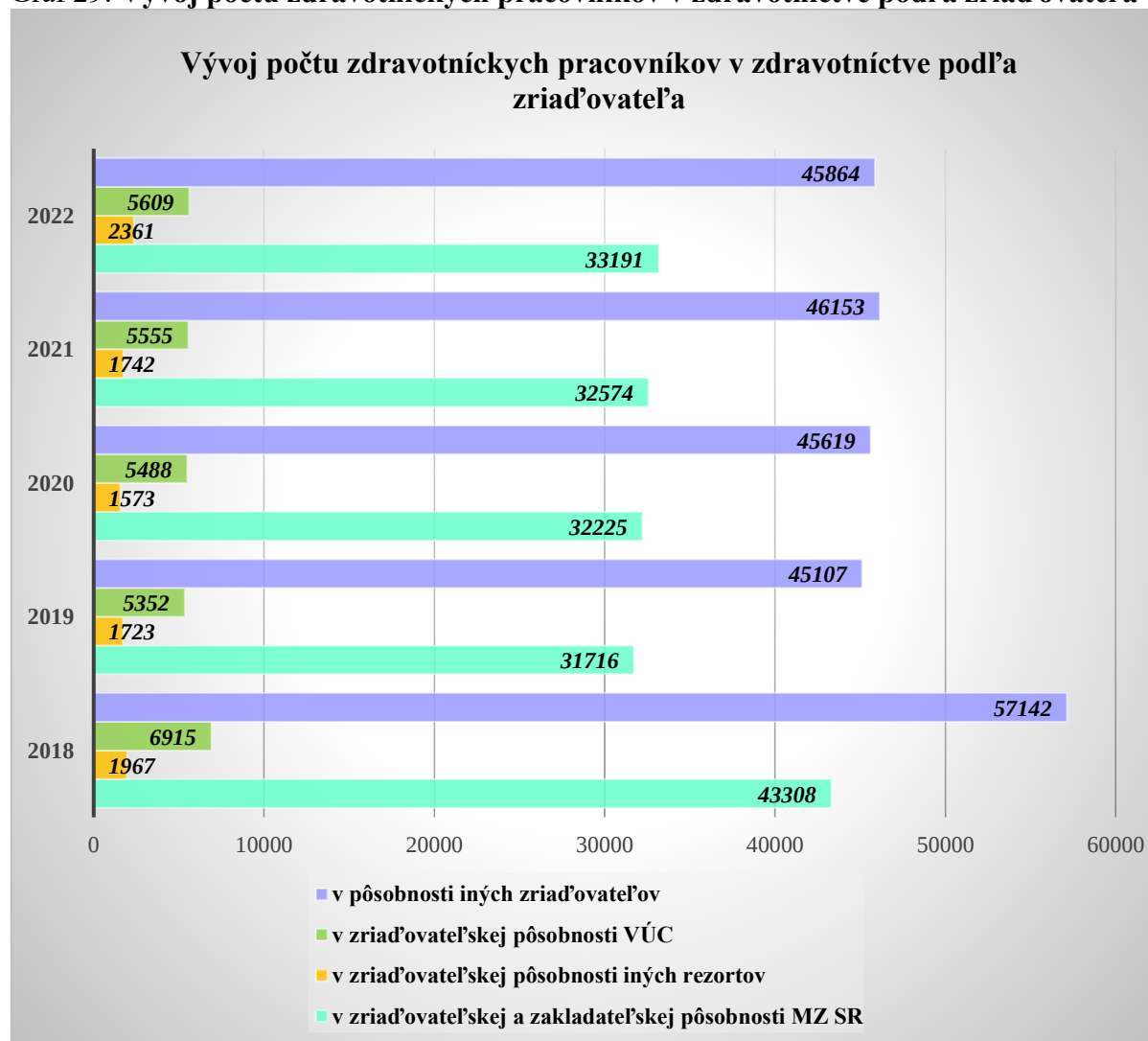
Graf 28: Vývoj počtu lekárov a zubných lekárov



Zdroj: Ročný výkaz o počte a štruktúre pracovníkov v zdravotníctve M (MZ SR) 1-01, Ročný výkaz o počte a štruktúre štátnych zamestnancov v zdravotníctve M (MZ SR) 4-01, NCZI

Z pohľadu štruktúry zdravotníckych pracovníkov sa rysuje trend postupného poklesu počtu sestier. Počet lekárov sa udržiava v stabilizovanom stave. Z pohľadu kategórie subjektov MSP z grafu 29 je zrejmé, že počet pracovníkov (v pôsobnosti iných zriaďovateľov) je mierne cez 50% z celkového počtu.

Graf 29: Vývoj počtu zdravotníckych pracovníkov v zdravotníctve podľa zriaďovateľa



Zdroj: Vlastné spracovanie podľa Zdravotníckych ročeniek NCZI

Oproti predchádzajúcemu roku 2021 bolo v roku 2022 vykázaných o 1 026 zdravotníckych pracovníkov viac (nárast o 1,2%), o 45 štátnych zamestnancov viac (nárast o 2,6%) a o 34 nezdravotníckych pracovníkov menej (pokles o 0,1%).

Pokiaľ berieme do úvahy podiel subjektov kategórie MSP na celkovom počte subjektov v zdravotníctve, ktorý osciluje okrem nemocníc (36%) v intervale 99 – 100%, profesijné rozdelenie pracovníkov a zriaďovateľské formy jednotlivých subjektov môžeme odhadnúť, že podiel zdravotníckych pracovníkov zamestnaných v subjektoch kategórie MSP tvorí približne 65% ich celkového počtu.

2.2 Aktuálny ekonomický stav a ziskovosť MSP v zdravotníctve

Táto časť analýzy je zameraná na posúdenie vybraných ekonomických ukazovateľov ambulancií. Cieľom časti je poukázať na význam sektoru zdravotníctva na ekonomiku Slovenska, pričom prioritne analyzujeme stav ekonomických ukazovateľov v súvislosti s kategóriou MSP.

2.2.1 Ambulantný sektor

Ambulantný sektor sa delí na tri skupiny, ktoré majú z hľadiska podnikania svoje špecifiká.

Všeobecná zdravotná starostlivosť (VLD, VLDD) je preferovaná, pretože je kstrou celého zdravotníckeho systému. Ekonomické fungovanie ambulancií, je na rozdiel od iných sektorov ekonomiky naviazané zväčša na platby od poisťovní. Tým je samotný sektor zdravotníctva špecifický – platba za poskytnutie služieb sa nevykonáva na mieste (napríklad ako u kaderníka), ale financovanie je do značnej miery závislé na zmluve danej ambulancie so zdravotnou poisťovňou. Funguje na kapitačnom princípe (t. j. princíp platby „za hlavu“), ktorý zabezpečuje istotu pre ambulanciu, že po skončení mesiaca ZP uhradí kapitačné platby za každého pacienta, ktorý má s lekárom uzavretú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Priemerná kapitačná platba na jedného pacienta u VLD je cca 4 Eur (od 3,02 do 7,30) a u VLDD (od 4,05 do 10,51) a závisí od veku pacienta. Priemerný počet kapítovaných pacientov na jednu ambulanciu je približne 1600. Tento mechanizmus zabezpečuje istotu približne 50% potrebných príjmov na chod ambulancie. Spravidla sú ďalším zdrojom príjmov pre ambulanciu zdravotné výkony uhrádzané mimo kapitačného paušálu (typicky ide napríklad o platbu za preventívnu prehliadku) a ďalšie výkony, ktoré môžu byť čiastočne komerčného charakteru (t.j. v zmysle, že ambulancie o túto „službu“ súťažia – napríklad preventívna prehliadka nad rámec vyžadovaná zamestnávateľom, potvrdenie o vydaní rôznych preukazov, vyšetrenia na žiadosť pacienta a pod).

Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť znamená preberanie väčšieho podnikateľského rizika poskytovateľa. Financovanie týchto ambulancií je naviazané na poskytnutý výkon, pričom typicky ich výkon uhrádza opäť zdravotná poisťovňa. Tieto ambulancie nemajú žiadnu istotu príjmu a v prípade akéhokoľvek prerušenia prevádzky sú odkázané len na poistenie alebo čerpanie rezerv. U PZS, ktorí majú zmluvy so zdravotnou poisťovňou sa uhrádzajú poskytnuté a vykázané zdravotné výkony, ktoré prejdú kontrolou ZP na základe dohodnutých zmluvných podmienok. Regulačnú bariéru v tomto smere predstavuje regulácia cenníkov výkonov. Keďže tieto regulované cenníky dostatočne nekopírujú vonkajšie ekonomické prostredie (napr. infláciu), niektorí poskytovatelia prenášajú časť zodpovednosti na pacienta. Preto aj poplatky tvoria dôležitú súčasť príjmov ambulancií. Za týmto účelom musia mať na ambulanciách a na VÚC zverejnené cenníky.

Zubná lekárska starostlivosť je z pohľadu podnikania najbližšie k neregulovanej realite a podiel príjmov od pacientov na celkových príjmov ambulancie je najvyšší. Zastúpenie subjektov MSP v rámci ambulantného sektora je uvedené v tabuľke.

Tabuľka 17: Počet ambulancií v sektore zubná starostlivosť podľa veľkostných kategórií podnikov

Zubná starostlivosť	mikro (0-9)	malé podniky (10-49)	stredné (50-249)	Spolu MSP
<i>Počet živnostníkov a FO</i>	1226	1	0	1227
<i>Počet právnických osôb</i>	1501	94	2	1597
<i>Počet podnikateľských subjektov</i>	2727	95	2	2824

Zdroj: Vlastné spracovanie podľa FINSTAT

Tabuľka 18: **Počet ambulancií v sektore Všeobecná ambulancia a Všeobecná ambulancia pre dospelých a dorast podľa veľkostných kategórií podnikov**

VLD a VLDD	mikro (0-9)	malé podniky (10-49)	stredné (50-249)	Spolu MSP
<i>Počet živnostníkov a FO</i>	891	0	0	891
<i>Počet právnických osôb</i>	2274	16	1	2291
<i>Počet podnikateľských subjektov</i>	3165	16	1	3182

Zdroj: Vlastné spracovanie podľa FINSTAT

Tabuľka 19: **Počet špecializovaných ambulancií podľa veľkostných kategórií podnikov**

Špecializovaná zdravotná starostlivosť	mikro (0-9)	malé podniky (10-49)	stredné (50-249)	Spolu MSP
<i>Počet živnostníkov a FO</i>	1572	0	0	1572
<i>Počet právnických osôb</i>	2849	112	21	2982
<i>Počet podnikateľských subjektov</i>	4421	112	21	4554

Zdroj: Vlastné spracovanie podľa FINSTAT

Celkový počet podnikateľských subjektov v ambulantnom sektore je teda 10 560 (podľa údajov Finstat.sk, podľa iných údajov sa tieto čísla môžu mierne líšiť). Vzhľadom na fakt, že v ambulantnom sektore je podiel MSP dominantný môžeme ako základ ekonomickej analýzy použiť tabuľku vytvorenú z údajov Zdravotníckych ročeniek NCZI za roky 2021 a 2022. Túto ročenku používame z dôvodu najlepšej dostupnosti, aktuálnosti a prehľadu ekonomických dát. Dáta poskytované inými platformami, napr. Finstatom nie sú svojim rozsahom a časovým harmonogramom dostatočne presné.

Tabuľka 20: **Náklady, výnosy a hospodársky výsledok v zariadeniach ambulantnej zdravotnej starostlivosti**

<i>Ukazovateľ</i>	Ambulantná zdravotná starostlivosť	
	2021	2022
Počet organizácií, ktoré odovzdali výkazy	8 316	7 838
Náklady spolu (€)	1 597 486 971,0	1 641 854 658,1
z toho na		
mzdy	521 734 300,9	549 140 151,8
odvody	189 351 102,8	196 923 140,3
lieky	56 295 378,6	48 883 573,6
zdravotnícke pomôcky	120 007 799,9	109 085 635,5
doplnkový sortiment lekární	500 720,1	639 582,5
krv a krvné výrobky	1 144 242,8	2 045 735,3
odpisy	106 975 979,5	104 641 738,3
spotrebu energie	23 076 289,2	25 558 778,6
opravy a údržbu	35 221 920,6	38 812 356,5
ostatnú hospodársko-technickú správu	122 415 262,5	132 199 319,8
Výnosy spolu (€)	1 989 759 766,2	2 014 927 395,9
tržby od zdravotných poisťovní	1 449 803 606,1	1 529 551 283,2
z toho za		
pripočítateľné položky	8 835 562,6	11 660 562,4
pobyt v stacionári	11 172 895,6	8 852 118,1
výkony vrátane jednodňovej ZS	67 544 022,5	86 850 939,7
body	885 782 196,2	897 234 917,3
kapitáciu/paušál	411 458 701,8	458 651 963,8
tržby od obyvateľstva	311 333 125,3	345 668 808,2
za lieky	6 104 281,4	5 014 789,3
za zdravotnícke pomôcky	3 292 994,6	4 794 104,6
za doplnkový sortiment lekární	861 676,9	1 121 169,1
iné	301 074 172,4	334 738 745,3
prevádzkové dotácie od zriaďovateľa	11 912 879,6	11 345 631,5
ostatné výnosy	216 710 155,2	128 361 673,0
Hospodársky výsledok (€)	392 272 795,2	373 072 737,9

Zdroj: Výkazy E (MZ SR) 1-04, E (MZ SR) 2-01, E (MZ SR) 3-12 o ekonomike organizácií v zdravotníctve, NCZI

Tabuľka 21: **Vypočítané ukazovatele**

<i>Ukazovateľ</i>	2021	2022
Podiel pridanej hodnoty	19,71%	18,52%
Podiel tržieb od ZP	72,86%	75,91%
Podiel tržieb od obyvateľstva	15,65%	17,16%
Podiel ostatných výnosov	10,89%	6,37%
Podiel mzdových a OON na celkových nákladoch	44,51%	45,44%

Zdroj: Výkazy E (MZ SR) 1-04, E (MZ SR) 2-01, E (MZ SR) 3-12 o ekonomike organizácií v zdravotníctve, NCZI

Pre účely hodnotenia efektívnosti podnikania si môžeme zvoliť ukazovateľ hrubej marže, ktorý pre zjednodušenie vypočítame z celkových nákladov. Podiel regulovaných tržieb od ZP medziročne narástol a tvorí viac ako 75% z celkových tržieb a podiel tržieb od obyvateľstva sa udržiava v približne rovnakej úrovni okolo 16 – 17%. Pri oficiálnej deklarovanej inflácii za rok 2021 vo výške 3,12% celkové výnosy stúpili medziročne o 1,01% – čo podľa nášho názoru znamená, že nevykompenzovali ani dopad inflácie.

Na nákladovej strane je potrebné poukázať na položku mzdové a ostatné osobné náklady. Percentuálny podiel týchto nákladov zostal medziročne v podstate nezmenený a tvoril cca 45% celkových nákladov. Reálne by sa mal tento podiel v majoritnej ambulancii (jeden lekár a jedna sestra) pohybovať okolo 55 – 60%. (Podľa tabuliek plat lekára špecialistu s 30 ročnou praxou v roku 2022 v ústavných zariadeniach 2605,90 EUR a plat sestry s takou istou praxou 1200,98 EUR – to znamená celkové mzdové a osobné náklady cca 5100 EUR).

2.2.2 Nemocnice

Činnosť nemocníc na Slovensku možno charakterizovať ako komplexnú zdravotnícku službu, zahrňujúcu diagnostiku, liečbu a prevenciu rôznych zdravotných stavov a chorôb. Nemocnice poskytujú akútnu a dlhodobú starostlivosť prostredníctvom širokého spektra odborností, vrátane interných oddelení, chirurgie, pediatrie a špecializovaných oblastí ako napríklad onkológia či kardiológia. Financovanie nemocníc je zabezpečené prevažne zo zdravotného poistenia, pričom systém je regulovaný štátom s cieľom zabezpečiť dostupnosť a kvalitu zdravotnej starostlivosti pre všetkých občanov. Rozdiel oproti ambulanciám spočíva v rozsahu poskytovanej starostlivosti, zahrnujúcej komplexnú hospitalizáciu a intenzívnu medicínsku intervenciu.

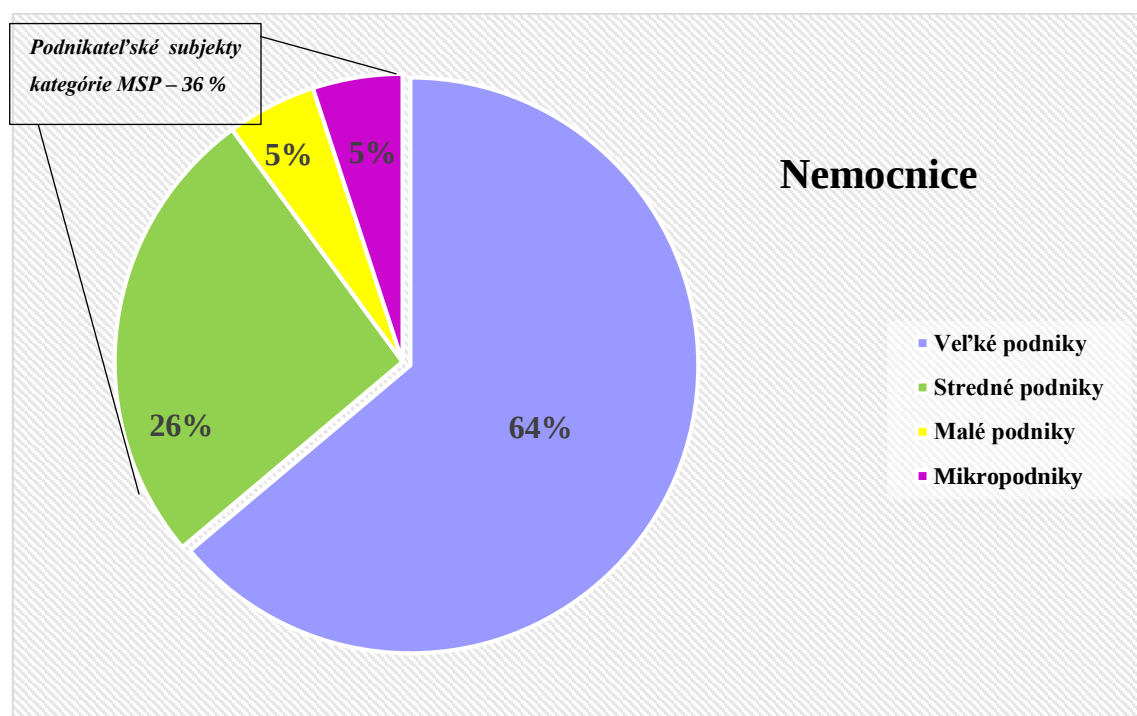
Otázne je, koľko nemocníc vlastne pôsobí v systéme a ako ich klasifikovať. Pri realizácii analýzy sme narazili na niekoľko osobitostí, ktoré súvisia so sektorom zdravotníctva. Napríklad podľa údajov Finstat-u je činnosť nemocníc definovaná pod SK NACE kódom 86.10.0. Táto klasifikácia zahŕňa krátkodobé alebo dlhodobé lekárske, diagnostické a ošetrovateľské činnosti všeobecných nemocníc, ako sú miestne a krajské nemocnice, nemocnice neziskových organizácií, univerzitné nemocnice, vojenské a väzenské nemocnice. Celkový počet nemocníc by bol podľa daného kódu 119. Presnejšie údaje o počte nemocníc však poskytuje MZ SR.

MZ SR v rámci programu „Optimalizácie siete nemocníc“ eviduje k 31.12.2023 **110 subjektov** patriacich do tejto kategórie. Podľa údajov NCZI uverejnených v Zdravotníckej ročenke za rok 2022 sú tieto subjekty rozdelené do 3 skupín:

- **Všeobecné a špecializované nemocnice, ktorých je 81**
- **Fakultné nemocnice, ktorých je 16**
- **Liečebne, ktorých je 13**

Vzniknutý rozdiel medzi databázou Finstat a údajmi MZ SR tvoria napríklad nemocnice, ktoré neboli zrušené (ale napr. sú v likvidácii). **To spolu predstavuje 119 podnikov.** Z tohto počtu bolo **76 v kategórii veľkých podnikov, 31 stredných podnikov, 6 malých podnikov a 6 mikropodnikov.** Väčšina nemocníc (64%) patrí do kategórie veľkých podnikov, do kategórie MSP zaradujeme 36% subjektov.

Graf 30: Percentuálny podiel podnikateľských subjektov kategórie MSP v nemocenskom sektore



Zdroj: Spracované podľa databázy FinStat: <https://finstat.sk/>

Ďalšie špecifikum predstavuje právna forma nemocníc. Niektoré nemocnice sú klasifikované ako neziskové organizácie poskytujúce všeobecne prospešné služby. To robí určité problémy pri zbere dát, keďže nie všetky údaje sú súčasťou dostupných analýz.

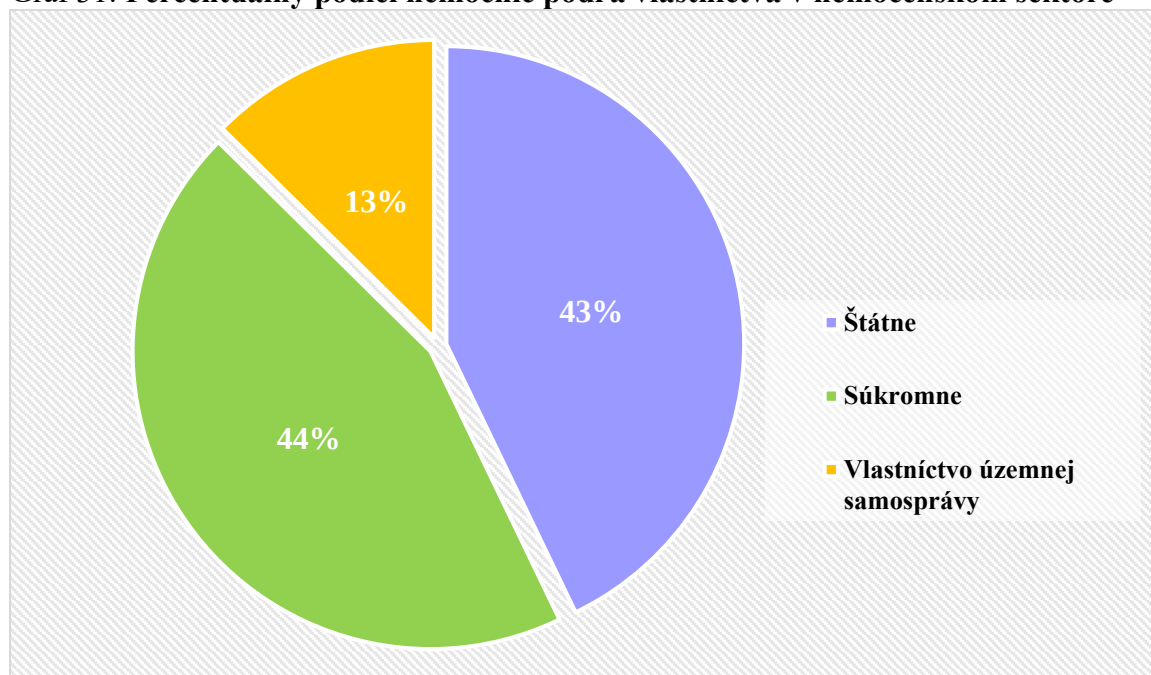
Z 31 stredných podnikov – nemocníc bolo 21 neziskových subjektov, ostatné vykázali spolu tržby za rok 2022 vo výške 75.180.809 EUR a zisk 2.719.141 EUR.

Z 6 malých podnikov – nemocníc boli 3 neziskové subjekty, ostatné vykázali spolu tržby 3.233.605 EUR a zisk 125.624 EUR.

Z 6 mikropodnikov – nemocníc bol 1 neziskový subjekt, ostatné vykázali spolu tržby 620.385 EUR a stratu -1.595 EUR.

Z pohľadu **vlastníctva** celkom (počet subjektov) je v nemocničnom sektore **rovnomerne zastúpený štát** 43% podielom (formou akciových spoločností – 5 subjektov, neziskových organizácii – 21 subjektov a príspevkových organizácii – 31 subjektov) a súkromní vlastníci 44% podielom. Územné samosprávy majú podiel 13%. Ide však o analýzu počtu subjektov – nie počtu postelí, kde typicky dominuje najmä štát, ktorý vlastní najväčšie nemocnice v krajine. Dalo by sa preto konštatovať, že z hľadiska vlastníctva nemocníc (na rozdiel od ambulancií) je štát (či už MZ SR ale i VÚC) dominantným vlastníkom v oblasti nemocničnej starostlivosti.

Graf 31: Percentuálny podiel nemocníc podľa vlastníctva v nemocenskom sektore



Zdroj: Spracované podľa databázy FinStat: <https://finstat.sk/>

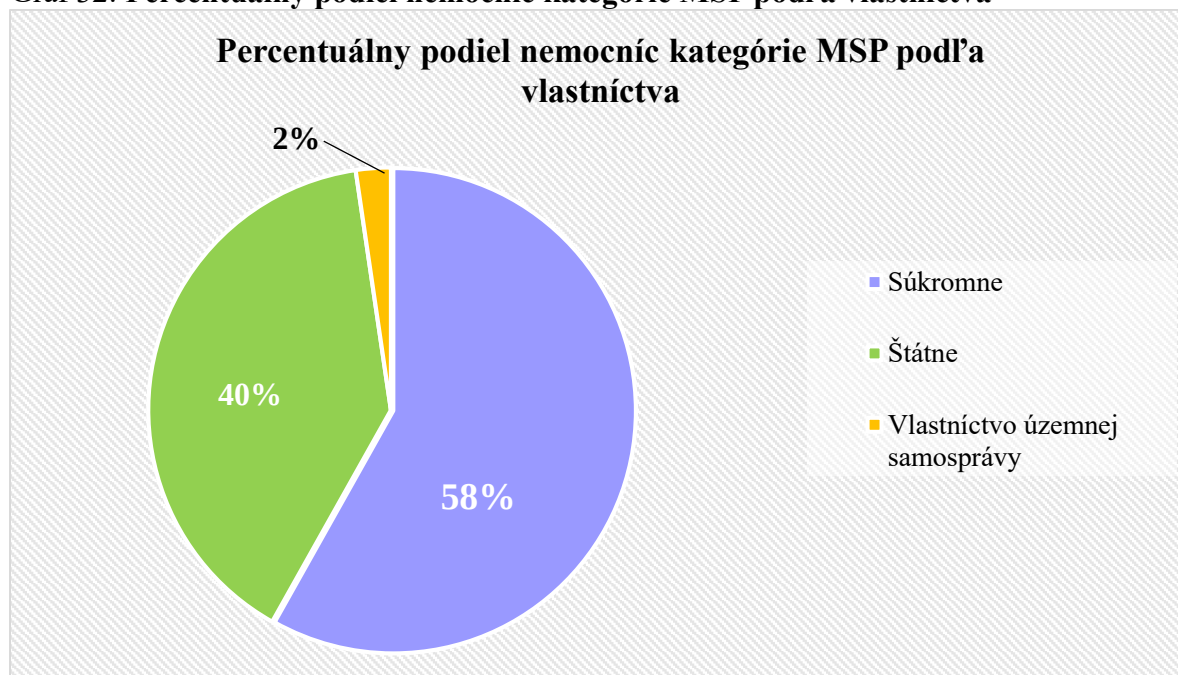
Tabuľka 22: MSP v číslach podľa typu vlastníctva v roku 2022 – nemocnice

Typ vlastníctva	Veľkostné kategórie podnikov			
	mikropodniky (0-9)	malé podniky (10-49)	stredné (50-249)	Spolu MSP
Súkromne	6	4	15	25
Štátne	0	2	15	17
Vlastníctvo územnej samosprávy	0	0	1	1
Počet podnikateľských subjektov	6	6	31	43

Zdroj: Spracované podľa databázy FinStat: <https://finstat.sk/>

Ako sme už uviedli, typicky štát vlastní najmä najväčšie nemocnice. Preto rozdelenie počtu subjektov, ak sa zameriame na kategóriu MSP vyznieva v prospech súkromného sektora. Súkromní vlastníci vlastní 58% podnikov zaradených do kategórie MSP, štát vlastní 40% subjektov (nemocníc) zaradených v tejto kategórii. Ako vyplýva z tabuľky vyššie, štát vôbec nevlastní malé podniky (do 50 zamestnancov) v kategórii nemocníc (môže ísť o rôzne doliečovacie ústavy, či malé, regionálne nemocnice s obmedzenou starostlivosťou). Pre účely hodnotenia byrokratickej záťaže v sektore je však táto informácia podstatná – štát bude inak pristupovať k riešeniu problémov veľkých poskytovateľov ako k problémom malých poskytovateľov, ktorí sa však formálne nachádzajú v rovnakej kategórii ako veľké štátne nemocnice.

Graf 32: Percentuálny podiel nemocníc kategórie MSP podľa vlastníctva



Zdroj: Spracované podľa databázy FinStat: <https://finstat.sk/>

2.2.3 Lekárne

Lekárne predstavujú kľúčový prvok v systéme zdravotnej starostlivosti, pretože poskytujú nielen distribúciu liekov a zdravotníckych pomôcok, ale aj širokú škálu služieb súvisiacich so zdravím a wellness. Ekonomika lekární je teda ovplyvnená mnohými faktormi, vrátane regulačných politík, trhovej konkurencie, inovácií v sortimente a meniacich sa potrieb pacientov.

Z pohľadu sortimentu sa príjmy lekární na Slovensku delia primárne na **predaj liekov a zdravotníckych pomôcok na predpis, predaj voľnopredajných liekov a predaj doplnkových produktov a služieb.**

Sortiment (lieky, zdravotnícke pomôcky) na lekárske predpis predstavujú významnú časť príjmov, keďže jeho predaj je regulovaný s legislatívne stanovenou participáciou zdravotných poisťovní. Pri tejto komodite, vyvstáva podobný regulačný problém, aký majú ambulancie s oceňovaním zdravotných výkonov. Na Slovensku je marža na predaj sortimentu na lekárske predpis regulovaná prostredníctvom tzv. regresívnej marže, ktorá bola zavedená Ministerstvom zdravotníctva SR od 1. januára 2008 (Zákon č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov). Tento systém stanovuje, že marže liekov (vrátane plne a čiastočne hrazených liekov) klesajú s rastom ceny lieku. Existuje detailný rozpis percentuálnych marží pre rôzne cenové rozpätia, začínajúc od marže 47% (z toho pre lekáreň 32,90%) pre lieky s cenou do 2.65 EUR až po maržu 6% (z toho pre lekáreň 4,20%) pre lieky, ktorých cena presahuje približne 664 EUR. Tento systém bol zavedený s cieľom zvýhodniť dodávku a predaj lacnejších liekov a zároveň znevýhodniť dodávku a predaj drahších liekov, čím sa snažil znížiť výdavky na lieky.

Voľnopredajné lieky a produkty, ako sú vitamíny, doplnky výživy, kozmetika a hygienické potreby, prispievajú k diverzifikácii zdrojov príjmov a umožňujú lekárniam neregulovanou maržou kompenzovať chýbajúce príjmy z predajov komodít na lekárske

predpis. Tento sortiment sa neustále rozširuje a niektoré siete predávajú produkty vlastných značiek.

Poskytovanie odborného poradenstva a iných zdravotných služieb, ako sú meranie krvného tlaku, očkovania, alebo konzultácie, tiež prispieva k rozšíreniu zdrojov príjmov a zvyšuje hodnotu, ktorú lekárne poskytujú svojim zákazníkom ale pre ekonomiku lekárne je to len okrajová záležitosť..

Tržby lekární na Slovensku pochádzajú z viacerých zdrojov. Predaj liekov a produktov pacientom priamo v lekárni predstavuje priamy zdroj príjmov. Významnú časť tržieb však tvoria príjmy od zdravotných poisťovní, ktoré hradia náklady na lieky na predpis pre svojich poistencov. Tento systém zabezpečuje, že pacienti majú prístup k potrebným liekom, zatiaľ čo lekárne dostávajú kompenzácie za ich distribúciu. V neposlednom rade, lekárne získavajú tržby aj zo spolupráce s dodávateľmi a výrobcami liekov a zdravotníckych pomôcok, kde môžu byť zahrnuté zľavy, bonifikácie alebo iné formy obchodných stimulov.

Tabuľka 23: **Lekárne v číslach v roku 2022**

<i>Lekárne</i>	Veľkostné kategórie podnikov			
	mikro (0-9)	malé podniky (10-49)	stredné (50-249)	Spolu
Počet podnikateľských subjektov MSP	1305	71	1	1377
Sieťové lekárne	-	-	-	592
Počet podnikateľských subjektov	1878	88	3	1969

Zdroj: Spracované podľa databázy FinStat: <https://finstat.sk/>

Pre podnikanie v oblasti prevádzkovania lekární na Slovensku je preto dôležité analyzovať nielen tradičné zdroje príjmov, ale aj inovačné prístupy k sortimentu a službám, ktoré môžu lekárňam umožniť udržať si konkurenčnú výhodu a zároveň zlepšovať kvalitu poskytovaných služieb. Identifikácia a pochopenie týchto zdrojov príjmov a tržieb je kľúčová pre ekonomiku lekární, pretože poskytuje základ pre strategické rozhodovanie a optimalizáciu podnikateľských modelov v tomto sektore.

Z tohto pohľadu majú **veľkú konkurenčnú výhodu siete lekární**, ktoré môžu optimalizovať a centralizovať obchodný model a využívať množstvo synergií v oblasti nákupu, distribúcie, cenovej politiky, marketingu a rozvíjania portfólia služieb.

Siete lekární na Slovensku musia fungovať v rámci nastaveného legislatívneho rámca, ktorý vyžaduje plnenie podmienok na prevádzku lekární podľa zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a v príslušných vykonávacích predpisoch.

Kľúčové ustanovenie zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach zahŕňa v par. 3 – podmienky pre fyzické alebo právnické osoby na prevádzkovanie lekárne na Slovensku. Právnické osoby musia mať bezúhonného a dôveryhodného **odborného zástupcu**. Podmienkou je aj materiálne a priestorové vybavenie a personálne zabezpečenie.

Odborný zástupca môže byť fyzická osoba, ktorá spĺňa podmienky ustanovené a je zodpovedná za odborné vykonávanie činnosti, na ktorú bolo vydané povolenie. **Jedna osoba môže vykonávať činnosť odborného zástupcu len na jednom mieste výkonu činnosti.** Existujú však výnimky, kedy odborný zástupca môže vykonávať svoju činnosť na viacerých miestach výkonu, a to v prípadoch, ak:

- je držiteľom povolenia s dvomi miestami výkonu činnosti, pričom prevádzkové časy na týchto miestach sa vzájomne neprelínajú.

- poskytuje lekárenskú starostlivosť vo verejnej lekárni a v pobočke verejnej lekárne jedného držiteľa povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti na dvoch miestach výkonu činnosti.

Nesporná výhodnosť fungovania lekární v sieti sa v praxi pretavila do dvoch organizačných foriem:

Formálneho – fungujúceho na princípe holdingového vlastníctva jednotlivých prevádzok (s.r.o.), kde vedú tieto regulačné povinnosti zabezpečiť a zároveň im tento model umožňuje dostatočnú vôľu a distribúciu zodpovednosti z pohľadu dodržiavanie špecifických požiadaviek pre prevádzku lekárne, ako sú licencie, kvalifikácia personálu, a podobne. Medzi ďalšie výhody tohto modelu patrí možnosť optimalizovať daňové zaťaženie naprieč rôznymi lekárňami a využívať možné daňové úľavy alebo stimuly pre jednotlivé lokality alebo typy činnosti. Charakteristickým znakom tohto modelu je dohľadateľné vlastnícke prepojenie jednotlivých subjektov a vizuál prevádzok. Príkladom tohto typu sú napríklad siete Dr.MAX, Benu, Schneider

Virtuálneho – fungujúceho na princípe zmluvnej spolupráce bez vlastníckeho prepojenia. Jedná sa napríklad o franchising alebo iný typ zmluvy o spolupráci. Za týmito sieťami stojí vždy veľkodistribútor liekov a zdravotníckych pomôcok. Motiváciou na vstup do virtuálnej siete naviazanej na veľkodistribútora je optimalizácia nákupu liekov prípadne aj iných produktov – či už z pohľadu nákupu liekov (spätné bonusy od farmaceutických firiem za predaj objemu) ale aj operatívne riešenie distribúcie z pohľadu dostupnosti. Príkladom tohto modelu sú napr.:

MED-ART – virtuálna sieť „Vaša lekárňa“ cca 300 subjektov

UNIPHARMA – virtuálna sieť „Plus lekárňa“ cca 560 subjektov

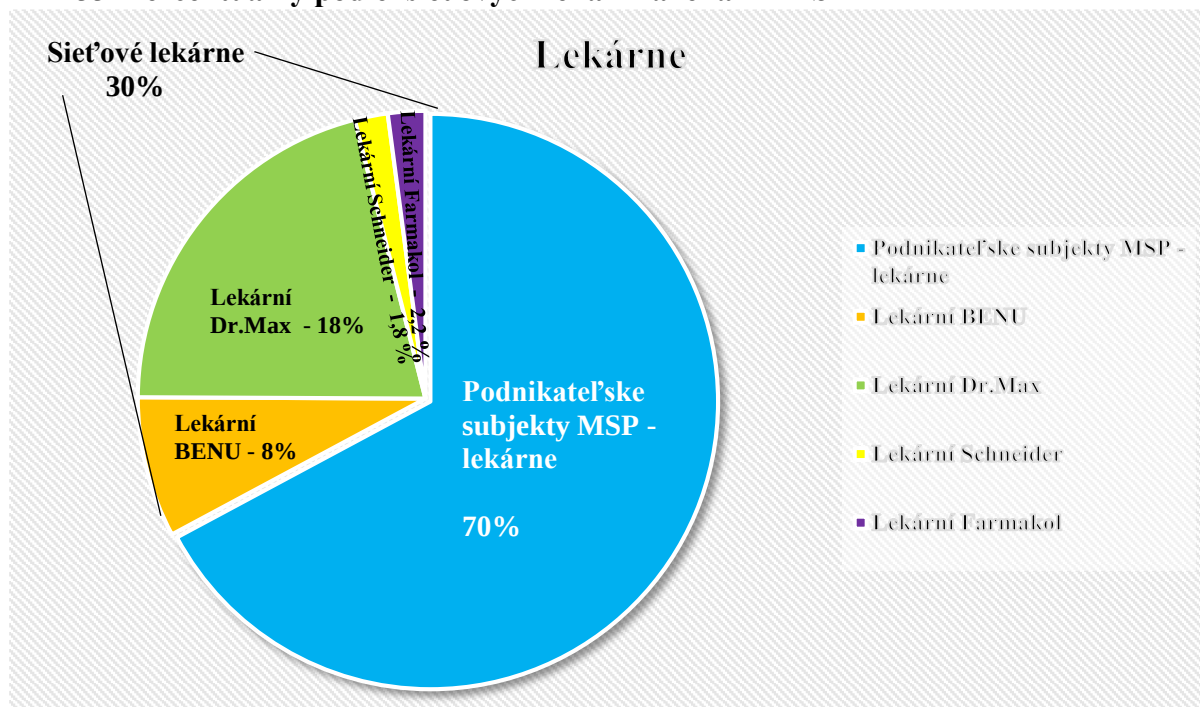
PHOENIX – virtuálna sieť „Partner“ cca 400 subjektov, Benu franchising

Lekárne, ktoré sú súčasťou virtuálnej siete sa môžu na základe vlastného rozhodnutia zapojiť do rôznych predajných akcií, vernostných programov, predaja privátnych značiek atď.

Ako je vidieť z tabuľky č.20 a grafu č.33 **podiel sieťových lekární formálneho typu na Slovensku tvorí približne 30% celkovej siete.**

Pokiaľ sa však pozeráme na štruktúru celého trhu lekární, tak je možné konštatovať, že na Slovensku zostáva bez akejkoľvek formy zosieťovania asi 10% subjektov.

Graf 33: Percentuálny podiel sieťových lekární a lekární MSP



Zdroj: Spracované podľa databázy FinStat: <https://finstat.sk/>

Pre účely analýzy ekonomických ukazovateľov a pridanej hodnoty použijeme dostupné podklady zo Zdravotníckych ročeniek 2021 a 2022 z NCZI.

Tabuľka 24: Náklady, výnosy a hospodársky výsledok v zariadeniach lekárenskej starostlivosti

Ukazovateľ	Lekárska starostlivosť	
	2021	2022
Počet organizácií, ktoré odovzdali výkazy	1 812	1 803
Náklady spolu (€)	1 836 907 402,2	1 941 769 246,9
z toho na		
mzdy	126 713 076,6	132 655 094,7
odvody	46 160 049,3	47 490 978,7
lieky	1 068 585 728,4	1 156 688 911,2
zdravotnícke pomôcky	153 830 665,3	158 030 089,5
doplňkový sortiment lekární	241 029 847,2	231 604 641,0
krv a krvné výrobky	64 929,1	169 952,9
odpisy	18 133 761,6	18 299 942,5
spotrebu energie	6 446 547,8	8 589 438,0
opravy a údržbu	5 852 013,2	6 990 574,4
ostatnú hospodársko-technickú správu	21 314 533,9	23 603 755,8
Výnosy spolu (€)	1 880 767 524,2	1 995 820 860,6
tržby od zdravotných poisťovní	904 567 006,4	968 227 688,6
z toho za		
pripočítateľné položky	36 855,7	32 351,2
výkony	115 651,2	5 610 476,3
body	3 154 197,7	1 490 111,1

<i>paušál</i>	838 603,5	542 544,5
<i>tržby od obyvateľstva</i>	841 433 264,0	855 382 831,8
<i>za lieky</i>	468 053 583,8	486 042 327,4
<i>za zdravotnícke pomôcky</i>	66 189 236,8	55 940 300,1
<i>za doplnkový sortiment lekární</i>	273 942 754,3	292 577 191,2
<i>iné</i>	33 247 689,1	20 823 013,2
<i>prevádzkové dotácie od zriaďovateľa</i>	59 440,7	155 535,0
<i>ostatné výnosy</i>	134 707 813,1	172 054 805,1
Hospodársky výsledok (€)	43 860 122,1	54 051 613,7
Rok	2021	2022
Čistá zisková marža v %	2,33%	2,71%
Podiel tržieb od ZP	48,10%	48,51%
Podiel tržieb od obyvateľstva	44,74%	42,86%
Podiel mzdových a ostatných osobných nákladov na celk. nákladoch	9,41%	9,28%

Zdroj: Výkazy E (MZ SR) 1-04, E (MZ SR) 2-01, E (MZ SR) 3-12 o ekonomike organizácií v zdravotníctve, NCZI

Počet reportujúcich organizácií, klesol z 1 812 v roku 2021 na 1 803 v roku 2022. Tento mierny pokles naznačuje relatívnu stabilitu v počte lekárnických zariadení pôsobiacich v danom období .

Celkové náklady vzrástli z €1,837 miliardy v roku 2021 na €1,942 miliardy v roku 2022, čo predstavuje zvýšenie. Tento nárast môže odráža zvýšené náklady na prevádzku, nákup liekov, a predpokladáme aj vplyv inflácie.

Rozdelenie nákladov ukazuje, že najvýznamnejšiu časť tvoria náklady na lieky (výrazne sa zvýšili z €1,069 miliardy na €1,157 miliardy), nasledované doplnkovým sortimentom lekární a zdravotníckymi pomôckami.

Celkové výnosy sa zvýšili z €1,881 miliardy v roku 2021 na €1,996 miliardy v roku 2022, čo naznačuje pozitívny rast výnosov.

Tržby od zdravotných poisťovní tvoria významnú časť výnosov, pričom sa zvýšili z €904 miliónov na €968 miliónov, čo poukazuje na zvýšenie platieb od poisťovní.

Tržby od obyvateľstva tiež vzrástli, čo naznačuje aj zvýšenú spotrebu doplnkových tovarov a služieb.

Hospodársky výsledok zaznamenal zvýšenie z €43,86 milióna v roku 2021 na €54,05 milióna v roku 2022, čo poukazuje na lepšiu finančnú efektivitu a ziskovosť lekárenských zariadení.

Zisková marža vzrástla z 2,33% v roku 2021 na 2,71% v roku 2022, čo znamená, že sektor lekárenskej starostlivosti mierne rástol.

Sektor lekárenskej starostlivosti vykázal medzi rokmi 2021 a 2022 pozitívny rast, s nárastom výnosov, ktorý prevýšil nárast nákladov, vedúci k lepšiemu hospodárskemu výsledku. Významným faktorom rastu výnosov je zvýšenie tržieb od zdravotných poisťovní aj od obyvateľstva, čo naznačuje rastúci dopyt po lekárenskej starostlivosti.

Pri oficiálne deklarovanej inflácii za rok 2021 vo výške 3,12% celkové výnosy stúpili medziročne o 6,12% a pridaná hodnota vzrástla medziročne o 16,3% čiže sektor vykompenzoval dopad inflácie a vykázal mierny rast.

Pri hodnotení lekární v kategórii MSP sme vychádzali z databázy FINSTAT, kde sme z celého súboru lekární vyčlenili sieťové lekáreň vlastničky prepojené (4 siete) k 31.12.2022. Ďalej sme vyčlenili súbor lekární, ktoré nevykázali v roku 2022 žiadnu tržbu (z dôvodu skreslenia výpočtov). Do analýzy bolo zahrnutých **1069** subjektov.

Pre porovnanie s celým lekárenským sektorom sme si vzhľadom na štruktúru dát poskytovaných z databázy FINSTAT vybrali tri ukazovatele:

- **Priemerné tržby na lekára** – MSP – 1.068.710,- Celý sektor – 1.106.944,-
- **Priemerný zisk na lekára** - MSP - 19.874,- Celý sektor - 29.799,-
- **Priemerná zisková marža** - MSP- 2,52 Celý sektor - 2,71

Toto porovnanie nám naznačuje niekoľko indícií.

- Vlastničky prepojené sieťové lekáreň dosahujú v priemere na prevádzku vyššie tržby ako subjekty MSP (priemer MSP oproti celému sektoru nižší len o cca 3%, oproti najväčšej sieti je nižší cca o 20%)
- Priemerná ziskovosť lekární MSP je nižšia oproti priemeru celého sektora o cca 33% - to naznačuje, že sieťové lekáreň sú efektívnejšie vďaka možnosti využívania synergií v oblasti nákladov
- Priemerná zisková marža lekární MSP sa približuje priemeru celého sektora, čo je spôsobené pravdepodobne faktom, že degresívne marže na predaj liekov a zdravotníckych pomôcok na lekárske predpis stanovené štátom v podstate nivelizujú maržu na nízkej úrovni pre všetky subjekty a rozdiely môžu vznikať len predajom doplnkového sortimentu, kde marža nie je regulovaná.

Problémom pre celý sektor je, že regulácia marže pri predaji liekov a zdravotníckych pomôcok na predpis spred viac ako desaťročia nebola prispôbovaná rastúcej cene liekov a dnes spôsobuje stav, že žiadna lekáreň nie je schopná z hrubej marže predaja liekov na recept financovať prevádzku. Firma NRSYS s.r.o., významný dodávateľ informačných systémov pre lekáreň, robila na vzorke 1200 lekární výpočet mesačnej priemernej hrubej marže z predaja všetkých produktov na lekárske predpis za obdobie od roku 2013 do roku 2023. Výsledkom bol nárast z cca 6.600,- EUR v roku 2013 na 8.400,- EUR v roku 2023. Priemerný stav pracovníkov na jednu lekáreň vo vzorke bol 5 pracovníkov. Tieto hodnoty ukazujú, že len z predaja liekov a zdravotníckych pomôcok na predpis sa lekáreň prevádzkovať nedá. Neregulovaný predaj doplnkového sortimentu, ktorý je kľúčom k ekonomickému prežitiu, **smeruje lekáreň MSP do sietí** zastrešených silným distribútorom, ktoré vedú vytvoriť celý predajný reťazec od vytvorenia vlastných produktov, cez marketing až po provízny systém a zároveň pomáhať malým prevádzkam so školením personálu a logistikou zásobovania.

2.2.4 Kúpele

Kúpeľníctvo, ako významná súčasť slovenského zdravotníctva a cestovného ruchu, prispieva k zlepšeniu kvality života obyvateľov a láka domácich aj zahraničných návštevníkov. Hlavnými zdrojmi príjmov v tomto sektore sú poukazy zdravotných poisťovní pre poistencov, platby od samoplatcov, a v menšej miere, príjmy z dodatočných služieb poskytovaných klientom kúpeľov.

Poukazy na kúpeľnú starostlivosť typu A a typu B sú formou financovania, ktorú poskytujú zdravotné poisťovne v Slovenskej republike na podporu kúpeľnej liečby a rehabilitácie svojich poistencov. Tieto poukazy sú určené na krytie nákladov spojených s poskytovaním kúpeľnej starostlivosti, a to v závislosti od zdravotného stavu a potrieb jednotlivých poistencov. Rozdiel medzi typom A a typom B je založený na rozsahu a intenzite poskytovanej starostlivosti.

Poukazy typu A sú určené pre poistencov, ktorí potrebujú intenzívnu kúpeľnú liečbu na základe odporúčania odborného lekára.

Na druhej strane, poukazy typu B sú určené pre menej intenzívnu kúpeľnú starostlivosť, a sú často zamerané na prevenciu a udržiavanie dobrého zdravotného stavu.

Samoplatcovia, ktorí využívajú služby kúpeľníctva nad rámec poistenia alebo preferujú exkluzívnejšie procedúry, prispievajú k príjmom zariadení priamo. Ich úloha je kritická najmä v prípade, keď poisťovne kryjú len základný balíček procedúr a klienti hľadajú špecializovanú alebo intenzívnejšiu starostlivosť.

Rozhodujúce nákladové položky v sektore kúpeľníctva zahŕňajú prevádzkové náklady spojené s poskytovaním zdravotných a wellness služieb, ako sú mzdy zamestnancov, údržba a renovácia zariadení, náklady na liečebné a rehabilitačné vybavenie, ako aj náklady na energie a vodu, ktoré sú nevyhnutné pre chod týchto zariadení. Efektívne riadenie týchto nákladov je kľúčové pre zabezpečenie udržateľnosti a rozvoja kúpeľných zariadení.

Tabuľka 25: **Malé a stredné podnikanie v číslach v roku 2022 – kúpele**

Kúpele	Veľkostné kategórie podnikov			
	mikro (0-9)	malé podniky (10-49)	stredné (50-249)	Spolu MSP
Počet podnikateľských subjektov	1	9	16	26

Zdroj: Spracované autorom podľa databázy FinStat: <https://finstat.sk/>

V nasledujúcich odsekoch budeme podrobne analyzovať tieto ekonomické ukazovatele a pridanú hodnotu. Vzhľadom na fakt, že podrobné údaje o nákladoch a výnosoch za kategóriu MSP nie sú v potrebnej granularite k dispozícii – použijeme podklad zo Zdravotníckej ročenky za roky 2021 a 2022, kde sú údaje za celý sektor, pričom až cca 76% z nich sú podnikateľské subjekty kategórie MSP.

Tabuľka 26: **Náklady, výnosy a hospodársky výsledok v zariadeniach kúpeľnej starostlivosti**

Ukazovateľ	2021	2022
	ostatní ústavní PZS - kúpele	ostatní ústavní PZS - kúpele
Počet organizácií	35	34
Náklady spolu (€)	93 618 647,4	118 515 517,3
<i>z toho na</i>		
<i>mzdy</i>	33 610 084,0	41 184 275,1
<i>odvody</i>	11 702 618,0	13 560 817,3
<i>lieky</i>	265 595,7	1 972 988,2
<i>zdravotnícke pomôcky</i>	510 765,4	688 933,1
<i>krv a krvné výrobky</i>	279,0	5 642,6
<i>odpisy</i>	7 185 301,5	6 951 183,2
<i>stravovanie pacientov</i>	5 760 125,5	9 887 231,8

<i>spotrebu energie</i>	5 442 118,1	10 443 686,7
<i>opravy a údržbu</i>	2 840 312,3	2 649 979,1
<i>ostatnú hospodársko-technickú správu</i>	12 856 806,1	13 688 892,0
Výnosy spolu (€)	98 586 949,7	125 148 302,4
<i>tržby od zdravotných poisťovní</i>	36 815 699,9	51 870 197,4
<i>z toho za</i>		
<i>ukončené hospitalizačné prípady v zmysle DRG¹⁾</i>	–	–
<i>ukončené hospitalizácie</i>	1 176 749,8	989 123,2
<i>ošetrovacie dni</i>	32 167 827,5	45 707 764,9
<i>pripočítateľné položky</i>	–	–
<i>výkony vrátane jednodňovej ZS</i>	1 441,0	2 335 592,0
<i>body</i>	3 452 911,9	1 556 339,8
<i>tržby od obyvateľstva</i>	39 992 935,7	54 625 850,4
<i>za lieky</i>	22 141,7	579 041,5
<i>za zdravotnícke pomôcky</i>	23 630,8	48 038,3
<i>za doplnkový sortiment lekární</i>	–	263 910,2
<i>iné</i>	39 947 163,2	53 734 860,5
<i>prevádzkové dotácie od zriaďovateľa</i>	841 041,3	1 580 689,1
<i>ostatné výnosy</i>	20 937 272,8	17 071 565,5
Hospodársky výsledok (€)	4 968 302,3	6 632 785,1
<i>Čistá zisková marža</i>	5,04%	5,30%
<i>Podiel tržieb od ZP</i>	37,34%	41,45%
<i>Podiel tržieb od obyvateľstva</i>	40,57%	43,65%

Zdroj: Elektronické materiály. – Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2022: <https://www.nczisk.sk>

Celkové náklady sa zvýšili z €93,618,647.4 v roku 2021 na €118,515,517.3 v roku 2022, čo predstavuje značný nárast o 26.56%. Tento nárast môže byť spôsobený infláciou a zvýšením počtu pacientov.

Výrazné zvýšenie nákladov je zaznamenané v kategóriách mzdy, odvody, lieky, zdravotnícke pomôcky, stravovanie pacientov a spotreba energie. Náklady na spotrebu energie sa zvýšili z €5,442,118.1 v roku 2021 na €10,443,686.7 v roku 2022. Tento výrazný nárast o takmer 92% je podľa nás priamo spojený s celosvetovým nárastom cien energií, ktorý bol ovplyvnený viacerými faktormi vrátane geopolitických napätí, obnovenia globálnej ekonomiky po pandémie a vyššou spotrebou v súvislosti s reštartom aktivít po ukončení epidémie COVID-19.

Odpisy naopak zaznamenali mierny pokles, čo naznačuje stabilizáciu investícií do dlhodobého majetku alebo efektívnejšie využívanie zdrojov.

Celkové výnosy sa zvýšili z €98,586,949.7 v roku 2021 na €125,148,302.4 v roku 2022, čo predstavuje rast o 26.95%. Tento nárast súvisí s reštartom kúpeľníctva po ukončení obmedzení súvisiacich s epidémiou COVID-19.

Tržby od zdravotných poisťovní a tržby od obyvateľstva výrazne vzrástli, čo ukazuje na rastúci záujem o služby a čiastočne aj na zvyšovanie cien.

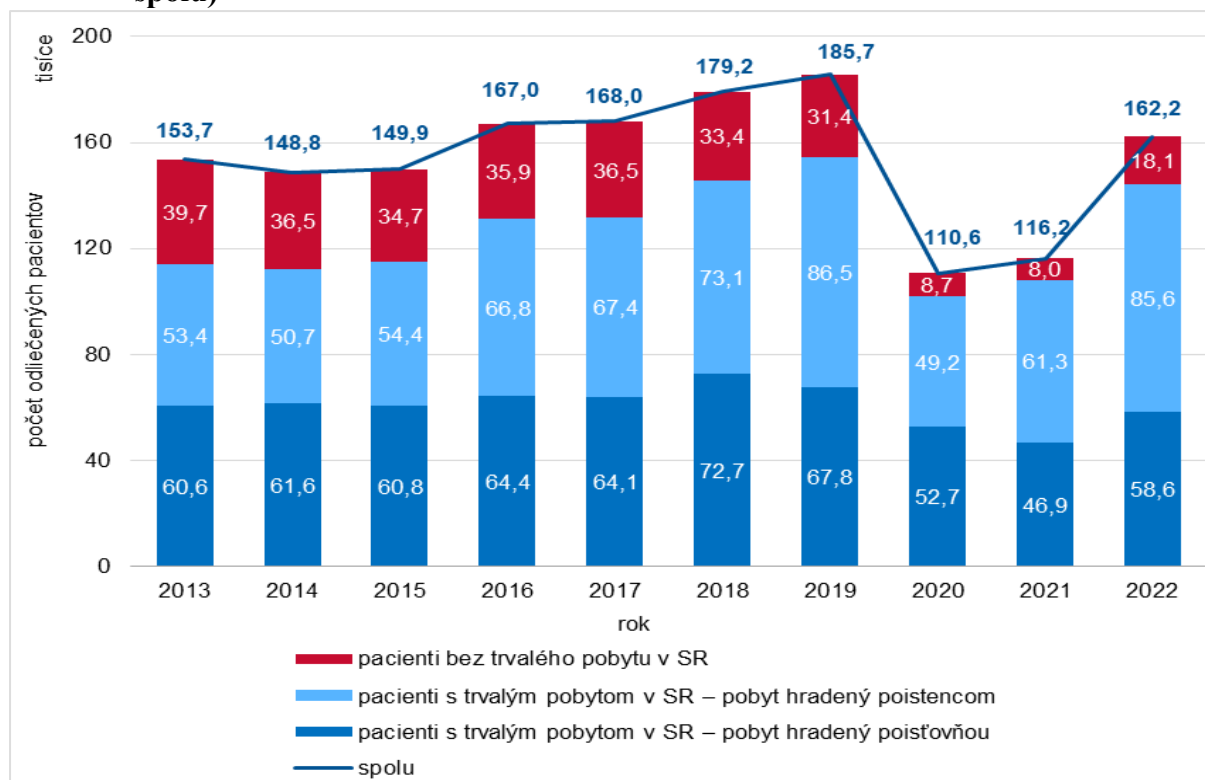
Prevádzkové dotácie sa takisto zvýšili, čo naznačuje väčšiu podporu zo strany štátu (energie) alebo zriaďovateľov.

Hospodársky výsledok ukazuje zisk, ktorý sa zvýšil z €4,968,302.3 v roku 2021 na €6,632,785.1 v roku 2022.

Pridaná hodnota a podiel tržieb z rozličných zdrojov (od ZP a od obyvateľstva) tiež vzrástli, čo naznačuje lepšie využívanie zdrojov a zvýšenú schopnosť generovať príjmy z rôznych kanálov.

Analýza ukazuje na pozitívny trend v hospodárení zariadení kúpeľnej starostlivosti na Slovensku medzi rokmi 2021 a 2022, s rastúcimi nákladmi, ale aj výnosmi, vedúcimi k vyššiemu hospodárskemu výsledku. Zvýšenie výnosov z tržieb od zdravotných poisťovní a obyvateľstva, ako aj prevádzkových dotácií od zriaďovateľa, poukazuje na silnú pozíciu a rastúci dopyt po kúpeľnej starostlivosti. Napriek zvýšeným nákladom, efektívne hospodárenie a schopnosť generovať výnosy naznačujú, že sektor ako celok sa dokáže prispôbiť meniacim sa podmienkam.

Graf 34: Vývoj počtu odliečených pacientov v kúpeľnej starostlivosti (všetky podniky spolu)



Zdroj: Elektronické materiály NCZI. – Kúpeľňa starostlivost' v SR: https://www.nczisk.sk/Statisticke_vystupy

Na grafe 34 – vývoj počtu odliečených pacientov v kúpeľnej starostlivosti je zrejмый dopad epidémie COVID 19 na prevádzku kúpeľných zariadení. Po dvoch rokoch (2020, 2021) hlbokého prepadu počtu pacientov sa v roku 2022 dostali kúpele približne na úroveň roku 2016. Na grafe je vidieť, že poklesol počet zahraničnej klientely zhruba na polovicu stavu pred covidových rokov.

Z pohľadu subjektov kategórie MSP možno konštatovať, že až na päť najväčších kúpeľov (Slovenské liečebné kúpele Piešťany a.s., Kúpele Bojnice a.s., Kúpele Dudince a.s., Bardejovské kúpele a.s. a Kúpele Trenčianske Teplice a.s.) všetky ostatné patria do kategórie

malých a stredných podnikov. V rámci kvalitatívneho prieskumu sa respondenti vyjadrili k niekoľkým témam, ktoré ovplyvňujú ekonomiku prevádzky.

Úhradová vyhláška v r. 2022 sa odvíjala od dát z roku 2020 (teda dva roky dozadu), kedy boli všetky kúpeľné podniky pre lockdown zatvorené takmer tri mesiace, čo v praxi znamenalo nižšie % výdavkov zo ZP než v rokoch pred pandémiou a následne sa to premietlo do nízkej ceny ošetrovacieho dňa, ktorá nekryla náklady na kúpeľnú starostlivosť v roku 2022 ani 2023. Od roku 2022 bolo potrebné vyberať doplatky od pacientov.

Z pohľadu pacienta sa stáva kúpeľná starostlivosť nedostupná pre nízkopríjmové skupiny a tiež pri kúpeľnej starostlivosti malých detí, kde zo ZP nie sú kryté náklady pre sprievodcu. Z pohľadu poskytovateľa je vyberanie doplatkov nevyhnutnosť

Mnohé prírodné liečebné kúpele a kúpeľné liečebne boli donútené situáciou rozšíriť ponuku v oblasti wellness a znížiť tak počet lôžok pre ústavnú kúpeľnú starostlivosť (včasná a následná rehabilitačná starostlivosť a rehabilitácia v rámci manažmentu chronických ochorení). Nie je to dobrý trend najmä pre nedostatok lôžok pre včasnú rehabilitáciu v SR, v porovnaní s inými krajinami.

Do ceny ošetrovacieho dňa nie je možné zahrnúť oprávnené výdavky - tieto oprávnené výdavky nezohľadňujú platby zo ZP. (V ČR napríklad cena ošetrovacieho dňa rešpektuje oprávnené náklady, najmä s ohľadom na diagnózu, na prírodný liečivý zdroj a i. Každoročne sa cena zvyšuje o infláciu a je teda predvídateľná situácia vo financovaní)

Pri hodnotení ekonomickej výkonnosti kúpeľov kategórie MSP je rozhodujúce tak, ako aj v ostatných sektoroch zdravotníctva, ako sa subjekty dokážu vysporiadať s reguláciou výstupov hrađených úplne alebo čiastočne zo zdravotného poistenia. Subjekty, ktoré dokážu poskytnúť nadštandardné služby, rozsiahly wellness program, prípadne dokážu využiť potenciál zariadenia sú schopné prilákať zahraničnú klientelu a samoplatcov a vytvárajú priestor na rozvoj.

Pre ekonomickú analýzu subjektov kategórie MSP sme použili údaje z databázy FINSTAT, ktorá poskytuje údaje na syntetickej úrovni a neumožňuje detailnú analýzu všetkých súvislostí

Za rok 2022 reportovalo výsledky 18 subjektov MSP. Dosiahnuté výsledky boli nasledovné:

Celkové tržby	€ 87 086 917,00
interval	od € 512.105,00
	do € 18 014 812,00

Celkové tržby 18 subjektov MSP za rok 2022, dosahujúce 87 miliónov eur, naznačujú značnú ekonomickú aktivitu v rámci tejto skupiny. Rozsah tržieb od cca 512 tisíc do 18 miliónov eur ukazuje na značnú heterogenitu medzi jednotlivými subjektmi v rámci kategórie MSP.

Zisk pred zdanením	€ 4 456 329,00
interval	od -€ 1.658.329,00
	do € 4.085.621,00
Zisková marža	5,11%
interval	od -56,7%
	do 24,9%

Zisk pred zdanením viac ako 4,4 milióna eur a zisková marža 5,11 % naznačujú, že napriek rozmanitosti v rámci MSP, sú subjekty schopné generovať profit. Interval ziskov od negatívnych hodnôt do pozitíva a široký rozsah ziskovej marže (-56,7 % až 24,9 %) však poukazuje na významné rozdiely v ziskovosti, čo indikuje rozdiely v efektívnosti podnikania a v schopnosti podnikov reagovať obchodným modelom na regulačné obmedzenia v cenovej oblasti zo strany štátu

Podiel mzdových a OON na celkových nákladoch	42,95%
Interval	od 25,38%
	do 66,85%

Podiel mzdových a ostatných osobných nákladov na celkových nákladoch predstavuje 42,95 %, s intervalom od 25,38 % do 66,85 %. Tento údaj poskytuje dôležitú informáciu o štruktúre nákladov. Vyšší podiel týchto nákladov môže signalizovať vyšší podiel zdravotníckych pracovníkov s platovým automatom na celkovom počte pracovníkov. Zaujímavý fakt je, že výška podielu mzdových a ostatných osobných nákladov nekoreluje priamo so ziskovosťou subjektu.

Záverom možno konštatovať, že profitabilita subjektu je okrem obchodného modelu a úrovne riadenia do veľkej miery závislá aj od jedinečnosti lokality a prírodných zdrojov. Ako príklad môžeme uviesť Slovenské liečebné kúpele Rajecké Teplice a.s., ktoré disponujú geotermálnym zdrojom, ktorý definuje charakter a terapeutickú hodnotu týchto kúpeľov. Voda z tohto zdroja je známa svojimi liečivými vlastnosťami, ktoré sa využívajú v rôznych liečebných a relaxačných procedúrach. Geotermálny zdroj Rajeckých Teplíc je nielen základom pre terapeutické služby, ktoré kúpele ponúkajú, ale má aj významný vplyv na ekonomiku a turizmus v regióne. Atraktivita tohto prírodného zdroja pritiahne ročne tisíce návštevníkov, čo podporuje miestnu ekonomiku a zamestnanosť a umožňuje kúpeľom vytvárať množstvo originálnych komerčných produktov.

3 REGULAČNÉ BARIÉRY V ZDRAVOTNÍCTVE

Na Slovensku musí podnikateľ v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti zvládnuť viaceré oblasti, aby splnil legislatívne požiadavky a vyhol sa riziku sankcií zo strany štátu. Zdravotnícka problematika je mimoriadne rozsiahla a sektor patrí k najviac regulovaným sektorom podnikania na Slovensku. Okrem všeobecných právnych predpisov, ktoré sa dotýkajú viacerých segmentov podnikania (napríklad regulácia pracovno – právnych vzťahov, zmlúv, či ochrany zdravia pri práci). Vo zvýšenej miere sa v sektore pracuje aj s osobnými údajmi ale i predpisovaním liekov a ako sme už uviedli v prvej kapitole tejto analýzy, financovanie zväčša nie je trhové ale prebieha prostredníctvom poisťovní.

Pokiaľ sa zameriame špecificky na podnikanie v ambulantnom sektore, toto predstavuje výzvu z viacerých dôvodov, ktoré siahajú až do histórie ambulantných poskytovateľov ako podnikateľov. Proces odštátnenia ambulancií v polovici 90. rokov premenil lekárov na podnikateľov bez predchádzajúcej konzultácie alebo prípravy. Tento prechod priniesol výzvy nielen pre samotných lekárov, ale aj pre regulačné a dohľadové inštitúcie. Lekárske fakulty doteraz nezareagovali na potrebu prípravy budúcich lekárov v oblasti podnikania, platnej legislatívy a povinností spojených s prevádzkou ambulancie.

Pre účely tejto analýzy môžeme na bariéry podnikania pre MSP v zdravotníctve zvoliť procesný pohľad – bariéry pri zriaďovaní prevádzky, bariéry počas samotného podnikania a finálne ekonomiku prevádzky a udržateľnosť.

3.1 Vstup na trh a zriadenie prevádzky

Zakladanie ambulancie na Slovensku predstavuje pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti komplexnú výzvu, ktorá zahŕňa viaceré administratívne, právne a finančné aspekty. Problémy a bariéry, s ktorými sa stretávajú, sa dajú rozdeliť do niekoľkých kategórií:

Voľba formy prevádzkovania - rozhodnutie, či prevádzkovať ambulanciu ako fyzickú osobu – podnikateľ alebo formou spoločnosti s ručením obmedzeným (s. r. o.), má významný dopad na mieru ručenia a administratívu. Prevádzkovanie ako živnostník prináša riziko ručenia celým majetkom, zatiaľ čo s. r. o. ponúka ochranu súkromného majetku.

Ďalším krokom je rozhodnutie či zakladať novú prevádzku alebo odkúpiť obchodný podiel v existujúcej prevádzke. Odkúpenie obchodného podielu ambulancie predstavuje najčastejší spôsob získania ambulancie. Je to najmä z dôvodu, že daná ambulancia má už stabilnú klientelu pacientov, vybavené potrebné povolenia a v mnohých prípadoch je možné prebrať aj personál a vybavenie. Otvára sa tu však problematika predajnej ceny a definície, čo je predmetom predaja. Polemika vzniká pri téme, či **kmeň pacientov môže byť ocenený v rámci kalkulácie ceny obchodného podielu** – túto tému je potrebné **zaradiť medzi bariéry podnikania a v budúcnosti legislatívne upraviť**.

V prípade rozhodnutia založiť novú prevádzku sa budúci podnikateľ v zdravotníctve púšťa na niekoľko mesačnú komplikovanú a nákladnú cestu s neistým výsledkom.

Prvý krok je výber právnej formy – fyzická osoba, ktorá má záujem podnikat' v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti má na výber dve formy podnikania.

- ako **fyzická osoba** – samostatne zárobkovo činná osoba;
- ako **právnická osoba**, napríklad prostredníctvom spoločnosti s ručením obmedzeným (s.r.o.), akciovej spoločnosti alebo inej formy.

Povolenie na prevádzkovanie ambulancie sa vydáva fyzickej alebo právnickej osobe. Čo sa týka fyzickej osoby, tá musí byť držiteľom licencie, ktorá ju oprávňuje vykonávať zdravotnícke povolanie. Preto sa v nasledovnej časti venujeme problematike vydávania licencií.

3.1.1 Licencia na výkon zdravotníckeho povolania (FO typ L1B, PO typ L1C)

Licencia na výkon zdravotníckeho povolania na Slovensku je upravená v zákone č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovniach a dozornej činnosti, ktorý definuje podmienky pre získanie licencie na poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Tento zákon stanovuje rámec pre všetky typy licencií súvisiacich so zdravotnou starostlivosťou vrátane tých, ktoré sú vyžadované pre fyzické osoby (FO) a právnické osoby (PO) na vykonávanie zdravotníckeho povolania. Zákon stanovuje, že na vykonávanie zdravotníckeho povolania je potrebná licencia, ktorá sa udeľuje na základe splnenia špecifických kvalifikačných a odborných požiadaviek. Tie zahŕňajú napríklad:

- **spôsobilosť na právne úkony v celom rozsahu**
- **zdravotná spôsobilosť (§ 32)** – sa preukazuje lekárskeym posudkom o zdravotnej spôsobilosti vo vzťahu k výkonu príslušného zdravotníckeho povolania (§ 27)
- **odborná spôsobilosť (§ 33)** na výkon zdravotníckeho povolania podľa tohto zákona je odborná spôsobilosť na výkon odborných pracovných činností, odborná spôsobilosť na výkon špecializovaných pracovných činností a odborná spôsobilosť na výkon certifikovaných pracovných činností. Odborná spôsobilosť na výkon odborných pracovných činností sa preukazuje dokladom o získaní požadovaného stupňa vzdelania v príslušnom študijnom odbore v príslušnom zdravotníckom povolaní (§ 27).
- **bezúhonnosť (§ 38)** - Za bezúhonného sa na účely tohto zákona považuje ten, kto nebol právoplatne odsúdený za obzvlášť závažný trestný čin, trestný čin proti ľudskej dôstojnosti, trestný čin v súvislosti s detskou pornografiou, trestný čin obchodovania s ľuďmi alebo trestný čin zverenia dieťaťa do moci iného, trestný čin prijímania úplatku, trestný čin podplácania alebo trestný čin nepriamej korupcie, úmyselný trestný čin spáchaný v súvislosti s výkonom zdravotníckeho povolania. Preukazuje sa výpisom z registra trestov
- **zápis v registri (§ 64)** - Registrácia je zapísanie zdravotníckeho pracovníka do registra a vydanie potvrdenia o registrácii. Register vedie SLK pre lekárov a ďalších 10 profesných komôr pre ďalšie zdravotnícke povolania.

Existuje niekoľko typov licencií podľa zákona:

Niektoré sú špecifické pre fyzické osoby (typ L1B) a právnické osoby (typ L1C), pričom každý typ má svoje podmienky a požiadavky.

- **licencia na výkon zdravotníckeho povolania L1B** podľa odseku 1 písm. b) - na výkon samostatnej zdravotníckej praxe (§ 10 - Samostatná zdravotnícka prax je poskytovanie zdravotnej starostlivosti v zdravotníckom zariadení, ktoré prevádzkuje iný poskytovateľ na základe povolenia ..) zdravotníckym pracovníkom v povolaní lekár, zubný lekár, sestra, pôrodná asistentka, fyzioterapeut, masér, logopéd, liečebný pedagóg a psychológ,
- **licencia na výkon činnosti odborného zástupcu** podľa odseku 1 písm. c) sa vyžaduje na výkon činnosti odborného zástupcu zdravotníckym pracovníkom v povolaní lekár, zubný lekár, farmaceut, sestra, pôrodná asistentka, fyzioterapeut, verejný zdravotník, zdravotnícky laborant, nutričný terapeut, dentálna hygienička, rádiologický technik, zdravotnícky záchranár, technik pre zdravotnícke pomôcky,

farmaceutický laborant, ortopedický technik, logopéd, psychológ, liečebný pedagóg, fyzik a laboratórny diagnostik.

3.1.2 Postup získania licencie:

Zákon popisuje proces získania licencie, vrátane podávania žiadostí, potrebných dokumentov a postupu posudzovania žiadostí o licenciu. **Proces získania licencie zahŕňa:**

- kompletizáciu dokumentov uvedených vyššie v časti licenčné požiadavky
- podanie žiadosti o vydanie licencie podáva fyzická osoba (ďalej len „žadateľ o licenciu“) príslušnej komore. Žiadateľ o licenciu v žiadosti o vydanie licencie uvedie:
 - meno a priezvisko, titul, dátum narodenia, údaj o štátnom občianstve,
 - miesto trvalého pobytu; ak je miesto trvalého pobytu mimo územia Slovenskej republiky, aj miesto prechodného pobytu na území Slovenskej republiky,
 - registračné číslo [§ 64 ods. 1 písm. b)],
 - údaj o odbornej spôsobilosti,
 - údaj o zdravotníckom povolaní, študijnom odbore, špecializačnom odbore alebo certifikovanej pracovnej činnosti, v ktorej sa bude vykonávať zdravotnícke povolanie,
 - údaj o doterajšej odbornej praxi,
 - rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte, ak osoba, ktorá bude vykonávať zdravotnícke povolanie na území Slovenskej republiky, bude súbežne vykonávať zdravotnícke povolanie aj v inom členskom štáte; ak ide o cudzinca, vo forme čestného vyhlásenia, alebo miesto výkonu odborného zástupcu [§ 68 ods. 1 písm. c)],
 - miesto výkonu samostatnej zdravotníckej praxe [§ 68 ods. 1 písm. a)],
 - miesto výkonu zdravotníckeho povolania [§ 68 ods. 1 písm. b)],
 - miesto výkonu činnosti odborného zástupcu [§ 68 ods. 1 písm. c)] alebo miesto výkonu lekárskej posudkovej činnosti [§ 68 ods. 1 písm. d)].

K žiadosti podľa žiadateľ o licenciu doloží

- osvedčené kópie dokladov o získanej odbornej spôsobilosti, ktoré neboli predložené v oznámení pri registrácii a doklad o odbornej praxi,
- doklad o zdravotnej spôsobilosti,
- údaje potrebné na vyžiadanie výpisu z registra trestov

3.1.2.1 Vydanie licencie

Komora vydá licenciu rozhodnutím, ak žiadateľ o licenciu preukázal splnenie podmienok na vydanie licencie (§ 69); inak žiadosť rozhodnutím zamietne. Licencia sa vydáva na neurčitú dobu a nemožno ju previesť na inú fyzickú osobu. Za vydanie licencie sa uhrádza poplatok vo výške ustanovenej v predpise.

3.1.3 Dohľad a kontrola:

Ustanovuje mechanizmy pre dohľad nad držiteľmi licencií a možnosti sankcií za porušenie podmienok licencie.

Pre FO typ L1B a PO typ L1C je dôležité presne sledovať kritériá a postupy uvedené v zákone, aby boli splnené všetky regulačné požiadavky pre získanie a udržanie licencie.

Údaje potrebné na účel overenia vlastníckeho práva k priestorom alebo zmluva o nájme priestorov, ak žiadateľ nie je ich vlastníkom.

3.1.4 Hygienické štandardy zdravotníckych zariadení

Samostatnú problematiku predstavujú hygienické štandardy, ktoré musí spĺňať zdravotnícke zariadenie. Tie sú rozsiahlou regulačnou bariérou a pre začínajúceho podnikateľa v sektore predstavujú výraznú nákladovú položku.

Právoplatné rozhodnutie orgánu verejného zdravotníctva o návrhu na uvedenie priestorov do prevádzky je upravené v zákonoch týkajúcich sa verejného zdravotníctva, hygieny a bezpečnosti práce. Hlavným právnym predpisom, ktorý sa zaoberá týmito aspektmi, je zákon č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon stanovuje požiadavky na priestory a zariadenia z hľadiska ich vplyvu na verejné zdravie, vrátane podmienok, ktoré musia byť splnené pred ich uvedením do prevádzky. Tieto podmienky zahŕňajú splnenie požiadaviek vyplývajúcich najmä z nasledovnej legislatívy:

- **Vyhláška MZ SR č. 553/2007 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o požiadavkách na prevádzku zdravotníckych zariadení z hľadiska ochrany zdravia:** Táto vyhláška ustanovuje podrobnosti o požiadavkách na prevádzku zdravotníckych zariadení (ďalej len „zariadenie“) z hľadiska ochrany zdravia a o opatreniach na predchádzanie nemocničným nákazám. Týka sa v prevažnej miere nemocničných zariadení
- **Nariadenie vlády SR č. 83/2013 Z. z. o ochrane zdravia zamestnancov pred rizikami súvisiacimi s expozíciou biologickým faktorom pri práci:** Toto nariadenie vlády ustanovuje požiadavky na ochranu zdravia a bezpečnosti zamestnancov pred rizikami z expozície biologickým faktorom pri práci a na predchádzanie týmto rizikám pri všetkých činnostiach, pri ktorých zamestnanci sú alebo môžu byť pri práci exponovaní biologickým faktorom. Toto nariadenie vlády sa ďalej vzťahuje aj na činnosti, pri ktorých zamestnanci v zdravotníctve môžu byť poranení ostrými zdravotníckymi predmetmi
- **Nariadenie vlády SR č. 391/2006 Z. z. o minimálnych bezpečnostných a zdravotných požiadavkách na pracovisko:** Toto nariadenie vlády sa vzťahuje na všetky pracoviská v odvetviach výrobnnej sféry a nevýrobnej sféry vrátane zdravotníctva. Na zaistenie bezpečnosti a ochrany zdravia zamestnancov pri práci je zamestnávateľ povinný zabezpečiť pracovisko tak, aby:
 - dopravné cesty k únikovým východom a samotné únikové východy boli trvalo voľné a priechodné,
 - sa vykonávala údržba pracoviska, pracovných prostriedkov a zariadení a aby sa každá zistená porucha, ktorá má vplyv na bezpečnosť a ochranu zdravia zamestnancov, čo najskôr odstránila,
 - pracovisko, pracovné prostriedky a zariadenia sa pravidelne čistili a udržiavali tak, aby zodpovedali primeranej úrovni hygieny,

- bezpečnostné prostriedky a zariadenia určené na prevenciu alebo vylúčenie nebezpečenstiev, sa pravidelne udržiavali a kontrolovali s cieľom zabezpečiť ich funkčnosť.
- **Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 10. septembra 2008 č. 09812/2008- OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno – technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení neskorších predpisov** stanovuje minimálne požiadavky na personálne zabezpečenie a materiálno - technické vybavenie zdravotníckych zariadení ambulantnej zdravotnej starostlivosti a ostatné zdravotnícke zariadenia. Medzi požiadavky na priestory patria napríklad tieto:
 - Ambulantné zariadenia tvoria jednotlivé funkčné priestory, ktoré spolu utvárajú prevádzkovo ucelený celok. Ambulantné zariadenia musia mať zabezpečený bezbariérový vstup a vo svojich priestoroch umožňovať pohyb pre pacientov s obmedzenou schopnosťou pohybu a orientácie vodorovnou komunikáciou, rampou alebo výťahom .
 - Sklad v ambulantných zariadeniach možno nahradiť vhodnými skriňami. Skladovanie materiálov musí byť zabezpečené tak, aby nedošlo ku krížovej kontaminácii čistých materiálov znečistenými materiálmi.
 - V ambulantných zariadeniach sa vyčleňuje vhodný priestor s výlevkou s prívodom studenej pitnej vody a teplej úžitkovej vody na uloženie upratovacích potrieb a dezinfekčných potrieb.
 - Čakáreň z prevádzkového hľadiska priamo nadväzuje na prípravovňu alebo na vyšetrovňu.
 - Ambulancia, v ktorej sa predpokladá epidemicky alebo priebežne zvýšený výskyt infekčných ochorení, nesmie byť súčasne zriadená na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v iných špecializačných odboroch určených pre kategóriu lekárov a musí mať čakáreň neprieichodnú a stavebne oddelenú od ostatných ambulancií. Táto požiadavka sa vzťahuje na všeobecnú ambulanciu pre dospelých, na ambulanciu pre deti a dorast, na infektologickú ambulanciu a pneumologicko-fyziologickú ambulanciu.
 - Ambulantné zariadenie musí mať zabezpečený systém vykurovania. Tepelno - vlhkostná mikroklima a výmena vzduchu vetraním vo vnútorných priestoroch musí spĺňať požiadavky podľa osobitného predpisu.
 - Miestnosti, ktoré nie je možné vetrať prirodzeným spôsobom, musia byť vybavené zariadením zabezpečujúcim dostatočnú výmenu vzduchu. Všetky miestnosti musia mať zabezpečené vyhovujúce denné osvetlenie i umelé osvetlenie podľa osobitného predpisu
 - Výška prevádzkových miestností je 3 m; v prípade, ak to charakter už existujúcej stavby neumožňuje, možno pripustiť nižšiu výšku, najmenej však 2,5 m. Steny miestností sú svetlé a tam, kde je možnosť priameho znečistenia stien pri vyšetrovaní a ošetrovaní pacienta, musí byť umývateľný povrch stien najmenej do výšky 180 cm. Steny chirurgických zákrokových miestností sú po celom obvode vrátane stropu hladké a majú ľahko umývateľný povrch. Podlaha miestností je ľahko umývateľná, dekontaminovateľná, má odolávať umývaniu namokro, chemickým vplyvom a mechanickým vplyvom a nesmie podporovať vznik statickej elektriny. Nábytok a ostatné zariadenia predmety v čakárni a na pracovisku musia mať ľahko umývateľnú a dekontaminovateľnú povrchovú úpravu.

- V ambulancii, prípravovni a zákrokovej miestnosti musí byť zabezpečený oddelený zber nebezpečného odpadu a ostatného odpadu v súlade s osobitným predpisom . Použité ostré pomôcky sa odkladajú do špeciálnych nepriepustných, trvale uzatvárateľných obalov so stenami odolnými proti prepichnutiu. Odpadové nádoby na biologicky kontaminovaný odpad musia byť náležite označené 8) a uzamykateľné alebo umiestnené v uzamykateľnom skladovacom priestore.
- Okná ambulancií, vyšetrovní a zákrových miestností chirurgických smerov musia mať vetracie otvory opatrené sieťkami proti hmyzu.
- Ambulantné zariadenia v ambulancii, vyšetrovni, prípravovni a zákrokovej miestnosti musia mať k dispozícii tečúcu zdravotne bezchybnú studenú pitnú vodu a teplú úžitkovú vodu. Odpadové vody sú odstraňované hygienicky vyhovujúcim spôsobom .
- Toalety musia byť vybavené umývadlom s prívodom studenej pitnej vody a teplej úžitkovej vody. Toalety pre pacientov musia mať dvere otvárateľné smerom von a najmenej jedna záchodová kabína musí byť prístupná pre pacientov s obmedzenou schopnosťou pohybu a orientácie. Toalety pre pacientov ambulancií poskytujúcich zdravotnú starostlivosť v špecializačných odboroch so zvýšeným výskytom infekčných ochorení nesmú byť spoločné pre pacientov ostatných ambulancií.
- V špecializačných odboroch určených pre kategóriu lekár, v ktorých sa vo zvýšenej miere predpokladá infekčný charakter ochorení alebo v ktorých nemožno vylúčiť negatívne ovplyvňovanie zdravia, možno ambulantné zariadenie do objektu umiestniť, len ak je možnosť zriadiť doň osobitný vstup. Na zabránenie šírenia vzdušných nákaz musí byť vetranie priestorov takýchto ambulancií riešené tak, aby sa vzduch z priestorov ambulancií a ich príslušenstva nedostával do ostatných vnútorných priestorov vlastného objektu alebo do susediacich objektov. Posúdenie vhodnosti umiestnenia takéhoto pracoviska do objektov, ktoré súčasne plnia aj iné funkcie, vykonáva príslušný orgán verejného zdravotníctva 10).
- Pracovisko musí mať zriadený vhodne odčlenený, dostatočne odvetraný priestor na občerstvenie a na prezlečenie personálu vybavený umývadlom alebo drezom; tento priestor môže byť spoločný pre viaceré pracoviská.

Toto je len výber z požiadaviek, ktoré musí splniť PZS pri zriaďovaní novej ambulancie. Z praxe je zrejmé, že celý rad starších ambulancií tieto požiadavky v plnom rozsahu nespĺňa – hlavne v starších objektoch.

Proces schvaľovania priestorov zahŕňa :

- podávanie návrhu,
- kontrolu
- vydanie rozhodnutia.

Príslušný regionálny úrad verejného zdravotníctva vydáva rozhodnutie o uvedení priestorov zdravotníckeho zariadenia do prevádzky **na základe žiadosti**, ktorá obsahuje:

- obchodné meno, právnu formu, sídlo, telefonický kontakt alebo emailovú adresu a identifikačné číslo, ak bolo pridelené, ak je žiadateľom právnická osoba; meno, priezvisko, obchodné meno, miesto podnikania, telefonický kontakt alebo emailovú adresu a identifikačné číslo, ak bolo pridelené, ak je žiadateľom fyzická osoba – podnikateľ,

- meno, priezvisko a bydlisko alebo obchodné meno a miesto podnikania, telefonický kontakt alebo emailovú adresu osoby zodpovednej za prevádzkovanie posudzovanej činnosti,
- opisom činnosti, ktorá je predmetom posúdenia. Prílohy tvoria:

Prevádzkový poriadok V prípade chýbajúcej prílohy alebo iných nedostatkov v žiadosti, bude zriaďovateľ o tejto skutočnosti upovedomený obdržaním „Výzvy na odstránenie nedostatkov podania“, s vydaním rozhodnutia o prerušení konania.

Rozhodnutie orgánu verejného zdravotníctva: Detailne opisuje, ako má byť rozhodnutie o schválení alebo zamietnutí návrhu na uvedenie priestorov do prevádzky formálne vydané a oznámené žiadateľovi.

Právoplatnosť a odvolanie: Vymedzuje podmienky, za ktorých stáva sa rozhodnutie orgánu verejného zdravotníctva právoplatným, vrátane lehôt pre prípadné odvolania proti rozhodnutiu.

Ostatné náležitosti potrebné pre vydanie povolenia na prevádzku PZS

- Čestné vyhlásenie, v období dvoch rokov pred podaním žiadosti nemala spoločnosť zrušené povolenie z dôvodov ustanovených v § 19 ods. 1 písm. c) a d) alebo e) zákona č. 578/2004 Z. z. a že údaje uvedené v žiadosti a predložené listiny sú pravdivé.
- Pracovná zmluva medzi poskytovateľom a odborným zástupcom;
- Žiadosť o schválenie ordinačných hodín + ordinačné hodiny (Predkladá sa 2x originál);
- Kópia o úhrade správneho poplatku.

3.1.5 Uzatváranie zmlúv so zdravotnými poisťovňami

Problémy uzatvárania zmlúv so zdravotnými poisťovňami predstavujú jednu z **hlavných bariér pre novozriadené ambulancie na Slovensku** (týka sa hlavne ambulancií ŠAS, kde ZP nemajú povinnosť uzavrieť zmluvu). Táto situácia má korene v štruktúre slovenského zdravotníctva, kde vzhľadom na platnú legislatívu je takmer nemožné podnikáť bez zmluvy so zdravotnou poisťovňou. Zmluvy so zdravotnými poisťovňami sú kľúčové, pretože definujú rozsah, kvalitu a **financovanie poskytovanej zdravotnej starostlivosti**. Fungovanie ambulancie bez zmluvného vzťahu so ZP je reálne možné len v niektorých regiónoch a u niektorých špecializácii z dôvodu, že **pacient nezmluvného PZS si musí okrem platieb za samotné výkony uhrádzať aj všetky súvisiace vyšetrenia (napr. laboratórne, SVALZ) a lieky predpísané nezmluvným lekárom**. Pre pacienta, ktorý si platí zdravotné poistenie je to diskriminačné a z logiky veci by mu mala ZP túto zdravotnú starostlivosť následne refundovať v rozsahu, ako uhradza zmluvným poskytovateľom. Medzi hlavné problémy a výzvy pri dojednávaní nového zmluvného vzťahu so zdravotnými poisťovňami patria:

- **Slabá znalosť obsahu zmlúv:** Mnohí poskytovatelia zdravotnej starostlivosti majú nízke právne vedomie a nevedia posúdiť (resp. ani nedostanú možnosť) obsah zmlúv, čo vedie k neprijemným prekvapeniam, najmä pokiaľ ide o sankčné opatrenia za nesplnenie povinností stanovených v zmluve.
- **Splnenie zákonných podmienok:** Pred podpisom zmluvy s poisťovňou musí poskytovateľ splniť všetky zákonné podmienky na činnosť ambulancie, vrátane získania príslušných licencií a povolení od Slovenskej lekárskej komory, samosprávneho kraja a Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

- **Vzájomná komunikácia a administratíva:** Proces uzatvárania zmlúv je často sprevádzaný byrokratickými prekážkami, vrátane zdĺhavého čakania na schválenie
- **Kritériá a očakávania poisťovní:** Zdravotné poisťovne stanovujú špecifické kritériá a očakávania, napríklad týkajúce sa dostupnosti ambulancie, personálneho a materiálne-technického vybavenia, ktoré môžu byť pre nové ambulancie problémom
- **Prístup k zmluvám:** Prístup k zmluvám so zdravotnými poisťovňami je často obmedzený a konkurenčný, čo znamená, že nové ambulancie majú ťažkosti s uzatváraním výhodných zmlúv, ktoré by im zabezpečili stabilné financovanie a dostupnosť pre pacientov.

Pre riešenie týchto problémov sa ambulantní poskytovatelia združujú do záujmových združení (ako napríklad Zdravita, Združenie ambulantných poskytovateľov a ďalšie) za účelom presadzovania oprávnených spoločenských, ekonomických a odborných záujmov ambulantných PZS (MSP) s možnosťou **prekonať bariéru nedostatku právnej a ekonomickej kvalifikácie** pri rokovaní so Zdravotnými poisťovňami, Sociálnou poisťovňou, Ústredím práce, sociálnych vecí a rodiny prípadne s ďalšími orgánmi verejnej správy.

K problémom uzatvárania zmlúv so zdravotnými poisťovňami pre novozriadené ambulancie prispieva aj **neochota poisťovní uzatvárať nové zmluvy** v situácii, keď je v danom regióne už naplnená sieť poskytovateľov (Nariadenie vlády č.640/2008 o verejnej minimálnej sieti PZS, pričom ide o 16 rokov staré nariadenie). Táto problematika je zložitá, pretože poisťovne môžu tvrdiť, že sieť poskytovateľov je dostatočná, aj keď pacienti často čakajú týždne až mesiace na termín u špecialistu. Tento paradox sa ešte zhoršuje tým, že do siete poskytovateľov zahrňujú poisťovne aj ústavné ambulancie, ktoré majú veľmi obmedzené ordinačné hodiny, niekedy len niekoľko hodín týždenne, alebo ambulancie prevádzkované na čiastočný úväzok.

Tento prístup zdravotných poisťovní vedie k nedostatku dostupnosti odborných služieb pre pacientov, a to aj napriek objektívnej potrebe zvýšenia kapacity poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v určitých regiónoch alebo odbornostiach. Zahŕnutie ambulancií s obmedzenými ordinačnými hodinami do siete poskytovateľov tak skresľuje reálny obraz o dostupnosti zdravotnej starostlivosti a vytvára bariéry pre nových poskytovateľov, ktorí by mohli prispieť k lepšej dostupnosti a skvalitneniu starostlivosti.

3.2 Prevádzkové bariéry

3.2.1 Legislatíva

V období prevádzkovania zariadení PZS väčšina bariér súvisí s platnou legislatívou. V tejto analýze abstrahujeme od legislatívy týkajúcej sa všetkých podnikateľských subjektov v kategórii MSP a budeme sa venovať špeciálne legislatíve v oblasti zdravotníctva.

Pre potreby analýzy sme vybrali 11 zákonov, z ktorých 6 pochádza z reformného roku 2004, ďalšie 2 sa pridali v roku 2011, a po jednom zákone pribudlo v rokoch 2006, 2007 a 2013.

Autori Bárta a Vlachynský – INESS publikovali v roku 2023 publikáciu „Novelizácie v zdravotníctve 2004 – 2022“, v ktorej vyjadrili svoj názor na kvalitu a koncepcnosť legislatívnej činnosti rezortu. Špeciálne sa zamerali na počty novelizácií jednotlivých zákonov za uvedené obdobie.

Graf 35: Počet novelizácií jednotlivých zákonov



Zdroj: Bárta, Vlachynský „Novelizácie v zdravotníctve 2004 – 2022“

Neprekvapivý bol výsledok, že zákonom s najvyšším počtom novelizácií je zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti (578/2004), ktorý bol medzi rokmi 2004 a 2022 novelizovaný až **119-krát**. Zároveň ide aj o najčastejšie novelizovaný zákon s priemernou frekvenciou **6,26 novelizácie za rok** (obr. 14). Paragraf č. 79 tohto zákona definuje vyše 100 požiadaviek, ktoré musia PZS pri prevádzke dodržiavať, aby neboli vystavený sankciám zo strany regulátora. Ak si predstavíme najfrekventovanejšiu podnikateľskú jednotku PZS v rámci MSP – ambulanciu s jedným lekárom a jednou sestrou, tak je skoro nemožné pri tejto frekvencii novelizácií obsiahnuť len povinnosti z tohto jedného zákona.

Za zmienku stojí ešte **Zákon č.153/2013 Z.z.** o národnom zdravotníckom informačnom systéme, ktorý na jednej strane zakladá množstvo povinností týkajúcich sa elektronického zdravotníctva a zberu dát pre registre a štatistiku, na druhej strane ale vytvára možnosti na odbúranie mnohých administratívne náročných aktivít – umožňuje napríklad vedenie elektronickej zdravotnej dokumentácie, ePN, eRecepty.

Podnikateľské subjekty kategórie MSP majú nevýhodu oproti veľkým sieťovým PZS pri práci v takomto nestabilnom a nekonceptnom legislatívnom prostredí, pretože v prevažnej miere nedisponujú adekvátnym administratívnym aparátom, schopným tieto časté zmeny podnikateľského prostredia zapracovať do procesov a niekedy ani netušia, aké všetky povinnosti nedodržujú.

3.2.2 Administratíva

Typický PZS z kategórie MSP je pri prevádzke konfrontovaný existenčnou výzvou – rozdeliť si pracovný čas tak, aby **minimalizoval aktivity administratívneho charakteru** (pri

ktorých prevažne netvorí tržby) a **maximalizoval činnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti**, ktoré mu prinášajú tržby.

Administratívnu záťaž priamo súvisiacu s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (abstrahujeme tu od daňových, účtovných a iných povinností týkajúcich sa aj iných podnikateľov kategórie MSP) môžeme rozdeliť do niekoľkých kategórii:

- **Vedenie zdravotnej dokumentácie** (Zákon 576/2004 Zb. Zákon o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti - paragrafy 19-25),
- **Operatívna administratíva súvisiaca s poskytovaním zdravotnej starostlivosti**,
- **Výstupy vo forme hlásení, výkazov, potvrdení a pod.** (napr. Vyhlášky MZ SR 9/2014, 10/2014, 74/2014 a ich prílohy).

3.2.2.1 Vedenie zdravotnej dokumentácie

Identifikovaná bariéra pri vedení zdravotnej dokumentácie je nemožnosť ju viesť kompletne v elektronickej forme z dôvodu, že nie je implementovaný systém pre elektronické podpisy pacientov. Preto ju väčšina PZS vedie v papierovej forme. Elektronická forma vedenia zdravotnej dokumentácie by znížila potrebný čas na jej vyhotovenie, znížila náklady na jej tlač (v krajnom prípade by sa na požiadanie tlačila kópia pre pacienta) a náklady na jej archiváciu.

Ďalším benefitom pre zdravotnícky systém by bolo rozšírenie zdieľania zdravotnej dokumentácie naprieč poskytovateľmi a možnosť extrakcie údajov z eZdravia pre štatistiku a hlásenia do registrov.

V súčasnosti je forma vedenia zdravotnej dokumentácie upravená podľa § 20 Zákona - vedie sa v elektronickej zdravotnej knižke v národnom zdravotníckom informačnom systéme so zdokonaleným elektronickým podpisom zdravotníckeho pracovníka s výnimkou , ak odseky 2 a 3 neustanovujú inak. Obsahové náležitosti, členenie, rozsah zapisovaných údajov, okruh oprávnených osôb, poskytovanie a sprístupňovanie údajov z elektronickej zdravotnej knižky sú ustanovené v osobitnom predpise.

Zdravotná dokumentácia u poskytovateľa sa vedie v písomnej forme, ak:

- a) tento zákon ustanovuje, že sa vyžaduje písomná forma (§ 6 ods. 5 -Písomná forma informovaného súhlasu pacienta sa vyžaduje v niekoľkých špecifických situáciách)
- b) je nefunkčný informačný systém poskytovateľa alebo je nefunkčný národný zdravotnícky informačný systém, alebo
- c) ide o zdravotné záznamy nad rámec elektronických zdravotných záznamov v elektronickej zdravotnej knižke.

Operatívna administratíva súvisiaca s poskytovaním zdravotnej starostlivosti je ďalšou oblasťou, ktorá vytvára administratívne bariéry pre PZS. Ako príklad môžeme uviesť tieto situácie z praxe:

- **Vypisovanie žiadaniek na vyšetrenia** - patrí medzi časovo najnáročnejšie aktivity, ktoré musia zdravotnícky pracovníci v rámci ordinácie realizovať. Pritom sa jedná o rutinnú činnosť, v rámci ktorej sa zadávajú identifikačné údaje o pacientovi, ktoré sú v systéme už uložené a konkrétna požiadavky na vyšetrenie. Na lokálnej úrovni je táto agenda vyriešená u niektorých poskytovateľov služieb elektronizáciou (napríklad s možnosťou kopírovania historických žiadaniek ..). Systémové riešenie problému je

zaviesť elektronizáciu žiadaniek na národnej úrovni a sprístupniť prostredníctvom eZdravia. (Toto sa už postupne implementuje u laboratórnych žiadaniek)

- **Vytváranie návrhov na kúpeľnú liečbu** – špecifikom tejto agendy je, že komunikácia prebieha medzi indikujúcim lekárom a zdravotnou poisťovňou. Návrh na kúpeľnú liečbu pozostáva zo samotného návrhu a požadovaných príloh podľa konkrétnej diagnózy. ZP poisťovne máme tri a výsledok je nasledovný:
 - Prvá zdravotná poisťovňa má elektronickú podateľňu – vytvorenie návrhu trvá cca 5 min a prílohy k návrhu si zabezpečí pacient.
 - Druhá zdravotná poisťovňa má tiež elektronickú podateľňu ale vyžaduje od lekára kompletizáciu príloh v elektronickej forme – vytvorenie návrhu trvá niekedy aj desiatky minút (treba komunikovať s pacientom, aby doručil všetky potrebné prílohy resp. komunikovať s iným PZS).
 - Tretia zdravotná poisťovňa nemá funkcionálnu elektronickej podateľne na tieto návrhy, treba všetko napísať, vytlačiť a doručiť do ZP.

Tento výkon je ocenený sumou cca 5,-EUR. V tomto prípade by bolo potrebné zo strany regulátora vyriešiť celý proces a tlačíť na jeho plnú elektronizáciu.

-Získavanie súhlasov revíznych lekárov ZP na niektoré lieky a zdravotnícke pomôcky

Proces žiadosti o súhlas na preskripciu niektorých liekov alebo zdravotníckych pomôcok zahŕňa vyplnenie a zaslanie špecifických tlačív poskytovateľom zdravotnej starostlivosti do ZP. Tieto tlačivá sa týkajú žiadostí o úhradu liekov a zdravotníckych pomôcok, uvedených v kategorizačných zoznamoch pri nesplnení určitých indikačných alebo preskripčných obmedzení alebo majú v popise uvedené, že sa u nich vyžaduje súhlas revízneho lekára. Jedná sa napr. o lieky na biologickú liečbu alebo špecifické zdravotné pomôcky. Žiadosť vyžaduje veľmi pedantnú prácu lekára, pretože indikačné obmedzenia obsahujú presné kritériá, ktoré musia byť splnené. Túto žiadosť treba opakovať každých 6 mesiacov, čo u lekára, ktorý má takýchto pacientov desiatky vytvára veľký tlak z titulu zodpovednosti za ich kontinuálnu liečbu.

Toto je len niekoľko ilustračných prípadov, ktorých riešením by bolo prepracovať a optimalizovať celý proces a následne ho elektronizovať. Poskytovateľom zdravotnej starostlivosti by to umožnilo venovať viac z pracovného času pacientom.

3.2.2.2 Výstupy vo forme hlásení, výkazov, potvrdení

Z viacerých vyhlášok MZ SR a ich príloh, ale aj z ďalšej legislatívy (napr. rezortu MPaSV SR), vyplýva množstvo ďalších administratívnych povinností pre PZS. Jedná sa o štatistické výkazy, hlásenia, potvrdenia, výpisy a podobné pre NCZI, RÚVZ, Sociálnu poisťovňu, ŠÚKL, UPSVaR, VÚC, ZP a v neposlednom rade pre pacientov. Tieto povinnosti sa postupne v čase rozširovali a počet výstupov narastal.

Po roku 2021 MZ SR začalo robiť prvé aktivity na zníženie administratívnej záťaže ambulantných poskytovateľov a vykonalo so zástupcami ambulantného sektora audit byrokratickej záťaže zameraný na zmapovanie súčasných administratívnych povinností ambulantných poskytovateľov. Audit mapoval len administratívnu záťaž, ktorú poskytovateľ musí zniesť z titulu poskytovania zdravotnej starostlivosti. (nie povinnosti týkajúce sa každého podnikateľa).

Výsledkom auditu bolo identifikácia 66 administratívnych úkonov typu: hlásenie, potvrdenia, výpisy, vykazovania a iné, z ktorých sa podarilo jedno zrušiť (Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti do tábora, školy v prírode, športovej činnosti) a jedno čiastočne zrušiť (Potvrdenie o dočasnom vyradení z kolektívneho zariadenia (ospravedlnenia)). V tabuľke č. 27 uvádzame výsledok auditu administratívnych úkonov:

Tabuľka 27: Zoznam administratívnych úkonov

Typ ZS	Druh činnosti	Názov administratívnej činnosti
Pre NCZI		
VAS/ŠAS	vykazovanie	Ročný výkaz o činnosti ambulancie
VAS/ŠAS	vykazovanie	Ročný výkaz o ekonomike organizácií v zdravotníctve
VAS/ŠAS	vykazovanie	Ročný výkaz o počte a štruktúre pracovníkov v zdravotníctve
VAS/ŠAS	vykazovanie	Ročný výkaz o zdravotníckej technike
VAS/ŠAS	vykazovanie	Ročný výkaz o cezhraničnej zdravotnej starostlivosti
VAS/ŠAS	hlásenia	Prehľad o spotrebe vakcín proti COVID-19 a zdrav. materiálu
VLDD	hlásenia	Hlásenie údajov do národného registra pacientov s vrozenou chybou
VAS	hlásenia	Hlásenie do národného registra osôb s podozrením na ich zanedbávanie, týranie, zneužívanie a osôb, na ktorých bolo páchané násilie
VAS	hlásenia	Hlásenie príčin a okolností úmyselného sebapoškodzovania
VLDD	iné	e-oznámenie o uzatvorení dohody o poskytovaní ZS novorodenca
Pre pacientov		
VAS	vystavenia/výpisy	Delegovaná preskripcia
VAS	vystavenia/výpisy	Vystavenie zdravotného preukazu (vyžaduje vyšetrenie)
VAS/ŠAS	vystavenia/výpisy	Vystavenie oznámenia o poistnej udalosti pre komerčné poisťovne
VAS	vystavenia/výpisy	Výpis a odosielanie zdravotnej dokumentácie na žiadosť pacienta
VLDD	potvrdenia	Potvrdenie o diétnych obmedzeniach
VLDD	potvrdenia	Potvrdenie o dočasnom vyradení z kolektívneho zariadenia (ospravedlnenia)
VLDD	potvrdenia	Potvrdenie o oslobodení od telesnej výchovy
VLDD	potvrdenia	Potvrdenie o nutnosti výuky len v dĺžke 20 h týždenne pre ŤZP školopovinné dieťa
VAS	potvrdenia	Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti vstupu do predškolského a školského zariadenia (jasle, MŠ, ZŠ, SŠ, VŠ)
VAS/ŠAS	potvrdenia	Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti k štúdiu na športovej škole, prijímacie konanie - fyzická zdatnosť (policaanti, vojaci)
VAS	potvrdenia	Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti pred štúdiom v zahraničí alebo prácou v zahraničí (vyžaduje vyšetrenie)
VLDD	potvrdenia	Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti do tábora, školy v prírode, športovej činnosti
VAS/ŠAS	potvrdenia	Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti na prácu vo výškach, obsluhu vysokozdvížného vozíka, zváranie (vyžaduje vyšetrenie)
VAS/ŠAS	potvrdenia	Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti na výkon práce (vstupná PP, výstupná PP)
VAS/ŠAS	potvrdenia	Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti na vedenie motorového vozidla (vyžaduje vyšetrenie)
VAS/ŠAS	potvrdenia	Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti na držanie, nosenie strelnej zbrane, zbrojného pasu (vyžaduje vyšetrenie)

VAS	potvrdenia	Potvrdenie registračného preukazu tréningového programu, na internát, brigádu
ŠAS	vystavenia/výpisy	Výpis zo zdravotnej dokumentácie ku chorobám z povolania
Pre iných poskytovateľov		
VAS	iné	Prijímanie zdravotnej dokumentácie od iného poskytovateľa (pošta)
VAS	iné	Odosielanie zdravotnej dokumentácie inému poskytovateľovi (odstúpenie od dohody, odoslanie, pošta)
Pre RÚVZ		
VAS/ŠAS	hlásenia	Hlásenie do centrálného registra prenosných ochorení (týždenné hlásenie ARI)
VAS	hlásenia	Hlásenie prenosných ochorení
VAS	hlásenia	Hlásenie údajov o výkone očkovania
VAS	hlásenia	Hlásenie o odmietnutí očkovania
Pre Sociálnu poisťovňu		
VAS	hlásenia	Hlásenie pracovných úrazov
VAS	vystavenia/výpisy	Vystavenie PN (papierová)
VAS	vystavenia/výpisy	Vystavenie ePN
VAS	vystavenia/výpisy	Vystavenie TDPN (papierová)
VAS	vykazovanie	Mesačné vykazovanie - OČR
VAS	vystavenia/výpisy	Vystavenie OČR
VAS	iné	Posudková činnosť na mieste
Pre štátnu správu		
VAS/ŠAS	vystavenia/výpisy	Vystavenie posudku pre potreby súdu, občiansko-právne, trestno-právne a správne konanie
VAS/ŠAS	vystavenia/výpisy	Vystavenie tlačiva pre policajný zbor (vyžaduje vyšetrenie)
Pre ŠUKL		
VAS/ŠAS	hlásenia	Hlásenie nežiadúcich účinkov liekov
Pre UPSVaR		
VAS	vystavenia/výpisy	Lekársky nález na účely štátnych sociálnych dávok, predĺženia rodičovského príspevku
Pre VÚC		
VAS	hlásenia	Nahlasovanie zmien v úväzkoch v ambulancii
VAS/ŠAS	hlásenia	Nahlasovanie neprítomnosti v ambulancii
VAS/ŠAS	hlásenia	Nahlasovanie zmien ordinačných hodín
VAS/ŠAS	hlásenia	Nahlasovanie zmien cenníka
Pre zdravotné poisťovne		
VAS/ŠAS	vykazovanie	Mesačná uzávierka - príprava a odoslanie dávok do zdravotných poisťovní
VAS/ŠAS	vykazovanie	Opravné dávky a faktúra
VAS/ŠAS	vykazovanie	Mesačné vykazovanie údajov o EU poistencoch, UA poistencoch a ich akútnych ošetrovaniach
VAS/ŠAS	hlásenia	Nahlasovanie zmien OH a úväzkov (povinnosť vyplývajúca zo zmluvy so ZP)
VAS/ŠAS	vystavenia/výpisy	Vystavenie návrhu na kúpeľnú liečbu (vyžaduje vyšetrenie) - papierovo

VAS/ŠAS	vystavenia/výpisy	Vystavenie návrhu na kúpeľnú liečbu (vyžaduje vyšetrenie) - elektronicky
Vyplyvajúce z legislatívy		
VAS/ŠAS	iné	Interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta
VAS/ŠAS	iné	Činnosti spojené so zabezpečením metrologických skúšok povinných prístrojov v ambulancii

Zdroj: MZ SR – Audit administratívnej záťaže ambulantného PZS

Z pohľadu administratívnej náročnosti by sa viacero týchto výkazov a hlásení dalo postupne nahradiť spracovaním z údajov, ktoré NCZI zbiera od zdravotných poisťovní alebo cez systém eZdravie. Niektoré výkazy by sa dali výrazne zjednodušiť, ak by sa netrvalo na ich každoročnom vystavovaní aj v prípade, že nenastala v údajoch medziročne žiadna zmena. (napríklad „Ročný výkaz o počte a štruktúre pracovníkov v zdravotníctve“ alebo „Ročný výkaz o zdravotníckej technike“).

Čo sa týka hlásení - postupným zavádzaním služieb eZdravia sa dajú niektoré agendy elektronizovať ako napríklad agenda OČR, TDPN (riešiť ako ePN).

Pozitívnu správou je, že zdravotné poisťovne postupne elektronizujú svoje agendy a prechádzajú na bezpapierovú agendu.

3.3 Financovanie a ekonomické podmienky ambulancií

Systém financovania zdravotníctva na Slovensku je založený predovšetkým na povinnom zdravotnom poistení, kde zdravotné poisťovne hrajú kľúčovú úlohu v redistribúcii finančných prostriedkov medzi poisťencami a poskytovateľmi zdravotníckych služieb.

Pri hodnotení ekonomických podmienok podnikania subjektov kategórie MSP v zdravotníctve je treba vychádzať prioritne z faktu, že boli vytvorené za účelom poskytovania zdravotnej starostlivosti. Ak tento fakt akceptujeme a zároveň vychádzame z predpokladu, že platí článok č. 40 Ústavy Slovenskej republiky – ktorý hovorí, že na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon, tak musíme hodnotiť podnikateľské prostredie z pohľadu oprávnených nákladov na jednotlivé zdravotné výkony, primeranej marže a úhrady ZP za tieto plnenia.

Pre hodnotenie podmienok v ambulantnom sektore je rozhodujúci **Zoznam zdravotných výkonov**, (Nariadenie vlády Slovenskej republiky, ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov č. 776/2004 Z. z.), ktorý nebol systémovo aktualizovaný od svojho zverejnenia v roku 2009. Úhradový systém na Slovensku funguje na princípe úhrady za jednotlivé zdravotné výkony, ktoré sú definované v zozname zdravotných výkonov s pridelenými bodovými hodnotami. Každý zdravotný výkon má pridelený určitý počet bodov, pričom hodnota jedného bodu je definovaná dohodou medzi zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Legislatívnym základom pre úhradový systém je zákon č. 577/2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Tento zákon spolu s ďalšími príslušnými predpismi a vyhláškami určuje pravidlá pre financovanie zdravotnej starostlivosti, vymedzuje základný balíček zdravotných služieb hradených z verejného poistenia a stanovuje pravidlá pre spoluúčasť pacientov na niektorých službách.

Výkony sa postupne pridávali, ale v kompetencii jednotlivých ZP. Zoznam výkonov sa valorizoval plošne, alebo keď si nejaká strana vyrokovala zvýšenie nejakého výkonu. Do roku

2023 sa teda používal zoznam výkonov, kde ceny za výkony nereflektovali ich reálnu nákladovosť

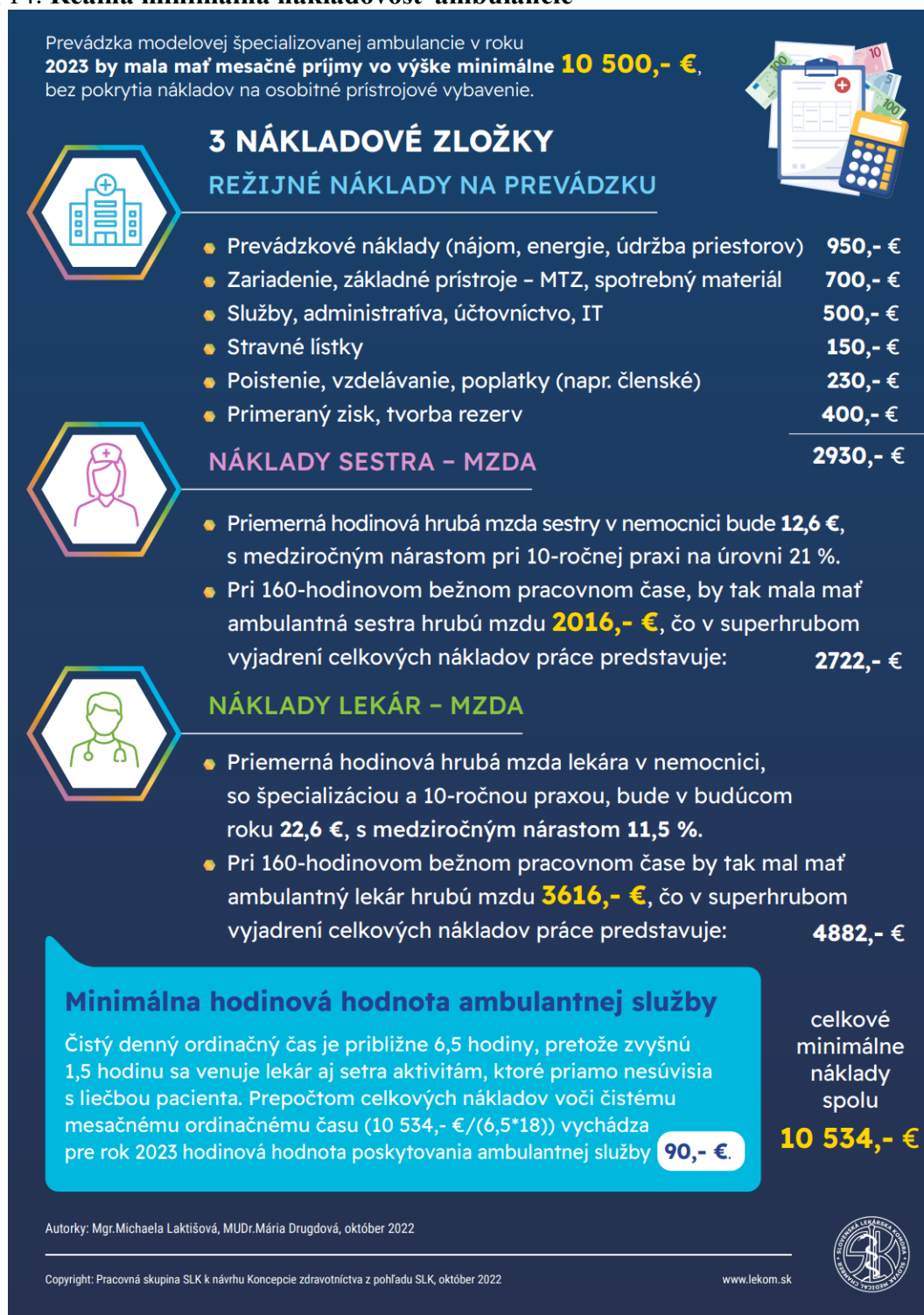
Podmienky úhrad za realizované výkony sa dohadujú medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a zdravotnými poisťovňami prostredníctvom zmlúv. Výška úhrad však málokedy zohľadňuje reálne náklady. To vedie ku skrytému či otvorenému dlhu ambulancií a ostatných poskytovateľov ZS. Výkony zdravotnej starostlivosti realizované v ústavnej zdravotnej starostlivosti – pacient na lôžku nemocnice – by sa mali uhrádzať na základe klasifikačného systému – tzv. DRG, ktorý po rokoch zavedenia stále na Slovensku nie je funkčný pri určení reálnych platieb pre nemocnice a nezohľadňuje skutočne vynaložené náklady. Výkony ambulancií sa v súčasnosti hradia podľa tzv. bodovníka, ktorý už dávno taktiež nezohľadňuje skutočnú cenu nákladov. Uvedené prispieva k nízkej atraktivite ambulantnej sféry a jej postupujúcemu rozpadu.

3.3.1 Ilustrácia konkrétneho prípadu kalkulácie vzorovej ambulancie PaF (SLK Aktuality: SLK (lekom.sk)

„Slovenská lekárska komora rozbehla v spolupráci s analytikmi projekt, ktorý na základe údajov z aktualizovaného Katalógu výkonov vypracovaného na Ministerstve zdravotníctva SR, v spolupráci s odbornými lekáorskými spoločnosťami, vypracovala nacenenie ambulantných výkonov na základe skutočných minimálnych nákladov a cien (rok 2022).“

Základom nacenenia bol výpočet minimálnej finančnej potreby na zabezpečenie základnej prevádzky modelovej ambulancie – len so základným personálnym a základným materiálo-technickým vybavením, bez ďalšieho potrebného špeciálneho prístrojového vybavenia. Základná minimálna cena na prevádzku ambulancie a zabezpečenie jej chodu v súčasnosti bola vyrátaná na sumu 10 500 € mesačne (Obrázok 14), čo predstavuje minimálne 90 eur na hodinu činnosti ambulancie. Suma 90 eur na hodinu nezahŕňa náklady na špeciálne prístrojové vybavenie a jeho používanie, ktoré sa líši podľa typu ambulancie, a preto je to potrebné vypočítat' osobitne pre každý typ ambulancie“.

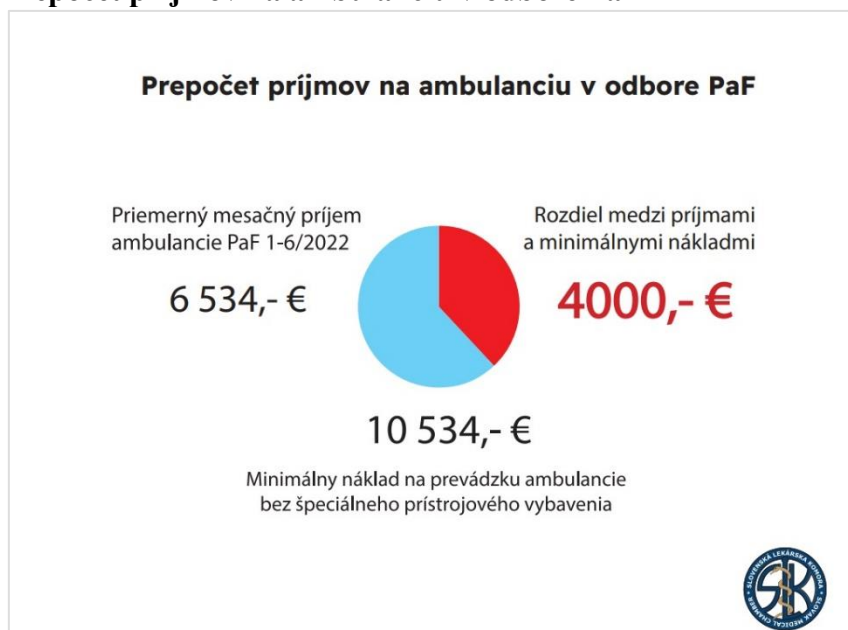
Obrázok 14: Reálna minimálna nákladovosť ambulancie



Zdroj: Elektronické materiály: webová stránka. – www.lekom.sk

Následne SLK zisťovala reálne príjmy v tomto type ambulancie za obdobie 1 polroka 2022. Rozdiel medzi reálnymi príjmami a kalkuláciou činil 4.000 EUR mesačne (obr.15).

Obrázok 15: **Prepočet príjmov na ambulanciu v odbore PaF**



Zdroj: Elektronické materiály: webová stránka. – www.lekom.sk

Ďalším krokom bolo, že SLK spolu so zástupcami odbornej spoločnosti podrobne prekontrolovala nový zoznam výkonov a na základe času práce lekára a sestry, nákladov na ambulanciu a variabilných zložiek sa vypočítali minimálne ceny každého z výkonov. Rozdiely oproti súčasným platbám, na ktorých nedostatočnosť poukázal aj Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, boli v niektorých prípadoch až trojnásobné.

3.3.1.1 Metodika kalkulácie ceny zdravotného výkonu obecné (príklad ambulancia PaF):

Ceny zdravotných výkonov sa kalkulujú z **troch základných nákladových skupín**:

Cena práce – vychádzame z predpokladu, že minimálnym štandardom každej ambulancie sú lekár a sestra. Pre nacenenie každého zdravotného výkonu potrebujeme získať hodnotu ceny práce na 1 min za lekára a za zdravotnú sestru. Výpočet na rok 2023 je nasledovný a je postavený na tarifách platných pre nemocničných lekárov a sestry:

Tabuľka 28: **Výpočet ordinačných minút na mesiac**

Ordinačný čas	
Čistý denný ordinačný čas/hod	6,5
Počet víkendov, dovolení, sviatkov, PN/rok	149
Priemerný počet pracovných dní/mesiac	18
Spolu ordinačných minút/mesiac	7020

Výpočet minútovej ceny práce - lekár

Cena práce lekár 2023 - základná zložka mzdy 29r praxe, zákon

Priemerná hodinová hrubá mzda lekára v nemocnici	€	24,4
Hrubá mzda plný úväzok, ambulantný lekár	€	3 905
Čistá mzda plný úväzok, ambulantný lekár	€	2 603

Superhrubá mzda plný úväzok, ambulantný lekár	€	5 252
Minútová superhrubá cena práce lekára	€	0,75

Výpočet minútovej ceny práce - sestra

Cena práce sestra 2023

Priemerná hodinová hrubá mzda sestry v nemocnici	€	12,61
Hrubá mzda plný úväzok, ambulantná sestra	€	2 017
Čistá mzda plný úväzok, ambulantná sestra	€	1 345
Superhrubá mzda plný úväzok, ambulantná sestra	€	2 713
Minútová superhrubá cena práce sestry	€	0,39

Zdroj: Vlastné spracovanie z podkladov odbornej skupiny Slovenskej pneumologickej a ftizeologickej spoločnosti

Réžia – vychádzame z položiek obvykle sa vyskytujúcich v ambulanciách PaF. Pre nacenenie každého zdravotného výkonu potrebujeme získať cenu réžie na 1 min práce lekára a sestry. Jedná sa o nasledovné skupiny režijných nákladov:

- Náklady na prevádzku – nájom, energie, odpad
- Informačno – komunikačné technológie – SW, HW, internet, telefóny, spotrebný materiál
- Služby – nakupované služby nevyhnutné pre zabezpečenie prevádzky
- Základné vybavenie ambulancie podľa štandardov pre ambulanciu
- Základné medicínske prístroje
- Osobné ochranné pomôcky
- Členské príspevky a vzdelávanie

Tabuľka 29: Príklad za typovú ambulanciu PaF

Mesačné režijné náklady spolu		3 024,72 €
Spolu ordinačných minút/mesiac		7020
Minútová hodnota réžie - polovičná		0,22 €
Kategória položky	Položky	Cena/ mesiac
IKT	Antivírusový program	7,6 €
IKT	Diagnostický monitor na hodnotenie RTG	25,0 €
IKT	Internet	27,8 €
IKT	IT servis	75,0 €
IKT	Licencia -ambulantný lekársky software	51,8 €
IKT	MS Office	12,6 €
IKT	Počítač s tlačiarňou a príslušenstvom (2x)	25,0 €
IKT	Telefón	15,0 €
IKT	Telefónne spojenie (2x)	80,0 €
IKT	Toner	40,0 €
Kvalifikácia	Členské príspevky- ERS	14,2 €
Kvalifikácia	Členské príspevky-ASL SR	9,2 €

Kvalifikácia	Členské príspevky-Lekárska komora	12,6 €
Kvalifikácia	Členské príspevky-Slovenská lekárska spoločnosť	3,1 €
Kvalifikácia	Kreditové vzdelávanie lekár	30,8 €
Kvalifikácia	Kreditové vzdelávanie sestra	27,5 €
Kvalifikácia	Odborná literatúra	20,0 €
Medicínske príst.	Bezdotykový teplomer	3,2 €
Medicínske príst.	Centrifúga	5,0 €
Medicínske príst.	Fonendoskop	11,5 €
Medicínske príst.	Infúzny stojan	2,9 €
Medicínske príst.	Lekárska váha	3,3 €
Medicínske príst.	Odsávačka klasická	33,3 €
Medicínske príst.	Pulzný oxymeter	0,9 €
Medicínske príst.	Resuscitačný set	11,1 €
Medicínske príst.	Tlakomer	2,4 €
Medicínske príst.	Výškomer	1,5 €
OOP	Ochranné pomôcky	15,0 €
OOP	Pracovné odevy - lekár	5,0 €
OOP	Pracovné odevy - sestra	5,0 €
Prevádzka	Archivácia dokumentov	56,0 €
Prevádzka	Biologický odpad	32,5 €
Prevádzka	Elektrina	150,0 €
Prevádzka	Plyn, kúrenie	100,0 €
Prevádzka	Prenájom priestorov	500,0 €
Prevádzka	Stravné lístky	129,5 €
Prevádzka	Voda	50,0 €
Rezerva	Manažment ambulancie + rezerva	400,0 €
Služby	Bankové poplatky	12,0 €
Služby	Bezpečnostný technik	10,4 €
Služby	Certifikáty na elektrické zariadenia	14,2 €
Služby	Dezinfekcia plôch	35,0 €
Služby	Hygienické maľovanie	30,0 €
Služby	Marketing, náklady na reklamu, web stránku a pod	15,0 €
Služby	Opravy a údržby (voda, elektrina)	20,0 €
Služby	Poistenie majetku ambulancie	25,0 €
Služby	Poistenie za škody spôsobené výkonom činnosti	25,0 €
Služby	Poštovné	15,0 €
Služby	Pranie pracovných odevov a ambulantného prádla	50,0 €
Služby	Právne služby	35,0 €
Služby	Účtovné služby, personalistika	200,0 €
Služby	Upratovanie	150,0 €
Vybavenie	Administratívne potreby	28,8 €
Vybavenie	Chladnička	10,0 €
Vybavenie	Čistiace prostriedky	21,4 €
Vybavenie	Germicídny žiarič	8,9 €
Vybavenie	Hygiena rúk	25,0 €
Vybavenie	Inštrumentálny stolík	7,0 €

Vybavenie	Kancelárske stoly	15,8 €
Vybavenie	Kovové skrine	10,0 €
Vybavenie	Kreslo na odber krvi	3,8 €
Vybavenie	Kyslíková fľaša + redukčný ventil	9,6 €
Vybavenie	Lekárska taška	2,6 €
Vybavenie	Lieky - proti šoková skrinka	5,0 €
Vybavenie	Odpadový kôš	4,9 €
Vybavenie	Paraván	2,4 €
Vybavenie	Plastová lavica do čakárni ISO	7,1 €
Vybavenie	Plastové poháre na vodu	5,0 €
Vybavenie	Registračné skrine	21,2 €
Vybavenie	Šatňová skriňa	6,9 €
Vybavenie	Schodíky pre pacienta	5,2 €
Vybavenie	Skriňa na lieky	6,3 €
Vybavenie	Špeciálny zdravotnícky materiál	15,0 €
Vybavenie	Stoličky	6,7 €
Vybavenie	Vyšetrovacie lôžko	7,8 €

Zdroj: Vlastné spracovanie z podkladov odbornej skupiny Slovenskej pneumologickej a ftizeologickej spoločnosti

Špeciálny SW a špeciálne zdravotnícke prístroje - jedná sa o SW a prístroje, ktoré nie sú súčasťou štandardného vybavenia ambulancie v zmysle legislatívy. Počíta sa u nich optimálna hodnota 1min prevádzky, ktorá sa následne kalkuluje do ceny výkonu (ktorý vyžaduje použitie takéhoto prístroja). Ceny prístrojov pre ambulanciu PaF sa pohybujú prevažne v intervale od 800,-EUR do cca 75.000,- EUR. Pri výpočte minútovej ceny prístroja sa berú do úvahy:

- Životnosť v rokoch
- Počet hodín aktívne využiteľných za deň
- Počet použití počas životnosti

Pokiaľ sú vykalkulované minútové ceny práce, minútové ceny réžie a minútové ceny špeciálnych prístrojov je možné pristúpiť ku kalkulácii cien samotných výkonov.

Pri kalkulácii ceny výkonu sa berú do úvahy nasledovné položky:

- Nositeľ výkonu – môže byť len lekár, len sestra, lekár aj sestra
- Použitý špeciálny SW alebo prístroj
- Použité liečivá
- Použitý špeciálny zdravotnícky materiál
- Použitý iný materiál
- Trvanie výkonu celkom
- Čas práce lekára
- Čas práce sestry
- Réžia

Každá položka je ocenená buď absolútnou cenou alebo minútovou hodnotou, podľa stanovenej dĺžky trvania zdravotného výkonu. Pre logickú kontrolu správnosti výpočtov sa používajú dostupné kontrolné údaje z inej krajiny (napr. ČR)

Z logiky kalkulácie je zrejmé, že dôležitým kalkulačným faktorom je čas trvania zdravotného výkonu. Tento údaj kalkulujú príslušné odborné spoločnosti a je oponovaný zo strany MZ SR, ZP a porovnávaný s údajmi zo zahraničia. Ostatné vstupy do kalkulácie sú predmetom detailných vyjednávaní zainteresovaných strán.

Takto vypočítané ceny zdravotných výkonov majú byť základom pre férové podnikateľské podmienky pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Realita dnes vyzerá napríklad takto:

Výkon 11A01033 - Komplexné vyšetrenie pneumoftizeologické

Kalkulovaná cena37,- až 38,50 EUR

Súčasná cena14,- EUR s odchýlkami podľa konkrétnej situácie a ZP

Výkon 11A02060 - Cílené vyšetrenie pneumoftizeologické

Kalkulovaná cena23,- až 24,- EUR

Súčasná cena9,50- EUR s odchýlkami podľa konkrétnej situácie a ZP

Výkon 11A03044 - Kontrolné vyšetrenie pneumoftizeologické

Kalkulovaná cena20,- až 21,- EUR

Súčasná cena7,- EUR s odchýlkami podľa konkrétnej situácie a ZP

Aj na základe tejto kalkulácie je jasné, že v takomto ekonomickom móde nemôže fungovať žiadny podnikateľský subjekt. Poskytovatelia teda logicky hľadajú alternatívne zdroje financovania, medzi ktoré patria poplatky vyberané od pacientov za nadštandardné služby (alebo aj iné na hranici legality), účasti na klinických štúdiách (len minorita PZS), prednášková činnosť a ďalšie, čo reálne znižuje čas pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

Objektívne však treba konštatovať, že vzorový príklad ambulancie PaF bol vybratý z dôvodu, že patrí medzi najhoršie ocenené špecializácie PZS. Existujú aj špecializácie, ktoré sú na tom ekonomicky lepšie.

Ďalším problémom, ktorý aktuálne evidujeme pri financovaní zdravotníckeho sektora je „Úhradová vyhláška MZ SR“, ktorá berie ZP manévrovací priestor na redistribúciu zdrojov z poistného medzi sektormi PZS tak, že stanovuje objemy prostriedkov pre jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti.

Dôsledkom tohto prístupu k financovaniu zdravotníctva je postupné znižovanie dostupnosti zdravotnej starostlivosti v duchu ústavy SR (bezplatného) a pružného prispôsobovanie sa PZS hľadaním alternatívnych príjmov z iných zdrojov ako zo zdravotného poistenia.

Fakt, že ekonomika PZS nie je postavená na reálnom ocenení poskytovaných zdravotných výkonov s pravidelným každoročným prehodnocovaním alebo naviazaním

na infláciu je jednou z najväčších bariér v podnikaní MSP (najmä ambulantného typu) v zdravotníctve.

4 KVALITATÍVNY PRIESKUM

V rámci analýzy bol vykonaný kvalitatívny prieskum medzi PZS na tému vnímania bariér podnikania v zdravotníctve. Oslovených bolo 25 potenciálnych respondentov a súhlas a aktívny prístup k prieskumu prejavilo 19 respondentov.

Cieľom prieskumu bolo overiť, či analýza bariér zachytila majoritu problémov s ktorými sa MSP pri podnikaní v zdravotníctve stretávajú a či ich dopad bol správne interpretovaný.

4.1 METODIKA

Kvalitatívny prieskum vnímania regulačnej záťaže na podnikanie v komunite poskytovateľov zdravotnej starostlivosti bol realizovaný formou rozhovorov a pozorovaní použitím nasledovného metodiky:

Definícia výskumných cieľov:

Potvrdiť resp. modifikovať predpoklady – čo sú reálne bariéry podnikania MSP v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti z pohľadu vnímania vybraných respondentov, stanoviť poradie ich relevancie.

Výber výskumnej metódy:

Vzhľadom na výskumné ciele bola zvolená metóda hĺbkového rozhovoru.

Návrh výskumného nástroja:

Na vedenie rozhovorov sme pripravili sadu otázok, ktorá bola v potrebnej miere otvorená a umožňovala hĺbkové odpovede. Zároveň umožňovali otázky respondentom uviesť aj širší pohľad na problematiku bariér a rozšíriť pohľad na tému o ďalšie aspekty.

Otázky boli spracované v písomnej forme a umožnili respondentom absolvovať prieskum tromi spôsobmi:

- rozhovor s anketárom – vyhotovený zvukový záznam;
- individuálne vyhotovenie zvukového záznamu respondentom v audio formáte;
- vyhotovenie písomnej odpovede na zaslané otázky ;

Pre každého respondenta bol vytvorený dátový priečinok, v ktorom sú uložené originálne vstupy;

- pre zvukové záznamy bola vykonaná transkripčia pomocou softwarového nástroja Microsoft Word .

Pre analýzu textových záznamov rozhovorov s respondentmi sme si vybrali softwarový nástroj Mind Manager z niekoľkých dôležitých dôvodov:

- Jeho aplikácia umožňuje efektívne organizovať, vizualizovať a analyzovať kvalitatívne dáta, čo je kľúčové pre identifikáciu a pochopenie komplexných vzorcov a trendov v rámci získaných informácií.
- Umožňuje štruktúrálnu flexibilitu – Mind Manager poskytuje intuitívnu platformu pre štruktúrované rozdelenie a organizáciu dát. Vďaka možnosti vytvárať vizuálne mapy, je možné jednoducho kategorizovať odpovede respondentov podľa relevantných tém a pod tém, čo zjednodušuje následnú analýzu a interpretáciu dát.

- Umožňuje vizualizácia dát – prehľadné grafické znázornenie vzťahov medzi jednotlivými témami a pod témami, čo pomáha lepšie pochopiť komplexné vzťahy a dynamiku skúmaného fenoménu. Vizualizácia je kľúčová pre identifikáciu vzorcov, trendov a potenciálnych medzier v dátach.

Výber vzorky:

Pri výbere vzorky sme rešpektovali nasledovné kritériá:

- **regionálny pohľad** – veľkosť aglomerácie, rozvinutosť regiónu (napr. téma zmluvných vzťahov so zdravotnými poisťovňami resp. téma poplatkov v zdravotníctve je bytostne závislá na ekonomickej situácii obyvateľstva v danom regióne). Teritoriálne boli pokryté regióny všetkých VÚC
- **segment poskytovateľa zdravotnej starostlivosti:**
 - o ambulantný sektor
 - o malá poliklinika
 - o lekárne
 - o Svalz zariadenie
 - o kúpeľníctvo a FBLR
- **v rámci ambulantného sektora, ktorý je vo výskume dominantný**
 - o Všeobecní lekári pre dospelých (VLD) a pre deti a dorast (VLDD)
 - o Ambulantní špecialisti –
- **zástupcu záujmového združenia ambulantných poskytovateľov** – z dôvodu, že komunikuje a pomáha riešiť praktické problémy viac ako 2300 MSP podnikateľským subjektom na dennej báze
- **právnik, špecializujúci sa na zdravotnícky sektor** – odborný pohľad na legislatívu
- **novinár zdravotníckeho portálu**

Oslovených bolo spolu 25 respondentov, ktorí boli v prvej fáze po vytipovaní oslovení a bol im sprostredkovaný účel výskumu. Následne obdržali dokument, v ktorom bolo tieto informácie zosumarizované písomnou formou s príslušným poučením a garanciou anonymity a ochrany osobných údajov. Do prieskumu sa aktívne zapojilo 19 subjektov, 6 oslovených subjektov účasť odmietlo.

Tabuľka 30: Respondenti zapojení do prieskumu

Resp.	Pr. Forma	Región	Sektor	Počet zam.	Veľkosť
1	s.r.o	Prešov	Farmácia	10-49	Malý podnik
2	Družstvo	BA	Poliklinika	5-9	Mikro podnik
3	s.r.o.	BA	Alergológia	1-4	Mikro podnik
4	s.r.o.	TT	Alergológia	1-4	Mikro podnik
5	s.r.o.	ZA	Pediatrické gastrológia	1-4	Mikro podnik
6	s.r.o.	BB	Pediatrická neurológia	1-4	Mikro podnik
7	s.r.o	TN	FBLR	5-9	Mikro podnik
8	s.r.o.	NR	SVALZ	50-99	Stredný podnik
8	s.r.o.	TN	Chirurgia	5-9	Mikro podnik
9	s.r.o	NR	Neurologia	5-9	Mikro podnik
10	s.r.o.	BA	Pneumologia	1-4	Mikro podnik
11	s.r.o.	BA	Psychiatria	1-4	Mikro podnik
12	s.r.o.	TN	Urologia	10-49	Malý podnik
13	s.r.o.	BA	VLD	5-9	Mikro podnik
14	s.r.o.	BA	VLDD	1-4	Mikro podnik
15	a.s	ZA	Kúpeľníctvo	150-199	Stredný podnik
16	s.r.o.	BB	Farmácia	5-9	Mikro podnik

Zdroj: Vlastné spracovanie

Taja respondenti boli doménoví odborníci – zástupca záujmového združenia ambulantných poskytovateľov, zdravotnícky novinár a právnik – špecialista na zdravotnícke právo.

Pre každý výstup bol zriadený dátový priečinok, v ktorom bol uložený originálny podklad od respondenta, pokiaľ sa jednalo o zvukový súbor, tak aj jeho transkripčia, a následne bol výstup spracovaný do formátu Mind Manager na ďalšie spracovanie.

Pre účely analýzy sme sa zúčastnili na odbornom podujatí v Trenčíne v dňoch 9. – 10.2.2024 za účasti 160 zdravotníckych pracovníkov – prevažne ambulantných špecialistov – na ktorom sa riešila aj problematika týkajúca sa podnikania – vzťahy so ZP, ceny výkonov, vykazovanie do ZP, administratívna náročnosť a elektronizácia zdravotníctva (nové funkcionality eZdravia a ambulantných informačných systémov) z pohľadu zefektívnenia administratívy. Pozorovaním priebehu podujatia a diskusiami v kuloároch sme získali ďalšie cenné informácie, ktoré nám doplnili mozaiku pohľadu prevažne na problematiku prevádzkových bariér podnikania.

4.1.1 Témy na rozhovor:

V rámci prípravy na rozhovory boli pripravené okruhy tém, ktoré boli koncipované tak, aby umožnili respondentom väčší priestor na vyjadrenie – s možnosťou uvádzania konkrétnych zážitkov z podnikateľskej praxe. Tieto témy boli :

- Ako by ste popísali svoje skúsenosti s podnikaním v zdravotníckom sektore na Slovensku?
- Môžete spomenúť konkrétne prekážky alebo výzvy, ktorým ste čelili pri zakladaní, rozvoji alebo preberaní existujúceho podnikania v zdravotníctve?
- Ako vnímate regulácie a zákony týkajúce sa zdravotníctva vo vzťahu k vášmu podnikaniu? Ktoré legislatívne prekážky v zdravotníctve v súvislosti s vašim podnikaním vnímate ako najzávažnejšie?
- Ako na Vaše podnikanie vplýva fakt, že cena zdravotných výkonov je štátom, resp. poisťovňami prísne regulovaná a naopak, ceny vstupov potrebných pre Vaše podnikanie sú bez regulácie?
- Ako sa pozeráte na problematiku poplatkov, resp. spoluúčasti pacienta v zdravotníctve?
- Máte skúsenosti so získavaním financovania alebo investícií pre Vaše podnikanie? Ako by ste ohodnotili tento proces?
- Ako vnímate dostupnosť a kvalitu pracovnej sily v zdravotníckom sektore?
- Existujú nejaké administratívne alebo byrokratické procesy, ktoré podľa vás výrazne ovplyvňujú chod Vášho zdravotníckeho zariadenia?
- Aké sú podľa vás hlavné rozdiely v podnikaní v zdravotníctve v porovnaní s ostatnými sektormi podnikateľského prostredia?
- Aké sú podľa vás hlavné rozdiely v podnikaní v zdravotníctve na Slovensku v porovnaní s inými krajinami?
- Ako by ste charakterizovali vzťah a komunikáciu medzi zdravotníckym sektorom a vládnymi / regulačnými orgánmi?
- Môžete opísať nejaké pozitívne zmeny alebo inovácie, ktoré ste zaznamenali v zdravotníctve a ktoré mohli ovplyvniť váš subjekt?
- Ako vnímate postavenie zdravotníkov v spoločnosti?
- Existujú v slovenskom zdravotníctve bariéry, ktoré priamo nesúvisia s platnou legislatívou v zdravotníctve, no výrazne ovplyvňujú vaše podnikanie?

4.1.2 Analýza dát

Pri analýze dát sme vzhľadom na skúmanú problematiku použili nasledovné techniky:

Predbežné štruktúrovanie: Textové záznamy rozhovorov boli importované do softvéru Mind Manager, kde prešli prvotným štruktúrovaním. Každý rozhovor bol reprezentovaný ako samostatný projekt, v rámci ktorého boli odpovede respondentov rozdelené do preddefinovaných kategórií (napr. finančné bariéry, legislatívne bariéry, administratívne bariéry). Toto umožnilo lepšiu orientáciu v dátach a zjednodušilo následné spracovanie

Analýza a triedenie podľa tém: Po predbežnom štruktúrovaní údajov nasledovala podrobná analýza a triedenie odpovedí podľa špecifických tém a pod tém. Tento proces zahŕňal

identifikáciu kľúčových slov a fráz v odpovediach respondentov, ktoré naznačovali prítomnosť určitých tém. Výsledkom tejto fázy bolo vytvorenie hierarchického systému tém, kde každá hlavná téma obsahovala viaceré pod témy s príslušnými odpoveďami respondentov

Syntéza a interpretácia: V záverečnej fáze boli všetky údaje syntetizované a interpretované v kontexte stanovených hypotéz a teoretických konceptov týkajúcich sa bariér podnikania v zdravotníctve. Interpretácia zahŕňala identifikáciu vzorcov, trendov a rozdielov v odpovediach respondentov, čo nám umožnilo formulovať konkrétne závery a odporúčania pre zlepšenie podmienok podnikania v sektore

Interpretácia a spracovanie výsledkov: Výsledky sme analyzovali pomocou SW Mind Manager a akcent sme zamerali na konfrontáciu predpokladaných bariér a vnímaním bariér zo strany respondentov. Zároveň sme spracovávali aj podnety respondentov na mitigáciu týchto bariér a optimalizáciu podnikateľských podmienok.

4.2 CELKOVÁ REKAPITULÁCIA VÝSTUPOV

Prieskumom sme prišli na nasledovné zistenia:

Legislatíva odtrhnutá od reality: Respondenti poukázali na legislatívu, ktorá je úplne odtrhnutá od reálneho sveta zdravotníctva, čo značne sťažuje efektívne podnikanie a implementáciu nových postupov v praxi.

Nedostatočná ochrana práv zdravotníkov: Respondenti kritizovali absenciu ochrany pre zdravotníkov, ktorí sú vystavení vysokému podnikateľskému riziku bez adekvátnej legislatívnej podpory.

Nefunkčný systém bez spoluúčasti pacienta: Respondenti zdôraznili potrebu reformy súčasného systému, ktorý je bez spoluúčasti pacienta neudržateľný, pričom nadmernú spotrebu zdravotnej starostlivosti identifikovali ako kritický problém.

Neadekvátne financovanie: Respondenti poukázali na problém s financovaním, kde výška úhrad od poisťovní nezodpovedá reálnym nákladom na poskytované zdravotné výkony.

Jednostranne výhodné zmluvy so zdravotnými poisťovňami: Respondenti zdôraznili problém s nevýhodnými zmluvami so ZP, ktoré sú ambulancie nútené podpisovať, čo vedie k výraznému podnikateľskému riziku.

Zastaraný systém úhrad: Respondenti kritizovali 27 rokov starý systém úhrad, ktorý je založený na neaktuálnom katalógu výkonov, neodrážajúcom súčasné potreby a náklady.

Vysoká byrokracia a administratívna záťaž: Respondenti poukazovali na zvýšenú byrokratickú a administratívnu záťaž, ktorá ich demotivuje a sťažuje podnikanie.

Obmedzenia pre nezmluvné ambulancie: Respondenti poukazujú na legislatívne bariéry brániace nezmluvným ambulanciám v poskytovaní určitých služieb, ako sú SVALZ výkony a predpisovanie liekov, ktoré nie sú uhrádzané ZP.

Nepružnosť v nastavovaní platieb: Respondenti kritizovali podnikateľské prostredie v zdravotníctve za jeho nepružnosť v možnostiach nastavovania platieb za poskytované služby – nemožnosť reagovať na zmeny cien vstupov.

Nedostatok podpory a nepochopenie zo strany štátu: Respondenti vyjadrili frustráciu z nedostatku podpory a nepochopenia zo strany štátu a regulátorov, čo ich vedie k pocitu ignorancie ich potrieb a významu v systéme zdravotnej starostlivosti.

Absencia dlhodobej stratégie a kontinuity: Respondenti poukázali na absenciu dlhodobej stratégie v politikách zameraných na zlepšenie zdravotníckeho systému, čo vedie k nepredvídateľnému podnikateľskému prostrediu.

4.2.1 Podrobné vyhodnotenie výstupov z prieskumu

V rámci podrobnej analýzy výsledkov nášho prieskumu sme sa venovali rozsiahlemu preskúmaniu rôznych bariér, ktoré ovplyvňujú podnikanie v sektore malých a stredných podnikov (MSP) v zdravotníctve. Na základe štruktúrovaného prepisu textových záznamov rozhovorov s respondentmi, ktoré boli metodicky organizované a analyzované s využitím softwaru Mind Manager, predstavujeme výsledky rozčlenené podľa hlavných tém a pridružených pod tém. Každá sekcia obsahuje detailný popis problému, ako bol vnímaný respondentami, a je doplnená relevantnými citáciami, ktoré priamo odrážajú ich názory a skúsenosti.

Táto metóda nám umožnila nielen identifikovať a kategorizovať kľúčové bariéry, ale aj pochopiť hĺbku a nuansy každej identifikovanej prekážky. Analýza je usporiadaná tak, aby odzrkadľovala štruktúru tém a pod tém v Mind Manager, čo zabezpečuje logický a systematický prístup k interpretácii zozbieraných dát. Tento prístup zabezpečuje, že každá téma a pod téma je dôkladne preskúmaná, poskytujúc tak komplexný pohľad na prekážky, ktorým čelia MSP v zdravotníctve.

Sekcie sú usporiadané podľa preddefinovaného členenia, začínajúc od legislatívnych a regulatívnych prekážok, cez finančné a ekonomické obmedzenia, administratívnu záťaž, až po technologické výzvy a očakávania spoločnosti. Tento usporiadaný prístup nám umožňuje detailne adresovať špecifiká každej bariéry a prispieť k lepšiemu porozumeniu dynamiky podnikania v zdravotníctve na Slovensku.

4.2.2 Legislatívne a regulatívne prekážky

4.2.2.1 Stav zdravotníckej legislatívy

Zdravotnícka legislatíva na Slovensku je charakterizovaná svojou rozsiahlosťou a častými zmenami, čo predstavuje významnú výzvu pre podnikateľské subjekty v tomto sektore. Udržať si prehľad a súlad s týmito predpismi si vyžaduje značné prostriedky, čo efektívne pôsobí ako bariéra pre podnikanie v zdravotníctve. Táto situácia zvyšuje administratívnu záťaž a finančné náklady pre subjekty pôsobiace v sektore, čím limituje ich schopnosť inovovať a rozširovať svoje služby. Tento stav zároveň podčiarkuje potrebu efektívnejšieho regulačného rámca, ktorý by zjednodušil legislatívne požiadavky a uľahčil podnikateľským subjektom orientáciu v zákonných predpisoch.

Analýza odhalila niekoľko kľúčových postrehov respondentov:

- poukázali na legislatívne nezrovnalosti a zastaralé vyhlášky, čo vedie k neefektívnosti a možnému zneužívaniu zo strany zdravotných poisťovní.
- časté a niekedy neuvážené zmeny v legislatíve, absencia diskusie a nedostatok odborníkov na ministerstve sú ďalšími prekážkami.
- odporúčajú riešenie zahŕňajúce napr. vytvorenie manuálu s jasnými pravidlami pre založenie a podnikanie v sektore, podobne ako to majú veľký sieťový poskytovatelia, ktorí majú k dispozícii právne služby a oddelenia pre vykazovanie starostlivosti.

Respondenti ako problém vnímajú úhradovú vyhlášku MZ SR, ktorá v podmienkach Slovenska rieši hlavne finančné problémy štátneho sektora (nemocníc) a nedáva priestor ZP

vytvoriť účinný motivačný systém pre ambulantný sektor aby sa v záujme poistencov minimalizoval rozsah ústavnej starostlivosti.

„Vnímam viacero bizarných legislatívnych nezrovnalostí, napr. pri platových koeficientoch, či vyhláškach o sieti PZS, ktoré neboli v prípade ŠAS aktualizované od roku 2008, čo síce znamená, že legislatíva je, ale je proste neefektívna, čo následne zneužívajú ZP“.

„Zmeny v legislatíve týkajúce sa súkromných ambulancií sa dejú často neuvážene, bez predošlej diskusie. Na ministerstve zdravotníctva chýbajú ľudia, čo by rozumeli práci na ambulancii. Ako prekážku cítim napr. aj to, že nezazmluvnená ambulancia ak poskytne vyšetrenie a odporučí liečbu, nie je to hračené z poistenia pacienta“.

„Vyhlášky, ktoré postupne nahrádzajú zákony, a teda sa nemusia schvaľovať, v parlamente, sú prijímané bez diskusie. Staršie zákony, ktoré sú dnes už neaktuálne a preto nerealizovateľné- napríklad garant zdravotníckeho zariadenia, ktorý môže pôsobiť v 2 krajoch, ale nie v jednom kraji u 2 poskytovateľov, nutnosť zdravotnej sestry v ambulanciách, kde je zbytočná a v období, kedy ich niet, je to často zabránenie vzniku nových zdravotníckych zariadení“.

„... legislatívna prekážka, ktorá bráni nezmluvným ambulanciám posilať pacientov na SVALZ výkony a písať recepty;

-zákon, ktorý nás, ako zdravotnícke zariadenia vylúčil s možnosťou byť platcom DPH;

-novelizácia zákona, kedy rezidentské programy môžu byť naviazané iba na ústavné zariadenia a len vo vybratých odboroch“.

„Vo všeobecnosti veľmi nejasné a komplikované pravidlá pre zakladanie a samotné podnikanie v oblasti zdravotníctva. Vzhľadom na veľmi obsiahly obsah a komplikovaný obsah právnych predpisov by pomohol zo strany ministerstva zdravotníctva manuál pre fungovanie ambulantných činností s jasnými pravidlami. Tu si dovoľím porovnanie. V segmente poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti taktiež z oblasti zdravotníctva, ktorú v súčasnosti najmä sieťový poskytovateľ napr. AGEL, Svet Zdravia, ProCare sú v rámci týchto korporácií zabezpečované právne služby, zložitý výkaz zdravotnej starostlivosti riešia samostatné oddelenia, rovnako zase právne a medicínske audity najmä aj s ohľadom na prípadne dopady UDZS, správna a úplná zdravotná dokumentácia a pod“.

4.2.2.2 Regulačné bariéry

Analýza odhalila niekoľko kľúčových postrehov respondentov:

Vysoká miera regulácie, ktorá spolu s "klasickými" podnikateľskými povinnosťami značne zaťažuje poskytovateľov, najmä v ambulantnom sektore, a obmedzuje ich čas na poskytovanie starostlivosti. Len § 79 zákona č. 578/2004 Z.z. ustanovuje pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti viac ako 100 povinností, za nesplnenie ktorých môžu byť sankcionovaní. Tieto povinnosti sa pohybujú od zabezpečenia neodkladnej zdravotnej starostlivosti až po administratívne úlohy, ako je vedenie a spracúvanie zdravotnej dokumentácie, informovanie verejnosti a spolupráca s orgánmi dohľadu. Sumarizácia týchto povinností poskytuje rozsiahly a komplikovaný prehľad regulačného prostredia, v ktorom musia poskytovatelia zdravotnej starostlivosti na Slovensku operovať.

„Poskytovanie zdravotnej starostlivosti je jedným z najviac regulovaných podnikateľských odvetví – stačí si pozrieť § 79 zákona č. 578/2004 Z.z., pričom k týmto povinnostiam je potrebné pripočítať „klasické“ povinnosti podnikateľov. Na poskytovateľov sa kladie

prílišná administratívna záťaž, ktorá najmä v prípade ambulantných zariadení skracuje časový fond na poskytovanie zdravotnej starostlivosti – hlásenia, vypisovanie rôznych potvrdení“.

„Zakladanie podnikania v lekárenstve - vysoké vstupné náklady, s ktorými sa prirodzene počíta nemôžu byť použité na reálny výkon činnosti veľmi dlhú dobu po realizácii investície. Rozhodnutia jednotlivých správnych orgánov (ŠÚKL, RÚVZ, Samosprávny kraj, MZ SR) je možné získať až po úplnom zariadení priestorov, zamestnaní personálu a splnení 100% materiálnych, priestorových a personálnych požiadaviek. Nájom za priestory je potrebné platiť v rozsahu 3 – 6 mesiacov pred samotným otvorením lekárne, zamestnancov 2 – 3 mesiace, prvotné skladové zásoby do tridsiatich dní po dodaní. Len výkon inšpekcie ŠÚKL trvá od podania žiadosti minimálne 45 – 60 dní“.

„Preberanie podnikania v lekárenstve - pri preberaní existujúcej lekárne – pokiaľ sa nepreberá „celá“ právnická osoba, je nevyhnutné splniť rovnaké formálne požiadavky, ako pri otváraní novej lekárne, pričom je nevyhnutné existujúce zariadenie zavrieť pre verejnosť na dobu 14 – 30 dní“.

4.2.3 Finančné a ekonomické obmedzenia

4.2.3.1 Prístup k financovaniu

Podľa respondentov sú ambulancie v oblasti financovania väčšinou odkázané na štandardné bankové produkty – úvery. Tieto sa však ťažko získavajú na založenie novej ambulancie u špecializovaných ambulancií, kde nie je možné vopred predikovať obrat ambulancie a teda jej bonitu. Väčšinou tak dochádza k financovaniu z vlastných zdrojov (pomoc rodiny...) a následného refinancovania po zabehnutí ambulancie.

Respondenti pozitívne hodnotia, že v roku 2023 došlo v prípade všeobecnej ambulantnej starostlivosti k zásadnej reforme, ktorá obsahovala aj stanovenie minimálnej siete všeobecných ambulancií pre dospelých i deti. Tá mala za následok uvoľnenie financií z plánu obnovy na vznik nových primárnych ambulancií v takzvaných nedostatkových regiónoch.

Respondenti negatívne hodnotia, že finančný príspevok na vznik ambulancie bol uvoľňovaný postupne, a to malo za následok jeho nízke využívanie a podmienky jeho čerpania boli viac krát upravované. Vzhľadom na to, že nedostatkové regióny veľa ráz nie sú dlhodobo atraktívne pre mladých lekárov sa tento príspevok nevyužíva tak, ako bolo očakávané. Samotný proces získania prostriedkov je podľa respondentov zaťažovaný veľkou byrokraciou a v mnohých prípadoch z dlhodobého hľadiska pre nízky potenciál regiónu bude problém ambulanciu ďalej udržať.

Respondenti pozitívne hodnotia začínajúcu sa podporu od VÚC alebo miest a obcí, ktoré vytvárajú jednorazové investičné podpory.

„Proces získavania financií pre moju ambulanciu hodnotím ako veľmi ústretový. Som klientom banky. a už pri zakladaní ambulancie mi poskytli úver (hoci ambulancia nemala uzavretý daňový rok, mala nulový obrat). A aj počas môjho podnikania mi vždy poskytli potrebný (finančne výhodný) leasing. Je to vďaka spolupráci Slovenskej lekárskej spoločnosti s bankou“.

„Problémy sú len v úvode, ale banky sa ponúkajú, aj keď s nie dobrými úrokmi. Každý, kto ide podnikat' a vie do čoho ide, sa v úvode až tak nemusí zaujímať, ak má víziu, že o rok už bude bez problémov... Najšťastnejší sú napr. mladí PL (praktický lekári), ktorí, keď kupujú prax, tak vidia, koľko sa zarába, tak bez problémov si berú pôžičky, lebo vedia, že do roka budú „za vodou“. Kupovala moja neter, tak viem, ako to u PL funguje, aj keď ja som ŠAS“.

„Všetky zdroje, ktoré sme si zabezpečovali na založenie ambulancie boli z vlastných zdrojov prípadne rodinných pôžičiek. V následnej dobe prevádzky je toto realizované prostredníctvom komerčných úverov a lízingov napr. na zakúpenie zdravotníckej techniky, čo bol problém nakoľko sme museli mať daný prístroj už zakúpený ale väčšina bánk a leasingových spoločností rieši výkaz ziskov a strát, pričom tento je k dispozícii po 31.03. nasledujúceho po prvom roku podnikania. Teraz riešime prerábku nehnuteľnosti, kde čerpáme súkromné finančné zdroje a komerčné úvery“.

4.2.3.2 Ekonomická udržateľnosť podnikania

Respondenti prieskumu vyjadrili názor, že prísna regulácia cien zdravotných výkonov spolu s bojom proti vyberaniu poplatkov a ponechaním všetkých vstupov na trhové princípy predstavuje značnú prekážku pre efektívny výkon podnikania v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti. V kontexte súčasnej vysokej inflácie a zdražovania energií sa tento problém ukázal byť obzvlášť akútnym. Na rozdiel od iných podnikateľov, ktorí môžu reagovať na zvýšenie nákladov okamžitou úpravou svojich cien, poskytovatelia zdravotnej starostlivosti sú v tejto možnosti výrazne obmedzení. Ich schopnosť reagovať na zvýšené náklady je výlučne závislá od rozhodnutia štátu dofinancovať zdravotníctvo s cieľom kompenzovať zvýšené ceny. Respondenti zdôrazňujú, že každý zásah štátu v tejto oblasti navyše prináša určitý časový odstup, čo znamená, že v období pred štátnym zásahom musia poskytovatelia pokryť vzniknuté náklady zo svojich vlastných zdrojov, čo ich stavia do značne nepriaznivej situácie.

„Zásadne, toto má už niekoľko rokov za následok upadajúcu kvalitu a stále väčšiu nedostupnosť zdravotnej starostlivosti či predlžujúce sa čakacie lehoty a v konečnom dôsledku najmä zatváranie ambulancia bez náhrady. Financovanie ambulancií je nejasné a v danom roku prezentované aj s niekoľko mesačným odstupom (prerozdeľovacia vyhláška sa pravidelne vydáva aj tri mesiace po termíne), čo má za následok, že ambulancie nevedia plánovať ani včas reagovať. Zásadne sa to prejavilo najmä v posledných rokoch, kedy prišlo naraz viacero kríz súbežne:

Dlhodobá personálna kríza v oblasti stredného zdravotníckeho personálu dvíha mzdové náklady, tieto sú navyše ovplyvnené aj rastom miezd v nemocniciach, ktorým musia ambulancie konkurovať.

Energetická kríza, ktorá ukázala, že poskytovatelia túto nákladovú položku nemajú vôbec pod kontrolou, štát nevyriešil reguláciu cien energií, pretože ako špecifický segment podnikania nepasujú do žiadnej štandardnej schémy pomoci. Kým iní podnikatelia si zvýšené ceny mohli premietnuť do cien konečných tovarov a služieb, toto ambulancie z dôvodu regulácie nemôžu, čím sa mnohé dostali do existenčných problémov.

Rovnako je pri cenách spotrebného materiálu napríklad v chirurgických odboroch, ktoré za posledné dva roky narástli o viac ako 30% väčšina obväzové materiálu dnes vôbec nie je finančne krytá z verejného zdravotného poistenia, no doplatky sa zaň pýtať nesmú.

Vysoká inflácia – neexistujú ani len minimálne mechanizmy na pokrytie rastúcej inflácie, každoročné navýšenie napriek opakovaným žiadostiam túto skutočnosť neodráža a je hlboko pod hranicou inflácie“.

„Je to výrazne dvojité meter. Na jednej strane prísna regulácia cien vyšetrení a výkonov, čo tvorí väčšinu nášho príjmu, na druhej strane ak chce mať lekár pekný priestor na ambulanciu, dostatočne veľký, personálne a technické vybavenie na vyššej úrovni a kvalite, je to pri tejto situácii a týchto podmienkach neuskutočniteľné. Pritom dopyt od pacientov aj za cenu príplatkov za nadštandard tu je“.

„Prísna regulácia cien zdravotných výkonov znemožňuje primeranú tvorbu zisku a s tým hlavne spojenú nemožnosť modernizácie ambulancie, nákup nového prístrojového vybavenia, zamestnanie ďalšej sestry ev. (aj) administratívneho pracovníka“.

„...myslím, si že cena výkonov nie je podľa zákona už viac rokov regulovaná (???), ale ZP svojím nátlakom nás nútia robiť pod nákladové ceny veľa a veľa rokov. Odmietajú zverejniť, koho nám vyhodili z fakturácie aby sme nemohli žiadať úhradu od konkrétnych pacientov. Týka sa to hlavne výkonov, ktoré sú limitované“.

„Kto chce ísť s pokrokom v technike, musí ísť do straty alebo cestou doplatkov“.

„...táto nespravodlivosť je dlhodobý problém na Slovensku – nemožnosť prispôbiť cenu výkonu nákladom – aj cena rožka porastie, ak je múka drahšia a ak ho štát nedotuje – berie motiváciu a energiu všetkým. Mladí lekári to vedia a preto neprichádzajú a starší strácajú ilúziu a nádej a pri navyšovaní byrokratického zaťaženia zatvárajú ambulancie bez náhrady. 27 rokov starý katalóg výkonov, nekvalitne preložený z nemeckého originálu a zle od komunikovaný z jednotlivými odbornými spoločnosťami je už roky zastaralý. Nový katalóg výkonov aj s novými cenami výkonov je správnu cestou k zrealizovaniu potrieb nášho zdravotníctva“.

„...máme katalóg výkonov, vieme, aké sú reálne ceny našich výkonov, aké sú platy, aké sú odvody, aké sú vstupy a tie výstupy, ktoré máme, sú prísne regulované. Naozaj si myslím, že to hraničí až s porušením ústavy. S porušením mnohých zákonov, slobody, podnikania a tak ďalej. Ešte čo sa týka tých zákonov, ja by som veľmi rád videl takú vec, že by si pacient za vyšetrenie, aj keď nie je zmluvný lekár, za vyšetrenie zaplatil, ale keby mu napríklad poisťovňa zaplatila za lieky a SVALZ vyšetrenia, aspoň toto by poisťovňa mohla hrať, keď by už nehradila iné veci u nezmluvných poskytovateľov“.

4.2.3.3 Poplatky v zdravotníctve

Respondenti v prieskume vyjadrovali rôznorodé názory na tému spoluúčasti a poplatkov v zdravotníctve, čo je otázka, ktorá sa dotýka kľúčových aspektov ako financovanie zdravotnej starostlivosti, prístup k nej a efektívnosť poskytovania služieb. Z ich vyjadrení vyplynulo niekoľko základných postrehov:

Nutnosť spoluúčasti a dôvody pre poplatky – mnohí respondenti zdôrazňovali dôležitosť spoluúčasti z dôvodov ako viaczdrojové financovanie zdravotníctva a možnosť zníženia nadmerného dopytu po službách. Poplatky v zdravotníctve boli vnímané ako ustálený mechanizmus, ktorý by mohol prispieť k efektívnejšiemu riadeniu zdrojov a zvyšovaniu zodpovednosti pacientov.

Problémy hybridného modelu – respondenti poukázali na slovenský zdravotnícky systém ako na hybrid medzi kapitalizmom a socializmom, čo podľa nich vedie k neefektívnemu využívaniu zdrojov. Spoluúčasť vo forme poplatkov za služby v ambulanciách a hospitalizáciu, ako aj kontrolná činnosť poisťovní, boli označené za kľúčové pre zlepšenie systému.

Legislatívne nedostatky a „ľudová tvorivosť“ – ďalším bodom boli nedostatky v legislatíve, umožňujúce rôzne interpretácie a "ľudovú tvorivosť" pri určovaní poplatkov, čo viedlo k nejasnostiam a nerovnosti v prístupe k starostlivosti.

Návrhy na zlepšenie – respondenti navrhovali riešenia vrátane zavedenia poplatkov za nadštandardné služby, stanovenia regulovaných limitov spoluúčasti, jasného definovania základného balíka zdravotnej starostlivosti a zvýšenej kontroly nad dodržiavaním liečebného režimu. Navrhovali aj ochranné limity pre rizikové skupiny a lepšie financovanie ambulancií prostredníctvom poplatkov za návštevy.

Z prieskumu vyplýva, že medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti existuje široká zhoda na potrebe spoluúčasti a poplatkov, ktoré by mohli prispieť k zvýšeniu efektivity a udržateľnosti systému, pričom by sa zachoval prístup k základnej zdravotnej starostlivosti pre všetkých. Respondenti zdôrazňovali význam hľadania rovnováhy medzi dostupnosťou starostlivosti a jej efektívnym financovaním.

„Podľa môjho názoru je spoluúčasť nevyhnutná z viacerých dôvodov. Poplatky by zabezpečili viac zdroje financovania a viac zdrojov v zdravotníctve. Zároveň by poplatky s najväčšou pravdepodobnosťou znížili dopyt po zdravotníckych službách, znížil by sa počet návštev lekára“.

„Spoluúčasť pacienta tu dávno je, poplatky v zdravotníctve stále boli a stále budú. Všetci vieme, že kráľ je nahý. Mnohí z nás to verejne kričia roky. O existencii poplatkov vedia všetci, ergo pacienti, poskytovatelia a politici, skrátka všetci, no keďže žijeme stále v krajine zázrakov, tak sa akýmsi zázrakom stále dokážeme tváriť, že ideme auditovať poplatky a následne, čo? Zauditujeme, zistíme, že sú a následne čo? Nepríde zrejme žiadna koncovka. Slovenské zdravotníctvo operuje v hybridnom móde medzi kapitalizmom a socializmom, pričom len jeden z týchto systémov je životaschopný. Spoluúčasť pacienta je nutná vo forme dedictables, poplatkov v ambulanciách, poplatkov za hotelovú časť hospitalizácie a stanovením nároku pacienta. Rovnako je kľúčová revízná činnosť poisťovní, teda kontrolovanie dodržiavanie liečebného režimu, ktorého porušenie však nie je často poskytovateľmi reportované. Bezplatnosť = plytvanie a rovnako sa jedná o morálny hazard. Je perfídne, že z VZP platíme lieky, ktoré stoja niekoľko desiatok centov alebo jednotky eur. Toto ľuďom platíme z VZP a potom sa čudujeme, že inovatívne lieky nedokážeme uhrádzať“.

„Súčasná legislatíva je defektná, čo spôsobuje ľudovú tvorivosť pri doplatkoch, čiže de facto ich máme, aj keď nemáme. Zväčša to ale je na náhodnej báze, podľa šikovnosti daného poskytovateľa. Výsledkom teda často je, že existujú bariéry vstupu do ambulancií, ktoré nie sú nijak regulované, čiže ani "chudobní" nie sú krytí, čo prispieva k horšej dostupnosti v určitých regiónoch (najhoršie je byť chudobný v Bratislave). Poplatky by sa mali zaviesť, ideálne tak, ako to mal Dr. Zajac a nastaviť ochranný limit pre rizikové skupiny. Jednoduché riešenie, ktoré pri 5 eurách za návštevu prinesie cca 300 miliónov do ambulancií ročne“.

„Je to alternatíva, ktorú by podľa mňa privítali aj zdravotníci aj pacienti. Aj na úkor prijímania nových pacientov a vyšetřovania, lekári často musia realizovať a poskytovať služby nehradené zdravotnou poisťovňou. Často sú to estetické výkony, alebo sa venujú štúdiám. V situácii ako je teraz, že sa pacient nevie dostať načas k špecialistovi, si myslím, že by aj pacient často uvítal spoluúčasť a lekár by nemusel hľadať ako kompenzovať nedostatočné financovanie“.

„Vzhľadom na podhodnotenú platbu zo strany ZP a aj časté zneužívanie (nadužívanie) ZS zo strany pacientov, by som privítala zavedenie určitých poplatkov. V úvode hlavne pomenovanie, čo obsahuje základná "bezplatná Z S " a čo je už nadštandard. Potom by mohli byť zavedené poplatky za nadštandardné služby. A možno aj určité transparentné poplatky pre všetky ambulancie (ako bola Zajacova 20 koruna)“.

„Poplatky sú nutné, v našom ZZ ich máme veľa rokov - využívame to, čo nie je predmetom zdravotníckej činnosti, alebo výkony, ktoré sú opakované v našom odborne protizákonne neuhrádzané ZP. Využívame aj plnú úhradu od pacienta, ak napr. príde bez VL (výmenného lístka). Otázkou ostáva, čo potom, (keď pacienta nevykážeme), s liekmi a ďalšími vyšetřeniami – tie podľa zákona musia ZP hradiť, ale oni si protiprávne vymysleli, že nemusia. Podobne u nezmluvných lekárov, neuhradia ani akútneho pacienta ani akútnemu pacientovi lieky. Pred ministrom Druckerom sme pacientov vykazovali a poplatky sme mali len ako

poplatok za vyšetrenie mimo ordinačných hodín- vtedy to bolo férové- pacient bol vykázaný aj do ZP, tak mal nárok na všetko, ale poplatok bol len za to, že lekár ho ostal vyšetriť po ordinačných hodinách. Bohužiaľ minister Drucker toto odo mňa prebral, ale dal regulovanú (nízku) cenu + veľkú administratívu, takže lekári to všetci vtedy s týmito podmienkami odmietli“.

„...spoluúčasť pacienta, ktorá by mala mať regulované limity je správna myšlienka/je potrebné čo najviac eliminovať šedú ekonomiku/-je potrebné zadefinovať štandardné postupy a základný balík, na ktorý má poistenec nárok z verejného zdravotníctva a čo je už nadštandard – nadštandardné služby sú potom plne v kompetencii poisťovní, ktoré ich môžu ponúkať a vytvárať ďalší zdroj financovania“.

„Ak by som nezaviedla pred 2 rokmi nadštandardné ročné dobrovoľné poplatky- ktoré našťastie väčšina mojich pacientov platí, už by som musela ambulanciu zavrieť. Aj vďaka príjmov s týchto poplatkov si viem dať momentálne plat netto len 1500 euro, sestričke 1100 euro (zisk minulý rok nebol žiadny a žiadne mimoriadne investície som nerobila). Istá spoluúčasť je vhodná. Podľa skúseností sa ukazuje, že pacienti, ktorí si niečo doplácajú, lepšie spolupracujú pri liečbe. Ide samozrejme aj o primeranosť výšky sumy. U mňa sú ročné poplatky väčšinou 30 - 60 euro/ročne (dôchodcovia a chronickí pacienti 30), extra nadštandard 90 - 120 euro/ročne. Veľká skupina pacientov neplatí samozrejme žiadne poplatky. Ak by sa poplatky povinne zaviedli v nižšej sume ako mám teraz a napr. pacienti na invalidnom dôchodku by boli zo zákona oslobodení - bola by to pre mňa finančná strata. V tom prípade by malo byť určené, kto bude uhrádzať poplatky miesto nich.

Nepovažujem za šťastné vyberať poplatok za každú návštevu – to môže byť odrádzať pacienta od kontroly alebo aj „pre motivovať“ lekára v častosti kontrol. Ročné poplatky sa mi zdajú lepšou cestou fungujú čiastočne tiež na princípe solidarity- a vyjadrujú podporu fungovaniu ambulancie – bez ohľadu na počet a typ zdravotníckych výkonov, ktoré pacient dostane. Uvedené platí pre ambulancie, kde pacient ostáva v liečbe aspoň rok – čo je veľká časť ambulancií. Špecifickým problémom psychiatrie sú nariadené ambulantné ochranné psychiatrické liečenia pacientovi ich nariaďuje súd, lekár ich niekedy vie z kapacitných dôvodov odmietnuť, ale sú regióny, kde je veľmi málo psychiatrov a odmietnuť ani nemôže. Pacienta musí liečiť, hoci je tento napr. aj nepoistený a lieči ho úplne zadarmo. A pýtať v takýchto prípadoch „nadštandard“ je asi nereálne. Tento problém si posúva medzi sebou MZ SR a MV SR, v pláne sú špecializované ambulancie pre ochranné liečenia“.

4.2.4 Dostupnosť a kvalita pracovnej sily

4.2.4.1 Nedostatok kvalitných zamestnancov

Respondenti v našom sociologickom prieskume vyslovili hlboké obavy týkajúce sa chronického nedostatku kvalifikovanej pracovnej sily v zdravotníctve, čo považujú za vážny problém ovplyvňujúci nielen súčasný stav, ale aj dlhodobú udržateľnosť sektora. Medzi kľúčové body, ktoré zdôraznili, patria:

Chronický nedostatok pracovnej sily – mnohí z nich poukázali na akútny nedostatok kvalifikovaných pracovníkov vrátane lekárov a zdravotných sestier, čo je podľa nich spôsobené aj vysokou mierou emigrácie za lepšími pracovnými podmienkami.

Vysoký podiel lekárov v dôchodkovom veku – respondenti upozornili na fakt, že viac ako polovica slovenských lekárov je v dôchodkovom veku, čo predstavuje riziko pre kontinuitu zdravotnej starostlivosti.

Dlhý proces výchovy nových lekárov – zdôrazňovali, že výchova nového lekára je dlhodobý a finančne náročný proces, a bez zlepšenia pracovných podmienok je náhrada odchádzajúcich lekárov neistá.

Potreba aktualizácie kompetencií – vyjadrili potrebu aktualizovať kompetencie nižšieho zdravotníckeho personálu, ako sú praktické sestry, ktoré podľa nich vykonávajú širší rozsah činností, než im umožňujú súčasné predpisy.

Finančné výzvy a platy – zvýšenie plátov v nemocniciach vnímajú pozitívne, avšak upozorňujú, že to predstavuje výzvu pre financovanie plátov v súkromnom sektore.

Vzdelávanie a špecializácia – poukázali na problémy s nedostatočným počtom otváraných špecializačných pozícií a kurzov pre zdravotnícke sestry a na náročnosť doškoľovania pracovnej sily v niektorých odboroch.

Zahraničná pracovná sila – respondenti niekedy vidia riešenie v angažovaní pracovníkov zo zahraničia, avšak zdôrazňujú, že to vyžaduje ponúknutie konkurenčných platových podmienok a zjednodušenie ich zaradenia do praxe

Dôležité je tiež strategické plánovanie pre budúcnosť sektora, s ohľadom na demografické zmeny a rastúce nároky na zdravotnú starostlivosť.

„Dostupnosť pracovnej sily je v súčasnosti jedným z najzávažnejších problémov zdravotníctva. Ambulantnú sieť, ktorá je v kritickom stave, nad vodou drží značná skupina lekárov dôchodcov“.

„Zdravotnícky sektor trpí akútny nedostatok pracovnej sily. Je chronický nedostatok ako lekárov tak stredného zdravotníckeho personálu ako sú zdravotné sestry a ostatní zdravotníci. Spôsobený je dlhoročným odlivom do zahraničia za lepšími pracovnými i platovými podmienkami. Zároveň je spôsobený aj náročným a prísny atestačným štúdiom, ktoré takto v zahraničí nastavené nie je a teda už v procese vzdelávania sa mladí potenciálni medici rozhodujú pre štúdium za hranicami. Personálna kríza na Slovensku už eskaluje a v tomto smere nás čaká naozaj ťažké obdobie. Výchova nového lekára trvá v priemere viac ako 10 rokov za ideálnych podmienok a za predpokladu, že chce zostať pracovať na Slovensku. Momentálne je na Slovensku viac ako 50% lekárov v dôchodkovom veku, to znamená, že kedykoľvek môžu ukončiť svoju činnosť a zavrieť svoju ambulanciu bez náhrady. Máme obavy, že len navýšením počtu študentov na vysokých školách bez zatriaktívnenia podmienok sa nám ich však nahradiť nepodarí“.

„Ak sa rozprávame o pracovnej sile, čo reálne pracuje, tak pozitívne. Ak sa rozprávame o pracovnej sile, ktorá zastáva funkcie (výbory, poisťovne a iné), tak to je zväčša veľmi negatívne. Spiatočnícke názory, sebecké záujmy a minimálna pridaná hodnota.“

Dostupnosť pracovnej sily by bola lepšia, ak by sa novelizovali kompetencie, a priznalo sa, že praktické sestry alebo iný „nižší“ personál dokáže vykonávať oveľa väčší rozsah práce, ako sa im priznáva, resp. už to aj v praxi robia, len nemajú svoje výkony...“.

„Nedostupnosť pracovnej sily je vidieť hlavne na tom, ako chýba zdravotný personál a ako komplikuje aj zvýšenie platového ohodnotenia sestier v nemocniciach nájst' prostriedky na výplaty v súkromnom ambulantnom sektore. Pritom zvýšenie platového ohodnotenia v nemocnici je určite správne, ale vzhľadom na pokračujúci odliv asi ešte aj tak nedostačujúce“.

„Dostupnosť a kvalitu pracovnej sily v zdravotníctve vnímam ako stále sa zhoršujúci jav. Sestry majú ukončené rôzne stupne VŠ vzdelania s finančnými nárokmi vysokoškolsky vzdelaných sestier. Došlo k navýšeniu v platových triedach ústavných zdravotníckych pracovníkov, čo my v ambulantnom sektore nie sme schopný poskytnúť. Niektoré

certifikované a špecializačné školenia a kurzy sestier sa niekoľko rokov neotvárajú. Pociťujem aj celkový nedostatok sestier na trhu“.

„Posledné roky jeden z najdôležitejších problémov - veľa ambulancií sa nerozvíja a končí z dôvodu nedostatku mladých lekárov a sestier“.

„V odbore Fyzioterapia je dostupná pracovná sila so základným vzdelaním, nutnosť doškoliť personál, čo trvá v tomto odbore roky a vyžaduje nemalú finančnú investíciu do často neistého výsledku, lebo na priamu platbu si vedia zarobiť viac“.

„... ako dlhotrvajúci problém, ktorého riešenie nepriniesla žiadna politická garnitúra. V mojom prípade som tri roky hľadal lekára vzhľadom k pribúdajúcemu počtu nových pacientov a rovnako i nárastu byrokracie mimo medicíny som potreboval samostatne pracujúceho, skúseného, zodpovedného profesionála. Pred rokom sa mi podarilo zohnať neatestovaného lekára z Ukrajiny, ktorému som musel ponúknuť plat na úrovni atestovaného chirurga. Lekára z nemocnice zo Slovenska po Vysolajského výpalnom už za takýto plat nezoženiem. Pri plánovanom navýšení mzdových potrieb pre sestry, ktorých nároky sú neodškriepiteľné, pre ich udržanie na pracovisku budeme nútení ich platy dorovnať“.

„Aktuálna situácia je katastrofa. Výpadok pracovnej sily v zdravotníctve je bohužiaľ katastrofický a niekedy beznádejný. Tu je zrejme nutný reformný zásah. Napríklad je nutné aby mala zdravotná sestra vysokú školu 2 stupňa? Najmä po vzore okolitých krajín je to otvorená otázka. U odborných garantov špecializovaných ambulantných poskytovateľov sa vychádza z minimálne obdobia 4-6 rokov podľa špecializácie o všeobecného lekára 3 roky a 3 mesiace. V praxi sa nám vyskytujú potom noví ambulantní vo veku 40 a viac rokov ktorý často viedli oddelenia a kliniky ako primári a prednostovia. A súčasne tesne pred 30 rokmi noví všeobecní lekári“.

„U mňa je zamestnaných 5 urológov, 2 anesteziológovia - je problém získať ďalších ľudí a veľmi rád by som ich získal napriek tomu, že by som tých ľudí preplatil ako ich preplácajú nemocnice. Nezáiskam tých ľudí, lebo pohodlie a pracovnú disciplínu, ktoré ktorú majú v nemocnici, by u poskytovateľov, ktorí žijú len z toho, čo zarobia, asi nemali. Čo sa týka sestričiek tak sestričky. našťastie mám. Mám sestričku aj zo zahraničia z českej republiky, z Ukrajiny, jedna sa vrátila z Nórska, ale samozrejme musia mať perfektné podmienky a musia byť špičkovou zaplatené. Keď tí ľudia toto nájdú tak prídu, ale dostupnosť je veľmi nízka. Akonáhle by som chcel niekoho získať zo zdravotnej školy alebo fakulty zdravotníctva ošetrovateľstva - kvalita pracovnej sily, nie taká aká by mala byť a musíte si toho človeka vychovať a hlavne si ho potom následne udržať“.

4.2.5 Vzdelávanie a odborná príprava

Respondenti prieskumu sa vyjadrili k problematike ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov na Slovensku, ktorú považujú v ambulantnom sektore za významnú výzvu. Ich pohľady možno zhrnúť do niekoľkých kľúčových oblastí:

Respondenti povedali, že vzdelávací proces zdravotníckych pracovníkov je na Slovensku charakterizovaný svojou dĺžkou a komplikovanosťou, vychádzajúcou z požiadaviek na atestačné štúdium a neustálu potrebu odbornej aktualizácie. Tento proces je často vnímaný ako bariéra pre rýchlejšie a efektívnejšie reagovanie na potreby trhu práce v zdravotníctve, najmä v ambulantnom sektore.

Ďalej sa vyjadrili, že v nemocničnom sektore majú lekári zákonné právo na 5 dní voľna pre povinné vzdelávacie aktivity, čo im umožňuje zúčastňovať sa na rôznych formách ďalšieho vzdelávania bez negatívneho vplyvu na ich pracovnú pozíciu alebo príjem. V ambulantnom

sektore, kde väčšina poskytovateľov funguje na princípe súkromného podnikania, každý deň strávený mimo praxe predstavuje priamy výpadok tržieb. Respondenti zdôraznili, že tento fakt vytvára výraznú nerovnosť medzi týmito dvoma sektormi z hľadiska prístupu k ďalšiemu vzdelávaniu.

Respondenti sa tiež vyjadrili k finančným a organizačným dôsledkom pre ambulantný sektor, kde výpadok tržieb počas vzdelávacích dní predstavuje značný problém. Tento výpadok môže mať za následok finančnú záťaž pre poskytovateľov, ale aj negatívny dopad na dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre pacientov, keďže ambulancie musia byť počas týchto období zatvorené alebo obmedzené vo svojej činnosti.

Respondenti sa vyjadrili k potrebe reformy vzdelávacieho systému zdravotníckych pracovníkov na Slovensku. Poukázali na potrebu uľahčiť prístup k ďalšiemu vzdelávaniu, znížiť administratívnu a finančnú záťaž, a zároveň zabezpečiť kvalitnú a kontinuálnu zdravotnú starostlivosť pre pacientov. Vyzdvihli potrebu hľadať riešenia, ktoré by umožnili lepšiu rovnováhu medzi potrebou neustáleho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov a ekonomickými realitami ambulantného sektora, vrátane zavádzania flexibilnejších modelov vzdelávania, podpory digitálnych a diaľkových vzdelávacích formátov, alebo finančných kompenzácií za výpadok príjmov počas vzdelávacích aktivít.

„Slabá podpora vzdelávania sa, skôr zaťaženie v zmysle nepeňažných plnení. Pritom sú to podujatia, ktoré prebiehajú vo voľnom čase, počas víkendov“.

„Vzdelávanie zdravotníkov, ktoré sťažuje podmienky pre zamestnávanie mladých lekárov v ambulanciách výrazne limituje rozširovanie služieb ZZ. Nejasné pravidlá, nemožnosť využiť EU fondy pre súkromné ambulancie nás stavajú neschopnými čeliť konkurencii štátnych a oligarchických ZZ, ktoré si na rozdiel od nás okrem svojho kapitálu si môžu zažiadať aj o EU pomoc“.

4.2.6 Vzt'ahy so zdravotnými poisťovňami

4.2.6.1 Zmluvné podmienky a vykazovanie zdravotnej starostlivosti

Respondenti prieskumu sa vyjadrili k problémom, ktoré im vznikajú pri spolupráci so zdravotnými poisťovňami (ZP) a následnom vykazovaní zdravotných služieb (ZS). Podľa nich, základný problém sa týka možnosti odmietnutia zazmluvnenia konkrétného poskytovateľa ZS už v úvode zakladania prevádzky. Respondenti poukázali na to, že nemajú právny nárok ani istotu, že ich zdravotná poisťovňa skutočne za zmluvní, čo je povinné len v prípade všeobecných lekárov a pediatrov, ktorí majú v čase žiadosti uzavretú dohodu o poskytovaní ZS aspoň s jedným pacientom/poistencom. Pre odborné pracoviská a ambulancie takáto povinnosť neplatí, ak je minimálna sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (PZS) naplnená.

Ďalším významným problémom, ktorý respondenti zdôraznili, je jednostranná výhodnosť zmlúv v prospech ZP. Táto nevýhodnosť spočíva najmä v možnosti jednostranného započítania prípadných pohľadávok zo strany ZP, ktoré môžu byť pre poskytovateľov ZS likvidačné. Respondenti upozornili, že nemajú nad takýmito pohľadávkami kontrolu, často aj bez ohľadu na ich oprávnenosť. Zdôraznili tiež, že revízná a kontrolná činnosť poisťovní nemusí mať vždy reálny ani právny základ a že výklad revíznych pravidiel sa líši na regionálnej úrovni ZP.

Respondenti sa vyjadrili, že zdravotné poisťovne sa spoliehajú na svoje postavenie a silu a predpokladajú, že poskytovatelia zdravotných služieb sa nebudú súdiť a radšej akceptujú započítanie pohľadávky alebo zaplatia pokutu. Upozornili aj na to, že revízne pravidlá sa zo

strany ZP menia aj niekoľkokrát ročne a nie sú vždy jasné pre samotných poskytovateľov ZS, ktorí na tieto zmeny nie sú pravidelne školení.

Ďalej, respondenti sa vyjadrili k cenovým podmienkam v zmluvách, ktoré upravujú odmenu poskytovateľov ZS. Poukázali na to, že si tieto podmienky nie sú schopní vyjednať sami s ohľadom na reálne potreby a náklady svojich prevádzok. Respondenti zdôraznili, že jedinou možnosťou, ako sa vyhnúť spomenutým problémom, je nezmluvný vzťah s PZS, ktorý je legislatívne umožnený len špecializovaným pracoviskám, ale má priamy dopad na pacientov a poistencov ZP, ktorí sú diskriminovaní a za poskytovanie ZS si musia platiť v celom rozsahu.

„Vzťah poskytovateľov a zdravotných poisťovní nie je rovnocenný. Poskytovateľ nemá reálne právne prostriedky brániť sa voči výsledkom kontrolnej činnosti zdravotných poisťovní. Ak poisťovňa na základe výsledku kontrolnej činnosti uplatňuje voči poskytovateľovi náhradu škody alebo vrátenie plnenia a poskytovateľ odmietne platbu vrátiť z dôvodu, že zo zisteniami nesúhlasí, zdravotná poisťovňa si svoj „nárok“ započíta voči pohľadávke poskytovateľa za poskytnutú zdravotnú starostlivosť. Poskytovateľ má možnosť domáhať sa svojich práv žalobou, ale vzhľadom k tomu, že špecialisti nemajú istotu zmluvy a vzhľadom na dĺžku konania, je podanie žaloby v praxi len teoretickou možnosťou. Prax ukazuje, že je nevyhnutné, aby za účelom riešenia sporov, riešene spor poskytovateľ – zdravotná poisťovňa, bol zriadený nezávislý arbiter. U špecialistov je to hrozba nezazmluvnenia ambulancie zdravotnými poisťovňami. V prípade VŠZP je táto hrozba aktuálna aj, ak ide o prebratie existujúcej ambulancie“.

„Mimo nášho sektora vnímam viacero bizarných legislatívnych nezrovnalostí, napr. v príplatkových koeficientoch, či vyhláškach o sieti PZS, ktoré neboli v prípade ŠAS aktualizované od roku 2008, čo síce znamená, že legislatíva je, ale je proste neefektívna, čo následne zneužívajú ZP. Neochotou ZP zaradiť výkon a hrať ho, a to napriek certifikácií, a stovkám inštalácií naprieč EU. Dôvody ZP boli iracionálneho charakteru, primárne sa asi báli, že sa začnú robiť väčšie počty EKG, čo by spôsobilo vyššie náklady“.

„Vzhľadom k tomu, že zariadenie má zmluvy so zdravotnými poisťovňami, tak v prvom rade je to určite výkazníctvo voči zdravotným poisťovňam. Zdravotnú starostlivosť vykazujeme pri ošetrení každého pacienta pomerne veľkým množstvom kódov, ktoré zodpovedajú teda rôznym zdravotným výkonom, použitým pri vyšetrení a zároveň tieto kódy sa mnohokrát líšia medzi zdravotnými poisťovňami. Plus sa v priebehu roka menia podľa platných zmluvných dodatkov. V druhom rade, keďže zdravotnú starostlivosť vlastne vykazujeme až na konci mesiaca, tak mnohokrát sa nám stane, že v nasledujúcom mesiaci nám poisťovňa odmietne zdravotnú starostlivosť uznať, či už sa rozhodne, že nejde o správnu alebo akceptovateľnú kombináciu výkonov alebo podľa svojich záznamov konštatuje, že pacient už mal tento výkon realizovaný v časovom limite u iného poskytovateľa, čo my nemáme možnosť vedieť, takže v skratke vykážeme výkon AA, ktorý alebo urobíme a vykážeme výkon, ktorý nám následne nie je zaplatený“.

„Podnikanie je veľmi obmedzené, závislé hlavne od platieb poisťovní. V úvode pôsobenia na súkromnej ambulancii boli ešte limity zo strany poisťovní, čo bolo veľmi obmedzujúce“.

„Na otvorenie a spustenie chirurgickej či akejkoľvek ambulancie je potrebné mať zazmluvnené výkony, mať zmluvy s poisťovňami, aby vám výkony preplácali z balíka verejného zdravotníctva. Štátna poisťovňa, kde je jediný akcionár štát, je veľmi zraniteľná, nekonzistentná a nevyspytateľná organizácia, ktorá po každých voľbách a politických otrasoch mení smerovanie, rozhodovanie a plánovanie. Začali sme ako nezmluvná ambulancia, ktorá nemohla posilať poistených pacientov na rtg a iné svalzové výkony a ani im predpisovať lieky - veľký handicap voči konkurencii. Legislatívna prekážka, ktorá bráni nezmluvným

ambulanciám posielat' pacientov na SVALZ výkony a písať recepty. Je potrebné zadefinovať štandardné postupy a základný balík, na ktorý má poistenec nárok z verejného zdravotníctva a čo je už nadštandard. Nadštandardné služby sú potom plne v kompetencii poisťovní, ktoré ich môžu ponúkať a vytvárať ďalší zdroj financovania“.

„Ak nepracujem, teda neprídem do ambulancie, nedostávam od poisťovní žiadne kapitálne platby ako dostávajú všeobecní lekári a tým pádom nemám garanciu žiadneho príjmu v prípade, že budem napríklad práceneschopná, alebo ak vypadne zdravotná sestra. Považujem toto za veľmi nespravodlivé. Závidím všetkým kolegom, ktorí pracujú v odbore, kde si vedia dovoliť nemať zmluvy s poisťovňami“.

„Ako najzávažnejšiu prekážku vnímam reguláciu cien za ZS zo strany ZP a financovanie zo strany ZP, ktoré majú daný rozpočet na ŠAS zo strany vlády“.

„Keďže podnikám od r 1996, na začiatku som zažila chaos, postupne skôr zhoršenie stavu, objavili sa aj nátlaky od poisťovní. Myslím si, že cena výkonov nie je podľa zákona už viac rokov regulovaná(?), ale ZP svojim nátlakom nás nútia robiť pod nákladové ceny veľa a veľa rokov. Odmietajú zverejniť, koho nám vyhodili, aby sme nemohli žiadať úhradu od konkrétnych pacientov. Týka sa to hlavne výkonov, ktoré sú limitované. Otázkou ostáva, čo potom,(keď pacienta nevykážeme), s liekmi a ďalšími metodikami, tie podľa zákona musia ZP hradiť, ale oni si protiprávne vymysleli, že nemusia. Podobne u nezmluvných lekárov neuhradia ani akútneho pacienta ani akútnemu pacientovi lieky. Pozn. neviem, si predstaviť, že by mi ZP uhradila výkony, kde by bola dg. Zdravý človek. Je škandalózne, že keď náš pacient navštívi susedný štát, náš štát(ZP) mu uhradí lieky, ale keď ide k nezmluvnému poskytovateľovi u nás, tak nie“.

„Nákup drahých prístrojov, ktoré nie je možné splatiť z platieb od zdravotných poisťovní. Nízka cena bodu a nízke ceny výkonov“.

„Nakoľko ZP sú jedinými odberateľmi služieb je niekedy veľmi obťažné a problematické rokovanie resp. vyargumentovanie problémových častí. Nakoľko som predtým pôsobil v iných oblastiach mimo zdravotníctva môžem Vás ubezpečiť že tak nejasné a nejednoznačné právne predpisy som nezažil. S dôvodu častého neadekvátneho zasahovania zo strany revíznych lekárov a nejasných revíznych pravidiel v roku 2019,2020.2021.2022 len čiastočne zverejnených na webových sídlach a často v prikrcom rozpore so štátom garantovaným katalógom zdravotných výkonov. Zazmluvňovací proces ZP je zdĺhavý a komplikovaný. ZP zaradili do pohyblivej zložky plnenia elektronické prvky, ktoré musí PZS splniť! Pri revíznej kontrole je napríklad posudzované aj správne vedenie zdravotnej dokumentácie. Nakoľko pôsobím v zdravotníctve cca 20 rokov dodnes som nepochopil prečo nie je jednoznačne štruktúrovaný zdravotný dokument napr. ambulantný nález presne definovanou štruktúrou. To potom dovoľuje v rámci individuálnych kontrol zo strany ZP "voľný štýl vo výklade posudzovania správne vedenej dokumentácie, keď na jednej strane ste, ak lekár popri ID pacienta napíše nález v dĺžke 3 riadkov a niekomu nestačí ani 1 A4 nálezu. Rovnako je zdrvivúce ak ZP späťne 1-4 roky "vyškrtá" zdravotné výkony, ktoré boli už raz zrevidované cez IS poisťovne, ako aj revízneho lekára z komplikovane zdôvodneným výkladom porušenia vykazovania“.

„Mám zmluvnú ambulanciu. Cena za výkony je určená katalógom výkonov a neodráža realitu. Priestor na spoplatnené výkony je obmedzený jednak podmienkami poisťovní, ale aj samotnou podstatou vykonávanej činnosti, ak sa chce lekár venovať liečeniu pacientov, nemá čas sa venovať nezdravotníckym výkonom. Súkromné nezmluvné ambulancie nám ukazujú priepastný rozdiel medzi trhovou a zmluvnou cenou výkonov“.

„U nás si pacient veľmi ťažko zaplatí zdravotnú starostlivosť . Ísť do čisto nezmluvného vzťahu je takmer nereálne. To znamená, že sme naozaj limitovaný tým, že ceny prístrojov sú u nás minimálne tak drahé, ako sú ceny v Nemecku, Spojených štátoch, ale výška úhrady zo strany poistenia alebo pacienta je oveľa nižšia, to znamená ten ekonomický benefit je výrazne nižší. Ak by sme sa chceli dotiahnuť na krajiny vyspelého sveta, tak by ceny prístrojov museli ísť výrazne nižšie a výrazne by museli stúpnúť úhrady našich výkonov“.

„Vykazovanie na ZP je učenie sa pokus - omyl. Niekedy to vyzerá, že vás nútia do podnikania, ktoré nie je výnosné, ale vy podnikáte aj naďalej... Extrémny "socializmus"-neplacovia sú ošetrovaní rovnako, ako placovia, tí, čo si nič neodvážajú, tí, čo sa o seba nestarajú, napriek opakovaným výzvam lekára,... Chýba tam motivačná zložka, aby si ľudia platili, či priplácali na ZS“.

„Žiadosť o zazmluvnenie totiž môže podať až po splnení všetkých podmienok. V realite sa tak stáva, že sú poskytovatelia, ktorí nakoniec skončia odkázaní na priame platby pacientov, ako nezmluvné ambulancie alebo len čiastočne zmluvné. Ani samotné zmluvy so zdravotnými poisťovňami však nie sú finančnou istotou.

Jednostranne výhodné zmluvy so zdravotnými poisťovňami, ktoré je poskytovateľ nútený podpísať z pozície moci inštitúcie, ak chce poskytovať zdravotnú starostlivosť z verejného zdravotného poistenia. Tieto zmluvy umožňujú kedykoľvek a bez limitov, jednostranné započítanie akejkoľvek pohľadávky voči poskytovateľovi, bez ohľadu na jej oprávnenosť. Toto opatrenie je pre ambulancie neúmerným podnikateľským rizikom, ktoré nemá obdobu v iných podnikateľských odvetviach a je likvidačné.

Revízne pravidlá zdravotných poisťovní, ktoré umožňujú kedykoľvek počas roka svojou úpravou jednostranne regulovať objem vyplatených financií jednotlivým poskytovateľom, toto je pravidelne využívané a v prípade VŠZP, aj zneužívané. Jednoduchou úpravou revízneho pravidla, môžete poskytovateľovi mesačne beztretné znížiť obrát za už vykonanú prácu aj v tisícoch eur.

Neprehľadnosť revíznych pravidiel, ktoré sa menia príliš často spôsobujú časté chyby vo vykazovaní a následnú nutnosť vystavovania opravných dávok.

Pri prevádzkovaní ambulancie existuje v podstate len možnosť zmluvného vzťahu kedy ste odkázaný na nedostatočné platby zo zdravotných poisťovní alebo nezmluvný vzťah, čo je jediná zákonná možnosť na vyberanie úhrad od pacientov. V tomto prípade však pacient platí všetko, vrátane liekov a laboratórnych vyšetrení, hoci ich nevykonávané ako výkon vy, no indikovali ste ich ako nezmluvný lekár. Tým sú diskriminovaný aj pacienti. Nutná úprava legislatívy a zmluvných podmienok so ZP“.

4.2.7 Elektronizácia

4.2.7.1 Digitalizácia služieb a eZdravie

Hodnotenie úrovne digitalizácie v poskytovaní zdravotnej starostlivosti na Slovensku významne odráža názory respondentov, ktorí sa vyjadrili k súčasným výzvam a potrebným krokom smerom k jej zlepšeniu. Podľa respondentov je cieľom digitalizácie predovšetkým odbúranie administratívy, zvýšenie produktivity práce zdravotníckych pracovníkov a zlepšenie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Respondenti pozitívne hodnotia zavedenie eZdravia, pričom 40% z nich uviedlo na túto tému kladné ohlasy. Najpozitívnejšie sa na tému eZdravia vyjadrili respondenti z lekárenstva, ktorí vnímajú pozitívnu zmenu od digitalizácie preskripcie v ambulancii až po elektronický výdaj v lekární.

Napriek tomu respondenti poukazujú na nedostatky, akými sú nezapojenie sa subjektov do funkcionality pre zápis a zdieľanie výsledkov z laboratórnych vyšetrení a nedostatočné využívanie zhromaždených dát pre štatistiku a analýzy.

Z pohľadu respondentov predstavuje zavedenie systému eZdravia na Slovensku krok smerom k digitalizácii zdravotníctva, avšak zdôrazňujú, že jeho celý potenciál zatiaľ nie je plne využívaný. Poukazujú na potrebu zvýšiť využívanie dát zo zdravotných poisťovní na automatizáciu výkazníctva a odstraňovanie duplicitného zadávania údajov pre štatistické účely. Respondenti sa domnievajú, že rozvoj a implementácia nových elektronických služieb, ako je telemedicína, by mohol výrazne znížiť administratívnu náročnosť a zvýšiť efektivitu poskytovania zdravotnej starostlivosti. V rámci svojich návrhov, respondenti konkrétne navrhujú zavedenie určitých telemedicínskych služieb, medzi ktoré patria napr. virtuálne konzultácie medzi všeobecným lekárom a špecialistom (čo je v zahraničí bežné), monitorovanie na diaľku, lepšia integrácia s eZdravím a vzdialené vzdelávanie pre zdravotníckych pracovníkov. Tieto návrhy od respondentov svedčia o presvedčení, že integrácia telemedicínskych služieb do slovenského zdravotníckeho systému by mohla významne prispieť k jeho modernizácii a zvýšeniu efektivity. Zdôrazňujú, že je kľúčové, aby tieto služby boli navrhnuté a implementované s ohľadom na potreby a preferencie pacientov, ako aj na technické a profesionálne požiadavky zdravotníckych pracovníkov, aby telemedicína mohla účinne zlepšiť kvalitu a dostupnosť zdravotnej starostlivosti na Slovensku.

Respondenti vyjadrili zásadnú požiadavku bez ktorej sa nedá prekonať bariéra v implementácii nových postupov založených na digitalizácii a to, že tieto postupy bude potrebné adaptovať do zoznamu zdravotných výkonov a vyriešiť ich financovanie či už v rámci štandardu ale ako nadštandard.

„Jednoznačne eZdravie obrovským spôsobom posunulo poslednú prácu v našom ambulantnom sektore určite, pretože možnosť elektronickej komunikácie, zasielanie receptu to v tom vidím obrovský pokrok. Naozaj to uľahčilo aj pacientom aj lekárom, takže áno, to bola veľká inovácia.“

„Nakoľko išlo o inovatívne riešenie, ktoré malo za cieľ zjednodušiť a sprístupniť EKG vyšetrenia na báze AI, tak prekážky boli špecifické a ovplyvnené primárne:

Neochotou ZP zaradiť výkon a hradiť ho, a to napriek certifikácií, a stovkám inštalácií naprieč EU. Dôvody ZP boli iracionálneho charakteru, primárne sa asi báli, že sa začnú robiť väčšie počty EKG, čo by spôsobilo vyššie náklady.

Nakoľko digitalizácia a automatizácia EKG znamenala, že by bolo potrebné zmeniť postupy, vyžadoval sa súhlas odborných spoločností a aj keď HO MZ SR bol v tíme, ktorý vyvinul riešenie, VLD, nakoľko sú rozhádzaní do niekoľkých asociácií sa nevedeli dohodnúť a štátna VŠZP si kryla svoje riešenia a svojich poskytovateľov, aj keď boli výrazne menej efektívne.

Zo začiatku sme sa preto dohodli len so súkromnými ZP, čo bolo z pohľadu potrebných dát na dokázanie efektivity aj na Slovensku (čo bola síce blbosť, ale čo iné ostávalo).

Štátne nemocnice nemali vôbec žiadnu ochotu ani záujem ísť do pilótu, aj keď sme mali jasné dôkazy o úsporách aj benefite pre pacientov, preto sme sa obrátili na súkromných PZS, ktorí do toho “radi” šli“.

„Nevedela som o možnostiach – ponukách informačných systémov – dáva sa na základe skúsenosti. Vyhovovalo by mi, keby sa uskutočnila napríklad výstava informačných systémov, kde by som mohla vidieť viaceré súčasne“.

4.3 Vyhodnotenie prieskumu

Na základe podrobného vyhodnotenia výstupov z prieskumu je možné identifikovať komplexné prekážky a výzvy, s ktorými sa stretávajú malé a stredné podniky v sektore zdravotníctva na Slovensku. Tieto výzvy sú multifaktorálne a vzájomne prepojené, čo poukazuje na potrebu integrovaného a multidisciplinárneho prístupu k ich riešeniu.

4.3.3 Legislatívne a regulatívne prekážky

Legislatíva a regulácie v sektore zdravotníctva predstavujú významnú bariéru pre MSP. Časté zmeny, legislatívne nezrovnalosti a vysoká administratívna záťaž limitujú inovačný potenciál a rozvojové možnosti podnikov. Z analýzy vyplynulo, že existuje potreba stabilizácie legislatívneho prostredia a zefektívnenia komunikácie medzi podnikateľskými subjektmi a regulačnými orgánmi. Zdôrazňuje sa potreba vytvorenia jasnejších a prístupnejších legislatívnych rámcov, ktoré by podporovali transparentnosť a predvídateľnosť podnikateľského prostredia.

4.4 Finančné a ekonomické obmedzenia

Prístup k financovaniu je pre MSP v zdravotníctve obmedzený, a to najmä v prípade špecializovaných ambulancií, kde nie je možné jednoducho predpovedať obrát a teda bonitu ambulancie. Respondenti považujú za pozitívnu zmenu reformu v oblasti financovania primárnej starostlivosti, avšak zdôrazňujú potrebu zlepšenia podmienok pre financovanie a udržateľnosť podnikania v nedostatkových regiónoch.

4.4.3 Dostupnosť a kvalita pracovnej sily

Chronický nedostatok kvalifikovanej pracovnej sily je významnou prekážkou pre udržateľný rozvoj zdravotníctva. Je kľúčové zaoberať sa problematikou vzdelávania, špecializácie a zatraktívnenia pracovných podmienok pre zdravotnícky personál. Výzvy súvisiace s demografickými zmenami a emigráciou kvalifikovaných pracovníkov si vyžadujú komplexné riešenia vrátane zlepšenia pracovných podmienok a zvýšenia atraktivity zdravotníckych profesií.

4.4.4 Vzťahy so zdravotnými poisťovňami

Problematika zmluvných podmienok a vykazovania zdravotnej starostlivosti odhalila napätie medzi poskytovateľmi a zdravotnými poisťovňami. Jednostranné zmluvné podmienky a komplikované procesy vykazovania predstavujú významné administratívne a finančné zaťaženie pre MSP. Je potrebné hľadať cesty k vyváženejšiemu a spravodlivejšiemu vzťahom, ktoré by zohľadňovali potreby a možnosti oboch strán.

4.4.5 Elektronizácia a digitalizácia

Digitalizácia zdravotníctva ponúka mnohé príležitosti pre zefektívnenie procesov a zlepšenie kvality poskytovanej starostlivosti. Napriek pozitívnym ohlasom na zavedenie eZdravia, respondenti poukázali na nedostatky v integrácii a využívaní digitalizácie. Potrebujeme zintenzívniť úsilie o zlepšenie systémov elektronického zdravotníctva, zabezpečiť ich lepšiu dostupnosť a využitie v praxi, a podporovať rozvoj telemedicínskych služieb.

V závere je zrejmé, že prekážky a výzvy identifikované v prieskume si vyžadujú koordinovanú odpoveď zo strany štátu, odborníkov, zdravotníckych inštitúcií a samotných

podnikateľov. Integrácia návrhov na zlepšenie, ako sú reformy legislatívy, zlepšenie financovania, podpora vzdelávania a digitalizácia, by mohla výrazne prispieť k zlepšeniu podmienok pre podnikanie v sektore zdravotníctva na Slovensku.

ZÁVER

Zdravotníctvo predstavuje komplikovaný sektor. Ide o segment podnikania, v ktorom je veľká úloha štátu – či už v oblasti vlastníctva zdravotníckych zariadení alebo v prípade regulácie. Cieľom analýzy bolo poukázať na regulačnú záťaž malých a stredných podnikov pôsobiacich v zdravotníctve.

Dokázali sme, že rozsah MSP v zdravotníctve je značný. V prípade ambulancií sú všetky ambulancie malý alebo stredný podnik. Práve ambulancie predstavujú kľúčový prvok zdravotného systému. Značnú časť zdravotného systému v SR tvoria lekárne, ktoré sprístupňujú obyvateľstvu dôležitú komoditu – lieky. Lekárne sú taktiež zväčša MSP. Komplikovanejšie je to v prípade nemocníc, pričom v analýze sme zistili, že väčšina nemocníc patrí štátu a kľúčové nemocnice predstavujú veľké podniky. Ostatné menšie nemocnice sú vlastnené častokrát sieťovo, či v spolupráci miest a obcí. Z hľadiska MSP v sektore je dôležitý ešte sektor kúpeľníctva.

Ťažisko analýzy bolo zamerané na problematiku regulačnej záťaže súvisiacej so vstupom do podnikania, či zriadením prevádzky ale i samotnej prevádzky MSP s dôrazom na ambulantný sektor. V analýze sa nám podarilo poukázať na významné legislatívne bariéry, ktoré bránia jednoduchšiemu zakladaniu nových (najmä) ambulancií.

Novovznikajúce ambulancie musia čeliť niekoľkým zásadným problémom. Prvým je voľba zariadenia. Splnenie hygienických noriem, získanie adekvátneho počtu pacientov, či zdravotnej sestry je komplikované. Preto je cestou pre viacerých nových poskytovateľov odkup ambulancie, ktorý je však finančne veľmi náročný.

Prevádzka ambulancie je zložitá nielen z hľadiska hygienických, či prístrojových štandardov. Kľúčovým je problém financovania, ktoré je zo strany zdravotných poisťovní častokrát nízke. To sme dokázali na príklade pľúcnej ambulancie, kde preukazujeme, že cenník výkonov je nastavený nízko oproti skutočným potrebám ambulancie.

Ambulancie čelia nielen problémom s financovaním. Ďalšie problémy prináša nedotiahnutá elektronizácia zdravotníctva, nedostatkom kvalifikovanej pracovnej sily, zákonník práce a právne predpisy v oblasti podnikania ale tiež časté legislatívne zmeny a politické zásahy do systému zdravotníctva.

ODPORÚČANIA

Na základe vykonanej analýzy navrhujeme nasledovné odporúčania:

- **Získanie ďalších zdrojov do zdravotníctva** sa javí byť najdôležitejšie:
 - o **zavedením možnosti zdravotného pripoistenia** (napr. podľa vzoru Holandska);
 - o po zavedení jasnej definície, čo zahŕňa podľa ústavy SR bezplatná zdravotná starostlivosť – vytvoriť legislatívne jasne pravidlá pre **zavedenie poplatkov v zdravotníctve za nadštandard** (legalizovať a normatívne upraviť existujúci stav).
- **Zrušiť úhradovú vyhlášku:** Je nevyhnutné aby bola zo systému odstránená Vyhláška 100/2023 Z. z., ktorou sa ustanovuje percento určené pre jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti a minimálna celková suma z celkovej sumy výdavkov určenej na zdravotnú starostlivosť v rozpočte pre jednotlivé zdravotné poisťovne na rok 2023, ktorou MZ SR zabezpečuje distribúciu finančných zdrojov do konkrétnych segmentov zdravotnej starostlivosti. Úhradová vyhláška kriví trh a zároveň zabraňuje ZP reagovať na reálny dopyt svojich poistencov či rozvíjať podfinancované segmenty zdravotnej starostlivosti. Finančné prostriedky majú byť rozdelené na základe reálnych potrieb poskytovateľov, ktoré sú zároveň posilnené dopytom po ZS zo strany pacientov. Táto právomoc má byť v rukách ZP, ktoré sú zároveň najlepšie informované o reálnych potrebách ako zo strany poskytovateľov, tak pacientov. Zároveň by sa tak konečne otvoril priestor na relevantné jednania po financovaní jednotlivých segmentov zdravotníctva prostredníctvom ich zástupcov, čím by bola zabezpečená väčšia transparentnosť ale i efektivita využitia verejných zdrojov.
- **Zaviesť do praxe nový katalóg výkonov:** Máme za to, že jediným spravodlivým a zároveň **transparentným** prostriedkom, ktorý by relevantne dokázal vyriešiť súčasnú ako ekonomickú, tak personálnu situáciu v zdravotníctve je nový katalóg výkonov. Tento musí zároveň obsahovať aktuálne reálne ceny (musia byť jasne stanovené východiskové ceny a nie len body a bodové hodnoty) pričom pre tieto ceny je následne potrebné nastaviť pravidlá každoročnej valorizácie. Uvedenie nového katalógu výkonov do praxe otvorí možnosti spustenia nenásilnej reformy úhradových mechanizmov, spustenia ruky voľného trhu a tým čínom aj efektivity činností zdravotníckych zariadení. Zreálnenie cien výkonov umožní pomenovať a presne kvantifikovať objem finančných prostriedkov, ktoré momentálne vo verejných zdrojoch chýbajú a zodpovedať otázku „V akom finančnom rozsahu dokáže štát zabezpečiť bezplatnú ZS a koľko zdrojov je potrebné zabezpečiť prostredníctvom iných nástrojov“. Zároveň správne nastavenie metodiky v súvislosti s implementáciou katalógu umožní poskytovanie úplne bezplatnej ZS, tak ako ju dnes vníma občan, no ako ju v súčasnosti v podstate už nikto nepozná. /Nariadenie vlády 776 z roku 2004/.
- **Umožniť zavedenie nových typov zdravotných výkonov, ktoré zlepšia štandard poskytovania zdravotnej starostlivosti pre pacientov a zároveň znížia náklady na jej poskytovanie** – napr. zavedenie telemedicínskeho výkonu „konzultácia VLD – VLDD s ambulanciou špecialistu, pri ktorom by mohla konzultácia vyriešiť problém už na pracovisku všeobecného lekára a nemuselo by nasledovať ďalšie vyšetrenie na pracovisku ŠaS. Ušetril by sa čas pacienta a náklady na vyšetrenie u špecialistu.
- **Dôslednejšou implementáciou eZdravia** zaviesť efektívny kontrolný systém na odstránenie duplicitných SVALZ vyšetrení (kontrola v momente vytvárania

elektronickej žiadanky) alebo povinnosťou používať elektronické výmenné lístky kontrolovať nadužívanie špecializovanej ambulantnej starostlivosti. Toto však vyžaduje od štátu efektívnu kontrolu používania eZdravia na prevádzkach PZS.

Byrokratická a administratívna záťaž predstavuje ďalšie problémy, ktoré sektor zdravotníctva má. Za dôležité považujeme znižovanie byrokratickej záťaže v sektore zdravotníctva:

- **Redizajn par. 79 zákona 578/2004** – Zjednodušenie a sprehľadnenie spojené s obsahovou revíziou paragrafu, ktorý obsahuje vyše 100 povinností pre PZS (podrobnosti Príloha č. 1)
- **Úpravy zákona 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach** a o zmene a doplnení niektorých zákonov ako aj viacerých podzákonných noriem napr. Vyhlášky MZ SR č. 129/2012 Z. z. o požiadavkách na správnu lekárenskú prax.(podrobnosti Príloha č. 2)
- **Úpravy zákona č. 139/1998 Z.z. o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch** (podrobnosti Príloha č. 3)
- **Redukcia počtu štatistických hlásení a výkazov** o údaje, ktoré má rezort k dispozícii v rámci eZdravia a údajov zo zdravotných poisťovní (zoznam administratívnych povinností – Príloha č.X)
- **Zavedenie opatrení, umožňujúcich viesť zdravotnú dokumentáciu v elektronickej forme**
- **Zjednotiť vykazovanie výkonov do zdravotných poisťovní** - nastaviť pravidlá a kontrolné algoritmy tak, aby výkaz realizovaných zdravotných výkonov do zdravotnej poisťovne, ktorý týmto pravidlám vyhovie bol automaticky akceptovaný.
- **Zjednodušenie byrokratických postupov** - Vytvorenie koordinačného úradu pre lekárov, ktorí zakladajú novú ambulanciu. Tento úrad by administroval elektronické podávanie všetkých potrebných dokumentov a žiadostí na jednom mieste. Eliminovať by sa tak potreba opakovaného predkladania rovnakých dokumentov rôznym inštitúciám. Tento úrad by fungoval ako jediný kontaktný bod pre lekárov a zabezpečoval by komunikáciu medzi rôznymi inštitúciami (ministerstvo zdravotníctva, VÚC, RÚVZ, UDZS, Slovenská lekárska komora atď.).
- Nastavenie legislatívy týkajúcej sa predaja ambulancií: Prijat' legislatívne opatrenia, ktoré by pomohli stanoviť reálnu cenu predávanej ambulancie a súvisiace procesy.
- **Legislatívna úprava pri úhrade zdravotnej starostlivosti pacientom v nezmluvných ambulanciách** – úhrada SValZ , liekov a výkonov do sumy zmluvného poskytovateľa priamo poisťencovi prostredníctvom zdravotnej poisťovne. V tomto prípade je potrebná úprava legislatívy, presného indikovania objednávaní a uhrádzania SValZ výkonov. Máme za to, že aktuálne platná legislatíva je diskriminačná ako voči pacientom, ktorí majú nárok na úhradu z verejného zdravotného poistenia a vlastných zaplatených odvodov na primeranú ZS bez ohľadu na zmluvné vzťahy ambulancie a ZP.
- **Zrýchlené odpisovanie nehnuteľností a strojov a zariadení na výkon ambulantnej činnosti**, v prípade nehnuteľností umožniť okamžité odpisovanie

alebo výrazne skrátiť jeho dobu, napr. na 3 roky. Takáto zmena by výrazne uľahčila vznik nových ambulancií, ktoré sa dnes otvárajú len výnimočne s ohľadom na komplikované financovanie ako i na fakt, že neexistuje štátna podpora, ktorá by obsahovala vznik bežnej ambulancie bez ohľadu na potreby regiónu (umožniť v nedostatkových regiónoch, ktoré nemajú patientske krytie na dlhodobé udržanie ambulancie prevádzku ambulancie, ktorá môže byť súčasťou rodinného domu).

- **Zníženie sadzby DPH na stroje a zariadenie pre výkon ambulantnej činnosti**
- **Úprava výnosu MZ SR o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie** a materiálno - technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení Zrušenie povinnosti zdravotnej sestry a jej nahradenie praktickou sestrou, povoliť štatút zdieľanej sestry, explicitne upraviť možnosť zamestnávania administratívneho pracovníka pre účely výkazníctva a podporných činností (recepcia, objednávanie) – opatrenie v spolupráci s MPSVR – nezamestnaní vzdelaní ľudia hľadajúci prácu v administratíve.
- **Nastavenie legislatívy v súvislosti so stabilizáciou cien energií:** Zaradiť ambulantných poskytovateľov do regulovaného segmentu. Navrhujeme aby boli do regulovaného segmentu zaradené všetky zdravotnícke zariadenia, ako sú polikliniky ale aj súkromné zariadenia, ktoré vo svojich priestoroch prenajímajú minimálne 80% celkovej výmery poskytovateľom ambulantnej alebo inej zdravotnej starostlivosti. Návrh predstavuje najrýchlejšie a predovšetkým jediné efektívne a systémové riešenie, na ktorom sa zhodol celý ambulantný sektor. Väčšina ambulantných poskytovateľov by za štandardných okolností do regulovaného segmentu patrila na základe reálnej spotreby. Keďže sa však ambulancie vo väčšine prípadov nachádzajú v budovách veľkých polikliník či iných zdravotníckych alebo súkromných zariadeniach, nie sú majiteľmi jednotlivých odberných miest. Následkom toho nemajú svoje ordinácie vybavené meračmi spotreby, nevedia si energie obstarávať sami, ani žiadnym spôsobom ovplyvniť ich cenu, spotrebu, či dosiahnuť úsporu. Ceny energií majú zahrnuté v nájme fixnou čiastkou za meter štvorcový, bez ohľadu na to či fakturovaná cena za m² zodpovedá reálnej spotrebe alebo nie. Zaradenie do regulovaného segmentu by malo aj do budúcnosti ochrániť zraniteľné ambulancie od prudkého nárastu cien a zároveň zabrániť krachu a zatváraní ambulancií bez náhrady.
- **Zreálnenie legislatívnych povinností:** Je nevyhnutné aby sa všetky legislatívne povinnosti pre PZS nastavili v súvislosti s realitou a praxou. Všetky povinnosti, ako sú napríklad služby na APS či ich samotné umiestnenie v regiónoch, je potrebné upraviť k reálnym počtom potenciálne slúžiacich lekárov, pričom je nutné dodržiavať zákonník práce vo vzťahu k povinnostiam týchto lekárov. Ďalší z príkladov je vykonávanie obhliadok mŕtvych, ktoré má jednoznačne zabezpečovať patológ alebo príslušná externá spoločnosť, ktorá vysiela na obhliadky len zmluvne dohodnutých lekárov, ktorí sa pre túto činnosť rozhodli dobrovoľne.
- **Spolupráca so zdravotnými poisťovňami:** Zjednotenie revízných pravidiel vo všetkých troch ZP, ako i označenia a spôsobu vykazovania zdravotných výkonov (požadujú všetci PZS). Máme za to, že revízne pravidlá nie sú nástrojom efektívneho konkurenčného boja a motivácie poisťencov a ani ním nemajú byť, tak ako to tvrdia a argumentujú ZP. Konkurenčný boj o poisťenca zo strany ZP sa má odohrávať u poisťenca, napríklad prostredníctvom benefitov a nie

v ambulancii PZS. Navrhujeme túto povinnosť ZP upraviť príslušnou vyhláškou MZ SR.

- **Vytvorenie nezávislého arbitra** (napríklad v gescii ÚDZS) pre riešenie rozporov vyplývajúcich so zmlúv medzi poskytovateľmi ambulantnej starostlivosti a zdravotnými poisťovňami (najčastejšie rozpory bývajú pri výklade a zmenách revízných pravidiel).

Uvedené návrhy sú cielené na zlepšenie zdravotníckeho systému s ohľadom na MSP. Vychádzajú z výsledkov analýz, či už analýzy zákonov na jednej strane ako i z osobných rozhovorov na strane druhej. Podrobne uvádzame jednotlivé regulačné obmedzenia a možnosti ich riešenia v Tabuľke 31.

Tabuľka 31: Zoznam legislatívnych bariér v oblasti zdravotníctva identifikovaných analýzou s vplyvom na sektor MSP

Č.	Regulačná bariéra	Právny predpis	Popis bariéry	Vplyv na sektor	Možné riešenie
1	Právo občanov na bezplatnú zdravotnú starostlivosť	Ústava SR čl. 40	Článok 40 Ústavy SR stanovuje, že každý má právo na ochranu zdravia a na základe verejného zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon. Na Slovensku stanovuje rozsah zdravotnej starostlivosti, na ktorú majú občania bezplatne nárok na základe článku 40 Ústavy Slovenskej republiky, zákon č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.	Zákon je z roku 2004, jeho znenie nezodpovedá aktuálnemu stavu pokroku v zdravotníctve - čo sa týka možnosti inovatívnych zdravotných výkonov, personalizovanej medicíny a novo dostupných účinných látok	Exaktné vymedzenie rozsahu bezplatnej zdravotnej starostlivosti a legislatívna úprava financovania nadštandardnej zdravotnej starostlivosti
2	Diskriminácia podnikateľov v zdravotníckom sektore oproti iným sektorom	Ústava SR čl. 34	Tento článok by sa dal interpretovať ako základ pre férové podnikateľské podmienky, pretože stanovuje, že podnikanie je možné vykonávať len v rámci zákona, čo naznačuje, že zákony by mali byť aplikované rovnomerne a spravodlivo na všetkých podnikateľov bez ohľadu na oblasť ich podnikania.	Všetky vstupy pre podnikanie sú neregulované a plne podliehajú aktuálnemu vývoju ekonomiky - naproti tomu sú výstupy prísne regulované a neprispôsobujú sa zmenám vstupov	Zaviesť princíp, že štát garantuje kompenzáciu dopadov regulácie
3	Aktuálna legislatíva neobsahuje explicitné ustanovenia týkajúce sa prevodu vlastníctva zdravotníckych zariadení, vrátane ocenenia kmeňa pacientov	Zákon č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti	Vzhľadom na súčasný legislatívne neupravený stav sa komplikuje prevod ambulancií na nových prevádzkovateľov	Nedostatok ambulancií hlavne VLD a VLDD v niektorých regiónoch - bariéra pre vstup maldých lekárov	Začlenenie nového článku do zákona o zdravotnej starostlivosti alebo zákona o zdravotných poisťovniach, ktorý by explicitne riešil prevod vlastníctva zdravotníckych zariadení, vrátane metodiky ocenenia kmeňa pacientov.

	Pri zakladaní prevádzky PZS musí komunikovať s viacerými organizáciami a predkladať často duplicitné podklady (napríklad VŠ diplom lekára požaduje SLK, ÚDZS, VÚC, ZP)	Zákon č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti	Pri zakladaní prevádzky je potrebné komunikovať s SLK, VÚC/MZ SR, UVZ, UDZS, ktoré majú svoje postupy a lehoty a následne so zdravotnými poisťovňami	Byrokracia, bariéra pre vstup nových lekárov	Legislatívne vytvoriť jednotné komunikačného miesta, ktoré by celý proces koordinovalo a poskytovalo aj poradenskú činnosť. Ideálne by tam bolo zaradiť aj agendu NCZI - vydávanie preukazov ePZP
	Bezodkladne písomne informovať osobu o odstúpení od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a o dôvodoch odstúpenia od tejto dohody	Zákon 578/2004 par. 79 písm i	Aby odstúpenie od dohody bolo účinné musí by doručené druhej strane; povinnosť bezodkladne osobu informovať o odstúpení je logický a právny nezmysel	Byrokracia	Zrušiť povinnosť bezodkladne písomne informovať osobu
	Zabezpečiť zastupovanie v rozsahu povolenia počas dočasnej neprítomnosti a súčasne na viditeľnom mieste bezodkladne uviesť poskytovateľa, ktorý vykonáva zastupovanie a túto skutočnosť oznámiť príslušnému samosprávnemu kraju; uvedené sa nevzťahuje na poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti,	Zákon č. 578/2004 Z. z. § 79 písm. i)	Pri bežnej jednodňovej dočasnej neprítomnosti je nezmysel oznamovať to na VÚC	Byrokracia	Preformulovať nasledovne: „zabezpečiť zastupovanie v rozsahu povolenia počas dočasnej neprítomnosti a súčasne na viditeľnom mieste bezodkladne uviesť poskytovateľa, ktorý vykonáva zastupovanie a <u>ak neprítomnosť trvá viac ako deň túto</u> skutočnosť oznámiť príslušnému samosprávnemu kraju; uvedené sa nevzťahuje na poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti,
	Oznámiť spôsobom v mieste obvyklým dočasné pozastavenie alebo skončenie poskytovania zdravotnej starostlivosti,	Zákon 578/2004 par. 79 písm k	Vágna a nezmyselná povinnosť	Byrokracia	Zrušiť túto povinnosť

	Zabezpečiť - vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel na základe rozpisu úradu pre dohľad, poskytovať úradu pre dohľad potrebnú súčinnosť na zabezpečenie vykonávania prehliadok mŕtvych tiel podľa osobitného predpisu a nariaďovať pitvy podľa osobitného predpisu, ak ide o poskytovateľa všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti alebo poskytovateľa špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti,	Zákon 578/2004 par. 79 písm w	Prehliadky mŕtvych majú vykonávať patológovia	Práca nad rozsah	Zrušiť povinnosť vykonávať prehliadky mŕtvych
	Bezodkladne písomne informovať o schválení a potvrdení ordinačných hodín úrad pre dohľad a zdravotnú poisťovňu, s ktorou má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ak ide o zdravotnícke zariadenie, v ktorom sa poskytuje ambulantná zdravotná starostlivosť,	Zákon 578/2004 par. 79 písm z	Zbytočná povinnosť; poisťovne si túto povinnosť upravujú v zmluvách; pre UDZS je to zbytočná informácia	Byrokracia	Zrušiť túto povinnosť
	Poskytovať informácie ministerstvu zdravotníctva najneskôr do 28. februára nasledujúceho kalendárneho roka v súvislosti s poskytovaním cezhraničnej zdravotnej starostlivosti o poistencoch iného členského štátu Európskej únie, ktorým bola poskytnutá zdravotná	Zákon 578/2004 par. 79 písm zh	Komplikovaná byrokracia. Informácia sa dá získať aj iným spôsobom	Byrokracia	Zrušiť túto povinnosť

	starostlivosť v Slovenskej republike, v elektronickej podobe za predchádzajúci kalendárny rok, a to údaj o 1. počte poistencov z jednotlivých členských štátov Európskej únie, 2. tom, aká zdravotná starostlivosť sa im poskytla podľa jednotlivých zdravotných výkonov, 3. počte poistencov z iných členských štátov Európskej únie, ktorí zaplatili priamo poskytovateľovi a v akej výške, 4. počte poistencov z iných členských štátov Európskej únie, ktorým sa poskytla potrebná zdravotná starostlivosť 5. počte poistencov z iných členských štátov Európskej únie, ktorým sa poskytla zdravotná starostlivosť v plnom rozsahu, 6. počte poistencov z iných členských štátov Európskej únie, ktorým sa poskytla zdravotná starostlivosť so súhlasom inštitúcie, ktorá vykonáva sociálne zabezpečenie v inom členskom štáte Európskej únie				
	Zverejňovať na svojom webovom sídle informácie o možnostiach ošetrovania, dostupnosti, kvalite a bezpečnosti zdravotnej starostlivosti a o cenách	Zákon 578/2004 par. 79 písm zh	Zbytočné a vágne; nie je nám známe, že by takúto povinnosť mali iní podnikatelia, pokiaľ sa nejedná o prevádzkovateľov eshopu	Byrokracia	Zrušiť túto povinnosť

	zdravotných výkonov, ktoré poskytuje				
	Umiestniť na prístupnom a viditeľnom mieste vo vstupných priestoroch alebo v priestoroch čakárne zoznam zdravotných výkonov poskytovaných pri chorobe uvedenej v zozname chorôb, pri ktorých sa zdravotné výkony plne uhrádzajú alebo čiastočne uhrádzajú alebo sa neuhrádzajú na základe verejného zdravotného poistenia, a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktoré poskytovateľ poskytuje a pri ktorých môže požadovať úhradu podľa osobitných predpisov (ďalej len „zoznam zdravotných výkonov a služieb, pri ktorých možno požadovať úhradu“), ak ide o poskytovateľa, s ktorým má zdravotná poisťovňa uzatvorenú zmluvu podľa osobitného predpisu,	Zákon 578/2004 par. 79 písm zp	Ustanovenie znamená, že by mal mať poskytovateľ zverejnené všetky výkony z Katalóg výkonov, ktorá na ambulancii vykonáva; úplne zbytočná informácia pre pacienta, v praxi sa nevykonáva	Byrokracia	Zrušiť túto povinnosť

	an) poskytnúť pacientovi zdravotnú starostlivosť počas doplnkových ordinačných hodín najneskôr do 20 dní od objednania sa pacienta prostredníctvom informačného systému na objednávanie osôb prevádzkovaného národným centrom zdravotníckych informácií alebo informačného systému na objednávanie osôb, ktorý má overenie zhody,55e) ak ide o poskytovateľa, ktorý má určené doplnkové ordinačné hodiny, ao) poskytnúť pacientovi zdravotnú starostlivosť na základe odporúčania všeobecného lekára počas ordinačných hodín najneskôr do 20 dní od objednania sa prostredníctvom informačného systému na objednávanie osôb prevádzkovaného národným centrom zdravotníckych informácií alebo informačného systému na objednávanie osôb, ktorý má overenie zhody,55e) ak ide o poskytovateľa špecializovanej ambulantnej starostlivosti, ktorý má určené doplnkové ordinačné hodiny, ap) do 20. dňa kalendárneho mesiaca oznamovať v elektronickej podobe zdravotnej poisťovni poistenca, ktorému bola poskytnutá zdravotná	Zákon 578/2004 par. 79 písm an, ao, ap	Tieto ustanovenia spolu s reguláciou ceny bránia rozvoju doplnkových ordinačných hodín	Byrokracia	Zrušiť túto povinnosť
--	---	---	---	-------------------	------------------------------

	starostlivosť v predchádzajúcom mesiaci počas doplnkových ordinačných hodín alebo v rámci domácej starostlivosti na žiadosť osoby podľa osobitného predpisu,55jaw) informáciu o tomto poistencovi v rozsahu meno, priezvisko a rodné číslo, ak ho má poistenec pridelené, alebo bezvýznamové identifikačné číslo, alebo osobné identifikačné číslo poistenca iného členského štátu s bydliskom v Slovenskej republike a výkonoch, ktoré mu boli poskytnuté za predchádzajúci kalendárny mesiac,				
--	--	--	--	--	--

	Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o minimálnych požiadavkách na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta stanovuje komplikovaný systém kritérií, ktoré sa vzťahujú na všetky sektory poskytovania zdravotnej starostlivosti a pre ambulantný sektor je príliš komplikovaná	Vyhlášky MZ SR č. 444/2019 Z.z	Pre ambulantný sektor je to príliš komplikovaná a administratívne náročná legislatíva	Byrokracia	Zjednodušenie minimálnych požiadaviek na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta u poskytovateľa ambulantnej zdravotnej starostlivosti - ideálne u ambulantného sektora úplne vypustiť
	Zdravotnú starostlivosť poskytovanú počas doplnkových ordinačných hodín uhrádza osoba podľa cenníka všetkých zdravotných výkonov, ktoré poskytuje poskytovateľ. Úhrada osoby za poskytnutú zdravotnú starostlivosť počas doplnkových ordinačných hodín za jednu návštevu nemôže presiahnuť 30 EUR	Zákon 576/2004 par. 2 odstavec 3	Stanovená cena je príliš nízka a preto sa doplnkové ordinačné hodiny nepoužívajú	Regulácia	Odstrániť alebo navýšiť cenový strop za poskytnutie zdravotnej starostlivosti počas doplnkových ordinačných hodín
	Vyžadovanie stanovisko obce k začatiu činnosti ako povinnej náležitosti žiadosti o vydanie povolenia podľa § 8 ods. 3 písm. e) zákona č. 139/1998 Z.z. o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch	Zákon č. 139/1998 Z.z. o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch, § 8 ods. 3 písm. e	Duplicitná povinnosť vo vzťahu k viacerým orgánom	Byrokracia, Regulácia	Odstrániť požiadavku
	Časté novelizácie zákona o liekoch:	Zákon č. 363/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach	Zákon č. 363/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach bol novelizovaný približne 17-krát, čo predstavuje novelu každých približne 250 dní.	Táto frekvencia zmeny legislatívy pre podnikateľov vytvárať neistotu a zvyšuje náročnosť na adaptáciu na nové regulačné požiadavky .	Stabilizácia legislatívy

	Na Slovensku, podľa § 42 ods. 1 až 3 zákona č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia, nemôže byť poistencovi uhradená zdravotná starostlivosť poskytnutá nezmluvným poskytovateľom, pokiaľ nebola táto starostlivosť vopred schválená zdravotnou poisťovňou	Zákon č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia	Toto ustanovenie prakticky znemožňuje prevádzkovať nezmluvnú ambulanciu z dôvodu, že pacient nezmluvného PZS si musí okrem platieb za samotné výkony uhrádzať aj všetky súvisiace vyšetrenia (napr. laboratórne, SVALZ) a lieky predpísané nezmluvným lekárom. Pre pacienta, ktorý si platí zdravotné poistenie je to diskriminačné a z logiky vecí by mu mala ZP túto zdravotnú starostlivosť následne refundovať v rozsahu, ako uhrádza zmluvným poskytovateľom.	Diskriminácia pacientov, ktorí si platia zdravotné poistenie	Upraviť legislatívu tak, aby si pacient mohol u ZP nárokovať na úhradu liečby u nezmluvného PZS v rozsahu, ako ZP platia zmluvným PZS, minimálne však v rozsahu preplácanie liekov, zdravotníckych pomôcok a vyšetrení indikovaných nezmluvným PZS
	Nemožnosť kompletného vedenia zdravotnej dokumentácie v elektronickej forme z dôvodu, že nie je implementovaný systém pre elektronické podpisy pacientov	Zákon 576/2004 o zdravotnej starostlivosti a službách ..par. 19 -25	Zákon umožňuje vedenie zdravotnej dokumentácie v elektronickej forme v EZK. Technicky nie je umožnené do elektronickej dokumentácie zaradiť dokumenty u ktorých sa vyžaduje podpis pacienta - dôsledkom tohto stavu je potreba tieto dokumenty archivovať v papierovej forme	Rozsiahla administratíva, vyššie náklady na kancelársky materiál a priestor	Legislatívne a technicky vyriešiť systém pre elektronické podpisy pacientov
	Vysoká miera administratívnej náročnosti pri vytváraní žiadaniek na vyšetrenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek	Zákon 153/2011 Z.z- o národnom zdravotníckom informačnom systéme par. 5 odst 1b	Záznam žiadanky na vyšetrenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek vrátane popisu vzorky je podľa zákona súčasťou elektronickej zdravotnej dokumentácie vedenej v EZK. V rámci eZdravia nie je táto problematika štandardizovaná a vo veľkej miere ani implementovaná. Tento stav spôsobuje, že PZS využívajú množstvo rôznych systémov vytvorených na pracoviskách SVALZ - čo má vplyv na rozsah administratívy a funkcionality	Rozsiahla administratíva, nevytvárajú sa na národnej úrovni prepojenia žiadanky a výsledkov,	Systémové riešenie problému je zaviesť elektronizáciu žiadaniek na národnej úrovni a sprístupniť prostredníctvom eZdravia

	Ekonomika PZS nie je postavená na reálnom ocenení poskytovaných zdravotných výkonov s pravidelným každoročným prehodnocovaním alebo naviazaním na infláciu	Nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov	Vláda svojim nariadením 776 z 15.12.2004 vydala Katalóg zdravotných výkonov. Jedná sa len o zoznam bez prvotného ocenenia. Tento 20 rokov starý katalóg nevytvára podmienky pre ekonomicky predvídateľné podnikanie v zdravotníctve	Nepredvídateľnosť a neprehľadnosť podmienok na podnikanie v zdravotníctve	Pripraviť novelizáciu legislatívy, ktorá bude obsahovať aktualizovaný Katalóg zdravotných výkonov, ich nacenenie a metodiku podľa ktorej sa bude Katalóg pravidelne aktualizovať. Výkony treba oceniť finančne nie bodovou hodnotou.
	Nedostatočný rozsah Katalógu zdravotných výkonov	Nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov	Katalóg výkonov nie je adekvátny pokroku v medicíne v posledných rokoch. Obmedzuje rozsah poskytovania zdravotnej starostlivosti použitím nových postupov napríklad v telemedicíne, ktoré umožňujú efektívnejšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti	Zvýšenie produktivity práce, skvalitnenie zdravotnej starostlivosti, zvýšenie komfortu pre pacientov	Rozšíriť Katalóg zdravotných výkonov o výkony založené na nových technológiách, AI, telemedicíne
	Nedostatok zdravotných sestier	Výnos č.44/2008 MZ SR o minimálnom personálnom a materiálnom vybavení zdravotníckych zariadení	Výnos č.44/2008 MZ SR stanovuje pre jednotlivé ambulancie minimálne personálne vybavenie lekár a sestra - sestier je nedostatok - blokuje to prevádzku ambulancií	Blokovanie prevádzky ambulancií	Zrušenie povinnosti zdravotnej sestry a jej nahradenie praktickou sestrou, povoliť štatút zdieľanej sestry, explicitne upraviť možnosť zamestnávania administratívneho pracovníka pre účely výkazníctva a podporných činností (recepčia, objednávanie)

	Komunikácia so ZP	Zákon 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov	Komplikované revízne pravidlá ZP - každá ZP má svoj spôsob označovania a vykazovania zdravotných výkonov, čo komplikuje organizáciu práce PZS	Rozsiahla administratíva, neprehľadnosť	Vyhláškou MZ SR zjednotiť revízne pravidlá vo všetkých troch ZP, ako i označenia a spôsob vykazovania zdravotných výkonov
	Nevyváženosť vzťahu medzi ZP a PZS	Zákon 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov	Vzťah poskytovateľov a zdravotných poisťovní nie je rovnocenný. Poskytovateľ nemá reálne právne prostriedky brániť sa voči výsledkom kontrolnej činnosti zdravotných poisťovní. Ak poisťovňa na základe výsledku kontrolnej činnosti uplatňuje voči poskytovateľovi náhradu škody alebo vrátenie plnenia a poskytovateľ odmietne platbu vrátiť z dôvodu, že zo zisteniami nesúhlasí, zdravotná poisťovňa si svoj „nárok“ započíta voči pohľadávke poskytovateľa za poskytnutú zdravotnú starostlivosť. Poskytovateľ má možnosť domáhať sa svojich práv žalobou, ale vzhľadom k tomu, že špecialisti nemajú istotu zmluvy a vzhľadom na dĺžku konania, je podanie žaloby v praxi len teoretickou možnosťou	Diskriminácia PZS	Za účelom riešenie sporov, poskytovateľ – zdravotná poisťovňa, zriadiť Vyhláškou MZ SR inštitút nezávislého arbitra (napr. pod gesciou UDZS)

	Veľké množstvo administratívnych úkonov	Zákon 576/2004 o zdravotnej starostlivosti a službách , Zákon 355/2007 Z.Z o o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia Zákon č. 580/2004 Z. z o zdravotnom poistení , Zákon č. 576/2004 Z. z. v časti o zdravotnej dokumentácii, Zákon č. 153/2013 Z. z o NZIS	PZS majú legislatívnu povinnosť vytvárania veľkého množstva administratívnych úkonov vo forme hlásení, výkazov, výpisov, potvrdení, žiadostí .. pre organizácie rezortu, pacientov a tretie strany - čo odčerpáva značnú kapacitu PZS	Administratíva, Byrokracia	Konzekventne doriešiť audit administratívnej náročnosti PZS a redukovať počet vyžadovaných administratívnych úkonov. Úkony, ktoré nebude možné zrušiť prioritne nahrádzať extrakciou údajov z NZIS alebo zavádzaním nových elektronických služieb
--	---	---	---	----------------------------	---

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

1. Ambulantná starostlivosť. Encyklopédia Beliana – slovenská všeobecná encyklopédia (sav.sk). – <https://beliana.sav.sk/heslo/ambulantna-starostlivost>
2. American Economic Association. JEL Classification System / EconLit Subject Descriptors. <https://www.aeaweb.org/econlit/jelCodes.php>. Accessed 25 Oct 2017.
3. časopis Zdravotnícky denník. – Zdravotníctvo bude mať 8,9 miliardy eur k dispozícii v roku 2024, je to o 807 miliónov eur viac ako v roku 2023. – 12.12.2023: <https://zdravotnickydennik.sk/2023/12/zdravotnictvo-bude-mat-89-miliardy-eur-k-dispozicii-v-roku-2024-je-to-o-807-milionov-eur-viac-ako-v-roku-2023/#:~:text=V%C3%BDdavky%20na%20verejn%C3%A9%20zdravotn%C3%A9%20poistenie,p%C3%B4jde%20%2C67%20miliardy%20eur.>
4. Databáza Eurostatu. – <https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/data/statistical-themes>.
5. databázy FinStat: <https://finstat.sk/>
6. Demografická situácia a prognózy demografického vývoja v Slovenskej republike | V4 Age Management. – <https://www.v4agemanagement.eu/slovak-republic/demograficka-situacia-a-prognozy-demografickeho-vyvoja-v-slovenskej-republike/>
7. Efektívnosť slovenského zdravotníctva meraná metódou DEA (roky 2000 – 2020). Október 2023. – PhD. Peter Pažitný, PhD. Daniela Kandilaki, MSc. Ing. Ľubica Löffler, MUDr. Rudolf Zajac. – www.healthcareconsulting.sk.
8. Elektronické materiály k Workshopu 1: Prevencia a ambulantný sektor.- Martin Smatana, Michal Štofko. Dáta od ZP, publikované IZP v roku 2020; Michal Páleník a kol: Vplyv starnutia na zdravotnícky systém Slovenska–Prognóza dopytu a ponuky do roku 2030. ISBN: 978-80-223-5149-2.
9. Elektronické materiály NCZI. – Kúpeľňa starostlivosť v SR: https://www.nczisk.sk/Statisticke_vystupy
10. Elektronické materiály NCZI: Sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti Slovenskej republiky 2022.pdf. – http://www.nczisk.sk/Statisticke_vystupy/Tematicke_statisticke_vystupy
11. Elektronické materiály. – Výkazy E (MZ SR) 1-04, E (MZ SR) 2-01, E (MZ SR) 3-12 o ekonomike organizácií v zdravotníctve, NCZI
12. Eurostat Database and OECD Health Statistics 2023. – <https://stat.link/bdo90r>
13. Healthcare Readiness Index 2022 handout. – Globsec 2023 Bratislava Forum. – www.globsec.org
14. https://datacube.statistics.sk/#!/view/sk/VBD_SLOVSTAT/nu2020qs/v_nu2020qs_00_00_00_sk. Údaje za rok 2021 aktualizované podľa ŠÚ SR.

15. Chaloupka FJ, Straif K, Leon ME. Effectiveness of tax and price policies in tobacco control. *Tobacco Control*. 2011; 20:235 – 8.
16. IHME (2020), Global Health Data Exchange (odhady za rok 2019)
17. Kivimäki M, Jokela M, Nyberg ST, Singh-Manoux A, Fransson EI, Alfredsson L, Bjorner JB, Borritz M, Burr H, Casini A. Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: a systematic review and meta-analysis of published and unpublished data for 603 838 individuals. *Lancet*. 2015; 386(10005):1739–46.
18. Kondo N, Sembajwe G, Kawachi I, van Dam RM, Subramanian S, Yamagata Z. Income inequality, mortality, and self rated health: meta-analysis of multilevel studies. *BMJ*. 2009; 339:b4471.
19. Malé a stredné podnikanie v číslach v roku 2021, Bratislava – analýza SBA
20. Memorandum o spolupráci medzi Ministerstvom financií Slovenskej Republiky a Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej Republiky. – <https://www.mzsr.sk/>
21. Morgan, D. and C. James (2022), “Investing in health systems to protect society and boost the economy: Priority investments and order-of-magnitude cost estimates”, OECD Health Working Papers, No. 144, OECD Publishing, Paris. – <https://doi.org/10.1787/d0aa9188-en>.
22. Odhady sekretariátu OECD, 2023. – <https://stat.link/uh51am>
23. OECD (2020), OECD Risks That Matter Survey, OECD, Paris, <https://www.oecd.org/social/risks-that-matter.htm>.
24. OECD (2022), OECD Economic Outlook, Interim Report September 2022 : Paying the Price of War, OECD Publishing, Paris. – <https://doi.org/10.1787/ae8c39ec-en>.
25. OECD (2023), “Health care financing in times of high inflation”, OECD, Paris, <https://www.oecd.org/health/Health-care-financingin-times-of-high-inflation.pdf>.
26. OECD (2023), The COVID-19 Pandemic and the Future of Telemedicine, OECD Publishing, Paris. – <https://doi.org/10.1787/ac8b0a27-en>.
27. OECD estimate for 2022. 2. 2021 data. 3. 2020 data. Source: OECD Health Statistics 2023; WHO Global Health Expenditure Database.: - <https://stat.link/5tof4d>
28. OECD Health Statistics 2023, OECD Historical Population Data and Projections (1950-2060) database. – <https://stat.link/ctk9vs>
29. OECD Health Statistics 2023; WHO Global Health Expenditure Database. – <https://stat.link/m6pzqb>
30. OECD Health Statistics and OECD Secretariat estimates, 2023. – <https://stat.link/46vyi1>
31. OECD vydala publikáciu Health at a Glance OECD Indicators. – <https://www.health.gov.sk/Clanok?oecd-sprava-health-glance-indicators>

32. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Slovensko: Zdravotný profil krajiny 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
33. OECD/Eurostat (2012), Eurostat-OECD Methodological Manual on Purchasing Power Parities (2012 Edition), OECD Publishing, Paris, - <https://doi.org/10.1787/9789264189232-en>.
34. Oficiálna webová stránka Ministerstvo financií Slovenskej Republiky. – Ekonomické prognózy: <https://www.mfsr.sk/sk/financie/institut-financnej-politiky/ekonomicke-prognozy>
35. Oficiálna webová stránka Ministerstvo financií Slovenskej Republiky. – <https://www.mfsr.sk/sk>
36. Oficiálna webová stránka Národné centrum zdravotníckych informácií (NCZI): https://www.nczisk.sk/Statisticke_vystupy
37. Oznámenie č. 7613/2023, spis č. 8084/2023/977 výšky podielu poistencov jednotlivých zdravotných poisťovní na celkovom počte poistencov na základe definitívnych počtov poistencov k 01.01.2023. - úrad/CRP
38. Poskytovatelia lekárenskej starostlivosti viete aké sú požiadavky na správnu lekárenskú prax?. – Mgr. Lenka Kavarníková, 30.9.2022: <https://www.medipravník.sk/pravne-clanky/poskytovatelia-lekarenskej-starostlivosti-viete-ake-su-poziadavky-na-spravnu-lekarensku-prax-1407/>
39. Prerozdeľovací mechanizmus. Férovejšia distribúcia zdrojov. – Inštitút zdravotnej politiky. – <https://www.health.gov.sk/?izp-analyzy>
40. Reeves A, Stuckler D, McKee M, Gunnell D, Chang S-S, Basu S. Increase in state suicide rates in the USA during economic recession. *Lancet*. 2012;380(9856):1813–4.
41. Revízia výdavkov na zdravotníctvo aktualizácia, september 2022. – Ministerstvo Financíí SR, Ministerstvo zdravotníctva SR
42. Ročný výkaz o počte a štruktúre pracovníkov v zdravotníctve M (MZ SR) 1-01, Ročný výkaz o počte a štruktúre štátnych zamestnancov v zdravotníctve M (MZ SR) 4-01, NCZI
43. Scenár postupnej zmeny: <https://www.health.gov.sk/?izp-analyzy>
44. Schoeni RF, House JS, Kaplan GA, Pollack H. Social and economic policies as health policy: moving toward a new approach to improving health in America. Michigan: National Poverty Center, Ford School of Public Policy; 2009.
45. Sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti Slovenskej republiky 2022: https://www.nczisk.sk/Statisticke_vystupy – NCZI, december 2023.
46. Slovensko je v pripravenosti zdravotníckych systémov tretie najhoršie v Európe, zaostáva už len Rumunsko a Bulharsko. – Globsec Ideas shaping the world. 29.05.2023:

<https://www.globsec.org/what-we-do/press-releases/slovensko-je-v-pripravenosti-zdravotnickych-systemov-tretie-najhorsie-v>

47. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*. 2009;374(9686):315–23.
48. Stuckler D, King L, McKee M. Mass privatisation and the post-communist Stuckler D, King L, McKee M. Mass privatisation and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis. *Lancet*. 2009;373(9661):399–407.
49. Stuckler D, King LP, Basu S. International Monetary Fund programs and tuberculosis outcomes in post-communist countries. *PLoS Med*. 2008;5(7):e143.
50. Systém zdravotnej starostlivosti a jeho financovanie na Slovensku. – UTV, október 2023, Viera Švihrová – spracovanie podľa MZ SR
51. UDZS jún 2023. – Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2022
52. Ústavný zákon č. 460/1992 Zb. Ústava Slovenskej republiky. – <https://www.zakonypreludi.sk/zz/1992-460>
53. Výbor pre daňové prognózy. 75 zasadnutie. – December 2023. – <https://www.mfsr.sk/sk/financie/institut-financnej-politiky/o-institute/o-institute.html>
54. Výpočty založené na základe odhadov OECD na rok 2022. Miery rastu a časové obdobia mohli byť upravené tak, aby sa zohľadnili prerušenia v rade. Zdravotná štatistika OECD 2023. – <https://stat.link/rqlj9k>
55. WHO, Press research, BCG
56. Zákon č. 577/2004 Z.z. – Zákon o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti: <https://www.zakonypreludi.sk/zz/2004-577>
57. Zdravotnícke noviny č.7. – Jediný odborný týždenník pre lekárov a farmaceutov na Slovensku, 15 február 2024

PRÍLOHY

Príloha č.1 - Redizajn par. 79 zákona 578/2004

Zjednodušenie a sprehľadnenie spojené s obsahovou revíziou paragrafu, ktorý obsahuje vyše 100 povinností pre PZS:

V § 79 ods. 1 zákona č. 578/2004 vypustiť:

- v písm. g) spojenie: a uverejnenie na webovom sídle poskytovateľa, ak ho má zriadené, - nepoznám iného podnikateľa, ktorý je povinný zverejňovať cenník služieb na webe
- písm. i) – aby odstúpenie od dohody bolo účinné musí by doručené druhej strane; povinnosť bezodkladne osobu informovať o odstúpení je logický a právny nezmysel
- písm. j) preformulovať nasledovne: „zabezpečiť zastupovanie v rozsahu povolenia počas dočasnej neprítomnosti a súčasne na viditeľnom mieste bezodkladne uviesť poskytovateľa, ktorý vykonáva zastupovanie a ak neprítomnosť trvá viac ako deň túto skutočnosť oznámiť príslušnému samosprávnemu kraju; uvedené sa nevzťahuje na poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti,
- písm. k) – vágne, zbytočné
- písm. w) – prehliadky mŕtvych majú vykonávať patológovia
- písm. z) – zbytočná povinnosť; poisťovne si túto povinnosť upravuje v zmluvách; pre UDZS je to zbytočná informácia
- písm. zh) – komplikovaná byrokracia
- písm. zj) – zbytočné a vágne; nepoznám, že by takúto povinnosť mali iní podnikatelia, pokiaľ sa nejedná o prevádzkovateľov eshopu;
- písm. zp) – ustanovenie znamená, že by mal mať poskytovateľ zverejnené všetky výkony z Katalóg výkonov, ktorá na ambulancii vykonáva; úplne zbytočná informácia pre pacienta, v praxi sa nevykonáva
- písm. zq) nadväzuje na písm. zp)
- písm. an), ao), ap) – ustanovenia spolu s reguláciou ceny bránia rozvoju doplnkových ordinačných hodín

V §2a zákona č. 576/2004 Z.z. zrušiť cenovú reguláciu ceny vyšetrenia počas doplnkoch ordinačných hodín, resp. minimálne zvýšiť hornú hranicu z 30,- € na 100, -€.

Zjednodušenie minimálnych požiadaviek na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta u poskytovateľa ambulantnej zdravotnej starostlivosti – vyhlášky MZ SR č. 444/2019 Z.z. - ideálne úplne vypustenie ambulancií

Príloha č.2 - Úpravy zákona 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov ako aj viacerých podzákonných noriem napr. Vyhlášky MZ SR č. 129/2012 Z. z. o požiadavkách na správnu lekárenskú prax.

Zrušenie:

- a) požiadavky súhlasného posudku Štátneho ústavu pre kontrolu liečiv na materiálne a priestorové vybavenie a personálne zabezpečenie žiadateľa o povolenie na zaobchádzanie s humánnymi liekmi ako povinnej náležitosti žiadosti o vydanie povolenia podľa § 6 odsekov 1 až 4 zákon č. 362/2011 Z. z. za súčasného definovania splnenia materiálneho a priestorového vybavenie a personálneho zabezpečenia žiadateľa o povolenie ako podmienky na vydanie povolenia, ktorej splnenie bude skúmať priamo orgán príslušný na vydanie povolenia
- b) požiadavky záväzného stanoviska obce ako povinnej súčasti žiadost' o vydanie povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti
- c) požiadavky dokladu o odbornej spôsobilosti žiadateľa, alebo jeho odborného zástupcu

Odôvodnenie

Ad a)

Podmienky materiálneho a priestorového vybavenia a personálneho zabezpečenia držiteľov povolení na zaobchádzanie s liekmi a so zdravotníckymi pomôckami sú predmetom právnej úpravy tak zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov ako aj viacerých podzákonných noriem napr. Vyhlášky MZ SR č. 129/2012 Z. z. o požiadavkách na správnu lekárenskú prax.

Vo vzťahu k povoleniu na poskytovanie lekárenskej starostlivosti vo verejnej lekární a v pobočke verejnej lekárne (ďalej len „lekáreň“):

Žiadosť o vydanie povolenia podáva žiadateľ samosprávnemu kraju príslušnému podľa miesta výkonu činnosti s tým, že povinnou prílohou žiadosti sú aj:

- **vo vzťahu k personálnemu obsadeniu:**
 - o doklad o odbornej spôsobilosti žiadateľa alebo jeho odborného zástupcu
 - o licencia na výkon povolania žiadateľa, alebo licencia na výkon činnosti odborného zástupcu vydávaná Slovenskou lekárnickou komorou a pracovná zmluva odborného zástupcu, okrem prípadu, ak je odborný zástupca aj štatutárnym orgánom žiadateľa o povolenie alebo členom štatutárneho orgánu žiadateľa o povolenie
- **vo vzťahu k priestorovému vybaveniu:**
 - o doklady preukazujúce existenciu právneho vzťahu oprávňujúceho žiadateľa užívať priestory alebo doklad o vlastníctve priestorov,
 - o doklad o uvedení priestorov do prevádzky (RÚVZ)
- **vo vzťahu k materiálnemu a priestorovému vybaveniu a personálne zabezpečeniu:**
 - o súhlasný posudok štátneho ústavu na materiálne a priestorové vybavenie a personálne zabezpečenie žiadateľa o povolenie na zaobchádzanie s humánnymi liekmi a so zdravotníckymi pomôckami.

- **vo vzťahu k prevádzke zdravotníckeho zariadenia**
- o záväzné stanovisko obce k začatiu činnosti

Pričom podčiarknuté doklady navrhujeme **vypustiť, keďže**

- vo vzťahu k materiálnemu a personálnemu zabezpečeniu sa vyžaduje pri predložení žiadosti orgánu príslušnému na vydanie povolenie predkladať posudku iného orgánu, z ktorého vyplývajú rovnaké skutočnosti ako je povinný skúmať z vlastnej činnosti aj orgán príslušný na vydanie povolenia,
- je efektívnejšie, aby orgán príslušný na vydanie povolenia splnenie všetkých podmienok vo vzťahu k materiálnemu a priestorovému vybaveniu a personálne zabezpečeniu skúmal priamo sám bez potreby závislosti od ich posúdenia iným orgánom,
- tým dôjde k zníženiu administratívnej záťaže všetkých účastníkov konania, k hospodárnosti konania s vydávaním povolenia spojeného, nakoľko v jednom konaní jedného orgánu sa preskúma splnenie všetkých podmienok na vydanie povolenia,
- zároveň dôjde aj ku skráteniu celého procesu s vydaním povolenia spojeného a tým aj zvýšením dostupnosti zdravotnej starostlivosti pre pacienta.

Ad b)

Podľa § 6 ods. 6 písm. i) zákon č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach, žiadosť o vydanie povolenia, musí obsahovať záväzné stanovisko obce k začatiu činnosti, ktorá je uvedená v žiadosti o vydanie povolenia, pričom nie jej určené, že sa musí jednať o súhlasné stanovisko s tým, že uvedená požiadavka predstavuje ojedinelú situáciu na poli poskytovania zdravotnej starostlivosti v právnom poriadku SR.

Už rozhodnutím Krajského súdu v Nitre vo veci sp. zn. 23Sa/52/2018 zo dňa 28. 12. 2018 bolo konštatované, že obce pri výkone samosprávy a pri prenesenom výkone štátnej správy nesmú zjavnou podporou zvýhodňujúcou určitého podnikateľa alebo iným spôsobom obmedzovať súťaž, a zároveň vydaním nesúhlasného stanoviska vo vzťahu k začatiu výkonu činnosti lekárenskej starostlivosti dochádza aj k obmedzeniu počtu podnikateľov prevádzkujúcich poskytovanie lekárenskej starostlivosti v lekárňach, čo v konečnom dôsledku týmto diskriminačným konaním obmedzuje aj voľbu spotrebiteľov v súvislosti s možnosťou výberu poskytovateľa lekárenskej starostlivosti.

Dotknutý právny predpis

Zákon č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Dotknutý paragraf

Ad a)

§ 6 ods. 6 písm. f)

§ 6 ods. 8

§ 7 ods. 4

§ 129 ods. 2 písm. e) bod 1.

Ad b)

§ 6 ods. 6 písm. i)

Legislatívne znenie návrhu

a)

V § 6 ods. 6 sa vypúšťa písm. f)

V § 6 ods. 8 sa vypúšťajú slová „f) a“

V § 129 ods. 2 písm. e) bod 1. sa na konci dopĺňajú slová „očnej optiky“

V § 7 ods. 4 sa za slová „podmienky na vydanie povolenia“ vkladajú slová „a materiálne a priestorové vybavenie a personálne zabezpečenie na požadovaný druh a rozsah činnosti“

b)

V § 6 ods. 6 sa vypúšťa písm. i)

Príloha č.3 - Úpravy zákona č. 139/1998 Z.z. o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch

Stručný návrh opatrenia – znenie podnetu/problému

Zrušenie:

- a) stanoviska obce k začatiu činnosti ako povinnej náležitosti žiadosti o vydanie povolenia podľa § 8 ods. 3 písm. e) zákona č. 139/1998 Z.z. o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch
- b) existencie súhlasného posudku Štátneho ústavu pre kontrolu liečiv na materiálne a priestorové vybavenie a personálne zabezpečenie žiadateľa o povolenie na zaobchádzanie s omamnými a psychotropnými látkami, ak je žiadateľom držiteľ na poskytovanie lekárenskej starostlivosti, ako povinnej náležitosti žiadosti o vydanie povolenia podľa § 8 ods. 3 písm. c) bod 1. zákona č. 139/1998 Z.z. o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch

Odôvodnenie Vášho návrhu

Ad a)

Podľa § 6 ods. 6 písm. i) zákon č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov, žiadosť o vydanie povolenia musí obsahovať záväzné stanovisko obce k začatiu činnosti, ktorá je uvedená v žiadosti o vydanie povolenia, pričom nie jej určené, že sa musí jednať o súhlasné stanovisko. Argumentácia v prospech zrušenia tejto povinnosti je totožná ako v návrhu č. 1.

Ad b)

Podľa § 8 ods. 3 písm. h) zákon č. 139/1998 Z. z. o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch, povinnou prílohou žiadosti o vydanie povolenia na zaobchádzanie s omamnými a psychotropnými látkami ak žiadateľ žiada o vydanie povolenia na výdaj podľa § 9 ods. 1 písm. d) je aj úradne osvedčená kópia povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti s tým, že toto by nebolo vydané, ak by žiadateľ nespĺňal zákonné podmienky na jeho vydanie, ktoré sú vo vzťahu k priestorovému vybaveniu a materiálnemu vybaveniu upravené jedným vykonávacím predpisom tak vo vzťahu k liekom ako takým ako aj vo vzťahu k liekom obsahujúcimi omamné a psychotropné látky, pričom týmto návrhom kontinuálne nadväzujeme na náš návrh č.

Vzhľadom na skutočnosť, že vo vzťahu k priestorovému a materiálnemu vybaveniu sú dané rovnaké podmienky na zaobchádzanie so všetkými liekmi, t.j. aj liekmi obsahujúcimi omamné a psychotropné látky, pri existencii povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti ako povinnej prílohy žiadosti o vydanie povolenia podľa § 8 ods. 3 písm. h) zákona č. 139/1998 Z. z. o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch je prikladanie posudku Štátneho ústavu pre kontrolu liečiv v o splnení podmienok uvedených v § 5 ods. 3 duplicitnou záťažou účastníka konania.

Dotknutý právny predpis

Zákon č. 139/1998 Z.z. o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch

Dotknutý paragraf

Ad a)

§ 8 ods. 3 písm. e)

Ad b)

§ 8 ods. 4

Legislatívne znenie Vášho návrhu

Ad a)

V § 8 ods. 3 sa vypúšťa písm. e)

Ad b)

§ 8 ods. 4 sa dopĺňa písm. c) v znení: „c) výdaj podľa § 9 ods. 1 písm. d) je žiadateľ, ktorý je držiteľom na poskytovanie lekárenskej starostlivosti1j), povinný doložiť doklady podľa odseku 2 písm. a) až e) a odseku 3 písm. a), b), d) a h) bod. 3.