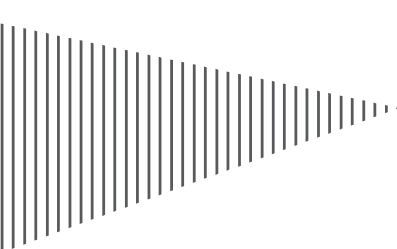


Štúdia uskutočniteľnosti – Záverečná správa

16 Jún 2014

Dôverné

Záverečná správa



V spolupráci s:

Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek TNO
Imperial College Business School
Aalto University

Obsah

Úvod	5
1. Úvod	6
Zadanie pre Poradcu	7
2. Zadanie pre Poradcu	8
Zhrnutie	11
3. Zhrnutie	12
Účel Projektu	13
4. Súčasný stav nemocníc	14
5. Ciele realizácie Projektu	16
Sektor zdravotníctva v stručnosti a jeho vplyv na Projekt	17
6. Zdravotná politika	18
7. Platobný mechanizmus a finančné prostriedky	19
8. Očakávané trendy	22
Analýza súčasného stavu UNB - Finančná analýza	25
9. Prehľad finančných výkazov	26
10. Analýza výnosov	28
11. Analýza nákladov	31
12. Upravená EBITDA	33
Analýza súčasného stavu UNB – Kľúčové ukazovatele výkonnosti	35
13. Ukončené hospitalizácie	36
14. Ambulantná starostlivosť	40
15. Laboratórna diagnostika	45
16. Ostatné KPIs	51
17. Dôležité dohody so ZP	55
Technické zhodnotenie	57
18. Úvod a metodika	58
19. Fáza 1: Technické posúdenie variantov modifikácie súčasnej UNB	68
20. Fáza 2: Technické posúdenie variantov nahradenia existujúcich nemocníc	71
21. Fáza 3: Technické posúdenie postavenia zostávajúcich nemocníc	74
22. Ďalšia fáza: Detailná analýza preferovaných variantov	77
Finančné zhodnotenie	87
23. Vymedzenie finančných variantov a postup ich zhodnotenia	88

Obsah

24. Analýza rizík	90
25. Prístup k finančnému modelovaniu	95
26. Hlavné predpoklady finančného modelu	99
27. Analýza finančnej dostupnosti	106
28. Analýza "Value for money"	116
29. Analýza dopadov na súvahu štátu	118
30. Sumarizácia finančného zhodnotenia	121
31. Kritériá výberu uchádzačov pre PPP	124

Právne zhodnotenie

32. Štruktúra Záverečnej správy	128
33. Posúdenie zákonnej uskutočniteľnosti foriem PPP	129
34. Posúdenie súčasného právneho rámca so zameraním na jestvujúcu sieť vzťahov v regióne	140
35. Analýza právnych dopadov Projektu z pohľadu (i) medzinárodných záväzkov Slovenskej republiky, (ii) Ústavy Slovenskej republiky a (iii) všeobecne záväzných právnych predpisov Slovenskej republiky	173
36. Posúdenie právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti	185
37. Posúdenie možných vplyvov na právne vzťahy k jestvujúcim aktívam na realizáciu Projektu	205
38. Posúdenie právnych dôsledkov realizácie Projektu z perspektívy stavebných právnych predpisov	216
39. Posúdenie rizík vyplývajúcich z možného úpadku Súkromného partnera	230
40. Posúdenie právnych aspektov navrhovaných platobných mechanizmov medzi partnermi	239
41. Posúdenie stratégií exitu a možností zmien Projektu zo strany súkromného a verejného partnera	249
42. Analýza štátnej pomoci súvisiacej s preferovaným modelom Projektu	256
43. Analýza aplikovateľných metód verejného obstarávania nemocničného PPP projektu	267
44. Návrhy realistických právnych štruktúr a nástrojov umožňujúcich realizáciu preferovaného modelu	284

Prílohy technickej analýzy

45. Fáza 1: Hodnotenie variantov a odôvodnenie skóre	288
46. Fáza 2: Hodnotenie variantov a odôvodnenie skóre	293
47. Fáza 3: Hodnotenie variantov a odôvodnenie skóre	299
48. Detailné predpoklady výkonov Petržalky	303
49. Abstraktný funkčný model - detailná charakteristika	308

Obsah

	50. Produktivita, výkonnosť a zdravotnícka infraštruktúra - prechod k integrovanejšiemu a prepojenému modelu	332
Prílohy finančnej analýzy		351
	51. Detailný prehľad vybraných KPIs	352
	52. Finančný model	358
Skratky		388
	53. Skratky	389

Úvod

1. Úvod

Úvod

Rozvoj poskytovania zdravotnej starostlivosti v nemocničnej oblasti prekonal v posledných rokoch veľký vývojový skok. Je to spôsobené najmä postupným zavádzaním nových vysoko špecializovaných diagnostických a liečebných postupov, komplexnou elektronizáciou nemocníc a zlepšeným procesným riadením. Nemocnice na Slovensku v tomto kontexte dosahujú pomerne nízku úroveň produktivity, čo je spôsobené najmä ich zastaranou infraštruktúrou a nevyhovujúcim logistickým usporiadaním.

Zámerom Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky („MZ SR“ alebo „Klient“) je identifikovať relevantný spôsob vybudovania nemocnice s prepojením na súvisiace vzdelávacie a výskumné zariadenia prostredníctvom verejno-súkromného partnerstva („PPP“).

Očakáva sa, že komplexná výstavba novej univerzitnej nemocnice v Bratislave vytvorí v meste nemocnicu novej generácie. MZ SR kladie veľký dôraz na rozvoj moderných modelov poskytovania zdravotnej starostlivosti tak v rámci novej nemocnice, ako aj v zmysle integrácie starostlivosti medzi touto nemocnicou, inými nemocnicami v meste alebo širšom európskom regióne, a s ďalšími úrovňami starostlivosti.

Strategické ciele MZ SR, v súvislosti s vybudovaním nemocnice, sú zabezpečiť oveľa vyššiu **produktivitu** (viac výkonov pri zachovaní úrovne nákladov), v udržateľnej **kvalite** (poskytovania zdravotnej starostlivosti) pri dodržaní princípov **flexibility** tak, aby integrované zariadenia a služby boli schopné reagovať na zmeny demografického vývoja a epidemiológie, pri zvýšených úsporách z rozsahu a úsporách zo zamerania.

Základné rámce, v ktorých sa navrhované riešenie má pohybovať, sú definované nasledovne:

- Súčasťou budú funkcie poskytovania zdravotnej starostlivosti, vzdelávania a výskumu,
- Projekt by mal preukázať vyššiu efektivitu a kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti,
- Na výstavbu a prevádzku sa nepredpokladajú žiadne dodatočné verejné prostriedky (okrem štandardného financovania z verejného zdravotného poistenia),
- Projekt by nemal vyžadovať žiadnu vládnu záruku alebo garanciu,
- Všetky druhy rizík budú identifikované a minimalizované podľa priorít MZ SR (právne, ekonomické, trhové, finančné, prevádzkové, organizačné, behaviorálne, politické, sociálne a iné).

Zadanie pre Poradcu

1. Zadanie pre Poradcu

Zadanie pre Poradcu

Štúdia uskutočniteľnosti („Štúdia“) ktorá súvisí s vybudovaním univerzitnej nemocnice v Bratislave („Projekt“) vyplýva zo Zmluvy o poskytovaní poradenských služieb z dňa 10. marca 2014 („Zmluva“), ktorá bola uzavretá medzi Klientom a konzorciom spoločností Ernst & Young Financial Advisory, s.r.o. („EY“) a Ružička Csekes s.r.o. („RC CMS“), ďalej spoločne označovaným ako „Konzorcium“.

Štúdia bola vypracovaná spoločným úsilím Konzorcium a ich subdodávateľov, ktorí sa podieľali na vytvorení jej jednotlivých častí.

Konzorcium spolupracovalo s nasledovnými technickými a právnymi poradcami:

- Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek TNO („TNO“)
- Imperial College Business School („IC BS“)
- CMS Cameron McKenna LLP („CMS“)
- Aalto University („Aalto“)

V rámci Štúdie sa Konzorcium spolu s uvedenými poradcami spoločne označujú ako „Poradcovia“.

Cieľom Štúdie je zhodnotiť uskutočniteľnosť Projektu na základe nasledovných strategických cieľov Klienta:

- Zlepšiť úroveň produktivity zdravotníckych služieb poskytovaných v Univerzitnej nemocnici Bratislava („UNB“).
- Zlepšiť kvalitu zdravotníckych služieb poskytovaných v UNB.
- Zabezpečiť dlhodobú flexibilitu (schopnosť reagovať na potenciálne budúce zmeny) služieb poskytovaných v UNB.
- Zvýšiť úspory z rozsahu a úspory zo zamerania služieb poskytovaných v UNB.
- Pokryť kapitálové a prevádzkové výdavky z výnosov generovaných UNB.

Dosiahnutie týchto strategických cieľov by chcel Klient realizovať nasledovne:

- Výstavbou novej univerzitnej nemocnice v Bratislave s plným spektrom zdravotníckych, vzdelávacích a potenciálne aj výskumných a vývojových služieb.
- Obstaraním nemocnice prostredníctvom modelu PPP.

Úlohou Poradcov bolo primárne:

- Analyzovať varianty zlepšenia súčasného stavu UNB a identifikovať preferovaný variant (najmä variant zachovania či nahradenia existujúcej nemocnice novou univerzitnou nemocnicou), ktorý by priniesol najviac úžitkov pri najnižších nákladoch pre MZ SR za predpokladu dodržania základného rámca.
- Vyhodnotiť možnosti rôznych variantov zabezpečenia realizácie strategických cieľov MZ SR, kde hlavnými kritériami pre posúdenie priechodnosti odporúčaného variantu sú:
 - 1 Prijateľnosť pre Klienta v zmysle:
 - a.) minimalizácie rizík na strane štátu,
 - b.) minimalizácie potreby štátnej podpory, resp. vplyvu na verejný dlh.
 - 2 Zaistenie realizovateľnosti Projektu z hľadiska jeho dostatočnej atraktivity pre privátneho partnera a jeho financujúcu banku (v prípade PPP).
 - 3 Výsledný variant musí byť právne priechodný.
- Na základe Prílohy č. 1 Zmluvy, vyplývajú Poradcom v súvislosti s vypracovaním Štúdie nasledovné kompetencie a úlohy:
 - Hlavnou úlohou EY je, popri finančno-ekonomickej analýze súčasného podnikateľského modelu UNB, finančnej analýze variantov realizácie Projektu tradičnou formou série verejných zákaziek („PSC“), PPP obstarávaním a špecifickým variantom definovaným MZ SR za účelom vytvorenia ekonomického modelu novej nemocnice, aj dohľad nad vypracovaním jednotlivých častí Štúdie a celkové zastrešenie dodania Štúdie.

Zadanie pre Poradcu

- TNO, IC BS a Aalto vykonajú technickú analýzu jednotlivých variantov zlepšenia súčasného stavu UNB, ďalej majú na starosti identifikovať preferovaný variant (najmä variant zachovania či nahradenia existujúcej nemocnice novou univerzitnou nemocnicou) a následne rozpracovať preferovaný variant po technickej stránke (Abstraktný funkčný model nemocnice, ďalej len „AFM“) s cieľom vyvinúť rámec riešení vhodných pre daný účel a vytvoriť základ pre hodnotenie budúcich ponúk na realizáciu novej nemocnice.
 - RC CMS v úzkej spolupráci s CMS, technickými a ekonomickými poradcami analyzujú právnu priechodnosť a praktickú realizovateľnosť variantu zvoleného na základe výsledkov technickej a finančno-ekonomickej analýzy.
- Popri úzkej spolupráci s Klientom Poradcovia spolupracovali aj so súčasnou UNB a inými subjektmi. Prehľad kľúčových zúčastnených strán je znázornený v nižšie uvedenej grafike.

Kľúčové zúčastnené strany



- Štúdia uskutočniteľnosti, predstavuje komplexnú informáciu o analyzovanej problematike v súlade so Zmluvou o poskytovaní poradenských služieb uzatvorenou medzi MZ SR a EY a RC CMS, pričom technické zhodnotenie posúdenia variantov (vrátane predpokladov a výpočtov) bolo vypracované v spolupráci so subkontraktormi TNO a IC BS.
- Poradcovia sú si vedomí skutočnosti, že ich správa môže slúžiť ako podklad pre rozhodovanie MZ SR, resp. ďalšie skúmanie, analýzy alebo kroky, ktoré MZ SR bude konať ohľadom novej UNB. Avšak, Klient nesie výlučnú zodpovednosť za konečné rozhodnutia, ktoré s využitím práce Poradcov urobí.
- Podklady, z ktorých Poradcovia pri svojej práci vychádzali, postupy a predbežné výstupy svojich prác s Klientom priebežne diskutovali a konzultovali, pričom Klient v rámci svojich znalostí a možností odsúhlasil posúdenie,

Zadanie pre Poradcu

vstupy aj výstupy, poskytované poradenské práce a nemal k prístupu a postupom Poradcov akékoľvek pripomienky, ktoré by neboli Poradcami zohľadnené.

- Z titulu komplexnosti a unikátnosti tohto pilotného Projektu v rámci Slovenska a Strednej Európy upozorňujeme, že v prípade alternatívy full PPP (kompletný transfer rizík, dizajnu, výstavby a prevádzky vrátane zdravotníckych služieb na súkromného partnera), existuje riziko menšieho počtu investorov so záujmom o daný Projekt. V rámci Strednej Európy neexistujú obdobné prípady podobných projektov, a preto je veľmi dôležité zamerať sa na úvodnú fázu, tzv. market sounding¹, a hľadanie vhodných investorov.

¹ Ide o posúdenie reakcie trhu na navrhované verejné obstarávanie a prístup k verejnému obstarávaniu, s cieľom získať pohľad dodávateľov na verejné obstarávanie v ranom štádiu procesu.

Zhrnutie

1. Zhrnutie

Zhrnutie

Poradca najskôr vyhodnotil vymedzené varianty z hľadiska technickej / prevádzkovej / ekonomickej výhodnosti pri použití kritéria efektu vynaložených prostriedkov. Následne bolo najvýhodnejšie riešenie posúdené z hľadiska financovateľnosti jednotlivých variantov realizácie.

Zadaním pre poradcu bolo primárne porovnať varianty (i) PSC (t.j. komplexnú realizáciu Projektu vrátane financovania verejným sektorom) a (ii) PPP vo variante kompletného transferu rizík výstavby, dopytu a prevádzky, vrátane zdravotníckych služieb, na súkromného partnera. Záverečná časť Štúdie uskutočniteľnosti posudzuje právne aspekty variantu, ktorý sa javí ako technicky a finančne najvýhodnejší z pohľadu analýzy „Value for money“.

Na základe technického posúdenia modifikácie súčasnej UNB je jednoznačne najpreferovanejším variantom postavenia novej nemocnice, pred variantmi „Nerobiť nič“, „Urobiť minimum“, alebo „Rekonštrukcia“ (pozn. varianty sú podrobne popísané v hlavnom texte Štúdie). Technické posúdenie variantov nahradenia existujúcich nemocníc tak po prevádzkovej, ako aj ekonomickej stránke odporúča variant nahradenia nemocníc v Starom Meste, na Kramároch a v Ružinove, zatiaľ čo nemocnica v Petržalke by sa mala zachovať a zrekonštruovať.

Z dôvodov prevažne strategických a bezpečnostných, bol ako preferovaný vyhodnotený variant paralelného fungovania novej nemocnice s nemocnicou v Petržalke pri poskytovaní kompletných zdravotníckych služieb v oboch týchto nemocniciach. Tento variant (tzv. nová UNB) bol teda predmetom následnej finančnej a právnej analýzy.

Na základe finančného zhodnotenia z pohľadu (i) finančnej dostupnosti, (ii) Value for money (iii) a dlhového zaťaženia, pri zohľadnení rizík sa javí ako najvhodnejší spôsob realizácie novej nemocnice variant PPP. Hlavným dôvodom je možnosť dosiahnutia vyššej efektivity Projektu v dôsledku transferu kľúčových rizík na súkromný sektor a eliminácia nutnosti zadĺženia štátu ako financovateľa investičnej výstavby v objeme presahujúcom 300m EUR.

Pre úspešnú realizáciu PPP variantu je ďalej nutné dodržanie nasledujúcich predpokladov:

- ▶ Dostatočná príprava Projektu pred zahájením výberového konania,
- ▶ Adekvátne alokácie rizík medzi verejným a súkromným sektorom zaisťujúca optimálne vyváženie benefitov a rizík pre obe strany,
- ▶ Transparentnosť výberového konania,
- ▶ Zabezpečenie dostatočnej konkurencie pri výberovom konaní,
- ▶ Maximálna súčinnosť MZ SR a definovanie jeho projektového manažmentu s jasnou zodpovednosťou,
- ▶ Zaisťovanie podpory silného poradenského tímu.

MZ SR bude pripravené zvážiť legislatívne zmeny (napr. zmeny v platobnom mechanizme, zmeny v minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, zmeny v kompetenciách zdravotníckeho personálu).

Nutnou podmienkou priechodnosti akéhokoľvek realizovateľného variantu Projektu, je pripravenosť vlády SR akceptovať potrebu finančnej angažovanosti štátu. Rozdiel je iba vo forme (výdavková či súvahová) a celkovej odhadovanej výške.

Na základe právnej analýzy považujeme PPP variant za realizovateľný pri dodržaní vyššie uvedených predpokladov. Z hľadiska štruktúr, ktoré zabezpečia atraktivitu a bankovateľnosť Projektu, však pôjde o veľmi náročný variant, ktorý bude mať významný dopad na existujúce vzťahy v rámci zdravotníckeho sektora. Vzhľadom na tradične negatívne vnímanie súkromných prvkov v zdravotníckom sektore v kontexte Slovenskej republiky, ktoré môže viesť k významným právnym prekážkam realizovateľnosti Projektu, považujeme získanie podpory odbornej verejnosti za zásadné pre zabezpečenie neprerušeneho a plynulého poskytovania zdravotnej starostlivosti. V tomto smere sa preto z rôznych PPP modelov javí vhodné zvážiť použitie takého modelu, ktorý účasťou štátu v rámci implementácie Projektu zvýši pravdepodobnosť získania podpory pre Projekt od kľúčových zainteresovaných osôb, zmierni riziko nedostatočného plnenia Projektu a motivuje štát vykonávať zodpovednú kontrolu Projektu a projektovej spoločnosti realizujúcej Projekt.

Účel Projektu

1. Súčasný stav nemocníc
2. Ciele realizácie Projektu

Súčasný stav nemocníc

Súčasný stav

- ▶ Súčasný stav slovenských nemocníc je možné charakterizovať nasledovne:
 - Slovenské nemocnice zaostávajú za nemocnicami rozvinutejších krajín v aplikovaní najnovších poznatkov v rámci poskytovaných služieb a trpia nedostatkom možností zavedenia novej diagnostiky a liečby, ktoré by zvýšili kvalitu poskytovaných služieb.
 - Predimenzované priestory, technické nedostatky a nevyhovujúce vnútorné funkčné usporiadanie nemocníc obmedzujú ďalšie možnosti modernizácie, zvýšenia efektivity a produktivity.
 - Obložnosť akútnych lôžok v slovenských nemocniciach je výrazne pod priemerom vybraných európskych krajín. Nízkou efektivitou má na svedomí predovšetkým nevhodné nastavenie nemocníc, nízke využívanie zdrojov a nevyhovujúci funkčný model.

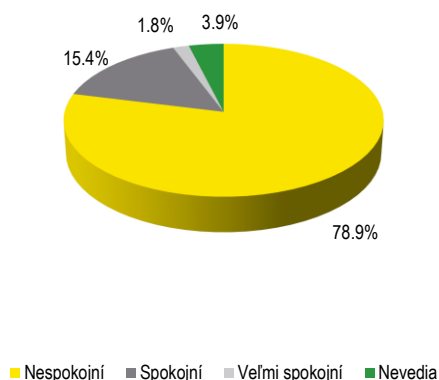
- ▶ V dôsledku vyššie uvedeného stavu:

1. Systém zdravotníctva na Slovensku poskytuje koncovým užívateľom suboptimálnu kvalitu zdravotnej starostlivosti.

- ▶ Podľa nedávneho prieskumu verejnej mienky zameraného na spokojnosť so zdravotnou starostlivosťou, ktorý realizovala agentúra FOCUS, bolo (i) 78,9 % respondentov nespokojných so stavom zdravotnej starostlivosti na Slovensku, (ii) iba 15,4 % opýtaných bolo spokojných a (iii) iba 1,8 % bolo veľmi spokojných, ako znázorňuje graf nižšie.

Prehľad spokojnosti so stavom zdravotnej starostlivosti v roku 2014

Zdroj: agentúra FOCUS



- ▶ Podľa prieskumu Všeobecnej zdravotnej poisťovne („VŠZP“), sa UNB umiestňuje na posledných priečkach v hodnotení spokojnosti spotrebiteľov.

- ▶ V roku 2009 dosiahli tri hlavné nemocnice UNB (Petržalka, Kramáre a Ružinov) v spotrebiteľskom hodnotení spokojnosti iba 55 % až 62 %. V roku 2012 sa nemocnica ako celok umiestnila na 48. mieste medzi slovenskými nemocnicami a dosahovala v ukazovateli spokojnosti spotrebiteľov iba 58 %. Výsledky znázorňuje tabuľka nižšie.

Hodnotenie nemocníc UNB v prieskume VŠZP

Umiestnenie	Nemocnica	2009	2013
30	Podunajské Biskupice	72 %	n/a
58	UNB (ako celok)	n/a	58 %
59	Petržalka	62 %	n/a
60	Kramáre	62 %	n/a
80	Ružinov	55 %	n/a
88	Staré mesto	52 %	n/a

Zdroj: VŠZP

2. Infraštruktúra slovenských nemocníc je v súčasnej podobe ekonomicky neudržateľná.

- ▶ Slovenské nemocničné budovy sú staré a často v zlom technickom stave. Podľa poslednej komplexnej štúdie z roku 2004 zameranej na slovenské štátne nemocnice, má priemerná štátna nemocnica vek 34,5 roka.
- ▶ V roku 2004 bolo podľa tejto štúdie iba cca 12 % budov postavených v poslednom desaťročí, cca 41 % zariadení malo 10 - 30 rokov a približne 22 % zariadení malo viac ako 50 rokov.
- ▶ Nakoľko za posledných 10 rokov nebola v Slovenskej republike postavená žiadna všeobecná nemocnica (rekonštrukcie a stavby malých súkromných nemocníc neberieme do úvahy), priemerný vek slovenskej nemocnice je k dnešnému dňu 44 rokov.
- ▶ Slovenské nemocnice nedosahujú medzinárodné štandardy a väčšina nemocníc disponuje príliš veľkými plochami s veľkým počtom budov.

3. Štátne nemocnice generujú v drvivej väčšine stratu. Straty a kumulácia dlhov, nasledované neschopnosťou jednotlivých nemocníc pokryť bežné prevádzkové náklady, vedú k potrebe štátnej pomoci pre zabezpečenie ďalšieho fungovania nemocníc.

- ▶ Napriek skutočnosti, že nemocnice získali v posledných rokoch väčší podiel prostriedkov zo zdravotných poisťovní („ZP“), ich ekonomická pozícia zostala negatívna.
- ▶ Splatné záväzky štátnych nemocníc dosiahli 247m EUR k decembru 2013, ako je možné vidieť v tabuľke uvedenej na nasledujúcej strane.

Súčasný stav nemocníc

Splatné záväzky (hlavné) v zdravotníctve

Mena: EUR m	2009	2010	2011	2012	2013
Nemocnice, ktoré vlastní štát	115,5	209,4	69,4	141,8	246,8
Nemocnice, ktoré patria pod mestské samosprávy a VÚC a sú transformované na neziskové a príspevkové org.	77,5	75,8	80,9	71,4	72,1
Nemocnice trans. na akciové spol.	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0
Zdravotné poisťovne	0,2	-	-	-	-
Celkom	193,2	285,2	150,5	213,3	318,9
Štátna pomoc (bailout)	130,0		300,0		

Zdroj: MZ SR

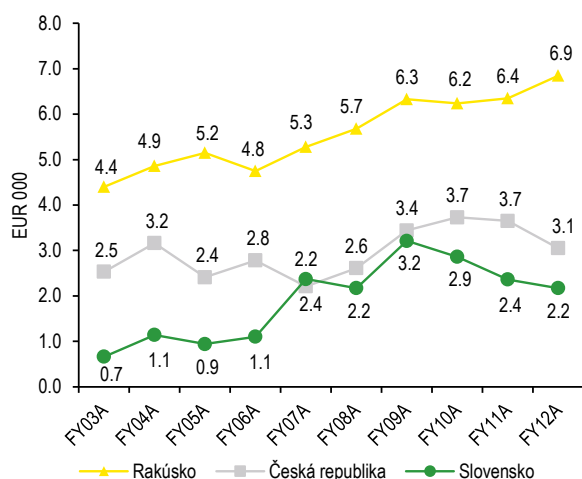
- Štátne nemocnice potrebujú štátnu pomoc takmer každý tretí rok. V roku 2011 vláda uvoľnila 300m EUR na zníženie dlhu. Dva roky pred tým to bolo 130m EUR.

4. Existencia investičnej medzery

- Pri výpočtoch na makroúrovni sa v porovnaní s Českou republikou odhaduje "investičná medzera" na 137m EUR ročne, a v porovnaní s Rakúskom až na 441m EUR ročne.
- Investičnú medzeru vypočítame prostredníctvom tvorby hrubého kapitálu na zamestnanca v sektore zdravotnej starostlivosti. Tento ukazovateľ vypovedá o tom, koľko fixného kapitálu bolo pridaného v danom roku v zdravotníctve na jedného zamestnanca sektora. Bežne sa používa v makroekonómii na posudzovanie technologických zmien v ekonomike, rastového potenciálu, produktivity a konkurencieschopnosti.
- Ako je znázornené v grafe nižšie, Slovensko vynaložilo 2,2 tis. EUR na tvorbu hrubého kapitálu na jednu zamestnanú osobu v zdravotníctve v roku 2012, čo je menej ako v Českej republike (3,1 tis. EUR) a výrazne menej ako vynakladá Rakúsko (6,9 tis. EUR).

Tvorba hrubého kapitálu na zamestnanca v zdravotníctve

Source: Eurostat



Potreba zmeny paradigmy

- Investície do prestavby existujúcich budov dosahujú hranicu produkčných možností a Slovenská republika potrebuje koncept rozvoja nových moderných nemocníc zameraných na potreby pacienta s významným znížením kapacity jednotiek lôžkovej starostlivosti a výrazným zvýšením kvality, bezpečnosti a ich využitia.
- Investície do novej UNB budú mať markantný význam z pohľadu zmeny paradigmy poskytovania zdravotnej starostlivosti na Slovensku.
- Kľúčovými prioritami v rámci výstavby novej nemocnice sú:
 - zabezpečenie oveľa vyššej produktivity (viac výkonov pri súčasnom zachovaní výšky nákladov),
 - v udržateľnej kvalite (poskytovania zdravotnej starostlivosti),
 - pri dodržaní zásady flexibility tak, aby integrované zariadenia a služby boli schopné reagovať na zmeny demografického vývoja a epidemiológie.

Ciele realizácie Projektu

Ciele realizácie Projektu

- ▶ Vychádzajúc zo záverov uvedených na predchádzajúcich stranách, cieľom realizácie Projektu je vo všeobecnosti nahradiť súčasnú UNB novou univerzitnou nemocnicou, ktorá sa bude riadiť aktuálnym vývojom poznatkov v rámci modelov poskytovania zdravotnej starostlivosti, bude pevne ukotvená v lokálnej ekonomike poskytovania zdravotnej starostlivosti a bude poskytovať starostlivosť modernými spôsobmi.
- ▶ Nová univerzitná nemocnica by mala byť ukážkou toho, čo je možné dosiahnuť v slovenskom ekonomickom, sociálnom a politickom kontexte vychádzajúc zo súčasnej optimálnej centralizácie služieb v akútnej nemocnici, v porovnaní s decentralizovanými službami v miestnych zariadeniach. Taktiež by mala byť ukážkou toho, ako je možné tieto služby poskytovať tak, aby sa maximalizovala kvalita, bezpečnosť a ekonomická efektivita. Nová univerzitná nemocnica by mala plniť aj úlohu výskumno-vývojového a vzdelávacieho centra.
- ▶ Výstavba novej univerzitnej nemocnice by sa mala považovať za nevyhnutný katalyzátor pre širšiu transformáciu v poskytovaní služieb regionálnej zdravotnej starostlivosti. Investície do súčasných poddimenzovaných sektorov opatrovateľskej služby a primárnej starostlivosti sú preto rovnako dôležité ako investície do novej nemocnice, ak sa má dosiahnuť plne integrovaný, vysoko kvalitný model poskytovania zdravotnej starostlivosti.
- ▶ Všeobecná charakteristika Projektu by mala spĺňať nasledujúce body:
 - Nová UNB bude fungovať v rámci prepojeného regionálneho modelu poskytovania zdravotníckych služieb a zároveň bude jeho hlavným koordinačným centrom.
 - Nová UNB bude poskytovať zdravotnú starostlivosť dobrej kvality, dosiahne európsky štandard a priemerné hodnoty ukazovateľov kvality, bezpečnosti a spokojnosti pacientov tak, aby náklady pre slovenskú verejnosť boli čo najnižšie.
 - Nová UNB bude spĺňať podmienky blízkosti, prístupnosti, cenovej dostupnosti a primeranej starostlivosti, ktoré budú rovnaké alebo prísnejšie než podmienky, ktoré musia spĺňať štátne nemocnice.
- ▶ Sme si vedomí toho, že úspech tohto Projektu by mal predstavovať kľúčový krok podporujúci transformáciu slovenského systému zdravotnej starostlivosti smerom k stavu, ktorý vyžaduje Vláda SR.

Sektor zdravotníctva v stručnosti a jeho vplyv na Projekt

1. Zdravotná politika
2. Platobný mechanizmus a finančné prostriedky
3. Očakávané trendy

Zdravotná politika

Zdravotná politika

- Systém poskytovania zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike je charakterizovaný univerzálnym pokrytím trhu, povinným zdravotným poistením založenom na konkurenčnom princípe a systéme základného balíčka zdravotníckych služieb.
- Zdravotná starostlivosť sa poskytuje (s výnimkami) poisteným osobám na princípe solidarity (zaplatená jedným subjektom v prospech tretej strany). Po splnení určitých explicitných kritérií, nie sú kladené žiadne prekážky pri vstupe na trh poskytovania zdravotnej starostlivosti a trh zdravotného poistenia.
- Zdravotná politika je výsledkom interakcie medzi MZ SR (regulátor), ZP (kupujúci) a Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (supervízor). Zdravotnú politiku ovplyvňujú poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, ako aj profesijné a odborové organizácie. Organizácie pacientov majú iba marginálny vplyv na tvorbu zdravotnej politiky.

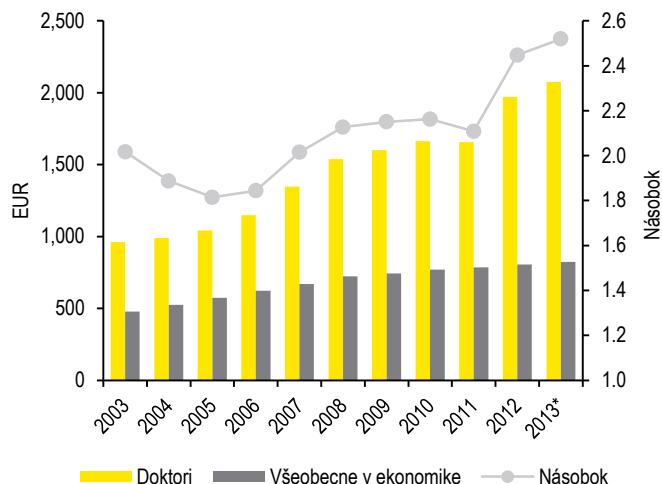
Vonkajšie prostredie

Vysoké mzdy lekárov (a sestier)

- Výška mzdy bude jedným z rozhodujúcich kritérií pri prijímaní nového zdravotníckeho personálu do novej UNB, najmä ak budú zo zahraničia.
- Po štrajku lekárov v decembri 2011, parlament schválil legislatívne zmeny, podľa ktorých lekári v nemocniciach majú s účinnosťou od roku 2012 garantovanú minimálnu mzdu, ktorá nemôže byť nižšia ako 1,05 násobok priemernej mzdy v Slovenskej republike pre lekára bez atestácie a minimálne 1,60 násobok priemernej mzdy pre lekára s atestáciou.
- Od júla 2012 musí byť mzda lekára bez atestácie minimálne 1,2 násobok priemernej mesačnej mzdy v SR a mzda atestovaného lekára musí byť minimálne 1,9 násobok priemernej mzdy.
- Začiatkom roka 2014, je zákonne určený koeficient mzdy, podľa ktorého základné platy (bez príplatkov za prácu nadčas) budú v roku 2014 najmenej 1,25 násobok priemernej mzdy pre lekárov bez atestácie a 2,1 násobok u atestovaných lekárov.
- V nasledujúcom roku sa očakáva nárast koeficientu pre výpočet základnej mzdy na 2,3 násobok priemernej mesačnej mzdy v SR pre atestovaných lekárov.

Vývoj priemernej mesačnej mzdy v SR

Zdroj: SOZZASS, Štatistický úrad Slovenskej Republiky



Pozn.: Na základe údajov pre výpočet mzdy lekárov zo septembra 2013.

Nespravodlivé financovanie zdravotnej starostlivosti

- Rovnaké ošetrenie pre pacientov s rovnakou diagnózou je hradené rozdielne v závislosti od toho, na akom oddelení je pacient hospitalizovaný. Oddelenia dostávajú rovnaké množstvo finančných zdrojov bez ohľadu na finančnú náročnosť diagnózy. Rovnaké ošetrenie je však hradené rozdielne v rôznych nemocniciach.

Legislatívne normy

- V slovenskej legislatíve existuje niekoľko komplikovaných noriem týkajúcich sa minimálnych požiadaviek na personálne zabezpečenie. Dodržiavanie týchto noriem tlačí na vytváranie neefektívnych štruktúr v organizačnej štruktúre nemocníc, čím dochádza k celkovej neefektívnosti nemocníc.

Lekári vo vedení nemocníc

- Na základe údajov z decembra 2013, zo 147 ústavných zariadení na Slovensku (nemocnice a špecializované centrá) bolo viac ako 40 % riadených lekármi.

Poradovníky

- Poradovníky a čakacie doby sú pri súčasnom nastavení príliš dlhé, preto je nevyhnutné zmeniť procesy alebo vybudovať nové operačné sály. Nová UNB môže zredukovať čakacie doby.
- V apríli 2013 bolo na poradovniach všetkých ZP spolu 10 611 poistencov. Z toho 7 778 bolo z VŠZP (233 na 100 000 poistencov), 2 709 zo ZP Dôvera (189 na 100 000 poistených) a 124 v poisťovni Union (28 na 100 000 poistencov).

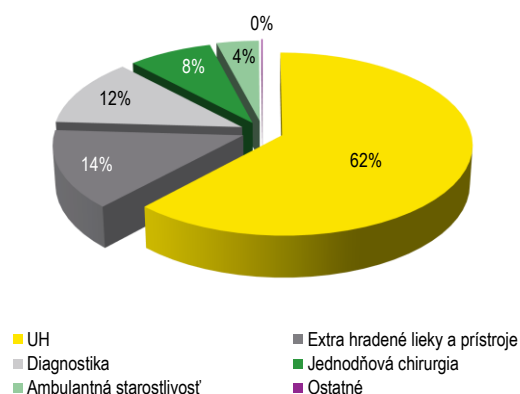
Platobný mechanizmus a finančné prostriedky

Finančné prostriedky

- ▶ Zmluvy uzatvorené so ZP sú pre nemocnice zásadné z pohľadu generovania výnosov. Okrem niektorých rámcových nariadení existuje zmluvná voľnosť v platobných mechanizmoch a cenových podmienkach a závisí na vzájomnej dohode medzi ZP a poskytovateľom (nemocnicou).
- ▶ Nemocnice generujú príjmy z 2 hlavných zdrojov:
 - v priemere, viac ako 95 % zdrojov nemocníc tvoria príjmy od ZP, podľa typu poskytnutej zdravotnej starostlivosti (ako zobrazuje graf nižšie) a
 - menej ako 5 % pochádza z priamych platieb od pacientov (príplatky za lepšiu izbu, jedlo alebo za výkony, ktoré ZP nehradí).

Percentuálny prehľad príjmov podľa typu zdravotnej starostlivosti

Zdroj: Výkazy ZP



- ▶ Nakoľko takmer všetky príjmy pochádzajú zo ZP, pre nemocnicu je najdôležitejšie mať výhodnú zmluvu so všetkými ZP, ktoré majú významný trhový podiel v danom regióne, kde má nemocnica svojich pacientov. To sa týka nielen zmlúv s jednotlivými ZP, ale aj toho, aké typy platobných mechanizmov, ceny a aký objem preplácanej zdravotnej starostlivosti bude zmluvne dohodnutý, alebo iných zmluvných podmienok.
- ▶ ZP nie sú povinné zazmluvniť každého poskytovateľa (viď. Regulácia zmlúv so ZP).
- ▶ Typ platobného mechanizmu, ceny výkonov a objem zmluvne dohodnutej preplácanej zdravotnej starostlivosti (ak je súčasťou zmluvy) sú vecou vyjednávania medzi ZP a poskytovateľom.
- ▶ Platobný mechanizmus a ceny sú regulované iba pre niekoľko typov zdravotnej starostlivosti. Väčšina cien je na dohode medzi ZP a poskytovateľom.

Regulácia zmlúv so ZP

- ▶ ZP nie sú povinné zazmluvniť každého poskytovateľa. Legislatívne stanovené podmienky určujú základné pravidlá, ale je na každom poskytovateľovi vyjednať si špecifické podmienky s jednotlivými ZP.

Minimálna sieť poskytovateľov

- ▶ Legislatíva upravuje povinnosť ZP zazmluvniť minimálnu sieť poskytovateľov nasledovne:
 - ZP je povinná zazmluvniť minimálny počet lôžok v závislosti od špecializácie v každom regióne,
 - ZP je povinná vytvoriť a zazmluvniť svoju vlastnú pevnú sieť poskytovateľov, čo znamená, že ZP má mať zmluvu s aspoň jedným poskytovateľom v každom obvode alebo v obvode priamo susediacom pri dodržaní zadanych kritérií,
 - ZP je povinná zazmluvniť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete. ZP sú povinné uzatvoriť zmluvu s poskytovateľmi v koncovej sieti, t.j. v zozname konkrétnych nemocníc, ktoré na základe Nariadenia Vlády SR patria do verejnej minimálnej siete.

Kritériá pre uzatváranie zmlúv so ZP

- ▶ ZP je povinná zverejniť na úradnej výveske alebo na inom verejnom mieste a na svojich internetových stránkach aspoň raz za deväť mesiacov kritériá pre uzatváranie zmlúv týkajúce sa:
 - Personálneho zabezpečenia a materiálno-technického vybavenia poskytovateľa zdravotnej starostlivosti,
 - Kvalitatívnych ukazovateľov, ktoré budú použité pre hodnotenie vybraných oblastí zdravotnej starostlivosti,
 - Certifikátov a ukazovateľov kvality.
- ▶ ZP je povinná zostavovať rebríček poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na základe ich schopnosti spĺňať vyššie uvedené kritériá a brať tieto rebríčky do úvahy pri uzatváraní budúcich zmlúv.
- ▶ Ukazovatele kvality posudzujú nasledujúce oblasti zdravotnej starostlivosti:
 - Prístup k zdravotnej starostlivosti,
 - Efektívnosť využívania zdrojov,
 - Efektívnosť a vhodnosť poskytovanej zdravotnej starostlivosti,
 - Vnímanie poskytnutej zdravotnej starostlivosti pacientom, ktorému bola zdravotná starostlivosť poskytovaná,
 - Výsledky zdravotnej starostlivosti.

Platobný mechanizmus a finančné prostriedky

Súčasný platobný mechanizmus

- ▶ Pre zabezpečenie udržateľných príjmov pre novú UNB je dôležité zmluvne stanoviť s každou ZP platobný mechanizmus, ceny a objem preplácanej starostlivosti.
- ▶ Pri splnení kritérií uvedených na predchádzajúcej strane, má ZP právo selektívne uzatvárať zmluvy s poskytovateľmi pre zabezpečenie obstarania zdravotnej starostlivosti pre svojich poistencov.
- ▶ Štruktúra platobného mechanizmu závisí na dohode medzi zmluvnými stranami. Okrem niekoľkých výnimiek definovaných MZ SR, ako sú preplácanie ambulantných liečiv, zdravotníckych pomôcok a lekárskej služby prvej pomoci.
- ▶ Nemocnice na Slovensku zväčša poskytujú nasledovné typy zdravotnej starostlivosti, pričom každý je preplácaný samostatným platobným mechanizmom.
 - Všeobecná zdravotná starostlivosť,
 - Špecializovaná ambulantná starostlivosť („ŠAS“),
 - Ústavná starostlivosť,
 - Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky („SVLZ“),
 - Rýchla ambulantná starostlivosť,
 - Ambulantná farmaceutická starostlivosť.
- ▶ Dôležitou súčasťou zmluvy je objem preplácanej zdravotnej starostlivosti. Pre niektoré typy starostlivosti existujú dohodnuté limity, po ktoré sa poskytnutá zdravotná starostlivosť prepláca ZP.
- ▶ Ak nemocnica poskytne zdravotnú starostlivosť nad limit, ZP ju v danom časovom období nepreplatí. Niektoré ZP si upravujú tieto pravidlá a preplácajú poskytnutú starostlivosť nad limit, ale pri nižšej cene. Objem preplácanej starostlivosti je preto najdôležitejšou časťou zmluvy so ZP a môže byť rozhodujúci, ak je stanovený príliš nízko.

Platobné mechanizmy pre nemocnice v roku 2013

Typ zdravotnej starostlivosti	Centrálna regulácia	Používané platobné mechanizmy	Popis
Všeobecná zdravotná starostlivosť	nie	1. Fixná kapitačná platba (cca 83 %)	Fixné mesačné platby za každého poistenca, ktorého má poskytovateľ v kmeni
(všeobecní lekári, detskí lekári, gynekológovia)		2. Variabilná kapitačná platba (cca 6 %)	Mesačná platba za každého poistenca registrovaného u daného poskytovateľa, suma je stanovená na základe výkonnostných kritérií
		3. Platba za výkon (cca 11 %)	Príplatky za konkrétne služby, najmä preventívnej starostlivosti
Špecializovaná ambulantná starostlivosť	nie	1. Platba za výkon	Formou platby za výkony uvedené v zozname výkonov s váhami (v bodoch), vydávanom MZ SR; je používaný na dobrovoľnej báze; poskytovatelia zdravotnej starostlivosti a ZP si dohadujú cenu za bod
		1A. Limity na mesačné príjmy	Jedna ZP limituje objem bodov, ktoré sa uhrádzajú ako platby; po prekročení mesačného limitu sa zdravotná starostlivosť ďalej neuhrádza
		1B. Degresívna cena za bod	Ostatné ZP stanovujú tiež mesačné objemové limity, ale po prekročení limitu sa výkony nad limit uhrádzajú nižšou sumou za bod; Táto nižšia cena sa líši podľa plnenia výkonnostných kritérií poskytovateľom
		2A. Mesačný rozpočet	Niektoré ZP limitujú objem mesačných finančných prostriedkov za ukončenú hospitalizáciu v ústavnej starostlivosti
Ústavná starostlivosť	nie	2. Platba za ukončenú hospitalizáciu	Väčšina hospitalizácií je hradená formou platby za ukončenú hospitalizáciu podľa odbornosti: používa sa širokopásmový DRG systém – ZP si dohodnú s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti cenu za každú odbornú špecializáciu; ceny medzi rôznymi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti sa môžu líšiť a mali by odrážať index výkonového mixu hospitalizácií pacientov v minulosti; Platba zahŕňa všetko okrem laboratórnych vyšetrení, zobrazovacej techniky niekoľkých finančne náročných zdravotníckych zariadení
		2B. Plánovanie hospitalizácií	Jedna ZP reguluje poskytovanie ústavnej starostlivosti elektronicky tak, že schvaľuje vykonanie plánovaných hospitalizácií, aby poskytovatelia zdravotnej starostlivosti spĺňali stanovený rozpočet
		3. Platba za výkon	Jednoduché operácie a operácie s krátkym pobytom v nemocnici (menej ako 3 dni) sú preplácané na základe zoznamu výkonov a platieb za výkon
Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	nie	Platba za výkon a mesačný rozpočet	Formou platby za výkony uvedené v zozname výkonov s váhami (v bodoch), vydávanom MZ SR; je používaný na dobrovoľnej báze; poskytovatelia zdravotnej starostlivosti a ZP si dohadujú cenu za bod ZP limitujú objem bodov, ktoré sa uhrádzajú ako platby
Rýchla ambulantná starostlivosť	áno	Kapitačná platba	Fixná mesačná platba na osobu registrovanú v obvode
Ambulantná farmaceutická starostlivosť	áno	Maximálne ceny liekov	Ambulantná farmaceutická starostlivosť môže byť poskytovaná nemocnicou, avšak je to zriedkavý prípad, (poskytuje ju nemocničná lekáreň); lieky pre ambulantnú starostlivosť sa uhrádzajú na základe zoznamu vydávaného MZ SR, maximálna marža pre lekáreň je regulovaná

Platobný mechanizmus a finančné prostriedky

Implementácia DRG (skupina súvisiacich diagnóz z anglického „Diagnosis related groups“)

- Prechod na DRG zásadne zmení platobný mechanizmus ústavnej starostlivosti. Zároveň s uvedením nUNB do prevádzky, by mala Slovenská republika začať používať DRG systém. Nakoľko detaily zatiaľ nie sú známe, DRG predstavuje pre Projekt neistotu. MZ SR by malo zverejniť plán implementácie DRG.
- Na národnej úrovni sa začali aktivity, ktoré predstavujú DRG ako platobný mechanizmus pre ústavnú starostlivosť. Proces implementácie je v kompetencii ÚDZS. Ako základ pre slovenský model bol vybratý nemecký variant DRG mechanizmu.
- V súčasnosti prebieha prípravná fáza a očakáva sa, že DRG sa na Slovensku začne používať od januára 2016. Existuje ešte mnoho nevyriešených otázok týkajúcich sa spôsobu implementácie, konkrétne je v súčasnosti ťažké posúdiť dopady na poskytovateľov a ZP.
- DRG zmení spôsob, akým budú ZP preplácať ústavnú starostlivosť. Namiesto kombinácie platieb za ukončenú hospitalizáciu („UH“) a krátkodobý pobyt v nemocnici, hospitalizácie budú klasifikované do takmer 1 000 skupín podľa vzájomnej podobnosti (diagnózy, veku pacienta, pohlavia, postupov a podobne).
- Každá skupina je definovaná tak, aby obsahovala hospitalizácie podobné klinicky aj nákladovo.
- Pre každú DRG skupinu je priradená relatívna váha určená na základe priemerných nákladov na hospitalizáciu v rámci danej skupiny údajov predchádzajúceho obdobia. Pre správny výpočet priemerných nákladov je potrebné, aby v rámci vzorky nemocnice striktne dodržiavali pravidlá vykazovania údajov.
- Momentálne tieto dáta nie sú dostupné a značné množstvo nemocníc bude musieť prispôbiť svoje účtovníctvo tak, aby bolo možné dáta zozbierať. Bude to náročná úloha a zatiaľ nie je známe, či bude uskutočnená načas a v zodpovedajúcej kvalite tak, aby tieto dáta boli použiteľné na kalkuláciu relatívnych váh v skupinách. V prípade, že sa tak nestane, môžu byť použité tieto dáta z Nemecka
- Platba za hospitalizáciu tak bude vypočítaná ako súčin relatívnej váhy a základnej sadzby, ktorého výsledkom je cena za ústavnú starostlivosť. Základná sadzba môže byť rovnaká pre všetky nemocnice a pre všetky ZP, ale môže byť tiež vecou dohody medzi ZP a poskytovateľom.
- V ostatných krajinách používajúcich DRG bolo zvyčajne cieľom dosiahnutie unifikovanej základnej sadzby v priebehu niekoľkých rokov.

- Táto sadzba je tiež výhodnejšia pre MZ SR pre lepšiu schopnosť predpovedať dopady DRG na slovenské zdravotníctvo.

Očakávané trendy

Zavádzanie DRG

- ▶ Zavedenie DRG je zásadnou systémovou zmenou, ktorá ovplyvní postupy a peňažné toky („CF“) každej nemocnice na Slovensku.
- ▶ Zavedenie DRG zásadne zmení situáciu slovenských nemocníc v budúcnosti. Zmena bude viditeľná najmä v nasledujúcich oblastiach:
 - Zmena v produkčných postupoch nemocníc,
 - Zvýšenie produkcie,
 - DRG kódovanie,
 - Nejasný dopad na jednotlivé nemocnice.

Zmena v produkčných postupoch nemocníc

- ▶ DRG núti nemocnice poskytovať služby pri jednotkových nákladoch, ktoré sú nižšie ako národný priemer.
- ▶ Nemocnice pravdepodobne rýchlo zistia, ktoré služby nie sú pre nich ekonomicky rentabilné a prejdú k viac ziskovým DRG skupinám.

Zvýšenie produkcie

- ▶ V krajinách, ktoré implementovali DRG, bolo zaznamenané celkové zvýšenie produkcie. Je to spôsobené charakterom DRG systému – čím vyššia je produkcia nemocnice, tým nižšie sú jednotkové náklady, a tým vyšší je zisk na jeden prípad v rámci DRG.
- ▶ Na makroúrovni je táto situácia upravovaná nižšou základnou sadzbou DRG skupín s 1 000 relatívnymi váhami. Výsledkom je, že nemocnice produkujú viac, ale za menej prostriedkov.

DRG upkódovanie

- ▶ DRG upkódovanie je často pozorovateľný fenomén a popisuje situáciu, pri ktorej nemocnice pomocou DRG kódovania vytvárajú zdanlivo komplikovanejšie prípady ako sú v skutočnosti, čím si zabezpečujú vyšší zisk z takýchto prípadov.

Nejasný dopad na jednotlivé nemocnice

- ▶ Dopad DRG systému na jednotlivé nemocnice je nejasný. Závisí to od plánu implementácie DRG, ktorý zatiaľ MZ SR nepredstavilo.
- ▶ Kľúčové otázky, ktoré musia byť v tomto pláne zodpovedané sú:
 - Bude na začiatku implementácie DRG jednotná národná základná sadzba alebo individuálna pre každú nemocnicu? Ak bude individuálna, bude vychádzať z historických rozpočtov?
 - Ak áno, koľko rokov bude treba na prechodné obdobie, kým bude možné prejsť na jednotnú

základnú sadzbu? Bude základná sadzba jednotná aj medzi ZP?

Pracovná sila v budúcnosti

- ▶ Emigrácia lekárov zo Slovenska, najmä do Českej republiky a západnej Európy, výrazne prevyšuje imigráciu lekárov do krajiny, pričom krajina čelí starnutiu zdravotníkov.
- ▶ Viac než štvrtinu absolventov lekárskeho štúdia tvoria v súčasnosti zahraniční študenti (vracajúci sa po ukončení štúdia do svojej domovskej krajiny), takmer jedna tretina slovenských študentov plánuje po ukončení štúdia odchod do zahraničia.
- ▶ Na vysporiadanie sa s problémom nedostatku kvalifikovanej pracovnej sily v zdravotníctve a vykompenzovanie odlevu pracovných síl je potrebné nasledovné:

1 Podpora imigrácie lekárov zo zahraničia:

- Inicializácia cielej kampane zameranej na získavanie lekárov zo zahraničia;
- Dve hlavné kritéria výberu krajín na zameranie kampane: jazyková bariéra a mzdový gradient;
- Najslubnejšie krajiny: Ukrajina, ale tiež Rumunsko, Bulharsko, Balkán.

2 Zvýšenie retencie lekárov a absolventov medicíny

- Zefektívnenie finančného odmeňovania na základe kvality a produktivity práce, ale tiež
- podpora seberealizácie, vzdelávania či vyššieho spoločenského uznania lekárov a zlepšenie pracovných podmienok.

3 Motivácia lekárov k návratu na Slovensko

- Na motiváciu k návratu už nepostačujú len faktory dôležité pre zvýšenie retencie, zaujímavým pull faktorom by mohol byť napríklad i návrat týchto lekárov do vedúcich pozícií.
- Návrat lekárov by nielen priniesol nové poznatky, skúsenosti, kontakty a pracovnú kultúru, ale súčasne by mohol byť i motiváciou pre ostatných lekárov zostať/ vrátiť sa.

Očakávané trendy

Zmena legislatívy v oblasti personálneho zabezpečenia nemocníc

- ▶ MZ SR by malo pripraviť flexibilnejšie normy zodpovedajúce aktuálnym požiadavkám na personálne zabezpečenie nemocníc pre vytvorenie efektívnejšie fungujúcich nemocníc.
- ▶ Zmena legislatívy v oblasti personálneho zabezpečenia nemocníc je zásadná pre zlepšenie procesov a manažment ľudských zdrojov.
- ▶ Minimálne požiadavky na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie sú súčasťou kvalitatívnej regulácie – určujú štruktúru personálu a vybavenia nevyhnutnú pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti.
- ▶ Presadzovanie tohto nariadenia je zodpovednosťou orgánu vydávajúceho povolenie. Norma ešte nenadobudla plnú účinnosť a nemocnice sú viazané iba reguláciou týkajúcou sa personálneho zabezpečenia. Výnos MZ SR², týkajúci sa materiálno-technického vybavenia je platný a účinný a každú chvíľu sa mení.

Výhody a nevýhody

- ▶ Táto norma kvôli svojej rigidite bráni zavádzaniu inovatívnych metód na dosiahnutie rovnakých cieľov ako bolo cieľom zákonodarcu.
- ▶ Je pravdepodobné, že na Slovensku neexistuje nemocnica, ktorá by striktnie dodržiavala toto nariadenie. V praxi sa však vyvinula taká organizácia práce, ktorá zaisťuje plynulé poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Norma je príliš striktná, a to napríklad v nasledujúcich bodoch:
 - Vyžaduje sa značný počet sestier na oddeleniach pediatrie a novorodeneckom oddelení,
 - Vyžaduje sa prítomnosť značného počtu zdravotných pracovníkov počas nočnej zmeny,
 - Formálne neumožňuje zdieľanie služieb medzi oddeleniami (jeden lekár na nočnej službe pre viac oddelení).
- ▶ Na druhej strane, norma nestanovuje minimálny počet lekárov na oddeleniach chirurgického typu (t.j. tých, ktorí vytvárajú chirurgický tím).
- ▶ Norma upravuje minimálny počet zdravotných pracovníkov na rôznych oddeleniach. Takéto rozdelenie nemusí odrážať skutočnú vnútornú organizáciu oddelenia a meniaci sa počet pacientov v nemocnici.

- ▶ V skutočnosti je organizácia práce na oddeleniach založená na podrobnejšom členení jednotiek starostlivosti. Jednotky starostlivosti môžu mať rôzne režimy, ktoré môžu vyžadovať potrebu ďalšieho personálu nad rámec normy.
- ▶ Na druhej strane, lekári z príbuzných odborov môžu využiť lôžka na spoločnom oddelení s rovnakým typom starostlivosti (plávajúce lôžka). Spojenie príbuzných oddelení (chirurgia, interné), je jedným z možných nástrojov pre zvýšenie efektivity.

Nevyhnutné zmeny

- ▶ Pre dosiahnutie zlepšenia súčasného stavu procesov a manažmentu ľudských zdrojov v slovenských nemocniciach sú nevyhnutné nasledujúce zmeny:
 - Umožniť väčšiu flexibilitu pre vedenie nemocnice, ktoré nesie zodpovednosť za zabezpečenie riadneho poskytovania zdravotnej starostlivosti,
 - Zamerať svoje regulačné úsilie viac na procesy a výsledky ako na štruktúru,
 - Nahradiť členenie podľa oddelení členením podľa klastrov oddelení, ktoré umožňujú zdieľané služby,
 - Zmierniť rigiditu nariadenia, zvlášť pre lekárov a sestry pracujúce na oddeleniach pediatrie a novorodeneckom oddelení.

Špecializované centrá a ambulancie

- ▶ Nový systém poskytovania zdravotných služieb ambulanciami a špecializovanými zdravotníckymi centrami bude konkurenčným prostredím pre novú UNB.
- ▶ Nový systém poskytovania zdravotných služieb v ambulantnej starostlivosti charakteristický liečebnými podmienkami, kde vystupuje do popredia vysoko kvalifikovaný tím odborníkov, vysoká klinická kvalita a produkčná efektivita, zníži dopyt po ústavnej starostlivosti.
- ▶ V súčasnosti sú tieto tímy odborníkov súčasťou univerzitných nemocníc, ale mnohí z nich odchádzajú pracovať práve do špecializovaných centier. V budúcnosti tento trend významne ovplyvní dostupnosť pracovnej sily v nemocniciach.
- ▶ Špecializované centrá poskytujú vysokú klinickú kvalitu služieb a vykazujú vysokú úroveň spokojnosti pacientov v rôznych oblastiach, hlavne (i) rýchle vybavenie, (ii) pro-klientská orientácia a (iii) pooperačná starostlivosť. Toto všetko môže v budúcnosti viesť k zvýšeniu ambulantnej starostlivosti na úkor ústavnej starostlivosti.

² 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

Očakávané trendy

Akreditácia nemocnice

- ▶ Pre modernú nemocnicu, ktorá poskytuje služby vysokej kvality a má byť rešpektovaná v očiach verejnosti, je odporúčané obdržanie uznávanej medzinárodnej akreditácie pre zdravotné zariadenia.
- ▶ Joint Commission International (JCI) pomáha zdravotníckym organizáciám po celom svete zvýšiť výkonnosť a zlepšiť ich výsledky. JCI je členom Medzinárodnej spoločnosti pre kvalitu zdravotníctva (z anglického International Society for Quality in Health Care - ISQua) a lídrom v poskytovaní medzinárodnej akreditácie zdravotnej starostlivosti. Žiadny iný poskytovateľ akreditácie zdravotnej starostlivosti nemá schválené vydávanie takého množstva štandardov kvality ako JCI.
- ▶ Akreditácia ISQua poskytuje záruku, že štandardy, školenia a procesy využívané JCI pri prieskume výkonnosti organizácií zdravotnej starostlivosti spĺňajú najvyššie medzinárodné štandardy pre akreditáciu subjektov. JCI akreditácia zdravotníckych organizácií a nemocníc je navrhnutá tak, aby:
 - Zabezpečila bezpečné prostredie, ktoré znižuje riziko pre pacientov a ošetrojúci personál,
 - Ponúkala kvantifikovateľné meradlá kvality a bezpečnosti pacientov,
 - Stimulovala a preukázala kontinuálne a trvalé zlepšovanie chodu a nemocníc prostredníctvom spoľahlivých procesov nastavených v rámci nemocníc,
 - Poskytovala akreditovaným nemocniciam verejné uznanie jej úspechov a záväzkov excelentnosti,
 - Poskytovala akreditovaným akademickým zdravotníckym strediskám a nemocnicam verejné uznanie jej úspechov a záväzkov excelentnosti,
 - Zlepšila výsledky nemocnice a tým aj spokojnosť pacientov,
 - Zvýšila efektivitu nemocnice,
 - Znížila náklady nemocnice prostredníctvom štandardizovanej starostlivosti.
- ▶ JCI štandardy sú síce náročné, ale dosiahnuteľné a primárne zamerané na bezpečnosť a kvalitu starostlivosti o pacientov. Tieto štandardy boli stanovené poradným výborom zloženým zo skúsených lekárov, zdravotných sestier, administratívnych pracovníkov a expertov v oblasti verejnej politiky, ktorí riadia tak vývoj ako aj proces pravidelnej revízie akreditačných štandardov JCI. JCI štandardy sú zoskupené podľa funkcií súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti:
 - i. vzťahujúce sa na poskytovanie bezpečnej, efektívnej a dobre riadenej organizácie,
 - ii. len pre akademické nemocnice,
 - iii. týkajúce sa odborného zdravotníckeho vzdelávania a výskumných programov.
- ▶ Tieto štandardy sú aplikovateľné tak pre celú organizáciu, ako aj pre každé oddelenie, jednotku alebo službu v rámci organizácie pre zlepšovanie kvality starostlivosti o pacientov. Medzi špecificky riešené oblasti patria napríklad:
 - Medzinárodné ciele týkajúce sa bezpečnosti pacientov,
 - Dostupnosť pacienta a jeho hodnotenie,
 - Starostlivosť o pacienta a kontinuita starostlivosti o pacienta,
 - Práva pacientov a ich povinnosti,
 - Záznamy pacientov a tok informácií,
 - Služby pacientom a zmluvy,
 - Pacient a výchova v rámci rodiny
 - Anestéziológia a chirurgia poskytnutá pacientovi
 - Zlepšovanie kvality služieb a bezpečnosti pacientov
 - Kontrola a ochrana pred infekciami a bezpečnostné zariadenia
 - Manažment ľudských zdrojov
 - Riadenie a vedenie
- ▶ Na základe hore uvedených informácií by akreditácia JCI mala posilniť pozíciu nUNB ako nemocnice novej generácie a naplniť strategické ciele MZ SR, týkajúce sa vyššej efektivity a udržateľnej kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti rešpektujúcej zásady flexibility.

Analýza současného stavu UNB - Finanční analýza

1. Přehled finančních výkazů
2. Analýza výnosů
3. Analýza nákladů
4. Upravená EBITDA

Prehľad finančných výkazov

Výkaz ziskov a strát

Mena: EUR m	2011	2012	2013
Tržby z predaja služieb	127,2	135,0	150,6
Výnosy zo ŠR	93,8	3,7	3,3
Ostatné výnosy	30,7	6,7	21,5
Výnosy celkom	251,7	145,3	175,4
Úpravy oddĺženie / precenenia / ostatné	-114,0	-0,0	-13,9
Výnosy celkom - upravené	137,8	145,3	161,5
Personálne náklady	-99,0	-109,4	-116,3
Spotreba	-52,2	-55,9	-56,1
Služby	-11,0	-10,2	-10,8
Ostatné náklady	-12,9	-10,9	-10,9
EBITDA	76,6	-41,0	-18,7
EBITDA - upravená	-37,4	-41,1	-32,6
Odpisy DNM a DHM	-12,1	-11,2	-10,1
Finančné náklady	-0,7	-0,0	-0,0
Splatná daň z príjmov	-0,2	-0,1	-0,1
VH po zdanení	63,6	-52,3	-28,9
VH po zdanení - upravený	-50,3	-52,4	-42,8
EBITDA marža	30,4	-28,2	-10,7
EBITDA marža - upravená	-27,1	-28,3	-20,2

Zdroj: Klient

Súvaha

Mena: EUR m	Dec2011	Dec2012	Dec2013
Dlhodobý majetok	121,4	112,4	117,2
Zásoby	2,3	2,8	3,2
Krátkodobé pohľadávky	20,5	22,9	24,8
Krátkodobé záväzky	-44,2	-83,9	-122,8
Dodávatelia	-28,3	-45,3	-67,0
Zúčtovanie so SZ a ZPoi	-10,2	-25,6	-46,6
Ostatné záväzky	-10,3	-13,0	-9,2
Časové rozlíšenie	-0,4	-0,7	-0,6
Čistý pracovný kapitál	-21,8	-58,9	-95,3
Finančný majetok	11,6	2,9	3,4
Dlhodobé rezervy a záväzky	-4,8	-5,7	-6,2
Záväzky voči štátu	-9,7	-6,8	-4,5
Bankové úvery a výpomoci	-1,1	-1,1	-1,1
Čistý dlh	-3,9	-10,7	-8,4
Vlastné imanie	95,7	42,7	13,6

Zdroj: Klient

Výkaz ziskov a strát

Tabuľky vľavo poskytujú prehľad o reportovaných finančných výkazoch (Výkaz ziskov a strát a Súvaha) UNB za 2011, 2012 a 2013.

Výnosy

- Výnosy UNB počas sledovaného obdobia, fluktovali, keď klesli z 251,7m EUR (jednorazový efekt štátnych dotácií) v roku 2011 na 145,3m EUR v roku 2012.
- V roku 2013 výnosy vzrástli o 30,1m EUR (20,7 %) na 175,4m EUR, čo bolo zapríčinené hlavne jednorazovými výnosmi vo výške 13,8m EUR z precenenia pozemkov a zvýšenou produktivitou (objemový efekt 4,9m EUR) a cenotvorbou (cenový efekt 7,5m EUR), keďže boli dohodnuté lepšie ceny za UH so ZP.

Čistý zisk / (strata)

- Čistý zisk UNB v roku 2011 bol 63,6m EUR (čistá marža 25,3 %), čo bolo ovplyvnené hlavne presunom prostriedkov zo štátneho fondu cca 114m EUR za účelom pokrytia naakumulovaných záväzkov UNB. Po očistení výsledku o tento efekt, mala UNB čistú stratu 50,3m EUR.
- V roku 2012 realizovala UNB čistú stratu 52,3m EUR (čistá marža 36 % bez väčších jednorazových položiek) a v roku 2013 čistú stratu 28,9m EUR (čistá marža 16,5 %, ovplyvnená hlavne precenením pozemkov, ktoré neboli na súvahe, o 13,8m EUR). Bez vplyvu z precenenia je čistá strata 42,8m EUR.
- Upravená čistá marža je najmä kvôli vplyvu vyšších tržieb zo ZP mierne vylepšená z -36,5 % v roku 2011 na -36 % v roku 2012 a v roku 2013 na -26,5 %.

Súvaha

- Celkové aktíva UNB v decembri 2011 boli vo výške 156,2m EUR a pozostávali hlavne z (i) dlhodobého hmotného majetku vo výške 121,4m EUR (77,5 %), (ii) pohľadávok z obchodného styku a ostatných pohľadávok v celkovej výške 20,5m EUR (13,1 %) a (iii) peňažných prostriedkov 11,6m EUR (7,5 %).
- Štruktúra aktív v decembri 2013 bola: (i) hmotný majetok vo výške približne 117m EUR (78,6 %), (ii) pohľadávky z obchodného styku a ostatné pohľadávky v celkovej výške 24,8m EUR (16,7 %), (iii) peňažné prostriedky 3,4m EUR (2,3 %) a (iv) zásoby vo výške 3,2m EUR (2,2 %).

Dlhodobý majetok

- Dlhodobý majetok pozostáva hlavne z (i) pozemkov v hodnote 40,2m EUR, (ii) budov vo výške 27,8m EUR, (iii) majetku vo výstavbe v celkovej hodnote 29,7m EUR.

Prehľad finančných výkazov

- Dlhodobý majetok vzrástol z 112,4m EUR v decembri 2012 na 117,2m EUR v decembri 2013. Toto zvýšenie bolo spôsobené hlavne precenením pozemkov o 13,8m EUR, čo sa tiež odzrkadlilo vo výnosoch UNB.

Čistý pracovný kapitál

- Čistý pracovný kapitál klesal počas celého sledovaného obdobia z -21,8m EUR v decembri 2011 na -58,9m EUR v decembri 2012 a na -95,3m EUR v decembri 2013. Pokles bol spôsobený hlavne:
 - Nárastom záväzkov z obchodného styku z 28,3m EUR v decembri 2011 na 45,3m EUR v decembri 2012 a na 67m EUR v decembri 2013 kvôli finančným ťažkostiam UNB a následnej neschopnosti platiť jej dodávateľom načas, a
 - Nárastom záväzkov za sociálne poistenie a zdravotné poistenie voči Sociálnej poisťovni („SZ a ZPoi“), ktoré vzrástli z 10,2m EUR (december 2011) na 25,6m EUR (december 2012) a na aktuálnych 46,6m EUR (december 2013) z rovnakých dôvodov.

Čistý dlh

Tabuľka nižšie zobrazuje vykázaný čistý dlh upravený o položky s charakterom dlhu.

Čistý dlh - upravený

Mena: EUR m	Dec2011	Dec2012	Dec2013
Čistý dlh - vykázaný	-3,9	-10,7	-8,4
Úpravy	-10,2	-25,6	-70,1
Polehotné záväzky z obch. styku	n/d	n/d	-24,1
Zúčtovanie so SZ a ZPoi	-10,2	-25,6	-46,6
Budúce investičné výdavky	u/q	u/q	u/q
Čistý dlh - upravený	-14,1	-36,4	-79,1

Zdroj: EY analýza

- UNB vykázala v decembri 2011 čistý dlh rovný 3,9m EUR, ktorý pozostával hlavne z ostatných záväzkov z dlhodobých rezerv vo výške 4,5m EUR, ostatných záväzkov rovných 9,7m EUR a peňažných prostriedkov 11,6m EUR.
- V decembri 2012, sa zvýšil čistý dlh o 6,8m EUR (174 %) na 10,7m EUR hlavne kvôli nepriaznivému vývoju ekonomiky, keď peňažné prostriedky UNB klesli o 8,8m EUR, čo bolo čiastočne vykompenzované znížením záväzkov voči štátnemu fondu o 2,9m EUR.
- V decembri 2013 sa čistý dlh znížil o 2,3m EUR (21,5 %) na 8,4m EUR v porovnaní s decembrom 2012 ako dôsledok nižších záväzkov voči štátnemu fondu, keďže UNB vyrovnala svoje záväzky pomocou vratnej finančnej pomoci poskytnutej vládou v roku 2011.

- V decembri 2013 boli identifikované krátkodobé záväzky z obchodného styku vo výške 24,1m EUR, ktoré boli po splatnosti viac než 180 dní. Zároveň mala UNB záväzkov za sociálne poistenie a zdravotné poistenie voči Sociálnej poisťovni vo výške 46,6m EUR. Obidva tieto záväzky majú dlhový charakter, a preto sme o ne upravili vykázaný čistý dlh.
- Upravený čistý dlh bol v decembri 2013 79,1m EUR, no neuvažoval o odložených investičných výdavkoch (ďalej ako „CapEx“), keďže v minulých rokoch neboli realizované žiadne významné investície do budov. Rozhovor s Manažmentom potvrdil, že na udržanie budov v prevádzkovom stave sú potrebné značné investície.
- Nárast krátkodobého dlhu od poslednej finančnej injekcie štátnych prostriedkov v roku 2011 indikuje, že bude potrebné ďalšie financovanie zo strany vlády.

Vlastné imanie

- Vlastné imanie pokleslo z 95,7m EUR v decembri 2011 na 42,7m EUR v 2012 a na 13,6m EUR v decembri 2013, spôsobené čistými stratami za dané roky.

Analýza výnosov

Rozdelenie výnosov podľa nemocníc

Mena: EUR tis.	2011	2012	2013	% celk. 2013
Ružinov	49 202	47 993	54 846	31,3
Kramáre	33 779	34 562	44 510	25,4
Petržalka	35 125	43 198	45 786	26,1
Staré Mesto	16 262	16 405	26 637	15,2
Podunajské Biskupice	3 088	3 006	3 430	2,0
Riaditeľstvo UNB	114 262	114	145	0,1
Celkové výnosy UNB	251 717	145 280	175 354	100,0

Zdroj: Klient

Rozdelenie výnosov podľa typu

Mena: EUR tis.	2011	2012	2013	% celk. 2013
Výnosy zo ZP	119 380	127 031	143 129	81,6
Výnosy z prenájmu	2 909	2 866	2 538	1,4
Výnosy z platieb pacientov	2 037	2 304	2 203	1,3
Výnosy z testovania liekov	581	416	288	0,2
Iné výnosy	126 810	12 663	27 196	15,5
Celkové výnosy UNB	251 717	145 280	175 354	100,0
Úpravy				
Výnosy zo ŠR	(113 720)	-	-	-
Rozdiely z preceňovania HM	-	-	(13 845)	99,7
Výnosy z predaja HM	(10)	(11)	(18)	0,1
Výnosy z predaja materiálu	(13)	(8)	(18)	0,1
Výnosy z dobropisov	(217)	-	-	-
Úpravy celkom	(113 961)	(18)	(13 881)	100,0
Celkové výnosy UNB upr.	137 757	145 261	161 473	n/a

Zdroj: Klient

Analýza výnosov

Tabuľky vľavo znázorňujú rozdelenie výnosov podľa nemocníc, typu a taktiež výnosy upravené o jednorazové položky počas rokov 2011, 2012 a 2013.

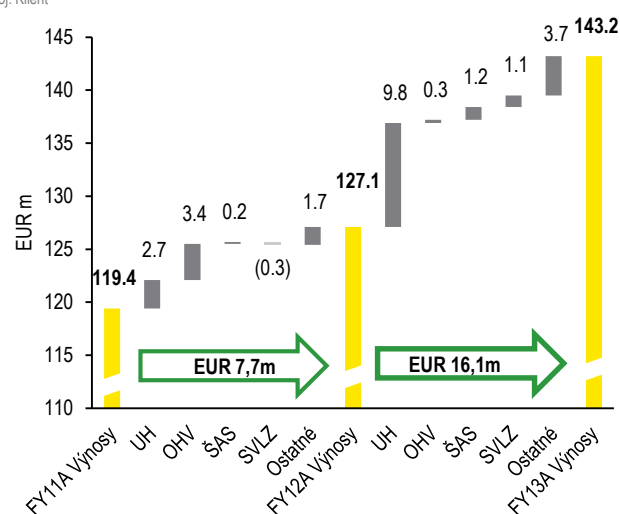
- Zhruba 31 % výnosov UNB v roku 2013 bolo generovaných v Ružinove, najväčšej UNB nemocnici čo sa týka počtu UH a lôžok. Ďalšou v poradí je Petržalka (26,1 %) a Kramáre (25,4 %).
- Počas roku 2011 štát garantoval poskytnutie peňažných prostriedkov na pokrytie dlhov UNB rovných 113,7m EUR, z čoho 23,7m EUR je návratná finančná pomoc. Tieto výnosy sú považované za jednorazovú položku.

Výnosy zo ZP

- Hlavný podiel na výnosoch je tvorený výnosmi zo ZP, ktoré v roku 2013 predstavovali 143,1m EUR (81,6 % z celkových výnosov), v roku 2012 127m EUR (87,4 %) a v roku 2011 119,4m EUR (47,4 %).
- Zloženie výnosov zo ZP je uvedené v ďalšom texte s detailným rozdelením podľa typu a podľa UNB nemocníc.
- Nárast výnosov zo ZP medzi rokmi 2012 a 2011 o 7,7m EUR (6,4 %) bol spôsobený hlavne (i) nárastom výnosov z jednoduchových ošetrovaní („JZS“) o 3,4m EUR (ťahané objemom – 3,6m EUR), (ii) nárastom výnosov z UH o 2,7m EUR (ťahané cenou – 5,4m EUR kompenzované záporným vplyvom z objemu 2,7m EUR) a (iii) ostatnými výnosmi o 1,7m EUR.

Vývoj výnosov zo ZP v období 2011-2013

Zdroj: Klient



Analýza výnosov

- V roku 2013 výnosy zo ZP vzrástli o 16,1m EUR (12,7 %), čo bolo spôsobené hlavne nárastom (i) výnosov z UH o 9,8m EUR (objem – 3,2m EUR a cena 6,6m EUR, keďže UNB si zabezpečila lepšie ceny so ZP), (ii) výnosy z ambulantných výkonov o 1,2m EUR a (iii) diagnostiky o 1,1m EUR.
- Podľa Manažmentu, v roku 2013 predstavuje produktivita takmer plnú utilizáciu UNB a takmer každý ďalší nárast výnosov môže byť ťahaný iba zvýšením cien.

Upravené výnosy

- Výnosy sme upravili o jednu transakciu, ktorá sa uskutočnila počas sledovaného obdobia. Hlavnými úpravami boli (i) štátna finančná pomoc v roku 2011 vo výške 113,7m EUR, (ii) výnosy zo zmeniek v roku 2011 vo výške 0,2m EUR, (iii) precenenie dlhodobého majetku v roku 2013 v celkovej hodnote 13,8m EUR.
- Nasledujúca tabuľka zobrazuje priemernú cenu za prevádzku v 4 hlavných kategóriách výnosov:

- UH
- JZS
- ŠAS

4 Diagnostika a laboratória (SVLZ)

Priemerné ceny jednotiek produkcie podľa hlavných zdrojov výnosov

Mena: EUR	2011	2012	2013
UH Výnosy z UH	948	1 019	1 102
OHV Výnosy z OHV	289	280	275
ŠAS Výnosy z 1 000 bodov ŠAS	19,0	19,4	21,8
SVLZ Výnosy z 1 000 bodov SVLZ	7,1	7,1	7,0
Výnosy zo ZP za UH	1 514	1 671	1 808

Zdroj: Klient

Kľúčové pomerové ukazovatele výkonnosti

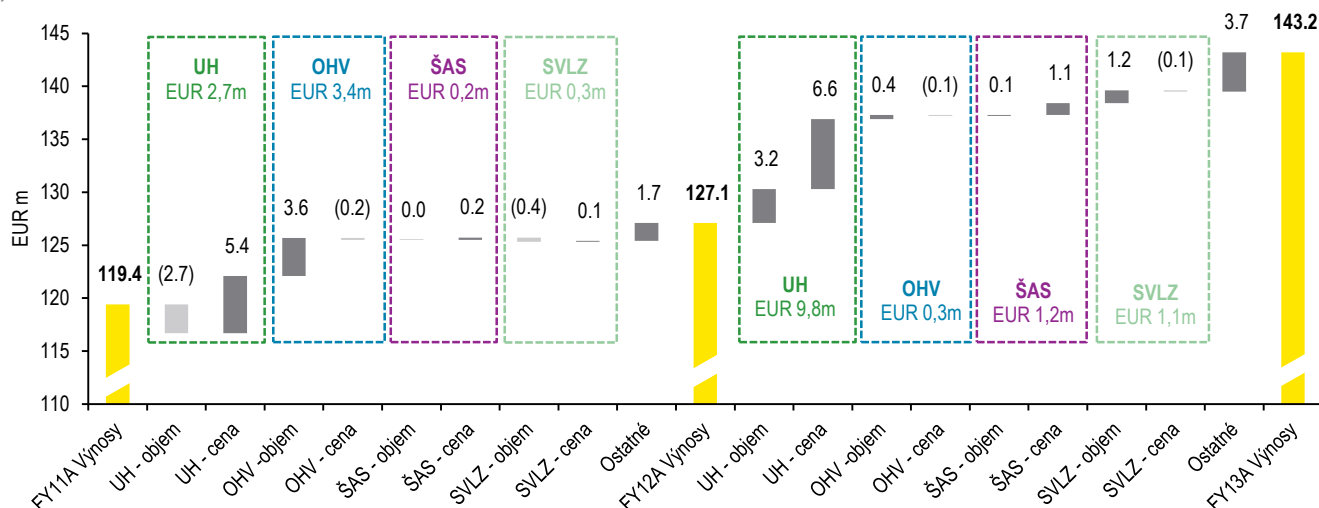
Jednotka: rôzne	2011	2012	2013
Výnosy z UH na lôžko v tis. EUR (c.h. 2011)	28,3	27,3	28,6
Celkové personálne náklady na lôžko v tis. EUR	37,5	41,5	44,3
Mzdy na lôžko v tis. EUR (c.h. 2011)	37,5	37,9	38,3
Počet UH na zamestnanca	13,3	12,7	13,2
Výnosy z UH na zam. v tis. EUR (c.h.2011)	12,6	12,1	12,5
Výnosy z UH na lekára v tis. EUR (c.h.2011)	69,3	65,7	67,7
Výnosy z UH sestru v tis. EUR (c.h.2011)	34,6	31,8	32,7
c.h. 2011: Mzdy ako % výnosov zo ZP	82,9	82,2	77,4
c.h. 2013: Mzdy ako % výnosov zo ZP	82,9	86,1	81,3

Zdroj: analýza EY

Pozn: "c.h. 2011" – referenčná cenová hladina za finančný rok 2011

Štruktúra výnosov zo ZP

Zdroj: Klient



Výnosy zo zdravotných poisťovní

Prehľad výnosov zo zdravotných poisťovní podľa nemocníc za roky 2011-2013

Mena: EUR tis.	2011						2012						2013					
	Ru	Kr	Pe	SM	PB	Celkom	Ru	Kr	Pe	SM	PB	Celkom	Ru	Kr	Pe	SM	PB	Celkom
UH	27 854	19 010	18 191	7 991	1 721	74 768	27 590	19 499	20 290	8 233	1 819	77 433	30 796	22 120	22 692	9 462	2 189	87 259
OHV	1 190	424	1 149	49	-	2 812	2 893	767	2 497	74	-	6 232	3 098	907	2 391	93	-	6 490
ŠAS	2 934	1 440	2 738	1 218	381	8 712	2 854	1 543	2 853	1 260	402	8 913	3 466	1 741	3 163	1 383	401	10 155
SVLZ	2 348	3 442	2 140	2 841	447	11 220	2 277	3 203	2 337	2 760	311	10 886	2 802	3 254	2 304	3 359	226	11 946
Špeciálny zdrav. materiál (ŠZM)	3 785	1 949	1 987	945	24	8 690	4 191	2 227	2 747	937	17	10 120	4 866	2 466	3 134	1 206	12	11 684
Lieky	1 977	276	1 142	415	18	3 829	2 124	354	1 816	433	10	4 738	1 478	376	602	228	4	2 688
Krv	518	609	1 463	121	9	2 720	577	670	1 633	120	15	3 014	604	717	2 132	151	16	3 619
Anestézia	151	115	160	18	-	444	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Podtlakové uzatváranie rán (VAC)	41	11	59	-	-	111	43	14	116	6	-	179	28	34	113	11	-	186
Transplantácie	217	508	1 852	-	-	2 577	215	778	1 780	-	-	2 773	193	458	2 326	-	-	2 977
Materské mlieko	109	-	10	-	-	119	-	-	10	-	-	10	-	-	11	-	-	11
Mimoriadne fin. náročná liečba	475	389	818	123	2	1 807	314	403	841	125	0	1 684	349	436	927	163	-	1 874
Paušálne poplatky	-	13	-	-	-	13	-	13	-	-	-	13	-	14	-	-	-	14
Stacionárne	106	-	26	17	-	150	13	-	36	17	-	66	21	-	44	26	-	90
Operačný bonus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	453	353	350	35	-	1 191
Nevysvetlený rozdiel	1 926	909	(1 646)	190	28	1 409	(449)	161	1 136	160	(39)	969	1 208	652	802	201	82	2 944
Spolu	43 633	29 096	30 090	13 930	2 631	119 380	42 643	29 633	38 092	14 126	2 536	127 031	49 361	33 528	40 990	16 318	2 931	143 129
VšZP	31 950	20 949	23 869	10 914	2 180	89 862	32 643	21 870	28 187	11 112	2 153	95 966	37 072	24 853	29 924	12 695	2 424	106 969
Dôvera	8 093	5 913	6 495	2 352	377	23 230	8 609	6 213	7 127	2 328	376	24 653	8 957	6 133	8 431	2 717	380	26 618
Union	1 664	1 325	1 371	474	46	4 879	1 840	1 389	1 641	526	46	5 443	2 124	1 890	1 834	704	46	6 598
Kľúčové ukazovatele výkonnosti (KPIs) vyplatené																		
Počet UH	27 124	20 543	20 369	8 841	1 986	78 863	25 044	20 269	19 742	8 865	2 095	76 015	26 479	20 361	20 653	9 429	2 246	79 168
Počet OHV	4 697	1 300	3 621	117	-	9 735	11 834	2 252	7 993	199	-	22 278	12 162	2 674	8 543	232	-	23 611
Počet bodov ŠAS (m)	153,1	80,7	136,8	66,1	22,0	458,8	148,5	80,9	136,0	71,2	23,2	459,7	148,6	80,7	139,6	74,5	22,6	466,0
Počet bodov SVLZ (m)	318,1	512,2	309,6	388,0	60,6	1 588,5	314,4	475,8	314,6	396,0	31,9	1 532,7	403,9	496,8	288,6	486,2	22,5	1 698,1
Počet lôžok						2 638						2 638						2 626
UH						91 989						92 228						95 363

Zdroj: Klient

Pozn: Ru – Ružinov, Kr- Kramáre, Pe – Petržalka, SM – Staré Mesto, PB – Podunajské Biskupice.

Analýza nákladov

Podrobný rozpis nákladov podľa nemocníc

Mena: EUR tis.	2011	2012	2013	CAGR %
Ružinov	56 604	59 176	61 911	4,6
Kramáre	44 817	47 623	49 858	5,5
Petržalka	48 262	54 397	55 560	7,3
Staré mesto	19 550	21 458	22 266	6,7
Podunajské Biskupice	5 108	5 878	6 055	8,9
Riaditeľstvo UNB	13 752	9 090	8 645	-20,7
Nevysvetlený rozdiel	-179	-129	-127	n/a,
Celkové náklady UNB	187 914	197 492	204 169	4,2

Zdroj: Klient

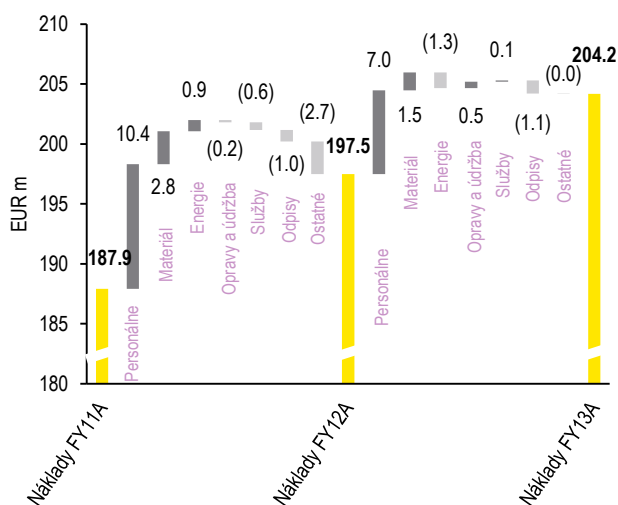
Podrobný rozpis nákladov podľa typu

Mena: EUR tis.	2011	2012	2013	CAGR %
Personálne náklady	98 978	109 363	116 338	8,4
Mzdy	71 818	79 714	84 513	8,5
Zúčt. so SZ a ZPoi a iné	27 160	29 649	31 825	8,2
Materiál	45 458	48 221	49 720	4,6
Liek	14 838	15 579	14 482	-1,2
Zdravotnícke pomôcky	21 763	22 955	24 507	6,1
Krv	3 833	4 623	5 162	16,1
Potraviny	2 232	2 287	2 676	9,5
Všeobecný materiál	2 792	2 776	2 893	1,8
Energie	6 761	7 681	6 359	-3,0
Opravy a údržba	3 278	3 101	3 646	5,5
Služby	7 709	7 064	7 174	-3,5
Odpisy	12 135	11 170	10 062	-8,9
Iné	13 774	11 021	10 996	-10,6
Nevysvetlený rozdiel	-179	-129	-127	n/a
Celkové náklady UNB	187 914	197 492	204 169	4,2
KPIs				
Mzdové náklady /1 UH	1 255	1 439	1 470	
Mzda/1 EUR výnosov zo ZP	0,8	0,9	0,8	
Náklady na materiál/1 UH	576	634	628	
Náklady na lieky /1UH	188	205	183	

Zdroj: Klient

Analýza nákladov v sledovanom období 2011-2013

Source: Klient



Analýza nákladov

Tabuľka vľavo zobrazuje detail nákladov podľa nemocníc a typov nákladov v rokoch 2011, 2012 a 2013.

► Ružinov tvoril z celkových nákladov cca 30 % v každom roku sledovaného obdobia, nasledovala Petržalka s priemerne cca 27 % a Kramáre s cca 24 %.

► Medzi rokmi 2012 a 2011 vzrástli celkové náklady o 9,6m EUR (5,1 %), v roku 2013 o 6,7m EUR (3,4 %). Najvýraznejší rast bol zaznamenaný v nasledujúcich položkách:

a.) Personálne náklady

► Najvýznamnejšiu časť celkových nákladov tvoria personálne náklady s podielom priemerne 55 % na celkových nákladoch. Ich podiel sa zvýšil z 52,7 % v roku 2011 na 55,4 % v roku 2012 a na 57 % v roku 2013. Ako je zobrazené v grafe naľavo, najvýznamnejší vplyv na rast nákladov mali personálne náklady, ktoré sú podrobnejšie analyzované na nasledujúcej strane.

b.) Spotreba materiálu

► Spotreba materiálu predstavovala cca 24 % celkových nákladov, CAGR³ vzrástla o 4,6 % v období 2011 - 2013, počas ktorého materiálové náklady vzrástli o 2,8m EUR (6,1 %) v roku 2012 a o 1,5m EUR (3,1 %) v roku 2013. Hlavné zmeny sú nasledovné:

1 Spotreba **zdravotníckych pomôcok** vzrástla medzi rokmi 2011 a 2012 o 1,2m EUR (5,5 %) a medzi rokmi 2012 a 2013 o 1,6m EUR (6,8 %). Nárast bol spôsobený zvýšeným počtom JZS, ŠAS a SVLZ.

2 Náklady na spotrebovanú **krv** vzrástli v sledovanom období o 16,1 % (CAGR), čo je v súlade s (i) rastúcim počtom operácií o 2 040 (4,3 %) v roku 2012 v porovnaní s rokom 2011 a 3 491 (7 %) v roku 2013 v porovnaní s rokom 2012 a (ii) nárast výnosov na oddelení hematológie a ambulantnej starostlivosti o 0,9m EUR (16,3 %), resp. o 1,6m EUR (25,1 %).

3 Na druhej strane, UNB prostredníctvom monitorovania spotreby a vyjednávania lepších cien s distribútormi liekov, znížila náklady na **lieky**, čo sa prejavilo ich poklesom počas rokov 2013 a 2012 o 1,1m EUR (7 %). Náklady na lieky klesli z 205 EUR/UH na 183 EUR/UH. Určité druhy liekov sú stále vo väčšej miere nakupované ZP formou centrálného obstarávania.

c.) Energie

► Náklady na energie klesli v roku 2013 oproti roku 2012 o 1,3m EUR (17,2 %), čo bolo zapríčinené hlavne (i) poklesom vyjednej ceny od dodávateľa plynu (SPP) s pozitívnym dopadom na náklady na plyn o 1,1m EUR (16,7 %) a (ii) nižšou spotrebou vody o 136 tis. m³, čoho výsledkom bola úspora o 0,3m EUR (4 %).

³ Súhrnná miera ročného rastu, z ang. Compounded annual growth rate.

Personálne náklady

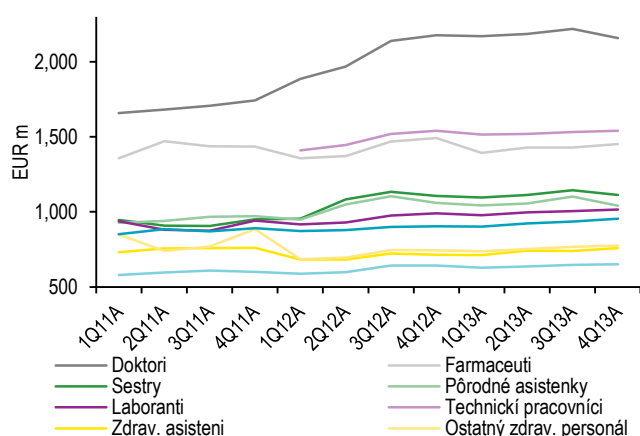
Personálne náklady podľa kategórií zamestnancov

Mena: EUR tis.	2011		2012		2013	
	FTE	Mzda	FTE	Mzda	FTE	Mzda
Lekári	1 078	21 972	1 097	26 896	1 108	29 033
z toho: s atestáciou					324	
Farmaceuti	31	529	32	539	32	548
Sestry	2 162	24 056	2 266	29 083	2 297	30 756
Pôrodné asistentky	111	1 264	80	1 003	85	1 078
Laboranti	125	1 363	131	1 496	133	1 595
Technickí pracovníci	-	-	80	1 426	82	1 500
Zdravotníckí asistenti	404	3 989	217	1 824	218	1 929
Ostatný zdrav. personál	318	2 569	475	4 091	501	4 553
THP	411	4 310	396	4 229	379	4 224
Údržba	1 275	9 111	1 198	8 867	1 179	9 051
Celkovo za UNB	5 915	69 164	5 971	79 454	6 012	84 265
Nevysvetlený rozdiel		2 653		261		247
Mzdy celkom		71 818		79 714		84 513
Sociálne poistenie		24 706		27 203		29 318
Náklady na SZ		2 077		2 073		2 136
Ostatné sociálne náklady		378		373		372
Zúčtovanie so SZ a ZPoi	27 160		29 649		31 825	
Celk. personálne náklady	98 978		109 363		116 338	

Zdroj: Klient

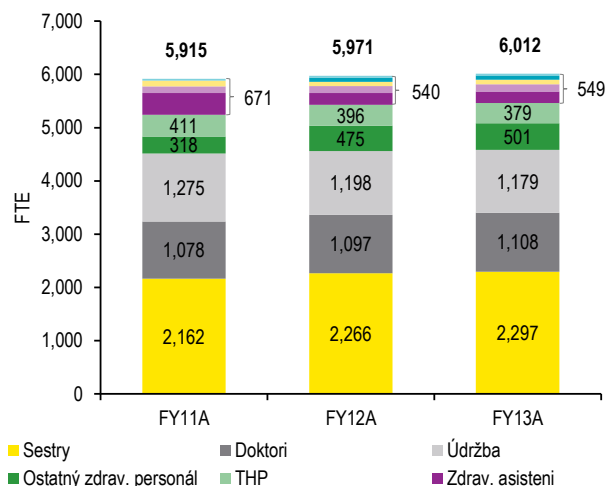
Vývoj priemernej mzdy po kategóriách zamestnancov

Zdroj: Klient



Štruktúra zamestnancov

Zdroj: NCZI



Personálne náklady

Tabuľka vľavo znázorňuje personálne náklady rozdelené do 10 kategórií zamestnancov spolu s priemerným počtom FTE (ekvivalent plného pracovného času) v každej kategórii za celú UNB v rokoch 2011, 2012 a 2013.

- Mzdy sú najvýznamnejšiu súčasťou prevádzkových nákladov a celkovo tvoria cca 55 % z celkových UNB nákladov.
- V posledných rokoch čelí UNB problémom s rastúcimi mzdovými nákladmi v dôsledku nepriaznivého účinku kolektívnej zmluvy a silnej pozícií odborov reprezentujúcich predovšetkým lekárov. Očakáva, že v roku 2015 dôjde k ďalšiemu zvyšovaniu plátov lekárov a zdravotných sestier.
- V roku 2013 UNB použila 81,3 % svojich príjmov zo ZP na mzdové náklady, v porovnaní s rokom 2012 ide o zlepšenie, kedy sa na mzdy použilo 86,1 % príjmov zo ZP.
- Podľa cenovej hladiny výnosov v roku 2011 sa produktivita práce lekárov a zdravotných sestier zvýšila (viď graf naľavo dole).

Mzdové kľúčové ukazovatele výkonnosti (KPIs)

Jednotka: rôzne	2011	2012	2013
Výnosy zo ZP (c.h. 2011) na lekára (tis. EUR)	110,7	110,9	117,3
Výnosy zo ZP (c.h. 2011) na sestru (tis. EUR)	55,2	53,7	56,6
Počet UH na lekára	73,1	69,3	71,5
Počet UH na sestru	36,5	33,5	34,5

Zdroj: Výročná správa, analýza EY

Platy a mzdy

- Celkové personálne náklady vzrástli z 99m EUR v roku 2011 na 109,4m EUR v roku 2013 (nárast o 10,4m EUR – 10,5 %), čo bolo spôsobené predovšetkým zvýšením miezd lekárov (v priemere o cca 350 EUR mesačne – 20,4 %) a zdravotných sestier (v priemere o cca 140 EUR – 15,3 %), ako výsledok štrajkov lekárov a zdravotných sestier a následnej dohody MZ SR s odbormi.
- V roku 2013 vykázala ďalšie zvýšenie miezd o 7m EUR (6,4 %) predovšetkým z dôvodu valorizácie miezd o 4 %.
- V januári 2014 prebehlo v UNB a v ďalších univerzitných a fakultných nemocniciach na Slovensku ďalšie zvyšovanie miezd o 4 %, ako výsledok rokovaní odborov s MZ SR.
- Ako je znázornené v grafe naľavo v strede, najvyššiu priemernú mesačnú mzdu mali doktori, technickí pracovníci a zdravotné sestry.

FTEs

- Priemerný počet FTE v roku 2011 bol 5 915, v roku 2012 vzrástol o 56 a v roku 2013 o ďalších 41.

Upravená EBITDA

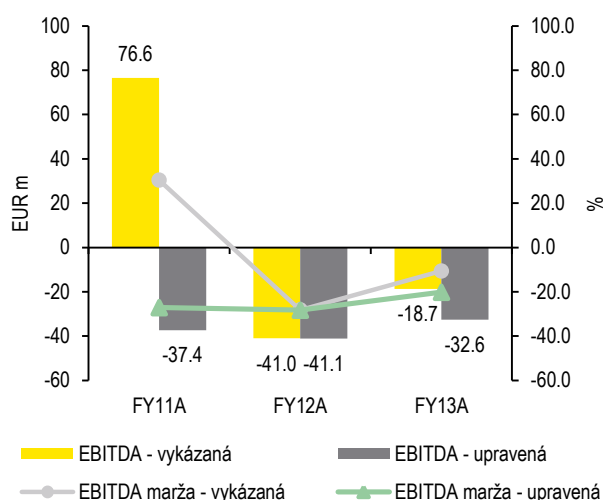
Upravená a vykázaná EBITDA

Mena: EUR tis.	2011	2012	2013
EBITDA - vykázaná	76 590	-41 039	-18 745
Čistý výsledok hospodárenia	63 624	-52 341	-28 942
Z toho:			
Ružinov	-7 402	-11 182	-7 065
Kramáre	-11 038	-13 061	-5 348
Petržalka	-13 137	-11 199	-9 774
Staré Mesto	-3 288	-5 052	4 370
Podunajské Biskupice	-2 020	-2 871	-2 625
Riadiťstvo UNB	100 510	-8 975	-8 500
Úpravy k EBITDA			
Výnosy zo ŠR	-113 720	-	-
Precenenie HM	-	-	-13 845
Výnosy z predaja HM	-10	-11	-18
Výnosy z predaja materiálu	-13	-8	-18
Výnosy z dobropisov	-217	-	-
Úpravy k EBITDA celkom	-113 961	-18	-13 881
EBITDA - upravená	-37 371	-41 058	-32 626
EBITDA marža - vykázaná	30,4	-28,2	-10,7
EBITDA marža - upravená	-27,1	-28,3	-20,2

Zdroj: Klient

Vykázaná a upravená EBITDA

Zdroj: Klient



Upravená EBITDA

Tabuľka vľavo znázorňuje vykázanú EBITDA (Zisk pred zdanením, úrokmi a odpismi) upravenú o jednorazové položky, ktoré vznikli počas rokov 2011, 2012 a 2013.

- Najvyššiu stratu v roku 2013 z UNB nemocníc vykazala Petržalka (9,8m EUR) nasledovaná Ružinovom (7,1m EUR), Kramármi (5,3m EUR) a Podunajskými Biskupicami (2,6m EUR).
- Staré Mesto dosiahlo čistý zisk 4,4m EUR, čo bolo spôsobené hlavne jednorazovým precenením pozemkov za 13,8m EUR. Tieto pozemky neboli na súvahe UNB, a preto boli identifikované a následne precenené.
- Riadiťstvo UNB malo prevádzkové náklady cca 8,5m EUR.

Výsledky v roku 2011

- V roku 2011 UNB zaznamenala kladnú EBITDA rovnú 76,6m EUR a čistý zisk 63,6m EUR.
- Avšak, tento výsledok bol do veľkej miery ovplyvnený vkladom štátnych finančných prostriedkov (113,7m EUR) na pokrytie dlhov UNB. Ostatné jednorazové položky vo výške 0,2m EUR sa týkali výnosov zo zmeniek a predaja dlhodobého majetku a materiálu.
- Upravená EBITDA ako aj EBITDA marža boli záporné (-37,4m EUR, -27,1 %).

Výsledky v roku 2012

- V roku 2012 dosiahla UNB zápornú EBITDA vo výške 41m EUR a čistú stratu 52,3m EUR.
- Identifikovali sme menšie jednorazové položky, ktoré upravujú EBITDA, čoho dôsledkom je upravená EBITDA -41,1m EUR a tiež upravená EBITDA marža -28,2 %.

Výsledky v roku 2013

- Počas roku 2013, UNB precenila niektoré pozemky, čo bolo vyhodnotené ako jednorazové výnosy vo výške 13,8m EUR. Ostatné menšie jednorazové položky sú dokopy menej ako 0,05m EUR a týkajú sa predaja aktív a materiálu.
- UNB vykazovala zápornú EBITDA 18,7m EUR, ktorá bola po úpravách -32,6m EUR a z toho EBITDA marža -20,2 %.

Vývoj EBITDA marže

- Zlepšenie upravenej EBITDA marže z -27,1 % (v roku 2011) na -20,2 % (v roku 2013) bolo spôsobené najmä:
 - Nárastom výnosov kvôli nárastu produkcie (UH, OHV) a vyššími zmluvnými cenami so ZP za UH.
 - Úsporami za materiál a energie.
 - Kompenzáciou vyššími osobnými nákladmi.

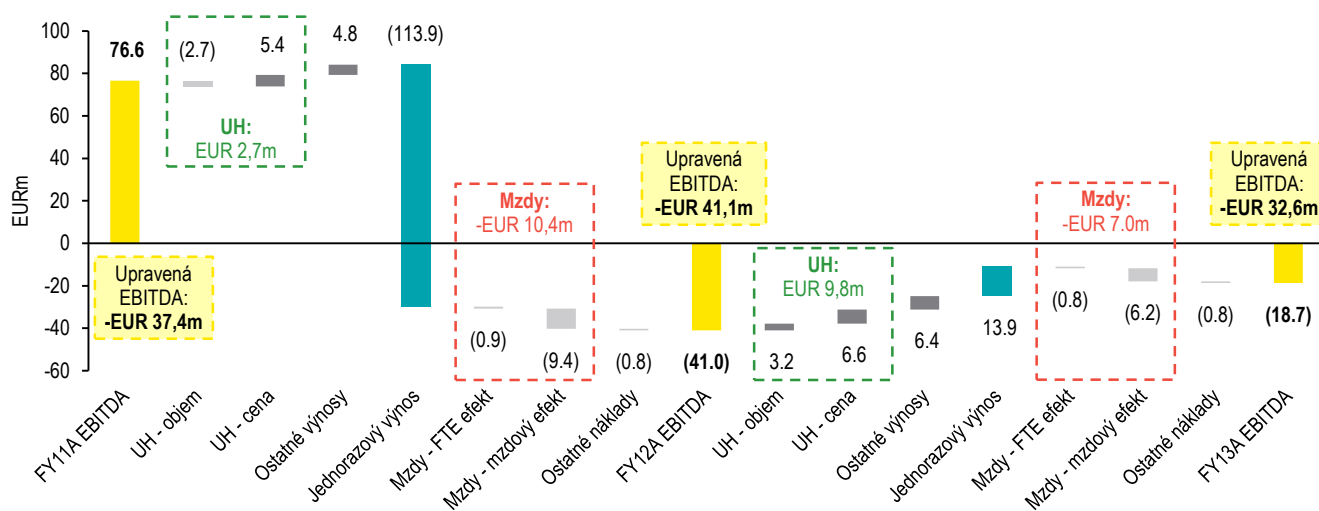
Upravená EBITDA

Graf nižšie zobrazuje vzťah medzi:

- Vykázanou EBITDA v rokoch 2011, 2012 a 2013 a
- Upravenou EBITDA medzi rokmi 2011 a 2013.
- ▶ Ako je ukázané v grafe nižšie, hlavným akcelerátorom zmeny medzi rokmi 2012 a 2011 boli jednorazové tržby, ktoré sa týkali hlavne presunu štátnych prostriedkov (113,7m EUR) v roku 2011. EBITDA v roku 2013 bola taktiež ovplyvnená jednorazovými tržbami vo výške 13,9m EUR týkajúcimi sa precenenia pozemkov UNB.

Vzťah medzi vykázanou a upravenou EBITDA v sledovanom období

Zdroj: Klient, EY analýza

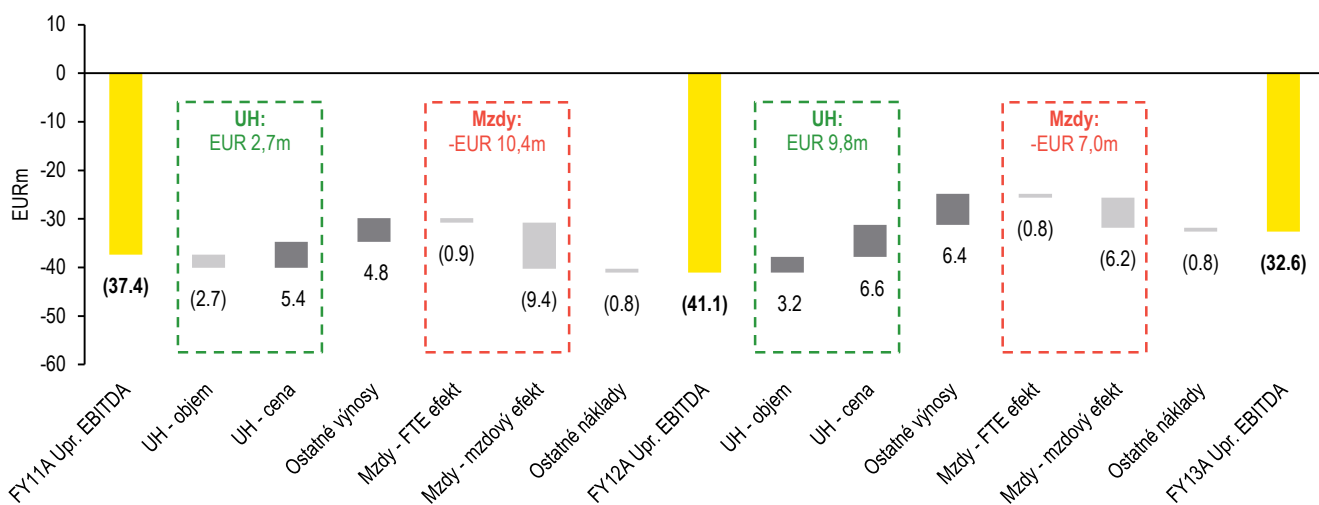


Graf upravenej EBITDA zobrazuje vývoj EBITDA bez efektu jednorazových tržieb.

- ▶ Pokles v upravenej EBITDA z -37,4m EUR (v roku 2011) na -41,1m EUR (v roku 2012) bol spôsobený hlavne nárastom osobných nákladov o 10,4m EUR na 109,4m EUR, čo bolo z časti kompenzované nárastom upravených tržieb o 7,5m EUR (5,4 %) hlavne kvôli vyšším cenám za úkony.
- ▶ V roku 2013 nárast cien za výkon a nárast objemu pozitívne ovplyvnil upravenú EBITDA, ktorá vzrástla o 8,4m EUR (20,5 %). Kladný vplyv nárastu tržieb o 16,2m EUR (11,2 %) bol čiastočne kompenzovaný nárastom osobných nákladov o 7m EUR (6,4 %).

Upravená EBITDA

Zdroj: Klient, EY analýza



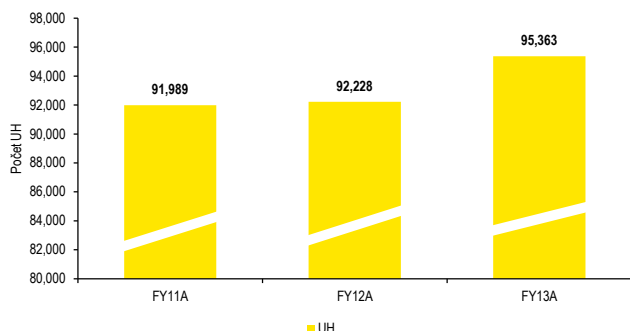
Analýza súčasného stavu UNB – Kľúčové ukazovatele výkonnosti

1. Ukončené hospitalizácie
2. Ambulantná starostlivosť
3. Laboratórna diagnostika
4. Ostatné KPIs
5. Dôležité dohody so ZP

Ukončené hospitalizácie UNB

Prehľad vykázaných UH v UNB v období 2011-2013

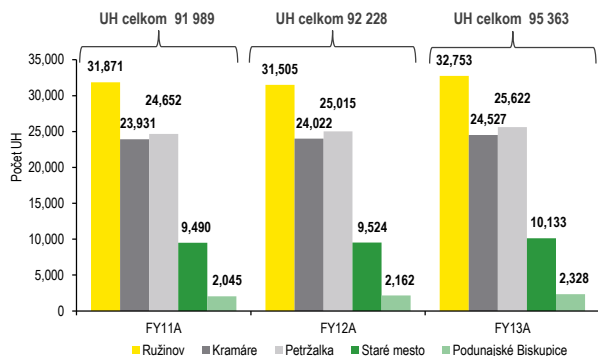
Zdroj: Klient



Pozn.: Počet UH v uvedených grafoch predstavuje štatistické číslo (zahrňuje presun pacientov medzi oddeleniami). Počet uhradených UH bol nasledovný: rok 2011: 78 863; rok 2012: 76 015; rok 2013: 79 168.

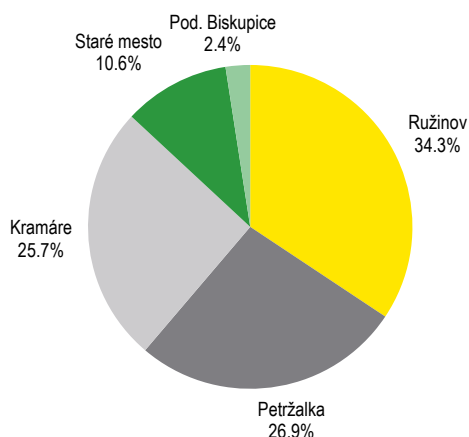
Prehľad počtu UH v UNB v období 2011-2013 po nemocniciach

Zdroj: Klient



Podiel UNB nemocníc na celkovom počte UH v roku 2013

Zdroj: Klient



Ukončené hospitalizácie

Prvé dva grafy vľavo poskytujú prehľad o vývoji počtu UH v UNB v sledovanom období.

- Celkový počet UH v roku 2011 bol 91 989, pričom väčšina bola generovaná (i) Ružinovom (31 871 UH – 34,6 %), nasledovaným (ii) Petržalkou (24 652 UH – 26,8 %), (iii) Kramármi (23 931 UH – 26 %), a (iv) Starým Mestom a PB (spolu 11 535 UH – 12,5 %).
- UNB vykázala mierny nárast o 239 UH (0,3 %) v roku 2012 v porovnaní s rokom 2011, čo sa prejavilo predovšetkým v (i) Petržalke, v ktorej bol zaznamenaný nárast o 363 UH (1,5 %), nasledovali (ii) Kramáre a (iii) Staré Mesto s nárastom o 91, resp. 34 UH (obe o 0,4 %) a (iv) PB o 117 (5,7 %). Pokles v počte UH o 366 (1,1 %) bol zaznamenaný v Ružinove.
- V roku 2013 vzrástol celkový počet UH o 3 135 (3,4 %) v porovnaní s rokom 2012. Hlavný nárast bol zaznamenaný v (i) Ružinove (o 1 248 UH – 4 %), (ii) Starom Meste o 609 UH – 6,4 % a Petržalke o 607 UH – 2,4 %.
- Graf vľavo dole znázorňuje podiel jednotlivých nemocníc na celkovom počte UH v roku 2013 s vedúcou pozíciou Ružinova s 34,3 %.

Podrobný prehľad UH podľa jednotlivých nemocníc a oddelení v sledovanom období je uvedený vo Finančných prílohách.

Hlavné body analýzy UH:

- Gynekológia a pôrodnictvo generujú najvyšší počet UH vo všetkých nemocniciach s výnimkou Starého Mesta a PB, kde sa tieto oddelenia nenachádzajú. V roku 2012 sa celkový počet UH znížil o 0,5 % v porovnaní s rokom 2011 (z 15 507 UH v roku 2011 na 15 435 UH v roku 2012). V roku 2013 sa celkový počet UH v gynekológii a pôrodnictve zvýšil o 96 (0,6 %) na 15 531 UH.
- Ostatné oddelenia, ktoré generovali najvyšší počet UH vo všetkých UNB nemocniciach v roku 2013 sú (i) Interné (11 957 UH – podiel 12,5 %), (ii) Chirurgia (7 795 UH – podiel 8,2 %), a (iii) Neonatológia (7 733 UH – podiel 8,1 %).
- V každej nemocnici sú špecializované oddelenia, ktoré nemožno nájsť v žiadnej inej UNB nemocnici v Bratislave, napr. (i) Pneumológia a Ftizeológia v Ružinove (2 407 UH v 2013), (ii) Infektológia a Pracovné lekárstvo a toxikológia na Kramároch (3 536 UH), (iii) Gastroenterológia v Petržalke (1 027 UH) a (iv) Popáleniny v Ružinove (371 UH) atď.

Ukončené hospitalizácie UNB

Prehľad UH v UNB v rokoch 2011-2013 podľa nemocníc a oddelení

Jednotka: počet UH; %	2011	2012	2013	% z celk. 2011	% z celk. 2012	% z celk. 2013	2012 vs. 2011	2013 vs. 2012	2012 vs. 2011 (%)	2013 vs. 2012 (%)
Ružinov	31 871	31 505	32 753	34,6	34,2	34,3	-366	1 248	-1,1	4,0
Gynekológia a pôrodnictvo	5 690	5 394	5 661	6,2	5,8	5,9	-296	267	-5,2	4,9
Interné	3 912	4 035	4 209	4,3	4,4	4,4	123	174	3,1	4,3
Ortopédia	2 778	2 853	2 980	3,0	3,1	3,1	75	127	2,7	4,5
Chirurgia	2 430	2 198	2 510	2,6	2,4	2,6	-232	312	-9,5	14,2
Pneumológia	2 524	2 525	2 407	2,7	2,7	2,5	1	-118	0,0	-4,7
Novorodenecké	2 442	2 263	2 338	2,7	2,5	2,5	-179	75	-7,3	3,3
Neurológia	1 700	1 670	1 727	1,8	1,8	1,8	-30	57	-1,8	3,4
Plastická chirurgia	1 350	1 359	1 413	1,5	1,5	1,5	9	54	0,7	4,0
Urológia	1 116	1 169	1 271	1,2	1,3	1,3	53	102	4,7	8,7
Oddelenie chirurgie ruky	1 017	1 207	1 222	1,1	1,3	1,3	190	15	18,7	1,2
Ostatné	6 912	6 832	7 015	7,5	7,4	7,4	-80	183	-1,2	2,7
Kramáre	23 931	24 022	24 527	26,0	26,0	25,7	91	505	0,4	2,1
Gynekológia a pôrodnictvo	4 981	4 940	4 750	5,4	5,4	5,0	-41	-190	-0,8	-3,8
Infektológia	3 200	2 918	2 950	3,5	3,2	3,1	-282	32	-8,8	1,1
Interné	2 868	2 723	2 717	3,1	3,0	2,8	-145	-6	-5,1	-0,2
Traumatológia	2 274	2 329	2 455	2,5	2,5	2,6	55	126	2,4	5,4
Novorodenecké	2 492	2 607	2 436	2,7	2,8	2,6	115	-171	4,6	-6,6
Urológia	1 442	1 579	1 867	1,6	1,7	2,0	137	288	9,5	18,2
Chirurgia	1 583	1 744	1 859	1,7	1,9	1,9	161	115	10,2	6,6
Geriatra	1 508	1 591	1 684	1,6	1,7	1,8	83	93	5,5	5,8
Neurochirurgia	1 431	1 518	1 633	1,6	1,6	1,7	87	115	6,1	7,6
Neurológia	1 163	1 120	1 175	1,3	1,2	1,2	-43	55	-3,7	4,9
Ostatné	989	953	1 001	1,1	1,0	1,0	-36	48	-3,6	5,0
Petržalka	24 652	25 015	25 622	26,8	27,1	26,9	363	607	1,5	2,4
Gynekológia a pôrodnictvo	4 836	5 101	5 120	5,3	5,5	5,4	265	19	5,5	0,4
Novorodenecké	2 630	2 824	2 959	2,9	3,1	3,1	194	135	7,4	4,8
Pediatrica	1 880	1 724	2 016	2,0	1,9	2,1	-156	292	-8,3	16,9
Traumatológia	1 821	1 932	2 002	2,0	2,1	2,1	111	70	6,1	3,6
Chirurgia	1 640	1 827	1 810	1,8	2,0	1,9	187	-17	11,4	-0,9
Interné	1 597	1 708	1 726	1,7	1,9	1,8	111	18	7,0	1,1
ORL	1 549	1 332	1 288	1,7	1,4	1,4	-217	-44	-14,0	-3,3
Ortopédia	1 072	1 177	1 247	1,2	1,3	1,3	105	70	9,8	5,9
Urológia	1 196	1 148	1 081	1,3	1,2	1,1	-48	-67	-4,0	-5,8
Gastroenterologická klinika	909	917	1 027	1,0	1,0	1,1	8	110	0,9	12,0
Ostatné	5 522	5 325	5 346	6,0	5,8	5,6	-197	21	-3,6	0,4
Staré Mesto	9 490	9 524	10 133	10,3	10,3	10,6	34	609	0,4	6,4
Interné	2 801	3 045	3 305	3,0	3,3	3,5	244	260	8,7	8,5
Neurológia	2 274	2 423	2 644	2,5	2,6	2,8	149	221	6,6	9,1
Chirurgia	1 777	1 524	1 616	1,9	1,7	1,7	-253	92	-14,2	6,0
Psychiatria	1 009	1 078	1 149	1,1	1,2	1,2	69	71	6,8	6,6
Dermatovenerológia	1 095	1 009	930	1,2	1,1	1,0	-86	-79	-7,9	-7,8
Koronárna jednotka	402	388	423	0,4	0,4	0,4	-14	35	-3,5	9,0
Nukleárna medicína	64	57	66	0,1	0,1	0,1	-7	9	-10,9	15,8
Diabetológia	68	n/a	n/a	0,1	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Podunajské Biskupice	2 045	2 162	2 328	2,2	2,3	2,4	117	166	5,7	7,7
Geriatra	1 057	1 107	1 178	1,1	1,2	1,2	50	71	4,7	6,4
Oddelenie dlhodobých chorých	583	640	685	0,6	0,7	0,7	57	45	9,8	7,0
Doliečkové oddelenie	405	415	465	0,4	0,4	0,5	10	50	2,5	12,0
Spolu	91 989	92 228	95 363	100,0	100,0	100,0	239	3 135	0,3	3,4

Zdroj: Klient

Pozn.: Počet UH reprezentuje štatistický počet hospitalizácií, ktorý zahŕňa aj presun pacientov medzi oddeleniami (napr. medzi chirurgiou a JIS a opačne). Preto dochádza k rozdielom medzi počtami UH, ktoré hradia ZP, nakoľko ošetrovanie pacientov presunutých na iné oddelenie hradí poisťovňa vo väčšine prípadov ako jednu UH.

Ukončené hospitalizácie v Ružinove a na Kramároch

Prehľad počtu UH v Ružinove v rokoch 2011-2013

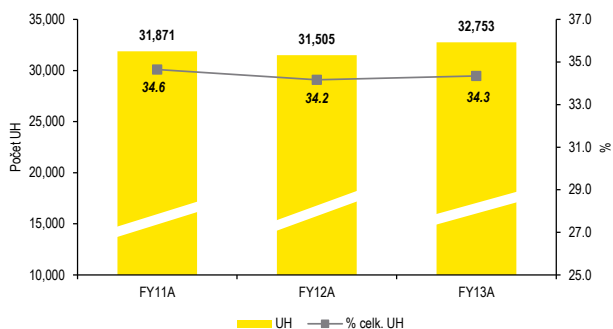
Jednotky: počet UH; %	2011	2012	2013	% z celk. 2013	2013 vs. 2012 (%)
Ružinov	31 871	31 505	32 753	34,3	4,0
Gyn. a pôrodnictvo	5 690	5 394	5 661	5,9	4,9
Interné	3 912	4 035	4 209	4,4	4,3
Ortopédia	2 778	2 853	2 980	3,1	4,5
Chirurgia	2 430	2 198	2 510	2,6	14,2
Pneumológia	2 524	2 525	2 407	2,5	-4,7
Novorodenecké	2 442	2 263	2 338	2,5	3,3
Neurológia	1 700	1 670	1 727	1,8	3,4
Plastická chirurgia	1 350	1 359	1 413	1,5	4,0
Urológia	1 116	1 169	1 271	1,3	8,7
Oddelenie chirurgie ruky	1 017	1 207	1 222	1,3	1,2
Hrudníková chirurgia	1 084	1 097	1 156	1,2	5,4
Očné	1 143	1 100	1 098	1,2	-0,2
FRO	858	870	967	1,0	11,1
Ústna a čelútná chirurgia	757	709	772	0,8	8,9
Klinická onkológia	712	696	762	0,8	9,5
ORL	688	607	503	0,5	-17,1
Psychiatria	357	375	415	0,4	10,7
Odd. dlhodob chorých	350	359	387	0,4	7,8
Popáleniny	360	458	371	0,4	-19,0
Gerontopsychiatria	372	345	362	0,4	4,9
Anestéziológia	231	216	222	0,2	2,8

Zdroj: Klient

Pozn.: Počet UH reprezentuje štatistický počet hospitalizácií, ktorý zahŕňa aj presun pacientov medzi oddeleniami (napr. medzi chirurgiou a JIS a opačne). Preto dochádza k rozdielom medzi počtami UH, ktoré hradia ZP, nakoľko ošetrovanie pacientov presunutých na iné oddelenie hradí poisťovňa vo väčšine prípadov ako jednu UH.

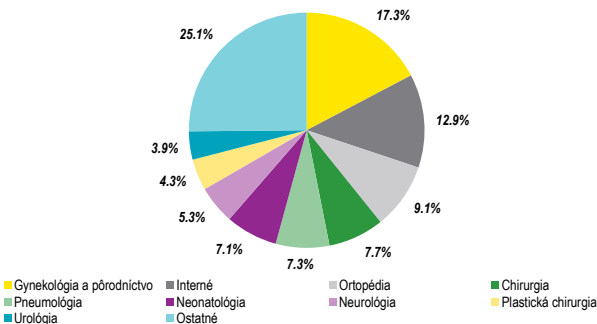
Prehľad počtu UH v Ružinove v rokoch 2011-2013

Zdroj: Klient



Podiel oddelení na celkovom počte UH v Ružinove v roku 2013

Zdroj: Klient



Prehľad počtu UH na Kramároch v rokoch 2011-2013

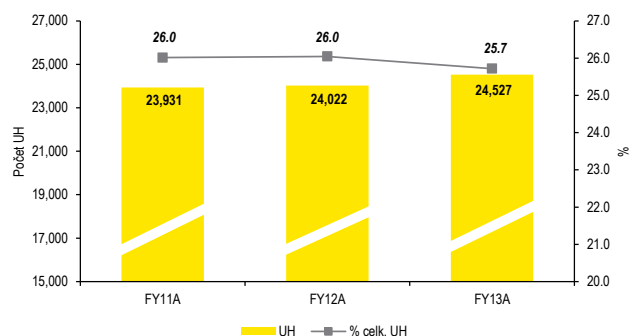
Jednotky: počet UH; %	2011	2012	2013	% z celk. 2013	2013 vs. 2012 (%)
Kramáre	23 931	24 022	24 527	25,7	2,1
Gyn. a pôrodnictvo	4 981	4 940	4 750	5,0	-3,8
Infektológia	3 200	2 918	2 950	3,1	1,1
Interné	2 868	2 723	2 717	2,8	-0,2
Traumatológia	2 274	2 329	2 455	2,6	5,4
Novorodenecké	2 492	2 607	2 436	2,6	-6,6
Urológia	1 442	1 579	1 867	2,0	18,2
Chirurgia	1 583	1 744	1 859	1,9	6,6
Geriatra	1 508	1 591	1 684	1,8	5,8
Neurochirurgia	1 431	1 518	1 633	1,7	7,6
Neurológia	1 163	1 120	1 175	1,2	4,9
Toxikológia	581	557	586	0,6	5,2
Odd. dlhodob chorých	233	244	255	0,3	4,5
Anestéziológia	175	152	160	0,2	5,3

Zdroj: Klient

Pozn.: Počet UH reprezentuje štatistický počet hospitalizácií, ktorý zahŕňa aj presun pacientov medzi oddeleniami (napr. medzi chirurgiou a JIS a opačne). Preto dochádza k rozdielom medzi počtami UH, ktoré hradia ZP, nakoľko ošetrovanie pacientov presunutých na iné oddelenie hradí poisťovňa vo väčšine prípadov ako jednu UH.

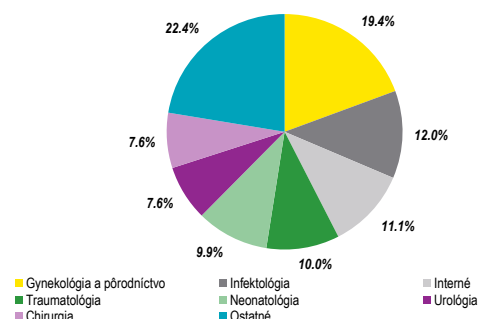
Prehľad počtu UH na Kramároch v rokoch 2011-2013

Zdroj: Klient



Podiel oddelení na celkovom počte UH v roku 2013 na Kramároch

Zdroj: Klient



Ukončené hospitalizácie v Petržalke, Starom Meste a Pod. Biskupiciach

Prehľad počtu UH v Petržalke v rokoch 2011-2013 podľa oddelení

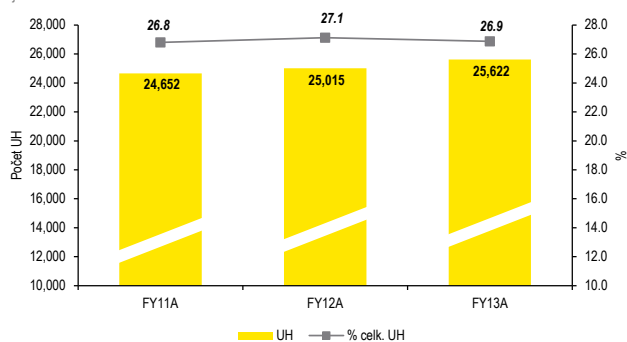
Jednotky: počet UH; %	2011	2012	2013	% z celk. 2013	2013 vs. 2012 (%)
Petržalka	24 652	25 015	25 622	26,9	2,4
Gyn. a pôrodnictvo	4 836	5 101	5 120	5,4	0,4
Novorodenecké	2 630	2 824	2 959	3,1	4,8
Pediatrica	1 880	1 724	2 016	2,1	16,9
Traumatológia	1 821	1 932	2 002	2,1	3,6
Chirurgia	1 640	1 827	1 810	1,9	-0,9
Interná medicína	1 597	1 708	1 726	1,8	1,1
ORL	1 549	1 332	1 288	1,4	-3,3
Ortopédia	1 072	1 177	1 247	1,3	5,9
Urológia	1 196	1 148	1 081	1,1	-5,8
Gastroenterológia	909	917	1 027	1,1	12,0
Neurológia	899	865	816	0,9	-5,7
Cievna chirurgia	760	698	745	0,8	6,7
Psychiatria	796	752	733	0,8	-2,5
FRO	588	585	648	0,7	10,8
Odd. patol. novorodencov	416	609	544	0,6	-10,7
Očné	836	496	498	0,5	0,4
Foniatéria	488	500	497	0,5	-0,6
Hematológia	337	400	446	0,5	11,5
Odd. dlhodobo chorých	253	253	244	0,3	-3,6
Anesteziológia	149	167	175	0,2	4,8

Zdroj: Klient

Pozn.: Počet UH reprezentuje štatistický počet hospitalizácií, ktorý zahŕňa aj presun pacientov medzi oddeleniami (napr. medzi chirurgiou a JIS a opačne). Preto dochádza k rozdielom medzi počtami UH, ktoré hradia ZP, nakoľko ošetrovanie pacientov presunutých na iné oddelenie hradí poisťovňa vo väčšine prípadov ako jednu UH.

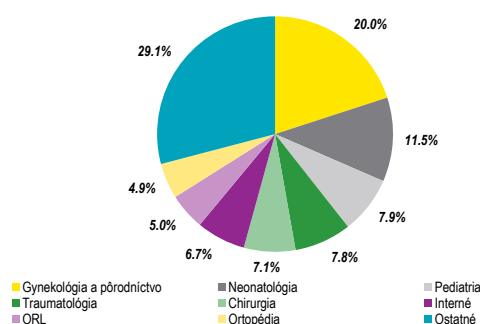
Prehľad počtu UH v Petržalke v rokoch 2011-2013

Zdroj: Klient



Podiel oddelení na celkovom počte UH v Petržalke v roku 2013

Zdroj: Klient



Prehľad počtu UH v Starom Meste a Pod. Biskupiciach v rokoch 2011-2013 podľa oddelení

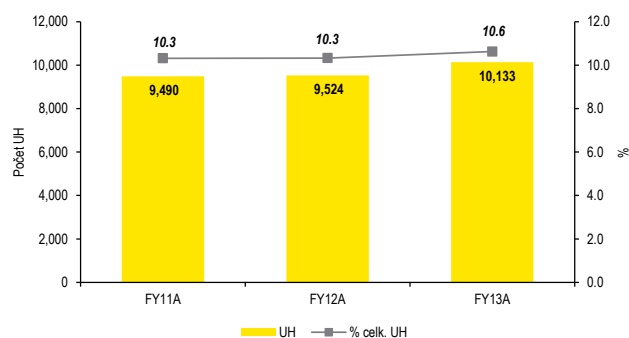
Jednotky: počet UH; %	2011	2012	2013	% z celk. 2013	2013 vs. 2012 (%)
Staré mesto	9 490	9 524	10 133	10,6	6,4
Interné	2 801	3 045	3 305	3,5	8,5
Neurológia	2 274	2 423	2 644	2,8	9,1
Chirurgia	1 777	1 524	1 616	1,7	6,0
Psychiatria	1 009	1 078	1 149	1,2	6,6
Dermatovenerológia	1 095	1 009	930	1,0	-7,7
Koronárna jednotka	402	388	423	0,4	9,0
Nukleárna medicína	64	57	66	0,1	15,8
Diabetológia	68	n/a	n/a	n/a	n/a
Podunajské Biskupice	2 045	2 162	2 328	2,2	2,3
Geriatéria	1 057	1 107	1 178	1,1	1,2
Odd. dlhodobo chorých	583	640	685	0,6	0,7
Doliečkové oddelenie	405	415	465	0,4	0,4

Zdroj: Klient

Pozn.: Počet UH reprezentuje štatistický počet hospitalizácií, ktorý zahŕňa aj presun pacientov medzi oddeleniami (napr. medzi chirurgiou a JIS a opačne). Preto dochádza k rozdielom medzi počtami UH, ktoré hradia ZP, nakoľko ošetrovanie pacientov presunutých na iné oddelenie hradí poisťovňa vo väčšine prípadov ako jednu UH.

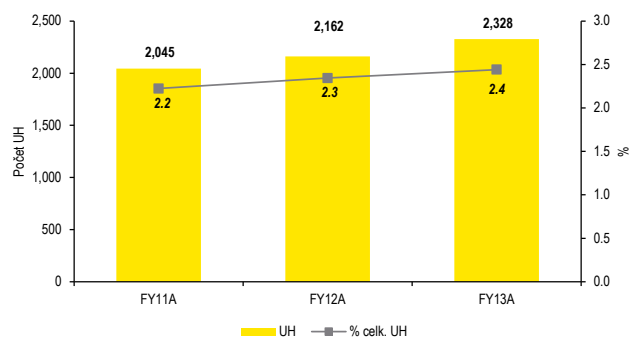
Prehľad počtu UH v Starom Meste v rokoch 2011-2013

Zdroj: Klient



Prehľad počtu UH v Pod. Biskupiciach v rokoch 2011-2013

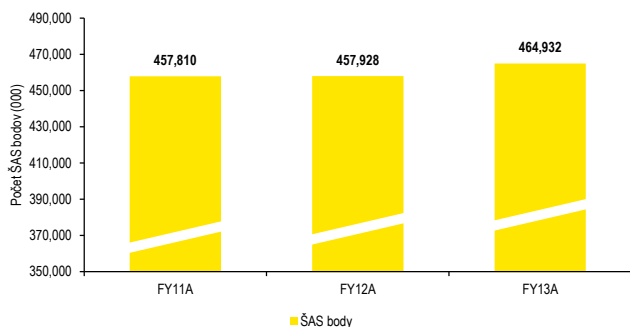
Zdroj: Klient



Ambulantná starostlivosť UNB

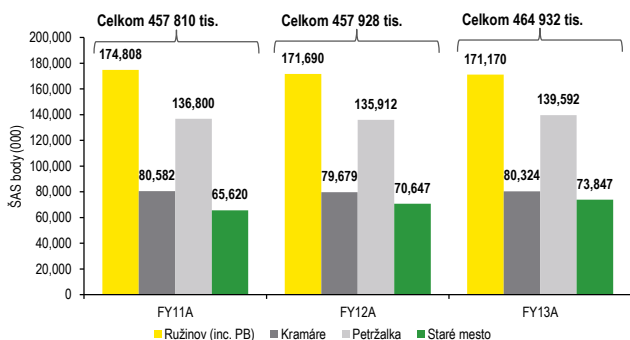
Prehľad počtu uznaných ŠAS bodov v UNB v rokoch 2011-2013

Zdroj: Klient



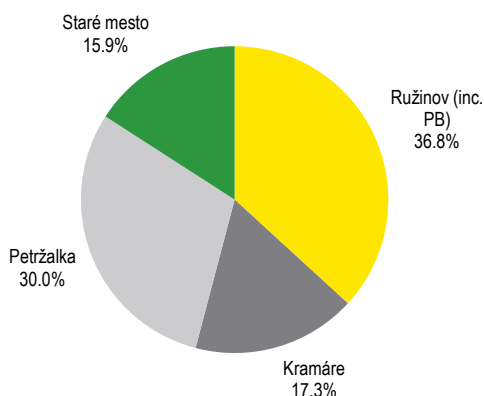
Prehľad počtu uznaných ŠAS bodov v UNB po nemocniciach v rokoch 2011-2013

Zdroj: Klient



Podiel nemocníc na celkovom počte uznaných ŠAS bodov v roku 2013

Zdroj: Klient



Ambulantná starostlivosť

Prvé dva grafy zobrazujú prehľad uznaných ŠAS bodov v UNB v období rokov 2011, 2012 a 2013.

- Celkový počet uznaných ŠAS bodov v roku 2011 bol 457,8m. Väčšina ŠAS bodov bola generovaná nemocnicou (i) Ružinov vrátane PB (174,8m – 38,2 %), nasledovali (ii) Petržalka (136,8m – 29,9 %), (iii) Kramáre (80,6m – 17,6 %) a (iv) Staré Mesto (65,6m – 14,3 %).
- Počet uznaných ŠAS bodov bol v roku 2012 relatívne stabilný (457,9m), v porovnaní s rokom 2011 bol zaznamenaný mierny nárast (menej ako 0,1 %).
- V roku 2013 sa celkový počet uznaných ŠAS bodov zvýšil o 7m (1,5 %) v porovnaní s rokom 2012. Nárast bol zaznamenaný predovšetkým v Petržalke (o 3,7m - 2,7 %) a v Starom Meste (o 3,2m - 4,5 %) ako dôsledok efektívnejšej organizácie práce a lepšieho využívania zdrojov.
- Ako je znázornené v grafe naľavo dole, väčšina ŠAS bodov bola generovaná Ružinovom vrátane PB (171,2m ŠAS bodov, t.j. 36,8 %), nasledovali Petržalka (139,6m ŠAS bodov, t.j. 30 %), Kramáre (80,3m ŠAS bodov, t.j. 17,3 %), Staré Mesto (73,9 ŠAS bodov, t.j. 15,9 %).

Podrobný prehľad ŠAS bodov podľa nemocníc a oddelení v sledovaných obdobiach je uvedený vo Finančných prílohách.

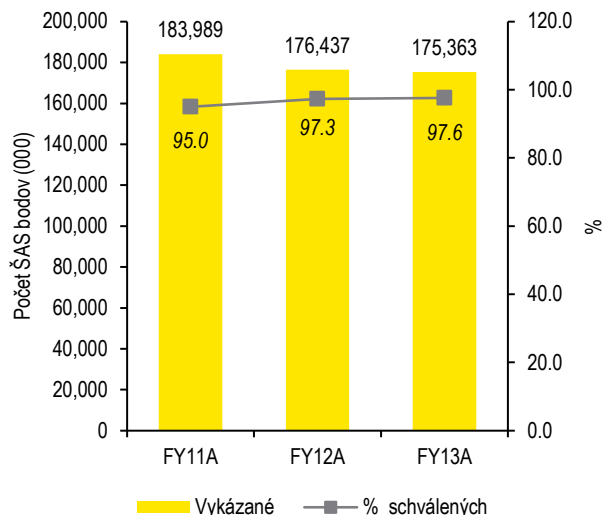
Hlavné body analýzy ŠAS:

- Počet požadovaných ŠAS bodov klesol od roku 2011 o 1,3 % (zo 484,2m v roku 2011 na 477,9m v roku 2013).
- Pomer neuznaných k vykázaným ŠAS bodom klesol od roku 2011. Zatiaľ čo v roku 2011 bolo neuznaných 5,5 % bodov, v roku 2012 ZP neschválili len 3,4 %. V roku 2013 bol tento pomer 2,7 %.
- Centrálny príjem generuje najvyšší počet uznaných ŠAS bodov (15,1 % z celkového počtu ŠAS bodov v roku 2013). V roku 2012 sa zvýšil celkový počet ŠAS bodov o 5,4 % v porovnaní s rokom 2011 (z 66,9m v roku 2011 na 70,5m v roku 2012). V roku 2013 sa znížil celkový počet uznaných ŠAS bodov na centrálnom príjme o 0,5m (0,7 %) na 70m.
- Podiel ostatných TOP 5 oddelení na celkovom počte ŠAS bodov v roku 2013 bol: (i) Gastroenterológia 3,8 % s 17,7m bodov (ii) Kardiológia 3,7 % so 17,4m bodov, (iii) Oftalmológia 3,4 % so 17,2m bodov a (iv) ORL 3,2% s 14,8m bodov.

Ambulantná starostlivosť Ružinov (vrátane Podunajských Biskupíc)

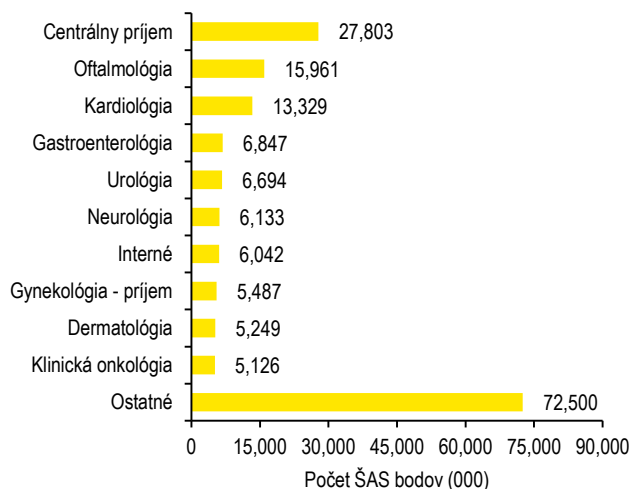
Počet vykázaných a % uznaných ŠAS bodov v Ružinove (vrátane PB) v rokoch 2011-2013

Zdroj: Klient



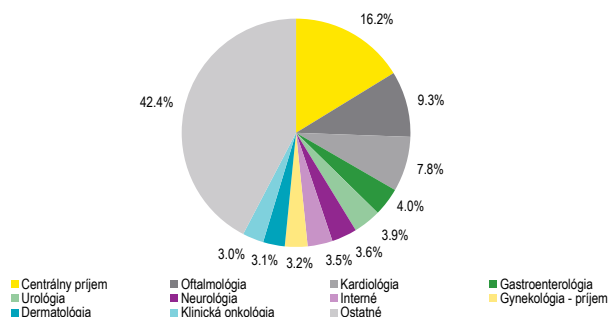
Počet uznaných ŠAS bodov v Ružinove (vrátane PB) v roku 2013 po ambulanciách (TOP 10)

Zdroj: Klient



Podiel ambulancií (TOP 10) na celkovom počte uznaných ŠAS bodov v Ružinove (vrátane PB) v roku 2013

Zdroj: Klient



Ambulantná starostlivosť v Ružinove (vrátane PB)

Graf vľavo hore zobrazuje prehľad počtu vykázaných a percento uznaných ŠAS bodov počas obdobia 2011 až 2013 v Ružinove (vrátane PB).

- Najväčší počet ambulancií je v Ružinove (vrátane PB).
- Počet vykázaných ŠAS bodov sa od roku 2011 znížil. Ambulancie v Ružinove (vrátane PB) vykázali 184m ŠAS bodov v roku 2011, 176,4m v roku 2012 a 175,4m v roku 2013.
- Naopak, počet uznaných v pomere k vykázaným ŠAS bodom sa v sledovanom období zvýšil. ZP uznali v roku 2011 95 % vykázaných ŠAS bodov, v roku 2012 97,3 % a v roku 2013 97,6 %.

Graf naľavo v strede zobrazuje počet uznaných ŠAS bodov v roku 2013 v členení podľa oddelení.

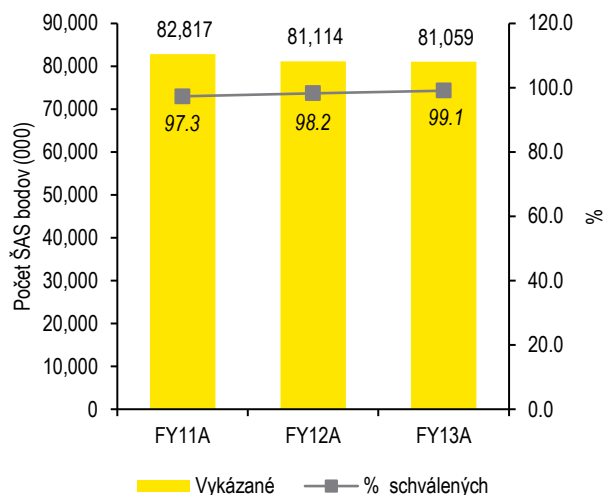
- TOP 10 oddelení tvorilo cca 60 % z celkovo uznaných ŠAS bodov v Ružinove (vrátane PB).
- Centrálny príjem s 27,8m uznaných bodov, má najväčší podiel na celkovo uznaných ŠAS bodoch Ružinova (16,2 %), nasleduje Oftalmológia (vrátane špecializácií) s 16m (9,3 %) a Kardiológiou s 13,3m (7,8 %) uznaných ŠAS bodov.
- Nasledovné ambulancie majú 3-4 % podiel na celkových uznaných ŠAS bodoch v Ružinove (vrátane PB):
 - Gastroenterológia 6,8m ŠAS bodov, t.j. 4,1 %,
 - Urológia 6,7m, t.j. 4,0 %,
 - Neurológia 6,1m, t.j. 3,6 %,
 - Interné 6m, t.j. 3,5 %,
 - Gynekológia - príjem 5,5m, t.j. 3,2 %,
 - Dermatológia 5,2m, t.j. 3,1 %,
 - Klinická onkológia, 5,1m, t.j. 3,0%.
- V období 2011 - 2013 došlo k výraznému nárastu počtu vykázaných a uznaných ŠAS bodov na (i) Endokrinológii (68,1 %), (ii) Čelustnej ortopédii (10,6 %) a (iii) Reumatológii (8,3 %).
- Na druhej strane, značný pokles ŠAS bodov bol v (i) Plastickej chirurgii (44,2 %), (ii) Klinickej psychológii (35,1 %) a (iii) Ortopédii a ORL (obe 18,7 %).
- V sledovanom období neboli vykázané takmer žiadne neuhradené nadlimity.

Detailný prehľad vykázaných, uznaných a uhradených ŠAS bodov v Ružinove (vrát. PB) v období rokov 2011, 2012 a 2013 je uvedený vo Finančných prílohách.

Ambulantná starostlivosť Kramáre

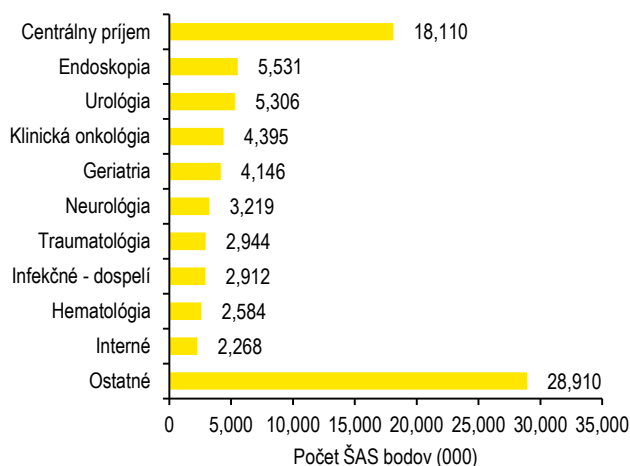
Počet vykázaných a % uznaných ŠAS bodov na Kramároch v rokoch 2011-2013

Zdroj: Klient



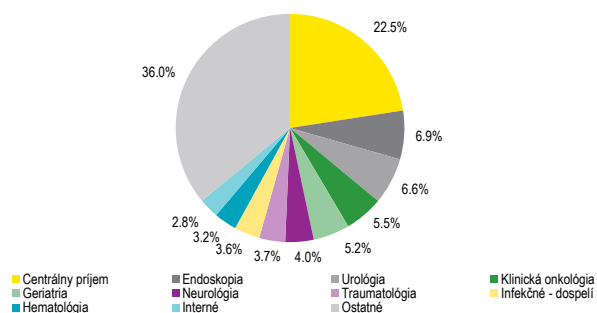
Počet uznaných ŠAS bodov na Kramároch v roku 2013 po ambulanciách (TOP 10)

Zdroj: Klient



Podiel ambulancií (TOP 10) na celkovom počte uznaných ŠAS bodov na Kramároch v roku 2013

Zdroj: Klient



Ambulantná starostlivosť na Kramároch

Graf vľavo hore zobrazuje prehľad počtu vykázaných a percento uznaných ŠAS bodov počas obdobia 2011-2013 na Kramároch.

- Počet vykázaných ŠAS bodov sa od 2011 znížil. Ambulancie na Kramároch vykazali 82,8m ŠAS bodov v roku 2011, 81,1m v roku 2012 a 81,1m v roku 2013.
- Naopak, počet uznaných v pomere k vykázaným ŠAS bodom sa v sledovanom období zvýšil. ZP uznali v roku 2011 97,3 % z vykázaných ŠAS bodov, v roku 2012 98,2 % a v roku 2013 99,1 %.

Graf naľavo v strede zobrazuje počet vykázaných ŠAS bodov v roku 2013 podľa ambulancií.

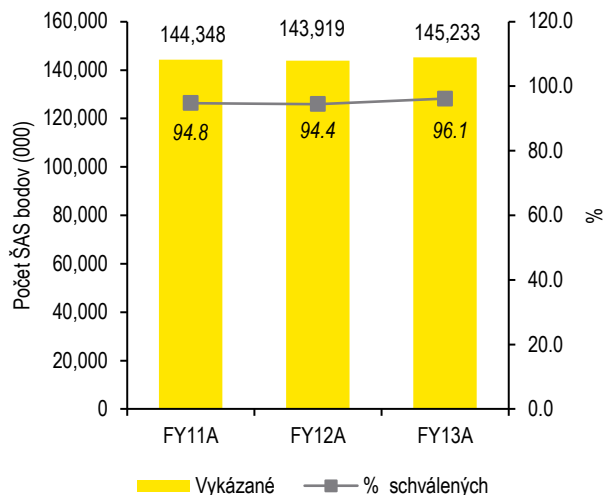
- TOP 10 ambulancií tvorilo cca 64 % celkových uznaných ŠAS bodov na Kramároch.
- Centrálny príjem s 18,1m uznaných bodov, má najväčší podiel (22,5 %) na celkovom počte uznaných ŠAS bodov na Kramároch, nasleduje Endoskopia s 5,5m (6,9 %) a Urológia s 5,3m (6,6 %) uznaných ŠAS bodov.
- Ďalšie z TOP 10 ambulancií podľa počtu uznaných ŠAS bodov v 2013:
 - Klinická onkológia 4,4m ŠAS bodov, t.j. 5,5 %,
 - Geriatra 4,1m, t.j. 5,2 %,
 - Neurológia 3,3m, t.j. 4 %,
 - Traumatológia 2,9m, t.j. 3,7 %,
 - Infekčné (dospelí) 2,9m, t.j. 3,6%.
- Na Kramároch je niekoľko ambulancií s podielom 2-3 % z celkových uznaných ŠAS bodoch v roku 2013, napr. Hematológia, Interné, Chirurgia, Alergológia, atď.
- V období 2011 - 2013 došlo k výraznému nárastu počtu vykázaných a uznaných bodov ŠAS na (i) Logopédii (42,3 %), (ii) Traumatológii (37 %) a (iii) Klinickej neurofyziológii (33 %).
- Naopak, značný pokles ŠAS bodov bol na (i) Klinickej chirurgii (12,4 %), (ii) Diabetológii (11,4 %) a (iii) Hematológii (9,4 %).

Detailný prehľad vykázaných, uznaných a uhradených ŠAS bodov na Kramároch v období rokov 2011, 2012 a 2013 je uvedený vo Finančných prílohách.

Ambulantná starostlivosť Petržalka

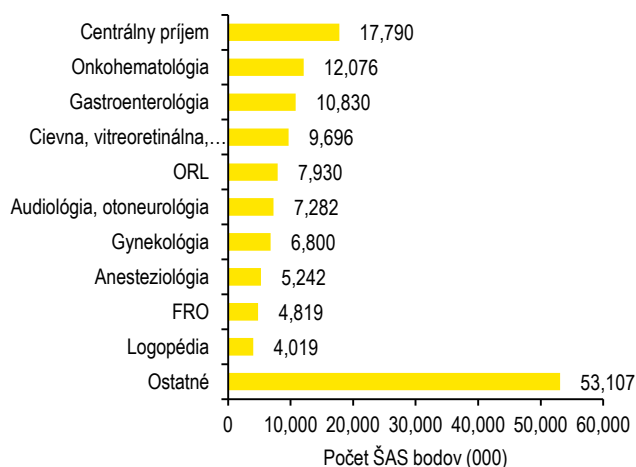
Počet vykázaných a % uznaných ŠAS bodov v Petržalke v rokoch 2011-2013

Zdroj: Klient



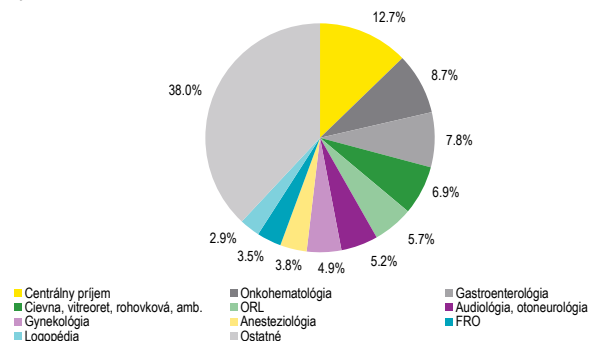
Počet uznaných ŠAS bodov v Petržalke v roku 2013 po ambulanciách (TOP 10)

Zdroj: Klient



Podiel ambulancií (TOP 10) na celkovom počte uznaných ŠAS bodov v Petržalke v roku 2013

Zdroj: Klient



Ambulantná starostlivosť v Petržalke

Graf vľavo hore zobrazuje prehľad počtu vykázaných a percento uznaných ŠAS bodov počas obdobia 2011-2013 v Petržalke.

- Počet vykázaných ŠAS bodov bol viac-menej stabilný, v roku 2012 klesol len o 0,3 % v porovnaní s rokom 2011 a zvýšil sa o 0,9 % v roku 2013 v porovnaní s rokom 2012. Ambulancie v Petržalke vykazali 144,3m ŠAS bodov v roku 2011, 143,9m v roku 2012 a 145,2m v roku 2013.
- Pomer uznaných k vykázaným ŠAS bodom bol 94,8 % v roku 2011, 94,4 % v roku 2012 a 96,1 % v roku 2013. Celkový počet neuznaných ŠAS bodov v období 2011-2013 klesol.

Graf naľavo v strede zobrazuje počet uznaných ŠAS bodov v roku 2013 podľa oddelení.

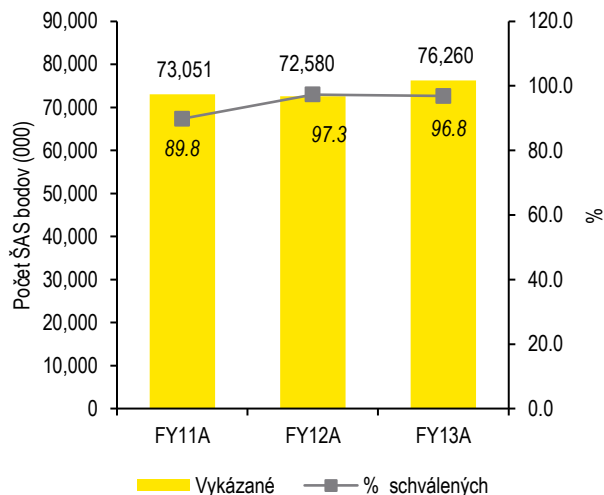
- TOP 10 ambulancií tvorilo cca 62 % z celkovo uznaných ŠAS bodov v Petržalke.
- Centrálny príjem so 17,8m uznaných bodov má najvyšší podiel na celkových uznaných ŠAS bodoch (12,7 %), nasleduje Onko-hematológia so 12,1m (8,7 %) a Gastroenterológia s 10,8m (7,8 %) uznaných ŠAS bodov.
- Ďalšie z TOP 10 ambulancií podľa počtu uznaných ŠAS bodov v roku 2013:
 - Cievna, vitreoretinálna, rohovková, refrakčná a onkologická amb. 9,7m ŠAS bodov, t.j. 6,9 %,
 - ORL 7,9m, t.j. 5,7 %,
 - Audiologická, otoneurologická a kochleárna ambulancia 7,3m, t.j. 5,2 %,
 - Gynekológia 6,8m, t.j. 4,9 %.
- V Petržalke je niekoľko ambulancií s podielom 2-4% na celkových uznaných ŠAS bodoch v 2013, napr. Anesteziológia, FRO, Neurológia, Klinická logopédia, atď.
- V období 2011-2013 došlo k výraznému nárastu vykázaných a uznaných ŠAS bodov v ambulanciách (i) Reprodukčnej medicíny (92,8 %), (ii) FRO (41,3 %) a (iii) Gynekológii (24 %). Nárast viac ako 100 % bol v Angiológii (126,3 %) a Detskej neurológii (207,2 %).
- Na druhej strane, značný pokles bol zaznamenaný v (i) Hemo-chemoterapii (38,6 %), (ii) Hematológii (38,1 %) a (iii) Ambulancii otologickej, rinologickej a pre poruchy spánku (16,3 %).

Detailný prehľad vykázaných, uznaných a uhradených ŠAS bodov v Petržalke v období rokov 2011, 2012 a 2013 je vo Finančných.

Ambulantná starostlivosť Staré Mesto

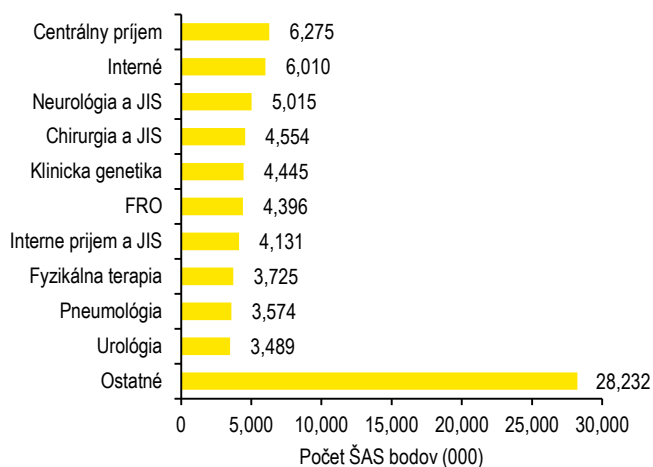
Počet vykázaných a % uznaných ŠAS bodov v Starom Meste v rokoch 2011-2013

Zdroj: Klient



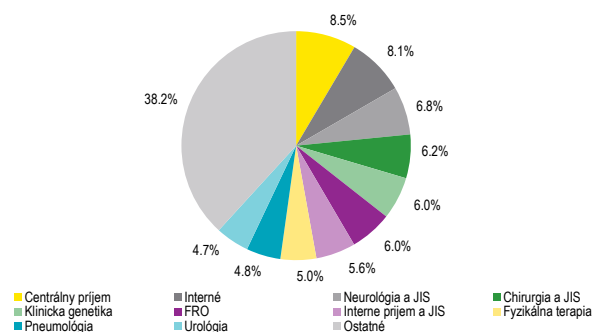
Počet uznaných ŠAS bodov v Starom Meste v roku 2013 po ambulanciách (TOP 10)

Zdroj: Klient



Podiel ambulancií (TOP 10) na celkovom počte uznaných ŠAS bodov v Starom Meste v roku 2013

Zdroj: Klient



Ambulantná starostlivosť v Starom Meste

Graf vľavo hore zobrazuje prehľad počtu vykázaných a percento uznaných ŠAS bodov počas obdobia 2011-2013 v Starom Meste.

- Počet vykázaných ŠAS bodov sa znížil o 0,6 % v roku 2012 v porovnaní s rokom 2011 a vzrástol o 5,1 % v roku 2013 v porovnaní s rokom 2012. Ambulancie v Starom Meste vykazali 73,1m ŠAS bodov v roku 2011, 72,6m v roku 2012 a 76,3m v roku 2013.
- Pomer uznaných ŠAS bodov ku vykázaným vzrástol v roku 2012 v porovnaní s rokom 2011, ale v roku 2013 opäť poklesol. ZP uznali 89,8 % vykázaných ŠAS bodov v roku 2011, 97,3 % v roku 2012 a 96,8 % v roku 2013.

Graf naľavo v strede zobrazuje počet uznaných ŠAS bodov v roku 2013 podľa oddelení.

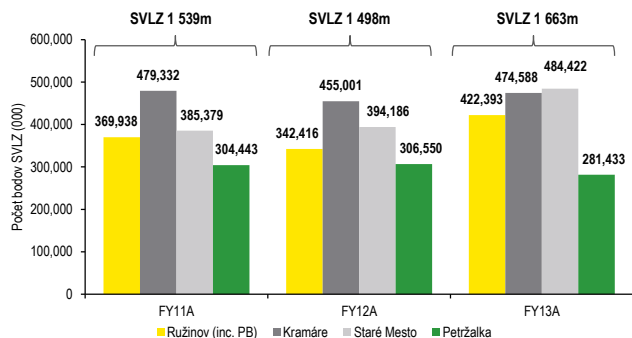
- TOP 10 ambulancií tvorilo cca 62 % celkovo uznaných ŠAS bodov v Starom Meste.
- Centrálny príjem s 6,3m uznaných bodov, má najväčší podiel na celkových uznaných ŠAS bodoch (8,5 %), nasleduje Interné s 6m (8,1 %) a Neurológia s 5m (6,8 %) uznaných ŠAS bodov.
- Ďalšie z TOP 10 ambulancií podľa počtu uznaných ŠAS bodov v roku 2013:
 - Chirurgia, Klinická genetika a FRO s podielom cca 6 %,
 - Interné – príjem a JIS s podielom 5,6 %,
 - Fyzikálna terapia - príjem, Pneumológia a Urológia s podielom cca 5 % na celkových uznaných ŠAS bodoch v Starom Meste.
- V Starom Meste je niekoľko ambulancií s podielom 2-3 % na celkových uznaných ŠAS bodoch v 2013, napr. Kardiológia, Angiológia, Diabetológia, ORL, atď.
- V období 2011 až 2013 došlo k výraznému nárastu počtu vykázaných a uznaných bodov ŠAS na (i) Internom a JIS (52,1 %), (ii) Endokrinológii (45,9 %) a (iii) Centrálnej príjme (44,5 %).
- Naopak, pokles ŠAS bodov bol v Angiológii (18,6 %) a Psychiatrii (10 %).

Detailný prehľad vykázaných, uznaných a uhradených ŠAS bodov v Starom Meste v období rokov 2011, 2012 a 2013 je vo Finančných prílohách.

Laboratórna diagnostika UNB

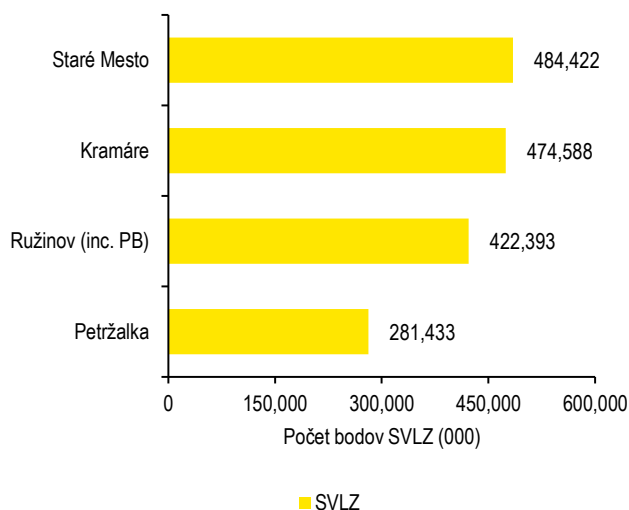
Prehľad uznaných SVLZ bodov po nemocniciach v rokoch 2011-2013

Zdroj: Klient



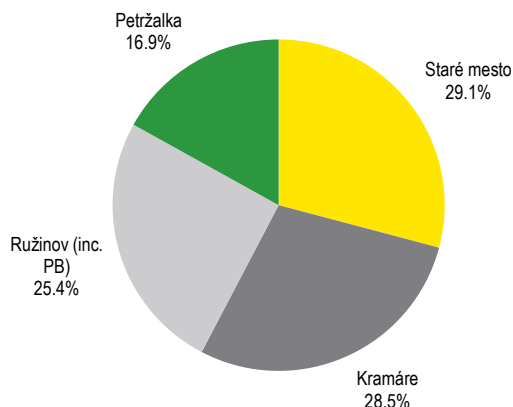
Počet uznaných SVLZ bodov v roku 2013 po nemocniciach

Zdroj: Klient



Podiel nemocníc na celkovom počte schválených SVLZ bodov v roku 2013

Zdroj: Klient



Laboratórna diagnostika – spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky

Graf vľavo hore znázorňuje prehľad vývoja uznaných SVLZ bodov v UNB počas rokov 2011-2013.

- Celkový počet uznaných SVLZ bodov v roku 2011 bol 1 539m. Väčšinu SVLZ bodov v roku 2011 generovali Kramáre (479,3m, 31 %), nasledované Starým Mestom (385,4m, 25 %), Ružinovom vrátane Pod. Biskupíc (369,9m, 24 %) a Petržalkou (304,4m, 20 %).
- V roku 2012 poklesol počet uznaných SVLZ bodov o 2,7 % (41 tis.) oproti roku 2011 ako dôsledok menšieho počtu diagnostík vykonaných na Kramároch a v Ružinove (vrátane Pod. Biskupíc).
- V roku 2013 celkový počet uznaných SVLZ bodov vzrástol o 11 % (164,7 tis.) oproti roku 2012. Z grafu vľavo dole je vidieť, že väčšina bodov bola generovaná v Starom Meste (484,4m, 29,1 %), nasledované Kramármi (474,6m, 28,5 %), Ružinovom (vrátane PB) (422,4m, 25,4 %) a Petržalkou (281,4m, 16,9 %).

Detailnejší prehľad rozdelenia SVLZ bodov po nemocniciach a oddeleniach je prezentovaný na ďalších stranách.

Hlavné body analýzy SVLZ

- Celkový počet vykázaných SVLZ bodov narástol z 1 623m v 2011 na 1 729m v roku 2013.
- Pomer medzi neuznanými a vyžiadanými SVLZ bodmi, bol v roku 2011 5,2 %. V roku 2012 nebolo uznaných 54,7 tis. (3,5 %) SVLZ bodov. V roku 2013 pomer mierne vzrástol na 3,8 %.
- CT diagnostika vykazala najviac SVLZ bodov vo všetkých nemocniciach okrem Petržalky, keďže ním nedisponuje. V roku 2011 bol celkový počet uznaných SVLZ bodov 463,9m. V roku 2012 počet SVLZ bodov vzrástol o 4,2 % a v roku 2013 o ďalších 32,6 %.
- Druhá najproduktívnejšia je Rádiodiagnostika. V roku 2011 bol počet uznaných SVLZ 217,1m. V roku 2012 počet vzrástol o 6,2 % (13,5 tis.). V roku 2013 bol vykázaný iba mierny nárast o 0,2 % (0,35 tis.).

Laboratórna diagnostika UNB

Prehľad SVLZ v UNB v rokoch 2011-2013

Jednotky: body 000, %	2011			2012			2013			% z celk. uznaných 2013
	Vykázané	Uznané	Zaplatené	Vykázané	Uznané	Zaplatené	Vykázané	Uznané	Zaplatené	
Ružinov (vrátane PB)	398 878	369 938	369 938	370 814	342 416	342 416	448 139	422 393	422 393	25,4
Úsek CT	155 186	152 211	152 211	151 641	149 563	149 563	234 197	229 510	229 510	13,3
Úsek rádiodiagnostiky a USG	66 693	56 920	56 920	66 580	63 700	63 700	71 756	62 545	62 545	3,6
FRO - rehabilitačné sály	25 005	16 366	16 366	25 399	14 743	14 743	27 936	21 207	21 207	1,2
Krvná banka	16 445	15 957	15 957	13 633	13 487	13 487	15 172	15 116	15 166	0,9
Funkčná diagnostika	15 654	15 383	15 383	15 140	14 895	14 895	15 225	15 073	15 073	0,9
Denzitometria interného odd.	14 633	13 542	13 542	13 383	13 023	13 023	13 567	13 296	13 296	0,8
RTG pracovisko	11 541	11 447	11 447	12 220	11 945	11 945	12 046	11 995	11 995	0,7
Očná ambulancia USG	9 388	9 318	9 318	10 826	10 818	10 818	10 540	11 204	11 204	0,6
Fyzioterapia a rehabilit. – odd.	12 114	11 888	11 888	13 373	7 022	7 022	13 706	9 038	9 038	0,5
Funkčná diagnostika - ONKD	6 663	6 552	6 552	7 027	6 414	6 414	7 484	7 277	7 277	0,4
Ostatné	65 556	60 354	60 354	41 592	36 806	36 806	26 510	26 130	26 130	1,5
Kramáre	485 858	479 332	479 332	460 484	455 001	455 001	477 311	474 588	474 588	28,5
Úsek CT	199 990	197 486	197 486	203 268	201 250	201 250	219 404	217 249	217 249	12,6
Úsek Magnetickej rezonancie	141 203	139 378	139 378	108 056	107 399	107 399	108 856	108 516	108 516	6,3
Úsek rádiodiagnostiky a USG	59 550	58 048	58 048	62 722	61 951	61 951	64 285	64 002	64 002	3,7
Funkčná diagnostika	28 746	28 446	28 446	28 781	28 668	28 668	28 350	28 804	28 804	1,7
Fyzioterapia a rehabilit. – odd.	19 831	19 707	19 707	22 261	20 202	20 202	23 864	23 548	23 548	1,4
Krvná banka	14 443	14 115	14 115	14 570	14 546	14 546	14 573	14 527	14 527	0,8
Klinická genetika	8 931	8 910	8 910	8 204	7 685	7 685	6 550	6 498	6 498	0,4
Pracovné lekárstvo	1 936	1 888	1 888	2 621	2 557	2 557	2 967	2 976	2 976	0,2
Interná ambulancia I.internei kl.	2 615	2 643	2 643	2 702	2 733	2 733	2 608	2 623	2 623	0,2
Endoskopia	517	572	572	1 046	1 652	1 652	1 055	1 055	1 055	0,1
Ostatné	8 097	8 141	8 141	6 253	6 358	6 358	4 798	4 791	4 791	0,3
Petržalka	317 464	304 443	304 443	313 891	306 550	306 550	309 599	281 433	281 433	16,9
Diagnostika a transfuziológia	142 038	139 363	139 363	136 727	134 200	134 200	124 181	121 452	121 452	7,0
Rádiodiagnostika	79 831	74 207	74 207	79 811	79 459	79 459	83 835	74 023	74 023	4,3
FRO – odd.	27 920	27 624	27 624	33 493	31 200	31 200	37 706	23 339	23 339	1,3
Odd. neinvazívnej kardiológie	20 983	19 865	19 865	21 403	21 076	21 076	20 551	20 334	20 334	1,2
Odd. klinickej imunológie	19 342	16 787	16 787	14 073	12 683	12 683	14 190	13 771	13 771	0,8
Denzitometria	6 458	6 172	6 172	11 174	10 984	10 984	12 851	12 531	12 531	0,7
Litotrypsia a USG	13 923	13 791	13 791	12 335	12 321	12 321	10 600	10 432	10 432	0,6
Gynekologický ultrazvuk	1 707	1 652	1 652	2 167	2 123	2 123	3 107	3 013	3 013	0,2
Neurofyzilogické odd.	2 258	2 198	2 198	1 509	1 486	1 486	1 197	1 192	1 192	0,1
Audiometria	632	573	573	517	413	413	487	473	473	0,0
Ostatné	2 371	2 212	2 212	682	606	606	895	873	873	0,1
Staré Mesto	420 783	385 379	385 379	407 633	394 186	394 186	493 949	484 422	484 422	29,1
CT pracovisko	122 099	114 194	114 194	132 954	132 471	132 471	194 480	194 232	194 232	11,2
Odd. molekul. a biochem. gen.	104 117	97 300	97 300	80 703	78 869	78 869	59 979	59 164	59 164	3,4
Ústav patologickej anatómie	42 643	38 033	38 033	44 143	43 334	43 334	45 968	45 246	45 246	2,6
Mikrobiologický ústav	27 430	25 254	25 254	30 878	28 860	28 860	34 696	33 754	33 754	2,0
Lab. molekul. a biochem. gen	-	-	-	-	-	-	35 647	33 702	33 702	1,9
Radiodiagnostika	29 632	27 949	27 949	25 787	25 488	25 488	30 448	30 376	30 376	1,8
RTG - USG	14 792	13 711	13 711	15 178	15 126	15 126	16 314	16 294	16 294	0,9
Likvorové laboratórium	12 760	11 919	11 919	12 955	12 929	12 929	14 483	14 387	14 387	0,8
Laboratória odd. klin. genetiky	16 120	14 940	14 940	13 390	12 685	12 685	10 297	10 588	10 588	0,6
Nukleárna medicína	12 458	11 644	11 644	12 271	11 215	11 215	10 368	10 353	10 353	0,6
Ostatné	38 734	30 435	30 435	39 373	33 210	33 210	41 269	36 326	36 326	2,2
Spolu	1 622 984	1 539 091	1 539 091	1 552 821	1 498 153	1 498 153	1 728 998	1 662 836	1 662 836	100,0

Zdroj: Klient

Laboratórna diagnostika Ružinov (vrátane PB)

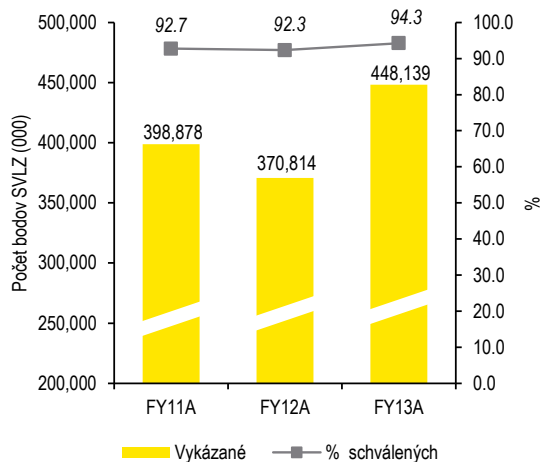
Prehľad počtu SVLZ bodov v Ružinove (vrátane Podunajských Biskupíc) v rokoch 2011-2013

Jednotky: body 000, %	2011			2012			2013			% z celk. uznaných 2013
	Vykázané	Uznané	Zaplatené	Vykázané	Uznané	Zaplatené	Vykázané	Uznané	Zaplatené	
Ružinov (vrátane PB)	398 878	369 938	369 938	370 814	342 416	342 416	448 139	422 393	422 393	25,4
Úsek CT	155 186	152 211	152 211	151 641	149 563	149 563	234 197	229 510	229 510	13,3
Úsek rádiologických a USG	66 693	56 920	56 920	66 580	63 700	63 700	71 756	62 545	62 545	3,6
FRO - rehabilitačné sály	25 005	16 366	16 366	25 399	14 743	14 743	27 936	21 207	21 207	1,2
Krvná banka	16 445	15 957	15 957	13 633	13 487	13 487	15 172	15 116	15 116	0,9
Funkčná diagnostika	15 654	15 383	15 383	15 140	14 895	14 895	15 225	15 073	15 073	0,9
Denzitometria interného odd.	14 633	13 542	13 542	13 383	13 023	13 023	13 567	13 296	13 296	0,8
RTG pracovisko	11 541	11 447	11 447	12 220	11 945	11 945	12 046	11 995	11 995	0,7
Očná ambulancia USG	9 388	9 318	9 318	10 826	10 818	10 818	10 540	11 204	11 204	0,6
FRO – odd.	12 114	11 888	11 888	13 373	7 022	7 022	13 706	9 038	9 038	0,5
Funkčná diagnostika - ONKD	6 663	6 552	6 552	7 027	6 414	6 414	7 484	7 277	7 277	0,4
Endoskopia - Lithotrypsia	5 252	5 340	5 340	5 700	5 700	5 700	7 620	6 958	6 958	0,4
Neurologické ambulancie	3 238	3 149	3 149	2 601	2 579	2 579	3 020	3 728	3 728	0,2
Gastroenterologická endoskopia a USG	5 043	3 979	3 979	5 739	5 318	5 318	3 710	3 673	3 673	0,2
USG v gynekológii a pôrodnictve	4 279	3 670	3 670	3 154	2 915	2 915	3 281	3 248	3 248	0,2
Urologická ambulancia	2 109	1 964	1 964	2 576	2 566	2 566	2 528	2 528	2 528	0,1
Gastroentero. amb. - abdominalna USG	1 585	1 536	1 536	2 829	2 775	2 775	2 576	2 513	2 513	0,1
Detická ambulancia - novorodenecká	3 367	2 991	2 991	2 160	1 906	1 906	2 146	1 994	1 994	0,1
Ostatné	40 683	37 724	37 724	16 833	13 046	13 046	1 630	1 489	1 489	0,1

Zdroj: Klient

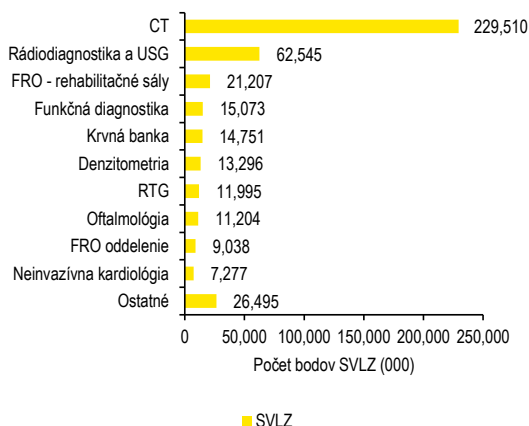
Počet vykázaných a % uznaných SVLZ bodov v Ružinove (vrátane PB) v období 2011-2013

Zdroj: Klient



Počet uznaných SVLZ v roku 2013 v Ružinove (vrátane PB)

Zdroj: Klient



Laboratórna diagnostika v Ružinove (vrátane PB)

Tabuľka hore poskytuje detailný prehľad vykázaných, uznaných a zaplatených SVLZ bodov v Ružinove (vrátane PB) za obdobie 2011-2013.

Horný graf znázorňuje prehľad vykázaných a % uznaných SVLZ bodov počas sledovaného obdobia.

- Počet vykázaných SVLZ bodov klesol o 7 % v roku 2012 oproti roku 2011 a vzrástol o 20,9 % v roku 2013 oproti roku 2012. Diagnostické centrá vykazali 398,9m bodov v roku 2011, 370,8m v roku 2012 a 448,1m v roku 2013.
- V roku 2011 ZP neuznali 7,3 % z vykázaných SVLZ bodov, v roku 2012 7,7 % a v roku 2013 5,7 %.
- Spodný graf zobrazuje počet uznaných SVLZ bodov v roku 2013. TOP 10 diagnostických centier predstavuje cca 94 % z celkového počtu uznaných bodov v Ružinove (vrátane PB).
- CT má najväčší podiel na celkovom počte uznaných SVLZ bodov (229,5m - 54,3 %), nasledované Rádiologickou a USG s 62,5m (14,8 %) a FRO rehabilitačnými halami s 21,2m (5 %) schválenými bodmi.
- Ostatné z TOP 10 diagnostických centier s významným podielom na uznaných SVLZ bodoch v roku 2013 sú:
 - Funkčná diagnostika s 5 % podielom,
 - Krvná banka a denzitometria s cca 3,6 % podielom,
 - RTG, Oftalmológia s cca 3 % podielom.

Laboratórna diagnostika Kramáre

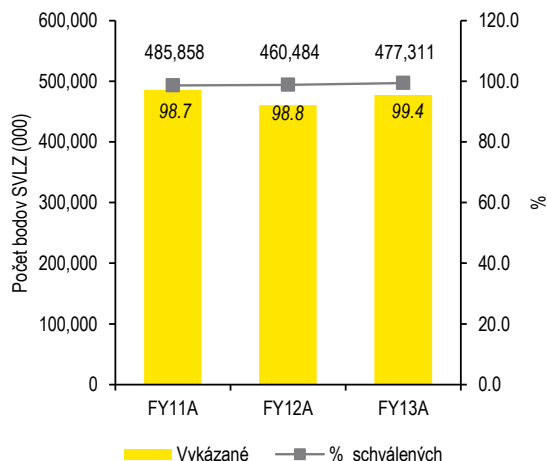
Prehľad počtu SVLZ bodov na Kramároch v rokoch 2011-2013

Jednotky: body 000, %	2011			2012			2013			% z celk. uznaných 2013
	Vykázané	Uznané	Zaplatené	Vykázané	Uznané	Zaplatené	Vykázané	Uznané	Zaplatené	
Kramáre	485 858	479 332	479 332	460 484	455 001	455 001	477 311	474 588	474 588	28,5
Úsek CT	199 990	197 486	197 486	203 268	201 250	201 250	219 404	217 249	217 249	12,6
Úsek MRI	141 203	139 378	139 378	108 056	107 399	107 399	108 856	108 516	108 516	6,3
Úsek rádiodiagnostiky a USG	59 550	58 048	58 048	62 722	61 951	61 951	64 285	64 002	64 002	3,7
Funkčná diagnostika	28 746	28 446	28 446	28 781	28 668	28 668	28 350	28 804	28 804	1,7
FRO – odd.	19 831	19 707	19 707	22 261	20 202	20 202	23 864	23 548	23 548	1,4
Krvná banka	14 443	14 115	14 115	14 570	14 546	14 546	14 573	14 527	14 527	0,8
Klinická genetika	8 931	8 910	8 910	8 204	7 685	7 685	6 550	6 498	6 498	0,4
Pracovné lekárstvo	1 936	1 888	1 888	2 621	2 557	2 557	2 967	2 976	2 976	0,2
Interné	2 615	2 643	2 643	2 702	2 733	2 733	2 608	2 623	2 623	0,2
Endoskopia	517	572	572	1 046	1 652	1 652	1 055	1 055	1 055	0,1
Geriatría	527	527	527	1 515	1 543	1 543	980	981	981	0,1
Interná ambulancia	1 054	1 103	1 103	1 253	1 317	1 317	953	955	955	0,1
Pracovisko USG	960	952	952	892	935	935	885	886	886	0,1
Bioch, lab, - KIGM	973	940	940	868	844	844	958	878	878	0,1
Amb, urologická - litotrypsia	1 750	1 733	1 733	1 241	1 241	1 241	475	525	525	0,0
Klinická neurofyziológia	235	253	253	344	330	330	336	336	336	0,0
Amb, gynekologická klinická	438	479	479	139	148	148	209	228	228	0,0
Amb, novorodenencká - sono	2 161	2 153	2 153	-	-	-	2	2	2	0,0

Zdroj: Klient

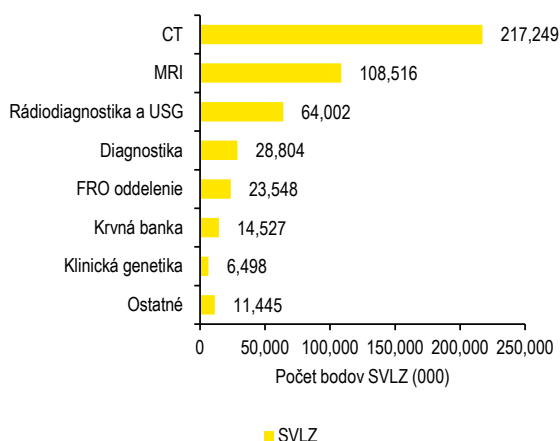
Počet vykázaných a % uznaných SVLZ bodov na Kramároch v rokoch 2011-2013

Zdroj: Klient



Počet uznaných SVLZ v roku 2013 na Kramároch

Zdroj: Klient



Laboratórna diagnostika na Kramároch

Tabuľka hore poskytuje detailný prehľad vykázaných, uznaných a zaplatených SVLZ na Kramároch za roky 2011-2013.

Horný graf znázorňuje prehľad uznaných a % vykázaných SVLZ bodov na Kramároch počas sledovaného obdobia.

- Počet vykázaných SVLZ bodov klesol o 5,2 % v roku 2012 oproti roku 2011 a narástol o 3,7 % v roku 2013 oproti roku 2012. Diagnostické centrá na Kramároch vykázať 485,9m SVLZ bodov v roku 2011, 460,5m v roku 2012 a 477,3m v roku 2013.
- ZP neuznali v roku 2011 1,3 % z vykázaných SVLZ bodov, v roku 2012 1,2 % a iba 0,6 % v roku 2013.
- Spodný graf zobrazuje počet uznaných SVLZ bodov v roku 2013. TOP 10 diagnostických centier predstavuje cca 98 % z celkového počtu uznaných bodov na Kramároch.
- CT má najväčší podiel na celkovom počte uznaných SVLZ bodov (217,2m, 45,8 %,) nasledované MRI s 108,5m (22,9 %) a Rádiodiagnostikou a USG s 64m (13,5 %) schválenými bodmi.
- Ostatné z TOP 10 SVLZ centier s významným podielom na uznaných SVLZ bodoch v roku 2013 sú:
 - Diagnostika s cca 6 % podielom,
 - FRO s cca 5 % podielom,
 - Krvná banka s cca 3 % podielom.

Laboratórna diagnostika Petržalka

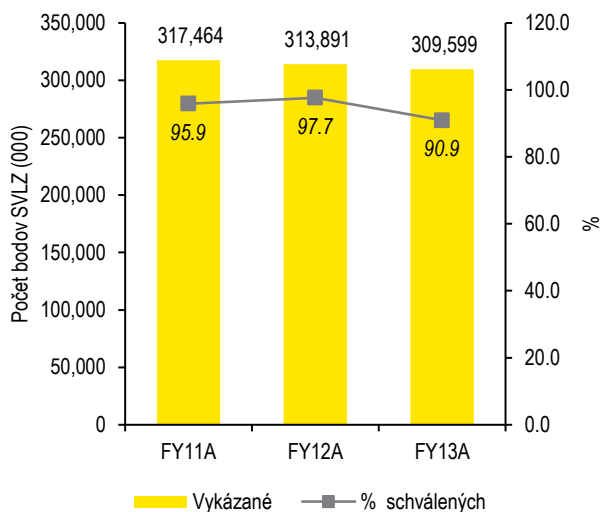
Prehľad počtu SVLZ bodov v Petržalke v rokoch 2011-2013

Jednotky: body 000, %	2011			2012			2013			% z celk. uznaných 2013
	Vykázané	Uznané	Zaplatené	Vykázané	Uznané	Zaplatené	Vykázané	Uznané	Zaplatené	
Petržalka	317 464	304 443	304 443	313 891	306 550	306 550	309 599	281 433	281 433	16,9
Diagnostika a transfúziológia	142 038	139 363	139 363	136 727	134 200	134 200	124 181	121 452	121 452	7,0
Rádiodiagnostika	79 831	74 207	74 207	79 811	79 459	79 459	83 835	74 023	74 023	4,3
FRO – odd,	27 920	27 624	27 624	33 493	31 200	31 200	37 706	23 339	23 339	1,3
Odd, neinvazívnej kardiológie	20 983	19 865	19 865	21 403	21 076	21 076	20 551	20 334	20 334	1,2
Odd, klinickej imunológie	19 342	16 787	16 787	14 073	12 683	12 683	14 190	13 771	13 771	0,8
Denzitometria	6 458	6 172	6 172	11 174	10 984	10 984	12 851	12 531	12 531	0,7
Litotrypsia a USG	13 923	13 791	13 791	12 335	12 321	12 321	10 600	10 432	10 432	0,6
Gynekologický ultrazvuk	1 707	1 652	1 652	2 167	2 123	2 123	3 107	3 013	3 013	0,2
Neurofyziológické odd,	2 258	2 198	2 198	1 509	1 486	1 486	1 197	1 192	1 192	0,1
Audiometria	632	573	573	517	413	413	487	473	473	0,0
USG novorodenecké	2 358	2 203	2 203	241	167	167	456	437	437	0,0
Krvná banka	-	-	-	440	438	438	404	402	402	0,0
USG chirurgia	13	8	8	-	-	-	35	35	35	0,0

Zdroj: Klient

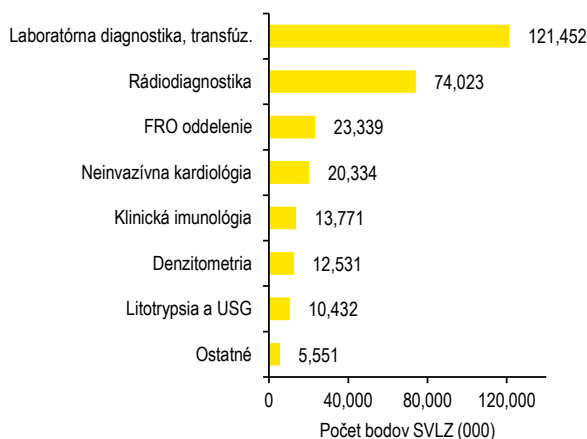
Počet vykázaných a % uznaných SVLZ bodov v Petržalke v rokoch 2011-2013

Zdroj: Klient



Počet uznaných SVLZ v roku 2013 v Petržalke

Zdroj: Klient



Laboratórna diagnostika v Petržalke

Horný graf znázorňuje prehľad uznaných SVLZ bodov v Petržalke počas sledovaného obdobia.

- Počet vykázaných SVLZ bodov klesol o 1,1 % v roku 2012 oproti roku 2011 a o ďalších 1,4 % v roku 2013 oproti roku 2012. Diagnostické centrá v Petržalke vykázať 317,5m bodov v roku 2011, 313,9m v roku 2012 a 309,6m v roku 2013.
- ZP neuznali v roku 2011 4,1 % z vykázaných SVLZ bodov, v roku 2012 2,3 % a 9,1 % v roku 2013.
- Spodný graf zobrazuje počet uznaných SVLZ bodov v roku 2013. TOP 10 diagnostických centier predstavuje cca 98 % z celkového počtu uznaných SVLZ bodov v Petržalke.
- Laboratórna diagnostika a transfúziológia majú najväčší podiel na celkových uznaných SVLZ bodoch (43,2 %, 121,5m), nasledované Rádiodiagnostikou s 74m (26,3 %) a FRO oddelením s 23,3m (8,3 %) bodov.
- Ostatné diagnostické centrá s významným podielom na celkovom počte uznaných bodov v roku 2013 sú:
 - Neinvazívna kardiológia s cca 7 % podielom,
 - Klinická imunológia s cca 5 % podielom,
 - Krvná banka s cca 3 % podielom.

Laboratórna diagnostika Staré Mesto

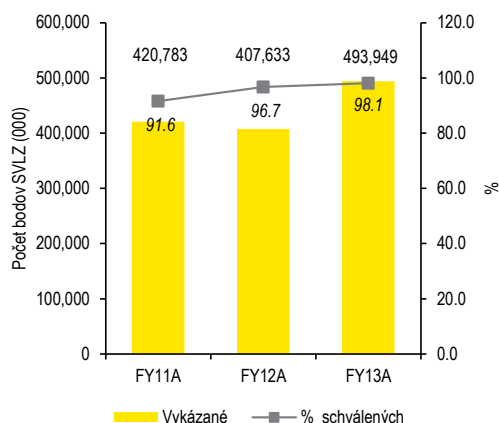
Prehľad počtu SVLZ bodov v Starom Meste v rokoch 2011-2013

Jednotky: body 000, %	2011			2012			2013			% z celk. uznaných 2013
	Vykázané	Uznané	Zaplatené	Vykázané	Uznané	Zaplatené	Vykázané	Uznané	Zaplatené	
Staré Mesto	420 783	385 379	385 379	407 633	394 186	394 186	493 949	484 422	484 422	29,1
CT pracovisko	122 099	114 194	114 194	132 954	132 471	132 471	194 480	194 232	194 232	11,2
Odd. molekul. a biochem. gen.	104 117	97 300	97 300	80 703	78 869	78 869	59 979	59 164	59 164	3,4
Ústav patologickej anatómie	42 643	38 033	38 033	44 143	43 334	43 334	45 968	45 246	45 246	2,6
Mikrobiologický ústav	27 430	25 254	25 254	30 878	28 860	28 860	34 696	33 754	33 754	2,0
Lab. molekul. a biochem. gen	-	-	-	-	-	-	35 647	33 702	33 702	1,9
Radiodiagnostika	29 632	27 949	27 949	25 787	25 488	25 488	30 448	30 376	30 376	1,8
RTG - USG	14 792	13 711	13 711	15 178	15 126	15 126	16 314	16 294	16 294	0,9
Likvorové laboratórium	12 760	11 919	11 919	12 955	12 929	12 929	14 483	14 387	14 387	0,8
Laboratória klin. genetiky	16 120	14 940	14 940	13 390	12 685	12 685	10 297	10 588	10 588	0,6
Nukleárna medicína	12 458	11 644	11 644	12 271	11 215	11 215	10 368	10 353	10 353	0,6
FRO - SVLZ	9 140	4 476	4 476	11 501	5 528	5 528	13 374	8 562	8 562	0,5
Denzitometria	7 916	5 884	5 884	6 944	6 923	6 923	6 599	6 583	6 583	0,4
Funkčná diagnostika	4 524	4 206	4 206	4 887	4 860	4 860	4 933	4 932	4 932	0,3
I. interná klinika - USG	3 028	2 851	2 851	3 306	3 301	3 301	3 384	3 378	3 378	0,2
Klinická imunológia – lab.	3 507	3 554	3 554	3 192	3 182	3 182	3 285	3 266	3 266	0,2
Krvná banka	3 044	2 872	2 872	3 053	2 989	2 989	3 217	3 213	3 213	0,2
Endoskopia	2 130	1 920	1 920	2 233	2 199	2 199	3 224	3 151	3 151	0,2
Mykologické lab. kožnej kliniky	1 844	1 717	1 717	1 494	1 481	1 481	1 388	1 380	1 380	0,1
Neurológia - USG	1 621	1 339	1 339	1 657	1 657	1 657	952	952	952	0,1
USG - funkčné vyšetrenie	1 899	1 545	1 545	1 070	1 058	1 058	914	910	910	0,1
Psychiatria - funkčná diagnost.	77	67	67	33	31	31	0	-	-	-
Biochem. laboratórium	4	4	4	1	1	1	-	-	-	-

Zdroj: Klient

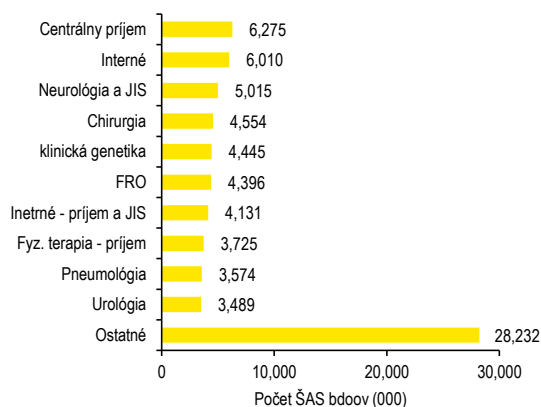
Počet vykázaných a % uznaných SVLZ bodov v Starom Meste v rokoch 2011-2013

Zdroj: Klient



Počet uznaných SVLZ v roku 2013 v Starom Meste

Zdroj: Klient



Laboratórna diagnostika v Starom Meste

Graf naľavo znázorňuje prehľad uznaných SVLZ bodov v Starom Meste počas sledovaného obdobia.

- Počet vykázaných SVLZ bodov klesol o 3,1 % v roku 2012 oproti roku 2011 a vzrástol o 21,2 % v roku 2013 oproti roku 2012. Diagnostické centrá v Starom Meste vykážali 420,8m bodov v roku 2011, 407,6m v roku 2012 a 493,9m v roku 2013.
- ZP neuznali v roku 2011 8,4 % z vykázaných SVLZ bodov, v roku 2012 3,3 % a 1,9 % v roku 2013.
- TOP 10 diagnostických centier predstavuje cca 93 % z celkového počtu uznaných bodov v Starom Meste.
- CT má najväčší podiel na celkovom počte uznaných SVLZ bodov (40,1 %, 194,2m), nasledované Molekulárnou a biochemickou genetikou s 59,2m (12,2 %) a Patologickou anatómiou s 45,2m (9,3 %) schválenými bodmi.

Operácie a pôrody

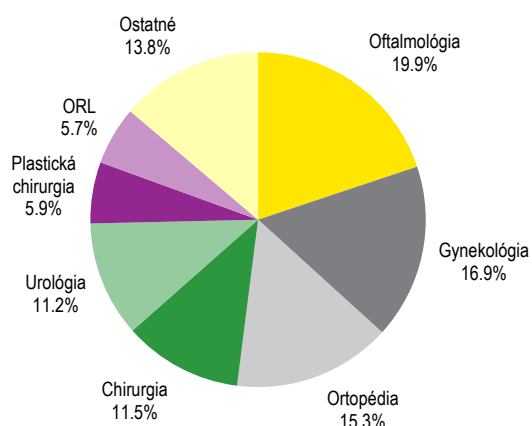
Počet operácií v UNB v rokoch 2011-2013 podľa nemocníc

Jednotky	2011	2012	2013
Ružinov	21 589	22 233	23 427
Oftalmológia	4 057	4 925	5 940
Plastická chirurgia	3 378	3 301	3 166
Gynekológia a pôrodnictvo	2 952	2 882	3 001
Ortopédia a úrazová chirurgia	2 469	2 486	2 750
Maxilofaciálna chirurgia	2 219	2 041	1 987
Chirurgia ruky	1 510	1 723	1 679
Chirurgia	1 539	1 545	1 577
Urológia	1 230	1 222	1 259
Hrudná chirurgia	1 102	1 047	1 135
ORL	771	665	574
Mikrochirurgické centrum - popáleniny	362	396	359
Kramáre	9 624	9 024	11 288
Urológia	2 272	1 672	3 083
Gynekológia a pôrodnictvo	1 861	2 030	2 962
Úrazová chirurgia	2 722	2 068	2 097
Chirurgia	1 367	1 894	1 705
Neurochirurgia	1 402	1 360	1 441
Petržalka	15 630	17 637	17 556
Oftalmológia	3 103	4 461	4 681
Úrazová chirurgia	3 349	3 032	3 307
Gynekológia a pôrodnictvo	2 844	2 974	3 065
ORL	2 479	2 692	2 449
Chirurgia	1 384	1 699	1 658
Urológia	1 533	2 002	1 628
Cievna chirurgia	938	777	768
Staré Mesto	1 088	1 077	1 191
Chirurgia	1 088	1 077	1 191
UNB celkom	47 931	49 971	53 462

Zdroj: Klient

Podiel oddelení na celkovom počte operácií v UNB v roku 2013

Zdroj: Klient



Operácie

Tabuľka vľavo poskytuje prehľad chirurgických zákrokov podľa nemocníc a oddelení.

- Počet operácií v roku 2012 stúpol o 4,3 % oproti roku 2011 a o ďalších 7 % v roku 2013 oproti roku 2012.
- Ako je znázornené v grafe naľavo, najväčší podiel na všetkých operáciách v roku 2013 v UNB majú (i) Oftalmológia s 10 621 operáciami (19,9 %), (ii) Gynekológia s 9 028 operáciami (16,9 %), (iii) Ortopédia s 8 154 operáciami (15,3 %), (iv) Chirurgia s 6 131 operáciami (11,5 %) a (v) Urológia s 5 970 operáciami (11,2 %).
- Najviac operácií v roku 2013 bolo uskutočnených v Ružinove (43,8 %), potom v Petržalke (32,8 %), na Kramároch (21,1 %) a v Starom Meste (2,2 %).

Pôrody

Tabuľka nižšie uvádza prehľad pôrodov v UNB za obdobie 2011-2013.

- Celkový počet pôrodov bol stabilný v rokoch 2011 a 2012 a narástol o 2,6 % v roku 2013.
- Najviac pôrodov bolo uskutočnených v Petržalke s nárastom o 11,4 % počas obdobia 2011-2013. Ako je znázornené v grafe dolu, najväčší podiel na pôdoch v roku 2013 mala Petržalka (40,2 %), nasledovali Kramáre (30,4 %) a Ružinov (29,4 %).

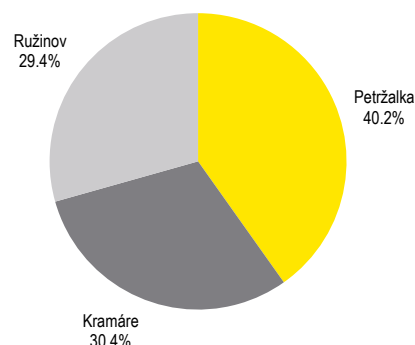
Prehľad počtu pôrodov v UNB v rokoch 2011-2013

Počet	2011	2012	2013
Petržalka	2 824	3 050	3 145
Kramáre	2 440	2 564	2 381
Ružinov	2 387	2 238	2 299
UNB celkom	7 651	7 651	7 852

Zdroj: Klient

Podiel nemocníc na celkovom počte pôrodov v UNB v roku 2013

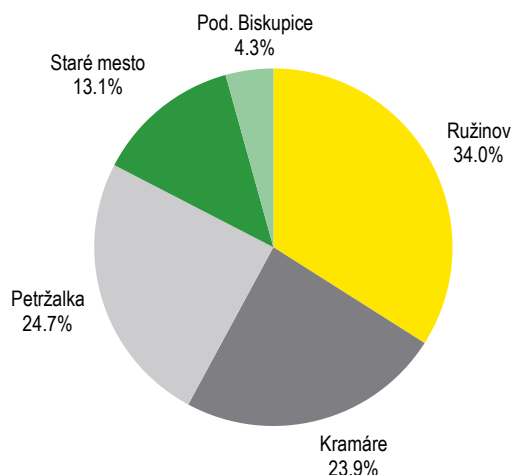
Zdroj: Klient



Počet lôžok, obložnosť a ALOS v UNB

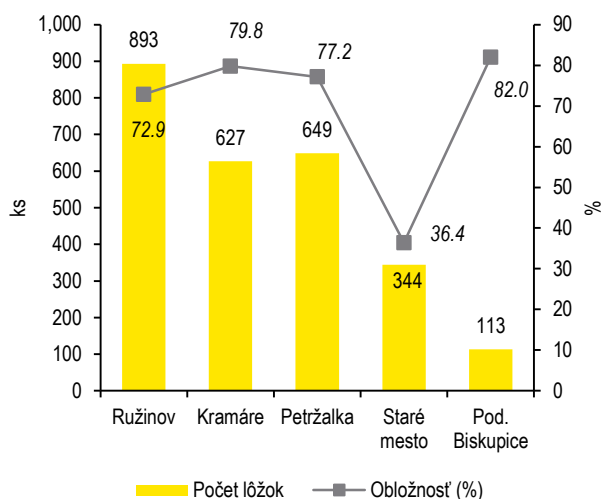
Podiel nemocníc na celkovom počte postelí v UNB v roku 2013

Zdroj: Klient



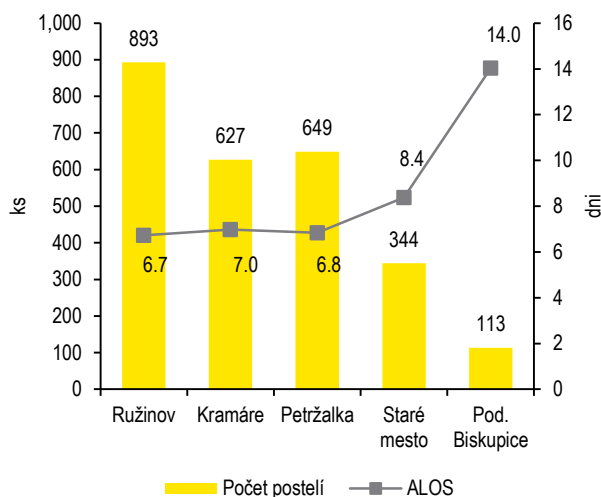
Obložnosť v UNB po nemocniciach v roku 2013

Zdroj: Klient



ALOS v UNB v roku 2013

Zdroj: Klient



Počet lôžok

Celkový počet lôžok v UNB bol v sledovanom období relatívne stabilný až na mierny pokles v roku 2013 oproti roku 2012 (menej ako 0,5 %).

- Graf naľavo zobrazuje podiel nemocníc na celkovom počte lôžok v UNB za rok 2013. Najväčší počet lôžok v roku 2013 bol v Ružinove (893, 34 %), ďalej v Petržalke (649, 24,7 %), na Kramároch (627, 23,9 %), Starom Meste (344, 13,1 %) a Podunajských Biskupiciach (113, 4,3 %)
- Viac detailov o počte lôžok v jednotlivých nemocniciach je na nasledujúcich stranach.

Obložnosť

Obložnosť v UNB sa v roku 2012 v porovnaní s rokom 2011 zvýšila o 5,8 % a následne sa znížila o 4,9 % v roku 2013.

- Kramáre a Podunajské Biskupice vykazujú navyššiu obložnosť (cca 80%) v UNB v roku 2013.
 - Na Kramároch je 10 oddelení s obložnosťou nad 80 %, napríklad (i) Geriatria a Neurochirurgia (cca 89,7 %), (ii) Interné (87,8 %) a (iii) Neonatológia (86,8 %).
 - Najvyššia obložnosť v Podunajských Biskupiciach bola na oddelení Dlhodobo chorých (cca 88,5 %).
- Obložnosť v Petržalke bola v roku 2013 77,2 %, kde najväčšiu obložnosť vykázala Pediatria s cca 96 %, nasledovaná oddelením Patologických novorodencov (cca 90 %) a Neonatológia (cca 90 %).
- V Ružinove malo najväčší podiel na celkovej obložnosti (72,9 %) oddelenie FRO (83,4 %) a Ortopédia (81,8 %).
- Najnižšia obložnosť bola v Starom Meste (36,4 %), kde mali všetky oddelenia obložnosť menej ako 45 %.

Priemerná ošetrovacía doba (ALOS)

V ALOS v UNB boli v období 2011-2013 len mierne zmeny. Graf vľavo dole znázorňuje ALOS UNB nemocníc v roku 2013.

- Najvyššia ALOS bola v Podunajských Biskupiciach (14,0) nasledovalo Staré Mesto (8,4), Kramáre (7,0), Petržalka (6,8) a Ružinov (6,7).

Detailný prehľad o obložnosti, ALOS a počte lôžok v UNB v rokoch 2011-2013 je uvedený vo Finančných prílohách.

Ďalšia analýza horeuvedených kľúčových ukazovateľov výkonnosti je k dispozícii na nasledujúcich stranách.

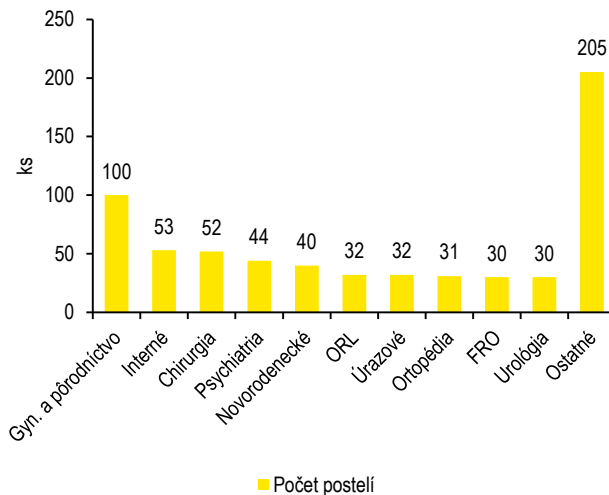
Počet lôžok, obložnosť a ALOS v UNB

Grafy uvedené na tejto strane poskytujú prehľad o počte lôžok podľa nemocníc a oddelení v roku 2013.

- Najväčší počet lôžok v roku 2013 bol v Ružinove (893 lôžok, t.j. 34 %), nasledovali Petržalka (649 lôžok, 24,7 %), Kramáre (627 lôžok, 23,9 %), Staré Mesto (344 lôžok, 13,1 %) a Podunajské Biskupice (113 lôžok, 4,3 %).
- Oddelením s najväčším počtom lôžok v roku 2013 v Ružinove bola Ortopédia (101, t.j. 11,3 %), Gynekológia a pôrodnictvo (100, t.j. 15,4 %) v Petržalke, Gynekológia a pôrodnictvo na Kramároch (99, t.j. 15,8 %), Psychiatria v Starom Meste (70, t.j. 20,3 %) a Geriatria (46, t.j. 40,7 %) v Podunajských Biskupiciach.

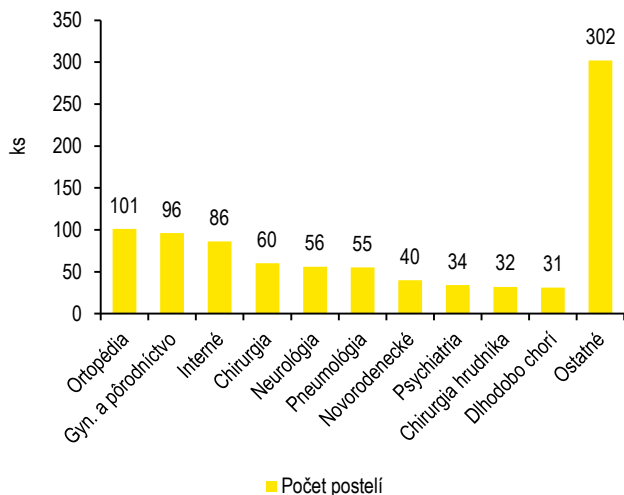
Počet lôžok v Petržalke v roku 2013 po oddeleniach

Zdroj: Klient



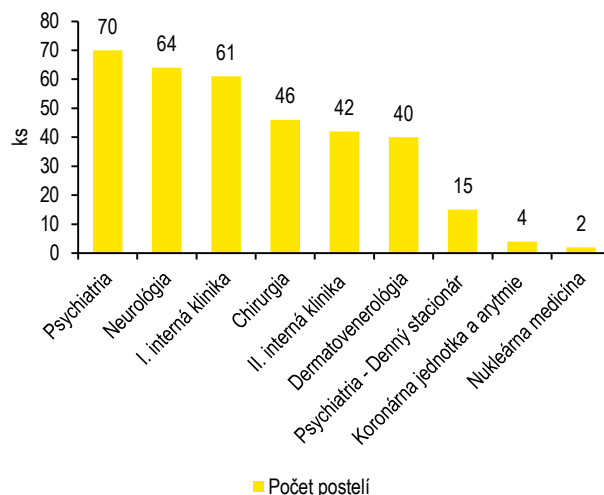
Počet lôžok v Ružinove v roku 2013 po oddeleniach

Zdroj: Klient



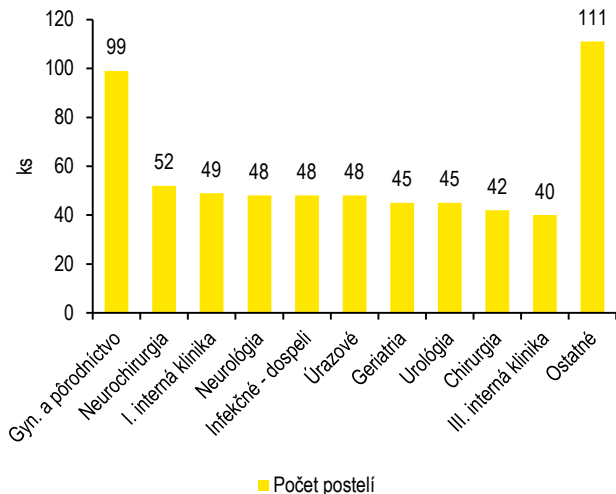
Počet lôžok v Starom Meste v roku 2013 po oddeleniach

Zdroj: Klient



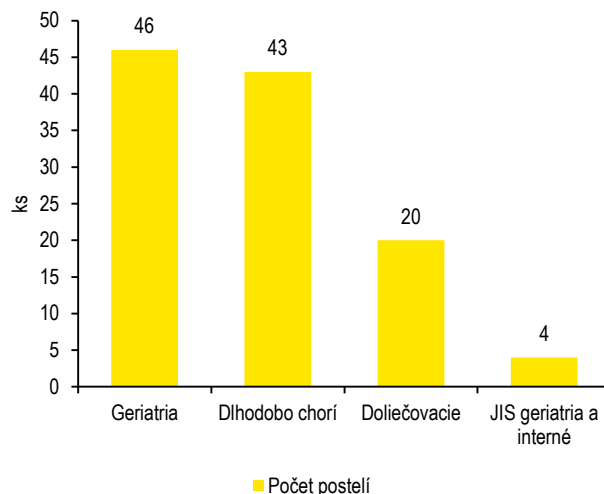
Počet lôžok na Kramároch v roku 2013 po oddeleniach

Zdroj: Klient



Počet lôžok v Pod. Biskupiciach v roku 2013 po oddeleniach

Zdroj: Klient



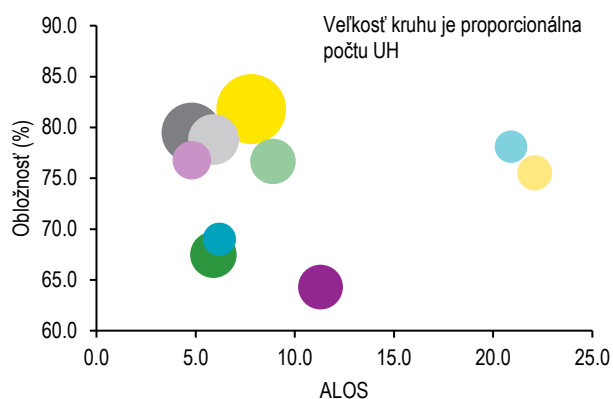
UH, ALOS a obložnosť

Grafy nižšie zobrazujú prehľad obložnosti a ALOS v roku 2013 podľa TOP 10 oddelení v jednotlivých UNB nemocniciach. Veľkosť kruhu je proporcionálna k počtu UH na danom oddelení.

- Najvyššia obložnosť v Ružinove bola vykázaná na (i) Gynekológii (81,8 %), (ii) Internom oddelení (79,5 %) a (iii) Ortopédii (78,8 %). Najvyššia ALOS bola na (i) Plastickej chirurgii (22,1), (ii) Chirurgii ruky (20,9) a (iii) Neonatológii (11,3).
- Najvyššia obložnosť na Kramároch bola vykázaná na (i) Geriatrii (89,8 %), (ii) Neurochirurgii (89,7%) a (iii) Internom oddelení (87,8 %). Najvyššia ALOS bola na Neurológii (11,8) a Neurochirurgii (10,3).
- Petržalka má z UNB nemocníc najvyššiu obložnosť a síce (i) Pediatria (95,9 %), (ii) Neonatológia (88,5 %) a (iii) Interné oddelenie (80,5 %). Najvyššia ALOS bola na (i) Internom oddelení (8,9), (ii) Gastroenterológii (7,3) a (iii) Ortopédii (6,7).
- Obložnosť v Starom Meste je najnižšia z UNB nemocníc, kde väčšina oddelení má obložnosť cca 35-41 %. Najvyššia ALOS bola na Psychiatrii (17,5) a Dermatovenerológii (10,1).

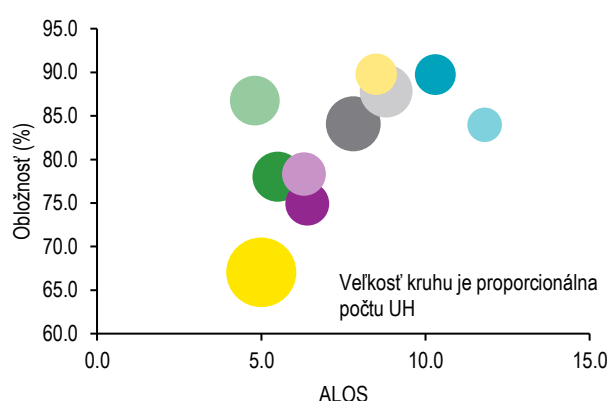
Obložnosť a ALOS v TOP 10 oddeleniach v Ružinove v roku 2013

Zdroj: EY analýza



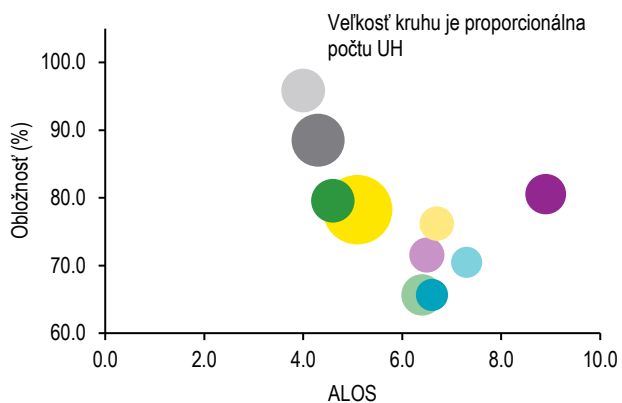
Obložnosť a ALOS v TOP 10 oddeleniach na Kramároch v roku 2013

Zdroj: EY analýza



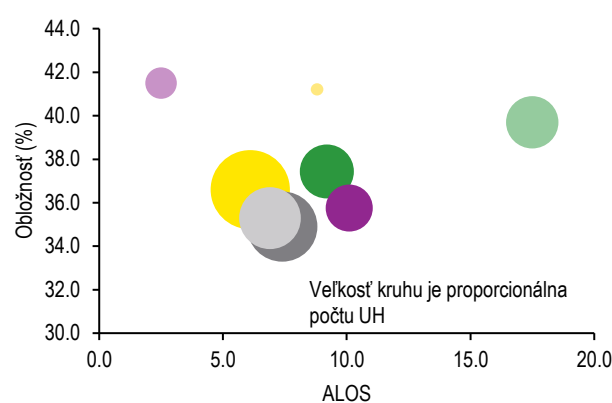
Obložnosť a ALOS v TOP 10 oddeleniach v Petržalke v roku 2013

Zdroj: EY analýza



Obložnosť a ALOS v TOP 10 oddeleniach v Starom Meste v roku 2013

Zdroj: EY analýza



Limity

Limity VŠZP

Mena: EUR tis.	2011	2012	2013
Ukončené hospitalizácie	60 751	62 140	56 973
Špecializovaná ambulantná starostlivosť	6 958	7 177	7 379
Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	7 435	5 618	6 384
Špeciálny zdravotnícky materiál	2 774	5 548	5 548
CT	1 235	2 470	2 957
Magnetická rezonancia	390	780	780
Jednodňová zdravotná starostlivosť	631	927	609
Podtlakové uzatváranie rán	120	208	228
Stacionáre	211	211	211
Denzitometria	92	185	46
Anesteziológia	in UH	in UH	29
Materské mlieko	4	7	7
Celkom	80 600	85 271	81 152

Zdroj: Klient

Limity Dôvera

Mena: EUR tis.	2011	2012	2013
Ukončené hospitalizácie	16 443	15 900	16 956
Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	2 076	2 376	2 676
Osobitne hrazené výkony	720	1 740	1 884
Stomatológia	43	43	43
Stacionáre	13	13	13
Všeobecná ambulantná starostlivosť	0	0	0
Gynekológia	0	0	0
Celkom	19 295	20 072	21 572

Zdroj: Klient

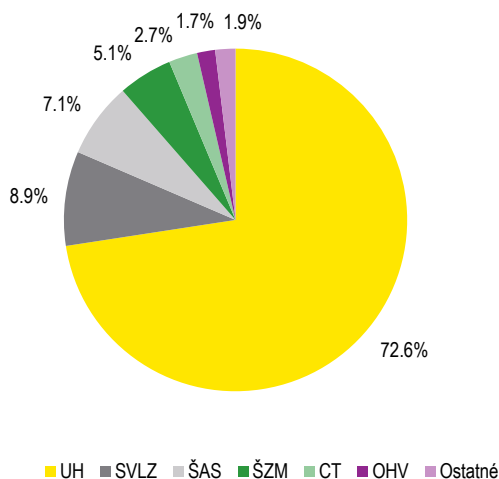
Limity Union

Mena: EUR tis.	2011	2012	2013
Ukončené hospitalizácie	3 300	3 058	4 213
Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	189	381	536
Špecializovaná ambulantná starostlivosť	182	238	295
Jednodňová zdravotná starostlivosť	-	9	39
Stacionáre	2	3	4
Extra poplatky za hospitalizáciu	-	132	-
Celkom	3 673	3 822	5 086

Zdroj: Klient

Prehľad limitov podľa výkonov v roku 2013

Zdroj: Klient



Limity dohodnuté so zdravotnými poisťovňami

Tabuľky vľavo znázorňujú dohodnuté limity so ZP počas sledovaného obdobia. Graf zobrazuje percentuálny podiel každého limitu za daný typ tržieb z celkového dohodnutého limitu.

Ceny za ukončené hospitalizácie podľa zdravotných poisťovní

VšZP

Mena: EUR	Október 2013
Spondylochirurgia	10 420
Anesteziológia	6 925
Hematológia	5 618
Mikrochirurgia	4 984
Popáleninové	4 918
Nukleárna medicína	4 297
JIRS pre patologických novorodencov	3 985
Odd. patologických novorodencov	2 709
Neurochirurgia	2 415
Oddelenie cystickej fibrózy - dospelí	2 228
Pneumoonkológia	2 116
Aritmia a koronárna jednotka	2 115
Hrudníková chirurgia	1 889
Oddelenie cystickej fibrózy - deti	1 824
Odd. dlhodobo chorých (21 dní a viac)	1 744
Ortopédia	1 289
Traumatológia	1 267
Cievna chirurgia A	1 267
Pneumológia a ftizeológia	1 248
Psychiatria	1 231
Gerontopsychiatria	1 231
Pneumológia - deti	1 212
Chirurgia	1 179
ORL	1 177
FoniatRIA	1 177
Ústna a čelustná chirurgia	1 119
Gastroenterológia	1 114
Neurológia	1 100
Infektológia - dospelí	1 075
Plastická chirurgia	1 072
Oddelenie chirurgie ruky	1 072
Urológia	1 056
GeriatRIA	1 056
Infektológia - deti	1 034
Oftalmológia	922
Neonatológia - JIS	922
Odd. dlhodobo chorých (do 20 dní)	872
Interné	800
Diabetológia	800
Cievna chirurgia B	800
Oddelenie fyzioterapie a rehabilitácie	755
PediatRIA	741
Gynekológia	738
Doliečovací oddelenie	650
Novorodenecké odd.	642
Dermatovenerológia	634
Pracovné lekárstvo a toxikológia	624

Zdroj: Klient

Dôvera

Mena: EUR	Január 2014
Spondylochirurgia	10 419
Anesteziológia	7 890
Hematológia	5 600
Mikrochirurgia	4 932
Popáleninové	4 918
Nukleárna medicína	4 296
JIRS pre patologických novorodencov	2 709
Neurochirurgia	2 465
Aritmia a koronárna jednotka	2 324
Oddelenie cystickej fibrózy - dospelí	2 227
Pneumoonkológia	2 116
Oddelenie cystickej fibrózy - deti	1 824
Hrudníková chirurgia	1 750
Cievna chirurgia	1 585
Ortopédia	1 440
Traumatológia	1 316
Plastická chirurgia	1 270
Chirurgia	1 255
Pneumológia a ftizeológia	1 247
Pneumológia - deti	1 211
Ústna a čelustná chirurgia	1 204
Psychiatria	1 190
Urológia	1 156
ORL	1 150
Gastroenterológia	1 113
Diabetológia	1 110
Neurológia	1 078
Infektológia - deti	1 076
Oddelenie chirurgie ruky	1 070
Infektológia - dospelí	1 047
GeriatRIA	1 025
Oftalmológia	971
Gerontopsychiatria	889
Gynekológia	838
Interné	780
Oddelenie fyzioterapie a rehabilitácie	755
PediatRIA	750
FoniatRIA	739
Novorodenecké odd.	642
Novorodenecké odd. - JIS	642
Dermatovenerológia	623
Pracovné lekárstvo a toxikológia	598

Zdroj: Klient

Pozn.: V ZP Dôvera sa ceny za ukončené hospitalizácie pre oddelenie dlhodobo chorých a doliečovací oddelenie líšia. Rozdelenie závisí od počtu ošetrovujúcich dní.

Union

Mena: EUR	Január 2014
Spondylochirurgia	10 421
Anesteziológia	6 926
Hematológia	5 619
Mikrochirurgia	4 985
Popáleninové	4 919
Nukleárna medicína	4 298
JIRS pre patologických novorodencov	3 986
Odd. patologických novorodencov	2 710
Neurochirurgia	2 416
Oddelenie cystickej fibrózy - dospelí	2 229
Pneumoonkológia	2 117
Aritmia a koronárna jednotka	2 116
Hrudníková chirurgia	1 890
Oddelenie cystickej fibrózy - deti	1 825
Oddelenie dlhodobo chorých	1 745
Ortopédia	1 290
Oddelenie chirurgie ruky	1 272
Traumatológia	1 268
Cievna chirurgia	1 268
Pneumológia a ftizeológia	1 249
Psychiatria	1 232
Gerontopsychiatria	1 232
Transplantačné (plúca)	1 220
Transplantačné (pečeň)	1 220
Transplantačné (obličky)	1 220
Transplantačné (hematológia)	1 220
Pneumológia - deti	1 213
Chirurgia	1 180
ORL	1 178
FoniatRIA	1 178
Ústna a čelustná chirurgia	1 120
Gastroenterológia	1 115
Neurológia	1 101
Infektológia - deti	1 076
Plastická chirurgia	1 073
Urológia	1 057
GeriatRIA	1 057
Infektológia - dospelí	1 035
Oftalmológia	923
Interné	801
Oddelenie fyzioterapie a rehabilitácie	756
PediatRIA	742
Gynekológia	739
Doliečovací oddelenie	651
Novorodenecké odd.	643
Dermatovenerológia	635
Pracovné lekárstvo a toxikológia	625

Zdroj: Klient

Technické zhodnotenie

1. Úvod a metodika
2. Fáza 1: Technické posúdenie variantov modifikácie súčasnej UNB
3. Fáza 2: Technické posúdenie variantov nahradenia existujúcich nemocníc
4. Fáza 3: Technické posúdenie postavenia zostávajúcich nemocníc
5. Ďalšia fáza: Detailná analýza preferovaných variantov

Úvod a metodika

V tejto časti Štúdie sme vykonali analýzu za účelom výberu preferovaného technického variantu zo všetkých variantov modifikácie súčasnej UNB. Výsledkom analýzy bude variant preferovaný z technického hľadiska, ktorý slúži ako vstup finančného posúdenia.

Analýza zahŕňa súčasné UNB nemocnice, kde je poskytovaná akútna zdravotná starostlivosť, konkrétne v mestských častiach Staré Mesto, Kramáre, Ružinov a Petržalka. V rámci technického posúdenia sa vykonané analýzy sústredili na budúci objem a typológiu dopytu po zdravotnej starostlivosti. V súlade so špecifikáciou výstupu ako je uvedené v Úvodnej správe:

- Služby vzdelávania (klinická výučba) boli vypočítané na základe lineárnej extrapolácie súčasných čísel.
- Výskum a vývoj boli považované za dobrovoľné a žiadne výstupné výpočty do tohto segmentu neboli zahrnuté.

Technická analýza bola vykonaná v súlade so strategickým zámerom a cieľmi tejto Štúdie. Uvažované predpoklady sú uvedené v kapitole 26 *Hlavné predpoklady finančného modelu* a vo väčšom detaile v kapitole 50 *Abstraktný funkčný model - detailná charakteristika*.

Na začiatku sme vykonali technické pozorovanie (návšteva nemocníc a ich technická analýza) a finančnú previerku súčasného stavu UNB (hlboká analýza predstavená v predchádzajúcej kapitole) a pred analýzou variantov modifikácie UNB sme zhodnotili dôsledky zachovania súčasného stavu.

Výsledky analýzy ukazujú, že súčasný stav UNB (variant „Nerobiť nič“) je vysoko rizikový tak z technického, ako aj z finančného hľadiska, a preto bol jednostranne vylúčený z ďalšieho posudzovania. Dôvody vylúčenia variantu Nerobiť nič z ďalších analýz sú nasledovné:

- ▶ Na základe informácií, ktoré poskytol Klient, a osobných návštev nemocníc technickí poradcovia dospeli k záveru, že variant Nerobiť nič by UNB a jej pacientov vystavil neprijateľným rizikám bezpečnosti a kontinuity. Návštevy nemocníc 9. a 10. apríla 2014 potvrdili, že technický stav a kvalita fungovania súčasných nemocníc na Kramároch, v Ružinove a v Starom Meste vyžadujú pre zabezpečenie štruktúrnej integrity budov a odvrátenie najväčších bezpečnostných rizík bezodkladné investície.
- ▶ Medzi identifikované problémy patria: (i) opadávanie obkladu z fasády budov v Ružinove a na Kramároch, nebezpečné pre okoloidúcich, zamestnancov, pacientov a návštevníkov; (ii) drobenie betónových konštrukcií v častiach budov v Ružinove a na Kramároch; (iii) zastarané elektrické rozvody a olovené potrubia v Starom meste; (iv) akútne nedostačujúca kapacita výťahov v Ružinove a výťahy v rozpore s národnými zdravotníckymi a bezpečnostnými štandardmi v Starom Meste (kľetkové výťahy); (v) zastarané zariadenia na úpravu vzduchu v časti operačných sál vo všetkých nemocniciach (staré 30 a viac rokov, v niektorých prípadoch pochádzajú až zo 60. rokov minulého storočia) a (vi) vo všeobecnosti slabá úprava vzduchu, čo veľmi významne zvyšuje riziko infekcií získaných v nemocnici.

V súlade s tým bol predmet ďalšieho posudzovania obmedzený na varianty modifikácie UNB.

- ▶ Varianty modifikácie súčasnej UNB sme posúdili v nasledujúcich troch fázach:
 - Vo fáze 1 sa určí stratégia výstavby, resp. prestavby. Analyzuje sa či je výhodnejšie (i) minimalizovať CapEx (variant „Urobiť minimum“) (ii) významne investovať do súčasných nemocníc a zrekonštruovať ich (variant „Rekonštrukcia“), alebo (iii) nahradiť aspoň niektoré z existujúcich nemocníc novou nemocnicou (variant „Nová nemocnica“). Predpoklady pre uvedené možnosti sú uvedené v kapitole „Fáza 1: Technické posúdenie variantov modifikácie súčasnej UNB“.
 - Po určení stratégie výstavby, resp. prestavby, sa v druhej fáze analýzy určí preferovaný počet nemocníc, ktoré sa majú nahradiť. V rámci Štúdie sa uvažuje o nahradení jednej až štyroch nemocníc (Kramáre, Petržalka, Ružinov, Staré Mesto).
 - V prípade, že sa niektoré nemocnice nenahradia novou nemocnicou, vykonáme vo fáze 3 komparatívnu analýzu, aby sme určili funkčný profil s výsledkami najvyššej kvality.⁴

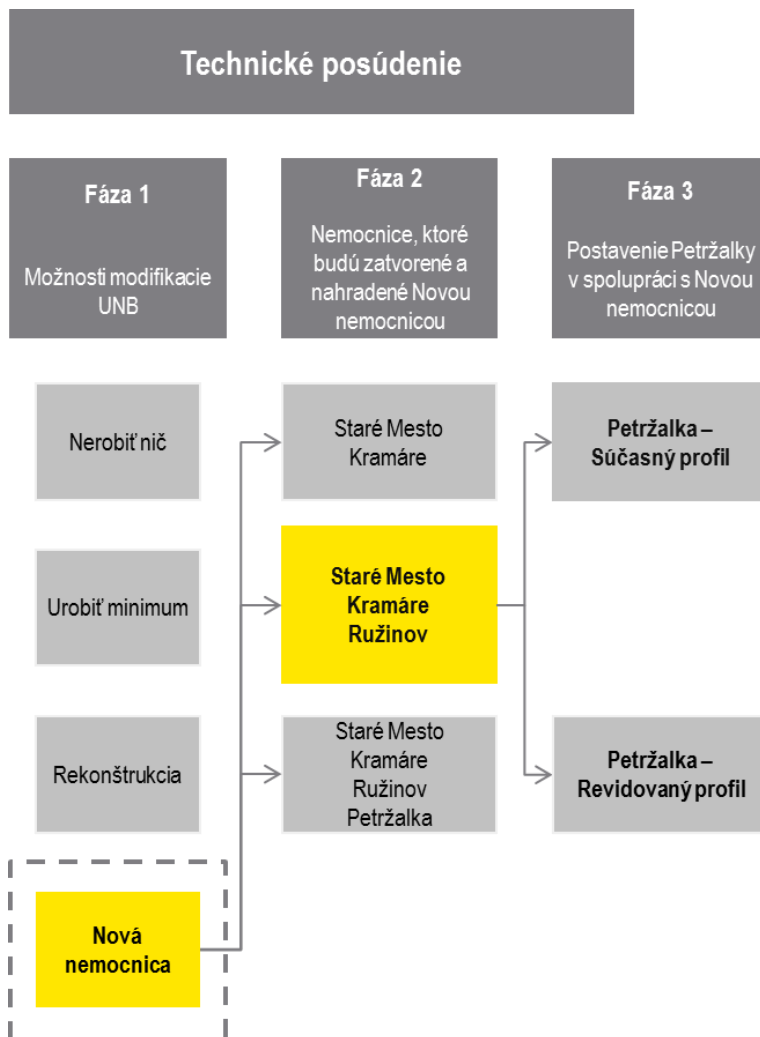
Nasledujúca schéma zobrazuje proces technického posúdenia a tiež uvádza jeho výsledky:

⁴ Pre účely technického posúdenia modifikácie súčasnej UNB sa náklady spojené s DPH nebrali do úvahy. Toto navýšenie by nemalo žiadny vplyv na konečný výber preferovanej technickej možnosti. Pre účely finančného modelovania v nasledujúcej časti sa uvažuje s DPH vo výške 20 %.

Úvod a metodika

Metodika technického posúdenia

Zdroj: EY, TNO



Pre varianty, ktoré sa budú aj po tretej fáze javiť ako prijateľné, je vykonaná detailná technická analýza s použitím AFM, aby sa vytvoril primeraný vstup do finančnej analýzy vykonanej finančnými poradcami.

Teoretické východiská

V každom komplexnom procese investovania a výstavby, resp. prestavby, môže byť počet variantov taký veľký, že bráni efektívnemu rozhodovaniu. Prvotná analýza variantov novej UNB má za cieľ poskytnúť vyváženú kvantitatívnu a kvalitatívnu analýzu výnosov a nákladov, aby sa efektívne a menej efektívne stratégie určili už v počiatočnom štádiu rozhodovacieho procesu. Proces vymedzenia cieľov, určenia variantov a výberu preferovanej možnosti sa vo všeobecnosti označuje ako posúdenie variantov.

V rámci posúdenia variantov sa vo všeobecnosti využívajú nasledovné metódy:

- ▶ Analýza nákladov a výnosov („CBA“, z anglického cost-benefit analysis) kvantifikuje a vyjadruje náklady a výnosy služby alebo programu v súčasnej hodnote peňazí, vrátane položiek, ktoré zvyčajne nemajú peňažnú hodnotu. Rozhodnutia vychádzajú z toho, či služba vykazuje čistý výnos alebo stratu, teda celkové výnosy mínus celkové náklady.
- ▶ Spoločenská návratnosť investícií („SROI“, z anglického social return on investment) je rámec na meranie a počítanie s oveľa širším konceptom hodnoty, než iba peniaze. Zahŕňa sociálne, environmentálne a ekonomické náklady a výnosy a umožňuje organizáciám lepšie pochopiť ekonomickú hodnotu, ktorú vytvoria pripísaním peňažnej hodnoty všetkým uvedeným faktorom. Existujú dva typy SROI:
 - Hodnotiaca SROI: vykonáva sa spätne a je založená na skutočných výsledkoch počas určitej doby. Tento prístup je najlepšie použiť, keď už bol projekt zrealizovaný a sú dostupné užitočné údaje o výstupoch.
 - Predpokladaná SROI: predpovedá, aká sociálna hodnota sa vytvorí, ak plánovaná činnosť dosiahne vytýčený cieľ. Predpokladaná SROI môžu byť použité v plánovacej fáze projektu, aby sa zhodnotil jeho možný dopad, alebo pri projektoch, kde chýbajú údaje o výsledkoch.
- ▶ Multikriteriálna analýza („MCA“, z anglického multi-criteria analysis) poskytuje rámec, ktorý umožňuje tým, čo rozhodujú, konzistentne prekonať ťažkosti vyplývajúce zo zaobchádzania s veľkým množstvom komplexných informácií. Poskytuje štruktúrovaný proces na určenie tak kritérií, podľa ktorých sa budú hodnotiť rôzne varianty, ako aj relatívnu dôležitosť daných kritérií. Toto umožňuje identifikáciu jednej preferovanej možnosti. Úsudok rozhodovacieho tímu o vytvorení explicitných cieľov a kritérií, ich skóre a pridelených váh je rozhodujúcim faktorom. MCA umožňuje riešiť komplexné problémy, ktoré kombinujú peňažné a nepeňažné ciele, kde je definícia peňažnej hodnoty nákladov a výnosov nepraktická, alebo nevelmi rozhodujúca, a kde sú zahrnuté nepeňažné položky veľkého významu.⁵

Metóda, ktorú sme použili v našej analýze, najviac pripomína MCA, ale zároveň obsahuje prvky CBA, keďže priradzuje peňažné náklady nepeňažnej jednotke. Je založená na metódach posudzovania, s ktorými sa stretávame v počiatočnom štádiu rozhodovania v projektoch súkromnej finančnej iniciatívy („PFI“⁶, z anglického private finance initiative) a iných projektoch transferu z verejného na súkromný sektor vo Veľkej Británii.

Metóda použitá v tejto analýze je skrátenou a zjednodušenou verziou úplnej analýzy posúdenia variantov. Úplný proces trvá dlhé mesiace a predpokladá, že v nej budú zahrnuté a budú sa na nej podieľať viaceré zúčastnené strany. V kontexte tejto Štúdie nie je takýto postup možný a ani užitočný. MZ SR uskutočnilo časť analýzy daného problému a vymedzilo jeho možné riešenia ešte pred rozhodnutím o potrebe uskutočniť túto Štúdiu. Detailná analýza variantov sa bude dať vykonať až v neskoršom štádiu Projektu, po výbere hlavných variantov. Cieľom metódy použitej v Štúdii je poskytnúť stručný, ale konzistentný, logický a vyvážený prístup pre výber a ohodnotenie hlavných variantov. Táto analýza teda ponúka základný rámec.

⁵ Uvedené zhrnutie je založené na dokumente inštitútu the British Institute of Public Care z roku 2011.

⁶ PPP projekty sa vo svete nazývajú niekedy aj PFI.

Metodika

V každej z fáz prvej analýzy, ktorú sme uskutočnili ako súčasť technického posúdenia, bol definovaný súbor relevantných kategórií kritérií a kritérií v rámci týchto kategórií, aby sa tak odzrkadlil vyvážený prístup k analýze nepeňažnej hodnoty vytvorenej v rôznych variantoch. V jednotlivých fázach analýzy sú kategórie a kritériá v rámci nich rôzne, čo zodpovedá rôznemu rozsahu a hlavnému zameraniu danej fázy. Základom identifikovaných kritérií sú kľúčové princípy a niektoré ďalšie kritériá založené na ďalšom chápaní projektu a jeho rámcových podmienok definovaných počas diskusií s Klientom počas rokovania o Zmluve a počiatkových fáz Projektu a chápanie TNO, čo sa týka Klientových cieľov a priorít, vychádzajúce zo stretnutí s Klientom.

Každému cieľu je priradená váha, ktorá indikuje, ako je dôležitý pri určovaní úspechu Projektu. Váhy jednotlivých cieľov, stanovené TNO na základe ich uváženia a skúseností, sú 1, 2, 4 a 8. Tento výber predstavuje zvláduteľný počet váh, pričom ich párny počet znamená, že možnosť „zlatej strednej cesty“ nie je k dispozícii. V úplnom procese posúdenia variantov by pri vytvorení najúčelnejšej metódy bodovania bolo potrebné zapojiť mnohé zo zainteresovaných strán. Uvedené váhové koeficienty vybrali technickí poradcovia v súlade s hlavným cieľom analýzy pre vytvorenie skratenej, ale konzistentnej metodiky. Body k jednotlivým kritériám priradili technickí poradcovia na základe ich chápania súčasnej situácie a Klientových cieľov, zozbieraných údajov o projekte, Úvodnej správy⁷ a predošlých skúseností TNO s hodnotením a vyvíjaním veľkých investičných projektov nemocníc.

Každý variant výstavby, resp. prestavby, sa hodnotí v rámci každého cieľa, aby sa určila pravdepodobnosť, že variant splní daný cieľ. Výsledky sú na stupnici 1-5 (diskrétné celé čísla), kde 1 predstavuje známku „veľmi zlé“ a 5 predstavuje známku „vynikajúce“. Čo sa týka frekvencie používania jednotlivých známok, systém bodovania je voľný. Každá zo známok 1-5 sa môže použiť v neobmedzenom počte. Tabuľky nižšie predstavujú prehľad kategórií a kritérií použitých v jednotlivých fázach, vrátane vysvetlenia a argumentu pre priradenie daného váhového koeficientu.

Kategórie a kritériá použité vo Fáze 1

Zdroj: TNO

Kategória a kritérium		Váhový koeficient a vysvetlenie / motivácia	
A. Dizajn a rozsah			
A.1	Koordináčné centrum prepojeného regionálneho modelu poskytovania zdravotníckych služieb	8	Hlavný cieľ politiky MZ SR. Realizácia nemocnice sa vníma ako katalyzátor tohto procesu.
A.2	Poskytovať rôzne terciárne služby, niektoré z nich aj na celoslovenskej úrovni	4	Poskytovanie terciárnych služieb je kľúčovou funkciou univerzitnej nemocnice. Rozsah terciárnej starostlivosti je však v porovnaní s celkovým rozsahom starostlivosti relatívne malý.
A.3	Poskytovať úplnú sekundárnu starostlivosť, vrátane nemocničných, ambulantných a diagnostických zdravotníckych služieb	2	Vyňatie časti poskytovania sekundárnej starostlivosti z portfólia UNB je vo variantoch otvorené, a to buď prenosom na iné nemocnice poskytujúce sekundárnu starostlivosť, alebo prenosom na iný sektor (primárna starostlivosť, dlhodobá starostlivosť). Upozorňujeme, že musí byť splnené kritérium H.1.
A.4	Ponúknuť udržateľný a účelný model poskytovania zdravotníckej starostlivosti	8	Kľúčový cieľ modifikácie nemocnice.
B. Zodpovednosť, riadenie a participácia			
B.1	Minimalizovať riziko pre financie verejného sektora	8	Vzhľadom na súčasné prevádzkové straty UNB a slabý stav slovenského štátneho rozpočtu je toto kritérium nevyhnutné.
B.2	Zosúladiť stratégiu a prevádzku nemocnice s cieľmi štátnej zdravotníckej politiky	4	Výstavba nemocnice je katalyzátorom reformy zdravotníctva. Z dlhodobého hľadiska však bude možné presadzovať politické ciele prostredníctvom zásahov do iných oblastí zdravotníctva.
C. Finančné posúdenie			

⁷ Úvodná správa je jednou, konkrétne prvou, z troch častí Štúdie uskutočniteľnosti.

Metodika

C.1	Pokryť kapitálové a prevádzkové náklady z toku výnosov nemocnice, nezaťažit verejné zdroje	8	Nevyhnutné na minimalizáciu súčasnej záťaže verejných zdrojov zapríčinené prevádzkovými stratami UNB.
C.2	Fungovať na úrovni funkčnej a organizačnej efektivity minimálne rovnajúc sa súčasnému priemeru európskych univerzitných nemocníc	2	Všeobecný cieľ. V skutočnosti bude (a bude musieť byť) určovanie štandardov výkonu zodpovedajúcich regionálnym / celoštátnym potrebám a preferenciám značne flexibilné.
D. Kvalita služieb			
D.1	Poskytovať starostlivosť takej kvality, ktorá zodpovedá európskym štandardom a benchmarkovým priemerom	4	Všeobecný cieľ. V skutočnosti bude (a bude musieť byť) určovanie štandardov výkonu zodpovedajúcich regionálnym / celoštátnym potrebám a preferenciám značne flexibilné. Navyše, súčasné štandardy a nástroje používané v EÚ sú v rámci merania výsledkov zdravotníctva neuspokojivé. Z pohľadu verejného záujmu je kvalita dôležitejšia ako efektivita.
D.2	Splniť európske štandardy a benchmarkové priemery bezpečnosti pacientov a prevádzkovej bezpečnosti	4	Všeobecný cieľ. V skutočnosti bude (a bude musieť byť) určovanie štandardov výkonu, zodpovedajúcich regionálnym / celoštátnym potrebám a preferenciám, značne flexibilné. Navyše, súčasné štandardy a nástroje vykazujú značné rozdiely, v dohľadnej dobe sa uskutoční proces harmonizácie. Z pohľadu verejného záujmu je kvalita dôležitejšia ako efektivita.
D.3	Dosiahnuť európsky priemer spokojnosti pacientov, prípadne ho prekročiť	2	Spokojnosť pacientov závisí od mnohých faktorov. „Ťažké, resp. červené“ kritériá (viď kapitola Technické zhodnotenie) hrajú iba malú rolu, prednosť majú emočné a kultúrne podmienené faktory.
E. Regionálna ekonomika a miestne spoločenstvo			
E.1	Poskytnúť základný rozsah potenciálnych komerčných aktivít	2	Mimo hlavných cieľov modifikácie. Navyše, tieto aktivity majú iba malý rozsah, a tým pádom nemajú ani veľký vplyv na celkové peňažné toky nemocnice.
E.2	Poskytnúť pracovné príležitosti pre zdravotnícky personál	8	UNB je jedným z najväčších zamestnávateľov v bratislavskom regióne a pravdepodobne najhlavnejším zamestnávateľom v rámci slovenského zdravotníctva.
E.3	Poskytnúť pracovné príležitosti pre podporu a služby	8	UNB je jedným z najväčších zamestnávateľov v bratislavskom regióne. Zmeny v pracovných príležitostiach významne ovplyvnia ekonomiku bratislavského regiónu.
F. Kvalita zamestnania			
F.1	Poskytnúť priestory dostatočnej veľkosti a kvality na klinickú výučbu študentov, doktorandov a medikov	4	Podmienka pre zachovanie kvality a počtu slovenských zdravotníckych odborníkov. Závisí to však aj od kvality lekárskeho fakúlt (nie sú zahrnuté v Štúdiu) a nie je to primárnym zameraním Štúdie.
F.2	Ponúknuť zdravotníckym expertom, zdravotníckemu personálu a pomocnému personálu atraktívne pracovné prostredie	4	Potrebné pre náležité vykonávanie terciárnych funkcií a pre prilákanie špičkových odborníkov.
G. Trvalo udržateľný rozvoj			
G.1	Súladiť s novelizovanou (2010) Smernicou o energetickej hospodárnosti budov („EPBD“)	4	Kľúčový záujem identifikovaný Klientom. Plnenie cieľov o energetickej efektivitve je do veľkej miery nezávislé od ostatných cieľov efektivity a kvality.
H. Rovnosť prístupu k zdravotnej starostlivosti			
H.1	Splniť obmedzenia blízkosti, prístupnosti a finančnej dostupnosti náležitej starostlivosti, rovnaké alebo vyššie ako platia pre štátne nemocnice	8	Veľmi dôležité, aby sa v rámci modifikácie zabezpečila zdravotná starostlivosť pre všetkých a predišlo sa uprednostňovaniu určitých pacientov.

Metodika

I. Prispôsobenie sa zmenám			
I.1	Počas celej prevádzky nemocnice zabezpečiť dostatočnú flexibilitu pre zvládnutie kvalitatívnych a kvantitatívnych zmien v dopyte a prevádzkových princípoch	4	Potrebné pre účelné riešenie. Predovšetkým pre problémy flexibility, ktoré sa objavujú v dlhodobom horizonte, však budú možné zmeny aj v iných oblastiach zdravotníctva.
J. Pridaná hodnota			
J.1	Služiť ako regionálne centrum excelentnosti	4	Dôležité pre postavenie nemocnice ako terciárnej nemocnice a centrum excelentnosti. Malé percento celkových tržieb má však na svedomí obmedzenejší vplyv na finančnú uskutočniteľnosť.
J.2	Ponúknuť príležitosti pre verejný a súkromný výskum a vývoj	4	Podporilo by to špičkovú ekonomickú činnosť v bratislavskom regióne a na Slovensku. Výskum a vývoj sú však iba voliteľným prvkom a nie sú predmetom štúdie.
K. Firemný vplyv na verejný sektor			
K.1	Minimalizovať potrebu legislatívnych zmien	2	Kvôli zlému stavu súčasného inventára budov a výrazným ročným stratám je na modifikáciu nemocnice vyvíjaný značný časový nátlak. Nevyhnutné zmeny v legislatíve predstavujú pre načasovanie a uskutočniteľnosť projektu potenciálne zdržanie a dajú sa ťažko kontrolovať.
K.2	Minimalizovať organizačné zmeny potrebné na realizáciu projektu	4	Navrhovaná zmena úlohy nemocnice v súvislosti s modifikáciou predstavuje pre riadenie zmeny značný problém.

Kritériá v prvej fáze odrážajú v tejto všeobecnej stratégii potrebu vziať do úvahy faktory z mnohých oblastí politiky a domén verejného záujmu, aby sa tak mohol určiť najlepší celkový variant. Po rozhodnutí v prvej fáze sa sada kategórií a kritérií vo fázach 2 a 3 značne obmedzí a oveľa viac sa zameria na prevádzkovú kvalitu a efektivitu variantov a na rozsah, do ktorého je v súlade s cieľmi reformnej zdravotníckej politiky, o čom svedčia aj tabuľky *Kategórie a kritériá použité vo Fáze 2* a *Kategórie a kritériá použité vo Fáze 3* nižšie.

Kategórie a kritériá použité vo Fáze 2

Zdroj: TNO

L.	Poskytovanie zdravotnej starostlivosti		
L.1	Dôsledky na prístupnosť a dostupnosť akútnej (pohotovostnej) starostlivosti a chronickej starostlivosti	8	Zabezpečenie včasnej a adekvátnej odpovede na potreby pohotovostnej zdravotnej starostlivosti je hlavnou požiadavkou každého modelu poskytovania akútnej zdravotnej starostlivosti. Ide o opodstatnené obavy, keďže väčšina analyzovaných možností zahŕňa rekonfiguráciu služieb v širšom regióne Bratislavy. Chronická starostlivosť predstavuje pre pacientov, ktorí musia navštevovať nemocnicu pravidelne a relatívne často nevyhnutnú záťaž. Chronická starostlivosť sa poskytuje predovšetkým zraniteľným občanom, ktorí majú obmedzené prostriedky na dopravu a obmedzený prístup.
L.2	Dôsledky na prístupnosť a dostupnosť elektívnej (plánovanej) starostlivosti	4	Výskum ukázal, že pacienti sú vo všeobecnosti za poskytovanie elektívnej starostlivosti ochotní cestovať aj ďalej, ak im to zabezpečí starostlivosť vyššej kvality s väčším zameraním na pacienta, nižšou čakacou dobou, atď. Napriek tomu je stále väčšie percento populácie využívajúcej elektívnu starostlivosť zložené zo zraniteľných, často starších pacientov, pre ktorých je cestovanie na vzdialenejšie miesto poskytovania služby záťažou.

Metodika

L.3	Dostupnosť kapacity rezerv v prípade deficitu zvýšenia efektivity	8	Pri kótovaní Novej nemocnice sa uvažovalo s výrazným zvýšením efektivity využívania produkčnej kapacity a efektivity zamestnanosti. Pre docelenie tohto zvýšenia efektivity v rámci časového obdobia, ktoré je dostupné až do plánovaného otvorenia Novej nemocnice, predstavujú riziko rôzne faktory, ktoré sa nenachádzajú (alebo iba čiastočne) v rozsahu riadenia budúceho manažmentu Novej nemocnice. Napr.: oneskorenie potrebných legislatívnych zmien, obavy o vplyve zamestnanosti, požadovaná kvalifikácia lekárov a personálu. Ak sa takéto udalosti objavujú, je primeraná kapacita rezerv nevyhnutná pre zabezpečenie dostupnosti starostlivosti v širšom regióne Bratislavy.
L.4	Uľahčiť a podporiť prechod na regionálny model zdravotnej starostlivosti	8	Prechod na udržateľnejší integrovaný model zdravotnej starostlivosti je hlavným strategickým cieľom v rámci modifikácie UNB. Tento proces bude trvať dlhšie ako modifikácia Novej nemocnice ako takej, takže konfigurácia novej nemocnice bude hrať dôležitú úlohu podpory následného procesu reformy. Okrem toho bude dlhodobá prevádzka Novej nemocnice vyžadovať flexibilitu pre vysporiadanie sa s kvalitatívnymi a kvantitatívnymi zmenami v dôsledku budúcej reformy.
M.	Kvalita, efektivita a riziká		
M.1	Technická a štruktúrna kvalita a riziká	4	Akákoľvek modifikácia UNB musí zabezpečiť prostredie poskytovania zdravotnej starostlivosti s technicky adekvátnymi a bezpečnými podmienkami pre pacientov, zamestnancov a návštevníkov. V prípade výstavby novej nemocnice musí byť zaručená istota bezpečných podmienok na 25 až 50 rokov, vo variantoch rekonštrukcie na 15 až 20 rokov.
M.2	Funkčná kvalita, efektivita a riziká	4	Akákoľvek modifikácia UNB musí zabezpečiť také prostredie poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktoré dlhodobo vytvára podmienky pre efektívne využívanie výrobných kapacít a poskytovanie starostlivosti podľa súčasných štandardov.
M.3	Efektivita zamestnanosti: primárne procesy	4	Hlavným očakávaným efektom znižovania strát vyplývajúcich z modifikácie nemocnice je znižovanie neefektívnej zamestnanosti zapríčinennej nízkou kvalitou existujúceho prostredia poskytovania zdravotnej starostlivosti a výraznou nadbytočnosťou kvôli udržiavaniu štyroch samostatných nemocníc s viac menej úplným profilom akútnej nemocnice. Náklady na personál sú hlavnou zložkou nákladov nemocnice. Okrem toho je na prilákanie a udržanie kvalitného personálu dôležité, aby profily pracovných miest a úroveň úloh zodpovedali kompetenciám a ambíciám zdravotníckych expertov. Keďže primárne procesy súvisia s pacientmi, je dosiahnutie požadovanej efektivity zamestnanosti priamym výsledkom úspešnej realizácie Novej nemocnice.
M.4	Efektivita zamestnanosti: podpora a služby	2	Zníženie nadbytočnosti a (za súčasných okolností nevyhnutných) neefektívnosti v podpore a poskytovaní služieb je ďalšou hlavnou stratégiou zlepšenia nákladovej efektivity Novej nemocnice. Keďže však tieto funkcie personálu priamo nesúvisia s pacientmi, budú k dispozícii aj alternatívne varianty zlepšenia efektivity (napr. outsourcing služieb, kamerový systém namiesto bezpečnostnej služby, atď.) nezávisle na hlavnom variante presadzovanom pre realizáciu Novej nemocnice.
N.	Finančné posúdenie		
N.1	Požadovaný objem úvodného CapEx	4	Súčasná Nová nemocnica má veľmi nízke kapitálové výdavky kvôli takmer úplnej neexistencii investícií do infraštruktúry za posledných 20 a viac rokov. Realizácia Novej nemocnice zapríčini výrazné kapitálové výdavky, čo ovplyvní celkové prevádzkové náklady. Logicky, čím je vyššia kapitálová investícia, tým budú vyššie aj kapitálové výdavky. Úroveň kapitálových výdavkov je však ovplyvnená aj dobou odpisovania kapitálových investícií. Hoci kapitálové výdavky majú významný vplyv, faktorom určujúcim efektivitu a výnosnosť počas celej životnosti Novej nemocnice sú prevádzkové náklady.

Metodika

N.2	Požadovaná návratnosť z investície, ktorá by mala zabrániť vyčerpaniu kapitálových výdavkov na primárne procesy	2	V každom prípade pre výrazné kapitálové investície musí byť určená požadovaná návratnosť investičných výdavkov aby sa pokryli úvery a pozorované riziká a takisto aj dodatočná marža pre vytvorenie finančnej rezervy na vysporiadanie sa s neočakávanými prekážkami, potrebami inovácií počas životnosti budovy, atď. Toto platí bez ohľadu na to, či kapitálová investícia pochádza z verejných alebo súkromných zdrojov. Požadovaná návratnosť investície bude závisieť tak od celkového objemu kapitálových výdavkov, ako aj od pozorovaných rizík spojených s týmito kapitálovými výdavkami. Tento faktor je však pre analýzu možností menej relevantný, keďže sa môžu presadiť aj iné stratégie na zníženie kapitálových výdavkov a rizík, nezávisle od vybraného variantu nahradenia nemocnice.
N.3	Zostávajúca záťaž verejného sektora	4	Súčasná UNB vykazuje výrazné medziročné straty, dokonca aj keď neberieme do úvahy kapitálové náklady, náklady na údržbu, alebo návratnosť investície. V prípade, že sa nemocnica v Petržalke, prípadne nemocnice v Petržalke a Ružinove vynechajú z realizácie Novej nemocnice, budú sa musieť tieto nemocnice prevádzkovať na nižšej úrovni efektivity, keďže ich technická a funkčná efektivita a prispôsobivosť sú obmedzené. Dodatočné náklady súvisiace s touto nízkou úrovňou efektivity sa vrátia do verejného sektora, a to buď priamo, ak budú nemocnice prevádzkované ako verejné, alebo nepriamo prostredníctvom poplatkov účtovaných súkromným dodávateľom.

Kategórie a kritériá použité vo Fáze 3

Zdroj: TNO

O.	Poskytovanie zdravotnej starostlivosti		
O.1	Prínos k strategickým cieľom: regionálna spolupráca a integrácia starostlivosti	8	Dlhodobým strategickým cieľom pre bratislavský región (a Slovensko) je prechod k integrovanému, regionálne koordinovanému modelu poskytovania zdravotnej starostlivosti. Modifikácia UNB je úvodnou vlajkovou loďou, ktorá má slúžiť ako vzor pre tento prechod. Jej organizačné princípy a priestorové usporiadanie musia byť s týmto prechodom konzistentné a musia podporovať budúcu reformu a vytvoriť pre ňu kapacitu.
O.2	Manažment kapacitného rizika a zjednodušenie modelu prechodu	8	Hlavným kapacitným rizikom, ktorému po otvorení bude musieť Nová nemocnica čeliť, je nedostatočná lôžková kapacita, v prípade, že opatrenia na zvýšenie obloženosti, zníženie priemernej ošetrovacej doby a presun pacientov z ústavnej na ambulantnú starostlivosť zaznamenajú oneskorenie alebo ťažkosti. (Ostatné ciele efektivity môžu zaznamenať podobné problémy, ale v tomto prípade stačí vykonať jednoduchšie alternatívne opatrenia, ako napr. dlhšie ordinácie hodiny). Preferovaný variant musí teda v prvom rade poskytovať kapacitu rezervných lôžok, ktorá sa môže využiť v prípade mimoriadnych udalostí. Okrem toho musí preferovaný variant funkčného profilu Petržalky predstavovať taký funkčný profil nemocnice v Petržalke, ktorý je v súlade so smerovaním reformy, a ktorý sa bude dať ľahko zredukovať alebo čiastočne prerozdeliť, keď sa zavedú ďalšie reformy.
O.3	Prístupnosť, dostupnosť a kvalita akútnej (pohotovostnej) starostlivosti a chronickej starostlivosti	8	Zabezpečenie včasnej a adekvátnej odpovede na potreby pohotovostnej zdravotníckej starostlivosti je hlavnou požiadavkou každého modelu poskytovania akútnej zdravotnej starostlivosti. Chronická starostlivosť predstavuje pre pacientov, ktorí musia navštevovať nemocnicu pravidelne a relatívne často, nevyhnutnú záťaž. Chronická starostlivosť sa poskytuje predovšetkým zraniteľným občanom, ktorí majú obmedzené prostriedky na dopravu a obmedzený prístup. Preferovaný variant profilu nemocnice v Petržalke by mal zabezpečiť primeranú rovnováhu medzi sústredením vysoko komplikovanej pohotovostnej starostlivosti, poskytovaním jednoduchšej pohotovostnej starostlivosti a chronickou starostlivosťou v blízkosti domova.

Metodika

O.4	Prístupnosť, dostupnosť a kvalita elektívnej starostlivosti	4	V súčasných modeloch poskytovania služieb sa aj k elektívnej starostlivosti stále častejšie pristupuje z pohľadu integrovanej sústavy starostlivosti a rozlišuje sa vhodné prostredie pre rôzne kroky v procese starostlivosti. Preferovaný variant profilu Petržalky musí podporovať prístup integrovanej sústavy starostlivosti. Okrem toho, ako pre procesy elektívnej starostlivosti, tak aj pohotovostnej a chronickej starostlivosti platí, že sa preferuje, ak časté nemocničné úkony sú dostupné v blízkosti domova.
P.	Kvalita, efektivita a riziká		
P.1	Štruktúrna a technická kvalita Novej nemocnice	2	V závislosti od preferovaného profilu Petržalky môže byť funkčná kapacita Novej nemocnice rôzna, viac alebo menej v súlade s rozlohou a charakterom pozemku, vedúca k rôznemu profilu prirodzeného rizika Novej nemocnice. Očakáva sa však, že celkový dopad rozdielov medzi variantmi, o ktorom sa uvažuje v tomto štádiu analýzy, bude obmedzený.
P.2	Štruktúrna a technická kvalita nemocnice v Petržalke	4	Preferovaný variant by mal brať do úvahy známe štruktúrne a technické obmedzenia nemocnice v Petržalke a vyhýbať sa konfliktu s nimi (napr. obmedzená výška stropu, neprítomnosť úplnej klimatizácie, obmedzenia nosných konštrukcií, atď.), aby sa tak zabránilo rizikám bezpečnosti a kontinuity poskytovania starostlivosti.
P.3	Funkčná kvalita a efektivita Novej nemocnice	4	Pri výbere preferovaného profilu nemocnice v Petržalke treba okrem úspor z rozsahu v rámci efektivity uvažovať aj s úsporami zo sortimentu. Neefektívnosti v organizácii a vo využívaní výrobných zariadení vo všeobecných a terciárnych nemocniciach pribúdajú z časti preto, že musia súčasne fungovať procesy s rôznymi typologickými charakteristikami, ktoré sa navzájom rušia a vyvíjajú na výrobnú kapacitu prehnane nároky. Diferenciáciou profilov v nemocniciach (napr. náročná ústavná starostlivosť verzus menej náročná ambulantná starostlivosť) sa dosiahne jednotnejšia typológia procesov a nárokov, čo zníži riziko interferencie a straty efektivity v jednotlivých nemocniciach.
P.4	Funkčná kvalita a efektivita nemocnice v Petržalke	4	
Q.	Finančné posúdenie		
Q.1	Kapitálové výdavky Nová nemocnica	2	Funkčný profil a rozsah (viď P.3 a P.4 vyššie) určený pre Novú nemocnicu má vplyv na celkový CapEx potrebný na počiatočnú investíciu na výstavbu budovy. Úroveň investície na m ² je od funkčnej skupiny k funkčnej skupine rôzna, v závislosti od konštrukčnej a technickej zložitosti danej funkcie. Vyššie percento náročných funkcií bude viesť k vyššiemu CapEx. Tento rozdiel by bol ešte výraznejší, keby bola na dizajn Novej nemocnice použitá metodika funkčných typov (táto prvotná analýza sa ňou nezaobrá, je ale súčasťou detailnej analýzy preferovaného variantu).
Q.2	Kapitálové výdavky Nemocnica v Petržalke	2	Funkčný profil a rozsah (viď P.3 a P.4 vyššie) určený pre nemocnicu v Petržalke má vplyv na celkový CapEx potrebný na počiatočnú investíciu na uvedenie nemocnice v Petržalke do technicky a funkčne účelného stavu. Úroveň investície na m ² je od funkčnej skupiny k funkčnej skupine rôzna, v závislosti od konštrukčnej a technickej zložitosti danej funkcie. Okrem toho, vzhľadom na obmedzené zvýšenie efektivity, ktoré sa môže predpokladať vo variante rekonštrukcie, znamená zachovanie súčasného produkčného profilu Petržalky, že sa bude musieť zrekonštruovať približne 90% súčasnej nemocnice. Ak sa vyberie odlišný funkčný rozsah a profil, môže to mať značný vplyv na percento súčasnej podlahovej plochy, ktorá vyžaduje rekonštrukciu, a na úroveň investície na m ² spojenú s rekonštrukciou.
Q.3	Zostávajúca záťaž verejného sektora	4	V rozsahu, v ktorom kapitálové náklady nemôžu byť celkovo pokryté z výnosov generovaných nemocnicou sa objaví ročný deficit, ktorý, podobne ako v súčasnosti, bude predstavovať záťaž verejných prostriedkov. Tento faktor je však pre analýzu možností menej relevantný, keďže sa môžu presadiť aj iné stratégie na zníženie kapitálových výdavkov a rizík, nezávisle od vybraného variantu nahradenia nemocnice.

Prístup k analýze, všeobecné predpoklady a obmedzenia

Prístup a predpoklady

Širší výber variantov výstavby, resp. prestavby, obsahuje ľubovoľné množstvo prechodných foriem, napr. čiastočne variant Urobiť minimum a čiastočne variant Rekonštrukcia, alebo čiastočne variant Rekonštrukcia a čiastočne variant Nová nemocnica, atď. Teoreticky by bol možný aj variant kombinujúci všetky štyri hlavné varianty. Jedným z cieľov tejto fázy analýzy je však zúžiť počet variantov výstavby, resp. prestavby, a preto sa tieto prechodné formy neberú do úvahy.

Keďže technické posúdenie predchádza detailnejšej analýze investícií a prevádzkových nákladov a výnosov, použije sa pre variant Novej nemocnice jednotná cena na m²: EUR 1 600/m² hrubej podlahovej plochy v cenách roku 2013. Toto číslo zodpovedá východiskovej hodnote kapitálových investícií do budov použitej v AFM, ktorý je podrobne popísaný v *Prílohe Technickej analýzy Abstraktný funkčný model – detailná charakteristika*. Inými slovami, pre účely technického posúdenia sa vo všetkých variantoch výstavby (a rekonštrukcie) nová nemocnica považuje za „monolitnú“ nemocnicu (neuvažuje sa s diferenciáciou nemocničných zón použitím metodiky funkčných typov⁸).

Ďalšie predpoklady:

- ▶ Na základe diskusií s Klientom sa v prvotnej analýze uvažuje s pomerne jednoducho implementovateľnými opatreniami pre zlepšenie výkonu.⁹
- ▶ Náklady na m² sú pre varianty Urobiť minimum a Rekonštrukcia vyjadrené ako určité percento hodnoty pre Novú nemocnicu.
- ▶ CapEx, s ktorými sa uvažuje v tejto analýze, zahŕňa iba počiatočné CapEx spojené s budovou. Nezahŕňa napr.:
 - Kapitálové investície do vybavenia a informačných a komunikačných technológií („IKT“) a CapEx počas alebo po skončení životnosti budov. Dôvodom je, že je v rámci predbežnej analýzy veľmi náročné odhadnúť kapitálové výdavky počas rôznych fáz Projektu a kapitálové výdavky na vybavenie a IKT sú porovnateľné vo všetkých variantoch.¹⁰
 - Náklady na obstaranie pozemku na výstavbu Novej nemocnice a jeho úpravy, vrátane demolácie brownfieldu a rekultivácie,
 - Náklady obetovanej príležitosti Verejného sektora,
 - Transakčné náklady Verejného sektora súvisiace s realizáciou Novej nemocnice,
 - Náklady súvisiace s (i) dočasným paralelným prevádzkovaním Novej nemocnice a súčasných nemocníc, (ii) presunom prevádzky zo súčasných nemocníc do Novej nemocnice, a (iii) ostatnými nákladmi vzťahujúcimi sa na zatvorenie týchto nemocníc.
 - Príjmy z predaja / náklady súvisiace s údržbou zatvorených súčasných nemocníc.
- ▶ Pre účely technického posúdenia modifikácie súčasnej UNB sme neuvažovali s nákladmi súvisiacimi s daňou z pridanej hodnoty.¹¹
- ▶ Všetky CapEx a OpEx sú vyjadrené v odhadovaných cenách roku 2020. Úroveň CapEx a OpEx na m² v roku 2020 je extrapolovaná z východiskových hodnôt z roku 2013 s použitím jednotného percenta inflácie.

Obmedzenia

- ▶ Úplný proces posúdenia variantov trvá dlhé mesiace a zahŕňa účasť a vstupy od rôznych skupín užívateľov, zúčastnených strán a úradov. V rozsahu tohto zadania však takýto proces nie je možný.
- ▶ CapEx a OpEx použité v technickej analýze sú orientačné a môžu byť odlišné od čísel použitých v detailnej analýze rozpracovanej v ďalšej fáze technického posúdenia (viď nasledujúce kapitoly).

⁸ Original publication of model and methodology: Netherlands Board for Healthcare Facilities, 2007

⁹ Metodika funkčných typov a výpočet opatrení na zlepšenie efektivity sú súčasťou detailnej analýzy preferovaného variantu, ktorá je súčasťou nasledujúcej časti týkajúcej sa finančného posúdenia (viď nasledujúce kapitoly). Tieto zjednodušené opatrenia však nemajú vplyv na výsledok prvotnej analýzy.

¹⁰ Tento predpoklad mierne favorizuje konzervatívnejšie varianty (Urobiť minimum a Rekonštrukcia), ktoré by v čase, keď je Nová nemocnica stále prevádzkyschopná, vyžadovali ďalšie čiastočné alebo úplné nahradenie zariadení a vybavenia.

¹¹ Tento predpoklad nemá žiadny vplyv na finálny výber preferovaného technického variantu. Pre účely finančného modelovania v rámci nasledujúcej sekcie sme uvažovali s daňou z pridanej hodnoty vo výške 20%.

Fáza 1: Technické posúdenie variantov modifikácie súčasnej UNB

Varianty modifikácie

Existuje veľa variantov riešenia výstavby, resp. prestavby. Keďže je jedným z hlavných cieľov analýzy zúžiť počet variantov výstavby, resp. prestavby, táto analýza zahŕňa iba hlavné varianty. Nižšie uvádzame tri základné varianty modifikácie UNB. (Variant Nerobiť nič je vyradený, pozri Úvod do technickej analýzy).

Táto fáza analyzuje varianty modifikácie súčasnej UNB uvedené nižšie a vychádza z predpokladu, že všetky tieto varianty ovplyvnia všetky štyri nemocnice, o ktorých sa v tejto Štúdii uvažuje (Ružinov, Kramáre, Petržalka, Staré Mesto). O rôznych úrovniach výstavby, resp. prestavby uvažujeme v rámci Fázy 2 technickej analýzy.

Urobiť minimum

Hlavnou myšlienkou tohto variantu je urobiť minimum potrebných investícií do UNB na odstránenie hlavných pretrvávajúcich bezpečnostných rizík. Tento variant v podstate spočíva v odložení rozhodnutia o prestavbe o niekoľko rokov.

Základnými predpokladmi sú:

- ▶ CapEx 38,4m EUR. Toto predstavuje investíciu rovnú 10 % nákladov na m² novej nemocnice s celkovou plochou rovnou súčasnej hrubej podlahovej ploche nemocníc (cca 240 000 m²)¹².
- ▶ Investície od roku 2015.
- ▶ EUL (ekonomická životnosť, z anglického „economic useful life“) CapEx: 10 rokov (zodpovedá minimálnym zásahom na odvrátenie najakútnejších problémov).
- ▶ Nulové zlepšenie prevádzkovej efektivity.

Rekonštrukcia

Tento variant zahŕňa rekonštrukciu existujúcich nemocníc, ktoré patria pod UNB, v strednodobom horizonte a dosiahnutie úrovne technickej a funkčnej kvality, ktorá by umožnila pokračovanie v činnosti v súčasnej konfigurácii približne po dobu nasledujúcich 20 rokov.

Základnými predpokladmi sú:

- ▶ CapEx 201,6m EUR. Toto predstavuje investíciu rovnú 60 % nákladov na m² novej nemocnice aplikovanej na hrubú podlahovú plochu cca 210 000 m².¹³
- ▶ Investície od roku 2020.
- ▶ EUL CapEx: 20 rokov (štandardná doba odpisovania rekonštrukcie uskutočnenej približne v polovici životnosti budovy).
- ▶ Dosiahnuté úspory v OpEx 10 % (rekonštrukcia predpokladá zlepšenie prevádzkovej efektivity v rámci OpEx faktorov ako napríklad spotreba elektrickej energie a údržba – tento predpoklad je založený na porovnaní štruktúry prevádzkových nákladov súčasnej UNB a štruktúry nákladov holandských a nemeckých nemocníc vychádzajúc z verejne dostupných zdrojov. Predpokladá sa však, že tri hlavné ukazovatele súčasnej neefektívnosti zostanú nezmenené: (i) rozdelenie funkcií medzi štyrmi nemocnicami, ktoré vznikli ako plne nezávislé nemocnice s veľmi výrazným prebytkom funkcií; (ii) nevyhovujúci funkčný a technický stav a (iii) súčasné riadenie nemocníc s rekonštrukciou ich súčasného zloženia neposkytuje dostatočný prirodzený základ pre implementáciu zmeny)¹⁴.

Nová nemocnica

Tento variant uvažuje s výstavbou novej nemocnice a nahradením súčasnej zdravotnej infraštruktúry.

¹² Úroveň CapEx pre variant Urobiť minimum je konzervatívnym odhadom toho, čo by bolo potrebné pre vysporiadanie sa s hlavnými rizikami a nedostatkami. V reálnych podmienkach však nepredstavuje malé investície do každej zo súčasných nemocníc, ale zameriava sa skôr na vysokú intenzitu investícií v problémových oblastiach, kalkulovanú použitím zjednodušeného predpokladu ako percento na m² celkovej podlahovej plochy. Finančná preverka (z anglického „due diligence“), ktorá sa má vykonať v nasledujúcej fáze projektu, by mohla výrazne ovplyvniť stanovený odhad.

¹³ Úroveň CapEx pre variant Rekonštrukcia (60 % nákladov na novú výstavbu na m²) zodpovedá štandardnému odhadovaniu nákladov holandských nemocníc, a to v tých prípadoch, kde je potrebná aj rekonštrukcia fasád nemocníc. Predpokladá sa, že rekonštrukcia ponúkne možnosť určitej racionalizácie súčasného prebytku lôžkovej kapacity, ambulantných pacientov a ostatného nevyužitého alebo málo využívaného priestoru (berúc do úvahy pri predpoklade, že 210 000 m² podlahovej plochy zo súčasných 240 000 m² bude zrekonštruovaných).

¹⁴ Informácie o hospodárení holandských nemocníc v roku 2012 boli publikované inštitútom „Dutch Hospital Data (2013)“, informácie o nemeckých nemocniciach boli získané z dokumentu „Grunddaten Krankenhaus 2010“, publikovaného Štatistickým úradom Wiesbaden v roku 2012.

Fáza 1: Technické posúdenie variantov modifikácie súčasnej UNB

Na základe informácií poskytnutých MZ SR je zvažovaná plocha pre výstavbu na Ceste na Červený most približne o rozlohe 9 hektárov. Takáto rozloha by podľa predbežných analýz mohla byť dostatočná na realizáciu Novej nemocnice. Je však potrebné spracovať podrobnú analýzu pozemku na realizáciu Novej nemocnice z pohľadu flexibility objektu nemocnice a nevyhnutne potrebnej logistiky počas ekonomickej životnosti novej nemocnice, možnosti napojenia a kapacity inžinierskych sietí a súladu s územným plánom.

Predpokladaný investičný výdavok je na úrovni 1 600 EUR/m² hrubej podlahovej plochy (uvažuje sa, že Nová nemocnica bude plniť funkciu univerzitnej nemocnice)¹⁵.

Základnými predpokladmi sú:

- CapEx 259,5m EUR (zodpovedá hrubej podlahovej ploche približne 162 000 m², vypočítanej na základe AFM, ktorý je popísaný v *Prílohe Technickej analýzy* v kapitole *Abstraktný funkčný model – detailná charakteristika*).
- EUL CapEx: 40 rokov (štandardná doba odpisovania pre novú nemocnicu).
- Dosiahnuté úspory v OpEx 25 % (reflektuje vplyv funkčných a technických vylepšení a elimináciu neefektívností plynúcich zo súčasného prevádzkovania viacerých nemocníc). TNO odhadlo zvýšenie efektívnosti v súvislosti s OpEx použitím AFM.

Výsledky

Tabuľka súvisiaca s posúdením variantov v *Prílohách Technickej analýzy* v kapitole *Fáza 1: Hodnotenie variantov a odôvodnenie skóre* uvádza vážené hodnoty pre každú z troch alternatív spoločne s motiváciou pre bodovanie.

V tabuľke „Zhrnutie posudzovania vo Fáze 1“ sú uvedené hlavné výsledky prvej fázy analýzy. Tabuľka zobrazuje vážené hodnoty všetkých troch variantov (pre bližšie informácie, viď. *Prílohy Technickej analýzy* v kapitole *Fáza 1: Hodnotenie variantov a odôvodnenie skóre*), odhadované CapEx a OpEx v roku 2020 a odhadovaný CapEx a OpEx delený počtom bodov. Posledný riadok tabuľky udáva peňažné náklady na jeden bod.

Zhrnutie posudzovania vo Fáze 1

Zdroj: TNO

Varianty:	Urobiť minimum	Rekonštrukcia	Nová nemocnica
Anualizovaný CapEx 2020 ^(a)	4 734 tis. EUR	14 834 tis. EUR	13 113 tis. EUR
OpEx 2020 ^(b)	243 681 tis. EUR	219 313 tis. EUR	182 760 tis. EUR
Anualizovaný CapEx a OpEx 2020	248 415 tis. EUR	234 147 tis. EUR	195 873 tis. EUR
Počet vážených bodov	224	248	384
Peňažný náklad na jeden bod	1 109 tis. EUR	944 tis. EUR	510 tis. EUR

Pozn.:

(a) Vypočítaný pomocou anuitnej platby na CapEx pri diskontnej sadzbe 4 % na dobu zodpovedajúcej EUL (napríklad, hodnota pre variant Urobiť minimum sa vypočítala prostredníctvom anuitnej platby na obdobie desiatich rokov so súčasnou hodnotou 38 400 tis. EUR)

(b) Hodnota bola vypočítaná z hodnoty OpEx za UNB pre rok 2013 (205 000 tis. EUR) navýšenej o odhadovanú ročnú infláciu (2,5 % ročne) až do roku 2020 a znížená o uvažovanú dosiahnutú úsporu v OpEx pri každom z variantov (0 % pre Urobiť minimum, 10 % pre Rekonštrukciu, 25 % pre Novú nemocnicu).

Záver

Z vyššie uvedenej tabuľky je zjavné, že variant Nová nemocnica je vysoko preferovaný. Tento výsledok platí aj napriek tomu, že sme prijali zjednodušujúce predpoklady¹⁶, ktoré mierne favorizujú varianty „Urobiť minimum“ a „Rekonštrukcia“.

Táto tabuľka zároveň ukazuje, že v dôsledku anualizácie je celková úroveň CapEx málo významným faktorom pri určovaní preferovanej možnosti. Na ročnej báze je rozsah OpEx výrazne vyšší. Toto zodpovedá získaným poznatkami o plánovaní nemocníc a manažmente ich vybavenia, kde sú počiatočné CapEx pre nemocnice alebo iné zdravotnícke zariadenia nepodstatným faktorom pri určovaní ich celkových nákladov počas celej životnosti.

Okrem výsledkov prezentovaných v tabuľke „Zhrnutie posudzovania vo Fáze 1“ patrí medzi hlavné silné stránky variantu Novej nemocnice v porovnaní s variantom Urobiť minimum a Rekonštrukcia nasledovné:

- Možnosť racionalizácie a centralizácie funkcií a zariadení s cieľom zníženia nadbytočnosti,

¹⁵ Na základe detailného prehľadu investičných výdavkov podľa holandských stavebných štandardov prispôbovaných cenovej úrovni Slovenska.

¹⁶ Zjednodušujúce predpoklady sú popísané v podkapitole Prístup, všeobecné predpoklady a obmedzenia.

Fáza 1: Technické posúdenie variantov modifikácie súčasnej UNB

- ▶ Funkčný a technický dizajn podľa súčasných poznatkov a štandardov,
- ▶ Projekt s tradičnou hodnotou a silným „signálom pre zmenu“, ktorý pôsobí ako katalyzátor podpory a urýchlenia ďalších reforiem systému zdravotníctva a zlepšenia výkonu.
- ▶ Možnosť úzko prepojiť dostupnosť a rozdelenie zariadení a služieb s požadovanou prístupnosťou a štandardami dostupnosti.

Fáza 2: Technické posúdenie variantov nahradenia existujúcich nemocníc

Výsledkom analýz vo Fáze 1 je, že preferovaná stratégia je založená na postavení novej nemocnice. V rámci našej analýzy stále nevieme posúdiť, či je výhodnejšie nahradiť všetky štyri nemocnice alebo iba niektoré z nich.

V prípade nahradenia všetkých nemocníc sa viac preferuje výstavba novej nemocnice, ktorá spĺňa súčasné funkčné a technické štandardy, aj keď táto možnosť môže byť nákladná v súvislosti s CapEx a môže predstavovať príliš vysokú koncentráciu nemocničnej starostlivosti s potenciálnym negatívnym dopadom na dostupnosť akútnej a chronickej liečby.

V tejto fáze analýzy posudzujeme varianty nahradenia dvoch, troch alebo štyroch súčasných nemocníc. Možnosti, ktoré zahŕňali ponechanie viac ako dvoch nemocníc a/alebo ponechanie Kramárov a/alebo Starého Mesta, boli zamietnuté. Obe nemocnice sú už na konci svojho životného cyklu (posudzované na základe obhliadok týchto zariadení a informácií počas nich získaných), sú vo veľmi zlom funkčnom a technickom stave a majú veľmi zlé vyhliadky (hlavne Staré Mesto) na zlepšenie funkčnej efektivity v rámci obmedzení súčasných budov a zariadení.

Varianty nahradenia existujúcich nemocníc

Nahradiť všetky štyri nemocnice

Táto možnosť je identická s možnosťou výstavby Novej nemocnice analyzovanej v prvej fáze.

Nahradiť tri nemocnice

Tento variant analyzuje možnosť ponechania súčasnej nemocnice v Petržalke (súčasťou je jej modernizácia) a zámenu zvyšných troch.

Z technického hľadiska, dôvody ponechania práve nemocnice v Petržalke namiesto zvyšných troch nemocníc sú:

- Nemocnica v Petržalke je relatívne nová (je postavená v rozmedzí rokov 1987 a 1997) a má logistickú a funkčnú štruktúru, ktorá podporuje relatívne účinné a efektívne poskytovanie zdravotnej starostlivosti.
- Nemocnica je všeobecne postavená na základe princípu „double comb“¹⁷ s centrálnym logistickým koridorom a „zubami“, ktoré sú napojené na nemocnicu v rôznych bodoch. Tento stavebný princíp bol bežne používaný v 80. a 90. rokoch v západnej Európe a stále sa s ním môžeme stretnúť.

Nahradiť dve nemocnice

Tento variant skúma možnosť ponechať ako nemocnicu v Petržalke, tak aj nemocnicu Ružinov, ktoré sú v porovnaní s ostatnými najnovšie. Na základe informácií poskytnutých UNB bola nemocnica Ružinov postavená na začiatku 80. rokov.

Výsledky

Nižšie uvedená tabuľka zobrazuje, o ktorých variantoch nahradenia sa uvažuje, spolu so špecifickými predpokladmi pre jednotlivé varianty¹⁸:

Predpoklady o variantoch nahradenia nemocníc

Zdroj: TNO

Nemocnice nahradené Novou nemocnicou:	CapEx Nová nemocnica	CapEx Petržalka	CapEx Ružinov	EUL CapEx	Úspory na OpEx
Staré Mesto Kramáre	104 591 tis. EUR ^(a)	54 556 tis. EUR ^(b)	47 040 tis. EUR ^(c)	30 rokov ^(d)	15 % ^(e)
Staré Mesto, Kramáre, Ružinov	204 916 tis. EUR ^(f)	54 556 tis. EUR ^(b)	-	35,7 roka ^(g)	20 % ^(h)
Staré Mesto, Kramáre, Ružinov, Petržalka	259 533 tis. EUR ⁽ⁱ⁾	-	-	40 rokov ⁽ⁱ⁾	25 % ⁽ⁱ⁾

¹⁷ Štruktúra „double comb“ je charakterizovaná dopravnou zónou v strede, z ktorej vystupujú rôzne krídla budovy pripomínajúce zuby hrebeňa. Štruktúra budovy je navrhnutá ako jednotná mriežka. Obsahuje veľa koncových stien, tzv. „otvorených koncov“, ktoré umožňujú jednoduché pristavovanie.

¹⁸ Podobne ako pri posúdení variantov modifikácie budov, všeobecný predpoklad v tomto kroku je, že sa berú do úvahy iba počiatočné kapitálové výdavky, (viď. podkapitola Prístup, všeobecné predpoklady a obmedzenia).

Fáza 2: Technické posúdenie variantov nahradenia existujúcich nemocníc

Pozn.:

- (a) Zodpovedá rozlohu približne 65 000 m² pri nákladoch 1 600 EUR/m² (hrubá podlahová plocha). Počítané na základe AFM, ktorý je popísaný v *Prílohe Technickej analýzy* v kapitole *Abstraktný funkčný model – detailná charakteristika*.
- (b) Zodpovedá rekonštrukcii 90 % súčasnej podlahovej plochy v Petržalke pri nákladoch rovných 60 % nákladov na m² novej nemocnice.
- (c) Zodpovedá rekonštrukcii 90 % súčasnej podlahovej plochy v Ružinove pri nákladoch rovných 60 % nákladov na m² novej nemocnice.
- (d) Zodpovedá váženému aritmetickému priemeru 40 ročnej životnosti novej budovy a 20 ročnej životnosti rekonštruovaných budov v Petržalke a Ružinove.
- (e) Vychádza z úspory na OpEx zodpovedajúcej nahradeniu všetkých štyroch nemocníc (25 %), násobenej koeficientom 50 %, (náhrada dvoch zo štyroch nemocníc) a mierne navýšenej, aby sa reflektovalo zvýšenie prevádzkovej efektivity zostávajúcich dvoch nemocníc v súvislosti s ich obnovou.
- (f) Zodpovedá rozlohu približne 128 000 m² pri nákladoch 1,600 EUR/m² (hrubá podlahová plocha). Počítané na základe AFM, ktorý je popísaný v *Prílohe Technickej analýzy* v kapitole *Abstraktný funkčný model – detailná charakteristika*.
- (g) Zodpovedá váženému aritmetickému priemeru 40 ročnej životnosti novej budovy a 20 ročnej životnosti rekonštruovanej budovy v Petržalke (váhami sú CapEx).
- (h) Vychádza z úspory na OpEx zodpovedajúcej nahradeniu všetkých štyroch nemocníc (25 %), násobenej koeficientom 75 % (náhrada troch zo štyroch nemocníc) a mierne navýšenej, aby sa reflektovalo zvýšenie prevádzkovej efektivity zostávajúcej nemocnice v súvislosti s jej obnovou.
- (i) Zodpovedá variantu „Nová nemocnica“ vo Fáze 1.

Výsledky

V *Prílohe Technickej analýzy* v kapitole *Fáza 2: Hodnotenie variantov a odôvodnenie skóre* tabuľka popisuje vážené skóre pre každý z troch analyzovaných variantov vo Fáze 2 spolu vysvetlením bodovania. Tabuľka „Zhrnutie posudzovania vo Fáze 2“ zobrazuje hlavné výsledky analýzy uskutočnenej vo Fáze 2.

Zhrnutie posudzovania vo Fáze 2

Zdroj: TNO

Nemocnice nahradené Novou nemocnicou:	Staré Mesto Kramáre	Staré Mesto, Kramáre, Ružinov	Staré Mesto, Kramáre, Ružinov, Petržalka
Anualizovaný CapEx 2020 ^(a)	11 924 tis. EUR	13 775 tis. EUR	13 113 tis. EUR
OpEx 2020 ^(b)	207 128 tis. EUR	194 944 tis. EUR	182 760 tis. EUR
Anualizovaný CapEx a OpEx 2020	219 052 tis. EUR	208 720 tis. EUR	195 873 tis. EUR
Počet vážených bodov	126	208	168
Peňažný náklad na jeden bod	1 739 tis. EUR	1 003 tis. EUR	1 166 tis. EUR

Pozn.:

- (a) Vypočítaný pomocou anuitnej platby na CapEx pri diskontnej sadzbe 4 % na dobu zodpovedajúcej EUL. Napríklad, pre variant zámery Starého Mesta a Kramárov bola vypočítaná anuitná platba na 30 rokov z celkovej sumy (tis. EUR): 104,591 + 54,556 + 47,040.
- (b) Hodnota bola vypočítaná z hodnoty OpEx za UNB pre rok 2013 vo výške 205 000 tis. EUR navýšenej o ročnú mieru inflácie až do roku 2020 and znížená o predpokladané úspory v OpEx v každej možnosti.

Záver

Je jasné, že možnosť nahradenia iba dvoch nemocníc je najmenej preferovaná.

- Táto možnosť ponecháva Ružinov, ktorý je podľa obhliadky v slabom funkčnom a technickom stave a zahŕňa súčasné funkčné neefektívnosti a technické obmedzenia v rozsahu asi polovice súčasnej UNB.
- Ponechanie takej veľkej časti súčasnej štruktúry nepodporuje prirodzený presun k viac regionálne organizovanému a koordinovanému systému zdravotníctva.
- Hoci počiatočné CapEx sú najnižšie pre variant nahradenia dvoch nemocníc, v budúcnosti budú potrebné ešte ďalšie investície v 30 ročnom období (predpokladané), aby pokryli potenciálnu zámenu nemocníc v Ružinove a Petržalke.
- Časť Novej nemocnice, ktorá môže byť prevádzkovaná podľa súčasných štandardov efektivity a kvality, je redukovaná na približne polovicu súčasnej UNB, čo pridáva komplikáciu, že významná časť komplexnej starostlivosti bude vykonávaná v Ružinove.
- Na základe kritérií kvality a efektivity zdravotnej starostlivosti dosiahol variant nahradenia štyroch nemocníc najviac bodov (70 vážených bodov pre nahradenie štyroch nemocníc v porovnaní s 52 bodmi pre nahradenie troch nemocníc), ale na základe kritérií finančného zhodnotenia bol variant s nahradením troch nemocníc o niečo úspešnejší (36 vážených bodov pre nahradenie troch nemocníc v porovnaní s 30 bodmi pre nahradenie všetkých štyroch nemocníc).

Fáza 2: Technické posúdenie variantov nahradenia existujúcich nemocníc

- ▶ Najvýznamnejší rozdiel medzi zámenou troch a štyroch nemocníc je však v poskytovaní zdravotnej starostlivosti. V tejto kategórii, získalo nahradenie troch nemocníc 120 vážených bodov, kým nahradenie štyroch nemocníc iba 68 bodov.
- ▶ Hlavným dôvodom je, že nahradenie troch nemocníc ponúka prirodzený presun k regionálnemu modelu a taktiež ponúka primeranú kapacitnú rezervu v prípade, že výnosy z lepšej efektivity nie sú dosiahnuté tak rýchlo, ako bolo očakávané. V oboch prípadoch, pri nahradení štyroch a aj dvoch nemocníc, táto kapacita chýba.
- ▶ Poskytnutím funkčnej konfigurácie s hlavnou (Nová nemocnica) a podriadenou nemocnicou (Petržalka) kombinuje táto možnosť výhody centralizácie a racionalizácie komplexnej zdravotnej starostlivosti s dostupnosťou akútnej a chronickej starostlivosti v západnej Bratislave. Táto možnosť okrem toho poskytuje aj najlepšie riadenie rizík v zmysle dostupnosti kapacity rezerv.

Fáza 3: Technické posúdenie postavenia zostávajúcich nemocníc

V druhej fáze sme určili, že najlepšiu rovnováhu medzi súladom s cieľmi zdravotnej politiky, kvalitou, efektívnosťou poskytovania starostlivosti a finančným faktorom, ponúka variant postavenia Novej nemocnice, v rámci ktorého sa nemocnica v Petržalke zachová v prevádzke.

Varianty postavenia Petržalky

V tejto fáze sa porovnáva zachovanie súčasného produkčného profilu v Petržalke („Súčasný profil“) s prehodnotením funkčného programu Petržalky tak, aby pripomínal regionálnu nemocnicu („Revidovaný profil“). Okrem toho bola vykonaná aj analýza, či je preferovanou možnosťou, aby bola nemocnica v Petržalke začlenená do organizačnej štruktúry Novej nemocnice, alebo aby bola samostatným právnym subjektom.

V tejto fáze sa uvedené tri varianty analyzujú v rámci prvotného technického posúdenia. Detailná analýza všetkých troch variantov, ktorá sa použila aj vo finančnom modelovaní, je uvedená v *Prílohe Technickej analýzy* v kapitole *Fáza 3: Hodnotenie variantov a odôvodnenie skóre*.

Súčasný profil

Vo variante Súčasného profilu sa uvažovalo, že sa bude rekonštruovať 90 % podlahovej plochy, čo zodpovedá odhadu použitému vo Fáze 2.

Súčasný produkčný tok je vyňatý z parametrov, ktoré určujú CapEx a OpEx a taktiež tok výnosov Novej nemocnice. Produkcia Petržalky je extrapolovaná oddelene na základe vekovo špecifickej, regionálnej demografickej prognózy.

Ak sa však zachová Súčasný profil, vznikne niekoľko obmedzení zlepšenia efektivity, ktoré sa premietli do nasledovných predpokladov technickej analýzy:

- ▶ Obložnosť lôžkových oddelení a špeciálnej starostlivosti neprekročí 75 %, lebo sa zachová súčasná pavilónová štruktúra (žiadny podnet na zmenu).
- ▶ Využitie operačných sál nedosiahne cieľ, s ktorým sa pre novú nemocnicu uvažuje (viď *Príloha Technickej analýzy* v kapitole *Abstraktný funkčný model – detailná charakteristika*), ale sa zastaví na polceste medzi súčasnými hodnotami a cieľom efektivity Novej nemocnice. Dôvodom sú technické a funkčné obmedzenia.
- ▶ Neprítomnosť centralizácie pomocného personálu vyústi do nižšieho nárastu efektivity pomocného personálu.
- ▶ Počet ošetrovateľského personálu zostane vyšší kvôli vyššiemu počtu lôžok.
- ▶ Počet lekárov zostane vyšší kvôli zachovaniu pavilónovej štruktúry a neefektívnosti funkčného usporiadania budov.
- ▶ Efektívnosť využívania ambulantných a diagnostických zariadení sa nezvýši nad strednú úroveň medzi súčasnou efektívnosťou a efektívnosťou Novej nemocnice. Dôvodmi sú funkčné a technické obmedzenia a zachovanie pavilónovej štruktúry.

Revidovaný profil

V rámci Revidovaného profilu sa predpokladá, že komplexná starostlivosť sa bude sústrediť v Novej nemocnici a Petržalka sa bude špecializovať na menej náročnú akútnu a chronickú starostlivosť.

Pre určenie produkčného profilu a kapacity Petržalky vo variante Revidovaný profil, TNO urobilo analýzu na úrovni 173 jedinečných kombinácií lekárskeho špecializácií s typológiou poskytovania starostlivosti použitím AFM, ako je uvedené v *Prílohe Technickej analýzy* v kapitole *Abstraktný funkčný model – detailná charakteristika*. Pre každú zo 173 kombinácií sa urobil predpoklad, aké percento plánovanej budúcej produkcie by bolo typologicky najlepšie umiestniť v Petržalke. Hodnoty sa pohybovali v rozmedzí 0 - 100 %.

Predpoklady boli založené na funkčných profiloch v prostredí regionálnych nemocníc v regionálnom modeli Severného Írska, prvotných funkčných profiloch v miestach typu regionálnych nemocníc v izraelskom systéme, v Austrálii a Fínsku (dokumentácia reformy v regióne Kymenlaakso). Úplný prehľad rozdelenia produkcie, ktorú predpokladajú technickí poradcovia, je uvedený v *Prílohách Technickej analýzy* v kapitole *Detailné predpoklady profilu Petržalky*.

Pre výsledný funkčný profil bol vytvorený AFM, ktorý vygeneroval referenčnú hodnotu podlahovej plochy pre Novú nemocnicu a určil odhad percenta súčasnej podlahovej plochy Petržalky, ktorá bude musieť byť zrekonštruovaná, aby poskytla priestor pre Revidovaný profil.

Fáza 3: Technické posúdenie postavenia zostávajúcich nemocníc

Tabuľka „Predpoklady o variantoch postavenia Petržalky“ zhŕňa varianty postavenia Petržalky a príslušné predpoklady:¹⁹

Predpoklady o variantoch postavenia Petržalky

Zdroj: TNO

Varianty postavenia Petržalky	CapEx Nová nemocnica	CapEx Petržalka	EUL CapEx	Nárast efektív. OpEx
Súčasný profil	204 916 tis. EUR ^(a)	54 556 tis. EUR ^(a)	35,7 rokov ^(a)	20 % ^(a)
Revidovaný profil	201 950 tis. EUR ^(b)	30 309 tis. EUR ^(c)	37,4 rokov ^(d)	30 % ^(e)

Pozn.:

(a) Zodpovedá variantu nahradenia nemocníc v Starom Meste, Kramároch a Ružinove vo Fáze 2.

(b) Zodpovedá rozlohe približne 126 000 m² pri nákladoch 1 600 EUR/m² (hrubá podlahová plocha). Vypočítané pomocou AFM, ktorý je popísaný v Prílohe Technickej analýzy v kapitole *Abstraktný funkčný model – detailná charakteristika*.

(c) Zodpovedá rekonštrukcii 50 % súčasnej podlahovej plochy v Petržalke pri nákladoch rovných 60 % nákladov na m² Novej nemocnice.

(d) Zodpovedá váženému aritmetickému priemeru 40 ročnej životnosti novej budovy a 20 ročnej životnosti rekonštruovanej budovy v Petržalke (váhami sú CapEx).

(e) Nárast úspory v OpEx oproti variantu, pri ktorom by boli všetky zostávajúce nemocnice nahradené jednou novou nemocnicou (25 % úspora v OpEx), je daný predpokladom, že variant dvoch nemocníc so špecializovanými profilmi umožňuje určité úspory z rozsahu, pretože logistické procesy a využitie funkčných kapacít sú efektívnejšie ako v prípade len jednej novej nemocnice. Toto navýšenie je podporené obmedzeným výskumom a skúsenosťami s podobnými projektmi a je len orientačné (Pozn.: Zachovanie tejto úspory v OpEx vo výške 25 % by nič nezmenilo na relatívnom preferenčnom usporiadaní oboch zvažovaných variantov).

Výsledky

V Prílohe Technickej analýzy v kapitole *Fáza 3: Hodnotenie variantov a odôvodnenie skóre* tabuľka uvádza vážené skóre alternatív posudzovaných vo Fáze 3 spolu s vysvetlením bodovania. Tabuľka „Zhrnutie posudzovania vo Fáze 3“ nižšie predstavuje hlavné výsledky analýzy vykonanej vo Fáze 3.

Zhrnutie posudzovania vo Fáze 3

Zdroj: TNO

Kvantitatívne porovnanie variantov profilu Petržalky:	Súčasný profil	Revidovaný profil Petržalka - súčasťou organizácie Novej nemocnice	Revidovaný profil, Petržalka - samostatný právny subjekt
Anualizovaný CapEx 2020 ^(a)	17 790 tis. EUR	15 712 tis. EUR	15 218 tis. EUR
OpEx 2020 ^(b)	194 944 tis. EUR	170 576 tis. EUR	170 576 tis. EUR
Anualizovaný CapEx & OpEx 2020	212 735 tis. EUR	186 289 tis. EUR	185 795 tis. EUR
Počet vážených bodov	128	194	190
Peňažný náklad na jeden bod	1 662 tis. EUR	960 tis. EUR	978 tis. EUR

Pozn.:

(a) Vypočítaný pomocou anuitnej platby na CapEx pri diskontnej sadzbe 4 % na dobu zodpovedajúcej EUL. Napríklad, pre variant Súčasného profilu bola anuitná platba vypočítaná na obdobie 35,7 roka z celkovej hodnoty 204 916 tis. EUR + 54 556 tis. EUR.

(b) Hodnota bola vypočítaná z hodnoty OpEx za UNB pre rok 2013 v hodnote 205 000 tis. EUR navýšenej o ročnú infláciu až do roku 2020 a znížená o uvažovanú dosiahnutú úsporu v OpEx pri každom z variantov.

Záver

- Z technického posúdenia jasne vyplýva, že preferovaným variantom je nahradiť tri nemocnice súčasnej UNB (Staré Mesto, Kramáre, Ružinov) novou nemocnicou, pri súčasnom zachovaní prevádzky nemocnice v Petržalke.
- Pokiaľ ide o varianty profilu Petržalky ponúkajúcej komplementárne služby k Novej nemocnici, preferovaným variantom z hľadiska technického posúdenia je Revidovaný profil.
- Táto štúdia jasne nerozlišuje medzi variantmi, či bude Petržalka súčasťou organizačnej štruktúry Novej nemocnice, alebo samostatným právnym subjektom. Z tohto dôvodu sa technická a finančná analýza obmedzuje na funkcie, ktoré majú byť súčasťou Novej nemocnice. Dobré zvážené rozhodnutie o riadiacej štruktúre

¹⁹ Podobne ako pri posúdení jednotlivých variantov modifikácie, sa v tomto kroku vo všeobecnosti predpokladá, že sa do úvahy berú iba kapitálové výdavky spojené s budovami (viď podkapitolu Prístup, všeobecné predpoklady a obmedzenia).

Fáza 3: Technické posúdenie postavenia zostávajúcich nemocníc

revidovanej Petržalky sa musí a zároveň môže vykonať až v ďalšej fáze projektu. Rozhodnutie neovplyvní ciele a výsledky súčasnej Štúdie.

Ďalšia fáza: Detailná analýza preferovaných variantov

V tejto fáze sú varianty identifikované vo Fáze 3 podrobené podrobnejšej technickej analýze. Hlavným cieľom tejto fázy je predstaviť podrobnejší obraz profilu, produkčnej kapacity, objemu a zdrojov príjmov a personálu Novej nemocnice a poskytnúť vstupný materiál pre detailnejšiu analýzu, ktorú budú vykonávať finanční poradcovia.

Táto kapitola ponúka informácie o metodikách, predpokladoch a výsledkoch podrobného modelovania variantov, ktoré urobilo TNO na základe predchádzajúcej analýzy variantov, a popisuje relevantné rozdiely v prístupe v porovnaní s podrobnou technickou analýzou.

Abstraktný funkčný model

- ▶ AFM je simulačný model, ktorý poskytuje usmernenie o potenciálnej efektívnosti, produktivite a kvalite získanej pri novom modeli nemocničnej starostlivosti, pri dodržaní zásady flexibility v prispôsobovaní sa budúcim požiadavkám s obmedzením potreby dodatočných prostriedkov z verejných rozpočtov a potreby štátnych garancií alebo zabezpečenia.
- ▶ AFM ukazuje vzťah medzi produkčnými dátami z nemocnice, jej spádovej oblasti a primárnym programom nemocnice. Umožňuje pochopiť podstatu dimenzovania nemocnice, ako aj jej budúcich prevádzkových a kapitálových výdavkov. Tento model pomáha počas fázy programovania sledovať dôležité ukazovatele, ako sú celková hrubá podlahová plocha a podlahová plocha na funkčnú skupinu / špecializáciu, diferencované nariadenie m², náklady na využitie a produkčné ukazovatele výkonnosti, ako sú počet hospitalizácií ročne, ošetrovacie dni, operácie a k nim sa vzťahujúce ukazovatele ako ALOS, obložnosť, a pomer klinickej a dennej klinickej kapacity nemocnice.
- ▶ Modelovanie vychádza z predpokladaného budúceho dopytu po zdravotnej starostlivosti, ambícií novej nemocnice, modelu zdravotnej starostlivosti ako celku a premietajú sa v ňom funkčné (priestor) a finančné (náklady) aspekty modelu zdravotnej starostlivosti prispôbované slovenskému prostrediu.
- ▶ Po zohľadnení demografických trendov, trhového podielu UNB a všetkých organizačných, technických a finančných ukazovateľov, je možné systematicky premietnuť predpoklady o budúcej zdravotnej starostlivosti v spádovej oblasti projektu do podrobného kvantitatívneho popisu možnej reakcie infraštruktúry. Inými slovami model poskytuje abstraktný, ale detailný obraz toho, ako by budúce zariadenie mohlo vyzeráť, a ako by mohlo fungovať počas nasledujúcich dekád.
- ▶ AFM poskytuje prehľad nákladov a programovania v čase a podľa špecializácií. Prostredníctvom modelu sú vidieť finančné dôsledky zvoleného výberu v prvom roku ako aj počas celého životného cyklu nemocnice.
- ▶ Celkový systém poskytovania zdravotnej starostlivosti, kľúčové ukazovatele výkonnosti, epidemiologické trendy a budúce kvantitatívne a kvalitatívne objemy poskytnutej zdravotnej starostlivosti reprezentujú prostredníctvom Novej nemocnice "dopytovú" stranu modelu AFM. Teda model AFM poskytuje dáta pre ďalšiu finančnú analýzu preferovaného variantu, vykonávanú finančnými poradcami EY. Pri vypracovaní Štúdie uskutočniteľnosti použili technickí poradcovia model AFM ako pre prvotnú analýzu jednotlivých variantov, tak aj pre podrobnú analýzu možných výstupov Novej nemocnice v dvoch možných variantoch (Variant A – Súčasný profil a Variant B – Revidovaný profil), ktoré boli vyselektované na základe prvotnej analýzy variantov a budú podrobené detailnejšej analýze. V spojení s prvotnou analýzou alternatívnych variantov bolo v podrobnej analýze AFM pridaných a/alebo upravených viacero predpokladov. Tieto sú popísané nižšie v časti „Všeobecné predpoklady použité pri modelovaní AFM“ a „Upravené a pridané predpoklady k variantom A a B“ v porovnaní s prvotnou analýzou.
- ▶ Pomocou AFM bolo zistených niekoľko variantov, ktoré by mohli byť reálnymi možnosťami pre stavbu Novej nemocnice. Táto kapitola popisuje výsledky AFM, ktorými sú dve možnosti: (i) Variant A - Nahradenie všetkých troch súčasných nemocníc UNB vrátane plnej kapacity vyšetrovacích zložiek pri zachovaní súčasných produktového zloženia nemocníc, (ii) Variant B - Nahradenie súčasných nemocníc UNB vrátane plnej kapacity vyšetrovacích zložiek ale revidovanom produktovom zložení na základe predpokladu, že zostávajúca nemocnica starej UNB bude efektívnejšia. Výsledky v rámci každej z možností a opis AFM, v ktorom sa zameriavame na kľúčové ukazovatele výkonu v oboch špecifických možnostiach, sú súčasťou *Prílohy Technickej analýzy*, kapitoly s názvom *Abstraktný funkčný model – detailná charakteristika*.
- ▶ AFM generuje možné infraštruktúrne reakcie infraštruktúry a ich efekt na výdavky. Cieľom modelovania, ktoré bolo uskutočnené prostredníctvom AFM, je poskytnúť ucelený vstup pre finančné posúdenie vykonané v Štúdiu a poskytnúť MZ SR analytický rámec, ktorý bude použitý pri ďalšom vývoji projektu. Jeho výsledky by nemali byť brané ako aktuálny program ani ako požiadavky na Novú nemocnicu, ani definované ako „jediné možné riešenie“.

Ďalšia fáza: Detailná analýza preferovaných variantov

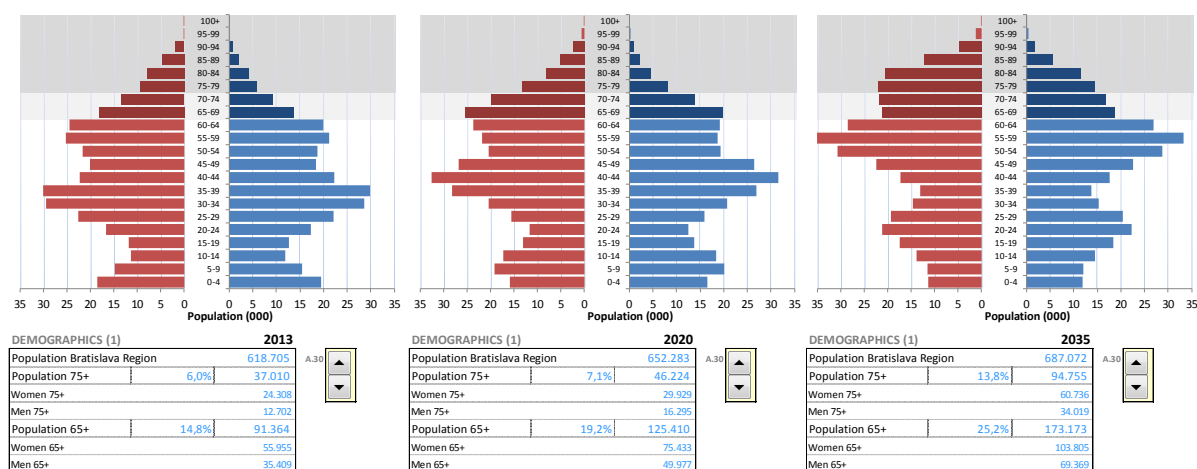
Všeobecné predpoklady použité pri modelovaní AFM

Presný popis metodiky, logiky, predpokladov a štruktúry AFM je uvedený v *Prílohe Technickej analýzy* v kapitole *Abstraktný funkčný model – detailná charakteristika*. Táto časť stručne popisuje hlavné predpoklady, ktoré boli pri všetkých krokoch modelovania konštantné.

- Pre výpočet bol zvolený cieľový rok 2020 - všetky výstupy modelu AFM reprezentujú očakávané hodnoty pre rok 2020.
- Na odhadnutie očakávaných budúcich hodnôt sme ako základ použili údaje (ohľadom produkcie), vzťahujúce sa na fiškálny rok 2013 tam, kde boli dostupné alebo priemerné hodnoty za roky 2010-2012 tam, kde údaje za rok 2013 chýbali alebo boli v nedostatočnej kvalite.
- Ďalej sa pracovalo s predpokladom, že Nová nemocnica bude uvedená do prevádzky v roku 2020. To znamená, že počítame so (i) zostávajúcim časom, ktorý je potrebný na finalizáciu zmluvnej dokumentácie, funkčnej a technickej špecializácie Novej nemocnice, (ii) s dobou výstavby nemocnice 36 mesiacov a s dobou niekoľkých mesiacov, potrebnou pre začatie prevádzky a presun zdravotníckych služieb do Novej nemocnice. Pre vytvorenie prognózy budúceho objemu a zloženia populácie v spádovej oblasti UNB, boli použité údaje z MZ SR získané od Štatistického úradu SR („ŠÚ SR“), ktoré zahŕňajú údaje o vekovom zložení populácie a prognózy vývoja na obdobie rokov 2013-2035.
- AFM zahŕňa viacero predpokladov použitia opatrení na zvýšenie efektívnosti a zlepšenie výkonnosti, vzhľadom na súčasnú úroveň výkonnosti UNB. Súhrn týchto predpokladov bol zahrnutý vo finančnej časti tejto Štúdie, ich podrobnejší prehľad poskytuje *Príloha Technickej analýzy* kapitola *Abstraktný funkčný model – detailná charakteristika*. Najdôležitejšie predpoklady zlepšenia efektívnosti a výkonnosti sa vzťahujú na ukazovatele obložnosti lôžok ústavnej a jednodňovej starostlivosti; všeobecný pokles priemernej ošetrovacej doby (ALOS) v klinických oddeleniach nemocnice; presun z ústavnej starostlivosti k jednodňovej zdravotnej starostlivosti; lepšia miera využitia operačných sál, diagnostických a ambulantných zariadení. Niektoré predpoklady boli pre potreby podrobnej analýzy prispôbené. Tieto úpravy sú popísané v časti „Popis Súčasného profilu a Revidovaného profilu“ (nazývané tiež Variant A a B).
- Okrem opatrení na zlepšenie efektívnosti sa nezávisle od toho brali do úvahy aj špecifiká plynúce zo zmeny demografického vývoja a epidemiológie. Každá veková skupina a pohlavie totiž predstavujú špecifický dopyt, ktorý sa líši v celkovej miere využitia zdravotnej starostlivosti a v dominantných vekovo špecifických zdravotných problémoch.

Demografia širšieho regiónu Bratislavy

Zdroj: TNO



Výpočty sú založené na nasledovných predpokladoch, ktoré sú ďalej rozpracované pre konkrétne nastavenie Variantov A a B.

Investičné náklady, kapitálové výdavky

- Ako benchmark pre výpočet investičných nákladov boli použité štandardné ceny pre všeobecné nemocnice v Holandsku. Tieto štandardné ceny sú odvodené z údajov použitých pre nemocnicu ako celok (monolitická

Ďalšia fáza: Detailná analýza preferovaných variantov

štruktúra). Jednotlivé funkčné celky a typy používajú rozdielne cenové hladiny, vyjadrené ako percentuálny podiel štandardnej ceny pre monolitickú štruktúru, ktorá je použitá ako základ. Napokon, priestory medicínskych oddelení majú vyššiu cenovú hladinu ako kancelárske priestory.

- Ten istý princíp je aplikovaný na operačné sály v porovnaní s ambulanciami. Štandardné ceny sú taktiež prispôbené všeobecnej cenovej hladine v Slovenskej republike a berú sa do úvahy viaceré predpoklady, ktoré sú podrobnejšie popísané v *Prílohe Technickej analýzy* v kapitole *Abstraktný funkčný model – detailná charakteristika*. Na rozdiel od prvej analýzy, ktorá používa jednotnú cenu vo výške 1 600 EUR/m², bola na kalkuláciu rozdielných cenových hladín pre jednotlivé funkčné typy použitá o niečo vyššia cenová hladina vo výške 1 655 EUR, aby odrážala možné dodatočné náklady, ktoré ale nie sú relevantné pre výber variantu v prvej analýze; napr. dodatočné náklady na spojenie stavebných častí, kde sú umiestnené rôzne funkčné typy.

Popis Súčasného profilu a Revidovaného profilu

Súčasný profil: Nahradenie troch nemocníc UNB, pri zachovaní nemocnice v Petržalke s jej súčasným produkčným profilom

- Súčasný profil simuluje situáciu, pri ktorej tri zo súčasných nemocníc UNB budú plne nahradené, vrátane ich súčasných produkčných kapacít. Tento scenár predpokladá, že si nemocnica v Petržalke zachová svoju súčasnú produkčnú kapacitu a profil poskytovaných zdravotníckych služieb a bude fungovať nezávisle od Novej nemocnice.
- Ďalej pracujeme s predpokladom, že značný objem diagnostiky, ktorý v súčasnosti realizujú tretie strany v rámci troch nemocníc, ktoré sa majú nahradiť, nebude súčasťou odhadovaného objemu budúcej produkcie diagnostiky Novej nemocnice v roku 2013. Schéma nižšie zobrazuje hlavné nastavenia v rozhraní AFM pre tento profil.

Rozhranie časť I, KPIs abstraktného funkčného modelu pre Variant A

Zdroj: ŠÚ SR

Abstract Functional Model - 2014		INTERFACE I		CASE A		EQUIPMENT & ICT		EFFICIENCY - performance standards (PS)	
PRODUCTION		A.01	2020	BUILDING & INVESTMENT		Equipment capex € (000) 36.474		Selected OPEX € (000) 24.783	
Calculation year		A.02	2013	☒ Apply layer approach		A.06	Yes	Startyear for base PS in OPEX A.10	
Baseyear data		A.03	2020	Construction period in months		A.07	36	% (+ or -) change in base PS	
Startyear of operation				☐ Include 20% VAT		A.08	No	Year of reaching ideal PS in OPEX A.11	
				☐ Include contingencies (2.0 6.1 6.2)		A.09	No	% change in ideal PS OPEX	
Total admissions CL			44.170	LIFESPAN		ICT capex € (000) 17.164		FTE at start operation 3.380	
Total beds Clinic			880	EUL Monolith A.19		ICT lifespan (yr) 3		FTE Physicians 528	
Total admissions DCL			28.232	EUL Hotfloor A.20		MARKET POSITION		FTE Nurses 1.059	
Total beds DCL			64	EUL Hotel A.21		CLB increase -% market A.14		FTE Other staff 1.793	
Total admissions CL+DCL Hospital			72.402	EUL Office A.22		DCL increase -% market A.15			
Total beds CL+DCL Hospital			944	EUL Utilities A.23		outpatient visits increase -% market A.16			
Ratio DCL:CLB			39% 61%	Building differentiation / Layers (1)		Surgeries increase -% market A.17			
Production Outpatient visits			873.533	Monolith GFA - %GFA 0%		Deliveries increase -% market A.18			
Production Diagnostics			644.776	Hotfloor GFA 40.201 %GFA 43%		Building differentiation / Layers (2)			
Production Surgeries			42.020	Hotel GFA 30.140 %GFA 32%		Monolith € (000) - %€ 0%			
Production Deliveries			5.304	Office GFA 17.563 %GFA 19%		Hotfloor € (000) 70.147 %€ 51%			
TOTAL weighted average length of stay - ALOS			6.45	Utilities GFA 6.085 %GFA 6%		Hotel € (000) 37.045 %€ 27%			
TOTAL weighted average occupancy rate - OR			88.7%	TOTAL GFA 93.990 %GFA 100%		Office € (000) 20.148 %€ 15%			
OR general to be adjusted to performance standard of		A.04	90%	Cost per m ² GFA per layer		Utilities € (000) 9.972 %€ 7%			
OR special care to be adjusted to performance standard of				Hotfloor 1.745 Hotel 1.229 Office 1.147 Utilities 1.639		TOTAL € (000) 137.313 %€ 100%			
General nursing		A.05	CLB DCL	Base case adjustment scheme		TOTAL CAPEX 190.951			
Healing			11,7 0,3	A.99 1 ☒ Ambition level building 1		Pricing compared to Dutch pricing A.99 75%			
Beds/function				A.99 2 ☒ Ambition level building II 1		All diagnostics production to nUNB 1			
ALOS for selected (combined) function(s)			11,1	A.99 3 ☒ Ambition level equipment 1					
Include current productionmix of location ☒		A.99	Ružinov	A.99 4 ☒ Building & Equipment utilisation 1					
Include current productionmix of location ☒		A.99	Kramáre	A.99 5 ☒ Outsourcing non-essential 1					
Include current productionmix of location ☒		A.99	Petržalka	A.99 6 ☒ Commercial healthcare 1					
Include current productionmix of location ☒		A.99	Staré mesto						

Celkové počiatkové CapEx vzťahujúce sa k Súčasnému profilu sú 188m EUR. Tieto výdavky sú ďalej rozdelené na investície do budov - CapEx 135m EUR, investície do vybavenia - CapEx 35,9m EUR a investície do IKT - CapEx 16,9m EUR. Vybrané prevádzkové výdavky, vzťahujúce sa k Súčasnému profilu, sú vypočítané v modeli AFM v hodnote 24,7m EUR. Vybrané prevádzkové výdavky v modeli AFM pozostávajú z nákladov na spotrebný tovar a materiál (21,9m EUR), nákladov na energie (0,7m EUR), a nákladov na služby (2,1m EUR). OpEx na lekárov a ostatný zdravotnícky personál sú vypočítané vo finančnom modelovaní vykonanom EY. Toto modelovanie bolo založené na počte lekárov a zdravotníckeho personálu vygenerovanom pomocou modelu AFM. Všetky OpEx boli porovnané s medzinárodným benchmarkom pre dané kategórie a hodnoty v AFM predstavujú výkonnostné štandardy stanovené pre žiadanú úroveň výkonnosti Novej nemocnice.

Ďalšia fáza: Detailná analýza preferovaných variantov

Revidovaný profil: Nahradenie troch nemocníc a zachovanie nemocnice Petržalka, sprevádzané presunom vysoko špecializovanej a ústavnej starostlivosti do novej nemocnice a zachovanie menej špecializovanej, ambulantnej a chronickej starostlivosti v nemocnici v Petržalke.

Revidovaný profil simuluje situáciu, pri ktorej tri zo súčasných nemocníc UNB budú plne nahradené Novou nemocnicou, a zároveň sa uvažuje s rekonfigurovanou produkčnou kapacitou v nemocnici v Petržalke a v Novej nemocnici, čím sa vytvoria úspory z rozsahu v oboch nemocniciach a v budúcnosti sa zlepší prístup k zdravotnej starostlivosti v bratislavskom regióne. Pri tejto možnosti pracujeme aj s predpokladom, že odhadovaný objem budúcej produkcie diagnostiky nebude obsahovať (extrapolovaný) objem diagnostiky, ktorý poskytujú tretie strany. Nová nemocnica bude postavená na novom mieste vybranom pre tento účel. Schéma na nasledujúcej strane zobrazuje hlavné nastavenia rozhrania AFM pre túto možnosť.

Rozhranie časť II, KPIs abstraktného funkčného modelu pre Variant B

Zdroj: ŠÚ SR

Abstract Functional Model - 2014

PRODUCTION

Calculation year	A.01	2020
Baseyear data	A.02	2013
Startyear of operation	A.03	2020
Total admissions CL		52.503
Total beds Clinic		998
Total admissions DCL		29.113
Total beds DCL		66
Total admissions CL+DCL Hospital		81.616
Total beds CL+DCL Hospital		1.064
Ratio DCL:CLB		36% 64%
Production Outpatient visits		598.616
Production Diagnostics		541.204
Production Surgeries		43.601
Production Deliveries		6.360
TOTAL weighted average length of stay - ALOS		6,17
TOTAL weighted average occupancy rate - OR		88,9%
OR general to be adjusted to performance standard of	A.04	90%
OR special care to be adjusted to performance standard of	A.05	85%
General nursing		CLB
Healing		DCL
Beds/function		11,7 0,3
ALOS for selected (combined) function(s)		11,1
Include current productionmix of location	B.01	☒ Ružinov
Include current productionmix of location	B.02	☒ Kramáre
Include NEW productionmix of location	B.03	☒ Petržalka
Include current productionmix of location	B.04	☒ Staré mesto

INTERFACE I

CASE B

BUILDING & INVESTMENT

☒ Apply layer approach	A.07	Yes
Construction period in months	A.08	36
☐ Include 20% VAT	A.09	No
☐ Include contingencies (2.0, 6.1, 6.2)	A.10	No
LIFESPAN		
EUL Monolith	A.11	40
EUL Hotfloor	A.12	25
EUL Hotel	A.13	50
EUL Office	A.14	50
EUL Utilities	A.15	25
Building differentiation / Layers (1)		
Monolith	GFA	0%
Hotfloor	GFA	40.308
Hotel	GFA	33.317
Office	GFA	12.978
Utilities	GFA	6.024
TOTAL	GFA	92.627
Cost per m² GFA per layer		
Hotfloor	1.745	1.229
Office	1.147	1.639
Utilities		
Base case adjustment scheme		
1 ☒ Ambition level building	B.05	1
2 ☒ Ambition level building II	B.06	1
3 ☒ Ambition level equipment	B.07	1
4 ☒ Building & Equipment utilisation	B.08	1
5 ☒ Outsourcing non-essential	B.09	1
6 ☒ Commercial healthcare	B.10	1

EQUIPMENT & ICT

Equipment capex	€ (000)	36.137
Equipment lifespan (yr)		7
ICT capex	€ (000)	17.005
ICT lifespan (yr)		3
MARKET POSITION		
CLB increase -% market	A.16	0%
DCL increase -% market	A.17	0%
outpatient visits increase -% market	A.18	0%
Surgeries increase -% market	A.19	0%
Deliveries increase -% market	A.20	0%
Building differentiation / Layers (2)		
Monolith	€ (000)	0%
Hotfloor	€ (000)	70.335
Hotel	€ (000)	40.950
Office	€ (000)	14.887
Utilities	€ (000)	9.872
TOTAL	€ (000)	136.043
Pricing compared to Dutch pricing	A.21	75%
TOTAL CAPEX		189.185

EFFICIENCY - performance standards (PS)

Selected OPEX	€ (000)	27.618
Startyear for base PS in OPEX	A.22	2020
% (+ or -) change in base PS	A.23	0%
Year of reaching ideal PS in OPEX	A.24	2023
% change in ideal PS OPEX	A.25	0%
FTE at start operation		3.792
FTE Physicians		595
FTE Nurses		1.193
FTE Other staff		2.004
Startyear for base PS in FTE	A.26	2020
% (+ or -) change in base FTE	A.27	0%
Year of reaching ideal PS FTE	A.28	2023
% change in ideal PS FTE	A.29	0%

PART I

Počiatkové CapEx vzťahujúce sa k možnosti B sú vo výške 186m EUR. CapEx je ďalej rozdelený na investície do budov 134m EUR, investície do vybavenia 35,5m EUR a investície do IKT vo výške 16,7m EUR. Vybrané prevádzkové náklady, vzťahujúce sa na možnosť B, sú vypočítané v AFM na 27,6m EUR. Vybrané prevádzkové výdavky v modeli AFM pozostávajú z nákladov na spotrebný tovar a materiál (24,8m EUR), náklady na energie (0,7m EUR) a náklady na služby (2,1m EUR). Prevádzkové náklady na lekárov a zdravotnícky personál sú vypočítané vo finančnom modelovaní, vykonanom finančnými poradcami EY. Toto modelovanie bolo založené na počte lekárov a zdravotníckeho personálu vygenerovanom pomocou AFM. Všetky prevádzkové náklady (OpEx) boli porovnané s medzinárodným benchmarkom pre dané kategórie a hodnoty v AFM predstavujú výkonnostné štandardy stanovené pre žiadanú úroveň výkonnosti Novej UNB.

Upravené a pridané predpoklady k Variantom A a B v porovnaní s prvotnou analýzou

► Konceptia funkčných typov

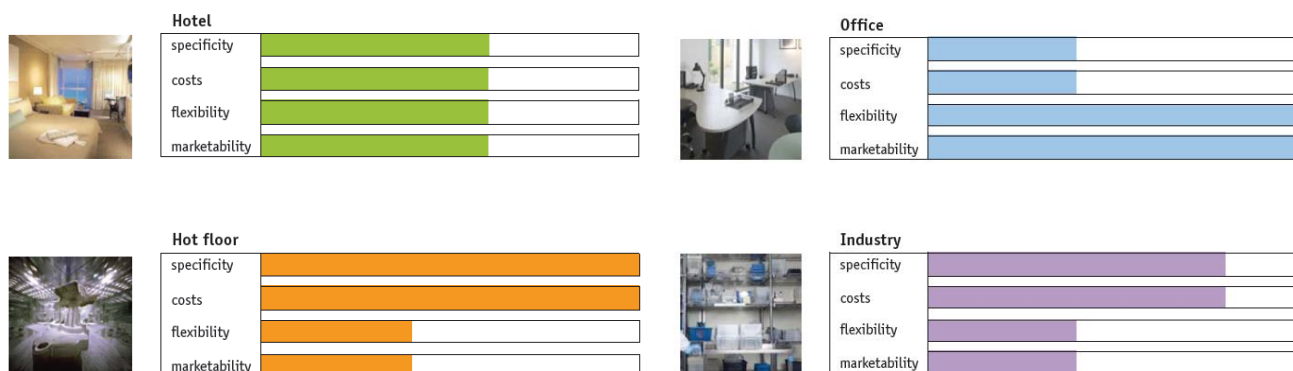
- Kým prvotná analýza predpokladá tradičný „monolitický“ typ stavebného riešenia pre Novú nemocnicu (zodpovedajúcu strategickému porovnaniu variantov vykonanému v Štúdii), v podrobnej analýze je predpoklad realistickejší, a to, že developer (či už verejný alebo súkromný), ktorý bude zodpovedný za výstavbu Novej nemocnice, bude chcieť využiť funkčnú koncepciu návrhu nemocnice. Táto koncepcia je bližšie popísaná v *Prílohe Technickej analýzy* v kapitole *Abstraktný funkčný model – detailná charakteristika* a po prvýkrát bola publikovaná v *Building Differentiation of Hospitals - layers approach, report number 611*, Netherlands Board for Healthcare Institutions, Utrecht (2007). Alokujú jednotlivé komponenty projektu nemocnice do štyroch stavebných typológií, každá z nich so svojou vlastnou úrovňou objemu investície, EUL, životného cyklu investície a pomerom čistej k hrubej podlahovej ploche.
- Okrem toho, že koncepcia funkčných typov redukuje zložitosti funkčného a technického návrhu nemocnice, umožňuje šetrenie nákladov a zvýšenie efektivity, ktoré nie je možné, ak sú nemocničné funkčné jednotky umiestnené v nediferencovanej výstavbe.

Ďalšia fáza: Detailná analýza preferovaných variantov

- Ďalšou dôležitou charakteristikou koncepcie funkčných typov je vysoký stupeň flexibility počas životného cyklu budovy.
- Koncepcia je založená na kategorizácii funkčných typov s podobnými požiadavkami na zastavané prostredie, pre účely optimalizácie pozemku. Funkčné celky sú nasledovné:
 - i) Hotel: funkcie podobné hotelu, tento funkčný typ zahŕňa najväčšiu časť ubytovania pre pacientov,
 - ii) Medicínske oddelenia: zahŕňa kapitálovo intenzívne špecializované technologické funkcie, ktoré sú unikátne pre nemocničné zariadenie,
 - iii) Kancelárie: funkcie kancelárskeho typu, tento funkčný typ zahŕňa ambulancie, účtovníctvo, vedenie nemocnice a vzdelávacie funkcie,
 - iv) Zázemie: tento funkčný typ zahŕňa také funkcie, ktoré sú kapitálovo intenzívne, ako laboratória a produkčné jednotky.
- Každá kombinácia funkčného typu druhej úrovne a oddelenia je spojená s jedným z vyššie uvedených funkčných typov s výnimkou štyroch funkčných celkov v kategórii podpory: spoločenské priestory, centrálna ubytovanie pre personál, pracovné miestnosti pre medicínskych špecialistov a zariadenia pre zamestnancov. Kvôli ich všeobecným aspektom sú tieto funkčné celky rozmiestnené v rámci rôznych funkčných typov. Ak nepoužívame prístup funkčných typov, všetky funkcie sú sústredené v jednom nediferencovanom komplexe budov: monolit.

Vlastnosti dizajnu nemocníc

Zdroj: Building Differentiation of Hospitals - layers approach, 2007



- Každý z týchto funkčných typov má vlastný profil vlastností s ohľadom na špecifickosť, investičné náklady, požiadavky na rast / zmenšenie a predajnosť nehnuteľnosti (viď v *Prílohe Technickej analýzy* v kapitole *Abstraktný funkčný model – detailná charakteristika*).
- Cenová hladina je pre rôzne funkčné typy rozdielna, ako základ sa používa štandardná cena. Tabuľka nižšie zobrazuje cenové hladiny pre rôzne funkčné typy ako percentuálny podiel štandardnej ceny spomínanej vyššie.

Cenové hladiny funkčných typov v porovnaní so štandardnou cenou

Zdroj: Building Differentiation of Hospitals - layers approach, 2007

Funkčný typ	
Medicínske oddelenia	105 %
Kancelárie	70 %
Hotel	75 %
Zázemie	100 %

Ďalšia fáza: Detailná analýza preferovaných variantov

- Aplikácia funkčnej koncepcie vedie k nasledujúcim výsledkom pre Varianty A a B vyjadrené v investičnej a hrubej podlahovej ploche („GFA“) pre každý funkčný typ.

Výsledky pre Variant A

Variant A						
Medicínske oddelenia	tis. EUR	68 180	50 %	GFA	39 073	42 %
Kancelárie	tis. EUR	36 926	27 %	GFA	30 043	32 %
Hotel	tis. EUR	20 073	15 %	GFA	17 498	19 %
Zázemie	tis. EUR	9 853	7 %	GFA	6 012	6 %
Celkom	tis. EUR	135 032	100 %	GFA	92 627	100 %

- Výsledky pre Možnosť B sú nasledovné:

Výsledky pre Variant B

Variant B						
Medicínske oddelenia	tis. EUR	68 367	51 %	GFA	39 181	43 %
Kancelárie	tis. EUR	40 831	31 %	GFA	33 220	36 %
Hotel	tis. EUR	14 812	11 %	GFA	12 192	14 %
Zázemie	tis. EUR	9 752	7 %	GFA	5 951	7 %
Celkom	tis. EUR	133 762	100 %	GFA	91 264	100 %

Úpravy k predpokladom efektivity a žiadanej úrovne

- Na základe počiatočnej kalkulácie finančných dôsledkov základného modelu použitého v začiatočnej fáze podrobnej analýzy, sa dospelo k záveru, že by bolo rozumné predpokladať, že každý prevádzkovateľ novej nemocnice (či už súkromný alebo verejný), bude chcieť implementovať všetky zlepšenia, ktoré budú predstavovať prijateľný kompromis nákladov a prínosov a ktoré budú spadať do kompetenčného rámca budúceho prevádzkovateľa²⁰.
- Tím TNO vypracoval rozsiahly štruktúrovaný zoznam možných úprav, ktorý bol prediskutovaný a prezentovaný MZ SR na stretnutí 7. mája 2014.
- Možné úpravy boli kódované podľa toho, či boli:
- Relatívne jednoduché a mohli byť započítané do AFM a finančných kalkulácií v rámci rozsahu Štúdie („zelené“).
 - Vyžadovali rozsiahlejší výskum, modelovanie alebo konzultácie, aby mohli byť adekvátne analyzované v nadväzujúcej fáze projektu („oranžové“).
 - Vyžadovali by veľké úpravy konceptu Projektu a/alebo by vyžadovali veľké zmeny v systéme poskytovania zdravotnej starostlivosti v SR a bola by potrebná strategická diskusia na úrovni vlády a zodpovedajúcich zainteresovaných strán a expertov predtým, ako by bolo rozhodnuté, či môžu byť vykonané („červené“).
- Relatívne jednoduché úpravy („zelené“), boli začlenené do predpokladov AFM modelovania pre Varianty A a B. Úpravy sú stručne popísané nižšie:

Úpravy započítané do AFM

Zdroj: TNO

Úprava	Vysvetlenie
Zredukovať podlahovú plochu na lôžko na oddeleniach všeobecnej zdravotnej starostlivosti na úroveň západných	Podľa tejto úpravy by sa mala priemerná čistá podlahová plocha zredukovať z 25 m ² na 21 m ² . Nakoľko základná plocha 25 m ² v sebe zahŕňa aj zariadenie pre medicínsku výučbu, ktorá je nevyhnutnou funkciou akademickej nemocnice. Táto redukcia by znamenala menej

²⁰ Napríklad: Pre súkromného prevádzkovateľa bude mimo jeho rozsahu kompetencií zmeniť platobný mechanizmus, kým pre verejného prevádzkovateľa bude nemiestne, možno dokonca legálne nemožné, vyvíjať aktivity orientované na zisk.

Ďalšia fáza: Detailná analýza preferovaných variantov

štandardov pre všeobecné (terciárne) nemocnice	jednolôžkových izieb a skromnejší pôdorys pre izbu.
Zredukovať podlahovú plochu na lôžko v zariadeniach špecializovanej zdravotnej starostlivosti na úroveň západných štandardov pre všeobecné (terciárne) nemocnice	Podľa tejto úpravy by sa mala priemerná čistá podlahová plocha zredukovať zo 45 m ² na 41,5 m ² . Nakoľko základná plocha 45 m ² v sebe zahŕňa aj zariadenie pre medicínsku výučbu, ktorá je nevyhnutnou funkciou akademickej nemocnice. Táto redukcia by znamenala menej jednolôžkových izieb a skromnejší pôdorys pre izbu.
Zredukovať počet lôžok na oddeleniach špecializovanej starostlivosti v prospech počtu lôžok vo všeobecnej (ústavnej) liečbe	Podľa tejto úpravy by sa mal počet lôžok špecializovanej starostlivosti zredukovať približne o 20 %. So súčasným podstatným všeobecným zlepšením štandardu zariadení a vybavenia v oddeleniach všeobecnej zdravotnej starostlivosti, by sa mal počet pacientov, ktorý budú musieť byť prijatí na oddelenia špecializovanej starostlivosti značne znížiť.
Zredukovať podlahovú plochu operačných sál na úroveň štandardov pre všeobecné nemocnice	Podľa tejto úpravy by sa mala priemerná čistá veľkosť podlahovej plochy operačných sál zredukovať o 15 %, zo 175 m ² na 150 m ² . V porovnaní s univerzitnými nemocnicami v zahraničí poskytuje UNB veľké percento všeobecnej zdravotnej starostlivosti, takže toto zníženie môže byť uskutočniteľné.
Zredukovať podlahovú plochu diagnostických zariadení na úroveň štandardov pre všeobecné nemocnice	Podľa tejto úpravy by sa mala priemerná čistá podlahová plocha diagnostických zariadení zredukovať zo 100 m ² na 80 m ² . V porovnaní s univerzitnými nemocnicami v zahraničí poskytuje UNB veľké percento všeobecnej zdravotnej starostlivosti, takže toto zníženie môže byť uskutočniteľné.
Zredukovať podlahovú plochu ambulantných zariadení na úroveň štandardov pre všeobecné nemocnice	Podľa tejto úpravy by sa mala priemerná čistá podlahová plocha na ambulantnú jednotku zredukovať z 88 m ² na 77 m ² . Moderneršie nastavenie a prevádzkový model ambulancií sú všeobecne kompaktnejšie ako momentálne usporiadanie vychádzajúce zo štandardov použitých vo východiskovom scenári. Redukcia podlahovej plochy ambulancie by mala byť možná bez toho, aby mala negatívny vplyv na kvalitu a komfort poskytovanej starostlivosti.
Zredukovať podlahovú plochu laboratórií	Podľa tejto úpravy sa predpokladá 15 % zníženie podlahovej plochy v Novej nemocnici pre laboratóriá. Toto zníženie plochy laboratórií bolo plne dimenzované na základe benchmarku holandských univerzitných nemocníc. Priestorovo efektívnejšia prevádzka by mala byť možná pomocou väčšej dostupnosti kompaktnejších zariadení a vzdialenej diagnostiky.
Zníženie faktoru čistej k hrubej podlahovej ploche	Zmenšením priestoru pre cirkuláciu a logistiku by sa mohol zmenšiť pomer medzi hrubou a čistou podlahovou plochou. Jedným z dopadov by bolo zvýšenie časti podlahovej plochy nemocnice, ktorá priamo generuje výnosy. Toto opatrenie má potenciálny vplyv na kvalitu logistiky v Novej nemocnici, takže sa musí prijať opatrne a s rešpektovaním rád odborníkov. Túto úpravu sme zahrnuli do modelovania znížením pomeru medzi hrubou a čistou podlahovou plochou o 5 % v každom funkčnom type budovy.
Znížiť výšku stropu v nemedicínskych priestoroch	Táto zmena bude mať vplyv iba na niekoľko položiek v podrobnej kalkulácii konštrukčných nákladov. Kalkulácia sa robila s použitím Nákladového modelu životného cyklu TNO, výsledky sú simulované s predpokladom celkového zníženia konštrukčných nákladov o 1 % na m ² .
Nákup špičkového vybavenia strednej triedy namiesto tej najvyššej do terciárnej nemocnice	Nákup a výkonnostné špecifikácie zariadenia nie sú často založené na racionálnom odôvodnení, čo je potrebné pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti v dobrej kvalite, ale na želaní vedenia nemocnice nakúpiť to najnovšie a najlepšie na trhu. Napríklad, kým nebolo na trhu dostupné 256 snímkovým CT, pre väčšinu diagnostík a pre potreby výskumu postačovalo 64, alebo dokonca 32 snímkové CT. Výsledný efekt sa odráža v modeli ako redukcia počiatkových CapEx a odvodených CapEx na vybavenie o 15 %.
Zvýšiť obložnosť vo všeobecnej ústavnej starostlivosti na 90 % a špecializovanej ústavnej starostlivosti na 85 %	Niekoľko nedávnych projektov výstavby nových nemocníc v Holandsku uvažovalo s 90 % obložnosťou pre všeobecnú zdravotnú starostlivosť. V súčasnosti UNB vykazuje administratívnu obložnosť, čo znamená, že deň prijatia pacienta a deň prepustenia pacienta sa počítajú ako deň s plným lôžkom. Vysoké hodnoty obložnosti znamenajú efektívne využitie zdrojov a nákladovo efektívnu produkciu. Toto opatrenie vyžaduje zavedenie zodpovedajúcich opatrení na reguláciu príjmu pacientov do „normálnej“ všeobecnej ústavnej starostlivosti a do špecializovaných oddelení.
Zvýšiť obložnosť lôžok jednodňovej starostlivosti na 200 % pre 240 dní v roku	V niektorých posledných prípadových štúdiách bola použitá hodnota 200 % pre denné oddelenia, táto hodnota odrážala intenzívnejšie využívanie zariadení, plánovanie jednodňovej chirurgie, čiastočné nahradenie lôžok odpočinkovými stoličkami a dlhšie prevádzkové hodiny. Koncept plánovanej jednodňovej chirurgie a nahradenia lôžok odpočinkovými stoličkami môže byť jednoducho zavedený do praxe pri výstavbe Novej nemocnice a intenzívnejšie využívanie zariadení dáva ekonomicky zmysel. Táto úprava si bude vyžadovať záložné

Ďalšia fáza: Detailná analýza preferovaných variantov

	kapacity a zariadenia, pre prípad, že by pacient bol na operácii dlhšie, alebo by nebol v takom stave, aby mohol byť prepustený domov z denného lôžkového oddelenia. Toto by však nemalo byť problémom pre terciárnu nemocnicu tejto veľkosti.
Zaviesť plne štandardizovanú flexibilnú alokáciu ambulancií	Prax v poslednom období ukazuje, že zavedenie konceptu „generického priestoru“ pre ambulantné zariadenia, znamenal podstatné zlepšenie kapacity oproti tradičnému konceptu ambulantných zariadení, ktoré boli použité ako predpoklady vo východiskovom AFM modelovaní. Táto zmena by mala priniesť zvýšenie obložnosti o 20 % pre ambulantné zariadenia, a bude vyžadovať adekvátnu IT podporu, schopnosť a ochotu lekárov a ostatného zdravotníckeho personálu zmeniť spôsob práce.
Outsourcing cateringových služieb, pracovne, technických služieb, centrálnej sterilizácie a upratovacích služieb	Táto zmena sa odrazila vo vyňatí týchto služieb z modelovania AFM. Na základe informácií zo zdrojov o riadení zariadení, rozhodnutia outsourcovať niektoré služby nevychádzajú vo všeobecnosti z okamžitých finančných výhod, ale skôr zo zvýšenia kvality pri sústredení sa na hlavnú činnosť nemocnice a z prístupu poskytovateľa orientovaného na služby a efektivitu. Celkovo vzaté outsourcing má neutrálny dopad na CapEx a OpEx. Dopady na CapEx v základnom scenári sú výsledkom fyzického presunu služieb z novej budovy, ktoré však budú kompenzované dopadmi na OpEx. Oba tieto efekty boli zohľadnené vo finančnom modelovaní EY.
Prevádzkovanie ziskovej kozmetickej chirurgie, očnej chirurgie a diagnostiky	Predpoklad: cca 5 000 chirurgických operácií navyše a cca 10 % zvýšenie počtu I&D na komerčnej báze. Toto opatrenie prinesie zvýšenie investičných a prevádzkových nákladov, ale tie by mali byť vykompenzované na strane výnosov: Finančné modelovanie poradcami EY počíta s takým zdrojom príjmov, ktorý pokryje všetky náklady plynúce z CapEx a OpEx (vrátane vlastného vloženého kapitálu) plus s extra maržou cca 10 %.

- **Dôležitá poznámka:** Ani tieto „zelené“ úpravy nie sú také jednoducho aplikovateľné, ako by sa mohlo zdať. Všetky predstavujú kompromisy medzi kvalitou, efektívnosťou, investičnými nákladmi, skúsenosťami pacientov, úrovňou výučby atď. V konečnom dôsledku bude záležať na diskusii a zisteniach budúceho prevádzkovateľa Novej nemocnice a zainteresovaných subjektov z vnútra ako aj z vonku nemocnice, zdravotných poisťovní a vlády, ktoré z týchto úprav (plus „oranžové“ a „červené“ úpravy) budú v skutočnosti implementované v prípade Novej nemocnice.

Ostatné výsledky analýzy Variantov A a B

Kľúčové ukazovatele výkonnosti pre Variant A vygenerované prostredníctvom AFM sú zhrnuté v nasledujúcej tabuľke:

Kľúčové ukazovatele výkonnosti pre Variant A

Zdroj: TNO

Total admissions CL	44.170
Total beds Clinic	880
Total admissions DCL	28.232
Total beds DCL	64
Total admissions CL+DCL Hospital	72.402
Total beds CL+DCL Hospital	944
Ratio DCL:CLB	39% 61%
Production Outpatient visits	873.533
Production Diagnostics	608.761
Production Surgeries	42.020
Production Deliveries	5.204
TOTAL weighted average length of stay - ALOS	6,45
TOTAL weighted average occupancy rate - OR	88,7%
OR general to be adjusted to performance standard of	A.04 90%
OR special care to be adjusted to performance standard of	85%

- Objem produkcie Novej nemocnice bez objemu produkcie nemocnice Petržalka predstavuje 44 170 UH v roku 2020, čo predstavuje 880 lôžok s ALOS 6,45 dňa, obložnosť lôžok vo všeobecnej ústavnej starostlivosti je 90 % a 85 % v špecializovanej ústavnej starostlivosti.

Ďalšia fáza: Detailná analýza preferovaných variantov

- Počet výkonov v jednotňovej zdravotnej starostlivosti je 28 232 s využitím 64 lôžok jednotňovej starostlivosti s obložnosťou 200 % počas 250 pracovných dní v roku. V tomto modeli je prepočítaný presun z krátkodobého pobytu v nemocnici a UH k JZS v pomere približne 60:40 (UH:JZS).
- Počet ambulantných vyšetrení je 873 533. V SVLZ je objem vyšetrení 608 761. Počet operácií je 42 020. Počet pôrodov, s ktorými sa uvažovalo bol 5 204 pôrodov v roku 2020.
- Priestorový program pre Variant A počíta s 92 627 m² hrubej podlahovej plochy.

Zoznam funkčných typov a kľúčových ukazovateľov výkonnosti²¹

Zdroj: TNO

Zariadenia pre pacientov - Ústavné zariadenia	
Počet lôžok	880 lôžok
Počet denných lôžok	64 lôžok

Zariadenia pre pacientov - SVLZ	
Ambulancie (kliniky)	81 zariadení
Všeobecná diagnostika funkcií orgánov	49 izieb
Zobrazovacia technika a diagnostika	40 izieb
Ambulantná starostlivosť	49 izieb
Operačné sály	22 operačných sál
Pôrodné oddelenie	14 izieb

- Kľúčové ukazovatele výkonnosti pre Variant B vygenerované prostredníctvom AFM sú zhrnuté v nasledujúcej tabuľke:

Kľúčové ukazovatele výkonnosti pre Variant B

Zdroj: TNO

Total admissions CL	52.503
Total beds Clinic	998
Total admissions DCL	29.113
Total beds DCL	66
Total admissions CL+DCL Hospital	81.616
Total beds CL+DCL Hospital	1.064
Ratio DCL:CLB	36% 64%
Production Outpatient visits	598.616
Production Diagnostics	507.735
Production Surgeries	43.601
Production Deliveries	6.360
TOTAL weighted average length of stay - ALOS	6,17
TOTAL weighted average occupancy rate - OR	88,9%
OR general to be adjusted to performance standard of	A.04 90%
OR special care to be adjusted to performance standard of	A.05 85%

- Objem produkcie Novej nemocnice bez objemu produkcie nemocnice Petržalka predstavuje 52 503 UH v roku 2020. To predstavuje 998 lôžok, s ALOS 6,17 dní, obložnosť lôžok vo všeobecnej ústavnej starostlivosti je 90 % a 85 % v špecializovanej ústavnej starostlivosti.
- Počet výkonov v JZS je 29 113 s využitím 66 denných lôžok s obložnosťou 200 % počas 250 pracovných dní v roku. V tomto modeli je prepočítaný presun z krátkodobého pobytu v nemocnici a UH ku JZS v pomere približne 64:36 (UH/JZS). Počet ambulantných vyšetrení, ktorý sa bral do úvahy, je 598 616. V SVLZ je objem vyšetrení 507 735. Počet operácií je 43 601. Počet pôrodov, s ktorým sa uvažovalo, bol 6 360 pôrodov v roku 2020.
- Priestorový program pre Variant B počíta s 91 264 m² hrubej podlahovej plochy.

²¹ Pozri tiež v Prílohe Technickej analýzy v kapitole Abstraktný funkčný model – detailná charakteristika.

Ďalšia fáza: Detailná analýza preferovaných variantov

Zoznam funkčných typov a kľúčových ukazovateľov výkonnosti²²

Zdroj: TNO

Zariadenia pre pacientov - Ústavné zariadenia	
Počet lôžok	998 lôžok
Počet denných lôžok	66 lôžok
Zariadenia pre pacientov - SVLZ	
Ambulancie (kliniky)	50 zariadení
Všeobecná diagnostika funkcií orgánov	31 izieb
Zobrazovacia technika a diagnostika	39 izieb
Ambulantná starostlivosť	31 izieb
Operačné sály	22 operačných sál
Pôrodné oddelenie	16 izieb

²² Pozri aj v *Prílohe Technickej analýzy* v kapitole *Abstraktný funkčný model – detailná charakteristika*

Finančné zhodnotenie

1. Vymedzenie finančných variantov a postup ich zhodnotenia
2. Analýza rizík
3. Prístup k finančnému modelovaniu
4. Hlavné predpoklady finančného modelu
5. Analýza finančnej dostupnosti
6. Analýza "Value for money"
7. Analýza dopadov na súvahu štátu
8. Sumarizácia finančného zhodnotenia
9. Kritériá výberu uchádzačov pre PPP

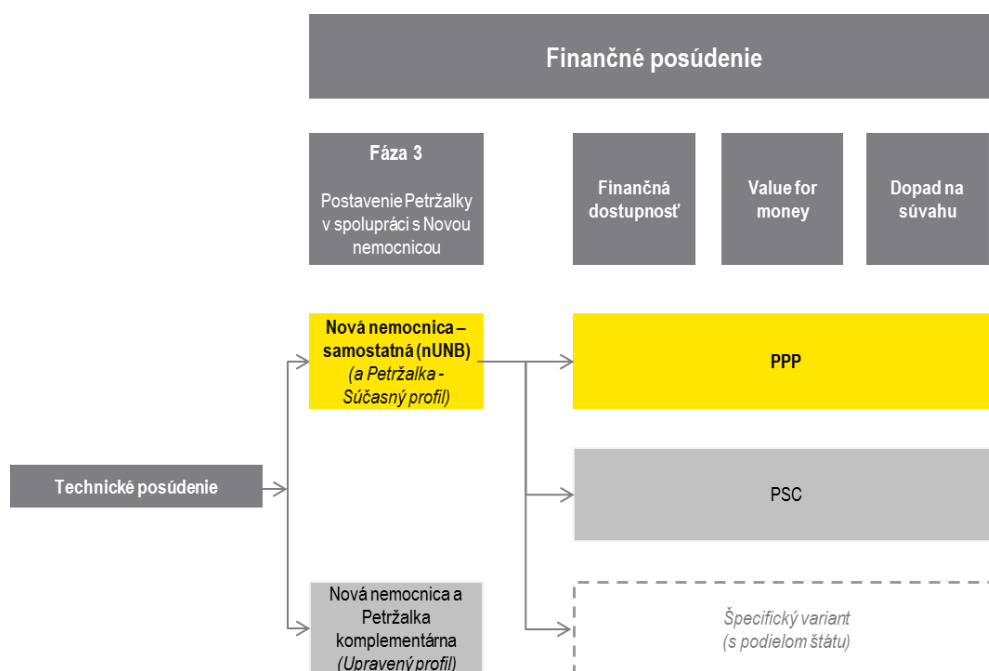
Vymedzenie finančných variantov a postup ich zhodnotenia

Metodika

- Technická analýza vylúčila všetky možnosti okrem variantu výstavby Novej nemocnice, ktorý má nahradiť 3 zostávajúce nemocnice (Ružinov, Kramáre, Staré Mesto – ďalej ako „UNB3“). Tento variant obsahuje dva hlavné podvarianty:
 - (i) Nová nemocnica a nemocnica Petržalka fungujúce nezávisle ako samostatné nemocnice poskytujúce služby zdravotnej starostlivosti a
 - (ii) Nová nemocnica a nemocnica Petržalka spolupracujú pri poskytovaní týchto služieb.
- Z izolovaného technického hľadiska sa ako vhodnejšie javí, aby nemocnica Petržalka pri poskytovaní služieb zdravotnej starostlivosti spolupracovala s Novou nemocnicou – teda podvariant (ii). Avšak, existujú silné argumenty (diskutované taktiež s MZ SR) pre podvariant (i), v ktorom obe nemocnice fungujú nezávisle. Ide najmä o nasledovné argumenty:
 - Z hľadiska strategického, ako aj hľadiska národnej bezpečnosti, by bolo riskantné vytvorenie jedinej nemocnice poskytujúcej kompletne služby pre celú spádovú oblasť Bratislavy.
 - Vytvorenie dvoch nezávislých nemocníc poskytujúcich kompletne služby zabezpečí prirodzenejšie konkurenčné prostredie, ktoré by nebolo možné dosiahnuť v prípade, že by sa nemocnice navzájom dopĺňali.
 - Zo strategického hľadiska je umiestnenie oboch nemocníc výhodné (každá na inej strane brehu rieky Dunaj), najmä z dôvodu, že každá z nemocníc prevádzkovaná ako nemocnica poskytujúca kompletne služby, dokáže slúžiť pacientom z rôznych častí spádovej oblasti, čo pre verejnosť vytvára pridanú hodnotu.
- Na základe argumentov uvedených vyššie sa ďalej uvažovalo iba o podvariante (i), kde Nová nemocnica a nemocnica Petržalka fungujú samostatne – teda možnosť (i). V rámci finančnej analýzy sa teda hodnotila iba Nová nemocnica nahrádzajúca UNB3 nemocnice bez vplyvu nemocnice Petržalka (ďalej ako „nUNB“). nUNB sa posudzovala v rámci troch foriem realizácie:
 - Tradičnou formou série verejných zákazok – PSC
 - PPP obstarávaním
 - Špecifickým variantom definovaným MZ SR
- Postup finančného zhodnotenia je načrtnutý v nasledujúcej schéme:

Postup finančného zhodnotenia variantov

Zdroj: EY analýza



Vymedzenie finančných variantov a postup ich zhodnotenia

PSC

- ▶ Tradičná forma realizácie nUNB prostredníctvom série verejných zákaziek.
- ▶ Dizajn, výstavba a prevádzka nUNB je riešená verejným sektorom („VS“ alebo „Verejný sektor“).
- ▶ Verejný sektor je v pozícii investora a investičné výdavky financuje štátnym dlhom (bankové pôžičky alebo emisia dlhopisov).

PPP

- ▶ Dizajn, výstavba, financovanie a prevádzka nUNB sú zaistené jedným súkromným partnerom alebo konzorciom súkromných partnerov („SP“ alebo „Súkromný partner“).
- ▶ Špecifickou požiadavkou MZ SR pre posudzovanie tejto možnosti je, že Súkromný partner zabezpečí prevádzku, vrátane prevádzky a poskytovania zdravotných služieb.

Špecifický variant s účasťou štátu (požiadavka MZ SR)

- ▶ Prípravná fáza²³ bude zabezpečená Verejným sektorom a v spolupráci so súkromným prevádzkovým operátorom („Prevádzkový operátor“), ktorý má skúsenosti s prevádzkovaním podobného typu nemocnice v zahraničí a bude obstaraný prostredníctvom štandardného verejného obstarávania.
- ▶ Predpokladá sa, že dlhové financovanie bude získané od Európskej investičnej banky („EIB“) alebo Rady európskych bánk („CoEB“). Vláda predpokladá, že poskytne vklad vlastného imania vo výške cca 50m EUR a to bez špecifického nároku na výšku požadovanej miery výnosu z vlastného imania („equity IRR“). V tomto smere sa uvažuje aj s participáciou štruktúr okolo Slovenského investičného holdingu.
- ▶ Podobne ako v prípade PSC bude výstavba zabezpečená prostredníctvom štandardného verejného obstarávania.
- ▶ Prevádzka nemocnice bude zabezpečená Verejným sektorom v spolupráci s Prevádzkovým operátorom motivovaným pomôcť Verejnému sektoru pri dosiahnutí vysokej prevádzkovej účinnosti od začiatku prevádzkovej fázy nemocnice. Odmena pre Prevádzkového operátora bude stanovená na báze pevnej a motivačnej odmeny viazanej na dosiahnutie cieľov.
- ▶ Predpokladá sa, že Prevádzkový operátor bude zazmluvnený po dobu prvých piatich rokov prevádzkovej fázy Projektu. Význam spočíva v tom, aby sa Verejný sektor od Súkromného partnera naučil know-how a svetové best practice efektívneho prevádzkovania nemocnice.

Postup zhodnotenia finančných variantov

- ▶ Za účelom uskutočnenia finančnej analýzy bol zostavený finančný model, ktorého vstupy sú založené na:
 - Nezávislej finančnej previerke súčasného stavu UNB na základe historických finančných informácií a diskusiách s Klientom,
 - Technickej analýze uskutočnenej TNO,
 - Analýze rizík uskutočnenej EY v spolupráci s bankovými expertmi,
 - Analýze porovnateľných projektov z hľadiska dlhového štruktúrovania na základe benchmarkingu dlhových inštrumentov a diskusií s bankovými expertmi.
- ▶ Boli vyhodnotené nasledujúce kľúčové finančné ukazovatele:
 - Finančná dostupnosť,
 - „Value for Money“,
 - Zachytenia finančného dopadu Projektu na štátne účty.

²³ Zahŕňajúca napr. prípravu podnikateľského plánu, tvorbu architektonického plánu a ďalšie štúdie.

Analýza rizík

Úvod

- ▶ V tejto fáze sme identifikovali a kvantifikovali riziká spojené s Projektom.
- ▶ Analýza rizík bola vykonaná v spolupráci s rôznymi zúčastnenými stranami Projektu, konkrétne technickými (TNO), právnymi poradcami (RC CMS) a zástupcami UNB a MZ SR.
- ▶ Riziká boli členené do jednotlivých fáz Projektu a kvantifikované v prípade, že ich kvantifikácia bola možná (viď nižšie).
- ▶ Táto Štúdia ďalej navrhuje alokáciu rizík tak, aby výsledný rizikový profil Projektu bol akceptovateľný pre všetky zúčastnené strany – najmä štát a uvažované finančné inštitúcie.
- ▶ Analýza rizík bola vykonaná v nasledovných krokoch:
 - Identifikácia rizík bez ohľadu na zvolenú metódu verejného obstarávania.
 - Keďže všeobecne platí, že príslušné riziká by mali byť nesené tou stranou, ktorá je najlepšie schopná a oprávnená na ich kontrolu a riadenie pri minimálnych nákladoch boli riziká rozdelené do 3 kategórií tak, aby náklady Verejného sektora boli minimálne:
 - i) Riziká znášané Verejným sektorom,
 - ii) Riziká znášané Súkromným partnerom,
 - iii) Riziká znášané tak Verejným sektorom ako aj Súkromným partnerom.
- ▶ V prípade PSC variantu, všetky riziká znáša Klient (VS), čo v praxi znamená, že nie sú prijaté žiadne nadštandardné stratégie zníženia rizík. Z tohto dôvodu vo variante PSC predpokladáme iba istenie pred štandardnými rizikami (poistiteľné riziká, finančné riziká).
- ▶ V prípade PPP variantu je rozdelenie rizík riadené na základe nasledovného princípu:
 - Riziká, ktoré by mali byť zachované (ďalej uvedené ako „Ponechané riziká“) vo Verejnom sektore sú tie, ktoré:
 - i) Môže ovplyvniť / kontrolovať iba Verejný sektor (politické, regulačné, atď.),
 - ii) Je zložitá alebo nemožné kvantifikovať, či ich dopad je tak široký, že presun takých rizík by urobil Projekt prakticky nevýnosným a neprijateľne nákladným pre Verejný sektor.
 - Riziká, ktoré by mali byť prenesené na Súkromného partnera, sú označované ako „Prenosné riziká“. Tieto riziká sú kvantifikované na základe získaných odborných stanovísk a na základe externých zdrojov o pravdepodobnosti ich výskytu a pravdepodobnom rozsahu.
- ▶ V prípade Špecifického variantu, riziká nesie Klient (podobne ako v PSC). V niektorých oblastiach však môže byť riziko čiastočne prenesené na Prevádzkového operátora (najmä prevádzkové riziko, viď tabuľka nižšie).
- ▶ Závery a výsledky analýzy rizík slúžia ako vstupy do finančného modelu.

Analýza rizík

Prehľad analyzovaných rizík

Nasledujúca tabuľka (i) zobrazuje popis analyzovaných rizík, (ii) sumarizuje závery alokácie rizík pre každú alternatívu (PSC, PPP a Špecifický variant) na Verejný sektor, Súkromného partnera alebo zdieľané Verejným sektorom a Súkromným partnerom a (iii) uvádza, či bolo riziko v rámci finančného modelovania kvantifikované alebo nie.

Prehľad analyzovaných rizík

Kategória	Stručný popis	Detailný popis	PSC	PPP	Špecifický variant	Kvantifikované
Politické alebo regulačné riziko	Zastavenie alebo spomalenie Projektu kvôli zmenám v systéme a/alebo ako dôsledok politickej zmeny	Vyššie náklady v dôsledku zmien (alebo úprav), ktoré môžu negatívne ovplyvniť podnikanie nUNB vyplývajúce z politickej aktivity, legislatívy a vývoja regulácie. Např., nový DRG platobný mechanizmus, EU pravidlá, existujúce formálne požiadavky umožňujúce prevádzkové nedostatky, vrátane MTZ, personálnych norratívov, ochrany životného prostredia, dôvodov fiškálnych zmien.	VS	VS	VS	Nie
Developersko-stavebné riziko	Navýšenie CapEx a/alebo oneskorenie stavebných prác (v konštrukčnej fáze a v prevádzkovej fáze)	Vyššie náklady v dôsledku zlého výberu a negatívneho vývoja partnera: (1) neskúsený (2) obmedzené finančné sily, (3) nie je preukázaná podniková kultúra, (4) s konfliktom záujmov.	VS	VS	VS	Áno
		Vyššie náklady v dôsledku neefektívností v procese zaistovania služieb: (1) nejasný dizajn, vytvára priestor pre ďalšie zmeny = náklady, (2) nejasná / preddefinovaná konštrukcia obstarávania, (3) nejasná kontrola nákladov / kontrola stavebného / dodávateľského postupu.	VS	SP	VS	
		Vyššie náklady v dôsledku nerozvinutosti a nepripravenosti lokality a miesta pre nUNB: 1. územný plán a infraštruktúra 2. stavebné povolenie a riadenie a dokončenie výstavby	VS VS	VS SP	VS VS	
		Vyššie náklady v dôsledku netransparentného konania a konfliktov záujmov zúčastnených strán počas stavebno-dodávateľského procesu.	VS	SP	VS	
Trhové riziko	Strata výnosov (nezapríčená nedostupnosťou infraštruktúry novej nemocnice)	Nižšie výnosy v dôsledku nedostatočného nastavenia ceny (riziko cenové). Strata výnosov v dôsledku zníženia počtu klientov, zmeny v štruktúre požadovaných služieb, atď. (riziko kvantity).	VS	VS ²⁾	VS	Nie

Analýza rizík

Prevádzkové riziko / OpEx	Nedostatky v procese transformácie: neefektívne riadenie prechodu prevádzky z UNB3 na nUNB	Neefektívne riadenie presunu podnikania vedie k zvýšeným nákladom v dôsledku zaostaleho návrhu tranzitívneho procesu, ktorý je zdrojom nepresného merania a neorganizovanosti	VS	SP	SP / VS ³⁾	Nie
	Nesprávne prevádzkové riadenie a nedosiahnutie očakávanej prevádzkovej efektivity	Zvýšené náklady na materiál / energie ako výsledok nedbanlivosti, pochybenia, prevádzky starého a nového zariadenia súčasne, a zvýšených personálnych nákladov v dôsledku udržiavania zamestnancov v oboch zariadeniach počas prechodného obdobia	VS	SP	SP / VS ³⁾	Áno
	Zrýchlená zastaranosť infraštruktúry novej nemocnice	Zvýšené náklady v dôsledku neefektívneho riadenia ľudských zdrojov (napr. obavy zamestnancov UNB ohľadne ich budúcej zamestnanosti, požadovaná efektivita, súlad s novými procesmi, zvýšenie kvalifikačných požiadaviek).	VS	SP	SP / VS ³⁾	Áno
Právne riziko		Zvýšené náklady v dôsledku neefektívneho obstarávania / riadenia materiálu / energie a služieb (napr. riadenie konfliktu záujmov, neefektívne rozpočtovanie a kontrola nákladov)	VS	SP	SP / VS ³⁾	Znížené ⁴⁾
	Neplatnosť a/alebo chyby vo formálnom nastavení procesov a v ich právnej dokumentácii	Zvýšené náklady v dôsledku poruchy infraštruktúry nUNB skôr než sa očakávalo, čo vedie k strate efektivity, nižšej kapacity, nižšej schopnosti naplniť normy bezpečnosti a kvality.	VS	SP	SP / VS ³⁾	Znížené ⁴⁾
		Zvýšené náklady ako výsledok nevhodne nastavených procesov (vrátane nedostatočnej flexibility v riadení riešenia problémov, nedostatočného systému riadenia požiadaviek na zmeny), nedostatočnej alebo nelogickej alokácii kompetencií a zodpovedností medzi privátnym a verejným sektorom, a jej dôsledok na nesprávnu dokumentáciu vyššie uvedených procesných nastavení.	VS	VS ¹⁾	VS	Nie

Pozn.:

1) Vzhľadom na komplexnosť a časovosť Projektu je toto riziko najvýznamnejšie u PPP.

2) V prípade PPP je toto riziko riešené formou Platby za dostupnosť (tzn. platba Súkromnému partnerovi zo strany Verejného sektora).

3) V tomto prípade je možné uvažovať s čiastočným zdieľaním rizika s Prevádzkovým operátorom.

4) Významnosť tohto rizika je znížená prostredníctvom relatívne vysokých modelovaných investícií v priebehu prevádzkovej fázy (týka sa tak PPP ako aj PSC a Špecifického variantu).

Analýza rizík

► Okrem vyššie uvedených rizík je Projekt ovplyvňovaný ďalšími rizikami, ktoré sú zhrnuté v nasledujúcej tabuľke²⁴:

Prehľad ďalších analyzovaných rizík

Kategória	Stručný popis	Detailný popis	PSC	PPP	Špecifický variant	Kvantifikované
Urbanistické riziko	Nedostatočné nadviazanie funkcionality nUNB na okolité urbanistické a infraštruktúrne riešenie	Nižšie výnosy v dôsledku nepripravenosti infraštruktúry zvládnuť nápor spojený s pohybom klientov nUNB (nedostatočná komunikácia, nedostatočné spojenie verejnou dopravou, nedostatočne riešená logistika služieb potrebných na prevádzku nUNB)	VS	VS	VS	Nie
Reputačné riziko	Zhoršená akceptácia nUNB	Nižšie výnosy v dôsledku negatívneho postoja klientov k využívaniu služieb nUNB v dôsledku zlého imidžu, dopravným vzdialenostiam a nákladom spojeným s dopravou	VS	VS	VS	Nie
Finančné riziko	Negatívne dopady vývoja: - Úrokových sadzieb - Menových kurzov - Inflácie	Vyššie náklady spojené s nedostatočným zaistením výkyvov	VS	SP	VS	Áno
Poistiteľné rizika	- Riziko prerušenia prevádzky - Škody spôsobené vyššou mocou - Škody spôsobené tretím osobám	Nižšie výnosy spojené s nemožnosťou poskytovať služby v dôsledku nepredvídateľných situácií Vyššie náklady spojené s nápravou škôd vzniknutých v dôsledku nepredvídateľných situácií či úhradou škôd vzniknutých ako dôsledok nedbalosti nemocničného personálu	VS	SP	VS	Áno

Zhrnutie

- V prípade PSC variantu, všetky riziká nesie Verejný sektor.
- V Špecifickom variante, podobne ako pri PSC, všetky riziká nesie Verejný sektor. Avšak v niektorých oblastiach môžu byť tranzitívne a prevádzkové riziká (pravdepodobne len do určitej miery) prenesené na Prevádzkového operátora (napr. do úrovne jeho poplatkov).
- Materiálne najvýznamnejšie riziká je možné preniesť na Súkromného partnera variantom PPP. Týmto rizikami sú predovšetkým developersko-stavebné riziká a riziká prevádzkové. Na Verejnom sektore zostáva najmä riziko výberu partnera. Toto riziko vyplýva hlavne z rozsahu a komplexnosti prenášaných rizík (a zodpovedností) a dlhodobosti uvažovanej spolupráce.

²⁴ Pre vylúčenie pochybností, riziká popísané vo vyššie uvedenej tabuľke nepredstavujú kompletný výpis rizík súvisiacich s Projektom. Tabuľka sa zameriava na hlavné riziká, ktoré pre lepšiu uchopiteľnosť a nasledujúcu prácu s nimi delí na prioritné a ďalšie riziká.

Analýza rizík

- Navrhnutá alokácia rizík rešpektuje predpokladané požiadavky komerčných bánk. Komerčné banky môžu byť, navyše k obvyklým kreditným rizikám, vnímavé aj k riziku poškodenia reputácie v prípade neplnenia záväzkov a následných krokoch spojených s vymáhaním svojich pohľadávok. Preto predpokladáme, že možné nedostatky v transfere hore uvedených rizík môžu viesť komerčné banky k vyžiadaniu lepšieho zabezpečenia Projektu zo strany Verejného sektora. Financovanie bez regresu poskytnuté medzinárodnými finančnými inštitúciami (napr. EIB, CoEB ako bolo indikované zástupcami MZ SR) by malo byť potvrdené v dostatočnom predstihu.

Prístup k finančnému modelovaniu

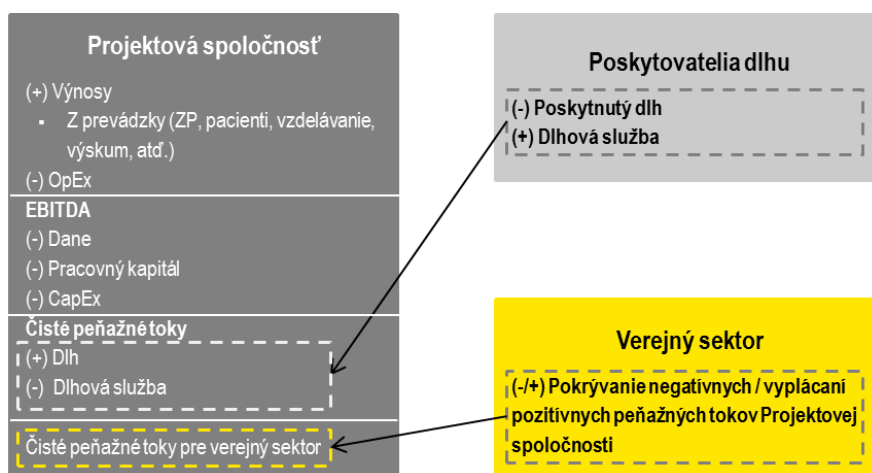
Finančné modelovanie bolo (i) vykonané osobitne pre každú z uvažovaných variant (PSC, PPP a Špecifický variant) a (ii) založené hlavne na základe nezávislej finančnej previerky súčasného stavu UNB, analýzy rizík, technickej analýzy a analýzy porovnateľných projektov z hľadiska dlhového financovania.

PSC

- Pre účely finančného modelovania je Projekt analyzovaný zo strany projektovej spoločnosti (ďalej len „Projektová spoločnosť“), v rámci ktorej sa realizuje nUNB a je vlastnená a prevádzkovaná Verejným sektorom.
- Potreba kapitálu počas konštrukčnej fázy je plne pokrytá dlhom.
- Boli zostavené prevádzkové („CFO“), investičné („CFI“) a finančné („CFF“) peňažné toky tejto Projektovej spoločnosti.
- **Z pohľadu Verejného sektora:** Čisté peňažné toky Projektovej spoločnosti (po zaplacení všetkých prevádzkových, investičných a finančných výdavkov) predstavujú výsledné peňažné toky pre Verejný sektor. Ak budú čisté peňažné toky záporné, predpokladá sa, že Verejný sektor túto medzeru pokryje. V prípade kladných peňažných tokov bude mať Projektová spoločnosť možnosť vyplácať dividendy Verejnému sektoru²⁵.
- Nasledujúca schéma sumarizuje náš prístup k modelovaniu variantu PSC:

Prístup k modelovaniu variantu PSC

Zdroj: EY



PPP

- Predpokladá sa, že v prípade PPP je Projektová spoločnosť prevádzkovaná Súkromným partnerom.
- Potreba kapitálu počas konštrukčnej fázy je financovaná kombináciou bankového dlhu a vlastným imanom Súkromného partnera.
- Boli zostavené CFO, CFI a CFF peňažné toky tejto Projektovej spoločnosti.
- Projektová spoločnosť v priebehu prevádzkovej fázy spláca všetky prevádzkové, investičné a finančné výdavky súvisiace s dlhom. Všetky zvyšné kladné peňažné prostriedky sú vyplatené ako dividendy²⁶ pre Súkromného partnera.
- Aby bol Súkromný partner ochotný vstúpiť do Projektu, musí dividendu vyplácaná Projektovou spoločnosťou poskytovať dostatočnú výnosnosť investovaného imania Súkromného partnera (equity IRR). Navyše, aby boli banky ochotné vstúpiť do Projektu, peňažný tok musí byť dostatočne silný, aby bol schopný spĺňať kovenanty bánk.

²⁵ Pre zjednodušenie uvažujeme o dividendách ako o jedinom zdroji peňažných príjmov pre Verejný sektor.

²⁶ Pre zjednodušenie sa uvažujú dividendy ako jediný zdroj peňažných príjmov pre Súkromného partnera, t.j. neuvažujú so štruktúrou podriadeného dlhu a pod.

Prístup k finančnému modelovaniu

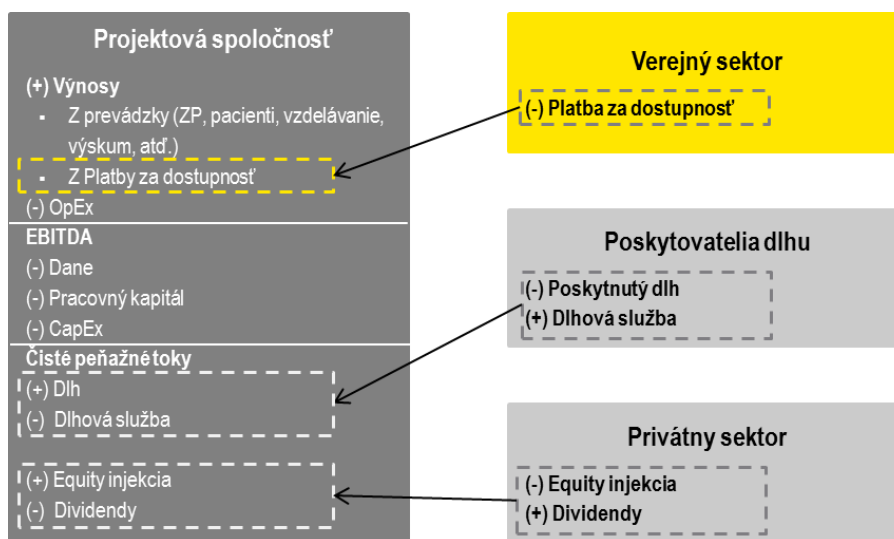
- **Z pohľadu Verejného sektora:** Ak Projekt sám o sebe neprodukuje dostatok peňažných tokov, aby vyššie uvedené potreby zaistil (primárne plnil kovenanty bánk), vzniká nutnosť transferu týchto chýbajúcich peňažných tokov zo strany Verejného sektora formou tzv. dodatočných platieb ("Platba za dostupnosť") realizovaných na ročnej báze.
- Výška tejto platby od Verejného sektora je teda závislá na uvažovanej výške peňažných tokov nUNB. Potrebná Platba za dostupnosť by sa znížila hlavne vplyvom nasledujúcich efektov:
 - Vyššie výnosy z hlavnej podnikateľskej činnosti,
 - Vyššie výnosy vplyvom dodatočných komerčných aktivít (v nasledujúcej analýze bolo uvažované s komerčnými aktivitami iba v objeme UNB3),
 - Nižšie prevádzkové výdavky,
 - Nižšie investičné výdavky,
 - Menej striktné bankové kovenanty (nižšie DSCR) či lacnejšie financovanie (nižšie úrokové náklady),
 - Nižšie požadované výnosové kritériá investovaného vlastného kapitálu (nižšie equity IRR).

Pozn.: Platba za dostupnosť je pre zjednodušenie braná ako jediný peňažný tok Verejného sektora (tzn. neuvažujeme napr. o transakčných a iných nákladoch).

- Nasledujúce schéma sumarizuje náš prístup k modelovaniu PPP variantu:

Prístup k modelovaniu variantu PPP

Zdroj: EY



- V priebehu finančného modelovania je potrebné zachytiť požiadavky troch kľúčových účastníkov Projektu: (i) Klienta, (ii) bankových inštitúcií a (iii) Súkromného partnera. Tieto ich požiadavky sú zachytené vo forme špecifických ukazateľov ako zobrazuje schéma na nasledujúcej strane:

Prístup k finančnému modelovaniu

Schéma

Zdroj: EY



- Cieľom (a hlavným výstupom) finančného modelovania v PPP variante je potom minimalizovanie Platy za dostupnosť, ktorá je vyžadovaná od Verejného sektora.

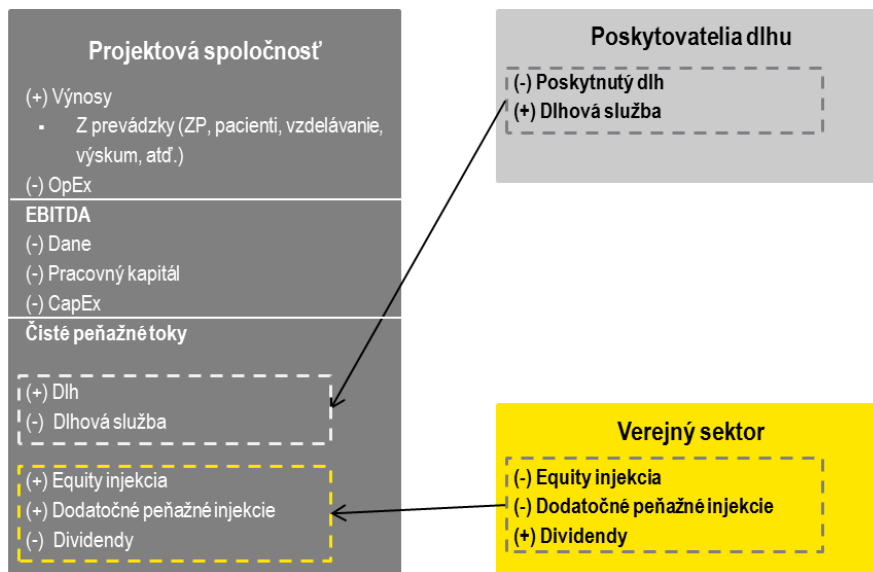
Špecifický variant

- Podobne ako pri PSC sa predpokladá, že Projektová spoločnosť je prevádzkovaná Verejným sektorom. V prípade Špecifického variantu je však prevádzka uskutočňovaná v spolupráci s Prevádzkovým operátorom.
- Potreba kapitálu počas konštrukčnej fázy je financovaná kombináciou dlhu a vlastného imania. V Špecifickom variante sa však jedná o vlastné imanie Verejného sektora, zatiaľ čo v PPP variante sa jedná o vlastné imanie Súkromného partnera.
- V porovnaní s PPP, Verejný sektor nepožaduje žiadnu špecifickú návratnosť jeho imania (v podobe equity IRR). Avšak, Projekt musí byť stále pre banky financovateľný, preto tok peňažných prostriedkov musí byť dostatočne silný, aby spĺňal bankové kovenanty (napr. DSCR).
- Ako dôsledok, uvažujeme s ďalším možným zdrojom výnosov pre Projektovú spoločnosť (dodatočné peňažné injekcie – viď schéma nižšie), ktorý môže byť využitý za účelom podpory peňažných tokov Projektovej spoločnosti, najmä v zmysle plniť bankové kovenanty a zaistiť splácanie dlhu. V prípade, že Projekt vygeneruje dostatočné množstvo peňažných tokov nie sú tieto injekcie potrebné. Verejný sektor v takom prípade kolektuje iba dividendy.
- **Z pohľadu Verejného sektora:** Verejný sektor vkladá imanie do Projektovej spoločnosti počas konštrukčnej fázy (výdaj peňažných prostriedkov). Počas prevádzkovej fázy, vkladá Verejný sektor do Projektovej spoločnosti dodatočné peňažné injekcie tak, aby Projektová spoločnosť bola schopná splácať dlh a plniť bankové kovenanty (výdaj peňažných prostriedkov) a kolektovať dividendy (príjem peňažných prostriedkov).
- Nasledujúca schéma zobrazuje náš prístup k finančnému modelovaniu a zachytáva peňažné toky medzi zúčastnenými stranami:

Prístup k finančnému modelovaniu

Prístup k modelovaniu Špecifického variantu

Zdroj: EY



Hlavné predpoklady finančného modelu

V tejto časti uvádzame základné predpoklady finančného modelu nUNB pre varianty PSC, PPP a Špecifický variant.

Všeobecné predpoklady

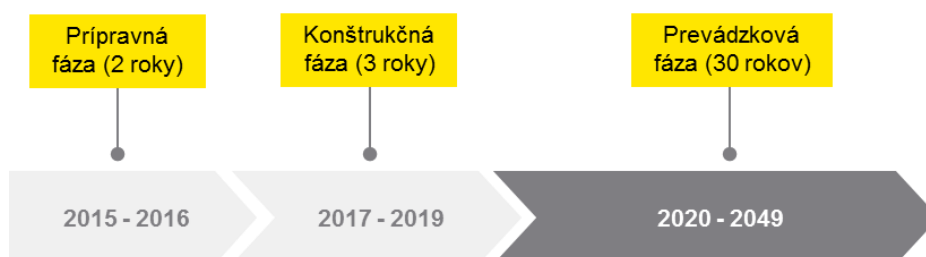
- Zameranie finančného modelu je výlučne na nUNB.
- nUNB uvažuje s plnou replikáciou prevádzok UNB3.
- UNB3 sa následne so spustením prevádzky nUNB zatvoria.
- nUNB uzavrie zmluvy so všetkými zdravotnými poisťovňami.
- Ostatné / sekundárne / podporné (napr. MR, CT, laboratória, lekárne), výskum a vývoj, vzdelávacie aktivity boli modelované na úrovni súčasného stavu (status quo pre UNB3).

Časové hľadisko

Z časového hľadiska je Projekt rozdelený do troch etáp (viď nasledujúci obrázok):

Časové rozloženie Projektu

Zdroj: EY analýza



Finančné predpoklady

- V nasledujúcej tabuľke sú uvedené kľúčové kvantitatívne predpoklady uvažované pri finančnom modelovaní. V texte na nasledujúcej strane je podrobnejší popis a vysvetlenie k jednotlivým kľúčovým predpokladom.

Kľúčové predpoklady finančného modelu

Predpoklad	Poznámka	Jednotka	PSC	PPP	Špecifický variant
Tržby 2020		EUR tis	132 320	132 320	132 320
z toho: UH/OHV navýšenie tržieb 2020		EUR tis	12 165	12 165	12 165
Medziročný rast tržieb		%	3,3 -1,9	3,3 -1,9	3,3 -1,9
EBITDA marža		%	10,0 - 23,0	20,0 - 28,0	15,0 - 25,0
Investičné výdavky	1	EUR tis	350 234	254 217	350 234
Zadĺženosť Projektu	2	%	100,0	60,0	85,0
Podlahová plocha		m ²	93 990	93 990	93 990
Dĺžka splatnosti	3	roky	20	20	20
Úroková sadzba	3	%	4,6	6,5	4,0
Požadovaná výnosnosť partnera (equity IRR)	4	%	n/a	15,6	0
Diskontná miera verejného sektora (PSDR)		%	3,1	3,1	3,1

Zdroj: EY analýza

Pozn.:

- Investičné výdavky zahŕňajú investície do budovy, vybavenia a informačných a komunikačných technológií („IKT“), vrátane DPH (v cenách roku 2020).
- Hodnoty v tabuľke predstavujú podiel dlhu a celkového kapitálu (dlh + vlastný kapitál).
- Vzťahuje sa iba k hlavnému investičnému úveru na výstavbu budov.
- Požadovaná výnosnosť Súkromného partnera je uvažovaná vo forme equity IRR.

Hlavné predpoklady finančného modelu

Výnosy:

- ▶ Kľúčovú zložku tržieb nUNB predstavujú výnosy zo ZP. Cenová zložka týchto výnosov bola modelovaná na základe súčasného platobného mechanizmu. Množstevná zložka týchto výnosov bola modelovaná TNO (detailný popis je uvedený v prílohách Technickej analýzy). Výsledné výnosy boli následne upravené tak, aby nUNB nebola penalizovaná za odlišnú štruktúru výnosov, než bolo v prípade UNB3. Špecificky sa jednalo o dorovnanie v dôsledku vyššieho objemu OHV na úkor UH v nUNB oproti UNB.
- ▶ Ostatné výnosy (výnosy od samoplatcov, výnosy súvisiace so vzdelávacou činnosťou, výnosy za klinické skúšky liečiv, výskum a vývoj a výnosy z prenájmu) boli modelované na základe UNB3.
- ▶ Rast výnosov konvergujúci k 1,9 % v roku 2040 (miera inflácie podľa projekcie Global Insight).

EBITDA marža:

- ▶ PPP: EBITDA marža (bez vplyvu Platby za dostupnosť) v roku 2020 vo výške 20 % sa postupne zvyšuje a približuje sa k hodnote 28 % v roku 2049. Tieto hodnoty vychádzajú z analýzy, v ktorej boli ako benchmark použité západoeurópske nemocnice, ktorých efektívnosť si nUNB kladie za cieľ dosiahnuť.
- ▶ PSC: EBITDA marža PSC je rovná EBITDA marži PPP -10 percentuálnych bodov a konverguje k EBITDA marži PPP -5 percentuálnych bodov počas 20 rokov. Počiatočná hodnota vychádza z prevádzkových údajov skupiny slovenských všeobecných fakultných a univerzitných štátnych nemocníc s vysokou ziskovosťou (pri analýze boli použité dáta NCZI). Toto reflektuje, že efektívnosť prevádzky nUNB bude nadpriemerná v porovnaní so zostávajúcimi slovenskými nemocnicami aj vo variante PSC.
- ▶ Špecifický variant: Vzhľadom na zapojenie Prevádzkového operátora sa uvažovalo s vyššou prevádzkovou efektívnosťou ako pri variante PSC. Avšak pri predpoklade (i) asymetrického odmeňovania Prevádzkového operátora (zdieľa "vzostupy", nie "pády" spojené s prevádzkovaním nUNB) a (ii) obmedzenej päťročnej dobe jeho pôsobenia v Projekte sa uvažuje, že prevádzková efektívnosť nedosiahne úroveň PPP (kde je odmena Súkromného partnera symetrická). Variant teda uvažuje s EBITDA maržou rovnou EBITDA marži PPP -5 percentuálnych bodov a konverguje k EBITDA marži PPP -2,5 percentuálnych bodov počas 20 rokov.

Pracovný kapitál:

- ▶ Kľúčové položky pracovného kapitálu boli modelované na základe predpokladu ohľadom dôb obratu:
 - zásoby 22 dní (počítané vo vzťahu k nákladom na materiál),
 - obchodné pohľadávky 65 dní (počítané vo vzťahu k tržbám z medicínskych služieb),
 - obchodní záväzky 204 dní (počítané vo vzťahu k nákladom na materiál, energie a služby),
 - sociálne a zdravotné poistenie 11 dní a
 - záväzky voči zamestnancom 17 dní (obidva ukazovatele počítané vo vzťahu k nákladom na zamestnanca).
- ▶ Hodnoty predstavujú medián porovnateľných nemocníc na Slovensku (4 súkromné a 3 verejné fakultné nemocnice).
- ▶ Ostatné položky pracovného kapitálu boli určené na základe hodnôt UNB3 a boli ponechané v konštantnej výške. Na medziročnú zmenu pracovného kapitálu teda nemajú vplyv. Pre zjednodušenie boli tieto predpoklady použité tak pre PPP, ako aj PSC a Špecifický variant.

Investičné výdavky:

- ▶ V prípade PSC a Špecifického variantu sa uvažovalo s rizikom navýšenia investičných výdavkov na základe štúdie Mott Macdonald (2002) vo výške 37,8 % v porovnaní s PPP²⁷. Toto pozorovanie tiež nepriamo potvrdzuje štúdia Ministerstva dopravy, výstavby a regionálneho rozvoja SR (2009)²⁸, ktorá uvádza priemerné navýšenie investičných výdavkov pri diaľničných projektoch vo výške 31,1 %. Vzhľadom na to, že stavba univerzitnej nemocnice predstavuje v porovnaní so stavbou diaľnice komplexnejší projekt, javí sa navýšenie v štúdii Mott Macdonald ako opodstatnené.

²⁷ Review of Large Public Procurement in the UK, Spoločnosť Mott Macdonald sa vo svojej štúdii zaoberala veľkými projektmi verejného obstarávania vo Veľkej Británii v rokoch 1982 - 2002 a uvádza, že pri zadávaní verejných zákaziek na štandardné budovy, priemerné CapEx boli 51% a pri neštandardných budovách 24%. nUNB je TNO považovaná na 51% za štandardnú budovu a na 49% za neštandardnú budovu. Z toho vyplýva očakávané prekročenie kapitálových výdavkov 37,8%.

²⁸ "Vyhodnotenie výhodnosti ponuky víťazného uchádzača PPP projektu D1 – 1. balík, Apríl 2009". Táto štúdia uvádza 21 diaľničných projektov obstaraných formou PSC a súvisiace prekročenie investičných výdavkov.

Hlavné predpoklady finančného modelu

- ▶ Rovnaké navýšenie (37,8 %) bolo uvažované aj v prípade ďalších investičných výdavkov v prevádzkovej fáze Projektu.
- ▶ V prípade PPP nebolo vyčíslené prekročenie investičných výdavkov, keďže toto riziko je úplne prenesené z Verejného sektora na Súkromného partnera. Tento fakt potvrdili aj Mott MacDonald (2002) vo svojej štúdii, kde tvrdí, že prekročenie investičných výdavkov sa v prípade PPP blíži k nule.

Zadĺženosť Projektu:

- ▶ PPP: Dôvodom uvažovania so 60 % zadĺžením je, že vo väčšine prípadov PPP projektov realizovaných vo forme PFI svete, nemocničné projekty obvykle rátajú so zadĺžením 80-90 %²⁹. Napriek tomu, že v prípade PPP variantu je trhové riziko prenesené na Verejný sektor (viď. kapitola Analýza rizík), komplexnosť projektu v rámci aplikovaných rizík v prípade tohto Projektu je v porovnaní so štandardnými PFI projektmi vyššie. V prípade štandardných PFI projektov Súkromný partner obvyčajne nie je zodpovedný za prevádzku medicínskych služieb, ale iba za správu a údržbu infraštruktúry. Prevádzka medicínskych služieb je však z pohľadu prevádzkových nákladov menej predikovateľná – teda volatilnejšia, a preto z pohľadu možných dopadov na finančný vývoj taktiež rizikovejšia. Vzhľadom na túto vyššiu rizikovosť Projektu v porovnaní so štandardným PFI projektmi, sme upravili predpokladané finančné zadĺženie smerom nadol. Pri optimalizácii platby za dostupnosť sa uvažuje so 60 % zadĺžením.
- ▶ PSC: Hodnota 100 % je daná na základe diskusie s Klientom a reflektuje povahu PSC variantu. V tomto variante sa neuvažuje s financovaním pomocou vlastného kapitálu, ale na napojenie na rozpočtové financovanie Verejného sektora.
- ▶ Špecifický variant: Hodnota 85 % zadĺženia je počítaná na základe inštrukcií od Klienta tak, aby uvažovaná hladina vloženého vlastného kapitálu zo strany Verejného sektora bola na úrovni 50m EUR.

Štruktúra financovania:

- ▶ PPP: Štruktúrovanie externého financovania vychádza z pravidiel projektového financovania. Jeho podstatou je, že zdroje financovania sú splácané z výnosov daného projektu. V rámci tohto predpokladu sa uvažovalo, že financujúce banky budú vyžadovať vytvorenie špeciálneho rezervného účtu, t.j. DSRA (z angl. debt service reserve account). Tento účet je načerpaný na konci konštrukčnej fázy Projektu a je udržiavaný v takej výške, aby v každom období postačoval na pokrytie dlhovej služby nasledujúceho obdobia.
- ▶ PSC: Tento variant predpokladá štruktúru financovania verejnej inštitúcie (neuvažuje sa teda o štandarnej štruktúre projektového financovania). Vzhľadom k napojeniu na rozpočtové financovanie Verejného sektora (relatívne nižšie kreditné riziko v porovnaní s PPP) bol uskutočnený predpoklad, že vytvorenie rezervného účtu (DSRA) nebude financujúcimi bankami vyžadované. Tento predpoklad vedie k nižším nákladom na financovanie.
- ▶ Špecifický variant: V tomto variante je na Projekt v rámci štruktúry financovania pozerané ako na projektové financovanie s prihliadnutím na obvyklé požiadavky medzinárodných finančných inštitúcií na transparentnosť projektu. V tomto variante teda uvažujeme s DSRA.

Dĺžka splatnosti a úrokové sadzby úveru:

- ▶ Splatnosti všetkých úverov sa riadia predpokladanou životnosťou jednotlivých aktív, ktoré sú z týchto zdrojov financované. Splatnosť úveru na vybavenie je 7 rokov a splatnosť úveru na IKT je 3 roky. Výnimku tvorí hlavný úver na výstavbu budovy, kde je síce uvažovaná životnosť konštrukčných prvkov v dĺžke 35 rokov, ale neočakávame, že by financujúce banky akceptovali také dlhé trvanie. Preto predpokladáme, že dĺžka splatnosti úveru na výstavbu budovy bude rovnaká ako splatnosť slovenského štátneho dlhopisu s najdlhšou dobou splatnosti, t.j. 20 rokov.
- ▶ Úrokové sadzby úveru³⁰:
 - i) PPP (6,5 % / 4,6 % / 3,2 %),
 - ii) PSC (4,6 % / 2,8 % / 1,4 %),
 - iii) Špecifický variant (4,0 % / 2,2 % / 0,8 %)³¹.

²⁹ Zdroj: Infrastructure Journal, (boli vybrané svetové nemocnice vybudované po roku 2010).

³⁰ X % / Y % / Z % predstavujú prepočítané fixné úrokové sadzby (na báze Interest rate swap - IRS) pre dvadsaťročný úver na budovy, sedemročný úver na vybavenie a trojročný úver na IKT. Zdrojom marže pre PSC a PPP je expertný odhad EY a diskusia s bankovými expertmi. Pre Špecifický variant bola marža určená špecificky na základe požiadaviek Klienta. Zdrojom sadzieb IRS je databáza Thomson Reuters.

Hlavné predpoklady finančného modelu

Požadovaná výnosnosť Súkromného partnera:

- ▶ PPP: Hodnota uvedená v tabuľke (Kľúčové predpoklady finančného modelu) predstavuje priemerné equity IRR dosiahnuté Súkromným sektorom vo vzorke 13 PPP PFI porovnateľných projektov³² realizovaných v Spojenom kráľovstve Veľkej Británie v rokoch 1997-2014. Štúdia v pôvodnom znení analyzuje 77 PPP PFI projektov s equity IRR rozmedzím 12,65 – 23,0 %.
- ▶ Špecifický variant: Na základe inštrukcií od Klienta sa predpokladalo, že požadovaná návratnosť vloženého vlastného kapitálu zo strany Verejného sektora (50m EUR) je nulová.

Diskontná miera Verejného sektora:

- ▶ Základný scenár predpokladá hodnotu diskontnej miery Verejného sektora (z anglického public sector discount rate, ďalej len „PSDR“) na úrovni 3,1% (na základe dlhodobého výnosu štátnych dlhopisov), ktorá reprezentuje teoretickú minimálnu hodnotu PSDR. Vzhľadom na to, že pre určenie výšky PSDR teoreticky neexistuje žiadne stanovisko odbornej komisie, bola táto hodnota ďalej upravená v analýze citlivosti vo výške plus 2,0 % a plus 4,0 % (viď kapitola Analýza Value for money) tak, aby (i) boli reflektované prípadné ďalšie sektorové riziká, či riziká Projektu a (ii) aby bolo možné zhodnotiť vplyv tejto premennej na konečný výsledok.

Daňové predpoklady:

- ▶ Uvažovali sme, že Projektová spoločnosť je platcom dane z príjmu. Podľa aktuálnej slovenskej legislatívy je sadzba dane z príjmu 22 %. Daňové straty môžu byť uplatnené rovnomerne počas 4 rokov nasledujúcich po roku, v ktorom strata bola vykázaná.
- ▶ Investičné náklady boli navýšené o DPH na vstupe vo výške 20 %. Vzhľadom k povahe podnikania Projektovej spoločnosti (prevádzka nemocnice) by spoločnosť nemala mať nárok na odpočítanie vstupnej DPH. Uskutočnili sme teda konzervatívny predpoklad, že (i) Projektová spoločnosť zaplatí investičné náklady vrátane DPH 20 % a (ii) táto daň nebude daňovým úradom vrátená späť. V prípade, že by bolo nájdené daňovo výhodnejšie riešenie, neovplyvnilo by výsledky hodnotenia variantov.
- ▶ Odpočet DPH na vstupe v prípade prevádzkových nákladov bol modelovaný na základe predchádzajúcich rokov (tzn., že daň zaplatená na vstupe bude daňovým úradom vrátená len čiastočne).

Ostatné predpoklady

- ▶ Neuvažujeme so zavedením DRG mechanizmu vzhľadom na nedostupnosť dát a množstvo nevyriešených otázok s ním súvisiacich³³.
- ▶ Ďalej neuvažujeme so zmenou a aplikáciou legislatívnych noriem súvisiacich s materiálno-technickým zabezpečením a personálnych noriem. Tieto zmeny však boli opakovane zdôrazňované a odporúčané³⁴.

Finančná analýza nezahŕňa

- ▶ Náklady na obstaranie a úpravu pozemku, prípravy pozemku na výstavbu nUNB.
- ▶ Náklady obetovanej príležitosti verejného sektora.
- ▶ Transakčné náklady Verejného sektora súvisiace s realizáciou nUNB.
- ▶ Náklady súvisiace s (i) paralelným prevádzkovaním nUNB a UNB3, (ii) presunom prevádzky z UNB3 do nUNB, a (iii) ostatnými nákladmi vzťahujúcimi sa na zatvorenie týchto nemocníc.
- ▶ Príjmy z predaja / náklady súvisiace s údržbou zatvorených UNB3.

Technické predpoklady

Kľúčové technické predpoklady sú uvedené v nasledujúcej tabuľke:

³¹ Marža stanovená nad úrovňou referenčnej sadzby bola stanovená na základe informácií poskytnutých od Klienta.

³² Pre výber porovnateľných projektov boli zvolené nasledujúce kritériá: (i) objem investičných výdavkov nad 150m EUR a (ii) klasifikácia nemocnice ako univerzitnej alebo fakultnej.

³³ Bližšie informácie súvisiace s DRG boli uvedené v kapitole Sektor zdravotníctva v stručnosti a jeho vplyv na Projekt.

³⁴ Bližšie informácie súvisiace s MTZ a personálnymi normami boli uvedené v kapitole Sektor zdravotníctva v stručnosti a jeho vplyv na Projekt.

Hlavné predpoklady finančného modelu

Položka	Predpoklady modelu	Poznámky
1. Základné predpoklady		
Populácia a spádová oblasť	Súčasný vekovo-demografický zloženie populácie (skupiny po 5 rokoch) v Bratislave a okolí (Bratislava I – V, Malacky, Pezinok, Senec) a vekovo-demografická prognóza (obe zo Štatistického úradu SR).	Pre účel tejto strategickej fázy, sa predpokladá zjednodušený model regiónu Bratislavy, ako sebestačného regiónu bez veľkého objemu nadregionálneho presunu za zdravotnou starostlivosťou.
Základná prognóza dopytu	Extrapolácia súčasných výkonov UNB (bez Podunajských Biskupíc) na báze demografickej prognózy, použitím dát o veku (skupiny po 5 rokoch) na priemernú dobu ošetrovania a počet hospitalizácií na 1,000 obyvateľov, aby sa simuloval efekt zmeny zloženia populácie (zdroj: Eurostat).	Na prognózu základného dopytu sa predpokladalo súčasnú využitie zdravotnej starostlivosti po vekových skupinách za konštantné (s malou výnimkou: viď nižšie).
Trhový podiel	Extrapolácia súčasného pomeru populácie k výkonom.	Pre základnú prognózu sa predpokladal trhový podiel UNB ako konštantný.
Úpravy	Všetky „zelené“ úpravy, vymenované v kapitole „Technické zhodnotenie“ hlavného textu Štúdie boli zahrnuté do predpokladov pre modelovanie.	
2. Zvýšenie efektivity		
Obložnosť lôžok	Oddelenia: 90 % (na báze 365 dní), Špeciálna starostlivosť: 85 % (na báze 365 dní), Jednodňová starostlivosť: 200 % (na báze 250 dní).	Zahŕňa „zelené“ úpravy zvyšujúce obložnosť lôžkových oddelení. Pre ostatné boli použité hodnoty pre kalkulácie v biznis plánoch v západnej Európe na projekty novostavieb. Nižšia obložnosť pre špeciálnu starostlivosť v terciárnych zariadeniach kvôli požiadavkám na dostupnosť.
ALOS	„Všeobecný“ predpoklad priemernej dĺžky pobytu (ALOS) je cca 6,5 dňa.	„Bezpečný“ predpoklad. Lineárne pokračovanie v historickom Slovenskom trende by malo za výsledok 5,5 dňa a Slovensko by naďalej čiastočne zaostávalo za priemerom EÚ. Priemerná doba ošetrovania 5,5 dňa je konzistentná so súčasnou hodnotou v napr. Holandsku a Dánsku, a s dobou ošetrovania na akútnych posteliach vo francúzskych univerzitných nemocniciach. Avšak 6,5 dní sa považuje za bezpečnejšiu možnosť, ktorá zohľadňuje vyššiu komplexitu pacientov v UNB a zohľadňuje aj presun pacientov z ústavnej starostlivosti do jednodňovej starostlivosti. Tento presun by zvýšil priemernú komplexitu ústavných prípadov.
Počet výkonov centrálneho príjmu	Redukcia z cca 110 000 za rok na cca 60 000 za rok.	Oddelenie centrálneho príjmu je najviac preťaženým bodom. Informácie, ktoré sme dostali od zástupcov nemocnice počas prehliadky naznačujú, že v súčasnom počte prijatých pacientov je veľké množstvo pacientov, ktorým by sa zdravotná starostlivosť dala poskytnúť v rámci primárnej starostlivosti.
Centralizácia operačných sál, špeciálnej starostlivosti a diagnostík	Pri modelovaní kapacity výkonov sa predpokladalo, že sa bude uvažovať buď s jedným centrálnym blokom pre tieto high-tech, vysoko-komplexné výkony alebo s 2 až 3 väčšími „tematickými“ blokmi namiesto súčasnej organizácie pavilónového typu na každú medicínsku špecializáciu.	Centralizácia týchto výkonov je nevyhnutná, aby sa zabezpečilo flexibilné využitie a plánovanie potrebné pre využitie plného výkonnostného potenciálu.
Flexibilné použitie lôžok na lôžkových oddeleniach a v jednodňovej starostlivosti	Pri modelovaní kapacity výkonov sa predpokladalo, že tam kde to bude možné, bude použitie a alokácia lôžok medzi oddeleniami flexibilná, podľa extrémov v dopyte (vysoký, nízky).	Okrem lôžkových oddelení, ktoré vyžadujú špeciálnu kvalifikáciu (napr. pediatria).
3. Ostatné ukazovatele výkonnostnej kapacity		

Hlavné predpoklady finančného modelu

Položka	Predpoklady modelu	Poznámky
Operačné sály	2 000 chirurgických zákrokov za rok na jednu operačnú sálu, uvažujúc s počtom operácií, ktorý nám bol poskytnutý.	Hodnota je založená na predpoklade (pravdivom pre mnohé ďalšie krajiny), že pomer chirurgických zákrokov (na základe kódovacieho systému), ktoré vyžadujú plné vybavenie operačných sál je cca 60 %, s tým že zvyšných 40 % sa vykonáva v rámci ambulantnej starostlivosti. Mnoho operačných sál súčasnej UNB nie je kvalifikovaných ako plno vybavené operačné sály (na základe prehliadky nemocníc: chýba plénum, kompletný tlakový systém, kompletný systém filtrácie vzduchu, súčasná vzduchotechnika je zastaraná)
Zobrazovacia diagnostika	Na základe benchmarkov (z odvetvia (Philips) a holandských kapacitných noriem) na hodiny prevádzky a priemernú dĺžku procedúr, podľa typu zariadenia sa odhaduje 80% využitie v 250 dňoch v roku.	Kompletné štatistiky sú k dispozícii na vyžiadanie.
Poliklinika - ambulancie	Použitie systému ambulancií (77m ² celkovej čistej podlahovej plochy na ambulanciu). Počet ambulancií na základe: priemerných 3 návštev za hodinu, 9 ambulantných hodín za deň a 250 dňoch pri 95% využití. Na ambulantnú fyzioterapiu: 860 m ² čistej podlahovej plochy na ambulanciu.	Založené na predpoklade plne štandardizovaných, flexibilne používaných ambulancií v súlade so zodpovedajúcimi „zelenými“ úpravami, uvedenými v kapitole „Technické zhodnotenie“.
Diagnostika hlavných orgánových funkcií	35 m ² celkovej čistej podlahovej plochy na miestnosť. Kapacita na základe vývoja v ambulantnej starostlivosti a pomere 16 000 ambulantných návštev na jednu ambulantnú zákrovú miestnosť	Dávame do pozornosti, že tento pomer je odvodený a neexistuje žiadne priame spojenie medzi počtom ambulantných návštev a miestnosťami na diagnostiku hlavných orgánových funkcií
Nukleárna medicína	Lôžková: odhad 350 m ² celkovej čistej podlahovej plochy na jednotku (typológia oddelenia podľa poskytnutých súčasných výkonových hodnôt) Laboratórium: podlahové plochy ako dodatočné plochy k ploche nemocničných chemických laboratórií	
Ambulantná starostlivosť	55 m ² celkovej čistej podlahovej plochy na miestnosť. Kapacita na základe vývoja v ambulantnej starostlivosti a pomere 16 000 ambulantných návštev na jednu ambulantnú zákrovú miestnosť	Dávame do pozornosti, že tento pomer je odvodený a neexistuje žiadne priame spojenie medzi počtom ambulantných návštev a ambulantnými zákrovými miestnosťami
Oddelenie traumatológie a pohotovosti	1 500 m ² celkovej čistej podlahovej plochy na oddelenie	Podlahová plocha traumatológie a pohotovosti nie je priamo závislá na výkonoch (dostupnosti funkcií, kapacita musí byť upravená na základe vrcholu v dopyte). Veľkosť podlahovej plochy reflektuje typickú podlahovú plochu typu traumatologického centra na oddelení traumatológie a pohotovosti v terciárnej nemocnici
Pôrody	85 m ² čistej podlahovej plochy na jednotku s kapacitou 400 pôrodov na jednotku za rok	
Laboratóriá, oddelenie centrálnej sterilizácie a lekáreň	Predpoklad celkovej podlahovej plochy sa bol určený na základe holandských, francúzskych a do určitej miery nemeckých benchmarkov. Úplný zoznam je k dispozícii na vyžiadanie	Podlahová plocha týchto funkcií nie je priamo závislá od počtu výkonov. Vybrané podlahové plochy reprezentujú typické podlahové plochy veľkých zariadení svojho druhu v terciárnych nemocniciach
Všeobecné a technické podporné služby	Tieto boli vyjadrené ako percento z celkovej podlahovej plochy nemocnice. Úplný zoznam je k dispozícii na vyžiadanie	

Hlavné predpoklady finančného modelu

Položka	Predpoklady modelu	Poznámky
Podlahová plocha pre lôžka na rôznych typoch oddelení	Všeobecné oddelenie: 21 m ² Špeciálna starostlivosť: 41 m ² Detská starostlivosť: 23 m ² Pôrodnica: 27 m ² Neonatológia - vysoká a intenzívna starostlivosť: viď špeciálnu starostlivosť Neonatológia - zdravé deti: 9 m ² na postieľku Jednodňová starostlivosť: 23 m ² Fyzioterapia - lôžková: 42 m ² Popáleniny – lôžkové: 45 m ² Psychiatria: 52 m ²	Všetky m ² predstavujú celkovú čistú podlahovú plochu na lôžko. Výpočet podlahovej plochy je výsledkom použitia „zelených“ úprav.
4. Predpoklady ohľadom CapEx a OpEx		
Počiatočné stavebné náklady	Na základe detailného rozbitia investičných nákladov podľa holandských stavebných štandardov znížených na slovenskú cenovú hladinu cca 1 655 EUR/m ² (bez DPH)	Ako benchmark pre výpočet investičných nákladov boli použité štandardné ceny pre všeobecné nemocnice v Holandsku. Tieto štandardné ceny sú odvodené z údajov použitých pre nemocnicu ako celok (monolitická štruktúra). Jednotlivé funkčné typy a vrstvy používajú rozdielne cenové hladiny, vyjadrené ako percentuálny podiel štandardnej ceny pre monolitickú štruktúru ktorá je použitá ako základ.
Stavebné náklady počas životného cyklu	CapEx počas životného cyklu na základe ekonomickej životnosti na vrstvu a časovanie, frekvencia a dĺžka splácania na základe holandskej štúdie diferenciácie vrstiev	
Počiatočný CapEx na zariadenie a IKT	Na základe holandských, nemeckých, anglických benchmarkov ako aj benchmarkov ostatných krajín západnej Európy	Berúc do úvahy, že na lokálnom trhu nie je žiadny výrobca, predpokladali sme, že ceny zariadení a IKT sú na rovnakej úrovni ako v nemocniciach západnej Európy. Životnosť na zariadenie je 7 rokov a na IKT 3 roky.
Vrstvový prístup braný do úvahy s diferenciáciou cien jednotlivých vrstiev	Medicínske oddelenia 105 %, Hotel 74 %, Kancelárie 69 %, Zázemie 99 % Každá vrstva má svoju vlastnú frekvenciu renovácie a životnosť, ktorých výsledkom je rozličný CapEx	Na Level 2 ³⁵ kategórie sme kalkulovali OpEx podľa metodológie vrstvomého prístupu. Každá vrstva má svoju vlastnú distribúciu nákladov na základe životného cyklu.
Spotreba materiálu	Predpokladané náklady boli určené na základe holandských a do určitej miery amerických a anglických benchmarkov. Úplný zoznam je k dispozícii na vyžiadanie	Náklady boli rozdeľované na Level 2 kategórie na základe počtu ošetrovacích dní (priemerná doba ošetrovania x počet hospitalizácií). Predpokladáme, že benchmark sa takmer dosiahne do prvého roka prevádzky a plne sa dosiahne v treťom roku.
Energie, údržba	Náklady boli predpokladané na základe holandských a do určitej miery nemeckých a anglických benchmarkov. Úplný zoznam je k dispozícii na vyžiadanie	Náklady boli rozdeľované na Level 2 kategórie na základe hrubej rozlohy plôch v porovnaní s hrubou rozlohou plôch 4 nemocníc UNB. Predpoklad, že benchmark sa takmer dosiahne do prvého roka prevádzky a plne sa dosiahne v treťom roku.
Personál - prepočítaný počet zamestnancov	Personál sa predpokladá na základe francúzskeho a do určitej miery holandského, nemeckého a anglického benchmarku	Prepočítaný počet zamestnancov bol rozdeľovaný na Level 2 kategórie na základe porovnania benchmarku na hospitalizačné a jednodňové lôžka.

³⁵ Bližšie vysvetlenie kategórie je uvedené v Prílohách technickej analýzy.

Analýza finančnej dostupnosti

Úvod

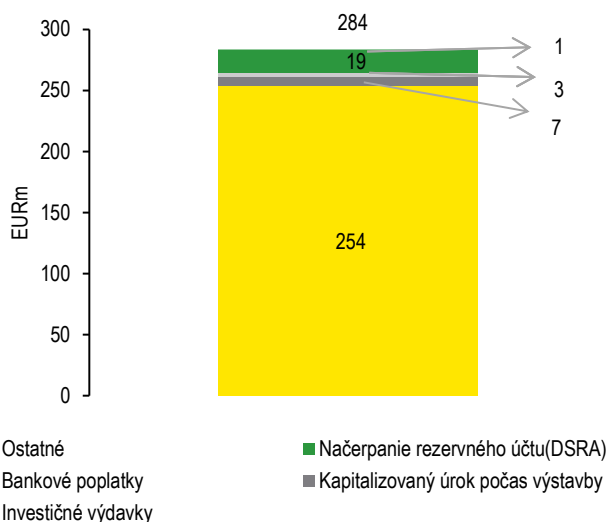
- Analýza finančnej dostupnosti je zameraná na zodpovedanie hlavnej otázky či, a za akých podmienok, je Projekt dostupný pre Klienta.
- Pre každý z variantov (PPP, PSC a Špecifický variant) sú v nasledujúcom texte uvedené peňažné toky Verejného sektora. V prípade PPP ide o Platbu za dostupnosť, súvisiacu s každým uvažovaným variantom.

PPP

- Pre účely finančného modelovania, Projekt analyzujeme zo strany Projektovej spoločnosti.
 - Najskôr boli spočítané prevádzkové a investičné peňažné toky nUNB (projektové peňažné toky).
 - Keďže projektové peňažné toky nepostačovali na splnenie požiadaviek bankových inštitúcií (splatenie úveru a plnenie kovenantov) a Súkromného partnera (dostatočná equity IRR), boli peňažné toky navýšené o Platbu za dostupnosť.
- Následne bola Platba za dostupnosť postupne navyšovaná tak, aby boli vyššie uvedené požiadavky splnené. Týmto bola dosiahnutá minimálna Platba za dostupnosť.
- Grafy na nasledujúcej strane zobrazujú predpokladané zdroje (sources of funds) a využitie finančných prostriedkov (uses of funds) v konštrukčnej fáze v rokoch 2017 – 2019.

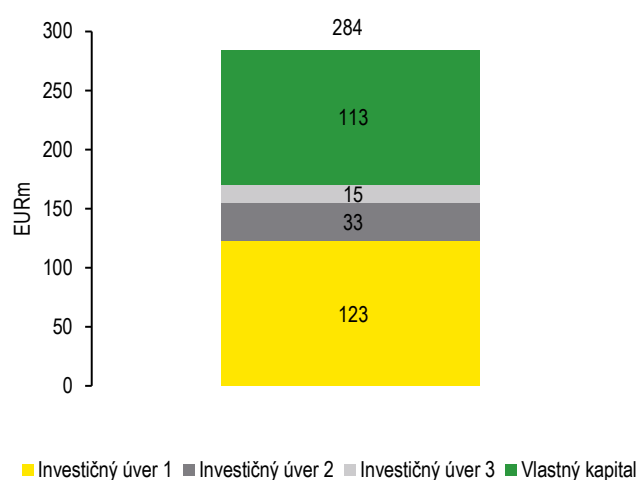
Využitie finančných prostriedkov v konštrukčnej fáze

Zdroj: EY



Zdroje finančných prostriedkov v konštrukčnej fáze

Zdroj: EY



► Komentár k vyššie uvedeným grafom:

- Rezervný účet (DSRA) je načerpaný na konci konštrukčnej fázy projektu a v priebehu prevádzkovej fázy udržiavaný vždy v takej výške, aby v každom období postačoval na krytie dlhovej služby v nasledujúcom roku.
- Investičný úver 1 je poskytnutý na výstavbu budov a jeho splatnosť je 20 rokov. Splátky tohto úveru sú modelované tak, aby bol zachovaný DSCR³⁶ vo výške aspoň 1,5 po celú dobu splatnosti úveru.
- Investičný úver 2 predstavuje úver na zariadenie, so splatnosťou 7 rokov a konštantnými anuitnými splátkami.
- Investičný úver 3 slúži na krytie výdavkov na IKT, má splatnosť 3 roky a konštantné anuitné splátky.

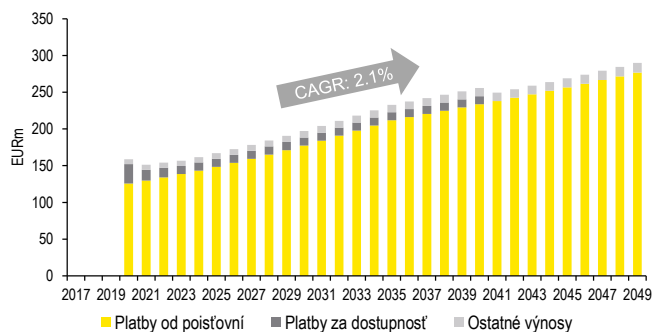
³⁶ Kalkulácia DSCR bola počítaná na konsolidovanej úrovni pre všetky investičné úvery.

Analýza finančnej dostupnosti

- V nasledujúcich dvoch grafoch sú uvedené modelované tržby a prevádzkové náklady Projektu.

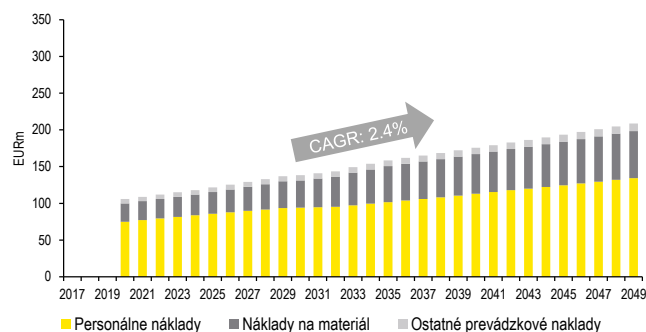
Vývoj tržieb

Zdroj: EY



Vývoj prevádzkových nákladov

Zdroj: EY

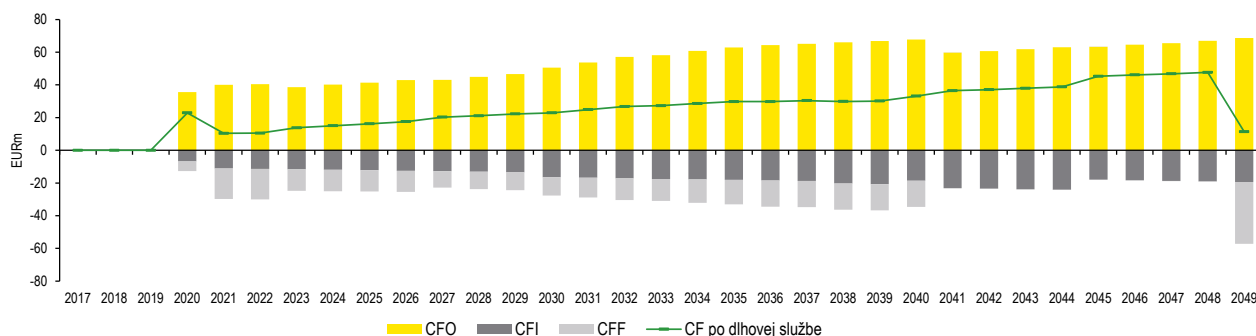


Pozn.: CAGR (Cumulative average growth rate) ukazuje priemerný ročný rast celkových tržieb / prevádzkových nákladov v období 2020 – 2049. CAGR tržieb (bez zohľadnenia Platieb za dostupnosť) v období 2020 – 2049 je vo výške 2,7 %.

- Tempo rastu tržieb bez zohľadnenia Platby za dostupnosť (CAGR 2,7 %) je vyššie ako tempo rastu prevádzkových nákladov (CAGR 2,4 %). Tento predpoklad zároveň znamená, že EBITDA marža (bez zohľadnenia Platby za dostupnosť) sa v čase zvyšuje.
- Z vyššie uvedených grafov tržieb a prevádzkových nákladov je zrejmé, že tržby sú tvorené prevažne platbami od ZP. Ostatné tržby (tvorené najmä tržbami z prenájmu, tržbami za klinické skúšky liekov a tržbami od samoplatcov) a Platba za dostupnosť tvorí malú časť tržieb. Posledný rok, kedy je v tomto scenári vyplatená Platba za dostupnosť je rok 2040.
- Prevádzkové náklady sú z veľkej časti (cca 65% - 75 %) tvorené personálnymi nákladmi. Materiálové náklady sa na prevádzkových nákladoch podieľajú cca 24% - 30 % (a ich podiel sa zvyšuje). Priemerný rast tržieb v rokoch 2020-2049 je 2,1 %.
- Nasledujúci graf ukazuje vývoj jednotlivých zložiek peňažných tokov Projektovej spoločnosti

Vývoj peňažných tokov Projektovej spoločnosti

Zdroj: EY



- EBITDA je modelovaná ako rozdiel tržieb a prevádzkových nákladov. Úpravou ukazovateľa EBITDA o zaplatené dane a investície do pracovného kapitálu, sú získané CFO. CFO majú rastúci trend takmer po celú dobu prevádzkovej fázy. Mierny pokles CFO v roku 2041 je daný ukončením poskytovania platby za dostupnosť v tomto roku
- CFI predstavujú potrebné investície do údržby, rekonštrukcie a obnovy budov, zariadenia a IKT v priebehu prevádzky nUNB.
- CFF predstavujú splatenie troch investičných úverov načerpaných v konštrukčnej fáze. V CFF sa ďalej uvažuje s úverom na krytie potrieb pracovného kapitálu. Z grafu je zrejmé, že z pohľadu CFF, je ukončenie splatenia investičného úveru 3 v roku 2022 a investičného úveru 2 v roku 2026. Investičný úver 1 je doplatený v roku 2040.

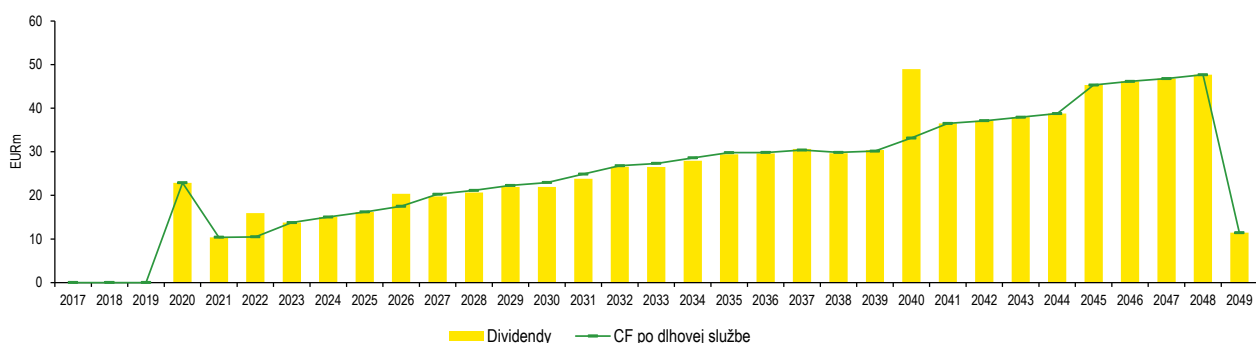
Analýza finančnej dostupnosti

Splatenie tohto úveru je nepravidelné a dané (i) disponibilnými peňažnými tokmi pre splatenie tohto úveru (CFO plus CFI) a (ii) bankovým kovenantom DSCR.

- Peňažné toky po dlhovej službe rastú po celú dobu Projektu okrem roku 2021 a roku 2049. Pokles peňažných tokov po dlhovej službe je daný tým, že v roku 2020 je načerpaný úver na financovanie pracovného kapitálu vo výške 13m EUR, a tým sú jednorazovo zvýšené peňažné toky po dlhovej službe. V roku 2049 je jednorazovo splatený úver na financovanie pracovného kapitálu, čo znižuje peňažné toky po dlhovej službe.
- V nasledujúcom grafe je znázornený vývoj dividend vyplatených Súkromnému partnerovi vo vzťahu k peňažným tokom po dlhovej službe.

Vývoj dividend a peňažných tokov po dlhovej službe Projektovej spoločnosti

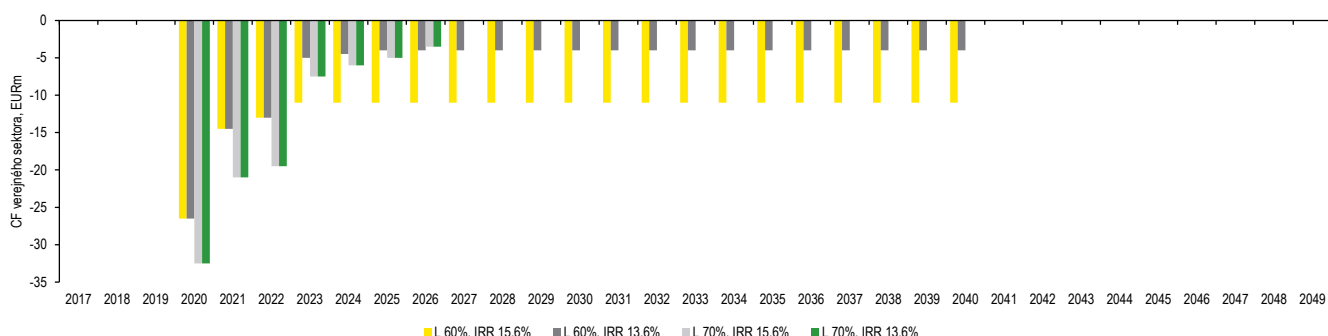
Zdroj: EY



- Graf naznačuje, že vývoj vyplatených dividend približne kopíruje vývoj peňažných tokov po dlhovej službe. Výnimku tvoria roky 2022, 2026 a 2040, kedy je dividendy oproti peňažným tokom po dlhovej službe navýšená o uvoľnenú hotovosť z DSRA v súvislosti so splatením jednotlivých investičných úverov. Výška tohto rezervného fondu zodpovedá v každom období výške splátky zostávajúcich investičných úverov v nasledujúcom období.
- Vyššie uvedené výpočty uvažujú s požadovanou návratnosťou Súkromného partnera 15,6 % (equity IRR) a 60 % zadlžením (v zmysle podielu dlhu a súčtu dlhu a vložených vlastných finančných prostriedkov). Avšak:
 - Equity IRR je veľmi neistý predpoklad, výrazne ovplyvnený transparentnosťou procesu obstarávania, typom Súkromného investora a konkurenciou medzi jednotlivými sťažiacimi v procese obstarávania. Čím je transparentnosť vyššia, tým nižší je aj ukazovateľ equity IRR, ktorý má za následok nižšiu Platbu za dostupnosť. Preto sa v rámci analýzy citlivosti uvažovalo aj s alternatívnym predpokladom equity IRR vo výške 13,6 %.
 - Zadlženie na základe dostupného benchmarku primárne založeného na menej komplexných PFI projektoch výstavby nových univerzitných nemocníc s nižším rizikovým profilom sa často pohybuje v rozmedzí 80 % – 90 %. Preto sa v rámci analýzy citlivosti uvažovalo s alternatívnym predpokladom zadlženia vo výške 70 %.
- Nasledujúci graf zobrazuje Platby za dostupnosť potrebné v jednotlivých rokoch pre realizáciu Projektu vrátane analýzy citlivosti.

Platby za dostupnosť – PPP – peňažné toky verejného sektora

Zdroj: EY



Pozn.: V priebehu rokov 2017-2019 prebieha konštrukčná fáza, kedy neplynie žiadna Platba za dostupnosť.

Analýza finančnej dostupnosti

Vývoj platby za dostupnosť

Mena: m EUR	2017-2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027-2040	2041-2049
L 60 %, IRR 15,6 %	-	-26,5	-14,5	-13,0	-11,0	-11,0	-11,0	-11,0	-11,0	-
L 60 %, IRR 13,6 %	-	-26,5	-14,5	-13,0	-5,0	-4,5	-4,0	-4,0	-4,0	-
L 70 %, IRR 15,6 %	-	-32,5	-21,0	-19,5	-7,5	-6,0	-5,0	-3,5	-	-
L 70 %, IRR 13,6 %	-	-32,5	-21,0	-19,5	-7,5	-6,0	-5,0	-3,5	-	-
L 70 %, IRR 13,6 %, DSCR 1,20 *		-24,0	-12,0	-10,5	-7,5	-6,0	-1,5	-	-	-

Zdroj: EY, MZ SR

Pozn.: Pri zadlžení vo výške 70 % sú výsledky totožné, nezávisle od výšky zvolenej úrovne equity IRR (13,6 % alebo 15,6 %). Toto vyplýva z faktu, že už pri equity IRR 15,6 % sú peňažné toky práve také vysoké, aby boli presne splnené bankové kovenanty (DSCR). Ďalšie zníženie peňažných tokov (a teda aj Platby za dostupnosť a equity IRR) už z tohto dôvodu nie je možné.

- Vo variante PPP je Platba za dostupnosť počas konštrukčnej fázy nulová. Všetky kapitálové náklady sú kryté vlastným kapitálom Súkromného partnera a financujúcich bánk.
- Najnižšie Platby za dostupnosť na začiatku prevádzkovej fázy (nediskontované hodnoty) sa dosiahnu pri uvažovaní so 60 % zadlženosťou. Platba za dostupnosť začína na 26,5m EUR v roku 2020 a postupne sa znižuje na 11m EUR (equity IRR 15,6 %) prípadne 4m EUR (equity IRR 13,6 %). Od roku 2041 už nie je uvažované s Plátbou za dostupnosť.
- Najvyššie platby za dostupnosť na začiatku prevádzkovej fázy (nediskontované hodnoty) sa dosiahnu pri uvažovaní so 70 % zadlženosťou, nezávisle od uvažovanej equity IRR (viď. poznámka pod tabuľkou). Platba za dostupnosť začína na 32,5m EUR v roku 2020 a postupne sa znižuje na nulu v roku 2026. Od roku 2026 už teda uvažujeme o Plátbe za dostupnosť.
- (*) Klient si tiež explicitne vyžiadala zistiť, aký bude vplyv na Platby za dostupnosť v prípade, že (i) equity IRR je 13,6 %, (ii) zadlženosť 70 % a (iii) DSCR 1,20. V tomto prípade by sa ČSH potrebných peňažných tokov pohybovala okolo - 48,5m EUR.
 - Je však dôležité zdôrazniť, že DSCR na úrovni 1,20 môže zapríčiniť, že banky takéto podmienky nemusia akceptovať. Takáto hodnota obvykle indikuje platobnú neschopnosť, alebo aspoň riziko, že platobná neschopnosť vznikne.
 - Existuje aj iný spôsob ako znížiť Plátbu za dostupnosť, ktorý môže zároveň udržať DSCR na úrovni vyššej ako 1,20 (napr. zmena vo výpočte DSCR), predovšetkým v prvom roku prevádzky.

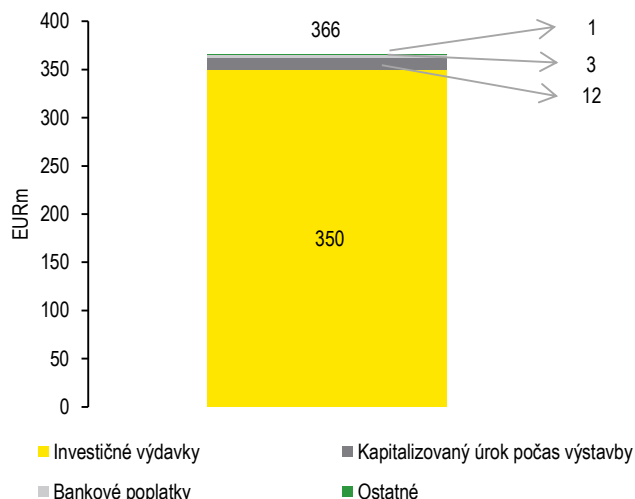
PSC

- Rovnako ako v prípade PPP je pre účely finančného modelovania Projekt analyzovaný z pohľadu Projektovej spoločnosti:
 - Podobne ako v prípade PPP boli spočítané projektové peňažné toky nUNB (teda prevádzkové a investičné toky)
 - Následne bola zostavená potrebná dlhová služba (finančné peňažné toky)
- Výsledné peňažné toky predstavujú peňažný tok pre Verejný sektor. Ak sú čisté peňažné toky záporné, predpokladá sa, že Verejný sektor túto medzeru pokryje. Naopak, v prípade kladných peňažných tokov, Projektová spoločnosť môže vyplácať dividendy Verejnému sektoru.
- Nasledujúce dva grafy zobrazujú predpokladané zdroje a využitie finančných prostriedkov v konštrukčnej fáze v rokoch 2017–2019.

Analýza finančnej dostupnosti

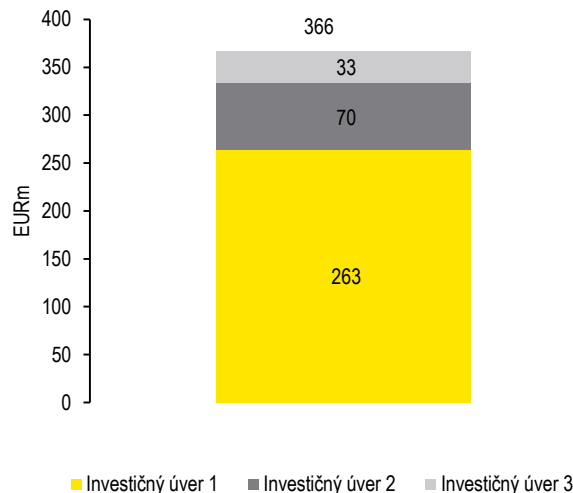
Využitie finančných prostriedkov v konštrukčnej fáze

Zdroj: EY



Zdroje finančných prostriedkov v konštrukčnej fáze

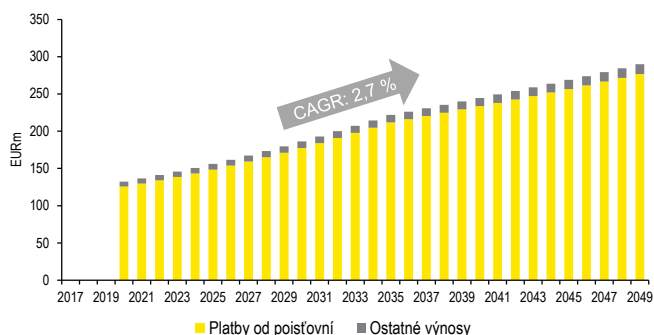
Zdroj: EY



- ▶ Na rozdiel od variantu PPP tvoria u variantu PSC zdroje finančných prostriedkov výhradne dlh (100 % zadlženie). Z pohľadu využitia finančných prostriedkov sa počíta s vyššími investičnými výdavkami v dôsledku kvantifikovaného rizika očakávaného prekročenia investičných výdavkov (viď kapitola Hlavné predpoklady finančného modelu).
- ▶ Zároveň, ako bolo bližšie špecifikované v sekcii Hlavné predpoklady finančného modelu, v prípade PSC sa neuvažuje o štandardnej štruktúre projektového financovania. Z tohto dôvodu, nie je uvažované s rezervným účtom (DSRA).
- ▶ Nasledujúce grafy zachytávajú vývoj tržieb a prevádzkových nákladov:

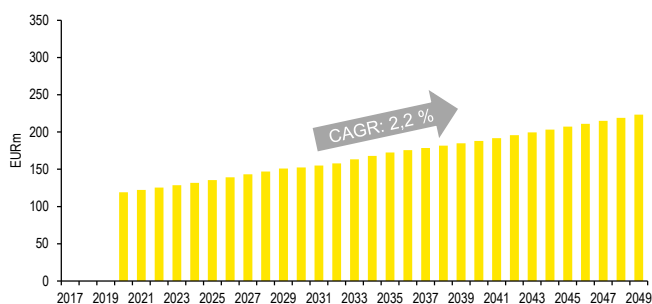
Vývoj tržieb

Zdroj: EY



Vývoj prevádzkových nákladov

Zdroj: EY



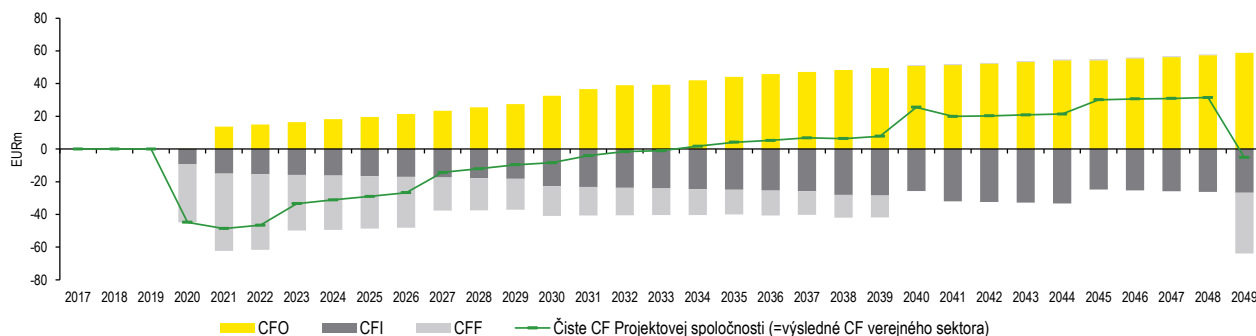
Pozn.: Vo variante PSC nie je prítomný Súkromný partner, preto v tržbách oproti variantu PPP chýba Platba za dostupnosť.

- ▶ Podobne ako v prípade PPP je tempo rastu tržieb (CAGR 2,7 %) vyššie než tempo rastu prevádzkových nákladov (CAGR 2,2 %). Tento predpoklad zároveň znamená, že sa EBITDA marža v čase zvyšuje.
- ▶ Zároveň prevádzková efektívnosť variantu PSC (daná EBITDA maržou) je celkovo nižšia než pri variante PPP a tento rozdiel sa postupne znižuje (viď. kapitola Hlavné predpoklady finančného modelovania).
- ▶ Graf na nasledujúcej strane zobrazuje vývoj jednotlivých zložiek peňažných tokov Projektovej spoločnosti.

Analýza finančnej dostupnosti

Vývoj peňažných tokov Projektovej spoločnosti

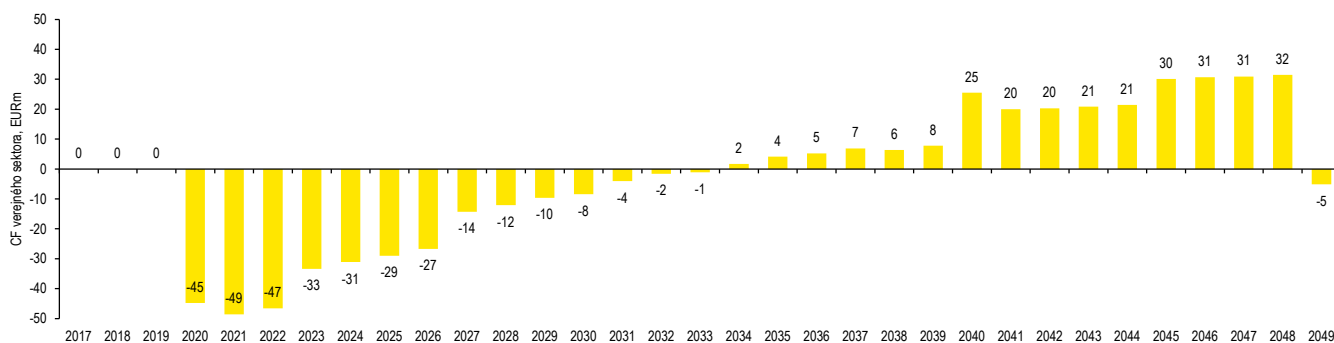
Zdroj: EY



- ▶ Vývoj CFO je odlišný od variantu PPP z dôvodu chýbajúcej Platby za dostupnosť a predpokladanej nižšej prevádzkovej efektivity.
- ▶ CFI reflektuje oproti variantu PPP obdobné navýšenie v prípade investičných výdavkov. Tento predpoklad platí tak pre konštrukčnú fázu (v zmysle úvodných investičných výdavkov) ako aj prevádzkovú fázu (v zmysle následných investičných výdavkov).
- ▶ CFF je odlišná od variantu PPP z dôvodu odlišnej kapitálovej štruktúry (100 % dlh) a nižších úrokových nákladov.
- ▶ Výsledné peňažné toky Projektovej spoločnosti predstavujú (teda súčet CFO, CFI a CFF) zároveň v prípade PSC aj výsledné peňažné toky Verejného sektora.
- ▶ Výsledné peňažné toky Verejného sektora sú zobrazené samostatne v nasledujúcom grafe:

Potrebné peňažné prostriedky z Verejného sektora - PSC

Zdroj: EY



- Vo variante PSC je čistý peňažný tok Verejného sektora počas konštrukčnej fázy nulový. Všetky kapitálové náklady sú kryté kapitálom financujúcich bánk.
- V prevádzkovej fáze začína potrebný peňažný tok Verejného sektora na úrovni 45m EUR (2020) a je negatívny až do roku 2033. Vysoká potreba dodatočnej hotovosti je daná najmä nutnosťou podporiť peňažné toky projektu tak, aby plnil predpokladané bankové kovenanty.
- Počnúc rokom 2034 je čistý peňažný tok Verejného sektora pozitívny a rastie až k 32m EUR v roku 2048.
- V poslednom roku prevádzkovej fázy je potreba dodatočných 5m EUR. Dôvodom je predpoklad, že prevádzkový kapitál je počas prevádzkovej fázy financovaný samostatným bankovým úverom. Tento záväzok je na konci prevádzkovej fázy splatený (tento predpoklad platí tak pre PSC, ako aj pre PPP a Špecifický variant).

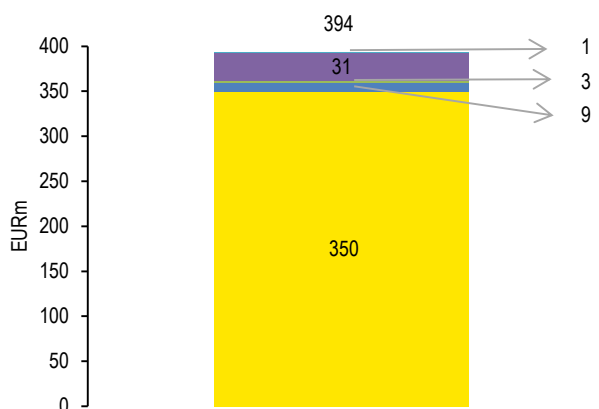
Analýza finančnej dostupnosti

Špecifický variant

- Rovnako ako v predchádzajúcich variantoch, pre účely finančného modelovania analyzujeme Projekt zo strany Projektovej spoločnosti.
 - Najskôr boli spočítané peňažné toky nUNB („FCFF“).
 - Keďže takto zostavené peňažné toky nepostačovali na splnenie požiadavok bankových inštitúcií (splatenie úveru a plnenie kovenantov), boli navýšené o dodatočné peňažné injekcie zo strany Verejného sektora.
- Následne boli tieto dodatočné peňažné injekcie postupne navyšované tak, aby boli vyššie uvedené požiadavky bánk splnené. Týmto bola splnená minimálna úroveň nutných dodatočných peňažných injekcií.
- Výsledný peňažný tok Verejného sektora sa teda skladá z (i) investície vlastného kapitálu Verejného sektora v priebehu konštrukčnej fázy, (ii) minimálnych nutných dodatočných peňažných injekcií v priebehu prevádzkovej fázy a (iii) vyplatených dividend z Projektovej spoločnosti Verejného sektora v priebehu prevádzkovej fázy.
- Nasledujúce dva grafy zobrazujú predpokladané zdroje a využitie finančných prostriedkov v konštrukčnej fáze v rokoch 2017–2019.

Využitie finančných prostriedkov v konštrukčnej fáze

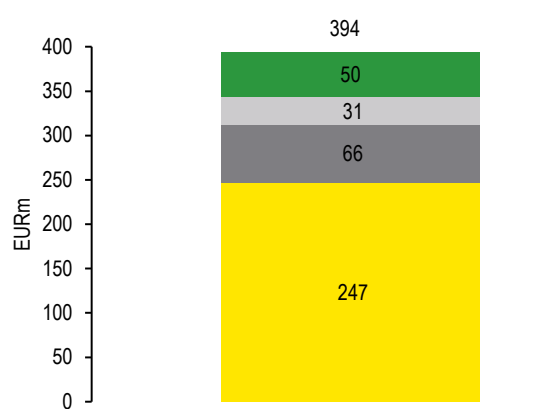
Zdroj: EY



- Ostatné
- Bankové poplatky
- Investičné výdavky
- Načerpanie rezervného účtu (DSRA)
- Kapitalizovaný úrok počas výstavby

Zdroje finančných prostriedkov v konštrukčnej fáze

Zdroj: EY



- Investičný úver 1
- Investičný úver 2
- Investičný úver 3
- Vlastný kapitál

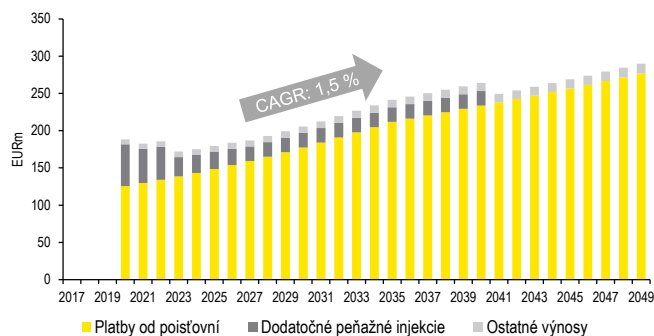
- Rovnako ako v prípade PSC sa uvažuje s vyššími investičnými výdavkami v dôsledku rizika ich prekročenia Verejným sektorom (viď. kapitola Hlavné predpoklady finančného modelu)
- Narozdiel od PSC (a teda podobne ako v prípade PPP) je na tento variant pozerané ako na projektové financovanie s ohľadom na obvyklé požiadavky medzinárodných finančných inštitúcií na transparentnosť projektu. V tomto variante teda s DSRA uvažujeme.

Analýza finančnej dostupnosti

- Nasledujúce grafy zachytávajú vývoj tržieb a prevádzkových nákladov:

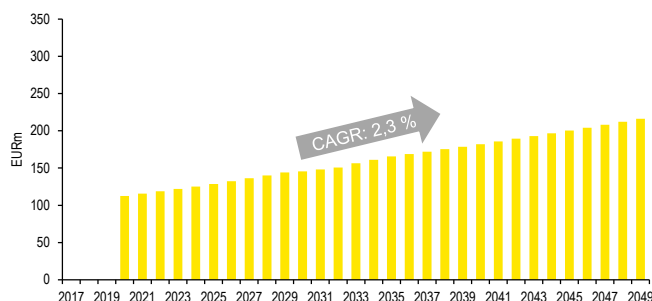
Vývoj tržieb

Zdroj: EY



Vývoj prevádzkových nákladov

Zdroj: EY

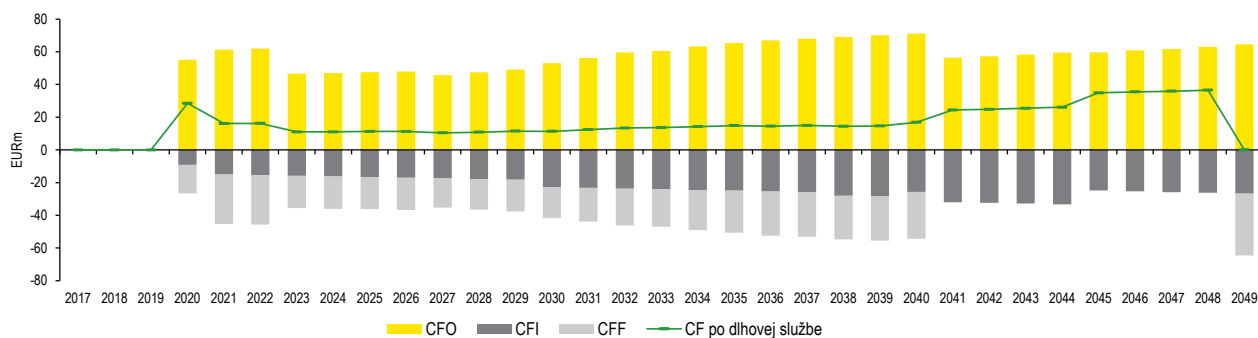


Pozn.: CAGR bez uvažovania o dodatočných peňažných injekciách v období 2020-2049 je vo výške 2,7 %.

- Graf vývoja tržieb ukazuje, že ich rast (CAGR 1,5 %) je relatívne nižší v porovnaní s predchádzajúcimi variantami kvôli vyšším dodatočným peňažným injekciám v úvodných rokoch prevádzky. Posledný rok, kedy je čerpaná dodatočná peňažná injekcia je rovnako ako v prípade PPP rok 2040.
- Prevádzkové náklady (CAGR 2,3 %) rastú pomalšie ako vo variante PPP (CAGR 2,4 %), ale rýchlejšie ako vo variante PSC (CAGR 2,2 %).
- Rozdiel v tempách rastu je daný odlišnými predpokladmi o počiatočnej výške prevádzkových nákladov (najvyšší u PSC, nižší pri Špecifickom variante a najnižší v prípade PPP). Špecifický variant berie do úvahy prevádzkovú efektívnosť (v zmysle EBITDA marže) nižšiu, ako v prípade PPP (avšak je vyššia, ako v prípade PSC).
- Nasledujúci graf ukazuje vývoj peňažných tokov:

Vývoj peňažných tokov jednotlivých zložiek Projektov spoločnosti

Zdroj: EY



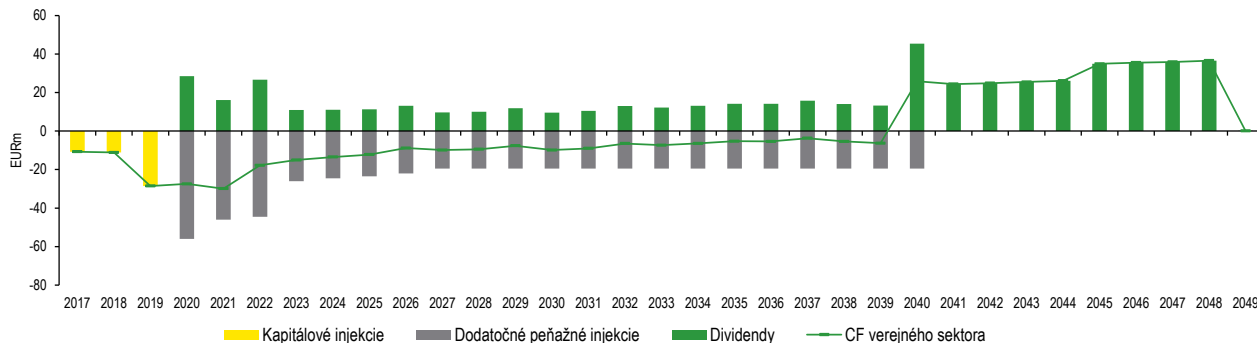
- Vývoj CFO je v porovnaní s predchádzajúcimi variantami ovplyvnený tak odlišnou výškou tržieb (z dôvodu dodatočných peňažných injekcií zo strany Verejného sektora), ako aj odlišnou prevádzkovou efektívnosťou (v zmysle EBITDA marže – viď komentár vyššie).
- Výška CFI zodpovedá variante PSC, je teda vyššia oproti PPP (riziko prekročenia investičných nákladov).
- CFF je odlišné od PPP aj PSC z dôvodu uvažovanej odlišnej zadlženosti (vyššia oproti PPP, ale nižšia oproti PSC) a úrokovej miery (nižšia ako PPP aj PSC). Úroková miera bola stanovená výlučne na základe predpokladu Klienta.
- Výsledné peňažné toky po dlhovej službe sú v prvom roku prevádzkovej fázy významne pozitívne ovplyvnené načerpaním úveru na financovanie pracovného kapitálu. Po perióde stagnácie postupne rastú od roku 2041 v súvislosti so splatením investičného úveru 1. V roku 2049 tieto peňažné toky klesajú približne k nule z dôvodu jednorazového splatenia úveru na financovanie pracovného kapitálu (rovnako ako v prípade PSC a PPP).

Analýza finančnej dostupnosti

► Nasledujúci graf ukazuje, ako sú tvorené výsledné peňažné toky Verejného sektora.

Výsledné peňažné toky Verejného sektora a ich štruktúra

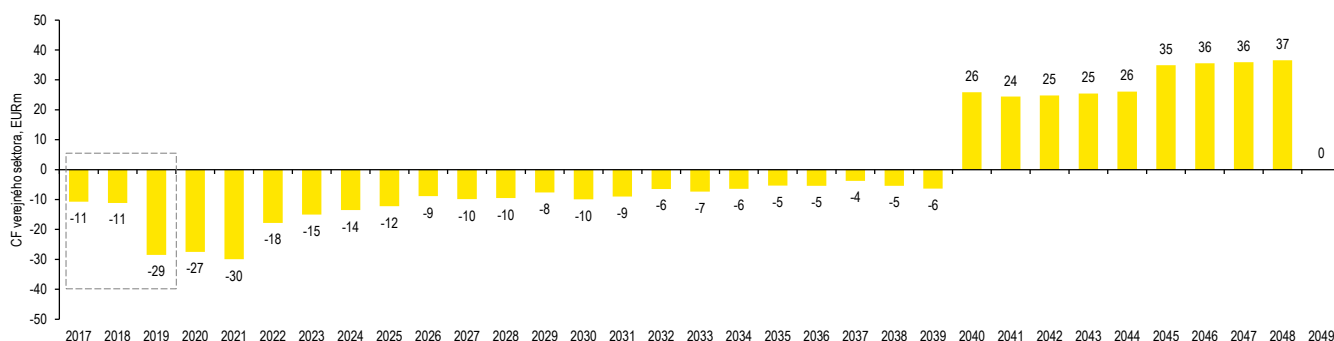
Zdroj: EY



- V konštrukčnej fáze Verejný sektor vloží do Projektovej spoločnosti vlastný kapitál vo výške 50m EUR.
- Dodatočné peňažné injekcie sú do Projektovej spoločnosti vkladané v priebehu obsluhy investičných úverov, teda do roku 2040.
- Dividendy vyplatené Verejnému sektoru sa odvíjajú od výsledných peňažných tokov po dlhovej službe (viď graf vyššie), ktoré sú upravené hlavne o zmeny na rezervnom účte DSRA (platí rovnaký mechanizmus ako v prípade PPP).
- Na nasledujúcom grafe sú zobrazené čisté peňažné toky Verejného sektora samostatne:

Peňažné toky verejného sektora v Špecifickom variante

Zdroj: EY



- V Špecifickom variante je čistý peňažný tok Verejného sektora počas konštrukčnej fázy záporný na úrovni cca 50m EUR. Kapitálové náklady konštrukčnej fázy sú teda čiastočne kryté z vlastného kapitálu Verejného sektora. Zostávajúci kapitál je dodaný financujúcimi bankami. Toto je rozdiel oproti obom variantom PPP a PSC.
- V prevádzkovej fáze začína potrebný peňažný tok Verejného sektora na úrovni 27m EUR (2020) a je negatívny až do roku 2039. Vysoká potreba dodatočnej hotovosti je daná najmä nutnosťou podporiť peňažné toky Projektu tak, aby plnil predpokladané bankové kovenanty.
- Po splatení hlavného investičného úveru poskytnutého na výstavbu budov je čistý peňažný tok Verejného sektora pozitívny a rastie až k 37m EUR v roku 2048.
- V poslednom roku prevádzkovej fázy je čistý peňažný tok Verejného sektora nula. Dôvodom je predpoklad, že pracovný kapitál počas prevádzkovej fázy je financovaný samostatným úverom. Tento záväzok je na konci prevádzkovej fázy splatený.

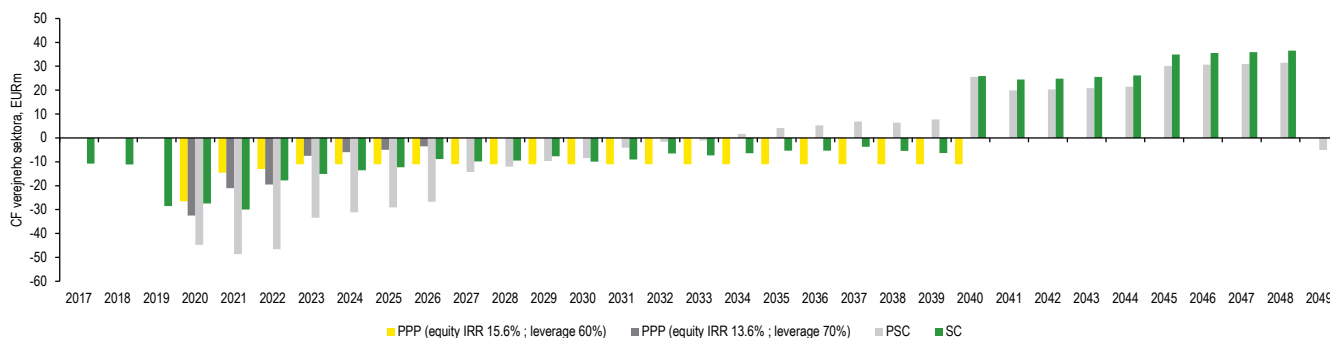
Analýza finančnej dostupnosti

Záver analýzy finančnej dostupnosti

- Nasledujúci graf porovnáva peňažné toky pre Verejný sektor týkajúce sa všetkých zvažovaných alternatív (pre lepšiu čitateľnosť je v prípade PPP zobrazený iba scenár s najvyššími a najnižšími tokmi pre Verejný sektor v prvom roku prevádzky).

Porovnanie finančných tokov Projektu pre Verejný sektor

Zdroj: EY



- **PSC variant** má najvyššiu potrebu čistých prevádzkových tokov zo strany Verejného sektora na začiatku Projektu (pre roky 2020 až 2027). Kladné prevádzkové toky Verejného sektora na konci prevádzkovej fázy sú porovnateľné s peňažnými tokmi Špecifického variantu. Z tohto hľadiska, Špecifický variant prevláda nad PSC variantom.
- **Špecifický variant** ponúka naviac čiastočné riešenie ako sa vyhnúť prevádzkovým neefektívnostiam prostredníctvom Prevádzkového operátora. Avšak (i) výpočty v tomto variante nezahŕňajú platby operátorovi v dôsledku súčasnej nedostupnosti ich komerčného znenia a (ii) otázka dosiahnutia prevádzkovej efektivity uvažovaná v tomto variante a jeho následného udržania po odchode Prevádzkového operátora môže byť neistá. Oba faktory by viedli k zhoršeniu peňažného toku pre Verejný sektor.
- **PPP variant** má relatívne menšie požiadavky na financovanie Verejným sektorom na začiatku Projektu. Platby za dostupnosť sú však predpokladané počas celej doby splácania investičných úverov (teda do roku 2040). Po splatení investičných úverov Platba za dostupnosť už ďalej nie je potrebná, avšak na rozdiel od PSC a Špecifického variantu, Súkromný sektor nebude kolektovať kladné peňažné toky.

Analýza "Value for money"

Úvod

- Dôraz je kladený na porovnanie PPP, PSC a Špecifického variantu z hľadiska ČSH očakávaných peňažných tokov z Verejného sektora.

PPP

- Nižšie uvedená tabuľka ilustruje ČSH potrebných peňažných tokov verejného sektora pre východiskový scenár a alternatívne scenáre vo variante PPP.

ČSH v prípade PPP (za predpokladu 3,1 % diskontnej sadzby Verejného sektora) v mil. EUR

Dlh	IRR	
	13,6 %	15,6 %
60 %	- 87	- 160
70 %	- 75 ³⁷	- 75

Zdroj: EY, MZ SR

- PPP neuvažuje s komerčnými aktivitami nad úrovňou tých, ktoré vyplývajú z UNB3.
- Nasledujúca tabuľka znázorňuje citlivosť východiskového scenára ČSH na diskontnú sadzbu Verejného sektora. V prípade východiskového scenára sa predpokladá diskontná sadzba verejného sektora vo výške 3,1 % (založená na výnosoch dlhodobých štátnych dlhopisov), teoreticky reprezentujúca minimálnu diskontnú mieru verejného sektora. Pretože neexistuje konsenzus v odbornej komunite nad jej „správnou úrovňou“, pridali sme prírážky vo výške 2,0 % a 4,0 %, ktoré by mohli odrážať špecifické riziká sektora a Projektu. Dopady na ČSH demonštruje tabuľka:

ČSH v prípade PPP (za predpokladu 15,6 % IRR) v mil. EUR

Dlh	Diskontná sadzba Verejného sektora		
	3,1 %	5,1 %	7,1 %
60 %	- 160	- 122	- 95
70 %	- 75	- 64	- 55

Zdroj: EY, MZ SR

³⁷ Klient si tiež explicitne vyžiadala zistiť, aký bude vplyv na Platby za dostupnosť v prípade, že (i) equity IRR je 13,6 %, (ii) zadlženosť 70 % a (iii) DSCR 1,20. V tom prípade by sa ČSH potrebných peňažných tokov pohybovala okolo - 48,5m EUR.

Je však dôležité zdôrazniť, že DSCR na úrovni 1,20 môže zapríčiniť, že banky takéto podmienky nemusia akceptovať. Takáto hodnota obvykle indikuje platobnú neschopnosť, alebo aspoň riziko, že platobná neschopnosť vznikne.

Existuje aj iný spôsob ako znížiť Platbu za dostupnosť, ktorý môže zároveň udržať DSCR na úrovni vyššej ako 1,20 (napr. zmena vo výpočte DSCR), predovšetkým v prvom roku prevádzky.

PSC

- Tabuľka v ďalšom texte ilustruje ČSH potrebných peňažných tokov verejného sektora v PSC variante. Keďže equity IRR a výška dlhu v tomto prípade nie sú variabilné ukazovatele, tabuľka zobrazuje len citlivosť na diskontnú mieru Verejného sektora.

ČSH v prípade PSC v mil. EUR

	Diskontná sadzba Verejného sektora		
	3,1 %	5,1 %	7,1 %
ČSH	- 125	- 131	- 125

Zdroj: EY, MZ SR

Záver vo vzťahu k výsledkom PSC a PPP

- Na základe hore uvedeného (a neberúc do úvahy žiadne ďalšie komerčné aktivity v PPP variante), pri PSC verzii v konzervatívnom variante je výsledok o 35m EUR úspornejší ako v PPP variante (-125m EUR verzus -160m EUR).
- Avšak na základe našich analýz, platí nasledovné (každý efekt je nezávislý od ostatných):
 - Predpokladajúc dodatočnú EBITDA vo výške cca 3,5m EUR z komerčných aktivít v PPP variante (nepredpokladá sa v prípade východiskového scenára PPP), ČSH v PSC variante je porovnateľná s ČSH v PPP variante.
 - Predpokladajúc 70 % výšku dlhu v porovnaní s celkovou výškou investovaného kapitálu v PPP variante, ČSH v PSC variante vychádza horšie ako ČSH v PPP variante.
 - Predpokladajúc 13,6 % požadovaného equity IRR, ČSH v PSC variante vychádza horšie ako ČSH v PPP variante.
 - Predpokladajúc 5,1 % diskontnú sadzbu pre Verejný sektor, ČSH v PSC variante je porovnateľná ako ČSH v PPP variante.
- Vyššie uvedené efekty boli analyzované samostatne. V prípade, že by hore uvedené efekty pôsobili spoločne, došlo by k vyrovnaní výsledkov PPP a PSC pri omnoho nižšej zmene uvažovaných efektov.

Analýza "Value for money"

Špecifický variant

- Nasledujúca tabuľka demonštruje citlivosť ČSH čistých peňažných tokov verejného sektora pre Špecifický variant a rôzne úrovne diskontnej sadzby Verejného sektora.

ČSH v prípade Špecifického variantu v mil. EUR

	Diskontná sadzba verejného sektora		
	3,1 %	5,1 %	7,1 %
ČSH	- 86	- 99	- 99

Zdroj: EY, MZ SR

- Tento variant na základe ČSH môže pôsobiť výhodnejšie, avšak súvisí s ním množstvo zásadných rizík na čele s rizikom nerealizovania očakávanej prevádzkovej efektivity.

Poznámka

- V niektorých prípadoch PPP štát ponúka nulovú Platbu za dostupnosť, ide o tzv. projekt založený na dopyte (napr. dopravná infraštruktúra a pod).
- V prípade nUNB by išlo o situáciu, keď by zodpovednosť za zdravotnú starostlivosť a poskytovanie klinických služieb bola v plnom rozsahu prenesená na Súkromného partnera pričom z výnosov týchto činností by Súkromný partner musel zaistiť nielen prevádzku nemocnice, ale i investičné náklady na jej výstavbu.
- Súkromný partner bude v takom prípade odmeňovaný v plnom rozsahu, alebo v prevažnej miere, na základe skutočného využitia nemocnice jej koncovými užívateľmi, teda pacientmi. Pričom by štát nezaistoval dorovnanie týchto (potenciálne nedostatočných) peňažných tokov na potrebnú úroveň pre získanie dlhového kapitálu a vlastného kapitálu (equity).
- Poradcovia zastávajú názor, že takýto transfer rizík by pre realizáciu Projektu nebol priechodný a do Projektu by žiadny súkromný partner či banka neboli ochotní vstúpiť.

Dopad na súvahu

Táto kapitola sa zameriava na účtovné pravidlá, ktoré sa vzťahujú na jednotlivé analyzované varianty a kvantifikáciu ich finančných dopadov na štátne účty.

PSC

Zdroj: Eurostat statistics, Eurostat: Manual on Government Deficit and Debt 2013, Implementation of ESA 10

Variant	Popis	Vplyv na národné účty
PSC	Keďže v prípade PSC si štát sám požičiava finančné prostriedky, dlh potrebný na výstavbu novej nemocnice je rozoznaný na súvahe štátu, a teda je započítaný do verejného dlhu.	Dlh v hodnote EUR 366m na súvahe štátu *

Pozn: * Suma zahŕňa materializované riziko prekročenia CapEx.

- Vzhľadom na makroekonomické štatistiky Eurostatu za rok 2013, kde verejný dlh SR dosiahol 55.42% HDP, a vzhľadom na existujúce fiškálne limity, podľa ktorých dlh Slovenska nesmie presiahnuť kritickú hranicu 60%, ďalšie zvyšovanie zadlženosti sa nejaví ako preferovaný variant a je preto potrebné zanalyzovať i ďalšie dostupné alternatívy.
- V súvislosti s PPP variantom je obtiažne jednoznačne zhodnotiť účtovné dopady projektu. Každý PPP projekt je výnimočný a jeho zaúčtovanie bude závisieť od výsledkov negociácií a finálnej zmluvnej štruktúry transakcie. V prípade PPP možno uvažovať s nasledujúcimi dvoma základnými prípadmi:

PPP

Zdroj: Eurostat statistics, Eurostat: Manual on Government Deficit and Debt 2013, Implementation of ESA 10

Variant	Popis	Vplyv na národné účty
PPP	Variant A: Riziko výstavby a dostupnosti sú prenesené na Súkromného partnera, pričom neexistujú žiadne iné mechanizmy, ktoré by implikovali presun významných rizík (napr. väčšinu rizika dostupnosti) naspäť na štát.	Účtovanie podobné „operatívne leasingu“ • Žiadne aktíva / dlh na súvahe štátu • Platba za dostupnosť zaúčtovaná na ročnej báze ako náklad na nákup služieb: EUR 26,5m (2020) → EUR 11m (2023 - 2049)
PPP	Variant B: Riziko výstavby a dostupnosti sú prenesené na Súkromného partnera, pričom sú prítomné aj iné dojednania, ktoré implikujú presun významných rizík naspäť na štát (napr. rôzne garancie, ustanovenia o predčasnom splatení, príp. iné ustanovenia týkajúce sa financovania, atď.)	Účtovanie podobné „finančnému leasingu“ • Aktívum / dlh zaúčtované na súvahe štátu • Platba za dostupnosť účtovaná na ročnej báze, rozdelená na splátku istiny, úroku, príp. aj ako náklad na nákup služieb: EUR 26,5m (2020) → EUR 11m (2023 - 2049)

- V prípade PPP variantu je kľúčovou otázkou pre výber správneho účtovného postupu klasifikácia predmetného aktíva buď ako aktívum štátne (dopad na vládny schodok / prebytok a dlh) alebo ako aktívum Súkromného partnera (dopad na vládny schodok / prebytok).
- „V národných účtoch sa môžu aktíva týkajúce sa verejno-súkromného partnerstva považovať za nevládne aktíva iba v prípade, že existuje jasný dôkaz, že partner znáša väčšinu rizika spojeného s konkrétnym partnerstvom.“³⁸

³⁸ Eurostat: Príručka vládneho deficitu a dlhu (Aplikácia ESA10)

Dopad na súvahu

- ▶ Dôkladná analýza rizík, ktoré znášajú jednotlivé zmluvné strany, je preto východiskovým prvkom hodnotenia projektu za účelom zabezpečenia správneho účtovania PPP partnerstva v národných účtoch.
- ▶ Analýza rizík je v prvom rade založená na zhodnotení alokácie nasledujúcich troch základných kategórií rizík:
 - **Konštrukčné riziko / Riziko výstavby:** pokrýva predovšetkým prípady oneskorenej dodávky, nedodržovania stanovených noriem, vedľajších nákladov, vzniku nárokov tretích strán, technických nedostatkov a pod.
 - **Riziko dostupnosti:** súvisí s dodržiavaním vopred dohodnutých kvalitatívnych či kvantitatívnych parametrov projektu a jeho celkovou prevádzkyschopnosťou a dostupnosťou.
 - **Riziko dopytu:** pokrýva napr. riziko nižšej obľobnosti nemocničných lôžok).
- ▶ Eurostat odporúča, aby aktíva týkajúce sa PPP projektu boli klasifikované ako aktíva Súkromného partnera, a teda zaznamenané v národných účtoch len podsúvahovo, v prípade, že bude splnené nasledovné:
 - Súkromný partner znáša konštrukčné riziko a zároveň
 - Súkromný partner nesie minimálne jedno z rizík – riziko dostupnosti (Variant A) alebo riziko dopytu, tak ako bolo zmluvne dohodnuté.
- ▶ V ďalšom kroku je nevyhnutné posúdiť, či neboli dojednané iné zmluvné mechanizmy, ktoré by viedli k presmerovaniu rizika dostupnosti či dopytu naspäť na štát. Takýmito prvkami môžu byť štátne garancie, miera štátneho financovania, charakter partnera (napr. osobitný prípad, kde partner je verejnou korporáciou) a iné.
- ▶ Podľa príručky Eurostatu, ak štát poskytuje partnerovi záruku minimálnych príjmov či ziskovosti (napr. vo forme Platby za dostupnosť), môže byť za naplnenie určitých podmienok považovaný za „znášajúci väčšinu rizika“ dostupnosti či dopytu.
- ▶ V tomto zmysle, v prípade, že Súkromný partner nebude naplňať zmluvne dojednané kvalitatívne či kvantitatívne normy dodávky služieb („zrejmý nedostatok výkonnosti partnera“), a štát bude naďalej realizovať svoje platby bez možnosti ich výrazného zníženia či zastavenia, došlo by k prenosu väčšiny rizika dostupnosti naspäť na štát, a to so všetkými súvisiacimi negatívnymi dopadmi (Variant B).
- ▶ S ohľadom na štátne garancie, všeobecne platným pravidlom je, že jednorazové explicitné štátne garancie sú považované za podsúvahový záväzok až do momentu, pokiaľ nie sú aktivované. V súvislosti s PPP projektom sa však už samotné vystavenie záruky môže považovať za prenos významnej časti rizík naspäť na štát, a to v závislosti od špecifických podmienok danej záruky.
- ▶ Ak sa vyhodnotí, že nositeľom väčšiny rizík vyplývajúcich z projektu je štát, budú aktíva týkajúce sa partnerstva zaznamenané na súvahe štátu a ich účtovanie bude podobné účtovaniu finančného lízingu (Variant B).

Špecifický variant

Zdroj: Eurostat statistics, Eurostat: Manual on Government Deficit and Debt 2013, Implementation of ESA 10

Variant	Popis	Vplyv na národné účty
Špecifický variant	Novo založená obchodná spoločnosť ako dcérska účtovná jednotka verejnej správy bude do súhrnnej účtovnej závierky SR započítaná metódou úplnej konsolidácie. Pre účely vykazovania Eurostatu bude v súlade s ESA 2010 (platné od septembra 2014) dlh novo vytvorenej entity započítaný do verejného dlhu, ak novo vytvorená spoločnosť spĺňa nasledovné: (i) spoločnosť je kontrolovaná inou inštitúciou verejnej správy a súčasne (ii) spoločnosť nie je bežným "trhovým účastníkom".	Dlh v hodnote EUR 343m na súvahe štátu.

- ▶ Pri špecifickom variante sa v zmysle vyššie uvedeného podľa príručky Eurostatu spoločnosť nepovažuje za trhového účastníka, ak "poskytuje všetku alebo väčšinu svojej produkcie (tovarov a služieb) bezplatne alebo za ceny, ktoré nie sú "ekonomicky významné"³⁹.

³⁹ Eurostat: Príručka vládneho deficitu a dlhu (Aplikácia ESA10)

Dopad na súvahu

- S cieľom minimalizovať akékoľvek pochybnosti pri výbere správnych účtovných postupov pri jednotlivých variantoch a s ohľadom na povinnosť notifikácie vládneho schodku a dlhu Eurostatu, odporúčame striktne dodržiavať akékoľvek odporúčania publikované Eurostatom.

Sumarizácia finančného zhodnotenia

Nižšie uvedená tabuľka sumarizuje všetky 3 varianty na základe predpokladov, ktoré boli použité v predošlých sekciách:

Popis	PSC	PPP	Špecifický variant
Finančná dostupnosť (peňažné toky Verejného sektora); Viď sekcia: Analýza finančnej dostupnosti	Z úvodnej hodnoty v 2020 čisté peňažné toky vo výške -45m EUR postupne rastú, dosťávajú sa do kladných čísel v roku 2034 a rastú až na hodnotu kladných 31 EUR m na konci prevádzkovej fázy	Platba za dostupnosť z úvodnej hodnoty v roku 2020 vo výške 26,5m EUR konverguje k 11m EUR v roku 2023 a zostáva až do konca projektu v tejto výške	Investovanie 50m EUR vlastného kapitálu vo fáze výstavby; z úvodnej hodnoty v roku 2020 čisté peňažné toky vo výške -27m EUR postupne rastú, dosťávajú sa do kladných čísel v roku 2040 a rastú až na hodnotu kladných 37m EUR na konci prevádzkovej fázy
ČSH peňažných tokov Verejného sektora („Value for money“ daná rozdielom oproti PPP) Viď sekcia: Princíp "Value for money"	-125m EUR	-160m EUR @ 15,6 %; 60 % ¹ -87m EUR @ 13,6 %; 60 % -75m EUR @ 15,6 %; 70 % Pozn.: Hodnoty uvedené neuvažujú s ďalšími komerčnými aktivitami. 1. Equity IRR ; zadĺženie	-86m EUR
Dopad na štátny dlh Viď sekcia: Dopad na súvahu	Dlh: 366m EUR	Náklad: platba za dostupnosť v danom roku (26,5m EUR / 11m EUR) (očakávané zmeny ESA 2010 – ČSH platby za dostupnosť 160m EUR @ 15,6 %; 60 % ¹ Pozn.: 1. Equity IRR ; zadĺženie	Dlh: 343m EUR
Kľúčové riziká projektu z pohľadu Verejného sektora vo všetkých riešeniach Viď sekcia: Analýza rizík	Politické riziko / regulačné: Zastavenie Projektu kvôli zmenám v systéme a/alebo ako dôsledok politickej zmeny	Politické / regulačné riziko: Zastavenie Projektu kvôli zmenám v systéme a/alebo ako dôsledok politickej zmeny	Politické / regulačné riziko: Zastavenie Projektu kvôli zmenám v systéme a/alebo ako dôsledok politickej zmeny
	Trhové riziko: Strata výnosov (nezapríčená nedostupnosťou infraštruktúry novej nemocnice)	Trhové riziko: Strata výnosov (nezapríčená nedostupnosťou infraštruktúry novej nemocnice) krytá Platbou za dostupnosť	Trhové riziko: Strata výnosov (nezapríčená nedostupnosťou infraštruktúry novej nemocnice)
Kľúčové riziká projektu z pohľadu Verejného sektora špecifické pre dané riešenie Viď sekcia: Analýza rizík	Developersko-stavebné riziko: Navýšenie CapEx a/alebo oneskorenie stavebných prác	Developersko-stavebné riziko: Hlavné navýšenie nákladov v dôsledku zlého výberu a negatívneho vývoja Súkromného partnera	Developersko-stavebné riziko: Navýšenie CapEx a/alebo oneskorenie stavebných prác
	Prevádzkové riziko: Neefektívne riadenie prechodu prevádzky z UNB3 na nUNB		Prevádzkové riziko: Neefektívne riadenie prechodu prevádzky z UNB3 na nUNB Pozn.: Môže byť zdieľané so Prevádzkovým operátorom

Sumarizácia finančného zhodnotenia

	Prevádzkové riziko: Riziko nesprávneho prevádzkového riadenia a nedosiahnutie očakávanej prevádzkovej efektivity		Prevádzkové riziko: Riziko nesprávneho prevádzkového riadenia a nerealizácia očakávanej efektivity Pozn.: Môže byť zdieľané s Prevádzkovým operátorom
	Prevádzkové riziko: Zrýchlená zastaranosť infraštruktúry novej nemocnice		Prevádzkové riziko: Zrýchlená zastaranosť infraštruktúry novej nemocnice Pozn.: Môže byť zdieľané s Prevádzkovým operátorom
	Právne riziko: Neplatnosť a/alebo chyby vo formálnom nastavení procesov a v ich právnej dokumentácii	Právne riziko: Neplatnosť a/alebo chyby vo formálnom nastavení procesov a v ich právnej dokumentácii Pozn.: V prípade PPP je toto riziko najvýznamnejšie	Právne riziko: Neplatnosť a/alebo chyby vo formálnom nastavení procesov a právnej dokumentácie
Benefits	Zastavením prevádzky troch nemocníc sa eliminuje generovaná normalizovaná ročná strata (2013 - cca. 22m EUR)	Zastavením prevádzky troch nemocníc sa eliminuje generovaná normalizovaná ročná strata (2013 – cca. 22m EUR)	Zastavením prevádzky troch nemocníc sa eliminuje generovaná normalizovaná ročná strata (2013 - cca. 22m EUR)
	Plná kontrola verejného sektora nad projektom	Maximálna motivácia Súkromného partnera na efektívny dizajn, výstavbu a prevádzku novej nemocnice	Plná kontrola verejného sektora nad projektom
	Obmedzené dokumentačné riziko	Priamy a dlhodobý transfer odborného know-how	Verejný sektor si kupuje na obmedzenú dobu prevádzkové know-how overené praxou
		Obmedzenie investičných a prevádzkových výdavkov pre Verejný sektor	Obmedzené dokumentačné riziko
		Dlhodobá udržateľnosť stavu aktív	

Na základe finančného zhodnotenia z pohľadu (i) finančnej dostupnosti, (ii) „Value for money“ (iii) a dlhového zaťaženia, pri zohľadnení rizík sa javí variant PPP ako najvhodnejší spôsob realizácie nUNB pri dodržaní nasledujúcich predpokladov:

- ▶ Dostatočná príprava projektu pred zahájením výberového konania,
- ▶ Adekvátna alokácia rizík medzi Verejným a Súkromným sektorom,
- ▶ Transparentnosť výberového konania,
- ▶ Zabezpečenie dostatočnej konkurencie pri výberovom konaní,
- ▶ Maximálna súčinnosť MZ SR a definovanie jeho projektového manažmentu s jasnou zodpovednosťou,
- ▶ Podpora silného poradenského tímu.

Ďalej budú požadované legislatívne zmeny (napr. zmeny v platobnom mechanizme, zmeny v minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, zmeny v kompetenciách zdravotníckeho personálu).

Sumarizácia finančného zhodnotenia

Podmienkou akceptácie akéhokoľvek realizovateľného variantu Projektu, je pripravenosť Vlády SR akceptovať potrebu finančnej angažovanosti štátu a legislatívnych zmien. Rozdiel je iba vo forme (výdavková či súvahová) a celkovej odhadovanej výške.

Kritériá výberu uchádzačov

Vo verejnom obstarávaní sa najprv vyhodnocujú (i) podmienky účasti až potom (ii) kritériá.

V rámci verejného obstarávania v súlade so zákonom č. 25/2006 Z.z. o verejnom obstarávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „ZVO“) je jeho priebeh rozdelený na dve základné fázy⁴⁰:

1. Fáza 1 Vyhodnocovanie podmienok účasti („conditions on participation“ alebo „qualification criteria“)
2. Fáza 2 Vyhodnocovanie kritérií („selection criteria“)

Fáza 1 Vyhodnocovanie podmienok účasti („kvalifikačná fáza“)

► Úpravu podmienok účasti a kritérií obsahuje ZVO. Podmienky účasti:

- (A) osobné postavenie,
- (B) finančné / ekonomické postavenie,
- (C) technická / odborná spôsobilosť.

(A) Podmienky účasti týkajúce sa osobného postavenia

- Sú definované ZVO bez možnosti zmeny.
- Overujú, či záujemca o zákazku je subjekt, ktorý si plní svoje záväzky a nedopúšťa sa závažných porušení. Napríklad sa overuje, či subjekt nebol právoplatne odsúdený za určité trestné činy, nebol na neho vyhlásený konkurz, nemá evidované nedoplatky poistného na zdravotné poistenie, sociálne poistenie, nemá evidované daňové nedoplatky, ktoré sa vymáhajú výkonom rozhodnutia, a pod.
- Každý člen konzorcia (skupiny dodávateľov) preukazuje tieto podmienky účasti sám za seba.

(B) Podmienky účasti týkajúce sa finančného alebo ekonomického postavenia

► Navrhujeme požadovať predloženie:

- vyjadrenie banky, ktoré obsahuje stanovisko o schopnosti uchádzača plniť finančné záväzky, informáciu o tom, že záujemca alebo uchádzač nie je v nepovolenom debete, v prípade splácania úveru, že dodržiava splátkový kalendár, a že jeho bežný účet nie je predmetom exekúcie apod., vyjadrenie banky k možnostiam financovania projektu a prísľub banky jednať o poskytnutí úveru na zabezpečenie plnenia predmetu zákazky.
- prísľub banky alebo pobočky zahraničnej banky o poskytnutí úveru.
- súvahy alebo výkazov o majetku a záväzkoch alebo kvalifikačné údaje z nich, napr.
 - i. Aktíva: 3 x objem nUNB aktív,
 - ii. Vlastný kapitál: 2 x objem vlastného kapitálu nUNB alebo 35 % projektovaných nUNB CapEx (35 % je predpokladané prekročenie CapEx Verejného sektora)
- prehľadu o celkovom obrate alebo prehľadu o dosiahnutom obrate v oblasti, ktorej sa predmet zákazky týka, za posledné tri hospodárske roky (obmedzenie zákona: požiadavka na výšku obratu za obdobie jedného hospodárskeho roku nesmie presiahnuť predpokladanú hodnotu zákazky⁴¹ vypočítanú na obdobie 12 mesiacov, ak ide o nadlimitnú zákazku) a kvalifikačné údaje:
 - i. ročné kapitálové výdavky: plánované a skutočné (kvalifikačné kritérium: skutočné CapEx > 60 % plánovaných ročných CapEx nUNB)
 - ii. ročné prevádzkové náklady: plánované a skutočné (kvalifikačné kritérium: skutočné OpEx > 60 % plánovaných ročných OpEx nUNB)

⁴⁰ Jednotné pre všetky postupy, inak môže byť verejné obstarávanie rozdelené do viacerých kôl, napríklad ako je uvedené v rámci rokovacieho konania bez zverejnenia alebo súťažného dialógu.

⁴¹ Predkladaná hodnota zákazky sa vypočíta ako cena porovnateľného predmetu zákazky, pričom sa započítava aj suma opakujúcich sa plnení, t.j. v prípade platby koncesionárovi, všetky platby koncesionárovi počas trvania koncesnej lehoty.

Kritériá výberu uchádzačov

iii. výška ročného obratu > 60 % plánovaných výnosov nUNB.

- V prípade konzorcií sa podmienky účasti týkajúce sa finančného alebo ekonomického postavenia alebo technickej / odbornej spôsobilosti preukazujú spoločne, t.j. napríklad jeden člen konzorcia preukáže splnenie podmienky účasti finančného alebo ekonomického postavenia a iný podmienku účasti týkajúcu sa technickej alebo odbornej spôsobilosti.

(C) Podmienky účasti týkajúce sa technickej alebo odbornej spôsobilosti

- Navrhujeme požadovať predloženie:
 - zoznamov poskytnutých relevantných služieb za predchádzajúce tri roky; v prípade verejných obstarávateľov a obstarávateľov v SR sa vyhodnocujú referencie, v prípade ostatných dodávateľov je potrebné predložiť potvrdenie relevantného odberateľa, prípadne vyhlásenie uchádzača alebo záujemcu spolu s iným dôkazom o plnení; v rámci tejto podmienky účasti je možné požadovať napríklad prevádzku obdobnej infraštruktúry / poskytovania obdobných služieb spolu s nastavením určitých parametrov ako je investičná hodnota prevádzkovej infraštruktúry, doba prevádzky a pod.,
 - zoznamov stavebných prác uskutočnených za predchádzajúcich päť rokov, v prípade verejných obstarávateľov a obstarávateľov v SR sa vyhodnocujú referencie, v prípade ostatných dodávateľov je potrebné predložiť potvrdenie odberateľa, prípadne vyhlásenie uchádzača alebo záujemcu spolu s iným dôkazom o plnení; v rámci tejto podmienky účasti je možné požadovať napríklad výstavbu obdobnej infraštruktúry / nehnuteľností ako v predmete zákazky spolu s nastavením určitých parametrov ako je investičná hodnota infraštruktúry / nehnuteľností, lehota dodania a pod.,
 - ďalšie podmienky účasti podľa ZVO napríklad údaje o podiele subdodávok, údaje o vzdelaní a odbornej praxi alebo o odbornej kvalifikácii riadiacich zamestnancov, osobitne osôb zodpovedných za riadenie stavebných prác a za poskytnutie služby apod.
- V tejto fáze nie je možné presne zadefinovať podmienky účasti, keďže stanovenie podmienok účasti je úzko prepojené so stanovením predpokladanej hodnoty zákazky, ako aj od ďalších parametrov Projektu, napríklad aj od základného definovania, či predmetom obstarávania bude zákazka na stavebné práce alebo na služby a stanovení ďalších východísk. Napríklad v prípade Špeciálneho variantu bude predmetom obstarávania uskutočnenie stavebných prác a predpokladanou hodnotou zákazky cena za tieto práce. Pri obstarávaní služieb výstavby a prevádzky vo variante ZPPP sa predpokladaná hodnota zákazky môže vypočítavať ako suma opakujúcich sa plnení koncesionárovi.
- Niektoré z požiadaviek na preverenie Súkromného partnera môžu byť zohľadnené v rámci súťažných podkladov (požiadaviek na predmet zákazky), informatívneho dokumentu apod.
- Niektoré otázky je tiež vhodné presunúť do štádia rokovania s uchádzačmi alebo napríklad až do fázy finančného uzatvorenia. Uvedené sa týka napríklad preukázania záväzku zapojenia do projektu zo strany financujúcich subjektov, preto je vhodnejšie takéto potvrdenia od týchto subjektov vyžadovať v rámci niektorej fázy rokovacieho konania alebo súťažného dialógu, prípadne presunúť úplne do fázy finančného uzatvorenia.

Fáza 2 Vyhodnocovanie kritérií

- Kritériá výberu úspešného uchádzača sú tiež určené ZVO, môže to byť buď len:
 - cena alebo
 - ekonomicky najvýhodnejšia ponuka.
- Navrhujeme vyhodnocovať ponuky na základe ceny: „minimálna Platba za dostupnosť“.
- Predpokládame, že v rámci kvalifikácie sa bude uplatňovať postup súťažného dialógu (prípadne rokovacieho konania), počas ktorého sa bude upresňovať vzťah medzi budúcim zadávateľom a dodávateľom. Výsledkom takéhoto dialógu bude pripravená právna dokumentácia. Pre vlastný výber úspešného uchádzača bude dostatočné porovnávanie ceny služby. Ničmenej, kritériami môže byť v rámci ekonomicky najvýhodnejšej ponuky napr. kvalita, cena, technické vyhotovenie, prevádzkové náklady, efektívnosť vynaložených nákladov, pozáručný servis a technická pomoc, lehota výstavby, a pod.

Kritériá výberu uchádzačov

Poznámky k právnej úprave

- ▶ Odhliadnuc od základných dvoch fáz popísaných vyššie, môžu byť ešte ďalšie kolá verejného obstarávania v závislosti od konkrétneho postupu podľa ZVO. Postup pri zadávaní koncesie upravuje predovšetkým § 66 ZVO. S ohľadom na právnu úpravu obsiahnutú v ZVO máme za to, že v prípade Projektu prichádza do úvahy realizácia verejného obstarávania dvomi alternatívnymi odporúčanými postupmi, a to:
 - rokovacie konanie so zverejnením (ďalej len „RKZ“), alebo
 - súťažný dialóg,

RKZ

- ▶ RKZ môže verejný obstarávateľ v zmysle § 55 ods. 1 ZVO použiť, ak je splnená jedna z podmienok špecifikovaných v predmetnom ustanovení. Vo vzťahu k Projektu prichádza do úvahy splnenie jednej alebo oboch z nasledovných podmienok:
 - • § 55 ods. 1 písm. b) ZVO: „povaha dodávok tovaru, stavebných prác alebo poskytovaných služieb alebo riziká s nimi spojené výnimočne neumožňujú určiť požiadavky na spôsob určenia ceny“,
 - • § 55 ods. 1 písm. c) ZVO: „požiadavky na služby, najmä finančné služby, nemožno určiť dostatočne presne, aby sa mohla použiť verejná súťaž alebo užšia súťaž“.

Súťažný dialóg

- ▶ Súťažný dialóg môže verejný obstarávateľ v zmysle § 60 ods. 1 ZVO použiť, „ak ide o obzvlášť zložité projekty a nemožno použiť verejnú súťaž alebo užšiu súťaž. Cieľom súťažného dialógu je nájsť a definovať najvhodnejší spôsob na uspokojenie potrieb verejného obstarávateľa“. Obzvlášť zložitou zákazkou sa v zmysle § 60 ods. 2 ZVO rozumie zákazka, pri ktorej zadávaní verejný obstarávateľ nie je objektívne schopný (i) definovať technické požiadavky, ktoré by spĺňali jeho potreby a ciele, alebo (ii) špecifikovať právne alebo finančné podmienky projektu.
- ▶ Je zrejmé, že vzhľadom na charakter a zložitosť Projektu je možné použiť ktorýkoľvek z uvedených postupov. Tradičným postupom obstarávania koncesií, ktorý bol v praxi využitý aj v Slovenskej republike, je však súťažný dialóg. Treba uviesť, že vyššie uvedené platí bez ohľadu na usporiadanie vzťahov medzi verejným partnerom a súkromným partnerom.

Právne zhodnotenie

1. Štruktúra Záverečnej správy
2. Posúdenie zákonnej uskutočniteľnosti foriem PPP
3. Posúdenie súčasného právneho rámca so zameraním na jestvujúcu sieť vzťahov v regióne
4. Analýza právnych dopadov Projektu z pohľadu (i) medzinárodných záväzkov Slovenskej republiky, (ii) Ústavy Slovenskej republiky a (iii) všeobecne záväzných právnych predpisov Slovenskej republiky
5. Posúdenie právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti
6. Posúdenie možných vplyvov na právne vzťahy k jestvujúcim aktívam na realizáciu Projektu
7. Posúdenie právnych dôsledkov realizácie Projektu z perspektívy stavebných právnych predpisov
8. Posúdenie rizík vyplývajúcich z možného úpadku Súkromného partnera
9. Posúdenie právnych aspektov navrhovaných platobných mechanizmov medzi partnermi
10. Posúdenie stratégií exitu a možností zmien Projektu zo strany súkromného a verejného partnera
11. Analýza štátnej pomoci súvisiacej s preferovaným modelom Projektu
12. Analýza aplikovateľných metód verejného obstarávania nemocničného PPP projektu
13. Návrhy realistických právnych štruktúr a nástrojov umožňujúcich realizáciu preferovaného modelu

Štruktúra Záverečnej správy

Posúdenie realizovateľnosti Projektu z právneho hľadiska je založené na nasledujúcich kľúčových oblastiach dopadu Projektu identifikovaných v súťažných podkladoch:

1. Posúdenie zákonnej uskutočniteľnosti foriem PPP a úrovne zapojenia súkromného sektora, so zameraním na to, ktorý model je optimálny:
 - inštitucionálny alebo zmluvný PPP projekt,
 - PPP projekt založený na dostupnosti, požiadavke alebo zmiešaný projekt,
 - koncesia alebo iný typ zmluvy
2. Posúdenie súčasného právneho rámca a potrieb/možností jeho úprav v dôsledku realizácie preferovanej voľby osobitne so zameraním na existenciu masívnej sektorovej regulácie
3. Posúdenie súčasného právneho rámca a potrieb/možností jeho úprav v dôsledku realizácie preferovanej voľby osobitne so zameraním na vplyv na jestvujúcu sieť vzťahov v regióne vrátane nového poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, personál, pacientov, zdravotné poisťovne, vzdelávacie inštitúcie, výskumné inštitúcie, dlžníkov, veriteľov a ostatné zainteresované subjekty
4. Analýza právnych dopadov Projektu z pohľadu (i) medzinárodných záväzkov Slovenskej republiky, (ii) Ústavy Slovenskej republiky a (iii) všeobecne záväzných právnych predpisov Slovenskej republiky
5. Posúdenie právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a identifikáciu právnych nástrojov/ štruktúr podporujúcich plynulý prevod/prechod a urovnanie jestvujúcich právnych vzťahov, osobitne k personálu, pacientom, zdravotným poisťovniam, dlžníkom, veriteľom a ďalším
6. Posúdenie možných vplyvov právnych vzťahov k jestvujúcim aktívam (t.j. vlastníctvo aktív, správa štátneho majetku a obmedzenia pri nakladaní s majetkom) na realizáciu Projektu
7. Posúdenie právnych dôsledkov realizácie Projektu z perspektívy stavebných právnych predpisov (najmä z pohľadu územného plánu, potreby súhlasov a povolení príslušných orgánov, EIA, ochrany historických budov)
8. Posúdenie rizík vyplývajúcich z možného úpadku súkromného partnera a s tým súvisiacej možnosti, že súkromný ako aj verejný partner Projektu stratia kontrolu nad majetkom Projektu
9. Posúdenie právnych aspektov navrhovaných platobných mechanizmov medzi partnermi
10. Posúdenie stratégií exitu a možností zmien Projektu zo strany súkromného a verejného partnera
11. Analýza otázok štátnej pomoci súvisiacej s preferovaným modelom Projektu
12. Analýza aplikovateľných metód verejného obstarávania Projektu
13. Návrhy realistických právnych štruktúr a nástrojov umožňujúcich realizáciu preferovaného modelu

Jednotlivé kľúčové oblasti sú posudzované vo vzťahu k tým alternatívam projektu, ktoré sú realizovateľné z technického a finančného hľadiska, tak, ako to vyplynulo zo záverov technickej a finančnej analýzy a Správy o základných alternatívach realizácie Projektu.

Pre lepšiu orientáciu posudzujeme v úvode právnej analýzy Záverečnej správy zákonnú uskutočniteľnosť foriem PPP a následne uvádzame 4 variány realizácie Projektu. Na záver nasledujú návrhy realistických právnych štruktúr a nástrojov umožňujúcich realizáciu preferovaného modelu, vrátane ich zdôvodnenia.

Posúdenie zákonnej uskutočniteľnosti foriem PPP

Posúdenie zákonnej uskutočniteľnosti foriem PPP a úrovne zapojenia súkromného sektora so zameraním na to, ktorý model je optimálny () inštitucionálny alebo zmluvný PPP projekt, () PPP projekt založený na dostupnosti, požiadavke alebo zmiešaný projekt () koncesia alebo iný typ zmluvy.

1. Zmluvné PPP vs. Inštitucionálne PPP

- ▶ **Zmluvné PPP** (ďalej aj ako “ZPPP”) je založené na zmluve medzi súkromným partnerom (SPV) a verejným partnerom a môže byť nadizajnované v rôznych formách v závislosti od rozdelenia rizík medzi súkromného partnera a verejného partnera. Zmluva obyčajne pokrýva rôzne aspekty projektu, napr. projektovanie, financovanie, výstavbu, rekonštrukciu, prevádzku, osobitné služby a/alebo údržbu. Vo vzťahu k ZPPP vystupuje SPV ako súkromný partner. ZPPP je štandardne založené na koncesii na stavebné práce alebo koncesii na služby (prípadne inej zmluvy) v závislosti od špecifických aspektov, charakteru a/alebo cieľov konkrétného projektu.
- ▶ **Inštitucionálne PPP** (ďalej aj ako “IPPP”) vzniká obvykle na základe
 - založenia novej právnej entity (SPV) spoločne kontrolovanej súkromným a verejným partnerom, alebo
 - získania čiastočnej kontroly nad existujúcou entitou verejného sektora (SPV) súkromným partnerom (pričom existujúca spoločnosť by už mohla mať udelenú tzv. „in-house“⁴² verejnú zákazku alebo „in-house“ koncesiu).

Finálnym výstupom obidvoch možností je spoločné verejno-súkromné vlastníctvo. Podľa Interpretatívneho oznámenia k IPPP pod IPPP Komisia rozumie spoluprácu medzi verejnými a súkromnými stranami zahŕňajúcu založenie entity so zmiešaným kapitálom, ktorá realizuje verejné zákazky alebo koncesie. Prínos súkromného partnera v rámci IPPP pozostáva – okrem príspevku v podobe kapitálu alebo majetku – v aktívnej účasti na realizácii zákaziek zadaných verejno-súkromnej entite a/alebo manažmente verejno-súkromnej entity. Naopak, jednoduché kapitálové injekcie súkromného partnera do štátnej spoločnosti podľa Interpretatívneho oznámenia k IPPP nezakladajú IPPP.

Na komunitárnej úrovni neexistujú žiadne osobitné právne pravidlá upravujúce založenie IPPP. V rámci slovenskej právnej úpravy sa založením, resp. existenciou IPPP, zaoberá iba Zákon o správe majetku štátu tak, ako je bližšie popísané v ďalšej časti tejto štúdie. Zároveň je potrebné vo vzťahu k úprave verejného obstarávania a koncesií aplikovať základné princípy komunitárneho práva, najmä princíp rovnakého zaobchádzania, zákaz diskriminácie, princíp transparentnosti, vzájomného uznania a proporcionality. Podľa Interpretatívneho oznámenia k IPPP skutočnosť, že súkromná strana a verejná strana spolupracujú v rámci verejno-súkromnej entity nesmie pri zadávaní verejnej zákazky alebo koncesie súkromnej strane alebo dotknutej verejno-súkromnej entite slúžiť na ospravedlnenie vylúčenia aplikácie právnej úpravy verejných zákaziek a koncesií.

V súlade s judikatúrou SD EÚ nie je vylúčené, že sa vyskytnú ďalšie okolnosti, pri ktorých verejné obstarávanie nebude povinné napriek tomu, že druhou zmluvnou stranou je entita odlišná od verejného obstarávateľa. Toto je prípad, keď verejný obstarávateľ vykonáva kontrolu nad touto osobitnou entitou, pričom predmetná kontrola je podobná tej, ktorú verejný obstarávateľ vykonáva v rámci vlastnej vnútornej štruktúry a zároveň dotknutá entita vykonáva podstatnú časť svojich aktivít pre verejného obstarávateľa⁴³. Naopak, účasť súkromného partnera, hoci aj minoritná, v rámci kapitálu spoločnosti, v ktorej je verejný obstarávateľ taktiež zúčastnený, vylučuje v každom prípade možnosť, že by verejný obstarávateľ vykonával takú kontrolu ako v rámci vlastnej vnútornej štruktúry. Tento prístup bol podporený taktiež úpravou v zmysle nových smerníc o verejnom obstarávaní prijatých 26. januára 2014 zverejnených v Úradnom vestníku EÚ dňa 28. marca 2014, a to Smernice 2014/23/EÚ a Smernice 2014/23/EÚ. Bližšie k tejto problematike v časti „In-house zákazky“.

Komisia kladie dôraz na spravodlivý a transparentný proces, bez ohľadu na model IPPP ako je uvedené vyššie, buď počas výberu súkromného partnera, ktorý sa má zúčastniť IPPP (buď prostredníctvom založenia novej právnej entity (SPV) spoločne kontrolovanej súkromným a verejným partnerom alebo tým, že získa čiastočnú kontrolu nad existujúcou entitou verejného sektora (SPV)), alebo pri zadávaní konkrétnej verejnej zákazky alebo koncesie verejno-súkromnej entite. Podľa Interpretatívneho oznámenia k IPPP sa dvojité procesy obstarávania, jeden na výber súkromného partnera do IPPP a druhý na zadanie verejnej zákazky alebo koncesie verejno-súkromnej entite, nepovažuje za praktický. Ničmenej, Komisia takúto možnosť nevyklučuje.

Podľa Komisie by mal optimálny model IPPP spĺňať nasledovné:

⁴²Bližšie k vymedzeniu pojmu „in-house“ zákazky v časti „In-house zákazky“

⁴³ § 50 rozhodnutie C-107/98 Teckal. V tomto prípade išlo o entitu, ktorá bola plne vlastnená verejným obstarávateľom.

Posúdenie zákonnej uskutočniteľnosti foriem PPP

- ▶ súkromný partner IPPP je vybraný prostredníctvom postupu, predmetom ktorého je aj
 - verejná zákazka alebo koncesia, ktoré by mali byť zadané budúcej verejno-súkromnej entite, a
 - účasť súkromného partnera na plnení tejto zákazky alebo koncesie a/alebo účasť na manažmente verejno-súkromnej entity, a
- ▶ výber súkromného partnera je sprevádzaný založením IPPP a zadaním verejnej zákazky alebo koncesie verejno-súkromnej entite.

Po procesnej stránke je postup v rámci verejného obstarávania rozobratý v časti „Analýza aplikovateľných metód verejného obstarávania nemocničného PPP projektu pri (i) inštitucionálnom alebo (ii) zmluvnom scenári, s cieľom dosiahnuť najlepšiu hodnotu vzhľadom na cenu“.

2. Platba za dostupnosť vs. platba za dopyt vs. zmiešaná platba

V teórii rozlišujeme tri základné typy PPP projektov vo vzťahu k rozdeleniu rizík medzi verejného a súkromného partnera, t.j. projekt založený na platbe za dostupnosť, projekt založený na platbe za dopyt a projekt založený na zmiešanej platbe tak, ako je špecifikované nižšie:

- ▶ Projekt je založený na platbe za dostupnosť, ak je riziko dostupnosti znášané súkromným partnerom. Riziko dostupnosti znamená, že infraštruktúra alebo služby poskytované súkromným partnerom spĺňajú požadované parametre a sú dostupné verejnosti. Dôkazom, že verejný partner nenesie riziko dostupnosti je, keď platby súkromnému partnerovi sú vo významnej miere znížené, ak infraštruktúra alebo služby nie sú dostupné verejnosti tak, ako bolo dohodnuté v zmluve, nefungujú alebo nespĺňajú dohodnuté parametre alebo normy. Naopak, ak infraštruktúra alebo služby spĺňajú požadované parametre, súkromný partner dostáva plné platby prípadne spolu s odmenou, ak infraštruktúra alebo služby sú dodávané vo vyššej kvalite.
- ▶ Projekt je založený na platbách za dopyt, ak riziko dopytu znáša súkromný partner. To znamená, že súkromný partner znáša riziko, či bude o infraštruktúru alebo služby záujem, napr. vzhľadom na situáciu na trhu, súťaž alebo technickú zastaranosť. Nárast alebo pokles platieb závisí od aktuálneho využitia infraštruktúry alebo služieb poskytovaných súkromným partnerom verejnosťou / koncovými užívateľmi.
- ▶ V prípade zmiešaných platieb (časť platieb je hradená verejným partnerom a časti platieb konečnými užívateľmi) je rozhodujúcim kritériom posúdenie, či riziko dopytu je vo väčšej miere znášané súkromným partnerom alebo nie. Ak je riziko dopytu vo väčšej miere znášané súkromným partnerom, je tento projekt založený na platbách za dopyt. V tomto kontexte je taktiež podstatné, či súkromný partner znáša skutočné riziko dopytu. Ak verejný partner garantuje súkromnému partnerovi výnosy v prípade, ak infraštruktúra alebo služby nie sú využívané, tak projekt nie je založený na platbách za dopyt, ale na platbách za dostupnosť.

3. Koncesie

Podľa všeobecného chápania sú koncesie tie PPP projekty, v ktorých príjem súkromného partnera pozostáva najmä z výnosov z infraštruktúry, t.j. z platieb hradených konečnými užívateľmi za infraštruktúru. Podstatným znakom koncesie teda je, že koncesionár je zodpovedný nielen za výstavbu infraštruktúry, ale taktiež za jej užívanie. Riziko dopytu, t.j. riziko, že infraštruktúra nebude používaná v očakávanej miere a možnosť, že výnosy nebudú pokrývať ani náklady projektu, znáša koncesionár, nie verejný partner. Koncesionár znáša riziko výstavby spolu s rizikom dopytu. Typickým príkladom koncesie je výber mýta za cestnú infraštruktúru postavenú ako súčasť koncesie súkromným partnerom.

V súčasnosti platné smernice⁴⁴ definujú koncesie na stavebné práce / koncesie na služby ako zmluvy rovnakého typu ako zákazky na uskutočnenie stavebných prác / na poskytnutie služieb s tým rozdielom, že protiplnením za práce/služby, ktoré sa majú vykonať, je buď len právo na využívanie diela, alebo toto právo spojené s peňažným plnením. Na úrovni Komisie prebiehala dlho diskusia vo vzťahu k definícii koncesií a obdobných projektov, osobitne tých, ktoré nie sú financované iba konečnými užívateľmi, ale taktiež verejným partnerom. Táto vyústila do prijatia troch nových smerníc upravujúcich oblasť verejného obstarávania na európskej úrovni, jednou z ktorých je aj Smernica 2014/23/EÚ.

⁴⁴ Smernica 2004/18/ES a Smernica 2004/17/ES

Posúdenie zákonnej uskutočniteľnosti foriem PPP

V súlade so Smernicou 2014/23/EÚ koncesia na stavebné práce je „odplatná zmluva uzavretá písomne, prostredníctvom ktorej jeden alebo viacerí verejní obstarávatelia alebo obstarávatelia poverujú uskutočnením stavebných prác jeden alebo viaceré hospodárske subjekty, pričom jej protiplnením je buď len právo na využívanie stavby, ktorá je predmetom zmluvy, alebo toto právo spolu s peňažným plnením“.

V porovnaní aktuálne účinnými smernicami bol proces verejného obstarávania koncesii na stavebné práce a koncesii na služby zjednotený, pričom koncesia na služby je definovaná podobne ako koncesia na stavebné práce podľa Smernice 2014/23/EÚ.

Slovenská legislatíva obsahuje v § 15 ods. 1 Zákona o verejnom obstarávaní nasledujúcu definíciu koncesii na stavebné práce:

„Koncesia na stavebné práce je zákazka rovnakého typu ako zákazka na uskutočnenie stavebných prác s tým rozdielom, že protiplnením za stavebné práce, ktoré sa majú uskutočniť je buď len právo na využívanie stavby na dohodnutý čas alebo toto právo spojené s peňažným plnením. V koncesnej zmluve verejný obstarávateľ a koncesionár dohodnú rozsah práva na využívanie stavby, ktorého súčasťou môže byť aj poberanie úžitkov z nej, ako aj výšku a podmienky prípadného peňažného plnenia.“

Na rozdiel od teoretického rozlišovania medzi koncesiami a kvázikoncesiami, tak, ako je bližšie definované ďalej, pokrýva slovenská definícia koncesii obidve formy. Podľa Zákona o verejnom obstarávaní pokrýva definícia koncesie prakticky všetky typy zmluvných PPP projektov, vrátane tých, ktoré sú založené na platbách za dopyt, platbách za dostupnosť a zmiešaných platbách.

Definícia koncesie podľa Zákona o verejnom obstarávaní zahŕňa nasledovné základné znaky:

- ▶ Výstavba infraštruktúry: všetky PPP projekty – koncesie na stavebné práce ako aj kvázikoncesie na stavebné práce zahŕňajú spravidla výstavbu alebo rekonštrukciu infraštruktúry. Vlastníctvo infraštruktúry môže byť prevedené na verejného partnera alebo zostane na súkromnom partnerovi alebo môže byť od počiatku vo vlastníctve verejného partnera v závislosti od požiadaviek verejného partnera alebo osobitnej právnej úpravy.
- ▶ Užívanie infraštruktúry súkromným partnerom: typická náležitosť všetkých PPP projektov – koncesii a taktiež kvázikoncesii, užívanie infraštruktúry je taktiež nevyhnutné pre prevádzku a údržbu, osobitne v prípade, ak verejný partner infraštruktúru vlastní. Bez užívania infraštruktúry nemôže koncesionár získať úžitky od konečných užívateľov.
- ▶ Získavanie úžitkov z dodanej infraštruktúry: napĺňa definíciu koncesii, úžitky sú uhrádzané konečnými užívateľmi a väčšinou reprezentujú jediný príjem súkromného partnera.
- ▶ Platby od verejného partnera: môžu byť súčasťou príjmov súkromného partnera v zmiešaných projektoch a môžu reprezentovať jediný príjem súkromného partnera v kvázikoncesiách.

Definícia koncesie na služby podľa § 15 ods. 2 Zákona o verejnom obstarávaní je podobná definícii koncesie na stavebné práce a takisto v nej môžu byť identifikované rovnaké charakteristiky:

„Koncesia na služby je zákazka rovnakého typu ako zákazka na poskytnutie služby s tým rozdielom, že protiplnením za služby, ktoré sa majú poskytnúť je buď len právo využívať poskytované služby na dohodnutý čas alebo toto právo spojené s peňažným plnením. V koncesnej zmluve verejný obstarávateľ a koncesionár dohodnú rozsah využívania poskytovaných služieb, ktorého súčasťou môže byť aj poberanie úžitkov z nich, ako aj výšku a podmienky prípadného peňažného plnenia.“

V skutočnosti môže byť rozdiel medzi koncesiami na stavebné práce a koncesiami na služby nejasný. Rozhodujúcim kritériom by preto mal byť prevládajúci predmet zmluvy. Z praktického pohľadu pri úprave postupu verejného obstarávania Zákon o verejnom obstarávaní nerozlišuje medzi koncesiami na stavebné práce a koncesiami na služby.

4. Kvázikoncesie

V teórii sa za kvázikoncesie považujú PPP projekty iné ako koncesie, ktoré sú financované prevažne z platieb za dostupnosť hrađených verejným partnerom. Súkromný partner nenesie riziko dopytu vo vzťahu k užívaniu infraštruktúry, ale nesie riziko dostupnosti infraštruktúry pre verejnosť. Typickým príkladom je užívanie budovy súdu alebo väzenia, v prípade ktorých z povahy veci neprichádzajú do úvahy platby za dopyt. Samozrejme táto forma PPP projektov sa využíva aj v prípade, že platby od užívateľov je síce teoreticky možné vyberať, verejný partner však na tom z určitého dôvodu nemá záujem a preto koncesionárovi uhrádza platby za dostupnosť. Tak je to

Posúdenie zákonnej uskutočniteľnosti foriem PPP

napríklad v prípade infraštruktúry, pri ktorej chce mať zadávateľ kontrolu nad tým, koľko bude užívateľov využívanie tejto infraštruktúry stáť (napríklad diaľnice alebo nemocnice. S kvázikoncesiami môže byť spojené tiež právo vyberať určité poplatky z predmetnej stavby/infraštruktúry od konečných užívateľov, z čoho vyplýva, že súkromný partner do istej miery preberá aj riziko dopytu.

Na rozdiel od koncesíí, kde môže byť platbou za použitie cestnej infraštruktúry mýto, kvázikoncesie môžu byť napríklad PPP projekty založené na tzv. „tieňovom mýte“, ktoré predstavuje platby verejného partnera hradené podľa miery využitia infraštruktúry, napríklad podľa presne zaznamenaných intenzít dopravy, najčastejšie ale sledujúce inú dohodnutú schému. Na odlíšenie koncesie a kvázikoncesie je potom potrebné posúdiť rozdelenie rizík medzi súkromného a verejného partnera. Riziko dopytu môže niesť verejný partner, pričom koncesionár dostáva úhradu bez ohľadu na to, či verejný partner príslušné mýto, dane alebo poplatky vyberie alebo nie. Strany si môžu riziko dopytu aj rozdeliť (napríklad verejný partner môže „doplatiť“ straty v príjme súkromného partnera, ak predmetná infraštruktúra nie je využívaná v dostatočnej miere). Posúdenie zdieľania rizík je vždy individuálne a je pritom potrebné v konkrétnom projekte vyhodnotiť ich rozdelenie v nadväznosti na finančné toky.

Viac-menej teoretické rozdelenie PPP projektov na koncesie a kvázikoncesie sa stalo ešte menej dôležitým po prijatí novej Smernice 2014/23/EÚ, ktorá nerozlišuje pri definovaní alebo obstarávaní koncesíí medzi koncesiami a kvázikoncesiami. Rozhodujúce je však znášanie tzv. prevádzkového rizika zo strany koncesionára, ktoré je definičným kritériom pre koncesiu. V prípade, ak toto prevádzkové riziko chýba, projekt nebude koncesiou. Toto odlíšenie je dôležité z dôvodu flexibilnejšieho rámca obstarávania koncesíí oproti tradičným verejným zákazkám.

5. Koncesie vs. zákazky na práce a zákazky na služby

Nakoľko existuje veľa rôznorodých PPP projektov, môže byť v praxi obtiažne rozlíšiť medzi koncesiami a kvázikoncesiami (PPP projektmi) a klasickými zákazkami na stavebné práce alebo služby.

V zásade, každý projekt musí byť posúdený ako celok, pričom základné znaky PPP projektov sú:

- ▶ Partnerstvo súkromného a verejného sektora.
- ▶ Dlhodobé trvanie zmluvy (najčastejšie viac ako 5 až 30 rokov).
- ▶ Vznik účelovo založenej spoločnosti („SPV“)/ koncesionára.
- ▶ Rozdelenie rizík medzi súkromného a verejného partnera, pričom súkromný partner znáša väčšie riziko ako je obvyklé pri verejných zákazkách.
- ▶ Predmet zákazky: plnenie potrieb verejného záujmu, poskytovanie služieb verejnosti alebo výstavba infraštruktúry a jej prevádzka a údržba.
- ▶ Užívanie infraštruktúry s braním úžitkov a/alebo platieb od verejného partnera.

Okrem už spomínanej definície prevádzkového rizika podľa Smernice 2014/23/EÚ, dáva návod ako rozlíšiť „klasické“ zákazky od koncesíí aj judikatúra SD EÚ.

V rozhodnutí C-300/07 Hans & Christophorus Oymanns GbR, Orthopädie Schuhtechnik v. AOK Rheinland/Hamburg SD EÚ rozhodoval, či obstarávaná zákazka v zdravotníckej oblasti bola koncesiou na služby v pôsobnosti Smernice 2004/18/ES alebo „rámcovou dohodou“ podľa tejto smernice. SD EÚ v tomto prípade judikoval, že z definície verejnej koncesie na služby vyplýva, že ju charakterizuje situácia, v ktorej právo na využívanie služby verejný obstarávateľ preniesol na koncesionára, pričom tento má v rámci uzatvorenej zmluvy určitú hospodársku slobodu na určenie podmienok využívania tohto práva, a tým je paralelne značne vystavený rizikám spojeným s týmto využívaním. Naopak, rámcovú zmluvu charakterizuje situácia, v ktorej je činnosť hospodárskeho subjektu, zmluvnej strany, vymedzená v rozsahu, v akom všetky jemu zadané zákazky musia v priebehu daného obdobia dodržiavať podmienky stanovené v tejto dohode.

Osobitne, prenos rizika a užívanie infraštruktúry spolu s možnosťou brania úžitkov je hlavným znakom koncesíí. Z judikatúry vyplýva, že ide o koncesiu na služby vtedy, ak dohodnutý spôsob odmeny spočíva v práve poskytovateľa poskytovať vlastné služby a tento spôsob odmeny má za následok, že poskytovateľ znáša riziko spojené s poskytovaním dotknutých služieb (rozsudok C-458/03 Parking Brixen, bod 40; rozsudok C-382/05 Komisia v. Taliansko, bod 34; rozsudok C-437/07 Komisia v. Taliansko, bod 29 and Komisia v. Taliansko C 206/08, bod 59). V prípade úplnej absencie prenosu rizika prevádzky infraštruktúry na poskytovateľa služieb musí byť daná transakcia posúdená ako zákazka na služby alebo zákazka na stavebné práce.

Posúdenie zákonnej uskutočniteľnosti foriem PPP

Preto v prípade zmlúv na poskytnutie služby, skutočnosť, že poskytovateľ služby nedostane protiplnenie priamo od verejného obstarávateľa, ale je oprávnený prevziať platbu od tretích strán podľa civilného práva, je dostačujúce aby táto zmluva mohla byť kvalifikovaná ako "koncesia", za predpokladu, že poskytovateľ služby prevezme aspoň významný podiel rizika prevádzky obvykle znášaného verejným obstarávateľom, a to aj v prípade, že riziko je od začiatku veľmi obmedzené z dôvodu podrobných pravidiel verejného práva upravujúceho poskytovanie takýchto služieb.

Ako už bolo uvedené vyššie, Smernica 2014/23/EÚ zohľadňuje túto judikatúru a stanovuje, že udelenie koncesie na stavebné práce alebo služby by malo zahŕňať aj prenesenie rizika prevádzky, resp. využívania týchto prác alebo služieb na koncesionára, teda znášanie rizika dopytu, dostupnosti alebo oboje. Predpoklad, že koncesionár nesie riziko prevádzky je naplnený vtedy, ak za bežných prevádzkových podmienok nemá garantovanú úhradu investícií alebo nákladov, ktoré musí vynaložiť v súvislosti s plnením zmluvy. Časť rizika preneseného na koncesionára musí zahŕňať skutočné vystavenie riziku výkyvov trhu a prípadná potenciálna strata koncesionára nesmie byť iba minimálna alebo zanedbateľná. To však samo o sebe nevyklučuje, aby koncesiami mohli byť oba základné druhy PPP projektov, teda projekty založené na dopyte a projekty založené na dostupnosti.

6. „In house“ zákazky

V prípade tzv. „in-house“ zákaziek ide v podstate o uzatváranie zmlúv medzi verejnými obstarávateľmi navzájom. Tento pojem vychádza z judikatúry SD EÚ, pričom Zákon o verejnom obstarávaní tento spôsob zadávania zákaziek neupravuje. S výnimkou podľa § 1 ods. 2 písm. q) Zákona o verejnom obstarávaní nie je aplikácia tohto zákona vylúčená na zadávanie zákaziek medzi verejnými obstarávateľmi, nakoľko definícia záujemcu a uchádzača nevyklučuje, aby sa verejných obstarávaní zúčastnili aj iní verejní obstarávatelia dodávajúci tovar, uskutočňujúci stavebné práce alebo poskytujúci službu. Novoprijatá Smernica 2014/24/EÚ regulujúca oblasť verejného obstarávania v článku 12 komplexne upravuje pravidlá zadávania týchto tzv. „in house“ zákaziek. Napriek tomu, že Zákon o verejnom obstarávaní zadávanie „in house“ zákaziek neupravuje, ÚVO ich existenciu uznáva. V tejto súvislosti je iba potrebné upozorniť na skutočnosť, že podľa rozhodnutia NS SR sp. zn. 5Sžf/39/2009 zo dňa 17.03.2010 metodický pokyn ÚVO nepredstavuje záväzný výklad Zákona o verejnom obstarávaní a ani nesprávny metodický pokyn nemôže priniesť účastníkovi procesu verejného obstarávania priaznivejšie rozhodnutie vo veci. Vychádzajúc z judikatúry SD EÚ a metodiky ÚVO „in house“ zákazky je možné zadať za týchto predpokladov:

- ▶ Ide o zadanie zákazky (zmluva s peňažným plnením) alebo koncesie. Iné formy spolupráce, ktoré nie sú zákazkou, totiž vôbec nepodliehajú aplikácii Zákona o verejnom obstarávaní.
- ▶ Činnosti sú vykonávané v prevažnej miere pre verejného obstarávateľa. Z dostupných judikátov však nevyplýva, že úžitok nemôžu mať aj tretie osoby. Uvedené znamená, že činnosti majú byť vykonávané pre verejného obstarávateľa, teda na plnenie jeho úloh, napríklad verejné osvetlenie, poskytovanie zdravotných služieb. Podľa metodického usmernenia ÚVO č. 261-5000/2011 je táto podmienka splnená vtedy, ak aktivity spoločnosti budú vykonávané hlavne pre verejného obstarávateľa (v danom prípade mesto), ktoré ju vlastní a akákoľvek ďalšia činnosť bude mať len okrajový význam. Na tento účel je nevyhnutné zohľadňovať všetky činnosti, ktoré daná spoločnosť vykonáva.
- ▶ Kontrola vykonávaná zo strany verejného obstarávateľa je obdobná kontrole, ktorú vykonáva nad svojimi vlastnými organizačnými útvarmi (rozhodnutie C-107/98 Teckal). Kontrola vykonávaná kontrolným orgánom nad koncesionárom je obdobná kontrole, ktorú tento orgán vykonáva nad svojimi vlastnými organizačnými útvarmi, a zároveň, ak predmetný subjekt vykonáva podstatnú časť svojej činnosti s verejným orgánom, ktorý ho vlastní. Posúdenie kontroly zo strany verejného obstarávateľa musí zohľadniť všetky právne predpisy a relevantné okolnosti. Z preskúmania musí vyplývať, že daný koncesionár je podrobený kontrole umožňujúcej poverujúcemu verejnému orgánu ovplyvňovať rozhodnutia tohto subjektu. Musí ísť o rozhodujúci vplyv, tak pokiaľ ide o strategické ciele, ako aj o významné rozhodnutia.⁴⁵⁴⁶
- ▶ V osobe, ktorej sa zadáva zákazka nesmie byť žiadna účasť súkromného sektora (rozhodnutie C-573/07 Sea, C-196/08 Acoset). Aj keď na samotné založenie spoločného podniku verejným a súkromným partnerom nemusia byť pravidlá verejného obstarávania aplikovateľné, nesmú sa takto ale obchádzať pravidlá pri zadaní zákaziek tomuto subjektu (rozhodnutie C-215/09). Z rozhodnutia SD EÚ v prípade C-26/03 (Halle) vyplýva, že za predpokladu, ak verejný obstarávateľ zamýšľa uzavrieť zmluvu na poskytnutie služieb, na ktoré sa vzťahujú

⁴⁵V danom prípade nebola táto podmienka naplnená, nakoľko podnik vznikol transformáciou podniku verejného orgánu, predmet činnosti bol rozšírený na nové oblasti, základné imanie bolo otvorené vstupu ďalšieho kapitálu, výkon činnosti sa rozšíril na celý štát a disponoval právomocami v oblasti vedenia spoločnosti, ktoré bolo oprávnené vykonávať autonómnym spôsobom (C-458/03 Parking Brixen).

⁴⁶Obdobne aj podľa metodických usmernení č. 261-5000/2011, 1204-5000/2011

Posúdenie zákonnej uskutočniteľnosti foriem PPP

smernice pre verejné obstarávanie so spoločnosťou, ktorá je právne odlišná a na ktorej základnom imaní sa podieľa spolu s jednou alebo viacerými súkromnými spoločnosťami, musia sa vždy použiť postupy verejného obstarávania (pozri aj metodické usmernenie ÚVO č. 513-2000/2008). Podľa metodického usmernenia ÚVO č. 1204-5000/2011 taktiež nie je možné zadať zákazku spoločnosti, ktorá nie je pod 100% kontrolou obce, ale táto spoločnosť sa môže zúčastniť riadne vyhláseného verejného obstarávania.

Podobné závery sú zosumarizované aj v pracovnom dokumente útvarov Komisie o uplatňovaní právnych predpisov EÚ o obstarávaní medzi verejnými obstarávateľmi („spolupráca medzi verejnými orgánmi“). Podľa tohto pracovného dokumentu aj keď aplikácia smerníc o verejnom obstarávaní nie je vylúčená pri zadávaní zákaziek medzi verejnými obstarávateľmi, SD EÚ naformuloval určité pravidlá spolupráce medzi verejnými orgánmi pri zadávaní zákaziek. Pravidlá podľa smerníc regulujúcich verejné obstarávanie sa podľa uvedeného pracovného dokumentu neuplatňujú vtedy, ak *„verejný obstarávateľ zadá zákazku tretej strane, ktorá je od neho iba formálne, nie však v zásade nezávislá. Táto judikatúra sa vzťahuje na situácie, v ktorých nie je súkromný kapitál tretej strany, pričom organizačné aj hospodárske podmienky závisia od verejného obstarávateľa.“* Verejný obstarávateľ nemôže vykonávať vnútornú kontrolu nad subjektom, pokiaľ tento subjekt vlastní aj jeden alebo niekoľko súkromných podnikov. To platí aj v prípade, ak verejný obstarávateľ môže prijať nezávislé všetky rozhodnutia týkajúce sa uvedeného subjektu bez ohľadu na účasť súkromného kapitálu.

Je treba uviesť aj to, že ak by zákazka bola zadaná spoločnosti v rámci „in house“ vzťahu bez vyhlásenia verejného obstarávania a následne by v takejto spoločnosti získal podiel súkromný investor, bolo by to možné považovať za zmenu v základných podmienkach zadania zákazky so všetkými príslušnými zákonnými sankciami vrátane prípadnej neplatnosti príslušných zmlúv a pokút za správne delikty.

7. Základná charakteristika jednotlivých posudzovaných alternatív

Z pôvodného zoznamu identifikovaných možností boli z technických dôvodov eliminované ako neuskutočniteľné možnosti „Nerobiť nič“, „Spraviť minimum“ a „Rekonštrukcia“. Variant PSC bol vyhodnotený ako neuskutočniteľný z dôvodu finančnej nedostupnosti. Táto časť správy je preto v prvom rade zameraná na PPP model, no pre úplnosť na základe požiadavky MZ SR popisuje model série verejných zákaziek zadávaných obchodnou spoločnosťou so 100%-nou účasťou štátu pri čiastočnom využití finančných aktív štátu, ktorý pre účely tejto štúdie označujeme ako „Špecifický variant“.

PPP varianty

Na základe doterajších skúseností s realizáciou PPP projektov posudzujeme dopady implementácie Projektu oproti nasledovným základným východiskám praktickej uskutočniteľnosti Projektu na báze PPP modelu:

- ▶ Bankovateľnosť
- ▶ Finančná dostupnosť
- ▶ Atraktivita pre trh
- ▶ Predvídateľnosť cash-flow a výnosov pre súkromného partnera
- ▶ Kontrola subjektov s dosahom na implementáciu Projektu zo strany MZ SR
- ▶ Súkromný partner nebude zodpovedať za existujúce záväzky UNB
- ▶ Súkromný partner nenesie zodpovednosť za následky ukončenia prevádzky nemocníc UNB
- ▶ Vytvorenie vhodných legislatívnych podmienok.

Pod preferovaným PPP modelom, rozumieme v našom prípade podľa požiadaviek MZ SR model založený na dopyte, pričom zodpovednosť za zdravotnú starostlivosť a poskytovanie klinických služieb bude v plnom rozsahu prenesená na súkromného partnera⁴⁷. Súkromný partner bude v takom prípade odmeňovaný v plnom rozsahu alebo v prevažnej miere na základe skutočného využitia nemocnice jej koncovými užívateľmi, teda pacientmi. Aj keď tento model nebol mnohokrát testovaný v praxi, z právneho hľadiska sa vo všeobecnosti javí ako uskutočniteľný. Riziká a

⁴⁷Neanalyzovali sme preto PPP model založený na dostupnosti (ani zmiešaný model). Keďže však ide o preferovaný a v rámci PPP projektov v zdravotníctve v prostredí Európskej únie mnohokrát vyskúšaný model, odporúčame, aby MZ SR rozšírilo rozsah štúdie uskutočniteľnosti tak, aby zahŕňala aj posúdenie tohto modelu.

Posúdenie zákonnej uskutočniteľnosti foriem PPP

zložitost' jeho implementácie sú však výrazne vyššie ako v prípade iných možností, vrátane ďalších PPP variantov (založených na dostupnosti alebo zmiešaných).

Pre účely detailnejšieho posúdenia sme PPP model štruktúrálné rozdelili na 3 varianty:

- 1 Zmluvné PPP (v celom texte aj ako „ZPPP“)
- 2 Inštitucionálne PPP (v celom texte aj ako „IPPP“)
- 3 Komerčný spoločný podnik - Joint Venture - spolu vlastnený štátom (v celom texte aj ako „JV“)
- 4 Zároveň sme na základe špecifickej požiadavky MZSR posudzovali aj tzv. Špecifický variant

Vyššie uvedené rozdelenie je založené na akademickej diskusii ohľadne rôznych foriem PPP variantov a praktickej skúsenosti s PPP projektmi. Neposudzovali sme všetky teoretické modely, sústredili sme sa na 3 praktické riešenia, ktoré môžu byť v slovenskom právnom prostredí implementované. Záverečná štúdia uskutočniteľnosti tak obsahuje posúdenie teoretických modelov a praktických štruktúr, ktoré prichádzajú do úvahy. Obsahuje tiež popis ich právnych dopadov a základných návrhov na zmiernenie súvisiacich rizík.

Ako bolo uvedené vyššie, ZPPP, IPPP a JV sú niektoré z PPP štruktúr, ktoré považujeme teoreticky uskutočniteľné za účelom implementácie Projektu⁴⁸. Tieto štruktúry sa však líšia z hľadiska rizikového profilu a zložitosti.

- ▶ Pre účely tejto správy je ZPPP tradičné zmluvné PPP založené na koncesnej zmluve uzatvorenej medzi štátom (alebo štátom ovládanou právnickou osobou) a skupinou osôb zo súkromného sektora, ktoré vytvoria účelovú spoločnosť (tzv. Special Purpose Vehicle alebo skratene „SPV“), ktorá bude následne zodpovedná za implementáciu Projektu počas celého jeho životného cyklu. Toto je najjednoduchšia štruktúra, v rámci ktorej sa prakticky celá zodpovednosť za realizáciu Projektu prenáša na jednu právnickú osobu (SPV) ovládanú subjektmi zo súkromného sektora. Súkromný partner (partneri) sú určení na základe transparentnej súťaže (v súlade so Zákonom o verejnom obstarávaní) a koncesia je udelená úspešnému uchádzačovi.
- ▶ IPPP na druhej strane je inštitucionálne PPP, v rámci ktorého štát (alebo štátom ovládaná právnická osoba) vytvorí SPV spoločne so skupinou osôb zo súkromného sektora. SPV bude tiež držiteľom koncesie udelennej štátom, implementácia Projektu však bude pod vyššou mierou dohľadu zo strany štátu, ktorý si zabezpečí určitú úroveň kontroly SPV na jej korporátnej úrovni. Súkromný partner (partneri) sú tiež určení na základe transparentnej súťaže (v súlade so Zákonom o verejnom obstarávaní). Spolu s tým bude udelená koncesia pre SPV založené štátom a úspešným uchádzačom. Aj keď je tento variant zložitejší z hľadiska štruktúry a nárokov na obstarávanie, zmierňuje riziká spojené s participáciou súkromného sektora na poskytovaní zdravotnej starostlivosti a môže pomôcť zabezpečiť podporu pre Projekt zo strany kľúčových zainteresovaných osôb.
- ▶ JV variant chápeme ako model, ktorý bol na Slovensku tiež v minulosti vyskúšaný a ktorý predstavuje v podstate vytvorenie komerčného spoločného podniku (joint venture), ktorého úlohou je implementácia určitého projektu. V tomto prípade nebude udelená žiadna koncesia a je v zásade v plnom rozsahu na JV ako bude Projekt v súlade so svojimi korporátnymi reštrikciami implementovať. Popri mnohých nevýhodách tohto variantu definovaných pri každej z dopadových oblastí právnej analýzy osobitne a vzhľadom na ciele Projektu sa kľúčovou výhodou tohto variantu javí, že môže byť teoreticky štruktúrovaný tak, že bude možné využiť flexibilnejšie a časovo menej náročné metódy výberu súkromného partnera⁴⁹.

A. ZPPP

Podľa teórie vzniká ZPPP na základe zmluvy medzi súkromným a verejným partnerom a môže byť štruktúrovaná rôznou formou na základe rozdelenia rizík medzi súkromného partnera a verejného partnera. Zmluva zvyčajne upravuje rôzne aspekty projektu, napríklad návrh, financovanie, výstavbu, rekonštrukciu, prevádzku, osobitné služby alebo údržbu. V Slovenskej republike bola táto štruktúra použitá pri implementácii projektu elektronického výberu mýta a diaľničných PPP projektov. Je v našich pomeroch tiež bežne využívaná pri menších obecných projektoch (napríklad pre účely verejného osvetlenia alebo parkovania).

Z praktického pohľadu sme posudzovali variant založený na koncesnej zmluve uzatvorenej medzi štátom zastúpeným MZ SR (alebo štátom ovládanou právnickou osobou) a skupinou osôb zo súkromného sektora, ktoré

⁴⁸ Sme si samozrejme vedomí toho, že existuje omnoho viac akademických modelov (a kombinácií týchto modelov), pre lepšiu prehľadnosť a použiteľnosť tejto správy však navrhujeme pracovať s tromi jasne odlišiteľnými základnými variantmi, ktoré sa javia prakticky uskutočniteľné na základe predchádzajúcich skúseností a príslušnej teórie.

⁴⁹ Podrobnejšie právne posúdenie je obsiahnuté v časti Analýza aplikovateľných metód verejného obstarávania.

Posúdenie zákonnej uskutočniteľnosti foriem PPP

vytvoria SPV), ktoré bude následne zodpovedné za implementáciu Projektu počas celého jeho životného cyklu. Osoby zo súkromného sektora v takom prípade obvykle zahŕňajú strategického / finančného investora, stavebnú spoločnosť a prevádzkovateľa.

Toto je najjednoduchšia štruktúra, v rámci ktorej sa prakticky celá zodpovednosť prenáša na jednu právnickú osobu ovládanú subjektmi zo súkromného sektora. Súkromný partner (partneri) sú určení na základe transparentnej súťaže (v súlade so Zákonom o verejnom obstarávaní) a koncesia je udelená úspešnému uchádzačovi.

Nasledujúca tabuľka v hrubých rysoch sumarizuje hlavné riziká a výhody tohto variantu.

Popis	ZPPP
Kľúčové riziká projektu z pohľadu verejného sektora	Zložitý proces obstarávania
	Finančná dostupnosť
	Strata kontroly zo strany štátu
Benefity	Vyskúšaný variant (aj v pomeroch Slovenskej republiky)
	Projekt mimo verejného dlhu za predpokladu vhodného štruktúrovania (s výnimkou prípadnej platby za dostupnosť)
	Plné využitie synergií medzi návrhom a výstavbou nemocnice a poskytovaním služieb (za predpokladu vhodného štruktúrovania)

Vo svetle vyššie uvedeného považujeme ZPPP za uskutočniteľný, avšak z hľadiska štruktúr, ktoré zabezpečia atraktivitu a bankovateľnosť Projektu, veľmi náročný model⁵⁰. Tento variant bude mať tiež významný dopad na existujúce vzťahy v rámci zdravotníckeho sektora⁵¹. Vzhľadom na skutočnosť, že SPV bude úplne súkromné, Projekt bude pravdepodobne veľmi senzitívny z hľadiska jeho verejného vnímania. Získanie podpory odbornej verejnosti (obzvlášť vzhľadom na potrebu prepúšťania, zmien v manažmente ľudských zdrojov a prechodu zamestnancov) bude kľúčové pre zabezpečenie neprerušovaného a plynulého poskytovania zdravotnej starostlivosti.

B. IPPP

Inštitucionálne IPPP sú tradične založené na

- ▶ vytvorení novej právnickej osoby (SPV) spoločnej ovládanej verejným partnerom a súkromným partnerom. Inými slovami, kapitál takejto spoločnosti kontroluje spoločne verejný partner a súkromný partner; alebo
- ▶ získaní čiastočnej kontroly na existujúcej právnickej osobe ovládanej verejným sektorom zo strany súkromného partnera (pričom existujúca právnická osoba ovládaná verejným sektorom získala v minulosti verejnú zákazku alebo koncesiu formou tzv. "in-house" zákazky).

Výsledkom oboch scenárov je spoločné verejno-súkromné vlastníctvo. Podľa Interpretatívneho oznámenia k IPPP, Komisia pod inštitucionálnymi PPP chápe spoluprácu medzi verejnými a súkromnými stranami zahŕňajúcu vytvorenie subjektu so zmiešaným kapitálom, ktorý uskutočňuje verejnú zákazku alebo koncesiu. Vstup súkromného partnera do IPPP spočíva — okrem vkladu kapitálu alebo iných aktív — v aktívnej spolupráci pri vykonávaní zmluvy zadanej verejno-súkromnému subjektu a/alebo v riadení tohto verejno-súkromného subjektu.

Štruktúra, ktorú sme posudzovali v našej správe, predpokladá, že SPV bude udelená zo strany štátu koncesia, implementácia Projektu však bude podliehať väčšej miere dohľadu zo strany štátu, ktorý bude mať určitú úroveň kontroly SPV na korporátnej úrovni. Súkromný partner (partneri) budú určení na základe transparentnej súťaže (v súlade so Zákonom o verejnom obstarávaní) a koncesia bude udelená úspešnému uchádzačovi, resp. SPV, ktorej

⁵⁰ Pozri bližšie v časti Posúdenie právnych aspektov navrhovaných platobných mechanizmov medzi partnermi

⁵¹ Pozri bližšie v časti Posúdenie súčasného právneho rámca a potrieb/možností jeho úprav v dôsledku realizácie preferovanej voľby osobitne so zameraním na vplyv na existujúcu sieť vzťahov v regióne vrátane nového poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, existujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, personálu, pacientov, zdravotné poisťovne, vzdelávacie inštitúcie, výskumné inštitúcie, dlžníkov, veriteľov a ostatné zainteresované subjekty

Posúdenie zákonnej uskutočniteľnosti foriem PPP

sa úspešný uchádzač stane súčasťou. Aj v tomto prípade sa bude o koncesiu pravdepodobne uchádzať skupina dodávateľov zložená zo strategického / finančného investora, stavebnej spoločnosti a prevádzkovateľa.

Nasledujúca tabuľka v hrubých rysoch sumarizuje hlavné riziká a výhody tohto variantu.

Popis	IPPP
Kľúčové riziká projektu z pohľadu verejného sektoru	Zložitý proces obstarávania
	Finančná dostupnosť
Benefity	Vyskúšaný variant (aj v pomeroch Slovenskej republiky)
	Projekt mimo verejného dlhu za predpokladu vhodného štruktúrovania (s výnimkou platby za dostupnosť)
	Plné využitie synergií medzi návrhom a výstavbou nemocnice a poskytovaním služieb (za predpokladu vhodného štruktúrovania)
	Vyššia miera kontroly súkromného partnera cez inštitúty korporátneho práva
	Participácia verejného sektora priamo na činnosti SPV zmierňujúca potenciálne tenzie ohľadne súkromného prvku v sektore.

Aj keď je tento variant náročnejší vo vzťahu k jeho štrukturálnej zložke a procesu obstarávania, výrazne zmierňuje riziká spojené s výhradami voči účasti súkromného sektora na poskytovaní zdravotnej starostlivosti a môže zvýšiť pravdepodobnosť získania podpory pre Projekt od kľúčových zainteresovaných osôb. Účasť štátu tiež zmierňuje riziko nedostatočného plnenia Projektu a motivuje štát vykonávať zodpovednú kontrolu Projektu a SPV. IPPP variant preto považujeme za uskutočniteľný, aj keď stále veľmi náročný z hľadiska štruktúr, ktoré zabezpečia jeho atraktivitu a bankovateľnosť. Podobne ako ZPPP variant, aj IPPP variant bude mať výrazný dopad na existujúce právne vzťahy v sektore. Vzhľadom na čiastočnú verejnú účasť v SPV, je možné očakávať, že Projekt bude mať menšiu senzitivitu z hľadiska jeho vnímania verejnosťou. Zabezpečenie podpory odbornej verejnosti (obzvlášť vzhľadom na potrebu prepúšťania, zmien v manažmente ľudských zdrojov a prechodu zamestnancov) bude však stále kľúčové pre zabezpečenie neprerušeného a plynulého poskytovania zdravotnej starostlivosti.

C. JV

JV variant, ktorý sme posudzovali v našej správe, je v zásade variáciou IPPP variantu. Predstavuje komerčný spoločný podnik (joint venture) vytvorený štátom (alebo štátom ovládanou právnickou osobou) a právnickou osobou zo súkromného sektora, ktorého úlohou je implementácia určitého projektu. V tomto prípade nebude udelená žiadna koncesia a je v podstate v plnom rozsahu na JV ako bude Projekt v súlade so svojimi korporátnymi reštrikciami implementovať. Vzhľadom na ciele Projektu má tento variant mnoho nevýhod, kľúčovým benefitom však je, že môže byť teoreticky štruktúrovaný tak, že bude možné aplikovať flexibilnejšie a časovo menej náročné formy výberu súkromného partnera.⁵²

Nasledujúca tabuľka v hrubých rysoch sumarizuje hlavné riziká a výhody tohto variantu.

Popis	JV
Kľúčové riziká projektu z pohľadu verejného sektoru	Transparentnosť
	Komerčné správanie sa JV nezohľadňujúce verejný záujem
	Absencia účinných kontrolných a sankčných mechanizmov štátu ⁵³

⁵²Podrobnejšie právne posúdenie je obsiahnuté v časti Analýza aplikovateľných metód verejného obstarávania.

⁵³Podrobnejšie právne posúdenie je obsiahnuté v časti Analýza aplikovateľných metód verejného obstarávania nemocničného PPP projektu pri (i) inštitucionálnom alebo (ii) zmluvnom scenári, s cieľom dosiahnuť najlepšiu hodnotu vzhľadom na cenu

Posúdenie zákonnej uskutočniteľnosti foriem PPP

Benefity	Vyskúšaný variant (aj v pomeroch Slovenskej republiky)
	Potenciál využitia flexibilných a časovo menej náročných metód transparentného výberu súkromného partnera Projektu

JV považujeme za teoretický uskutočniteľný variant, ktorý však s najväčšou pravdepodobnosťou môže vyvolať kontroverzie z dôvodu netransparentnosti a príliš komerčne orientovaného prístupu. Kľúčovou výhodou sa javí možnosť vyhnúť sa zdĺhavým postupom podľa Zákona o verejnom obstarávaní.

D. Špecifický variant

Špecifický variant, ktorý sme na základe požiadavky MZ SR posudzovali v našej správe, je v zásade variáciou PSC variantu, ktorá je založená na:

- ▶ vytvorení novej účelovej právnickej osoby (SPV) výlučne ovládanej štátom. Inými slovami, kapitál takejto spoločnosti kontroluje výlučne štát,
- ▶ získaní verejnej zákazky alebo koncesie touto SPV formou tzv. "in-house" zákazky,
- ▶ sérii verejných obstarávaní na prevádzku, dizajn, výstavbu a údržbu novej nemocnice,
- ▶ poskytovaní zdravotnej starostlivosti prostredníctvom SPV ako zamestnávateľom a držiteľom povolenia,
- ▶ výbere poradcu (poskytovateľa know-how) zo súkromného sektora verejným obstarávaním.

Z praktického pohľadu sme posudzovali variant založený na koncesnej zmluve uzatvorenej medzi štátom zastúpeným MZ SR a SPV, ktorá bude následne zodpovedná za implementáciu Projektu počas celého jeho životného cyklu. Koncesnú zmluvu považujeme za vhodný nástroj na to, ako zabezpečiť plnenie cieľov a parametrov Projektu zo strany SPV v rozsahu požiadaviek štátu, teda MZ SR. Osoby súkromného sektora (stavebná spoločnosť, správca nehnuteľnosti a poskytovateľ know-how v oblasti prevádzky) sa na implementácii Projektu budú podieľať plnením záväzkov voči SPV, bez akejkoľvek finančnej participácie. Vo vzťahu k financovaniu Projektu tak bude SPV znášať všetky tri hlavné riziká Projektu, a to riziko výstavby, riziko dostupnosti ako aj riziko dopytu.

Realizácia Špecifického prípadu nevyhnutne predpokladá financovanie zo strany štátu vo forme kapitálových injekcií a z dôvodu bankovateľnosti vyžiada garancie štátu voči bankovému sektoru za externé zdroje financovania SPV. Spôsob financovania SPV je kľúčový z hľadiska posúdenia finančnej dostupnosti, a to najmä vo vzťahu k dodržaniu pravidiel rozpočtovej zodpovednosti a zvyšovaniu verejného dlhu.

Nasledujúca tabuľka v hrubých rysoch sumarizuje hlavné riziká a výhody tohto variantu.

Popis	Špecifický variant
Kľúčové riziká projektu z pohľadu verejného sektoru	Zdlhavý a nekonzistentný proces obstarávania
	Finančná dostupnosť
	Absencia spätnej väzby trhu
	Absencia synergií medzi návrhom a výstavbou nemocnice a poskytovaním služieb
Benefity	Ponechanie poskytovania zdravotnej starostlivosti v sfére verejnej kontroly
	Väčšia kontrola zo strany štátu (korporátna úroveň, zmluvná úroveň, regulačná úroveň); Priamy vplyv jediného akcionára SPV na najväčšiu zdravotnú poisťovňu
	Riziko štrajkov podstatne zmiernené faktorom elementu výlučného štátneho vlastníctva

Posúdenie zákonnej uskutočniteľnosti foriem PPP

Špecifický variant považujeme za teoreticky uskutočniteľný variant, ktorý však vyvoláva pochybnosti ohľadne synergie medzi jednotlivými fázami verejného obstarávania a dosiahnutia požadovaného stupňa efektivity nUNB. Absolútna kontrola štátu nad Projektom tiež zvýši závislosť od politických zmien.

Kľúčovou výhodou sa javí eliminácia rizík spojených s účasťou súkromného partnera a dosah zriaďovateľa SPV na Všeobecnú zdravotnú poisťovňu, a.s. Naopak nevýhodou Špecifického variantu je nedostatočná motivácia SPV (pozitívna či negatívna) maximalizovať efektivitu nUNB a dosahovať čo najvyšší štandard zdravotnej starostlivosti a závislosť personálneho obsadenia SPV na politických zmenách.

Porovnanie posudzovaných variantov

Vo svetle vyššie uvedeného, považujeme ZPPP aj IPPP za vhodné a uskutočniteľné, avšak z hľadiska štruktúr, ktoré zabezpečia atraktivitu a bankovateľnosť Projektu, veľmi náročné varianty.⁵⁴ Oba budú mať tiež významný dopad na existujúce vzťahy v rámci zdravotníckeho sektora. Vzhľadom na skutočnosť, že SPV v prípade ZPPP variantu bude úplne súkromné, Projekt bude pravdepodobne veľmi senzitívny z hľadiska jeho verejného vnímania. Získanie podpory odbornej verejnosti (obzvlášť vzhľadom na potrebu prepúšťania, zmien v manažmente ľudských zdrojov a prechodu zamestnancov) bude kľúčové pre zabezpečenie neprerušeného a plynulého poskytovania zdravotnej starostlivosti. V tomto smere sa javí vhodné zvážiť použitie IPPP variantu, ktorý je síce náročnejší vo vzťahu k jeho štruktúrálnej zložke a procesu obstarávania, výrazne však zmierňuje riziká spojené s výhradami voči účasti súkromného sektora na poskytovaní zdravotnej starostlivosti a môže zvýšiť pravdepodobnosť získania podpory pre Projekt od kľúčových zainteresovaných osôb. Účasť štátu tiež zmierňuje riziko nedostatočného plnenia Projektu a motivuje štát vykonávať zodpovednú kontrolu Projektu a SPV. Variant JV považujeme za najrizikovejší, najmä z hľadiska transparentnosti výberu súkromného partnera a rizika príliš komerčne orientovaného prístupu, ktorý nemusí byť v zhode so strategickými cieľmi MZ SR. Špecifický variant ako variáciu PSC modelu považujeme za uskutočniteľný a výhodný najmä z hľadiska kontinuity poskytovania zdravotnej starostlivosti verejným sektorom. Podobne ako tradičný PSC model však môže byť rizikový predovšetkým z hľadiska jeho finančnej dostupnosti.

⁵⁴ Pozri bližšie v časti Posúdenie právnych aspektov navrhovaných platobných mechanizmov medzi partnermi.

Posúdenie súčasného právneho rámca so zameraním na jestvujúcu sieť vzťahov v regióne

Posúdenie súčasného právneho rámca a potrieb/možností jeho úprav v dôsledku realizácie preferovanej voľby osobitne so zameraním na vplyv na jestvujúcu sieť vzťahov v regióne vrátane nového poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, personálu, pacientov, zdravotné poisťovne, vzdelávacie inštitúcie, výskumné inštitúcie, dlžníkov, veriteľov a ostatné zainteresované subjekty

1. Základný popis dopadovej oblasti

V tejto časti správy sa venujeme sieti vzťahov vytvorených medzi jednotlivými subjektmi participujúcimi na zabezpečení práva na ochranu zdravia. Implementáciou Projektu dôjde k významnému zásahu do existujúceho systému vzťahov a to zmenou alebo zánikom existujúcich vzťahov k UNB a vytvorením nových vzťahov k nUNB.

Pre úspešnú implementáciu Projektu je nevyhnutné posúdenie možnosti a dovolenosti predpokladaných zásahov do súčasného systému vzťahov, identifikácia rizík uskutočniteľnosti a možnosti mitigácie týchto rizík.

Vychádzajúc z hlavnej úlohy štátu zabezpečiť občanom právo na ochranu zdravia musia byť zmeny v existujúcom systéme plánované a koordinované, nakoľko implementácia Projektu predpokladá zásahy, ktorých následky nebude možné zvrátiť. Implementáciou Projektu nesmie byť zasiahnuté do práva občanov na ochranu zdravia.

Minimalizácia nákladov a času potrebného na vykonanie zamýšľaných zmien je ďalším nezanedbateľným determinantom uskutočniteľnosti Projektu.

V prípade, ak má niektorý zo subjektov participujúcich na poskytovaní zdravotnej starostlivosti, resp. na prevádzke zdravotníckeho zariadenia čo i len potenciálnu možnosť ohroziť, alebo znemožniť implementáciu Projektu, je potrebné toto riziko identifikovať, posúdiť jeho váhu a ohodnotiť možnosť jeho mitigácie.

Z hľadiska uskutočniteľnosti Projektu v ďalšej časti posudzujeme postavenie nového poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, personálu, pacientov, zdravotných poisťovní, vzdelávacích inštitúcií, výskumných inštitúcií, dlžníkov, veriteľov a ostatných zainteresovaných subjektov a ich vzájomnú interakciu.

2. Právny rámec dopadovej oblasti

Pre identifikáciu rizík uskutočniteľnosti Projektu, posúdenie ich váhy a návrh účinných mitigačných opatrení analyzujeme v tejto časti právne postavenie jednotlivých subjektov s vplyvom na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, resp. prevádzku zdravotníckeho zariadenia a spôsob ich interakcie s nUNB.

Právo na ochranu zdravia je vykonávané prostredníctvom interakcie troch hlavných skupín subjektov:

- ▶ **Pacienti**
- ▶ **Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti**
- ▶ **Verejné zdravotné poisťovne**

Vzájomné práva, povinnosti a zodpovednosti troch hlavných subjektov sú regulované štátom za účelom dosiahnutia funkčného a udržateľného systému poskytovania zdravotnej starostlivosti. Sektor poskytovania zdravotnej starostlivosti je determinovaný vzájomnými vzťahmi týchto subjektov a štátom ako regulátorom a najväčším vlastníkom zdravotníckej infraštruktúry.

Regulačnú funkciu a dohľad štátu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti zabezpečuje štát prostredníctvom:

- ▶ **NRSR**
- ▶ **Vlády SR**
- ▶ **Orgánov štátnej správy:**
 - MZ SR
 - ÚDZS
 - ÚVZ
 - ŠÚKL
 - Operačné stredisko záchrannej zdravotnej služby Slovenskej republiky

Posúdenie súčasného právneho rámca so zameraním na jestvujúcu sieť vzťahov v regióne

- NCZI
- NTS

Mimo rámca štátneho sektora špecifikovaného vyššie ďalej posudzujeme nasledovné subjekty:

► **Vyšší územný celok**

- **BSK** (vo vzťahu k nUNB)

► **ZP**

- Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.
- Dôvera, a.s.
- Union, a.s.

► **Asociácie zamestnávateľov**

- Asociácia štátnych nemocníc Slovenskej republiky (vo vzťahu k UNB)

► **Profesijné združenia**

- Slovenská lekárska komora
- Slovenská komora zubných lekárov
- Slovenská komora farmaceutov
- Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek
- Slovenská komora medicínsko-technických pracovníkov
- Slovenská komora fyzioterapeutov
- Slovenská komora zubných technikov
- Slovenská komora ortopedických technikov
- Slovenská komora psychológov

► **Odborové organizácie (národné)**

- Slovenský odborový zväz zdravotníckych a sociálnych služieb (ďalej len „SOZZaSS“)
- Lekárske odborové združenie (ďalej len „LOZ“)
- Odborové združenie sestier a pôrodných asistentiek (ďalej len „OZSaPA“)

► **Odborové organizácie v rámci UNB**

- Základná odborová organizácia SOZ ZaSS pri UNB Ružinov
- Slovenské lekárske odbory pri UNB Ružinov
- Základná odborová organizácia SOZ ZaSS pri UNB akad. L. Dédera
- Lekárske odborové združenie pri UNB akad. L. Dédera
- Základná odborová organizácia SOZ ZaSS pri UNB sv. Cyrila a Metoda
- Slovenské lekárske odbory pri UNB sv. Cyrila a Metoda
- Základná odborová organizácia pri UNB Staré Mesto
- Slovenské lekárske odbory pri UNB Staré Mesto
- Základná odborová organizácia pri UNB Podunajské Biskupice
- Základná odborová organizácia Slovenského odborového syndikátu anesteziológov a intenzivistov pri UNB

► **Vzdelávacie inštitúcie**

- Univerzita Komenského v Bratislave (ďalej len „UK“)

Posúdenie súčasného právneho rámca so zameraním na jestvujúcu sieť vzťahov v regióne

- Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislava (ďalej len „SZU“)
- ▶ **Výskumné inštitúcie**
 - Slovenská akadémia vied (ďalej len „SAV“)
 - Slovenská Technická univerzita (ďalej len „STU“)
- ▶ **Pacienti**
 - občania Slovenskej republiky
 - občania v štátnej službe s obmedzeným právom voľby poskytovateľa
 - občania členských štátov EÚ
 - občania tretích štátov
- ▶ **Zdravotnícky personál**
 - lekári
 - zubní lekári
 - farmaceuti
 - sestry
 - pôrodné asistentky
 - fyzioterapeuti
 - verejní zdravotníci
 - zdravotnícki laboranti
 - asistenti výživy
 - dentálni hygienici
 - rádiologickí technici
 - zdravotnícki záchranári
 - zubní technici
 - technici pre zdravotnícke pomôcky
 - optometristi
 - farmaceutickí laboranti
 - maséri
 - oční optici
 - ortopedickí technici
 - zdravotnícki asistenti
 - zubní asistenti
 - sanitári.
- ▶ **Jestvujúci poskytovatelia zdravotnej starostlivosti**
 - spolupracujúci s UNB
 - nájomcovia UNB
 - bez vzťahu k UNB
- ▶ **UNB ako poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, zamestnávateľ a správca majetku štátu, zmluvný partner**
- ▶ **nUNB ako poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, zamestnávateľ a zmluvný partner**

Posúdenie súčasného právneho rámca so zameraním na jestvujúcu sieť vzťahov v regióne

Pre lepšie pochopenie úlohy jednotlivých subjektov sektora zdravotnej starostlivosti a pochopenie vzťahu k nUNB a následným dopadom na tieto vzťahy v prípade použitia preferovaného variantu špecifikujeme v ďalšej časti základné kompetencie týchto subjektov a spôsob ich interakcie s nUNB.

NR SR

NR SR je jediným ústavodarným a zákonodarným orgánom Slovenskej republiky. Vo vzťahu k implementácii Projektu nUNB je NR SR oprávnená uznávať sa na Ústave Slovenskej republiky, ústavných a ostatných zákonoch a kontrolovať, ako sa dodržiavajú.

NRSR má v kompetencii prijatie zmien legislatívy na úrovni zákona. Implementácia Projektu nUNB môže byť, okrem iného, limitovaná ustanoveniami nasledovných zákonov⁵⁵:

- ▶ Zákon o zdravotnej starostlivosti
- ▶ Zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti
- ▶ Zákon o zdravotnom poistení
- ▶ Zákon o zdravotných poisťovniach
- ▶ Zákon o poskytovaní dotácií v pôsobnosti MZ SR
- ▶ Zákonník práce.

Súčasná právna úprava umožňuje súkromným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti prevádzkovať zariadenia za rovnakých podmienok ako verejným poskytovateľom. V zásade preto nie je daná potreba zmeny legislatívy v tom ohľade, že zdravotná starostlivosť pôvodne poskytovaná štátnou príspevkovou organizáciou bude poskytovaná prevádzkovateľom nUNB ako obchodnou spoločnosťou s rôznou mierou účasti štátu podľa posudzovaných variantov. Špecifické zmeny, ktoré sa javia ako vhodné vo vzťahu ku koncesným nemocniciam, však rozoberáme v časti Záverečnej správy Štúdie uskutočniteľnosti s názvom „Posúdenie súčasného právneho rámca a potrieb/možností jeho úprav v dôsledku realizácie preferovanej voľby osobitne so zameraním na existenciu masívnej sektorovej regulácie“.

Vláda SR

Vláda SR je najvyšším orgánom výkonnej moci. Vláda SR rozhoduje o zásadných opatreniach na zabezpečenie hospodárskej a sociálnej politiky Slovenskej republiky. Vláda SR v rámci svojej právomoci prijíma podzákonné normy ovplyvňujúce fungovanie sektora zdravotnej starostlivosti.

Za najzásadnejšie normy (v kompetencii Vlády SR) vo vzťahu k implementácii Projektu považujeme Nariadenie vlády SR o verejnej minimálnej sieti. Toto nariadenie vlády ustanovuje verejnú minimálnu sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú ambulantnú zdravotnú starostlivosť, poskytovateľov, ktorí poskytujú ústavnú zdravotnú starostlivosť a v rámci verejnej minimálnej siete poskytovateľov pevnú sieť poskytovateľov a koncovú sieť poskytovateľov.

Vláda SR zároveň nariadením č. 752/2004 Z.z. ktorým sa vydávajú indikátory kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti, stanovuje indikátory kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti. Zdravotné poisťovne sú povinné pri uzatváraní zmlúv s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti zohľadňovať plnenie indikátorov kvality.⁵⁶

Potreba legislatívnych zmien v kompetencii Vlády SR je predmetom samostatnej časti Záverečnej správy Štúdie uskutočniteľnosti s názvom „Posúdenie súčasného právneho rámca a potrieb/možností jeho úprav v dôsledku realizácie preferovanej voľby osobitne so zameraním na existenciu masívnej sektorovej regulácie“.

⁵⁵Výpočet zákonov dotknutých implementáciou Projektu je len ilustratívny. Sumár legislatívnych zmien je predmetom samostatnej časti Záverečnej správy s názvom „Analýza právnych dopadov Projektu z pohľadu (i) medzinárodných záväzkov Slovenskej republiky, (ii) Ústavy Slovenskej republiky a (iii) všeobecne záväzných právnych predpisov Slovenskej republiky“

⁵⁶§ 7 ods. 7 Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti

Posúdenie súčasného právneho rámca so zameraním na jestvujúcu sieť vzťahov v regióne

MZ SR

MZ SR je ústredným orgánom štátnej správy pre oblasť zdravotnej starostlivosti. Kompetencia MZ SR vo vzťahu k poskytovateľom zdravotnej starostlivosti je v princípe daná ustanoveniami Zákona o zdravotnej starostlivosti nasledovne:

- ▶ vypracúva návrhy zásadných smerov a priorít rozvoja štátnej zdravotnej politiky,
- ▶ odborne usmerňuje poskytovanie zdravotnej starostlivosti,
- ▶ vydáva štandardné diagnostické postupy a štandardné terapeutické postupy,
- ▶ riadi celoštátne programy zamerané na ochranu, zachovanie a navrátenie zdravia,
- ▶ koordinuje výskumnú činnosť v zdravotníctve a uplatňovanie výsledkov vedeckého výskumu v praxi,
- ▶ spravuje sieť a sústavu študijných odborov na stredných zdravotníckych školách,
- ▶ riadi a kontroluje výchovu a výučbu v zdravotníckom školstve a určuje a spravuje sieť stredných zdravotníckych škôl a študijných odborov stredných zdravotníckych škôl v spolupráci s Ministerstvom školstva Slovenskej republiky,
- ▶ riadi, kontroluje a spravuje sieť študijných odborov, študijných programov a zdravotníckych vysokých škôl a univerzít, ktoré pripravujú zdravotníckych pracovníkov,
- ▶ riadi ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov,
- ▶ vydáva osvedčenia o akreditácii špecializačných študijných programov a o akreditácii certifikačných študijných programov,
- ▶ vydáva povolenia a iné rozhodnutia vo veciach ustanovených osobitným predpisom,
- ▶ vykonáva dozor nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti podľa osobitného predpisu.

MZ SR je cenovým orgánom pre oblasti cien výrobkov, služieb a výkonov v zdravotníctve a v oblasti cien nájmu nebytových priestorov v zdravotníckych zariadeniach⁵⁷ v nasledovnom rozsahu:

- ▶ ustanovuje podmienky pre dohodovanie a reguláciu cien podľa tohto zákona,
- ▶ rozhoduje vo veciach regulácie cien,
- ▶ určuje rozsah cenovej evidencie,
- ▶ určuje zásady cenovej kontroly,
- ▶ vykonáva cenovú kontrolu a uskutočňuje konanie vo veciach porušenia cenovej disciplíny,
- ▶ zabezpečuje informačný systém pre potreby vyhodnocovania vývoja cien, regulácie cien, cenovej kontroly a konania vo veciach porušenia cenovej disciplíny,
- ▶ informuje verejnosť o výsledkoch konaní vo veciach porušenia cenovej disciplíny.

Potreba legislatívnych zmien v kompetencii MZ SR je predmetom samostatnej časti Záverečnej správy Štúdie uskutočniteľnosti s názvom „Posúdenie súčasného právneho rámca a potrieb/možností jeho úprav v dôsledku realizácie preferovanej voľby osobitne so zameraním na existenciu masívnej sektorovej regulácie“.

ÚDZS

ÚDZS bol zriadený Zákomom o zdravotných poisťovniach. ÚDZS bolo v oblasti verejnej správy zverené vykonávanie:

- ▶ dohľadu nad verejným zdravotným poistením,
- ▶ dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

Do pôsobnosti ÚDZS patrí taktiež implementácia nového platobného systému DRG („diagnoses related groups“), ktorý bude mať významný vplyv na prevádzku, resp. príjmy z medicínskej prevádzky nUNB.

⁵⁷ § 20 ods. 3 zákona č. 18/1996 Z.z. o cenách

Posúdenie súčasného právneho rámca so zameraním na jestvujúcu sieť vzťahov v regióne

ÚVZ

ÚVZ je rozpočtová organizácia štátu s pôsobnosťou pre územie Slovenskej republiky so sídlom v Bratislave, ktorá je zapojená finančnými vzťahmi na rozpočet MZ SR. ÚVZ odborne a metodicky riadi, usmerňuje a kontroluje výkon štátnej správy v oblasti verejného zdravotníctva uskutočňovaný regionálnymi úradmi verejného zdravotníctva v Slovenskej republike.

Vo vzťahu k implementácii projektu nUNB bude ÚVZ cestou regionálneho úradu vydávať rozhodnutie o uvedení priestorov nUNB do prevádzky⁵⁸.

ÚVZ bude cestou regionálneho úradu taktiež kontrolovať plnenie podmienok ochrany zdravia pri práci v nUNB.

ŠÚKL

ŠÚKL je orgánom štátnej správy na úseku humánnej farmácie a drogových prekurzorov. ŠÚKL je rozpočtová organizácia MZ SR.

ŠÚKL:

- ▶ vykonáva štátny dozor na úseku humánnej farmácie a drogových prekurzorov,
- ▶ vykonáva laboratórnu kontrolu liečiv, pomocných látok a humánnych liekov; vykonávaním laboratórnej kontroly liečiv, pomocných látok a humánnych liekov môže poveriť iné kontrolné laboratórium,
- ▶ schvaľuje laboratória na kontrolu liečiv, pomocných látok a humánnych liekov,
- ▶ prejednáva priestupky a iné správne delikty a ukladá pokuty,
- ▶ vydáva
 - posudok na materiálne a priestorové vybavenie,
 - rozhodnutie o registrácii humánnych liekov,
 - povolenie na klinické skúšanie humánneho lieku a zdravotníckej pomôcky a dohliada nad jeho vykonávaním,
 - osvedčenie o dodržiavaní požiadaviek správnej výrobnéj praxe, osvedčenie o dodržiavaní požiadaviek správnej veľkodistribučnej praxe a osvedčenie o splnení požiadaviek uvedených v Európskom liekopise,
 - stanovisko k žiadosti o povolenie očkovacej kampane,
- ▶ vykonáva dohľad nad humánnymi liekmi (farmakobdelosť), zaznamenáva a vyhodnocuje oznámenia o nežiaducich účinkoch humánnych liekov vrátane krvi, zložiek z krvi, transfúzných liekov, skúšaných produktov a skúšaných humánnych liekov,
- ▶ vykonáva štátny dohľad nad trhom so zdravotníckymi pomôckami.

Vo vzťahu k nUNB bude ŠÚKL vykonávať svoje právomoci najmä vo vzťahu k humánnym liečivám, materiálnemu a priestorovému vybaveniu. ŠÚKL vydá súhlasný posudok na materiálne a priestorové vybavenie nUNB ako žiadateľa o povolenie na zaobchádzanie s humánnymi liekmi a so zdravotníckymi pomôckami.

ŠÚKL bude nUNB schvaľovať žiadosti o klinické skúšanie humánnych liekov a bude vykonávať kontrolu pri dodržiavaní podmienok stanovených v zákonoch, protokole klinického skúšania a pravidlách správnej klinickej praxe.

Operačné stredisko tiesňového volania záchranej zdravotnej služby

Operačné stredisko tiesňového volania záchranej zdravotnej služby je povinné riadiť, koordinovať a vyhodnocovať činnosť záchranej zdravotnej služby tak, aby sa zabezpečila jej plynulosť a nepretržitosť, ako aj zabezpečiť technické podmienky na telekomunikačné prepojenie a prenos informácií vrátane satelitného monitorovania vozidla

⁵⁸§ 13 ods. 4 písm. a) zákona č. 355/2007 Z.z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Posúdenie súčasného právneho rámca so zameraním na jestvujúcu sieť vzťahov v regióne

ambulancie záchranej zdravotnej služby s poskytovateľmi záchranej zdravotnej služby príslušnými zariadeniami ústavnej zdravotnej starostlivosti a s ostatnými zložkami integrovaného záchranného systému.⁵⁹

Operačné stredisko tiesňového volania záchranej zdravotnej služby je povinné zabezpečiť technické podmienky na telekomunikačné prepojenie a prenos informácií vrátane satelitného monitorovania vozidla ambulancie záchranej zdravotnej služby s poskytovateľmi záchranej zdravotnej služby, s nUNB a s ostatnými zložkami integrovaného záchranného systému.

Poskytovateľ záchranej zdravotnej služby je povinný odborne prepraviť bez zbytočného odkladu osobu, ak si to vyžaduje jej zdravotný stav, do najbližšieho zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti alebo do zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa pokynu operačného strediska záchranej zdravotnej služby alebo koordinačného strediska, ktoré je schopné poskytnúť diagnostiku a liečbu nadväzujúcu na poskytnutú neodkladnú zdravotnú starostlivosť.

Poskytovateľ záchranej zdravotnej služby je tiež povinný odborne prepraviť na pokyn operačného strediska záchranej zdravotnej služby osobu, ak si to vyžaduje jej zdravotný stav, z jedného zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti do iného zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti.

Operačné stredisko tiesňového volania záchranej zdravotnej služby môže určiť nUNB ako zdravotnícke zariadenie ústavnej zdravotnej starostlivosti, do ktorého má byť osoba prepravená.

NCZI

NCZI je štátna príspevková organizácia, ktorej zriaďovateľom je MZ SR. Postavenie a úlohy NCZI upravuje zákon č. 153/2013 Z. z. o národnom zdravotníckom informačnom systéme a o zmene a doplnení niektorých zákonov. NCZI vykonáva úlohy v oblasti:

- ▶ informatizácie zdravotníctva, správy národného zdravotníckeho informačného systému,
- ▶ štandardizácie zdravotníckej informatiky,
- ▶ zdravotníckej štatistiky,
- ▶ správy národných zdravotníckych administratívnych registrov a národných zdravotných registrov,
- ▶ poskytovania knižnično-informačných služieb z oblasti lekárskeho vied a zdravotníctva.

NCZI v rámci svojej činnosti spolupracuje s inštitúciami ako sú Štatistický úrad Slovenskej republiky, ÚDZS, ÚVZ, ŠÚKL, ústavy Slovenskej akadémie vied, poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, zdravotnícke profesijné a stavovské organizácie, ZP a lekárske fakulty. Prevádzkovateľ nUNB bude povinný dodržiavať štandardy zdravotníckej informatiky. NCZI bude mať prístup k osobným údajom pacientov nUNB.

NTS

NTS bola zriadená za základným účelom plnenia úloh súvisiacich s komplexnou produkciou krvných prípravkov v podmienkach maximálnej efektívnosti, zabezpečením hemoterapie najvyššej možnej kvality a bezpečnosti v požadovanom objeme dosiahnutia národnej sebestačnosti v jej produkcii. Taktiež účelom zriadenia NTS je dosiahnutie a doriešenie odporúčaní, aby krv a jej zložky, bez ohľadu na ich plánované využitie, vykazovali v rámci krvného transfúzneho reťazca vo všetkých regiónoch Slovenskej republiky porovnateľnú kvalitu a bezpečnosť, pričom prioritou pri odbere, spracovaní, distribúcii a využití krvi a krvných zložiek bude ochrana zdravia verejnosti a účinná prevencia prenosu infekčných chorôb. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, vrátane UNB a neskôr nUNB uzatvárajú s NTS zmluvy, predmetom ktorých je dodávka krvných prípravkov nevyhnutných pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

BSK

V zmysle ustanovení zákona č. 302/2001 Z.z. o samospráve vyšších územných celkov (zákon o samosprávnych krajoch) BSK zabezpečuje tvorbu a plnenie programu sociálneho, ekonomického a kultúrneho rozvoja územia samosprávneho kraja.

⁵⁹ § 3 ods. 3 zákona č. 579/2004 Z.z. o záchranej zdravotnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Posúdenie súčasného právneho rámca so zameraním na jestvujúcu sieť vzťahov v regióne

BSK vydáva v rámci preneseného výkonu štátnej správy povolenie na prevádzkovanie všeobecnej nemocnice.⁶⁰

Orgán príslušný na vydanie povolenia vydá povolenie nUNB, ak

- ▶ má určeného odborného zástupcu s licenciou na výkon činnosti odborného zástupcu,
- ▶ má vo vlastníctve alebo nájme priestory, v ktorých sa bude zdravotná starostlivosť poskytovať,
- ▶ priestory, v ktorých sa bude zdravotná starostlivosť poskytovať spĺňajú požiadavky z hľadiska ochrany zdravia.

nUNB v žiadosti o vydanie povolenia uvedie:

- ▶ obchodné meno, sídlo, právnu formu, identifikačné číslo, ak už bolo pridelené, meno, priezvisko a miesto trvalého pobytu osoby alebo osôb, ktoré sú štatutárnym orgánom,
- ▶ meno, priezvisko, dátum narodenia a údaj o štátnom občianstve odborného zástupcu,
- ▶ miesto trvalého pobytu odborného zástupcu; ak je miesto trvalého pobytu mimo územia Slovenskej republiky, aj miesto prechodného pobytu na území Slovenskej republiky,
- ▶ druh zdravotníckeho zariadenia a jeho odborné zameranie,
- ▶ miesto prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia.

nUNB k žiadosti o vydanie povolenia doloží:

- ▶ doklad o založení právnickej osoby a ak ide o právnickú osobu, aj výpis z obchodného registra,
- ▶ právoplatné rozhodnutie o vydaní licencie na výkon činnosti odborného zástupcu,
- ▶ doklad o vlastníctve alebo zmluvu o nájme priestorov, v ktorých sa bude zdravotná starostlivosť poskytovať,
- ▶ rozhodnutie príslušného orgánu verejného zdravotníctva o návrhu na uvedenie priestorov do prevádzky,
- ▶ čestné vyhlásenie, že v období dvoch rokov pred podaním žiadosti nemala zrušené povolenie z dôvodov ustanovených v § 19 ods. 1 písm. c), d) alebo e) Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, a že údaje uvedené v žiadosti a predložené listiny sú pravdivé.

ZP

ZP sú akciové spoločnosti so sídlom na území Slovenskej republiky založené na účely vykonávania verejného zdravotného poistenia na základe povolenia na vykonávanie verejného zdravotného poistenia. ZP prijímajú a prerozdeľujú poisťné na verejné zdravotné poistenie. ZP uzatvárajú zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.

Vo vzťahu k príjmom nUNB z poskytovania medicínskych služieb budú ZPKľúčovým partnerom. Pre životaschopnosť a financovateľnosť projektu nUNB budú musieť zmluvy uzatvorené so ZP zabezpečiť pre nUNB udržateľný a predvídateľný zdroj príjmov. Zmluvy so ZP tak budú spoločne so zmluvami medzi prevádzkovateľom (a/alebo developerom) nUNB a štátom determinovať bankovateľnosť a tým aj uskutočniteľnosť Projektu.

Vzhľadom na vyššie uvedené, podmienky zmlúv zo ZP musia reflektovať na túto skutočnosť a zároveň spĺňať predpisy upravujúce hospodársku súťaž a štátnu pomoc. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s. je pod priamou kontrolou MZ SR. Zdravotné poisťovne Dôvera, a.s. a Union, a.s. sú spoločnosťami pod kontrolou súkromného sektora. MZ SR má ako vlastník možnosť (pri dodržaní pravidiel ohľadne štátnej pomoci) usmerniť kontraktačnú voľnosť Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a.s., nemá však možnosť zasiahnuť do zmluvnej autonómie ostatných ZP. Vzhľadom na technické parametre projektu však existuje dôvodný predpoklad, že zdravotné poisťovne Dôvera, a.s. a Union, a.s. budú mať záujem o uzatvorenie zmlúv s nUNB a zabezpečiť tak pre svojich poisťencov prístup k zdravotnej starostlivosti na európskej úrovni.

⁶⁰ § 11 ods. 2 písm. g) zákona č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Posúdenie súčasného právneho rámca so zameraním na jestvujúcu sieť vzťahov v regióne

Profesijné komory

Profesijné komory neprichádzajú do priameho styku s prevádzkovateľmi zdravotníckych zariadení. Vydávajú však licencie potrebné pre výkon zdravotníckeho povolania a môžu svojim členom ukladať povinnosti vo vzťahu k dodržiavaniu štandardov jednotlivých zdravotníckych profesií.

Vo vzťahu k nUNB môžu profesijné komory uplatniť kompetencie dané zákonom č. 184/2009 Z.z. o odbornom vzdelávaní a príprave a o zmene niektorých zákonov.

Profesijné komory sa podieľajú na tvorbe normatívov materiálno-technického a priestorového zabezpečenia pre zdravotnícke zariadenia, v ktorých sa uskutočňuje praktické vyučovanie žiakov študijných odborov a učebných odborov pripravujúcich na výkon zdravotníckeho povolania,

nUNB môže pôsobiť ako centrum odborného vzdelávania a prípravy, ak o tom so súhlasom nUNB rozhodne príslušná stavovská organizácia alebo profesijná organizácia a ak spolupracuje s príslušnou stavovskou organizáciou alebo profesijnou organizáciou a poskytuje odborné vzdelávanie a prípravu na výkon daného povolania a odborných činností a má personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie podľa osobitného predpisu.⁶¹

Odborové organizácie na národnej úrovni

V súlade s ustanoveniami zákona č. 2/1991 Zb. o kolektívnom vyjednávaní dojednávajú odborové orgány a zamestnávateľa, resp. organizácie zamestnávateľov kolektívne zmluvy vyššieho stupňa.

Kolektívne zmluvy vyššieho stupňa sa uzatvárajú pre celé odvetvie⁶². MZ SR je oprávnené rozhodnúť o tom, že kolektívna zmluva vyššieho stupňa sa vzťahuje aj na nUNB ako prevádzkovateľa zdravotníckeho zariadenia a zamestnávateľa zdravotníckych pracovníkov napriek tomu, že prevádzkovateľ ani jeho odborová organizácia nie sú účastníkmi kolektívnej zmluvy vyššieho stupňa.

Odborové organizácie na úrovni UNB

Odborové organizácie na úrovni UNB budú nepochybne zohrávať dôležitú úlohu vo vzťahu k prechodu zamestnancov z UNB do nUNB, resp. vo vzťahu k ukončeniu prevádzky nemocníc Kramáre, Staré Mesto a Ružinov. Zoznam dotknutých odborových organizácií a spôsob interakcie s UNB a nUNB sú popísané v časti „Posúdenie právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti“.

Univerzity

Univerzity sú zmluvnými partnermi UNB a ak má byť nUNB univerzitnou nemocnicou, musí sa aspoň jedna univerzita stať zmluvným partnerom nUNB v oblasti praktickej výučby. Univerzity budú mať eminentný záujem na zabezpečení podmienok na vzdelávanie svojich poslucháčov. Na druhej strane nUNB potrebuje spolupracovať s Univerzitami, alebo aspoň s jednou z nich, za účelom splnenia podmienok v zmysle ustanovenia § 16 Vyhlášky MZ SR č. 770/2004 Z.z., ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení.

Interakcia medzi Univerzitami a nUNB je bližšie špecifikovaná v časti „Posúdenie právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti“.

Výskumné inštitúcie

Slovenská akadémia vied (SAV) spolupracuje s klinikami a ústavmi UNB na „ad hoc“ báze prostredníctvom svojich ústavov (Endokrinologický ústav SAV, Virologický ústav SAV). Príkladom je spolupráca Ústavu experimentálnej endokrinológie SAV s V. Internou klinikou LFUK pri riešení vedecko-výskumného grantového projektu Siedmeho rámcového programu Európskej iniciatívy lipidomiky (Seventh Framework Program – Lipid droplets as dynamic

⁶¹ Vyhláška MZSR č. 770/2004 Z.z., ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení neskorších predpisov. Výnos MZSR č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení.

⁶² § 4 ods. 3 zákona č. 2/1991 Zb. o kolektívnom vyjednávaní

Posúdenie súčasného právneho rámca so zameraním na jestvujúcu sieť vzťahov v regióne

organelles of fat deposition and release: translational towards human disease, Contract N° HEALTH 2007-2.1.1-6; SYNOPSIS).⁶³

Podmienky a trvanie jednotlivých výskumných projektov nie sú predmetom posudzovania Štúdie uskutočniteľnosti. Vytvorenie podmienok pre pokračovanie a rozvoj ďalšej výskumnej činnosti však bude v spoločnom záujme Univerzít a výskumných inštitúcií.

Pri plánovaní procesu transferu kapacít z UNB do nUNB bude potrebné dbať na zabezpečenie potrieb výskumu a vývoja a na základe spätnej väzby trhu bude musieť MZ SR rozhodnúť, ktorá časť výskumných kapacít zostane zachovaná v rámci štruktúr UNB a ktorá bude vykonávaná v zdravotníckom zariadení nUNB, a to aj s ohľadom na plánovanú výstavbu BioMedParku.

Pacienti

Systém poskytovania zdravotnej starostlivosti je v Slovenskej republike budovaný na slobodnej voľbe poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Pacient je samostatný subjekt, ktorý je vo vzťahu k voľbe poskytovateľa zdravotnej starostlivosti limitovaný len existenciou zmluvy medzi konkrétnym poskytovateľom a zdravotnou poisťovňou pacienta. Za účelom zabezpečenia dopytu po službách nUNB bude potrebné pacientov motivovať k uzatváraniu dohôd o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s nUNB, a to pozitívne, teda vysokou mierou kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti, a taktiež negatívne, teda znížením existujúcej ponuky zdravotnej starostlivosti v spádovej oblasti nUNB. Rozumieme, že negatívna motivácia bude čiastočne zabezpečená uzatvorením nemocníc Kramáre, Ružinov a Staré Mesto.

Zachovanie práva pacientov na ochranu zdravia a prístup k zdravotnej starostlivosti je nevyhnutnou podmienkou ktoréhokoľvek scenára implementácie Projektu.

Interakcia medzi pacientmi a nUNB je bližšie špecifikovaná v časti „Posúdenie právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a identifikácia právnych nástrojov/ štruktúr podporujúcich plynulý prevod/prechod a urovnanie jestvujúcich právnych vzťahov, osobitne k personálu, pacientom, zdravotným poisťovňam, dlžníkom, veriteľom a ďalším“.

Zdravotnícky personál

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti ako držiteľ povolenia poskytuje zdravotnú starostlivosť cestou fyzických osôb – zdravotníckych pracovníkov. Zdravotnícke povolanie sa vykonáva:⁶⁴

- ▶ v pracovnoprávnom vzťahu alebo v obdobnom pracovnom vzťahu,
- ▶ na základe povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia,
- ▶ na základe licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe,
- ▶ na základe licencie na výkon lekárskej posudkovej činnosti alebo,
- ▶ na základe živnostenského oprávnenia podľa osobitného predpisu.

V zmysle ustanovenia § 68 ods. 1 Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti sa licencie vydávajú:

- ▶ na výkon samostatnej zdravotníckej praxe zdravotníckym pracovníkom v povolaní lekár, zubný lekár, sestra, pôrodná asistentka, fyzioterapeut, masér, logopéd, liečebný pedagóg a psychológ,
- ▶ na výkon zdravotníckeho povolania zdravotníckym pracovníkom v povolaní lekár, zubný lekár, farmaceut, sestra, pôrodná asistentka, fyzioterapeut, verejný zdravotník, zdravotnícky laborant, asistent výživy, dentálna hygienička, rádiologický technik, zdravotnícky záchranár, technik pre zdravotnícke pomôcky, farmaceutický laborant, ortopedický technik, logopéd, psychológ, liečebný pedagóg, fyzik a laboratórny diagnostik,
- ▶ na výkon činnosti odborného zástupcu zdravotníckym pracovníkom v povolaní lekár, zubný lekár, farmaceut, sestra, pôrodná asistentka, fyzioterapeut, verejný zdravotník, zdravotnícky laborant, asistent výživy, dentálna

⁶³Zdroj.: <http://www.fmed.uniba.sk/?id=4463>

⁶⁴§ 3 ods. 4 Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti

Posúdenie súčasného právneho rámca so zameraním na jestvujúcu sieť vzťahov v regióne

hygienička, rádiologický technik, zdravotnícky záchranár, technik pre zdravotnícke pomôcky, farmaceutický laborant, ortopedický technik, logopéd, psychológ, liečebný pedagóg, fyzik a laboratórny diagnostik,

- na výkon lekárskej posudkovej činnosti v povolani lekárov.

Licenciu na výkon samostatnej zdravotníckej praxe vydáva príslušná profesijná komora zdravotníckemu pracovníkovi, pokiaľ nemá a neplánuje mať svoje vlastné súkromné zdravotnícke zariadenie, ale bude poskytovať zdravotnú starostlivosť u iných poskytovateľov, ktorí už povolenie na prevádzkovanie zariadenia zdravotnej starostlivosti majú. V tomto prípade zdravotnícky pracovník nie je zamestnancom iného poskytovateľa, ktorý prevádzkuje zdravotnícke zariadenie.

Licenciu na výkon zdravotníckeho povolania vydáva príslušná profesijná komora pre zdravotníckych pracovníkov, zamestnancov, od ktorých to vyžaduje zamestnávateľ, alebo zamestnancov, ktorí chcú poskytovať zdravotnú starostlivosť ako fyzické osoby. Ide o lekárov, ktorí budú mať svoje zdravotnícke zariadenie a budú si ďalej vybavovať povolenie na poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

V rámci UNB vykonávajú zdravotnícki pracovníci zdravotnícke povolanie na základe pracovnoprávných vzťahov.

Vzťah medzi zdravotníckymi pracovníkmi a nUNB môže byť založený na pracovnoprávnom základe, prípadne na vzťahu prenajímateľa a nájomcu.

Jestvujúci poskytovatelia zdravotnej starostlivosti

► UNB

UNB je štátnou príspevkovou organizáciou zriadenou MZ SR. Postavenie štátnych príspevkových organizácií upravuje Zákon o rozpočtových pravidlách verejnej správy. UNB je právnickou osobou s právnou subjektivitou. V právnych vzťahoch vystupuje vo svojom mene a zodpovedá za záväzky z nich vyplývajúce. UNB tvorí jednotný funkčný, organizačný a hospodársky celok. Jej súčasťou sú nemocnice:

- Nemocnica Ružinov, Ružinovská 6, Bratislava,
- Nemocnica akad. L. Déreza, Limbová 5, Bratislava, označovaná aj ako Nemocnica Kramáre
- Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Antolská 11, Bratislava,
- Nemocnica Staré Mesto, Mickiewiczova 13, Bratislava,
- Detašované pracovisko Nemocnice Ružinov, Krajinská 91, Bratislava,
- Špecializovaná geriatrická nemocnica Podunajské Biskupice (ďalej len „ŠGN“), Krajinská 91, Bratislava.

Základným poslaním UNB je plnenie úloh súvisiacich so starostlivosťou o ochranu, zachovanie a navrátenie zdravia ľudí poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Predmetom činnosti UNB je komplexné poskytovanie ústavnej aj ambulantnej zdravotnej starostlivosti v súlade so zriaďovacou listinou a platným povolením na poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Zdravotná starostlivosť zahŕňa prevenciu, dispenzarizáciu, diagnostiku, liečbu, biomedicínsky výskum, ošetrovateľskú starostlivosť a pôrodnú asistenciu.

Na plnenie svojich úloh má UNB v správe hnuiteľný a nehnuteľný majetok štátu, vrátane finančných prostriedkov, pohľadávok a iných majetkových práv Slovenskej republiky.

UNB pri výkone správy majetku štátu je oprávnená a povinná najmä:

- využívať tento majetok na plnenie úloh v rámci predmetu činnosti alebo v súvislosti s ním,
- nakladať s ním v súlade so Zákonom o správe majetku štátu a súvisiacimi právnymi predpismi,
- udržiavať majetok v riadnom stave a využívať všetky právne prostriedky na jeho ochranu,
- dbať, aby nedošlo k jeho poškodeniu, strate, zneužitiu alebo zmenšeniu,
- podľa platnej právnej úpravy evidovať spravovaný majetok štátu,
- viesť o majetku štátu účtovníctvo v rozsahu a spôsobom ustanoveným osobitným predpisom,

Posúdenie súčasného právneho rámca so zameraním na jestvujúcu sieť vzťahov v regióne

- dodržiavať právne upravený postup pri nakladaní s prebytočným, dočasne prebytočným a neupotrebitelným majetkom štátu.

► Poskytovatelia spolupracujúci s UNB

Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti odlišný od UNB spolupracujú s UNB na základe zmlúv. UNB vstupuje do zmluvných vzťahov s inými poskytovateľmi prevažne z kapacitných dôvodov, teda buď v dôsledku nedostatku vlastných kapacít, alebo naopak z dôvodu prebytku kapacít. UNB zabezpečuje pre niektorých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti prepravu a zneškodnenie biologického odpadu, alebo zabezpečuje vykonanie RTG vyšetrení.

UNB spolupracuje so špecializovanými ústavmi ako Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, alebo Národný onkologický ústav⁶⁵.

UNB v postavení správcu majetku štátu v súlade so Zákonom o správe majetku štátu prenajíma priestory iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, zväčša ambulantnej.

nUNB

nUNB chápeme z hľadiska predpisov upravujúcich poskytovanie zdravotnej starostlivosti ako prevádzkovateľa zdravotníckeho zariadenia ambulantnej zdravotnej starostlivosti a ústavnej zdravotnej starostlivosti.⁶⁶

Za súčasného právneho stavu môže nUNB prevádzkovať zdravotnícke zariadenie na základe povolenia BSK na prevádzkovanie všeobecnej nemocnice.⁶⁷

nUNB má byť univerzitnou nemocnicou. Pre splnenie tejto podmienky je preto povinná uzatvoriť zmluvu o praktickej výučbe podľa osobitného predpisu⁶⁸ s univerzitnou vysokou školou, ktorej sídlo alebo sídlo lekárskej fakulty sa nachádza v tom istom meste ako všeobecná nemocnica, pričom takáto všeobecná nemocnica sa označuje ako univerzitná nemocnica. Iné osoby nesmú vo svojom názve alebo obchodnom mene používať slová "univerzitná nemocnica".

Univerzitná nemocnica uskutočňuje praktickú výučbu v študijnom odbore všeobecné lekárstvo a zubné lekárstvo a praktickú výučbu vo viacerých špecializačných odboroch v zdravotníckom povolaní lekár a v certifikovaných pracovných činnostiach v zdravotníckom povolaní lekár, praktickú výučbu vo vysokoškolských študijných odboroch, v špecializačných odboroch a v certifikovaných pracovných činnostiach v ostatných zdravotníckych povolaniach.

3. Špecifiká, riziká, benefity a odporúčania pre dopadovú oblasť

Posudzované varianty sa navzájom líšia v mnohých ohľadoch. Z hľadiska vplyvu implementácie Projektu na vzťahy v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti a zdravotnícky sektor je však najpodstatnejšia miera vplyvu a kontroly verejného sektora, resp. MZ SR na prevádzku nUNB a s tým súvisiacich:

- zachovanie práva na ochranu zdravia v celej spádovej oblasti regiónu Bratislava,
- subjekty s právomocou v oblasti regulácie a dohľadu
- subjekty v interakcii s UNB a nUNB
- UNB.

Ďalším významným faktorom pre posúdenie uskutočniteľnosti Projektu je miera akceptácie súkromného prvkú v zdravotníckom sektore v dôsledku rozdielných priorit verejného a súkromného sektora a s tým spojeným predpokladom zmien za účelom dosiahnutia vyššej efektivity poskytovania zdravotnej starostlivosti a minimalizácii nákladov.

⁶⁵ Zmluva o spolupráci - spracovanie autológnych štepov kmeňových krvotvorných buniek metódou kryokonzervácie v parách tekutého dusíka pre NOU

⁶⁶ § 7 ods. 2 Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti.

⁶⁷ § 11 ods. 2 písm. g) Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti

⁶⁸ § 35 ods. 1 písm. c) Zákona o vysokých školách

Posúdenie súčasného právneho rámca so zameraním na jestvujúcu sieť vzťahov v regióne

Najmenšiu mieru kontroly MZ SR predstavuje variant JV, nakoľko pre plné využitie kľúčovej výhody aplikácie flexibilnejších metód obstarávania bude JV musieť byť štruktúrovaný ako komerčný subjekt bez existencie koncesnej zmluvy so štátom. Potom nasleduje ZPPP, IPPP a nakoniec takmer absolútne štátom kontrolovaný Špecifický variant. Jednotlivé varianty ďalej hodnotíme osobitne z pohľadu špecifik, rizík a benefitov pre dopadovú oblasť. V závere každej časti sú v samostatnej tabuľke identifikované riziká uskutočniteľnosti Projektu spolu s odporúčaniami opatrení na mitigáciu.

A. ZPPP

Špecifikom ZPPP variantu vo vzťahu k analyzovanej dopadovej oblasti je 100%-né súkromné vlastníctvo SPV realizujúcej Projekt a kontrola štátu zhmotnená v koncesnej zmluve. Zodpovednosť za implementáciu Projektu je v plnej miere prenesená na súkromného partnera a MZ SR má pozíciu zmluvného partnera koncesnej zmluvy.

Posúdením právneho rámca systému vzťahov a dopadov implementácie variantu ZPPP na tento systém vzťahov boli identifikované nasledovné riziká:

- Riziko pre kontinuálne zabezpečovanie ochrany práva na zdravie z dôvodov:
 - nevytvorenia nových a vhodných zmluvných vzťahov nUNB, najmä zmlúv so zdravotnými poisťovňami
 - neakceptácie súkromného partnera (SPV) zo strany zdravotníckych pracovníkov
 - neakceptácie súkromného partnera (SPV) zo strany pacientov
 - neakceptácie súkromného partnera (SPV) zo strany Univerzít
 - nevydania povolenia zo strany BSK

V závislosti od miery zhmotnenia vyššie špecifikovaných rizík môže na rovnakom základe dôjsť k zvýšeniu nákladov Projektu a časovému sklzu v implementácii Projektu.

Benefitom ZPPP variantu v porovnaní s ostatnými variantmi je vyššia miera odolnosti voči politickým tlakom na rozhodovanie SPV a s tým spojená väčšia voľnosť SPV v prijímaní nepopulárnych opatrení na zvyšovanie efektivity.

Riziko nevytvorenia zmluvného vzťahu so zdravotnými poisťovňami, alebo niektorou z nich zo strany SPV je možné mitigovať vhodnou úpravou v koncesnej zmluve. S cieľom mitigácie rizika neuzavretia zmluvného vzťahu zo strany zdravotných poisťovní odporúčame zaradenie nUNB do koncovej siete nemocníc, čo je možné dosiahnuť zmenou Nariadenia Vlády SR o verejnej minimálnej sieti. Zdravotné poisťovne sú v zmysle ustanovenia § 7 Zákona o zdravotných poisťovniach povinné uzatvárať zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov. Koncová sieť poskytovateľov je určenie poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti v rámci minimálnej siete, ktorí poskytujú ústavnú zdravotnú starostlivosť na príslušnom území.⁶⁹

Nevýhodou tohto mitigačného opatrenia je fakt, že do koncovej siete nie je možné zaradiť nemocnicu v predstihu pred začatím prevádzky tejto nemocnice. MZ SR nedisponuje právomocou zaviazat Vládu SR k prijatiu rozhodnutia o zmene koncovej siete nemocníc. Je však pravdepodobné a legitímne, že budúci súkromný partner bude požadovať takýto záväzok s právnymi konzekvenciami jeho nesplnenia.

Ako alternatívne mitigačné opatrenie sa ponúka možnosť úpravy ustanovenia § 7 ods. 1 Zákona o zdravotných poisťovniach doplnením povinnosti zdravotnej poisťovne uzatvoriť zmluvu s koncesnou nemocnicou a udržiavať ju v platnosti počas trvania koncesnej zmluvy. V tejto súvislosti by bolo potrebné doplniť do Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti definíciu pojmu „koncesná nemocnica“, konkrétne v ustanovení § 4 písm. a) bod 3 ako nový typ poskytovateľa zdravotnej starostlivosti s odkazom na relevantné ustanovenia Zákona o verejnom obstarávaní.

Riziko neakceptácie súkromného partnera zo strany zdravotníckych pracovníkov spájame s dvoma hlavnými dopadmi, a to dopadom na prevádzku UNB a dopadom na prevádzku nUNB. Vo vzťahu k UNB je prítomné riziko štrajku zamestnancov, čo by malo za následok prerušenie poskytovania zdravotnej starostlivosti. Vo vzťahu k nUNB sa riziko prejavuje neuzatvorením zmluvy s nUNB, čo by mohlo zabrániť, resp. oddialiť spustenie nUNB do prevádzky.⁷⁰

⁶⁹ § 5a Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti

⁷⁰ Bližšie posúdenie rizík uskutočniteľnosti vo vzťahu k zdravotníckym pracovníkom je obsiahnuté v časti „Posúdenie právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a identifikáciu právnych nástrojov/ štruktúr podporujúcich plynulý

Posúdenie súčasného právneho rámca so zameraním na jestvujúcu sieť vzťahov v regióne

Riziko nevytvorenia vzťahu s pacientmi je založené na princípe slobodnej voľby poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Jedná sa o základný princíp práva na ochranu zdravia. Pacienti však svoju voľbu vykonávajú v rámci existujúcej ponuky poskytovateľov. Nie je právne prípustné zaviazat pacientov k uzavretiu dohôd o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s konkrétnym poskytovateľom. Predmetné riziko je preto možné mitigovať výlučne znížením existujúcej ponuky poskytovania zdravotnej starostlivosti, a to ukončením prevádzky zdravotníckych zariadení – nemocníc v rámci UNB.

Riziko nevytvorenia vzťahu s Univerzitami zo strany SPV je možné mitigovať vhodnou úpravou v koncesnej zmluve.

MZ SR nemá priamy vplyv na vzdelávacie inštitúcie. Univerzity sú verejnoprávnymi a samosprávnymi inštitúciami zriadenými zákonom, a preto im môže byť povinnosť uložená len zákonom. O organizácii a činnosti verejnej vysokej školy rozhodujú v rozsahu ustanovenom týmto Zákom o vysokých školách orgány akademickej samosprávy.⁷¹ Riziku neuzatvorenia zmluvy zo strany Univerzít však prikladáme nízku váhu, nakoľko pre Univerzity je získanie kapacít pre praktickú výučbu esenciálne pod hrozbou straty akreditácie študijného programu.⁷²

Za účelom mitigácie rizika neudelenia povolenia zo strany BSK odporúčame zväziť prijatie zmeny v rozsahu právomocí MZ SR v ustanovení § 11 ods. 1 písm. c) Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti tak, že MZ SR bude v prípade realizácie nUNB ako PPP projektu vydávať povolenie na prevádzku koncesnej nemocnice. Hoci na vydanie povolenia existuje právny nárok v prípade splnenia požiadaviek stanovených Zákom o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti a riziko neudelenia povolenia zo strany BSK je limitované zákonnými možnosťami BSK zamietnuť žiadosť o vydanie povolenia⁷³, v prípade tak komplexného Projektu, ktorého development bude stáť množstvo finančných prostriedkov a času, je vhodné v kľúčových otázkach zabezpečiť čo najmenšiu mieru ingerencie tretích strán, nezávislých od zadávateľa Projektu. Vydanie povolenia na prevádzkovanie nUNB takou kľúčovou otázkou nepochybne je.

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
ZPPP	Neuzatvorenie zmlúv so zdravotnými poisťovňami	Zmena legislatívy – povinné uzatvorenie (vhodnej) zmluvy, definícia koncesnej nemocnice
	Neakceptácia súkromného partnera (SPV) zo strany zdravotníckych pracovníkov	Podrobný plán prechodu pracovníkov Vhodná komunikácia a „marketing“ Projektu Intenzívna komunikácia MZ SR s odbornou a laickou verejnosťou Spolupráca UNB a nUNB v oblasti plánovania transferu Spätná väzba trhu k plánu, mechanizmom a formám transferu v procese verejného obstarávania
	Neakceptácia súkromného partnera (SPV) zo strany Univerzít	Vhodná úprava koncesnej zmluvy Trojstranné rokovania medzi UNB, nUNB a Univerzitami Spätná väzba trhu k podmienkam praktickej výučby v nUNB
	Neakceptácia súkromného partnera (SPV) zo strany pacientov	Zníženie existujúcej ponuky poskytovania zdravotnej starostlivosti ukončením prevádzky vybraných nemocníc UNB Vhodná úprava koncesnej zmluvy z hľadiska požiadaviek na kvalitu plnenia
	Nevydanie povolenia zo strany BSK	Zmena legislatívy – vydanie povolenia v kompetencii MZ SR

prevod/prechod a urovanie jestvujúcich právnych vzťahov, osobitne k personálu, pacientom, zdravotným poisťovniam, dlžníkom, veriteľom a ďalším.“

⁷¹ § 5ods. 2 Zákona o vysokých školách

⁷² Bližšie posúdenie rizík uskutočniteľnosti vo vzťahu medzi UNB, nUNB a Univerzitami je obsiahnuté v časti „Posúdenie právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a identifikáciu právnych nástrojov/ štruktúr podporujúcich plynulý prevod/prechod a urovanie jestvujúcich právnych vzťahov, osobitne k personálu, pacientom, zdravotným poisťovniam, dlžníkom, veriteľom a ďalším“.

⁷³ § 15 ods. 1 Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti

Posúdenie súčasného právneho rámca so zameraním na jestvujúcu sieť vzťahov v regióne

B. IPPP

Špecifikom IPPP variantu vo vzťahu k analyzovanej dopadovej oblasti je spoločná majetková účasť verejného a súkromného partnera v SPV a čiastočná kontrola štátu zhmotnená v koncesnej zmluve a korporátnej dokumentácii SPV⁷⁴. Zodpovednosť za implementáciu Projektu si čiastočne ponecháva verejný partner – MZ SR, ktoré má pozíciu zmluvného partnera koncesnej zmluvy a zároveň pozíciu menšinového vlastníka majetkového podielu v SPV⁷⁵.

Posúdením právneho rámca systému vzťahov a dopadov implementácie variantu IPPP na tento systém vzťahov boli identifikované nasledovné riziká:

- ▶ Riziko pre kontinuálne zabezpečovanie ochrany práva na zdravie z dôvodov:
 - nevytvorenia nových zmluvných vzťahov nUNB, najmä zmlúv so zdravotnými poisťovňami
 - neakceptácie súkromného partnera (SPV) ako zamestnávateľa zo strany zdravotníckych pracovníkov
 - neakceptácie súkromného partnera (SPV) zo strany Univerzít
 - nevydania povolenia zo strany BSK.

V závislosti od miery zhmotnenia vyššie špecifikovaných rizík môže na rovnakom základe dôjsť k zvýšeniu nákladov Projektu a časovému sklzu v implementácii Projektu.

Benefitom IPPP variantu v porovnaní s variantom ZPPP je odlišné vnímanie SPV odbornou a laickou verejnosťou z dôvodu účasti štátu v SPV. Na druhej strane v porovnaní s variantom ZPPP je variant IPPP citlivejší na politické tlaky v súvislosti s prijímaním nepopulárnych opatrení na zvyšovanie efektivity.

Riziko nevytvorenia zmluvného vzťahu so zdravotnými poisťovňami, alebo niektorou z nich zo strany SPV je možné mitigovať vhodnou úpravou v koncesnej zmluve. Účasť štátu v SPV toto riziko znižuje. S cieľom mitigácie rizika neuzavretia zmluvného vzťahu zo strany zdravotných poisťovní odporúčame zaradenie nUNB do koncovej siete nemocníc, čo je možné dosiahnuť zmenou Nariadenia Vlády SR o verejnej minimálnej sieti. Zdravotné poisťovne sú v zmysle ustanovenia § 7 Zákona o zdravotných poisťovniach povinné uzatvárať zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov. Koncová sieť poskytovateľov je určenie poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti v rámci minimálnej siete, ktorí poskytujú ústavnú zdravotnú starostlivosť na príslušnom území.⁷⁶

Nevýhodou tohto mitigačného opatrenia je fakt, že do koncovej siete nie je možné zaradiť nemocnicu v predstihu pred začatím prevádzky tejto nemocnice. MZ SR nedisponuje právomocou zaviazat Vládu SR k prijatiu rozhodnutia o zmene koncovej siete nemocníc. Je však pravdepodobné a legitímne, že budúci súkromný partner bude požadovať takýto záväzok s právnymi konzekvenciami jeho nesplnenia. Ako alternatívne mitigačné opatrenie sa ponúka možnosť úpravy ustanovenia § 7 ods. 1 Zákona o zdravotných poisťovniach doplnením povinnosti zdravotnej poisťovne uzatvoriť zmluvu s koncesnou nemocnicou a udržiavať ju v platnosti počas trvania koncesnej zmluvy. V tejto súvislosti by bolo potrebné doplniť do Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti definíciu pojmu „koncesná nemocnica“, konkrétne v ustanovení § 4 písm. a) bod 3 ako nový typ poskytovateľa zdravotnej starostlivosti s odkazom na relevantné ustanovenia Zákona o verejnom obstarávaní.

Riziko neakceptácie súkromného partnera zo strany zdravotníckych pracovníkov spájame s dvoma hlavnými dopadmi, a to dopadom na prevádzku UNB a dopadom na prevádzku nUNB. Vo vzťahu k UNB je prítomné riziko štrajku zamestnancov, čo by malo za následok prerušenie poskytovania zdravotnej starostlivosti. Vo vzťahu k nUNB sa riziko prejavuje neuzatvorením zmluvy s nUNB, čo by mohlo zabrániť, resp. oddialiť spustenie nUNB do prevádzky.⁷⁷ Prítomnosť štátu v SPV predmetné riziko mitiguje.

Riziko nevytvorenia vzťahu s pacientmi je založené na princípe slobodnej voľby poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Jedná sa o základný princíp práva na ochranu zdravia. Pacienti však svoju voľbu vykonávajú v rámci existujúcej ponuky poskytovateľov. Nie je právne prípustné zaviazat pacientov k uzavretiu dohôd o poskytovaní

⁷⁴ Pozri bližšie časť „Návrhy realistických právnych štruktúr a nástrojov umožňujúcich realizáciu preferovaného modelu vrátane ich zdôvodnenia“, berúc do úvahy analyzovanú právnu problematiku

⁷⁵ Z dôvodu predĺženia pozicionovania SPV do pozície verejného obstarávateľa

⁷⁶ § 5a Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti

⁷⁷ Bližšie posúdenie rizík uskutočniteľnosti vo vzťahu k zdravotníckym pracovníkom je obsiahnuté v časti „Posúdenie právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a identifikáciu právnych nástrojov/ štruktúr podporujúcich plynulý prevod/prechod a urovnávanie jestvujúcich právnych vzťahov, osobitne k personálu, pacientom, zdravotným poisťovniam, dlžníkom, veriteľom a ďalším“.

Posúdenie súčasného právneho rámca so zameraním na jestvujúcu sieť vzťahov v regióne

zdravotnej starostlivosti s konkrétnym poskytovateľom. Predmetné riziko je preto možné mitigovať výlučne znížením existujúcej ponuky poskytovania zdravotnej starostlivosti, a to ukončením prevádzky zdravotníckych zariadení – nemocníc v rámci UNB.

Riziko nevytvorenia vzťahu s Univerzitami zo strany SPV je možné mitigovať vhodnou úpravou v koncesnej zmluve.

MZ SR nemá priamy vplyv na vzdelávacie inštitúcie. Univerzity sú verejnoprávnymi a samosprávnymi inštitúciami zriadenými zákonom, a preto im môže byť povinnosť uložená len zákonom. O organizácii a činnosti verejnej vysokej školy rozhodujú v rozsahu ustanovenom týmto zákonom orgány akademickej samosprávy.⁷⁸ Riziku neuzatvorenia zmluvy zo strany Univerzít však prikladáme nízku váhu, nakoľko pre Univerzity je získanie kapacít pre praktickú výučbu esenciálne pod hrozbou straty akreditácie študijného programu.⁷⁹

Za účelom mitigácie rizika neudelenia povolenia zo strany BSK odporúčame zvážiť prijatie zmeny v rozsahu právomocí MZ SR v ustanovení § 11 ods. 1 písm. c) Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti tak, že MZ SR bude v prípade realizácie nUNB ako PPP projektu vydávať povolenie na prevádzku koncesnej nemocnice. Hoci na vydanie povolenia existuje právny nárok v prípade splnenia požiadaviek stanovených Zákonom o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti a riziko neudelenia povolenia zo strany BSK je limitované zákonnými možnosťami BSK zamietnuť žiadosť o vydanie povolenia⁸⁰, v prípade tak komplexného Projektu, ktorého development bude stáť množstvo finančných prostriedkov a času, je vhodné v kľúčových otázkach zabezpečiť čo najmenšiu mieru ingerencie tretích strán, nezávislých od zadávateľa Projektu. Vydanie povolenia na prevádzkovanie nUNB takou kľúčovou otázkou nepochybné je.

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
IPPP	Neuzatvorenie zmlúv so zdravotnými poisťovňami	Zmena legislatívy – povinné uzatvorenie (vhodnej) zmluvy, definícia koncesnej nemocnice Riziko mitigované samotnou účasťou štátu v SPV
	Neakceptácia súkromného partnera (SPV) zo strany zdravotníckych pracovníkov	Podrobný plán prechodu pracovníkov Vhodná komunikácia a marketing Projektu Intenzívna komunikácia MZ SR s odbornou a laickou verejnosťou Spolupráca UNB a nUNB v oblasti plánovania transferu Spätná väzba trhu k plánu, mechanizmom a formám transferu v procese verejného obstarávania Riziko mitigované účasťou štátu v SPV
	Neakceptácia súkromného partnera (SPV) zo strany Univerzít	Vhodná úprava koncesnej zmluvy Trojstranné rokovania medzi UNB, nUNB a Univerzitami Spätná väzba trhu k podmienkam praktickej výučby v nUNB Riziko mitigované účasťou štátu v SPV
	Neakceptácia súkromného partnera (SPV) zo strany pacientov	Zníženie existujúcej ponuky poskytovania zdravotnej starostlivosti ukončením prevádzky vybraných nemocníc UNB Riziko mitigované účasťou štátu v SPV Vhodná úprava koncesnej zmluvy z hľadiska požiadaviek na kvalitu plnenia

⁷⁸ § 5ods. 2 Zákona o vysokých školách

⁷⁹ Bližšie posúdenie rizík uskutočniteľnosti vo vzťahu medzi UNB, nUNB a Univerzitami je obsiahnuté v časti „Posúdenie právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a identifikáciu právnych nástrojov/ štruktúr podporujúcich plynulý prevod/prechod a urovnávanie jestvujúcich právnych vzťahov, osobitne k personálu, pacientom, zdravotným poisťovňam, dlžníkom, veriteľom a ďalším“.

⁸⁰ § 15 ods. 1 Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti

Posúdenie súčasného právneho rámca so zameraním na jestvujúcu sieť vzťahov v regióne

	Nevydanie povolenia zo strany BSK	Zmena legislatívy – vydanie povolenia v kompetencii MZ SR
--	-----------------------------------	---

C. JV

Špecifikom JV variantu vo vzťahu k analyzovanej dopadovej oblasti je spoločná majetková účasť verejného a súkromného partnera v SPV a nízka kontrola štátu v dôsledku absencie koncesnej zmluvy. Korporátna dokumentácia JV⁸¹ neumožňuje štátu kontrolovať JV, nakoľko je koncipovaná s ohľadom na splnenie podmienky aplikovateľnosti menej časovo a administratívne náročných procesov transparentného výberu súkromného partnera. Zodpovednosť za implementáciu Projektu je v plnej miere ponechaná na JV a stavia štát do pozície absolútnej závislosti od konsenzu so súkromným partnerom. Uzatvorenie koncesnej zmluvy medzi štátom a JV, alebo obdobnej zmluvy by znamenalo obchádzanie Zákona o verejnom obstarávaní.

Posúdením právneho rámca systému vzťahov a dopadov implementácie variantu JV na tento systém vzťahov boli identifikované nasledovné riziká:

- Riziko pre kontinuálne zabezpečovanie ochrany práva na zdravie z dôvodov:
 - nevytvorenia nových zmluvných vzťahov nUNB, najmä zmlúv so zdravotnými poisťovňami
 - neakceptácie súkromného partnera (JV) ako zamestnávateľa zo strany zdravotníckych pracovníkov
 - neakceptácie súkromného partnera (JV) zo strany Univerzít
 - nevydania povolenia zo strany BSK.

V závislosti od miery zhmotnenia vyššie špecifikovaných rizík môže na rovnakom základe dôjsť k zvýšeniu nákladov Projektu a časovému sklzu v implementácii Projektu.

Vo vzťahu posudzovanej dopadovej oblasti nevykazuje variant JV žiadne významné benefity. Naopak, tento variant v porovnaní s variantmi ZPPP a IPPP môže byť vnímaný horšie pre absenciu dostatočných kontrolných mechanizmov štátu. Benefit menšej citlivosti na politické vplyvy sa javí byť marginálnym v porovnaní rizikom straty kontroly štátu nad Projektom.

Riziko nevytvorenia zmluvného vzťahu so zdravotnými poisťovňami, alebo niektorou z nich zo strany JV nie je možné mitigovať vhodnou úpravou v koncesnej zmluve. Účasť štátu v JV toto riziko pre absenciu kontrolných mechanizmov významne neznižuje. S cieľom mitigácie rizika neuzavretia zmluvného vzťahu zo strany zdravotných poisťovní by sme v prípade realizácie tohto variantu rovnako odporúčali zaradenie nUNB do koncovej siete nemocníc, čo je možné dosiahnuť zmenou Nariadenia Vlády SR o verejnej minimálnej sieti. Zdravotné poisťovne sú v zmysle ustanovenia § 7 Zákona o zdravotných poisťovniach povinné uzatvárať zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov. Koncová sieť poskytovateľov je určenie poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti v rámci minimálnej siete, ktorí poskytujú ústavnú zdravotnú starostlivosť na príslušnom území.⁸²

Nevýhodou tohto mitigačného opatrenia je fakt, že do koncovej siete nie je možné zaradiť nemocnicu v predstihu pred začatím prevádzky tejto nemocnice. MZ SR nedisponuje právomocou zaviazat Vládu SR k prijatiu rozhodnutia o zmene koncovej siete nemocníc. Je však pravdepodobné a legitímne, že budúci súkromný partner bude požadovať takýto záväzok s právnymi konzekvenciami jeho nesplnenia. Vzhľadom na to, že sa v danom prípade nebude jednať o koncesnú nemocnicu, zmena právnej úpravy by bola v tomto smere oproti predchádzajúcim variantom komplikovanejšia. Ustanovenie § 7 Zákona o zdravotných poisťovniach by bolo možné doplniť o povinnosť ZP uzatvoriť zmluvu s poskytovateľom, ktorého určí MZSR. Takáto úprava by však bola nesystematická a znamenala by zásah do kompetencie Vlády SR, ktorá nariadením upravuje koncovú sieť nemocníc.

Riziko neakceptácie súkromného partnera zo strany zdravotníckych pracovníkov spájame s dvoma hlavnými dopadmi, a to dopadom na prevádzku UNB a dopadom na prevádzku nUNB. Vo vzťahu k UNB je prítomné riziko štrajku zamestnancov, čo by malo za následok prerušenie poskytovania zdravotnej starostlivosti. Vo vzťahu k nUNB

⁸¹ Pozri bližšie časť „Návrhy realistických právnych štruktúr a nástrojov umožňujúcich realizáciu preferovaného modelu vrátane ich zdôvodnenia, berúc do úvahy analyzovanú právnu problematiku“.

⁸² § 5a Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti

Posúdenie súčasného právneho rámca so zameraním na jestvujúcu sieť vzťahov v regióne

sa riziko prejavuje neuzatvorením zmluvy s nUNB, čo by mohlo zabrániť, resp. oddialiť spustenie nUNB do prevádzky.⁸³ Prítomnosť štátu v SPV predmetné riziko mitiguje.

Riziko nevytvorenia vzťahu s pacientmi je založené na princípe slobodnej voľby poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Jedná sa o základný princíp práva na ochranu zdravia. Pacienti však svoju voľbu vykonávajú v rámci existujúcej ponuky poskytovateľov. Nie je právne prípustné zaviazat' pacientov k uzavretiu dohôd o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s konkrétnym poskytovateľom. Predmetné riziko je preto možné mitigovať výlučne znížením existujúcej ponuky poskytovania zdravotnej starostlivosti, a to ukončením prevádzky zdravotníckych zariadení – nemocníc v rámci UNB.

Riziko nevytvorenia vzťahu s Univerzitami zo strany JV nie je možné mitigovať úpravou v koncesnej zmluve. MZ SR nemá priamy vplyv na vzdelávacie inštitúcie. Univerzity sú verejnoprávnymi a samosprávnymi inštitúciami zriadenými zákonom, a preto im môže byť povinnosť uložená len zákonom. O organizácii a činnosti verejnej vysokej školy rozhodujú v rozsahu ustanovenom týmto zákonom orgány akademickej samosprávy.⁸⁴ Riziku neuzatvorenia zmluvy zo strany Univerzít však prikladáme nízku váhu, nakoľko pre Univerzity je získanie kapacít pre praktickú výučbu esenciálne pod hrozbou straty akreditácie študijného programu.⁸⁵

Vzhľadom na to, že sa v danom prípade nebude jednať o koncesnú nemocnicu, riziko neudelenia povolenia zo strany BSK nebude zrejme možné mitigovať zmenou legislatívy, tak ako v prípade variantov ZPPP a IPPP. Presun právomoci udeliť povolenie všeobecnej nemocnici na MZSR by bolo možné dosiahnuť zavedením kvantitatívnych ukazovateľov, ako napr. počtu lôžok v nemocnici v ustanovení § 11 ods. 1 písm. c) Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti.

Riziko neudelenia povolenia zo strany BSK je však limitované zákonnými možnosťami BSK zamietnuť žiadosť o vydanie povolenia. BSK vydá povolenie rozhodnutím, ak žiadateľ o povolenie preukázal splnenie podmienok podľa tohto zákona, inak žiadosť rozhodnutím zamietne.⁸⁶

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
JV	Neuzatvorenie zmlúv so zdravotnými poisťovňami	Veľmi komplikované pre JV
	Neakceptácia súkromného partnera (SPV) zo strany zdravotníckych pracovníkov	Podrobný plán prechodu pracovníkov Vhodná komunikácia a marketing Projektu Intenzívna komunikácia MZSR s odbornou a laickou verejnosťou Spolupráca UNB a nUNB v oblasti plánovania transferu
	Neakceptácia súkromného partnera (SPV) zo strany Univerzít	Trojstranné rokovania medzi UNB, nUNB a Univerzitami
	Neakceptácia súkromného partnera (SPV) zo strany pacientov	Zníženie existujúcej ponuky poskytovania zdravotnej starostlivosti ukončením prevádzky vybraných nemocníc UNB
	Nevydanie povolenia zo strany BSK	Zmena legislatívy

⁸³Bližšie posúdenie rizík uskutočniteľnosti vo vzťahu k zdravotníckym pracovníkom je obsiahnuté v časti „Posúdenie právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a identifikáciu právnych nástrojov/ štruktúr podporujúcich plynulý prevod/prechod a urovnávanie jestvujúcich právnych vzťahov, osobitne k personálu, pacientom, zdravotným poisťovňam, dlžníkom, veriteľom a ďalším“.

⁸⁴ § 5 ods. 2 Zákona o vysokých školách

⁸⁵ Bližšie posúdenie rizík uskutočniteľnosti vo vzťahu medzi UNB, nUNB a Univerzitami je obsiahnuté v časti „Posúdenie právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a identifikáciu právnych nástrojov/ štruktúr podporujúcich plynulý prevod/prechod a urovnávanie jestvujúcich právnych vzťahov, osobitne k personálu, pacientom, zdravotným poisťovňam, dlžníkom, veriteľom a ďalším“.

⁸⁶ § 15 ods. 1 Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti

Posúdenie súčasného právneho rámca so zameraním na jestvujúcu sieť vzťahov v regióne

D. Špecifický variant

Špecifický variant sa vo vzťahu k analyzovanej dopadovej oblasti vyznačuje absolútnou kontrolou štátu nad SPV, čo má v praxi za následok, že štát bude v niektorých prípadoch vystupovať na oboch stranách vzťahu, teda ako vlastník SPV a zároveň regulátor sektora, resp. osoba determinujúca podmienky kvality plnenia Projektu. Dvojaké postavenie štátu sa javí byť výhodné vo vzťahu k priechodnosti zmien spôsobených implementáciou Projektu, teda ukončeniu či zmene existujúcich vzťahov a vytvoreniu nových vzťahov.

Posúdením právneho rámca systému vzťahov a dopadov implementácie Špecifického variantu na tento systém vzťahov boli identifikované nasledovné riziká:

- Riziko pre kontinuálne zabezpečovanie ochrany práva na zdravie z dôvodov:
 - nevytvorenia nových zmluvných vzťahov nUNB, najmä zmlúv so zdravotnými poisťovňami
 - neakceptácie súkromného partnera (SPV) ako zamestnávateľa zo strany zdravotníckych pracovníkov
 - neakceptácie súkromného partnera (SPV) zo strany Univerzít
 - nevydania povolenia zo strany BSK.

V závislosti od miery zhmotnenia vyššie špecifikovaných rizík môže na rovnakom základe dôjsť k zvýšeniu nákladov Projektu a časovému sklzu v implementácii Projektu.

Významným benefitom Špecifického variantu v porovnaní s variantom ZPPP je odlišné vnímanie SPV odbornou a laickou verejnosťou z dôvodu účasti štátu (výlučnej) v SPV. Na druhej strane v porovnaní s variantmi ZPPP aj IPPP je Špecifický variant citlivejší na politické tlaky v súvislosti s prijímaním nepopulárnych opatrení na zvyšovanie efektivity.

Zásadnou nevýhodou v porovnaní s variantmi ZPPP aj IPPP je absencia súťaže medzi uchádzačmi o udelenie koncesie, súvisiaca možnosť optimalizácie Projektu a s tým spojené riziko nedosiahnutia potrebnej miery optimalizácie transferu kapacít z UNB do nUNB.

Riziko nevytvorenia zmluvného vzťahu so zdravotnými poisťovňami, alebo niektorou z nich zo strany SPV je možné mitigovať vhodnou úpravou v koncesnej zmluve. Štát má navyše v SPV a minimálne v jednej ZP kontrolu zabezpečení z titulu postavenia jediného akcionára⁸⁷. S cieľom mitigácie rizika neuzatvorenia zmluvného vzťahu zo strany zdravotných poisťovní odporúčame zaradenie nUNB do koncovej siete nemocníc, čo je možné dosiahnuť zmenou Nariadenia Vlády SR o verejnej minimálnej sieti. Zdravotné poisťovne sú v zmysle ustanovenia § 7 Zákona o zdravotných poisťovniach povinné uzatvárať zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov. Koncová sieť poskytovateľov je určenie poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti v rámci minimálnej siete, ktorí poskytujú ústavnú zdravotnú starostlivosť na príslušnom území.⁸⁸

Nevýhodou tohto mitigačného opatrenia je fakt, že do koncovej siete nie je možné zaradiť nemocnicu v predstihu pred začatím prevádzky tejto nemocnice. MZ SR nedisponuje právomocou zaviazat Vládu SR k prijatiu rozhodnutia o zmene koncovej siete nemocníc. Je však pravdepodobné a legitímne, že budúci súkromný partner bude požadovať takýto záväzok s právnymi konzekvenciami jeho nesplnenia. Ako alternatívne mitigačné opatrenie sa ponúka možnosť úpravy ustanovenia § 7 ods. 1 Zákona o zdravotných poisťovniach doplnením povinnosti zdravotnej poisťovne uzatvoriť zmluvu s koncesnou nemocnicou a udržiavať ju v platnosti počas trvania koncesnej zmluvy. V tejto súvislosti by bolo potrebné doplniť do Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti definíciu pojmu „koncesná nemocnica“, konkrétne v ustanovení § 4 písm. a) bod 3 ako nový typ poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

Riziko neakceptácie súkromného partnera zo strany zdravotníckych pracovníkov spájame s dvoma hlavnými dopadmi, a to dopadom na prevádzku UNB a dopadom na prevádzku nUNB. Vo vzťahu k UNB je prítomné riziko štrajku zamestnancov, čo by malo za následok prerušenie poskytovania zdravotnej starostlivosti. Vo vzťahu k nUNB sa riziko prejavuje neuzatvorením zmluvy s nUNB, čo by mohlo zabrániť, resp. oddialiť spustenie nUNB do prevádzky.⁸⁹ Absencia súkromného partnera v SPV predmetné riziko výrazne mitiguje.

⁸⁷ Za predpokladu, že SPV bude mať formu akciovej spoločnosti

⁸⁸ § 5a Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti

⁸⁹ Blížšie posúdenie rizík uskutočniteľnosti vo vzťahu k zdravotníckym pracovníkom je obsiahnuté v časti „Posúdenie právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a identifikáciu právnych nástrojov/ štruktúr podporujúcich plynulý

Posúdenie súčasného právneho rámca so zameraním na jestvujúcu sieť vzťahov v regióne

Riziko nevytvorenia vzťahu s pacientmi je založené na princípe slobodnej voľby poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Jedná sa o základný princíp práva na ochranu zdravia. Pacienti však svoju voľbu vykonávajú v rámci existujúcej ponuky poskytovateľov. Nie je právne prípustné zaviazat' pacientov k uzavretiu dohôd o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s konkrétnym poskytovateľom. Predmetné riziko je preto možné mitigoval' výlučne znížením existujúcej ponuky poskytovania zdravotnej starostlivosti, a to ukončením prevádzky zdravotníckych zariadení – nemocníc v rámci UNB. Zníženie existujúcej ponuky je v plnej kompetencii štátu, čo poskytuje Špecifickému variantu ďalšiu výhodu.

Riziko nevytvorenia vzťahu s Univerzitami zo strany SPV je možné mitigoval' vhodnou úpravou v koncesnej zmluve.

MZ SR nemá priamy vplyv na vzdelávacie inštitúcie. Univerzity sú verejnoprávnymi a samosprávnymi inštitúciami zriadenými zákonom, a preto im môže byť povinnosť uložená len zákonom. O organizácii a činnosti verejnej vysokej školy rozhodujú v rozsahu ustanovenom týmto zákonom orgány akademickej samosprávy.⁹⁰ Riziku neuzatvorenia zmluvy zo strany Univerzít však prikladáme nízku váhu, nakoľko pre Univerzity je získanie kapacít pre praktickú výučbu esenciálne pod hrozbou straty akreditácie študijného programu.⁹¹

Za účelom mitigácie rizika neudelenia povolenia zo strany BSK odporúčame zvážiť prijatie zmeny v rozsahu právomocí MZ SR v ustanovení § 11 ods. 1 písm. c) Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti tak, že MZ SR bude v prípade realizácie nUNB ako PPP projektu vydávať povolenie na prevádzku koncesnej nemocnice. Hoci na vydanie povolenia existuje právny nárok v prípade splnenia požiadaviek stanovených Zákonom o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti a riziko neudelenia povolenia zo strany BSK je limitované zákonnými možnosťami BSK zamietnuť žiadosť o vydanie povolenia⁹², v prípade tak komplexného Projektu, ktorého development bude stáť množstvo finančných prostriedkov a času, je vhodné v kľúčových otázkach zabezpečiť čo najmenšiu mieru ingerencie tretích strán, nezávislých od zadávateľa Projektu. Vydanie povolenia na prevádzkovanie nUNB takou kľúčovou otázkou nepochybne je.

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
Špecifický variant	Neuzatvorenie zmlúv so zdravotnými poisťovňami	Zmena legislatívy – povinné uzatvorenie (vhodnej) zmluvy, definícia koncesnej nemocnice
	Neakceptácia súkromného partnera (SPV) zo strany zdravotníckych pracovníkov	Podrobný plán prechodu pracovníkov Vhodná komunikácia a marketing Projektu Intenzívna komunikácia MZSR s odbornou a laickou verejnosťou Spolupráca UNB a nUNB v oblasti plánovania transferu
	Neakceptácia súkromného partnera (SPV) zo strany Univerzít	Vhodná úprava koncesnej zmluvy Trojstranné rokovania medzi UNB, nUNB a Univerzitami
	Neakceptácia SPV zo strany pacientov	Zníženie existujúcej ponuky poskytovania zdravotnej starostlivosti ukončením prevádzky vybraných nemocníc UNB Riziko významne mitigoval' výlučnou kontrolou štátu v SPV Vhodná úprava koncesnej zmluvy z hľadiska požiadaviek na kvalitu plnenia
	Nevydanie povolenia zo strany BSK	Zmena legislatívy – vydanie povolenia v kompetencii MZSR

prevod/prechod a urovanie jestvujúcich právnych vzťahov, osobitne k personálu, pacientom, zdravotným poisťovniam, dlžníkom, veriteľom a ďalším".

⁹⁰ § 5 ods. 2 Vysokoškolského zákona

⁹¹ Bližšie posúdenie rizík uskutočniteľnosti vo vzťahu medzi UNB, nUNB a Univerzitami je obsiahnuté v časti Posúdenie právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a identifikáciu právnych nástrojov/ štruktúr podporujúcich plynulý prevod/prechod a urovanie jestvujúcich právnych vzťahov, osobitne k personálu, pacientom, zdravotným poisťovniam, dlžníkom, veriteľom a ďalším

⁹² § 15 ods. 1 Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti

Posúdenie súčasného právneho rámca so zameraním na jestvujúcu sieť vzťahov v regióne

Porovnanie variantov

Vo vzťahu k dopadovej oblasti vplyvu na jestvujúcu sieť vzťahov v regióne vrátane nového poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, personálu, pacientov, zdravotných poisťovní, vzdelávacích inštitúcií, výskumných inštitúcií, dlžníkov, veriteľov a ostatných zainteresovaných subjektov sú všetky porovnávané varianty uskutočniteľné. Z hľadiska rizík pre uskutočniteľnosť a spôsobov mitigácie sa ako najvýhodnejší javí Špecifický variant pre nízku váhu rizík a vysokú priechodnosť mitigačných opatrení. Nasleduje variant IPPP so strednou váhou rizík a strednou účinnosťou mitigačných opatrení, nakoľko umožňuje kombinovať mitigačné opatrenia súvisiace s koncesnou zmluvou a účasťou verejného partnera v SPV, ktorá môže zlepšiť negatívne vnímanie účasti súkromného prvku v pozícii najväčšieho poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v regióne. Váha rizík variantu ZPPP sa javí ako vysoká so strednou účinnosťou mitigačných opatrení. Variant JV sa javí ako najviac rizikový pre absenciu kontrolných mechanizmov štátu a s tým súvisiacu nízku možnosť aplikácie mitigačných opatrení.

Sumarizačná tabuľka

Riziko	ZPPP	IPPP	JV	Špecifický variant
Neuzatvorenie zmlúv so zdravotnými poisťovňami	Zmena legislatívy – povinné uzatvorenie (vhodnej) zmluvy, definícia koncesnej nemocnice	Zmena legislatívy – povinné uzatvorenie (vhodnej) zmluvy, definícia koncesnej nemocnice Riziko mitigované samotnou účasťou štátu v SPV	Veľmi komplikované pre JV	Zmena legislatívy – povinné uzatvorenie (vhodnej) zmluvy, definícia koncesnej nemocnice
Neakceptácia súkromného partnera (SPV) zo strany zdravotníckych pracovníkov	Podrobný plán prechodu pracovníkov Vhodná komunikácia a marketing Projektu Intenzívna komunikácia MZ SR s odbornou a laickou verejnosťou Spolupráca UNB a nUNB v oblasti plánovania transferu Spätná väzba trhu k plánu, mechanizmom a formám transferu v procese verejného obstarávania	Podrobný plán prechodu pracovníkov Vhodná komunikácia a marketing Projektu Intenzívna komunikácia MZ SR s odbornou a laickou verejnosťou Spolupráca UNB a nUNB v oblasti plánovania transferu Spätná väzba trhu k plánu, mechanizmom a formám transferu v procese verejného obstarávania Riziko mitigované účasťou štátu v SPV	Podrobný plán prechodu pracovníkov Vhodná komunikácia a marketing Projektu Intenzívna komunikácia MZSR s odbornou a laickou verejnosťou Spolupráca UNB a nUNB v oblasti plánovania transferu	Podrobný plán prechodu pracovníkov Vhodná komunikácia a marketing Projektu Intenzívna komunikácia MZSR s odbornou a laickou verejnosťou Spolupráca UNB a nUNB v oblasti plánovania transferu
Neakceptácia súkromného partnera (SPV) zo strany Univerzít	Vhodná úprava koncesnej zmluvy Trojstranné rokovania medzi UNB, nUNB a Univerzitami Spätná väzba trhu k podmienkam praktickej výučby v nUNB	Vhodná úprava koncesnej zmluvy Trojstranné rokovania medzi UNB, nUNB a Univerzitami Spätná väzba trhu k podmienkam praktickej výučby v nUNB Riziko mitigované účasťou štátu v SPV	Trojstranné rokovania medzi UNB, nUNB a Univerzitami	Vhodná úprava koncesnej zmluvy Trojstranné rokovania medzi UNB, nUNB a Univerzitami
Neakceptácia SPV zo strany pacientov	Zníženie existujúcej ponuky poskytovania zdravotnej starostlivosti ukončením prevádzky vybraných nemocníc UNB	Zníženie existujúcej ponuky poskytovania zdravotnej starostlivosti ukončením prevádzky vybraných nemocníc UNB Riziko mitigované účasťou	Zníženie existujúcej ponuky poskytovania zdravotnej starostlivosti ukončením prevádzky vybraných nemocníc UNB	Zníženie existujúcej ponuky poskytovania zdravotnej starostlivosti ukončením prevádzky vybraných nemocníc UNB Riziko významne

**Posúdenie súčasného právneho rámca so zameraním na jestvujúcu sieť
vzťahov v regióne**

	Vhodná úprava koncesnej zmluvy z hľadiska požiadaviek na kvalitu plnenia	štátu v SPV Vhodná úprava koncesnej zmluvy z hľadiska požiadaviek na kvalitu plnenia		mitigované výlučnou kontrolou štátu v SPV Vhodná úprava koncesnej zmluvy z hľadiska požiadaviek na kvalitu plnenia
Nevydanie povolenia zo strany BSK	Zmena legislatívy – vydanie povolenia v kompetencii MZ SR	Zmena legislatívy – vydanie povolenia v kompetencii MZ SR	Zmena legislatívy– vydanie povolenia v kompetencii MZSR	Zmena legislatívy – vydanie povolenia v kompetencii MZSR

Posúdenie súčasného právneho rámca so zameraním na jestvujúcu sieť vzťahov v regióne

Posúdenie súčasného právneho rámca a potrieb/možností jeho úprav v dôsledku realizácie preferovanej voľby osobitne so zameraním na existenciu masívnej sektorovej regulácie

Základný popis dopadovej oblasti

V tejto časti správy sa venujeme sektorovej regulácii v zdravotníctve s cieľom identifikovať riziká uskutočniteľnosti Projektu spočívajúce v súčasnej právnej úprave. Sektorová regulácia je špecifikom nemocničného PPP projektu, ktorý bude realizovaný v prostredí s obmedzenou možnosťou cenotvorby, ba čo viac s predpokladom priamych zásahov štátu do cien relevantných pre profitabilitu a úspešnosť Projektu ako celku. Pre úspešnú implementáciu Projektu je nevyhnutné identifikovať tie oblasti sektorovej regulácie, ktoré z hľadiska spätnej väzby trhu môžu byť vnímané ako rizikové, prípadne až neakceptovateľné a navrhnúť účinné opatrenia na mitigáciu týchto rizík.

Sektorová regulácia sa dotýka celého spektra poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, a preto je potrebné mať na pamäti, že dopady zásahov do regulácie budú mať celoplošný vplyv a rozličný charakter u jednotlivých poskytovateľov. Zmeny v trendoch poskytovania zdravotnej starostlivosti, zmeny v skladbe poskytovaných služieb a posun k jednodňovej starostlivosti je potrebné premietnuť v zmenách platobného systému. Za účelom obmedzenia vplyvu na existujúcich poskytovateľov sa javí ako účelné prijatie osobitnej právnej úpravy pre koncesné nemocnice, ktoré by umožnilo vytvorenie priaznivých podmienok pre nový typ nemocníc bez ohrozenia fungovania a ekonomickej stability tých existujúcich, samozrejme za predpokladu dodržania pravidiel týkajúcich sa štátnej pomoci.

Bankovateľnosť Projektu je základom jeho úspešnej implementácie. Predpokladom bankovateľnosti je stabilný a predvídateľný cash-flow. Hlavným rizikom uskutočniteľnosti Projektu vo vzťahu k dopadovej oblasti sektorovej regulácie je pokles príjmov a/alebo zvýšenie nákladov prevádzky nUNB v dôsledku regulačných zásahov štátu.

Zásadným rizikom Projektu je implementácia platobného mechanizmu založeného na kategorizácii druhov diagnóz s priradením konkrétnej váhy (koeficientu) jednotlivým kategóriám diagnóz označovaným ako „Diagnoses related groups“ (ďalej len ako „DRG“). Výška základnej sadzby DRG a relatívna váha, ktorá bude jednotlivým kategóriám diagnóz priradená v zásadnej miere podmienka výšky príjmov nUNB a tým aj uskutočniteľnosť samotného Projektu.

Právny rámec dopadovej oblasti

Štát je v zmysle Ústavy Slovenskej republiky zodpovedný za zabezpečenie práva občanov na zdravie. Zhmotnením tohto práva je zabezpečenie prístupu každého občana k zdravotnej starostlivosti. Pre účely zabezpečenia plynulého chodu zdravotníctva s nepretržitým poskytovaním zdravotnej starostlivosti si štát zachováva kontrolu nad príjmami a výdavkami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v najširšom zmysle, ako aj nad technickým, personálnym a materiálnym zabezpečením zdravotníckych zariadení vrátane ich kategorizácie. Pre identifikáciu rizík uskutočniteľnosti Projektu, posúdenie ich váhy a návrh účinných mitigačných opatrení analyzujeme v tejto časti nasledovné oblasti sektorovej regulácie:

- ▶ Cenová regulácia
- ▶ Regulácia prerozdelenia
- ▶ Technická a personálna regulácia
- ▶ Organizačná regulácia
- ▶ Mzdová regulácia
- ▶ Lieková regulácia
- ▶ Regulácia prístupu na trh.

▶ **Cenová regulácia**

Implementácia Projektu je z hľadiska cenovej regulácie k dnešnému dňu limitovaná najmä nasledovnými predpismi v znení neskorších predpisov:

- Opatrenie MZ SR č. 07045/2003 – OAP z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva

Posúdenie súčasného právneho rámca so zameraním na jestvujúcu sieť vzťahov v regióne

- Nariadenie Vlády SR č. 722/2004 Z. z. o výške úhrady poistenca za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti
- Nariadenie Vlády SR č. 752/2004 Z. z., ktorým sa vydávajú indikátory kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti
- Nariadenie Vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov
- Nariadenie Vlády SR č. 777/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Zoznam chorôb, pri ktorých sa zdravotné výkony čiastočne uhrádzajú alebo sa neuhrádzajú na základe verejného zdravotného poistenia
- Nariadenie Vlády SR č. 226/2005 Z. z. o výške úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú uhrádza zdravotná poisťovňa poskytovateľovi lekárskej služby prvej pomoci.

Pri nákupe špecializovanej zdravotnej starostlivosti používajú ZP v Slovenskej republike 3 základné platobné mechanizmy:

- platba za výkon,
- platba za lôžkodeň
- platba za ukončenú hospitalizáciu.

Vzhľadom na zloženie poskytovaných medicínskych služieb nUNB bude pre účely realizácie Projektu nUNB potrebné zmeniť platobný mechanizmus vo vzťahu k jednodňovej starostlivosti. V súčasnosti je UNB odmeňovaná za ukončenú hospitalizáciu v závislosti od dĺžky jej trvania. Takto nastavený platobný mechanizmus nemotivuje poskytovateľov zdravotnej starostlivosti k efektívnosti a ekonomicky negatívne postihuje tých poskytovateľov, ktorí dokážu poskytnúť pacientovi starostlivosť v rovnakej kvalite, za jeden deň. Cena za ukončenú hospitalizáciu nie je záväzne stanovená právnym predpisom.

Zmena odplaty za jednodňovú starostlivosť je podmienená zmenou Opatrenia č. 07045/2003 – OAP - (Príloha č. 4), ktoré upravuje reguláciu cien a podmienky regulácie cien výkonov zdravotnej starostlivosti.

► DRG

Pri tomto mechanizme je za každý pobyt v nemocnici uhrádzaná paušálna platba (úhrada za prípad príslušnej diagnostickej skupiny), a to na základe určitých kritérií (atribútov prípadov), ktorými sú najmä hlavná diagnóza, vedľajšie diagnózy, vykonané procedúry/výkony, vek, pohlavie, spôsob prepustenia z nemocnice, závažnosť zdravotného stavu, u novorodencov pôrodná hmotnosť a ďalšie kritériá. Priradenie hospitalizačného prípadu k určitej skupine diagnóz sa realizuje podľa presne stanovených pravidiel prostredníctvom zoskupovacieho softvéru. Výška základnej sadzby za skupinu diagnóz sa vyráta na základe priemeru skutočných nákladov nemocníc.

Vyhláškou MZSR č. 337/2013 Z.z. ktorou sa ustanovuje zoznam zdravotných výkonov pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín, bola pripravená kategorizácia zdravotných výkonov. Implementácia systému DRG však predpokladá vykonanie komplexných legislatívnych zmien v oblasti cenovej regulácie.

Výsledkom implementácie systému DRG by mal byť prechod od dojednávania výšky úhrad za hospitalizačný prípad dohodou medzi poskytovateľom a poisťovňou k DRG modelu založenému na transparentne kalkulovaných relatívnych váhach vynásobených základnou sadzbou, ktorá bude len zriedka dopĺňovaná o ďalšie úhrady.

► Regulácia prerozdelenia

Prerozdelenie prostriedkov verejného zdravotného poistenia medzi ZP je limitovaná najmä nasledovnými predpismi:

- Zákon o zdravotnom poistení,
- Vyhláška MZSR č. 263/2012 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o kritériách na zaradenie farmaceuticko-nákladovej skupiny do zoznamu farmaceuticko-nákladových skupín a na jej vyradenie z tohto zoznamu,
- Vyhláška MZSR č. 264/2012 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zaraďovaní poistencov do farmaceuticko-nákladových skupín,
- Vyhláška MZSR č. 266/2012 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o výpočte indexu rizika nákladov,
- Vyhláška MZSR č. 447/2013 Z. z., ktorou sa ustanovuje zoznam farmaceuticko-nákladových skupín na rok 2014,

Posúdenie súčasného právneho rámca so zameraním na jestvujúcu sieť vzťahov v regióne

- Vyhláška MZSR č. 448/2013 Z. z., ktorou sa ustanovuje index rizika nákladov na zdravotnú starostlivosť na rok 2014.

Regulácia prerozdelenia poistného medzi ZP sleduje kompenzáciu tých ZP, ktorých poistenci majú vyššie riziko vzniku nákladov za poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Regulácia prerozdelenia nemá priamy vplyv na príjmy a výdavky nUNB. Môže však byť zohľadňovaná zo strany ZP pri dojednávaní výšky úhrad za hospitalizačný prípad. Regulácia prerozdelenia za súčasného právneho stavu nepredstavuje riziko uskutočniteľnosti Projektu.

V tomto momente nie je zrejmé, nakoľko bude systém prerozdelenia prostriedkov verejného zdravotného poistenia medzi ZP ovplyvnený zavedením systému DRG. Nestabilita v prerozdelení prostriedkov medzi ZP môže negatívne ovplyvniť dojednania medzi ZP a nUNB.

► Technická a personálna regulácia

Implementácia Projektu nUNB bude z hľadiska technickej a personálnej regulácie limitovaná najmä nasledovnými predpismi:

- Vyhláška MZSR č. 553/2007 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o požiadavkách na prevádzku zdravotníckych zariadení z hľadiska ochrany zdravia
- Výnos MZSR č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálo-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení (oznámenie č. 410/2008 Z. z.)

Je pravdepodobné, že z hľadiska efektivity prevádzky nUNB bude potrebné zmeniť parametre vyššie uvedených predpisov. Konkrétne návrhy na zmeny týchto predpisov vyvstanú pravdepodobne v priebehu výberu súkromného partnera v procese jeho obstarávania.

► Mzdová regulácia

Zákon o poskytovateľoch zdravotnej⁹³ starostlivosti obsahuje osobitné ustanovenia o minimálnej výške základnej zložky mzdy niektorých zdravotníckych pracovníkov pracujúcich v zariadeniach ústavnej zdravotnej starostlivosti – lekára a zubného lekára (§ 80a a 80b zákona), a to bez ohľadu na to, či sú súkromné alebo štátne.

Odmeňovanie sestier je regulované zákonom č. 553/2003 Z.z. o odmeňovaní niektorých zamestnancov pri výkone práce vo verejnom záujme a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktorý upravuje platové triedy a platové stupne zamestnancov vykonávajúcich prácu vo verejnom záujme.

Vo vzťahu k neštátnym zariadeniam neexistuje v súčasnosti osobitná regulácia platov sestier a iných zdravotníckych pracovníkov s výnimkou lekárov a zubných lekárov v zariadeniach ústavnej zdravotnej starostlivosti.

ÚS SR Nálezom sp. zn. PL. ÚS 13/2012 rozhodol, že zákon č. 62/2012 Z.z. o minimálnych mzdových nárokoch sestier a pôrodných asistentiek a ktorým sa dopĺňa zákon č. 553/2003 Z.z. o odmeňovaní niektorých zamestnancov pri výkone práce vo verejnom záujme a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov nie je v súlade s čl. 20 ods. 1 v spojení s čl. 1 ods. 1 Ústavy SR.

Podľa čl. 125 ods. 3 Ústavy SR dňom vyhlásenia tohto nálezu v Zbierke zákonov Slovenskej republiky stráca účinnosť zákon č. 62/2012 Z.z. o minimálnych mzdových nárokoch sestier a pôrodných asistentiek a ktorým sa dopĺňa zákon č. 553/2003 Z.z. o odmeňovaní niektorých zamestnancov pri výkone práce vo verejnom záujme a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. NR SR neuviedla označený zákon do súladu s Ústavou Slovenskej republiky, a preto stratil platnosť dňa 23.03.2014.⁹⁴

Z hľadiska uskutočniteľnosti Projektu nepredstavuje mzdová regulácia zásadné riziko uskutočniteľnosti, hoci ju bude potrebné zohľadniť v nákladoch Projektu. Je však potrebné brať do úvahy obmedzenie zmluvnej voľnosti pri dojednávaní pracovných zmlúv s lekármi a prípadne aj zubnými lekármi a tiež viazanosť výšky základnej zložky mzdy lekára a zubného lekára na priemernú mesačnú mzdu zamestnanca v hospodárstve Slovenskej republiky zistenú Štatistickým úradom Slovenskej republiky za kalendárny rok, ktorý dva roky predchádza kalendárnemu roku, v ktorom sa priznáva základná zložka mzdy.

⁹³§ 80a a 80b Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti

⁹⁴Po šiestich mesiacoch od vyhlásenia tohto nálezu v Zbierke zákonov Slovenskej republiky dňa 23.09.2013

Posúdenie súčasného právneho rámca so zameraním na jestvujúcu sieť vzťahov v regióne

► Organizačná regulácia

Implementácia Projektu nUNB bude z hľadiska organizačnej regulácie limitovaná najmä nasledovným predpisom:

- Nariadenie Vlády SR o verejnej minimálnej sieti

S cieľom zabezpečenia bankovateľnosti Projektu nUNB a zabezpečenia dopytu po službách nUNB odporúčame zaradiť nUNB do koncovej siete nemocníc, a to zmenou Nariadenia Vlády SR o verejnej minimálnej sieti. Koncová sieť poskytovateľov je určenie poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti v rámci minimálnej siete, ktorí poskytujú ústavnú zdravotnú starostlivosť na príslušnom území.⁹⁵

Zdravotné poisťovne sú v zmysle ustanovenia § 7 Zákona o zdravotných poisťovniach povinné uzatvárať zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov; ak je verejná sieť poskytovateľov na príslušnom území menšia ako verejná minimálna sieť poskytovateľov, je povinná uzatvárať zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti v rozsahu verejnej siete poskytovateľov. Zaradenie nUNB do koncovej siete poskytovateľov mitiguje riziko neuzatvorenia zmluvy medzi nUNB a ZP.

Nevýhodou tohto mitigačného opatrenia je fakt, že do koncovej siete nie je možné zaradiť nemocnicu v predstihu pred začatím prevádzky tejto nemocnice. MZ SR nedisponuje právomocou zaviazať vládu SR k prijatiu rozhodnutia o zmene koncovej siete nemocníc. Je však pravdepodobné a legitímne, že budúci súkromný partner bude požadovať takýto záväzok s právnymi konsekvenciami jeho nesplnenia.

Ako alternatívne riešenie sa ponúka možnosť úpravy ustanovenia § 7 ods. 1 Zákona o zdravotných poisťovniach doplnením povinnosti zdravotnej poisťovne uzatvoriť zmluvu s koncesnou nemocnicou.

► Lieková regulácia

Implementácia Projektu nUNB bude z hľadiska liekovej regulácie limitovaná najmä nasledovnými predpismi:

- Zákon č. 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
- Opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 15. decembra 2010 č. OPL0410-S21802-OL-2010, ktorým sa vydáva Zoznam liečiv a liekov plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia (oznámenie 539/2010 Z. z.) v znení neskorších predpisov.

Z hľadiska uskutočniteľnosti Projektu nepredstavuje lieková regulácia zásadné riziko uskutočniteľnosti Projektu. Je však potrebné brať do úvahy obmedzenie zmluvnej voľnosti pri dojednávaní zmlúv s dodávateľmi liekov.

Lieková regulácia môže znamenať riziko pre implementáciu Projektu vo vzťahu k zavedeniu systému DRG. Pevné stanovenie cien liekov znemožní nUNB reagovať na zmeny v platbách za poskytovanú zdravotnú starostlivosť, ktorá nastane v dôsledku zavedenia systému DRG.

► Regulácia prístupu na trh

Zdravotnícke zariadenia vrátane nUNB je možné prevádzkovať výlučne na základe povolenia⁹⁶. V zmysle ustanovenia § 12 ods. 3 Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti orgán príslušný na vydanie povolenia – príslušný samosprávny kraj vydá povolenie právnickej osobe, ak

- má určeného odborného zástupcu s licenciou na výkon činnosti odborného zástupcu v tom povolaní, v ktorom má poskytovateľ prevažne poskytovať zdravotnú starostlivosť⁹⁷; v prípade žiadateľa o vydanie povolenia na prevádzkovanie zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti, ak má určeného odborného zástupcu s licenciou na výkon činnosti odborného zástupcu,
- má vo vlastníctve alebo nájme priestory, v ktorých sa bude zdravotná starostlivosť poskytovať,
- priestory vo vlastníctve alebo nájme spĺňajú požiadavky z hľadiska ochrany zdravia.

⁹⁵ § 5 ods. 5 Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti

⁹⁶ § 11 Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti

⁹⁷ § 68 ods. 1 písm. c) Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti

Posúdenie súčasného právneho rámca so zameraním na jestvujúcu sieť vzťahov v regióne

S ohľadom na nastavenie PPP variantov bude potrebné doplniť ustanovenie § 12 ods. 3 Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti o možnosť využitia vzťahu štát – koncesionár k priestorom, v ktorých sa bude zdravotná starostlivosť poskytovať. V zmysle ustanovenia § 13 ods. 5 písm. c) Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti je totiž prevádzkovateľ, ktorý žiada o vydanie povolenia povinný predložiť doklad o vlastníctve alebo zmluvu o nájme priestorov, v ktorých sa bude zdravotná starostlivosť poskytovať. Predmetné zákonné ustanovenie bude v prípade realizácie nUNB ako PPP projektu potrebné doplniť o možnosť predloženia koncesnej zmluvy.

Za účelom zníženia vplyvu tretích strán na implementáciu a úspešnosť Projektu nUNB odporúčame zväžiť zmenu rozsahu právomoci MZ SR v ustanovení § 11 ods. 1 písm. c) Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti tak, že MZ SR bude v prípade realizácie nUNB ako PPP projektu vydávať povolenie na prevádzku koncesnej nemocnice. V tejto súvislosti odporúčame v prípade realizácie nUNB ako PPP projektu doplniť do Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti definíciu pojmu “Koncesná nemocnica”, konkrétne v ustanovení § 4 písm. a) bod 3 ako nový typ poskytovateľa zdravotnej starostlivosti s odkazom na relevantné ustanovenia Zákona o verejnom obstarávaní.

Bez ohľadu na typ prevádzkovateľa nUNB (verejný alebo súkromný) je prevádzkovateľ povinný prevádzkovať nUNB v súlade so zákonnými podmienkami prevádzky.⁹⁸ Nesplnenie podmienok stanovených všeobecne záväznými predpismi môže mať za následok dočasné pozastavenie povolenia na prevádzku zdravotníckeho zariadenia až do odstránenia zistených nedostatkov.⁹⁹

MZ SR má dosah na zmeny podmienok prevádzky zdravotníckych zariadení, najmä podmienok personálneho zabezpečenia a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení.

Špecifiká, riziká, benefity a odporúčania pre dopadovú oblasť

Z hľadiska vplyvu sektorovej regulácie na implementáciu Projektu je podstatné postavenie MZ SR voči nUNB a s tým súvisiaca miera zainteresovanosti na:

- ▶ Príjmov a výdavkov nUNB
- ▶ Technických parametroch nUNB
- ▶ Povolení prevádzky nUNB.

MZ SR je orgánom cenovej regulácie v oblasti cien výrobkov, služieb a výkonov v zdravotníctve a v oblasti cien nájmu nebytových priestorov v zdravotníckych zariadeniach.¹⁰⁰ MZ SR má kontrolu nad zmenou v systéme úhrad za poskytovanie zdravotnej starostlivosti. MZ SR bude preto mať vplyv na príjmy nUNB. ÚDZS je zodpovedný za zavedenie systému DRG. Vzhľadom na vplyv MZ SR na sektorovú reguláciu považujeme za účinný nástroj mitigácie rizík účasť MZ SR v SPV. Ďalším nástrojom mitigácie je vhodné dojednanie platobného mechanizmu v koncesnej zmluve, ktorý zabezpečí spravodlivú a motivačnú kompenzáciu koncesionára a možnosť flexibilnej úpravy v prípade zmien v cenovej regulácii.

Najväčšiu mieru zainteresovanosti na fungovaní nUNB má MZ SR v prípade Špecifického variantu, nasledujú varianty IPPP a JV s menšinovou majetkovou účasťou štátu a nakoniec variant ZPPP bez majetkovej účasti štátu.

Jednotlivé varianty ďalej hodnotíme osobitne z pohľadu špecifik, rizík a benefítov pre dopadovú oblasť. V závere každej časti sú v samostatnej tabuľke identifikované riziká uskutočniteľnosti Projektu spolu s odporúčaniami opatrení na mitigáciu.

A. ZPPP

Špecifikom ZPPP variantu vo vzťahu k analyzovanej dopadovej oblasti je 100%-né súkromné vlastníctvo SPV realizujúcej Projekt.

⁹⁸Napríklad Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 553/2007 Z.z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o požiadavkách na prevádzku zdravotníckych zariadení z hľadiska ochrany zdravia, Nariadení Vlády SSR č. 752/2004 Z.z., ktorým sa vydávajú indikátory kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti, 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

⁹⁹§ 18 ods. 2 Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti

¹⁰⁰§ 20 ods. 3 Zákona č. 18/1996 Zb. o cenách v znení neskorších predpisov

Posúdenie súčasného právneho rámca so zameraním na jestvujúcu sieť vzťahov v regióne

Posúdením právneho rámca systému vzťahov a dopadov implementácie variantu ZPPP na tento systém vzťahov bolo identifikované nasledovné riziko:

- Riziko nebankovateľnosti a finančnej nedostupnosti z dôvodov:
 - zmeny v spôsobe a výške úhrad za zdravotnú starostlivosť (zavedenie systému DRG)
 - zmeny v cenách za výkony zdravotnej starostlivosti
 - zmeny v personálnych nákladoch
 - obmedzenia efektivity nUNB predpismi technickej a personálnej regulácie

V závislosti od miery zhmotnenia vyššie špecifikovaných rizík môže byť Projekt zo strany finančného sektora vyhodnotený ako nebankovateľný, prípadne môže dôjsť k zvýšeniu ceny vstupnej investície a predraženiu celého Projektu.

Z hľadiska sektorovej regulácie je benefitom ZPPP variantu v porovnaní s variantmi JV a Špecifický variant získanie spätnej väzby trhu k jednotlivým oblastiam sektorovej regulácie v procese verejného obstarávania, s konkrétnymi návrhmi na zmenu ustanovení obmedzujúcich efektívnosť a profitabilitu. V procese verejného obstarávania je rovnako možné mitigovať riziko spojené s technickou a personálnou reguláciou.

Negatívne následky zavedenia systému DRG je možné mitigovať vhodnou úpravou platobného mechanizmu v koncesnej zmluve, najmä dojednaním podmienok pre výpočet negatívnych dopadov zavedenia systému DRG a dojednania spôsobu náhrady týchto výpadkov alebo úpravou rozdelenia rizík tak, aby koncesionár neniesol riziko budúcich zmien, ktoré nemôže vhodne manažovať.

Riziko spojené s cenovou reguláciou je potrebné vnímať z dvoch pohľadov, a to z pohľadu dopadov súčasnej právnej úpravy a z pohľadu dopadov budúcich zmien regulácie. V zásade je možné ustáliť, že dopady súčasnej právnej úpravy je možné v prípade potreby mitigovať legislatívnymi zmenami a dopady budúcich zmien sektorovej regulácie je možné mitigovať úpravou platobného mechanizmu v koncesnej zmluve alebo úpravou rozdelenia rizík tak, aby koncesionár neniesol riziko budúcich zmien, ktoré nemôže vhodne manažovať. Na druhej strane je vhodné, aby táto úprava zohľadňovala aj prípadné benefity spojené s cenovou reguláciou v prospech koncesionára a náležitý podiel na týchto benefitoch zo strany štátu.

Riziko zmeny cien za výkony zdravotnej starostlivosti a riziko regulačnými zásahmi vyvolaných zmien v personálnych nákladoch je tiež možné mitigovať vhodnou úpravou platobného mechanizmu v koncesnej zmluve, ktorý zabezpečí spravodlivú a motivačnú kompenzáciu koncesionára a možnosť flexibilnej úpravy v prípade zmien v cenovej regulácii, resp. úpravou rozdelenia rizík.

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
ZPPP	Zavedenie systému DRG	Vhodná úprava rozdelenia rizík a platobného mechanizmu v koncesnej zmluve Spätná väzba trhu k nastaveniu DRG v procese verejného obstarávania Legislatívne zmeny
	Zmeny v cenách za výkony zdravotnej starostlivosti	Vhodná úprava rozdelenia rizík a platobného mechanizmu v koncesnej zmluve Spätná väzba trhu k nastaveniu cien za výkony zdravotnej starostlivosti v procese verejného obstarávania Legislatívne zmeny
	Zmeny v personálnych nákladoch	Vhodná úprava rozdelenia rizík a platobného mechanizmu v koncesnej zmluve Legislatívne zmeny
	Obmedzenia efektivity nUNB predpismi technickej a personálnej regulácie	Spätná väzba trhu k predpisom technickej a personálnej regulácie v procese verejného obstarávania

Posúdenie súčasného právneho rámca so zameraním na jestvujúcu sieť vzťahov v regióne

Legislatívne zmeny

B. IPPP

Špecifikom IPPP variantu vo vzťahu k sektorovej regulácii je pozícia štátu ako menšinového vlastníka majetkového podielu v SPV¹⁰¹.

Posúdením právneho rámca systému vzťahov a dopadov implementácie variantu IPPP na tento systém vzťahov bolo identifikované nasledovné riziko:

- Riziko nebankovateľnosti a finančnej nedostupnosti z dôvodov:
 - zmeny v spôsobe a výške úhrad za zdravotnú starostlivosť (zavedenie systému DRG)
 - zmeny v cenách za výkony zdravotnej starostlivosti
 - zmeny v personálnych nákladoch
 - obmedzenia efektivity nUNB predpismi technickej a personálnej regulácie

V závislosti od miery zhmotnenia vyššie špecifikovaných rizík môže byť Projekt zo strany finančného sektora vyhodnotený ako nebankovateľný, prípadne môže dôjsť k zvýšeniu ceny vstupnej investície a predraženiu celého Projektu.

Z hľadiska sektorovej regulácie je benefitom IPPP variantu v porovnaní s variantmi JV a Špecifický variant získanie spätnej väzby trhu k jednotlivým oblastiam sektorovej regulácie v procese verejného obstarávania, s konkrétnymi návrhmi na zmenu ustanovení obmedzujúcich efektívnosť a profitabilitu. V procese verejného obstarávania je rovnako možné mitigovať riziko spojené s technickou a personálnou reguláciou.

Negatívne následky zavedenia systému DRG je možné mitigovať vhodnou úpravou platobného mechanizmu v koncesnej zmluve, najmä dojednaním podmienok pre výpočet negatívnych dopadov zavedenia systému DRG a dojednaním spôsobu náhrady týchto výpadkov alebo úpravou rozdelenia rizík tak, aby koncesionár neniesol riziko budúcich zmien, ktoré nemôže vhodne manažovať.

Riziko spojené s cenovou reguláciou je potrebné vnímať z dvoch pohľadov, a to z pohľadu dopadov súčasnej právnej úpravy a z pohľadu dopadov budúcich zmien regulácie. V zásade je možné ustáliť, že dopady súčasnej právnej úpravy je možné v prípade potreby mitigovať legislatívnymi zmenami a dopady budúcich zmien sektorovej regulácie je možné mitigovať úpravou platobného mechanizmu v koncesnej zmluve alebo úpravou rozdelenia rizík tak, aby koncesionár neniesol riziko budúcich zmien, ktoré nemôže vhodne manažovať. Na druhej strane je vhodné, aby táto úprava zohľadňovala aj prípadné benefity spojené s cenovou reguláciou v prospech koncesionára a náležitý podiel na týchto benefitoch zo strany štátu.

Riziko zmeny cien za výkony zdravotnej starostlivosti a riziko regulačnými zásahmi vyvolaných zmien v personálnych nákladoch je tiež možné mitigovať vhodnou úpravou platobného mechanizmu v koncesnej zmluve, resp. úpravou rozdelenia rizík.

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
IPPP	Zavedenie systému DRG	Vhodná úprava rozdelenia rizík a platobného mechanizmu v koncesnej zmluve Spätná väzba trhu k nastaveniu DRG v procese verejného obstarávania Legislatívne zmeny
	Zmeny v cenách za výkony zdravotnej starostlivosti	Vhodná úprava rozdelenia rizík a platobného mechanizmu v koncesnej zmluve Spätná väzba trhu k nastaveniu cien za výkony zdravotnej

¹⁰¹Z dôvodu predĺženia pozicionovania SPV do pozície verejného obstarávateľa.

Posúdenie súčasného právneho rámca so zameraním na jestvujúcu sieť vzťahov v regióne

		starostlivosti procese verejného obstarávania Legislatívne zmeny
	Zmeny v personálnych nákladoch	Vhodná úprava rozdelenia rizík a platobného mechanizmu v koncesnej zmluve Legislatívne zmeny
	Obmedzenia efektivity nUNB predpismi technickej a personálnej regulácie	Spätná väzba trhu k predpisom technickej a personálnej regulácie v procese verejného obstarávania Legislatívne zmeny

C. JV

Špecifikom JV variantu vo vzťahu k analyzovanej dopadovej oblasti je spoločná majetková účasť verejného a súkromného partnera v SPV. Zodpovednosť za implementáciu Projektu je v plnej miere ponechaná na JV a stavia štát do pozície absolútnej závislosti od konsenzu so súkromným partnerom. Uzatvorenie koncesnej zmluvy medzi štátom a JV, alebo obdobnej zmluvy by znamenalo obchádzanie Zákona o verejnom obstarávaní.

Posúdením právneho rámca systému vzťahov a dopadov implementácie variantu IPPP na tento systém vzťahov bolo identifikované nasledovné riziko:

- Riziko nebankovateľnosti a finančnej nedostupnosti z dôvodov:
 - zmeny v spôsobe a výške úhrad za zdravotnú starostlivosť (zavedenie systému DRG)
 - zmeny v cenách za výkony zdravotnej starostlivosti
 - zmeny v personálnych nákladoch
 - obmedzenia efektivity nUNB predpismi technickej a personálnej regulácie

Z hľadiska sektorovej regulácie je nevýhodou JV variantu v porovnaní s variantmi ZPPP a IPPP absencia spätnej väzby trhu k jednotlivým oblastiam sektorovej regulácie v procese verejného obstarávania. V procese verejného obstarávania preto nie je možné mitigovať riziko spojené s technickou a personálnou reguláciou. Hoci rozumieme, že aj v tomto prípade by bol súkromný partner vyberaný na základe transparentného výberového procesu, absencia mechanizmov verejného obstarávania a koncesnej zmluvy by z tohto pohľadu bola nevýhodou.

Jediným mitigačným opatrením vo vzťahu k variantu JV a dopadovej oblasti sektorovej regulácie sú legislatívne zmeny predpisov cenovej, technickej a personálnej regulácie obmedzujúcich profitabilitu a efektívu poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Negatívne následky zavedenia systému DRG nie je možné mitigovať vhodnou úpravou platobného mechanizmu v koncesnej zmluve, nakoľko variant JV počíta s trhovým charakterom JV, bez možnosti mitigovať negatívne vplyvy sektorovej regulácie na príjmy a výdavky JV v koncesnej zmluve.

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
JV	Zavedenie systému DRG	Legislatívne zmeny
	Zmeny v cenách za výkony zdravotnej starostlivosti	Legislatívne zmeny
	Zmeny v personálnych nákladoch	Legislatívne zmeny
	Obmedzenia efektivity nUNB predpismi technickej a personálnej regulácie	Legislatívne zmeny

Posúdenie súčasného právneho rámca so zameraním na jestvujúcu sieť vzťahov v regióne

D. Špecifický variant

Špecifický variant sa vo vzťahu k analyzovanej dopadovej oblasti vyznačuje absolútnou zainteresovanosťou štátu v SPV, čo má v praxi za následok, že štát bude v niektorých prípadoch vystupovať na oboch stranách vzťahu, teda ako vlastník SPV a zároveň regulátor sektora, resp. osoba determinujúca podmienky kvality plnenia Projektu. Dvojité postavenie štátu sa javí byť výhodné vo vzťahu k priechodnosti zmien sektorovej regulácie (ak budú potrebné) a naopak mitigácii negatívnych dopadov spôsobených zmenami v sektorovej regulácii.

Posúdením právneho rámca systému vzťahov a dopadov implementácie Špecifického variantu na tento systém vzťahov boli identifikované nasledovné riziká:

- Riziko nebankovateľnosti a finančnej nedostupnosti z dôvodov:
 - zmeny v spôsobe a výške úhrad za zdravotnú starostlivosť (zavedenie systému DRG)
 - zmeny v cenách za výkony zdravotnej starostlivosti
 - zmeny v personálnych nákladoch
 - obmedzenia efektivity nUNB predpismi technickej a personálnej regulácie

V závislosti od miery zhmotnenia vyššie špecifikovaných rizík môže byť Projekt zo strany finančného sektora vyhodnotený ako nebankovateľný, prípadne môže dôjsť k zvýšeniu ceny vstupnej investície a predraženiu celého Projektu.

Z hľadiska sektorovej regulácie je nevýhodou Špecifického variantu v porovnaní s variantmi ZPPP a IPPP absencia spätnej väzby trhu k jednotlivým oblastiam sektorovej regulácie v procese verejného obstarávania a konkrétnych návrhov na zmenu ustanovení obmedzujúcich efektívnosť a profitabilitu. V procese verejného obstarávania nie je možné mitigovať riziko spojené s technickou a personálnou reguláciou, nakoľko poskytovateľom zdravotnej starostlivosti bude SPV so 100 %nou účasťou MZSR, nie subjekt, ktorý vzíde zo súťaže.

Negatívne následky zavedenia systému DRG je možné mitigovať vhodnou úpravou platobného mechanizmu v koncesnej zmluve, najmä dojednaním podmienok pre výpočet negatívnych dopadov zavedenia systému DRG a dojednaním spôsobu náhrady týchto výpadkov alebo úpravou rozdelenia rizík tak, aby koncesionár neniesol riziko budúcich zmien, ktoré nemôže vhodne manažovať. Navyše 100%-ná účasť MZ SR v SPV bude pravdepodobne významne motivovať štát, aby zaviedol systém DRG tak, aby neohrozil nUNB a Projekt ako celok.

Riziko spojené s cenovou reguláciou je potrebné vnímať z dvoch pohľadov, a to z pohľadu dopadov súčasnej právnej úpravy a z pohľadu dopadov budúcich zmien regulácie. V zásade je možné ustáliť, že dopady súčasnej právnej úpravy je možné v prípade potreby mitigovať legislatívnymi zmenami v kompetencii MZ SR a dopady budúcich zmien sektorovej regulácie je možné mitigovať úpravou platobného mechanizmu v koncesnej zmluve alebo úpravou rozdelenia rizík tak, aby koncesionár neniesol riziko budúcich zmien, ktoré nemôže vhodne manažovať. Na druhej strane je vhodné, aby táto úprava zohľadňovala aj prípadné benefity spojené s cenovou reguláciou v prospech koncesionára a náležitý podiel na týchto benefitoch zo strany štátu.

Riziko zmeny cien za výkony zdravotnej starostlivosti a riziko regulačnými zásahmi vyvolaných zmien v personálnych nákladoch je tiež možné mitigovať vhodnou úpravou platobného mechanizmu v koncesnej zmluve, resp. úpravou rozdelenia rizík.

Navyše, v porovnaní s ostatnými variantmi bude 100%-ná účasť MZSR v SPV dôvodom pre MZSR zvoliť taký spôsob prijímania zmien cenovej regulácie, ktorý neohrozí nUNB a Projekt ako celok.

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
Špecifický variant	Zavedenie systému DRG	Vhodná úprava rozdelenia rizík a platobného mechanizmu v koncesnej zmluve Legislatívne zmeny
	Zmeny v cenách za výkony zdravotnej starostlivosti	Vhodná úprava rozdelenia rizík a platobného mechanizmu v koncesnej zmluve Legislatívne zmeny

Posúdenie súčasného právneho rámca so zameraním na jestvujúcu sieť vzťahov v regióne

	Zmeny v personálnych nákladoch	Vhodná úprava rozdelenia rizík a platobného mechanizmu v koncesnej zmluve Legislatívne zmeny
	Obmedzenia efektivity nUNB predpismi technickej a personálnej regulácie	Legislatívne zmeny

Posúdenie variantov

Vo vzťahu k dopadovej oblasti sektorovej regulácie sú všetky porovnávané varianty uskutočniteľné. Z hľadiska rizík pre uskutočniteľnosť a spôsobov mitigácie sa ako najvýhodnejší javí Špecifický variant pre nízku váhu rizík a vysokú priechodnosť mitigačných opatrení. Špecifický variant sa javí ako najvýhodnejší z titulu dosahu MZ SR na sektorovú reguláciu vrátane vplyvu na nastavenie a zavedenie systému DRG. Varianty ZPPP a IPPP majú výhodu spočívajúcu v získaní spätnej väzby trhu k otázkam nastavenia sektorovej regulácie. Variant IPPP sa javí výhodnejší v porovnaní s variantom ZPPP z titulu majetkovej účasti MZSR v IPPP a zvýšenej motivácii vykonávať opatrenia smerujúce k optimalizácii sektorovej regulácie. Nasleduje variant IPPP so strednou váhou rizík a strednou účinnosťou mitigačných opatrení, nakoľko umožňuje kombinovať mitigačné opatrenia súvisiace s koncesnou zmluvou a účasťou verejného partnera v SPV, ktorá môže zlepšiť negatívne vnímanie účasti súkromného prvku v pozícii najväčšieho poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v regióne. V prípade variantu ZPPP môže byť motiváciou MZ SR optimalizovať predpisy sektorovej regulácie a nevykonávať zásahy negatívne vplyvajúce na prevádzku nUNB dojednanie platobného mechanizmu v koncesnej zmluve. Váha rizík variantu ZPPP sa javí ako vysoká so strednou účinnosťou mitigačných opatrení. Variant JV sa javí ako uskutočniteľný s ohľadom na majetkovú účasť MZ SR v JV a s ňou spojený záujem MZ SR na fungovaní Projektu, no rizikový z dôvodu absencie spätnej väzby trhu a možnosti dojednania vhodného rozdelenia rizík a platobného mechanizmu v koncesnej zmluve.

Sumarizačná tabuľka

Riziko	ZPPP	IPPP	JV	Špecifický variant
Zavedenie systému DRG	Vhodná úprava rozdelenia rizík a platobného mechanizmu v koncesnej zmluve Spätná väzba trhu k nastaveniu DRG v procese verejného obstarávania Legislatívne zmeny	Vhodná úprava rozdelenia rizík a platobného mechanizmu v koncesnej zmluve Spätná väzba trhu k nastaveniu DRG v procese verejného obstarávania Legislatívne zmeny	Legislatívne zmeny	Vhodná úprava rozdelenia rizík a platobného mechanizmu v koncesnej zmluve Legislatívne zmeny
Zmeny v cenách za výkony zdravotnej starostlivosti	Vhodná úprava rozdelenia rizík a platobného mechanizmu v koncesnej zmluve Spätná väzba trhu k nastaveniu cien za výkony zdravotnej starostlivosti procese verejného obstarávania Legislatívne zmeny	Vhodná úprava rozdelenia rizík a platobného mechanizmu v koncesnej zmluve Spätná väzba trhu k nastaveniu cien za výkony zdravotnej starostlivosti procese verejného obstarávania Legislatívne zmeny	Legislatívne zmeny	Vhodná úprava rozdelenia rizík a platobného mechanizmu v koncesnej zmluve Legislatívne zmeny
Zmeny v personálnych nákladoch	Vhodná úprava rozdelenia rizík a platobného mechanizmu v koncesnej zmluve	Vhodná úprava rozdelenia rizík a platobného mechanizmu v koncesnej zmluve	Legislatívne zmeny	Vhodná úprava rozdelenia rizík a platobného mechanizmu v koncesnej zmluve

**Posúdenie súčasného právneho rámca so zameraním na jestvujúcu sieť
vzťahov v regióne**

	zmluve	zmluve	zmluve	zmluve
	Legislatívne zmeny	Legislatívne zmeny	Legislatívne zmeny	Legislatívne zmeny
Obmedzenia efektivity predpismi technickej a personálnej regulácie	nUNB Spätná väzba trhu k predpisom technickej a personálnej regulácie v processe verejného obstarávania Legislatívne zmeny	Spätná väzba trhu k predpisom technickej a personálnej regulácie v processe verejného obstarávania Legislatívne zmeny	Legislatívne zmeny	Legislatívne zmeny

Analýza právnych dopadov Projektu z pohľadu (i) medzinárodných záväzkov Slovenskej republiky, (ii) Ústavy Slovenskej republiky a (iii) všeobecne záväzných právnych predpisov Slovenskej republiky

Základný popis dopadovej oblasti

V tejto časti správy sa venujeme dopadom implementácie Projektu z pohľadu:

- ▶ medzinárodných záväzkov Slovenskej republiky,
- ▶ Ústavy SR
- ▶ všeobecne záväzných právnych predpisov Slovenskej republiky.

V porovnaní s časťou Posúdenie právneho rámca a potrieb/možností jeho úpravy analyzujeme nemocničný PPP projekt v jednotlivých vrstvách z pohľadu štátu a jeho záväzkov vyplývajúcich z členstva v medzinárodných organizáciách, Medzinárodných zmlúv, primárnych a sekundárnych predpisov komunitárneho práva, Ústavy SR, ústavných zákonov a napokon aj všeobecne záväzných právnych predpisov Slovenskej republiky, ktoré vykonávajú jednotlivé ustanovenia Ústavy SR.

Predmetom analýzy v tejto časti správy je aj zodpovedanie otázky, či v súvislosti s implementáciou Projektu existuje riziko porušenia záväzkov Slovenskej republiky, alebo naopak, či implementácia Projektu napomôže plneniu týchto záväzkov, prípadne či je pre ich naplnenie nevyhnutná.

V rámci analýzy dopadov na všeobecne záväzné právne predpisy sme zároveň do tejto časti správy zahrnuli sumár navrhovaných, resp. odporúčaných zmien všeobecne záväzných právnych predpisov SR.

Dopady implementácie Projektu na záväzky SR analyzujeme jednotlivo pre oblasti:

- ▶ Ochrany zdravia
- ▶ Vedy a výskumu
- ▶ Verejného obstarávania
- ▶ Rozpočtovej zodpovednosti.

Návrhy na prijatie zmien všeobecne záväzných právnych predpisov SR v súvislosti s implementáciou Projektu sumarizujeme v závere časti Právny rámec dopadovej oblasti.

Právny rámec dopadovej oblasti

*Ochrana zdravia***(i) Medzinárodné záväzky**

Súčasný právny rámec upravujúci sektor zdravotníctva sleduje plnenie jednej z hlavných úloh štátu zabezpečiť právo na zdravotnú starostlivosť. Právo na zdravotnú starostlivosť je hospodárskym, sociálnym a kultúrnym právom na prístup k štandardnej starostlivosti, na ktorú majú nárok všetky osoby.

Koncepcia práva na ochranu zdravia je zakotvená v aktoch medzinárodného verejného práva, vrátane Všeobecnej deklarácie ľudských práv, Medzinárodného paktu o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach ako aj v Dohovore OSN o právach osôb s postihnutím. Legislatíva štátov na národnej úrovni môže obsah práva na ochranu zdravia interpretovať odlišne, a to vlastnou definíciou pojmu zdravie, definíciou obsahu práva na prístup k zdravotnej starostlivosti ako aj vymedzením okruhu inštitúcií zodpovedných za zabezpečenie práva na ochranu zdravia.

V zmysle článku 25 Všeobecnej deklarácie ľudských práv OSN má každý právo na životnú úroveň zabezpečujúcu jemu i jeho rodine zdravie a blahobyt vrátane výživy, ošatenia, bývania, lekárskej starostlivosti a nevyhnutných sociálnych služieb, ako aj právo na zabezpečenie pri nezamestnanosti, chorobe, pracovnej nespôsobilosti, vdovstve, starobe alebo v iných prípadoch ním nezavinenej núdze o živobytie.

Medzinárodný pakt o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach v článku 12 stanovuje:

„Štáty, zmluvné strany paktu, uznávajú právo každého na dosiahnutie najvyššej dosažiteľnej úrovne fyzického a duševného zdravia. Štáty, zmluvné strany paktu, urobia opatrenia na dosiahnutie plného uskutočnenia tohto práva, ktoré budú zahŕňať:

- a) opatrenia na zníženie počtu potratov a dojčenskej úmrtnosti a opatrenia pre zdravý vývoj dieťaťa;
- b) zlepšenie všetkých stránok vonkajších životných podmienok a priemyselnej hygieny;
- c) prevenciu, liečenie a kontrolu epidemických, miestnych chorôb, chorôb z povolania a iných chorôb;
- d) vytvorenie podmienok, ktoré by každému zabezpečili lekársku pomoc a starostlivosť v prípade choroby.“

V zmysle ustanovenia článku 7 ods. 5 Ústavy Slovenskej republiky majú medzinárodné zmluvy o ľudských právach a základných slobodách, medzinárodné zmluvy, na ktorých vykonanie nie je potrebný zákon, a medzinárodné zmluvy, ktoré priamo zakladajú práva alebo povinnosti fyzických osôb alebo právnických osôb a ktoré boli ratifikované a vyhlásené spôsobom ustanoveným zákonom, prednosť pred zákonmi. Z dôvodu členstva Slovenskej republiky v EÚ je pre Slovenskú republiku záväznou reguláciou taktiež ZFEÚ. Dobrý zdravotný stav obyvateľstva je jedným z hlavných cieľov EÚ, ktorá preto vynakladá úsilie na dosiahnutie vyššej úrovne ochrany zdravia prostredníctvom celo-európskych iniciatív a aktivít v súlade s článkom 168 ZFEÚ.

Určovanie národných politík v oblasti ochrany zdravia a poskytovania je však ponechané vo výlučnej kompetencii členských štátov. Politiky a iniciatívy EÚ preto nemajú za cieľ zasahovať do organizácie poskytovania zdravotnej starostlivosti členských štátov.

Napriek stratégii nezasahovania do národných regulácií v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti EÚ za účelom zabezpečenia prístupu k zdravotnej starostlivosti občana jedného členského štátu v inom členskom štáte prijala Smernicu Európskeho parlamentu a Rady 2011/24/EÚ z 9. marca 2011 o uplatňovaní práv pacientov pri cezhraničnej zdravotnej starostlivosti, ktorá vytvára právny rámec pre:

- ▶ definíciu práv pacienta vo vzťahu k cezhraničnej zdravotnej starostlivosti
- ▶ zabezpečenie bezpečnosti, kvality a efektivity zdravotnej starostlivosti, ktorá bude poskytnutá občanovi iného členského štátu
- ▶ podporu spolupráce medzi členskými štátmi v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti.

(ii) Ústava SR

V zmysle článku 40 Ústavy SR má každý právo na ochranu zdravia. Na základe verejného zdravotného poistenia má každý občan právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť za podmienok, ktoré stanoví zákon. Článok 40 Ústavy SR musí byť interpretovaný s ohľadom na článok 51 ods. 1 Ústavy SR a právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť môže byť uplatňované len v medziach zákonov, ktoré tieto ustanovenia vykonávajú. Tým nie je dotknuté ustanovenie článku 7 ods. 2 Ústavy SR, v zmysle ktorého právne záväzné akty Európskych spoločenstiev a Európskej únie majú prednosť pred zákonmi Slovenskej republiky.

(iii) Všeobecne záväzné právne predpisy

Právo na prístup k zdravotnej starostlivosti je na úrovni všeobecne záväzných právnych predpisov upravené najmä Zákonom o zdravotnej starostlivosti v zmysle ktorého má každý právo na poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Právo na poskytovanie zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti vrátane cezhraničnej zdravotnej starostlivosti sa zaručuje rovnako každému v súlade so zásadou rovnakého zaobchádzania v zdravotnej starostlivosti.¹⁰²

(iv) Dopady implementácie Projektu na záväzky SR

Úspešná implementácia Projektu predstavuje pozitívny dopad na záväzky SR v oblasti ochrany zdravia. Za predpokladu vhodného nastavenia a implementácie Projektu nUNB bude poskytovať zdravotnú starostlivosť

¹⁰² § 11 ods. 1 a 2 Zákona o zdravotnej starostlivosti

v súlade so Zákonom o zdravotnej starostlivosti a zabezpečí prístup k zdravotnej starostlivosti pre celú spádovú oblasť Bratislavského regiónu.

Záväzok SR zabezpečiť právo a ochranu zdravia môže byť porušený v prípade, ak nUNB nebude spĺňať kapacitné, či kvalitatívne podmienky poskytovania zdravotnej starostlivosti dojednané s MZ SR.

Veda a výskum

(i) Medzinárodné záväzky

V zmysle článku 179 ZFEÚ je cieľom činnosti EÚ posilňovať svoju vedeckú a technickú základňu prostredníctvom vytvorenia európskeho výskumného priestoru, v ktorom sa voľne pohybujú vedci, vedecké poznatky a technológie, a podporovať zvyšovanie jej konkurencieschopnosti vrátane konkurencieschopnosti jej priemyslu za podpory všetkých výskumných činností, ktoré sa pokladajú za potrebné v iných kapitolách zmlúv.

V zmysle článku 182 ZFEÚ Európsky parlament a Rada prijímajú viacročný rámcový program stanovujúci všetky činnosti Únie v súlade s riadnym legislatívnym postupom a po porade s Hospodárskym a sociálnym výborom. Rámcový program stanoví vedecké a technologické ciele, ktoré sa majú dosiahnuť činnosťami stanovenými v článku 180 ZFEÚ a určí príslušné priority, naznačí hlavnú orientáciu týchto činností a určí maximálnu celkovú sumu a podrobné pravidlá finančnej účasti Únie na rámcovom programe a príslušný podiel na každej z vymedzených činností.

Nový program Únie pre financovanie výskumu a inovácií má názov Horizont 2020. Program Horizont 2020 je hlavným nástrojom pri realizácii hlavnej iniciatívy Inovácia v Únii pri plnení z nej vyplývajúcich záväzkov¹⁰³, ako aj pri plnení záverov zasadnutia Európskej rady zo 4. februára 2011 a uznesenia EP z 12. mája 2011 o Inovácii v Únii.

(ii) Ústava SR

Ústava SR priamo neupravuje záväzky SR v oblasti vedy a výskumu. Ustanovenie čl. 7 ods. 2 Ústavy SR však stanovuje, že Právne záväzné akty Európskych spoločenstiev a Európskej únie majú prednosť pred zákonmi Slovenskej republiky. SR v zmysle ustanovenia článku 1 ods. 2 Ústavy SR uznáva a dodržiava všeobecné pravidlá medzinárodného práva, medzinárodné zmluvy, ktorými je viazaná, a svoje ďalšie medzinárodné záväzky.

(iii) Všeobecne záväzné právne predpisy

Podmienky poskytovania štátnej podpory výskumu a vývoja, postavenie a úlohy orgánov s pôsobnosťou v oblasti vedy a techniky vrátane Agentúry na podporu výskumu a vývoja, dlhodobý zámer štátnej vednej a technickej politiky, národný program rozvoja vedy a techniky a informačné zabezpečenie výskumu a vývoja ustanovuje zákon č. 172/2005 Z.z. o organizácii štátnej podpory výskumu a vývoja a o doplnení zákona č. 575/2001 Z.z. o organizácii činnosti vlády a organizácii ústrednej štátnej správy v znení neskorších predpisov.

(iv) Dopady implementácie Projektu na záväzky SR

Úspešná implementácia Projektu predstavuje pozitívny dopad na záväzky SR v oblasti vedy a výskumu. nUNB bude univerzitnou nemocnicou, ktorá na základe zmlúv o praktickej výučbe uzatvorených s Univerzitami a zmlúv s výskumnými inštitúciami vytvorí priestor pre rozvoj vedy a výskumu a napĺňanie záväzkov Iniciatívy Inovácia v Únii.

Záväzky SR v oblasti vedy a výskumu, vrátane záväzku vytvoriť znalostné aliancie medzi podnikmi a akademickými inštitúciami môžu byť porušené v prípade, ak nUNB neuzatvorí zmluvy o praktickej výučbe a zmluvy a nebude spolupracovať s výskumnými inštitúciami.

¹⁰³Napríklad záväzok vytvoriť znalostné aliancie medzi podnikmi a akademickými inštitúciami

Verejné obstarávanie

(i) Medzinárodné záväzky

Dňa 06.04.2014 nadobudlo účinnosť Revidované znenie GPA Dohody o vládnom obstarávaní (ďalej len „GPA“), medzinárodnej dohody uzatvorenej na platforme Svetovej obchodnej organizácie (ďalej len „WTO“). GPA spoločne zaväzuje 15 strán Dohody, a to Arménsko, Kanada, EU a jej 28 členských štátov, Holandsko vo vzťahu k zámorskému teritóriu Aruba, Hong Kong, Island, Izrael, Japonsko, Kórea, Lichtenštajnsko, Nórsko, Singapurská republika, Spojené štáty Americké, Švajčiarsko a Tajpej, k dodržiavaniu medzinárodných štandardov, zásad a nástrojov verejného obstarávania.

GPA je jedinou právne záväznou dohodou v rámci WTO týkajúcou sa verejného obstarávania. Dohoda o vládnom obstarávaní (GPA) zaväzuje strany Dohody, aby navzájom sprístupnili svoje trhy a umožnili účasť vo verejnom obstarávaní subjektom všetkých strán Dohody za vopred dojednaných a transparentných pravidiel.

Medzi základné ciele GPA patrí prijatie efektívneho multilaterálneho rámca pre verejné obstarávanie, dosiahnutie vyššej miery liberalizácie, expanzie a skvalitnenia medzinárodného obchodu. Uplatňovanie GPA má napomôcť voľnému pohybu tovarov, prác a služieb a bráni uprednostňovaniu či zvýhodňovaniu domácich uchádzačov oproti iným stranám GPA. V prípade, ak zákazka zadávaná MZSR, prekračuje finančný limit 5.000.000,- SDR¹⁰⁴, a zahŕňa stavebné práce podlieha právnej úprave GPA, ktorá má prednosť pred zákonom z titulu úpravy článku 7 ods. 2 Ústavy SR.

Zadávanie verejných zákaziek orgánmi členských štátov alebo v ich mene musí byť v súlade so zásadami ZFEÚ, najmä so zásadami voľného pohybu tovaru, slobody usadiť sa a slobody poskytovať služby, ako aj so zásadami, ktoré z nich vyplývajú, ako sú rovnaké zaobchádzanie, nediskriminácia, vzájomné uznávanie, proporionalita a transparentnosť. Verejné obstarávanie zohráva kľúčovú úlohu v stratégii Európa 2020, stanovenej v oznámení Komisie z 3. marca 2010 s názvom Európa 2020, stratégia na zabezpečenie inteligentného, udržateľného a inkluzívneho rastu, keďže je jedným z trhov orientovaných nástrojov, ktoré sa majú využívať na dosiahnutie inteligentného, udržateľného a inkluzívneho rastu a na zabezpečenie čo najefektívnejšieho využitia verejných finančných prostriedkov.

Smernica 2014/23/EÚ¹⁰⁵ stanovuje pravidlá postupov obstarávania verejnými obstarávateľmi a obstarávateľmi prostredníctvom koncesíí, ktorých hodnota sa predpokladá vo výške nie nižšej, ako je finančný limit stanovený v článku 8 tejto smernice.

Smernica 2014/24/EÚ stanovuje pravidlá postupov obstarávania vykonávaných verejnými obstarávateľmi, pokiaľ ide o verejné zákazky, ako aj súťaž návrhov, ktorých predpokladaná hodnota nie je nižšia ako finančný limit stanovený v článku 4 tejto Smernice.¹⁰⁶

(ii) Ústava SR

Ústava SR priamo neupravuje záväzky SR v oblasti verejného obstarávania. Ustanovenie čl. 7 ods. 2 Ústavy SR však stanovuje, že Právne záväzné akty Európskych spoločenstiev a Európskej únie majú prednosť pred zákonmi Slovenskej republiky. SR v zmysle ustanovenia článku 1 ods. 2 Ústavy SR uznáva a dodržiava všeobecné pravidlá medzinárodného práva, medzinárodné zmluvy, ktorými je viazaná, a svoje ďalšie medzinárodné záväzky.

(iii) Všeobecne záväzné právne predpisy

Zákon o verejnom obstarávaní upravuje zadávanie zákaziek na dodanie tovaru, zákaziek na uskutočnenie stavebných prác, zákaziek na poskytnutie služieb, súťaž návrhov a správu vo verejnom obstarávaní. Pri zadávaní zákaziek sa musí uplatňovať princíp rovnakého zaobchádzania, princíp nediskriminácie uchádzačov alebo záujemcov, princíp transparentnosti a princíp hospodárnosti a efektívnosti. Zákon o verejnom obstarávaní taktiež stanovuje, že voči uchádzačom a záujemcom z členských štátov sa uplatnia rovnako výhodné podmienky pri zadávaní zákaziek ako tie, ktoré sa uplatnia voči uchádzačom a záujemcom z tretích krajín pri vykonávaní GPA.

¹⁰⁴Special drawing rights - Zvláštne práva čerpania sú jednotnou menovou a účtovnou jednotkou používanou v rámci Medzinárodného menového fondu

¹⁰⁵ Smernica nadobúda účinnosť dvadsiatym dňom po jej uverejnení v Úradnom Vestníku Európskej únie a neuplatňuje sa na udeľovanie koncesíí ponúkaných, alebo udelených pred 17. aprílom 2014

¹⁰⁶Členské štáty sú povinné uviesť do účinnosti zákony, iné právne predpisy a správne opatrenia potrebné na dosiahnutie súladu s touto smernicou do 18. apríla 2016

(iv) Dopady implementácie Projektu na záväzky SR

Porušenie záväzkov SR v oblasti verejného obstarávania môže mať za následok vyvolanie revízných postupov.

Každý členský štát je zodpovedný za uplatňovanie práva EÚ v rámci svojho právneho systému. Komisia je podľa ZFEÚ zodpovedná za zabezpečenie správneho uplatňovania práva EÚ. Následne, ak členský štát nesplní povinnosť vyplývajúcu z práva EÚ, samotná Komisia má právomoc pokúsiť sa ukončiť toto porušovanie (žaloba pre nesplnenie povinnosti) a v prípade potreby postúpi prípad SD EÚ. Ako odpoveď na sťažnosť alebo náznak porušenia, ktoré sama odhalí, Komisia prijme opatrenie, ktoré pokladá za najvhodnejšie.

Každý môže Komisii predložiť sťažnosť voči akémukoľvek opatreniu (zákon, iný právny predpis alebo správne opatrenie) alebo postupu členského štátu, pokiaľ sa domnieva, že nie je v súlade s ustanovením alebo princípom práva Spoločenstva.

Každý, kto sa domnieva, že určité opatrenie (zákon, iný právny predpis, správne opatrenie) alebo postup nie je v súlade s právom Spoločenstva, sa môže domáhať nápravy od vnútroštátnych správnych alebo súdnych orgánov (vrátane národného alebo regionálneho ombudsmana a/alebo prostredníctvom arbitrážneho alebo zmierovacieho konania, ak sú k dispozícii), buď pred podaním sťažnosti Komisii alebo súčasne s jej podaním. Predtým, než sťažovateľ predloží sťažnosť, Komisia odporúča využiť najskôr tieto vnútroštátne prostriedky nápravy, administratívne, súdne alebo iné, z dôvodu ich výhodnosti pre sťažovateľa.

Na národnej úrovni tieto revízne postupy upravuje Zákonom o verejnom obstarávaní.

Rozpočtová zodpovednosť

Záväzky SR hľadiska rozpočtovej zodpovednosti sú definované národnou legislatívou alebo legislatívou EÚ. Napriek rozdielnym prístupom k definícii pravidiel, ich spoločným cieľom je predovšetkým zamedziť vládam vytvárať vysoké deficity vedúce k neudržateľným úrovňam verejného dlhu, zvýšiť kredibilitu rozpočtového procesu a znížiť informačnú asymetriu prostredníctvom zverejňovania relevantných ukazovateľov.

(i) Medzinárodné záväzky

Pakt stability a rastu je dohodou, ktorá zaväzuje členské krajiny (primárne členov eurozóny) dodržiavať rozpočtovú disciplínu. Pakt stability a rastu sa skladá z dohody Európskej rady k Paktu stability a rastu zo 17. júna 1997 a z dvoch nariadení:

- ▶ nariadenie (ES) č. 1466/97 o posilnení dohľadu nad stavmi rozpočtov členských štátov a o dohľade nad hospodárskymi politikami a ich koordinácii (preventívna časť);
- ▶ nariadenie (ES) č. 1467/97 týkajúce sa zavedenia postupu pri nadmernom deficite, teda ak rozpočtový deficit členského štátu prekročí referenčný prah stanovený na 3 % hrubého domáceho produktu (nápravná časť).

Fungovanie Paktu spočíva hlavne na dvoch pilieroch, ktoré vyplývajú z dvoch nariadení: preventívnej časti a nápravnej časti. Preventívna časť zodpovedá multilaterálnej kontrole stavu verejných financií v členských krajinách. Nápravná časť upravuje postup pri nadmernom deficite, ktorý je vyvolaný kritériom deficitu alebo dlhu:

- ▶ kritérium deficitu: deficit verejných financií sa považuje za nadmerný, ak je vyšší ako referenčná hodnota na úrovni 3 % HDP pri trhových cenách alebo
- ▶ kritérium dlhu: dlh je vyšší ako 60 % HDP a za uplynulé tri roky sa nedosiahol cieľ ročného zníženia dlhu o 1/20 dlhu.

Postup pri nadmernom deficite stanovuje aj sankcie v prípade nedodržiavania súladu (článok 126 ods. 11 ZFEÚ). V prípade členských štátov eurozóny je sankciou spravidla pokuta, ktorá sa skladá z pevnej zložky (0,2 % HDP) a pohyblivej zložky (max. 0,5 % HDP pre obe zložky spolu). Ďalšie sankcie sú uvedené pre členské štáty eurozóny v nariadení (EÚ) č. 1173/2011 o účinnom presadzovaní rozpočtového dohľadu v eurozóne. Sankcie sa ukládajú v rôznych etapách postupu pri nadmernom deficite a zahŕňajú neúročené depozity vo výške 0,2 % a pokutu vo výške 0,2 % HDP predchádzajúcich rokov. Podľa rovnakého nariadenia sú stanovené aj sankcie za manipuláciu so štatistikou.

Spôsob výpočtu výšky verejného dlhu upravuje metodika ESA 10.

(ii) Ústava SR

Záväzky SR v oblasti rozpočtovej zodpovednosti ďalej upravuje Ústavný zákon o rozpočtovej zodpovednosti.

Ústavný zákon o rozpočtovej zodpovednosti definuje pravidlá rozpočtovej zodpovednosti. Pravidlá rozpočtovej zodpovednosti majú za cieľ zabezpečiť také hospodárenie verejnej správy, ktoré by v krátkodobom aj dlhodobom horizonte zabezpečili udržateľnú úroveň verejného dlhu.

Najdôležitejším pravidlom rozpočtovej zodpovednosti je limit dlhu verejnej správy. Ten je stanovený na úrovni 50% HDP. Definícia dlhu je totožná s definíciou dlhu, ktorú vykazuje Eurostat (maastrichtský dlh). K limitu dlhu sa viažu aj sankčné pásma, ktoré začínajú už 10% z HDP pod limitom, t.j. od 40% z HDP. Sankcie štartujú symbolicky písomným zdôvodnením ministra financií vrátane návrhu opatrení na zníženie dlhu a končia s požiadavkou vyrovnaného rozpočtu a v krajnom prípade hlasovaním o dôvere vláde. Takzvaná „dlhová brzda“ je opatrením poslednej inštancie, ktorej cieľom je zabrániť úplnému rozvratu verejných financií a zabrániť strate platobnej schopnosti krajiny na finančných trhoch. Nemala by byť nástrojom operatívneho riadenia verejných financií.

Vyššie uvedené hranice pre dlh platia z dôvodu prechodných ustanovení zákona až od roku 2027. V prechodnom období do roku 2017 je horný limit pre dlh stanovený na úrovni 60% HDP. Od roku 2018 sa hranice pre aplikáciu sankčných mechanizmov rovnako ako horný limit verejného dlhu postupne každoročne znižujú o 1 p. b., kým horný limit neklesne na 50 % HDP.

Dopady v súvislosti s dodržiavaním rozpočtovej zodpovednosti hrubého dlhu verejnej správy na HDP so sankčnými mechanizmami v rokoch 2012 – 2017 sú nasledovné:

- ▶ výška dlhu 50 – 53 % HDP – Ministerstvo financií Slovenskej republiky zasiela NR SR písomné zdôvodnenie výšky dlhu vrátane návrhu opatrení na jeho zníženie.
- ▶ výška dlhu 53 – 55 % HDP – Vláda SR predloží na rokovanie NR SR návrh opatrení, ktorými navrhuje zabezpečiť zníženie dlhu a znížia sa platy členov Vlády SR na úroveň ich platov v predchádzajúcom rozpočtovom roku.
- ▶ výška dlhu 55 – 57 % HDP – Ministerstvo financií Slovenskej republiky viaže výdavky štátneho rozpočtu vo výške 3 % z celkových výdavkov štátneho rozpočtu (bez obsluhy štátneho dlhu, prostriedkov EÚ, odvodov do EÚ, transferov Sociálnej poisťovne), zároveň Vláda SR nesmie predložiť NR SR návrh rozpočtu, ktorý obsahuje medziročný nominálny rast celkových výdavkov verejnej správy (okrem výdavkov na obsluhu štátneho dlhu, prostriedkov EÚ, odvodov do EÚ, spolufinancovanie k EÚ prostriedkom, výdavkov na likvidáciu škôd spôsobených živelnými pohromami) a samosprávy sú povinné schváliť výdavky rozpočtu maximálne vo výške výdavkov rozpočtu predchádzajúceho roka.
- ▶ výška dlhu 57 – 60 % HDP – Vláda SR nesmie predložiť NR SR návrh rozpočtu verejnej správy s rozpočtovaných schodkom a samosprávy sú povinné schváliť na nasledujúci rozpočtový rok iba vyrovnaný prípadne prebytkový rozpočet.¹⁰⁷

(iii) Všeobecne záväzné právne predpisy

Pravidlá rozpočtovej zodpovednosti sú taktiež definované na úrovni všeobecne záväzných právnych predpisov, ktoré upravujú rozpočtové pravidlá verejnej správy a rozpočtové pravidlá pre územné samosprávy. Jedná sa o Zákon o rozpočtových pravidlách verejnej správy a Zákon o rozpočtových pravidlách územnej samosprávy.

Osobitnú právnu úpravu vo vzťahu k deficitu je zákon o štátnom rozpočte, prijímaný na ročnej báze. V zmysle ustanovenia § 2 ods. 1 zákona č. 473/2013 Z.z. o štátnom rozpočte na rok 2014 Vláda SR alebo na základe jej splnomocnenia minister financií Slovenskej republiky môže v priebehu roka upraviť záväzné ukazovatele štátneho rozpočtu na rok 2014 uvedené v prílohách č. 2 až 6. Týmto úpravami sa však nesmie zvýšiť schodok štátneho rozpočtu na rok 2014.

V zmysle ustanovenia § 19 ods. 15 Zákona o rozpočtových pravidlách verejnej správy je MZSR oprávnené uzatvoriť koncesnú zmluvu na stavebné práce, ak hodnota koncesie podľa návrhu koncesnej zmluvy sa rovná alebo je vyššia ako 5.000.000,- Eur len s predchádzajúcim súhlasom Vlády SR. Povinnou súčasťou materiálu na rokovanie vlády je stanovisko ministerstva financií k návrhu tejto zmluvy z hľadiska dôsledkov jej realizácie na vykazovanie dlhu verejnej správy v jednotnej metodike platnej pre Európsku úniu.

¹⁰⁷Ústavný zákon č. 493/2011 Z.z. o rozpočtovej zodpovednosti stanovuje únikové klauzuly z aplikácie menovaných opatrení v článku 5 ods. 10, 11 a 12

(iv) Dopady implementácie Projektu na záväzky SR

Implementácia Projektu ovplyvňuje schopnosť SR dodržať záväzky v oblasti rozpočtovej zodpovednosti. Miera vplyvu implementácie Projektu závisí od štruktúrovania Projektu, resp. voľby konkrétneho variantu implementácie Projektu a klasifikácie nákladov na Projekt v zmysle pravidiel ESA 10.

Výšku hrubého dlhu verejnej správy v roku 2013 zverejnil Eurostat dňa 23. apríla 2013¹⁰⁸. Dlh vyjadrený ako percentuálny podiel na hrubom domácom produkte dosiahol úroveň 55,4%. Táto úroveň dlhu je vyššia ako druhá hranica definovaná ústavným zákonom vo výške 55% HDP a zároveň nižšia ako tretia hranica vo výške 57% HDP. Tým sa aktivovala procedúra, ktorá by mala viesť k zníženiu dlhu opätovne pod hranicu 55% HDP.

V dôsledku prekročenia 55%-nej hranice verejného dlhu je Ministerstvo financií Slovenskej republiky povinné viazať výdavky štátneho rozpočtu vo výške 3 % z celkových výdavkov štátneho rozpočtu (bez obsluhy štátneho dlhu, prostriedkov EÚ, odvodov do EÚ, transferov do Sociálnej poisťovne), zároveň Vláda SR nesmie predložiť NR SR návrh rozpočtu, ktorý obsahuje medziročný nominálny rast celkových výdavkov verejnej správy (okrem výdavkov na obsluhu štátneho dlhu, prostriedkov EÚ, odvodov do EÚ, spolufinancovania k EÚ prostriedkom, výdavkov na likvidáciu škôd spôsobených živelnými pohromami) a samosprávy sú povinné schváliť výdavky rozpočtu maximálne vo výške výdavkov rozpočtu predchádzajúceho roka.

Vzhľadom na hodnotu ukazovateľov verejného dlhu nie je Projekt uskutočniteľný na úkor zvýšenia verejného dlhu.

Návrhy na prijatie zmien všeobecne záväzných právnych predpisov SR

S implementáciou Projektu sú spojené riziká, ktoré je možné a potrebné mitigovať zmenami všeobecne záväzných právnych predpisov SR. Podrobný popis dôvodov a podmienok zmien všeobecne záväzných právnych predpisov SR je obsiahnutý v jednotlivých častiach právnej analýzy, no pre väčšiu prehľadnosť uvádzame sumár dotknutých právnych predpisov aj v tejto časti. Tiež uvádzame, že pri tak komplexnom projekte ako je Projekt nUNB nie je dopredu možné odhadnúť všetky legislatívne zmeny, ktoré bude potrebné pre úspešnú realizáciu Projektu realizovať. V tomto smere bude mimoriadne dôležité dôsledne vypočítať spätnú väzbu uchádzačov o realizáciu Projektu tak, aby bol Projekt jednak bankovateľný, finančne dostupný a atraktívny pre investor a zároveň efektívne napíňal strategické ciele štátu v oblasti zdravotnej starostlivosti.

V súvislosti s posúdením súčasného právneho rámca a potrieb/možností jeho úprav v dôsledku realizácie preferovanej voľby osobitne so zameraním na vplyv na jestvujúcu sieť vzťahov v regióne odporúčame zvážiť nasledovné legislatívne zmeny:

- ▶ zmena Nariadenia Vlády SR o verejnej minimálnej sieti v časti koncovej siete poskytovateľov tak, aby bola nUNB zaradená do tejto siete,
- ▶ zmena ustanovenia § 7 ods. 1 Zákona o zdravotných poisťovniach doplnením povinnosti zdravotnej poisťovne uzatvoriť zmluvu s koncesnou nemocnicou a udržiavať ju v platnosti po celú dobu trvania koncesnej zmluvy,
- ▶ zmena Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti spočívajúca v doplnení definície pojmu „koncesná nemocnica“, konkrétne v ustanovení § 4 písm. a) bod 3 ako nový typ poskytovateľa zdravotnej starostlivosti s odkazom na relevantné ustanovenia Zákona o verejnom obstarávaní,
- ▶ zmena ustanovenia § 11 ods. 1 písm. c) Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti rozšírením právomoci MZ SR o vydávanie povolenia na prevádzku koncesnej nemocnice.

V súvislosti s posúdením súčasného právneho rámca a potrieb/možností jeho úprav v dôsledku realizácie preferovanej voľby osobitne so zameraním na masívnu sektorovú reguláciu odporúčame zvážiť nasledovné legislatívne zmeny:

- ▶ zmena Opatrenia č. 07045/2003 – OAP - (Príloha č. 4), ktoré upravuje reguláciu cien a podmienky regulácie cien výkonov zdravotnej starostlivosti, za účelom zavedenia osobitnej odplaty za jednoduchú starostlivosť,
- ▶ zmena Vyhlášky MZ SR č. 553/2007 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o požiadavkách na prevádzku zdravotníckych zariadení z hľadiska ochrany zdravia¹⁰⁹,

¹⁰⁸ Eurostat Provision of deficit and debt data for 2013 - first notification

¹⁰⁹ Je pravdepodobné, že z hľadiska efektivity prevádzky nUNB bude potrebné zmeniť parametre vyššie uvedených predpisov. Konkrétne návrhy na zmeny týchto predpisov vyvstanú pravdepodobne v priebehu výberu súkromného partnera v procese verejného obstarávania.

- ▶ zmena Výnosu MZ SR č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení (oznámenie č. 410/2008 Z. z.)¹¹⁰
- ▶ zmena ustanovenia § 12 ods. 3 Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti spočívajúca v doplnení možnosť využitia vzťahu štát – koncesionár k priestorom, v ktorých sa bude zdravotná starostlivosť poskytovať,
- ▶ zmena ustanovenia § 13 ods. 5 písm. c) Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti prevádzkovateľ, ktorý žiada o vydanie povolenia je povinný predložiť doklad o vlastníctve alebo zmluvu o nájme priestorov, v ktorých sa bude zdravotná starostlivosť poskytovať. Predmetné zákonné ustanovenie bude v prípade realizácie nUNB ako PPP projektu potrebné doplniť o možnosť predloženia koncesnej zmluvy,
- ▶ zmena Opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 07045/2003 – OAP z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva.¹¹¹

V súvislosti s posúdením právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, identifikáciou právnych nástrojov/ štruktúr podporujúcich plynulý prevod/prechod a urovnávanie jestvujúcich právnych vzťahov nebola identifikovaná potreba zmeny právnych predpisov. Vo vzťahu k Špecifickému variantu by však bolo možné zvážiť prijatie osobitného zákona o nUNB, predmetom ktorého by bolo zriadenie nUNB zo zákona a vymedzenie právneho postavenia nUNB vo vzťahu k UNB, vrátane ustanovení upravujúcich prevod/prechod právnych vzťahov z UNB na nUNB.

V súvislosti s posúdením možných vplyvov na právne vzťahy k jestvujúcim aktívam na realizáciu Projektu nebola identifikovaná potreba vykonania legislatívnych zmien, resp. prijatia osobitnej právnej úpravy. Vo vzťahu k Špecifickému variantu by však bolo možné zvážiť prijatie osobitného zákona o nUNB, predmetom ktorého by bol aj mechanizmus umožňujúci prevod/prechod aktív z UNB na nUNB.

V súvislosti s posúdením právnych dôsledkov realizácie Projektu z perspektívy stavebných právnych predpisov nebola identifikovaná potreba zmien právnych predpisov.

V súvislosti s posúdením rizík vyplývajúcich z možného úpadku súkromného partnera odporúčame zvážiť nasledovné legislatívne zmeny:

- ▶ prijatie osobitnej právnej úpravy, ktorá by mala za následok vyňatie majetku JV, resp. SPV spod pôsobnosti Exekučného poriadku,
- ▶ zmena Zákona o konkurze; alternatívne prijatie osobitnej právnej úpravy variantov JV a Špecifický variant, za účelom vyňatia majetku JV alebo SPV spod pôsobnosti Zákona o konkurze,
- ▶ prijatie osobitnej právnej úpravy vo vzťahu k variantom JV a Špecifický variant, predmetom ktorej by bolo zriadenie zákonného predkupného práva na obchodný podiel v JV, resp. SP

V súvislosti s posúdením právnych aspektov navrhovaných platobných mechanizmov medzi partnermi odporúčame zvážiť nasledovné legislatívne zmeny:

- ▶ zmena ustanovenia § 7 ods. 2 Zákona o zdravotnom poistení¹¹². Zámerom takejto úpravy je vytváranie konkurenčného tlaku na ZP a zároveň poskytnúť poisťencom možnosť flexibilnejšieho výberu ZP s tým, že ZP by mali byť aj týmto spôsobom motivované uzatvárať s nUNB také zmluvy, ktoré budú poisťencom umožňovať čo najširšie možnosti pri využívaní služieb nUNB.

V súvislosti s posúdením stratégií exitu a možností zmien Projektu zo strany súkromného a verejného partnera, analýzou otázok štátnej pomoci súvisiacej s preferovaným modelom Projektu a analýzou aplikovateľných metód verejného obstarávania Projektu nebola identifikovaná aktuálna potreba prijatia legislatívnych zmien.

¹¹⁰ Je pravdepodobné, že z hľadiska efektivity prevádzky nUNB bude potrebné zmeniť parametre vyššie uvedených predpisov. Konkrétne návrhy na zmeny týchto predpisov vyvstanú pravdepodobne v priebehu výberu súkromného partnera v procese verejného obstarávania.

¹¹¹ Je pravdepodobné, že z hľadiska efektivity prevádzky nUNB bude potrebné zmeniť parametre vyššie uvedených predpisov. Konkrétne návrhy na zmeny týchto predpisov vyvstanú pravdepodobne v priebehu výberu súkromného partnera v procese verejného obstarávania.

¹¹² Aktuálne účinné znenie ustanovenia: „Poisťenec môže zmeniť príslušnú zdravotnú poisťovňu vždy len k 1. januáru nasledujúceho kalendárneho roka. Prihlášku možno podať najneskôr do 30. septembra kalendárneho roka. Prvá veta a druhá veta neplatí, ak poisťenec zmenil zdravotnú poisťovňu z dôvodu, že sa stal nezaopatreným rodinným príslušníkom na účely vykonávania osobitných predpisov. 3a) V prípade zániku a vzniku verejného zdravotného poistenia podľa § 4 a 5 v priebehu toho istého kalendárneho roka musí poisťenec podať prihlášku v tej zdravotnej poisťovni, v ktorej bol poisťený naposledy.“

Špecifiká, riziká, benefity a odporúčania pre dopadovú oblasť

Z hľadiska dodržania medzinárodných záväzkov SR, Ústavy SR a všeobecne záväzných právnych predpisov je každý variant Projektu v zásade uskutočniteľný. Analýzou jednotlivých dopadových oblastí neboli identifikované žiadne záväzky, či predpisy, ktoré vo svojej podstate bránia uskutočniteľnosti Projektu.

Jednotlivé varianty sa vo vzťahu k dopadom na plnenie záväzkov SR v súvislosti s implementáciou Projektu líšia mierou rizík pre jednotlivé posudzované oblasti a možnosťou využitia mitigačných opatrení.

V nasledovnej časti popisujeme jednotlivé varianty osobitne s dôrazom na posudzovanú dopadovú oblasť.

A. ZPPP

Zásadným rizikom variantu ZPPP z pohľadu medzinárodných záväzkov SR a Ústavy SR, je nedostatočný dôraz na tie oblasti, ktoré sú finančne náročné, no z komerčného hľadiska menej atraktívne.

Vo vzťahu k implementácii variantu ZPPP boli pre analyzovanú dopadovú oblasť identifikované nasledovné riziká:

- ▶ Porušenie záväzkov v oblasti práva na ochranu zdravia
- ▶ Porušenie záväzkov v oblasti vedy a výskumu
- ▶ Porušenie záväzkov v oblasti práva verejného obstarávania
- ▶ Porušenie záväzkov v oblasti rozpočtovej zodpovednosti

V prípade variantu ZPPP musí byť súkromný partner zaviazaný k plneniu povinností v oblasti ochrany zdravia, ako aj v oblasti vedy a výskumu, keďže prevádzkou nUNB prevezme funkcie štátu v týchto oblastiach.

Koncesná zmluva musí obsahovať mechanizmy motivujúce súkromného partnera k maximálnemu využitiu potenciálu nUNB v oblasti vedy a výskumu.

Z hľadiska záväzkov SR v oblasti verejného obstarávania má variant ZPPP výhodu v tom, že sa jedná o vyskúšaný variant, a to aj v podmienkach SR. Aplikácia postupov verejného obstarávania v zmysle Zákona o verejnom obstarávaní je základom pre naplnenie zásad ZFEÚ, najmä zásad voľného pohybu tovaru, slobody usadiť sa a slobody poskytovať služby, ako aj so zásad, ktoré z nich vyplývajú, ako sú rovnaké zaobchádzanie, nediskriminácia, vzájomné uznávanie, proporionalita a transparentnosť. Riziko porušenia záväzkov v oblasti verejného obstarávania odporúčame mitigovať za pomoci externých poradcov pre proces výberu súkromného partnera.

Z hľadiska záväzkov SR v oblasti rozpočtovej zodpovednosti sa variant ZPPP vyznačuje nízkym rizikom, nakoľko v prípade vhodného štruktúrovania nebude dlh Projektu účtovaný na súvahe štátu.

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
ZPPP	Porušenie záväzkov v oblasti práva na ochranu zdravia	Vhodná úprava kontrolných a sankčných mechanizmov koncesnej zmluvy
	Porušenie záväzkov v oblasti vedy a výskumu	Vhodná úprava kontrolných a sankčných mechanizmov koncesnej zmluvy
	Porušenie záväzkov v oblasti verejného obstarávania	Vhodné nastavenie a riadenie procesu obstarávania s využitím podpory externých poradcov
	Porušenie záväzkov v oblasti rozpočtovej zodpovednosti	Vhodné štruktúrovanie Projektu s ohľadom na rozdelenie rizík medzi verejného a súkromného partnera

B. IPPP

Vo vzťahu k implementácii variantu IPPP boli pre analyzovanú dopadovú oblasť identifikované nasledovné riziká:

- Porušenie záväzkov v oblasti práva na ochranu zdravia
- Porušenie záväzkov v oblasti vedy a výskumu
- Porušenie záväzkov v oblasti práva verejného obstarávania
- Porušenie záväzkov v oblasti rozpočtovej zodpovednosti

Zásadným rizikom variantu IPPP z pohľadu medzinárodných záväzkov SR a Ústavy SR, je nedostatočný dôraz na tie oblasti, ktoré sú finančne náročné, no z komerčného hľadiska menej atraktívne.

V prípade variantu IPPP musí byť súkromný partner zaviazaný k plneniu povinností v oblasti ochrany zdravia ako aj v oblasti vedy a výskumu, keďže prevádzkou nUNB prevezme funkcie štátu v týchto oblastiach.

Koncesná zmluva musí obsahovať mechanizmy motivujúce súkromného partnera k maximálnemu využitiu potenciálu nUNB v oblasti vedy a výskumu. Nad rámec dojednania koncesnej zmluvy je súkromný partner pri variante IPPP taktiež viazaný obsahom korporátnej dokumentácie SPV.

Z hľadiska záväzkov SR v oblasti verejného obstarávania má variant IPPP výhodu v tom, že sa jedná o vyskúšaný variant v podmienkach EÚ. Aplikácia postupov verejného obstarávania v zmysle Zákona o verejnom obstarávaní je základom pre naplnenie zásad ZFEÚ, najmä zásad voľného pohybu tovaru, slobody usadiť sa a slobody poskytovať služby, ako aj so zásad, ktoré z nich vyplývajú, ako sú rovnaké zaobchádzanie, nediskriminácia, vzájomné uznávanie, proporционаlita a transparentnosť. Riziko porušenia záväzkov v oblasti verejného obstarávania odporúčame mitigovať za pomoci externých poradcov pre proces výberu súkromného partnera.

Z hľadiska záväzkov SR v oblasti rozpočtovej zodpovednosti sa variant IPPP vyznačuje nízkym rizikom, nakoľko v prípade vhodného štruktúrovania nebude dlh Projektu účtovaný na súvahe štátu.

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
IPPP	Porušenie záväzkov v oblasti práva na ochranu zdravia	Vhodná úprava kontrolných a sankčných mechanizmov koncesnej zmluvy Vhodné nastavenie korporátnej dokumentácie
	Porušenie záväzkov v oblasti vedy a výskumu	Vhodná úprava kontrolných a sankčných mechanizmov koncesnej zmluvy Vhodné postavenie korporátnej dokumentácie
	Porušenie záväzkov v oblasti verejného obstarávania	Vhodné nastavenie a riadenie procesu obstarávania s využitím podpory externých poradcov
	Porušenie záväzkov v oblasti rozpočtovej zodpovednosti	Vhodné štruktúrovanie Projektu s ohľadom na rozdelenie rizík medzi verejného a súkromného partnera

C. JV

Vo vzťahu k implementácii variantu JV boli pre analyzovanú dopadovú oblasť identifikované nasledovné riziká:

- Porušenie záväzkov v oblasti práva na ochranu zdravia
- Porušenie záväzkov v oblasti vedy a výskumu
- Porušenie záväzkov v oblasti práva verejného obstarávania
- Porušenie záväzkov v oblasti rozpočtovej zodpovednosti

Zásadným rizikom variantu JV z pohľadu medzinárodných záväzkov SR a Ústavy SR, je nedostatočná kontrola štátu v JV z titulu menšinovej majetkovej účasti a absencie koncesnej zmluvy. Komerčný charakter JV so sebou prináša potrebu klásť osobitný dôraz na tie oblasti, ktoré sú finančne náročné, no z komerčného hľadiska menej atraktívne.

V prípade variantu JV môže byť súkromný partner zaviazaný k plneniu povinností v oblasti ochrany zdravia, ako aj v oblasti vedy a výskumu len na úrovni korporátnej dokumentácie.

Variant JV neumožňuje využitie nástrojov koncesnej zmluvy motivujúcich JV k maximálnemu využitiu potenciálu nUNB v oblasti vedy a výskumu.

Hoci v oblasti verejného obstarávania má variant JV výhodu v tom, že sa jedná o vyskúšaný variant v podmienkach Slovenskej republiky (aj keď v úplne inom sektore), zadávanie zákaziek mimo režimu Zákona o verejnom obstarávaní samo o sebe vyvoláva nebezpečenstvo porušenia zásad ZFEÚ, najmä zásad voľného pohybu tovaru, slobody usadiť sa a slobody poskytovať služby, ako aj so zásad, ktoré z nich vyplývajú, ako sú rovnaké zaobchádzanie, nediskriminácia, vzájomné uznávanie, proporionalita a transparentnosť. Riziko porušenia záväzkov v oblasti verejného obstarávania odporúčame mitigovať vyžitím takého nástroja na výber súkromného partnera, alebo nástroja zadania zákazky, ktorý bude v súlade so zásadami rovnakého zaobchádzania, nediskriminácie, vzájomného uznávania, proporcionality a transparentnosti.¹¹³

Z hľadiska záväzkov Slovenskej republiky v oblasti rozpočtovej zodpovednosti sa variant JV vyznačuje nízkym rizikom, nakoľko v prípade vhodného štruktúrovania nebude dlh Projektu účtovaný na súvahe štátu.

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
JV	Porušenie záväzkov v oblasti práva na ochranu zdravia	Vhodné nastavenie korporátnej dokumentácie
	Porušenie záväzkov v oblasti vedy a výskumu	Vhodné nastavenie korporátnej dokumentácie
	Porušenie záväzkov v oblasti verejného obstarávania	Vhodné nastavenie a riadenie procesu výberu partnera JV s využitím podpory externých poradcov
	Porušenie záväzkov v oblasti rozpočtovej zodpovednosti	Vhodná voľba formy záruk štátu za záväzky JV

D. Špecifický variant

Špecifický variant má z pohľadu štátu najväčší potenciál zabezpečiť a kontrolovať plnenie záväzkov SR v oblasti ochrany zdravia a oblasti vedy a výskumu. Absencia súkromného prvku v SPV umožní MZ SR v plnej miere plniť úlohy štátu v tých oblastiach.

Vo vzťahu k implementácii Špecifického variantu boli pre analyzovanú dopadovú oblasť identifikované nasledovné riziká:

- ▶ Porušenie záväzkov v oblasti práva na ochranu zdravia
- ▶ Porušenie záväzkov v oblasti vedy a výskumu
- ▶ Porušenie záväzkov v oblasti práva verejného obstarávania
- ▶ Porušenie záväzkov v oblasti rozpočtovej zodpovednosti

V oblasti verejného obstarávania je zadanie in-house zákazky pre SPV zo strany MZ SR prípustné pri dodržaní judikatúrou SD EÚ a metodikou ÚVO formulovaných predpokladov¹¹⁴.

Špecifický variant predstavuje riziko pre splnenie záväzkov SR v oblasti rozpočtovej zodpovednosti. V prípade, ak bude SPV posudzované ako entita vládneho sektora z pohľadu pravidiel ESA 10, dôjde k zaznamenaniu celého dlhu Projektu na súvahe štátu. Zhmotnením tohto rizika môže dôjsť k spusteniu automatických zákonných sankčných opatrení, prípadne až k zrušeniu Projektu.

¹¹³Bližšie pozri časť Analýza aplikovateľných metód verejného obstarávania nemocničného PPP projektu pri (i) inštitucionálnom alebo (ii) zmluvnom scenári, s cieľom dosiahnuť najlepšiu hodnotu vzhľadom na cenu

¹¹⁴Bližšie pozri časť Posúdenie zákonnej uskutočniteľnosti foriem PPP a úrovne zapojenia súkromného sektora so zameraním na to, ktorý model je optimálny (i) inštitucionálny alebo zmluvný PPP projekt, (ii) PPP projekt založený na dostupnosti, požiadavke alebo zmiešaný projekt (iii) koncesia alebo iný typ zmluvy

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
Špecifický variant	Porušenie záväzkov v oblasti práva na ochranu zdravia	Vhodné nastavenie korporátnej dokumentácie SPV a koncesnej zmluvy
	Porušenie záväzkov v oblasti vedy a výskumu	Vhodné nastavenie korporátnej dokumentácie SPV a koncesnej zmluvy
	Porušenie záväzkov v oblasti verejného obstarávania	Vhodné nastavenie korporátnej dokumentácie SPV a koncesnej zmluvy
	Porušenie záväzkov v oblasti rozpočtovej zodpovednosti	Nie je možná mitigácia

Porovnanie variantov

Jednotlivé varianty sa vo vzťahu k dopadom na plnenie záväzkov SR v súvislosti s implementáciou Projektu líšia mierou rizík pre jednotlivé posudzované oblasti a možnosťou využitia mitigačných opatrení. Pre dodržanie záväzkov v oblasti ochrany zdravia, vedy a výskumu a vzdelávania je účasť súkromného partnera rizikom, nakoľko sa jedná prevažne o oblasti, ktoré nie sú spojené s komerčným správaním a dosahovaním zisku. Rovnaké riziko je prítomné aj pri variante JV, pri ktorom bude mať nad prevádzkou nUNB štát len slabú kontrolu. V prípade variantov ZPPP a IPPP bude riziko spojené s prevahou súkromného záujmu mitigované v koncesnej zmluve a v prípade variantu IPPP aj v korporátnej dokumentácii.

Špecifický variant má najväčší potenciál zabezpečiť a kontrolovať plnenie záväzkov v týchto oblastiach. Ten však predstavuje aj najzásadnejšie riziko pre splnenie záväzkov rozpočtovej zodpovednosti. Dopady porušenia pravidiel rozpočtovej zodpovednosti sú natoľko závažné, že môžu mať za následok zrušenie Projektu.

Menšia transparentnosť variantu JV predstavuje riziko porušenia záväzkov SR v oblasti verejného obstarávania. Absencia mechanizmov kontroly štátu pri JV variante predstavuje riziko porušenia záväzkov SR v oblasti ochrany zdravia a oblasti vedy a výskumu.

Sumarizačná tabuľka

Riziko	ZPPP	IPPP	JV	Špecifický variant
Porušenie záväzkov v oblasti práva na ochranu zdravia	Vhodná úprava kontrolných a sankčných mechanizmov koncesnej zmluvy	Vhodná úprava kontrolných a sankčných mechanizmov koncesnej zmluvy Vhodné nastavenie korporátnej dokumentácie	Vhodné nastavenie korporátnej dokumentácie	Vhodné nastavenie korporátnej dokumentácie SPV a koncesnej zmluvy
Porušenie záväzkov v oblasti vedy a výskumu	Vhodná úprava kontrolných a sankčných mechanizmov koncesnej zmluvy	Vhodná úprava kontrolných a sankčných mechanizmov koncesnej zmluvy Vhodné postavenie korporátnej dokumentácie	Vhodné nastavenie korporátnej dokumentácie	Vhodné nastavenie korporátnej dokumentácie SPV a koncesnej zmluvy
Porušenie záväzkov v oblasti verejného obstarávania	Vhodné nastavenie a riadenie procesu obstarávania s využitím podpory externých poradcov	Vhodné nastavenie a riadenie procesu obstarávania s využitím podpory externých poradcov	Vhodné nastavenie a riadenie procesu výberu partnera JV s využitím podpory externých poradcov	Vhodné nastavenie korporátnej dokumentácie SPV a koncesnej zmluvy
Porušenie záväzkov v oblasti rozpočtovej zodpovednosti	Vhodné štrukturovanie Projektu s ohľadom na rozdelenie rizík medzi verejného a súkromného partnera	Vhodné štrukturovanie Projektu s ohľadom na rozdelenie rizík medzi verejného a súkromného partnera	Vhodná voľba formy záruk štátu za záväzky JV	Nie je možná mitigácia

Posúdenie právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

Posúdenie právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a identifikácia právnych nástrojov/ štruktúr podporujúcich plynulý prevod/prechod a urovnanie jestvujúcich právnych vzťahov, osobitne k personálu, pacientom, zdravotným poisťovňam, dlžníkom, veriteľom a ďalším.

Základný popis dopadovej oblasti

Projekt vybudovania novej nemocnice v Bratislave nie je uskutočniteľný bez toho, aby došlo k ukončeniu činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Na základe záverov iterácií s MZ SR a v súlade so závermi technickej a finančnej analýzy pracujeme s predpokladom ukončenia činnosti troch nemocníc v rámci UNB, a to nemocníc Kramáre, Staré Mesto a Ružinov. Ukončením prevádzky týchto nemocníc dôjde k porušeniu množiny vzťahov medzi subjektmi zainteresovanými na poskytovaní zdravotnej starostlivosti a zabezpečení práva na ochranu zdravia.

Z hľadiska uskutočniteľnosti Projektu je ukončenie činnosti jestvujúcich poskytovateľov podstatné z dôvodov:

- ▶ Predvídateľnosti dopytu po zdravotnej starostlivosti
- ▶ Uzatvorenia zmlúv so ZP
- ▶ Štrajku personálu UNB
- ▶ Nákladov na prepúšťanie
- ▶ Prerušenia poskytovania zdravotnej starostlivosti
- ▶ Vytvorenie zmluvného vzťahu s pacientmi
- ▶ Prevádzky budov dotknutých nemocníc UNB po ukončení činnosti nemocníc
- ▶ Nákladov na ukončenie zmluvných vzťahov
- ▶ Existujúcich a nových dlhov

Obnovenie vzťahov prerušených ukončením prevádzky nemocníc Kramáre, Staré Mesto a Ružinov a zmiernenie následkov ukončenia prevádzky nemocníc budú patriť k hlavným úlohám nUNB a vo vzťahu k výberu súkromného partnera v procese verejného obstarávania môže práveoptimálny návrh riešenia uchádzača pre tútooblasť poskytnúť uchádzačovi výhodu oproti iným uchádzačom.

Plynulý prevod/prechod a urovnanie jestvujúcich právnych vzťahov k personálu, pacientom, zdravotným poisťovňam, dlžníkom, veriteľom a ďalším subjektom je základnou podmienkou uskutočniteľnosti Projektu, nakoľko nUNB pravdepodobne nebude môcť naplniť parametre Projektu bez významnej účasti tých subjektov, ktorí sa v súčasnosti podieľajú na poskytovaní zdravotnej starostlivosti v UNB.

UNB v súčasnosti svojimi kapacitami uspokojuje dopyt po zdravotnej starostlivosti. Ukončenie prevádzky nemocníc Kramáre, Staré Mesto a Ružinov však nutne vyvolá potrebu zabezpečiť právo na ochranu zdravia cestou nového zdravotníckeho zariadenia.

Nástroje pre zabezpečenie plynulého prechodu pacientov a zdravotníckeho personálu z UNB do nUNB budú dojednané so súkromným partnerom v procese jeho obstarávania.

Právny rámec dopadovej oblasti

Implementáciou Projektu bude v najväčšej miere zasiahnutá UNB v dôsledku podstatného zníženia jej kapacít. Preferovaná alternatíva Projektu predpokladá ukončenie poskytovania zdravotnej starostlivosti v nemocniciach Kramáre, Staré Mesto a Ružinov. Právny rámec dopadovej oblasti je preto vo veľkej miere determinovaný právnou úpravou, ktorou sa spravuje UNB.

UNB je právnickou osobou s právnou subjektivitou. V právnych vzťahoch vystupuje vo svojom mene a zodpovedá za záväzky z nich vyplývajúce. UNB tvorí jednotný funkčný, organizačný a hospodársky celok.

Na plnenie svojich úloh má UNB v správe hnutelný a nehnuteľný majetok štátu, vrátane finančných prostriedkov, pohľadávok a iných majetkových práv Slovenskej republiky.

Posúdenie právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

UNB je pri výkone správy majetku štátu oprávnená a povinná najmä:

- ▶ využívať tento majetok na plnenie úloh v rámci predmetu činnosti alebo v súvislosti s ním,
- ▶ nakladať s ním v súlade so Zákonom o správe majetku štátu a súvisiacimi právnymi predpismi,
- ▶ udržiavať majetok v riadnom stave a využívať všetky právne prostriedky na jeho ochranu,
- ▶ dbať, aby nedošlo k jeho poškodeniu, strate, zneužitiu alebo zmenšeniu,
- ▶ podľa platnej právnej úpravy evidovať spravovaný majetok štátu,
- ▶ viesť o majetku štátu účtovníctvo v rozsahu a spôsobom ustanoveným osobitným predpisom,
- ▶ dodržiavať právne upravený postup pri nakladaní s prebytočným, dočasne prebytočným a neupotrebitelným majetkom štátu.

Prevody správy a vlastníctva majetku štátu v správe UNB vykonáva UNB podľa príslušných ustanovení Zákona o správe majetku štátu a pokynov zriaďovateľa. MZ SR je zriaďovateľom a nadriadeným orgánom UNB v zmysle platných právnych predpisov. Akty riadenia vydané MZ SR sú pre UNB záväzné.

Činnosť príspevkových organizácií je determinovaná predovšetkým Zákonom o rozpočtových pravidlách verejnej správy. V zmysle ustanovenia § 1 písm. d) zákona o rozpočtových pravidlách tento zákon upravuje zriaďovanie rozpočtových organizácií a príspevkových organizácií a hospodárenie rozpočtových organizácií a príspevkových organizácií.

Podľa § 21 ods. 11 zákona o rozpočtových pravidlách rozpočtové organizácie alebo príspevkové organizácie zriadené rozhodnutím zriaďovateľa možno zrušiť, meniť ich podriadenosť alebo spôsob financovania z rozpočtovej organizácie na príspevkovú organizáciu alebo naopak rozhodnutím zriaďovateľa od prvého dňa nasledujúceho rozpočtového roka po predchádzajúcom písomnom súhlase MF SR. V odôvodnených prípadoch môže minister financií povoliť iný termín. Právnym nástupcom príspevkovej organizácie môže byť len príspevková alebo rozpočtová organizácia.

MZ SR, ako zriaďovateľ UNB, má v kompetencii rozhodnúť o skončení poskytovania zdravotnej starostlivosti v dotknutých zariadeniach. Z hľadiska UNB ako právnickej osoby dôjde v dôsledku ukončenia poskytovania zdravotnej starostlivosti v nemocniciach Kramáre, Staré Mesto a Ružinov k zmene miesta poskytovania zdravotnej starostlivosti. Nepochádza k zániku právnickej osoby ani k zániku či prechodu práv tretích osôb na právneho nástupcu UNB. Znížením objemu poskytovanej zdravotnej starostlivosti, sa však technické a personálne kapacity UNB stanú nadbytočnými.¹¹⁵

Zmena miesta poskytovania zdravotnej starostlivosti je vo všeobecnosti zmenou, ktorá v zmysle zákona vyžaduje vydanie nového povolenia na poskytovanie zdravotnej starostlivosti. V prípade UNB však nebude zdravotná starostlivosť poskytovaná na novom mieste, resp. v priestoroch, na ktoré sa nevzťahuje existujúce povolenie UNB. Implementácia Projektu tak nebude mať za následok potrebu vydania nového povolenia pre UNB.

Vzťahy k jednotlivým zmluvným partnerom UNB bude potrebné prispôbiť zníženiu objemu poskytovania starostlivosti, čo bude v niektorých prípadoch znamenať ukončenie zmluvného vzťahu v iných zas zmeny v objemoch spolupráce. Časový harmonogram implementácie Projektu¹¹⁶, najmä však predpokladaný termín spustenia prevádzky nUNB, ktorý vyplýva zo záverov technickej a finančnej analýzy tejto správy však pravdepodobne poskytuje dostatočný priestor na zmenu, prípadne ukončenie existujúcich vzťahov.

UNB ako subjekt hospodárskej mobilizácie

Na základe rozhodnutia MZ SR č. j. 22110-1/2009-OKM z 20. októbra 2009 je UNB s účinnosťou od 1. januára 2010 určená ako subjekt hospodárskej mobilizácie a v tejto súvislosti UNB nepretržite vykonáva na určených pracoviskách opatrenia hospodárskej mobilizácie určené v tomto rozhodnutí.

¹¹⁵Právny režim nakladania s majetkom štátu je podrobne špecifikovaný v časti Posúdenie možných vplyvov na právne vzťahy k jestvujúcim aktívam (t.j. vlastníctvo aktív, správa štátneho majetku a obmedzenia pri nakladaní s majetkom) na realizáciu Projektu

¹¹⁶Orientačný harmonogram implementácie PPP projektov je obsiahnutý v časti Analýza aplikovateľných metód verejného obstarávania Projektu

Posúdenie právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

V zmysle ustanovenia § 4 Zákona o hospodárskej mobilizácii je subjektom hospodárskej mobilizácie podnikateľ, rozpočtová organizácia, príspevková organizácia, verejná vysoká škola, alebo nezisková organizácia poskytujúca všeobecne prospešné služby určená ako subjekt hospodárskej mobilizácie.

Vláda SR schválila uznesením č. 474/2012 Návrh zabezpečenia lôžok pre plnenie úloh hospodárskej mobilizácie, v zmysle ktorého bol stanovený počet lôžok, ktoré má UNB poskytnúť v prípade krízovej situácie. UNB je v prípade krízovej situácie povinná rozšíriť lôžkový fond na 2950 lôžok.

Ukončením prevádzky nemocníc Kramáre, Staré Mesto a Ružinov dôjde k zníženiu počtu lôžok UNB. Tento stav bude vyžadovať prijatie nového záväzného prerozdelenia počtov nemocničných lôžok v rozšírenom lôžkovom fonde. Celkový počet lôžok UNB v roku 2013 činil 2626. Rozšírený lôžkový fond UNB bol stanovený na 2950 lôžok. Ukončením prevádzky nemocníc Kramáre, Staré Mesto a Ružinov dôjde k zníženiu počtu lôžok UNB na 762 lôžok, čo pri zachovaní koeficientu medzi skutočným a rozšíreným lôžkovým fondom činí 856 lôžok v rozšírenom lôžkovom fonde. Navrhovaná kapacita nUNB v rozsahu 880, resp. 998 lôžok by pri zachovaní koeficientu rozšíreného lôžkového fondu znamenala 988, resp. 1121 lôžok, čo v súčte UNB a nUNB predstavuje 1844, resp. 1977 lôžok.

Výpadok v počte lôžok rozšíreného lôžkového fondu UNB bude potrebné kompenzovať:

- ▶ zvýšením počtu lôžok rozšíreného lôžkového fondu u existujúcich subjektov hospodárskej mobilizácie,
- ▶ rozhodnutím o určení nových subjektov hospodárskej mobilizácie.

Zmena v počte lôžok UNB si vyžiada vypracovanie a schválenie nového Návrhu zabezpečenia lôžok pre plnenie úloh hospodárskej mobilizácie ako aj vydanie nových Rozhodnutí o určení nových subjektov hospodárskej mobilizácie z radov poskytovateľov ústavnej starostlivosti, vrátane nUNB.

MZSR uzatvára so subjektmi hospodárskej mobilizácie zmluvy o financovaní výdavkov na hospodársku mobilizáciu. Zmluva o financovaní výdavkov na hospodársku mobilizáciu stanovuje podmienky a pravidlá uhrádzania výdavkov subjektu hospodárskej mobilizácie za plnenie opatrení a úloh hospodárskej mobilizácie ustanovených v § 5 Zákona o hospodárskej mobilizácii a v rozhodnutí MZSR o určení poskytovateľa ústavnej starostlivosti ako subjektu hospodárskej mobilizácie.

Vplyv na ostatných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

Implementácia Projektu ovplyvní fungovanie a organizačnú štruktúru UNB a tým aj fungovanie iných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v rámci dotknutých nemocníc UNB. Vychádzajúc zo zoznamu zmlúv poskytnutých UNB poskytujú v priestoroch UNB zdravotnú starostlivosť súkromní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, prevažne stomatologické a gynekologické ambulancie.

Ukončenie prevádzky zariadení UNB zasiahne každého poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorý na poskytovanie zdravotnej starostlivosti využíva priestory UNB. Povolenie na poskytovanie zdravotnej starostlivosti sa viaže na konkrétne priestory, ku ktorým musí mať poskytovateľ vlastnícky alebo nájomný vzťah. Ukončenie vzťahu k priestorom znamená zmenu miesta poskytovania zdravotnej starostlivosti a vyžaduje vydanie nového povolenia¹¹⁷.

UNB v postavení správcu majetku štátu v súlade so Zákonom o správe majetku štátu prenajíma priestory iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, zväčša ambulantnej. Nájomné zmluvy s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti sú uzatvárané v zmysle ustanovení § 588 a nasl. Občianskeho zákonníka a ustanoveniami zákona č. 118/1990 Zb. o nájme a podnájme nebytových priestorov.

Nájomné zmluvy medzi UNB a poskytovateľmi týkajúce sa priestorov v nemocniciach Kramáre, Staré Mesto a Ružinov sú zväčša uzatvorené na dobu určitú, s najneskorším termínom skončenia trvania nájmu koniec roka 2016. V súvislosti s ukončením a prípadným predĺžením nájomných vzťahov bude potrebné dojednať dobu trvania nájmov v súlade s plánovaným termínom ukončenia prevádzky nemocníc, prípadne dojednať trvanie nájmov na dobu neurčitú s možnosťou vypovedať zmluvu bez udania dôvodu. V každom prípade však vzhľadom na plánovaný harmonogramu Projektu tieto zmluvy z hľadiska dĺžky ich trvania nepredstavujú závažné riziko uskutočniteľnosti alebo zvýšenia nákladov Projektu. Zoznam nájomných zmlúv s určením doby ich trvania apodmienok ich ukončenia tvorí prílohu Štúdie uskutočniteľnosti.

¹¹⁷ § 17 ods. 1 Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti

Posúdenie právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

ZP

UNB je koncovou nemocnicou, s ktorou je každá ZP zo zákona povinná uzatvoriť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.¹¹⁸ Koncová sieť je daná Nariadením Vlády SR o verejnej minimálnej sieti a rovnako môže byť menená rozhodnutím Vlády SR. Vzhľadom nato, že nUNB prevezme časť kapacít nUNB mala by byť do koncovej siete zaradená tiež nUNB. Zaradením nUNB do koncovej siete dôjde tiež k implicitnému zvýšeniu miery dopytu po službách nUNB.

Keďže k dnešnému dňu neexistuje zákonná povinnosť nemocnice zaradenej do koncovej siete uzavrieť zmluvu so ZP, nUNB môže svoje postavenie využiť pri vyjednávaní zmluvných podmienok so zdravotnými poisťovňami. ZP s menším podielom na trhu môžu byť ohrozené rozhodnutím nUNB neuzavrieť s touto poisťovňou zmluvu. Tým vzniká značné riziko nedostupnosti zdravotnej starostlivosti poistencov nezazmluvnenej poisťovne v regióne.

Poisťovne dojednávajú zmluvy s UNB spravidla na obdobie jedného roka. Poisťovne sú povinné zazmluvniť kapacity poskytovateľov zdravotnej starostlivosti najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete. Zodpovednosť za dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre pacientov tak nesú aj poisťovne.

Vo všetkých posudzovaných variantoch Projektu dochádza k zmene v osobe poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Osoba prevádzkovateľa nUNB bude odlišná od príspevkovej organizácie UNB. Z hľadiska zmlúv so zdravotnými poisťovňami bude zo strany UNB potrebné dojednať zníženie limitov výkonov, prípadne zníženie paušálnych platieb vo vzťahu k UNB spôsobom, ktorý bude zodpovedať presunu kapacít do nUNB, resp. rozdeleniu kapacít medzi nUNB a UNB. Zdravotné poisťovne budú mať uzatvorenú zmluvu s UNB aj nUNB, pričom výkony poskytované zo strany UNB sa rozdelia medzi UNB a nUNB. Proces prenosu kapacít predpokladá intenzívnu spoluprácu medzi UNB a nUNB. Kvalita a efektivita tejto spolupráce bude závisieť aj od miery účasti a kontroly MZ SR v nUNB. V prípade Špecifického modelu by sa realizoval presun kapacít medzi poskytovateľmi v úplnej kompetencii MZ SR za súčinnosti Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a.s. ktorej jediným akcionárom je Slovenská republika v zastúpení MZ SR. Plynulý prechod medzi UNB a nUNB by v prípade Špecifického modelu kontrolovalo a riadilo MZSR.

V prípade variantov IPPP a ZPPP by bolo potrebné prijať dojednanie v koncesnej zmluve na základe ktorého by bolo MZ SR zodpovedné za dojednanie takých zmluvných podmienok s Všeobecnou zdravotnou poisťovňou, a.s., ktoré podporia predvídateľný a dostatočný výnos, resp. cash flow pre koncesionára a zabezpečia tak bankovateľnosť, finančnú dostupnosť a atraktivitu Projektu. V prípade modelu JV by prijatie obdobného dojednania v koncesnej zmluve nebolo možné.

Za súčasného právneho stavu, teda v čase pred zavedením systému DRG sú výška odplaty za výkony zdravotnej starostlivosti a spôsob jej úhrady dojednávané medzi ZP a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Obsah dojednania medzi nUNB a ZP, ale aj jeho praktická realizácia zo strany ZP tak môže determinovať úspech, či neúspech Projektu. Riziko spojené s obsahom zmlúv so ZP a ich správaním môže byť ďalej mitigované dojednaním v koncesnej zmluve, v zmysle ktorého sa MZ SR zaviazá vyplácať určitý druh „dorovnávacej“ platby, ktorou bude pokrytý rozdiel medzi nákladmi poskytovania zdravotnej starostlivosti a príjmami zo zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti so ZP. Ako je viackrát zdôraznené v tejto správe, je tak či tak málo pravdepodobné, že prípadní súkromní partneri a ich financujúce banky budú ochotné v plnom rozsahu prevziať riziko dopytu.

Zavedením systému DRG dôjde k obmedzeniu zmluvnej voľnosti, resp. zníženiu vplyvu ZP na výšky odplaty za výkony zdravotnej starostlivosti stanovením vzorca pre kalkuláciu odplaty za jednotlivé výkony podľa kategorizácie jednotlivých diagnóz. Ani implementácia DRG však veľmi pravdepodobne nebude mať za následok akceptáciu kompletného rizika dopytu zo strany súkromných partnerov.

Univerzity

UNB je v zmysle platných právnych predpisov klasifikovaná ako vzdelávacie zdravotnícke zariadenie¹¹⁹. UNB taktiež požíva status Univerzitnej nemocnice podľa ustanovenia § 7 ods. 8 Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti. UNB má uzatvorené Zmluvy o praktickej výučbe osobitne s Univerzitou Komenského v Bratislave a jej fakultami, ako aj Slovenskou zdravotníckou univerzitou a jej fakultami (ďalej spolu ako „Univerzity“).

Plnenie záväzkov zo Zmluvy o praktickej výučbe ovplyvňuje organizáciu a prevádzku UNB. Praktická výučba prebieha v pregraduálnom a postgraduálnom vzdelávaní v lekárskech a nelekárskych zdravotníckych odboroch. Výučbovými pracoviskami pre praktickú výučbu študentov Univerzít v príslušnom študijnom programe sú jednotlivé

¹¹⁸§7 Zákona o zdravotných poisťovniach

¹¹⁹Vyhláška MZSR, ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení

Posúdenie právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

kliniky a oddelenia na pracoviskách UNB. K dnešnému dňu sú zriadené v UNB výučbové základne na klinikách a oddeleniach jednotlivých nemocníc.

Na jednotlivých klinikách a výučbových pracoviskách prebieha súbežne poskytovanie zdravotnej starostlivosti a praktická výučba študentov Univerzít. Obe tieto činnosti musia byť zabezpečované koordinovane tak, aby nebola ohrozená kvalita a úroveň poskytovania zdravotnej starostlivosti. Na zabezpečovaní praktickej výučby študentov sa podieľajú zamestnanci UNB, ktorí majú zároveň uzatvorenú pracovnú zmluvu na kratší pracovný pomer alebo dohodu o vykonaní práce s príslušnou Univerzitou, ako aj pedagogickí zamestnanci príslušnej Univerzity. V súlade s platnými predpismi, najmä ustanoveniami Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zamestnanci Univerzít môžu poskytovať zdravotnú starostlivosť len na základe pracovno-právneho vzťahu k zdravotníckemu zariadeniu. Vedúci výučby je zodpovedný za realizáciu praktickej výučby v súlade so študijným plánom študijného programu. Vedúci výučby zodpovedá za to, že výučba žiadnym spôsobom negatívne neovplyvní plnenie úloh kliniky a poskytovanie zdravotnej starostlivosti a v tomto smere zodpovedá za usmerňovanie a vedenie študentov Univerzity.

UNB poskytuje priestory a materiálno-technické vybavenie pre výkon činnosti výučbovej základne. Lieky, zdravotnícke pomôcky a iný zdravotnícky materiál nevyhnutný pre poskytovanie liečebno-preventívnej starostlivosti zabezpečuje UNB vo vlastnom mene a na vlastnú zodpovednosť. Podmienky za ktorých sa Univerzity podieľajú na nákladoch praktickej výučby sú dojednané v Zmluvách o praktickej výučbe.

UNB ako jeden právny subjekt v súlade s predmetom činnosti realizuje poskytovanie zdravotnej starostlivosti v organizačnom rámci úseku zdravotnej starostlivosti. Zdravotná starostlivosť je zabezpečovaná prácou zamestnancov jednotlivých kliník, ústavov, zdravotníckych a iných oddelení organizačne začlenených pod jednotlivé nemocnice.

V nemocniciach Kramáre, Staré Mesto a Ružinov je zriadených približne 50 kliník Univerzít. Presná špecifikácia kliník je obsiahnutá v Zmluvách o praktickej výučbe. Zmena v zozname kliník je zmenou Zmluvy o praktickej výučbe. Zmluvy o praktickej výučbe sú uzatvorené na neurčitú dobu s výpovednou dobou 3 mesiace pre Slovenskú zdravotnícku univerzitu a 6 mesiacov pre Univerzitu Komenského v Bratislave.

Zníženie počtu kliník v dôsledku ukončenia prevádzky nemocníc Kramáre, Staré Mesto a Ružinov bude mať za následok nedostatok výučbových kapacít Univerzít a nadbytočnosť zdravotníckeho personálu podieľajúceho sa na výučbe. V tomto momente nie je zrejmé, či nUNB dokáže svojimi kapacitami plnohodnotne nahradiť všetky kliniky, ktoré sú v súčasnosti zriadené v nemocniciach Kramáre, Staré Mesto a Ružinov. Nedostatok kapacít pre praktickú výučbu môže mať vplyv na študijné plány Univerzít. V prípade, ak Univerzity nedokážu zabezpečiť dostatočné podmienky pre praktickú výučbu, môže byť ovplyvnená akreditácia jednotlivých študijných odborov.¹²⁰

UNB si zachová status univerzitnej nemocnice v prípade, ak Zmluvy o praktickej výučbe budú uzatvorené pre centrá praktickej výučby v Nemocnici sv. Cyrila a Metoda a ŠGN. Pre zabezpečenie praktickej výučby a zachovanie akreditácie študijných odborov budú Univerzity musieť uzatvoriť zmluvy o praktickej výučbe s nUNB. Uzatvorením zmlúv o praktickej výučbe získa nUNB status univerzitnej nemocnice.

Praktická výučba bude na jednej strane zdrojom príjmov nUNB, na strane druhej však bude predstavovať administratívnu, kapacitnú a finančnú záťaž. Obsah zmlúv o praktickej výučbe nie je stanovený zákonom, a podmienky spolupráce medzi nUNB a Univerzitami (každou osobitne) budú predmetom náročných rokovaní. Univerzity ako nezávislé vzdelávacie inštitúcie nie sú ovplyvniteľné MZ SR a sledujú vlastné záujmy na poskytovaní vysokého štandardu vzdelávania. Zdroje Univerzít sú však obmedzené a preto z komerčnej stránky zrejme nedokážu v plnej miere kompenzovať náklady spojené so zabezpečením praktickej výučby. Akademickí zamestnanci Univerzít sa stanú zamestnancami nUNB na čiastočný úväzok a UNB bude niesť zodpovednosť za zdravotnú starostlivosť poskytovanú zo strany týchto zamestnancov. Praktická výučba ako taká zrejme nepredstavuje významnú prekážku uskutočniteľnosti Projektu, môže však mať vplyv na personálne náklady nUNB a cenu Projektu.

Zrušením pracovných pozícií v rámci UNB dôjde aj k skončeniu pracovných pomerov k akademickým zamestnancom LFUK a SZU. Nie je realistické očakávať, že zrušené kliniky a ústavy v rámci nemocníc Kramáre, Staré Mesto a Ružinov budú v rovnakej miere nahradené výučbovými strediskami v nUNB. Dopyt po vykonávaní praktickej výučby sa však neznižuje, nakoľko počet poslucháčov Univerzít ostane nezmenený.

Úlohou nUNB bude preto dosiahnutie vyššej flexibility a efektivity v oblasti praktickej výučby. Rovnaké ciele vo vzťahu k praktickej výučbe bude musieť dosiahnuť aj nemocnica sv. Cyrila a Metoda. Riziko nedostatočnej kapacity výučbových stredísk Univerzít bude potrebné mitigovať v procese výberu súkromného partnera v rámci detailného

¹²⁰§ 83 ods. 14 Zákona o vysokých školách

Posúdenie právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

plánu prechodu/prevodu kapacít UNB do nUNB a následne v rámci spolupráce medzi UNB a nUNB v čase medzi výberom súkromného partnera a uvedením nUNB do prevádzky.

Personál

Medicínsky personál UNB bude zasiahnutý implementáciou Projektu v niekoľkých rovinách z dôvodu ukončenia činnosti nemocníc Kramáre, Staré Mesto a Ružinov. Popri ohrození trvania pracovného pomeru k UNB dôjde aj k ohrozeniu prebiehajúcich procesov zvyšovania kvalifikácie (cirkulácia, atestácia lekárov).

Skončenie pracovného pomeru z dôvodu zrušenia častí UNB, alebo organizačných zmien¹²¹, ktoré prichádza do úvahy v súvislosti s implementáciou Projektu má za následok vznik nároku zamestnancov na odstúpné, resp. odchodné u zamestnancov v dôchodkovom veku¹²². V prípade ak nedôjde k právnemu nástupníctvu medzi UNB a nUNB, môžu náklady spojené so skončením pracovného pomeru zamestnancov UNB v podstatnej miere Projekt predražiť. Pre úplnosť uvádzame, že aj v prípade dohody o skončení pracovného pomeru so zamestnancami UNB z dôvodov zrušenia častí UNB, alebo organizačných zmien by sa v prípade neexistencie právneho nástupníctva medzi UNB a nUNB náklady na prepúšťanie vzťahovali na všetkých zamestnancov vykonávajúcich prácu v nemocniciach Kramáre, Staré Mesto a Ružinov, vrátane tých, ktorí následne uzatvoria pracovný pomer s nUNB. Náklady na skončenie pracovného pomeru zamestnancov by v konečnom dôsledku znášal zriaďovateľ UNB, teda MZ SR, resp. štát.

Platná právna úprava umožňuje vybudovanie určitej úrovne právneho nástupníctva medzi UNB a nUNB, ktoré by malo za následok vznik potreby prepúšťania len v nevyhnutnej miere, teda v rozsahu zamestnancov, ktorí nebudú využití zo strany nUNB.

Vybudovanie právneho nástupníctva medzi UNB a nUNB umožňuje mechanizmus v zmysle ustanovenia § 13c resp. § 13f Zákona o správe majetku štátu, ktoré umožňujú vloženie majetku štátu do základného imania koncesionára (IPPP, Špecifický model), alebo vloženie majetku štátu do užívania koncesionára (IPPP, ZPPP, Špecifický model). Spomínané mechanizmy sami o sebe umožňujú previesť na koncesionára majetok štátu tak ako je definovaný Zákom o správe majetku štátu. V zmysle ustanovenia § 2 ods. 1 Zákona o správe majetku štátu sa za majetok štátu na účely tohto zákona považujú veci vo vlastníctve Slovenskej republiky vrátane finančných prostriedkov, ako aj pohľadávky a iné majetkové práva Slovenskej republiky. Vzhľadom na skutočnosť, že Zákon o správe majetku štátu neupravuje nakladanie so záväzkami štátu nebude sa v prípade vloženia majetku do imania, alebo užívania koncesionára uvažovať o prevode podniku ako celku, teda ako súhrne práv, iných majetkových hodnôt a záväzkov podniku.

Vo vzťahu k personálu UNB je relevantné, že nUNB má byť pokračovateľom úloh UNB. V zmysle ustanovenia článku 3 ods. 1 Smernice 2001/23/ES práva a povinnosti prevádzateľa vyplývajúce z pracovnej zmluvy alebo z pracovnoprávneho vzťahu, ktorý existoval ku dňu prevodu, sa z dôvodu tohto prevodu prevedú na nadobúdateľa. V zmysle ustanovenia článku 1 ods. 1 Smernice 2001/23/ES sa táto smernica vzťahuje na každý prevod podnikov, závodov alebo častí podniku alebo závodu na iného zamestnávateľa v dôsledku právneho prevodu alebo zlúčenia. Prevodom v zmysle tejto Smernice 2001/23/ES sa rozumie prevod hospodárskeho subjektu, ktorý si ponecháva svoju identitu v zmysle organizovaného zoskupenia zdrojov, ktorého cieľom je vykonávať hospodársku činnosť bez ohľadu na to, či je táto činnosť hlavná, alebo doplnková.

Smernica je interpretovaná rozhodnutiami SDEU, ktoré bližšie špecifikujú podmienky, za ktorých dochádza k prevodu podniku. V zmysle rozhodnutia v prípade Spijkers sú pre posúdenie existencie prevodu podstatné nasledovné okolnosti:

- Je charakter činnosti podniku prevodcu a nadobúdateľa totožný?
- Dochádza k prevodu majetku z prevodcu na nadobúdateľa?
- Dochádza k prevodu nehmotných statkov a v akej hodnote?
- Dochádza k prechodu väčšiny zamestnancov na nadobúdateľa?
- Dochádza k prevodu zákazníkov prevodcu?
- Stupeň podobnosti aktivít vykonávaných pred prevodom a po prevode a doba po ktorú nedochádza k vykonávaniu týchto aktivít.

¹²¹ §63 ods. 1 Zákonníka práce

¹²² § 76 a § 76a Zákonníka práce

Posúdenie právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

V každom jednotlivom prípade je potrebné posudzovať tieto faktory vo vzájomnej súvislosti ako aj v súvislosti s ďalšími okolnosťami prevodu.

Vnútroštátna úprava Zákonníka práce vo vzťahu k právnemu nástupníctvu zamestnávateľa presahuje svojim rámcov rozsah ochrany zamestnancov nad rámec Smernice 2001/23/ES. V zmysle ustanovenia § 28 Zákonníka práce ak sa prevádza hospodárska jednotka, ktorou je na účely tohto zákona, zamestnávateľ alebo časť zamestnávateľa alebo ak sa prevádza úloha alebo činnosť zamestnávateľa alebo ich časť k inému zamestnávateľovi, prechádzajú práva a povinnosti z pracovnoprávných vzťahov voči prevezeným zamestnancom na preberajúceho zamestnávateľa.

V zmysle zadania Projektu je zrejmé, že medzi zamestnávateľom UNB a nUNB dôjde k prevodu úlohy, alebo činnosti. Rovnako je zrejmé, že dôjde naplneniu viacerých kritérií prípadu Spijkers, a preto dôjde aj k prechodu povinností z pracovnoprávných vzťahov medzi UNB a nUNB. Pre uskutočniteľnosť Projektu bude podstatný rozsah a zloženie zamestnancov UNB, ktorí prejdú na nUNB.

Judikatúra SD EÚ špecifikuje rozsah zamestnancov dotknutých prevodom časti podniku v prípade Botzen. Ďalšie interpretačné pravidlá k určeniu rozsahu dotknutých zamestnancov je možné odvodiť zo stanoviska Generálneho advokáta Sira Gordona Slynnu k prípadu Botzen zo dňa 08. Novembra 1984.

V podstate sa okruh dotknutých zamestnancov určuje na základe kritéria *de minimis* ako výnimky z pravidla, podľa ktorého dochádza k prechodu tých zamestnancov, ktorý vykonávajú činnosti výlučne v súvislosti s prevádzanou časťou podniku.

Ďalšou relevantnou okolnosťou je rozsah práv a povinností UNB vo vzťahu k jej zamestnancom v deň prevodu. V zmysle ustanovenia článku 3 ods. 1 Smernice 2003/21/ES, sa prevedú na nadobúdateľa len práva a povinnosti prevádzateľa vyplývajúce z tých pracovných zmlúv alebo z pracovnoprávných vzťahov, ktoré existovali ku dňu prevodu. Obdobne v zmysle ustanovenia § 28 ods. 5 Zákonníka práce práva a povinnosti doterajšieho zamestnávateľa voči zamestnancom, ktorých pracovnoprávne vzťahy do dňa prevodu zanikli, zostávajú nedotknuté. Z tohto dôvodu bude nevyhnutné znížiť počet zamestnancov UNB dotknutých prevodom činnosti na nUNB.

V súvislosti s prechodom práv a povinností z pracovnoprávných vzťahov z UNB na nUNB budú UNB ako aj nUNB povinné najneskôr jeden mesiac pred tým, ako dôjde k prechodu práv a povinností z pracovnoprávných vzťahov, písomne informovať zástupcov zamestnancov o

- a) dátume alebo navrhovanom dátume prechodu,
- b) dôvodoch prechodu,
- c) pracovnoprávných, ekonomických a sociálnych dôsledkoch prechodu na zamestnancov,
- d) plánovaných opatreniach prechodu vzťahujúcich sa na zamestnancov.

Vzhľadom na potrebu prípravy personálu UNB na výkon práce v nUNB však predpokladáme, že k vyššie spomínaným úkonom dôjde v predstihu.

Ak sa zamestnancovi prevodom majú zásadne zmeniť pracovné podmienky a zamestnanec s ich zmenou nesúhlasí, pracovný pomer sa považuje za skončený dohodou z dôvodov podľa § 63 ods. 1 písm. b) Zákonníka práce ku dňu prevodu. Zamestnávateľ vydá zamestnancovi písomný doklad o skončení pracovného pomeru podľa prvej vety. Zamestnancovi, ktorý nesúhlasí so zásadnou zmenou pracovných podmienok patrí odstúpné podľa § 76 Zákonníka práce.¹²³

Podmienky transformačného procesu UNB musia byť dojednané s prevádzkovateľom nUNB vo fáze výberu súkromného partnera (ZPPP, IPPP, JV), resp. navrhnuté vo fáze výberu poskytovateľa know-how transparentnými výberovými procesmi.¹²⁴

Alternatívnym postupom umožňujúcim prechod práv k zamestnancom je postup v zmysle Zákona o prevode majetku štátu na iné osoby. V zmysle ustanovenia § 2 Zákona o prevode majetku štátu na iné osoby je možné previesť na nUNB podnik, ako súhrn vecí a finančných prostriedkov, ku ktorým má podnik právo hospodárenia alebo ktoré sú v

¹²³ Zamestnancovi patrí pri skončení pracovného pomeru dohodou z dôvodov uvedených v § 63 ods. 1 písm. a) alebo písm. b) odstúpné najmenej v sume

a) jeho priemerného mesačného zárobku, ak pracovný pomer zamestnanca trval menej ako dva roky,
b) dvojnásobku jeho priemerného mesačného zárobku, ak pracovný pomer zamestnanca trval najmenej dva roky a menej ako päť rokov,
c) trojnásobku jeho priemerného mesačného zárobku, ak pracovný pomer zamestnanca trval najmenej päť rokov a menej ako desať rokov,
d) štvornásobku jeho priemerného mesačného zárobku, ak pracovný pomer zamestnanca trval najmenej desať rokov a menej ako dvadsať rokov,
e) päťnásobku jeho priemerného mesačného zárobku, ak pracovný pomer zamestnanca trval najmenej dvadsať rokov.

¹²⁴ Pozri bližšie časť Analýza aplikovateľných metód verejného obstarávania Projektu

Posúdenie právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

jeho vlastníctve, ako aj súhrn práv, iných majetkových hodnôt a záväzkov podniku. Oddelenie personálu UNB od záväzkov UNB Zákon o prevode majetku štátu na iné osoby nepripúšťa a preto je málo pravdepodobné, že by súkromný partner podnik UNB alebo jeho časť prevzal spolu so súvisiacimi aktívami a pasívami.

Prevod majetku podľa tohto zákona sa vykoná na základe rozhodnutia o privatizácii podniku alebo jeho časti, alebo na základe rozhodnutia o privatizácii majetkovej účasti štátu na podnikaní inej právnickej osoby (ďalej len "rozhodnutie o privatizácii") vydaného na základe privatizačného projektu. Rozhodnutie o privatizácii priamym predajom mimo verejnej obchodnej súťaže alebo verejnej dražby vydáva Vláda SR na návrh MZSR. Rozhodnutie o privatizácii na základe verejnej obchodnej súťaže alebo verejnej dražby vydáva MZSR.

Ak by bol súkromný partner ochotný prevziať časť UNB, majetkom štátu prevedeným do nUNB by v tomto prípade mohol byť podnik UNB, resp. časť podniku UNB určená na skončenie prevádzky. Výhodou tohto scenára pre súkromného partnera je získanie kontroly nad procesom ukončenia prevádzky nemocníc Kramáre, Staré Mesto a Ružinov. Prevádzkovateľ nUNB by získal postavenie zamestnávateľa vo vzťahu k zamestnancom UNB. Do momentu prechodu práv na nUNB by mohla UNB znížiť počet svojich zamestnancov na dojednaný počet, čím by došlo k rozdeleniu nákladov na prepúšťanie medzi UNB a nUNB. Vzhľadom na skutočnosť, že UNB je zaťažená množstvom komplexných a nákladovo náročných vzťahov, je však veľmi nepravdepodobné, že by bol súkromný partner schopný reálne uvažovať nad takouto alternatívou.

Pre prechod zdravotníckeho personálu z UNB do nUNB bude v každom prípade podstatný charakter nUNB a miera účasti štátu na jej riadení. Najmenej plynulý prechod je možné predpokladať u alternatívy JV, nasleduje ZPPP, potom IPPP a nakoniec Špecifický model ako štátom riadený Projekt.

V prípade Špecifického modelu prejdú zamestnanci od štátnej príspevkovej organizácie zriaďovateľa MZ SR do obchodnej spoločnosti ktorej zakladateľom bude SR v zastúpení MZ SR.

Hlavným rizikom vo vzťahu k zdravotníckemu personálu je možnosť štrajku. Právo na štrajk je zaručené v čl. 37 Ústavy Slovenskej republiky. Nástrojom mitigácie následkov štrajku zdravotníckeho personálu je vyhlásenie núdzového stavu a pracovnej povinnosti na zabezpečenie výkonu zdravotnej starostlivosti V zmysle článku 5 ods. 3 písm., b) Zákona o bezpečnosti štátu v čase vojny. Núdzový stav môže vyhlásiť Vláda SR v zmysle ustanovenia čl. 5 predmetného zákona za podmienky, že došlo alebo bezprostredne hrozí, že dôjde k ohrozeniu života a zdravia osôb a to v nevyhnutnom rozsahu a na nevyhnutný čas, maximálne na 90 dní. To znamená, že v tomto čase tí, ktorých sa vyhlásenie núdzového stavu týka, nemôžu odmietnuť výkon zdravotnej starostlivosti resp. poskytnutie lekárskej starostlivosti a to nie len z horeuvedených dôvodov, ale i z dôvodu pracovnej povinnosti, ktorá im je vyhlásením núdzového stavu nariadená.

V tejto súvislosti sa opätovne potvrdzuje potreba komunikácie vo vzťahu k odbornej a laickej verejnosti a marketingu Projektu. Kľúčovou bude komunikácia s odbornou verejnosťou a prípadné zainteresovanie odbornej verejnosti na implementácii Projektu za stranu MZ SR.

Hromadné prepúšťanie

Množstvo zamestnancov ovplyvnených skončením prevádzky nemocníc Kramáre, Staré Mesto a Ružinov nasvedčuje tomu, že UNB bude musieť pristúpiť k hromadnému prepúšťaniu v zmysle ustanovenia § 73 ods. 1 písm. c) Zákonníka práce. V prípade zachovania jednotnej štruktúry UNB dôjde k skončeniu pracovných pomerov výpoveďou na základe ustanovenia § 63 ods. 1 písm. b) Zákonníka práce. V prípade, ak dôjde k rozdeleniu UNB, môžu byť pracovné pomery skončené aj v zmysle ustanovenia § 63 ods. 1 písm. a) Zákonníka práce.

Z uvedeného vyplýva, že do režimu hromadného prepúšťania možno zahrnúť jednak pracovné pomery skončené výpoveďou z dôvodov uvedených v § 63 ods. 1 písm. a) a b) Zákonníka práce (t.j. výpovede z iných dôvodov neprichádzajú do úvahy) alebo pracovné pomery skončené iným spôsobom, z dôvodu, ktorý nespočíva v osobe zamestnanca.

V súvislosti s hromadným prepúšťaním toto ustanovenie ukladá zamestnávateľovi viacero povinností.¹²⁵

Neplnenie zákonných povinností zamestnávateľa pri hromadnom prepúšťaní môže mať za následok neplatnosť skončenia pracovného pomeru ako aj vznik nároku zamestnanca na vyplatenie náhrady mzdy najmenej v sume dvojnásobku jeho priemerného zárobku dotknutého zamestnanca.

¹²⁵§ 73 ods. 2 zákona č. 311/2001 Z.z. Zákonník práce

Posúdenie právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

V zmysle článku 18 Kolektívnej zmluvy UNB uzatvorenej na rok 2013 (ďalej len „Kolektívna zmluva“) je UNB povinná pred prijatím rozhodnutia o hromadnom prepúšťaní prerokovať s odborami opatrenia umožňujúce predísť hromadnému prepúšťaniu alebo ho obmedziť v súlade s § 73 Zákonníka práce.

V zmysle článku 42 Kolektívnej zmluvy je UNB povinná písomne informovať odborovú organizáciu najneskôr jeden mesiac pred tým, ako dôjde k prechodu práv a povinností z pracovnoprávných vzťahov najmä o dátume alebo navrhovanom dátume prechodu, dôvodoch prechodu, pracovnoprávných, ekonomických a sociálnych dôsledkoch prechodu na zamestnancov a plánovaných opatreniach prechodu vzťahujúcich sa na zamestnancov.

Medzi odborové organizácie UNB dotknuté implementáciou Projektu patria:

- ▶ Základná odborová organizácia SOZ ZaSS pri UNB Ružinov
- ▶ Slovenské lekárske odbory pri UNB Ružinov
- ▶ Základná odborová organizácia SOZ ZaSS pri UNB akad. L. Dérera
- ▶ Lekárske odborové združenie pri UNB akad. L. Dérera
- ▶ Základná odborová organizácia SOZ ZaSS pri UNB sv. Cyrila a Metoda
- ▶ Slovenské lekárske odbory pri UNB sv. Cyrila a Metoda
- ▶ Základná odborová organizácia pri UNB Staré Mesto
- ▶ Slovenské lekárske odbory pri UNB Staré Mesto
- ▶ Základná odborová organizácia pri UNB Podunajské Biskupice
- ▶ Základná odborová organizácia Slovenského odborového syndikátu anesteziológov a intenzivistov pri UNB.

Veritelia a dlžníci

Vzhľadom na skutočnosť, že skončenie poskytovania zdravotnej starostlivosti sa dotýka časti UNB pričom zdravotná starostlivosť má naďalej byť poskytovaná v nemocniciach sv. Cyrila a Metoda a ŠGN, javí sa v súvislosti s vybudovaním právneho nástupníctva v prípade Špecifického variantu ako účelné rozdelenie UNB na dve časti¹²⁶. Jedna časť UNB by pozostávala z nemocníc Podunajské Biskupice a Petržalka a druhá časť z nemocníc Kramáre, Staré Mesto a Ružinov. Zriaďovateľ MZ SR rozhoduje o rozdelení príspevkovej organizácie a zároveň určí, ktorý majetok a záväzky prechádzajú z rozdeľovanej organizácie UNB na oddelenú časť UNB. Jednotná subjektivita UNB umožňuje zriaďovateľovi aby pri rozdeľovaní UNB rozdelil majetok a záväzky spôsobom umožňujúcim čo najplynulejší transfer kapacít z UNB na nUNB a zároveň minimalizoval náklady štátu v súvislosti s ukončením poskytovania zdravotnej starostlivosti v nemocniciach Kramáre, Staré Mesto a Ružinov.

Prevádzka UNB dlhodobo generuje straty. Nie je predpokladateľné, že záväzky UNB bude možné uspokojiť z príjmov z poskytovania zdravotnej starostlivosti. Záväzky UNB budú s najväčšou pravdepodobnosťou hrazené príspevkom zriaďovateľa cez štátny rozpočet SR.

Existencia pohľadávok ani záväzkov UNB nebude dotknutá ukončením poskytovania zdravotnej starostlivosti v nemocniciach Kramáre, Staré Mesto a Ružinov. Schopnosť UNB plniť záväzky bude zrejme ovplyvnená znížením obrátov v dôsledku zníženia objemov poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Zároveň sa dá predpokladať, že vzniknú náklady na udržiavanie nepoužívanej infraštruktúry majetku štátu bez možnosti tvorby príjmov z poskytovania zdravotnej starostlivosti. V závislosti od rozhodnutia UNB o možnosti naďalej využívať nehnuteľný a hnutelný majetok nachádzajúci sa v nemocniciach Kramáre, Staré Mesto a Ružinov môže byť tento majetok označený za prebytočný¹²⁷. UNB v pozícii správcu je povinná prebytočný majetok štátu písomne ponúknuť tým štátnym rozpočtovým organizáciám alebo štátnym príspevkovým organizáciám v regióne, v ktorom sa tento prebytočný majetok štátu nachádza a ktorým by tento majetok mohol účelne slúžiť na plnenie úloh v rámci predmetu ich činnosti alebo v súvislosti s ním.

V prípade, ak by došlo k zániku UNB, prešli by záväzky a pohľadávky na právneho nástupcu, ktorým môže byť len rozpočtová, alebo príspevková organizácia. V prípade, ak by došlo k zániku UNB bez právneho nástupcu, prešli by záväzky a pohľadávky UNB na zriaďovateľa – MZ SR¹²⁸.

¹²⁶ Právne nástupníctvo sa pri iných modeloch nejaví ako realistické.

¹²⁷ § 3 ods. 3 Zákona o správe majetku štátu

¹²⁸ § 21 ods. 13 Zákona o rozpočtových pravidlách verejnej správy

Posúdenie právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

Výskumné inštitúcie

SAV spolupracuje s klinikami a ústavmi UNB na „ad hoc“ báze prostredníctvom svojich ústavov (Endokrinologický ústav SAV, Virologický ústav SAV). Príkladom je spolupráca Ústavu experimentálnej endokrinológie SAV s V. Internou klinikou LFUK pri riešení vedecko-výskumného grantového projektu Siedmeho rámcového programu Európskej iniciatívy lipidomiky (*Seventh Framework Program – Lipid droplets as dynamic organelles of fat deposition and release: translational towards human disease, Contract N° HEALTH 2007-2.1.1-6; SYNOPSA*).¹²⁹

Podmienky a trvanie jednotlivých výskumných projektov nie sú predmetom posudzovania Štúdie uskutočniteľnosti. Vytvorenie podmienok pre pokračovanie a rozvoj ďalšej výskumnej činnosti však bude v spoločnom záujme Univerzít a výskumných inštitúcií.

Pri plánovaní procesu transferu kapacít z UNB do nUNB bude potrebné dbať na zabezpečenie potrieb výskumu a vývoja a na základe spätnej väzby trhu rozhodnúť, ktorá časť výskumných kapacít zostane zachovaná v rámci štruktúr UNB a ktorá bude vykonávaná v zdravotníckom zariadení nUNB, a to aj s ohľadom na plánovanú výstavbu BioMedParku.

Pacienti

Pacienti majú právo na slobodný výber poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.¹³⁰ Právnym základom poskytovania zdravotnej starostlivosti je dohoda o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, pričom dohoda o poskytovaní všeobecnej zdravotnej starostlivosti sa uzatvára na dobu najmenej šiestich mesiacov.¹³¹

Ukončením činnosti nemocníc Kramáre, Staré Mesto a Ružinov dôjde vo vzťahu k UNB k zvýšeniu miery únosného pracovného zaťaženia poskytovateľa UNB a zo strany pacienta dôjde k zhoršeniu dostupnosti zdravotnej starostlivosti. Existujúce dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti medzi UNB a pacientmi je možné ukončiť aj písomným odstúpením od dohody zo strany poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti je oprávnený odstúpiť od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti z dôvodov vymedzených v zákone, vrátane prekročenia únosného pracovného zaťaženia,¹³²

Dohoda o poskytovaní zdravotnej starostlivosti taktiež zaniká zánikom poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Vzhľadom na jednotnú organizačnú štruktúru UNB uzatvárajú pacienti dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s UNB, ktorá poskytuje zdravotnú starostlivosť na základe jednotného povolenia a cestou svojich zamestnancov, ktorí sú držiteľmi licencie.¹³³

Pacienti uzatvárajú dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s UNB¹³⁴. V dôsledku zníženia kapacít vznikne UNB oprávnenie odmietnuť uzatvorenie dohôd o poskytnutí zdravotnej starostlivosti, resp. odstúpiť od existujúcich dohôd z dôvodu prekročenia prípustného pracovného zaťaženia.

Predpokladom vyššie uvedeného postupu je dojednanie podmienok plynulého transferu kapacít poskytovania zdravotnej starostlivosti do nUNB. Transfer kapacít bude viazaný na prevzatie úloh UNB zo strany nUNB a je bližšie špecifikovaný vyššie v časti Personál.

Pacienti majú právo na slobodnú voľbu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a preto nie je možné uložiť pacientom UNB povinnosť uzavrieť dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s nUNB. Napriek uvedenému je možné predpokladať, že pacienti uzatvoria dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s nUNB, spočiatku v dôsledku nedostatku alternatívneho poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a neskôr, ak bude Projekt fungovať podľa požadovaných parametrov, z dôvodu vysokej kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

Špecifiká, riziká, benefity a odporúčania pre dopadovú oblasť

Z hľadiska posúdenia právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti je každý variant Projektu v zásade uskutočniteľný.

¹²⁹ Zdroj.: <http://www.fmed.uniba.sk/?id=4463>

¹³⁰ § 11 ods. 6 Zákona o zdravotnej starostlivosti

¹³¹ § 11 ods. 7 Zákona o zdravotnej starostlivosti

¹³² § 12 ods. 8 Zákona o zdravotnej starostlivosti

¹³³ § 68 ods. 1 Zákona o zdravotnej starostlivosti

¹³⁴ § 12 ods. 1 Zákona o zdravotnej starostlivosti

Posúdenie právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

Z hľadiska možnosti vytvorenia nástrojov a štruktúr plynulého prevodu/ prechodu vo vzťahu k personálu sa však jednotlivé varianty líšia v možnostiach vytvárať tieto nástroje a štruktúry. Jednotlivé varianty sa tiež líšia mierou rizík spojených s ukončením prevádzky jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Napriek tomu, že implementácia Projektu predpokladá zmeny v existujúcej sieti vzťahov v sektore, vplyv implementácie Projektu dosiahne svoju magnitúdu v momente spustenia prevádzky nUNB. Do tohto momentu totiž nebude implementáciou Projektu ovplyvnený pacient. Výnimkou je prípad štrajku zdravotníckeho personálu pred spustením prevádzky nUNB. Štrajk zdravotníckeho personálu je rizikom, ktorého zhmotnenie hrozí v ktorejkoľvek fáze implementácie Projektu, od prijatia rozhodnutia Projekt realizovať, cez okamih spustenia prevádzky nUNB až po ktorékoľvek štádium prevádzky nUNB. Kritickým faktorom je prvok znižovania stavov zdravotníckeho personálu, ktorý bol aj jednou z hlavných príčin protestov proti transformácii nemocníc. Jednou z kľúčových úloh MZ SR pri implementácii Projektu bude komunikácia s odbornou a laickou verejnosťou o potrebe reformy poskytovania zdravotnej starostlivosti, neudržateľnosti súčasného stavu a optimálnosti preferovaného variantu Projektu aj za cenu znižovania stavov zdravotníckeho personálu.

V nasledovnej časti popisujeme jednotlivé varianty osobitne s dôrazom na posudzovanú dopadovú oblasť.

A. ZPPP

Špecifikom ZPPP variantu vo vzťahu k analyzovanej dopadovej oblasti je 100%-né súkromné vlastníctvo SPV realizujúcej Projekt a kontrola štátu zhmotnená v koncesnej zmluve. Zodpovednosť za implementáciu Projektu je v plnej miere prenesená na súkromného partnera a MZ SR má pozíciu zmluvného partnera koncesnej zmluvy.

Posúdením právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na implementáciu variantu ZPPP boli identifikované nasledovné riziká:

- ▶ Nepredvídateľnosť dopytu po zdravotnej starostlivosti
- ▶ Neuzatvorenie zmlúv so ZP
- ▶ Štrajk personálu UNB
- ▶ Náklady na prepúšťanie
- ▶ Prerušenie poskytovania zdravotnej starostlivosti
- ▶ Nevytvorenie zmluvného vzťahu s pacientmi
- ▶ Nevytvorenie zmluvného vzťahu s Univerzitami
- ▶ Nerentabilná prevádzka budov dotknutých nemocníc UNB po ukončení činnosti nemocníc
- ▶ Náklady na ukončenie zmluvných vzťahov
- ▶ Riziko plnenia existujúcich a vzniku nových dlhov

Riziko nepredvídateľnosti dopytu po zdravotnej starostlivosti je možné mitigovať v koncesnej zmluve prijatím dojednania o dorovnávacích platbách štátu alebo všeobecnou preferenciou modelu založeného na dostupnosti.

S cieľom mitigácie rizika neuzavretia zmluvného vzťahu zo strany zdravotných poisťovní odporúčame zaradenie nUNB do koncovej siete nemocníc, čo je možné dosiahnuť zmenou nariadenia Vlády SR č. 640/2008 Z.z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Zdravotné poisťovne sú v zmysle ustanovenia § 7 Zákona o zdravotných poisťovniach povinné uzatvárať zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov. Koncová sieť poskytovateľov je určenie poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti v rámci minimálnej siete, ktorí poskytujú ústavnú zdravotnú starostlivosť na príslušnom území.¹³⁵ Riziko neuzatvorenia zmluvy s niektorou z poisťovní zo strany nUNB je možné mitigovať dojednaním povinnosti nUNB uzatvoriť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti so všetkými ZP v koncesnej zmluve.

Nevýhodou tohto mitigačného opatrenia je fakt, že do koncovej siete nie je možné zaradiť nemocnicu v predstihu pred začatím prevádzky tejto nemocnice. MZ SR nedisponuje právomocou zaviazat' vládu SR k prijatiu rozhodnutia

¹³⁵ § 5a Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti

Posúdenie právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

o zmene koncovej siete nemocníc. Je však pravdepodobné a legitímne, že budúci súkromný partner bude požadovať takýto záväzok s právnymi konzekvenciami jeho nesplnenia.

Ako alternatívne mitigačné opatrenie sa ponúka možnosť úpravy ustanovenia § 7 ods. 1 Zákona o zdravotných poisťovniach doplnením povinnosti zdravotnej poisťovne uzatvoriť zmluvu s koncesnou nemocnicou. V tejto súvislosti by bolo potrebné doplniť do Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti definíciu pojmu „koncesná nemocnica“, konkrétne v ustanovení § 4 písm. a) bod 3 ako nový typ poskytovateľa zdravotnej starostlivosti s odkazom na relevantné ustanovenia Zákona o verejnom obstarávaní.

Riziko štrajku personálu UNB je v prípade variantu ZPPP možné mitigovať dobrou komunikáciou s odbornou a laickou verejnosťou, ako aj prijatím dojednania medzi UNB a nUNB, resp. SPV, predmetom ktorého by bola úprava vzájomných práv a povinností vo vzťahu k obdobiu medzi výberom súkromného partnera a spustením plnej prevádzky nUNB (ďalej aj ako „realizačná fáza Projektu“), najmä práv a povinností nUNB školiť zamestnancov UNB, komunikovať so zamestnancami o spôsobe riadenia nUNB a výkonu práce v nUNB a spôsobe prechodu kapacít z UNB do nUNB.

Riziko vzniku nákladov na prepúšťanie sa vyznačuje vysokou mierou pravdepodobnosti. V prípade, ak medzi UNB a nUNB nevznikne vzťah právneho nástupníctva bude potrebné ukončiť pracovný pomer medzi zamestnancom a UNB a následne vstúpiť do pracovného pomeru s nUNB. Riziko vzniku nákladov na prepúšťanie je možné čiastočne mitigovať vytvorením vzťahu medzi nUNB a zamestnancami UNB v čase pred spustením prevádzky nUNB. Vytvorenie vzťahu medzi nUNB a zamestnancami UNB by mohlo byť súčasťou dojednania medzi UNB a nUNB. Vzťah medzi nUNB a zamestnancami UNB by bol podkladom pre neskoršie uzatvorenie pracovného pomeru. nUNB by s dotknutými zamestnancami mohla uzatvoriť pracovný pomer na čiastočný úväzok a jeho zmena na plný úväzok by prebehla za predpokladu skončenia pracovného pomeru zamestnanca s UNB zo strany zamestnanca UNB.

Riziko prerušenia poskytovania zdravotnej starostlivosti je potrebné mitigovať dojednaním detailného plánu prevodu/prechodu kapacít z UNB do nUNB v rámci procesu verejného obstarávania. Tento plán prevodu/prechodu by mal byť súčasťou návrhov riešení predložených uchádzačmi v rámci postupu verejného obstarávania. Nástrojom implementácie plánu prevodu/prechodu kapacít je v prípade variantu ZPPP koncesná zmluva. Uskutočnenie plánu prevodu/prechodu kapacít bude súčasťou realizačnej fázy Projektu, ktorá bude nasledovať v čase medzi uzatvorením koncesnej zmluvy a spustením prevádzky nUNB.¹³⁶

Riziko nevytvorenia vzťahu s pacientmi má svoj základ v princípe slobodnej voľby poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Jedná sa o základný princíp práva na ochranu zdravia. Pacienti však svoju voľbu vykonávajú v rámci existujúcej ponuky poskytovateľov. Nie je právne prípustné zaviazat pacientov k uzavretiu dohôd o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s konkrétnym poskytovateľom.

Riziko neuzatvorenia zmluvy s Univerzitami zo strany nUNB je možné mitigovať dojednaním povinnosti nUNB uzatvoriť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s Univerzitami v koncesnej zmluve. Riziko nerentabilnej prevádzky budov dotknutých nemocníc UNB po ukončení ich činnosti je možné mitigovať prijatím vhodného plánu redevelopmentu nemocníc Kramáre, Staré Mesto a Ružinov. Návrh riešenia redevelopmentu môže byť súčasťou súťažného dialógu v procese verejného obstarávania.

Riziko vzniku nákladov na ukončenie zmluvných vzťahov vychádza z prípadnej potreby predčasného ukončenia zmluvného vzťahu a s tým súvisiacej kompenzácie pre zmluvného partnera. Riziko je možné mitigovať včasným prijatím opatrenia zamedzujúceho uzatváraniu nových zmlúv, či predlžovanie platnosti existujúcich zmlúv.

Riziko plnenia existujúcich a vzniku nových dlhov je spojené so zníženou schopnosťou UNB plniť záväzky v dôsledku zníženia objemov poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Toto riziko je možné mitigovať vykonaním riadneho due diligence záväzkov a prijatím plánu postupného splácania záväzkov s cieľom predísť vzniku úrokov z omeškania a zmluvných pokút. Riziko vzniku nových dlhov je možné mitigovať včasným prijatím optimalizačných opatrení vo vzťahu k plánovanému ukončeniu prevádzky nemocníc Kramáre, Staré Mesto a Ružinov smerujúcich k zníženiu objemov čerpaných služieb, optimalizáciou nákupov materiálov a spotrebovaniu existujúcich zásob.

¹³⁶Časový plán úkonov MZSR je zobrazený v časti Návrhy realistických právnych štruktúr a nástrojov umožňujúcich realizáciu preferovaného modelu.

Posúdenie právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
ZPPP	Nepredvídateľnosť dopytu po zdravotnej starostlivosti	Úprava dorovnávacích platieb v koncesnej zmluve, zmena Projektu na PPP projekt založený na dostupnosti
	Neuzatvorenie zmlúv so ZP	Doplnenie nUNB do koncovej siete nemocníc Zavedenie povinnosti ZP uzavrieť zmluvu s koncesnou nemocnicou
	Štrajk personálu UNB	Dobrá komunikácia s odbornou a laickou verejnosťou
	Náklady na prepúšťanie	Vytvorenie vzťahu medzi nUNB, resp.SPV a personálom UNB
	Prerušenie poskytovania zdravotnej starostlivosti	Dojednanie detailného plánu prevodu/prechodu kapacít z UNB do nUNB v rámci procesu verejného obstarávania
	Nevytvorenie zmluvného vzťahu s pacientmi	Riziko nie je po právnej stránke mitigovateľné, predpokladá sa však implicitné zvýšenie dopytu uzavretím veľkej časti existujúcej UNB
	Nerentabilná prevádzka budov dotknutých nemocníc UNB po ukončení činnosti nemocníc	Vhodný plán redevelopmentu Návrh riešenia v rámci procesu verejného obstarávania
	Náklady na ukončenie zmluvných vzťahov	Opatrenia zamedzujúce uzatváraniu nových zmlúv, či predlžovanie platnosti existujúcich zmlúv
	Plnenia existujúcich a vzniku nových dlhov	Due diligence záväzkov Plán postupného splácania záväzkov

B. IPPP

Špecifikom IPPP variantu vo vzťahu k analyzovanej dopadovej oblasti je verejno-súkromné vlastníctvo SPV realizujúcej Projekt a zároveň existencia koncesnej zmluvy, ktorá špecifikuje podmienky realizácie Projektu. Zodpovednosť za implementáciu Projektu je v prenesená na súkromného partnera a MZ SR má pozíciu vlastníka majetkovej účasti a zmluvného partnera koncesnej zmluvy.

Posúdením právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na implementáciu variantu IPPP boli identifikované nasledovné riziká:

- ▶ Nepredvídateľnosť dopytu po zdravotnej starostlivosti
- ▶ Neuzatvorenie zmlúv so ZP
- ▶ Štrajk personálu UNB
- ▶ Náklady na prepúšťanie
- ▶ Prerušenie poskytovania zdravotnej starostlivosti
- ▶ Nevytvorenie zmluvného vzťahu s pacientmi
- ▶ Nerentabilná prevádzka budov dotknutých nemocníc UNB po ukončení činnosti nemocníc
- ▶ Náklady na ukončenie zmluvných vzťahov
- ▶ Riziko plnenia existujúcich a vzniku nových dlhov

Riziko nepredvídateľnosti dopytu po zdravotnej starostlivosti je možné mitigovať v koncesnej zmluve prijatím dojednania o dorovnávacích platbách štátu.

S cieľom mitigácie rizika neuzavretia zmluvného vzťahu zo strany zdravotných poisťovní odporúčame zaradenie nUNB do koncovej siete nemocníc, čo je možné dosiahnuť zmenou Nariadenia Vlády SR o verejnej minimálnej sieti.

Posúdenie právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

Zdravotné poisťovne sú v zmysle ustanovenia § 7 Zákona o zdravotných poisťovniach povinné uzatvárať zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov. Koncová sieť poskytovateľov je určenie poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti v rámci minimálnej siete, ktorí poskytujú ústavnú zdravotnú starostlivosť na príslušnom území.¹³⁷ Riziko neuzatvorenia zmluvy s niektorou z poisťovní zo strany nUNB je možné mitigovať dojednaním povinnosti nUNB uzatvoriť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti so všetkými ZP v koncesnej zmluve.

Nevýhodou tohto mitigačného opatrenia je fakt, že do koncovej siete nie je možné zaradiť nemocnicu v predstihu pred začatím prevádzky tejto nemocnice. MZ SR nedisponuje právomocou zaviazat' vládu SR k prijatiu rozhodnutia o zmene koncovej siete nemocníc. Je však pravdepodobné a legitímne, že budúci súkromný partner bude požadovať takýto záväzok s právnymi konsekvenciami jeho nesplnenia.

Ako alternatívne mitigačné opatrenie sa ponúka možnosť úpravy ustanovenia § 7 ods. 1 Zákona o zdravotných poisťovniach doplnením povinnosti zdravotnej poisťovne uzatvoriť zmluvu s koncesnou nemocnicou a udržiavať ju v platnosti počas trvania koncesnej zmluvy. V tejto súvislosti by bolo potrebné doplniť do Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti definíciu pojmu „koncesná nemocnica“, konkrétne v ustanovení § 4 písm. a) bod 3 ako nový typ poskytovateľa zdravotnej starostlivosti s odkazom na relevantné ustanovenia Zákona o verejnom obstarávaní.

Riziko štrajku personálu UNB je v prípade variantu IPPP možné mitigovať dobrou komunikáciou s odbornou a laickou verejnosťou, ako aj prijatím dojednania medzi UNB a nUNB, resp. SPV, predmetom ktorého by bola úprava vzájomných práv a povinností vo vzťahu k obdobiu medzi výberom súkromného partnera a spustením plnej prevádzky nUNB (ďalej aj ako „realizačná fáza Projektu“), najmä práv a povinností nUNB školiť zamestnancov UNB, komunikovať so zamestnancami o spôsobe riadenia nUNB a výkonu práce v nUNB a spôsobe prechodu kapacít z UNB do nUNB. V porovnaní s variantom ZPPP je riziko štrajku mitigované samotnou účasťou MZSR v SPV, čo má za následok priaznivejšie vnímanie SPV ako pri 100% súkromnom vlastníctve.

Riziko vzniku nákladov na prepúšťanie sa vyznačuje vysokou mierou pravdepodobnosti. V prípade, ak medzi UNB a nUNB nevznikne vzťah právneho nástupníctva, bude potrebné ukončiť pracovný pomer medzi zamestnancom a UNB a následne vstúpiť do pracovného pomeru s nUNB. Riziko vzniku nákladov na prepúšťanie je možné čiastočne mitigovať vytvorením vzťahu medzi nUNB, resp. SPV a zamestnancami UNB v čase pred spustením prevádzky nUNB. Vytvorenie vzťahu medzi nUNB a zamestnancami UNB by mohlo byť súčasťou dojednania medzi UNB a nUNB, resp. SPV. Vzťah medzi nUNB a zamestnancami UNB by bol podkladom pre neskoršie uzatvorenie pracovného pomeru. nUNB, resp. SPV by s dotknutými zamestnancami mohla uzatvoriť pracovný pomer na čiastočný úväzok a jeho zmena na plný úväzok by prebehla za predpokladu skončenia pracovného pomeru zamestnanca s UNB zo strany zamestnanca UNB.

Riziko prerušenia poskytovania zdravotnej starostlivosti je potrebné mitigovať dojednaním detailného plánu prevodu/prechodu kapacít z UNB do nUNB v rámci procesu verejného obstarávania. Nástrojom implementácie plánu prevodu/prechodu kapacít je v prípade variantu IPPP koncesná zmluva. Uskutočnenie plánu prevodu/prechodu kapacít bude súčasťou realizačnej fázy Projektu, ktorá bude nasledovať v čase medzi uzatvorením koncesnej zmluvy a spustením prevádzky nUNB.¹³⁸

Riziko nevytvorenia vzťahu s pacientmi má svoj základ v princípe slobodnej voľby poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Jedná sa o základný princíp práva na ochranu zdravia. Pacienti však svoju voľbu vykonávajú v rámci existujúcej ponuky poskytovateľov. Nie je právne prípustné zaviazat' pacientov k uzavretiu dohôd o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s konkrétnym poskytovateľom.

Riziko neuzatvorenia zmluvy s Univerzitami zo strany nUNB je možné mitigovať dojednaním povinnosti nUNB uzatvoriť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s Univerzitami v koncesnej zmluve.

Riziko nerentabilnej prevádzky budov dotknutých nemocníc UNB po ukončení ich činnosti je možné mitigovať prijatím vhodného plánu redevelopmentu nemocníc Kramáre, Staré Mesto a Ružinov. Návrh riešenia redevelopmentu môže byť súčasťou súťažného dialógu v procese verejného obstarávania.

Riziko vzniku nákladov na ukončenie zmluvných vzťahov vychádza z prípadnej potreby predčasného ukončenia zmluvného vzťahu a s tým súvisiacej kompenzácie pre zmluvného partnera. Riziko je možné mitigovať včasným prijatím opatrenia zamedzujúceho uzatváraniu nových zmlúv, či predlžovanie platnosti existujúcich zmlúv.

¹³⁷ § 5a Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti

¹³⁸ Časový plán prevodu/prechodu kapacít z UNB do nUNB je zobrazený v časti Návrhy realistických právnych štruktúr a nástrojov umožňujúcich realizáciu preferovaného modelu.

Posúdenie právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

Riziko plnenia existujúcich a vzniku nových dlhov je spojené so zníženou schopnosťou UNB plniť záväzky v dôsledku zníženia objemov poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Toto riziko je možné mitigovať vykonaním riadneho due diligence záväzkov a prijatím plánu postupného splácania záväzkov s cieľom predísť vzniku úrokov z omeškania a zmluvných pokút. Riziko vzniku nových dlhov je možné mitigovať včasným prijatím optimalizačných opatrení vo vzťahu k plánovanému ukončeniu prevádzky nemocníc Kramáre, Staré Mesto a Ružinov smerujúcich k zníženiu objemov čerpaných služieb, optimalizáciou nákupov materiálov a spotrebovaniu existujúcich zásob.

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
IPPP	Nepredvídateľnosť dopytu po zdravotnej starostlivosti	Úprava dorovnávacích platieb v koncesnej zmluve
	Neuzatvorenie zmlúv so ZP	Doplnenie nUNB do koncovej siete nemocníc Zavedenie povinnosti ZP uzavrieť zmluvu s koncesnou nemocnicou
	Štrajk personálu UNB	Dobrá komunikácia s odbornou a laickou verejnosťou
	Náklady na prepúšťanie	Vytvorenie vzťahu medzi nUNB a personálom UNB
	Prerušenie poskytovania zdravotnej starostlivosti	Dojednanie detailného plánu prevodu/prechodu kapacít z UNB do nUNB v rámci procesu verejného obstarávania
	Nevytvorenie zmluvného vzťahu s pacientmi	Riziko nie je po právnej stránke mitigovateľné
	Nerentabilná prevádzka budov dotknutých nemocníc UNB po ukončení činnosti nemocníc	Vhodný plán redevelopmentu Návrh riešenia v rámci procesu verejného obstarávania
	Náklady na ukončenie zmluvných vzťahov	Opatrenia zamedzujúce uzatváraniu nových zmlúv, či predlžovanie platnosti existujúcich zmlúv
	Plnenie existujúcich a vzniku nových dlhov	Due diligence záväzkov Plán postupného splácania záväzkov

C. JV

Špecifikom JV variantu vo vzťahu k analyzovanej dopadovej oblasti je komerčné zameranie JV a absencia kontrolných mechanizmov štátu. Zodpovednosť za implementáciu Projektu je v prenesená na JV a MZ SR má pozíciu menšinového vlastníka majetkovej účasti v JV.

Posúdením právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na implementáciu variantu JV boli identifikované nasledovné riziká:

- ▶ Nepredvídateľnosť dopytu po zdravotnej starostlivosti
- ▶ Neuzatvorenie zmlúv so ZP
- ▶ Štrajk personálu UNB
- ▶ Náklady na prepúšťanie
- ▶ Prerušenie poskytovania zdravotnej starostlivosti
- ▶ Nevytvorenie zmluvného vzťahu s pacientmi
- ▶ Nerentabilná prevádzka budov dotknutých nemocníc UNB po ukončení činnosti nemocníc
- ▶ Náklady na ukončenie zmluvných vzťahov
- ▶ Riziko plnenia existujúcich a vzniku nových dlhov

Posúdenie právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

Riziko nepredvídateľnosti dopytu po zdravotnej starostlivosti nie je možné mitigovať prijatím dojednaní o dorovnávacích platbách štátu z dôvodu absencie koncesnej zmluvy.

S cieľom mitigácie rizika neuzavretia zmluvného vzťahu zo strany zdravotných poisťovní odporúčame zaradenie nUNB do koncovej siete nemocníc, čo je možné dosiahnuť zmenou Nariadenia Vlády SR o verejnej minimálnej sieti. Zdravotné poisťovne sú v zmysle ustanovenia § 7 Zákona o zdravotných poisťovniach povinné uzatvárať zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov. Koncová sieť poskytovateľov je určenie poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti v rámci minimálnej siete, ktorí poskytujú ústavnú zdravotnú starostlivosť na príslušnom území.¹³⁹ Riziko neuzatvorenia zmluvy s niektorou z poisťovní zo strany nUNB je možné mitigovať dojednaním povinnosti nUNB uzatvoriť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti so všetkými ZP v zmluve medzi MZSR a partnerom JV.

Riziko štrajku personálu UNB je v prípade variantu JV možné mitigovať dobrou komunikáciou s odbornou a laickou verejnosťou, ako aj prijatím dojednaní medzi UNB a nUNB, resp. SPV, predmetom ktorého by bola úprava vzájomných práv a povinností vo vzťahu k obdobiu medzi vznikom JV a spustením plnej prevádzky nUNB. (ďalej aj ako "realizačná fáza Projektu"), najmä práv a povinností nUNB školiť zamestnancov UNB, komunikovať so zamestnancami o spôsobe riadenia nUNB a výkonu práce v nUNB a spôsobe prechodu kapacít z UNB do nUNB. V porovnaní s variantom IPPP je riziko štrajku napriek majetkovej účasti štátu vyššie v dôsledku komerčného charakteru JV.

Riziko vzniku nákladov na prepúšťanie sa vyznačuje vysokou mierou pravdepodobnosti. V prípade, ak medzi UNB a nUNB nevznikne vzťah právneho nástupníctva, bude potrebné ukončiť pracovný pomer medzi zamestnancom a UNB a následne vstúpiť do pracovného pomeru s nUNB. Riziko vzniku nákladov na prepúšťanie je možné čiastočne mitigovať vytvorením vzťahu medzi nUNB, resp. SPV a zamestnancami UNB v čase pred spustením prevádzky nUNB. Vytvorenie vzťahu medzi nUNB a zamestnancami UNB by mohlo byť súčasťou dojednaní medzi UNB a nUNB. Vzťahu medzi nUNB a zamestnancami UNB by bol podkladom pre neskoršie uzatvorenie pracovného pomeru. nUNB by s dotknutými zamestnancami mohla uzatvoriť pracovný pomer na čiastočný úväzok a jeho zmena na plný úväzok by prebehla za predpokladu skončenia pracovného pomeru zamestnanca s UNB zo strany zamestnanca UNB.

Riziko prerušenia poskytovania zdravotnej starostlivosti je potrebné mitigovať dojednaním detailného plánu prevodu/prechodu kapacít z UNB do nUNB v rámci procesu transparentnej súťaže. Uskutočnenie plánu prevodu/prechodu kapacít bude súčasťou realizačnej fázy Projektu, ktorá bude nasledovať v čase medzi uzatvorením zmluvy s JV a spustením prevádzky nUNB.

Riziko nevytvorenia vzťahu s pacientmi má svoj základ v princípe slobodnej voľby poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Jedná sa o základný princíp práva na ochranu zdravia. Pacienti však svoju voľbu vykonávajú v rámci existujúcej ponuky poskytovateľov. Nie je právne prípustné zaviazat pacientov k uzavretiu dohôd o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s konkrétnym poskytovateľom.

Riziko neuzatvorenia zmluvy s Univerzitami zo strany nUNB je možné mitigovať dojednaním povinnosti nUNB uzatvoriť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s Univerzitami v zmluve s partnerom JV.

Riziko nerentabilnej prevádzky budov dotknutých nemocníc UNB po ukončení ich činnosti je možné mitigovať prijatím vhodného plánu redevelopmentu nemocníc Kramáre, Staré Mesto a Ružinov. Návrh riešenia redevelopmentu môže byť súčasťou procesu transparentnej súťaže.

Riziko vzniku nákladov zmluvných vzťahov vychádza z prípadnej potreby predčasného ukončenia vzťahu a s tým súvisiacej kompenzácie pre zmluvného partnera. Riziko je možné mitigovať včasným prijatím opatrenia zamedzujúceho uzatváraniu nových zmlúv, či predlžovanie platnosti existujúcich zmlúv.

Riziko plnenia existujúcich a vzniku nových dlhov je spojené so zníženou schopnosťou UNB plniť záväzky v dôsledku zníženia objemov poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Toto riziko je možné mitigovať vykonaním riadneho due diligence záväzkov a prijatím plánu postupného splácania záväzkov s cieľom predísť vzniku úrokov z omeškania a zmluvných pokút. Riziko vzniku nových dlhov je možné mitigovať včasným prijatím optimalizačných opatrení vo vzťahu k plánovanému ukončeniu prevádzky nemocníc Kramáre, Staré Mesto a Ružinov smerujúcich k zníženiu objemov čerpaných služieb, optimalizáciou nákupov materiálov a spotrebovaniu existujúcich zásob.

¹³⁹ § 5a Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti

Posúdenie právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
JV	Nepredvídateľnosť dopytu po zdravotnej starostlivosti	Nie je možné mitigovať
	Neuzatvorenie zmlúv so ZP	Doplnenie nUNB do koncovej siete nemocníc Zavedenie povinnosti ZP uzavrieť zmluvu s nUNB
	Štrajk personálu UNB	Dobrá komunikácia s odbornou a laickou verejnosťou
	Náklady na prepúšťanie	Vytvorenie vzťahu medzi nUNB a personálom UNB
	Prerušenie poskytovania zdravotnej starostlivosti	Dojednanie detailného plánu prevodu/prechodu kapacít z UNB do nUNB
	Nevytvorenie zmluvného vzťahu s pacientmi	Riziko nie je po právnej stránke mitigovateľné
	Nerentabilná prevádzka budov dotknutých nemocníc UNB po ukončení činnosti nemocníc	Vhodný plán redevelopmentu Návrh riešenia v rámci procesu výberu súkromného partnera
	Náklady na ukončenie zmluvných vzťahov	Opatrenia zamedzujúce uzatváraniu nových zmlúv, či predlžovanie platnosti existujúcich zmlúv
	plnenia existujúcich a vzniku nových dlhov	Due diligence záväzkov Plán postupného splácania záväzkov

D. Špecifický variant

Špecifický variant sa vo vzťahu k analyzovanej dopadovej oblasti vyznačuje 100%-ným vlastníctvom MZSR v SPV. Zodpovednosť za implementáciu Projektu je prenesená na SPV pričom MZ SR má pozíciu vlastníka SPV a zároveň aj zmluvného partnera koncesnej zmluvy.

Posúdením právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na implementáciu Špecifického variantu boli identifikované nasledovné riziká:

- ▶ Nepredvídateľnosť dopytu po zdravotnej starostlivosti
- ▶ Neuzatvorenie zmlúv so ZP
- ▶ Štrajk personálu UNB
- ▶ Náklady na prepúšťanie
- ▶ Prerušenie poskytovania zdravotnej starostlivosti
- ▶ Nevytvorenie zmluvného vzťahu s pacientmi
- ▶ Nerentabilná prevádzka budov dotknutých nemocníc UNB po ukončení činnosti nemocníc
- ▶ Náklady na ukončenie zmluvných vzťahov
- ▶ Riziko plnenia existujúcich a vzniku nových dlhov

Riziko nepredvídateľnosti dopytu po zdravotnej starostlivosti je možné mitigovať v koncesnej zmluve prijatím dojednaní o dorovnávacích platbách štátu.

S cieľom mitigácie rizika neuzavretia zmluvného vzťahu zo strany zdravotných poisťovní odporúčame zaradenie nUNB do koncovej siete nemocníc, čo je možné dosiahnuť zmenou Nariadenia Vlády SR o verejnej minimálnej sieti. Zdravotné poisťovne sú v zmysle ustanovenia § 7 Zákona o zdravotných poisťovniach povinné uzatvárať zmluvy o

Posúdenie právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov. Koncová sieť poskytovateľov je určenie poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti v rámci minimálnej siete, ktorí poskytujú ústavnú zdravotnú starostlivosť na príslušnom území.¹⁴⁰

Nevýhodou tohto mitigačného opatrenia je fakt, že do koncovej siete nie je možné zaradiť nemocnicu v predstihu pred začatím prevádzky tejto nemocnice. MZ SR nedisponuje právomocou zaviazat' vládu SR k prijatiu rozhodnutia o zmene koncovej siete nemocníc.

Ako alternatívne mitigačné opatrenie sa ponúka možnosť úpravy ustanovenia § 7 ods. 1 Zákona o zdravotných poisťovniach doplnením povinnosti zdravotnej poisťovne uzatvoriť zmluvu s koncesnou nemocnicou a udržiavať ju v platnosti počas trvania koncesnej zmluvy. V tejto súvislosti by bolo potrebné doplniť do Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti definíciu pojmu „koncesná nemocnica“, konkrétne v ustanovení § 4 písm. a) bod 3 ako nový typ poskytovateľa zdravotnej starostlivosti s odkazom na relevantné ustanovenia Zákona o verejnom obstarávaní.

Riziko štrajku personálu UNB je v prípade Špecifického variantu možné mitigovať dobrou komunikáciou s odbornou a laickou verejnosťou, ako aj prijatím dojednania medzi UNB a nUNB, resp. SPV, predmetom ktorého by bola úprava vzájomných práv a povinností vo vzťahu k obdobiu medzi výberom súkromného partnera a spustením plnej prevádzky nUNB. (ďalej aj ako „realizačná fáza Projektu“), najmä práv a povinností nUNB školiť zamestnancov UNB, komunikovať so zamestnancami o spôsobe riadenia nUNB a výkonu práce v nUNB a spôsobe prechodu kapacít z UNB do nUNB. Riziko štrajku je v prípade Špecifického variantu mitigované výlučnou štátnou účasťou v SPV.

Riziko vzniku nákladov na prepúšťanie sa vyznačuje vysokou mierou pravdepodobnosti. V prípade, ak medzi UNB a nUNB nevznikne vzťah právneho nástupníctva, bude potrebné ukončiť pracovný pomer medzi zamestnancom a UNB a následne vstúpiť do pracovného pomeru s nUNB. Riziko vzniku nákladov na prepúšťanie je možné čiastočne mitigovať vytvorením vzťahu medzi nUNB a zamestnancami UNB v čase pred spustením prevádzky nUNB. Vytvorenie vzťahu medzi nUNB a zamestnancami UNB by mohlo byť súčasťou dojednania medzi UNB a nUNB, resp. SPV. Vzťah medzi nUNB a zamestnancami UNB by bol podkladom pre neskoršie uzatvorenie pracovného pomeru. nUNB by s dotknutými zamestnancami mohla uzatvoriť pracovný pomer na čiastočný úväzok a jeho zmena na plný úväzok by prebehla za predpokladu skončenia pracovného pomeru zamestnanca s UNB zo strany zamestnanca UNB.

Riziko prerušenia poskytovania zdravotnej starostlivosti je potrebné mitigovať dojednaním detailného plánu prevodu/prechodu kapacít z UNB do nUNB. Nástrojom implementácie plánu prevodu/prechodu kapacít je v prípade Špecifického variantu koncesná zmluva. Nevýhodou Špecifického variantu je absencia spätné väzby trhu v procese verejného obstarávania prevádzkovateľa zdravotníckeho zariadenia. Uskutočnenie plánu prevodu/prechodu kapacít bude súčasťou realizačnej fázy Projektu, ktorá bude nasledovať v čase medzi uzatvorením koncesnej zmluvy s SPV a spustením prevádzky nUNB, v ideálnom prípade za účasti poskytovateľa know-how.

Riziko nevytvorenia vzťahu s pacientmi má svoj základ v princípe slobodnej voľby poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Jedná sa o základný princíp práva na ochranu zdravia. Pacienti však svoju voľbu vykonávajú v rámci existujúcej ponuky poskytovateľov. Nie je právne prípustné zaviazat' pacientov k uzavretiu dohôd o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s konkrétnym poskytovateľom.

Riziko neuzatvorenia zmluvy s Univerzitami zo strany nUNB je možné mitigovať dojednaním povinnosti nUNB uzatvoriť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s Univerzitami v koncesnej zmluve.

Riziko nerentabilnej prevádzky budov dotknutých nemocníc UNB po ukončení ich činnosti je možné mitigovať prijatím vhodného plánu redevelopmentu nemocníc Kramáre, Staré Mesto a Ružinov. Návrh riešenia redevelopmentu môže byť súčasťou procesu verejného obstarávania prevádzkového poradcu.

Riziko vzniku nákladov na ukončenie zmluvných vzťahov vychádza z prípadnej potreby predčasného ukončenia vzťahu a s tým súvisiacej kompenzácie pre zmluvného partnera. Riziko je možné mitigovať včasným prijatím opatrenia zamedzujúceho uzatváraniu nových zmlúv, či predlžovanie platnosti existujúcich zmlúv.

Riziko plnenia existujúcich a vzniku nových dlhov je spojené so zníženou schopnosťou UNB plniť záväzky v dôsledku zníženia objemov poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Toto riziko je možné mitigovať vykonaním riadneho due diligence záväzkov a prijatím plánu postupného splácania záväzkov s cieľom predísť vzniku úrokov z omeškania a zmluvných pokút. Riziko vzniku nových dlhov je možné mitigovať včasným prijatím optimalizačných opatrení vo vzťahu k plánovanému ukončeniu prevádzky nemocníc Kramáre, Staré Mesto a Ružinov smerujúcich k zníženiu objemov čerpaných služieb, optimalizáciou nákupov materiálov a spotrebovaniu existujúcich zásob.

¹⁴⁰ § 5a Zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti

Posúdenie právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
Špecifický variant	Nepredvídateľnosť dopytu po zdravotnej starostlivosti	Úprava dorovnávacích platieb v koncesnej zmluve
	Neuzatvorenie zmlúv so ZP	Doplnenie nUNB do koncovkej siete nemocníc Zavedenie povinnosti ZP uzavrieť zmluvu s koncesnou nemocnicou
	Štrajk personálu UNB	Dobrá komunikácia s odbornou a laickou verejnosťou
	Náklady na prepúšťanie	Vytvorenie vzťahu medzi nUNB a personálom UNB
	Prerušenie poskytovania zdravotnej starostlivosti	Dojednanie detailného plánu prevodu/prechodu kapacít z UNB do nUNB
	Nevytvorenie zmluvného vzťahu s pacientmi	Riziko nie je po právnej stránke mitigovateľné
	Nerentabilná prevádzka budov dotknutých nemocníc UNB po ukončení činnosti nemocníc	Vhodný plán redevelopmentu
	Náklady na ukončenie zmluvných vzťahov	Opatrenia zamedzujúce uzatváraniu nových zmlúv, či predlžovanie platnosti existujúcich zmlúv
	Plnenie existujúcich a vznik nových dlhov	Due diligence záväzkov Plán postupného splácania záväzkov

Porovnanie variantov

Vo vzťahu k dopadovej oblasti ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti sa všetky porovnávané varianty javia ako uskutočniteľné. Z hľadiska rizík pre uskutočniteľnosť a spôsobov mitigácie sa ako najvýhodnejší javí Špecifický variant pre nízku váhu rizík a vysokú priechodnosť mitigačných opatrení. Nasleduje variant IPPP so strednou váhou rizík a strednou účinnosťou mitigačných opatrení, nakoľko umožňuje kombinovať mitigačné opatrenia súvisiace s koncesnou zmluvou a v porovnaní s variantom ZPPP je vnímaný pozitívnejšie zo strany odbornej a laickej verejnosti z dôvodu majetkovej účasti štátu. Váha rizík variantu ZPPP sa javí ako vysoká so strednou účinnosťou mitigačných opatrení. Variant JV sa javí ako najviac rizikový pre absenciu kontrolných mechanizmov štátu a s tým súvisiacu nízku možnosť aplikácie mitigačných opatrení, ako aj z dôvodu pravdepodobne negatívneho vnímania zo strany odbornej a laickej verejnosti pre čisto komerčné zameranie JV.

Sumarizačná tabuľka

Riziko	ZPPP	IPPP	JV	Špecifický variant
Nepredvídateľnosť dopytu po zdravotnej starostlivosti	Úprava dorovnávacích platieb v koncesnej zmluve, zmena Projektu na PPP projekt založený na dostupnosti	Úprava dorovnávacích platieb v koncesnej zmluve	Nie je možné mitigovať	Úprava dorovnávacích platieb v koncesnej zmluve
Neuzatvorenie zmlúv so ZP	Doplnenie nUNB do koncovkej siete nemocníc Zavedenie povinnosti ZP uzavrieť zmluvu	Doplnenie nUNB do koncovkej siete nemocníc Zavedenie povinnosti ZP uzavrieť zmluvu	Doplnenie nUNB do koncovkej siete nemocníc Zavedenie povinnosti ZP uzavrieť zmluvu s nUNB	Doplnenie nUNB do koncovkej siete nemocníc Zavedenie povinnosti ZP uzavrieť zmluvu

Posúdenie právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

	s koncesnou nemocnicou	s koncesnou nemocnicou		s koncesnou nemocnicou
Štrajk personálu UNB	Dobrá komunikácia s odbornou a laickou verejnosťou	Dobrá komunikácia s odbornou a laickou verejnosťou	Dobrá komunikácia s odbornou a laickou verejnosťou	Dobrá komunikácia s odbornou a laickou verejnosťou
Náklady na prepúšťanie	Vytvorenie vzťahu medzi nUNB a personálom UNB	Vytvorenie vzťahu medzi nUNB a personálom UNB	Vytvorenie vzťahu medzi nUNB a personálom UNB	Vytvorenie vzťahu medzi nUNB a personálom UNB
Prerušenie poskytovania zdravotnej starostlivosti	Dojednanie detailného plánu prevodu/prechodu kapacít z UNB do nUNB v rámci procesu verejného obstarávania	Dojednanie detailného plánu prevodu/prechodu kapacít z UNB do nUNB v rámci procesu verejného obstarávania	Dojednanie detailného plánu prevodu/prechodu kapacít z UNB do nUNB v rámci procesu výberu súkromného partnera	Dojednanie detailného plánu prevodu/prechodu kapacít z UNB do nUNB
Nevytvorenie zmluvného vzťahu s pacientmi	Riziko nie je po právnej stránke mitigovateľné, predpokladá sa však implicitné zvýšenie dopytu uzavretím veľkej časti existujúcej UNB	Riziko nie je po právnej stránke mitigovateľné	Riziko nie je po právnej stránke mitigovateľné	Riziko nie je po právnej stránke mitigovateľné
Nerentabilná prevádzka budov dotknutých nemocníc UNB po ukončení činnosti nemocníc	Vhodný plán redevelopmentu Návrh riešenia v rámci procesu verejného obstarávania	Vhodný plán redevelopmentu Návrh riešenia v rámci procesu verejného obstarávania	Vhodný plán Redevelopmentu	Vhodný plán redevelopmentu
Náklady na ukončenie zmluvných vzťahov	Opatrenia zamedzujúce uzatváraniu nových zmlúv, či predlžovanie platnosti existujúcich zmlúv	Opatrenia zamedzujúce uzatváraniu nových zmlúv, či predlžovanie platnosti existujúcich zmlúv	Opatrenia zamedzujúce uzatváraniu nových zmlúv, či predlžovanie platnosti existujúcich zmlúv	Opatrenia zamedzujúce uzatváraniu nových zmlúv, či predlžovanie platnosti existujúcich zmlúv
Plnenie existujúcich a vzniku nových dlhov	Due diligence záväzkov Plán postupného splácania záväzkov	Due diligence záväzkov Plán postupného splácania záväzkov	Due diligence záväzkov Plán postupného splácania záväzkov	Due diligence záväzkov Plán postupného splácania záväzkov

Posúdenie možných vplyvov na právne vzťahy k jestvujúcim aktívam na realizáciu Projektu

Posúdenie možných vplyvov na právne vzťahy k jestvujúcim aktívam (t.j. vlastníctvo aktív, správa štátneho majetku a obmedzenia pri nakladaní s majetkom) na realizáciu Projektu

Základný popis dopadovej oblasti

Analýza predmetnej dopadovej oblasti sa sústreďuje na identifikáciu dotknutých subjektov, ich práv a povinností vo vzťahu k existujúcim aktívam UNB, resp. NSM a taktiež popisuje procesy nakladania s aktívami za účelom úspešnej implementácie Projektu.

Z hľadiska uskutočniteľnosti Projektu je v svetle súčasného zadania MZ SR nevyhnutné usporiadať právne vzťahy k nehnuteľnostiam, na ktorých má byť vybudované zariadenie nUNB.¹⁴¹

Bez ohľadu na voľbu variantu implementácie Projektu bude MZ SR nútené vysporiadať majetkové vzťahy k miestu výstavby zariadenia nUNB. Na základe informácií a dokumentov poskytnutých MZ SR má byť nová nemocnica v Bratislave vybudovaná v areáli bývalej nemocnice Ministerstva obrany Slovenskej republiky, Cesta na Červený Most 1. MZ SR však nemá žiadny právny vzťah k nehnuteľnému majetku, ktorý má byť dotknutý výstavbou nUNB (ďalej len „nehnuteľný majetok“). Výlučným vlastníkom nehnuteľného majetku je NSM. V súčasnej dobe taktiež nie je žiadnym spôsobom zabezpečená povinnosť vlastníka nehnuteľný majetok opustiť, vypratať, či odovzdať Nehnuteľnosti.

Implementácia Projektu taktiež ovplyvní existenciu a kvalitu právnych vzťahov k jestvujúcim aktívam, ktoré sú v dispozícii UNB. Ukončením činnosti nemocníc Kramáre, Staré Mesto a Ružinov dôjde k zásadným zmenám vo vzťahu k regulácii Zákona o správe majetku štátu. UNB ako správca majetku štátu je oprávnená a povinná majetok štátu užívať na plnenie úloh v rámci predmetu činnosti alebo v súvislosti s ním, nakladať s ním podľa Zákona o správe majetku štátu, udržiavať majetok v riadnom stave, využívať všetky právne prostriedky na jeho ochranu a dbať, aby nedošlo najmä k jeho poškodeniu, strate, zneužitiu alebo zmenšeniu. Ukončením činnosti nemocníc Kramáre, Staré Mesto a Ružinov sa majetok súvisiaci s prevádzkou týchto nemocníc môže stať prebytočným majetkom, teda majetkom štátu, ktorý neslúži a ani v budúcnosti nebude slúžiť správcovi na plnenie úloh v rámci predmetu jeho činnosti alebo v súvislosti s ním. Právny režim nakladania s prebytočným majetkom štátu je bližšie špecifikovaný v časti Aktíva a majetok v správe UNB.

Ukončenie prevádzky nemocníc Kramáre, Staré Mesto a Ružinov bude tiež mať zásadný vplyv na spôsob ich užívania a predpokladateľne si vyžiada vypracovanie plánu ďalšieho využitia, či nakladania s nehnuteľnými a hnutelnými vecami v správe UNB.

Hlavnými rizikami vo vzťahu k a analyzovanej dopadovej oblasti sú:

- Riziko nevysporiadania vzťahov k miestu výstavby nUNB
- Riziko neúčelného naloženia s aktívami dotknutými ukončením činnosti nemocníc Kramáre, Staré Mesto a Ružinov
- Riziko vzniku nákladov na údržbu a sanáciu nevyužívanej infraštruktúry
- Riziko zrušenia projektu
- Riziko časového sklzu projektu

Právny rámec dopadovej oblasti

Právne postavenie UNB vo vzťahu k majetku, ktorý jej bol zverený do správy je daný Zákomom o správe majetku štátu. Obmedzenia Zákona o správe majetku štátu zasahujú do dispozičných oprávnení UNB, podmieňujú nakladanie s týmto majetkom a obmedzujú spôsobilosť UNB nadobúdať majetok.

UNB ako príspevková organizácia štátu disponuje právnou subjektivitou. Nie je však v zmysle ustanovenia § 2 ods. 2 Zákona o správe majetku štátu oprávnená nadobúdať majetok štátu do svojho vlastníctva.

UNB užíva majetok štátu za účelom za ktorým bola zriadená, teda za účelom poskytovania zdravotnej starostlivosti. Majetok štátu, ktorý neslúži a ani v budúcnosti nebude slúžiť správcovi na plnenie úloh v rámci predmetu jeho

¹⁴¹ Z hľadiska stavebných predpisov je problematika miesta výstavby podrobne špecifikovaná v časti Posúdenie právnych dôsledkov realizácie Projektu z perspektívy stavebných právnych predpisov (najmä z pohľadu územného plánu, potreby súhlasov a povolení príslušných orgánov, EIA, ochrany historických budov).

Posúdenie možných vplyvov na právne vzťahy k jestvujúcim aktívam na realizáciu Projektu

činnosti alebo v súvislosti s ním, sa považuje za prebytočný majetok štátu. Správca je povinný s prebytočným majetkom štátu naložiť bez zbytočného odkladu, účelne a s maximálnou hospodárnosťou v súlade s týmto zákonom a osobitnými predpismi. Rozhodnutie o prebytočnosti majetku štátu musí byť písomné a musí obsahovať najmä označenie prebytočného majetku štátu a jeho identifikačné údaje.¹⁴² Právny režim nakladania s prebytočným majetkom štátu je bližšie špecifikovaný v časti Aktíva a majetok v správe UNB.

Právny rámec dopadovej oblasti vplyvov na právne vzťahy k jestvujúcim aktívam (t.j. vlastníctvo aktív, správa štátneho majetku a obmedzenia pri nakladaní s majetkom) na realizáciu Projektu je daný najmä nasledovnými predpismi:

- ▶ Zákon o správe majetku štátu
- ▶ Zákon o rozpočtových pravidlách verejnej správy
- ▶ Občiansky zákonník
- ▶ Obchodný zákonník.

Majetok vo vlastníctve NSM

NSM nie je správcom majetku štátu pre účely Zákona o správe majetku štátu, nakoľko nespĺňa definíciu správcu v zmysle ustanovenia § 1 tohto zákona. Nakladanie s majetkom vo vlastníctve spoločnosti Nemocnica svätého Michala, a.s. taktiež nepodlieha režimu zákona č. 92/1991 Zb. o prevode majetku štátu na iné osoby.

NSM je akciovou spoločnosťou podliehajúcou v plnej miere úprave Obchodného zákonníka. NSM bola založená na dobu neurčitú za iným účelom ako za účelom podnikania. Uznesením vlády SR č. 916 z 10. 12. 2008 vláda SR schválila zlúčenie NSM s akciovou spoločnosťou Nemocnica Ministerstva obrany SR, a.s. Zlúčenie spoločností bolo vykonané na základe rozhodnutia jediného akcionára zo dňa 29. 06. 2009 zápisom do Obchodného registra Okresného súdu Bratislava I dňa 03. 07. 2009, pričom NSM bola preberajúcou spoločnosťou a Nemocnica Ministerstva obrany SR, a.s. zanikla zlúčením s NSM.

V dôsledku zlúčenia spoločností Nemocnica Ministerstva obrany SR, a.s. a NSM nedošlo k zvýšeniu základného imania nástupníckej spoločnosti NSM ani vydaniu nových akcií. Nehnuteľnosti vo vlastníctve zanikajúcej spoločnosti Nemocnica Ministerstva obrany SR, a.s. sa nestali súčasťou základného imania spoločnosti NSM, ale stali sa súčasťou majetku NSM. Prevod nehnuteľného majetku NSM preto neimplikuje potrebu zníženia základného imania NSM.

Práva a povinnosti akcionára ustanovujú právne predpisy a stanovy spoločnosti. Právo zúčastňovať sa na riadení spoločnosti si akcionár uplatňuje tým, že vykonáva pôsobnosť valného zhromaždenia. V mene Slovenskej republiky, ktorá je jediným akcionárom akciovej spoločnosti, vykonáva práva akcionára Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky. Na rozhodnutia jediného akcionára pri výkone pôsobnosti valného zhromaždenia od 01. 06. 2012 nie je potrebný predchádzajúci písomný súhlas Ministerstva obrany Slovenskej republiky. Rozhodovanie valného zhromaždenia NSM upravujú stanovy. Do pôsobnosti valného zhromaždenia okrem ďalších pôsobností, aj schválenie predaja nehnuteľného majetku v hodnote nad 650.000,- Eur účtovnej hodnoty.

Za účelom mitigácie rizík uskutočniteľnosti Projektu pre PPP varianty je nevyhnutné, aby nehnuteľný majetok prešiel do vlastníctva štátu a do správy MZ SR, resp. pod režim Zákona o správe majetku štátu. Pre každý podobný projekt je potrebné, aby mal príslušný verejný partner, ktorý projekt realizuje, vysporiadané tie nehnuteľnosti, ktoré sú kľúčové pre výstavbu relevantnej infraštruktúry. Riziko dostupnosti pozemkov a inej infraštruktúry je jedným z mála rizík, ktoré na seba súkromný partner nie je za obvyklých okolností ochotný prevziať. Absolútna súčinnosť vlastníka dotknutých Nehnuteľností je preto esenciálna pre implementáciu Projektu. Koordinácia (resp. nekoordinácia) medzi rôznymi zložkami verejnej správy, prípadne nedostatočná koordinácia úkonov s akcionárom vlastníka Nehnuteľností môžu byť zásadnou prekážkou úspešnej realizácie Projektu. Realizácia Projektu navyše predpokladá odstránenie, resp. zmenu existujúcich stavieb a infraštruktúry. Z tohto dôvodu neprichádza do úvahy ponechanie nehnuteľností vo vlastníctve spoločnosti NSM a zriadenie užívacieho práva, prípadne práva nájmu v prospech MZ SR alebo koncesionára. Rozhodnutia o odstránení stavieb, ich prestavbe, zmene využitia pozemkov, zriaďovanie líniových stavieb, vybudovanie infraštruktúry budú mať zásadný vplyv na obsah vlastníckeho práva vlastníka a sú v rozpore so základným účelom nájmu, resp. užívania inou osobou než vlastníkom. Jednotná vlastnícka štruktúra vo vzťahu k Nehnuteľnostiam a priamy dosah MZ SR na rozhodovanie o nakladaní s Nehnuteľnosťami zvýši mieru právnej istoty súkromného partnera a dôveru bankového sektora v uskutočniteľnosť Projektu.

¹⁴²§ 3 ods. 3 Zákona o správe majetku štátu

Posúdenie možných vplyvov na právne vzťahy k jestvujúcim aktívam na realizáciu Projektu

Predmetom analýzy dopadovej oblasti je posúdenie možností a nástrojov dosiahnutia zmeny vlastníctva k Nehnuteľnostiam v prospech Slovenskej republiky. NSM ako vlastník nehnuteľností a predávajúci je obchodnou spoločnosťou podliehajúcou právnej úprave Obchodného zákonníka. Prevod vlastníctva k Nehnuteľnostiam sa preto spravuje predpismi súkromného práva.

S ohľadom na rozdielne postavenie NSM a MZ SR z pohľadu regulácie Zákona o správe majetku štátu a Zákona o rozpočtových pravidlách verejnej správy nie je aplikovateľná osobitná právna úprava prevodu nehnuteľností v zmysle Zákona o správe majetku štátu. Najjednoduchším a najpraktickejším riešením je preto prevod Nehnuteľností na základe zmluvy o prevode vlastníctva uzatvorenej v zmysle ustanovenia § 588 a nasl. Občianskeho zákonníka medzi NSM a Slovenskou republikou v zastúpení MZ SR, v pozícii správcu majetku štátu.

Alternatívne je možné uvažovať aj o zámennej zmluve v zmysle ustanovenia § 611 a nasl. Občianskeho zákonníka za predpokladu, že MZ SR disponuje nehnuteľnosťami vhodnými na zámenu s nehnuteľným majetkom NSM.

Prevodom vlastníctva k nehnuteľnému majetku NSM na Slovenskú republiku v zastúpení MZSR sa MZSR sa stane správcom majetku štátu vo vzťahu k nadobudnutému majetku. S takto nadobudnutým majetkom môže ďalej MZSR nakladať spôsobom špecifikovaným v časti Aktíva a majetok v správe UNB.

Vo vzťahu k nákladom spojeným s prevodom nehnuteľného majetku je potrebné uviesť, že prípadný prevod majetku spoločnosti NSM za cenu nižšiu než je cena trhov, resp. účtovná by implikoval dopady v nasledovných oblastiach:

- ▶ Daňové a účtovné otázky
- ▶ Konanie v rozpore so záujmami spoločnosti
- ▶ Zodpovednostné vzťahy voči veriteľom spoločnosti – odporovateľnosť úkonu
- ▶ Zodpovednostné vzťahy voči veriteľom spoločnosti – trestnoprávne následky
- ▶ Predĺženie spoločnosti v zmysle zákona č. 7/2005 Z.z. o konkurze a reštrukturalizácii.

Súčasná všeobecná hodnota nehnuteľností vo vlastníctve spoločnosti NSM nie je známa. Rovnako nie je známa existencia, či výška záväzkov spoločnosti NSM voči Slovenskej republike, ktoré by bolo možné započítať voči odplate za prevod nehnuteľností.

Taktiež nie je známa skutočnosť, či prichádza do úvahy uzatvorenie zámennej zmluvy medzi Slovenskou republikou a spoločnosťou NSM. Z tohto dôvodu sa javí ako vhodný trhový prevod nehnuteľného majetku. Toto nie je zásadnou prekážkou uskutočniteľnosti Projektu, je však potrebné zohľadniť súvisiace náklady pri ďalšej príprave Projektu.

Netreba tiež opomenúť, že MZ SR je verejným obstarávateľom. Zákon o verejnom obstarávaní sa síce nevzťahuje na nadobúdanie alebo nájom nehnuteľností. Hnuteľné veci, ktoré sa nachádzajú na Nehnuteľnostiach by však nemali byť súčasťou prevodu vlastníctva na SR a mali by byť vypratane z areálu Cesta na Červený most 1 spoločnosťou NSM.

Ďalšie riziko uskutočniteľnosti vo vzťahu k aktívam Projektu spočíva v aktívnom využívaní nehnuteľného majetku za účelom poskytovania zdravotnej starostlivosti. Rozumieme, že predpokladom pre opustenie, vypratanie, a odovzdanie Nehnuteľnosti je presun kapacít z areálu Cesta na Červený Most 1 do budovy na Cintorínskej ulici, ktorá je momentálne vo výstavbe s plánovaným termínom odovzdania do užívania koncom roku 2015. Oneskorenie presunu kapacít z areálu Cesta na Červený Most 1, či prípadné neposkytnutie súčinnosti pri odovzdávaní Nehnuteľností môže mať za následok sklz Projektu a v krajnom prípade jeho úplné ohrozenie.

Aktíva a majetok štátu v správe UNB

Vo vzťahu k aktívam a majetku štátu v správe UNB je relevantný spôsob ukončenia činnosti jednotlivých nemocníc a s tým súvisiace otázky právneho nástupníctva nUNB.

Na účely Zákona o správe majetku štátu sú majetkom štátu veci vo vlastníctve Slovenskej republiky vrátane finančných prostriedkov, ako aj pohľadávky a iné majetkové práva Slovenskej republiky (ďalej ako "majetok štátu"). Osobitné ustanovenia pre správu pohľadávok štátu sú bližšie špecifikované v časti "Pohľadávky".

V zmysle ustanovenia § 3 ods. 3 a 4 Zákona o správe majetku štátu majetok štátu, ktorý neslúži a ani v budúcnosti nebude slúžiť správcovi na plnenie úloh v rámci predmetu jeho činnosti alebo v súvislosti s ním, sa považuje za

Posúdenie možných vplyvov na právne vzťahy k jestvujúcim aktívam na realizáciu Projektu

prebytočný majetok štátu. Majetok štátu, ktorý prechodne neslúži správcovi na plnenie úloh v rámci predmetu jeho činnosti alebo v súvislosti s ním, sa považuje za dočasne prebytočný majetok štátu.

V prvom rade je na zvážení správcu majetku štátu, či majetok môže slúžiť na plnenie úloh v rámci činnosti UNB, najmä vo vzťahu k prevádzke nemocnice sv. Cyrila a Metoda a ŠGN. V prípade, ak majetok bude použitý pri prevádzke nemocníc sv. Cyrila a Metoda či ŠGN, nebude mať takýto majetok status prebytočného majetku ani dočasne prebytočného majetku štátu a naďalej ostane v správe UNB, ktorá ho bude využívať pre svoju činnosť.

V prípade, ak má MZSR nakladať s majetkom štátu, ktorý je k dnešnému dňu v správe UNB, musí dôjsť k zmene v osobe správcu z UNB na MZSR na základe zmluvy o prevode správy v zmysle zákona o správe majetku štátu.

Správca je povinný s prebytočným majetkom štátu naložiť bez zbytočného odkladu, účelne a s maximálnou hospodárnosťou v súlade s týmto zákonom a osobitnými predpismi. Rozhodnutie o prebytočnosti majetku štátu musí byť písomné a musí obsahovať najmä označenie prebytočného majetku štátu a jeho identifikačné údaje. Správca je povinný k rozhodnutiu dodatočne pripojiť doklad o tom, ako bolo naložené s prebytočným majetkom štátu.

Vo vzťahu k majetku v správe UNB, ktorý nebude UNB ďalej využívať, prichádzajú do úvahy:

- ▶ prechod správy majetku štátu na MZSR v dôsledku zániku časti UNB
- ▶ prevod správy na inú rozpočtovú, alebo príspevkovú organizáciu
- ▶ prevod vlastníctva majetku štátu osobe inej ako rozpočtovej či príspevkovej organizácii
- ▶ nájom, alebo výpožička dočasne prebytočného majetku
- ▶ užívanie majetku v správe štátu koncesionárom.
- ▶ vloženie majetku v správe štátu do imania koncesionára

Prechod správy majetku štátu na MZSR v dôsledku zániku časti UNB

Vzhľadom na skutočnosť, že skončenie poskytovania zdravotnej starostlivosti sa dotýka časti UNB, pričom zdravotná starostlivosť má naďalej byť poskytovaná v nemocniciach sv. Cyrila a Metoda a ŠGN, javí sa ako účelné rozdelenie UNB na dve časti¹⁴³. Jedna časť UNB by pozostávala z nemocníc sv. Cyrila a Metoda a ŠGN a druhá časť z nemocníc Kramáre, Staré Mesto a Ružinov. Zriaďovateľ MZ SR rozhoduje o rozdelení príspevkovej organizácie a zároveň určí, ktorý majetok a záväzky prechádzajú z rozdeľovanej organizácie UNB na oddelenú časť UNB. Jednotná subjektivita UNB umožňuje zriaďovateľovi, aby pri rozdeľovaní UNB rozdelil majetok a záväzky spôsobom umožňujúcim čo najplynulejší transfer kapacít z UNB na nUNB a zároveň minimalizoval náklady štátu v súvislosti s ukončením poskytovania zdravotnej starostlivosti v nemocniciach Kramáre, Staré Mesto a Ružinov.

Vhodné podmienky rozdelenia UNB a prípadného prevzatia majetku UNB zo strany SPV môžu prispieť k plynulému prechodu/prevodu kapacít z UNB na nUNB.

Rovnako je MZSR oprávnené rozhodnúť o zrušení časti UNB ako samostatnej príspevkovej organizácie.

Ak oddelená časť UNB zanikne zrušením bez právneho nástupcu, práva a povinnosti zrušenej časti UNB prejdú na MZSR (zriaďovateľa) dňom bezprostredne nasledujúcom po dni zrušenia. MZSR získa postavenie správcu majetku štátu vo vzťahu k majetku, ktorý bol v správe zaniknutej časti UNB.

Rozpočtové organizácie alebo príspevkové organizácie zriadené rozhodnutím zriaďovateľa (vrátane UNB) možno zrušiť, meniť ich podriadenosť alebo spôsob financovania z rozpočtovej organizácie na príspevkovú organizáciu alebo naopak rozhodnutím zriaďovateľa od prvého dňa nasledujúceho rozpočtového roka po predchádzajúcom písomnom súhlase ministerstva financií. V odôvodnených prípadoch môže minister financií povoliť iný termín. Pri zmene podriadenosti a zmene spôsobu financovania je zriaďovateľ povinný zmeniť zriaďovaciu listinu rozpočtovej organizácie alebo príspevkovej organizácie.

¹⁴³ § 21 ods. 13 Zákona o rozpočtových pravidlách verejnej správy

Posúdenie možných vplyvov na právne vzťahy k jestvujúcim aktívam na realizáciu Projektu

Prevod správy na inú rozpočtovú, alebo príspevkovú organizáciu

Zákon o správe majetku štátu obsahuje nástroje, ktoré umožňujú Koncesionárovi disponovať s majetkom štátu v správe správcu. Pre využitie týchto inštitútov je však podstatná existencia vzťahu medzi správcou a Koncesionárom pričom sa jedná o vzťah verejného obstarávateľa a Koncesionára v zmysle Zákona o verejnom obstarávaní.

Prebytočný majetok štátu je správca povinný písomne ponúknuť tým štátnym rozpočtovým organizáciám alebo štátnym príspevkovým organizáciám v regióne, v ktorom sa tento prebytočný majetok štátu nachádza a ktorým by tento majetok mohol účelne slúžiť na plnenie úloh v rámci predmetu ich činnosti alebo v súvislosti s ním.¹⁴⁴

Ponukové konanie však nie je potrebné vykonať v prípade, ak sa jedná o majetku štátu, ktorý správca (MZSR) nadobúda na účely prípravy a realizácie koncesie postupom podľa Zákona o verejnom obstarávaní.¹⁴⁵ K prevodu správy môže dôjsť mimo ponukového konania na základe zmluvy uzatvorenej medzi UNB a MZSR. Na platnosť zmluvy o prevode správy nehnuteľných vecí štátu sa vyžaduje súhlas ministerstva financií.

Prevod vlastníctva majetku štátu osobe inej ako rozpočtovej či príspevkovej organizácii

Ak o ponúknutý majetok štátu neprejaví záujem žiadna štátna rozpočtová organizácia alebo štátna príspevková organizácia, je správca povinný vykonať osobitné ponukové konanie alebo elektronickú aukciu podľa Zákona o správe majetku štátu.¹⁴⁶

Aplikácia osobitného ponukového konania a elektronickej aukcie prichádza do úvahy vo vzťahu k prebytočnému majetku štátu, ktorý nebude prevedený do správy koncesionára ani do imania SPV.

Nájom, alebo výpožička dočasne prebytočného majetku

UNB môže dočasne prebytočný majetok štátu prenechať do nájmu nájomcovi nájomnou zmluvou len za nájomné platené v peňažných prostriedkoch. UNB je povinná ponúknuť dočasne prebytočný nehnuteľný majetok štátu v dennej tlači a dohodnúť také nájomné, za aké sa v tom čase a na tom mieste obvykle prenechávajú do nájmu na dohodnutý účel také alebo porovnateľné nehnuteľnosti (ďalej len "trhové nájomné"). Ponuka musí obsahovať najmä identifikáciu dočasne prebytočného nehnuteľného majetku štátu, lehotu na doručovanie cenových ponúk. Ak cenová ponuka žiadneho záujemcu nedosiahne trhové nájomné, je správca povinný od ponuky odstúpiť.

Ak je však nájomcom osoba, ktorá poskytuje správcovi služby, pri ktorých správca použil postupy verejného obstarávania nemusí byť splnená ponuková povinnosť a môže byť dojednaná aj nižšia cena nájmu ako cena trhová. UNB môže dočasne prebytočný nehnuteľný majetok štátu prenechať do nájmu nájomnou zmluvou uzavretou najviac na dva roky. Ak je taký majetok štátu po ukončení nájomného vzťahu naďalej dočasne prebytočný, možno ho prenechať do nájmu len na základe ponuky nájomnou zmluvou uzavretou najviac na dva roky.

Správca môže dočasne prebytočný huteľný majetok štátu prenechať do výpožičky nUNB zmluvou o výpožičke v trvaní najviac dva roky.

Užívanie majetku v správe štátu koncesionárom

Vybudovanie určitej úrovne právneho nástupníctva medzi UNB a nUNB umožňuje mechanizmus v zmysle ustanovenia § 13c Zákona o správe majetku štátu spočívajúci v užívaní majetku štátu koncesionárom (Špecifický variant, IPPP, ZPPP). Majetok užívaný koncesionárom na základe koncesnej zmluvy je označovaný ako "koncesný majetok". Obsahom užívacieho práva koncesionára môžu byť nasledovné oprávnenia:

- ▶ vstup na nehnuteľný majetok štátu,
- ▶ zriadenie stavby na pozemku vo vlastníctve štátu, ak podľa koncesnej zmluvy sa vlastníkom stavby stane štát najneskôr v lehote podľa koncesnej zmluvy,
- ▶ prekládka a odstránenie stavby vo vlastníctve štátu,
- ▶ rekonštrukcia, prevádzka, údržba a oprava majetku štátu,

¹⁴⁴ § 8 ods. 1 zZákona o správe majetku štátu

¹⁴⁵ § 8 ods. 2 písm. g) Zákona o správe majetku štátu

¹⁴⁶ § 8 ods. 1 Zákona o správe majetku štátu posledná veta

Posúdenie možných vplyvov na právne vzťahy k jestvujúcim aktívam na realizáciu Projektu

- ▶ poskytovanie služieb alebo iné komerčné využitie,
- ▶ prenechanie majetku štátu do nájmu, výpožičky alebo zriadenie zmluvného vecného bremena na majetok štátu v prospech tretej osoby,
- ▶ nakladanie s majetkom štátu, ktorý pre svoje úplné opotrebenie alebo poškodenie, zrejmú zastaranosť alebo nehospodárnosť v prevádzke alebo z iných závažných dôvodov už nemôže slúžiť svojmu účelu alebo určeniu,
- ▶ nakladanie s materiálom vyťaženým na pozemkoch vo vlastníctve štátu za podmienok ustanovených v osobitnom predpise¹⁴⁷

Ak je to dohodnuté v koncesnej zmluve, koncesionár môže prenechať koncesný majetok do nájmu, výpožičky alebo zriadiť zmluvné vecné bremeno v prospech tretej osoby. Nájomnú zmluvu, zmluvu o výpožičke alebo zmluvu o zriadení vecného bremena môže koncesionár uzatvoriť s treťou osobou najviac na obdobie koncesnej lehoty určenej v koncesnej zmluve. Nájomné a odplata za zriadenie vecného bremena sa určí dohodou medzi koncesionárom a treťou osobou. Na platnosť nájomnej zmluvy, zmluvy o výpožičke alebo zmluvy o zriadení vecného bremena, uzatvorenej medzi koncesionárom a treťou osobou sa nevyžaduje súhlas ministerstva financií a ani zriaďovateľa.¹⁴⁸

Vyššie uvedený výpočet oprávnení koncesionára vo vzťahu ku koncesnému majetku predstavuje možnosti využitia hnuteľného aj nehnuteľného majetku UNB koncesionárom, vrátane poskytovania služieb alebo iného komerčného využitia.

Reálne posúdenie možností využitia majetku v správe UNB zo strany nUNB (koncesionára) bude možné na základe spätnej väzby trhu v procese výberu súkromného partnera (varianty ZPPP, IPPP).

Vloženie majetku v správe štátu do imania koncesionára

Správca môže so súhlasom vlády Slovenskej republiky vložiť majetok štátu, ktorý spravuje, ako vklad pri založení spoločného podniku alebo ako vklad do základného imania spoločného podniku, ak je to dohodnuté v koncesnej zmluve.

MZSR je oprávnené uzatvoriť koncesnú zmluvu na stavebné práce ak hodnota koncesie podľa návrhu koncesnej zmluvy sa rovná alebo je vyššia ako hodnota ustanovená osobitným predpisom len s predchádzajúcim súhlasom vlády. Povinnou súčasťou materiálu na rokovanie vlády je stanovisko ministerstva financií k návrhu tejto zmluvy z hľadiska dôsledkov jej realizácie na vykazovanie dlhu verejnej správy v jednotnej metodike platnej pre Európsku úniu. Subjekt verejnej správy je povinný na žiadosť ministerstva financií predložiť údaje potrebné na účely hodnotenia a vykazovania dlhu verejnej správy.¹⁴⁹

Nehnuteľný majetok štátu vložený správcom do spoločného podniku sa označuje ako "prioritný majetok". Prioritný majetok sa stáva vlastníctvom spoločného podniku. Prioritný majetok však nemožno použiť na zabezpečenie záväzkov spoločného podniku, koncesionára alebo tretej osoby, ani previesť do vlastníctva iných osôb. Prioritný majetok nepodlieha výkonu rozhodnutia, exekúcii, nie je súčasťou konkurznej podstaty a ani predmetom likvidácie.

Ak je to dohodnuté v koncesnej zmluve, prioritný majetok možno dať do nájmu, výpožičky alebo na prioritný majetok zriadiť zmluvné vecné bremeno, najviac na obdobie koncesnej lehoty určenej v koncesnej zmluve alebo do dňa zrušenia spoločného podniku bez právneho nástupcu. Prioritný majetok nestráca svoj charakter ani prechodom na právneho nástupcu. Po zániku vecného bremena zapísaného v katastri nehnuteľností je správca povinný dať návrh na výmaz vecného bremena.

Vyššie uvedený výpočet oprávnení spoločného podniku vo vzťahu k prioritnému majetku predstavuje možnosti využitia hnuteľného aj nehnuteľného majetku UNB koncesionárom, vrátane poskytovania služieb alebo iného komerčného využitia.

Reálne posúdenie možností využitia majetku vloženého do imania spoločného podniku bude možné posúdiť na základe spätnej väzby trhu v procese výberu súkromného partnera (variant IPPP).

¹⁴⁷ Napríklad zákon č. 44/1988 Zb. v znení neskorších predpisov, zákon Slovenskej národnej rady č. 51/1988 Zb. o banskej činnosti, výbušninách a o štátnej banskej správe v znení neskorších predpisov.

¹⁴⁸ § 13d ods. 1 Zákona o správe majetku štátu

¹⁴⁹ § 19 ods. 5 Zákona o rozpočtových pravidlách verejnej správy

Posúdenie možných vplyvov na právne vzťahy k jestvujúcim aktívam na realizáciu Projektu

Hnuteľné veci

Medicínske a technické zariadenie, ktoré UNB využíva na účel, za ktorým bola zriadená, podlieha buď režimu správy majetku štátu a je vlastníctvom Slovenskej republiky, alebo sa jedná prípadne o zariadenia prenajaté, či vypožičané na základe zmlúv o výpožičke uzatvorených podľa ustanovení § 659 a nasl. Občianskeho zákonníka. Zoznam zmlúv o výpožičke a nájomných zmlúv na hnuteľné veci s určením doby ich trvania a podmienok ich ukončenia tvorí prílohu Štúdie uskutočniteľnosti.

Optimálny spôsob nakladania s hnuteľnými vecami v dôsledku implementácie Projektu závisí od individuálneho právneho režimu, ktorému konkrétne zariadenie, prístroj či iná hnuteľná vec podlieha. V prípade majetku štátu sú dispozičné oprávnenia UNB obmedzené Zákomom o správe majetku štátu tak, ako je popísané vyššie v časti Aktíva a majetok štátu v správe UNB.

V prípade nájomných zmlúv a zmlúv o výpožičke je potrebné posudzovať obsah zmlúv individuálne v tom zmysle, či v dôsledku implementácie Projektu nedôjde k zmareniu ich účelu.

Nájomné zmluvy

UNB uzatvorila množstvo nájomných zmlúv k nehnuteľnému majetku štátu, ktorý má UNB v správe. Nájomné zmluvy sú uzatvorené zväčša na dobu určitú a v prevažnej miere doba ich trvania končí v roku 2016. Časový harmonogram implementácie Projektu¹⁵⁰, najmä však predpokladaný termín spustenia prevádzky UNB, ktorý vyplýva zo záverov technickej a finančnej analýzy tejto správy poskytuje dostatočný priestor na zmenu, prípadne ukončenie existujúcich vzťahov.

V prípade, ak sa MZ SR rozhodne pre implementáciu Projektu, bude potrebné z titulu funkcie zriaďovateľa uložiť UNB pokyn na vykonanie úkonov smerujúcich k ukončeniu, resp. nepredĺženiu trvania existujúcich nájomných zmlúv. V tomto smere je štandardné prijatie dojednaní o zmene trvania nájomných zmlúv na dobu určitú, napr. na obdobie 6 mesiacov s možnosťou predĺženia, prípadne na dobu neurčitú s možnosťou skončenia trvania zmluvy výpoveďou bez udania dôvodu.

Vzhľadom na to, že k dnešnému dňu nie je zrejmé, aké využitie určí MZ SR, resp. Slovenská republika pre nehnuteľný a hnuteľný majetok štátu v správe UNB, nie je možné vylúčiť, že niektoré z nájomných vzťahov k priestorom dotknutým implementáciou Projektu môžu zostať aj zachované. Ukončenie nájomných vzťahov samo o sebe nebude znamenať riziko pre uskutočniteľnosť Projektu. Je však potrebné brať zreteľ na zníženie príjmov UNB z nájomného.

Pohľadávky

UNB je správcom pohľadávok štátu, ktoré vznikli z činnosti UNB alebo v súvislosti s majetkom, ktorý má UNB v správe. UNB je správcom aj vo vzťahu k záväzkom, ktoré vznikli z činnosti UNB alebo v súvislosti s majetkom, ktorý má UNB v správe.

UNB je povinná starať sa o to, aby všetky povinnosti dlžníka boli včas a riadne splnené, aby pohľadávka štátu bola včas uplatnená na príslušných orgánoch a aby rozhodnutia týchto orgánov boli včas vykonané.

UNB môže z dôvodu účelnosti previesť správu pohľadávky štátu. Správa pohľadávky štátu sa prevádza zmluvou o prevode správy pohľadávky štátu. Prevod správy pohľadávky štátu do správy štátnej rozpočtovej organizácie je vždy bezodplatný.¹⁵¹

Vlastníctvo pohľadávky štátu možno previesť odplatne len na zabezpečenie vymáhania pohľadávky štátu v zahraničí.

Pohľadávky v správe UNB sú majetkom štátu a podliehajú režimom špecifikovaným v časti Aktíva a majetok štátu v správe UNB.

¹⁵⁰ Harmonogram implementácie PPP projektov je Obsiahnutý v časti Analýza aplikovateľných metód verejného obstarávania Projektu

¹⁵¹ § 6 ods. 5 Zákona o správe majetku štátu

Posúdenie možných vplyvov na právne vzťahy k jestvujúcim aktívam na realizáciu Projektu

Špecifiká, riziká, benefity a odporúčania pre dopadovú oblasť

Z hľadiska posúdenia právnych dopadov na aktíva Projektu sa každý variant Projektu javí ako uskutočniteľný.

Z hľadiska možnosti nakladania s majetkom štátu v správe UNB vykazujú rozdiel varianty IPPP a Špecifický variant, u ktorých je možné vložiť do imania koncesionára majetok v správe štátu. V prípade variantov IPPP, ZPPP a Špecifického variantu je aplikovateľný postup vloženia majetku v správe štátu do správy koncesionára.

Jednotlivé varianty sa tiež líšia mierou rizík spojených s potrebou nakladať s aktívami Projektu.

V nasledovnej časti popisujeme jednotlivé varianty osobitne s dôrazom na posudzovanú dopadovú oblasť.

A. ZPPP

Špecifikom ZPPP variantu vo vzťahu k analyzovanej dopadovej oblasti je 100%-né súkromné vlastníctvo SPV realizujúcej Projekt a možnosť vloženia majetku v správe štátu do správy koncesionára.

Posúdením právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na implementáciu variantu ZPPP boli identifikované nasledovné riziká:

- Riziko nevysporiadania vzťahov k miestu výstavby nUNB
- Riziko neúčelného naloženia s aktívami dotknutými ukončením činnosti nemocníc Kramáre, Staré Mesto a Ružinov
- Riziko vzniku nákladov na údržbu a sanáciu nevyužívanej infraštruktúry

Riziko nevysporiadania vzťahov k miestu výstavby nUNB je možné mitigovať prijatím uznesenia Vlády SR, ktorým Vláda SR uloží Ministerstvu vnútra SR povinnosť vykonať úkony smerujúce k prevodu Nehnuteľností na MZSR.

Riziko neúčelného naloženia s aktívami dotknutými ukončením činnosti nemocníc Kramáre, Staré Mesto a Ružinov je možné mitigovať vykonaním riadneho due diligence aktív UNB, prípadne aj v rámci súťažného dialógu zo strany súkromného partnera, a ich prípadným (aspoň čiastočným) prevzatím zo strany súkromného partnera. V tejto súvislosti je možné zvažovať aj užívanie majetku v správe štátu koncesionárom.

Riziko vzniku nákladov na údržbu a sanáciu nevyužívanej infraštruktúry je možné mitigovať prijatím podrobného plánu redevelopmentu týchto nemocníc, poprípade aj za účasti súkromného partnera v procese verejného obstarávania.

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
ZPPP	Nevysporiadanie majetkových vzťahov	Uloženie povinnosti uznesením Vlády SR
	Neúčelné nakladanie s aktívami Projektu	Vykonanie riadneho due diligence v procese v rámci súťažného dialógu. Návrhy riešení uchádzačov zohľadňujúce prípadné prevzatie niektorých aktív Užívanie majetku štátu koncesionárom
	Náklady na údržbu a sanáciu	Prijatie podrobného plánu redevelopmentu, prípadne aj za účasti súkromného partnera v rámci výberového konania

B. IPPP

Špecifikom IPPP variantu vo vzťahu k analyzovanej dopadovej oblasti je spoločné verejno-súkromné vlastníctvo SPV realizujúcej Projekt a možnosť vloženia majetku v správe štátu do správy koncesionára ako aj do imania SPV.

Posúdenie možných vplyvov na právne vzťahy k jestvujúcim aktívam na realizáciu Projektu

Posúdením právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na implementáciu variantu IPPP boli identifikované nasledovné riziká:

- ▶ Riziko nevysporiadania vzťahov k miestu výstavby nUNB
- ▶ Riziko neúčelného naloženia s aktívami dotknutými ukončením činnosti nemocníc Kramáre, Staré Mesto a Ružinov
- ▶ Riziko vzniku nákladov na údržbu a sanáciu nevyužívanej infraštruktúry

Riziko nevysporiadania vzťahov k miestu výstavby nUNB je možné mitigovať prijatím Uznesenia Vlády SR, ktorým Vláda SR uloží Ministerstvu vnútra SR povinnosť vykonať úkony smerujúce k prevodu Nehnuteľností na MZSR.

Riziko neúčelného naloženia s aktívami dotknutými ukončením činnosti nemocníc Kramáre, Staré Mesto a Ružinov je možné mitigovať vykonaním riadneho due diligence aktív UNB, prípadne aj v rámci súťažného dialógu zo strany súkromného partnera, a ich prípadným (aspoň čiastočným prevzatím) zo strany súkromného partnera. V tejto súvislosti je možné zvažovať aj užívanie majetku v správe štátu koncesionárom, alebo vloženie majetku v správe štátu do imania SPV.

Riziko vzniku nákladov na údržbu a sanáciu nevyužívanej infraštruktúry je možné mitigovať prijatím podrobného plánu redevelopmentu týchto nemocníc, poprípade aj za účasti súkromného partnera v procese verejného obstarávania.

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
IPPP	Nevysporiadanie majetkových vzťahov	Uloženie povinnosti uznesením Vlády SR
	Neúčelné nakladanie s aktívami Projektu	Vykonanie riadneho due diligence v procese v rámci súťažného dialógu Návrhy riešení uchádzačov zohľadňujúce prípadné prevzatie niektorých aktív Užívanie majetku štátu koncesionárom Vloženie majetku do imania SPV
	Náklady na údržbu a sanáciu	Prijatie podrobného plánu redevelopmentu, prípadne aj za účasti súkromného partnera v rámci výberového konania

C. JV

Špecifikom JV variantu vo vzťahu k analyzovanej dopadovej oblasti je absencia procesov verejného obstarávania a znížená možnosť získania spätnej väzby trhu. Variant JV sa vyznačuje nemožnosťou využitia nástrojov nakladania s majetkom štátu v zmysle Zákona o správe majetku štátu týkajúcich sa koncesie.

Posúdením právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na implementáciu variantu JV boli identifikované nasledovné riziká:

- ▶ Riziko nevysporiadania vzťahov k miestu výstavby nUNB
- ▶ Riziko neúčelného naloženia s aktívami dotknutými ukončením činnosti nemocníc Kramáre, Staré Mesto a Ružinov
- ▶ Riziko vzniku nákladov na údržbu a sanáciu nevyužívanej infraštruktúry

Riziko nevysporiadania vzťahov k miestu výstavby nUNB je možné mitigovať prijatím uznesenia Vlády SR, ktorým Vláda SR uloží Ministerstvu vnútra SR povinnosť vykonať úkony smerujúce k prevodu Nehnuteľností na MZSR.

Posúdenie možných vplyvov na právne vzťahy k jestvujúcim aktívam na realizáciu Projektu

MZSR však nebude môcť vložiť majetok do správy ani do imania JV v zmysle ustanovení Zákona o správe majetku štátu týkajúcich sa koncesie.

Riziko neúčelného naloženia s aktívami dotknutými ukončením činnosti nemocníc Kramáre, Staré Mesto a Ružinov nie je možné v prípade variantu JV mitigovať, keďže platná právna úprava neumožňuje zveriť majetok štátu do správy JV.

Riziko vzniku nákladov na údržbu a sanáciu nevyužívanej infraštruktúry je možné mitigovať prijatím podrobného plánu redevelopmentu týchto nemocníc, avšak v prípade JV opäť bez možnosti využitia majetku UNB na účely JV.

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
JV	Nevysporiadanie majetkových vzťahov	Uloženie povinnosti uznesením Vlády SR
	Neúčelné nakladanie s aktívami Projektu	Vykonanie riadneho due diligence Účinnosť mitigačného opatrenia výrazne znížená
	Náklady na údržbu a sanáciu	Prijatie podrobného plánu redevelopmentu Účinnosť mitigačného opatrenia výrazne znížená

D. Špecifický variant

Špecifický variant vo vzťahu k analyzovanej dopadovej oblasti špecifický možnosťou vloženia majetku v správe štátu do správy koncesionára ako aj do imania SPV.

Posúdením právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na implementáciu Špecifického variantu boli identifikované nasledovné riziká:

- Riziko nevysporiadania vzťahov k miestu výstavby nUNB
- Riziko neúčelného naloženia s aktívami dotknutými ukončením činnosti nemocníc Kramáre, Staré Mesto a Ružinov
- Riziko vzniku nákladov na údržbu a sanáciu nevyužívanej infraštruktúry

Riziko nevysporiadania vzťahov k miestu výstavby nUNB je možné mitigovať prijatím uznesenia Vlády SR, ktorým Vláda SR uloží Ministerstvu vnútra SR povinnosť vykonať úkony smerujúce k prevodu Nehnuteľností na MZSR.

Riziko neúčelného naloženia s aktívami dotknutými ukončením činnosti nemocníc Kramáre, Staré Mesto a Ružinov je možné mitigovať vykonaním riadneho due diligence aktív UNB. V tejto súvislosti je možné zvažovať aj užívanie majetku v správe štátu koncesionárom, alebo vloženie majetku v správe štátu do imania SPV. Účinnosť mitigačného opatrenia je však znížená z dôvodu absencie spätnej väzby trhu.

Riziko vzniku nákladov na údržbu a sanáciu nevyužívanej infraštruktúry je možné mitigovať prijatím podrobného plánu redevelopmentu týchto nemocníc. Účinnosť mitigačného opatrenia je však znížená z dôvodu absencie spätnej väzby trhu.

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
Špecifický variant	Nevysporiadanie majetkových vzťahov	Uloženie povinnosti uznesením Vlády SR
	Neúčelné nakladanie s aktívami Projektu	Vykonanie riadneho due diligence (účinnosť mitigačného opatrenia znížená) Užívanie majetku štátu koncesionárom Vloženie majetku do imania SPV

Posúdenie možných vplyvov na právne vzťahy k jestvujúcim aktívam na realizáciu Projektu

	Náklady na údržbu a sanáciu	Prijatie podrobného plánu redevelopmentu (účinnosť mitigačného opatrenia znížená)
--	-----------------------------	---

Porovnanie variantov

Vo vzťahu k dopadovej oblasti vplyvu na aktív Projektu sa všetky porovnávané varianty javia ako uskutočniteľné. Mitigácia rizík spojených posudzovanou dopadovou oblasťou však predpokladá vypracovanie podrobného plánu redevelopmentu nemocníc, ako aj vykonanie due diligence aktív.

Vo vzťahu k mitigačným opatreniam sa ako najvýhodnejší javí variant IPPP, u ktorého je možné využiť najširšiu škálu mitigačných opatrení. Oba PPP varianty sa však javia ako výhodnejšie v porovnaní s JV a Špecifickým variantom z dôvodu prítomnosti spätnej väzby trhu.

Variant JV sa javí ako najviac rizikový pre nemožnosť nakladania s majetkom štátu v zmysle Zákona o správe majetku štátu vo vzťahu k JV.

Sumarizačná tabuľka

Riziko	ZPPP	IPPP	JV	Špecifický variant
Nevysporiadanie majetkových vzťahov	Uloženie povinnosti uznesením Vlády SR	Uloženie povinnosti uznesením Vlády SR	Uloženie povinnosti uznesením Vlády SR	Uloženie povinnosti uznesením Vlády SR
Neúčelné nakladanie s aktívami Projektu	Vykonanie riadneho due diligence v procese v rámci súťažného dialógu. Návrhy riešení uchádzačov zohľadňujúce prípadné prevzatie niektorých aktív Užívanie majetku štátu koncesionárom	Vykonanie riadneho due diligence v procese v rámci súťažného dialógu Návrhy riešení uchádzačov zohľadňujúce prípadné prevzatie niektorých aktív Užívanie majetku štátu koncesionárom Vloženie majetku do imania SPV	Vykonanie riadneho due diligence Účinnosť mitigačného opatrenia výrazne znížená	Vykonanie riadneho due diligence (účinnosť mitigačného opatrenia znížená) Užívanie majetku štátu koncesionárom Vloženie majetku do imania SPV
Náklady na údržbu a sanáciu	Prijatie podrobného plánu redevelopmentu, prípadne aj za účasti súkromného partnera v rámci výberového konania	Prijatie podrobného plánu redevelopmentu, prípadne aj za účasti súkromného partnera v rámci výberového konania	Prijatie podrobného plánu redevelopmentu (účinnosť mitigačného opatrenia výrazne znížená	Prijatie podrobného plánu redevelopmentu (účinnosť mitigačného opatrenia znížená)

Posúdenie právnych dôsledkov realizácie Projektu z perspektívy stavebných právnych predpisov

Posúdenie právnych dôsledkov realizácie Projektu z perspektívy stavebných právnych predpisov (najmä z pohľadu územného plánu, potreby súhlasov a povolení príslušných orgánov, EIA, ochrany historických budov)

Základný popis dopadovej oblasti

V tejto časti správy sa venujeme posúdeniu právnych dôsledkov realizácie Projektu z perspektívy stavebných predpisov, ktoré je nevyhnutné vzhľadom na to, že významnou časťou Projektu je samotná výstavba nUNB. Dôsledná projektová a inžinierska príprava je kritická vzhľadom na uskutočniteľnosť Projektu v zamýšľanom časovom harmonograme. Nedostatky v príprave a adresovaní tradične problémových oblastí ako je vydanie územného rozhodnutia, vyriešenie environmentálno-právnych otázok, majetkovo-právne vysporiadanie a samotný proces výstavby môžu významne predraziť alebo oneskoriť realizáciu Projektu.

Právny rámec dopadovej oblasti

Právna úprava tejto dopadovej oblasti je primárne obsiahnutá v Stavebnom zákone, ktorý zakotvuje predpoklady a postup pri získavaní územného rozhodnutia, stavebného povolenia, kolaudačného rozhodnutia, ako aj povolenia na odstránenie stavby.

Ďalej je v prípade výstavby relevantný proces posudzovania vplyvov na životné prostredie (ďalej aj ako „EIA“), ktorý je upravený Zákomom EIA. Predmetom posudzovania je aj vplyv stavieb, zariadení a iných činností na životné prostredie. Proces posudzovania vplyvov zvyčajne prebieha v nasledovných krokoch:

- predloženie zámeru pre EIA,
- vypracovanie správy o hodnotení EIA,
- pripomienkovanie a verejné prerokovanie správy o hodnotení
- vypracovanie odborného posudku a
- vypracovanie záverečného stanoviska.

Posúdenie vplyvov na životné prostredie predchádza povoľovaciemu konaniu v zmysle Stavebného zákona. Pred výstavbou je potrebné najprv zabezpečiť územné rozhodnutie a potom stavebné povolenie. Po ukončení stavebných prác sa vyžaduje získanie kolaudačného rozhodnutia ešte predtým ako bude stavba uvedená do užívania. Územné rozhodnutie vydáva príslušný stavebný úrad, rovnako ako stavebné povolenie. Územné rozhodnutie určuje stavebný pozemok, umiestňuje sa stavba na ňom, určujú sa podmienky na umiestnenie stavby, určujú sa požiadavky na obsah projektovej dokumentácie a čas platnosti rozhodnutia. Územné rozhodnutia musia byť v súlade s územnoplánovacou dokumentáciou. V prípade PPP projektov získanie územného rozhodnutia spadá do kompetencie štátu, keďže súkromný partner štandardne nepreberá riziko získania územného rozhodnutia. Je potrebné upozorniť na skutočnosť, že momentálne nemá Nehnuteľnosti vo svojom vlastníctve štát a s najvyššou pravdepodobnosťou sa tento stav nezmení kým NSM bude na svoju činnosť Nehnuteľnosti potrebovať. V tomto kontexte je možné odporučiť, aby MZ SR uzavrelo s NSM zmluvu, na základe ktorej bude MZ SR oprávnené a splnomocnené na realizáciu prípravy a inžinieringu vo vzťahu k nUNB a zároveň bude NSM povinné poskytnúť MZ SR všetku súčinnosť nevyhnutnú na zabezpečenie potrebných krokov, a to najmä v súlade so Stavebným zákonom. V zmysle § 139 ods. 1 Stavebného zákona je právo k pozemkom a stavbám, ktoré oprávňuje dotknutú osobu k iniciovaniu konania na základe Stavebného zákona, možné založiť napríklad zmluvou o zriadení vecného bremena, z ktorej vyplýva právo uskutočniť stavbu alebo zmluvou o budúcej kúpnej zmluve, z ktorej vyplýva právo uskutočniť stavbu. Alternatívne je možné medzi MZ SR a NSM uzavrieť dohodu, na základe ktorej bude účastníkom územného konania a stavebného konania priamo NSM z titulu svojho vlastníckeho práva k Nehnuteľnostiam. Stavebné povolenie a územné rozhodnutie by na MZ SR následne prešli spolu s vlastníckym právom. Druhá alternatíva však so sebou nesie riziko nedostatočnej kontroly nad výsledkom územného konania a stavebného konania zo strany MZ SR, a preto ju považujeme za menej odporúčanú.

Stavebné povolenia vydané stavebným úradom povoľujú stavebné práce, ktoré majú byť realizované. Stavebné povolenie stráca platnosť, ak sa so stavbou nezačalo do dvoch rokov odo dňa, keď nadobudlo právoplatnosť, pokiaľ stavebný úrad v odôvodnených prípadoch neurčil na začatie stavby dlhšiu lehotu. Stavebné povolenia určujú

- záväzné podmienky uskutočnenia a užívania stavby,

Posúdenie právnych dôsledkov realizácie Projektu z perspektívy stavebných právnych predpisov

- ▶ všeobecné technické požiadavky,
- ▶ podmienky požadované dotknutými orgánmi,
- ▶ podmienky na ochranu verejného záujmu, zdravia a životného prostredia a
- ▶ lehotu, v ktorej má byť stavba dokončená.

Kolaudačné rozhodnutia sú vydané po dokončení stavby a stavebný úrad nimi potvrdzuje, že stavebný proces prebehol správne a že stavba je vhodná na svoje určené užívanie. Stavby nemôžu byť dané k užívaniu bez platného kolaudačného rozhodnutia. Kolaudačné rozhodnutie je taktiež základom pre získanie súpisného čísla, ktoré je predpokladom zápisu do katastra nehnuteľností.

Podobné pravidlá sa uplatňujú v prípade zmien stavieb, najmä pre nadstavby, prístavby a stavebné úpravy.

Stavebník musí v súlade so Stavebným zákonom preukázať, že je vlastníkom pozemku alebo že má k pozemku iné právo, ktoré ho oprávňuje zriadiť na ňom požadovanú stavbu. Iným právom oprávňujúcim stavebníka k realizácii stavby môže byť

- ▶ užívanie pozemku alebo stavby na základe nájomnej zmluvy, dohody o budúcej kúpnej zmluve alebo dohody o budúcej zmluve o vecnom bremene, z ktorých vyplýva právo uskutočniť stavbu alebo jej zmenu,
- ▶ právo vyplývajúce z vecného bremena spojeného s pozemkom alebo stavbou,
- ▶ právo vyplývajúce z iných právnych predpisov, alebo
- ▶ užívanie pozemku alebo stavby na základe koncesnej zmluvy, z ktorej vyplýva právo uskutočniť stavbu alebo jej zmenu.

Osobitne je potrebné získať povolenie stavebného úradu na odstránenie stavby. O povolenie môže žiadať vlastník stavby. V žiadosti o povolenie vlastník stavby uvedie druh, účel, miesto a označenie stavby, dôvody odstránenia stavby a dátum predpokladaného začatia a skončenia prác, či stavbu odstráni svojpomocne alebo prostredníctvom zhotoviteľa, ako sa naloží s odpadom a s uvoľneným pozemkom a aké opatrenia sú potrebné na zabezpečenie susedných pozemkov a stavieb. Odporúčame, aby zmluva, ktorú uzavrie MZ SR a NSM za účelom zabezpečenia práva uskutočniť stavbu tak, ako je uvedené vyššie, obsahovala taktiež záväzok NSM, na základe ktorého bude povinný zabezpečiť povolenie na odstránenie stavby. Rovnako ako v prípade stavebného povolenia a územného rozhodnutia prechádzajú práva a povinnosti vyplývajúce z povolenia na odstránenie stavby na právneho nástupcu vlastníka stavby.

V kontexte vyššie uvedeného sme vo vzťahu k tejto dopadovej oblasti neidentifikovali potrebu realizácie legislatívnych zmien.

Špecifiká, riziká, benefity a odporúčania pre dopadovú oblasť

Vo vzťahu k výstavbe je potrebné zanalyzovať právne vzťahy týkajúce sa dotknutých Nehnuteľností a ich zabezpečenie za účelom realizácie Projektu súkromným partnerom. Nižšie pripájame základné posúdenie právne relevantných skutočností vo vzťahu k Nehnuteľnostiam dotknutým výstavbou nUNB, ktoré je relevantné v prípade realizácie ktoréhokoľvek z posudzovaných variantov:

Pozemky

Pozemky sú umiestnené v katastrálnom území Karlova Ves, okres: Bratislava IV, obec: BA-m.č. Karlova Ves, sú vo vlastníctve spoločnosti NSM a sú evidované na listoch vlastníctva č. 2830 a 2827 v nasledovnom rozsahu:

**Posúdenie právnych dôsledkov realizácie Projektu z perspektívy stavebných
právnych predpisov**

Parcelné číslo	Výmera v m ²	Druh pozemku	Spôsob užívania	Ťarchy	Číslo listu vlastníctva
2596/1	19786	ostatné plochy	pozemok, na ktorom sú skaly, svahy, rokliny, výmole, vysoké medze s krovím alebo kamením a iné plochy, ktoré neposkytujú trvalý úžitok	bez zápisu	2827
2596/2	660	ostatné plochy	pozemok, na ktorom sú skaly, svahy, rokliny, výmole, vysoké medze s krovím alebo kamením a iné plochy, ktoré neposkytujú trvalý úžitok	bez zápisu	2827
2596/3	162	zastavané plochy a nádvoría	pozemok, na ktorom je postavená nebytová budova označená súpisným číslom	bez zápisu	2827
2596/4	447	ostatné plochy	pozemok, na ktorom sú skaly, svahy, rokliny, výmole, vysoké medze s krovím alebo kamením a iné plochy, ktoré neposkytujú trvalý úžitok	bez zápisu	2827
2597/1	548	zastavané plochy a nádvoría	pozemok, na ktorom je postavená ostatná inžinierska stavba a jej súčasti	bez zápisu	2827
2597/2	101	zastavané plochy a nádvoría	pozemok, na ktorom je postavená nebytová budova označená súpisným číslom	bez zápisu	2827
2597/3	28	zastavané plochy a nádvoría	pozemok využívaný podľa druhu pozemku	bez zápisu	2827
2597/4	126	zastavané plochy a nádvoría	pozemok, na ktorom je postavená nebytová budova označená súpisným číslom	bez zápisu	2830
2598/1	6664	ostatné plochy	pozemok, na ktorom sú skaly, svahy, rokliny, výmole, vysoké medze s krovím alebo kamením a iné plochy, ktoré neposkytujú trvalý úžitok	bez zápisu	2827
2598/2	218	zastavané plochy a nádvoría	pozemok, na ktorom je postavená ostatná inžinierska stavba a jej súčasti	bez zápisu	2827
2598/3	201	zastavané plochy a nádvoría	pozemok, na ktorom je postavená ostatná inžinierska stavba a jej súčasti	bez zápisu	2827
2598/4	42	zastavané plochy a nádvoría	pozemok, na ktorom je postavená nebytová budova označená súpisným číslom	bez zápisu	2827
2599	441	zastavané plochy a nádvoría	pozemok, na ktorom je postavená nebytová budova označená súpisným číslom	bez zápisu	2827
2600/1	78	zastavané plochy a nádvoría	pozemok, na ktorom je postavená nebytová budova označená súpisným číslom	bez zápisu	2830
2601/1	338	zastavané plochy a nádvoría	pozemok, na ktorom je postavená nebytová budova označená súpisným číslom	bez zápisu	2827
2602/1	1792	zastavané plochy a nádvoría	pozemok, na ktorom je dvor	bez zápisu	2827
2602/2	14134	zastavané plochy a nádvoría	pozemok, na ktorom je dvor	bez zápisu	2827

**Posúdenie právnych dôsledkov realizácie Projektu z perspektívy stavebných
právnych predpisov**

Parcelné číslo	Výmera v m ²	Druh pozemku	Spôsob užívania	Ťarchy	Číslo listu vlastníctva
2602/3	968	zastavané plochy a nádvoría	pozemok, na ktorom je postavená nebytová budova označená súpisným číslom	bez zápisu	2827
2602/4	351	zastavané plochy a nádvoría	pozemok, na ktorom je postavená nebytová budova označená súpisným číslom	bez zápisu	2827
2602/5	193	zastavané plochy a nádvoría	pozemok, na ktorom je postavená nebytová budova označená súpisným číslom	bez zápisu	2827
2602/6	276	zastavané plochy a nádvoría	pozemok, na ktorom je postavená nebytová budova označená súpisným číslom	bez zápisu	2827
2602/7	44	zastavané plochy a nádvoría	pozemok, na ktorom je postavená nebytová budova označená súpisným číslom	bez zápisu	2827
2602/8	30	ostatné plochy	pozemok, na ktorom sú skaly, svahy, rokliny, výmole, vysoké medze s krovím alebo kamením a iné plochy, ktoré neposkytujú trvalý úžitok	bez zápisu	2827
2602/9	695	zastavané plochy a nádvoría	pozemok, na ktorom je postavená nebytová budova označená súpisným číslom	bez zápisu	2827
2603/1	2640	ostatné plochy	pozemok, na ktorom je okrasná záhrada, uličná a sídlisková zeleň, park a iná funkčná zeleň a lesný pozemok na rekreačné a poľovnícke využívanie	bez zápisu	2827
2603/2	628	ostatné plochy	pozemok, na ktorom je okrasná záhrada, uličná a sídlisková zeleň, park a iná funkčná zeleň a lesný pozemok na rekreačné a poľovnícke využívanie	bez zápisu	2827
2605/1	3128	zastavané plochy a nádvoría	pozemok, na ktorom je postavená nebytová budova označená súpisným číslom	bez zápisu	2827
2606/1	3004	ostatné plochy	pozemok, na ktorom je okrasná záhrada, uličná a sídlisková zeleň, park a iná funkčná zeleň a lesný pozemok na rekreačné a poľovnícke využívanie	bez zápisu	2827
2606/2	121	zastavané plochy a nádvoría	pozemok, na ktorom je postavená nebytová budova označená súpisným číslom	bez zápisu	2827
2606/3	789	ostatné plochy	pozemok, na ktorom je okrasná záhrada, uličná a sídlisková zeleň, park a iná funkčná zeleň a lesný pozemok na rekreačné a poľovnícke využívanie	bez zápisu	2827
2607	166	zastavané plochy a nádvoría	pozemok, na ktorom je postavená nebytová budova označená súpisným číslom	bez zápisu	2827
2608	113	ostatné plochy	pozemok, na ktorom sú skaly, svahy, rokliny, výmole, vysoké medze	bez zápisu	2827

**Posúdenie právnych dôsledkov realizácie Projektu z perspektívy stavebných
právnych predpisov**

Parcelné číslo	Výmera v m ²	Druh pozemku	Spôsob užívania	Ťarchy	Číslo listu vlastníctva
			s krovím alebo kamením a iné plochy, ktoré neposkytujú trvalý úžitok		
2609	46	ostatné plochy	pozemok, na ktorom sú skaly, svahy, rokliny, výmole, vysoké medze s krovím alebo kamením a iné plochy, ktoré neposkytujú trvalý úžitok	bez zápisu	2827
2610	1839	ostatné plochy	pozemok, na ktorom je okrasná záhrada, uličná a sídlisková zeleň, park a iná funkčná zeleň a lesný pozemok na rekreačné a poľovnícke využívanie	bez zápisu	2827
2611	691	zastavané plochy a nádvoría	pozemok, na ktorom je postavená nebytová budova označená súpisným číslom	bez zápisu	2830
2612	700	zastavané plochy a nádvoría	pozemok, na ktorom je postavená nebytová budova označená súpisným číslom	bez zápisu	2827
2613	290	zastavané plochy a nádvoría	pozemok, na ktorom je postavená nebytová budova označená súpisným číslom	bez zápisu	2830
2614	87	zastavané plochy a nádvoría	pozemok, na ktorom je postavená nebytová budova označená súpisným číslom	bez zápisu	2830
2615/1	23244	ostatné plochy	pozemok, na ktorom je okrasná záhrada, uličná a sídlisková zeleň, park a iná funkčná zeleň a lesný pozemok na rekreačné a poľovnícke využívanie	bez zápisu	2827
2615/2	2099	zastavané plochy a nádvoría	pozemok, na ktorom je postavená nebytová budova označená súpisným číslom	bez zápisu	2830
2615/4	426	zastavané plochy a nádvoría	pozemok, na ktorom je postavená nebytová budova označená súpisným číslom	bez zápisu	2827
2615/5	271	zastavané plochy a nádvoría	pozemok, na ktorom je postavená nebytová budova označená súpisným číslom	bez zápisu	2830
2615/6	1162	ostatné plochy	pozemok, na ktorom je okrasná záhrada, uličná a sídlisková zeleň, park a iná funkčná zeleň a lesný pozemok na rekreačné a poľovnícke využívanie	bez zápisu	2827

(ďalej len „Pozemky“)

Posúdenie právnych dôsledkov realizácie Projektu z perspektívy stavebných právnych predpisov

Budovy

Budovy sú umiestnené v katastrálnom území Karlova Ves, okres: Bratislava IV, obec: BA-m.č. Karlova Ves, sú vo vlastníctve spoločnosti NSM a sú evidované na listoch vlastníctva č. 2830 a 2827 v nasledovnom rozsahu:

Súpisné číslo	Na parcele číslo	Druh stavby	Popis stavby	Ťarchy	Číslo listu vlastníctva
1791	2602/9	budova zdravotníckeho a sociálneho zariadenia	chirurgické pavil.	bez zápisu	2827
5703	2597/2	iná budova	domček	bez zápisu	2827
5705	2597/4	iná budova	zverinec	bez zápisu	2830
5706	2599	administratívna budova	administr. budova	bez zápisu	2830
5707	2607	administratívna budova	administr. budova	bez zápisu	2830
5708	2602/5	samostatne stojaca garáž	garáže	bez zápisu	2830
5709	2614	iná budova	sklad	bez zápisu	2830
5710	2596/3	iná budova	sklad	bez zápisu	2830
5711	2600/1	iná budova	vrátnica	bez zápisu	2830
5712	2615/5	budova technickej vybavenosti sídla (výmenníková stanica, budova na rozvod energií, čerpacia a prečerpávací stanica, úpravňa vody, transformačná stanica a rozvodňa, budova vodojemu alebo čistiareň odpadových vôd a iné)	trafostanica	bez zápisu	2830
5713	2611	iná budova	sklad	bez zápisu	2830
5714	2612	iná budova	sklad	bez zápisu	2830
5715	2613	budova zdravotníckeho a sociálneho zariadenia	ubytovňa a VSB	bez zápisu	2830
5716	2615/2	budova zdravotníckeho a sociálneho zariadenia	poliklinika	bez zápisu	2830
5717	2598/4	iná budova	sklad	bez zápisu	2830
5718	2601/1	administratívna budova	administr. budova	bez zápisu	2830
5719	2602/3	budova zdravotníckeho a sociálneho zariadenia	operačné sály	bez zápisu	2830
5720	2602/4	budova technickej vybavenosti sídla (výmenníková stanica, budova na rozvod energií, čerpacia a prečerpávací stanica, úpravňa vody, transformačná stanica a rozvodňa, budova vodojemu alebo čistiareň odpadových vôd a iné)	tepelný napájač	bez zápisu	2830
5721	2602/7	iná budova	sklad	bez zápisu	2830
5722	2605/1	budova zdravotníckeho a sociálneho zariadenia	nemocnica	bez zápisu	2830
5723	2606/2	iná budova	sklad	bez zápisu	2830
5728	2602/6	samostatne stojaca garáž	garáže	bez zápisu	2830
5730	2615/4	budova zdravotníckeho a sociálneho zariadenia	ubytovňa+neurolog.	bez zápisu	2830

Posúdenie právnych dôsledkov realizácie Projektu z perspektívy stavebných právnych predpisov

(ďalej len „Budovy“)

Nadobúdací titul k Nehnutelnostiam

NSM nadobudla Nehnutelnosti na základe zlúčenia spoločností Nemocnica Ministerstva obrany SR, a.s. a Nemocnica svätého Michala, a.s. podľa notárskej zápisnice N698/2009, Nz21870/2009, NCR1s22256 z 29.06.2009 (Z-7432/09). Pozemky boli predtým vo vlastníctve Slovenskej republiky na základe Delimitačného protokolu č. 60782 zo dňa 14.2.1994 a zriaďovacej listiny č. 15792 z 22.12.1993 (pričom NSM bola v pozícii správcu majetku). MZ SR nemá k Nehnutelnostiam žiaden právny vzťah. Spoločnosť NSM nie je správcou majetku štátu pre účely Zákona o správe majetku štátu, nakoľko nespĺňa definíciu správcu v zmysle ustanovenia § 1 tohto zákona. Nakladanie s majetkom vo vlastníctve spoločnosti NSM taktiež nepodlieha režimu zákona č. 92/1991 Zb. o prevode majetku štátu na iné osoby. Spoločnosť NSM je akciovou spoločnosťou podliehajúcou v plnej miere úprave Obchodného zákonníka.

Z dokumentov, ktoré nám boli poskytnuté, sme neidentifikovali žiadne právne nedostatky týkajúce sa procesu nadobudnutia vlastníckeho práva k Nehnutelnostiam spoločnosťou NSM.

Všeobecná hodnota Nehnutelností bola stanovená

- ▶ znaleckým posudkom č. 8/2009 vyhotoveným Ing. Mgr. Janou Pecníkovou zo dňa 23.02.2009 (všeobecná hodnota stanovená vo výške 31.820.000,- EUR), a
- ▶ znaleckým posudkom č. 278/2009 pripraveným Žilinskou univerzitou v Žiline zo dňa 22.09.2009 (všeobecná hodnota stanovená vo výške 36.270.000,- EUR).

V katastri nehnuteľností nie sú evidované žiadne práva v prospech vlastníka Nehnutelností, ani žiadne vecné bremená, predkupné práva, ani záložné práva zaťažujúce Nehnutelnosti. Z katastrálnej mapy a verejne dostupných informácií je zároveň zrejmé, že Nehnutelnosti majú zabezpečený priamy prístup k verejnej komunikácii. V súvislosti s právami tretích osôb k nehnuteľnému majetku vo vlastníctve spoločnosti NSM vyplýva z doposiaľ predložených podkladov existencia nájomných vzťahov k nebytovým priestorom a pozemku, predmetom ktorých je najmä prenájom ambulancií lekárom, ktorí v nich vykonávajú svoju prax. Nájomné zmluvy sú však uzatvorené buď na dobu neurčitú s jednomesačnou, prípadne trojmesačnou výpovednou dobou, alebo na dobu určitú, zväčša do 31.12.2015, v jednom prípade až do 31.03.2016. Z uvedeného a vzhľadom na predpokladaný harmonogram Projektu vyplýva, že práva tretích osôb vo vzťahu k Nehnutelnostiam nepredstavujú riziko vo vzťahu k uskutočniteľnosti Projektu.

Podrobne sa problematikou Nehnutelností zaoberáme v časti Posúdenie možných vplyvov na právne vzťahy k jestvujúcim aktívam na realizáciu Projektu.

Súlad s územnoplánovacou dokumentáciou a požiadavky na povolenia

Za účelom posúdenia uskutočniteľnosti Projektu je potrebné zabezpečiť posúdenie Projektu aj z územného, environmentálneho a stavebného hľadiska.

V zmysle územnoplánovacej informácie č. MAGS ORM 47647/14-258592 zo dňa 14.05.2014 je dotknuté územie považované za stabilizované územie s funkčným využitím územia – občianska vybavenosť celomestského a nadmestského významu. V území je prípustné umiestňovať najmä: integrované zariadenia občianskej vybavenosti, areály voľného času a multifunkčné zariadenia, účelové zariadenia verejnej a štátnej správy, zeleň líniovú a plošnú, zariadenia a vedenia technickej a dopravnej vybavenosti pre obsluhu územia.

Z obsahu územnoplánovacej informácie vyplýva obmedzenie využiteľnosti dotknutého územia, keďže južná časť územia (cca 1/3) je v ochrannom pásme heliportov a severovýchodná časť parcely č. 2596/1 je dotknutá ochranným pásmom železnice. Presný rozsah a následky predmetných obmedzení je potrebné preskúmať osobitne a zohľadniť pri projektovaní nUNB tak, aby naprojektované nové stavby nenarušali dotknuté ochranné pásma.

Stabilizované územie je územím, v ktorom územný plán ponecháva súčasné funkčné využitie, predpokladá mieru stavebných zásahov prevažne formou dostavieb, prístavieb, nadstavieb, prestavieb a novostavieb, pričom zásadne nemení charakter stabilizovaného územia.

Merítkom a limitom pre novú výstavbu v stabilizovanom území je najmä charakteristický obraz a proporcie konkrétneho územia, ktoré je nevyhnutné pri obstarávaní podrobnejších dokumentácií, alebo pri hodnotení novej

Posúdenie právnych dôsledkov realizácie Projektu z perspektívy stavebných právnych predpisov

výstavby v stabilizovanom území akceptovať, chrániť a rozvíjať. Posudzovanie dostavieb, prestavieb, nadstavieb a novostavieb v rámci stabilizovaných území sa uskutočňuje na základe ukazovateľov intenzity využitia územia vo funkčnej ploche.

Vzhľadom na komplexnosť problematiky novej výstavby v stabilizovanom území nie sú ukazovatele intenzity využitia územia stanovené paušálne. Nový návrh musí zohľadňovať regulačné prvky, ktoré reprezentujú existujúcu zástavbu.

S ohľadom na uvedené konštatujeme, že zámer vybudovania nUNB nie je v rozpore s územným plánom Hlavného mesta Bratislava. Ničmenej, nemôžeme vylúčiť, že v rámci konkrétneho územného a/alebo stavebného konania nepredložia dotknuté orgány stanoviská, ktoré budú mať za následok obštrukcie alebo komplikácie v rámci procesu získania príslušných povolení. V tomto smere je vhodné začať s prípravou EIA a územného konania čo najskôr tak, aby bol prípadný časový sklz spôsobený takými obštrukciami čo najmenší. Náklady na EIA a územné konanie je potrebné zohľadniť pri ďalšom plánovaní Projektu.

A. ZPPP

Posúdením právnych dopadov implementácie ZPPP variantu vo vzťahu k stavebným predpisom boli identifikované nasledovné riziká:

- ▶ Dĺžka prípravného inžinierskeho procesu
- ▶ Otázky životného prostredia a územné / stavebné konanie
- ▶ Majetkovo-právne vysporiadanie pozemkov
- ▶ Výstavba (archeológia, geológia, inžinierske siete a pod.)
- ▶ Prekročenie rozpočtu
- ▶ Zmeny v projektoch a normách

Za účelom hladkej realizácie Projektu sa primárne predpokladá prevod Nehnuteľností na MZ SR. Transparentná vlastnícka štruktúra vo vzťahu k Nehnuteľnostiam a priamy dosah MZ SR na rozhodovanie o nakladaní s Nehnuteľnosťami zvyšia mieru právnej istoty súkromného partnera a dôveru bankového sektora v uskutočniteľnosť Projektu. V prípade ZPPP modelu možno potom v súlade so Stavebným zákonom odvodzovať právo súkromného partnera ako stavebníka priamo z koncesnej zmluvy. Nie je teda nevyhnutné zabezpečiť prevod Nehnuteľností priamo do vlastníctva súkromného partnera. Naopak, v prípade vybudovania nových stavieb na Pozemkoch súkromným partnerom je potrebné vopred adekvátne nastaviť vzťahy k novovybudovaným nehnuteľnostiam tak, aby bol čo najvhodnejšie zabezpečený verejný záujem a eliminované riziká súvisiace s využitím nehnuteľností na iný ako zamýšľaný účel. Súkromný partner môže byť buď počas realizácie Projektu (počas koncesnej lehoty) vlastníkom novovybudovaných nehnuteľností, pričom vlastnícke práva k nim prevedie na verejného partnera až po uplynutí koncesnej lehoty alebo môže dôjsť k prevodu vlastníckych práv k novovybudovaným nehnuteľnostiam hneď po uskutočnení výstavby. V druhom prípade by súkromný partner predmetné nehnuteľnosti mal počas realizácie Projektu iba v užívaní, t.j. nebol by ich vlastníkom, čo sa javí optimálnejšie z pohľadu zabezpečenia ochrany predmetných nehnuteľností. Koncesná zmluva by mala obsahovať osobitnú úpravu, predmetom ktorej by bolo usporiadanie práv a povinností zmluvných strán vo vzťahu k vlastníctvu novovybudovaných nehnuteľností. Konkrétne znenie príslušných ustanovení bude potrebné pripraviť vo fáze výberu súkromného partnera.

Pri nakladaní s Nehnuteľnosťami je taktiež nevyhnutné zabezpečiť súlad s úpravou podľa Zákona o správe majetku štátu. V prípade, ak Nehnuteľnosti zostávajú vo vlastníctve štátu a súkromný partner má iba právo Nehnuteľnosti užívať, postupuje sa podľa § 13c Zákona o správe majetku štátu. Podľa predmetnej úpravy koncesný majetok je majetok štátu v správe správcu, ktorý koncesionár užíva v rozsahu, za podmienok a v lehote dohodnutej v koncesnej zmluve na uskutočnenie stavebných prác alebo v koncesnej zmluve na poskytnutie služby. Koncesionár zároveň nesmie koncesný majetok previesť do vlastníctva iných osôb. Popri správcovi súkromný partner pri užívaní koncesného majetku koná vo vlastnom mene a nemá postavenie správcu podľa Zákona o správe majetku štátu. Je povinný koncesný majetok udržiavať v riadnom stave, dodržiavať účel, na ktorý je určený, zabezpečovať jeho údržbu a prevádzku a uhrádzať náklady s tým spojené, zabezpečovať jeho ochranu, informovať správcu o koncesnom majetku v rozsahu povinností dohodnutých v koncesnej zmluve a plniť ďalšie povinnosti dohodnuté v koncesnej zmluve. V koncesnej zmluve je taktiež potrebné dohodnúť oprávnenie súkromného partnera prenechať koncesný majetok do nájmu, výpožičky alebo právo zriadiť zmluvné vecné bremeno v prospech tretej osoby.

Posúdenie právnych dôsledkov realizácie Projektu z perspektívy stavebných právnych predpisov

Naopak v prípade, ak by Nehnuteľnosti mali byť prevedené z vlastníctva štátu na súkromného partnera je potrebné postupovať podľa § 11 a nasl. Zákona o správe majetku štátu. Prevod vlastníctva nehnuteľných vecí štátu musí byť vždy odplatný. Za nižšiu než primeranú cenu môže správca výnimočne previesť vlastníctvo nehnuteľnej veci štátu na účely zdravotnej starostlivosti v prípade majetku štátu na účely poskytovania starostlivosti poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, ak ide o právnickú osobu, ktorá nie je podnikateľom a najmenej jeden rok poskytuje zdravotnú starostlivosť a ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, dodrží povinnosť dodržať dohodnutý účel najmenej počas piatich rokov od nadobudnutia vlastníckeho práva. Na platnosť kúpnej zmluvy, ktorou sa prevádzajú nehnuteľné veci štátu, sa vyžaduje súhlas Ministerstva financií SR. V prípade nedodržania ustanovení Zákona o správe majetku štátu pri prevode majetku štátu na iné osoby je štát oprávnený podať návrh na určenie neplatnosti prevodu vlastníctva.

S realizáciou variantu ZPPP sa vo vzťahu k výstavbe spájajú taktiež riziká súvisiace s dĺžkou prípravného inžinierskeho procesu, územného a stavebného konania, otázkami ochrany životného prostredia a potenciálnymi problémami pri výstavbe (archeológia, geológia, inžinierske siete a pod.) Hoci tieto riziká nie je možné úplne eliminovať, je možné dosiahnuť aspoň ich zmiernenie vhodným manažmentom výstavby za podpory externých poradcov. Zároveň je nevyhnutné riziká zohľadniť v samotnej koncesnej zmluve, a to primárne ich vhodným rozdelením medzi zmluvné strany. Konkrétne znenie zmluvných ustanovení by malo byť navrhnuté vo fáze prípravy verejného obstarávania na výber súkromného partnera.

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
ZPPP	Dĺžka prípravného inžinierskeho procesu	Vhodné nastavenie a riadenie prípravného inžinierskeho a obstarávacieho procesu za podpory externých poradcov
	Otázky životného prostredia a územné / stavebné konanie	Vhodné plánovanie, prípadne za podpory externých poradcov
	Majetkovo-právne vysporiadanie pozemkov	Vhodné plánovanie a majetkovo-právne vysporiadanie realizované v dostatočnom predstihu, zabezpečenie prevodu potrebných pozemkov do správy štátu v dostatočnom predstihu
	Výstavba (archeológia, geológia, inžinierske siete a pod.)	Vhodné riadenie výstavby za podpory externých poradcov a vyvážená koncesná zmluva s vhodným rozdelením rizík medzi zmluvné strany
	Prekročenie rozpočtu	Vhodné riadenie výstavby za podpory externých poradcov a vyvážená koncesná zmluva s vhodným rozdelením rizík medzi zmluvné strany
	Zmeny v projektoch a normách	Vhodné riadenie výstavby za podpory externých poradcov a vyvážená koncesná zmluva s vhodným rozdelením rizík medzi zmluvné strany

B. IPPP

Posúdením právnych dopadov implementácie IPPP variantu vo vzťahu k stavebným predpisom boli identifikované nasledovné riziká:

- ▶ Dĺžka prípravného inžinierskeho procesu
- ▶ Otázky životného prostredia a územné / stavebné konanie
- ▶ Majetkovo-právne vysporiadanie pozemkov
- ▶ Výstavba (archeológia, geológia, inžinierske siete a pod.)
- ▶ Prekročenie rozpočtu
- ▶ Zmeny v projektoch a normách

Posúdenie právnych dôsledkov realizácie Projektu z perspektívy stavebných právnych predpisov

Rovnako ako v prípade ZPPP je za účelom hladkej realizácie Projektu potrebné zabezpečiť prevod Nehnuteľností z NSM na MZ SR. Následne prichádza do úvahy niekoľko alternatív zabezpečenia Nehnuteľností za účelom realizácie Projektu. Jednou z nich je priamo prevod vlastníckeho práva na SPV, resp. vloženie Nehnuteľností do základného imania SPV. Ako ďalšia alternatíva by prichádzalo do úvahy ponechanie vlastníckeho práva k Nehnuteľnostiam MZ SR, pričom práva týkajúce sa užívania Nehnuteľností by boli v prospech SPV zakotvené priamo v koncesnej zmluve. Výhody a nevýhody spájajúce sa s jednotlivými alternatívami zabezpečenia Nehnuteľností je možné hodnotiť z rôznych pohľadov. Napríklad vo vzťahu k realizácii výstavby a zabezpečenia príslušných rozhodnutí a povolení sa javí ako vhodnejšie prevedenie vlastníckeho práva na SPV, ktoré by malo znášať aj riziko výstavby, čím by sa zodpovednosť týkajúca sa užívania nehnuteľností, ako aj samotnej výstavby stretla v rukách SPV. Naopak, z pohľadu ochrany Nehnuteľností a správy majetku štátu sa ako vhodnejšie zdá byť ponechanie vlastníckeho práva k Nehnuteľnostiam MZ SR.

Zákon o správe majetku štátu vo vzťahu k realizácii koncesie upravuje osobitný režim IPPP vo forme „spoločného podniku“, ktorým je

- ▶ právnická osoba, ktorú na účely realizácie koncesie založil správca spoločne s koncesionárom alebo
- ▶ právnická osoba, ktorú založil koncesionár, do ktorej základného imania bol na základe koncesnej zmluvy vložený majetok štátu.

Správca môže so súhlasom Vlády SR vložiť majetok štátu, ktorý spravuje,

- ▶ ako vklad pri založení spoločného podniku alebo
- ▶ ako vklad do základného imania spoločného podniku, ak je to dohodnuté v koncesnej zmluve.

Takto vložený nehnuteľný majetok štátu do spoločného podniku podlieha osobitnému režimu prioritného majetku. Medzi osobitné obmedzenia spájajúce sa s prioritným majetkom patrí nemožnosť použiť prioritný majetok na zabezpečenie záväzkov spoločného podniku, koncesionára alebo tretej osoby, nemožnosť previesť prioritný majetok do vlastníctva iných osôb. Prioritný majetok taktiež nepodlieha výkonu rozhodnutia, exekúcii, nie je súčasťou konkurznej podstaty a ani predmetom likvidácie. V katastri nehnuteľností sa prioritný majetok vyznačuje poznámkou na návrh správcu. Ak je to dohodnuté v koncesnej zmluve, Prioritný majetok možno dať do nájmu, výpožičky alebo na prioritný majetok zriadiť zmluvné vecné bremeno iba, ak je to dohodnuté v koncesnej zmluve, a to najviac na obdobie koncesnej lehoty určenej v koncesnej zmluve alebo do dňa zrušenia spoločného podniku bez právneho nástupcu. Prioritný majetok nestráca svoj charakter ani prechodom na právneho nástupcu. Po zániku vecného bremena zapísaného v katastri nehnuteľností je správca povinný dať návrh na výmaz vecného bremena.

Rovnako ako v prípade variantu ZPPP, prichádzajú aj v prípade IPPP do úvahy taktiež riziká spájajúce sa s dĺžkou prípravného inžinierskeho procesu, územného a stavebného konania, otázky ochrany životného prostredia a potenciálne problémy pri výstavbe (archeológia, geológia, inžinierske siete a pod.) Hoci tieto riziká nie je možné úplne eliminovať, je možné dosiahnuť aspoň ich zmiernenie vhodným manažmentom výstavby za podpory externých poradcov. Zároveň je nevyhnutné riziká zohľadniť v samotnej koncesnej zmluve, a to primárne ich vhodným rozdelením medzi zmluvné strany.

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
IPPP	Dĺžka prípravného inžinierskeho procesu	Vhodné nastavenie a riadenie prípravného inžinierskeho a obstarávacieho procesu za podpory externých poradcov
	Otázky životného prostredia a územné / stavebné konanie	Vhodné plánovanie, prípadne za podpory externých poradcov
	Majetkovo-právne vysporiadanie pozemkov	Vhodné plánovanie a majetkovo-právne vysporiadanie realizované v dostatočnom predstihu, zabezpečenie prevodu potrebných pozemkov do správy štátu v dostatočnom predstihu

Posúdenie právnych dôsledkov realizácie Projektu z perspektívy stavebných právnych predpisov

Výstavba (archeológia, geológia, inžinierske siete a pod.)	Vhodné riadenie výstavby za podpory externých poradcov a vyvážená koncesná zmluva s vhodným rozdelením rizík medzi zmluvné strany
Prekročenie rozpočtu	Vhodné riadenie výstavby za podpory externých poradcov a vyvážená koncesná zmluva s vhodným rozdelením rizík medzi zmluvné strany
Zmeny v projektoch a normách	Vhodné riadenie výstavby za podpory externých poradcov a vyvážená koncesná zmluva s vhodným rozdelením rizík medzi zmluvné strany

C. JV

Posúdením právnych dopadov implementácie JV variantu vo vzťahu k stavebným predpisom boli identifikované nasledovné riziká:

- ▶ Dĺžka prípravného inžinierskeho procesu
- ▶ Otázky životného prostredia a územné / stavebné konanie
- ▶ Majetkovo-právne vysporiadanie pozemkov
- ▶ Výstavba (archeológia, geológia, inžinierske siete a pod.)
- ▶ Prekročenie rozpočtu
- ▶ Zmeny v projektoch a normách

Vzhľadom na to, že v prípade JV nie je tejto entite udelená koncesia, ani nejde o spoločný podnik za účelom realizácie koncesie, neuplatňuje sa vo vzťahu k JV osobitný režim v zmysle Zákona o správe majetku štátu. V prípade prevodu Nehnuteľností na JV sa však musia uplatniť všeobecné pravidlá podľa tohto zákona. Rovnako ako v prípade IPPP môže dôjsť k vloženiu Nehnuteľností do JV už pri jeho založení, pričom však toto vloženie majetku do imania JV podlieha súhlasu Vlády SR a predchádzajúcemu súhlasu MF SR¹⁵². Následne by práva a povinnosti súvisiace s vlastníctvom Nehnuteľností vykonávalo JV vo vlastnej réžii. Prichádza do úvahy taktiež možnosť prevodu Nehnuteľností priamo z NSM na JV, čo by vylúčilo obmedzenia týkajúce sa režimu spadajúce pod Zákon o správe majetku štátu. Tejto otázke sa podrobnejšie venujeme v časti Posúdenie rizík vyplývajúcich z možného úpadku súkromného partnera.

Vo vzťahu k samotnému procesu výstavby prichádzajú, rovnako ako v prípade variantu ZPPP a IPPP, do úvahy taktiež riziká spájajúce sa s dĺžkou prípravného inžinierskeho procesu, územného a stavebného konania, otázky ochrany životného prostredia a potenciálne problémy pri výstavbe (archeológia, geológia, inžinierske siete a pod.) Hoci tieto riziká nie je možné úplne eliminovať, je možné dosiahnuť aspoň ich zmiernenie vhodným manažmentom výstavby za podpory externých poradcov. Zároveň je nevyhnutné riziká zohľadniť v samotných zmluvách s dodávateľmi, a to primárne ich vhodným rozdelením medzi zmluvné strany.

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
JV	Dĺžka prípravného inžinierskeho procesu	Vhodné nastavenie a riadenie prípravného inžinierskeho a obstarávacieho procesu za podpory externých poradcov
	Otázky životného prostredia a územné / stavebné konanie	Vhodné plánovanie, prípadne za podpory externých poradcov
	Majetkovo-právne vysporiadanie pozemkov	Vhodné plánovanie a majetkovo-právne vysporiadanie

¹⁵² § 13a ods. 5 písm. b) Zákona o správe majetku štátu

Posúdenie právnych dôsledkov realizácie Projektu z perspektívy stavebných právnych predpisov

		realizované v dostatočnom predstihu
	Výstavba (archeológia, geológia, inžinierske siete a pod.)	Vhodné riadenie výstavby za podpory externých poradcov a vyvážená zmluva s dodávateľom
	Prekročenie rozpočtu	Vhodné riadenie výstavby za podpory externých poradcov a vyvážená zmluva s dodávateľom
	Zmeny v projektoch a normách	Vhodné riadenie výstavby za podpory externých poradcov a vyvážená zmluva s dodávateľom

D. Špecifický variant

Posúdením právnych dopadov implementácie Špecifického variantu vo vzťahu k stavebným predpisom boli identifikované nasledovné riziká:

- ▶ Dĺžka prípravného inžinierskeho procesu
- ▶ Otázky životného prostredia a územné / stavebné konanie
- ▶ Majetkovo-právne vysporiadanie pozemkov
- ▶ Výstavba (archeológia, geológia, inžinierske siete a pod.)
- ▶ Prekročenie rozpočtu
- ▶ Zmeny v projektoch a normách

Otázky súvisiace s výstavbou sa v prípade Špecifického modelu spájajú osobitne s tou časťou zákaziek zadávaných súkromnému partnerovi, ktoré sú zákazkami na uskutočnenie stavebných prác. V prípade Špecifického modelu by stavebníkom malo byť SPV zriadené štátom za účelom realizácie Projektu, ktoré nebude stavbu realizovať vlastnými prostriedkami, ale prostredníctvom víťazného uchádzača vo verejnom obstarávaní na uskutočnenie stavebných prác. SPV by mohlo svoje postavenie stavebníka odvodiť buď z vlastníctva Nehnuteľností v prípade, ak tieto budú vložené do imania SPV alebo na tento subjekt prevedené, alebo z titulu koncesnej zmluvy, ktorá by špecifikovala právo zriadiť stavbu na Nehnuteľnostiach v prípade, ak by tieto zostali vo vlastníctve štátu.

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
Špecifický variant	Dĺžka prípravného inžinierskeho procesu	Vhodné nastavenie a riadenie prípravného inžinierskeho a obstarávacieho procesu za podpory externých poradcov
	Otázky životného prostredia a územné / stavebné konanie	Vhodné plánovanie, prípadne za podpory externých poradcov
	Majetkovo-právne vysporiadanie pozemkov	Vhodné plánovanie a majetkovo-právne vysporiadanie realizované v dostatočnom predstihu, Z zabezpečenie prevodu potrebných pozemkov do správy štátu v dostatočnom predstihu
	Výstavba (archeológia, geológia, inžinierske siete a pod.)	Vhodné riadenie výstavby za podpory externých poradcov a vyvážená zmluva s vhodným rozdelením rizík medzi zmluvné strany
	Prekročenie rozpočtu	Vhodné riadenie výstavby za podpory externých poradcov a vyvážená zmluva s dodávateľom stavby s vhodným rozdelením rizík medzi zmluvné strany

Posúdenie právnych dôsledkov realizácie Projektu z perspektívy stavebných právnych predpisov

	Zmeny v projektoch a normách	Vhodné riadenie výstavby za podpory externých poradcov a vyvážená zmluva s vhodným rozdelením rizík medzi zmluvné strany
--	------------------------------	--

Porovnanie variantov

Riziká, výhody a nevýhody jednotlivých variantov sa z pohľadu stavebnej regulácie zásadne nelíšia. Najvýznamnejšie rozdiely môžeme nájsť vo vzťahu k subjektu, ktorý bude stavebníkom a teda sa s ním budú spájať práva a povinnosti vyplývajúce zo Stavebného zákona. V prípade každého z variantov bude potrebné zabezpečiť, aby súkromný partner mal titul, ktorý ho v zmysle Stavebného zákona oprávňuje k realizácii stavby. V prípade ZPPP môže byť týmto titulom koncesná zmluva, ktorá by špecifikovala právo koncesionára zriadiť stavbu na Nehnuteľnostiach. V prípade IPPP môže byť týmto titulom vlastnícke právo (ak by boli Nehnuteľnosti vložené do majetku SPV) alebo koncesná zmluva (ak by Nehnuteľnosti zostali vo vlastníctve štátu). V prípade Špecifického modelu prichádza do úvahy niekoľko scenárov s tým, že stavebníkom by v tomto prípade bolo SPV zriadené štátom.

Za najvýhodnejší z pohľadu stavebnej regulácie a samotnej výstavby považujeme model ZPPP a IPPP. Prostredníctvom koncesnej zmluvy je možné zadefinovať samotný titul oprávňujúci súkromného partnera k získaniu príslušných povolení a k samotnej výstavbe. Tieto modely zároveň umožňujú zohľadnenie stavebných rizík a problémov, a to ich vhodným rozdelením medzi zmluvné strany.

Sumarizačná tabuľka

Riziko	ZPPP	IPPP	JV	Špecifický variant
Dĺžka prípravného inžinierskeho procesu	Vhodné nastavenie a riadenie prípravného inžinierskeho a obstarávacieho procesu za podpory externých poradcov	Vhodné nastavenie a riadenie prípravného inžinierskeho a obstarávacieho procesu za podpory externých poradcov	Vhodné nastavenie a riadenie prípravného inžinierskeho a obstarávacieho procesu za podpory externých poradcov	Vhodné nastavenie a riadenie prípravného inžinierskeho a obstarávacieho procesu za podpory externých poradcov
Otázky životného prostredia a územné / stavebné konanie	Vhodné plánovanie, prípadne za podpory externých poradcov	Vhodné plánovanie, prípadne za podpory externých poradcov	Vhodné plánovanie, prípadne za podpory externých poradcov	Vhodné plánovanie, prípadne za podpory externých poradcov
Majetkovo-právne vysporiadanie pozemkov	Vhodné plánovanie a majetkovo-právne vysporiadanie realizované v dostatočnom predstihu, zabezpečenie prevodu potrebných pozemkov do správy štátu v dostatočnom predstihu	Vhodné plánovanie a majetkovo-právne vysporiadanie realizované v dostatočnom predstihu, zabezpečenie prevodu potrebných pozemkov do správy štátu v dostatočnom predstihu	Vhodné plánovanie a majetkovo-právne vysporiadanie realizované v dostatočnom predstihu	Vhodné plánovanie a majetkovo-právne vysporiadanie realizované v dostatočnom predstihu, zabezpečenie prevodu potrebných pozemkov do správy štátu v dostatočnom predstihu
Výstavba (archeológia, geológia, inžinierske siete a pod.)	Vhodné riadenie výstavby za podpory externých poradcov a vyvážená koncesná zmluva s vhodným rozdelením rizík medzi zmluvné strany	Vhodné riadenie výstavby za podpory externých poradcov a vyvážená koncesná zmluva s vhodným rozdelením rizík medzi zmluvné strany	Vhodné riadenie výstavby za podpory externých poradcov a vyvážená zmluva s dodávateľom	Vhodné riadenie výstavby za podpory externých poradcov a vyvážená zmluva s vhodným rozdelením rizík medzi zmluvné strany
Prekročenie rozpočtu	Vhodné riadenie výstavby za podpory externých poradcov a vyvážená koncesná	Vhodné riadenie výstavby za podpory externých poradcov a vyvážená koncesná	Vhodné riadenie výstavby za podpory externých poradcov a vyvážená	Vhodné riadenie výstavby za podpory externých poradcov a vyvážená

**Posúdenie právnych dôsledkov realizácie Projektu z perspektívy stavebných
právnych predpisov**

	zmluva s vhodným rozdelením rizík medzi zmluvné strany	zmluva s vhodným rozdelením rizík medzi zmluvné strany	zmluva s dodávateľom	zmluva s dodávateľom stavby s vhodným rozdelením rizík medzi zmluvné strany
Zmeny v projektoch a normách	Vhodné riadenie výstavby za podpory externých poradcov a vyvážená koncesná zmluva s vhodným rozdelením rizík medzi zmluvné strany	Vhodné riadenie výstavby za podpory externých poradcov a vyvážená koncesná zmluva s vhodným rozdelením rizík medzi zmluvné strany	Vhodné riadenie výstavby za podpory externých poradcov a vyvážená zmluva s dodávateľom	Vhodné riadenie výstavby za podpory externých poradcov a vyvážená zmluva s vhodným rozdelením rizík medzi zmluvné strany

Posúdenie rizík vyplývajúcich z možného úpadku Súkromného partnera

Posúdenie rizík vyplývajúcich z možného úpadku súkromného partnera a s tým súvisiacej možnosti, že súkromný ako aj verejný partner Projektu stratia kontrolu nad majetkom Projektu

Základný popis dopadovej oblasti

Nakoľko Projekt sa realizuje v zdravotníckej oblasti pre spádovú oblasť hlavného mesta, pri zhodnotení možnej aplikácie PPP modelu bude potrebné zabezpečiť, aby verejný partner nestratil v žiadnom štádiu kontrolu nad infraštruktúrou. V PPP modeloch je však tiež nevyhnutné tiež zaistiť, aby aj financujúce subjekty mali primeranú kontrolu nad Projektom tak, aby bolo pre ne zapojenie do Projektu dostatočne atraktívne.

V jednotlivých modeloch je posúdenie zamerané na možné dôsledky:

- ▶ úpadku súkromného partnera,
- ▶ takého zadlženia, ktoré môže mať za následok súdny výkon rozhodnutia (exekúciu) na majetok súkromného partnera vo významnom rozsahu,
- ▶ v prípade založenia SPV aj úpadku alebo exekúciu samotného SPV.

Súkromný partner (prípadne SPV) by bol v úpadku, ak by bol platobne neschopný alebo predĺžený. Platobne neschopný je ten, kto nie je schopný plniť 30 dní po lehote splatnosti aspoň dva peňažné záväzky viac ako jednému veriteľovi. Predĺžený je ten, kto je povinný viesť účtovníctvo, má viac ako jedného veriteľa a hodnota jeho záväzkov presahuje hodnotu jeho majetku. Exekúcia ako môže mať tiež významný dopad na Projekt, ak by postihla majetok súkromného partnera (prípadne SPV) v takom rozsahu, že by bola ovplyvnená realizácia Projektu.

Možný úpadok alebo exekúciu súkromného partnera je potrebné zhodnotiť v dvoch rovinách, v čase výstavby a v čase prevádzky. Kým v čase výstavby je najväčším rizikom úplné zastavenie Projektu, v čase prevádzky môže byť ohrozené aj samotné poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Z tohto dôvodu je potrebné vo všetkých fázach Projektu eliminovať tieto riziká celkovým nastavením Projektu, úpravou koncesnej zmluvy, prijatím osobitnej právnej úpravy alebo inými opatreniami. Do určitej miery preto ďalej rozoberáme, ako je chránený majetok verejného partnera pred konkurzom a exekúciou.

Právny rámec dopadovej oblasti

Základný právny rámec v tejto oblasti tvoria predovšetkým Exekučný poriadok a Zákon o konkurze. Zákon o konkurze upravuje riešenie úpadku dlžníka speňažením majetku dlžníka a kolektívnym uspokojením jeho veriteľov alebo postupným uspokojením veriteľov dlžníka spôsobom dohodnutým v reštrukturalizačnom pláne, pričom upravuje aj riešenie hroziaceho úpadku dlžníka. Zákon o konkurze sa nevzťahuje na usporiadanie majetkových pomerov dlžníka, ktorým je štát, štátna rozpočtová organizácia, štátna príspevková organizácia, štátny fond, obec, vyšší územný celok, rozpočtová organizácia a príspevková organizácia v zriaďovateľskej pôsobnosti obce a vyššieho územného celku alebo iná osoba, za ktorej všetky záväzky zodpovedá alebo ručí štát.

Podľa Exekučného poriadku súdny exekútor postupuje v prípade, ak sú záväzky neplnené riadne a včas, teda ak povinná osoba dobrovoľne nespĺní, čo jej ukladá vykonateľné rozhodnutie, oprávnená osoba vtedy môže podať návrh na vykonanie exekúcie. Exekučný poriadok upravuje postup exekútora pri výkone exekúcie, spôsoby exekúcie a pod. Exekučný poriadok tiež poskytuje určitému majetku imunitu pred exekúciou, a to absolútnu alebo relatívnu.

Absolútnu exekučnú imunitu má:

- ▶ nehnuteľný majetok štátu v správe správcu okrem nehnuteľností v dočasnej správe podľa osobitného predpisu,
- ▶ príjmy štátneho rozpočtu, prostriedky na bežnom účte štátnej rozpočtovej organizácie a pohľadávky z právnych vzťahov zakladajúcich tieto príjmy,
- ▶ cenné papiere vo vlastníctve štátu a majetkové účasti štátu v právnických osobách,
- ▶ prostriedky určené na krytie schodku štátneho rozpočtu a krytie štátneho dlhu,
- ▶ iný majetok štátu, o ktorom tak ustanoví osobitný zákon.

Relatívna exekučná imunita je poskytnutá ostatnému majetku štátu a majetku Exportno-importnej banky Slovenskej republiky. O poskytnutí relatívnej imunity rozhoduje súd na návrh.

Posúdenie rizík vyplývajúcich z možného úpadku Súkromného partnera

Osobitnú úpravu týkajúcu sa tejto oblasti v kontexte PPP projektov obsahuje Zákon o správe majetku štátu v časti „Nakladanie s majetkom štátu na účely koncesie“. V tejto časti sú obsiahnuté obmedzenia nakladania s majetkom štátu, obsah užívania, nájom, výpožička, ochrana pred exekúciou, konkurzom a pod. Pri posúdení tejto oblasti boli zohľadnené aj ďalšie právne predpisy ako Zákon o rozpočtových pravidlách verejnej správy, Občiansky zákonník a Obchodný zákonník.

Špecifiká, riziká, benefity a odporúčania pre dopadovú oblasť

Úpadok alebo exekúcia na majetok súkromného partnera majú odlišný vplyv na uskutočniteľnosť Projektu v jednotlivých posudzovaných variantoch. Z tohto dôvodu sa líšia aj opatrenia na mitigáciu identifikovaných rizík. Pre všetky varianty je spoločné a rozhodujúce, aby si štát zachoval priamy vplyv na realizáciu Projektu a vybudovanú infraštruktúru. Ako najvhodnejšie sa javí, aby všetky nehnuteľnosti nUNB zostali vo vlastníctve štátu, alebo boli vložené do majetku spoločného podniku v IPPP. Väčšina ďalších opatrení spočíva v dôslednej úprave zmluvných a korporátnych dokumentov, v krajnom prípade môže byť potrebné prijatie osobitnej právnej úpravy, ktorá zabezpečí úplné vyňatie majetku nUNB (resp. SPV) spod pôsobnosti Exekučného poriadku a Zákona o konkurze. Najvyššiu mieru ochrany má z predpokladaných variant ZPPP a následne IPPP, ktoré majú v právnom poriadku osobitnú právnu úpravu. Špecifický model predstavuje pri vhodnom nastavení tiež uskutočniteľný variant.

A. ZPPP

Posúdením dopadov implementácie ZPPP variantu na oblasť úpadku boli identifikované nasledovné riziká:

- Strata kontroly nad majetkom nUNB, najmä nehnuteľnosťami.
- Strata kontroly nad ostatným majetkom koncesionára

Na realizáciu tohto modelu je potrebné uskutočniť kroky na to, aby sa Nehnuteľnosti dostali do správy správcu majetku štátu, teda MZ SR, ktoré je štátnou rozpočtovou organizáciou v súlade so Zákonom o rozpočtových pravidlách verejnej správy. Štátne rozpočtové organizácie sú správcami majetku štátu v súlade s § 1 Zákona o správe majetku štátu.¹⁵³

Vplyv úpadku a zadĺženia súkromného partnera na nehnuteľnosti, ktoré by zostali vo vlastníctve NSM nebol predmetom skúmania. V prípade, ak budú nehnuteľnosti v správe správcu, teda MZ SR, tieto nehnuteľnosti môžu byť na základe koncesnej zmluvy prenechané do užívania koncesionára. Takýto majetok je potom chránený v súlade s ustanoveniami Zákona o správe majetku štátu a ďalších zákonov upravujúcich ochranu majetku štátu.

Koncesný majetok je majetok štátu v správe správcu, ktorý užíva koncesionár v rozsahu, za podmienok a v lehote dohodnutej v koncesnej zmluve na uskutočnenie stavebných prác alebo v koncesnej zmluve na poskytnutie služby. Koncesionár nie je oprávnený tento koncesný majetok predať, ale môže ho užívať v súlade s ustanoveniami Zákona o správe majetku štátu a koncesnou zmluvou.

Vlastníctvo štátu k tomuto majetku zostáva zachované, teda mu je poskytovaná ochrana ako inému majetku štátu. Majetok štátu je chránený Zákom o konkurze, podľa ktorého sa tento zákon „nevzťahuje na usporiadanie majetkových pomerov dlžníka, ktorým je štát, štátna rozpočtová organizácia, štátna príspevková organizácia, štátny fond, obec, vyšší územný celok, rozpočtová organizácia a príspevková organizácia v zriaďovateľskej pôsobnosti obce a vyššieho územného celku alebo iná osoba, za ktorej všetky záväzky zodpovedá alebo ručí štát“.

Nie všetok majetok štátu má exekučnú imunitu podľa Exekučného poriadku. Po rozhodnutí ÚS SR, ktorým bola obmedzená ochrana majetku štátu, bola prijatá novela Exekučného poriadku definujúca, ktorý majetok štátu má absolútnu a ktorý relatívnu imunitu. Rozhodnutie ÚS SR (PL ÚS 111/2011) potvrdilo nespochybniteľný verejný záujem na zachovaní určenia majetku štátu na plnenie určitých jedinečných úloh ako napríklad obrana štátu, súčasne však súd odmietol dovtedajšie zakotvenie o jeho ochrane ako protiústavné, nakoľko sa práva ostatných fyzických a právnických osôb stávajú iba iluzórne. ÚS SR teda odmietol absolútnu exekučnú imunitu, ako bola dovtedy upravená v Zákone o správe majetku štátu, ale definoval majetok, ktorý má takúto absolútnu imunitu a ktorý iba relatívnu. V prípade relatívnej imunity môže o takejto imunitě rozhodnúť na návrh súd a v takomto prípade exekútor exekučné konanie zastaví.

¹⁵³ Špecifikované bližšie v časti Posúdenie možných vplyvov na právne vzťahy k jestvujúcim aktívam (t.j. vlastníctvo aktív, správa štátneho majetku a obmedzenia pri nakladaní s majetkom) na realizáciu Projektu

Posúdenie rizík vyplývajúcich z možného úpadku Súkromného partnera

Nehnuteľnosti v správe správcu podľa Zákona o správe majetku štátu majú absolútnu imunitu. Riziko predstavuje iba interpretácia, podľa ktorej koncesionár nie je správcom majetku štátu podľa Zákona o správe majetku štátu. Správa, resp. užívanie majetku štátu koncesionárom je odlišné od "klasickej" správy podľa tohto Zákona o správe majetku štátu. Koncesionár nemá postavenie správcu majetku v súlade so Zákom o správe majetku štátu, i keď v koncesnej zmluve môže byť prevod takejto správy dohodnutý. Na druhej strane však Exekučný poriadok upravuje absolútnu imunitu nehnuteľností v správe správcu okrem majetku v dočasnej správe. Dočasná správa nie je správa koncesionára, preto je možné predpokladať, že úmyslom zákonodarcu bolo zachovať absolútnu imunitu aj v prípade nehnuteľností, ktoré zostávajú v správe správcu a v užívaní koncesionára.

Preto by úpadok súkromného partnera nemal mať žiaden vplyv na majetok vo vlastníctve štátu, či už nehnuteľný alebo hnutelný, keďže sa Zákon o konkurze nevzťahuje na usporiadanie majetkových pomerov štátu. Rovnako nie je aplikovateľný ani Exekučný poriadok na nehnuteľnosti v správe správcu majetku štátu. Niektoré časti majetku nUNB, napríklad vybavenie, môžu byť dotknuté úpadkom alebo zadlžením súkromného partnera, ktoré by mohlo mať za následok exekučné konanie na jeho majetok v závislosti od ich vlastníctva. Na tento majetok sa môže uplatňovať Zákon o konkurze a Exekučný poriadok. Určité riziko vyplýva pre koncesionára (SPV) z možného predĺženia, ktoré je definované Zákom o konkurze ako stav, keď suma všetkých záväzkov dlžníka presiahne hodnotu jeho majetku. Pri stanovení sumy záväzkov a hodnoty majetku sa pritom vychádza z účtovníctva, pričom sa prihliada aj na prípadnú ďalšiu správu majetku alebo na ďalšie prevádzkovanie podniku, ak možno so zreteľom na všetky okolnosti odôvodnene predpokladať, že bude možné v správe majetku alebo prevádzkovaní podniku ďalej pokračovať. V prípade novozaloženej SPV by mohlo hroziť riziko, že pri prevzatí úverov by sa mohla ocitnúť v predĺžení. Pri stanovení predĺženia sa však vychádza len zo samotnej hodnoty aktuálneho majetku dlžníka, ale je potrebné prihliadať aj na budúce hospodárske výsledky dosiahnuté v súvislosti s budúcou prevádzkou podniku. S prihliadnutím na budúcu prevádzku nUNB a jej budúcich príjmov by tak SPV nemuselo byť automaticky v predĺžení. Tento model bol v praxi overený a testovaný, uvedené riziko však nevieme úplne vylúčiť. Riziko úpadku koncesionára môže byť mitigované v koncesnej zmluve. Koncesná zmluva môže upravovať spôsob usporiadania majetkových práv k vybaveniu nUNB, rovnako ako spôsob odovzdania tohto majetku.

Spôsob odovzdania majetku závisí od dohody upravenej v koncesnej zmluve a vo veľkej miere aj od štádia Projektu a vlastníctva nehnuteľností nUNB. Tieto procesy ako aj otázka vlastníctva nehnuteľností môže byť predmetom rokovania s uchádzačmi v rámci verejného obstarávania, vzhľadom na charakter Projektu a ochranu pred konkurzom a exekúciou však odporúčame, aby vlastníctvo k nehnuteľnostiam bolo od začiatku štátne.

V prípade ukončenia zmluvy vo výstavbovej fáze Projektu bude potrebné zmluvne vysporiadať vzájomné práva a povinnosti. Zmluvne bude zakotvený spôsob a priebeh odovzdania staveniska, dokumentácie a ostatných hnutelných vecí. Vychádzame z predpokladu, že v tomto štádiu nebude ešte nutné zabezpečovať „prevod“ ľudských zdrojov a teda brať do úvahy príslušné pracovnoprávne predpisy.

Ak dôjde k ukončeniu koncesnej zmluvy v čase prevádzky, bude omnoho citlivejšie potrebné dohodnúť prípadný prevod nehnuteľného majetku, hnutelného majetku a ľudských zdrojov na štát. Vzhľadom na charakter tohto Projektu je nevyhnutné zabezpečiť 24 hodinovú nepretržitú prevádzku nUNB. V koncesnej zmluve bude potrebné zakotviť, aby koncesionár uskutočňoval prevádzku až do odovzdania nUNB štátu, resp. štátom vlastnenej spoločnosti. Zároveň však bude potrebné upraviť mechanizmus koncesnej zmluvy tak, aby mohol štát prevziať Projekt prakticky okamžite, ak dôjde k takej situácii, v ktorej koncesionár nebude objektívne schopný ďalej ho prevádzkovať, aby nebolo ohrozené poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Ak by mal štát záujem na ďalšom prevádzkovaní nemocnice treťou osobou, je v súlade so Zákom o verejnom obstarávaní povinný vyhlásiť nové verejné obstarávanie na výber súkromného partnera.

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
ZPPP	Strata kontroly nad majetkom nUNB, najmä nehnuteľnosťami.	Vlastníctvo k nehnuteľnostiam nUNB by zostalo štátne. Koncesionár by mal nehnuteľnosti v užívaní podľa koncesnej zmluvy.
	Strata kontroly nad ostatným majetkom koncesionára.	Vhodná úprava koncesnej zmluvy, ktorá by zabezpečila kontrolu nad Projektom, napríklad rôzne mechanizmy intervencie zo strany verejného obstarávateľa v prípade hroziaceho úpadku, spôsob prevzatia Projektu a spätného odovzdania štátu.

Posúdenie rizík vyplývajúcich z možného úpadku Súkromného partnera

B. IPPP

Posúdením dopadov implementácie IPPP variantu na oblasť úpadku boli identifikované nasledovné riziká:

- ▶ Stavby, ktoré vzniknú činnosťou spoločného podniku nie sú súčasťou prioritného majetku s potrebnou ochranou voči exekúcii a konkurzu.
- ▶ Strata kontroly nad ostatným majetkom koncesionára

Správca majetku štátu a koncesionár môžu založiť spoločný podnik podľa Zákona o správe majetku štátu. Správca môže so súhlasom Vlády SR vložiť majetok štátu, ktorý spravuje, ako vklad pri založení spoločného podniku alebo ako vklad do základného imania spoločného podniku, ak je to dohodnuté v koncesnej zmluve. Nehnuteľnosti vložené do spoločného podniku sa stávajú prioritným majetkom. Nakladanie, užívanie a ochrana prioritného majetku je upravená osobitne v Zákone o správe majetku štátu. Ochrana podľa Exekučného poriadku a Zákona o konkurze ako v prípade ZPPP teda nie je na tento majetok aplikovateľná. Prioritný majetok nemožno použiť na zabezpečenie záväzkov spoločného podniku, koncesionára alebo tretej osoby, ani previesť do vlastníctva iných osôb. Možno ho však v súlade s koncesnou zmluvou prenechať do nájmu, výpožičky alebo zriadiť zmluvné vecné bremeno.

Spoločný podnik je povinný zachovať účelové určenie prioritného majetku, ktorý nadobudol do vlastníctva, pričom sa táto povinnosť vzťahuje aj na právneho nástupcu. Určenie prioritného majetku sa zapisuje poznámkou do katastra nehnuteľností.

V prípade úpadku súkromného partnera prioritný majetok nepodlieha výkonu rozhodnutia, exekúcii, nie je súčasťou konkurznej podstaty a ani predmetom likvidácie. Vyhlásením konkurzu na spoločný podnik prechádza na správcu majetku štátu oprávnenie konať za spoločný podnik vo veciach prevádzky a údržby prioritného majetku, pri tom koná v mene spoločného podniku a na vlastný účet. Ak bol na spoločný podnik vyhlásený konkurz, prioritný majetok prechádza do vlastníctva štátu právoplatnosťou uznesenia súdu o vyhlásení konkurzu za náhradu určenú v koncesnej zmluve, najviac za cenu stanovenú znaleckým posudkom.

Dňom zrušenia spoločného podniku likvidáciou prioritný majetok prechádza do vlastníctva štátu za náhradu určenú v koncesnej zmluve, najviac za cenu stanovenú znaleckým posudkom. Vloženie majetku do spoločného podniku môže správca majetku štátu uskutočniť pri založení spoločného podniku alebo neskôr.

V prípade, ak sa Nehnuteľnosti, ktoré má vo vlastníctve NSM dostanú do správy správcu majetku štátu, teda MZ SR, bude ich následne možné vložiť do spoločného podniku. Stanú sa tak súčasťou prioritného majetku. V súlade so Zákom o správe majetku štátu sa len nehnuteľnosti vložené správcom do základného imania stávajú chráneným prioritným majetkom, zákon však osobitne neupravuje režim ochrany nehnuteľností, ktoré vzniknú z činnosti spoločného podniku, teda napríklad budovy novej nemocnice. Tie by v prípade výstavby a nadobudnutia vlastníctva spoločným podnikom neboli chránené Zákom o správe majetku štátu ako prioritný majetok a mohli by sa tak súčasťou konkurznej podstaty alebo predmetom likvidácie. Ak by boli od začiatku priamo vlastnené štátom, bola by im poskytnutá ochrana ako inému štátnemu majetku, teda nehnuteľnosti by neboli predmetom exekúcie ani súčasťou konkurznej podstaty.

Eliminácia rizika v čase výstavby nemocnice by bola možná úpravou koncesnej zmluvy, podľa ktorej by vlastníctvo k budovám nemocnice nadobudol najprv správca majetku štátu (MZ SR) a až následne by ich vložil do základného imania spoločného podniku, čím by sa stali súčasťou prioritného majetku. Budovy nemocnice by tvorili nepeňažný vklad ako súbor peniazmi ocenených hodnôt, ktorým môže byť akýkoľvek majetok, ktorý sa dá oceniť. Do spoločného podniku je možné vložiť nehnuteľnosť, ktorá je zapísaná v katastri nehnuteľností. Evidovať v katastri nehnuteľností je možné rozostavanú stavbu, ktorá je aspoň v takom stupni rozostavanosti, že už z predloženého znaleckého posudku je zrejme stavebnotechnické a funkčné usporiadanie jej prvého nadzemného podlažia.

Ostatný majetok spoločného podniku napríklad niektoré časti majetku nUNB, napríklad jej vybavenie môžu byť dotknuté úpadkom alebo zadlžením súkromného partnera v závislosti od ich vlastníctva. Na tento majetok sa môže uplatňovať Zákon o konkurze a Exekučný poriadok. Riziko, že bude spoločný podnik v úpadku z dôvodu prevzatia úverov a následnej možnosti predĺženia, je nižšie ako v prípade ZPPP, ak budú Nehnuteľnosti vložené do imania spoločného podniku (viac v tejto časti týkajúcej sa variantu JV). Uvedené riziko môže byť mitigované v koncesnej zmluve. Koncesná zmluva môže upravovať spôsob usporiadania majetkových práv k vybaveniu nUNB, rovnako ako spôsob odovzdania tohto majetku. Spôsob odovzdania majetku závisí od dohody upravenej v koncesnej zmluve a vo veľkej miere aj od štádia projektu a vlastníctva nehnuteľností nUNB.

Zmierniť dopady úpadku súkromného partnera alebo exekúcie jeho majetku na Projekt bude možné dôslednou úpravou koncesnej zmluvy a korporátnych dokumentov spoločného podniku. Najmä v prevádzkovej fáze Projektu bude nevyhnutné dohodnúť, aby odovzdanie majetku nUNB do rúk štátu prebehlo bez komplikácií a negatívnych dopadov na poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

Posúdenie rizík vyplývajúcich z možného úpadku Súkromného partnera

Takáto kontrola, respektíve prebratie Projektu štátom však môže byť negatívne vnímané zo strany súkromného partnera alebo jeho financujúcich subjektov. Aby súkromný partner vedel zabezpečiť efektívny chod nUNB, bude mať záujem na udržaní určitej kontroly nad Projektom. Koncesná zmluva a korporátne dokumenty by mali tiež obsahovať mechanizmus prevodu obchodného podielu alebo akcií na štát spolu s výpočtom primeranej odplaty (kompenzácie), aby projekt zostal atraktívny aj pre financujúce subjekty.

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
IPPP	Stavby, ktoré vzniknú činnosťou spoločného podniku nie sú súčasťou prioritného majetku s potrebnou ochranou voči exekúcii a konkurzu.	Vlastníctvo k budovám nemocnice by nadobudol najprv správca majetku štátu (MZ SR) a až následne by ich vložil do základného imania spoločného podniku, čím by sa stali súčasťou prioritného majetku. Prípadne by budovy zostali vo vlastníctve štátu. Vtedy by však mohli záväzky spoločného podniku prevýšiť majetok, čím by sa spoločný podnik mohol dostať do predĺženia.
	Strata kontroly nad ostatným majetkom koncesionára.	Vhodná úprava koncesnej zmluvy a korporátnych dokumentov, ktorá by zabezpečila kontrolu nad Projektom, napríklad rôzne mechanizmy intervencie zo strany verejného obstarávateľa v prípade hroziaceho úpadku, spôsob prevzatia Projektu, povinný predaj obchodného podielu alebo akcií a spätné odovzdanie štátu.

C. JV

Posúdením dopadov implementácie JV variantu na oblasť úpadku boli identifikované nasledovné riziká:

- ▶ JV podlieha Zákonu o konkurze
- ▶ JV podlieha Exekučnému poriadku
- ▶ JV by mohla byť pri poskytnutí úverov automaticky v predĺžení podľa Zákona o konkurze, riziko bude zvýšené v prípade, ak vlastníctvo k nehnuteľnostiam zostane štátu

Ochrana majetku závisí od konkrétneho modelu, ale iba nehnuteľný majetok štátu má absolútnu imunitu. V prípade, ak všetok majetok bude vo vlastníctve JV, imunita majetku podľa Exekučného poriadku a Zákona o konkurze nebude aplikovateľná. Z tohto dôvodu bude ochrana majetku JV významne znížená. Ochrana majetku JV bude znížená aj preto, že mu nebude poskytnutá ochrana ako koncesnému alebo prioritnému majetku v ZPPP a IPPP podľa Zákona o správe majetku štátu a koncesnej zmluvy. V prípade, ak by štát zostal vlastníkom nehnuteľností nUNB, pričom by JV uskutočňovalo len prevádzku nUNB, z pohľadu judikatury SD EÚ a pravdepodobne aj ÚVO a Komisie by bol takýto variant posúdený ako obchádzanie Zákona o verejnom obstarávaní. Podľa judikatury SD EÚ môže byť aj prijímanie benefitov verejným partnerom posúdené ako obchádzanie smerníc regulujúcich verejné obstarávanie, preto by vlastníctvo štátu v takomto variante nebolo možné efektívne obhájiť.

Určitá ochrana by bola majetku poskytnutá, ak by prijal štát za takýto majetok záruku. Zákon o konkurze sa nevzťahuje na usporiadanie majetkových pomerov dlžníka, za ktorého záväzky zodpovedá alebo ručí štát. V prípade záruk je však potrebné vziať do úvahy právne predpisy upravujúce štátnu pomoc a štátne záruky.

Podľa Exekučného poriadku exekúcii nepodlieha aj iný majetok štátu, o ktorom tak ustanoví osobitný zákon. Absolútna imunita majetku JV by si teda vyžiadala prijatie osobitného zákona, ktorý by upravil vyňatie tohto majetku spod pôsobnosti Exekučného poriadku. V opačnom prípade by mohol mať tento majetok len relatívnu imunitu, teda imunita by bola poskytnutá súdom na základe návrhu alebo dohody s exekútorom. Uvedené však predstavuje veľké riziko tohto modelu pre štát. Aj keď by takáto imunita mohla byť súdom priznaná, keďže by sa jednalo o majetok štátu, ktorý si z dôvodu verejného záujmu vyžaduje ochranu, táto ochrana je ponechaná na zvážení súdu. Súd najprv rozhoduje o návrhu na priznanie relatívnej imunity a následne o zastavení exekúcie.

Posúdenie rizík vyplývajúcich z možného úpadku Súkromného partnera

Ako vyplýva z vyššie uvedeného, z tohto modelu vyplývajú najvyššie riziká z úpadku alebo zadlženia súkromného partnera, nakoľko všetok majetok môže byť predmetom exekúcie alebo súčasťou konkurznej podstaty za predpokladu, že by bol vo vlastníctve JV.

Aj samotná koncepcia JV môže byť problematická z pohľadu Zákona o konkurze, najmä v prípade ak by nehnuteľnosti zostali vo vlastníctve štátu z dôvodu ich ochrany. V prípade, ak by JV prevzala úvery, ktoré by presahovali hodnotu jej majetku, mohla by byť spoločnosť vystavená riziku vyhlásenia konkurzu.

Predĺženie je Zákomom o konkurze definované ako stav, keď suma všetkých záväzkov dlžníka presiahne hodnotu jeho majetku. Pri stanovení sumy záväzkov a hodnoty majetku sa pritom vychádza z účtovníctva, pričom sa prihliada aj na prípadnú ďalšiu správu majetku alebo na ďalšie prevádzkovanie podniku, ak možno so zreteľom na všetky okolnosti odôvodnene predpokladať, že bude možné v správe majetku alebo prevádzkovaní podniku ďalej pokračovať. Znamená to, že pri stanovení predĺženia by sa nemalo vychádzať len zo samotnej hodnoty aktuálneho majetku dlžníka, ale v prípade ak je dlžník objektívne schopný pokračovať v prevádzkovaní svojho podniku a možno odôvodnene predpokladať, že bude schopný v budúcnosti dosahovať kladné hospodárske výsledky, pri stanovení predĺženia je potrebné prihliadať aj na budúce hospodárske výsledky dosiahnuté v súvislosti s budúcou prevádzkou podniku. S prihliadnutím na budúcu prevádzku nUNB a jej budúcich príjmov by tak JV nemuselo byť automaticky v predĺžení, avšak z hľadiska úplnej eliminácie tohto rizika by uvedenému bolo možné zabrániť prijatím osobitnej právnej úpravy.

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
JV	JV podlieha Zákona o konkurze.	Prevzatie záruk za majetok JV alebo prijatie osobitnej právnej úpravy.
	JV podlieha Exekučnému poriadku.	Prijatie osobitnej právnej úpravy, ktorá by poskytla majetku JV absolútnu imunitu. Alternatíva: vlastníctvo k nehnuteľnostiam a ďalšiemu majetku bude štátne.
	JV by mohla byť pri poskytnutí úverov automaticky v predĺžení podľa Zákona o konkurze, riziko bude zvýšené v prípade, ak vlastníctvo k nehnuteľnostiam zostane štátu.	Prevzatie záruk za majetok. Preukázanie budúcich možných príjmov. Prijatie osobitnej právnej úpravy.

D. Špecifický variant

Posúdením dopadov implementácie Špecifického variantu na oblasť úpadku boli identifikované nasledovné riziká:

- Úpadok dodávateľa stavebných prác alebo služieb
- Úpadok alebo exekúcia majetku SPV 100% kontrolovanej štátom
- JV by bola pri poskytnutí úverov automaticky v predĺžení podľa Zákona o konkurze, riziko bude zvýšené v prípade, ak vlastníctvo k nehnuteľnostiam zostane štátne

Predpokladom modelu je, že štát bude výlučným vlastníkom SPV a koncesiu zadá SPV v rámci tzv. „in house“ zákazky. Právna úprava „in house“ zákaziek je nateraz riešená len v judikatúre Súdneho dvora EÚ a metodike ÚVO. Nová Smernica 2014/24/EÚ už obsahuje komplexnú úpravu zadávania „in house“ zákaziek medzi verejným obstarávateľom a kontrolovaným subjektom.

V rámci špecifického modelu by SPV mala byť v plnom rozsahu kontrolovaná štátom. V prípade zadávania zákaziek na jednotlivé čiastkové plnenia, napríklad výstavbu novej nemocnice by úpadok súkromného partnera mal za následok v podstate len pozastavenie Projektu a vyhlásenie nového verejného obstarávania. Úpadok alebo zadlženie súkromného partnera by preto nemalo mať taký signifikantný vplyv na realizáciu Projektu ako v prípade PPP variantov.

Úpadok SPV môže mať rôzny dopad na výsledok projektu v závislosti od konkrétneho modelu. Špecifickým však bude posúdenie ochrany majetku štátu, v prípade, ak zostane vlastníkom pozemkov a novovybudovanej nemocnice štát a v prípade, ak prejdú do vlastníctva SPV. Ak zostane vlastníkom štát a užívanie bude zverené koncesionárovi (SPV), bude mať tento koncesný majetok ochranu podľa Zákona o správe majetku štátu. Koncesný majetok je

Posúdenie rizík vyplývajúcich z možného úpadku Súkromného partnera

„majetok štátu v správe správcu, ktorý užíva koncesionár v rozsahu, za podmienok a v lehote dohodnutej v koncesnej zmluve na uskutočnenie stavebných prác alebo v koncesnej zmluve na poskytnutie služby uzatvorenej podľa osobitného predpisu“. Týmto osobitným predpisom je Zákon o verejnom obstarávaní. Tento zákon však okrem definície koncesionára upravuje aj postup pri zadávaní koncesie verejným obstarávateľom. Výsledkom je uzatvorenie koncesnej zmluvy.

Otázna je aplikácia časti Zákona o správe majetku štátu v užívaní koncesionára v prípade zadanie tzv. „in house“ koncesii a takých koncesných zmlúv, ktoré z rôznych dôvodov neboli uzatvorené na základe postupov podľa Zákona o verejnom obstarávaní. Zákon o verejnom obstarávaní je jediný zákon, ktorý upravuje koncesie komplexnejšie a preto je zrejmé prepojenie na tento zákon. Úmyslom zákonodarcu pravdepodobne bolo ochrániť aj majetok, ktorý je predmetom takých koncesných zmlúv, ktoré nie sú zadávané podľa Zákona o verejnom obstarávaní. Na druhej strane však spojenie „koncesnej zmluve..... uzatvorenej podľa osobitného predpisu“ jasne napovedá, že koncesná zmluva by mala byť uzatvorená podľa Zákona o verejnom obstarávaní, čo v sebe implikuje aj dodržanie postupov podľa tohto zákona. V prípade výkladu, ktorý by neposkytoval ochranu majetku štátu podľa Zákona o správe majetku štátu, by bolo vhodnejšie, ak by vlastníctvo k nehnuteľnostiam zostalo štátu. Nehnuteľnosti by tak boli chránené ako iný majetok štátu, teda nepodliehali by konkurzu a exekúcii. Alternatívou by bolo prijatie osobitného zákona, prípadne osobitnej úpravy týkajúcej sa takéhoto typu nemocníc, ktorý by vyňal majetok nUNB (SPV) spod pôsobnosti Exekučného poriadku a Zákona o konkurze.

Uzatvorenie koncesnej zmluvy medzi dvomi verejnými subjektmi tak nemusí v tomto ohľade poskytovať žiadnu výhodu oproti iným modelom, napríklad výlučne korporátnemu riešeniu so zverením špecifických úloh SPV štátom. Majetok a najmä nehnuteľnosti SPV by však nemali poskytnutú primeranú ochranu s ohľadom na účel poskytovania zdravotnej starostlivosti, podobne ako v modeli JV. Preto by bolo vhodné zvážiť poskytnutie záruk, alebo schválenie osobitného zákona, ktorý by tomuto majetku ochranu pred konkurzom, likvidáciou a exekúciou poskytol.

Predĺženie je Zákomom o konkurze definované ako stav, keď suma všetkých záväzkov dlžníka presiahne hodnotu jeho majetku. Pri stanovení sumy záväzkov a hodnoty majetku sa pritom vychádza z účtovníctva, pričom sa prihliada aj na prípadnú ďalšiu správu majetku alebo na ďalšie prevádzkovanie podniku, ak možno so zreteľom na všetky okolnosti odôvodnene predpokladať, že bude možné v správe majetku alebo prevádzkovaní podniku ďalej pokračovať. Znamená to, že pri stanovení predĺženia by sa nemalo vychádzať len zo samotnej hodnoty aktuálneho majetku dlžníka, ale v prípade ak je dlžník objektívne schopný pokračovať v prevádzkovaní svojho podniku a možno odôvodnene predpokladať, že bude schopný v budúcnosti dosahovať kladné hospodárske výsledky, pri stanovení predĺženia je potrebné prihliadať aj na budúce hospodárske výsledky dosiahnuté v súvislosti s budúcou prevádzkou podniku. S prihliadnutím na budúcu prevádzku nUNB a jej budúcich príjmov by SPV nemuselo byť automaticky v predĺžení, ale vo výstavbovej fáze Projektu uvedené riziko nie je možné úplne vylúčiť. Preto by bolo vhodné zvážiť prijatie osobitnej právnej úpravy vylučujúcej konkurz na majetok SPV.

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
Špecifický variant	Úpadok dodávateľa stavebných prác alebo služieb.	Vhodná úprava zmluvy o dielo a/alebo zmluvy o prevádzke, napríklad sankčné mechanizmy, úhrada zmluvnej ceny diela po dokončení prác a pod.
	Úpadok alebo exekúcia majetku SPV 100% kontrolovanej štátom.	Ochrana podľa Zákona o správe majetku štátu nemusí byť v rámci „in house“ zákaziek zaručená. Prijatie osobitnej právnej úpravy poskytujúcej absolútnu imunitu pred exekúciou a ochranu pred konkurzom.
	SPV by bola pri poskytnutí úverov automaticky v predĺžení podľa Zákona o konkurze, riziku bude zvýšené v prípade, ak vlastníctvo k nehnuteľnostiam zostane štátne.	Prevzatie záruk za majetok. Preukázanie budúcich možných príjmov. Prijatie osobitnej právnej úpravy.

Posúdenie rizík vyplývajúcich z možného úpadku Súkromného partnera

Porovnanie variantov

Z hľadiska uskutočniteľnosti sa javia všetky varianty ako možné a uskutočniteľné. Pri porovnaní jednotlivých variantov z hľadiska ochrany majetku verejného partnera sa javia ako uskutočniteľné bez potreby novej právnej úpravy varianty ZPPP a IPPP, nakoľko týmto variantom je poskytovaná ochrana pred úpadkom a exekúciou súkromného partnera priamo zo zákona.

Najviac rizikovým sa javí variant JV, kedy by bola nehnuteľnostiam a ostanému majetku nUNB poskytnutá najnižšia miera ochrany pred konkurzom a exekúciou. Z hľadiska mitigácie rizík je vhodným variantom aj Špecifický model, ktorý by bol úpadkom súkromného partnera (dodávateľa prác alebo služieb) najmenej dotknutý, dôsledne vyriešiť by však bolo potrebné ochranu samotného SPV vo vlastníctve štátu. Najvhodnejším spôsobom mitigácie sa javí prijatie osobitnej právnej úpravy. Z ostatných mitigačných opatrení vo všetkých variantoch je potrebné spomenúť aj dôslednú úpravu zmluvy, korporátnych dokumentov a efektívne verejné obstarávanie, v rámci ktorého je možné tieto opatrenia dohodnúť a testovať.

Z hľadiska rizík pre uskutočniteľnosť a spôsobov mitigácie sa ako najvýhodnejší javí ZPPP so strednou váhou rizík a vysokou až strednou účinnosťou mitigačných opatrení v koncesnej zmluve. Nasleduje variant IPPP so strednou váhou rizík a strednou až vysokou účinnosťou mitigačných opatrení. Špecifický variant pre nízku váhu rizík a vysokou priechodnosť mitigačných opatrení tiež prichádza do úvahy za predpokladu vyriešenia otázok ochrany SPV. Variant JV vykazuje vysokú mieru rizika so strednou až nízkou účinnosťou mitigačných opatrení.

Sumarizačná tabuľka

Riziko	ZPPP	IPPP	JV	Špecifický variant
Strata kontroly nad majetkom nUNB, najmä nehnuteľnosťami.	Vlastníctvo k nehnuteľnostiam nUNB by zostalo štátne. Koncesionár by mal nehnuteľnosti v užívaní podľa koncesnej zmluvy.	Stavby, ktoré vzniknú činnosťou spoločného podniku nie sú súčasťou prioritného majetku s potrebnou ochranou voči exekúcii a konkurzu. Vlastníctvo k budovám nemocnice by nadobudol najprv správca majetku štátu (MZ SR) a až následne by ich vložil do základného imania spoločného podniku, čím by sa stali súčasťou prioritného majetku. Prípadne by budovy zostali vo vlastníctve štátu.	JV podlieha konkurzu a exekúcii. Možné prevzatie záruk štátom alebo osobitná právna úprava.	Neidentifikované
Strata kontroly nad ostatným majetkom koncesionára	Vhodná úprava koncesnej zmluvy, ktorá by zabezpečila kontrolu nad Projektom, napríklad rôzne mechanizmy intervencie zo strany verejného obstarávateľa v prípade hroziaceho úpadku, spôsob prevzatia Projektu a spätného odovzdania štátu.	Vhodná úprava koncesnej zmluvy a korporátnych dokumentov, ktorá by zabezpečila kontrolu nad Projektom, napríklad rôzne mechanizmy intervencie zo strany verejného obstarávateľa v prípade hroziaceho úpadku, spôsob prevzatia Projektu, povinný predaj obchodného podielu alebo akcií a spätné odovzdanie štátu.	Neidentifikované	Neidentifikované
JV podlieha Zákonu	Neidentifikované	Neidentifikované	Prevzatie záruk za majetok	Neidentifikované

Posúdenie rizík vyplývajúcich z možného úpadku Súkromného partnera

o konkurze			JV alebo prijatie osobitnej právnej úpravy.	
JV podlieha Exekučnému poriadku	Neidentifikované	Neidentifikované	Prijatie osobitnej právnej úpravy, ktorá by poskytla majetku JV absolútnu imunitu. Alternatíva: vlastníctvo k nehnuteľnostiam a ďalšiemu majetku bude štátne.	Neidentifikované
Úpadok dodávateľa stavebných prác alebo služieb.	Neidentifikované	Neidentifikované	Neidentifikované	Vhodná úprava zmluvy o dielo a/alebo zmluvy o prevádzke, napríklad sankčné mechanizmy, úhrada zmluvnej ceny diela po dokončení prác a pod.
Úpadok alebo exekúcia majetku SPV 100% kontrolovanej štátom.	Neidentifikované	Neidentifikované	Neidentifikované	Ochrana podľa Zákona o správe majetku štátu nemusí byť v rámci „in house“ zákaziek zaručená. Prijatie osobitnej právnej úpravy poskytujúcej absolútnu imunitu pred exekúciou a ochranu pred konkurzom.
SPV, prípadne koncesionár by mohla byť pri poskytnutí úverov automaticky v predĺžení podľa Zákona o konkurze, riziko bude zvýšené v prípade, ak vlastníctvo k nehnuteľnostiam zostane štátne.	Týka sa iba koncesionára S prihladením na budúcu prevádzku nUNB a jej budúcich príjmov by tak koncesionár nemusel byť automaticky v predĺžení.	Týka sa SPV V prípade, ak by nehnuteľnosti neboli súčasťou IPPP je riziko vyššie. S prihladením na budúcu prevádzku nUNB a jej budúcich príjmov by tak koncesionár nemusel byť automaticky v predĺžení	Týka sa SPV Prevzatie záruk za majetok. Preukázanie budúcich možných príjmov. Prijatie osobitnej právnej úpravy. S prihladením na budúcu prevádzku nUNB a jej budúcich príjmov by tak koncesionár nemusel byť automaticky v predĺžení	Týka sa SPV S prihladením na budúcu prevádzku nUNB a jej budúcich príjmov by tak koncesionár nemusel byť automaticky v predĺžení. Možné je aj prijatie osobitnej právnej úpravy.

Posúdenie právnych aspektov navrhovaných platobných mechanizmov medzi partnermi

Posúdenie právnych aspektov navrhovaných platobných mechanizmov medzi partnermi

Základný popis dopadovej oblasti

Táto časť správy sa venuje posúdeniu právnych aspektov platobných mechanizmov, ktorých uplatnenie vo vzťahu k jednotlivým posudzovaným variantom prichádza do úvahy. Správne zadefinovanie a aplikácia platobných mechanizmov sú kľúčové pre uskutočniteľnosť Projektu, a to najmä z pohľadu jeho bankovateľnosti a finančnej dostupnosti. Platobné mechanizmy by mali

- ▶ byť primerane atraktívne, aby vyvolali záujem o Projekt na strane súkromného sektora,
- ▶ voči súkromnému partnerovi pôsobiť dostatočne motivačne vo vzťahu k čo najefektívnejšej realizácii Projektu,
- ▶ na strane financujúcich subjektov vyvolávať adekvátnu dôveru v stabilitu, dlhodobosť a návratnosť poskytnutých financií, a
- ▶ verejnému partnerovi poskytovať vhodné mechanizmy na korigovanie prípadného nepriaznivého vývoja Projektu.

Rozumieme, že MZ SR preferuje PPP model založený na dopyte, teda aby súkromný partner získaval platby za poskytované služby od koncových užívateľov. Ako sme už uviedli pri základnom vymedzení jednotlivých PPP variantov, predpokladáme, že realizácia takéhoto typu projektu bude mimoriadne veľkou výzvou. Pre akýkoľvek PPP projekt je z hľadiska bankovateľnosti a finančnej dostupnosti nevyhnutný predvídateľný a stabilný cash-flow a výnosy Projektu, čo je v podmienkach slovenského legislatívneho prostredia a nákladov potrebných na výstavbu a prevádzku nUNB, mimoriadne ťažko zabezpečiteľné. Preto sme sa ďalej zamerali aj (predovšetkým) na aspekty platobného mechanizmu spojené s platbami štátu.

Právny rámec dopadovej oblasti

Platobné mechanizmy zmlúv uzatváraných v rámci PPP projektov nie sú v našom právnom prostredí bližšie adresované. Najvýznamnejším nástrojom na riešenie súvisiacich otázok budú preto Projektové zmluvy (teda koncesné zmluvy v prípade ZPPP, IPPP a Špecifickom variante a korporátna dokumentácia v prípade JV). Významné postavenie vo vzťahu k právnemu rámcu platobného mechanizmu budú mať potom aj zmluvné dojednania medzi subjektom realizujúcim Projekt a zdravotnými poisťovňami. Predmetom zmlúv so zdravotnými poisťovňami bude zakotvenie podmienok pre financovanie Projektu zo zdrojov z verejného zdravotného poistenia, teda v každom prípade element dopytu – platieb za skutočne realizované výkony.

Aj keď z hľadiska uskutočniteľnosti Projektu nepredpokladáme dopytový element za celkom životaschopný bez ďalších platieb štátu, považujeme za vhodné tento podporovať tak, aby prípadné priame platby štátu neohrozili uskutočniteľnosť Projektu z hľadiska finančnej dostupnosti. V kontexte právneho rámca dopadovej oblasti preto odporúčame zvážiť legislatívnu zmenu, predmetom ktorej by bolo uvoľnenie možnosti zmeny zdravotnej poisťovne zo strany poistenca. Za týmto účelom by bolo potrebné novelizovať ustanovenie § 7 ods. 2 Zákona o zdravotnom poistení¹⁵⁴. Zámerom takejto úpravy je vytvárať konkurenčný tlak na zdravotné poisťovne a zároveň poskytnúť poistencom možnosť flexibilnejšieho výberu zdravotnej poisťovne s tým, že zdravotné poisťovne by mali byť aj týmto spôsobom motivované uzatvárať s nUNB také zmluvy, ktoré budú poistencom umožňovať čo najširšie možnosti pri využívaní služieb nUNB. Taktiež odporúčame zvážiť zmenu ustanovenia § 7 ods. 1 Zákona o zdravotných poisťovniach doplnením povinnosti zdravotnej poisťovne uzatvoriť zmluvu s koncesnou nemocnicou a udržiavať ju v platnosti po celú dobu trvania koncesnej zmluvy.

Špecifiká, riziká, benefity a odporúčania pre dopadovú oblasť

Jednotlivé varianty sa vo vzťahu k aplikovateľným a navrhovaným platobným mechanizmom výrazne odlišujú. Na jednej strane je potrebné posúdiť platobné mechanizmy typické pre PPP projekty, t.j. platba za dostupnosť, platba za dopyt, či zmiešané platby. Zároveň sa však v kontexte špecifik Projektu k platobným mechanizmom typickým pre

¹⁵⁴ Aktuálne účinné znenie ustanovenia: „Poistenec môže zmeniť príslušnú zdravotnú poisťovňu vždy len k 1. januáru nasledujúceho kalendárneho roka. Prihlášku možno podať najneskôr do 30. septembra kalendárneho roka. Prvá veta a druhá veta neplatí, ak poistenec zmenil zdravotnú poisťovňu z dôvodu, že sa stal nezaopatreným rodinným príslušníkom na účely vykonávania osobitných predpisov. 3a) V prípade zániku a vzniku verejného zdravotného poistenia podľa § 4 a 5 v priebehu toho istého kalendárneho roka musí poistenec podať prihlášku v tej zdravotnej poisťovni, v ktorej bol poistený naposledy.“

Posúdenie právnych aspektov navrhovaných platobných mechanizmov medzi partnermi

PPP následne pripájajú ďalšie doplňujúce platobné mechanizmy tak, ako je bližšie popísané ďalej. V prípade IPPP, Špeciálneho variantu a JV prichádzajú do úvahy taktiež platobné mechanizmy korporátneho charakteru.

A. ZPPP

Posúdením dopadov implementácie variantu ZPPP na oblasť platobného mechanizmu boli identifikované nasledovné riziká:

- Finančná dôveryhodnosť verejného partnera
- Bankovateľnosť
- Správna rovnováha medzi elementom dopytu, platbou za dostupnosť a hodnotou plnenia
- Vhodná kalibrácia motivujúca súkromného partnera k nadštandardnej výkonnosti, významné ale spravodlivé zrážky
- Započítanie do verejného dlhu (v prípade nevhodného štruktúrovania)
- Nižší alebo vyšší ako očakávaný dopyt
- Predvídateľnosť platieb zo strany zdravotných poisťovní, dĺžka a stabilita zmlúv

Správne nastavenie platobného mechanizmu ZPPP je esenciálne pre úspešnosť Projektu. Nevyhnutným predpokladom je zabezpečenie dostatočnej motivácie konečných užívateľov vo vzťahu k užívaniu služieb nUNB. Rozumieme, že toto sa bude realizovať už samotným ukončením činnosti troch veľkých nemocníc v rámci UNB. Ničmenej, vzhľadom na to, že štát bude naďalej prevádzkovať plnohodnotnú nemocnicu sv. Cyrila a Metoda a existenciu ďalšej súkromnej konkurencie, element dopytu nebude pravdepodobne zo strany súkromného partnera dostatočne manažovateľný tak, aby v plnom rozsahu zabezpečil bankovateľnosť Projektu. Z tohto dôvodu je veľmi nepravdepodobné, že bude atraktívnym taký projekt, ktorý bude založený výlučne na dopyte a nebude tak garantovať predvídateľný cash-flow pre súkromného partnera.

Preto bude pravdepodobné nevyhnutné dosiahnutie správnej rovnováhy medzi platbami z verejného zdravotného poistenia a platbami zo strany štátu (platbou za dostupnosť) a hodnotou plnenia tak, aby bola dosiahnutá adekvátna hodnota za peniaze. Zmierňujúcim faktorom potom môže byť napríklad uplatnenie štátnych záruk alebo vyrovnávacej platby, ktorá bude eliminovať výpadky v platbách založených na dopyte. V tejto súvislosti však taktiež vyvstáva riziko možného ohrozenia hospodárskej súťaže. V záujme eliminácie tohto rizika je potrebné dôsledne posúdiť akékoľvek finančné nástroje, záruky a zabezpečenia cash-flow, ktoré by mali byť vo vzťahu k Projektu uplatnené¹⁵⁵. Cieľom je pritom návrh takých opatrení, ktoré znížia potrebu štátnej pomoci na manažovateľné minimum.

Z pohľadu bankovateľnosti projektov tohto typu sa ako kľúčová javí tiež finančná (ne)dôveryhodnosť verejného partnera, ako aj vplyv politickej nestability na dlhodobosť podpory Projektu zo strany štátu. Z toho dôvodu je veľmi nepravdepodobné, že bude atraktívnym taký projekt, v ktorom nebude zmluvnou stranou pre súkromného partnera priamo štát. Rizikom z pohľadu verejného partnera je v prípade nevhodného štruktúrovania platobných mechanizmov povinnosť započítavania Projektu do verejného dlhu.

Tak, ako bolo uvedené vyššie, z pohľadu súkromného partnera, ako aj celkovej úspešnosti a udržateľnosti Projektu, môžu Projekt ohroziť vopred neodhadnuteľné tržové mechanizmy, a to najmä nižší alebo vyšší dopyt oproti očakávanému odhadu. Rovnako sa ako rizikové javí správanie sa ZP a nepredvídateľnosť platieb zo strany ZP, čo môže ohroziť zabezpečenie výnosu pre súkromného partnera a tým pádom ohroziť celý Projekt. Dôležitý význam má v tomto ohľade potreba zabezpečenia dostatočne stabilných zmlúv so ZP, ktoré budú uzavreté na čo najdlhšie obdobie. Zmluvy so ZP by mali byť nastavené tak, aby súkromnému partnerovi poskytovali dostatočný komfort stabilných a pravidelných výnosov.

Základom pre správne fungovanie platobného mechanizmu (a celého Projektu) je vyvážená koncesná zmluva, ktorá adekvátne zohľadňuje očakávania verejného partnera, spätnú väzbu z trhu, ako aj pravidlá EUROSTATu, a zároveň motivuje súkromného partnera k riadnemu a efektívnemu plneniu.

Predpokladáme, že Projekt s požadovanými atribútmi bude vyžadovať zabezpečenie príjmov koncesionára finančnými mechanizmami nad rámec zdrojov z verejného zdravotného poistenia a príjmov z doplnkových služieb poskytovaných koncesionárom. Uplatňované finančné mechanizmy majú slúžiť ako garancia príjmov koncesionára s

¹⁵⁵ Bližšie v časti Analýza otázok štátnej pomoci súvisiacej s preferovaným modelom Projektu

Posúdenie právnych aspektov navrhovaných platobných mechanizmov medzi partnermi

cieľom zabezpečiť atraktivitu a bankovateľnosť Projektu, ako aj efektívnosť, dlhodobosť a udržateľnosť Projektu v čase jeho realizácie. Medzi finančné garancie, ktoré prichádzajú do úvahy, môžeme zaradiť nasledovné:

- ▶ Zmluva so Všeobecnou zdravotnou poisťovňou, a.s. – zabezpečenie čo najdlhšej doby trvania zmluvy, garancia jej nevypovedateľnosti, nastavenie zmluvných podmienok tak, aby mal koncesionár zabezpečené stabilné a kontinuálne príjmy,
- ▶ Zmluvy s ostatnými verejnými ZP – poskytnutie stimulov a motivácie na uzatvorenie zmlúv s nimi, možnosť uvoľnenia mechanizmu zmeny ZP (s cieľom vytvárať konkurenčný tlak na ZP a zároveň poskytovať poistencom možnosť flexibilnejšieho výberu ZP),
- ▶ Spádová oblasť – zabezpečenie garancie dopytu v spádovej oblasti, napr. uzatvorením niektorých nemocníc alebo ich častí, garanciou nevytvárania nových nemocníc,
- ▶ Mechanizmus dorovnávej platby pre koncesionára, pričom výška platby by závisela od vopred nastavených objektívnych kvantitatívnych parametrov podľa koncesnej zmluvy, napr. v prípade ak nie je naplnený očakávaný dopyt.

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
ZPPP	Finančná dôveryhodnosť verejného partnera	Štát ako zmluvná strana (alebo štátne záruky)
	Bankovateľnosť	Vyvážená koncesná zmluva zohľadňujúca spätnú väzbu z trhu, element platby za dostupnosť, prípadné štátne záruky
	Správna rovnováha medzi elementom dopytu, platbou za dostupnosť a hodnotou plnenia	Za kľúčovú považujeme vyváženú koncesnú zmluvu, ktorá bude reflektovať potreby a požiadavky verejného partnera, ale zároveň bude adekvátne zohľadňovať spätnú väzbu z trhu
	Vhodná kalibrácia motivujúca súkromného partnera k nadštandardnej výkonnosti, významné ale spravodlivé zrážky	Za kľúčovú považujeme vyváženú koncesnú zmluvu, ktorá bude reflektovať potreby a požiadavky verejného partnera, ale zároveň bude vhodne motivovať súkromného partnera k efektívnosti pri realizácii Projektu
	Započítanie do verejného dlhu (v prípade nevhodného štruktúrovania)	Vhodné nastavenie koncesnej zmluvy zohľadňujúce pravidlá EUROSTATu
	Nižší alebo vyšší ako očakávaný dopyt	Vyvážená koncesná zmluva zohľadňujúca spätnú väzbu z trhu a umožňujúca flexibilnú aplikáciu opatrení na korigovanie neočakávaných výkyvov na strane dopytu
	Predvídateľnosť platieb zo strany zdravotných poisťovní, dĺžka a stabilita zmlúv	Vyvážená koncesná zmluva zohľadňujúca spätnú väzbu z trhu, minimálne platby, prípadné štátne záruky
	Správanie sa zdravotných poisťovní	Zmeny právnych predpisov vo vzťahu k štátom vlastnenej zdravotnej poisťovni; Vyvážená koncesná zmluva zohľadňujúca spätnú väzbu z trhu, minimálne platby, prípadné štátne záruky
	Potreba rôznych nástrojov na krytie finančných medzier	Vyvážená koncesná zmluva zohľadňujúca spätnú väzbu z trhu, minimálne platby, prípadné štátne záruky; nUNB by mala mať možnosť poskytovať komerčné služby
	Možné ohrozenie hospodárskej súťaže	Vhodný návrh Projektu pripravený so zohľadnením spätnej väzby od uchádzačov s cieľom znížiť potrebu štátnej pomoci na manažovateľné minimum

Posúdenie právnych aspektov navrhovaných platobných mechanizmov medzi partnermi

B. IPPP

Posúdením dopadov implementácie variantu IPPP na oblasť platobného mechanizmu boli identifikované nasledovné riziká:

- ▶ Finančná dôveryhodnosť verejného partnera
- ▶ Správna rovnováha medzi platbou za dostupnosť a hodnotou plnenia
- ▶ Vhodná kalibrácia motivujúca súkromného partnera k nadštandardnej výkonnosti, významné ale spravodlivé zrážky
- ▶ Započítanie do verejného dlhu (v prípade nevhodného štruktúrovania)
- ▶ Nižší alebo vyšší ako očakávaný dopyt
- ▶ Predvídateľnosť platieb zo strany zdravotných poisťovní, dĺžka a stabilita zmlúv
- ▶ Správanie sa zdravotných poisťovní
- ▶ Potreba rôznych nástrojov na krytie finančných medzier
- ▶ Možné ohrozenie hospodárskej súťaže
- ▶ Bankovateľnosť
- ▶ Rozdelenie zisku
- ▶ Zdieľanie straty

Nad rámec záverov uvedených pre variant ZPPP by bankovateľnosť Projektu mohla byť ohrozená v prípade prehnaných požiadaviek štátu vo vzťahu k rozdeleniu zisku v rámci SPV. Toto rozdelenie musí byť vyvážené a adekvátne zohľadňovať spätnú väzbu z trhu s cieľom zabezpečiť atraktivitu Projektu. Je taktiež potrebné upozorniť na skutočnosť, že v prípade IPPP je taktiež nevyhnutné počítať s prípadným zdieľaním straty, na úhradu ktorej bude musieť štát prispievať, a to najmä počas obdobia výstavby, ako aj v prípade ak nastanú akékoľvek komplikácie pri realizácii Projektu. Povinnosti s tým súvisiace budú musieť byť rozpracované v korporátnej dokumentácii SPV v procese výberu súkromného partnera do takej miery podrobnosti a v takom rozsahu, aby zabezpečili udržateľnosť a bankovateľnosť Projektu.

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
IPPP	Finančná dôveryhodnosť verejného partnera	Štát ako zmluvná strana (alebo štátne záruky)
	Správna rovnováha medzi platbou za dostupnosť a hodnotou plnenia	Za kľúčovú považujeme vyváženú koncesnú zmluvu, ktorá bude reflektovať potreby a požiadavky verejného partnera, ale zároveň bude adekvátne zohľadňovať spätnú väzbu z trhu
	Vhodná kalibrácia motivujúca súkromného partnera k nadštandardnej výkonnosti, významné ale spravodlivé zrážky	Za kľúčovú považujeme vyváženú koncesnú zmluvu, ktorá bude reflektovať potreby a požiadavky verejného partnera, ale zároveň bude vhodne motivovať súkromného partnera k efektívnosti pri realizácii Projektu
	Započítanie do verejného dlhu (v prípade nevhodného štruktúrovania)	Vhodné nastavenie koncesnej zmluvy zohľadňujúce pravidlá EUROSTATu
	Nižší alebo vyšší ako očakávaný dopyt	Vyvážená koncesná zmluva zohľadňujúca spätnú väzbu z trhu a umožňujúca flexibilnú aplikáciu opatrení na korigovanie neočakávaných výkyvov na strane dopytu

Posúdenie právnych aspektov navrhovaných platobných mechanizmov medzi partnermi

Predvídateľnosť platieb zo strany zdravotných poisťovní, dĺžka a stabilita zmlúv	Vyvážená koncesná zmluva zohľadňujúca spätnú väzbu z trhu, minimálne platby, prípadné štátne záruky
Správanie sa zdravotných poisťovní	Zmeny právnych predpisov vo vzťahu k štátom vlastnenej zdravotnej poisťovni; Vyvážená koncesná zmluva zohľadňujúca spätnú väzbu z trhu, minimálne platby, prípadné štátne záruky;
Potreba rôznych nástrojov na krytie finančných medzier	Vyvážená koncesná zmluva zohľadňujúca spätnú väzbu z trhu, minimálne platby, prípadné štátne záruky; nUNB by mala mať možnosť poskytovať komerčné služby
Možné ohrozenie hospodárskej súťaže	Vhodný návrh Projektu pripravený so zohľadnením spätnej väzby od uchádzačov s cieľom znížiť potrebu štátnej pomoci na manažovateľné minimum
Bankovateľnosť	Vyvážená koncesná zmluva zohľadňujúca spätnú väzbu z trhu, udržateľnosti Projektu, minimálne platby, prípadné štátne záruky
Rozdelenie zisku	Vyvážené rozdelenie zisku zohľadňujúce spätnú väzbu z trhu s cieľom zabezpečiť atraktivitu Projektu
Zdieľanie straty	Prepracovaná korporátna dokumentácia a primeraná, ale zároveň významná účasť štátu

C. JV

Posúdením dopadov implementácie variantu JV na oblasť platobného mechanizmu boli identifikované nasledovné riziká:

- ▶ Nižší alebo vyšší ako očakávaný dopyt
- ▶ Predvídateľnosť platieb zo strany zdravotných poisťovní, dĺžka a stabilita zmlúv
- ▶ Správanie sa zdravotných poisťovní
- ▶ Bankovateľnosť a finančná dôveryhodnosť JV
- ▶ Rozdelenie zisku

V prípade JV nejde o štandardné zadanie koncesie súkromnému partnerovi, t.j. platobný mechanizmus nie je založený na platbách za dostupnosť, resp. technicky vôbec neexistuje. Štát môže pri založení JV vložiť do spoločnosti majetok a aktíva, ktoré budú použité za účelom realizácie Projektu, pričom JV následne samostatne hospodári a podniká jednotlivé kroky za účelom úspešnej realizácie Projektu. JV je rovnako vystavené rizikám nevyspytateľnosti trhu, ktoré napríklad v prípade nižšieho ako očakávaného dopytu môžu mať v spojení s negatívnou reputáciou Projektu za následok jeho zrušenie alebo potrebu jeho prevzatia štátom. Takéto riziko uskutočniteľnosti môže byť potenciálne zmiernené štátnou účasťou v Projekte a súvisiacim mechanizmom zdieľania ziskov a strát, čo si vyžaduje prepracovanú a adekvátne vybalansovanú korporátnu dokumentáciu, ako aj transparentný výber súkromného partnera.

Nevyhnutné pre efektívne a dlhodobé fungovanie Projektu je taktiež zabezpečenie výhodných zmlúv so ZP, ktoré zabezpečia pravidelnosť a stabilitu platieb zo strany ZP v čo najdlhšom časovom horizonte. V tomto smere môže mať pozitívny vplyv účasť štátu v Projekte. Pozitívom JV modelu je v prípade úspechu Projektu dodatočný benefit pre štát vo forme dosiahnutého zisku.

Posúdenie právnych aspektov navrhovaných platobných mechanizmov medzi partnermi

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
JV	Nižší alebo vyšší ako očakávaný dopyt	Zmiernené štátnou účasťou v Projekte a súvisiacim mechanizmom zdieľania ziskov a strát, prepracovaná korporátna dokumentácia a transparentný výber partnera
	Predvídateľnosť platieb zo strany zdravotných poisťovní, dĺžka a stabilita zmlúv	Zmiernené štátnou účasťou v Projekte a súvisiacim mechanizmom zdieľania ziskov a strát
	Správanie sa zdravotných poisťovní	Zmiernené štátnou účasťou v Projekte a súvisiacim mechanizmom zdieľania ziskov a strát; Zvýšenie atraktivity novej nemocnice
	Bankovateľnosť a finančná dôveryhodnosť JV	Prepracovaná korporátna, projektová a úverová dokumentácia zohľadňujúce spätnú väzbu z trhu; Štátne záruky
	Rozdelenie zisku	Vyvážené rozdelenie zisku zohľadňujúce spätnú väzbu z trhu s cieľom zabezpečiť atraktivitu Projektu
	Zdieľanie straty	Prepracovaná korporátna dokumentácia a primeraná, ale zároveň významná účasť štátu

D. Špecifický variant

Posúdením dopadov implementácie variantu JV na oblasť platobného mechanizmu boli identifikované nasledovné riziká:

- ▶ Finančná dôveryhodnosť SPV
- ▶ Vhodná kalibrácia motivujúca SPV k nadštandardnej výkonnosti, významné ale spravodlivé zrážky
- ▶ Započítanie do verejného dlhu
- ▶ Nižší alebo vyšší ako očakávaný dopyt
- ▶ Predvídateľnosť platieb zo strany zdravotných poisťovní, dĺžka a stabilita zmlúv
- ▶ Správanie sa zdravotných poisťovní
- ▶ Potreba rôznych nástrojov na krytie finančných medzier
- ▶ Možné ohrozenie hospodárskej súťaže
- ▶ Bankovateľnosť
- ▶ Rozdelenie zisku
- ▶ Zdieľanie straty

Realizácia Špecifického variantu nevyhnutne predpokladá financovanie zo strany štátu vo forme kapitálových injekcií (vklad do základného imania) a zrejme si vyžiada garancie štátu voči bankovému sektoru za externé zdroje financovania SPV. Spôsob financovania SPV je kľúčový z hľadiska posúdenia finančnej dostupnosti, a to najmä vo vzťahu k dodržaniu pravidiel rozpočtovej zodpovednosti a zvyšovaniu verejného dlhu.

Máme za to, že v prípade Špecifického variantu založí MZ SR (resp. iná entita zastupujúca štát) SPV, a to ako jediný stopercentný akcionár. Štát vo forme vkladu do základného imania vloží do SPV finančné prostriedky a/alebo majetok určený na realizáciu Projektu. Vo vzťahu k výhodám a nevýhodám vloženia majetku do SPV bližšie v časti Posúdenie rizík vyplývajúcich z možného úpadku súkromného partnera.

Štát môže zadať SPV koncesiu v podobe in-house zákazky, ktorá je vyňatá z pôsobnosti Zákona o verejnom obstarávaní. Predmetom koncesie môže byť buď realizácia celého Projektu (t.j. projektovanie, výstavba, údržba aj prevádzkovanie nUNB) alebo iba časť Projektu, ktorá ma byť priamo realizovaná SPV, t.j. medicínska prevádzka

Posúdenie právnych aspektov navrhovaných platobných mechanizmov medzi partnermi

nUNB. Vo vzťahu k platobnému mechanizmu je potrebné odlišovať medzi získavaním finančných zdrojov za účelom financovania jednotlivých zákaziek, ktoré majú byť zadávané prostredníctvom verejného obstarávania a odplatom SPV za plnenia poskytované na základe in-house koncesie (medicínska prevádzka nUNB).

Jednotlivé zákazky zadávané SPV prostredníctvom verejného obstarávania by mali byť financované zo zdrojov SPV (vrátane úverov). Medicínska prevádzka by mala byť financovaná z prostriedkov verejného zdravotného poistenia a z platieb MZ SR, ktoré majú zabezpečiť udržateľnosť a efektívnosť Projektu a prichádzajú do úvahy v nasledovných alternatívach:

- ▶ platobný mechanizmus uplatňovaný na základe koncesnej zmluvy vychádzajúci z obdobných predpokladov a princípov ako v prípade PPP variantov;
- ▶ platby MZ SR pre SPV budú založené na povinnosti prispieť na úhradu strát v zmysle Obchodného zákonníka, súvisiacich osobitných predpisov a príslušných korporátnych dokumentov;
- ▶ finančná kompenzácia SPV bude založená na inštitúte zvyšovania základného imania SPV;
- ▶ SPV si zoberie úver a MZ SR bude figurovať ako spoludlžník. t.j. SPV bude financovaná cez splátky úveru.

Ako najtransparentnejší z vyššie uvedených alternatív sa dá vyhodnotiť platobný mechanizmus uplatňovaný na základe koncesnej zmluvy. Naopak za najmenej transparentný považujeme mechanizmus financovania prostredníctvom splátok úveru.

V prípade Špecifického modelu majú otázky súvisiace s platobným mechanizmom viacero vrstiev. Jednak ide o platobný mechanizmus vo vzťahu štátu a SPV tak, ako bolo popísané vyššie. Na druhej strane bude potrebné definovať platobný mechanizmus vo vzťahu medzi SPV a dodávateľmi jednotlivých čiastkových plnení. V prípade zákaziek na projektovanie, výstavbu a údržbu pôjde pravdepodobne o štandardný mechanizmus odplaty za dodané dielo / poskytnuté služby spočívajúce buď v priebežných platbách (paušálnych) alebo platbe až po odovzdaní diela / poskytnutí služieb. Osobitný platobný mechanizmus by bolo potrebné špecifikovať vo vzťahu k poskytovateľovi know-how, ktorý by mal byť nastavený motivačne. Najzákladnejším mechanizmom by potom mohlo byť rozloženie platieb poskytovateľovi know-how do dvoch zložiek, a to

- ▶ paušálna zložka – pevne stanovená suma mesačných platieb, a
- ▶ pohyblivá zložka – stanovovaná kvartálne alebo ročne v závislosti od úspešnosti hospodárenia SPV.

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
Špecifický variant	Finančná dôveryhodnosť SPV	Štát ako zmluvná strana (alebo štátne záruky)
	Vhodná kalibrácia motivujúca SPV k nadštandardnej výkonnosti, významné ale spravodlivé zrážky	Vyvážená koncesná zmluva, Dôsledné uplatňovanie sankčných mechanizmov
	Započítanie do verejného dlhu	Mitigácia neprichádza do úvahy, ak SPV nesplní definíciu bežného účastníka trhu
	Nižší alebo vyšší ako očakávaný dopyt	Vyvážená koncesná zmluva, Finančné mechanizmy umožňujúce korigovanie nepriaznivého vývoja dopytu, Dôsledné uplatňovanie sankčných mechanizmov
	Predvídateľnosť platieb zo strany zdravotných poisťovní, dĺžka a stabilita zmlúv	Vyvážená koncesná zmluva zohľadňujúca spätnú väzbu z trhu, minimálne platby, prípadné štátne záruky
	Správanie sa zdravotných poisťovní	Zmeny právnych predpisov vo vzťahu k štátom vlastnenej zdravotnej poisťovni; Vyvážená koncesná zmluva zohľadňujúca spätnú väzbu z trhu, minimálne platby, prípadné štátne záruky;
	Potreba rôznych nástrojov na krytie finančných medzier	Vyvážená koncesná zmluva zohľadňujúca minimálne platby, prípadné štátne záruky; Novej UNB umožnené poskytovať komerčné služby, atď.; Vyvážená zmluva s

Posúdenie právnych aspektov navrhovaných platobných mechanizmov medzi partnermi

		poskytovateľom know-how
	Možné ohrozenie hospodárskej súťaže	Vhodný návrh Projektu pripravený so zohľadnením spätnej väzby od uchádzačov s cieľom znížiť potrebu štátnej pomoci na manažovateľné minimum
	Bankovateľnosť	Vyvážená koncesná zmluva zohľadňujúca spätnú väzbu z trhu, minimálne platby, prípadné štátne záruky, Vyvážená zmluva s poskytovateľom know-how
	Rozdelenie zisku	Vyvážená zmluva s poskytovateľom know-how
	Zdieľanie straty	Vyvážená zmluva s poskytovateľom know-how

Porovnanie variantov

Z pohľadu platobných mechanizmov sa všetky varianty javia ako uskutočniteľné. Platobné mechanizmy jednotlivých variantov predstavujú široké spektrum možností uplatnenia rôznych finančných nástrojov. Za najvhodnejší považujeme pre vysokú priechodnosť mitigačných opatrení variant ZPPP. Riziká, ktoré sa spájajú s variantom ZPPP bude potrebné efektívne adresovať v koncesnej zmluve, a to jasnou a dôslednou špecifikáciou platobných mechanizmov. Obdobne je to vo vzťahu k IPPP, hoci v tomto prípade prichádzajú do úvahy aj negatívne finančné implikácie korporátneho charakteru, ako napríklad povinnosť prispievať na úhradu prípadnej straty. Výhodou variantov ZPPP a IPPP je *inter alia* možnosť doladenia platobných mechanizmov priamo v procese verejného obstarávania. S variantom JV sa spája vyššia miera rizika, pričom efektívnosť a priechodnosť mitigačných opatrení je závislá od účasti štátu v JV. Dopad účasti štátu v JV na zmiernenie rizík uskutočniteľnosti Projektu je závislý od miery stability a podpory Projektu zo strany štátu. Uvedené znamená, že v určitých obdobiach môže účasť štátu v JV mať pozitívny účinok, pričom pri inom politickom rozdelení a nastavení práve naopak. Aj z tohto dôvodu sa variant JV javí ako menej výhodný. Obdobné závery platia aj pre Špecifický variant, ktorý je rovnako z dlhodobého hľadiska závislý od politickej vôle, pričom v prípade Špecifického variantu sú navyše platobné mechanizmy najmenej prehľadné. Navyše nie je možné vylúčiť započítanie Projektu do verejného dlhu.

Sumarizačná tabuľka

Riziko	ZPPP	IPPP	JV	Špecifický variant
Finančná dôveryhodnosť verejného partnera	Štát ako zmluvná strana (alebo štátne záruky)	Štát ako zmluvná strana (alebo štátne záruky)	Neidentifikované	Neidentifikované
Správna rovnováha medzi platbou za dostupnosť a hodnotou plnenia	Za kľúčovú považujeme vyváženú koncesnú zmluvu, ktorá bude reflektovať potreby a požiadavky verejného partnera, ale zároveň bude adekvátne zohľadňovať spätnú väzbu z trhu	Za kľúčovú považujeme vyváženú koncesnú zmluvu, ktorá bude reflektovať potreby a požiadavky verejného partnera, ale zároveň bude adekvátne zohľadňovať spätnú väzbu z trhu	Neidentifikované	Neidentifikované
Vhodná kalibrácia motivujúca k nadštandardnej výkonnosti,	Za kľúčovú považujeme vyváženú koncesnú zmluvu, ktorá bude reflektovať potreby a požiadavky	Za kľúčovú považujeme vyváženú koncesnú zmluvu, ktorá bude reflektovať potreby a požiadavky	Neidentifikované	Vyvážená koncesná zmluva, Dôsledné uplatňovanie sankčných mechanizmov

Posúdenie právnych aspektov navrhovaných platobných mechanizmov medzi partnermi

významné ale spravodlivé zrážky	verejného partnera, ale zároveň bude vhodne motivovať súkromného partnera k efektívnosti pri realizácii Projektu	verejného partnera, ale zároveň bude vhodne motivovať súkromného partnera k efektívnosti pri realizácii Projektu		
Započítanie do verejného dlhu (v prípade nevhodného štruktúrovania)	Vhodné nastavenie koncesnej zmluvy zohľadňujúce pravidlá EUROSTATu	Vhodné nastavenie koncesnej zmluvy zohľadňujúce pravidlá EUROSTATu	Neidentifikované	Mitigácia neprichádza do úvahy, ak SPV nesplní definíciu nežného účastníka trhu
Nižší alebo vyšší ako očakávaný dopyt	Vyvážená koncesná zmluva zohľadňujúca spätnú väzbu z trhu a umožňujúca flexibilnú aplikáciu opatrení na korigovanie neočakávaných výkyvov na strane dopytu	Vyvážená koncesná zmluva zohľadňujúca spätnú väzbu z trhu a umožňujúca flexibilnú aplikáciu opatrení na korigovanie neočakávaných výkyvov na strane dopytu	Zmiernené štátnou účasťou v Projekte a súvisiacim mechanizmom zdieľania ziskov a strát, prepracovaná korporátna dokumentácia a transparentný výber partnera	Vyvážená koncesná zmluva, Finančné mechanizmy umožňujúce korigovanie nepriaznivého vývoja dopytu, Dôsledné uplatňovanie sankčných mechanizmov;
Predvídateľnosť platieb zo strany zdravotných poisťovní, dĺžka a stabilita zmlúv	Vyvážená koncesná zmluva zohľadňujúca spätnú väzbu z trhu, minimálne platby, prípadné štátne záruky	Vyvážená koncesná zmluva zohľadňujúca spätnú väzbu z trhu, minimálne platby, prípadné štátne záruky	Zmiernené štátnou účasťou v Projekte a súvisiacim mechanizmom zdieľania ziskov a strát	Vyvážená koncesná zmluva zohľadňujúca spätnú väzbu z trhu, minimálne platby, prípadné štátne záruky
Správanie sa zdravotných poisťovní	Zmeny právnych predpisov vo vzťahu k štátom vlastnenej zdravotnej poisťovni; Vyvážená koncesná zmluva zohľadňujúca spätnú väzbu z trhu, minimálne platby, prípadné štátne záruky	Zmeny právnych predpisov vo vzťahu k štátom vlastnenej zdravotnej poisťovni; Vyvážená koncesná zmluva zohľadňujúca spätnú väzbu z trhu, minimálne platby, prípadné štátne záruky	Zmiernené štátnou účasťou v Projekte a súvisiacim mechanizmom zdieľania ziskov a strát; Zvýšenie atraktivity novej nemocnice	Zmeny právnych predpisov vo vzťahu k štátom vlastnenej zdravotnej poisťovni; Vyvážená koncesná zmluva zohľadňujúca spätnú väzbu z trhu, minimálne platby, prípadné štátne záruky
Potreba rôznych nástrojov na krytie finančných medzier	Vyvážená koncesná zmluva zohľadňujúca spätnú väzbu z trhu, minimálne platby, prípadné štátne záruky; nUNB by mala mať možnosť poskytovať komerčné služby	Vyvážená koncesná zmluva zohľadňujúca spätnú väzbu z trhu, minimálne platby, prípadné štátne záruky; nUNB by mala mať možnosť poskytovať komerčné služby	Neidentifikované	Vyvážená koncesná zmluva zohľadňujúca minimálne platby, prípadné štátne záruky; Novej UNB umožnené poskytovať komerčné služby, atď.; Vyvážená zmluva s poskytovateľom know-how
Možné ohrozenie hospodárskej súťaže	Vhodný návrh Projektu pripravený so zohľadnením spätnej väzby od uchádzačov s cieľom znížiť potrebu štátnej pomoci na manažovateľné minimum	Vhodný návrh Projektu pripravený so zohľadnením spätnej väzby od uchádzačov s cieľom znížiť potrebu štátnej pomoci na manažovateľné minimum	Neidentifikované	Vhodný návrh Projektu pripravený so zohľadnením spätnej väzby od uchádzačov s cieľom znížiť potrebu štátnej pomoci na manažovateľné minimum
Bankovateľnosť	Vyvážená koncesná zmluva zohľadňujúca spätnú väzbu z trhu, element platby za dostupnosť, prípadné štátne záruky	Vyvážená koncesná zmluva zohľadňujúca spätnú väzbu z trhu, udržateľnosti Projektu, minimálne platby, prípadné štátne záruky	Prepracovaná korporátna, projektová a úverová dokumentácia zohľadňujúca spätnú väzbu z trhu; Štátne záruky	Vyvážená koncesná zmluva zohľadňujúca spätnú väzbu z trhu, minimálne platby, prípadné štátne záruky, Vyvážená zmluva s poskytovateľom know-how
Rozdelenie zisku	Neidentifikované	Vyvážené rozdelenie zisku zohľadňujúce spätnú väzbu	Vyvážené rozdelenie zisku zohľadňujúce spätnú väzbu	Vyvážená zmluva s poskytovateľom know-how

**Posúdenie právnych aspektov navrhovaných platobných mechanizmov
medzi partnermi**

		z trhu s cieľom zabezpečiť atraktivitu Projektu	z trhu s cieľom zabezpečiť atraktivitu Projektu	
Rozdelenie zisku	Neidentifikované	Prepracovaná korporátna dokumentácia a primeraná, ale zároveň významná účasť štátu	Prepracovaná korporátna dokumentácia a primeraná, ale zároveň významná účasť štátu	Vyvážená zmluva s poskytovateľom know-how
Bankovateľnosť a finančná dôveryhodnosť JV	Neidentifikované	Neidentifikované	Prepracovaná korporátna, projektová a úverová dokumentácia zohľadňujúce spätnú väzbu z trhu; Štátne záruky	Neidentifikované
Finančná dôveryhodnosť SPV	Neidentifikované	Neidentifikované	Neidentifikované	Štát ako zmluvná strana (alebo štátne záruky)

Posúdenie stratégií exitu a možností zmien Projektu zo strany súkromného a verejného partnera

Posúdenie stratégií exitu a možností zmien Projektu zo strany súkromného a verejného partnera

Základný popis dopadovej oblasti

Jedným zo základných znakov PPP projektov je dlhodobé trvanie spolupráce súkromného a verejného partnera. V rámci tejto spolupráce sa však môže vyskytnúť mnoho situácií, kedy nie je možné pokračovať v pôvodnom nastavení Projektu až do tej miery, že bude žiaduce „vystúpenie“ súkromného partnera, alebo nastanú také externé udalosti, ktoré spôsobia, že v Projekte nie je možné pokračovať s pôvodným súkromným partnerom.

Tieto situácie môžu byť spôsobené úpadkom súkromného partnera, neuspokojivým plnením zmluvy, udalosťami vyššej moci alebo inými zmenami. V takýchto prípadoch je potrebné od začiatku v príprave Projektu uvažovať nad stratégiou exitu partnera z Projektu spôsobom, ktorým nebude ohrozené poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

Hľadanie vhodného riešenia môže byť predmetom súťažného dialógu alebo rokovacieho konania v rámci verejného obstarávania na výber súkromného partnera. Pritom je potrebné dodržať niekoľko pravidiel napríklad týkajúcich sa kompenzácie, ktoré zabezpečia, že Projektu zostane atraktívny pre zapojenie súkromného partnera a že záujmy financujúcich subjektov prípadným ukončením Projektu nebudú dotknuté.

Právny rámec dopadovej oblasti

Základný právny rámec v tejto oblasti v prípade úpadku alebo exekúcie súkromného partnera tvorí Exekučný poriadok a Zákon o konkurze, ktorým je venovaná osobitná časť tejto štúdie.

Zákon o správe majetku štátu obsahuje osobitnú úpravu týkajúcu sa PPP projektov v časti „nakladanie s majetkom štátu na účely koncesie“, kde sú uvedené obmedzenia nakladania s majetkom štátu, obsah užívania, nájom, výpožička, ochrana pred exekúciou, konkurzom a pod. Tieto ustanovenia sú tiež aplikovateľné vo vzťahu k ukončeniu spolupráce so súkromným partnerom.

Všeobecnú právnu úpravu týkajúcu sa zmluvných vzťahov obsahuje Obchodný zákonník a subsidiárne aj Občiansky zákonník.

Zmeny Projektu a výmena súkromného partnera si vyžiada aplikáciu Zákona o verejnom obstarávaní, ktorý upravuje postup pri uzatváraní dodatkov a verejného obstarávania na výber nového zmluvného partnera. V prípade týchto variantov bude potrebná dôsledná úprava korporátnych dokumentov, teda spoločenskej zmluvy, prípadne stanov.

Špecifiká, riziká, benefity a odporúčania pre dopadovú oblasť

Exit súkromného partnera je potrebné dôkladne zmluvne upraviť najmä v PPP variantoch, ktoré predstavujú dlhodobú spoluprácu so súkromným partnerom. Nakoľko v prípade Špecifického variantu nejde o formu spolupráce podobného významu, nepôjde ani o exit v tomto ponímaní. Z toho hľadiska je tento variant najmenej rizikový.

Varianty JV a IPPP okrem zmluvného riešenia v sebe zahŕňajú aj riešenie korporátnych otázok v súvislosti s ukončením spolupráce so súkromným partnerom.

A. ZPPP

Posúdením dopadov implementácie variantu ZPPP na oblasť exitu boli identifikované nasledovné riziká:

- Nedokončenie výstavby zo strany koncesionára
- Nedostatočné plnenie koncesnej zmluvy. Prerušenie poskytovania zdravotnej starostlivosti zo strany koncesionára
- Prevzatie kontroly nad Projektom štátom, neefektívne plnenie zo strany štátu.

V rámci realizácie Projektu sa môžu vyskytnúť prípady, kedy je nevyhnutné upraviť možnosti pre vystúpenie verejného partnera alebo súkromného partnera z Projektu. Tieto prípady by mala dôsledne upravovať koncesná zmluva.

Posúdenie stratégií exitu a možností zmien Projektu zo strany súkromného a verejného partnera

Možnosti predčasného ukončenia Projektu, teda pred uplynutím koncesnej lehoty sú možné v týchto fázach Projektu:

- ▶ v čase výstavby,
- ▶ v čase prevádzky.

K predčasnému ukončeniu môže spravidla dôjsť z týchto dôvodov:

- ▶ z dôvodov na strane koncesionára, napríklad z dôvodu závažného neplnenia zmluvy, neuspokojivého plnenia a pod. Na ukončenie koncesnej zmluvy sa obvykle vyžaduje predchádzajúce upozornenie zo strany verejného obstarávateľa a poskytnutie primeraného času na nápravu. Medzi dôvody na strane koncesionára sa považuje aj likvidácia alebo konkurzné konanie (viac v časti venovanej úpadku súkromného partnera),
- ▶ z dôvodov na strane verejného obstarávateľa, napríklad z dôvodu neuhradenia platby, ak bude s platbami verejného obstarávateľa Projekt rátať, neposkytnutia príslušných pozemkov, povolení a pod.,
- ▶ z dôvodov výskytu vyššej moci a obdobných udalostí, ukončenie prichádza do úvahy najmä v prípadoch takých udalostí, ktoré znemožňujú ďalšie pokračovanie v Projekte a/alebo také prípady, ktoré sú pre Projekt vysoko rizikové a toto riziko nie je možné znížiť napríklad poistením,
- ▶ bez udania dôvodu zo strany verejného obstarávateľa (napríklad v prípade politických zmien alebo ak štát bude považovať Projekt za tak výnosný, že bude podľa neho výhodnejšie realizovať ho samostatne),
- ▶ z iných dôvodov.

V prípade ukončenia zmluvy vo výstavbovej fáze Projektu je potrebné zmluvne vysporiadať vzájomné práva a povinnosti. Nehnuteľnosti a práva k rozostavanej stavbe zapísanej v katastri nehnuteľností budú pravdepodobne vlastnené štátom, v opačnom prípade je potrebné zmluvne zabezpečiť prevod vlastníckeho práva na štát alebo štátom vlastnenú právnickú osobu. Rovnako by sa malo uskutočniť odovzdanie staveniska, dokumentácie a ostatných hnuťelných vecí podľa úpravy v koncesnej zmluve. Vychádzame z predpokladu, že v tomto štádiu nebude ešte nutné zabezpečovať „prevod“ ľudských zdrojov a teda brať do úvahy príslušné pracovnoprávne predpisy.

Ak dôjde k ukončeniu v čase prevádzky, bude potrebné omnoho citlivejšie v koncesnej zmluve upraviť prevod nehnuteľného majetku (za predpokladu, že nebude celý čas vo vlastníctve štátu), hnuťelného majetku a ľudských zdrojov na štát. Vzhľadom na charakter tohto Projektu je nevyhnutné zabezpečiť 24 hodinovú nepretržitú prevádzku nUNB. V koncesnej zmluve bude potrebné zakotviť, aby koncesionár uskutočňoval prevádzku až do odovzdania nUNB štátu, resp. štátom vlastnenej spoločnosti. Zároveň však bude potrebné upraviť mechanizmus koncesnej zmluvy tak, aby mohol štát prevziať Projekt prakticky okamžite, ak dôjde k takej situácii, v ktorej koncesionár nebude objektívne schopný ďalej ho prevádzkovať. Ak by mal štát záujem na ďalšom prevádzkovaní nemocnice treťou osobou, je v súlade so Zákom o verejnom obstarávaní povinný vyhlásiť nové verejné obstarávanie na výber súkromného partnera.

V súvislosti s ukončením Projektu sa koncesionárovi obvykle vypláca kompenzácia, ktorej výšku upravuje koncesná zmluva. Výška kompenzácie závisí nielen od fázy Projektu (menšie garancie v prípade ukončenia Projektu vo fáze výstavby ako vo fáze prevádzky), ale aj od dôvodu ukončenia koncesnej zmluvy. V prípade ukončenia bez udania dôvodu zo strany verejného obstarávateľa môže byť tento povinný uhradiť celý dlh voči veriteľom financujúcim subjektom, resp. kompenzovať aj určitú mieru očakávaní equity investorov. Ak je zmluva ukončená z dôvodov na strane koncesionára, kompenzačná platba býva spravidla odvodená od „trhovej hodnoty“ Projektu a znížená o všetky náklady verejného obstarávateľa vynaložené v súvislosti s ukončením zmluvy a obstaraním nového prevádzkovateľa.

Nevyhnutnou súčasťou PPP projektu je úprava práv jeho financujúcich veriteľov. Ide o možnosť tzv. „step-in rights“, t.j. práva financujúcich subjektov dohliadať v prípade neplnenia zmluvy zo strany koncesionára, ktoré by za iných podmienok mali za následok ukončenie zmluvy zo strany verejného obstarávateľa, na jeho činnosť a v zásade vstúpiť do jeho práv, teda fakticky ho nahradiť ako zmluvnú stranu zmluvy, bez povinnosti vyhlásiť nové verejné obstarávanie, až dokiaľ nie je koncesionár opäť v stave riadne zmluvu plniť, alebo nie je nahradený iným koncesionárom. Podľa Zákona o verejnom obstarávaní takéto nahradenie bez vyhlásenia nového verejného obstarávania nie je možné a hoci na jeho efektívnu realizáciu existuje právne uskutočniteľné riešenie (vo forme

Posúdenie stratégií exitu a možností zmien Projektu zo strany súkromného a verejného partnera

ovládnutia osoby koncesionára na korporátnej úrovni bez zmeny osoby koncesionára), vzhľadom na charakter Projektu pravdepodobne nebude takéto riešenie atraktívne. Prevádzkovanie univerzitnej nemocnice je totiž ďaleko komplexnejšie ako prevádzkovanie tradičnej infraštruktúry typu diaľnice alebo súdnej budovy. Banky budú preto veľmi pravdepodobne v prípade neplnenia preferovať prevzatie Projektu štátom.

Z hľadiska právnej istoty veriteľov býva obvykle požadované uzatvorenie trojstrannej dohody medzi verejným obstarávateľom, koncesionárom a veriteľmi. Najčastejšie sa takáto zmluva označuje ako priama zmluva. Podľa tejto zmluvy sa verejný obstarávateľ zaviazá realizovať určité svoje oprávnenia z koncesnej zmluvy, až potom, čo veriteľom umožní v určitej forme zasiahnuť a zachrániť Projekt. V priamej zmluve môžu byť upravené rôzne mechanizmy na notifikáciu veriteľov v prípade porušenia alebo nedostatočného plnenia zmluvy koncesionárom, lehota poskytnutá veriteľom na zabezpečenie nápravy, možnosť výmeny subdodávateľa, nezávislého dozoru a pod.

Z povahy Projektu bude potrebné upraviť aj určité práva intervencie verejného obstarávateľa v prípadoch, kedy by mohlo byť ohrozené poskytovanie zdravotnej starostlivosti zo strany koncesionára, keďže prevádzka UNB bude plne v rukách súkromného partnera.

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
ZPPP	Nedokončenie výstavby zo strany koncesionára.	Vhodná úprava koncesnej zmluvy vrátane odovzdania staveniska a čiastočnej kompenzácie pre financujúce subjekty. Uzatvorenie priamej zmluvy s veriteľmi.
	Nedostatočné plnenie koncesnej zmluvy. Prerušenie poskytovania zdravotnej starostlivosti zo strany koncesionára.	Vhodná úprava koncesnej zmluvy vrátane odovzdania Projektu a kompenzácie pre financujúce subjekty. Uzatvorenie priamej zmluvy s veriteľmi.
	Prevzatie kontroly nad Projektom štátom, neefektívne plnenie zo strany štátu.	Nastavenie efektívneho manažérskeho riadenia.

B. IPPP

V prípade IPPP modelu je možné vychádzať z tých istých východísk ako pri ZPPP variante, pokiaľ ide o štádiá Projektu a dôvody ukončenia Projektu. Aj v tomto prípade bude potrebné usporiadať záväzky zmluvných strán v koncesnej zmluve a v priamej zmluve s veriteľmi (viac v časti Posúdenie stratégií exitu a možností zmien Projektu zo strany súkromného a verejného partnera v ZPPP).

Posúdením dopadov implementácie variantu IPPP na oblasť exitu boli identifikované nasledovné riziká:

- Strata kontroly nad spoločným podnikom. Ohrozenie výstavby nUNB
- Strata kontroly nad spoločným podnikom. Ohrozenie poskytovania zdravotnej starostlivosti

Potreba prevodu nehnuteľností bude závisieť od toho, či budú vložené do prioritného infraštruktúrneho majetku správcom majetku štátu. Tieto potom nebudú dotknuté prípadnou likvidáciou alebo konkurzom SPV založenej za účelom realizácie Projektu. Eliminácia rizika v čase výstavby nemocnice by bola možná úpravou koncesnej zmluvy, podľa ktorej by vlastníctvo k budovám nemocnice nadobudol najprv správca majetku štátu (MZ SR) a až následne by ich vložil do základného imania spoločného podniku, čím by sa stali súčasťou prioritného majetku. Vyhlásením konkurzu na spoločný podnik prechádza na správcu majetku štátu oprávnenie konať za spoločný podnik vo veciach prevádzky a údržby prioritného majetku (viac v časti Posúdenie rizík vyplývajúcich z možného úpadku súkromného partnera a s tým súvisiacej možnosti, že súkromný ako aj verejný partner Projektu stratia kontrolu nad majetkom Projektu v IPPP).

Odhládnuv od konceptu PPP je potrebné vziať do úvahy korporátnu štruktúru založenej spoločnosti. Dôležitá úprava sa preto bude v prípade spoločného podniku so súkromným partnerom týkať korporátnych dokumentov ako napríklad spoločenskej zmluvy. Spoločenská zmluva by mala upravovať možnosti alebo vylúčenie prevodu

Posúdenie stratégií exitu a možností zmien Projektu zo strany súkromného a verejného partnera

obchodného podielu, či už na tretiu osobu alebo iného spoločníka. V prípade vylúčenia prevodu obchodného podielu však nie je na takýto podiel možné zriadiť záložné právo, čo môže byť dôležité z pohľadu financujúcich subjektov.

Aby štát zabránil nežiaducemu prevzatíu kontroly v prípade ukončenia spolupráce so súkromným partnerom, v spoločenskej zmluve je možné dohodnúť predkupné právo na obchodný podiel súkromného partnera. Predkupné právo by malo byť potom zriadené pre všetky prípady scudzenia vrátane darovania.

Podľa Občianskeho zákonníka je možné v prípade porušenia predkupného práva:

- ▶ domáhať sa vyhlásenia relatívnej neplatnosti (v prípade spoluvlastníkov),
- ▶ domáhať sa voči nadobúdateľovi, aby vec ponúkol na kúpu za rovnakých podmienok,
- ▶ ďalej si ponechať predkupné právo voči nadobúdateľovi,
- ▶ domáhať sa náhrady škody.

Nakoľko s porušením predkupného práva nie je spojená absolútna neplatnosť priamo zo zákona a dôvody relatívnej neplatnosti nie je možné rozširovať, v prípade porušenia predkupného práva prichádza do úvahy najmä domáhať sa voči nadobúdateľovi obchodného podielu, aby na obchodný podiel predal za rovnakých podmienok štátu alebo štátom vlastnenej právnickej osobe. Ak nadobúdateľ s návrhom nesúhlasí, je možné nahradiť jeho súhlas rozhodnutím súdu. Aby štát zabránil ďalšiemu scudzeniu, je možné v rámci žaloby požiadať o vydanie predbežného opatrenia. Samozrejme, že nevýhodou súdneho konania je zdĺhavosť a nemožnosť predikcie výsledku konania.

Aby štát nestratil kontrolu nad Projektom, je možné v prípade akciovej spoločnosti v spoločenskej zmluve dohodnúť napríklad obmedzenie prevoditeľnosti akcií. Obmedzenie prevoditeľnosti sa zapíše do Obchodného registra. Prevod akcií je možné podmieniť súhlasom spoločnosti (valným zhromaždením). Prevoditeľnosť akcií medzi akcionármi alebo prepojenými osobami môže byť zjednodušená. Spoločenská zmluva môže upraviť podmienky, kedy môže odmietnuť udeliť súhlas s prevodom na inú osobu ako akcionára spoločnosti. Predkupné právo podobne ako v prípade obchodného podielu môže byť dohodnuté. Koncesná zmluva a spoločenská zmluva by mali byť dôsledne prepojené tak, aby v každom prípade neuspokojivého plnenia zo strany koncesionára, mal štát právo požadovať predaj akcií od akcionára/ostatných akcionárov.

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
IPPP	Strata kontroly nad spoločným podnikom. Ohrozenie výstavby nUNB.	Vhodná úprava koncesnej zmluvy vrátane odovzdania staveniska a kompenzácie pre financujúce subjekty. Uzatvorenie priamej zmluvy s veriteľmi. Dôsledná úprava korporátnych dokumentov. Predkupné právo na obchodný podiel alebo akcie. Povinný (zmluvný) predaj akcií.
	Strata kontroly nad spoločným podnikom. Ohrozenie poskytovania zdravotnej starostlivosti.	Vhodná úprava koncesnej zmluvy vrátane odovzdania Projektu a kompenzácie pre financujúce subjekty. Uzatvorenie priamej zmluvy s veriteľmi. Dôsledná úprava korporátnych dokumentov. Predkupné právo na obchodný podiel alebo akcie. Povinný (zmluvný) predaj akcií.

C. JV

Posúdením dopadov implementácie variantu JV na oblasť exitu boli identifikované nasledovné riziká:

- ▶ Strata kontroly nad spoločným podnikom. Ohrozenie výstavby nUNB
- ▶ Strata kontroly nad spoločným podnikom. Ohrozenie poskytovania zdravotnej starostlivosti

Posúdenie stratégií exitu a možnosti zmien Projektu zo strany súkromného a verejného partnera

V prípade JV bude rozhodujúce znenie spoločenskej zmluvy a ostatných korporátnych dokumentov. Spoločenská zmluva by mala upravovať možnosti alebo vylúčenie prevodu obchodného podielu, či už na tretiu osobu alebo iného spoločníka a/alebo zriadenie predkupného práva na obchodný podiel. V prípade akciovej spoločnosti je možné v spoločenskej zmluve dohodnúť napríklad obmedzenie prevoditeľnosti akcií. Obmedzenie prevoditeľnosti sa zapisuje do Obchodného registra. Prevod akcií je možné podmieniť súhlasom spoločnosti (valným zhromaždením). Prevoditeľnosť akcií medzi akcionármi alebo prepojenými osobami môže byť zjednodušená. Spoločenská zmluva môže upraviť podmienky, kedy môže odmietnuť udeliť súhlas s prevodom na inú osobu ako akcionára spoločnosti. Predkupné právo podobne ako v prípade obchodného podielu môže byť tiež dohodnuté. (Viac ku korporátnym otázkam pozri aj v časti Posúdenie stratégií exitu a možnosti zmien Projektu zo strany súkromného a verejného partnera v IPPP).

K otázkam konkurzu, likvidácie a exekúcie bližšie pozri tiež v časti Posúdenie rizík vyplývajúcich z možného úpadku súkromného partnera a s tým súvisiacej možnosti, že súkromný ako aj verejný partner Projektu stratia kontrolu nad majetkom Projektu. V tejto súvislosti je potrebné spomenúť aj možnosť exekúcie a konkurzu obchodného podielu, ktorý bude v rámci JV (obdobne aj v IPPP) vlastníť súkromný partner. Obchodný podiel sa stáva v prípade vyhlásenia konkurzu súčasťou konkurznej podstaty. Podľa Zákona o konkurze pri speňažovaní majetku správca nie je viazaný zmluvnými predkupnými právami. V prípade speňažovania majetku, ku ktorému sa viaže zákonné predkupné právo alebo predkupné právo zriadené ako vecné právo, správca písomne ponúkne predmet predkupného práva za podmienok ustanovených osobitnými predpismi tomu, kto je z predkupného práva oprávnený. Na to, aby správca konkurznej podstaty ponúkol najprv obchodný podiel štátu alebo štátom vlastnenej právnickej osobe, muselo by byť takéto predkupné právo upravené v osobitnom zákone. Na nehnuteľnosti vlastnené JV by bolo možné zriadiť predkupné právo ako vecné právo. Vyhlásenie konkurzu na obchodný podiel môže mať za následok zrušenie spoločnosti podľa Obchodného zákonníka podobne ako v prípade exekúcie.

V prípade exekúcie obchodného podielu podľa Exekučného poriadku sa spoločnosť zrušuje. Vydanie exekučného príkazu nemá za následok zrušenie spoločnosti napríklad v prípade spoločnosti s ručením obmedzeným, ak sa na predaj obchodného podielu nevyžaduje súhlas valného zhromaždenia. Obchodný podiel sa potom následne speňaží spôsobom ako iný hnuťelný majetok. V takomto prípade by však nebolo možné obmedziť prevoditeľnosť obchodného podielu, čo by bolo žiaduce z hľadiska kontroly štátu nad Projektom.

Bude potrebné preveriť možnosti, ktoré zaručia štátu v prípade úpadku, zadĺženia alebo z iných dôvodov ukončenia účasti súkromného partnera v JV, aby nestratil kontrolu nad Projektom. Takými možnosťami môže byť záložné právo alebo zabezpečovací prevod práva. V takomto prípade je však potrebné dôsledne zvážiť aj záujmy financujúcich subjektov, aby Projekt zostal atraktívny pre financovanie.

Nakoľko budú vzťahy medzi súkromným a verejným partnerom v JV variante založené na korporátnych mechanizmoch, každé ukončenie spolupráce vrátane dobrovoľného musí byť testované v kontexte korporátnych dokumentov a Obchodného zákonníka. V tomto scenári teda neprichádzajú do úvahy klasické sankcie v zmysle zmluvných dojednaní alebo zmluvných pokút. Súkromný a verejný partner budú v pozícii spoločníkov alebo akcionárov.

Dôvody ukončenia spolupráce by mali byť vopred definované, napríklad v prípade súkromného partnera by mohlo byť takýmto dôvodom neuhradenie podielu na strate, alebo nezvýšenie základného imania. Podľa miery úspešnosti JV by bol súkromný partner kompenzovaný za svoje investície. Nakoľko je Projekt špecifický svojou strategickou povahou poskytovania zdravotnej starostlivosti, korporátne dokumenty by mali dôsledne upraviť povinnosť predaja obchodného podielu alebo akcií štátu, aby tento mohol prevziať Projekt a zabezpečiť plné fungovanie nUNB.

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
JV	Strata kontroly nad spoločným podnikom. Ohrozenie výstavby nUNB.	Dôsledná úprava korporátnych dokumentov. Predkupné právo na obchodný podiel alebo akcie alebo ďalšie mechanizmy ako záložné právo, povinný (zmluvný) predaj akcií a pod.
	Strata kontroly nad spoločným podnikom. Ohrozenie poskytovania zdravotnej starostlivosti.	Dôsledná úprava korporátnych dokumentov. Predkupné právo na obchodný podiel alebo akcie alebo ďalšie mechanizmy ako záložné právo, povinný (zmluvný) predaj akcií a pod.

Posúdenie stratégií exitu a možností zmien Projektu zo strany súkromného a verejného partnera

D. Špecifický variant

Vo variante špecifického modelu SPV, v 100% vlastníctve a kontrole MZ SR, bude SPV jednotlivo zadávať čiastkové zákazky uchádzačom podľa Zákona o verejnom obstarávaní. V takomto prípade nepôjde o dlhodobú spoluprácu a teda nie je potrebná ani robustná úprava exitu súkromného partnera. V súvislosti s ukončením jednotlivých zmlúv budú aplikovateľné ustanovenia Obchodného zákonníka o ukončení jednotlivých zmlúv o dielo alebo zmlúv o prevádzke, ktoré by mali obsahovať ustanovenia o uhradení zmluvnej ceny za riadne plnenie zákazky, prípadne znížené o zmluvné sankcie za nedodržanie zmluvných povinností.

Napriek tomu, že v prípade Špecifického variantu neuvažujeme o exite súkromného partnera, Posúdením dopadov implementácie Špecifického variantu z pohľadu exitu bolo identifikované nasledovné riziko:

- Nedodržanie povinností dodávateľa stavebných prác alebo služieb

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
Špecifický variant	Nejedná sa o „klasický“ exit. Nedodržanie povinností dodávateľa stavebných prác alebo služieb.	Vhodná úprava zmluvy o dielo a/alebo zmluvy o prevádzke, napríklad sankčné mechanizmy, úhrada zmluvnej ceny diela po dokončení prác a pod.

Porovnanie variantov

Z hľadiska uskutočniteľnosti sú všetky varianty možné a realizovateľné. Pri porovnaní jednotlivých variantov z hľadiska kontinuity poskytovania zdravotnej starostlivosti a ochrany majetku verejného partnera sa javí ako najmenej rizikový Špecifický variant, v rámci ktorého nejde o klasickú PPP formu exitu súkromného partnera, ale len o zmluvnú úpravu ukončenia dodávateľských vzťahov. Tento variant teda vykazuje najnižšiu mieru rizík s vysokou až strednou účinnosťou mitigačných opatrení.

Realizovateľný je aj variant ZPPP, so strednou váhou rizík a strednou až vysokou účinnosťou mitigačných opatrení v podobe úpravy koncesnej zmluvy a priamej zmluvy s veriteľmi. Tieto mitigačné opatrenia môžu byť testované v rámci súťažného dialógu alebo rokovacieho konania pri verejnom obstarávaní na výber súkromného partnera. Podobne sú aj varianty IPPP a JV realizovateľné pri vhodnom nastavení Projektu. V prípade IPPP a JV je potrebné mitigačné opatrenia sústrediť na dôslednú úpravu zmluvných vzťahov a korporátnych dokumentov a efektívne verejné obstarávanie, v rámci ktorého je možné tieto opatrenia dohodnúť a testovať. Varianty IPPP a JV vykazujú strednú mieru rizika so strednou až nízkou účinnosťou mitigačných opatrení. Ako najrizikovejší z pohľadu straty kontroly Projektu zo strany štátu sa javí variant JV.

Sumarizačná tabuľka

Riziko	ZPPP	IPPP	JV	Špecifický variant
Nedokončenie výstavby zo strany koncesionára	Vhodná úprava koncesnej zmluvy vrátane odovzdania staveniska a čiastočnej kompenzácie pre financujúce subjekty. Uzatvorenie priamej zmluvy s veriteľmi	Vhodná úprava koncesnej zmluvy vrátane odovzdania staveniska a kompenzácie pre financujúce subjekty. Uzatvorenie priamej zmluvy s veriteľmi. Dôsledná úprava korporátnych dokumentov.	Neidentifikované	Neidentifikované
Nedostatočné plnenie koncesnej zmluvy. Prerušenie poskytovania zdravotnej	Vhodná úprava koncesnej zmluvy vrátane odovzdania Projektu a kompenzácie pre financujúce subjekty. Uzatvorenie priamej zmluvy	Vhodná úprava koncesnej zmluvy vrátane odovzdania staveniska a kompenzácie pre financujúce subjekty. Uzatvorenie priamej zmluvy	Neidentifikované	Neidentifikované

Posúdenie stratégií exitu a možností zmien Projektu zo strany súkromného a verejného partnera

starostlivosti zo strany koncesionára	s veriteľmi	s veriteľmi. Dôsledná úprava korporátnych dokumentov.		
Prevzatie kontroly nad Projektom štátom, neefektívne plnenie zo strany štátu	Nastavenie efektívneho manažérskeho riadenia.	Neidentifikované	Neidentifikované	Neidentifikované
Strata kontroly nad spoločným podnikom. Ohrozenie výstavby nUNB	Neidentifikované	Vhodná úprava koncesnej zmluvy vrátane odovzdania staveniska a kompenzácie pre financujúce subjekty. Uzatvorenie priamej zmluvy s veriteľmi. Dôsledná úprava korporátnych dokumentov. Predkupné právo na obchodný podiel alebo akcie. Povinný(zmluvný) predaj akcií.	Dôsledná úprava korporátnych dokumentov. Predkupné právo na obchodný podiel alebo akcie alebo ďalšie mechanizmy ako záložné právo, povinný (zmluvný) predaj akcií a pod.	Neidentifikované
Strata kontroly nad spoločným podnikom. Ohrozenie výstavby nUNB	Neidentifikované	Vhodná úprava koncesnej zmluvy vrátane odovzdania Projektu a kompenzácie pre financujúce subjekty. Uzatvorenie priamej zmluvy s veriteľmi. Dôsledná úprava korporátnych dokumentov. Predkupné právo na obchodný podiel alebo akcie. Povinný (zmluvný) predaj akcií.	Dôsledná úprava korporátnych dokumentov. Predkupné právo na obchodný podiel alebo akcie alebo ďalšie mechanizmy ako záložné právo, povinný (zmluvný) predaj akcií a pod.	Neidentifikované
Nedodržanie povinností dodávateľa stavebných prác alebo služieb pri špecifickom variante	Neidentifikované	Neidentifikované	Neidentifikované	Vhodná úprava zmluvy o dielo a/alebo zmluvy o prevádzke, napríklad sankčné mechanizmy, úhrada zmluvnej ceny diela po dokončení prác a pod.

Analýza otázok štátnej pomoci súvisiacej s preferovaným modelom Projektu

Analýza otázok štátnej pomoci súvisiacej s preferovaným modelom Projektu

Základný popis dopadovej oblasti

Ako už bolo viackrát uvedené, základnou podmienkou uskutočniteľnosti Projektu je stabilita a predvídateľnosť cash-flow prevádzkovateľa nUNB. Správne nastavenie mechanizmu platieb a garancií MZ SR je predpokladom udržateľnosti príjmov prevádzkovateľa nUNB a výrazne podporuje bankovateľnosť Projektu. Akékoľvek opatrenie na zabezpečenie stability príjmov nUNB musí zodpovedať obmedzeniam regulácie štátnej pomoci a nesmie byť v rozpore s pravidlami vnútorného trhu zakotvenými v ZFEÚ. Analýza otázok štátnej pomoci je preto esenciálna pre posúdenie uskutočniteľnosti Projektu.

Vo vzťahu k posudzovanej dopadovej oblasti je hlavným zodpovednostným subjektom Slovenská republika, ktorá je povinná dodržiavať svoje záväzky vyplývajúce z členstva v EU a komunitárneho práva.

Posudzovanie otázok štátnej pomoci a vyvodzovanie zodpovednosti za porušenie pravidiel poskytovania štátnej pomoci patria do kompetencie EU, konkrétne Komisie, ktorá je oprávnená posudzovať či v danom prípade došlo k porušeniu či ohrozeniu hospodárskej súťaže poskytnutím nepovolenej štátnej pomoci. Komisia je zároveň oprávnená ukladať opatrenia na nápravu vzniknutého stavu.

Na národnej úrovni plní funkciu koordinačného orgánu pre oblasť štátnej pomoci MF SR.

Príjemca, ktorému sa podľa rozhodnutia Komisie poskytla neoprávnená štátna pomoc, je povinný sumu zodpovedajúcu neoprávnene poskytnutej štátnej pomoci vrátane úroku podľa príslušnej sadzby určenej Komisiou vrátiť do rozpočtu, z ktorého bola poskytnutá, alebo zaplatiť do rozpočtu, do ktorého mala byť zaplatená. Táto povinnosť sa vzťahuje aj na právneho nástupcu príjemcu.

Na základe rozhodnutia Komisie o poskytnutí neoprávnenej štátnej pomoci a na základe podnetu MF SR je poskytovateľ povinný podať návrh na vykonanie exekúcie podľa osobitného predpisu do 30 dní od doručenia podnetu MF SR; poskytovateľ určený v podnete je oprávneným v exekučnom konaní.

Porušenie pravidiel poskytovania štátnej pomoci predstavuje pre vyššie uvedené dôvody významné riziko uskutočniteľnosti Projektu s existenčnými dopadmi na príjemcu štátnej pomoci. Akékoľvek plnenie zo strany štátu je preto potrebné posudzovať z pohľadu dodržania komplexných pravidiel štátnej pomoci. Kritériá posudzovania štátnej pomoci sú ďalej špecifikované v časti Právny rámec dopadovej oblasti.

Aj v prípade kladného posúdenia súladu plnenia štátu s pravidlami poskytovania štátnej pomoci však odporúčame zvážiť notifikovať plánované plnenie Komisii, ktorá je oprávnená rozhodnúť o jeho súlade s pravidlami poskytovania štátnej pomoci aj v čase pred samotným poskytnutím plnenia štátu príjemcovi.

Právny rámec dopadovej oblasti

Problematika štátnej pomoci je primárne upravená v ZFEÚ. Prípustnosť, neprípustnosť ako aj podmienky štátnej pomoci musia byť posudzované v kontexte článku 107 Zmluvy o fungovaní Európskej únie (ZFEÚ), sektorovo špecifickej regulácie a aplikačnej praxe.

Podľa článku 107 ZFEÚ je akákoľvek pomoc poskytnutá určitému podnikateľovi alebo na určitú činnosť, ktorá obmedzuje hospodársku súťaž a ovplyvňuje obchod medzi členskými štátmi v rozpore s pravidlami vnútorného trhu, pokiaľ ZFEÚ neustanovuje inak. Z uvedeného vyplýva, že určité výnimky z tohto všeobecného zákazu poskytovania štátnej pomoci sú prípustné. Z vyššie uvedeného článku 107 ZFEÚ vyplývajú štyri podmienky, ktoré musia byť splnené kumulatívne:

- pomoc musí byť poskytnutá členským štátom alebo zo štátnych zdrojov;
- takýto zásah poskytuje určitému (vybranému) príjemcovi pomoc ekonomickú výhodu;
- takýto zásah je spôsobilý ovplyvniť obchod medzi členskými štátmi;
- hospodárska súťaž je alebo by mohla byť narušená.

Pokiaľ nie sú splnené všetky vyššie uvedené podmienky, k štátnej pomoci, ktorá by bola nezlučiteľná s vnútorným trhom, nedochádza. V ďalšom texte preto posudzujeme len také prípady, v ktorých dochádza k poskytnutiu štátnej pomoci. Pre úplnosť uvádzame, že výber súkromného partnera, ktorý prebehne transparentným procesom

Analýza otázok štátnej pomoci súvisiacej s preferovaným modelom Projektu

nepredstavuje štátnu pomoc, ak v rámci neho alebo potom nebude poskytovaná tomuto partnerovi ekonomická výhoda oproti iným osobám pôsobiacim v danej oblasti, ktorá by narúšala hospodársku súťaž.

Pokiaľ sa jedná o zdravotníctvo, služby v zdravotníctve sú považované za súčasť sociálnych služieb poskytovaných vo verejnom záujme (Social Services of General Interest (SSGI)). SSGI sa delia na služby, ktoré majú hospodársku/ekonomickú povahu (SGEI) alebo nehospodárske, teda také ktoré nemajú žiadny dopad na ekonomiku. Toto rozdelenie je závislé od povahy činností, o ktoré sa v tom – ktorom prípade jedná. V zmysle vyššie uvedeného výstavba rovnako ako prevádzka zdravotníckej infraštruktúry predstavujú aktivity ekonomickej povahy.

Podľa doterajšej rozhodovacej praxe Komisie zdravotnícke služby poskytované buď v rámci nemocnice alebo kdekoľvek inde sa považujú taktiež za služby ekonomickej povahy. Poskytovanie zdravotníckych služieb resp. ich podpora zo strany verejných orgánov môže predstavovať štátnu pomoc, ktorá spadá pod rámec ekonomických služieb poskytovaných vo verejnom záujme (SGEI).

Náklady, ktoré súvisia s investíciami, osobitne náklady na vybudovanie infraštruktúry sa považujú za SGEI, pokiaľ sú nevyhnutné na prevádzku a poskytovanie SGEI. Avšak, ak je časť takejto zdravotníckej infraštruktúry využívaná na iné činnosti, ktoré svojou povahou nepredstavujú službu vo verejnom záujme SGEI (napríklad bufet alebo iné prevádzky doplnkových služieb v rámci nemocnice) môže sa pre účely financovania z verejných zdrojov podľa pravidiel pre podporu SGEI započítať iba pomerná časť nákladov súvisiacich s predmetnou infraštruktúrou.

Podľa podmienok rozhodnutia v prípade Altmark (Prípád C-280/00 Altmark Trans [2003] ECR I-7747 Altmark judgment) sa podľa práva Európskej únie posudzujú SGEI pre účely posúdenia existencie štátnej pomoci. SGEI nepredstavujú štátnu pomoc za predpokladu, že všetky nasledujúce podmienky zadefinované v Altmark judgment sú kumulatívne splnené:

- ▶ prijímateľ musí byť skutočne poverený plnením záväzkov služby vo verejnom záujme a tieto záväzky musia byť jasne vymedzené;
- ▶ parametre, na základe ktorých sa náhrada vypočítava, musia byť vopred stanovené objektívnym a transparentným spôsobom;
- ▶ náhrada nesmie presiahnuť sumu potrebnú na pokrytie všetkých nákladov vzniknutých pri plnení záväzkov súvisiacich so službami vo verejnom záujme alebo časti týchto nákladov, pri zohľadnení príslušných príjmov a primeraného zisku;
- ▶ ak podnik, ktorý má plniť záväzky služby vo verejnom záujme, nebol v konkrétnom prípade vybraný v rámci postupu verejného obstarávania, ktorý by umožnil vybrať uchádzača schopného poskytovať tieto služby verejnosti za najnižšiu cenu, výška potrebnej náhrady sa musí určiť na základe analýzy nákladov, ktoré by vznikli bežnému, dobre riadenému a primerane vybavenému podniku.

Ak vyššie uvedené podmienky pri poskytovaní kompenzácie za SGEI nebudú splnené, bude sa síce jednať o štátnu pomoc, ale neznamená to, že takáto pomoc by bola neprípustná. Takáto štátna pomoc poskytovaná v súvislosti s poskytovaním SGEI môže byť v súlade s ZFEÚ podľa pravidiel SGEI Rozhodnutia 2012 (Rozhodnutie Komisie č. 2012/21/EU o uplatňovaní článku 106 ods. 2 Zmluvy o fungovaní Európskej únie na štátnu pomoc vo forme náhrady za službu vo verejnom záujme udeľovanej niektorým podnikom povereným poskytovaním služieb všeobecného hospodárskeho záujmu). Kompenzácia, ktorá spĺňa podmienky SGEI Rozhodnutia 2012 je vyňatá spod inak obligatórnej notifikačnej povinnosti a získania rozhodnutia o súhlase od Komisie.

Okrem vyššie uvedeného podľa SGEI Nariadenia de minimis (Nariadenie Komisie (EU) č. 360/2012) sa kompenzácia za poskytovanie SGEI, ktorá nepresahuje EUR 500 000 v období ktorýchkoľvek troch po sebe idúcich fiškálnych rokov nepovažuje za štátnu pomoc, vzhľadom na zanedbateľný dopad na úroveň hospodárskej súťaže na vnútornom trhu.

Verejné orgány majú rozsiahle právomoci ohľadne rozhodnutia ako budú organizovať a zabezpečovať poskytovanie SGEI, pokiaľ kompenzácia, ktorú v tejto súvislosti poskytujú, neprekročí rámec toho, čo je nevyhnutné na zabezpečenie toho, aby sa SGEI vykonávali za ekonomicky prijateľných podmienok v súlade s článkom 106 ods. 2 ZFEÚ.

V prvom rade je nevyhnutná existencia formálneho poverenia na vykonávanie služieb vo verejnom záujme na základe poverovacieho aktu (entrustment act) v súlade s článkom 4 SGEI Rozhodnutia 2012 pre subjekt ktorý má dostávať kompenzáciu.

Analýza otázok štátnej pomoci súvisiacej s preferovaným modelom Projektu

Poverovací akt (entrustment act) musí obsahovať najmä, zadefinovanie povahy a doby trvania poskytovania služby vo verejnom záujme, poverený subjekt a teritórium na poskytovanie služieb, zadefinovanie akýchkoľvek výlučných alebo osobitných práv, ktoré boli udelené poskytovateľovi, parametre a spôsob výpočtu a kontroly poskytovanej kompenzácie, pravidlá pre zabezpečenie zabráneniu nadmernej kompenzácie resp. jej vrátenia a odkaz na poskytovanie služieb v súlade s právnym rámcom SGEI Rozhodnutia 2012.

SGEI Rozhodnutie 2012 umožňuje poskytovanie kompenzácií pre nemocnice bez obmedzenia výšky. Poskytnutá kompenzácia však nesmie presiahnuť sumu potrebnú na pokrytie nákladov súvisiacich s poskytovaním SGEI v rozsahu oprávnených nákladov a primeraného zisku (článok 5 SGEI Rozhodnutia 2012); pričom pri kalkulácii je potrebné na jednej strane zohľadniť všetky relevantné náklady, na druhej strane tiež akékoľvek výnosy v súvislosti s poskytovaním SGEI. Akákoľvek kompenzácia poskytnutá nad rámec vyššie uvedeného sa považuje za poskytnutú v rozpore s pravidlami štátnej pomoci a musí byť vrátená na základe rozhodnutia buď Komisie resp. národného súdu. V tejto súvislosti je potrebné, aby členský štát ustanovil verejný orgán na kontrolu primeranosti poskytovanej kompenzácie.

V súvislosti so spôsobom výpočtu oprávnených nákladov SGEI Rozhodnutie 2012 v článku 5 ods. 2 poskytuje dve alternatívne metódy kalkulácie čistých nákladov za poskytovanie služby vo verejnom záujme:

- ▶ metodika založená na alokácii nákladov – vypočítaná ako rozdiel medzi nákladmi a príjmami, ak príslušný podnik vykonáva aj činnosti, ktoré nepatria do rozsahu SGEI, zohľadnia sa len náklady spojené s poskytovaním SGEI;
- ▶ metodika výpočtu čistých nákladov, ktorým sa možno vyhnúť – vypočítaná ako rozdiel medzi čistými nákladmi v prípade podniku pôsobiaceho so záväzkom služby vo verejnom záujme a čistými nákladmi alebo ziskom z rovnakého podniku pôsobiaceho bez záväzku služby vo verejnom záujme.

Podľa SGEI Rozhodnutia 2012 sa členské štáty môžu rozhodnúť, ktorú z vyššie uvedených metód považujú za najvhodnejšiu v konkrétnom prípade.

„Primeraný zisk“ v rámci výpočtu prípustnej kompenzácie podľa článku 5 ods. 5 SGEI Rozhodnutia 2012 predstavuje mieru rentability kapitálu, ktorú by vyžadoval bežný podnik zvažujúci poskytovanie služieb všeobecného hospodárskeho záujmu na dobu trvania poverenia, pričom berie do úvahy mieru rizika. V prípade, že miera rentability kapitálu nepresahuje príslušnú swapovú mieru zvýšenú o prémii vo výške 100 základných bodov považuje sa, v súlade s článkom 5 ods.7 SGEI Rozhodnutia 2012 za primeranú v každom prípade. Táto miera je tiež hornou hranicou primeraného zisku, ak poskytovanie služby nie je spojené s podstatným rizikom.

Riziko je faktor, ktorý by mohol znížiť očakávaný zisk pričom závisí od príslušného sektora, typu služby a povahy náhrady, napr. ak sa za čisté náklady vzniknuté pri poskytovaní SGEI poskytne náhrada ex post v plnom rozsahu, miera rizika bude zanedbateľná a primeraný zisk bude preto obmedzený. Na druhej strane paušálna suma za poskytovanie SGEI stanovená ex ante, zahŕňa väčšie riziko pre poskytovateľa. Taktiež konkurenčné odvetvia, kde sú dopyt a náklady premenlivé alebo kde sú aktíva drahé a ťažko sa dajú znovu predať, sa považujú podľa EK za rizikovejšie.

Podľa článku 5 ods. 8 SGEI Rozhodnutia 2012, v prípade ak z dôvodu osobitných okolností nie je vhodné použiť mieru rentability kapitálu, iné ukazovatele úrovne zisku napríklad priemerná rentabilita vlastného imania, rentabilita investovaného kapitálu, rentabilita aktív alebo rentabilita tržieb sa môžu použiť na určenie výšky primeraného zisku.

Podľa článku 2 ods. 2 SGEI Rozhodnutia 2012 je maximálna prípustná doba trvania poverenia 10 rokov. Uvedené však neplatí, pokiaľ si poskytovanie SGEI vyžaduje významnú investíciu, ktorú treba amortizovať počas dlhšieho obdobia.

Keďže v prípade prípravy a výstavby nUNB je možné očakávať dlhšie obdobie poverenia ako 10 rokov, jedinou možnosťou pri súčasnom zachovaní benefitov SGEI Rozhodnutia 2012 je postup v súlade s definíciou o potrebe amortizácie „významnej investície“. V zmysle Príručky k uplatňovaniu pravidiel Európskej únie týkajúcich sa štátnej pomoci podľa balíka pravidiel pre SGEI 2012, či je možné považovať investíciu za významnú závisí jednak od absolútnej hodnoty ako aj od relatívnej hodnoty, ktorú je potrebné amortizovať počas obdobia dlhšieho ako 10 rokov v porovnaní s hodnotou ostatných aktív potrebných na poskytovanie predmetných služieb. Takže dĺžka poverenia by mala byť priamo úmerná dobe potrebnej na amortizáciu aktív. V princípe by doba trvania poverenia mala byť odôvodnená odkazom na objektívne kritériá, ako napr. potreba amortizovať neprevoditeľné fixné aktíva. V zásade by trvanie obdobia poverenia nemalo byť dlhšie ako obdobie potrebné na odpísanie najviac podstatného aktíva požadovaného na poskytovanie SGEI; kde neprevoditeľné fixné aktíva predstavujú aktíva, ktoré nemôžu byť ľahko predané alebo speňažené. Ako už bolo uvedené, obdobie potrebné na odpísanie najviac podstatného aktíva potrebného na poskytovanie SGEI nesmie byť prekročené. Vzhľadom na vyššie uvedené dôvody previazanosti doby

Analýza otázok štátnej pomoci súvisiacej s preferovaným modelom Projektu

trvania poverenia s dobou amortizácie aktív, poverenie na neurčitú dobu podľa SGEI Rozhodnutia 2012 neprichádza do úvahy.

V prípade kompenzácie poskytovanej nemocnici alebo za sociálne služby, ktoré nespĺňajú podmienky SGEI Rozhodnutia 2012 (napr. poverovací akt nešpecifikuje všetky elementy vyžadované podľa článku 4 Rozhodnutia) bude takáto kompenzácia posudzovaná podľa podmienok Rámca SGEI 2012 – Rámec pre SVZ 2012 (Oznámenie Komisie - Rámec Európskej únie pre štátnu pomoc vo forme náhrady za služby vo verejnom záujme (2011)) a teda musí byť notifikovaná a odsúhlasená ako zlučiteľná s vnútorným trhom rozhodnutím EK.

Aj v tomto prípade však v súlade s § 6, takáto pomoc nemusí spĺňať všetky podmienky zlučiteľnosti podľa Rámca pre SVZ 2012, ako napríklad povinnosť verejných konzultácií pred zadefinovaním rozsahu SGEI, požiadavka nediskriminácie medzi poskytovateľmi, obligatórne použitie metodiky výpočtu čistých nákladov, ktorým sa možno vyhnúť, povinnosť zavedenia stimulov na zvyšovanie efektívnosti, súlad s pravidlami verejného obstarávania a podmienky použitia spôsobu menej narúšajúceho hospodársku súťaž. Na druhej strane, v prípade ak doba trvania poverenia je dlhšia ako 10 rokov bez náležitého odôvodnenia (potreba amortizovať najvýznamnejšie aktíva), pomoc sa v zásade nebude považovať za zlučiteľnú podľa Rámca pre SVZ 2012 a nemôže byť poskytnutá.

Z pohľadu štátnej pomoci, v nadväznosti na vyššie uvedené, pre účely posúdenia charakteru akejkoľvek kompenzácie poskytnutej v akejkoľvek podobe bude potrebné v prvom rade posúdiť či nie sú splnené podmienky podľa Altmark judgement. V prípade, že budú kumulatívne splnené podmienky tohto testu, predmetná kompenzácia nebude predstavovať štátnu pomoc, a teda nie je vôbec potrebné uvažovať v intenciách vyššie uvedených podmienok balíka SGEI 2012.

V tejto súvislosti je najvýznamnejšie posúdiť podmienky splnenia štvrtej podmienky, ktorá hovorí o spôsobe určenia resp. testu výšky kompenzácie, ktorá sa nepovažuje za štátnu pomoc:

- ▶ akákoľvek kompenzácia poskytovaná na základe otvoreného, transparentného a nediskriminačného výberu metódami verejného obstarávania, ktoré vytvára podmienky na výber partnera schopného poskytovať služby za najnižšie náklady pre spoločnosť; alebo
- ▶ akákoľvek kompenzácia poskytovaná na základe postupu, ktorým verejná autorita zadefinuje výšku poskytovanej kompenzácie na základe analýzy nákladov štandardného, dobre riadeného a primerane vybaveného podniku.

Takže kompenzácia nesmie presiahnuť výšku kompenzácie, ktorú by požadoval efektívny podnikateľ ktorý by bol schopný uspieť v tendri alebo ktorá bola určená na základe porovnania jeho nákladov. V prípade, že vyššie uvedené nebude splnené a kompenzácia v akejkoľvek podobe bude vyššia, resp. nebudú splnené ostatné tri podmienky Altmark judgement neznamena to, že takáto podpora by bola automaticky v rozpore s príslušnými ustanoveniami ZFEÚ o nedovolenej štátnej pomoci.

V takomto prípade sa bude jednať o štátnu pomoc, ktorú bude potrebné posúdiť v zmysle vyššie uvedených pravidiel SGEI Rozhodnutia 2012. Pokiaľ budú podmienky SGEI Rozhodnutia 2012 splnené, poskytnutá kompenzácia bude predstavovať štátnu pomoc, ktorá je však bez potreby akéhokoľvek individuálneho posudzovania a rozhodnutia EK považovaná za štátnu pomoc v súlade právom EÚ.

V záujme zabezpečenia, že poskytnutá kompenzácia bude v súlade s právom EÚ bez potreby predchádzajúcej notifikácie EK a jej individuálneho posudzovania musia byť splnené tieto podmienky:

- ▶ kompenzácia bude poskytnutá výlučne na účely poskytovania SGEI a spod kompenzácie budú vyňaté akékoľvek ďalšie činnosti, ktoré priamo nesúvisia a nie sú nevyhnutné pre zabezpečenia poskytovania zdravotnej starostlivosti v rámci nUNB (prevádzka bufetov a kioskov, doplnkového predaja tovarov a služieb na pôde alebo v areály nUNB, ktoré môžu byť poskytované na komerčnej báze, s tým, že kompenzácia by nemala byť poskytnutá ani na vybudovanie a zariadenie takýchto prevádzok, a to ani v prípade ak sú súčasťou projektu nUNB);
- ▶ pre účely poskytovania kompenzácie bude uzatvorený poverovací akt (entrustment act), ktorý bude spĺňať všetky podmienky podľa SGEI Rozhodnutia 2012; pričom tento môže mať ľubovoľnú formu;
- ▶ celková prípustná výška kompenzácie v prípade investície do nemocnice nie je obmedzená, avšak, tak ako bolo vyššie uvedené, nesmie presiahnuť sumu potrebnú na pokrytie nákladov súvisiacich s poskytovaním SGEI v rozsahu oprávnených nákladov a primeraného zisku;
- ▶ v prípade, že tá istá infraštruktúra je využívaná na poskytovanie SGEI a súčasne aj na iné komerčné účely, celkové náklady sa musia pričítať k obidvom typom činností. Náklady pripísané k SGEI môžu pokrývať všetky

Analýza otázok štátnej pomoci súvisiacej s preferovaným modelom Projektu

variabilné náklady vzniknuté v súvislosti s poskytovaním SGEI a proporcionálny príspevok na fixné náklady spoločné pre činnosti spadajúce aj nespádajúce pod SGEI.

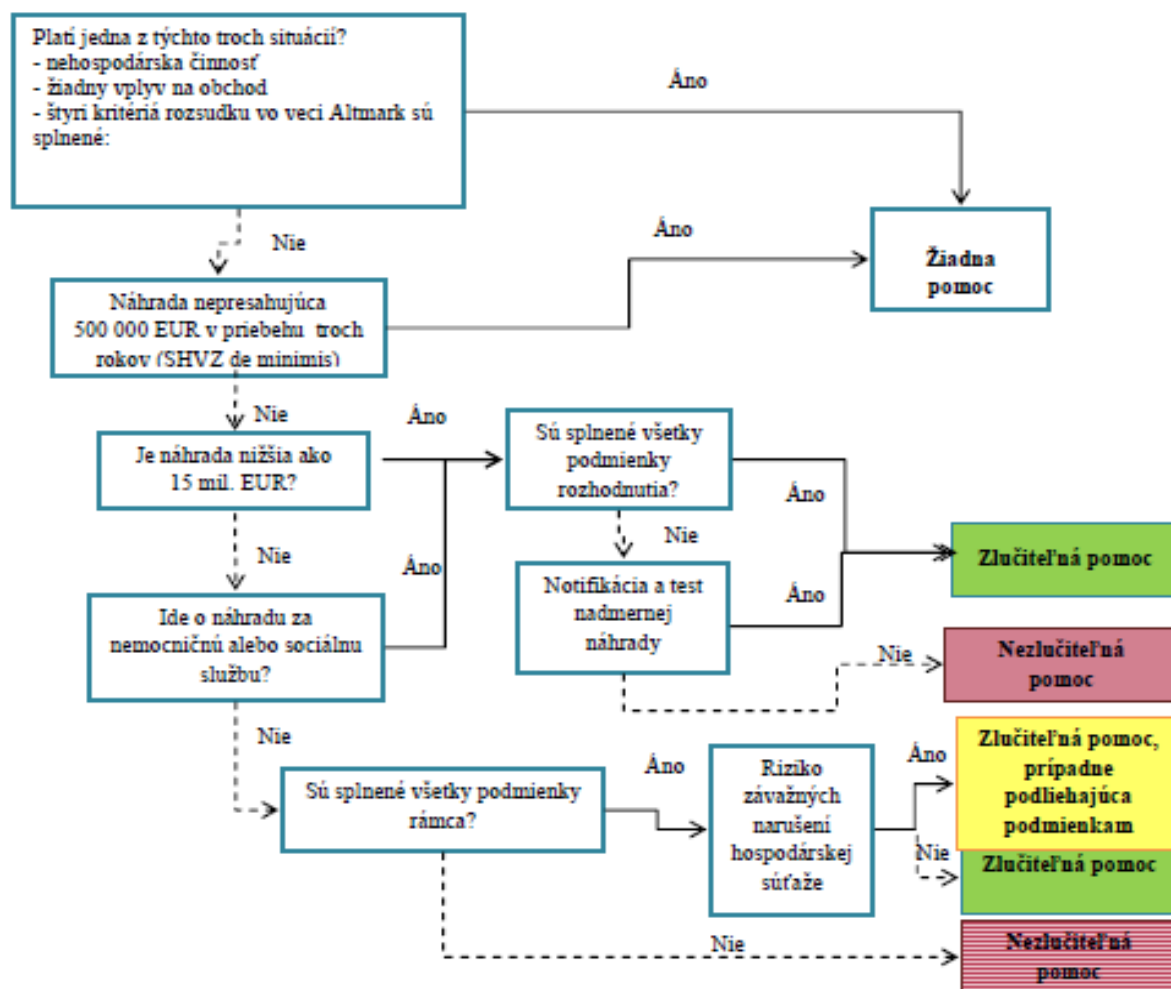
Na rozdiel od štvrtej podmienky Altmark judgment, v SGEI Rozhodnutí 2012 nie sú stanovené požiadavky na efektívnosť. Výška kompenzácie nemusí byť nevyhnutne stanovená na základe výsledkov verejného obstarávania alebo porovnaním s nákladmi štandardného, dobre spravovaného podnikateľa;

- doba poskytovania kompenzácie nesmie presiahnuť 10 rokov alebo v prípade dlhšej doby musí byť náležite odôvodnená potrebou dlhšej amortizácie "významnej investície";

v takomto prípade však môže byť odôvodnená len potrebou dlhšej amortizácie neprevoditeľných fixných aktív a celková doba poverenia nesmie presiahnuť dobu potrebnú na amortizáciu najvýznamnejších aktív potrebných na poskytovanie predmetných SGEI.

V prípade, že príslušný orgán potvrdí, že odsúhlasená kompenzácia zodpovedá výške čistých nákladov stanovených na základe presne zadefinovaných parametrov, ktoré sú uvedené v poverovacom akte, pričom kompenzácia nie je v zmysle vyššie uvedených pravidiel nadmerná a súčasne sú splnené všetky ostatné podmienky podľa SGEI Rozhodnutia 2012, takáto kompenzácia je považovaná za štátnu pomoc poskytnutú v súlade s pravidlami ZFEÚ.

Proces posudzovania charakteru poskytovanej kompenzácie a voľby vhodného nástroja v rámci SGEI balíka 2012 je znázornený v nasledujúcej schéme (článok 20. Príručky k uplatňovaniu pravidiel Európskej únie týkajúcich sa štátnej pomoci, verejného obstarávania a vnútorného trhu na služby vo všeobecnom hospodárskom záujme a najmä na sociálne služby vo všeobecnom záujme):



Analýza otázok štátnej pomoci súvisiacej s preferovaným modelom Projektu

Špecifiká, riziká, benefity a odporúčania pre dopadovú oblasť

V tejto časti uvádzame závery a odporúčania k posudzovaniu aspektov štátnej pomoci v prípade projektu nUNB. Z hľadiska predpokladu na splnenie podmienok poskytovania štátnej pomoci popísaných vyššie sa v tomto momente javí za najvhodnejšie použitie týchto sektorovo špecifických nástrojov:

- kompenzácia ako forma prémie na plnení zo zdravotnej poisťovne za poskytovanie zdravotnej starostlivosti v nUNB, a to v podobe platby za ukončenú hospitalizáciu alebo za diagnózu;
- kompenzácia v podobe záruky minimálnej platby (floor), pod ktorú neklesnú výnosy prevádzkovateľa nUNB, ktoré pokiaľ nebudú dosiahnuté z dopytu, bude ich dorovnávať štát;

a to za predpokladu, že dojednanie takýchto kompenzácií bude rešpektovať vyššie uvedené kritériá o dobe trvania podpory a jej celkovej výške zodpovedajúcej maximálne realizovanej investícii a primeranému zisku, testovanej podľa pravidiel SGEI Rozhodnutia 2012 a za súčasného splnenia ostatných podmienok rozhodnutia. V takomto prípade by vyššie uvedené formy kompenzovania mohli byť poskytované bez potreby predchádzajúcej notifikácie a súhlasu Komisie;

- obdobným režimom by sa mohli riadiť aj iné záruky poskytnuté štátom, či spôsoby dorovnania príjmu (či už priamymi platbami, úľavami alebo nepriamymi platbami prostredníctvom napr. zdravotných poisťovní), vrátane garancie dlhodobej zmluvy so štátnou zdravotnou poisťovňou, či poskytnutie štátnych záruk za záväzky poskytovateľa za predpokladu, že bude nepochybné, že sa v každom jednotlivom prípade jedná o kompenzácie smerujúcu k zabezpečeniu poskytovania zdravotnej starostlivosti t.j. poskytovanie služieb zdravotnej starostlivosti vo verejnom záujme.

Taktiež musia byť splnené podmienky podľa SGEI Rozhodnutia 2012, čo zabezpečí, že takáto kompenzácia nebude vyžadovať predchádzajúcu notifikáciu Komisii ani rozhodnutie Komisie.

- V prípade poskytovania kompenzácií strát resp. náhrady zníženia predpokladaných príjmov napr. v dôsledku neskoršej zmeny legislatívy, je takýto postup možný bez potreby notifikácie a rozhodnutia EK za predpokladu, že sa na takúto formu ex post kompenzácie vytvorí právny priestor a zadefinujú sa jej podmienky priamo v poverovacom akte (entrustment act), a že poskytovanie takejto kompenzácie bude spĺňať podmienky podľa SGEI Rozhodnutia 2012, najmä s ohľadom na zabránenie nadmernej kompenzácie (overcompensation) a prípustnej doby poskytovania takejto kompenzácie. Aj v tomto prípade musí byť jednoznačný účel poskytovania takejto formy kompenzácie ako kompenzácia za poskytovanie SGEI, a to SGEI v zdravotníctve resp. sociálnych službách, v záujme benefítovania z osobitných benevolentnejších podmienok posudzovania štátnej pomoci.
- Vo vyššie uvedených prípadoch ako aj v iných prípadoch poskytovania kompenzácie, ktorá je spoločne financovaná verejným orgánom a jej užívateľmi resp. treťou stranou a je stratová, napr. z dôvodu menšej finančnej účasti zo strany užívateľov alebo menšieho dopytu, verejný orgán môže túto stratu nahradiť, pokiaľ to nepovedie k nadmernej náhrade a ak to umožňujú parametre na výpočet náhrady, ktoré príslušný vnútroštátny orgán stanovil.
- Za nástroje v zásade mimo režim pravidiel štátnej pomoci považujeme optimalizáciu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vo vlastníctve štátu resp. orgánov verejnej moci (t.j. rušenie iných nemocníc alebo ich častí) vo väzbe na zriadenie nUNB.
- V prípade oprávnenia využívať niektoré vopred zadefinované priestory alebo objekty nUNB jej prevádzkovateľom (súkromným partnerom a poskytovateľom SGEI) na komerčné účely mimo SGEI na poskytovanie ktorých bol poverený (a to či už na priame vykonávanie komerčných činností alebo odplatný nájom tretím subjektom, z ktorého príjem bude plynúť tomuto prevádzkovateľovi), musí byť hodnota takéhoto práva náležite ocenená a výška takto poskytnutej výhody sa musí zohľadniť ako príjem pri výpočte kompenzácie poskytnutej štátom; aj v takomto prípade bude súčasne potrebné zohľadniť všetky relevantné kritériá pre poskytovanie kompenzácie podľa SGEI Rozhodnutia 2012.
- Za nevhodný nástroj považujeme vo všeobecnosti poskytovanie záruk získania rôznych nevyhnutných povolení napr. v procese výstavby. Na druhej strane garancia vydania potrebných povolení za predpokladu splnenia všetkých zákonných podmienok by nemala predstavovať problém a nemala by ani podliehať pravidlám štátnej pomoci, nakoľko nebude svojím charakterom predstavovať štátnu pomoc. Nevhodným sa však javí záruka neudelenia povolenia inému (súkromnému) poskytovateľovi zdravotníckych služieb v regióne, najmä pokiaľ je

Analýza otázok štátnej pomoci súvisiacej s preferovaným modelom Projektu

vydanie takýchto povolení viazané alebo založené na požiadavke splnenia objektívnych podmienok a tieto podmienky by dotknutý žiadateľ spíňal.

Vôbec akékoľvek záruky, ktoré nesmerujú k zabezpečeniu poskytovania konkrétnych SGEI zo strany vybraného súkromného partnera, t.j. poskytovania zdravotnej starostlivosti v nUNB a týkajú sa tretích subjektov neodporúčame. Z titulu ich účelu, ktorý by nesmeroval k zabezpečeniu zadefinovaných SGEI by nemohla takáto forma podpory benefitovať z režimu podpory SGEI (či už podľa SGEI Rozhodnutia 2012 alebo Rámca pre SVZ 2012) a taktiež by nebola v súlade s článkom 107 ZFEÚ v dôsledku zakladania diskriminácie medzi jednotlivými podnikateľmi – poskytovateľmi zdravotníckych služieb, ktorá je spôsobilá narušiť hospodársku súťaž na danom trhu.

Ktorúkoľvek z vyššie uvedených foriem a alternatív poskytovania kompenzácie odporúčame po vyšpecifikovaní jej konkrétnych podmienok a možností jej poskytovania s ohľadom na zvolený spôsob realizácie projektu následne detailne posúdiť z pohľadu podmienok poskytovania štátnej pomoci.

Pri voľbe jednotlivých možností a foriem poskytovania kompenzácie v súvislosti s projektom nUNB odporúčame preferovať také formy a nástroje, ktoré budú spôsobilé benefitovať z osobitných benevolentnejších pravidiel štátnej pomoci za poskytovanie SGEI v oblasti zdravotníctva a sociálnych služieb, v zmysle vyššie uvedených odporúčaní. Vhodne zvolené nástroje a formy kompenzácie umožnia ich poskytovanie bez potreby predchádzajúcej notifikácie a rozhodnutia zo strany EK.

V prípade pochybností odporúčame problematickú transakciu notifikovať a v časovom harmonograme realizácie projektu kalkulovať s časom potrebným na získanie súhlasu s poskytnutím štátnej pomoci resp. na získanie vyjadrenia Komisie, že sa v konkrétnom prípade o štátnu pomoc nejedná.

A. ZPPP

Špecifikom ZPPP variantu vo vzťahu k analyzovanej dopadovej oblasti je výber súkromného partnera v transparentnom procese verejného obstarávania. Povinnosť vrátenia prijatej nedovolennej štátnej pomoci v plnej miere zaťažuje súkromného partnera.

Posúdením dopadov implementácie variantu ZPPP v oblasti štátnej pomoci boli identifikované nasledovné riziká:

- Povinnosť príjemcu vrátiť plnenia prijaté od štátu
- Povinnosť štátu vymáhať vrátenie poskytnutého plnenia

Riziko vzniku povinnosti príjemcu vrátiť plnenia prijaté od štátu v rozpore s pravidlami poskytovania štátnej pomoci spojené s povinnosťou vrátiť úroky z takéhoto plnenia je potrebné mitigovať vhodným dojednaním v koncesnej zmluve.

Riziko vzniku povinnosti štátu vymáhať vrátenie poskytnutého plnenia od príjemcu je potrebné mitigovať vhodným dojednaním v koncesnej zmluve.

Koncesná zmluva medzi verejným a súkromným partnerom na realizáciu projektu nUNB podľa modelu DBFOT by mala byť detailne analyzovaná z pohľadu problematiky štátnej pomoci, ku ktorej môže dochádzať v rámci výstavby ako aj prevádzkovania zdravotníckej infraštruktúry. Prípustnosť, neprípustnosť ako aj podmienky štátnej pomoci musia byť posudzované v kontexte článku 107 Zmluvy o fungovaní Európskej únie (ZFEÚ), sektorovo špecifickej regulácie a aplikačnej praxe. Mechanizmus posúdenia dovolenosti jednotlivých opatrení na zabezpečenie cash-flow koncesionára je obsiahnutý v časti Popis právneho rámca dopadovej oblasti.

Aj v prípade kladného posúdenia súladu koncesnej zmluvy s pravidlami poskytovania štátnej pomoci odporúčame zvážiť notifikáciu plánovaných plnení Komisii, ktorá je oprávnená rozhodnúť o jeho súlade s pravidlami poskytovania štátnej pomoci aj v čase pred samotným poskytnutím plnenia štátu príjemcovi.

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
ZPPP	Povinnosť príjemcu vrátiť plnenia prijaté od štátu	Vhodná úprava koncesnej zmluvy Notifikácia plnení štátu Komisii
	Povinnosť štátu vymáhať vrátenie poskytnutého plnenia	Vhodná úprava koncesnej zmluvy Notifikácia plnení štátu Komisii

Analýza otázok štátnej pomoci súvisiacej s preferovaným modelom Projektu

B. IPPP

Špecifikom IPPP variantu vo vzťahu k analyzovanej dopadovej oblasti je výber súkromného partnera v transparentnom procese verejného obstarávania. Povinnosť vrátenia prijatej nedovolennej štátnej pomoci zaťažuje súkromného partnera ako aj MZSR z titulu majetkovej účasti v SPV.

Posúdením dopadov implementácie variantu IPPP v oblasti štátnej pomoci boli identifikované nasledovné riziká:

- ▶ Povinnosť príjemcu vrátiť plnenia prijaté od štátu
- ▶ Povinnosť štátu vymáhať vrátenie poskytnutého plnenia

Riziko vzniku povinnosti príjemcu vrátiť plnenia prijaté od štátu v rozpore s pravidlami poskytovania štátnej pomoci spojené s povinnosťou vrátiť úroky z takéhoto plnenia je potrebné mitigovať vhodným dojednaním v koncesnej zmluve.

Riziko vzniku povinnosti štátu vymáhať vrátenie poskytnutého plnenia od príjemcu je potrebné mitigovať vhodným dojednaním v koncesnej zmluve.

Koncesná zmluva medzi verejným a súkromným partnerom na realizáciu projektu nUNB podľa modelu DBFOT by mala byť detailne analyzovaná z pohľadu problematiky štátnej pomoci, ku ktorej môže dochádzať v rámci výstavby ako aj prevádzkovania zdravotníckej infraštruktúry. Prípustnosť, neprípustnosť ako aj podmienky štátnej pomoci musia byť posudzované v kontexte článku 107 Zmluvy o fungovaní Európskej únie (ZFEÚ), sektorovo špecifickej regulácie a aplikačnej praxe. Mechanizmus posúdenia dovolenosti jednotlivých opatrení na zabezpečenie cash-flow koncesionára je obsiahnutý v časti Popis právneho rámca dopadovej oblasti.

Aj v prípade kladného posúdenia súladu koncesnej zmluvy s pravidlami poskytovania štátnej pomoci odporúčame zvážiť notifikáciu plánovaných plnení Komisii, ktorá je oprávnená rozhodnúť o súlade s pravidlami poskytovania štátnej pomoci aj v čase pred samotným poskytnutím plnenia štátu príjemcovi.

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
IPPP	Povinnosť príjemcu vrátiť plnenia prijaté od štátu	Vhodná úprava koncesnej zmluvy Notifikácia plnení štátu Komisii
	Povinnosť štátu vymáhať vrátenie poskytnutého plnenia	Vhodná úprava koncesnej zmluvy Notifikácia plnení štátu Komisii

C. JV

Špecifikom JV variantu vo vzťahu k analyzovanej dopadovej oblasti je znížená transparentnosť v prípade výberu súkromného partnera mimo procesu verejného obstarávania. Povinnosť vrátenia prijatej nedovolennej štátnej pomoci zaťažuje súkromného partnera ako aj MZ SR z titulu majetkovej účasti v JV.

Posúdením dopadov implementácie variantu JV v oblasti štátnej pomoci boli identifikované nasledovné riziká:

- ▶ Transparentnosť
- ▶ Obchádzanie štátnej pomoci
- ▶ Povinnosť príjemcu vrátiť plnenia prijaté od štátu
- ▶ Povinnosť štátu vymáhať vrátenie poskytnutého plnenia

Riziko spojené s neuplatnením postupov Zákona o verejnom obstarávaní je možné mitigovať transparentným výberovým konaním. Okrem transparentného a nediskriminačného výberového konania by tento proces mal umožniť aby ten uchádzač, ktorý predloží najvýhodnejšiu ponuku (čo nemusí nevyhnutne byť najlacnejšia ponuka), mal možnosť reálne participovať na Projekte. Všetci potenciálni uchádzači by mali mať prístup ku všetkým potrebným informáciám a údajom, ktoré sú potrebné na prípravu kvalifikovanej ponuky do výberového konania.

Analýza otázok štátnej pomoci súvisiacej s preferovaným modelom Projektu

Ďalej, implementácia variantu JV nebude predstavovať štátnu pomoc, pokiaľ participácia štátu resp. jeho orgánov (a to bez ohľadu na jej inštitucionálnu formu a/alebo materiálny charakter) nebude nižšia ako jeho podiel na základnom imaní JV a teda nebude prítomný zjavný nepomer medzi výškou investície príspevku štátu a jeho podielom na základnom imaní JV a na prípadnom zisku JV v prospech súkromného partnera.

Okrem rizika, že alternatíva JV môže byť vnímaná ako spôsob obchádzania náležitých obstarávaní koncesie a teda predstavovať porušenie voľného pohybu služieb môže byť vytvorenie JV tiež vnímané ako forma obchádzania pravidiel štátnej pomoci. V prípade implementácie alternatívy JV, dôrazne odporúčame, aby si štát zabezpečil taký majetkový podiel v JV ako aj podiel na prípadnom zisku tvorenom JV, ktorý bude zodpovedať výške jeho vkladu t.j. investície do projektu nUNB z verejných prostriedkov zistených na základe erudovaného znaleckého posudku.

V prípade, že sa v súvislosti s alternatívou JV vyskytnú také formy participácie štátu resp. subjektu nakladajúceho s prostriedkami verejného rozpočtu, ktoré by išli nad rámec vyššie uvedeného takáto forma participácie štátu by mohla predstavovať štátnu pomoc, ktorá sa však bude riadiť takými istými pravidlami ako bolo uvedené v prípade alternatív PPP projektov. Bude sa teda vyžadovať splnenie podmienok rámca SGEI 2012 a aj na prípad alternatívy JV sa budú vzťahovať naše závery a odporúčania k posudzovaniu aspektov štátnej pomoci v prípade projektu nUNB.

V každom prípade bude nutné hlbšie posúdenie otázok štátnej pomoci vo väzbe na rozhodnutie o finálnej štruktúre JV a spôsobe realizácie výstavby a prevádzky predmetnej fakultnej nemocnice.

Riziko vzniku povinnosti príjemcu vrátiť plnenia prijaté od štátu v rozpore s pravidlami poskytovania štátnej pomoci spojené s povinnosťou vrátiť úroky z takéhoto plnenia ani riziko vzniku povinnosti štátu vymáhať vrátenie poskytnutého plnenia nie je možné mitigovať dojednaním v koncesnej zmluve.

Akékoľvek plnenie štátu voči JV by malo byť detailne analyzované z pohľadu problematiky štátnej pomoci, ku ktorej môže dochádzať v rámci výstavby ako aj prevádzkovania zdravotníckej infraštruktúry. Prípustnosť, neprípustnosť ako aj podmienky štátnej pomoci musia byť posudzované v kontexte článku 107 Zmluvy o fungovaní Európskej únie (ZFEÚ), sektorovo špecifickej regulácie a aplikačnej praxe. Mechanizmus posúdenia plnení voči JV je obsiahnutý v časti Popis právneho rámca dopadovej oblasti.

Aj v prípade kladného posúdenia súladu plnení štátu s pravidlami poskytovania štátnej pomoci odporúčame zväziť notifikáciu plánovaných plnení Komisii, ktorá je oprávnená rozhodnúť o súlade s pravidlami poskytovania štátnej pomoci aj v čase pred samotným poskytnutím plnenia štátu príjemcovi.

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
JV	Netransparentnosť	Transparentný proces výberu súkromného partnera
	Obchádzanie pravidiel štátnej pomoci	Vhodné štrukturovanie JV
	Povinnosť príjemcu vrátiť plnenia prijaté od štátu	Analýza jednotlivých plnení Notifikácia plnení štátu Komisii
	Povinnosť štátu vymáhať vrátenie poskytnutého plnenia	Analýza jednotlivých plnení Notifikácia plnení štátu Komisii

D. Špecifický variant

Špecifický variant je v zmysle zadania MZ SR konštruovaný tak, že SPV, ktorému bude udelená „in-house“ koncesia je 100%-nou dcérskou spoločnosťou štátu, resp. MZ SR. V prípade zachovania predpokladu absencie majetkovej účasti súkromného sektora v SPV nebudú vo vzťahu k plneniam poskytovaným štátom v prospech SPV splnené podmienky v zmysle článku 107 ZFEÚ, nakoľko SPV nebude považované za príjemcu pomoci (kompenzácie zo strany štátu resp. z verejných zdrojov poskytnuté SPV zostanú de facto vo výlučnej sfére štátu). V prípade SPV, ktoré je výlučne vlastnené štátom nie je teda ani možné uvažovať o narušení hospodárskej súťaže či o hrozbe jej narušenia v súvislosti s jeho financovaním z verejných zdrojov.

Analýza otázok štátnej pomoci súvisiacej s preferovaným modelom Projektu

V prípade, ak by došlo k zmene v majetkovej štruktúre SPV a s tým súvisiacej majetkovej účasti súkromného partnera bude potrebné jednotlivé plnenia štátu v prospech SPV posudzovať spôsobom špecifikovaným pri alternatívach IPPP, resp. ZPPP.

Analýza dopadovej oblasti pri Špecifickom variante je tak relevantná v zásade len vo vzťahu k plneniam voči poskytovateľovi know-how. Pri štruktúrovaní vzájomného záväzkového vzťahu s poskytovateľom know-how bude potrebné dbať na dojednanie takej formy odmeňovania poskytovateľa know-how, ktorá nebude spĺňať podmienky definované v článku 107 ZFEÚ. Popísané riziko môže byť mitigované transparentným výberovým procesom poskytovateľa know-how.

Posúdením dopadov implementácie Špecifického variantu vo vzťahu k prípadným plneniam štátu voči poskytovateľovi know-how boli identifikované nasledovné riziká:

- Povinnosť príjemcu vrátiť plnenia prijaté od štátu
- Povinnosť štátu vymáhať vrátenie poskytnutého plnenia

Riziko vzniku povinnosti príjemcu vrátiť plnenia prijaté od štátu v rozpore s pravidlami poskytovania štátnej pomoci spojené s povinnosťou vrátiť úroky z takejto plnenia je potrebné mitigovať vhodným dojednaním v zmluve s poskytovateľom know-how.

Riziko vzniku povinnosti štátu vymáhať vrátenie poskytnutého plnenia od príjemcu je potrebné mitigovať vhodným dojednaním v zmluve s poskytovateľom know-how.

Zmluva s poskytovateľom know-how by mala byť detailne analyzovaná z pohľadu problematiky štátnej pomoci, ku ktorej môže dochádzať v rámci výstavby ako aj prevádzkovania zdravotníckej infraštruktúry. Prípustnosť, neprípustnosť ako aj podmienky štátnej pomoci musia byť posudzované v kontexte článku 107 Zmluvy o fungovaní Európskej únie (ZFEÚ), sektorovo špecifickej regulácie a aplikačnej praxe. Mechanizmus posúdenia plnení v prospech poskytovateľa know-how je obsiahnutý v časti Popis právneho rámca dopadovej oblasti. Vzhľadom na to, že v tomto prípade pôjde o klasickú verejnú zákazku s malým predpokladom zmluvných dojednaní implikujúcich akúkoľvek štátnu pomoc, riziká Špecifického variantu v tomto ohľade hodnotíme ako marginálne.

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
Špecifický variant	Povinnosť príjemcu vrátiť plnenia prijaté od štátu	Vhodná úprava koncesnej zmluvy Notifikácia plnení štátu Komisii Transparentný výber poskytovateľa know-how
	Povinnosť štátu vymáhať vrátenie poskytnutého plnenia	Vhodná úprava koncesnej zmluvy Notifikácia plnení štátu Komisii Transparentný výber poskytovateľa know-how

Porovnanie variantov

Varianty ZPPP a IPPP sa vo vzťahu k úprave štátnej pomoci v zásade nelíšia. Variant JV predstavuje zásadné riziko z pohľadu štátnej pomoci z titulu menšej transparentnosti v dôsledku ktorej môže byť v prípade variantu JV považované za nepovolenú štátnu pomoc aj také plnenie, ktoré by v prípade variantov ZPPP a IPPP povolené bolo, ako aj v dôsledku možného obchádzania štátnej pomoci.

Kým v prípade variantov ZPPP a IPPP a JV ide o potenciálnych prijímateľov štátnej pomoci, v prípade Špecifického variantu o štátnej pomoci uvažujeme len teoreticky v kontexte plnení voči poskytovateľovi know-how, nakoľko v zásade nie je možné uvažovať o narušení hospodárskej súťaže či o hrozbe jej narušenia v súvislosti s financovaním štátneho SPV z verejných zdrojov.

Analýza otázok štátnej pomoci súvisiacej s preferovaným modelom Projektu

Sumarizačná tabuľka

Riziko	ZPPP	IPPP	JV	Špecifický variant
Povinnosť prijemcu vrátiť plnenia prijaté od štátu	Vhodná úprava koncesnej zmluvy Notifikácia plnení štátu Komisii	Vhodná úprava koncesnej zmluvy Notifikácia plnení štátu Komisii	Analýza jednotlivých plnení Notifikácia plnení štátu Komisii	Vhodná úprava koncesnej zmluvy Notifikácia plnení štátu Komisii Transparentný výber poskytovateľa know-how
Povinnosť štátu vymáhať vrátenie poskytnutého plnenia	Vhodná úprava koncesnej zmluvy Notifikácia plnení štátu Komisii	Vhodná úprava koncesnej zmluvy Notifikácia plnení štátu Komisii	Analýza jednotlivých plnení Notifikácia plnení štátu Komisii	Vhodná úprava koncesnej zmluvy Notifikácia plnení štátu Komisii Transparentný výber poskytovateľa know-how
Netransparentnosť	Neidentifikované	Neidentifikované	Transparentný proces výberu súkromného partnera	Neidentifikované
Obchádzanie pravidiel štátnej pomoci	Neidentifikované	Neidentifikované	Vhodné štrukturovanie JV	Neidentifikované

Analýza aplikovateľných metód verejného obstarávania nemocničného PPP projektu

Analýza aplikovateľných metód verejného obstarávania nemocničného PPP projektu pri (i) inštitucionálnom alebo (ii) zmluvnom scenári, s cieľom dosiahnuť najlepšiu hodnotu vzhľadom na cenu

Základný popis dopadovej oblasti

Táto časť správy sa venuje analýze aplikovateľných metód verejného obstarávania, ktorých cieľom je výber súkromného partnera na realizáciu Projektu. Vo vzťahu k uskutočniteľnosti Projektu je práve správny výber súkromného partnera zásadný, a to s cieľom dosiahnuť najlepšiu hodnotu vzhľadom na cenu.

Verejné obstarávanie, najmä v prípade postupu súťažným dialógom, je cenným spôsobom získania spätnej väzby z trhu. Počas verejného obstarávania tak môže (a malo by) dôjsť k vyprecizovaniu a vyšpecifikovaniu takej podoby Projektu, ktorý je v kontexte aktuálnych podmienok na trhu uskutočniteľný. Z uvedených dôvodov je osobitne dôležité vybrať taký variant realizácie Projektu, ktorý

- ▶ v čo najvyššej miere umožňuje adresovať riziká spojené s nevhodným výberom súkromného partnera,
- ▶ nesie so sebou najnižšiu mieru rizík vo vzťahu k jeho uskutočniteľnosti a
- ▶ je čo najatraktívnejší z pohľadu jeho bankovateľnosti.

Právny rámec dopadovej oblasti

Všeobecná úprava verejného obstarávania je v slovenskom právnom poriadku obsiahnutá v Zákone o verejnom obstarávaní, ktorý upravuje zadávanie zákaziek na dodanie tovaru, zákaziek na uskutočnenie stavebných prác, zákaziek na poskytnutie služieb, súťaž návrhov a správu vo verejnom obstarávaní. Zákon o verejnom obstarávaní inter alia definuje zákazky, ktoré sú vyňaté z pôsobnosti Zákona o verejnom obstarávaní, špecifikuje subjekty verejného obstarávateľa a obstarávateľa a ich povinnosti, jednotlivé postupy aplikovateľné v rámci verejného obstarávania, revízne postupy a kontrolu postupu zadávania zákaziek.

Nie je možné taktiež opomenúť úpravu obsiahnutú v komunitárnom práve, a to najmä Smernicu 2004/18/ES. Rovnako reflektujeme aj úpravu verejného obstarávania zakotvenú v nových smerniciach, ktoré majú pôvodnú úpravu nahradiť, a to Smernica 2014/24/EÚ a Smernica 2014/23/EÚ.

Pri posudzovaní právnej úpravy verejného obstarávania sme zohľadňovali v súčasnosti platný a účinný Zákon o verejnom obstarávaní, v súčasnosti platnú a účinnú Smernicu 2004/18 a Smernicu 2004/17, existujúcu judikatúru SD EÚ a „soft-law“ Komisie. V obmedzenom rozsahu sme zohľadňovali aj úpravu Smernice 2014/23 a Smernice 2014/24, ktorých povinná transpozícia do národných právnych poriadkov členských štátov EÚ je určená na jar 2016. Forma a rozsah transponovania týchto smerníc do slovenského právneho poriadku nie je momentálne známa. Preto bude pri ďalšej príprave a implementácii Projektu potrebné priebežne monitorovať vývoj transpozície týchto smerníc a tento zohľadniť pri štruktúrovaní Projektu z hľadiska úpravy verejného obstarávania

Vo vzťahu k iným metódam výberu súkromného partnera, ktoré nespádajú pod rámec Zákona o verejnom obstarávaní je významným právnym predpisom Obchodný zákonník, ktorý zakotvuje základnú úpravu obchodnej verejnej súťaže, a to v ustanovení § 281 a nasl.

V kontexte vyššie uvedeného sme neidentifikovali také prekážky, ktoré by bránili uskutočniteľnosti Projektu a ktoré by bolo možné mitigovať výlučne prostredníctvom legislatívnych zmien. Vo vzťahu k realizácii PPP projektov došlo v uplynulých rokoch k novelizácii Zákona o verejnom obstarávaní, ktorý aj v kontexte komunitárneho práva v dostatočnej miere zakotvuje základný právny rámec nevyhnutný pre projekty tohto typu.

Špecifiká, riziká, benefity a odporúčania pre dopadovú oblasť

Jednotlivé varianty sa vo vzťahu k aplikovateľným metódam verejného obstarávania výrazne líšia. Kým v prípade ZPPP a IPPP ide o postupy verejného obstarávania využívané pri koncesiách, a to najmä súťažný dialóg, v prípade Špeciálneho variantu vychádzame z predpokladu nevyhnutnosti aplikovania metód verejného obstarávania typických pre klasické verejné zákazky. Variant JV naopak predpokladá, že bude realizovaný mimo zákonný rámec daný Zákomom o verejnom obstarávaní.

Analýza aplikovateľných metód verejného obstarávania nemocničného PPP projektu

A. ZPPP

V prípade variantu ZPPP je možné konštatovať, že Projekt by bol považovaný za koncesiu v zmysle § 15 Zákona o verejnom obstarávaní¹⁵⁶, Smernice 2004/18/ES¹⁵⁷ a Smernice 2014/23/EÚ¹⁵⁸. Rovnaký princíp sa uplatňuje v prípade koncesie na služby. Predmetom koncesnej zmluvy je teda zadanie diela alebo služieb prostredníctvom koncesie výmenou za právo využívať stavbu alebo služby alebo toto právo spojené s peňažným plnením. Tieto zmluvy môžu, ale nevyhnutne nemusia, zahŕňať prevod vlastníctva na verejného partnera, ale verejný partner vždy získava prospech vychádzajúci z konkrétneho diela alebo služieb. Koncesie sa riadia Zákonom o verejnom obstarávaní, ak je predpokladaná hodnota koncesia rovná alebo vyššia ako 5.000.000 EUR.

Posúdením dopadov implementácie variantu ZPPP na oblasť verejného obstarávania boli identifikované nasledovné riziká:

- ▶ neuzatvorenie koncesnej zmluvy so žiadnym z uchádzačov
- ▶ filozofia a návrh postupu obstarávania zabezpečujúceho získanie potrebnej spätnej väzby z trhu
- ▶ výber vhodného súkromného partnera
- ▶ riziko nebankovateľnosti spojené s nedostatkami obstarávacieho procesu

V súlade so Zákonom o verejnom obstarávaní je možné vo vzťahu k postupu verejného obstarávania zvoleného za účelom zadania koncesie súkromnému partnerovi zvažovať dve preferované možnosti, a to:

- ▶ rokovacie konanie so zverejnením; alebo
- ▶ súťažný dialóg,

pričom tieto postupy sú vhodné pre zložité projekty, najlepšie reflektujú podmienky príslušného trhu, požiadavky verejného partnera, spätnú väzbu uchádzačov a dopyt potenciálnych súkromných partnerov. Ďalšie možnosti, ako napríklad verejná súťaž alebo užšia súťaž, sa naopak neodporúčajú predovšetkým z dôvodu absencie nevyhnutného prvku trhovej spätnej väzby a rokovaní o podmienkach Projektu.

Rokovacie konanie so zverejnením môže verejný obstarávateľ v zmysle § 55 ods. 1 Zákona o verejnom obstarávaní použiť, ak je splnená jedna z podmienok špecifikovaných v predmetnom ustanovení. Tieto zahŕňajú možnosti,

- ▶ keď povaha dodávok tovaru, stavebných prác alebo poskytovaných služieb alebo riziká s nimi spojené výnimočne neumožňujú určiť požiadavky na spôsob určenia ceny alebo
- ▶ požiadavky na služby, najmä finančné služby, nemožno určiť dostatočne presne, aby sa mohla použiť verejná súťaž alebo užšia súťaž.

Obidva prípady sú aplikovateľné v prípade PPP projektov. Verejný partner môže obmedziť počet záujemcov, ktorí budú vyzvaní k predloženiu ponuky na najmenej troch tak, aby umožnil hospodársku súťaž. V oznámení o koncesii verejný partner najmä určí

- ▶ lehotu na predloženie žiadostí o účasť,

¹⁵⁶(1) Koncesia na stavebné práce je zákazka rovnakého typu ako zákazka na uskutočnenie stavebných prác s tým rozdielom, že protiplnením za stavebné práce, ktoré sa majú uskutočniť je buď len právo na využívanie stavby na dohodnutý čas alebo toto právo spojené s peňažným plnením. V koncesnej zmluve verejný obstarávateľ a koncesionár dohodnú rozsah práva na využívanie stavby, ktorého súčasťou môže byť aj poberanie úžitkov z nej, ako aj výšku a podmienky prípadného peňažného plnenia.

(2) Koncesia na služby je zákazka rovnakého typu ako zákazka na poskytnutie služby s tým rozdielom, že protiplnením za služby, ktoré sa majú poskytnúť je buď len právo využívať poskytované služby na dohodnutý čas alebo toto právo spojené s peňažným plnením. V koncesnej zmluve verejný obstarávateľ a koncesionár dohodnú rozsah využívania poskytovaných služieb, ktorého súčasťou môže byť aj poberanie úžitkov z nich, ako aj výšku a podmienky prípadného peňažného plnenia.

¹⁵⁷ čl. 1 ods. 3. "Verejná koncesia na práce" je zákazka rovnakého druhu ako verejná zákazka na práce s tým rozdielom, že protiplnením za práce, ktoré sa majú vykonať, je buď len právo na využívanie diela, alebo toto právo spojené s peňažným plnením."

čl. 1 ods. 4. "Verejná koncesia na služby" je zákazka rovnakého druhu ako verejná zákazka na služby s tým rozdielom, že protiplnením za poskytovanie služieb je buď len právo na využívanie služby, alebo toto právo spojené s peňažným plnením."

¹⁵⁸ čl. 1 ods. 1 „a) koncesia na stavebné práce“ je odplatná zmluva uzavretá písomne, prostredníctvom ktorej jeden alebo viacerí verejní obstarávateľia alebo obstarávateľia poverujú uskutočnením stavebných prác jeden alebo viaceré hospodárske subjekty, pričom jej protiplnením je buď len právo na využívanie stavby, ktorá je predmetom zmluvy, alebo toto právo spolu s peňažným plnením;

b) „koncesia na služby“ je odplatná zmluva uzavretá písomne, prostredníctvom ktorej jeden alebo viacerí verejní obstarávateľia alebo obstarávateľia poverujú poskytovaním a riadením iných služieb ako je uskutočnenie stavebných prác uvedené v písmene a) jeden alebo viaceré hospodárske subjekty, pričom jej protiplnením je buď len právo na využívanie služieb, ktoré sú predmetom zmluvy, alebo toto právo spolu s peňažným plnením

Analýza aplikovateľných metód verejného obstarávania nemocničného PPP projektu

- ▶ obmedzenie počtu záujemcov, ak sa uplatňuje,
- ▶ pravidlá na vyhodnotenie splnenia podmienok účasti.

Verejný partner by mal rokovať s uchádzačmi o ponukách, ktoré predložili, s cieľom prispôbiť ich požiadavkám určeným v oznámení o koncesii, v súťažných podkladoch a prípadne v ďalších doplňujúcich podkladoch a s cieľom vybrať najlepšiu ponuku na základe ekonomicky najvýhodnejšej ponuky alebo ponuku s najnižšou cenou. Rokovacie konanie so zverejnením je rozdelené na dve časti: 1. predkvalifikačná fáza, počas ktorej uchádzači preukazujú splnenie podmienok účasti a 2. fáza vyhodnocovania ponúk a rokovaní.

Súťažný dialóg môže verejný partner použiť v prípade obzvlášť zložitých projektov, ak nemožno použiť verejnú súťaž alebo užšiu súťaž. Cieľom súťažného dialógu je nájsť a definovať najvhodnejší spôsob na uspokojenie potrieb verejného obstarávateľa. Ponuky sa musia vyhodnotiť len na základe ekonomicky najvýhodnejšej ponuky. Obzvlášť zložitou zákazkou sa rozumie zákazka, pri ktorej zadávaní verejný obstarávateľ nie je objektívne schopný

- ▶ definovať technické požiadavky, ktoré by spĺňali jeho potreby a ciele, alebo
- ▶ špecifikovať právne alebo finančné podmienky projektu.

Rovnako ako v prípade rokovacieho konania so zverejnením, verejný obstarávateľ môže taktiež obmedziť počet záujemcov o dialóg, a to najmenej na troch tak, aby umožnil hospodársku súťaž. V oznámení o koncesii verejný partner špecifikuje najmä

- ▶ opis projektu a svoje požiadavky,
- ▶ lehotu na predloženie žiadostí o účasť,
- ▶ pravidlá na vyhodnotenie splnenia podmienok účasti, a
- ▶ ďalšie potrebné informácie.

Počas dialógu môže verejný partner s vybranými uchádzačmi prerokovať všetky hľadiská projektu. Súťažný dialóg sa taktiež skladá z niekoľkých častí: 1. predkvalifikačná fáza, počas ktorej uchádzač preukazuje splnenie podmienok účasti, 2. dialóg, ktorý by mal viesť k špecifikácii opisu projektu, právny a/alebo finančných podmienok projektu s tým, že môže byť rozdelený do niekoľkých pod fáz, a 3. vyhodnotenie ponúk.

V samotnom procese verejného obstarávania bude potrebné precízne špecifikovať kritéria výberu súkromného partnera, a to:

- ▶ podmienky účasti
- ▶ kritériá na vyhodnotenie ponúk

Podmienky účasti sa môžu týkať

- ▶ osobného postavenia,
- ▶ finančného alebo ekonomického postavenia,
- ▶ technickej alebo odbornej spôsobilosti.

V prípade podmienok účasti týkajúcich sa finančného alebo ekonomického postavenia môžu byť požadované napríklad: vyjadrenia banky, predloženie súvah, výkazov ziskov a strát za posledné tri roky, alebo preukázanie obratu spoločnosti za posledné tri roky. Vo verejnom obstarávaní je možné vyžadovať iba prehľad o obrate najviac vo výške, ktorá za obdobie jedného hospodárskeho roku nesmie presiahnuť predpokladanú hodnotu zákazky vypočítanú na obdobie 12 mesiacov, ak ide o nadlimitnú zákazku.

V prípade konzorcií (skupiny dodávateľov) sa podmienky účasti týkajúce finančného alebo ekonomického postavenia alebo technickej/odbornej spôsobilosti preukazujú spoločne, t.j. jeden člen konzorcia preukáže splnenie podmienky účasti finančného alebo ekonomického postavenia a iný podmienku účasti týkajúcu sa technickej alebo

Analýza aplikovateľných metód verejného obstarávania nemocničného PPP projektu

odbornej spôsobilosti. Na preukázanie splnenia podmienok účasti v rámci finančného alebo ekonomického postavenia alebo technickej/odbornej spôsobilosti môžu byť taktiež použité zdroje inej osoby, a to bez ohľadu na jej vzťah k uchádzačovi (alebo skupine dodávateľov). Takáto tretia osoba musí taktiež spĺňať požiadavky na osobné postavenie. Zároveň platí, že ak dôjde k plneniu tej časti zákazky, na ktorú poskytla referencie tretia osoba, takéto plnenie musí v praxi poskytnúť buď dotknutá tretia osoba alebo samotný uchádzač.

Ponuky môžu byť vyhodnotené buď na základe ceny alebo ekonomicky najvýhodnejšej ponuky (v prípade súťažného dialógu iba na základe ekonomicky najvýhodnejšie ponuky). Ak sa ponuky vyhodnocujú na základe ekonomicky najvýhodnejšej ponuky, verejný obstarávateľ určí jednotlivé kritériá - napríklad kvalita, cena, technické vyhotovenie, prevádzkové náklady, efektívnosť vynaložených nákladov, pozáručný servis a technická pomoc, lehota výstavby a pod. Kritériom by tak mohla byť napríklad aj minimálna platba za dostupnosť koncesionárovi.

V rámci postupu vo verejnom obstarávaní sa najprv vyhodnocujú podmienky účasti a až potom samotné ponuky. Jednotlivé štádiá sa líšia od konkrétne zvoleného postupu verejného obstarávania.

Vo vzťahu k samotnému koncesionárovi by sme radi zdôraznili taktiež skutočnosť, že koncesionár by mal postupovať v súlade s povinnosťami zakotvenými v ustanovení § 70 a nasl. Zákona o verejnom obstarávaní. To znamená, že koncesionár, ktorý nie je verejným obstarávateľom / obstarávateľom podľa Zákona o verejnom obstarávaní, by mal aj napriek tomu postupovať podľa pravidiel stanovených v ustanovení § 71 Zákona o verejnom obstarávaní v prípade, ak zadáva zákazky s predpokladanou hodnotou rovnou alebo vyššou ako 5.000.000 EUR tretím osobám. Za tretie osoby sa nepovažujú skupiny osôb, ktoré boli vytvorené s cieľom získať koncesiu, alebo prepojené podniky. Vzhľadom na to, že koncesionár je zväčša založený spoločnosťami, ktoré pokrývajú všetky aspekty konkrétneho projektu, je veľmi pravdepodobné, že sa bude aplikovať výnimka podľa predchádzajúcej vety a teda pravdepodobnosť, že koncesionár bude povinný použiť postup verejného obstarávania je veľmi malá. Toto predstavuje rozdiel oproti Špecifickému variantu, v prípade ktorého bude musieť SPV realizovať sériu verejných obstarávaní na jednotlivé časti Projektu (projektovanie, výstavba, nemedicínska prevádzka, poskytovateľ know-how).

Taktiež je potrebné poznamenať, že verejnému obstarávaniu na samotný Projekt by malo predchádzať verejné obstarávanie na výber poradcu pre fázu verejného obstarávania Projektu.

Realizácia variantu ZPPP môže teoreticky priniesť vyššie vstupné náklady na samotné zabezpečenie procesu zadania Projektu súkromnému partnerovi, ako aj prípadný časový sklz vzhľadom na náročnosť obstarávania zákazky takéhoto rozmeru. Pri príprave Projektu je potrebné klásť adekvátny dôraz na realizáciu obstarávania. V prípade jeho podcenenia hrozia zdĺhavé revízne postupy, prípadne až možné zrušenie Projektu pre nedostatky v obstarávacom procese. Zásadné pre úspešnosť Projektu je získanie potrebnej spätnej väzby z trhu. V opačnom prípade môže Projekt z dôvodu nebankovateľnosti alebo finančnej nedostupnosti viesť k neúspechu. V procese verejného obstarávania a výberu víťazného uchádzača je dôležité vhodné nastavenie a riadenie procesu verejného obstarávania s využitím podpory externých poradcov. Inak môže proces verejného obstarávania viesť k výberu nevhodného súkromného partnera, ktorý nebude schopný získať finančné zdroje pre Projekt, či Projekt riadne prevádzkovať.

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
ZPPP	Neuzatvorenie koncesnej zmluvy so žiadnym z uchádzačov	Vhodné nastavenie a riadenie procesu obstarávania, vrátane takého nastavenia podmienok účasti, ktoré bude adekvátne reflektovať možnosti na strane súkromného sektora
	Filozofia a návrh postupu obstarávania zabezpečujúceho získanie potrebnej spätnej väzby z trhu	Vhodné nastavenie a riadenie procesu obstarávania s využitím podpory externých poradcov, ktorí disponujú potrebným know-how a môžu významne napomôcť k zadefinovaniu základných aspektov verejného obstarávania
	Výber vhodného súkromného partnera	Vhodné nastavenie a riadenie procesu obstarávania s využitím podpory externých poradcov
	Riziko nebankovateľnosti spojené s nedostatkami obstarávacieho procesu	Vhodné nastavenie a riadenie procesu obstarávania s využitím podpory externých poradcov a zohľadnenie

Analýza aplikovateľných metód verejného obstarávania nemocničného PPP projektu

nevyhnutnej spätnej väzby z trhu

B. IPPP

V prípade variantu IPPP by koncesia mala byť zadaná súkromnému partnerovi buď v spojení so záväzkom

- ▶ súkromného partnera vstúpiť do SPV založeného vopred verejným partnerom alebo
- ▶ založiť spoločne s verejným partnerom SPV, ktoré danú koncesiu bude realizovať.

Obidve alternatívy budú vo finále viesť k existencii SPV, ktorému bude zadaná koncesia. Keďže aj v prípade variantu IPPP by mal byť Projekt realizovaný na základe udelenia koncesie je potrebné postupovať v tomto prípade podľa Zákona o verejnom obstarávaní.

Preferované možnosti vybraných foriem verejného obstarávania sú rovnaké ako v prípade ZPPP, a to:

- ▶ rokovacie konanie so zverejnením; alebo
- ▶ súťažný dialóg¹⁵⁹.

Posúdením dopadov implementácie variantu IPPP na oblasť verejného obstarávania boli identifikované nasledovné riziká:

- ▶ neuzatvorenie koncesnej zmluvy so žiadnym z uchádzačov
- ▶ filozofia a návrh postupu obstarávania zabezpečujúceho získanie potrebnej spätnej väzby z trhu
- ▶ výber vhodného súkromného partnera
- ▶ riziko nebankovateľnosti spojené s nedostatkami obstarávacieho procesu

Z pohľadu verejného obstarávania je hlavný rozdiel v porovnaní so ZPPP v tom, že okrem podmienok koncesnej zmluvy je potrebné rokovať v rámci verejného obstarávania taktiež o zakladateľských dokumentoch SPV.

Tak, ako v prípade ZPPP je potrebné poznamenať, že verejnému obstarávaniu na samotný Projekt by malo predchádzať verejné obstarávanie na výber poradcu pre fázu verejného obstarávania Projektu.

Vo vzťahu k samotnému koncesionárovi by sme radi zdôraznili taktiež skutočnosť, že koncesionár by mal postupovať v súlade s povinnosťami zakotvenými v ustanovení § 70 a nasl. Zákona o verejnom obstarávaní. To znamená, že koncesionár, ktorý nie je verejným obstarávateľom / obstarávateľom podľa Zákona o verejnom obstarávaní, by mal aj napriek tomu postupovať podľa pravidiel stanovených v ustanovení § 71 Zákona o verejnom obstarávaní v prípade, ak zadáva zákazky s predpokladanou hodnotou rovnou alebo vyššou ako 5.000.000 EUR, tretím osobám. Za tretie osoby sa nepovažujú skupiny osôb, ktoré boli vytvorené s cieľom získať koncesiu, alebo prepojené podniky. Vzhľadom na to, že koncesionár je zväčša založený spoločnosťami, ktoré pokrývajú všetky aspekty konkrétneho projektu, je veľmi pravdepodobné, že sa bude aplikovať výnimka podľa predchádzajúcej vety a teda pravdepodobnosť, že koncesionár bude povinný použiť postup verejného obstarávania je veľmi malá.

Upozorňujeme taktiež na to, že podľa Interpretatívneho oznámenia k IPPP, skutočnosť, že súkromný a verejný partner spolupracujú v rámci jedného subjektu so zmiešaným kapitálom, nemôže ospravedlniť nedodržiavanie ustanovení, ktoré sa týkajú verejného obstarávania a koncesii, keď sa tomuto súkromnému subjektu alebo subjektu so zmiešaným kapitálom pridružuje verejná zákazka alebo koncesie. Významná je v tomto smere taktiež judikatúra SD EÚ, a to napríklad rozhodnutie vo veci C-26/03, Stadt Halle, v ktorom SD EÚ konštatoval, že účasť súkromného podniku, hoci aj menšinová, v kapitále spoločnosti, na ktorej sa takisto zúčastňuje príslušný obstarávateľský subjekt, v každom prípade vylučuje možnosť „vnútorného“ („in-house“) vzťahu medzi týmto subjektom a touto spoločnosťou, na ktorý sa v zásade právne predpisy o verejnom obstarávaní neuplatňujú.

¹⁵⁹ Pre bližší popis verejného obstarávania pozri časť ZPPP

Analýza aplikovateľných metód verejného obstarávania nemocničného PPP projektu

Princípy transparentnosti a rovnakého zaobchádzania vychádzajúce zo smerníc EÚ vyžadujú, aby mali potenciálni záujemcovia rovnaký prístup k adekvátnym informáciám o zámere verejného obstarávateľa založiť verejno-súkromnú entitu a udeliť verejnú zákazku alebo koncesiu. Adekvátne informácie môžu byť najlepšie garantované zverejnením oznámenia, ktoré je dostatočne prístupné subjektom, ktoré by mohli mať o ne záujem, a to pred výberom súkromného partnera. Podľa názoru Komisie vyžaduje komunitárne právo, aby verejný obstarávateľ zverejnil kritéria na výber súkromného partnera pre IPPP v zmysle princípu rovnakého zaobchádzania. Podľa Komisie by verejný partner mal zahrnúť do oznámenia o vyhlásení verejného obstarávania alebo zmluvných dokumentov základné informácie o nasledovnom:

- ▶ verejné zákazky a/alebo koncesie, ktoré majú byť zadané budúcej verejno-súkromnej entite,
- ▶ štatút a stanovy, akcionársku zmluvu a
- ▶ všetky ďalšie náležitosti týkajúce sa zmluvného vzťahu medzi verejným obstarávateľom a súkromným partnerom na jednej strane, a verejným obstarávateľom a budúcou verejno-súkromnou entitou na druhej strane.

Ak verejný obstarávateľ postupuje súťažným dialógom alebo rokovacím konaním niektoré informácie nemusia byť zrejmé vopred, ale môžu byť ponechané na bližšiu špecifikáciu počas dialógu alebo rokovaní so záujemcami. Výzva na súťaž by mala zahŕňať informácie o zamýšľanom trvaní zmluvy alebo koncesie, ktorá má byť realizovaná verejno-súkromnou entitou.

Vo vzťahu k fáze po založení IPPP spoločnosti Interpretatívne oznámenie k IPPP zdôrazňuje, že pravidlá obstarávania, či už odvodené zo ZFEÚ alebo smerníc upravujúcich verejné obstarávanie, by nemali byť aplikované iba vo vzťahu k výberu súkromného partnera, ale taktiež by mali byť rešpektované v prípade zadávania inej zákazky alebo udelenia inej koncesie verejno-súkromnej entite ako zákazky alebo koncesie, ktorá už bola predmetom súťaže vo verejnom obstarávaní na založenie predmetného IPPP subjektu.

Obdobne ako v prípade ZPPP môže realizácia variantu IPPP teoreticky priniesť dlhý a nákladný proces obstarávania. Pri príprave Projektu je teda potrebné klásť adekvátny dôraz na realizáciu obstarávania. V prípade jeho podcenenia hrozia zdĺhavé revízne postupy, prípadne až možné zrušenie Projektu pre nedostatky v obstarávacom procese. Zásadné pre úspešnosť Projektu je získanie potrebnej spätnej väzby z trhu. Inak môže Projekt z dôvodu nebankovateľnosti alebo finančnej nedostupnosti viesť k neúspechu. V procese verejného obstarávania a výberu víťazného uchádzača je dôležité vhodné nastavenie a riadenie procesu verejného obstarávania s využitím podpory externých poradcov. V opačnom prípade môže proces verejného obstarávania viesť k výberu nevhodného súkromného partnera, ktorý nebude schopný získať finančné zdroje pre Projekt, či Projekt riadne prevádzkovať.

Obdobne ako v prípade JV variantu je v prípade IPPP variantu potrebné upozorniť, že aj samotné IPPP by mohlo napĺňať definíciu verejného obstarávateľa podľa § 6 ods. 1 písm. f) Zákona o verejnom obstarávaní alebo § 6 ods. 2 Zákona o verejnom obstarávaní. V prvom prípade je verejným obstarávateľom právnická osoba, v ktorej verejný obstarávateľ vykonáva priamu alebo nepriamu výlučnú kontrolu, pričom výlučná kontrola je definovaná Zákonom o ochrane hospodárskej súťaže.

V druhom prípade je verejným obstarávateľom právnická osoba založená alebo zriadená na osobitný účel plnenia potrieb všeobecného záujmu, ktoré nemajú priemyselný alebo obchodný charakter, a

- ▶ je úplne alebo z väčšej časti financovaná verejným obstarávateľom,
- ▶ je kontrolovaná verejným obstarávateľom alebo
- ▶ verejný obstarávateľ vymenúva alebo volí viac ako polovicu členov jej riadiaceho orgánu alebo kontrolného orgánu.

Pri posúdení konkrétneho subjektu ako verejného obstarávateľa je potrebné vziať do úvahy nielen znenie Zákona o verejnom obstarávaní (a znenie smerníc upravujúcich verejné obstarávanie), ale aj komplexnú judikatúru SD EÚ. Podľa tejto judikatúry musia byť znaky naplnené kumulatívne, teda musí ísť o subjekt plniaci potreby všeobecného záujmu, ktoré nemajú priemyselný alebo obchodný charakter a súčasne tento subjekt musí byť financovaný, kontrolovaný verejným obstarávateľom, alebo tento vymenúva kontrolné alebo riadiace orgány tohto subjektu. Požiadavka kontroly, vymenovania alebo financovania je navzájom rovnocenná a postačuje naplniť iba jednu z nich. Kontrola je v zmysle výkladových pravidiel odlišná a chápaná v širšom zmysle od kontroly podľa § 6 ods. 1 písm. f) Zákona o verejnom obstarávaní, teda v zmysle Zákona o ochrane hospodárskej súťaže. Vhodné štrukturovanie SPV a vzťahu štát koncesionár je pre uskutočniteľnosť Projektu esenciálne.

Analýza aplikovateľných metód verejného obstarávania nemocničného PPP projektu

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
IPPP	Neuzatvorenie koncesnej zmluvy so žiadnym z uchádzačov	Vhodné nastavenie a riadenie procesu obstarávania, vrátane takého nastavenia podmienok účasti, ktoré bude adekvátne reflektovať možnosti na strane súkromného sektora
	Filozofia a návrh postupu obstarávania zabezpečujúceho získanie potrebnej spätnej väzby z trhu	Vhodné nastavenie a riadenie procesu obstarávania s využitím podpory externých poradcov, ktorí disponujú potrebným know-how a môžu významne napomôcť k zadefinovaniu základných aspektov verejného obstarávania
	Výber vhodného súkromného partnera	Vhodné nastavenie a riadenie procesu obstarávania s využitím podpory externých poradcov
	Riziko nebankovateľnosti spojené s nedostatkami obstarávacieho procesu	Vhodné nastavenie a riadenie procesu obstarávania s využitím podpory externých poradcov

C. JV

Realizácia Projektu prostredníctvom JV môže v prípade adekvátneho nastavenia vzťahov medzi súkromným a verejným partnerom spadať mimo rámec Zákona o verejnom obstarávaní. Aj v takomto prípade je však nevyhnutné zabezpečiť transparentný, nediskriminačný a legitímny proces výberu súkromného partnera. Uvedené by mohlo byť dosiahnuté napríklad prostredníctvom realizácie obchodnej verejnej súťaže. Prostredníctvom obchodnej verejnej súťaže vyhlasovateľ vyhlási neurčitým osobám súťaž o najvhodnejší návrh na uzavretie zmluvy. Vyhlásenie obchodnej verejnej súťaže by malo zahŕňať predmet požadovaného záväzku a zásady ostatného obsahu zamýšľanej zmluvy, na ktorom navrhovateľ trvá, spôsob podávania návrhov, lehotu, do ktorej možno návrhy podávať, a lehotu na oznámenie vybraného návrhu. Obsah podmienok súťaže sa musí vhodným spôsobom uviesť.

Posúdením dopadov implementácie variantu JV na oblasť verejného obstarávania boli identifikované nasledovné riziká:

- Otázky transparentnosti
- Politické riziko/PR riziko - zrušenie Projektu
- Riziko nebankovateľnosti spojené s nedostatkami obstarávacieho procesu
- Riziko rozporu s úpravou verejného obstarávania

Založenie JV by malo predchádzať uznesenie vlády SR, ktorá (i) uloží zaistiť realizáciu potrebných opatrení, smerujúcich k vytvoreniu JV založenej za účelom realizácie Projektu a (ii) následne odsúhlasí návrh zakladateľských dokumentov JV. K založeniu JV by malo dôjsť medzi súkromným partnerom a verejným partnerom, a to tak, aby ani jeden z partnerov nemal kontrolu nad JV. Zakladateľské dokumenty by mali špecifikovať zámer a povinnosti týkajúce sa realizácie Projektu. Súčasťou procesu založenia JV by malo byť taktiež vloženie majetku určeného na realizáciu Projektu do JV.

Vo vzťahu k realizácii Projektu prostredníctvom JV je potrebné upozorniť, že aj samotné JV by mohlo naplňať definíciu verejného obstarávateľa podľa § 6 ods. 1 písm. f) Zákona o verejnom obstarávaní alebo § 6 ods. 2 Zákona o verejnom obstarávaní. V prvom prípade je verejným obstarávateľom právnická osoba, v ktorej verejný obstarávateľ vykonáva priamu alebo nepriamu výlučnú kontrolu, pričom výlučná kontrola je definovaná Zákonom o ochrane hospodárskej súťaže.

V druhom prípade je verejným obstarávateľom právnická osoba založená alebo zriadená na osobitný účel plnenia potrieb všeobecného záujmu, ktoré nemajú priemyselný alebo obchodný charakter, a

0. je úplne alebo z väčšej časti financovaná verejným obstarávateľom,
1. je kontrolovaná verejným obstarávateľom alebo

Analýza aplikovateľných metód verejného obstarávania nemocničného PPP projektu

2. verejný obstarávateľ vymenúva alebo volí viac ako polovicu členov jej riadiaceho orgánu alebo kontrolného orgánu.

Pri posúdení konkrétneho subjektu ako verejného obstarávateľa je potrebné vziať do úvahy nielen znenie Zákona o verejnom obstarávaní (a znenie smerníc upravujúcich verejné obstarávanie), ale aj komplexnú judikatúru SD EÚ. Podľa tejto judikatúry musia byť znaky naplnené kumulatívne, teda musí ísť o subjekt plniaci potreby všeobecného záujmu, ktoré nemajú priemyselný alebo obchodný charakter a súčasne tento subjekt musí byť financovaný, kontrolovaný verejným obstarávateľom, alebo tento vymenúva kontrolné alebo riadiace orgány tohto subjektu. Požiadavka kontroly, vymenovania alebo financovania je navzájom rovnocenná a postačuje naplniť iba jednu z nich. Kontrola je v zmysle výkladových pravidiel odlišná a chápaná v širšom zmysle od kontroly podľa § 6 ods. 1 písm. f) Zákona o verejnom obstarávaní, teda v zmysle Zákona o ochrane hospodárskej súťaže.

V tejto súvislosti je potrebné upozorniť na skutočnosť, že verejný obstarávateľ, ako je definovaný v § 6 ods. 1 písm. f) Zákona o verejnom obstarávaní nemá oporu v Smernici 18/2004 ani v judikatúre SD EÚ. Smernica 18/2004/EÚ aj judikatúra SD EÚ upravujú definíciu verejnoprávnej inštitúcie („a body governed by public law“), ktorá zodpovedá definícii § 6 ods. 2 Zákona o verejnom obstarávaní.

Túto rozsiahlu judikatúru zohľadnila aj novoprijatá Smernica 2014/24/EÚ, podľa ktorej *„inštitúcia, ktorá pracuje v bežných trhových podmienkach, zameriava sa na vytváranie zisku a znáša straty spojené s vykonávaním svojej činnosti, by sa nemala považovať za „verejnoprávnú inštitúciu“, keďže potreby všeobecného záujmu, na ktorých plnenie bola zriadená alebo ktorých plnením bola poverená, sa môžu považovať za potreby priemyselnej alebo komerčnej povahy“*. Takáto inštitúcia teda nie je verejnoprávnou inštitúciou, ktorá je verejným obstarávateľom z pohľadu EÚ regulácie.

Judikatúra SD EÚ chápe štát a organizáciu riadenú verejným právom v širšom „funkčnom“ ponímaní. Každým prípadom sa súd zaoberal osobitne, pričom formuloval určité zásady, ktoré môžu byť určujúce pri posúdení variantu JV ako možného verejného obstarávateľa (verejnoprávnej inštitúcie):

- ▶ Existencia silnej konkurencie alebo neexistencia konkurencie nie je rozhodujúcou podmienkou. Potreby všeobecného záujmu sú také potreby, ktoré sa štát rozhodol poskytovať sám, alebo nad ktorými sa rozhodol zachovať vplyv (rozsudok C-360/96 Arnhem).
- ▶ Pojem verejnoprávny subjekt je potrebné vykladať extenzívne (rozsudok C-214/2000 Komisia v. Španielsko).
- ▶ Ak primárnym cieľom nie je vytváranie zisku, subjekt nenesie ekonomické riziká spojené s výkonom činnosti, najmä úrady by nepripustili jeho konkurz a je financovaný z verejných zdrojov, ide o verejnoprávnú inštitúciu. Opačný výklad by viedol k obchádzaniu smernice (rozsudok C-18/01 Varkauden Taitotalo Oy). Spoločnosť je súčasťou politiky štátu a štát by zabránil jej likvidácii (rozsudok C-283/00 Komisia v. Španielsko).
- ▶ Prvotný účel založenia je rozhodujúci aj vtedy, ak tento účel predstavuje nevelikú časť v porovnaní s rozsahom obchodnej činnosti (rozsudok C-44/96 Mannesmann).

Za predpokladu „komerčného“ nastavenia nUNB by bolo možné teoreticky predpokladať, že by mohla byť inštitúciou pôsobiacou v bežných trhových podmienkach, ktorá sa zameriava na vytváranie zisku a znáša straty spojené s vykonávaním svojej činnosti, v takomto prípade by nebola verejným obstarávateľom v zmysle judikatúry SD EÚ. Na druhej strane je potrebné vziať do úvahy koncepciu nUNB komplexne. Mala by to byť nemocnica so významnou spádovou oblasťou, majetková účasť štátu a kontrola preto bude pravdepodobne nevyhnutná. Nemožno tiež opomenúť poskytnutie prípadných záruk a ochranu pred úpadkom. Rovnako je tiež potrebné vziať do úvahy, že aj Úrad pre verejné obstarávanie plnenie zdravotníckych služieb, sociálnych a škôl pokladá za plnenie potrieb vo všeobecnom záujme (napríklad podľa metodického usmernenia č. 317-2000/2010).

Vylúčenie aplikácie Zákona o verejnom obstarávaní by bolo v prípade variantu JV v kontexte vyššie uvedeného možné dosiahnuť tak, že JV

- ▶ bude vykazovať všetky znaky komerčného správania, t.j. bude ako súčasť bežných trhových podmienok zamerané na vytváranie zisku, bude samé znášať prípadné straty spojené s vykonávaním jeho činností a zároveň verejný partner nebude vykonávať priamu alebo nepriamu výlučnú kontrolu, alebo
- ▶ nebude mať komerčný charakter, ale bude založené alebo zriadené na osobitný účel plnenia potrieb všeobecného záujmu, a zároveň bude financované súkromným partnerom v rozsahu väčšom ako 50%, bude kontrolované súkromným partnerom a súkromný partner bude vymenúvať alebo voliť viac ako polovicu členov jeho riadiaceho orgánu alebo kontrolného orgánu.

Analýza aplikovateľných metód verejného obstarávania nemocničného PPP projektu

Ničmenej, netreba tiež zabúdať ani na skutočnosť, že aj v prípade JV, špecifického alebo iného variantu, je SPV povinná postupovať ako verejný obstarávateľ pri poskytnutí viac ako 50% finančných prostriedkov na dodanie tovaru, na uskutočnenie stavebných prác a na poskytnutie služieb zo strany verejného obstarávateľa (§ 7 Zákona o verejnom obstarávaní).

Realizácia Projektu prostredníctvom variantu JV so sebou taktiež prináša niekoľko ďalších rizík. V prípade, ak sa súkromný partner nebude vyberať postupom v súlade so Zákom o verejnom obstarávaní, je veľmi pravdepodobné, že vyvstanú otázky súvisiace s transparentnosťou výberu súkromného partnera, čo môže mať za následok časový sklz, nebankovateľnosť Projektu, ako aj jeho prípadné zrušenie z politických dôvodov. Toto riziko považujeme za značne vysoké a jeho zmiernenie je možné dosiahnuť zabezpečením transparentného výberu aj mimo aplikácie Zákona o verejnom obstarávaní, a to napríklad prostredníctvom vyššie zmienenej obchodnej verejnej súťaže. Zároveň je potrebné zdôrazniť, že variant JV so sebou nesie riziko zníženej kontroly nad realizáciou samotného Projektu, keďže v takomto prípade absentuje koncesná zmluva (alebo obdobná zmluva), ktorá jasne zakotvuje povinnosti zúčastnených partnerov pri realizácii Projektu a ich nedodržanie sankcionuje. JV je samostatná entita, ktorá by síce bola založená za účelom realizácie Projektu, ale štát v tomto prípade nemôže využiť zmluvné mechanizmy kontroly pri realizácii Projektu v takom rozsahu ako v prípade IPPP a ZPPP.

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
JV	Otázky transparentnosti	Voľba postupu výberu súkromného partnera, ktorý aj napriek absencii aplikácie Zákona o verejnom obstarávaní umožní transparentnú a otvorenú súťaž
	Politické riziko/PR riziko - zrušenie Projektu	Voľba postupu výberu súkromného partnera, ktorý aj napriek absencii aplikácie Zákona o verejnom obstarávaní umožní transparentnú a otvorenú súťaž
	Riziko nebankovateľnosti spojené s nedostatkami obstarávacieho procesu	Voľba postupu výberu súkromného partnera, ktorý aj napriek absencii aplikácie Zákona o verejnom obstarávaní umožní transparentnú a otvorenú súťaž
	Riziko rozporu s úpravou verejného obstarávania	Adekvátne nastavenie vzťahu medzi súkromným partnerom a verejným partnerom v rámci JV tak, aby tento subjekt nespadal pod Zákon o verejnom obstarávaní

D. Špecifický variant

Špecifický variant bude vyžadovať realizáciu série verejných obstarávaní na zákazky na dodanie tovaru, zákazky na uskutočnenie stavebných prác a zákazky na poskytnutie služieb iniciovaných SPV plne ovládanom štátom. Tak, ako bolo zadefinované zo strany MZ SR, medicínska prevádzka nUNB by mala byť realizovaná samotným SPV a nie súkromným partnerom. Ničmenej, know-how súkromného zdravotníckeho sektora by malo byť pre Projekt zabezpečené na základe zmlúv na poskytnutie služieb (manažérskeho charakteru). Takýto koncept by mal zamedziť tomu, aby boli predmetné zákazky, ktoré bude zadávať SPV, považované za koncesie. Koncesia by však mala byť priamo zadaná SPV ako in-house zákazka. SPV by mala primárne špecifikovať všetky zákazky, ktoré majú byť zadané tretím osobám v záujme zabezpečenia realizácie Projektu podľa Špecifického variantu. V nadväznosti na špecifikáciu zákaziek bude potrebné zvoliť konkrétny postup verejného obstarávania v zmysle Zákona o verejnom obstarávaní, a to na základe

- ▶ predpokladanej hodnoty zákazky,
- ▶ typu zákazky a
- ▶ podrobností zmluvných podmienok.

Je pravdepodobné, že medzi aplikovateľné postupy bude patriť verejná súťaž a užšia súťaž, pričom, na rozdiel od ZPPP a IPPP, aplikovateľnosť rokovacieho konania so zverejnením alebo súťažného dialógu je málo pravdepodobná.

Analýza aplikovateľných metód verejného obstarávania nemocničného PPP projektu

V prípade Špecifického variantu prichádza do úvahy taktiež koncesia zadaná štátom priamo SPV ako in-house zákazka. Opodstatnenosť in-house koncesie je založená na skutočnosti, že SPV bez koncesnej zmluvy bude plniť len na základe riadenia podniku štátom, t.j. môže konať viac-menej svojvoľne, resp. podľa požiadaviek manažmentu. Aj z praktických skúseností slovenského právneho prostredia vyplýva, že podniky štátno-súkromného charakteru (napr. NDS¹⁶⁰, ŽSR¹⁶¹, ŽSSK¹⁶² a pod.) sa spravujú v súlade s vlastným zákonom. Dôvodom pre takýto postup je práve nevyhnutnosť zabezpečiť, aby dotknuté subjekty vykonávali tie činnosti, na ktoré sú určené. Napriek osobitnej legislatívnej úprave majú tieto spoločnosti navyše často aj osobitné zmluvy so štátom. Koncesná zmluva má v prípade realizácie Projektu hlavný význam napomôcť k tomu, aby SPV plnila parametre Projektu tak, ako ich štát určí, resp. aby prípadne štát mohol kompenzovať výpadky príjmov, či neočakávané reakcie trhu, formou platby za dostupnosť a podobne. Je možné uvažovať s dvomi alternatívami, a to

- ▶ koncesia na realizáciu celého Projektu alebo
- ▶ koncesia na medicínsku prevádzku nUNB.

V prípade koncesie na realizáciu celého Projektu by SPV zabezpečovalo väčšiu časť plnení prostredníctvom subdodávateľov, ktorými by boli úspešní uchádzači z jednotlivých verejných obstarávaní. V prípade koncesie na medicínsku prevádzku nUNB by predmetom úpravy koncesnej zmluvy boli výlučne práva a povinnosti týkajúce sa zabezpečovania medicínskej prevádzky nUNB. Ostatné plnenia a aktivity za účelom realizácie Projektu by vychádzali už zo zakladateľských dokumentov SPV a rozhodnutí jediného akcionára SPV.

Posúdením dopadov implementácie Špecifického variantu na oblasť verejného obstarávania boli identifikované nasledovné riziká:

- ▶ Riziko nebankovateľnosti spojené s nedostatkami obstarávacieho procesu
- ▶ Zdĺhavý, viackolový a nekonzistentný proces obstarávania
- ▶ Filozofia a návrh postupu obstarávania zabezpečujúceho získanie potrebnej spätnej väzby z trhu
- ▶ Výber vhodného poskytovateľa know-how
- ▶ Absencia synergie

Špecifický variant predpokladá zdĺhavý a nekonzistentný proces verejného obstarávania. Realizácia série verejných obstarávaní so sebou taktiež prináša znásobené riziko revízných postupov a s tým súvisiaci možný posun termínov realizácie jednotlivých zákaziek. Komplikácie môže priniesť taktiež koordinácia jednotlivých zákaziek s cieľom realizácie kompaktného, flexibilného a funkčného Projektu. Štátna kontrola nad SPV so sebou taktiež prináša riziká v podobe politickej nestability a udržateľnosti rozhodnutí v dlhodobom horizonte. Významným nedostatkom vo vzťahu k uskutočniteľnosti Projektu je taktiež absencia synergie jednotlivých častí Projektu, ktorý je naopak výhodou PPP projektov, ktoré v sebe pri správnom manažmente a nastavení zmluvných podmienok automaticky zahŕňajú vzájomné efektívne zapojenie jednotlivých častí Projektu s cieľom synergicky dosiahnuť čo najvyššiu hodnotu za peniaze.

Variant	RIZIKO	MITIGÁCIA
Špecifický variant	Riziko nebankovateľnosti spojené s nedostatkami obstarávacieho procesu	Vhodné nastavenie a riadenie procesu obstarávania s využitím podpory externých poradcov
	Zdĺhavý, viackolový a nekonzistentný proces obstarávania	Veľmi náročné na mitigáciu. Vhodné nastavenie a riadenie procesu obstarávania s využitím podpory externých poradcov môže pomôcť zmierniť dopady rizika

¹⁶⁰ Zákon č. 639/2004 Z.z. o Národnej diaľničnej spoločnosti a o zmene a doplnení zákona č. 135/1961 Zb. o pozemných komunikáciách (cestný zákon) v znení neskorších predpisov v znení neskorších predpisov

¹⁶¹ Zákon č. 258/1993 Z.z. o Železniciach Slovenskej republiky v znení neskorších predpisov

¹⁶² Zákon č. 259/2001 Z.z. o Železničnej spoločnosti, a. s., a o zmene a doplnení zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 258/1993 Z.z. o Železniciach Slovenskej republiky v znení zákona č. 152/1997 Z.z. v znení neskorších predpisov

Analýza aplikovateľných metód verejného obstarávania nemocničného PPP projektu

	Filozofia a návrh postupu obstarávania zabezpečujúceho získanie potrebnej spätnej väzby z trhu	Vhodné nastavenie a riadenie procesu obstarávania s využitím podpory externých poradcov
	Výber vhodného poskytovateľa know-how	Vhodné nastavenie a riadenie procesu obstarávania s využitím podpory externých poradcov
	Absencia synergie	Veľmi náročné na mitigáciu. Pomôcť zmierniť dopady rizika by mohol vysoko efektívny a odborný manažment Projektu a vhodné nastavenie vzťahov medzi jednotlivými zúčastnenými subjektmi

Porovnanie variantov

Z pohľadu verejného obstarávania sa všetky varianty javia ako uskutočniteľné, či už priamo postupom podľa Zákona o verejnom obstarávaní alebo postupom mimo Zákona o verejnom obstarávaní v prípade, ak sa tento neaplikuje. Hlavné rozdiely medzi jednotlivými variantmi však spočívajú v možnostiach uplatnenia konkrétnych postupov za účelom výberu súkromného partnera. Z pohľadu transparentnosti, otvorenej súťaže a rovnakého zaobchádzania s jednotlivými záujemcami za najvhodnejšie považujeme postupy, ktoré vyplývajú z uplatnenia úpravy podľa Zákona o verejnom obstarávaní. V tomto kontexte sa ako najvhodnejšie javia varianty ZPPP alebo IPPP, s ktorými sa spája nižšia váha rizík a vysoká priechodnosť mitigačných opatrení. Riziká, ktoré sa spájajú s variantom ZPPP a IPPP je možné efektívne mitigovať vhodným nastavením a riadením procesu obstarávania s využitím podpory skúsených externých poradcov. ZPPP a IPPP umožňujú využitie rokovacieho konania so zverejnením a súťažného dialógu, t.j. postupy, ktoré sú transparentné, umožňujú otvorenú súťaž a reflexiu spätnej väzby zo strany záujemcov a finančného sektora. Tieto faktory považujeme pri realizácii Projektu za zásadné vo vzťahu k bankovateľnosti Projektu, ako aj vo vzťahu k súladu so zákonom a právom a princípmi EÚ. So Špecifickým variantom sa z pohľadu uskutočniteľnosti spája vyššia miera rizík so strednou priechodnosťou mitigačných rizík. Špecifický variant sa preto javí ako menej vhodný, a to inter alia vzhľadom na riziká, ktoré so sebou prináša séria verejných obstarávaní. Navyše v tomto prípade absentuje potrebná spätná väzba zo strany trhu, synergia jednotlivých častí Projektu a celkové efektívne zapojenie súkromného sektora. Realizácia Projektu v podobe Špecifického variantu tým pádom neprináša výhody, ktoré sú štandardne spájané s PPP projektmi. Z pohľadu rizík uskutočniteľnosti sa, pre vysokú váhu rizík a nízku priechodnosť mitigačných opatrení, ako najmenej vhodný v kontexte verejného obstarávania javí variant JV, pri ktorom by bolo potrebné veľmi dôsledne a precízne nastaviť proces výberu súkromného partnera tak, aby nemohla byť spochybniteľná jeho transparentnosť. Zároveň však pri variante JV má verejný partner najmenší dosah na manažment Projektu, keďže v prípade neuplatňovania postupu podľa Zákona o verejnom obstarávaní nemôže mať nad JV kontrolu.

Orientačnú časovú náročnosť procesov verejného obstarávania pri vybraných PPP alternatívach znázorňujú schémy za sumarizačnou tabuľkou. Číselné údaje na zvislej osi predstavujú mesiace.

Analýza aplikovateľných metód verejného obstarávania nemocničného PPP projektu

Sumarizačná tabuľka

Riziko	ZPPP	IPPP	JV	Špecifický variant
Neuzatvorenie koncesnej zmluvy so žiadnym z uchádzačov	Vhodné nastavenie a riadenie procesu obstarávania, vrátane takého nastavenia podmienok účasti, ktoré bude adekvátne reflektovať možnosti na strane súkromného sektora	Vhodné nastavenie a riadenie procesu obstarávania, vrátane takého nastavenia podmienok účasti, ktoré bude adekvátne reflektovať možnosti na strane súkromného sektora	Neidentifikované	Neidentifikované
Filozofia a návrh postupu obstarávania zabezpečujúceho získanie potrebnej spätnej väzby z trhu	Vhodné nastavenie a riadenie procesu obstarávania s využitím podpory externých poradcov, ktorí disponujú potrebným know-how a môžu významne napomôcť k zadefinovaniu základných aspektov verejného obstarávania	Vhodné nastavenie a riadenie procesu obstarávania s využitím podpory externých poradcov, ktorí disponujú potrebným know-how a môžu významne napomôcť k zadefinovaniu základných aspektov verejného obstarávania	Neidentifikované	Vhodné nastavenie a riadenie procesu obstarávania s využitím podpory externých poradcov
Výber vhodného súkromného partnera	Vhodné nastavenie a riadenie procesu verejného obstarávania s využitím podpory externých poradcov	Vhodné nastavenie a riadenie procesu verejného obstarávania s využitím podpory externých poradcov	Vhodné nastavenie a riadenie procesu výberu partnera JV s využitím podpory externých poradcov	Neidentifikované
Riziko nebankovateľnosti spojené s nedostatkami obstarávacieho procesu	Vhodné nastavenie a riadenie procesu obstarávania s využitím podpory externých poradcov	Vhodné nastavenie a riadenie procesu obstarávania s využitím podpory externých poradcov	Voľba postupu výberu súkromného partnera, ktorý aj napriek absencii aplikácie Zákona o verejnom obstarávaní umožní transparentnú a otvorenú súťaž	Vhodné nastavenie a riadenie procesu obstarávania s využitím podpory externých poradcov
Otázky transparentnosti	Neidentifikované	Neidentifikované	Voľba postupu výberu súkromného partnera, ktorý aj napriek absencii aplikácie Zákona o verejnom obstarávaní umožní transparentnú a otvorenú súťaž	Neidentifikované
Politické riziko/PR riziko - zrušenie Projektu (z dôvodu netransparentnosti)	Neidentifikované	Neidentifikované	Voľba postupu výberu súkromného partnera, ktorý aj napriek absencii aplikácie Zákona o verejnom obstarávaní umožní transparentnú a otvorenú súťaž	Neidentifikované
Riziko rozporu s úpravou verejného obstarávania	Neidentifikované	Neidentifikované	Adekvátne nastavenie vzťahu medzi súkromným partnerom a verejným partnerom v rámci JV tak, aby tento subjekt nespadal pod Zákon o verejnom obstarávaní	Neidentifikované

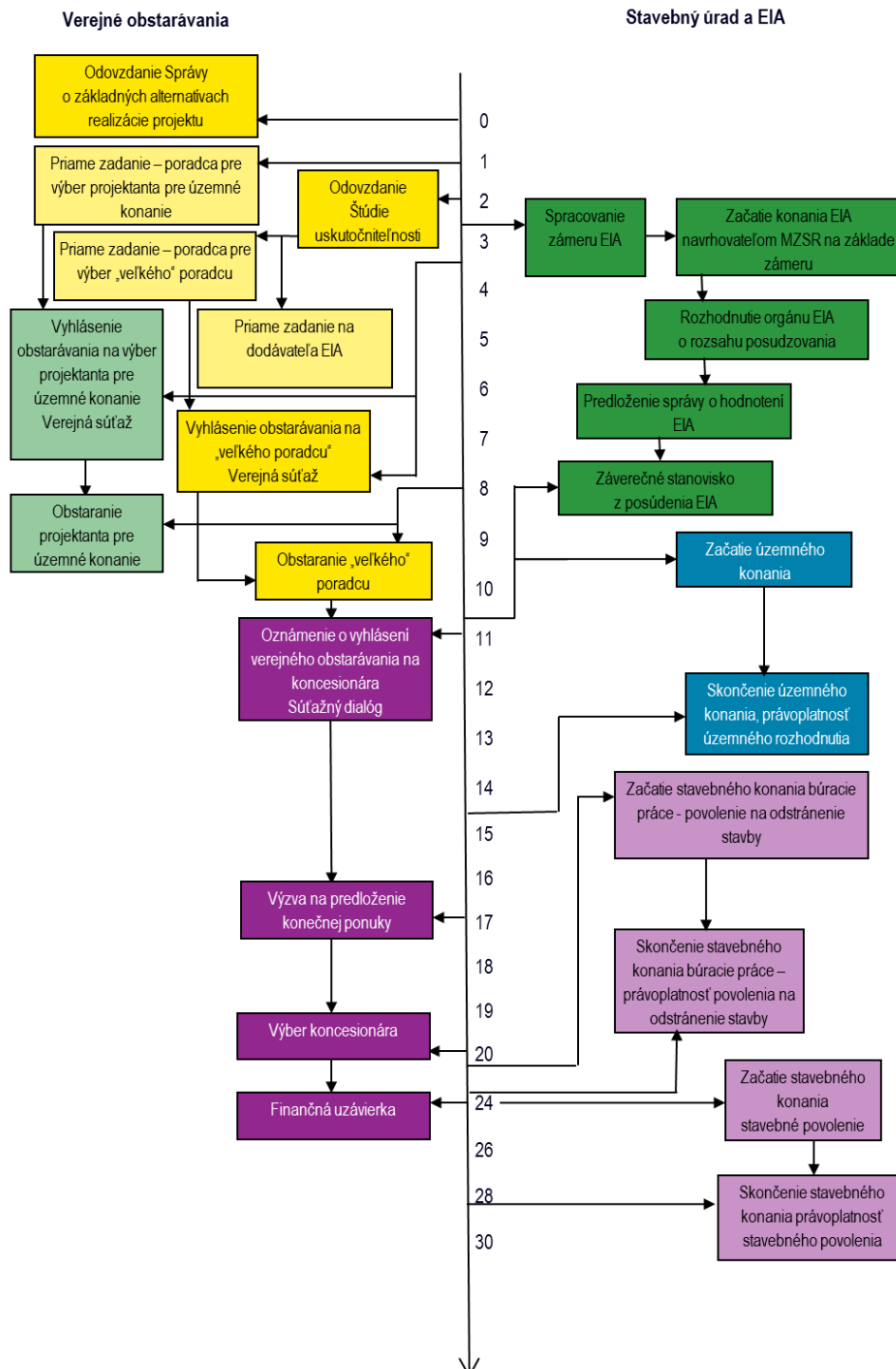
Analýza aplikovateľných metód verejného obstarávania nemocničného PPP projektu

Zdlhavý, viackolový a nekonzistentný proces obstarávania	Neidentifikované	Neidentifikované	Neidentifikované	Veľmi náročné na mitigáciu. Vhodné nastavenie a riadenie procesu obstarávania s využitím podpory externých poradcov môže pomôcť zmierniť dopady rizika
Výber vhodného poskytovateľa know-how	Neidentifikované	Neidentifikované	Neidentifikované	Vhodné nastavenie a riadenie procesu obstarávania s využitím podpory externých poradcov
Absencia synergie	Neidentifikované	Neidentifikované	Neidentifikované	Veľmi náročné na mitigáciu. Pomôcť zmierniť dopady rizika by mohol vysoko efektívny a odborný manažment Projektu a vhodné nastavenie vzťahov medzi jednotlivými zúčastnenými subjektmi

ZPPP

ZPPP

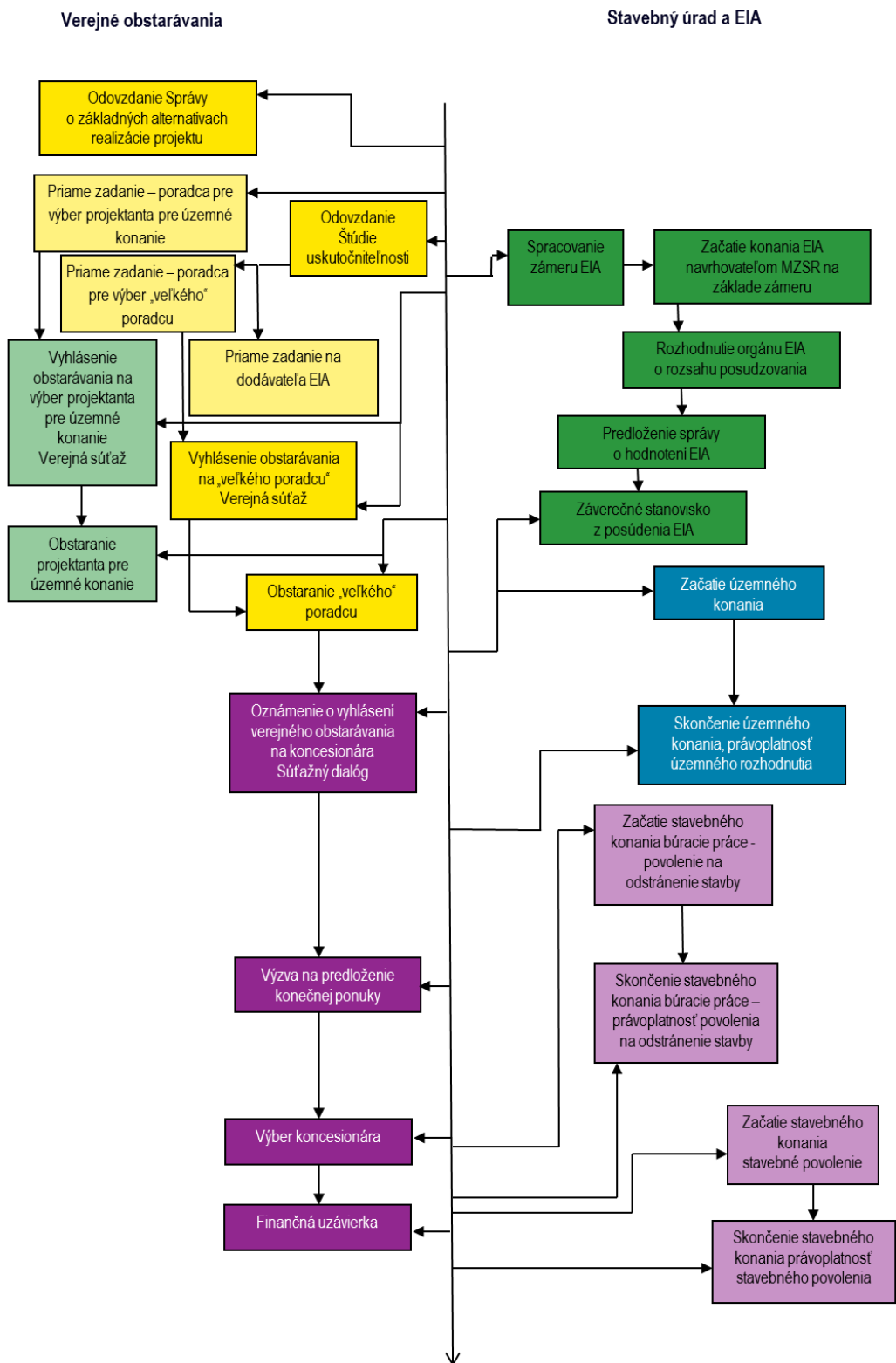
Zdroj: RC CMS analýza



IPPP

IPPP

Zdroj: RC CMS analýza



Súťažný dialóg a úkony MZSR

FÁZA		TRVANIE	ÚKONY MZSR
Vypracovanie súťažných podkladov na poradcu pre verejné obstaranie Projektu		2 - 3 mesiace	Vytvorenie vzťahu s NSM za účelom realizácie úkonov územného a stavebného konania Začatie konania EIA
Verejné obstarávanie poradcu pre verejné obstaranie Projektu		3 - 4 mesiace	Konanie EIA
Verejné obstarávanie Projektu	Prípravná fáza - spracovanie podkladov pre verejné obstarávanie - zverejnenie oznámenia o vyhlásení verejného obstarávania	3 - 5 mesiacov	Skončenie konania EIA Začatie územného konania
	Kvalifikačná fáza - vysvetľovanie podmienok účasti - vyhodnotenie splnenia podmienok účasti	3 - 4 mesiace	Skončenie územného konania
	Fáza dialógu - zaslanie výzvy na účasť na dialógu - vysvetľovanie informatívneho dokumentu - vyhotovovanie a predkladanie riešení - prezentácia riešení uchádzačmi a ich vyhodnocovanie verejným obstarávateľom - zníženie počtu riešení a ďalšie etapy dialógu (fakultatívne) - vyhotovenie záverečného informatívneho dokumentu – súťažných podkladov	5 - 10 mesiacov	Identifikácia optimálnych spôsobov transformačného procesu: - Detailný plán prechodu kapacít z UNB do nUNB - Plán redevelopmentu
	Fáza súťaže ponúk - zaslanie výzvy na predloženie konečnej ponuky - vysvetľovanie a vyhodnocovanie ponúk	2 - 3 mesiace	Výber preferovaných volieb realizácie transformačného procesu: - Detailný plán prechodu kapacít z UNB do nUNB - Plán redevelopmentu Dojednanie vzájomných práv a povinností MZSR a nUNB pre transformačný proces ako odkladacích podmienok zmluvy, alebo zmluvných povinností MZSR: - Prevod pozemku na MZSR - Prijatie rozhodnutia o ukončení činnosti

Súťažný dialóg a úkony MZSR

		niektorých častí UNB
Uzatvorenie koncesnej zmluvy	V lehote viazanosti ponúk	Finalizácia dojednania a prijatie záväzkov MZSR pre transformačný proces: • Prevod pozemku na MZSR • Prijatie rozhodnutia o ukončení činnosti niektorých častí UNB Začatie stavebného konania na búracie práce
Finančné uzatvorenie	3 – 6 mesiacov	Plnenie odkladacích podmienok, resp. povinností z koncesnej zmluvy: • Prevod pozemku na MZSR • Prijatie rozhodnutia o ukončení činnosti niektorých častí UNB Začatie stavebného konania pre výstavbu nUNB Skončenie stavebného konania na búracie práce
Výstavba UNB	Nie je predmetom právneho posúdenia	Vydanie stavebného povolenia. Realizácia prípravných opatrení Detailného plánu prechodu kapacít z UNB do nUNB a Plánu redevelopmentu Príprava úkonov nakladania s majetkom v správe UNB
Spustenie prevádzky		Ukončenie prevádzky častí UNB Realizácia opatrení transformačného procesu viazaných na Spustenie prevádzky nUNB Realizácia úkonov nakladania s prebytočným majetkom UNB

Návrhy realistických právnych štruktúr a nástrojov umožňujúcich realizáciu preferovaného modelu

Návrhy realistických právnych štruktúr a nástrojov umožňujúcich realizáciu preferovaného modelu vrátane ich zdôvodnenia, berúc do úvahy analyzovanú právnu problematiku

ZPPP

Verejno-súkromné partnerstvo zmluvného typu sa vytvára v procese verejného obstarávania (viď samostatnú kapitolu). Pre úspešnú implementáciu Projektu je kľúčové rozdelenie rizík medzi súkromného partnera a verejného partnera spôsobom, ktorý bude zodpovedať potrebám bankovateľnosti, finančným možnostiam verejného partnera a bude poskytovať dostatočné nástroje kontroly verejného partnera, zároveň však bude motivujúci z pohľadu generovania príjmov pre súkromného partnera a atraktívny z pohľadu financovania pre investorov.

Základom verejného obstarávania koncesionára musí byť dôsledná príprava súťažiteľného projektu. Táto správa môže slúžiť ako podklad na prípravu takého projektu. Štúdia uskutočniteľnosti uvádza určité parametre, ktoré je nevyhnutné adresovať, aby bol Projekt vôbec uskutočniteľný, v rámci projektovej prípravy však bude nevyhnutné iteráciami s MZ SR dopracovať parametre Projektu do takej fázy, aby mohli uchádzači vo verejnom obstarávaní predkladať svoje návrhy riešení oproti jednoznačnému zadaniu zo strany MZ SR. To nič nemení na skutočnosti, že proces verejného obstarávania bude potrebné v čo najväčšej miere využiť na hľadanie optimálneho riešenia Projektu po všetkých stránkach (prevzatie personálu, existujúcich aktív, návrh, výstavba, prevádzka a pod.)

Základným nástrojom implementácie ZPPP alternatívy je koncesná zmluva. Koncesná zmluva upraví vzájomné práva a povinnosti verejného a súkromného partnera v rôznych fázach a oblastiach Projektu, ako sú návrh, financovanie, výstavba, rekonštrukcia, prevádzka, osobitné služby alebo údržba. Koncesná zmluva je mimoriadne komplexným právnym úkonom, ktorý „nastavuje pravidlá“ spolupráce partnerov na celú dobu implementácie Projektu. Koncesná zmluva a tým aj finálne riešenie, ktoré bude scenárom implementácie projektu sa bude kreovať v procese verejného obstarávania. Pri tak zložitom projekte ako je Projekt nUNB nie je v tomto štádiu možné odhadnúť a predvídať všetky právne otázky, ktoré môžu ohroziť, sťažiť alebo predraziť uskutočniteľnosť Projektu. Preto je mimoriadne dôležité, aby tento proces v plnom rozsahu využil možnosti získania spätnej väzby od uchádzačov, ktorí budú v spoločnom dialógu na základe vlastných návrhov zohľadňujúcich potreby financujúcich inštitúcií a očakávania investorov kreovať spolu so zadávateľom Projektu optimálne riešenie, ktoré najlepšie uspokojí požiadavky MZ SR. V tomto procese sa vykryštalizujú možnosti a realistické varianty prípadného prevzatia časti existujúcich aktív, práv a záväzkov do novej entity, plán presunu potrebného personálu a forma/obsah zmlúv s existujúcimi účastníkmi sektora zdravotnej starostlivosti, ktoré budú potrebné pre prevádzku nUNB.

Vytvorenie vzťahu medzi štátom a koncesionárom v procese verejného obstarávania ďalej umožňuje využitie nástrojov Zákona o správe majetku štátu¹⁶³ a získanie práva koncesionára užívať aj taký majetok štátu, ktorý nie je prebytočný.

Uzavretá koncesná zmluva štandardne poskytuje verejnému partnerovi nástroje na kontrolu plnenia povinností súkromného partnera a ich efektívne vymáhanie. Základným nástrojom pri preferenciách MZ SR ohľadne typu Projektu a zohľadnení očakávaných požiadaviek na bankovateľnosti Projektu je platba za dostupnosť, ktorej výška sa môže meniť v závislosti od plnenia, resp. neplnenia nastavených zmluvných štandardov, resp. skutočného dopytu po službách nUNB (napríklad vo forme vyrovnávacej platby, ktorá bude zabezpečovať výkyvy v dopyte tak, aby zabezpečila pokrytie záväzkov voči veriteľom a primeraných očakávaní na návratnosť investície equity investorov).

Koncesionárom je pri alternatíve ZPPP obchodná spoločnosť bez kapitálovej a štandardne aj bez personálnej účasti verejného partnera. V nemocničnom type PPP projektu však z dôvodu komplexnosti Projektu a významom jeho dopadu musí existovať orgán, ktorý bude môcť objektívne posúdiť plnenie záväzkov koncesionára. Takýto orgán môže vzniknúť mimo štruktúry koncesionára, no do úvahy prichádza napríklad aj členstvo nominanta verejného partnera v dozornej rade koncesionára. Priechodnosť takéhoto variantu bude tiež testovaná v rámci kreovania návrhu riešenia počas verejného obstarávania.

Na základe medzinárodných skúseností z implementácie nemocničných PPP projektov predpokladáme, že koncesná zmluva bude vyžadovať revíziu, najmä v priebehu počiatočných fáz prevádzky nUNB. Rozdielne priority verejného a súkromného partnera budú mať za následok vznik situácií, ktoré nie je možné riešiť dohodou. Koncesná zmluva preto musí obsahovať mechanizmy využiteľné na riešenie rozporov počas celej doby jej trvania, čo je potrebné zohľadniť pri jej nastavení.

Vo vzťahu k variantu ZPPP ďalej predpokladáme, že koncesionár bude obchodnou spoločnosťou s pravdepodobnou majetkovou účasťou investora, stavebnej firmy a prevádzkovateľa zdravotníckeho zariadenia.

¹⁶³§ 13c ods. 1 Zákona o správe majetku štátu

Návrhy realistických právnych štruktúr a nástrojov umožňujúcich realizáciu preferovaného modelu

Vzhľadom na vyššie uvedené je žiaduce, aby MZ SR malo počas ďalšej prípravy a implementácie Projektu silnú podporu skúseného poradenského tímu. Proces verejného obstarávania koncesionára nezahŕňa len procesné povinnosti súvisiace s formálnou úpravou Zákona o verejnom obstarávaní, ide o komplexný proces, ktorý v sebe bude predovšetkým zahŕňať prípravu súťažiteľného projektu, negociáciu návrhov riešení, silnú oponentúru snáh uchádzača o implementáciu riešení vhodných predovšetkým pre súkromného partnera, podporu pri implementácii opatrení potrebných na zabezpečenie uskutočniteľnosti, atraktívnosti a bankovateľnosti Projektu a mnohé ďalšie úkony potrebné pre implementáciu Projektu. Je tiež vhodné, aby zadávateľ angažoval silný poradenský tím aj po výbere súkromného partnera, teda pri samotnej implementácii Projektu. Výberu poradcu samozrejme musí predchádzať transparentný proces verejného obstarávania.

IPPP

Vo vzťahu k IPPP platí v zásade primerane všetko to, čo bolo uvedené vyššie pri ZPPP variante. Z hľadiska právnych štruktúr a nástrojov je možné považovať alternatívu IPPP za nadstavbu ZPPP. Nad rámec nástrojov a štruktúr ZPPP dochádza k užšiemu prepojeniu verejného a súkromného partnera v korporátnej štruktúre SPV, čo má za následok zvýšenie miery kontroly verejného partnera a prístup k všetkým informáciám o činnosti súkromného partnera. Toto môže mať pozitívny vplyv na vnímanie Projektu odbornou aj laickou verejnosťou a uvoľnenie tenzií vyvolaných významným vstupom súkromného prvku do poskytovania zdravotnej starostlivosti v regióne Bratislavy. V neposlednom rade môže tento moment motivovať štát, aby zo svojej pozície efektívne podporoval realizáciu Projektu a napomáhal konštruktívnej spolupráci jednotlivých účastníkov sektora zdravotnej starostlivosti potrebnej pre úspešnú implementáciu Projektu.

Realisticky nie je možné očakávať, že súkromný partner a financujúce inštitúcie budú naklonení významnej miere účasti štátu, obzvlášť vo vzťahu k manažmentu a rozhodovacím procesom v SPV. To napokon zodpovedá aj povahe Projektu, ktorá zodpovedá významnému prenosu prevádzkového rizika na koncesionára, ktorý musí byť dostatočne flexibilný na to, aby mohol takéto riziko riadiť. Významná participácia verejného partnera zároveň môže znamenať pozicionovanie SPV do zákonnej pozície verejného obstarávateľa, čo nie je zrejme žiaduce z dôvodov efektivity riadenia spoločnosti. Verejný partner bude preto pravdepodobne len menšinovým akcionárom/spoločníkom SPV s personálnym zastúpením v predstavenstve a dozornej rade a nebude mať možnosť priamo ovplyvňovať riadenie koncesionára. Toto obmedzenie je napokon podstatné aj pre účely započítania/nezapočítavania nákladov Projektu do verejného dlhu SR.

Ako už bolo uvedené viackrát v tejto správe, spoločná majetková účasť verejného a súkromného partnera v SPV môže vzniknúť buď spoločným založením obchodnej spoločnosti SPV, alternatívne založením SPV verejným partnerom a následným nadobudnutím majetkovej účasti v SPV súkromným partnerom. Realisticky je možné očakávať kreovanie definitívnej štruktúry počas verejného obstarávania, ktorého súčasťou môže byť aj návrh vytvorenia SPV a korporátnych dokumentov, ktoré sa budú vzájomnou iteráciou počas verejného obstarávania kreovať do podoby optimálnej pre oboch partnerov Projektu.

JV

Štát je v zmysle zákonných definícií Obchodného zákonníka považovaný za subjekt obchodnoprávných vzťahov. Je preto oprávnený založiť obchodnú spoločnosť. JV by v takom prípade bola obchodnou spoločnosťou, v ktorej žiaden z partnerov nemá kontrolu, t.j. na prijatie rozhodnutí JV je potrebný súhlas oboch partnerov. Toto je dôležité z hľadiska možnosti využitia flexibilnejších metód transparentného výberu súkromného partnera. Aby ich bolo možné použiť, SPV by musela byť čisto komerčným subjektom alebo by štát v JV nesmel vykonávať priamu ani nepriamu kontrolu, mať prevahu v riadiacich alebo dozorných orgánoch alebo väčšinovo financovať predmetný subjekt. Spolu s absenciou koncesnej zmluvy, ktorá predstavuje základný nástroj na reguláciu a parametrizáciu Projektu by tak bol dosah štátu na činnosť a rozhodovanie JV minimálny, čo je potrebné zohľadniť vo vzťahu k strategickým cieľom Projektu.

Aj v prípade JV by mala účasť súkromného partnera podliehať transparentnému výberu partnera v rámci obchodnej verejnej súťaže regulovanej ustanoveniami Obchodného zákonníka alebo inej formy obstarávania, ktorá by však vždy musela spĺňať parametre transparentnosti a nediskriminácie.

Špecifický variant

Oproti ostatným modelom je Špecifický variant v praxi najbližšie štruktúre, v ktorej pôsobí UNB dnes. Preto by realisticky jeho implementácia mala byť najjednoduchšia.

Návrhy realistických právnych štruktúr a nástrojov umožňujúcich realizáciu preferovaného modelu

V rámci Špecifického variantu by štát prostredníctvom MZ SR vytvoril obchodnú spoločnosť, v ktorej bude mať výlučnú kontrolu a výlučnú účasť. Následne zadá štát tejto obchodnej spoločnosti zákazku vo forme tzv. „in-house“ zákazky, ktorá sa môže počas jej trvania meniť bez väčších obmedzení. Predmetom zákazky bude vybudovanie a prevádzkovanie novej nemocnice v Bratislave.

Nemalou výhodou tohto riešenia je, že štát môže relatívne voľne nakladať so svojim majetkom, aktívami, záväzkami a personálnom a umožniť užívanie, resp. vložiť do základného imania obchodnej spoločnosti nehnuteľnosť – pozemky a stavby bližšie špecifikované v časti Posúdenie právnych dôsledkov realizácie Projektu z perspektívy stavebných právnych predpisov¹⁶⁴ ako aj iný substrát, ktorý je momentálne kontrolovaný UNB.

Sériou verejných zákaziek zabezpečí obchodná spoločnosť návrh, výstavbu, prevádzku a údržbu novej nemocnice¹⁶⁵. Prostriedky na financovanie môže obchodná spoločnosť získať od investičných bánk, prípadne od štruktúr okolo Slovenského investičného holdingu¹⁶⁶. Slovenský investičný holding po etablovaní sa na trhu môže zohrať významnú úlohu vo vzťahu k alokácii prostriedkov zo Štrukturálnych fondov EÚ ako aj súkromného kapitálu s využitím tzv. „pákového efektu“. K dnešnému dňu sa však tieto štruktúry len rozvíjajú a nie je možné realisticky zadefinovať presnú úlohu, či mieru participácie Slovenského investičného holdingu na financovaní Projektu.

SPV následne po získaní kolaudačného rozhodnutia k priestorom nUNB získa povolenie na poskytovanie zdravotnej starostlivosti. SPV v koordinácii s UNB uzatvorí pracovné zmluvy s medicínskym a technickým personálom. Ako už bolo uvedené vyššie, vzhľadom na udelenie „in house“ koncesie SPV, resp. na existenciu vzťahu koncesionár – štát prichádza do úvahy využitie mechanizmu prechodu zamestnancov z UNB na nUNB ako pri ZPPP a IPPP alternatívach¹⁶⁷.

Know-how súkromnej sféry získa SPV na základe manažérskej zmluvy v transparentnom výberovom procese.¹⁶⁸

Ako je zrejmé, Špecifický variant je najpriateľnejším modelom z hľadiska kontrolných a regulačných mechanizmov štátu vo vzťahu k poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti. Štát si v tomto prípade môže ponechať úplnú réžiu nad procesom utlmenia a skončenia poskytovania zdravotnej starostlivosti v dotknutých nemocniciach UNB. Na druhej strane aj riziko neúspechu Projektu znáša v plnej miere štát. Záujem súkromného partnera na návratnosti investície a s tým súvisiaca optimalizácia procesov a maximalizácia efektivity nebude v prípade Špecifického variantu prítomná. Proces obstarávania jednotlivých zákaziek generujúci rôznych dodávateľov rôznych služieb zároveň nezabezpečí plnohodnotnú synergiu medzi návrhom, výstavbou a prevádzkou nUNB.

¹⁶⁴Vloženie nehnuteľností do základného imania sa javí komplikovanejšie z dôvodu, že v priebehu realizácie projektu dôjde k zmene hodnoty týchto nehnuteľností, čo by malo vplyv na výšku základného imania.

¹⁶⁵Bližšia špecifikácia procesov verejného obstarávania je obsiahnutá v časti Analýza aplikovateľných metód verejného obstarávania.

¹⁶⁶Slovenský investičný holding k dnešnému dňu nie je vytvorený a nemá jasnú štruktúru. Môžeme však konštatovať, že obdobné „fondy fondov“ úspešne pôsobia v Poľsku a Maďarsku.

¹⁶⁷Bližšia špecifikácia mechanizmov prechodu zamestnancov je obsiahnutá v časti Posúdenie právnych dopadov ukončenia činnosti jestvujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

¹⁶⁸Špecifikácia výberových procesov je obsiahnutá v časti Analýza aplikovateľných metód verejného obstarávania nemocničného PPP projektu.

Prílohy technickej analýzy

1. Fáza 1: Hodnotenie variantov a odôvodnenie skóre
2. Fáza 2: Hodnotenie variantov a odôvodnenie skóre
3. Fáza 3: Hodnotenie variantov a odôvodnenie skóre
4. Detailné predpoklady výkonov Petržalky
5. Abstraktný funkčný model - detailná charakteristika
6. Produktivita, výkonnosť a zdravotnícka infraštruktúra - prechod k integrovanejšiemu a prepojenému modelu

Fáza 1: Hodnotenie variantov a odôvodnenie skóre

Hodnotenie variantov - Fáza 1

Číslo ocenenia	Katégoria ocenenia	Váhový faktor	Skóre Variant 1	Vážené skóre Variant 1	Skóre Variant 2	Vážené skóre Variant 2	Skóre Variant 3	Vážené skóre Variant 3	Zdôvodnenie váhového faktora	Zdôvodnenie skóre
A.	Návrh a rozsah		6	26	7	30	12	56		
A.1	Centrálny koordinačný bod v sieťovom regionálnom modeli poskytovania zdravotníckych služieb	8	2	16	2	16	4	32	Hlavný cieľ strategickej politiky MZ. Rozvoj nemocnice je vídený ako katalyzátor tohto procesu	Variant 1: Pokračovanie súčasného organizačného stavu. Aktuálne neefektivity a problémy s kvalitou neponechávajú priestor pre priame možnosti zmeny úloh. Status quo vysiela signál "žiadna zmena". Variant 2: Rekonštrukcia, pokračuje organizačný stav a len obmedzené možnosti zlepšenia efektívnosti a kvality. Rekonštrukcia existujúcich priestorov vysiela správu "žiadna zmena". Variant 3: Novostavba nemocnice ponúka prirodzenú príležitosť prehodnotiť organizáciu služieb a premiestniť časti portfólia. Veľký nový stavebný projekt vysiela ikonickú hodnotu "zmena" v odbornej aj verejnej sfére.
A.2	Poskytovať rozsah terciárnych služieb, vrátane niektorých na Slovenskej národnej úrovni	4	1	4	2	8	4	16	Poskytovanie terciárnych služieb je hlavnou funkciou univerzitnej nemocnice. Avšak objem terciárnej starostlivosti je malý v porovnaní s celkovým objemom starostlivosti	Variant 1: Kvalita infraštruktúry a zariadení je nedostatočná na poskytovanie terciárnej starostlivosti na medzinárodne prijateľnej úrovni. Organizačné neefektívnosti odvádzajú pozornosť od poskytovania špičkových služieb. Variant 2: Rieši kvalitu infraštruktúry, ale len v obmedzenej miere, obmedzenia v nemenných charakteristikách súčasnej infraštruktúry (napr. výška stropov, stavebné hĺbky, nosné typológie) obmedzujú úroveň kvality, ktorú je možné dosiahnuť. Pokračovanie pri súčasnom profile budov a ich rozmeroch len čiastočne rieši organizačné nedostatky. Variant 3: Scenár s novou budovou ponúka možnosť poskytovať najmodernejšie zariadenia a je katalyzátorom pre organizačné reformy.
A.3	Poskytnúť rozsiahly sortiment sekundárnej starostlivosti, zahŕňajúci hospitalizačné, ambulantné a diagnostické zdravotnícke služby	2	3	6	3	6	4	8	Je možné, aby sa časti poskytovania sekundárnej starostlivosti vyňali z portfólia UNB, buď ich prevedením na iné nemocnice, alebo decentralizáciou starostlivosti do iných sektorov (primárna starostlivosť, dlhodobá starostlivosť). Treba si všimnúť, že kritérium H.1 musí byť splnené	Varianty 1 a 2: Tieto služby sú ponúkané aj v súčasnosti, ale prevádzkové straty, ktoré sa nedajú v týchto scenároch riešiť (kvôli žiadnym alebo obmedzeným zvýšeniam efektivity), budú vyvíjať tlak na udržateľnosť poskytovania komplexných služieb v požadovaných objemoch v oblasti verejnej zdravotnej starostlivosti. Variant 3: Žiadne konkrétne problémy pri splnení tohto kritéria. Nevyhovuje úplne, pretože zostatkové prevádzkové straty môžu vyvinúť určitý tlak na poskytovanie služieb vo verejnom vlastníctve a/alebo systém úhrad môže odradiť vedenie nemocnice od ponúkajú určitých druhov starostlivosti.
A.4	Ponúknuť udržateľný a na daný účel	8	2	16	2	16	4	32	Hlavný cieľ prestavby nemocnice	Varianty 1 a 2: Doterajšie výskumy od klienta už ukázali,

Fáza 1: Hodnotenie variantov a odôvodnenie skóre

vhodný model pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti									že súčasná konfigurácia služieb zdravotnej starostlivosti poskytovaných UNB nie je v súlade s udržateľným efektívnym poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Variant 3: Ponúka možnosť lepšieho a priamejšieho dlhodobého smerovania ako variant 3. Napriek tomu bude nová nemocnica potrebovať opatrné motivovanie a efektívne riadenie tvorcami politiky a zmluvnými partnermi: rozhodnutia o dlhodobej udržateľnosti môžu byť v rozpore s krátkodobými cieľmi v oblasti účinnosti.	
B.	Zodpovednosť, riadenie a účasť		3	16	4	20	6	44		
B.1	Minimalizovať riziko financií verejného sektora	8	1	8	1	8	3	24	Aktuálne prevádzkové straty UNB a krehký stav slovenských národných rozpočtov z tohto robia absolútnu nutnosť	Variant 1: Súčasná prevádzka UNB predstavuje významný tlak na verejné zdroje. Variant 2: Zvýšenie efektivity z rekonštrukcie bude obmedzené a nerieši efektívnosť procesov, teda značný ročný tlak na verejné zdroje zostane zachovaný. Variant 3: Predstavuje významnú investičnú záťaž, ale ponúka tie najlepšie možnosti zvyšovania účinnosti a zavedenia opatrení znižovania nákladov prevádzky UNB.
B.2	Stratégia a operácie nemocnice v súlade s cieľmi národnej zdravotníckej politiky	4	2	8	3	12	5	20	Rozvoj nemocnice je katalyzátorom pre reformu systému zdravotnej starostlivosti. V dlhodobom horizonte však budú príležitosti pre splnenie cieľov politiky prostredníctvom zásahov v iných oblastiach zdravotníckeho systému	Variant 1: Krátkodobé problémy v prevádzke nemocnice nenechávajú priestor pre rozvoj efektívnej stratégie. Variant 2: Pokračovanie súčasnej konfigurácie s rekonštrukciou obmedzuje možnosti efektívnej rekonfigurácie služieb a reformy systémov. Variant 3: Nová nemocnica je najvhodnejšia pre ciele nemocnice a národnej politiky.
C.	Finančné hodnotenie		2	10	3	12	6	30		
C.1	Pokryť investičné a prevádzkové náklady z príjmov nemocnice, žiadna záťaž na verejné zdroje	8	1	8	1	8	3	24	Absolútna nutnosť minimalizovať súčasnú záťaž na verejné prostriedky spôsobenú prevádzkovými stratami UNB	Variant 1: Súčasná prevádzka UNB predstavuje významný tlak na verejné zdroje. Variant 2: Zvýšenie efektivity z rekonštrukcie bude obmedzené a nerieši efektívnosť procesov, teda značný ročný tlak na verejné zdroje zostane zachovaný. Variant 3: Riziko verejného sektora (vlády) pre kapitálové aj prevádzkové výdavky.
C.2	Fungovať na úrovni funkčnej a organizačnej efektivity prinajmenšom rovnaj aktuálnemu priemeru európskych univerzitných nemocníc	2	1	2	2	4	3	6	Všeobecný cieľ. V skutočnosti bude (a bude musieť byť) značná flexibilita pre stanovenie výkonových noriem šitých na mieru regionálnym / národným potrebám a preferenciám	Variant 1: Hodnotenie klienta je, že existujú veľké nedostatky v existujúcich operáciách UNB. Variant 2: Rekonštrukcia v súčasnej konfigurácii priniesie len obmedzené zvýšenie efektivity v organizácii, predovšetkým, v znižovaní do určitej miery, aktuálnej nadmernej kapacity klinických lôžok. Variant 3: Tento variant ponúka zďaleka najlepšie možnosti. Avšak súčasná efektívnosť a kvalita je na nízkej úrovni a aktuálna odbornosť je obmedzená, preto bude nevyhnutné starostlivé vyváženie zvýšenia efektivity v zdravotníckych službách a cieľov v oblasti politiky. Nie je žiadny dôvod predpokladať, že požadované úrovne

Fáza 1: Hodnotenie variantov a odôvodnenie skóre

									účinnosti nemožno dosiahnuť, môže to však trvať dlhšiu dobu ako očakávané otvorenie novej nemocnice.	
D.	Kvalita služieb	4								
D.1	Poskytovať kvalitu starostlivosti, ktorá spĺňa európske normy a referenčné priemery	4	1	4	2	8	3	12	Všeobecný cieľ. V skutočnosti bude (a bude musieť byť) značná flexibilita pre stanovenie výkonových noriem šitých na mieru regionálnym / národným potrebám a preferenciám. Taktiež: platné normy a nástroje, ktoré sa používajú v EÚ sú nevyhovujúce, pokiaľ ide o meranie výsledkov v oblasti zdravia. Avšak z pohľadu verejného záujmu je kvalita dôležitejšia ako efektívnosť	Variant 1: Súčasný stav priestorov predstavuje priame ohrozenie kvality starostlivosti. Variant 2: Rekonštrukcia ponúkne obmedzené zlepšenie infraštruktúry, ale neprinesie dostatočné prevádzkové zvýšenie efektivity, aby pomohlo uvoľniť organizačné úsilie o zlepšenie kvality postupov a starostlivosti o pacientov. Variant 3: Nová budova ponúkne možnosti na značné zlepšenia, ale očakávaný rozdiel, ktorý sa musí zmazať, aby boli dosiahnuté európske štandardy, je značný.
D.2	Spĺňať európske normy a referenčné priemery pre bezpečnosť pacientov a prevádzkovú bezpečnosť	4	1	4	2	8	3	12	Všeobecný cieľ. V skutočnosti bude (a bude musieť byť) značná flexibilita pre stanovenie výkonových noriem na mieru šitých regionálnym / národným potrebám a preferenciám. Taktiež: platné normy a nástroje ukazujú výrazné rozdiely, proces harmonizácie nie je príliš ďaleko. Avšak z pohľadu verejného záujmu je kvalita dôležitejšia ako efektívnosť	Variety 1, 2 a 3: viď argumenty v D.1.
D.3	Dosiahnuť skóre spokojnosti pacientov na úrovni európskeho priemeru alebo lepšie	2	2	4	2	4	4	8	Spokojnosť pacientov je výsledkom viacerých faktorov, v ktorých "tvrdé" kritériá hrajú iba obmedzenú úlohu, prednosť majú "emocionálne" a kultúrne závislé faktory	Variety 1 a 2: Spokojnosť pacientov bude negatívne ovplyvnená zlými zdravotnými výsledkami, zlou kvalitou infraštruktúry a vnímaním "status quo" v poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Variant 3 poskytne lepšie objektívne podmienky a vnímanie "prichádzajúcej zmeny".
E.	Regionálna ekonomika a komunita	9	60	9	54	9	48			
E.1	Poskytnúť základnú škálu potenciálnych obchodných aktivít	2	2	4	3	6	4	8	Okrem hlavných cieľov prestavby. Aj tieto aktivity malého rozsahu majú veľmi obmedzený vplyv na celkový peňažný tok pre nemocnicu	Variant 1: Technickí poradcovia rozumejú, že v súčasnosti existuje niekoľko komerčných zariadení v priestoroch UNB. Variant 2: Určitý priestor pre tieto funkcie môže byť vytvorený pomocou mierného zvýšenia efektivity vo využití podlahovej plochy, ale tieto obchodné priestory budú v existujúcich lokalitách. Variant 3: Novostavba ponúka oveľa lepšie možnosti na atraktívne priestory pre základné komerčné zariadenia.
E.2	Poskytnúť pracovné príležitosti pre zdravotnícky personál	8	4	32	3	24	2	16	UNB je jedným z najväčších zamestnávateľov v regióne Bratislava a pravdepodobne najväčším zamestnávateľom v slovenskom zdravotníctve	Variant 1: Úrovně zdravotníckeho personálu budú viac či menej na rovnakej úrovni. Variant 2: Obmedzené zvýšenie efektivity bude znamenať určité zníženie počtu zamestnancov vo vzťahu k produkcii. Variant 3: Značné organizačné zvýšenie efektivity

Fáza 1: Hodnotenie variantov a odôvodnenie skóre

									bude znamenať podstatné zníženie počtu pracovných miest vo vzťahu k produkcii	
E.3	Poskytnúť pracovné príležitosti pre podporu a služby	8	3	24	3	24	3	24	UNB je jedným z najväčších zamestnávateľov v regióne Bratislava. Šanca na pracovné príležitosti významne ovplyvní bratislavskú regionálnu ekonomiku	Varianty 1 a 2: Poskytovanie služieb s najväčšou pravdepodobnosťou aj naďalej na približne rovnakých úrovniach ako v súčasnosti. Variant 3: úroveň zamestnanosti v poskytovaní služieb pre nemocnicu znížená (dané účinnosťou), ale pravdepodobne vyrovnaná rozšírením určitých služieb pre iné inštitúcie v bratislavskom regióne
F.	Kvalita zamestnania		3	12	5	20	9	36		
F.1	Ponúknuť priestor dostatočnej veľkosti a kvality pre klinickú výučbu študentov, doktorandov a študentov medicíny	4	2	8	3	12	5	20	Predpokladom pre zachovanie kvality a množstva slovenských zdravotníkov. Ale: taktiež závisí od kvality lekárskej fakulty (mimo rámca štúdia), a nie primárne zameranie štúdie uskutočniteľnosti	Variant 1: Priestory sú všeobecne v zlom stave. Variant 2: Zlepšuje kvalitu súčasných zariadení pre klinickú výučbu. Variant 3: Novostavba ponúka možnosť vylepšiť klinické výučbové priestory na najmodernejšie (vrátane napr. skúšobných laboratórií, skutočných herných aplikácií atď.). V každom prípade však bude musieť byť dosiahnutá dostatočná návratnosť z investície, v peňažnom vyjadrení, kvalitatívnom vyjadrení, alebo v oboch
F.2	Ponúknuť atraktívne pracovné prostredie pre lekárov, zdravotnícky personál a podporný personál	4	1	4	2	8	4	16	Nevyhnutné pre správne plnenie terciárnych funkcií a pre prilákanie špičkových odborníkov	Variant 1: Dá sa povedať, že súčasné pracovné prostredie je úbohé a neatraktívne. Variant 2: Obmedzené zlepšenie, ale v medziach súčasnej konfigurácie a funkčných a technických obmedzení existujúcej infraštruktúry. Variant 3 predstavuje podstatné zlepšenie atraktívnosti pracovného prostredia
G.	Udržateľný rozvoj		1	4	2	8	4	16		
G.1	Dodržiavanie prepracovanej (2010) smernice o energetickej hospodárnosti budov ("EPBD")	4	1	4	2	8	4	16	Kľúčová záležitosť identifikovaná klientom. Avšak dosiahnutie cieľov v oblasti energetickej účinnosti je do značnej miery nezávislé od ostatných cieľov v oblasti účinnosti a kvality	Variant 1: Výkonnosť z hľadiska spotreby energie je veľmi zlá. Variant 2: Hlavné zlepšenie energetickej hospodárnosti je možné realizovať v projektoch rekonštrukcie, ale to rieši neefektívnosť pri využívaní podlahovej plochy a nepomôže priblížiť sa výkonovým normám EPBD. Tieto normy sú veľkou výzvou, ale v zásade dosiahnuteľnou vo Variante 3
H.	Riešenie nerovností v prístupe k zdravotnej starostlivosti		3	24	3	24	4	32		
H.1	Vyhovieť obmedzeniam týkajúcim sa blízkosti, sprístupnenia a dostupnosti vhodnej starostlivosti, ktoré sú rovnaké alebo lepšie ako v štátnych nemocniciach	8	3	24	3	24	4	32	Extrémne dôležité, aby bola zaistená zdravotná starostlivosť pre všetkých, a zabrániť "zberaniu čerešní" ako súčasť prestavby	Varianty 1 a 2 spĺňajú obmedzenia na blízkosť a dostupnosť starostlivosti, ale dostupnosť starostlivosti môže byť ohrozená kvôli pretrvávajúcim každoročným prevádzkovým stratám. Variant 3: ponúka možnosť maximalizovať reakciu na tieto obmedzenia vo verejnom sektore
I.	Prispôsobivosť		1	4	2	8	4	16		
I.1	Zabezpečiť dostatočnú pružnosť	4	1	4	2	8	4	16	Potrebné poskytnúť riešenie vhodné	Variant 1: Pružnosť je veľmi obmedzená a súčasná

Fáza 1: Hodnotenie variantov a odôvodnenie skóre

Životnosti tak, aby sa podarilo vyrovnať s kvantitatívnymi a kvalitatívnymi zmenami v dopyte a prevádzkových princípoch		pre daný účel. Avšak, a to najmä v otázkach flexibility, ktoré sa budú objavovať v dlhšom časovom horizonte, budú možnosti prispôsobenia v ďalších oblastiach systému starostlivosti o zdravie						kvalita budov je zlá. Variant 2: Zlepšuje kvalitu, ale ponecháva obmedzenia súčasného neefektívneho usporiadania a funkčných a technických obmedzení súčasnej budovy. Variant 3: Nová budova na novom mieste. Požiadavky na flexibilitu a prispôsobivosť sa môžu zapracovať do dizajnu.	
J.	Pridaná hodnota	4	16	4	16	8	32		
J.1	Služiť ako centrum excelentnosti pre región	4	2	8	2	8	4	16	Dôležité pre postavenie nemocnice ako terciárnej nemocnice a centra excelentnosti. Avšak relatívne malé percento z celkového obratu, takže viac obmedzený vplyv na finančnú realizovateľnosť Varianty 1 a 2: Súčasný priestor aj po renovácii nie sú dostatočne atraktívne a neposkytujú dostatok funkčných možností, ako prilákať lekárske špecialistov najvyššej úrovne a špičkových študentov potrebných pre vytvorenie centra excelentnosti. Variant 3: Projekt novej budovy umožňuje začlenenie týchto požiadaviek do špecifikácií dizajnu.
J.2	Ponúkať možnosti pre verejný sektor a komerčný výskum a vývoj	4	2	8	2	8	4	16	Poskytla by podporu pre bratislavský región a slovenskú špičkovú ekonomickú aktivitu. Ale: voliteľný prvok R&D nie je zahrnutý do štúdie uskutočniteľnosti Varianty 1 a 2: Súčasný priestor aj po renovácii nie sú dostatočne atraktívne a neposkytujú dostatok funkčných možností ako prilákať vedcov najvyššej úrovne. Variant 3: Projekt novej budovy umožňuje začlenenie týchto požiadaviek do špecifikácií dizajnu.
K.	Firemný vplyv na verejný sektor	8	24	7	20	4	10		
K.1	Minimalizovať nutnosť legislatívnych zmien	2	4	8	4	8	3	6	Vzhľadom k zlému stavu súčasných budov a značným každoročným stratám existuje značný časový tlak na prestavbu nemocnice. Potrebné zmeny v právnych predpisoch predstavujú potenciálne oneskorenie načasovania a uskutočniteľnosti, zároveň sú ťažko kontrolovateľné Varianty 1 a 2: V podstate predstavujú pokračovanie súčasného modelu poskytovania zdravotníckych služieb a nebudú vyžadovať žiadne veľké legislatívne úsilie. Variant 3: Môžu nastať problémy so stavebným povolením. Rekonfigurácia služieb si môže taktiež vyžadovať legislatívne zmeny.
K.2	Minimalizovať organizačné zmeny potrebné pre realizáciu projektu	4	4	16	3	12	1	4	Navrhovaná zmena role nemocnice v kombinácii s prestavbou predstavuje veľkú výzvu v zmene riadenia Variant 1: Nepredpokladá žiadne významné organizačné zmeny. Variant 2: Predpokladá niektoré organizačné zmeny, predovšetkým v použití klinických oddelení. Variant 3: Vyžaduje si podstatné zmeny, ktoré budú výzvou pre maximálne adaptívne schopnosti organizácie UNB. Taktiež, vzhľadom na povahu a veľmi vysokú viditeľnosť projektu, zmeny budú vyžadovať veľmi zložité a politicky citlivé zmeny procesu riadenia
Celkové skóre		46	224	54	248	80	384		

Zdroj: TNO

Fáza 2: Hodnotenie variantov a odôvodnenie skóre

Varianty nahradenia nemocníc

Číslo ocenenia	Katégoria ocenenia	Váhový faktor	Skóre Variant 1	Vážené skóre Variant 1	Skóre Variant 2	Vážené skóre Variant 2	Skóre Variant 3	Vážené skóre Variant 3	Zdôvodnenie váhového faktora	Zdôvodnenie skóre
L.	Poskytovanie zdravotnej starostlivosti		10	68	17	120	11	76		
L.1	Dôsledky pre prístupnosť a dostupnosť akútnej (pohotovost') starostlivosti a starostlivosti o chronicky chorých	8	2	16	4	32	3	24	Zabezpečenie včasnej a adekvátnej reakcie na potreby neodkladnej zdravotnej starostlivosti je hlavnou požiadavkou každého modelu poskytovania akútnej zdravotnej starostlivosti. Jedná sa o legitímne obavy s ohľadom na hlavnú rekonfiguráciu služieb v regiónoch Bratislavy a okolia, ktoré sú zapojené vo väčšine analyzovaných variantov. Starostlivosť o chronicky chorých predstavuje záťaž pre pacientov, ktorí musia navštevovať nemocnicu pravidelne a pomerne často. Starostlivosť o chronicky chorých je poskytovaná najmä sociálne slabším občanom, ktorí majú väčšinou obmedzené možnosti cestovania a akčný rádius	Variant 1: Výmena všetkých štyroch nemocníc znamená koncentráciu poskytovania nemocničnej starostlivosti na jednom mieste. Pre populáciu západnej Bratislavy to znamená podstatné zhoršenie dostupnosti neodkladnej starostlivosti a starostlivosti o chronicky chorých. Podrobná analýza v ďalšej fáze projektu bude musieť ukázať, či sú normy týkajúce sa maximálnej doby cestovania za neodkladnou starostlivosťou ohrozené. Náprava vzniknutých problémov bude musieť byť riešená mimo pôsobnosti koncesie novej UNB a bude predstavovať ďalšiu záťaž pre verejný sektor. Variant 2 rieši túto prekážku tým, že ponecháva funkčnú nemocnicu v Petržalke v západnej časti Bratislavy. Vzhľadom k primeranej koordinácii medzi nemocnicami, model s Petržalkou so základnou pohotovostnou službou a rozsiahlym poskytovaním starostlivosti o chronicky chorých spojený s novou UNB, v ktorej bude sústredená komplexná pohotovostná služba (vrátane traumatológie) a vysoko komplexná starostlivosť o chronicky chorých, ponúka efektívny model pre poskytovanie regionálnej koordinovanej starostlivosti. Variant 3 taktiež zachováva Petržalku, ale dosahuje nižšie skóre ako variant 2, pretože uvažuje aj s pokračovaním prevádzky nekvalitnej budovy v Ružinove pre komplexné funkcie. Ak sa pohotovostná služba ponechá aj v Ružinove, veľmi pravdepodobne dôjde k nadbýtkom a neefektívnosti medzi Ružinovom a novou UNB.
L.2	Dôsledky pre prístupnosť a dostupnosť plánovanej starostlivosti	4	3	12	4	16	3	12	Výskum ukázal, že pacienti sú vo všeobecnej ochotní kvôli poskytovaniu plánovanej starostlivosti cestovať ďalej, ak existujú dostatočné kompromisy, pokiaľ ide o kvalitu, zameranie na pacienta, čakacie doby a podobne. Avšak rastúce percento populácie pacientov pre plánovanú starostlivosť tvoria ohrození, často starší pacienti, pre ktorých je cestovanie do nemocnice záťažou	Variant 2 dosahuje pri tomto kritériu najlepšie skóre. Kombinácia dostupnosti nemocníc v západnej a východnej časti spádovej oblasti + model s jednou menšou a jednou oveľa väčšou nemocnicou ponúka prirodzenú platformu pre špecifické profily poskytovania plánovanej starostlivosti v každej nemocnici. Varianty 1 a 3 sú na tom rovnako. Absencia nemocnice v západnej Bratislave, v rámci Variantu 1, je vyvážená potrebou naďalej využívať (funkčne) nekvalitnú nemocnicu v Ružinove a problémom, ako definovať efektívne portfólio plánovanej starostlivosti pre každú nemocnicu vo Variante 3.

Fáza 2: Hodnotenie variantov a odôvodnenie skóre

L.3	Dostupnosť rezervnej kapacity v prípade nedostatočného zlepšenia efektivity	8	2	16	4	32	3	24	Pri dimenzovaní novej UNB sa predpokladalo s výrazným zvýšením efektivity využitia produkčných kapacít a personálnej efektivity. Rôzne vonkajšie faktory (alebo len čiastočne vnútorné) mimo kontroly budúceho prevádzkovateľa novej UNB predstavujú riziká pre dosiahnutie tohto zvýšenia efektívnosti v časovom rámci dostupnom pre plánované otvorenie novej UNB. Príklady sú: oneskorenie potrebných legislatívnych zmien, obavy o efekt na zamestnanosť, požiadavky na odbornú prípravu lekárov a pracovníkov. Adekvátne rezervná kapacita na vysporiadanie sa s týmito možnosťami, v prípade ak nastanú, je rozhodujúca pre zabezpečenie dostupnosti starostlivosti v regióne Bratislavy a okolia	Variant 1 dosiahol pri tomto kritériu slabé skóre. V tomto variante je značný tlak na dosahovanie cieľov efektívnosti v čase, pretože nedostatky znamenajú: straty príjmov z dôvodu zníženej produkčnej kapacity, alebo významné dodatočné investície do vybudovania ďalšej kapacity, alebo potreba využívania veľmi nekvalitnej záložnej kapacity v existujúcich nemocniciach, v ktorých medzitým nebudú v rámci tohto variantu vykonané žiadne investície, alebo využívanie dodatočnej kapacity v iných nemocniciach so značnými dodatočnými nákladmi a rizikom straty podielu na trhu. Variant 2 dosahuje najlepšie skóre. Rezervná kapacita bude k dispozícii v Petržalke, v závislosti od profilu vybraného pre danú nemocnicu. V závislosti od vybraného profilu pre Petržalku, riziko vyskytnutia sa nedostatkov môže byť zredukované, napr. presunom dlhodobých hospitalizácií do tejto nemocnice. Variant 3 tiež ponúka dostatok rezervnej kapacity, ale s modelom troch nemocníc, ktorý sa takmer nelíši od aktuálnej konfigurácie novej UNB, a s potrebou využívať funkčne zastaralú nemocnicu v Ružinove ako plnohodnotnú nemocnicu, riziko nedosiahnutia zvýšenia efektívnosti v prípade možných nedostatkov je významné.
L.4	Uľahčiť a podporiť prechod na regionálny model starostlivosti	8	3	24	5	40	2	16	Prechod na udržateľnejší, integrovaný regionálny model starostlivosti je kľúčovým politickým cieľom zahŕňajúcim prestavbu UNB. Tento proces bude trvať dlhšie ako samotná prestavba UNB, takže nová konfigurácia nemocnice bude hrať dôležitú úlohu pri uľahčení ďalšieho postupu reformy. Taktiež: dlhodobejšia prevádzka UNB bude vyžadovať pružnosť pri riešení kvalitatívnych a kvantitatívnych zmien v dopyte v dôsledku budúcej reformy	Variant 1 je úspešný pri vytváraní vysoko zložitých terciárnych nemocničných uzlov v rámci regionálnych modelov, tak ako model vyvinutý v Severnom Írsku. Avšak, kým sa rozsah koncesie nUNB nerozšíri na primárnu starostlivosť a dlhodobú starostlivosť, zavedenie ďalších uzlov v regionálnej sieti závisí od ostatných zúčastnených strán a predstavuje riziko ďalšej záťaže pre verejný sektor. Vo Variante 3 je otázne, či by bola nUNB bez Ružinova dostatočne veľká, aby fungovala ako terciárny nemocničný regionálny uzol. Variant tiež do značnej miery nadväzuje na súčasnú konfiguráciu (v podstate iba nahradenie nemocníc Kramáre a Staré Mesto jednou novou nemocnicou), vysielajúc signál "žiadna zmena", ktorý je v rozpore s cieľmi dlhodobej politiky. Variant 2 dosiahol najlepšie skóre: predstavuje model konfigurácie terciárnej nemocnice + všeobecnej nemocnice, a v závislosti od profilu vybraného pre Petržalku môže vzniknúť rezervná kapacita, ktorá môže byť využívaná inými poskytovateľmi
M.	Kvalita, efektívnosť a riziká	20	70	15	52	8	26			
M.1	Technická a štrukturálna kvalita a riziká	4	5	20	3	12	1	4	Akákoľvek prestavba UNB musí poskytnúť prostredie pre zdravotnú	Variant 1 ráta s úplným zrušením súčasných budov a ich nahradením novým nemocničným komplexom

Fáza 2: Hodnotenie variantov a odôvodnenie skóre

									starostlivosť, ktoré ponúka technicky vhodné a bezpečné podmienky pre pacientov, zamestnancov a návštevníkov. Pre novú budovu musí byť primeraná istota bezpečných podmienok na 25-50 rokov, s možnosťou rekonštrukcie o 15-20 rokov	postaveným podľa súčasných konštrukčných a technických noriem. Variant 2 ráta so zrušením najhorších nemocníc. Petržalka ešte nemá ani 20 rokov a malo by byť možné dostať ju pomocou investícií na prijateľnú technickú a konštrukčnú úroveň. Osobná prehliadka však ukázala, že bola vykonaná len minimálna údržba počas doby životnosti budovy, okrem toho výstavba trvala až 10 rokov, čím sa zvyšuje riziko nedostatkov, ktoré sa vyskytli v priebehu doby výstavby. Boli taktiež použité niektoré nekvalitné stavebné materiály (napr. okenné rámy). V nasledujúcej fáze projektu bude nevyhnutná úplná finančná previerka (due diligence), ktorá zistí technickú a konštrukčnú kvalitu stavby. Variant 3 okrem toho zachováva prevádzku nemocnice v Ružinove. Kvôli zisteniu konštrukčných a technických rizík by bola potrebná v nasledujúcej fáze projektu finančná previerka aj pre túto nemocnicu. Stavby v Ružinove boli vybudované v roku 1984, počas doby životnosti neboli vykonané žiadne väčšie investície a vykonávaná bola iba minimálna údržba. Vizuálna kontrola pri návšteve nemocnice ukázala použitie nekvalitných stavebných materiálov a niekoľko už existujúcich alebo potenciálnych veľkých konštrukčných / technických problémov. Obzvlášť: existujú veľké problémy s fasádou a existuje podozrenie na poškodenie nosných betónových konštrukcií na nižších úrovniach budovy.
M.2	Funkčná kvalita, efektívnosť a riziká	4	5	20	4	16	2	8	Akákoľvek prestavba UNB musí poskytnúť prostredie pre zdravotnú starostlivosť, ktoré ponúka dlhodobé podmienky umožňujúce efektívne využitie výrobných zariadení a poskytovanie starostlivosti podľa súčasných noriem	Variant 1 dosiahol najlepšie skóre. Jedná sa o úplne novú UNB, navrhnutú podľa súčasných štandardov a zohľadňujúcu preferencie prevádzkovateľa ohľadom priestorovej, logistickej a procesnej štruktúry. Variant 2 sa drží tohto princípu pri (zhruba) 75-80 % z celkového produkčného objemu, ale bude musieť počítať s obmedzením kvality a neefektívnou danou fyzickými rozmermi a hlavnými konštrukčnými princípmi súčasnej budovy v Petržalke. Presný rozsah týchto obmedzení závisí od funkčného profilu vybraného pre danú nemocnicu a bude musieť byť stanovený v nasledujúcej fáze projektu na základe úplného plánu prestavby pre Petržalku. Variant 3 navyše zachováva prevádzku Ružinova. Ak bude vybraný tento variant, budú musieť byť v nasledujúcej fáze v plnej miere stanovené obmedzenia kvality a efektívnosti na základe kompletného plánu prestavby. Avšak vykonaná osobná obhliadka a pôdorysy, ktoré sú k dispozícii pre súčasnú budovu, už indikujú rad nedostatkov, ktoré nemožno v prípade

Fáza 2: Hodnotenie variantov a odôvodnenie skóre

										rekonštrukcie ľahko napraviť. Patrí medzi ne priestorové usporiadanie pavilónového typu s malými zhukmi operačných sál a lôžka pre špeciálnu starostlivosť roztrúsené po celej budove; posteľová veža typu "Breitfuss", ktorá je dôvodom veľmi zlého pomeru hrubej a čistej podlahovej plochy; obmedzená vertikálna prepravná kapacita, ťažko napravitelná kvôli obmedzeniam spôsobeným rozmermi výťahových šacht; obmedzená výška stropov a veľmi nekvalitné laboratória v odľahlých budovách.
M.3	Personálna efektívnosť: primárne procesy	4	5	20	4	16	2	8	Hlavný očakávaný efekt znižujúci deficit, vyplývajúci z prestavby UNB, je eliminácia personálnej neefektívnosti, ktorá vznikla v dôsledku zlej kvality súčasného zdravotníckeho prostredia a značnej prezamestnanosti, kvôli udržaniu štyroch oddelených lokalít s viac či menej úplným akútnym nemocničným profilom. Náklady na zamestnancov sú hlavnou zložkou nákladov nemocníc. Profily pracovných miest a kompetencie zodpovedajúce úrovni úloh a ambície zdravotníkov sú taktiež dôležité pre prilákanie a udržanie si kvalitných zamestnancov. Vzhľadom k tomu, že primárne procesy súvisia s pacientmi, dosiahnutie požadovanej personálnej efektivity je priamym výsledkom úspešnej prestavby UNB.	Variant 1: Výmena štyroch existujúcich nemocníc UNB za jednu novú budovu ponúka optimálne možnosti, ako zvýšiť efektívnosť zamestnancov. Variant 2: Stále ponecháva otvorenú túto možnosť pre (približne) 75-80 % z produkčného objemu, ale môže byť nutné prispôbiť sa neefektívnosti vzhľadom k modelu dvoch nemocníc a funkčným obmedzeniam Petržalky. Stupeň neefektívnosti by sa líšil v závislosti od profilu vybraného pre Petržalku. Variant 3 je model troch nemocníc a bude sa musieť vysporiadať s podstatnými funkčnými obmedzeniami nemocnice v Ružinove, čo z neho robí zďaleka najhorší variant.
M.4	Personálna efektívnosť: podpora a služby	2	5	10	4	8	3	6	Prepúšťanie nadbytočných zamestnancov (za súčasných okolností nevyhnutné) a neefektívnosť v oblasti podpory a poskytovania služieb je ďalšou hlavnou stratégiou na zlepšenie nákladovej efektívnosti nUNB. Avšak, pretože tieto personálne funkcie nie sú priamo súvisiace s pacientmi, k dispozícii budú aj alternatívne možnosti ako zlepšiť efektívnosť (napr. outsourcing služieb, kamery miesto ochrany atď.), nezávisle od hlavného variantu zvoleného pri prestavbe nUNB	Centralizácia služieb, ako je pranie bielizne, poskytovanie stravovania a skladovanie môže byť do značnej miery implementovaná bez ohľadu na počet nemocníc, ktoré je potrebné obslúžiť. Variety 2 a 3 dosiahli menej bodov kvôli potrebnej dodatočnej preprave tovarov medzi jednotlivými nemocnicami. Hlavný rozdiel medzi variantmi je v počte zamestnancov vykonávajúcich podporné činnosti súvisiace s chodom nemocníc ako personál ochrany, recepcie, reštaurácie a podobne, ktorý je potrebný.
N.	Finančné hodnotenie		9	30	11	36	7	24		
N.1	Objem požadovaných počiatočných CapEx a veľkosť koncesie	4	3	12	3	12	2	8	Súčasná UNB má veľmi nízke kapitálové výdavky, kvôli takmer	Pri použití predpokladov uvedených v Správe o variantoch, najnižšie počiatočné CapEx v absolútnom

Fáza 2: Hodnotenie variantov a odôvodnenie skóre

									úplnej absencii investícií do infraštruktúry za posledných 20+ rokov. Prestavba UNB bude znamenať značné kapitálové výdavky, ktoré ovplyvnia celkové prevádzkové náklady. Logicky, čím väčšie budú kapitálové investície, tým vyššie budú kapitálové výdavky. Avšak úroveň kapitálových výdavkov je tiež ovplyvnená dobou odpisovania kapitálových investícií. Aj keď kapitálové výdavky majú značný vplyv na efektivitu a ziskovosť, <u>OpEx náklady sú tým hlavným faktorom</u> určujúcim efektivitu a ziskovosť v priebehu životnosti nUNB	vyjadrení sú vo variante 3 . Avšak čo sa týka hodnoty za peniaze, tento variant je najmenej atraktívny, pretože takmer polovica počiatočných CapEx ide na rekonštrukciu Petržalky a Ružinova. Varianty 1 a 2 vyžadujú takmer rovnaké počiatočné CapEx a ponúkajú podobnú hodnotu za peniaze, s väčšou prevádzkovou efektívnosťou vo Variante 1, ktorá je vyvážená nižšími kapacitnými rizikami vo Variante 2.
N.2	Požadovaná návratnosť investície pre súkromného investora (v prípade PPP variantu)	2	3	6	4	8	2	4	V prípade súkromného investora prevádzkujúceho novú UNB, alebo dokonca súkromného investora, ktorý preberie zodpovednosť za výstavbu, financovanie a údržbu novej UNB v nastavení typu FPI, zahrnie súkromný investor požadovaný výnos investície do kapitálových nákladov na krytie úverov, ziskovej marže a vnímaných rizík. Požadovaná návratnosť investície bude závisieť od celkového objemu kapitálových výdavkov, ako aj od vnímaných rizík spojených s týmito kapitálovými výdavkami. Avšak pre analýzu variantov je tento faktor menej dôležitý, keďže môžu byť využité aj iné stratégie na zníženie kapitálových nákladov a elimináciu rizík, nezávisle od zvoleného variantu pre náhradné miesto	Variant 2 je najlepšia voľba na základe tohto kritéria. Ponúka najnižšie kapacitné riziká a najlepšie možnosti pre kontinuálnu adaptáciu na ďalšie reformy, pričom ponechá maximálnu prevádzkovú efektivitu pre 75-80 % programu. Variant 3 dopadol najhoršie: zahŕňa rekonštrukciu a pokračovanie prevádzky nemocnice v Ružinove, ktorá (bude stanovené neskôr na základe finančnej preverky) nemusí byť vôbec dosiahnuteľná.
N.3	Zostávajúca záťaž pre verejný sektor	4	3	12	4	16	3	12	Aktuálne vytvára UNB vysoké ročné straty aj bez zarátania nákladov na údržbu, kapitálových nákladov alebo návratnosti investície. Ak budú Petržalka, alebo Petržalka a Ružinov, ponechané mimo rámca rozvoja novej UNB, tieto nemocnice budú musieť fungovať na nižšej úrovni efektivity s ohľadom na ich obmedzenia v oblasti technickej a funkčnej efektívnosti a prispôsobivosti. Dodatočné náklady, spojené s týmto nižším stupňom	V rámci Variantu 1 , zavedenie modelov nových typov zdravotníckych zariadení a poskytovania starostlivosti na dosiahnutie dlhodobých politických cieľov, nespadá do rozsahu operácií nUNB a bude predstavovať tlak na verejné zdroje. Variant 2 je v tomto ohľade lepší, pretože Petržalka (v závislosti od profilu) by mohla vytvoriť prirodzenú platformu pre implementáciu nových modelov poskytovania starostlivosti s aktívnym zapojením novej UNB. Variant 3 vyžaduje pokračovanie prevádzky troch nemocníc v modeli, ktorý je podobný súčasnému

Fáza 2: Hodnotenie variantov a odôvodnenie skóre

							efektivity, sa prenesú späť na verejný sektor, a to buď priamo, ak budú prevádzkované ako verejné nemocnice, alebo nepriamo prostredníctvom cien účtovaných súkromným dodávateľom	modelu a tiež zahŕňa zachovanie Ružinova pravdepodobne spolu s deficitmi prenesenými späť na verejný sektor, a to buď priamo alebo nepriamo.
Celkové skóre	39	168	43	208	26	126		

Zdroj: TNO

Fáza 3: Hodnotenie variantov a odôvodnenie skóre

Hodnotenie variantov Fáza 3 – Profily Petržalky

Varianty hodnotenia Petržalky			Variant 1 Súčasný profil		Variant 2 Revidovaný profil, Petržalka súčasťou organizácie Novej nemocnice		Variant 3 Revidovaný profil, Petržalka samostatným právnym subjektom		Zdôvodnenie váhového faktora	Zdôvodnenie skóre
Číslo oceneni a	Kategória ocenenia	Váhový faktor	Skóre Variant 1	Vážené skóre Variant 1	Skóre Variant 2	Vážené skóre Variant 2	Skóre Variant 3	Vážené skóre Variant 3		
O.	Zabezpečenie zdravotnej starostlivosti		10	68	15	104	15	104		
O.1	Spĺnenie politických cieľov: regionálna spolupráca a integrácia starostlivosti	8	2	16	3	24	4	32	Dlhodobým politickým cieľom pre Bratislavský región (a Slovensko) je zmena na integrovaný, regionálne koordinovaný model poskytovania zdravotnej starostlivosti. Prestavba UNB je strednodobá kľúčová iniciatíva podčiarkujúca túto zmenu. Jej organizačné princípy a priestorová organizácia musia byť v zhode s touto zmenou a musia ponúkať podporu a budovanie kapacít pre ďalšie reformy	Ponechanie plnoprofilovej akútnej nemocnice na rozdiel od koncesie (Variant 1) by nepodporilo spoluprácu medzi novou nemocnicou a Petržalkou, ale pravdepodobne by viedlo k modelu súperenia o podiel na trhu. Revidovaný profil Petržalky bez koncesie novej nemocnice vo Variante 2 funguje lepšie, ale nedosiahol maximálne skóre, pretože bude nepochybne existovať napätie medzi novou nemocnicou, regionálnymi záujmami a obavami, a môže taktiež dôjsť k finančným prekážkam, ktoré novej nemocnici zabránia realizovať nové modely starostlivosti. V skutočnosti, predbežné odhady príjmov vykonané pri príprave tejto štúdie uskutočniteľnosti, ukázali negatívny vplyv príjmov z reformy starostlivosti, ktoré sú žiaduce z pohľadu verejného záujmu. Variant 3 dosiahol najlepšie skóre, pretože pri tomto variante má verejný sektor praktický vplyv tam, kde je potrebné mať zásadný vplyv na reformu. Úspech však závisí od dobrej koordinácie a spolupráce medzi jednotlivými prevádzkovateľmi nemocnice.
O.2	Riadenie rizík, kapacít a uľahčenie modelu premeny	8	2	16	4	32	3	24	Hlavným kapacitným rizikom, ktorému musí nová nemocnica pri otvorení čeliť, je nedostatočná kapacita, ak opatrenia na zvýšenie obsadenosti znížia priemernú dĺžku pobytu a spôsobia presun pacientov z lôžkových na denných pacientov, čo spôsobí oneskorenia alebo ťažkosti (ďalšie ciele efektívnosti môžu čeliť podobným problémom, ale umožňujú jednoduchšie núdzové opatrenia, ako napríklad dlhšia otváracia doba). Preferovaný variant teda musí v prvom rade ponúknuť voľnú lôžkovú kapacitu, ktorú možno použiť v prípade potreby. Navyše, preferovaný variant pre funkčný	Vzhľadom k obmedzenému možnému zvýšeniu efektivity v Petržalke, pokračovanie súčasného profilu znamená, že väčšina nemocnice bude pokračovať v prevádzke, s veľmi malými voľnými kapacitami ako rezervou pre novú nemocnicu. Okrem toho bude Petržalka prevádzkovaná iným subjektom v pravdepodobne konkurenčnom modeli, takže sa zdá, že pre novú nemocnicu nebudú k dispozícii nijaké voľné kapacity. Variant 3 ponúka oveľa viac voľnej kapacity, avšak s nevýhodou, že táto kapacita nie je prevádzkovaná

Fáza 3: Hodnotenie variantov a odôvodnenie skóre

									profil Petržalky by mal reprezentovať funkčný profil pre nemocnicu Petržalka, ktorý odráža smerovanie reformy, a ktorý môže byť ľahko zredukovaný alebo čiastočne upravený, keď budú realizované ďalšie reformy	novou nemocnicou, ale iným subjektom, aj keď pravdepodobne nie v konkurenčnom modeli. Variant 2 má navyše tú výhodu, že voľná kapacita je prevádzkovaná subjektom, ktorý prevádzkuje taktiež novú nemocnicu
O.3	Prístupnosť, dostupnosť a kvalita akútnej (núdzovej) starostlivosti a starostlivosti o chronicky chorých	8	3	24	4	32	4	32	Zabezpečenie včasnej a adekvátnej reakcie na potreby neodkladnej zdravotnej starostlivosti je hlavnou požiadavkou každého modelu poskytovania akútnej zdravotnej starostlivosti. Starostlivosť o chronicky chorých predstavuje záťaž pre pacientov, ktorí musia navštevovať nemocnicu pravidelne a pomerne často. Starostlivosť o chronicky chorých je poskytovaná najmä sociálne slabším vrstvám, ktoré majú väčšinou obmedzené možnosti dopravy a akčný rádius. Preferovaný variant profilu Petržalky by mal nájsť rovnováhu medzi koncentráciou vysoko komplexnej neodkladnej starostlivosti, poskytovaním jednoduchšej neodkladnej starostlivosti a starostlivosti o chronicky chorých v blízkosti domova	Vo všetkých troch variantoch je predpokladané poskytovanie adekvátnej neodkladnej starostlivosti v Petržalke. Varianty 2 a 3 ponúkajú lepšie príležitosti pre rozvoj udržateľného a efektívneho modelu regionálnej pohotovosti. V modeli súčasného profilu vo Variante 1 je pravdepodobné, že poskytovanie starostlivosti o chronicky chorých bude aj naďalej rozdrobené medzi viacero nemocníc, zatiaľ čo Varianty 2 a 3 sú založené na racionálnom rozdelení starostlivosti o chronicky chorých medzi nemocnice podľa profilu
O.4	Prístupnosť, dostupnosť a kvalita elektívnej starostlivosti	4	3	12	4	16	4	16	V súčasných modeloch poskytovania služieb sa aj k elektívnej starostlivosti stále viac pristupuje z perspektívy integrovanej starostlivosti, rozlišujúc medzi vhodnými prostriedmi pre rôzne kroky v procese starostlivosti. Preferovaný variant profilu Petržalky musí ulahčiť integrovaný prístup k starostlivosti. Navyše, pre procesy elektívnej starostlivosti, rovnako ako pre pohotovosť a starostlivosť o chronicky chorých, sa uprednostňujú vysokofrekvenčné nemocničné procedúry, ktoré sú k dispozícii v blízkosti domova	Kým konkurenčný model pravdepodobne prinesie zvýšenie kvality a zníženie cien u niektorých typov (ziskových) elektívnej starostlivosti, Variant 1 so sebou nesie riziko, že prevádzkovatelia nemocníc sa budú príliš zameriavať na ziskovú elektívnu starostlivosť na úkor menej výnosnej, ale z lekárskeho hľadiska nevyhnutnej elektívnej starostlivosti. Toto riziko je oveľa menšie vo Variantoch 2 a 3 , s podmienkou pre Variant 2 , že aj súkromný prevádzkovateľ nemocnice pri tejto konfigurácii sa môže príliš zameriavať na ziskové prípady, a pre Variant 3 , že bude potrebná dobrá koordinácia a spolupráca medzi prevádzkovateľmi Novej nemocnice a Petržalky.
P.	Kvalita, efektivita a riziká			12	40	17	60	17	60	
P.1	Konštrukčná a technická kvalita novej nemocnice	2	4	8	4	8	4	8	V závislosti od preferovaného profilu pre Petržalku, funkčná kapacita umiestnená v novej nemocnici sa môže líšiť a prispôbiť sa viac alebo menej oblasti a vlastnostiam nemocnice, a môže viesť aj k odlišným rizikovým profilom pre novú nemocnicu. Avšak zdá sa, že celkový vplyv tohto rozptylu medzi posudzovanými možnosťami v tejto fáze analýzy bude obmedzený.	Nie je nič, v čom sa všetky 3 varianty v tomto kritériu líšia. Vo všetkých troch prípadoch je dôvod domnievať sa, že nová nemocnica bude postavená podľa súčasných technických a konštrukčných noriem.
P.2	Konštrukčná a technická kvalita Petržalky	4	2	8	4	16	4	16	Uprednostňovaná možnosť by mala brať do úvahy, a vyhnúť sa konfliktu so známymi	Ako je uvedené v analýze variantov náhradných lokalít, v ďalšej fáze projektu bude nevyhnutná

Fáza 3: Hodnotenie variantov a odôvodnenie skóre

									štrukturálnymi a technickými obmedzeniami v Petržalke (napr. obmedzená výška stropov, nedostatočná kontrola klímy, obmedzenia nosnej konštrukcie, atď.), aby sa vyvarovala rizík v rámci bezpečnosti a kontinuity poskytovania starostlivosti	kompletná due diligence analýza, aby sa zistili všetky štrukturálne a technické obmedzenia a riziká v Petržalke. Na základe dostupných informácií pre účely súčasného zadania (predovšetkým obhliadky nemocníc), budú obmedzenia na úrovni technickej kvality, ktoré sa môžu vyskytnúť, ak sa bude Petržalka využívať aj naďalej s aktuálnym profilom, čo znamená, že technická kvalita nebude spĺňať súčasné štandardy, a rozdiel sa bude s postupom času a vývojom štandardov zväčšovať. Vo Variantoch 2 a 3 je funkčný profil menej technicky náročný a má menší rozsah, čo umožňuje riešenie akýchkoľvek technických obmedzení, ktoré môžu nastať.
P.3	Funkčná kvalita a efektívnosť Novej nemocnice	4	4	16	5	20	5	20	Pri výbere preferovaného profilu pre Petržalku sa musí vziať do úvahy okrem úspor z rozsahu aj ďalšie kritérium zohľadňujúce efektívnosť: úspory zo zamerania. Neúčinnosť v organizácii vyplýva čiastočne zo skutočnosti, že procesy s mnohými rôznymi typologickými charakteristikami musia bežať súčasne, pričom rušia a prinášajú nespĺniteľné požiadavky na výrobné kapacity. Tým, že sa profily medzi jednotlivými nemocnicami budú líšiť (napr. vysoko komplexná ústavná starostlivosť v porovnaní s jednoduchou ambulantnou starostlivosťou), je zavedená jednoduchšia typológia procesov a požiadaviek, čo znižuje riziko rušenia a straty účinnosti v každej nemocnici	Všetky tri varianty dosiahli pri tomto kritériu dobré skóre, ale Varianty 2 a 3 majú navyše výhodu zavedenia úspor zo zamerania, čo predstavuje viac jednotný funkčný profil novej nemocnice, ktorý by mal uľahčiť úlohu vytvoriť funkčne efektívne zariadenie. Očakáva sa, že funkčná kvalita a efektívnosť prestavby Petržalky pomocou aktuálneho profilu by bola pomerne zaostalá v porovnaní so súčasnými štandardmi, medicínsky jednoduchší a menej rozsiahly funkčný program predpokladaný vo Variantoch 2 a 3 ponúka lepšie príležitosti, aby sa zabránilo vyššej neefektívnosti.
P.4	Funkčná kvalita a efektívnosť Petržalky	4	2	8	4	16	4	16		
Q.	Finančné ohodnotenie		8	20	11	30	10	26		
Q.1	CapEx nová nemocnica	2	4	8	3	6	3	6	Funkčný profil a zameranie (pozri P.3 a P.4 vyššie) určený pre novú nemocnicu majú vplyv na celkovú výšku CapExov potrebných pre počiatočnú investíciu stavby budovy. Investičné úrovne za m ² sa líšia od funkčnej skupiny k funkčnej skupine v závislosti od konštrukčnej a technickej zložitosti funkcie. Vyššie percento vysoko komplexných funkcií bude mať za následok zvýšenie CapExov. Tento rozdiel by bol ešte výraznejší, ak by bola na riešenie novej nemocnice aplikovaná metodológia vrstiev (nie je rozoberané v tejto analýze, ale použité v podrobnej analýze preferovaného variantu).	Variant 1 dosiahol najlepšie skóre. Dôvodom je to, že z dôvodu úspory zo zamerania predpokladanej vo Variantoch 2 a 3 , bude mať Nová nemocnica väčší podiel high-tech, z lekárskeho hľadiska komplexných funkcií, spojených s vyššou úrovňou investícií.
Q.2	CapEx Petržalka	2	2	4	4	8	4	8	Funkčný profil a zameranie (pozri P.3 a P.4 vyššie), určené pre Petržalku majú vplyv na	Prestavba Petržalky podľa existujúceho funkčného profilu si vyžaduje rekonštrukciu strednodobého

Fáza 3: Hodnotenie variantov a odôvodnenie skóre

									celkovú výšku CapEx potrebných pre počiatočnú investíciu privedenia Petržalky do dostačujúceho technického a funkčného stavu pre daný účel. Investičné úrovne za m ² sa líšia od funkčnej skupiny k funkčnej skupine v závislosti od konštrukčnej a technickej zložitosti funkcie. Okrem toho, pokračovanie súčasného prevádzkového profilu Petržalky, vzhľadom k obmedzeným možnostiam zvýšenia efektívnosti pri scenári zahŕňajúcom renováciu, znamená, že približne 90 % aktuálnych priestorov bude musieť byť zrekonštruovaných. Ak bude zvolené iné funkčné zameranie a profil, môže to znamenať podstatný vplyv na percentá súčasnej podlahovej plochy, ktoré budú potrebovať rekonštrukciu a na investičné úrovne za m ² spojené s týmito rekonštrukciami	alebo dlhšieho charakteru väčšiny nemocnice a bude znamenať značné investičné náklady. Vo Variantoch 2 a 3 je celková požadovaná úžitková plocha podstatne menšia, s čím súvisia aj nižšie investičné náklady. Tieto dva varianty sú vyrovnané: súkromný prevádzkovateľ bude pravdepodobne v obmedzovaní nákladov úspešnejší ako verejný sektor, ale bude sa musieť vysporiadať s vyššími nákladmi na kapitál a bude požadovať návratnosť svojej investície.
Q.3	Zostávajúca záťaž pre verejný sektor	4	2	8	4	16	3	12	V prípade, ak bude Novú nemocnicu prevádzkovať súkromný investor, alebo dokonca súkromný investor preberie zodpovednosť za výstavbu, financovanie a údržbu novej nemocnice v nastavení typu FPI, bude súkromný investor počítať s požadovanou návratnosťou investície v kapitálových nákladoch na krytie úverov, ziskovej marže a vnímaného rizika. Požadovaná návratnosť investície bude závisieť ako od celkového objemu kapitálových výdavkov, tak aj od vnímaného rizika spojeného s týmito kapitálovými výdavkami. Avšak, pre účely analýzy variantov, tento faktor je menej dôležitý, keďže ďalšie stratégie na zníženie kapitálových nákladov a zníženie rizík môžu byť vykonávané nezávisle od vybraného variantu rekonštrukcie	Variant 1 predstavuje najviac pravdepodobnú záťaž pre verejný sektor. Rozsiahle potreby rekonštrukcie a fungovanie na technických a funkčných úrovniach, ktoré nedosahujú funkčné normy, spôsobí značné deficit. Variant 2 pravdepodobne dosiahol najlepšie skóre, pretože prevádzkovateľ Petržalky, ako súčasť Novej nemocnice, bude priamo motivovaný k obmedzeniu výdavkov. Ale treba si všimnúť, že na strane verejného sektora je potrebná ostražitosť, aby sa zabránilo spätnému preneseniu deficitov na verejný sektor v podobe vyšších cien, zníženej prevádzky atď.
Celkové skóre		30	128	43	194	42	190			

Zdroj: TNO

Detailné predpoklady výkonov Petržalky

- Percentá indikujú, koľko level 2 výkonov je situovaných v Petržalke. Uvedená výsledná produkcia indikuje produkciu zostávajúcu v novej UNB

Detailné predpoklady výkonov Petržalky

		PP.01 Hospitalizácie		PP.02 JZS		PP.03 Ambulantné návštevy		PP.04 Diagnostická liečba		PP.05 Operácie		PP.06 Pôrody	
		%	UH	%	OHV	%	ŠAS	%	SVLZ	%	Operácie	%	Pôrody
Krvná banka	Krvná banka	-	-	-	-	-	-	-	31 073	-	-	-	-
Ubytovanie pre personál	Podpora	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Centrálna sterilizácia	Centrálna sterilizácia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Starostlivosť o deti	Pediatrica	-	975	50 %	22	-	-	-	-	-	-	-	-
Starostlivosť o deti	Pneumológia	-	419	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Starostlivosť o deti	Infekčná a geografická medicína	-	1 076	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Občianske služby	Podpora	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Spoločenské priestory	Podpora	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Denné ošetrovanie	Denná starostlivosť	-	-	50 %	6 284	-	-	-	-	-	-	-	-
Pôrody	Oddelenie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25 %	5 829
Vzdelanie	Podpora	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pohotovostná a post pohot. starostlivosť	Prijem	-	-	-	-	25 %	84 600	-	-	-	-	-	-
Pohotovostná a post pohot. starostlivosť	Pediatrica	-	-	-	-	10 %	502	-	-	-	-	-	-
Pohotovostná a post pohot. starostlivosť	Traumatológia	-	-	-	-	0 %	17 991	-	-	-	-	-	-
Pohotovostná a post pohot. starostlivosť	Oddelenie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Všeobecné ošetrovanie	Anestéziológia	-	212	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Všeobecné ošetrovanie	JIS	-	307	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Všeobecné ošetrovanie	Transplantácia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Všeobecné ošetrovanie	Chirurgia	20 %	5 246	50 %	1 465	-	-	-	-	-	-	-	-
Všeobecné ošetrovanie	Hematológia	-	378	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Všeobecné ošetrovanie	Onkológia	50 %	376	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Všeobecné ošetrovanie	Pneumológia	50 %	747	100 %	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Všeobecné ošetrovanie	Dlhodobá starostlivosť	80 %	301	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Všeobecné ošetrovanie	Pracovné lekárstvo	-	568	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Všeobecné ošetrovanie	Infekčná a geografická medicína	-	1 044	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Všeobecné ošetrovanie	Dermatológia	20 %	730	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Všeobecné ošetrovanie	Gastroenterológia	-	786	-	160	-	-	-	-	-	-	-	-
Všeobecné ošetrovanie	Geriatrica	-	2 492	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Všeobecné ošetrovanie	Gynekológia	10 %	9 347	25 %	3 036	-	-	-	-	-	-	-	-
Všeobecné ošetrovanie	Doliečovací oddelenie	-	456	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Všeobecné ošetrovanie	Interné lekárstvo	30 %	7 140	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Všeobecné ošetrovanie	Popáleniny	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Všeobecné ošetrovanie	Plastické operácie	-	682	100 %	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Detailné predpoklady výkonov Petržalky

Všeobecné ošetrovanie	Neurológia	-	5 522	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-
Všeobecné ošetrovanie	Neurochirurgia	-	1 327	-	102	-	-	-	-	-	-	-	-
Všeobecné ošetrovanie	Oftalmológia	100 %	-	100 %	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Všeobecné ošetrovanie	ORL	-	1 421	100 %	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Všeobecné ošetrovanie	Ortopédia	-	2 740	100 %	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Všeobecné ošetrovanie	Audiológia	-	306	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Všeobecné ošetrovanie	Traumatológia	-	3 472	-	596	-	-	-	-	-	-	-	-
Všeobecné ošetrovanie	Urológia	-	3 351	-	417	-	-	-	-	-	-	-	-
Všeobecné ošetrovanie	Cievna chirurgia	-	437	100 %	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Všeobecná funkčná diagnostika orgánov	ORL	-	-	-	-	-	9	-	-	-	-	-	-
Všeobecná funkčná diagnostika orgánov	Pneumológia	-	-	-	-	30 %	243	-	-	-	-	-	-
Všeobecná funkčná diagnostika orgánov	Neurológia	-	-	-	-	30 %	3 241	-	-	-	-	-	-
Všeobecná funkčná diagnostika orgánov	Interná medicína	-	-	-	-	30 %	2 108	30 %	3 371	-	-	-	-
Všeobecná funkčná diagnostika orgánov	Gastroenterológia	-	-	-	-	-	13	-	1 704	-	-	-	-
Všeobecná funkčná diagnostika orgánov	Gynekológia	-	-	-	-	25 %	3 505	25 %	362	-	-	-	-
Všeobecná funkčná diagnostika orgánov	Oddelenie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Všeobecná funkčná diagnostika orgánov	Imunológia	-	-	-	-	-	-	-	206	-	-	-	-
Všeobecná funkčná diagnostika orgánov	Patológia	-	-	-	-	-	-	-	433	-	-	-	-
Všeobecná funkčná diagnostika orgánov	Denzitometria	-	-	-	-	-	-	-	1 981	-	-	-	-
Všeobecná funkčná diagnostika orgánov	Kardiológia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Všeobecná funkčná diagnostika orgánov	Funkčná diagnostika	-	-	-	-	-	-	-	6 542	-	-	-	-
Všeobecná funkčná diagnostika orgánov	Neurofyziológia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Všeobecná rádiografia	Angiológia	-	-	-	-	-	4 438	-	-	-	-	-	-
Všeobecná rádiografia	Oddelenie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Všeobecná rádiografia	Interná medicína	-	-	-	-	-	-	25 %	1 544	-	-	-	-
Všeobecná rádiografia	Neonatológia	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Všeobecná rádiografia	Neurológia	-	-	-	-	-	-	25 %	205	-	-	-	-
Všeobecná rádiografia	Diagnostické snímkovanie	-	-	-	-	-	-	25 %	190 565	-	-	-	-
Echografia	Oddelenie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Echografia	Diagnostické snímkovanie	-	-	-	-	-	-	-	1 328	-	-	-	-
Echografia	Gynekológia	-	-	-	-	-	-	25 %	35 174	-	-	-	-
Echografia	Chirurgia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Echografia	Urológia	-	-	-	-	-	-	-	364	-	-	-	-
Echografia	Diagnostické snímkovanie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MRI	Diagnostické snímkovanie	-	-	-	-	-	-	-	4 159	-	-	-	-
Skener	Angiografia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Skener	Klinická farmakológia	-	-	-	-	-	-	-	9 053	-	-	-	-
Skener	Diagnostické snímkovanie	-	-	-	-	-	-	25 %	14 064	-	-	-	-
Kuchyňa	Podpora	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Laboratórium klinickej chémie	Neurofyziológia	-	-	-	-	-	2 227	-	-	-	-	-	-

Detailné predpoklady výkonov Petržalky

Laboratórium klinickej chémie	Laboratórium	-	-	-	-	-	-	-	5 827	-	-	-	-
Laboratórium klinickej chémie	Imunológia	-	-	-	-	-	-	-	401	-	-	-	-
Laboratórium klinickej chémie	Interná medicína	-	-	-	-	-	-	-	1 384	-	-	-	-
Laboratórium klinickej chémie	Psychiatria	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-
Laboratórium klinickej patológie	Popáleniny	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Laboratórium klinickej patológie	Oftalmológia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Laboratórium klinickej patológie	Patológia	-	-	-	-	-	-	-	4 782	-	-	-	-
Laboratórium medicínskej mikrobiológie	Denzitometria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Laboratórium medicínskej mikrobiológie	Genetika	-	-	-	-	-	-	-	9 196	-	-	-	-
Laboratórium medicínskej mikrobiológie	Lekárska mikrobiológia	-	-	-	-	-	-	-	32 706	-	-	-	-
Laboratórium medicínskej mikrobiológie	Dermatológia	-	-	-	-	-	-	-	1 580	-	-	-	-
Neonatológia	Neonatológia	-	7 806	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nukleárna medicína	Interné lekárstvo	-	65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Operačné sály	Oddelenie	-	-	-	-	-	-	-	-	30 %	34 962	-	-
Ambulancia	Fyzická terapia	-	-	-	-	-	8 103	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Prijem	-	-	-	-	25 %	14 652	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Infekčné a geografická medicína	-	-	-	-	50 %	7 509	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Alergiológia	-	-	-	-	50 %	8 055	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Anestéziológia	-	-	-	-	50 %	7 660	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Andrológia	-	-	-	-	50 %	2 451	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Angiológia	-	-	-	-	50 %	4 142	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	ORL	-	-	-	-	50 %	5 670	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Popáleniny	-	-	-	-	-	4 039	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Kardiológia	-	-	-	-	50 %	15 686	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Dermatológia	-	-	-	-	50 %	12 060	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Chirurgia	-	-	-	-	50 %	30 133	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Pediatrica	-	-	-	-	-	6 994	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Gynekológia	-	-	-	-	50 %	17 363	50 %	79	-	-	-	-
Ambulancia	Neonatológia	-	-	-	-	25 %	2 752	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Imunológia	-	-	-	-	50 %	1 595	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Neurofyziológia	-	-	-	-	50 %	4 610	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Onkológia	-	-	-	-	50 %	3 019	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Klinická psychológia	-	-	-	-	50 %	2 097	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Pneumológia	-	-	-	-	50 %	12 415	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Psychiatria	-	-	-	-	50 %	15 313	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Športová medicína	-	-	-	-	50 %	717	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Diabetológia	-	-	-	-	50 %	10 321	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Farmakoterapia	-	-	-	-	50 %	4 868	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Geriatrica	-	-	-	-	50 %	2 168	50 %	346	-	-	-	-
Ambulancia	Interná medicína	-	-	-	-	50 %	43 758	50 %	1 239	-	-	-	-

Detailné predpoklady výkonov Petržalky

Ambulancia	Oftalmológia	-	-	-	-	50 %	25 288	50 %	4 381	-	-	-	-
Ambulancia	FRO	-	-	-	-	50 %	4 958	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Funkčná diagnostika	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Gastroenterológia	-	-	-	-	50 %	9 494	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Všeobecný špecialista	-	-	-	-	50 %	1 405	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Genetika	-	-	-	-	-	1 971	50 %	288	-	-	-	-
Ambulancia	Hematológia	-	-	-	-	25%	27 837	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Hepatológia	-	-	-	-	-	7 488	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Osteológia	-	-	-	-	-	26	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Pracovné lekárstvo	-	-	-	-	50 %	2 659	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Nefrológia	-	-	-	-	50 %	1 596	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	KAIM	-	-	-	-	50 %	1 893	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Logopédia	-	-	-	-	50 %	1 713	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Nefrológia	-	-	-	-	50 %	1 561	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Neurológia	-	-	-	-	50 %	25 182	50 %	956	-	-	-	-
Ambulancia	Neurochirurgia	-	-	-	-	-	4 200	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Chemoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Detská ambulancia	-	-	-	-	-	2 018	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Klinická genetika	-	-	-	-	-	3 712	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Urológia	-	-	-	-	50 %	22 745	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Čelustná ortopédia	-	-	-	-	-	2 319	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Ortopédia	-	-	-	-	50 %	12 277	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Foniatria	-	-	-	-	50 %	2 503	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Plastické operácie	-	-	-	-	50 %	6 331	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Reprodukčná medicína	-	-	-	-	-	3 719	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Reumatológia	-	-	-	-	50 %	9 557	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Stomatológia	-	-	-	-	-	1 616	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Cievne	-	-	-	-	50 %	2 037	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Oddelenie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ambulancia	Klinická farmakológia	-	-	-	-	-	-	-	46	-	-	-	-
Ambulantná liečba	Zubná ambulancia	-	-	-	-	-	211	-	-	-	-	-	-
Ambulantná liečba	Oftalmológia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ambulantná liečba	Oddelenie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ambulantná liečba	Pneumológia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ambulantná liečba	Interná medicína	-	-	-	-	-	-	50 %	1 456	-	-	-	-
Ambulantná liečba	Gastroenterológia	-	-	-	-	-	-	-	389	-	-	-	-
Ambulantná liečba	Urológia	-	-	-	-	-	-	50 %	913	-	-	-	-
Lekár	Lekár	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fyzioterapia - ústavná starostlivosť	Rehabilitácia	-	1 577	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fyzioterapia - ambulantná starostlivosť	Fyzioterapia	-	-	-	-	50 %	12 244	50 %	71 618	-	-	-	-

Detailné predpoklady výkonov Petržalky

Psychiatria	Psychiatria	-	2 459	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Špeciálna starostlivosť	Popáleniny	-	280	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Špeciálna starostlivosť	Chirurgia	-	865	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Špeciálna starostlivosť	Infekčné a geo-lekárstvo	-	73	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Špeciálna starostlivosť	Gastroenterológia	-	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Špeciálna starostlivosť	Geriatra	-	289	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Špeciálna starostlivosť	Gynekológia	-	484	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Špeciálna starostlivosť	Hematológia	-	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Špeciálna starostlivosť	Interná medicína	-	1 352	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Špeciálna starostlivosť	Traumatológia	-	162	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-
Špeciálna starostlivosť	Poruchy metabolizmu	-	95	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Špeciálna starostlivosť	Neurológia	-	551	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Špeciálna starostlivosť	ORL	-	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Špeciálna starostlivosť	Ortopédia	-	117	-	334	-	-	-	-	-	-	-	-
Špeciálna starostlivosť	Pneumológia	-	81	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Špeciálna starostlivosť	Urológia	-	264	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Špeciálna starostlivosť	Cievna chirurgia	-	72	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zariadenia pre zamestnancov	Podpora	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lekárske izby	Podpora	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Technické zabezpečenie	Podpora	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Zdroj: TNO

Všeobecná charakteristika modelu

Ilustrácie, grafy a schémy použité v tejto Prílohe majú slúžiť výlučne ako všeobecné ilustrácie AFM a nemusia nevyhnutne zodpovedať výpočtom, vstupom alebo výsledkom použitým v technickom modelovaní uvedenom v hlavnej časti správy.

- AFM je simulačný model, ktorý poskytuje usmernenie o potenciálnej efektivite, produktivite a kvalite získanej pri novom modeli nemocničnej starostlivosti, pri dodržaní zásady flexibility v prispôbovaní sa budúcim požiadavkám s obmedzením potreby dodatočných prostriedkov z verejných rozpočtov a potreby štátnych garancií alebo zabezpečenia.
- AFM ukazuje vzťah medzi produkčnými dátami z nemocnice a jej spádovej oblasti a prvým programom nemocnice. Umožňuje pochopiť podstatu dimenzovania nemocnice, ako aj jej budúcich prevádzkových a kapitálových výdavkov. Tento model pomáha počas fázy programovania sledovať dôležité ukazovatele, akými sú celková hrubá podlahová plocha a podlahová plocha na funkčnú skupinu / špecializáciu, diferencované nariadenie m², náklady na využitie a produkčné ukazovatele výkonnosti ako sú počet výkonov ročne, ošetrovacie dni, operácie a k nim sa vzťahujúce ukazovatele ako ALOS, obložnosť, a pomer kapacity ústavnej starostlivosti a JZS kapacity nemocnice.
- Modelovanie vychádza z predpokladaného budúceho dopytu po zdravotnej starostlivosti, ambícií novej nemocnice, modelu zdravotnej starostlivosti ako celku a premietajú sa v ňom funkčné (priestor) a finančné (náklady) aspekty modelu zdravotnej starostlivosti s rôznymi požadovanými úrovňami prispôbenými slovenskému prostrediu.
- Po zohľadnení demografických trendov, trhového podielu UNB a všetkých organizačných, technických a finančných ukazovateľov, je možné systematicky premietnuť predpoklady o budúcej zdravotnej starostlivosti v spádovej oblasti projektu do podrobného kvantitatívneho popisu novej reakcie infraštruktúry. Inými slovami model poskytuje abstraktný, ale detailný obraz toho, ako by budúce zariadenie mohlo vyzeráť, a ako by mohlo fungovať počas nasledujúcich desaťročí.
- AFM poskytuje prehľad nákladov a programovania v čase a podľa špecializácií. Prostredníctvom modelu sú vidieť finančné dôsledky zvoleného výberu ako v prvom roku, tak aj počas celej ekonomickej životnosti nemocnice.
- Model poskytovania zdravotnej starostlivosti, kľúčové ukazovatele výkonnosti, epidemiologické trendy a budúce kvantitatívne a kvalitatívne objemy poskytnutej zdravotnej starostlivosti v UNB spolu reprezentujú "dopytovú" stranu modelu AFM.
- Technickí poradcovia vykonali podrobnú analýzu použitím AFM. AFM poskytuje vstupné údaje pre finančnú analýzu a analýzu rizík preferovaného variantu, prípadne variantov

Používateľské rozhranie s informáciami ohľadom riadenia a nastaviťelnými parametrami

Zdroj: TNO

Abstract Functional Model - 2014

GENERAL

Calculation year: 2020
Base year data: 2013
Start year of operation: 2020

PRODUCTION KPI'S

Total admissions CL	52.503
Total beds CL/IC	998
Total admissions DCL	29.113
Total beds DCL	66
Total admissions CL+DCL Hospital	81.616
Total beds CL+DCL Hospital	1.064
Ratio DCL/CL	36% / 64%
Production Outpatient visits	598.616
Production Diagnostics	541.204
Production Surgeries	43.601
Production Deliveries	6.360
TOTAL weighted average length of stay - ALOS	6,17
TOTAL weighted average occupancy rate - OR	88,9%
OR general to be adjusted to performance standard of	90%
OR special care to be adjusted to performance standard of	85%
General nursing	CLB
Healing	DCL
Beds/function	11,7 / 9,3
ALOS for selected (combined) functional	11,4

Include current production of location ☒ **Include NEW production of location** ☒ **Include current production of location** ☒

Base case adjustment scheme

1	✓	Ambition level building I	1
2	✓	Ambition level building II	1
3	✓	Ambition level equipment	1
4	✓	Building & Equipment utilisation	1
5	✓	Outsourcing non-essential	1
6	✓	Commercial healthcare	1

VERSION: AFM UNB 2014_V0063

BUILDING & INVESTMENT

☒ Apply layer approach
Construction period in months: 36
Include 20% VAT: No
Include contingencies (2.0, 6.1, 6.2): No

LIFESPAN

EUL Monolith	A.11	40
EUL Hotfloor	A.12	25
EUL Hotel	A.13	50
EUL Office	A.14	50
EUL Utilities	A.15	25

Building differentiation / Layers (1)

Monolith	GFA	40.308	NGFA	0%
Hotfloor	GFA	40.308	NGFA	44%
Hotel	GFA	33.317	NGFA	36%
Office	GFA	12.978	NGFA	14%
Utilities	GFA	6.034	NGFA	7%
TOTAL	GFA	92.627	NGFA	100%

Cost per m² GFA per layer

Hotfloor	Hotel	Office	Utilities
1.749	1.226	1.341	1.693

Base case adjustment scheme

1	✓	Ambition level building I	1
2	✓	Ambition level building II	1
3	✓	Ambition level equipment	1
4	✓	Building & Equipment utilisation	1
5	✓	Outsourcing non-essential	1
6	✓	Commercial healthcare	1

EQUIPMENT & ICT

Equipment capex	€ (000)	36.137
Equipment lifespan (yr)		7
ICT capex	€ (000)	17.005
ICT lifespan (yr)		3

MARKET POSITION

CLB increase - % market	A.16	0%
DCL increase - % market	A.17	0%
outpatient visits increase - % market	A.18	0%
Surgeries increase - % market	A.19	0%
Deliveries increase - % market	A.20	0%

Building differentiation / Layers (2)

Monolith	€ (000)	%	0%
Hotfloor	€ (000)	70.335	52%
Hotel	€ (000)	40.950	30%
Office	€ (000)	14.887	11%
Utilities	€ (000)	9.872	7%
TOTAL	€ (000)	126.045	100%

Pricing compared to Dutch pricing A.21: 75%

TOTAL CAPEX 380.385

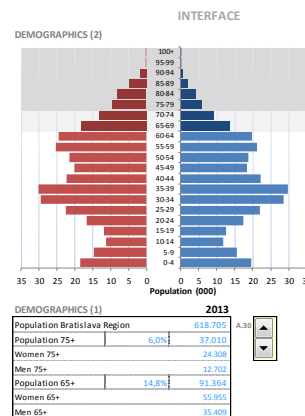
EFFICIENCY - performance standards (PS)

Selected OPEX € (000) 27.518

Start year for base PS in OPEX A.22: 2020
% (+ or -) change in base PS A.23: 0%
Year of reaching ideal PS in OPEX A.24: 2023
% change in ideal PS OPEX A.25: 0%

FTE at start operation: 3.792
FTE - Physicians: 595
FTE - Nurses: 1.193
FTE - Other staff: 2.004

Start year for base PS in FTE A.26: 2020
% (+ or -) change in base FTE A.27: 0%
Year of reaching ideal PS FTE A.28: 2023
% change in ideal PS FTE A.29: 0%



Údaje a ich štruktúra

- ▶ Na začiatku boli pre výpočty v rámci modelu použité rôzne databázy. Model využil dáta z UNB, nákladovej databázy TNO, dát spracovaných a analyzovaných EY na základe údajov z poisťovní, nemocníc a MZ SR, benchmarkových údajov a niekoľkých hypotéz.
- ▶ Údaje poskytnuté UNB o produkcii zdravotnej starostlivosti sú zahrnuté v modeli. Týkajú sa priemerného počtu prijatých pacientov na špecializáciu v rokoch 2010, 2011 a 2012. Produkcia zdravotnej starostlivosti v týchto rokoch je rozdelená na hospitalizácie a JZS. Následne boli tieto údaje na základe demografických údajov ŠÚ SR extrapolované do roku 2060.
- ▶ Okrem príjmov sa použila aj ALOS v jednotlivých špecializáciách (ak takéto údaje boli dostupné). Kde údaje o ALOS chýbali, vychádzalo sa z priemeru pre dané oddelenie / špecializáciu. Okrem toho sa ako vstupy pre počítaný východiskový rok použili priemerná obložnosť nemocnice, obložnosť lôžok v JZS a pomer medzi UH a JZS.
- ▶ Okrem výstupných údajov z nemocnice sa použili súbory údajov TNO. Zahŕňajú zloženie investícií na m² hrubej podlahovej plochy, (holandské) konštrukčné štandardy nemocníc s podlahovou plochou na špecializáciu, priemernú EUL nemocničných budov a ich funkčných typov. Zvyšné údaje použité v modeli zahŕňajú hodnoty prevádzkových nákladov zo samotnej nemocnice a zodpovedajúce benchmarkové údaje pre prevádzkové výdavky.
- ▶ Podrobný zoznam zdrojov údajov a referencií je uvedený v časti Referencie na konci tejto kapitoly.

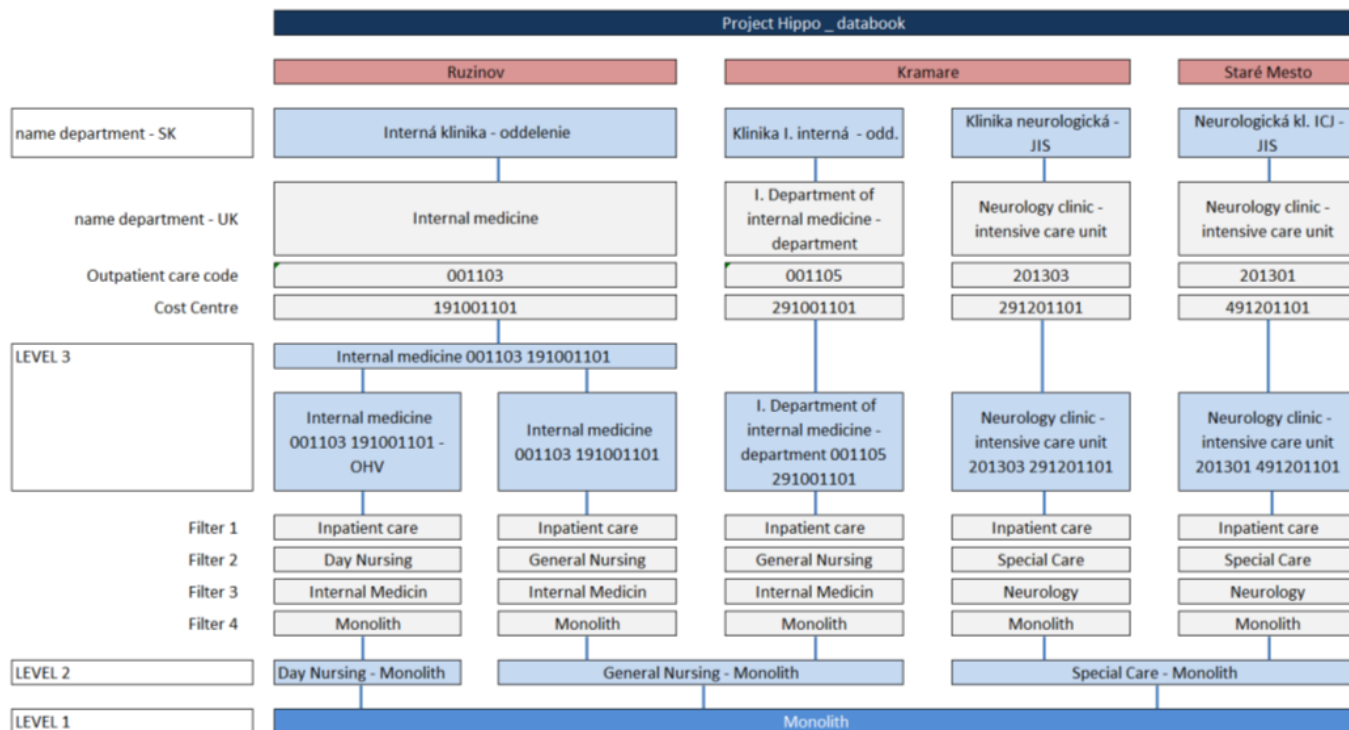
Úrovně údajov

- ▶ Pre časť výpočtov v AFM sa údaje konvertovali na vyššiu úroveň komplexnosti. Klientom dodané produkčné údaje sú usporiadané podľa miesta a ďalej sú rozčlenené na jednotlivé oddelenia (viď schéma „Príklady oddelení a k nim prislúchajúce úrovne údajov”).
- ▶ Keďže jednotlivé nemocnice majú oddelenia s rovnakým názvom, názvy sú uvedené spolu s kódom ambulantnej starostlivosti (OCC, z anglického „outpatient care code”) a kódom nákladového strediska (CC, z anglického cost centre) na základe kódovania poskytnutého Klientom. Takáto kombinácia vytvára jedinečný názov pre každé oddelenie, tzv. oddelenie tretej úrovne.
- ▶ Každé jedinečné oddelenie tretej úrovne sa môže vzápätí skombinovať s produkciou v rámci šiestich rôznych produkčných typov:
 - UH (v pôvodnom anglickom znení „CL” – Completed hospitalizations)
 - OHV (v pôvodnom anglickom znení „DCL” – One-day admissions)
 - ŠAS (v pôvodnom anglickom znení „OC” – z anglického Outpatient care visits)
 - SVLZ (v pôvodnom anglickom znení „DIAG” – z anglického Diagnostics)
 - Operácie (v pôvodnom anglickom znení „SURG” – z anglického Surgeries)
 - Pôrody (v pôvodnom anglickom znení „DEL” – z anglického Deliveries)
- ▶ Väčšina oddelení tretej úrovne bude zahŕňať produkciu iba v jednom z vyššie uvedených produkčných typov. V takom prípade bude jedinečný názov oddelenia tretej úrovne dostatočný pre priame prepojenie s poskytnutými produkčnými údajmi.
- ▶ Existujú však aj oddelenia, ktoré poskytujú služby viacerých produkčných typov a oddelenia, v ktorých sa dá v blízkej budúcnosti očakávať prechod k inému produkčnému typu. V týchto prípadoch sme rozšírením o produkčnú skratku (týkajúcu sa služby, ktorú dané oddelenie poskytuje) vytvorili názvy oddelení tretej úrovne. Napríklad, interné oddelenie v Ružinove (Interné oddelenie 001103 191001101 - viď schéma „Príklady oddelení a k nim prislúchajúce úrovne údajov” na nasledujúcej strane) produkuje okrem UH aj OHV. Preto sme vytvorili dodatočný názov oddelenia, ktorý v prípade OHV znie „Interné oddelenie 001103 191001101 – OHV”. Pôvodný názov oddelenia tretej úrovne odkazuje na produkciu UH.

Údaje a ich štruktúra

Príklady oddelení a k nim prislúchajúce úrovne údajov

Zdroj: TNO



- V ďalšom kroku sú všetky jedinečné oddelenia tretej úrovne, ktoré sú spojené s jedinečnými produkčnými typmi, skombinované so štyrmi filrami:
 - Filter 1: Typ starostlivosti (ústavná starostlivosť, ambulantná starostlivosť, diagnostika, chirurgia, pôrody a podpora)
 - Filter 2: Funkčný celok (viď *Funkčný celok* nižšie)
 - Filter 3: Oddelenie (interná medicína, neurológia, popáleniny atď.)
 - Filter 4: Funkčný typ (viď *Funkčný celok* nižšie)
- Použitie týchto filtrov umožňuje skombinovať oddelenia tretej úrovne na vyšší stupeň komplexnosti – tzv. druhú úroveň. Ako je uvedené v schéme „Príklady oddelení a k nim prislúchajúce úrovne údajov“, kategórie druhej úrovne pozostávajú z kombinácie funkčných celkov a funkčných typov. Kombinácia kategórií druhej úrovne poskytuje informácie prvej úrovne, napr. celá produkcia je sústredená vo funkčnom type „Monolit“.

Použité filtre

Funkčný celok

- ▶ Ako už bolo uvedené, použili sme štyri filtre na kombinovanie oddelení tretej úrovne pre vytvorenie komplexnejšej úrovne 2. Jedným z týchto filtrov je funkčný celok. Funkčný celok vychádza z rôznych činností, ktoré môžu prebiehať v nemocnici. V prvom rade ide o činnosti týkajúce sa primárneho procesu, teda priamej interakcie medzi pacientom a poskytovateľom starostlivosti (ošetrovanie, vyšetrenia a liečba). Okrem toho sú tu zahrnuté aj činnosti, ktoré nie sú priamo spojené s primárnym procesom, ale sú zamerané predovšetkým na poskytovanie podpory a služieb vo všeobecnom zmysle.
 - ▶ Keď sa tieto rôzne aktivity premietnu do priestorového usporiadania, môžu byť ďalej rozdelené do troch „blokov“:
 - 1 Zariadenia pre pacientov, kde pacient je / môže byť prítomný;
 - 2 Zariadenia pre pacientov, kde pacient nemocnice nie je prítomný;
 - 3 Všeobecné a technické podporné služby.
 - ▶ Treba podotknúť, že takéto členenie nemá určiť spôsob, akým má byť nemocnica usporiadaná, ale je iba plánom vychádzajúcim z rôznych činností, ktoré sa v nemocnici vykonávajú.
1. Zariadenia pre pacientov, kde je pacient prítomný
- ▶ V tomto „bloku“ rozlišujeme tri hlavné funkčné skupiny:
 - ošetrovanie;
 - vyšetrenia a liečba;
 - špeciálne funkcie (ak sú prítomné).
2. Zariadenia pre pacientov, kde pacient nie je prítomný
- ▶ Tento „blok“ zahŕňa priestory pre ústredné sterilizačné služby, farmáciu a laboratóriá (klinická chémia, medicínska mikrobiológia, klinická patológia).
3. Všeobecné a podporné technické služby
- ▶ Tento „blok“ zahŕňa všeobecné zariadenia a zariadenia pre personál (ako napr. ústredná kuchyňa, práčovňa, reštaurácia a technická služba) a takisto aj zariadenia pre vedenie a vzdelávanie.

V nasledujúcich tabuľkách je uvedený opisný prehľad funkčných celkov, ktoré možno nájsť pod filtrom z druhej úrovne:

Použité filtre

Príklady oddelení a k nim prislúchajúce úrovne údajov

Zdroj: TNO

Zariadenia pre pacientov - ošetrovanie (pacient je prítomný)

Všeobecné ošetrovanie
Špeciálna starostlivosť
Starostlivosť o deti
Tehotenská starostlivosť
Neonatológia
Denné ošetrovanie
Fyzioterapia – ústavná starostlivosť
Popáleniny
Psychiatria

Zariadenia pre pacientov – vyšetrenia a liečba (pacient je prítomný)

Ambulancie
Všeobecná funkčná diagnostika orgánov
Všeobecná rádiografia
Mamografia
Echografia
Skener
MRI
Nukleárna medicína
Nukleárna medicína „in-vivo“
Ambulantná liečba
Pohotovostná a postpohotovostná starostlivosť
Operačné sály (využívané)
Operačné sály (občasne využívané)
Pôrody

Zariadenia pre pacientov – špeciálne funkcie (pacient je prítomný)

Oddelenie urgentného príjmu
Rádioterapia
Rádioterapia - brachyterapia
Fyzioterapia – ambulantná starostlivosť
Krvná banka
Dialýza

Zariadenia pre pacientov (pacient nie je prítomný)

Ústredná sterilizácia
Farmácia
Laboratórium klinickej chémie
Laboratórium medicínskej mikrobiológie
Laboratórium klinickej patológie

Použité filtre

Všeobecné a technické podporné služby

Spoločenské priestory
 Ubytovanie pre personál
 Lekárske izby
 Zariadenia pre zamestnancov
 Kuchyňa
 Občianske služby
 Technické zabezpečenie
 Vzdelávanie

- Všetky funkčné celky môžu byť spojené s premennými. Tieto premenné sa môžu použiť na určenie počtu jednotiek potrebných pre výkon istej činnosti a tým pádom aj veľkosti funkčných celkov (čistá podlahová plocha), oddelení (hrubá podlahová plocha oddelenia) a celej nemocnice (hrubá podlahová plocha). Hlavnými premennými spojenými s jedným alebo viacerými funkčnými celkami sú:
 - Veľkosť jednotky: čistá podlahová plocha na jednotku
 - Typ jednotky: typ jednotky súvisiaci s činnosťou, napr. posteľ, izba, oddelenie, atď.
 - Kapacita jednotky: produkčná kapacita konkrétnej jednotky na výkon danej činnosti. Operačná sála je napríklad navrhnutá tak, aby sa v nej vykonalo 20 000 operácií ročne.
 - Trvanie liečby: trvanie jednej činnosti, napríklad priemerné trvanie snímkovania vyjadrené v minútach alebo hodinách.
 - Obsadenosť: priemerný čas (v percentách) celkového času, počas ktorého sa určitá jednotka používa.
 - Prevádzkové dni a prevádzkové hodiny: počet dní za rok a hodín za deň, kedy sa vykonáva určitá činnosť.
 - Pomer medzi čistou a hrubou podlahovou plochou funkčného celku (na úrovni oddelení): pomer medzi čistou a hrubou podlahovou plochou oddelenia.
 - Cenová hladina (v porovnaní s cenovou hladinou za Monolit): cenová hladina určitého funkčného celku v porovnaní s cenovou hladinou nemocnice ako monolitickéj štruktúry.
- Každý funkčný celok je tiež spojený s typom výpočtu, ktorý sa používa na prepočítanie jednotlivých premenných (na funkčný celok) na čistú podlahovú plochu na funkčný celok. Veľkosť niektorých funkčných celkov (podporný typ) závisí od veľkosti iných funkčných celkov (hlavný typ). Táto závislosť je vyjadrená ako percento hlavných funkcií a je pripojená ako premenná k podporným funkčným celkom.

Funkčné typy

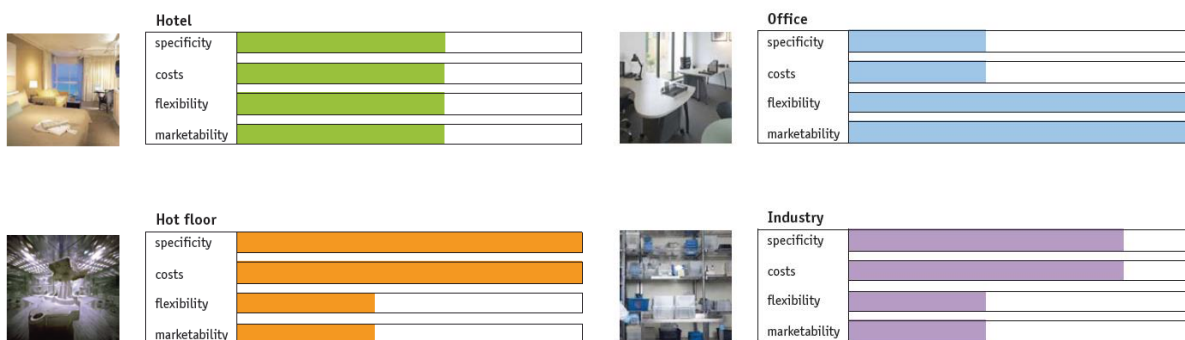
- Vnímanie využitia budov v zdravotníctve sa mení. Nehnutelnosti už nie sú samozrejmosťou, ale prostriedkom produkcie, ktorý prispieva k efektívnej podnikateľskej činnosti v zdravotníctve, kde integrálne financovanie vytlačí samostatné toky financovania výstavby. Toto dáva prevádzkovateľovi nové možnosti, ale tiež to vyžaduje zváženie mnohých vecí. Koncepcia funkčných typov (*Building Differentiation of Hospitals - layers approach, report number 611, Netherlands Board for Healthcare Institutions, 2007*) predstavuje nový prístup k zvažovaniu investičných rozhodnutí pre nemocnice.
- Tento prístup rozdeľuje funkcie podľa špecifických stavebných požiadaviek na štyri typy priestoru, ktoré sa označujú ako „funkčné typy“. Prístup je založený na kategorizácii funkcií, ktoré majú podobné požiadavky na typ prostredia v rámci budovy, aby sa tak budova optimalizovala. Funkčné typy sú:
 - Hotel: funkcie podobné hotelu, tento funkčný typ zahŕňa najväčšiu časť ubytovania pre pacientov.
 - Medicínske oddelenia: zahŕňa kapitálovo náročné funkcie špičkovej technológie, ktoré sú typické pre nemocničné zariadenie.

Použité filtre

- Kancelárie: funkcie kancelárskeho typu, tento funkčný typ zahŕňa ambulancie, účtovníctvo, vedenie nemocnice a vzdelávacie funkcie,
- Zázemie: tento funkčný typ zahŕňa funkcie, ktoré sú kapitálovo náročné, ako laboratória a produkčné jednotky.
- Každý z týchto funkčných typov má svoj profil vlastností s ohľadom na špecifickosť, investičné náklady, požiadavky na rast / zmenšenie a predajnosť nehnuteľnosti (viď schéma nižšie).

Vlastnosti dizajnu nemocníc

Zdroj: Building Differentiation of Hospitals - layers approach, 2007



- Výsledkom diferencovaného konštrukčného prístupu je, že časť budovy sa môže **realizovať za nezávislých podmienok**, čo je prospešné, keďže **ustanovený konštrukčný prístup** sa môže použiť pre špecifický typ budovy a návrhy sa môžu špecifickejšie prispôsobiť pravidlám v rámci príslušnej typológie. Ďalšou výhodou výstavby za takýchto podmienok je, že ak bude výnosnosť v budúcnosti ohrozená, bude možné sa niektorých častí budovy jednoducho zbaviť. Najhlavnejším znakom koncepcie funkčných typov je vysoká flexibilita počas životného cyklu budov.
- Každá kombinácia funkčného celku a oddelenia na druhej úrovni je spojená s jedným z vyššie uvedených funkčných typov s výnimkou štyroch funkčných celkov v kategórii podpory: spoločenské priestory, centrálna ubytovanie pre personál, lekárske izby a zariadenia pre zamestnancov. Kvôli ich všeobecným aspektom sú tieto funkčné jednotky rozmiestnené v rámci rôznych funkčných typov. Ak koncepciu funkčných typov nepoužijeme, všetky funkcie sú sústredené v jednom nediferencovanom komplexe budov: v Monolite.

Používateľské rozhranie

Používateľské rozhranie

- Na simuláciu modelu je k dispozícii používateľské rozhranie. Pozostáva z parametrov, ktoré súvisia s produkčnými dátami a odhadmi z rokov 2013 – 2060 a z priestorového programovania určitých prvkov v rámci rôznych funkčných typov. Okrem toho rozhranie zahŕňa parametre súvisiace s kapitálovými a prevádzkovými výdavkami nemocnice, s personálom nemocnice, s demografickými údajmi zo spádovej oblasti nemocnice a s nákladmi životného cyklu nemocnice.
- Rozhranie AFM môže byť rozdelené na niekoľko blokov informácií a nastaviteľných parametrov. Najskôr popíšeme bloky informácií a následne aj nastaviteľné parametre AFM a ich vplyv na výsledky. Svetložlté bunky v rozhraní sa dajú nastaviť.

Všeobecné

- V tejto časti rozhrania sa vyžadujú vstupy, ktoré ovplyvnia výsledky všetkých výpočtov v AFM.

Všeobecná vstupná časť rozhrania

Zdroj: TNO

Calculation year	A.01	2020
Baseyear data	A.02	2013
Startyear of operation	A.03	2020

- A.01 – cieľový rok výpočtov (“calculation year”) vyjadruje rok, pre ktorý sú zobrazené všetky parametre v rozhraní. Všetky ceny zobrazené v rozhraní sú v súčasných cenách s výnimkou akejkoľvek indexácie, prípadne úpravy ceny v čase.
- A.02 – rok východiskových údajov (“baseyear data”) vyjadruje rok, z ktorého pochádzajú východiskové údaje použité na všetky odhady a výpočty. Všetky parametre v rozhraní používajú tento rok ako referenčný bod.
- A.03 – začiatok prevádzky (“startyear of operation”) vyjadruje prvý rok prevádzky novej budovy. Počiatočný rok prevádzky ovplyvňuje výpočty opatrení na zabezpečenie efektivity a tým aj výpočty prevádzkových a kapitálových výdavkov. Tvorí základ pre výpočty FTE, načasovanie splátok a začiatkový a konečný dátum ekonomickej životnosti jednotlivých typov budov.

Produkčné KPIs

- Časť produkčných KPIs v rozhraní AFM predstavuje výkonnosť určitej konfigurácie nemocnice, zvolenej na základe jednotlivých nastavení rozhrania. Ukazuje počet hospitalizácií, operácií, ambulantných ošetrení, atď. vo vybranom cieľovom roku výpočtov (A.01). Táto časť okrem toho umožňuje robiť prvotné úpravy obložnosti lôžok všeobecnej starostlivosti (A.04) a lôžok všeobecnej starostlivosti (A.05). Ak je potrebný náhľad do špecifických oddelení alebo špecializácií, tieto sa dajú zvoliť (A.06).

Používateľské rozhranie

Časť používateľského rozhrania – Produkčné KPIs

Zdroj: TNO

Total admissions CL	52.503
Total beds Clinic	998
Total admissions DCL	29.113
Total beds DCL	66
Total admissions CL+DCL Hospital	81.616
Total beds CL+DCL Hospital	1.064
Ratio DCL:CLB	36% 64%
Production Outpatient visits	598.616
Production Diagnostics	541.204
Production Surgeries	43.601
Production Deliveries	6.360
TOTAL weighted average length of stay - ALOS	6,17
TOTAL weighted average occupancy rate - OR	88,9%
OR general to be adjusted to performance standard of	A.04 90%
OR special care to be adjusted to performance standard of	A.05 85%
General nursing	A.06 CLB
Healing	DCL
Beds/function	11,7 0,3
ALOS for selected (combined) function(s)	11,1

Výstavba a investície

- Blok výstavba a investície („Building & Investment“) ukazuje dôsledky použitých cenových hladín na základe daného benchmarku (A.21) alebo stavebnej fázy (A.08) a výpočet nepredvídateľných udalostí ako sú poistenia, zmeny cien počas stavebnej fázy, alebo miera DPH (A.09 a A.10). Použitie koncepcie funkčných typov a diferenciácie častí budov sa dá vybrať zvolením tejto možnosti v A.07. Ak túto možnosť nezvolíme, použije sa tradičnejší prístup, ktorý predpokladá realizáciu monolitnej budovy. Pre výpočty v rámci finančného modulu sa dá nastaviť životnosť jednotlivých funkčných typov (A.11 – A.15). V tejto podsekcii sa dá nastaviť ekonomická životnosť jednotlivých funkčných typov na základe predpokladanej intenzity využívania a počiatočnej kvality budovy a súvisiacich počiatočných investícií.

Časť používateľského rozhrania – Výstavba a investície

Zdroj: TNO

BUILDING & INVESTMENT			
☒ Apply layer approach	A.07	Yes	
Construction period in months	A.08	36	
☐ Include 20% VAT	A.09	No	
☐ Include contingencies (2.0, 6.1, 6.2)	A.10	No	
LIFESPAN			
EUL Monolith	A.11	40	
EUL Hotfloor	A.12	25	
EUL Hotel	A.13	50	
EUL Office	A.14	50	
EUL Utilities	A.15	25	
Building differentiation / Layers (1)			
Monolith	GFA	-	%GFA 0%
Hotfloor	GFA	40.308	%GFA 44%
Hotel	GFA	33.317	%GFA 36%
Office	GFA	12.978	%GFA 14%
Utilities	GFA	6.024	%GFA 7%
TOTAL	GFA	92.627	%GFA 100%
Cost per m² GFA per layer			
Hotfloor	Hotel	Office	Utilities
1.745	1.229	1.147	1.639
EQUIPMENT & ICT			
Equipment capex	€ (000)	36.137	
Equipment lifespan (yr)		7	
ICT capex	€ (000)	17.005	
ICT lifespan (yr)		3	
MARKET POSITION			
CLB increase -% market	A.16	0%	
DCL increase -% market	A.17	0%	
outpatient visits increase -% market	A.18	0%	
Surgeries increase -% market	A.19	0%	
Deliveries increase -% market	A.20	0%	
Building differentiation / Layers (2)			
Monolith	€ (000)	-	%€ 0%
Hotfloor	€ (000)	70.335	%€ 52%
Hotel	€ (000)	40.950	%€ 30%
Office	€ (000)	14.887	%€ 11%
Utilities	€ (000)	9.872	%€ 7%
TOTAL	€ (000)	136.043	%€ 100%
Pricing compared to Dutch pricing			
TOTAL CAPEX			A.21 75%
189.185			

- Pre každý funkčný typ (alebo monolit) AFM zobrazuje údaje o počiatočnej investícii a hrubej podlahovej ploche v prvom roku prevádzky alebo v cieľovom roku výpočtov. Tieto matice naznačujú flexibilitu a efektívne využívanie priestoru, čo je premietnuté aj v modeloch súvisiacich s funkciami nemocnice. Pre každý z funkčných typov sú

Používateľské rozhranie

v podsekcii Náklady na m² hrubej podlahovej plochy na funkčný typ („Cost per m² GFA per layer“) uvedené priemerné stavebné náklady.

Postavenie na trhu

- Postavenie nemocnice na trhu sa dá nastaviť s prvotným prístupom v A.16 – A.20 navýšením alebo znížením súčasného produkčného objemu ukončených hospitalizácií, jednodňovej zdravotnej starostlivosti, ambulantných ošetrovaní, operácií a pôrodov. Detailnejšie prispôsobenie produkcie je možné prispôobením produkčných údajov v súboroch údajov druhej úrovne v ČASTI I (CLB a DCL) a ČASTI II (Ambulantné ošetrovania, Operácie and Pôrody) nastaviateľných parametrov.

Časť používateľského rozhrania – Postavenie na trhu

Zdroj: TNO

CLB increase -% market	A.16	0%
DCL increase -% market	A.17	0%
outpatient visits increase -% market	A.18	0%
Surgeries increase -% market	A.19	0%
Deliveries increase -% market	A.20	0%

Efektivita – štandardy výkonnosti

- Časť „Efektivita – štandardy výkonnosti“ uvádza úroveň výkonnosti v rámci požadovanej úrovne nemocnice a je spojená s priemerným štandardom výkonnosti pre západoeurópske nemocnice. V tejto sekcii sa uvádza zloženie prevádzkových výdavkov a FTE, ktoré môže byť prispôsobené zmenením rýchlosti a požadovanej úrovne prevádzkových štandardov pri dosahovaní bezchybnej prevádzky alebo vyššej benchmarkovej úrovne. Štandard výkonnosti (PS) OpEx sa dá prispôsobiť v čase (počiatočný a stredný PS) v bodoch A.22 a A.24 alebo v jeho požadovanej úrovni znížením alebo zvýšením PS v prvom roku prevádzky (A.23) alebo počas prevádzkovej fázy Novej nemocnice (A.25). Štandard výkonnosti FTE sa dá prispôsobiť v čase (počiatočný a stredný PS) v bodoch A.26 a A.28 alebo v jeho požadovanej úrovni znížením alebo zvýšením PS v prvom roku prevádzky (A.27) alebo počas prevádzkovej fázy Novej nemocnice (A.29). Parametre A.22 – A.29 majú vplyv na hodnoty vyznačené modrou. Štandard výkonnosti sa dá detailnejšie nastaviť na jednotlivé skupiny FTE alebo časti OpEx v druhej časti nastaviateľných parametrov.

Časť používateľského rozhrania – Efektivita – štandardy výkonnosti

Zdroj: TNO

Selected OPEX	€ (000)	27.618
---------------	---------	--------

Startyear for base PS in OPEX	A.22	2020
% (+ or -) change in base PS	A.23	0%
Year of reaching ideal PS in OPEX	A.24	2023
% change in ideal PS OPEX	A.25	0%

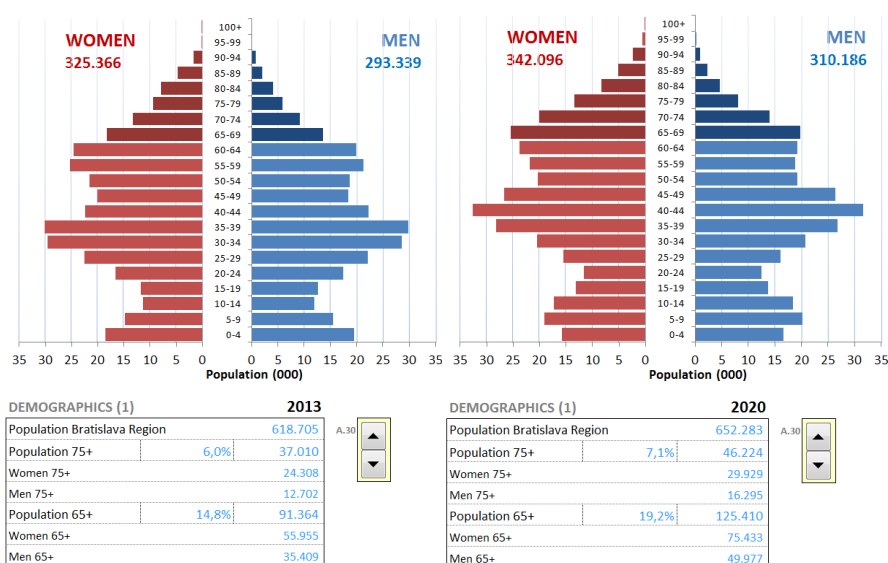
FTE at start operation	3.792
FTE Physicians	595
FTE Nurses	1.193
FTE Other staff	2.004

Startyear for base PS in FTE	A.26	2020
% (+ or -) change in base FTE	A.27	0%
Year of reaching ideal PS FTE	A.28	2023
% change in ideal PS FTE	A.29	0%

Demografia

- Sekcia *Demografia* zahŕňa prehľad demografického zloženia spádovej oblasti nemocnice rozdelený na päťročné kategórie a na mužov a ženy. Ročná zmena sa zobrazí prepnutím A.30. Tieto informácie sa môžu použiť pri nemocničnej politike v rámci špecializácií súvisiacich s určitou vekovou skupinou alebo pohlavím. Starnutie populácie je jasne viditeľné, ak zvolíme neskorší rok ako 2020..

Zdroj: TNO



► Časti rozhrania AFM I až IV umožňujú robiť detailnejšie úpravy KPIs, napríklad pre jednotlivé špecializácie, oddelenia alebo kategórie v nemocnici. V predchádzajúcej časti išlo o detailnosť na druhej úrovni.

► ČASŤ I AFM sa zameriava na lôžka ústavnej (pôvodná anglická skratka CLB) a jednodňovej starostlivosti (pôvodná anglická skratka DCL) Novej nemocnice. Toto predstavuje hlavný objem nemocnice a veľkú časť počiatočnej investície a hrubej podlahovej plochy. KPIs v prvej časti majú veľký vplyv na CapEx a OpEx. Možné nastavenia sú zhrnuté v nasledujúcich dvoch odsekoch.

Zdroj: TNO

[illegible]

Používateľské rozhranie

a. Ústavná starostlivosť (CLB)

- ▶ Produkčné parametre pre ústavnú starostlivosť (CLB) v rámci kombinácií funkčného celku a oddelenia na druhej úrovni sa dajú nastaviť v rámci modelových parametrov CLB.01 až CLB.07.
 - CLB.01 – Nemocničná politika („Policy of the hospital“) – Nemocničná politika sa zameriava na určité funkcie alebo výkony, napríklad prostredníctvom vyššieho počiatočného podielu na trhu. Tento parameter simuluje zvýšenie alebo zníženie počtu príjmov v určitom období.
 - CLB.02 - Pomer DCL:CLB („Effect ratio DCL:CLB“) – Rozhodnutie zvýšiť pomer kapacity jednodňovej starostlivosti v porovnaní s ústavnou kapacitou sa dá simulovať znížením kapacity ústavnej starostlivosti a nahradením tejto kapacity kapacitou jednodňovej starostlivosti. Preto by sa mal tento parameter používať spolu s inými parametrami. Samotný CLB.02 má na svedomí zníženie kapacity ústavnej starostlivosti.
 - CLB.03 – prázdne miesto
 - CLB.04 - % zníženie ALOS („% reduction average length of stay (ALOS)“) – Týmto parametrom sa dá simulovať rozhodnutie aktívne riadiť zníženie ALOS nemocnice. Zvýšením percentuálnej hodnoty sa v čase zníži ALOS.
 - CLB.05 – % obložnosť („% occupancy rate“) – Obložnosť nemocnice sa dá nastaviť upravením percentuálnej hodnoty tohto parametru. Týka sa všeobecnej obložnosti.
 - CLB.06 – Dni („Days“) – Tento parameter naznačuje počet pracovných dní v rámci kapacity ústavnej starostlivosti. Hodnota je nastavená na 365, prístupné roky sa neberú do úvahy. Táto hodnota sa používa na výpočet počtu lôžok.
 - CLB.07 - CLB>>DCL; ALOS – Tento parameter súvisí s CLB.02 a DCL.04. Očakáva sa, že zníženie kapacity ústavnej starostlivosti súvisí s menej špecializovanou starostlivosťou. Tento parameter uvádza vzťah medzi znížením kapacity ústavnej starostlivosti a zvýšením kapacity jednodňovej zdravotnej starostlivosti. Tým pádom sa zvýši ALOS.

b. Jednodňová zdravotná starostlivosť (DCL)

- ▶ Produkčné parametre pre jednodňovú zdravotnú starostlivosť (DCL) na špecializáciu je možné nastaviť parametrami DCL.01 až DCL.05.
 - DCL.01 – Nemocničná politika -/- („Policy of the hospital -/-“) – Nemocničná politika sa prestáva zameriavať na určité funkcie alebo výkony, tento parameter vyjadruje zníženie počtu príjmov v jednodňovej zdravotnej starostlivosti v určitých obdobiach. Toto môže znamenať, že viac funkcií sa premiestni do zariadení regionálnej starostlivosti, čo vyústí do nižšieho počtu príjmov nemocnice.
 - DCL.02 – Nemocničná politika +/+ („Policy of the hospital +/+“) – Nemocničná politika sa zameriava na určité funkcie alebo výkony. Tento parameter simuluje zvýšenie počtu príjmov v jednodňovej zdravotnej starostlivosti v určitých obdobiach. Zazmluvnenie Novej nemocnice môže tiež vyústiť do zvýšenia počtu príjmov. Toto navýšenie sa môže simulovať prostredníctvom tohto parametra.
 - DCL.03 - % ovplyvňujúce využitie vyjadrené v klient/lôžko/deň („% influencing utilization expressed in client/bed/day“) – Obložnosť (OR) lôžok jednodňovej zdravotnej starostlivosti je možné upraviť týmto parametrom. Obložnosť je širšie využívanie dostupných lôžok.
 - DCL.04 - % nahradených CLB > DCL („% substitution CLB > DCL“) – Tento parameter priamo súvisí s CLB.02 a určuje percentuálnu hodnotu zníženia kapacity ústavnej starostlivosti (nastavenej v CLB.02), ktorá bude nahradená jednodňovou zdravotnou starostlivosťou, a tým pádom zapríčini zvýšenie počtu výkonov jednodňovej zdravotnej starostlivosti. Zvyšná časť CLB.02 sa prenesie do iných foriem starostlivosti mimo nemocnice.
 - DCL.05 – Prázdne miesto.
 - DCL.06 – Pracovné dni („Workable days“) – Tento parameter vyjadruje počet pracovných dní v jednodňovej zdravotnej starostlivosti. Východisková hodnota je nastavená na 250 dní za rok, čo vychádza z predpokladu 50 týždňov v roku s piatimi pracovnými dňami za týždeň.
 - DCL.07 – Obložnosť jednodňovej zdravotnej starostlivosti („Occupancy day-care“) – Základný parameter pre DCL.03, vyjadruje počet klientov na lôžko na deň.

Používateľské rozhranie

(2) ČASŤ II

- Časť II AFM sa zameriava na produkčné jednotky operácie a pôrody, ambulantná starostlivosť a lôžka Novej nemocnice. Okrem toho táto časť uvádza aj podrobný vývoj počtu personálu v jednotlivých kategóriách FTE a prevádzkové výdavky spojené s výkonnosťnými štandardmi.

ČASŤ II v rozhraní

Zdroj: TNO

Surgeries & Deliveries (SD)		S&D.01							S&D.02							S&D.03							S&D.04						
		Market share increase surgeries							Market share increase deliveries							Empty slot							Empty slot						
		2014-2060							2014-2060							2010-2015 2015-2020 2020-2025 2025-2030 2030-2040 2040-...							2010-2015 2015-2020 2020-2025 2025-2030 2030-2040 2040-...						
Hospital Total		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%				
TOTAL SURGERIES																													
Deliveries - Ružinov																													
Deliveries - Kramáře																													
Deliveries - Petržalka																													
TOTAL DELIVERIES																													

Outpatient care (OC)		OC.01							OC.02							OC.03							OC.04						
		Market share increase OC treatment							Empty slot							Empty slot							Empty slot						
		2014-2060							2010-2015 2015-2020 2020-2025 2025-2030 2030-2040 2040-...							2010-2015 2015-2020 2020-2025 2025-2030 2030-2040 2040-...							2010-2015 2015-2020 2020-2025 2025-2030 2030-2040 2040-...						
Hospital Total		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%				
Physiotherapy outpatient - Physiotherapy		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%				
Outpatient treatment - Ophthalmology		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%				
Outpatient treatment - Department		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%				

Efficiency - Performance standards FTE and OPEX		PS.01							PS.02							PS.03							PS.04						
		PS FTE at start operation period							PS FTE during operating period							PS OPEX at start operation period							PS OPEX during operating period						
		2014-2060							2014-2060							2014-2060							2014-2060						
Hospital Total		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%				
Physicians		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%				
Pharmacists		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%				

- Produkčné parametre pre operácie a pôrody je možné upraviť zmenou parametrov S&D.01 až S&D.04.
 - S&D.01 – zmena produkcia/podiel na trhu pre operácie, parameter je spojený s A.19 vo východiskovom scenári (viď Postavenie na trhu)
 - S&D.02 – zmena produkcia/podiel na trhu pre pôrody, parameter je spojený s A.20 vo východiskovom scenári (viď Postavenie na trhu)
 - S&D.03 a S&D.04 – prázdne miesta
- Produkčné parametre pre ambulantnú starostlivosť je možné upraviť zmenou parametrov OC.01 až OC.04.
 - OC.01 – produkcia/podiel na trhu pre ambulantnú starostlivosť
 - OC.02, OC.03 a OC.04 – prázdne miesta
- Štandardy výkonnosti personálu a OpEx je možné upraviť zmenou parametrov PS.01 až PS.04.
 - PS.01 – Zmení štandard výkonnosti na začiatku prevádzkovej fázy nemocnice, zvyšuje alebo znižuje požadovanú úroveň efektivity personálu na začiatku prevádzky.
 - PS.02 – Zmení ideálnu úroveň výkonnosti počas prevádzkovej fázy nemocnice, zvyšuje alebo znižuje ideálnu požadovanú úroveň efektivity personálu.
 - PS.03 – Zmení štandard výkonnosti na začiatku prevádzkovej fázy nemocnice, zvyšuje alebo znižuje požadovanú úroveň efektivity OpEx na začiatku prevádzky.
 - PS.04 – Zmení ideálnu úroveň výkonnosti počas prevádzkovej fázy nemocnice, zvyšuje alebo znižuje ideálnu požadovanú úroveň efektivity OpEx.

Používateľské rozhranie

(3) ČASŤ III

- ČASŤ III AFM je zameraná na schému na prispôsobenie základného scenára Novej nemocnice. Táto časť predstavuje požadovanú úroveň nemocnice v porovnaní s holandskými a v určitom rozsahu západoeurópskymi stavebnými štandardmi, intenzitou produkcie a hlavnými nákladovými položkami. Predizajnované benchmarkové výpočty môžu byť upravené v rámci oddelení, špecializácií a nemocničného prostredia, alebo sa môžu pridať nové vplyvy, s ktorými má AFM počítať.

ČASŤ III v rozhraní

Zdroj: TNO

Base case adjustment scheme	BCA.01				BCA.02				BCA.03				BCA.04			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Patient-related facilities - Nursing (patient present)																
General nursing																
Special care																
Child care																

- Úpravy urobené v časti III sú uvedené v poskytnutej schéme na prispôsobenie základného scenára.

(4) ČASŤ IV

- Časť IV AFM sa zameriava na produkčné zloženie nemocnice v Petržalke. Táto časť AFM umožňuje prispôsobiť produkčné zloženie Petržalky ako časť celkovej produkcie Novej nemocnice v rámci oddelenia / špecializácie a/alebo nemocničnej organizácie. Rozhranie zobrazuje ako percentuálnu hodnotu produkcie vykonávanej v nemocnici v Petržalke, tak aj množstvo produkčných jednotiek vykonávaných v Novej nemocnici. V prvej časti rozhrania je možné zvoliť, či sa má produkčné zloženie Petržalky brať do úvahy, alebo nie, aby sa Nová nemocnica zobrazila s vplyvom alebo bez vplyvu produkčnej kapacity Petržalky.

ČASŤ IV v rozhraní

Zdroj: TNO

Petržalka programme		PP.01		PP.02		PP.03		PP.04		PP.05		PP.06	
		Clinical admissions		Dayclinical admissions		Outpatient visits		Diagnostic treatment		Surgeries		Deliveries	
		UH		OHV		ŠAS		SVLZ		SUR		DEL	
Blood bank	Blood bank	0		0		0		31.073		0		0	
Central staff accommodation	Support	0		0		0		0		0		0	
Central sterilization	Central sterilization	0		0		0		0		0		0	
Child care	Pediatrics	975		50%	22	0		0		0		0	

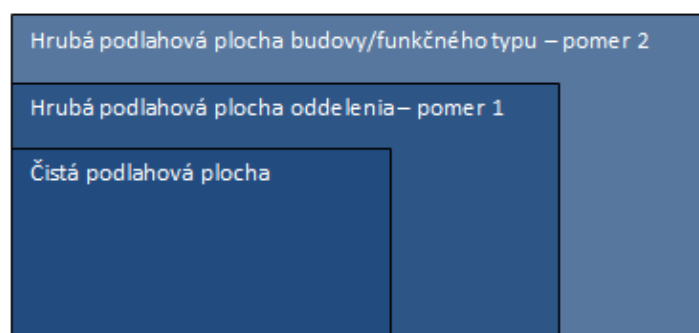
Používateľské rozhranie

Priestorové programovanie

- Na základe informácií poskytnutých nemocnicou o počte UH na špecializáciu a simulovanej budúcej produkcii starostlivosti je vypočítaná veľkosť hlavného produkčného zariadenia. Na tento výpočet sa používa funkčné rozloženie / dimenzovanie na efektívne využívanie z krajín ako sú Holandsko a Veľká Británia. Po určení úžitkovej podlahovej plochy (čistá podlahová plocha) pre každý funkčný celok sa táto plocha prepočíta na hrubú podlahovú plochu (GFA) na oddelenie, použitím pomeru čistej a hrubej podlahovej plochy.

Vzťah medzi čistou a hrubou podlahovou plochou

Zdroj: TNO



- Druhý pomer – pomer čistej a hrubej podlahovej plochy celej nemocnice (alebo špecifického funkčného typu) – sa používa na určenie hrubej podlahovej plochy nemocnice (alebo funkčného typu). Tým sa zohľadnia potrebné plochy vnútorných komunikácií (ktoré spájajú jednotlivé časti) a všeobecné technické plochy budovy. Pre tento druhý pomer sa predpokladá nasledovné:

Pomer medzi čistou a hrubou podlahovou plochou nemocnice alebo funkčného typu

Zdroj: TNO

Funkčný typ	Pomer čistej a hrubej podlahovej plochy
Monolit	165 %
Medicínske oddelenia	155 %
Hotel	150 %
Kancelárske priestory	144 %
Zázemie	140 %

- Počas tvorby AFM sme vzali do úvahy implementáciu programu na základe koncepcie funkčných typov. Rozlišuje sa medzi Medicínskymi oddeleniami, Hotelom, Kancelárskymi priestormi a Zázemím. Tieto odhady nakoniec vedú k celkovému priestorovému programu a priestorovým požiadavkám pre každú hlavnú funkčnú skupinu.

Výstup

- Výstup je vytvorený na základe zdrojových údajov nemocnice, dát poskytnutých Klientom a benchmarkových údajov TNO a ich technických partnerov.
- AFM vytvorí výstup, ktorý závisí od detailného vstupu parametrov v jednotlivých sekciách rozhrania. Výstup zahŕňa investície na funkčný typ, diferencované ceny, náklady na m² na funkčný typ, hrubú podlahovú plochu na jednotku na funkčný typ, počet ukončených hospitalizácií podľa špecializácií, počet lôžok ústavnej starostlivosti a lôžok jednodňovej zdravotnej starostlivosti podľa špecializácie, priemernú ošetrovaciu dobu podľa špecializácie, podiel ukončených hospitalizácií a jednodňovej zdravotnej starostlivosti, prevádzkové a kapitálové výdavky na rok v období 2013 - 2060.

Náklady

OpEx

- V rámci AFM sú vypočítané OpEx na rok 2020 (začiatok prevádzky) na základe OpEx UNB z roku 2013 a benchmarkových hodnôt.
- OpEx sú zložené z viacerých súčastí, konkrétne nákladov na personál (vyjadrené v FTE), tovar a materiály, energie a údržbu. Okrem toho sú náklady na personál ďalej rozdelené do pracovných kategórií. Kategórie sú uvedené v nasledujúcej tabuľke.

Zložky OpEx

Zdroj: TNO

Náklad	Detail
Personál (FTE)	Lekári Lekárnici Ošetrovatelia Pôrodní asistenti Laboranti Technici Asistenti Ostatný zdravotnícky personál Administratívny personál Údržbári
Tovar a materiály (v eurách)	
Energie (v eurách)	
Údržba (v eurách)	

- V prípade potreby je v AFM k dispozícii priestor pre viac častí nákladov, napríklad:
 - Tovar a materiály sa dajú ďalej rozdeliť na lieky, medicínske nástroje, krv, potraviny a všeobecný materiál,
 - Energie sa dajú ďalej rozdeliť na plyn, uhlie, elektrinu, pohonné hmoty a vodu,
 - Údržba môže pozostávať z opráv a služieb.
- Tieto podkategórie sme však v tomto prípade vynechali.
- Ako vstup pre výpočet OpEx boli použité:
 - **Kategórie** použité v každej z častí (v tomto prípade sú na kategórie rozdelené iba náklady na personál).
 - Eskalačné faktory pre roky 2013 – 2060 pozostávajúce z častí uvedených v tabuľke s názvom „Eskalačné faktory“ na nasledujúcej strane. Tieto hodnoty poskytol Klient.
 - **OpEx UNB** v roku 2013 rozdelené do kategórií popísaných v tabuľke s názvom „Náklady nemocnice 2013“.
 - **Benchmarkové údaje o nákladoch** z vybraných západoeurópskych nemocníc a rok, kedy by sa tento benchmark mal dosiahnuť (tabuľka s názvom „Benchmarkové údaje o častiach nákladov“). V tomto prípade by sa mali benchmarky OpEx dosiahnuť v roku 2023. Okrem toho je identifikovaná aj stredná úroveň pre rok 2020, ktorá sa tiež použila ako vstup. Táto stredná úroveň je vypočítaná určením percentuálnej hodnoty, ktorou sa hodnota v roku 2020 líši od benchmarkovej úrovne pre rok 2023, za predpokladu, že čiastočné zvýšenie efektivity nastane po začatí prevádzky v roku 2020. Okrem toho je v rozhraní možné zmeniť úroveň nákladov o určité percento a tieto zmeny sú priamo zahrnuté do vstupov.
- Benchmarky sú vyjadrené dvoma rôznymi spôsobmi v závislosti od kategórie. Benchmarkové údaje pre personál sú vyjadrené v FTE na lôžko v rámci jednotlivých podkategórií. Je dôležité poznamenať, že sa očakáva, že počet laboratórnych pracovníkov bude v rokoch 2013 – 2023 rovnaký ako v roku 2013. Benchmarkové údaje o ostatných častiach nákladov sú vyjadrené ako percento z celkových nákladov, ktoré predstavujú.

Náklady

Eskalačné faktory

Zdroj: EY

Počiatočný CapEx
 Náklady počas životnosti
 Ročný CapEx – budova
 Ročný CapEx – vybavenie
 Ročný CapEx – IKT
 Fixné náklady: Náklady na personál – náklady na zamestnanca
 Fixné náklady: Náklady na služby
 Fixné náklady: Náklady na energiu
 Fixné náklady: Ostatné fixné náklady
 Variabilné náklady: Náklady na materiál
 Index spotrebiteľských cien

Náklady nemocnice 2013

Zdroj: MZ SR

Kategória	Podkategória	Celkom	Jednotka
Personál	Lekári	1 108	FTE
	Lekárnici	32	FTE
	Ošetrovatelia	2 297	FTE
	Pôrodní asistenti	85	FTE
	Laboranti	133	FTE
	Technici	82	FTE
	Asistenti	218	FTE
	Ostatný zdravotnícky personál	501	FTE
	Administratívny personál	379	FTE
	Údržbári	1 179	FTE
Tovar a materiály		41 000	tis. Eur
Energie		5 494	tis. Eur
Údržba		8 162	tis. Eur

Benchmarkové údaje o častiach nákladov

Zdroj: MZ SR, TNO

Kategória	Podkategória	Úroveň v 2020	Úroveň v 2023	Zdroj
Personál (FTE na lôžko)	Lekári	0,559	0,532	Založené na francúzskych, nemeckých a sčasti holandských benchmarkových číslach.
	Lekárnici	0,018	0,017	
	Ošetrovatelia	1,122	1,068	
	Pôrodní asistenti	0,043	0,042	
	Laboranti	128	128	
	Technici	0,064	0,063	
	Asistenti	0,207	0,197	
	Ostatný zdr. personál	0,369	0,351	
	Administratívny personál	0,307	0,301	
	Údržbári	0,755	0,713	
Tovar a materiály (% z celk. nákladov)		24,0 %	21,98 %	Založené na holandských a sčasti nemeckých benchmarkových číslach.
Energie (% z celkových nákladov)		1,60 %	1,40 %	Založené na holandských a sčasti nemeckých benchmarkových číslach.
Údržba (% z celkových nákladov)		4,60 %	4,23 %	Založené na holandských a sčasti nemeckých benchmarkových číslach.

Náklady

- ▶ Model z uvedených vstupných údajov vypočíta predpokladané OpEx v roku 2020.
- ▶ Najskôr sa vypočíta miera efektivity v jednotlivých rokoch obdobia 2020 - 2023 na základe úrovne v benchmarkových údajoch pre roky 2020 a 2023 za predpokladu, že sa efektivita mení každoročne o rovnaké percento.
- ▶ Následne sa vypočíta OpEx pre rok 2020 ako celkové náklady na jednotlivé časti a zároveň sa rozrátajú na jednotlivé oddelenia druhej úrovne.
 - **FTE:** Na výpočet celkového FTE v roku 2020 sa vynásobí úroveň FTE na lôžko v roku 2020 v rámci každej z kategórií počtom lôžok v roku 2020. Následne sa rozráta celkový počet FTE na jednotlivé oddelenia druhej úrovne na základe počtu lôžok na každom z oddelení.
 - **Tovar a materiály:** Na výpočet nákladov na tovar a materiály v roku 2020 sa najprv vypočítajú náklady na ošetrovací deň (ALOS x ukončené hospitalizácie) na rok 2013 a prostredníctvom týchto informácií aj na rok 2020. Celkové náklady v roku 2020 sa vypočítajú vynásobením nákladov na ošetrovací deň celkovým počtom ošetrovacích dní. Celkové náklady sa opäť rozrátajú na oddelenia druhej úrovne, tento krát na základe počtu ošetrovacích dní v každom z oddelení. Toto rozloženie je založené na predpoklade, že výšku nákladov za tovar a materiály je možné približne určiť na základe celkového počtu ošetrovacích dní konkrétneho oddelenia.
 - **Energie a služby:** Pre ostatné časti nákladov (energie a služby) sa najprv vypočítajú náklady na hrubú podlahovú plochu pre rok 2013. Z týchto údajov a benchmarkových informácií sa vypočítajú náklady na hrubú podlahovú plochu v roku 2020. Celkové náklady v roku 2020 sú vypočítané vynásobením nákladov na hrubú podlahovú plochu s celkovou podlahovou plochou v roku 2020. Nakoniec sa celková cena každej z častí prepočíta na oddelenia druhej úrovne, tentokrát na základe hrubej podlahovej plochy jednotlivých oddelení. Toto rozloženie je založené na predpoklade, že výšku nákladov za energie a služby jednotlivých oddelení je možné približne určiť na základe celkovej hrubej podlahovej plochy daného oddelenia.
- ▶ Výstupom OpEx sú výsledky výpočtov, a síce:
 - Ročná miera efektivity od 2020 do 2023
 - Eskalačné faktory pre roky 2013 - 2060
 - Personál: v FTE na oddelenie druhej úrovne
 - Tovar a služby: v nákladoch na ošetrovací deň a počet ošetrovacích dní na oddelenie druhej úrovne
 - Energie: v nákladoch na hrubú podlahovú plochu a hrubú podlahovú plochu na oddelenie druhej úrovne
 - Služby: v nákladoch na hrubú podlahovú plochu a hrubú podlahovú plochu na oddelenie druhej úrovne
- ▶ Ak je to však potrebné, môžu byť priamo získané aj údaje o celkových nákladoch v rámci jednotlivých častí - tovar a materiály, energie a služby.

Miera efektivity (časť výstupu)

Zdroj TNO

		Year														
Subject		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	
Staff	Physicians	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-1,6%	-1,6%	-1,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	Pharmacists	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-1,6%	-1,6%	-1,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	Nurses	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-1,6%	-1,6%	-1,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	Midwives	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-1,0%	-1,0%	-1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	Laborants	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	Technicians	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-0,8%	-0,8%	-0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	Assistants	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-1,6%	-1,6%	-1,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	Other medical staff	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-1,6%	-1,6%	-1,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	Administrative staff	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-0,7%	-0,7%	-0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	Maintenance workers	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-1,9%	-1,9%	-1,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
Goods&Materials	Materials	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-2,9%	-2,9%	-2,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%				0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%				0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%				0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%				0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%				0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%				0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
Energy	Energy	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-4,2%	-4,2%	-4,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%				0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%				0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%				0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%				0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%				0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%				0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%				0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
Maintenance	Services	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-2,8%	-2,8%	-2,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%				0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%				0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%				0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
Depreciation	Medical technology	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%				0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	Other depreciation	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%				0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
Other	Other	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,5%	3,5%	3,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	

Zdroj TNO

	Year													
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Initial CapEx		1,2%	2,6%	2,8%	2,4%	2,8%	3,0%	3,0%	3,0%	2,8%	2,6%	2,5%	2,3%	2,2%
Life-cycle costs		1,2%	2,6%	2,8%	2,4%	2,8%	3,0%	3,0%	3,0%	2,8%	2,6%	2,5%	2,3%	2,2%
Yearly CapEx - building		1,2%	2,6%	2,8%	2,4%	2,8%	3,0%	3,0%	3,0%	2,8%	2,6%	2,5%	2,3%	2,2%
Yearly CapEx - equipment		1,2%	2,6%	2,8%	2,4%	2,8%	3,0%	3,0%	3,0%	2,8%	2,6%	2,5%	2,3%	2,2%
Yearly CapEx - ICT		1,2%	2,6%	2,8%	2,4%	2,8%	3,0%	3,0%	3,0%	2,8%	2,6%	2,5%	2,3%	2,2%
FC: Personnel costs - monetary per unit		4,0%	3,4%	3,1%	2,8%	2,4%	2,8%	3,0%	3,0%	3,0%	2,8%	2,6%	2,5%	2,3%
FC: Cost of services		1,2%	2,6%	2,8%	2,4%	2,8%	3,0%	3,0%	3,0%	2,8%	2,6%	2,5%	2,3%	2,2%
FC: Cost of utilities		1,2%	2,6%	2,8%	2,4%	2,8%	3,0%	3,0%	3,0%	2,8%	2,6%	2,5%	2,3%	2,2%
FC: Other fixed costs		1,2%	2,6%	2,8%	2,4%	2,8%	3,0%	3,0%	3,0%	2,8%	2,6%	2,5%	2,3%	2,2%
VC: Cost of material ???		1,2%	2,6%	2,8%	2,4%	2,8%	3,0%	3,0%	3,0%	2,8%	2,6%	2,5%	2,3%	2,2%
Consumer price index		1,2%	2,6%	2,8%	2,4%	2,8%	3,0%	3,0%	3,0%	2,8%	2,6%	2,5%	2,3%	2,2%

Zdroj TNO

Concatenated	OpEx										OpEx		OpEx		OpEx		OpEx	
	Fixed costs										Variable costs		Fixed costs		Fixed costs		Fixed costs	
	Personnel costs - FTEs (in the first year of operation)										Materials		Cost of utilities		Cost of services		Depreciation	
	Physicians	Pharmac	Nurses	Midwives	Labo	Technician	Assistants	Other med	Administra	Mainten			Area	price per sqm	Area	price per sqm		
	FTEs	FTEs	FTEs	FTEs	FTEs	FTEs	FTEs	FTEs	FTEs	FTEs	Production	EUR/product	sqm	EUR/sqm	sqm	EUR/sqm		Productio
General nursing - Anesthesiology - Hotfloor	2.8	0.1	5.6	0.2	0.6	0.3	1.0	1.8	1.5	3.8	1475	73.00	154	8.31	154	23.95	0	0.00
Laboratory clinical pathology - Burns - Utilities	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.00	166	8.31	166	23.95	0	0.00
Special care - Burns - Utilities	4.1	0.1	8.3	0.3	0.9	0.5	1.5	2.7	2.3	5.6	2294	73.00	457	8.31	457	23.95	0	0.00
General nursing - Intensive medicine - Hotfloor	4.0	0.1	8.1	0.3	0.9	0.5	1.5	2.7	2.3	4.4	2136	73.00	2136	8.31	2136	23.95	0	0.00
General nursing - Transplantation - Hotfloor	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Special care - Surgery - Hotfloor	6.5	0.2	12.9	0.5	1.4	0.7	2.4	4.3	3.5	8.7	3572	73.00	680	8.31	680	23.95	0	0.00
General nursing - Surgery - Hotfloor	36.6	1.1	73.5	2.8	7.9	4.2	13.6	24.2	20.1	49.5	20715	73.00	2019	8.31	2019	23.95	0	0.00
Child care - Pediatrics - Hotel	4.2	0.1	8.3	0.3	0.9	0.5	1.5	2.7	2.3	5.6	2445	73.00	250	8.31	250	23.95	0	0.00
General nursing - Hematology - Hotel	5.7	0.2	11.4	0.4	1.2	0.7	2.1	3.8	3.1	7.7	3199	73.00	314	8.31	314	23.95	0	0.00

Náklady

CapEx

- CapEx sú vypočítané použitím cenových štandardov pre všeobecné nemocnice v Holandsku. Tieto cenové štandardy sú založené na benchmarkových údajoch a môžu sa použiť na nemocnicu ako celok (monolitická štruktúra, viď tabuľka s názvom „Cenový štandard investičných nákladov“).
- Rôzne funkčné celky a funkčné typy využívajú rôznu cenovú hladinu, ktorá je vyjadrená ako percento cenového štandardu monolitckej štruktúry, ktorý je použitý ako východisková hodnota. Priestory medicínskych oddelení majú, koniec koncov, vyššiu cenovú hladinu ako kancelárske priestory. Ten istý princíp je aplikovaný na operačné sály v porovnaní s ambulanciami.
- Okrem toho je cenový štandard prispôbený slovenskej cenovej hladine a berie do úvahy niekoľko predpokladov (viď tabuľka s názvom „Základ pre výpočet investičných nákladov“), ktoré v niektorých prípadoch súvisia s rozhraním (A.08 až A.10).

Cenový štandard CapEx (monolit)

Zdroj: TNO

Náklady na m ² budovy (hrubá plocha)	Bez DPH (20 %)
0.0. Náklady na nákup pozemku	p.m.
1.1. Stavebný materiál (betón, murivo, atď.)	990
1.2. Mechanické zariadenia	383
1.3. Elektrické zariadenia	354
1.4. Pevné vybavenie	130
1.5. Vybavenie miesta	54
1.0. Náklady na výstavbu	1 911
2.0. Právne povinnosti, poistenie	n/a
3.0. Inventár	viď nižšie
4.0. Náklady na dizajn a riadenie výstavby	286
5.0. Úrok počas konštrukčnej fázy	n/a
6.1. Nepredvídateľné udalosti: Náklady na zmeny špecifikácií staviteľa	n/a
6.2. Nepredvídateľné udalosti: Navýšenie miezd a nákladov počas výstavby	n/a
7.0. Počiatočné náklady	29
Celková investícia na m ² (holandská cenová hladina)	2 207
Celková investícia na m ² (slovenská cenová hladina)	1 655

Základ pre výpočet CapEx

Zdroj: TNO

Priemerná výška poschodia (m)	3,75
Doba výstavby v mesiacoch	36
Náklady na dizajn a riadenie výstavby	14 %
Úrok	n/a
Právne povinnosti, poistenie, atď.	n/a
Náklady na zmeny špecifikácií staviteľa	n/a
Navýšenie miezd a nákladov počas výstavby	n/a
Počiatočné náklady	1,50 %
DPH	20 %
Slovenská c.h. v porovnaní s holandskou c.h.	75 %

- Pre jednotlivé funkčné typy je cenová hladina odvodená od celkového štandardu. Tabuľka nižšie uvádza cenovú hladinu jednotlivých funkčných typov v porovnaní s hore uvedenou štandardnou cenovou hladinou.

Náklady

Cenová hladina funkčných typov v porovnaní so štandardnou cenovou hladinou

Zdroj: TNO

Funkčný typ	
Medicínske oddelenia	105 %
Kancelárske priestory	70 %
Hotel	75 %
Zázemie	100 %

- CapEx, ktoré sú vypočítané, sa dajú rozdeliť do troch rôznych kategórií – počiatočné CapEx (v prvom roku prevádzky), náklady životného cyklu a ročné CapEx. Počiatočné a ročné CapEx sú ďalej rozdelené do troch kategórií – budova, vybavenie a IKT.
- Na výpočet týchto CapEx sa musia identifikovať vstupy pre všetky štyri funkčné typy a monolit, keďže jednotlivé funkčné typy majú rôznu životnosť, dobu renovácie atď. Ako vstupy sme použili benchmarkové údaje z nemocníc v Holandsku. Nasledujúce dve schémy predstavujú vstupy pre výpočet CapEx, ktoré zahŕňajú informácie o:
 - Počiatočných CapEx: Životnosť (budovy, vybavenia a IKT) a náklady vyjadrené ako percento stavebných CapEx (na vybavenie a IKT).
 - Ročných CapEx: náklady vyjadrené ako percento počiatočných CapEx a predpokladanej životnosti a pre medicínske vybavenie ako percento ročných dodatočných a maximálnych počiatočných CapEx.
 - Nákladoch životného cyklu: Splátky, náklady na splátku a jej očakávaná životnosť.
- Náklady na vybavenie a IKT sú spojené s počiatočnými investičnými nákladmi na nemocnicu. Tieto náklady sú založené na predpoklade, že nemocnica bude plne funkčnou univerzitnou nemocnicou s najmodernejším vybavením a IKT. Ceny vybavenia a IKT sú nastavené na západoeurópsky štandard, keďže sa predpokladá, že sa nakúpia od známych dodávateľov za západoeurópske ceny.

Vstupy počiatočných CapEx a nákladov životného cyklu

Zdroj: TNO

Basis for the calculation of the costs							General			
	Monolith	Hotfloor	Hotel	Office	Utilities		Community spaces	Central staff accomodation	Workrooms medical specialists	Staff facilities
Lifespan Building		40	25	50	50	25	41	40	37	40
1st installment: number of years from start of operation		10	15	10	10	15	21	20	18	20
2nd installment: number of years from start of operation		20		25		25				
3rd installment: number of years from start of operation		30		40		40				
1st installment: EUL		8	10	10	10	10	10,0	10,0	10,0	10,0
2nd installment: EUL		16		15		15				
3rd installment: EUL		8		10		10				
1st installment: % of initial building capex		10%	15%	10%	10%	15%	35%	35%	35%	35%
2nd installment: % of initial building capex		40%		30%		20%				
3rd installment: % of initial building capex		10%		10%		10%				

Vstupy ročných CapEx a nákladov životného cyklu

Zdroj: TNO

Interest rate		2,0%
Maintenance rate	Yearly % of initial CapEx	0,8%
	EUL as a percentage of EUL of initial Building CapEx	0,0%
Medical equipment	Initial Lifespan	7
	% of investment cost building	25,0%
	Yearly % of initial equipment CapEx	10%
	% yearly add-on	1,0%
	maximum % of initial equipment CapEx	15%
	EUL as a percentage of EUL of initial Equipment Cap	100%
ICT	Initial Lifespan	3
	% of investment cost building	10%
	Yearly % of initial ICT CapEx	25%
	EUL as a percentage of EUL of initial ICT CapEx	100%

Náklady

- Pre výpočty CapEx sa za východiskový rok berie rok začiatku prevádzky. Všetky hodnoty CapEx sú samostatne vypočítané pre všetky jedinečné kombinácie filtra 2 (funkčný celok), 3 (oddelenie) a 4 (funkčný typ).
- Najskôr sme vypočítali počiatočné CapEx na budovu, keďže tieto tvoria základ pre všetky zvyšné CapEx. Vstupom pre výpočty sú benchmarkové údaje a počiatočné stavebné investičné náklady, ktoré sú vypočítané pre každé oddelenie druhej úrovne (náklady na m² hrubej podlahovej plochy na funkčný typ x hrubá podlahová plocha). Všetky zvyšné CapEx a príslušné parametre sú vypočítané zo vstupov počiatočných CapEx na budovu pre všetky jedinečné kombinácie a z benchmarkových údajov.
- Výstup CapEx je zložený z nasledovných súčastí (sčasti uvedené v obrázkoch nižšie):
 - Počiatočné CapEx v eurách a ekonomická životnosť budovy, IKT a vybavenia.
 - Náklady životného cyklu: Pre všetky splátky (najviac 3) náklady ako percento počiatočných CapEx na výstavbu, rok splátky a životnosť ako percento životnosti počiatočnej budovy.
 - Ročné CapEx: náklady ako percento počiatočných CapEx a očakávanej životnosti. Navyše sa pridá, pre náklady na medicínske vybavenie, percento ročných dodatočných a maximálnych počiatočných CapEx, ktoré sa dá dosiahnuť.

Výstup počiatočných CapEx

Zdroj: TNO

	TOTALS		136.043		36.137		17.005	
	CapEx							
	1. Initial CapEx							
	Building	EUL	Equipment	EUL	ICT	EUL		
	EUR 000	Years	EUR 000	Years	EUR 000	Years		
General nursing - Anesthesiology - Hotfloor	266	25	76	7	36	3		
Laboratory clinical pathology - Burns - Utilities	302	25	80	7	38	3		
Special care - Burns - Hotfloor	813	25	216	7	102	3		
General nursing - Intensive medicine - Hotfloor	414	25	110	7	52	3		
General nursing - Transplantation - Hotfloor	0	25	0	7	0	3		
Special care - Surgery - Hotfloor	1266	25	336	7	158	3		
General nursing - Surgery - Hotfloor	3763	25	999	7	470	3		
Child care - Pediatrics - Hotel	296	50	79	7	37	3		
General nursing - Hematology - Hotel	372	50	99	7	47	3		
General nursing - Oncology - Hotel	138	50	37	7	17	3		

Výstup nákladov životného cyklu

Zdroj: TNO

	TOTALS		CapEx		1. Life-cycle costs					
	Range of initial CapEx		2nd installment: %		3rd installment: %		Operation period year number		Range of initial CapEx EUL	
	1st installment: %	2nd installment: %	3rd installment: %	1st installment: %	2nd installment: %	3rd installment: %	1st installment: year number	2nd installment: year number	1st installment: %	2nd installment: %
Hotfloor General nursing - Anesthesiology - Hotfloor	15%			2035			2035		40%	
Utilities Laboratory clinical pathology - Burns - Utilities	15%			2035			2035		40%	
Hotfloor Special care - Burns - Hotfloor	15%			2035			2035		40%	
Hotfloor General nursing - Intensive medicine - Hotfloor	15%			2035			2035		40%	
Hotfloor General nursing - Transplantation - Hotfloor	15%			2035			2035		40%	
Hotfloor Special care - Surgery - Hotfloor	15%			2035			2035		40%	
Hotfloor General nursing - Surgery - Hotfloor	15%			2035			2035		40%	
Hotel Child care - Pediatrics - Hotel	10%	30%	10%	2030	2045	2060	2030	2045	20%	30%
Hotel General nursing - Hematology - Hotel	10%	30%	10%	2030	2045	2060	2030	2045	20%	30%
Hotel General nursing - Oncology - Hotel	10%	30%	10%	2030	2045	2060	2030	2045	20%	30%

Výstup ročných CapEx

Zdroj: TNO

	TOTALS		CapEx		3. Yearly CapEx		starting from 2nd year of operation period		starting from 1st year of operation period	
	RoI initial CapEx		EUL as a percentage of EUL of initial Building CapEx		Percentage of initial 'yearly add-on factor' Maximum percentag		EUL as a percentage of EUL of initial Equipment CapEx		EUL as a percentage of EUL of initial ICT	
	Building	%	Building	%	Equipment	%	Equipment	%	ICT	%
General nursing - Anesthesiology - Hotfloor	0.8%		0.0%		10.0%	1.0%	15.0%	100.0%	25.0%	100.0%
Laboratory clinical pathology - Burns - Utilities	0.8%		0.0%		10.0%	1.0%	15.0%	100.0%	25.0%	100.0%
Special care - Burns - Hotfloor	0.8%		0.0%		10.0%	1.0%	15.0%	100.0%	25.0%	100.0%
General nursing - Intensive medicine - Hotfloor	0.8%		0.0%		10.0%	1.0%	15.0%	100.0%	25.0%	100.0%
General nursing - Transplantation - Hotfloor	0.8%		0.0%		10.0%	1.0%	15.0%	100.0%	25.0%	100.0%
Special care - Surgery - Hotfloor	0.8%		0.0%		10.0%	1.0%	15.0%	100.0%	25.0%	100.0%
General nursing - Surgery - Hotfloor	0.8%		0.0%		10.0%	1.0%	15.0%	100.0%	25.0%	100.0%
Child care - Pediatrics - Hotel	0.8%		0.0%		10.0%	1.0%	15.0%	100.0%	25.0%	100.0%
General nursing - Hematology - Hotel	0.8%		0.0%		10.0%	1.0%	15.0%	100.0%	25.0%	100.0%
General nursing - Oncology - Hotel	0.8%		0.0%		10.0%	1.0%	15.0%	100.0%	25.0%	100.0%

Referencie

“Algemene Ziekenhuis, Bouwmaatstaven voor nieuwbouw” College bouw ziekenhuisvoorzieningen, oktober 2002

“Voorzieningen voor ziekenhuisverpleging, Bouwmaatstaven voor nieuwbouw” Rapportnummer 0.113, College bouw ziekenhuisvoorzieningen, november 2003

“Centrale sterilisatieafdeling, Bouwmaatstaven voor nieuwbouw” College bouw ziekenhuisvoorzieningen, november 2002

“Bouwmaatstaven ten behoeve van nieuwbouwplannen voor dialyse” College bouw ziekenhuisvoorzieningen, januari 2002

“Operatieafdeling, Bouwmaatstaven voor nieuwbouw” Rapportnummer 0.115, College bouw ziekenhuisvoorzieningen, januari 2004

“Beeldvormende en nucleaire technieken, Bouwmaatstaven voor nieuwbouw” Rapportnummer 0.117, College bouw ziekenhuisvoorzieningen, oktober 2004

“Spoedeisende hulp, Bouwmaatstaven voor nieuwbouw” Rapportnummer 0.119, College bouw ziekenhuisvoorzieningen, juni 2005

“Centrum voor radiotherapie, Bouwmaatstaven voor nieuwbouw” College bouw ziekenhuisvoorzieningen, januari 2003

“Verlosafdeling, Bouwmaatstaven voor nieuwbouw” Rapportnummer 0.118, College bouw ziekenhuisvoorzieningen, oktober 2004

“Spreekuurafdeling, poliklinische behandeling en algemeen orgaanfunctieonderzoek, Bouwmaatstaven voor nieuwbouw” Rapportnummer 0.116, College bouw ziekenhuisvoorzieningen, februari 2004

“Laboratoria en ziekenhuisapothek, prestatie-eisen voor nieuwbouw” Rapportnummer 0.120, College bouwzorginstellingen, april 2006

“Bouwmaatstaven ten behoeve van nieuwbouwplannen voor een laboratorium voor klinische chemie” College bouw ziekenhuisvoorzieningen, november 2001

“Bouwmaatstaven ten behoeve van nieuwbouwplannen voor een laboratorium voor medische microbiologie” College bouw ziekenhuisvoorzieningen, februari 2002

“Bouwmaatstaven ten behoeve van nieuwbouwplannen voor een laboratorium voor klinische pathologie” College bouw ziekenhuisvoorzieningen, januari 2002

“Bouwmaatstaven ten behoeve van nieuwbouwplannen voor keukenvoorzieningen in de zorgsector” College bouw ziekenhuisvoorzieningen, april 2000

Referencie

“Onderwijsvoorzieningen algemeen ziekenhuis, signaleringsrapport” College bouw ziekenhuisvoorzieningen, oktober 2003

“Bouwmaatstaven voor werkplaatsen technische dienst in de zorgsector” College bouw ziekenhuisvoorzieningen, februari 2001

“Revalidatiecentrum, Bouwmaatstaven voor nieuwbouw” College bouw ziekenhuisvoorzieningen, oktober 2003

TNO-034-UTC-2010-00171 “Jaarbeeld Bouwkosten Zorgsector 2010,Kostenontwikkelingen van gebouwen in de zorg” TNO, juni 2010

TNO-rapport TNO -UTC-2011-00186 “Bouw in de gezondheidszorg” TNO, oktober 2011

FINANCIELE STATISTIEK 2011 “Algemene ziekenhuizen landelijke tabellen” Dutch Hospital Data, Utrecht, februari 2013

Website of the Statistical office of the Slovak Republic (Štatistický úrad Slovenskej republiky (ŠÚ SR))

“Building Differentiation of Hospitals - layers approach” report number 611, Netherlands Board for Healthcare Institutions, 2007,

Excel-file “Project Hippo_databook_master_16Apr_1805.xlsx” Databook, version 16 april, provided by Ernst and Young (EY)

“Grunddaten der Krankenhäuser 2010” Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 2012

“Statistique Annuelle des établissements de santé” Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistique, Ministère de la santé et des solidarites, 2012

“EUROSTAT, 15-04-2014 (TNO)”

Zhrnutie

Táto príloha bola vypracovaná technickými poradcami z IC BS s cieľom poskytnúť prehľad o možnom dlhodobom strategickom vývoji poskytovania zdravotnej starostlivosti v regionálnom kontexte, ktoré môžu byť relevantné pre Novú nemocnicu, keď sa spustí jej prevádzka.

Pri popisovaní možných dôsledkov poskytovania zdravotnej starostlivosti v regióne Bratislavy využili technickí poradcovia IC BS svoje špecifické znalosti o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a reformách systému zdravotníctva vo Veľkej Británii. Aj keď nie sú priamou súčasťou rámca tejto Štúdie, mali by poskytnúť relevantné poznatky a dôsledky nasledujúcich krokov zameraných na reštrukturalizáciu poskytovania zdravotnej starostlivosti na Slovensku.

- ▶ Na základe získaných informácií môžeme usudzovať, že vo Veľkej Británii existuje potenciál zníženia celkovej lôžkovej kapacity až o 20 %, sprevádzaného znížením ambulantnej kapacity.
- ▶ Hodnota 20% je údajom, na ktorý sa vo veľkej miere odvoláva súčasná politika anglického NHS (z angl. National Health Service – Národná zdravotná služba) a používa sa ako argument pre stratégie na zníženie počtu hospitalizácií. Odhad vo výške 20% vychádza zo skúseností z iných krajín (USA, Nemecko, Španielsko), ktoré tiež zaviedli programy na zníženie počtu hospitalizácií.
- ▶ Tieto závery sú sčasti založené na údajoch získaných z nedávneho výskumu o výskyte ochorení, ktoré reagujú na ambulantnú liečbu (ACSC – z angl. ambulatory care sensitive conditions). Ide o chronické ochorenia, pri ktorých je možné zabrániť akútnemu zhoršeniu stavu pacienta a znížiť potrebu hospitalizácie a potreba hospitalizácie prostredníctvom aktívneho riadenia ochorenia. Ochorenia sa vnímajú ako hospitalizácie, ktorým sa dá potenciálne vyhnúť. Podľa rôznych odhadov je za 50 % - 75 % hospitalizácií pacientov s ACSC zodpovedných asi 5 ochorení.
- ▶ Hoci sa predpokladá, že dopad na počet ambulantných ošetrovaní by mohol byť väčší, ako na počet lôžok, nenašli sme žiadne vyčíslenie tohto vplyvu.
- ▶ Aby sa dosiahlo aj odhadované zníženie dopytu po ústavnej lôžkovej starostlivosti, je nevyhnutné vytvoriť lepšiu a integrovanejšiu zdravotnícku štruktúru s hlavným zameraním na riadenie a starostlivosť o pacientov mimo nemocníc.
- ▶ Predpokladané zníženie o 20 % je založené na skúsenostiach z Veľkej Británie a východiskový bod na začatie znižovania počtu neplánovaných hospitalizácií môže byť v porovnaní s realitou v Bratislave príliš pokročilý – vo Veľkej Británii sa programy na zníženie počtu lôžok presadzujú už niekoľko rokov, takže je táto krajina ďalej na ceste k maximálnej efektívnosti.
- ▶ V prípade Bratislavy sa dá predpokladať, že kvôli súčasným neefektívnostiam v systéme zdravotníctva bude možné dosiahnuť väčšie úspory a hodnota 20% by sa mal vnímať ako minimum.
- ▶ Na zníženie dopytu po nemocničnej starostlivosti by sa mohli realizovať zásahy založené na dôkazoch a zaviesť inovácie v poskytovaní zdravotnej starostlivosti:
 - Presadzovanie primárnej prevencie je vo všeobecnosti nízko nákladové, ale vysoko efektívne. Táto zmena by sa však prejavila až z dlhodobejšieho hľadiska po prijatí rozhodnutia na spustenie činností primárnej prevencie.
 - Podpora pacientov v samostatnej kontrole ACSC je vo všeobecnosti nízko nákladová a, v závislosti od ochorenia, má potenciál významne prispieť k zlepšeniu stavu.
 - Systém telemedicíny môže znížiť dopyt po systéme nemocníc, rozsah tohto zníženia však sčasti závisí od konkrétneho ochorenia.
 - Zavedenie aktívnej kontroly ACSC pacientmi bude vyžadovať značnú prestavbu služieb a bude sa musieť v bratislavskom kontexte vnímať ako dlhodobý zásah.
 - Systémy integrovaného poskytovania zdravotnej starostlivosti sa stále častejšie vnímajú ako modely na zlepšenie výsledkov starostlivosti a služieb pre pacientov. Rôzne chápanie ich aplikácie v praxi a ich ekonomické dôsledky sú nejednoznačné. Zavedenie integrovanej zdravotnej starostlivosti sa musí vnímať ako dlhodobý zásah.
 - Zlepšenie riadenia elektívnych (plánovaných) činností v nemocnici, a hlavne zlepšenie riadenia systému odporúčania do sektora akútnej starostlivosti, bude závisieť od špecifických mechanizmov odporúčania, ktoré momentálne platia v systéme regionálnej starostlivosti na Slovensku. Na Slovensku sa už zavádzajú

Zhrnutie

opatrenia na dosiahnutie tohto zlepšenia, vrátane skúšobných projektov. Malo by sa zväžiť rozšírenie týchto opatrení aj na bratislavský región.

- Riadenie systému neplánovanej a urgentnej starostlivosti vyžaduje mnohonásobné zásahy do miestneho systému poskytovania zdravotnej starostlivosti. Je pravdepodobné, že zlepšenie tohto systému v Bratislave by mohlo priniesť potenciálne výhody pre zníženie dopytu po nemocnici. Tento rozsah bude závisieť na špecifickom miestnom kontexte a systéme neplánovanej zdravotnej starostlivosti.
- Mal by existovať priestor na výrazné zníženie počtu geriatrických lôžok, ale to bude závisieť od vytvorenia podporných štruktúr pre starostlivosť o smrteľne chorých mimo nemocnice. Táto zmena by vyžadovala značné plánovanie a investície a bola by prijateľnou možnosťou iba z dlhodobého hľadiska.
- Dosiahnuť rovnakú úroveň zlepšenia vo všetkých častiach systému súčasne bude náročné, možno dokonca nemožné. Preto je nevyhnutná diskusia o rovnováhe medzi predpokladaným dopadom určitých zmien a jednoduchosťou ich zavedenia. Bolo by užitočným cvičením počas navrhovaného workshopu identifikovať potenciálny vplyv a jednoduchosť zavedenia jednotlivých oblastí zlepšenia výkonnosti.

Strategický rozmer projektu Novej nemocnice v Bratislave

- ▶ Zavedenie najlepších metód výkonnosti a postupov by malo zabezpečiť zlepšenie efektivity nákladov poskytovania zdravotníckych služieb.
- ▶ Prekročenie tohto rámca by vyžadovalo zásadnejšie zmeny. Racionalizácia skupiny nemocníc by mala priniesť značné úspory z rozsahu, a prechod k prepojenému a integrovanému modelu zdravotnej starostlivosti by mal priniesť zníženie v dopyte po poskytovaní nemocničnej starostlivosti.
- ▶ Ak budú zmeny zavedené, ich dopad sa musí vyrovnať zníženiu súčasnej hodnoty celkových nákladov na služby / hrubého príjmu nemocnice.
- ▶ Výstavba nového univerzitného nemocničného zariadenia by sa mala vnímať ako katalyzátor širšej transformácie poskytovania regionálnych zdravotníckych služieb. Investície do súčasného poddimenzovaného sektora regionálnej a primárnej zdravotnej starostlivosti sú preto rovnako rozhodujúce ako investície do novej nemocnice, ak sa má dosiahnuť plne integrovaný vysoko kvalitný model poskytovania zdravotnej starostlivosti.
- ▶ Existujú dve požiadavky pre úspešné dosiahnutie cieľa vybudovať univerzitnú nemocnicu prostredníctvom plánovaného súkromného financovania a zaviesť integrovaný model poskytovania zdravotnej starostlivosti:
 - Zníženie objemu toku príjmov do novej nemocnice, keďže finančné prostriedky sa použijú na podporu vývoja modelu zdravotnej starostlivosti zameraného na prevenciu a lepšie riadenie ochorení v rámci regiónov.
 - Výrazná kapitálová investícia do infraštruktúry a výdavky finančných zdrojov v sektore regionálnej / primárnej starostlivosti, na ktoré tiež nemusia byť k dispozícii finančné prostriedky zo zdrojov verejného sektora
- ▶ Efektívnejšie poskytovanie nemocničných služieb prostredníctvom zvýšenej výkonnosti a primeraného presunu niektorých ošetrovaní do menej nákladnej regionálnej starostlivosti by malo dostatočne vyvážiť potrebné dodatočné investičné náklady.
- ▶ Jedným zo spôsobov, ako vyriešiť nesúlad stimulov medzi nemocnicou financovanou zo súkromných zdrojov a potrebou zníženia dopytu po službách danej nemocnice, by mohlo byť vyvinutie platobných mechanizmov, ktoré by odrážali počiatočnú úroveň aktivít na úrovni najvýkonnejších nemocníc, ale ktoré by zároveň zahŕňali stimulované platobné podmienky a zmluvné ciele na postupný presun služieb do menej nákladnej regionálnej starostlivosti.
- ▶ Najefektívnejším, ale pravdepodobne aj najzložitejším spôsobom, ako vytvoriť skutočne integrovaný model, by bolo poskytnúť finančné stimuly pre jedinú organizáciu, vybratú na základe súťaže, vo forme nových platobných štruktúr, aby investovala do vývinu a riadenia integrovaných nemocníc a zariadení regionálnej a primárnej zdravotnej starostlivosti v bratislavskom regióne.
- ▶ Alternatívnym modelom, o ktorom sa dá uvažovať, je umiestniť pripojené alebo začlenené zariadenia primárnej a regionálnej starostlivosti v blízkosti primerane umiestnených nemocníc. Tieto primárne a regionálne zdravotnícke služby by poskytoval prevádzkovateľ nemocnice, čím by sa zaručilo, že zisk, ktorý vygenerujú tieto služby, ostane prevádzkovateľovi.

Zhrnutie

- Bolo by oveľa jednoduchšie a zvláduteľnejšie vytvoriť zmluvu na toto obmedzené zahrnutie služieb primárnej a regionálnej starostlivosti a potrebných priestorov na jednom mieste, ako regionálne.

Úvod

- Účelom tejto prílohy je rozobrať argumenty pre nové spôsoby organizácie zdravotníckych služieb na regionálnej, alebo nižšej úrovni, ako odpoveď na potrebu významných zlepšení výkonnosti v rámci efektivity a kvality služieb. Príloha čerpá zo skúseností z Veľkej Británie a z iných krajín a sústreďuje sa na oblasti, ktoré sú najrelevantnejšie pre situáciu v Bratislave.
- Prvá časť sa zaoberá potenciálnymi oblasťami zlepšenia výkonnosti – zlepšenie výsledkov zdravotnej starostlivosti prostredníctvom inovácií v ich poskytovaní – a druhá časť analyzuje možné dôsledky pre organizáciu infraštruktúry poskytovania zdravotnej starostlivosti a regionálnu, alebo nižšiu, úroveň.

Oblasti pre zlepšenie výkonnosti

- Podobne ako niektoré iné zdravotné systémy, britský NHS zaznamenal za posledných 15 rokov sériu iniciatív na dosiahnutie výrazného zlepšenia výkonnosti v rámci účinnosti a efektívnosti zdravotnej starostlivosti. Zmeny vo veľkom rozsahu čerpali z dostupných údajov, aby identifikovali oblasti, kde je možné dosiahnuť úspory alebo výnosy. V regionálnom kontexte sa využívajú high-level ukazovatele, ktoré poskytujú informácie pre plánovanie a vytvorenie názorov na rozsah potenciálnych úspor z efektivity v rôznych aspektoch zdravotnej starostlivosti a ktoré sú základom návrhov ako tieto úspory dosiahnuť. Počas niekoľkých rokov sa tieto ukazovatele menili, v závislosti od prevládajúcich priorit alebo trvalého dosahovania cieľov. Vo všeobecnosti však boli tieto aktivity zamerané na nasledujúce oblasti:
 - Zavádzanie procesuálnych zmien na optimalizáciu efektívneho využívania zdrojov na rôznych úrovniach systému zdravotníctva, od oddelení v rámci nemocníc, akými sú úrazové oddelenie a pohotovosť, cez nemocnicu ako celok až k širšiemu regionálnemu systému, v ktorom je nemocnica umiestnená.
 - Presunutie miest poskytovania zdravotnej starostlivosti do nového, pravdepodobne menej nákladného prostredia transformáciou služieb k regionálnej zdravotnej starostlivosti.
 - Systematickejšia a iniciatívnejšia kontrola chronických ochorení v čo najväčšom rozsahu mimo nemocnice, aby sa tak zlepšili výsledky zdravotnej starostlivosti, obmedzilo neprimerané využívanie nemocníc a dopad na rozdiely v zdravotnej starostlivosti.
 - Populačný prístup k plánovaniu a poskytovaniu služieb, aby sa zdroje nasmerovali k pacientom s najväčšími potrebami a aby sa presunulo zameranie z pacientov s vysokou frekvenciou návštev na väčšiu časť populácie.
 - Zvýšenie množstva samoliečby prostredníctvom prenesením zodpovednosti na samotných pacientov, aby sa tak podporili pacienti v aktívnom podieľaní sa na vlastnom zdraví, a tiež zvýšenie úlohy verejných programov podporujúcich zdravie, ako napr. program proti fajčeniu.
 - Integrovanejšie modely starostlivosti, v rozsahu od „virtuálnej“ integrácie, cez spoločné protokoly, až po integrované tímy, spoločné rozpočty v rámci primárnej a sekundárnej starostlivosti a organizačnú integráciu, aby sa zlepšila skúsenosť pacientov a optimalizovalo sa efektívne využívanie zdrojov zdravotnej starostlivosti.
- Súčasný program určil niekoľko cieľových oblastí a stanovil rozsah ročných finančných ziskov, ktoré je možné dosiahnuť¹⁶⁹ (*Cieľové oblasti pre zlepšenie výkonnosti a potenciálne anualizované finančné zisky v NHS v Anglicku*). Bolo identifikovaných niekoľko „vysoko účinných zásahov“, ktoré môžu byť zavedené, aby sa dosiahli tieto ciele¹⁷⁰ (*Zásahy s výrazným vplyvom, NHS Anglicko 2014*). Vychádzajú z predošlého odporúčaného súboru zásahov, ktoré sprevádzalo niekoľko odhadov potenciálnych úspor alebo výhod¹⁷¹ (*Zmeny s výrazným vplyvom, 2004*).

Cieľové oblasti pre zlepšenie výkonnosti a potenciálne anualizované finančné zisky v NHS v Anglicku

Ukazovateľ	Najnovšia hodnota	Najnovší anualizovaný finančný výnos (£ mil.)
Ambulantné vyšetrenia	7900,68 (Počet ambulantných vyšetrení na 100,000 obyv.)	304,8
Skrátenie ošetrovacej doby	13,52 (Úspora lôžkodní v %)	246,9
Riadenie prvého kontrolného vyšetrenia	2,03 (Ukazovateľ prvého kontrolného vyšetrenia)	231,9
Urgentné hospitalizácie	381,24 (Urgentné hospitalizácie na 100,000 obyvateľov)	196,5
Opätovné urgentné hospitalizácie (do 14 dní)	5,36 (Opätovné urgentné hospitalizácie (%))	185,5
Ambulantné vyšetrenia DNA	8,28 (DNA %)	64,2
Neelektívne lôžkodní pred úkonom	1,66 (Ukazovateľ lôžkodní pred úkonom)	54,1
Kontrola podmienok na operáciu	88,99 (Počet operácií na 100,000 obyvateľov)	48,0
Zvyšovanie podielu jednoduchovej chirurgie	79,09 (podiel jednoduchových operácií (%))	16,1
Elektívne lôžkodní pred úkonom	0,26 (Ukazovateľ lôžkodní pred úkonom)	14,8

Pozn.: DNA – „Did not attend“- Pacient sa plánovaného vyšetrenia nezúčastnil

¹⁶⁹ NHS Better Care, Better Value Indicators. <http://www.productivity.nhs.uk/?percentileId=2&yearQtrId=18&IndicatorTypeId=1>

¹⁷⁰ <http://www.england.nhs.uk/2014/01/24/any-town/>

¹⁷¹ NHS Modernisation Agency (2004) 10 High Impact Changes for service improvement and delivery: a guide for NHS leaders.

Oblasti pre zlepšenie výkonnosti

Zásahy s výrazným vplyvom, NHS Anglicko 2014

Zmena s výrazným vplyvom	Ciele
1. Skorá diagnostika	Skoré odhalenie a diagnostika zvýši mieru prežitia a zníži celkové liečebné náklady
2. Znížiť rôznorodosť v rámci primárnej starostlivosti pomocou optimalizácie používania liekov a následných odporúčaní	Zníženie nechcených odlišností v odporúčaní a predpisovaní liekov v primárnej starostlivosti na zlepšenie výsledkov liečby a skúsenosti pacienta, pri súčasnom dosahovaní finančných úspor
3. Samokontrola: spoločenstvo pacientov a poskytovateľov starostlivosti	Program samokontrola pre pacientov trpiacich na dlhodobé ochorenie, ktorí sa navzájom vzdelávajú a podporujú
4. Telemedicina	Využívať systém telemedicíny na transformáciu zdravotnej starostlivosti tým, že sa pacientom poskytne sebadôvera, aby sami efektívnejšie kontrolovali svoje ochorenie v súčinnosti s ich lekármi
5. Riešenie prípadov a koordinovaná starostlivosť	Riešenie jednotlivých prípadov starších pacientov a pacientov s dlhodobým ochorením v rámci viacerých špecializácií
6. Psychické zdravie – systém RAID (Rapid Assessment Interface and Discharge)	Psychiatrické konzultačné služby poskytujú starostlivosť o mentálne zdravie pacientov, ktorí sú liečení vo všeobecných nemocniciach na telesné ochorenia
7. Starostlivosť o ľudí trpiacich demenciou	Zlepšiť výsledky zdravotnej starostlivosti a dosiahnuť efektívnosť v starostlivosti o pacientov trpiacich demenciou vytvorením plne integrovaného prepojeného modelu
8. Paliatívna starostlivosť	Služba paliatívnej starostlivosti vedená konzultantom na regionálnej úrovni

Zmeny s výrazným vplyvom, 2004

Zmena s výrazným vplyvom	Očakávaný účinok (v rámci kontextu NHS v roku 2004)
1. Vnímanie jednotňovej chirurgie ako normy pre elektívne operácie	Uvoľnenie takmer 500,000 lôžkodní hospitalizovaných pacientov ročne
2. Zlepšenie prúdenia pacientov po celom NHS zlepšením prístupu k hlavným diagnostickým testom	Ušetrenie nepotrebné čakacej doby pacientov v rozsahu 25m týždňov
3. Kontrola rozdielov v prepúšťaní pacientov, aby sa znížila ošetrovacia doba	Uvoľnenie 10% lôžkodní pre iné činnosti
4. Kontrola rozdielov v procese hospitalizácie pacientov	Možné zníženie počtu zrušených operácií z neklinických dôvodov zo 70,000 ročne o 40%
5. Vyhybanie sa nepotrebným kontrolným vyšetreniam a poskytnutie potrebných kontrolných vyšetrení v správnom prostredí zdravotnej starostlivosti	Ušetrenie pol milióna vyšetrení na ortopédii, ORL, oftalmológii a dermatológii ročne
6. Zvyšovať spoľahlivosť výkonu terapeutických zásahov prostredníctvom prístupu „Care bundle“	Uvoľnenie približne 14,000 lôžkodní skrátením ošetrovacej doby len v intenzívnej starostlivosti
7. Uplatňovanie systematického prístupu k starostlivosti o ľudí s dlhodobým ochorením	Zníženie počtu urgentných hospitalizácií o 250,000
8. Zlepšiť prístupnosť pacienta znížením počtu radov	Zníženie počtu dodatočných FFCE potrebného na dosiahnutie cieľov elektívnej prístupnosti o 165,000
9. Optimalizovanie prúdenia pacientov cez úzky profil služieb použitím šablón procesu	Môže uvoľniť až 15-20 % súčasnej kapacity na riešenie problémov s čakacou dobou
10. Prebudovanie a rozšírenie úloh v súlade s efektívnym liečebným procesom pacienta, aby sa tak prilákala a udržala efektívna pracovná sila	Uvoľnenie viac než 1,500 FTE z času všeobecných lekárov/konzultantov, čo poskytne priestor pre ďalších 80,000 interakcií s pacientom týždenne

Kľúčové body v tabuľkách Cielové oblasti pre zlepšenie výkonnosti a potenciálne anualizované finančné zisky v NHS v Anglicku a Zásahy s výrazným vplyvom, NHS Anglicko 2014 vo vzťahu k Projektu HIPPO

- Vo Veľkej Británii sa momentálne ciele koncentrujú na oblasti súvisiace so starostlivosťou o pacienta mimo nemocnice a riadením toku pacientov do akútnych nemocníc (to znamená zníženie počtu ambulantných vyšetrení a urgentných príjmov).

Oblasti pre zlepšenie výkonnosti

- ▶ Skrátenie ošetrovacej doby a optimalizácia efektívneho využívania zdrojov zostávajú najväčšou prioritou, ale iné záležitosti týkajúce sa prevádzky nemocnice, ako narastajúci podiel jednodňovej chirurgie alebo predoperačná hospitalizácia pacienta, sú oblasťami kde môžu byť dosiahnuté iba menej významné zisky.
- ▶ V bratislavskom kontexte bude dôležité vziať do úvahy, aká je relatívna dôležitosť/ váha týchto potenciálnych zlepšení, a ak to bude možné, odhadnúť finančné zisky.
- ▶ Potenciálne zásahy na dosiahnutie spomínaných zlepšení výkonnosti (v tabuľke *Zásahy s výrazným vplyvom, NHS Anglicko 2014*) sú popísané detailnejšie v ďalšej časti tohto dokumentu. Z porovnaní v tabuľkách *Zásahy s výrazným vplyvom, NHS Anglicko 2014* a *Zmeny s výrazným vplyvom, 2004* je jasné, ako sa odporúčané zásahy vyvíjali v priebehu času vo Veľkej Británii – dôraz, ktorý bol kladený na jednodňovú chirurgiu a ambulantnú starostlivosť, napríklad už nie je kladený za cieľ, nakoľko výkonnosť v tomto ukazovateli dosahuje svetové/ európske štandardy a pozornosť sa presúva na maximalizáciu využitia intervenčnej rádiológie na obmedzenie alebo predchádzanie hospitalizáciám a zlepšenie výsledkov pre pacienta.
- ▶ Zoznam zmien s výrazným vplyvom pre Bratislavu by nevyhnutne zahŕňal kombináciu tých, ktoré boli vymenované v tabuľkách *Zásahy s výrazným vplyvom, NHS Anglicko 2014* a *Zmeny s výrazným vplyvom, 2004*, ale musel by byť prispôbostený miestnym potrebám. Predpokladaný dopad na systém zdravotnej starostlivosti (stĺpec 2 v tabuľke *Zmeny s výrazným vplyvom, 2004*) je špecifický pre kontext NHS v roku 2004 – vplyv zlepšenia v pomere jednodňovej chirurgie by boli iný (menší) v NHS v roku 2014 a samozrejme aj v podmienkach Slovenskej republiky.
- ▶ Viaceré ciele stanovené v oblasti zlepšenia výkonnosti majú rôzne implikácie pre typ a priestorovú konfiguráciu zdravotníckej infraštruktúry, ako aj pre dizajn a organizáciu služieb. Väčšina úsilia vo Veľkej Británii založená na týchto cieľoch sa zameriava na služby a infraštruktúru mimo nemocnice. Lehoty na prijímanie radikálnych zmien na subregionálnej úrovni sú dlhšie než pre verejné obstarávanie novej nemocnice.

Hlavné oblasti vyžadujúce zásah

Existuje široké prepojenie medzi oblasťami zlepšenia výkonnosti, na ktorú sa v súčasnosti upriamuje pozornosť v NHS a prioritnými oblasťami zásahov, ktoré nedávno určila organizácia the King's Fund, v ktorej je popredný tím odborníkov v oblasti zdravotnej starostlivosti¹⁷². V nasledujúcom texte sme zosummarizovali hlavné oblasti potenciálne relevantné pre projekt v Bratislave – upozorňujeme, že ide iba o subjektívne zhodnotenie založené na našich poznatkoch o miestnych potrebách a súvislostiach.

Primárna prevencia

- ▶ Základná prevencia zahŕňa činnosti týkajúce sa zníženia výskytu chorôb a zdravotných problémov v obyvateľstve, buď prostredníctvom všeobecných opatrení, ktoré obmedzujú riziká súvisiace so životným štýlom a ich príčiny, alebo zameraním sa na vysoko rizikové skupiny. Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) odhaduje, že 80 % prípadov srdcových chorôb, mozgových príhod a cukrovky typu 2 a 40 % prípadov rakoviny by bolo možné predísť, ak by boli rizikové faktory životného štýlu eliminované¹⁷³. Primárna prevencia je nákladovo vysoko efektívna v porovnaní mnohými typmi liečby. Takmer polovica z viac ako 250 štúdií týkajúcich sa prevencie publikovaných v roku 2008 dokazuje vznik nákladov pod £6,400 na rok v zlepšenej kvalite života (QALY) a takmer 80 % nákladov nižších ako je limit vo výške £30,000 používaný vo Veľkej Británii na hodnotenie nákladovej efektívnosti¹⁷⁴.

Sekundárna prevencia

- ▶ Sekundárna prevencia zahŕňa systematické odhaľovanie počiatočných štádií chorôb a zasiahnutie pred tým, než sa symptómy naplno rozvinú. Sekundárna prevencia je založená na rade zásahov, ktoré sú často vysoko nákladovo efektívne a pri ktorých sa očakáva prudký vplyv na očakávanú dĺžku života a miestne rozdiely v zdravotnej starostlivosti, ak by zavedené vo veľkom rozsahu^{175 176}. Skoré odhalenie a diagnóza môže zlepšiť percento prežitia a znížiť celkové náklady na liečbu¹⁷⁷.
- ▶ Jedným z potenciálnych nástrojov sekundárnej prevencie je tzv. telemedicína. Vo Veľkej Británii boli za posledné desaťročie zaznamenané výrazné snahy na zavedenie tohto systému. Argumenty pre jeho účinnosť sú rôzne, ale zdá sa, že pri dvoch ochoreniach má určitý vplyv na počet hospitalizácií – chronická obštrukčná choroba pľúc („CHOCHP“) a zlyhanie srdca. Prieskumy naznačujú, že vplyv na niektoré kritériá (zníženie počtu návštev pohotovostných ambulancií, hospitalizácií a priemernej ošetrovacej doby) bol konzistentnejší v prípade pľúcnych a srdcových chorôb ako v prípade cukrovky a hypertenzie¹⁷⁸. V prípade cukrovky sa hodnotenia sústreďujú na dosiahnutie výsledkov v súvislosti s glykemickou kontrolou s určitým zaznamenaným úspechom¹⁷⁹. Ďalšia oblasť sa týka starostlivosti o pacientov s mozgovou príhodou, v rámci ktorej jedna štúdia, napríklad, uvádza potenciálny 20 % pokles lôžkodní¹⁸⁰. V súvislosti s CHOCHP sa podľa rôznych štúdií priemerný ročný počet hospitalizácií, ktoré nasledovali po zásahu prostredníctvom telemedicíny, pohybuje v rozmedzí od žiadnych výrazných zmien v porovnaní s bežnou starostlivosťou¹⁸¹ až k výrazným úsporám. Podobný princíp môžeme pozorovať aj pri zlyhaniach srdca (viď. *Niektoré zistenia zo skúšky „telemedicína“*).

¹⁷² Naylor C et al (2013) *Transforming our health care system. Ten priorities for commissioners*. King's Fund.

¹⁷³ WHO (2005) *Preventing Chronic Diseases: A vital investment*. Geneva: World Health Organization.

www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf

¹⁷⁴ Van Gils PF, Tariq L, Verschuuren M, van der Berg M (2010) Cost-effectiveness research on preventive interventions: a survey of the publications in 2008. *European Journal of Public Health*, 21(2), 260-4.

¹⁷⁵ Department of Health (2009) *Tackling Health Inequalities: 2006-08 Policy and data update for the 2010 national target*.

www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_109469

¹⁷⁶ National Audit Office (2010) *Tackling Inequalities in Life Expectancy in Areas with the Worst Health and Deprivation: Executive summary*.

www.nao.org.uk/report/tackling-inequalities-in-life-expectancy-in-areas-with-the-worst-health-and-deprivation/

¹⁷⁷ Lovibond et al (2011) Cost-effectiveness of options for the diagnosis of high blood pressure in primary care: a modelling study, *The Lancet* 378, 1219-1230.

¹⁷⁸ Paré G, Jaana M, Sicotte C (2007) Systematic review of home telemonitoring for chronic diseases: the evidence base. *J Am Med Inform Assoc*;14:269-77.

¹⁷⁹ Steventon et al. (2012) Effect of telehealth on use of secondary care and mortality: findings from the Whole System Demonstrator cluster randomised trial. *BMJ*, 344: e3874.

¹⁸⁰ Bayer S, Petsoulas C, Cox B, Honeyman A, Barlow J (2010) Facilitating stroke care planning through simulation modelling. *Health Informatics Journal* 16, 129-143.

¹⁸¹ Pinnock H, McKinstry B, Hanley J, Pagliari C et al (2013) Effectiveness of telemonitoring integrated into existing clinical services on hospital admission for exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: researcher blind, multicentre, randomised controlled trial. *BMJ* 347:f6070

Hlavné oblasti vyžadujúce zásah

Niektoré zistenia zo skúšky „telemedicína“

CHOCHP	Zlyhanie srdca
Zníženie počtu hospitalizácií o 107 v priebehu 30 zimných týždňov v skupine iba 47 pacientov, čo znamená vyhnutie sa aspoň 2¼ hospitalizácií na pacienta ročne	Zo systematickej kontroly dôkazov vyplýva, že sa telemonitoring (v rátane telefonického podpory) javí ako efektívny nástroj na zlepšenie výsledkov v prípade pacientov s kongestívnym zlyhaním srdca (CHF) ¹⁸²
Zníženie počtu návštev pohotovostnej služby (52%), neplánovaných hospitalizácií (57%), vyšetrení u všeobecného lekára (67%), domácich návštev všeobecného lekára (85%) ¹⁸³	Očakávaný počet hospitalizácií znížený o 36% ¹⁸⁴
60% zníženie počtu neplánovaných hospitalizácií pacientov s CHOCHP, so znížením miery hospitalizácií z pôvodných 42% na 9%. ¹⁸⁵	Počet neplánovaných hospitalizácií pacientov s CHF znížený o 33% ¹⁸⁶
Niekoľko štúdií uvádza zníženú mieru urgentných hospitalizácií pacientov s domácim monitorovaním a telefonickou podporou ¹⁸⁷	6-14% úspora v počte lôžkodní po 24 mesiacoch, v závislosti od typu zásahu ¹⁸⁸
Zníženie počtu hospitalizácií o 107 v priebehu 30 zimných týždňov v skupine iba 47 pacientov, čo znamená vyhnutie sa aspoň 2¼ hospitalizácií na pacienta ročne	Aktuálnejšia štúdia nezistila u 1 653 pacientov so srdcovým zlyhaním žiadny výrazný vplyv na využívanie nemocníc alebo úmrtnosť ¹⁸⁹

- Na základe programu Whole System Demonstrators, ktorý zahŕňal doposiaľ najrozsiahlejšie náhodné kontrolné testovanie systému telemedicína (zameraného na CHOCHP, zlyhanie srdca a cukrovku), sa po roku (pre všetky ochorenia) zaznamenali nasledovné zmeny:
 - 15 % zníženie počtu návštev pohotovostných ambulancií
 - 14 % zníženie počtu elektívnych hospitalizácií
 - 14 % zníženie počtu lôžkodní
 - 8 % zníženie tarifných nákladov (náklady poklesli v prípade nemocníc viac ako v sektore primárnej starostlivosti)
- V rámci uvedeného programu sa zistilo, že rozdiel v nákladoch nemocnice medzi CHOCHP a pacientmi so zlyhaním srdca bol vyšší ako v prípade pacientov s cukrovkou (hoci interval spoľahlivosti rozdielu bol veľmi široký pri všetkých troch skupinách)¹⁹⁰, čo podporilo zistenia iných výskumov.

Samokontrola - spoločenstvo pacientov a poskytovateľov starostlivosti

- Cieľom je predstaviť programy samokontroly pre dlhodobu chorých pacientov. Títo pacienti a ďalší si navzájom pomáhajú pri vzdelávaní a podpore. Podporu samokontroly môžeme vnímať ako súbor techník a nástrojov, ktoré pomáhajú pacientom zvoliť si zdravý životný štýl, a ako zásadnú zmenu vzťahu pacienta a poskytovateľa starostlivosti na partnerstvo založené na spolupráci^{191 192}. Existuje niekoľko zavedených programov samokontroly, ktorých cieľom je umožniť pacientom, aby si sami zlepšovali zdravie a ktoré pokladajú za veľmi dôležité uistiť sa, že zásahy sú prispôbené konkrétnemu ochoreniu¹⁹³. Ukázalo sa, že tieto programy znížili

¹⁸² Inglis SC, Clark RA, McAlister FA, Ball J, Lewinter C, Cullington D, et al. Structured telephone support or telemonitoring programmes for patients with chronic heart failure. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;8:CD007228.

¹⁸³ <http://telecareaware.com/telehealth-can-achieve-85-reduction-in-gp-home-visits-uk/#sthash.OQ7IVDC9.dpuf>

¹⁸⁴ <http://telecareaware.com/rmp-henry-ford-reduce-admissions/#sthash.PDDQ96Bh.dpuf>

¹⁸⁵ <http://telecareaware.com/outcome-data-ni-abstract/#sthash.631RoQC7.dpuf>

¹⁸⁶ <http://telecareaware.com/outcome-data-ni-abstract/#sthash.631RoQC7.dpuf>

¹⁸⁷ Steventon et al. op cit.

¹⁸⁸ Bayer & Barlow

¹⁸⁹ Chaudhry SI, Mattera JA, Curtis JP, Spertus JA, Herrin J, Lin Z, et al. Telemonitoring in patients with heart failure. *N Engl J Med* 2010;363:2301-9.

¹⁹⁰ Steventon et al. op cit.

¹⁹¹ de Sliva D (2011) *Helping People Help Themselves*. London: The Health Foundation.

¹⁹² Richardson et al (2008) Cost Effectiveness of the Expert Patients Programme for patients with chronic conditions. *J Epidemiol Community Health*, 62, 361-367

¹⁹³ de Sliva op cit.

Hlavné oblasti vyžadujúce zásah

počet neplánovaných hospitalizácií pacientov s CHOCHP a astmou¹⁹⁴ a prispeli k zlepšeniu dodržiavania liečby a v dodržiavaní liečby a brania liekov¹⁹⁵. Argumenty vychádzajúce z nákladov a prínosov sú dvojznačnejšie, ale minimálne jedna analýza nákladov naznačuje, že je možné znížiť výdavky v iných častiach systému¹⁹⁶.

Kontrola ACSC

- Ochorenia, ktoré reagujú na ambulantnú starostlivosť, (ACSC) sú chronické ochorenia – ako napríklad kongestívne zlyhanie srdca, cukrovka, astma, angína, epilepsia a hypertenzia – pri ktorých je možné predísť zhoršeniu stavu a potrebe hospitalizácie prostredníctvom aktívnej kontroly. Metódy zahŕňajú využitie nástrojov stratifikácie rizika a softvéru podpory klinických rozhodnutí v praxi všeobecných lekárov, kontrola ochorení a podpora samokontroly, programy zamerané na zmeny v správaní, zlepšenia kvality primárnej a sekundárnej zdravotnej starostlivosti, ako napríklad zvýšená spojitosť starostlivosti u všeobecného lekára, lepší regionálny systém objednávk mimo ordinačných hodín v primárnej starostlivosti, jednoduchý prístup k urgentnej starostlivosti pre pacientov s akútnymi zhoršenými ochoreniami¹⁹⁷.
- Významný podiel všetkých akútnych nemocničných činností súvisí s ACSC, ktorým sa dá predísť. V NHS v roku 2012/13 bola pätina (20,1 %) z celkového počtu zaznamenaných urgentných hospitalizácií zapríčinená jedným z 27 ochorení definovaných ako ACSC a päť ochorení predstavovalo viac ako polovicu z týchto hospitalizácií¹⁹⁸. V roku 2009/10 urgentné hospitalizácie vyplývajúce zo základného súboru 19 ACS ochorení stáli NHS Anglicko £1,42mld¹⁹⁹ (pozri tabuľku 5). Podľa King's Fund by urgentné hospitalizácie pacientov s ACSC bolo možné znížiť o 8 % - 18 % jednoducho tým, že sa vyriešia zmeny v starostlivosti a rozšíria sa existujúce osvedčené postupy, čím sa ušetrí £96m - £238m²⁰⁰.

Päť dlhodobých ACSC je zodpovedných za 75 % hospitalizácií (2012/13)²⁰¹

Ochorenie	Podiel z celkového počtu hospitalizácií a výskytu
Iná chronická obštrukčná choroba pľúc	24 % (200 hospitalizácií na 100,000 obyvateľov)
Fibrilácia a flutter predsieni	12 % (100 hospitalizácií na 100,000 obyvateľov)
Astma	12 % (100 hospitalizácií na 100,000 obyvateľov)
Zlyhanie srdca	12 % (100 hospitalizácií na 100,000 obyvateľov)
Angína pectoris	12 % (100 hospitalizácií na 100,000 obyvateľov)

Multidisciplinárne riešenie prípadov a integrovaná / koordinovaná starostlivosť

- Vytvorenie starostlivosti zameranej na pacienta, ktorá je koordinovanejšia v rámci zdravotníckych prostredí a v čase, sa stále viac vníma ako nevyhnutné, a to najmä u pacientov s dlhodobými chronickými a medicínsky zložitými chorobami, alebo u starších osôb, pre ktoré môže byť ťažké "zorientovať" sa v roztrieštených systémoch zdravotnej starostlivosti²⁰². Neexistuje jediný model na koordináciu starostlivosti, ale dôkazy nasvedčujú tomu, že spoločné poskytovanie zdravotnej a sociálnej starostlivosti, ktoré vedie k multidisciplinárnemu tímovému prístupu, pravdepodobne dosahuje lepšie výsledky než modely, ktoré sa

¹⁹⁴ Purdy S (2010) *Avoiding Hospital Admissions. What does the research evidence say?* London: The King's Fund.

www.kingsfund.org.uk/publications/avoiding_hospital.html

¹⁹⁵ Challis D, Hughes J, Berzins K, Reilly S, Abell J, Stewart K (2010) *Self-care and Case Management in Long-term Conditions: The effective management of critical interfaces*. London: HMSO. www.netscc.ac.uk/hedr/projdetails.php?ref=08-1715-201

¹⁹⁶ Stearns SC, Bernard SL, Fasick SB, Schwartz R, Konrad TR, Ory MG, DeFries GH (2000) The economic implications of self-care: the effect of lifestyle, functional adaptations, and medical self-care among a national sample of Medicare beneficiaries. *American Journal of Public Health*, 90(10), 1608-12.

¹⁹⁷ Purdy S (2010) *Avoiding Hospital Admissions. What does the research evidence say?* London: The King's Fund.

www.kingsfund.org.uk/publications/avoiding_hospital.html

¹⁹⁸ Blunt I (2013) *Focus on preventable admissions. Trends in emergency admissions for ambulatory care sensitive conditions, 2001 to 2013*. The Health Foundation & Nuffield Trust.

¹⁹⁹ Tian Y, Dixon A, Gao H (2012) *Emergency Hospital Admissions for Ambulatory Care-sensitive Conditions: Identifying the potential for reductions*. London: The King's Fund. www.kingsfund.org.uk/publications/data-briefing-emergency-hospital-admissions-ambulatory-care-sensitive-conditions

²⁰⁰ Tian et al (op cit).

²⁰¹ NHS England (March 2014) *Emergency admissions for Ambulatory Care Sensitive Conditions – characteristics and trends at national level*.

²⁰² Ham C, Dixon J, Chantler C (2011) Clinically integrated systems: the future of NHS reform in England? *British Medical Journal*, 342: d905.

Hlavné oblasti vyžadujúce zásah

spoliehajú na jednu alebo obmedzený počet stratégií^{203 204 205}. Zvýšenie zručností a kompetencie terénnych služieb je dôležitým faktorom pri poskytovaní koordinovanejšej starostlivosti.

- ▶ Nie sú síce k dispozícii dostatočné dôkazy dosiahnutých zlepšení zdravia, ale zlepšená nadväznosť a koordinácia starostlivosti môže mať významný vplyv na kvalitu života a skúsenosti týchto skupín pacientov^{206 207}. Predpovedať vplyv na náklady a nákladovú efektívnosť je pomerne zložité, ale je pravdepodobné, že v krátkodobom horizonte bude nízky, vzhľadom na potrebné vstupné investície. Zdravotnícke systémy, ktoré využívajú tieto modely koordinovanej starostlivosti, sú však zvyčajne spojené s nižšími nákladmi, ako aj lepšími výsledkami a vyššou spokojnosťou pacientov²¹⁰.

Zvládanie elektívnej (plánovanej) aktivity

- ▶ Vo Veľkej Británii sa miera odporúčania na špecialistu v rámci jednej geografickej oblasti líši medzi jednotlivými všeobecnými lekármi až desaťnásobne^{211 212}. Je za to zodpovedná široká škála klinických a neklinických faktorov²¹³. Výskum, ktorý je k dispozícii, naznačuje, že podstatná časť činností je dobrovoľná a dalo by sa jej vyhnúť, alebo ju presmerovať. Lepšie riadenie elektívnej nemocničnej činnosti je preto nevyhnutné, a to systematickým prehodnocovaním a kontrolou odporúčaní s ohľadom na benchmarking v porovnaní s inými postupmi a zlepšením kvality odporúčaní a zabezpečením toho, že pacienti sú plne zapojení do rozhodovacieho procesu.

Zvládanie urgentnej a pohotovostnej (neplánovanej) aktivity

- ▶ V Anglicku vzrástla návštevnosť pohotovosti medzi rokmi 2003/4 a 2011/12 o 30 %²¹⁴, aj napriek zavedeniu nových foriem urgentnej starostlivosti, ako sú tzv. walk-in centrá (pohotovostné centrá, v ktorých sa riešia menej závažné prípady) a centrá urgentnej starostlivosti. Počet urgentných hospitalizácií sa tiež ďalej zvyšoval, medzi rokmi 2008/9 a 2011/12 narástol o 5%. Existuje mnoho dôvodov pre tieto trendy, vrátane náročnejších pacientov, ktorí nie sú ochotní čakať na návštevu všeobecného lekára.
- ▶ Riešenie zlých postupov, zlepšenie nadväznosti starostlivosti a sprehľadnenie systémov urgentnej a pohotovostnej starostlivosti^{215 216} by malo významný vplyv a zlepšilo skúsenosť pacienta. Toto si vyžaduje vytvorenie integrovaného prístupu k urgentnej a pohotovostnej starostlivosti vrátane nemocničných, regionálnych, primárnych a záchranných služieb prostredníctvom spoločného plánovania a zdieľania klinických informácií. Integrovanější model urgentnej a pohotovostnej starostlivosti, ktorý by dokázal zvládnuť dopyt účinnejšie, má potenciál byť výrazne nákladovo efektívnejší ako súčasné usporiadanie.
- ▶ Zvládnutie systému neplánovanej a urgentnej starostlivosti si vyžaduje viac zásahov v celom miestnom zdravotnom systéme. Niektoré z nich sú zamerané na toky pacientov v rámci nemocnice, aby sa urýchlilo

²⁰³ Singh D, Ham C (2005) *Transforming Chronic Care: Evidence about improving care for people with long-term conditions*. University of Birmingham, Health Services Management Centre.

²⁰⁴ Powell Davies G, Williams AM, Larsen K, Perkins D, Roland M, Harris MF (2008) Coordinating primary health care: an analysis of the outcomes of a systematic review. *Medical Journal of Australia*, 188(S8), S65–S68.
www.mja.com.au/public/issues/188_08_210408/pow11099_fm.html

²⁰⁵ Kodner D (2009) All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthcare Quarterly*, 13, 6-15.
www.longwoods.com/content/21091

²⁰⁶ Hofmarcher, Oxley H, Rusticelli E (2007) *Improved Health System Performance through Better Care Coordination*. Health Working Paper No. 30. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development.

²⁰⁷ Starfield B (1998) *Primary Care: Balancing health needs, services and technology*. Oxford: Oxford University Press.

²⁰⁸ Bodenheimer T (2008) Co-ordinating care – a perilous journey through the health care system. *New England Journal of Medicine*, 358, 1064-70.

²⁰⁹ RAND Europe (2012) *National Evaluation of the Department of Health's Integrated Care Pilots*.

²¹⁰ Singh and Ham, op cit.

²¹¹ Creed F, Gowrisunkur J, Russell E, Kinsey J (1990) General practitioner referral rates to district psychiatry and psychology services. *British Journal of General Practitioners*, 40(340), 450-4.

²¹² Ashworth M, Clement S, Sandhu J, Farley N, Ramsay R, Davies T (2002) Psychiatric referral rates and the influence of onsite mental health workers in general practice. *British Journal of General Practice*, 52, 474, 39-41.

²¹³ Foot C, Naylor C, Imison C (2010) *The Quality of GP Diagnosis and Referral*. London: The King's Fund.

²¹⁴ www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Statistics/Perfomancedataandstatistics/AccidentandEmergency/DH_077485 ;
www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Statistics/Perfomancedataandstatistics/AccidentandEmergency/DH_087973

²¹⁵ Lattimer V, Burgess A, Knapp F, Dalton S, Brailsford S, Moore M, Baverstock J, Heaney D (2010) *The Impact of Changing Workforce Patterns in Emergency and Urgent Out-of-hours Care on Patient Experience, Staff Practice and Health System Performance*. London: National Institute for Health Research. www.netscc.ac.uk/hsdr/projdetails.php?ref=08-1519-97

²¹⁶ Gandhi TK (2005) Fumbled handoffs: one dropped ball after another. *Annals of Internal Medicine*, 142, 352-8.

Hlavné oblasti vyžadujúce zásah

posúdenie, roztriedenie a prijatie, alebo odporúčenie pacientov. Tieto zásahy môžu byť relatívne nízko nákladové a zahŕňajú najmä organizačné zmeny. Samotné zlepšenie vnútorných procesov v nemocnici je však nedostatočné, a môže dokonca viesť k nežiaducim dôsledkom, ako je zablokovanie nižších úrovní poskytovania starostlivosti, keď systém mimo nemocnice nie je schopný vyrovnáť sa s rýchlejším prepúšťaním späť do spoločenstva starších pacientov (veľa bude záležať na miestnej podpornej štruktúre pre túto časť obyvateľstva). Ďalším nežiaducim dôsledkom je „ponukou vyvolaný dopyt“ – keď sa systém neplánovanej starostlivosti stáva efektívnejším, zaplní sa pacientmi, pre ktorých je pohodlnejšie navštíviť pohotovosť, ako čakať na návštevu všeobecného lekára.

Zlepšenie riadenia primárnej starostlivosti pre starostlivosť o smrteľne chorých

- Existujú dôkazy, podľa ktorých vytvorenie koordinovanej regionálnej konzultačnej služby paliatívnej starostlivosti môže zlepšiť kvalitu bez potreby dodatočných nákladov²¹⁷. Vyžaduje si to zlepšenie systematickej identifikácie pacientov, ktorí sú na konci života, a následné poskytovanie adekvátnej podpory zlepšením koordinácie starostlivosti, nadväznosti, kvality komunikácie a poskytovanie starostlivosti o pozostalých²¹⁸. Pravdepodobne bude priestor na úspory nákladov, a to najmä vďaka zníženiu nepotrebných hospitalizácií v sektore akútnej starostlivosti.

²¹⁷ Addicott R, Dewar S (2008) *Improving Choice at End of Life. A descriptive analysis of the impact and costs of the Marie Curie Delivering Choice Programme in Lincolnshire*. London: The King's Fund. www.kingsfund.org.uk/publications/improving-choice-end-life

²¹⁸ Midhurst MacMillan (2013) *Community Specialist Palliative Care Service, Delivering end-of-life care in the community*. London: The King's Fund.

Implikácie pre modelovanie dopytu nemocnice

- ▶ Vzhľadom na tieto zistenia navrhujeme, aby sa najskôr vykonalo modelovanie teoretického dopadu na dopyt po lôžkoch, ktorý predstavuje 20 % zníženie počtu všetkých neplánovaných hospitalizácií v bratislavskej nemocnici.
- ▶ Následne navrhujeme preskúmať vplyv výraznejšieho zníženia (40 %) počtu neplánovaných hospitalizácií pacientov s CHOCHP (najvýznamnejšie ACSC vo Veľkej Británii) a 30 % zníženie neplánovaných hospitalizácií pacientov so zlyhaním srdca.
- ▶ Modelovanie by sa malo vykonať bez akýchkoľvek predpokladov o čase potrebnom na to, kým sa prejavia zmeny v dopyte, ale časová dynamika je zjavne dôležitá. Nie je možné zaviesť potrebnú infraštruktúru mimo nemocnice súčasne s otvorením novej nemocnice.
- ▶ V praxi to znamená, že ak novopostavené nemocničné zariadenie bude menšie (t.j. s počtom lôžok o 20 % menším ako v prípade normálnej prevádzky), bude potrebné zabezpečiť, aby sa tento 20 % rozdiel vyrovnal poskytnutím lôžok inde v miestnom nemocničnom systéme.

Zlepšenie výkonnosti a transformácia služieb

- Zlepšenie výkonnosti v týchto oblastiach bude vyžadovať – a mať za následok – významné zmeny v spôsobe konfigurácie zdravotníckych služieb v bratislavskom regióne. Je možné, že to bude vyžadovať podporné zmeny politiky a legislatívy a zároveň silné politické a zdravotnícke vedenie, aby sa tak zabezpečila podpora verejnosti.
- Dosiahnuť rovnakú úroveň zlepšenia vo všetkých častiach systému súčasne bude náročné, možno dokonca nemožné. Preto sa musí prediskutovať rovnováha medzi predpokladaným dopadom určitých zmien a jednoduchosťou ich zavedenia.
- Typické dôvody zlyhania programov transformácie zahŕňajú nedostatok vôle a schopností zo strany vedenia, nedostatok organizačných schopností a vedomostí, slabá zodpovednosť a výkonnosť relevantného personálu a nesúlad medzi ambíciami celej organizácie a cieľmi jednotlivých zamestnancov/tímov.
- Okrem toho bude potrebné pozorne zvážiť náklady na presun (napr. presun personálu alebo zníženie jeho počtu, zaobstaranie novej techniky, poskytovanie zdvojených služieb počas presunu, rekonštrukcia alebo poskytnutie nových budov).
- Tabuľka nižšie, ktorá vychádza z práce fondu King's Fund²¹⁹, predstavuje subjektívne hodnotenie oblastí zlepšenia výkonnosti podľa ich relatívneho vplyvu a jednoduchosti zavedenia v kontexte Veľkej Británie.
- *Hodnotenie bude pravdepodobne pre slovenský kontext odlišné. Bolo by užitočným cvičením počas navrhovaného workshopu identifikovať potenciálny vplyv a jednoduchosť zavedenia jednotlivých oblastí zlepšenia výkonnosti.*

	Zlepšenie zdravotného stavu	Skúsenosť pacienta	Finančné úspory	Jednoduchosť zavedenia
Primárna prevencia	V	S	S	S
Sekundárna prevencia	V	S	S	S
Samokontrola	S	V	N	N
Kontrola ACSC	V	S	S	S
Koordinovaná / integrovaná starostlivosť	V	V	N	N
Riadenie elektívnych činností	S	S	S	S
Riadenie neplánovaných činností	V	V	V	N
Zlepšenie starostlivosti o smrteľne chorých		V	S	S

Nízky vplyv / nízka jednoduchosť (vysoká zložitosť)
Stredný vplyv / stredná jednoduchosť
Vysoký vplyv / vysoká jednoduchosť (nízka zložitosť)

²¹⁹ Naylor C et al, op cit.

Vplyv na nemocničnú infraštruktúru

Všeobecné princípy

Pri rekonfigurácii nemocničných služieb je potrebné optimalizovať štyri prepojené prvky: kvalitu a bezpečnosť, pracovnú silu, náklady, prístupnosť. Je to problematické kvôli tomu, že medzi nimi existujú zložité kompromisy a závislosti. Medzi kompromisy patria napr.:

- Kompromis medzi kvalitou a prístupom, napríklad v prípade vyrovnávania centralizácie služieb – umiestnenie bežných elektívnych úkonov do vysoko efektívnych „produkčných centier“ a sústredenie vysoko špecializovaných služieb do popredných centier – toto však pre pacientov znižuje prístupnosť k vysoko vzdelaným špecialistom a diagnostickým a iným technológiám.
- Kompromisy medzi kvalitou a finančnými výnosmi, ktoré sa dosiahnu prostredníctvom koncentrácie služieb, a sociálnymi a zdravotnými dopadmi pre pacientov z dôvodu zhoršenej prístupnosti.

Príkladom závislosti medzi službami sú pediatrické a pôrodné služby, kde by odstránenie pediatrie mohlo ohroziť aj pôrodné služby, ktoré sa spoliehajú, že sa o novorodencov postarajú pediatri.

Náklady

- Prevádzková efektivita, ktorá sa dá dosiahnuť v nemocnici, je obmedzená²²⁰. Kým v rámci nemocnice sa toho dá urobiť veľa, významné zlepšenie efektivity, zníženie kapacity nemocnice a finančné úspory vyžadujú okrem toho aj zmenu v spôsobe, akým pacienti prúdia do a z nemocnice, ako je uvedené vyššie v tejto prílohe.
- Je však nepravdepodobné, že sa rekonfiguráciou z krátkodobého hľadiska dosiahnu významné úspory nákladov. Dôvodom je dĺžka času potrebná na vytvorenie a zavedenie opatrení a fakt, že niektoré opatrenia môžu vyžadovať prechodnú a kapitálovú podporu pre novú infraštruktúru a vybavenie. Z krátkodobého hľadiska by však rekonfigurácia mohla zlepšiť *kvalitu a bezpečnosť*.
- Pre „optimálny“ rozsah nemocničných služieb existuje len málo argumentov – „nemocnice“ zahŕňajú rôzne služby, z ktorých každá má vlastné faktory ovplyvňujúce efektivitu, a sú umiestnené v špecifickom regionálnom a štátnom kontexte. Optimálny rozsah ovplyvnia aj zmeny zdravotníckych technológií v čase, keďže umožňujú, aby boli služby poskytované v novom prostredí mimo nemocnice. Napríklad, štúdia publikovaná v roku 1998, ktorá tvrdí, že ekonomické argumenty pre zatvorenie malých nemocníc sú nedostatočné, ale zlúčenie určitých služieb by zvýšilo kvalitu a ušetrilo peniaze²²¹, by pravdepodobne v súčasnosti prišla k iným záverom. Podľa najnovších argumentov je optimálna veľkosť všeobecnej nemocnice v rozmedzí 200 až 600 lôžok²²², ale tento počet bude pravdepodobne pre regionálne sekundárne a terciárne nemocnice, ktoré zahŕňajú vzdelávanie, nedostatočný.

Prístupnosť

- Udržanie alebo zvýšenie prístupnosti k zdravotníckym službám v rámci regiónu, či už ide o služby potrebné v naliehavých prípadoch alebo služby potrebné bežne, je často predmetom silného politického tlaku. Zabezpečenie rovnováhy medzi tlakom na centralizáciu určitých služieb a poskytnutím dobrej prístupnosti pre starších a chudobnejších je v rámci zdravotníctva tiež sociálnym problémom a problémom kvality. Potreba cestovania do veľkých vzdialeností nie je iba nepohodlná a nákladná, ale pri ľuďoch s ohrozením života je spojená s horšími výsledkami²²³. Rozhodujúcim faktorom je však načasovanie začatia primeranej liečby, takže toto riziko sa môže znížiť zásahmi záchranárov, prípadne rýchlym prístupom k špecialistom, keď je už pacient v nemocnici²²⁴.
- Spôsob poskytovania čo najväčšieho objemu starostlivosti v širšom spoločenstve, v rámci ktorého sa vo väčšej vzdialenosti poskytujú iba špecializované služby, sa už používa v starostlivosti o pacientov s mozgovou príhodou. Akútna starostlivosť sa poskytuje v špecializovaných centrách, kým rehabilitácia sa poskytuje regionálne.

²²⁰ Palmer K (2011) *Reconfiguring Hospital Services: Lessons from South East London*. London: The King's Fund. Available at: www.kingsfund.org/publications/reconfiguring.html

²²¹ Normand C (1998) 'Ten popular health economic fallacies'. *Journal of Public Health*, 20(2), 129-32.

²²² Aletras V (1997) *Concentration and Choice in the Provision of Hospital Services: The relationship between volume and the scope of activity and hospital costs*. CRD Report no. 8, part 2. York: NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York.

²²³ Nicholl J, West J, Goodacre S, Turner J (2007) 'The relationship between distance to hospital and patient mortality in emergencies'.

Emergency Medicine Journal, 24, 665-68.

²²⁴ Spurgeon P, Cooke M, Fulop N, Walters R, West P, 6 P, Barwell F, Mazelan P (2010) *Evaluating Models of Service Delivery: Reconfiguration principle*. National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation programme. London: HMSO.

Vplyv na nemocničnú infraštruktúru

Regionálne poskytovanie starostlivosti o pacientov s rakovinou sa tiež stáva stále častejším, chemoterapia sa poskytuje v miestnom prostredí alebo doma.

Kvalita a bezpečnosť

- ▶ Existuje veľa argumentov na podporu centralizácie niektorých služieb, ako napr. služieb týkajúcich sa mozgovej príhody alebo úrazov a vysoko špecializovaných chirurgických úkonov, ako napr. operácia srdca detí^{225 226}. Ostatné centralizované služby zahŕňajú služby týkajúce sa rakoviny, transplantácií, obličiek, operácie ciev u dospelých (aneuryzma aorty, karotická endarterektómia). Pre ostatné ochorenia neexistuje spojenie medzi objemom poskytovaných služieb a výsledkami a kde takéto spojenie existuje, môže byť hranica na zvýšenie kvality malá²²⁷. Môže byť rovnako dôležité pozrieť sa aj na iné faktory, ako napr. počet ošetrovateľov²²⁸, zdroje systému nemocnice²²⁹, dodržiavanie pravidiel a presunu vedomostí²³⁰ a schopnosť poskytnúť nepretržité pokrytie lekármi s atestáciou a bez atestácie.

Pracovná sila

- ▶ Tlak na pracovnú silu je dôsledkom rovnováhy medzi počtom lekárov a ošetrovateľov vo vzdelávaní a dopytom. Vo Veľkej Británii a iných krajinách bola zavedená európska smernica o pracovnom čase, ktorá obmedzila počet hodín, ktoré môžu odpracovať lekári bez atestácie, čo spôsobilo, že je pre menšie jednotky ťažšie a nákladnejšie poskytovať nepretržitú zdravotnú starostlivosť. Tento tlak sa môže obmedziť nasadzovaním skúseného ošetrovateľského personálu namiesto lekárov bez atestácie a silnejšou tímovou spoluprácou presahujúcou jednotlivé odbory, aby sa tak zabezpečilo zdieľanie znalostí a kvalifikácie.

Trendy akútnych a všeobecných nemocníc

- ▶ Trendy uvedené vyššie sú realitou vo Veľkej Británii už niekoľko rokov a významne ovplyvňujú úlohy a charakter akútnych a všeobecných nemocníc. Počas fungovania NHS sa nemocničné služby pravidelne reorganizovali a racionalizovali, aby odzrkadlili vývoj v zdravotníctve – pokrok v medicíne a chirurgii, ktorý viedol k špecializácii klinického personálu a k centralizácii služieb do menšieho počtu väčších nemocníc.
- ▶ Od spustenia NHS v roku 1948 sa počet akútnych nemocníc znížil o 85% a počet nemocníc, kde sa poskytuje vysoko špecializovaná starostlivosť, sa znížil ešte výraznejšie. Všeobecnú akútnu starostlivosť poskytovalo v roku 2011 asi 200 nemocníc. Priemerná veľkosť nemocnice sa zvýšila zo 68 lôžok na vyše 400 a priemerná akútna štátna nemocnica má vyše 580 dostupných lôžok²³¹.
- ▶ V anglickom NHS sa celkový počet lôžok všeobecných a akútnych nemocníc pre špecializovanú starostlivosť (s výnimkou lôžok jednodňovej zdravotnej starostlivosti) znížil z 300,000 (1987-88) na 156,000 (2010-11) a následne ďalej na 136,000 (2013-14). Počet lôžok jednodňovej zdravotnej starostlivosti sa zvýšil z 2,000 koncom 80. rokov minulého storočia na 12,000 v rokoch 2013-14²³².
- ▶ Okrem zníženia počtu lôžok sa odpočinok na lôžku stále zriedkavejšie vníma ako súčasť liečby. Väčšina bežných chirurgických zákrokov sa vykonáva ako jednodňová chirurgia. Priemerná ošetrovacia doba v nemocnici klesla zo 7,9 dňa (2002-3) na 5,3 dňa (2011-12) (medián ošetrovacej doby klesol z dvoch dní na jeden deň)²³³.

²²⁵ Spurgeon et al, op cit.

²²⁶ NHS Specialised Services (2011). *Safe and Sustainable: A new vision for children's congenital heart services in England*. Consultation document. Available at: www.specialisedservices.nhs.uk/safeandsustainable

²²⁷ Glanville J, Duffy S, Mahon J, Cardow T, Brazier H, Album V (2010) *Impact of Hospital Treatment Volumes on Patient Outcomes*. York Health Economics Consortium, Cooperation and Competition Panel Working Paper Series 1. York: University of York.

²²⁸ Friese CR, Lake ET, Aiken LH, Silber JH, Sochalski J (2008) 'Hospital nurse practice environments and outcomes for surgical oncology patients'. *Health Services Research* 43(4), 1145-63.

²²⁹ Bellal J, Morton JM, Hernandez-Boussard T, Rubinfeld I, Faraj C, Velanovich V (2009) 'Relationship between hospital volume, system clinical resources, and mortality in pancreatic resection'. *Journal of the American College of Surgeons*, 208(4), 520-27.

²³⁰ Schell MT, Barcia A, Spitzer AL, Harris HW (2008). 'Pancreaticoduodenectomy: Volume is not associated with outcome within an academic health care system'. *HPB Surgery*, 825940.

²³¹ Imison, C (2011) *Reconfiguring Hospital Services*. The King's Fund.

²³² <http://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/bed-availability-and-occupancy/bed-data-overnight/>

²³³ <http://www.nuffieldtrust.org.uk/data-and-charts/length-stay-hospital-england>

Príklady z Veľkej Británie

Príklad 1: Základné predpoklady novej nemocnice v Pembury

Dohodnutý prístup k znižovaniu počtu hospitalizácií v rámci modelovania činností na podporu navrhnutého podnikateľského projektu použil nasledovné predpoklady:

- ▶ Pacienti starší ako 75 rokov zaberali viac ako 50 % akútnych lôžok v štátnej nemocnici. Predpokladalo sa, že sa tento počet zníži o 20 % vďaka zavedeniu programu efektívneho znižovania počtu hospitalizácií.
- ▶ Hlavným cieľom programu na zníženie počtu hospitalizácií bola starostlivosť o starších pacientov, lebo sa predpokladalo, že pokles v prípade chirurgických prípadov (najväčšia časť zvyšku) by bol menej pravdepodobný.
- ▶ Spočiatku sa mal program zamerať na chronické ochorenia, nie na akútne, keďže tie v starostlivosti o starších pacientov výrazne prevládali.
- ▶ Predpokladalo sa, že program nadobudne účinnosť dva roky pred otvorením novej nemocnice.

Hodnota 20 % nebude konštantná počas celej doby trvania. Vyplýva to z populačného vývoja obyvateľstva, kde podiel populácie starších obyvateľov rastie rýchlejšie ako celková populácia spádovej oblasti.

Príklad 1: Rekonfigurácia služieb v Severnom Írsku

Celkový vplyv na činnosť nového modelu starostlivosti, ktorý sa v Severnom Írsku v súčasnosti postupne zavádza, závisí od prostredia poskytovania starostlivosti, ale vo všeobecnosti platí:

- ▶ Bude stačiť nižšia kapacita nemocníc – približne o 350 menej lôžok a o 30 % menej ambulantných ošetrovaní v porovnaní s rokmi 2008/2009. Toto zodpovedá zníženiu o cca. 1 150 nemocničných lôžok a o cca. 40 % ambulantných ošetrovaní v porovnaní s variantom Nerobiť nič pre roky 2014/2015, ktorý bol vytvorený pre program transformácie.
- ▶ Bude potrebná vyššia kapacita regionálne poskytovaných služieb – približne o 20 % viac návštev u všeobecného lekára, o 15 % viac miestnych kontaktov so zdravotnou starostlivosťou v porovnaní s rokmi 2008/2009, čo zodpovedá 5 % navýšeniu v prvom prípade a 1% navýšeniu v druhom prípade v porovnaní so scenárom „nerobiť nič“ pre roky 2014/15. Plánované zvýšenie produktivity služieb poskytovaných miestne prispievajú k tejto zvýšenej kapacite.

Strategický rozmer pre Bratislavu

Situácia v bratislavskom regióne

- ▶ V súčasnosti, dokonca aj bez zmeny v rovnováhe medzi činnosťami vykonávanými regionálne a v nemocnici, sa naskytá veľká príležitosť na zvýšenie nákladovej efektivity poskytovania nemocničných služieb pre pacientov, ktorí navštevujú existujúcu skupinu nemocníc, prostredníctvom niekoľkých metód zlepšenej výkonnosti a postupov.
- ▶ Ak však chceme dosiahnuť viac, budú potrebné zásadnejšie zmeny. Racionalizácia skupiny nemocníc by mala priniesť významné úspory z rozsahu v rámci režijných nákladov a zníženú potrebu existencie rovnakých oddelení. Okrem toho sa zdá, že pacienti, ktorí v súčasnom modeli poskytovania starostlivosti vyhľadávajú liečbu v nemocniciach, by mohli byť liečení rovnako efektívne a pri menších nákladoch regionálne, keby boli takéto služby k dispozícii.
- ▶ Ak by sa takéto zmeny zaviedli, ich vplyv musí vynahradiť zníženie súčasných celkových nákladov na služby / hrubého príjmu nemocnice.
- ▶ Súčasný stav nemocničných zariadení v Bratislave nepodporuje poskytovanie efektívnych a výkonných moderných zdravotníckych služieb. Takéto služby vyžadujú modernú infraštruktúru – budovy, špeciálne vybavenie a informačné technológie. Postavenie nového nemocničného zariadenia, ktorého veľkosť vychádza z najaktuálnejších znalostí o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, by sa malo vnímať ako základný katalyzátor pre rozsiahlejšiu zmenu vo výkonnosti regionálnych zdravotníckych služieb.
- ▶ Aj keď integrované a menej nemocnične orientované zdravotnícke služby, hoci v oboch prípadoch sa zníži počet pacientov, ktorí potrebujú hospitalizáciu, a náklady na liečbu podstatnej časti pacientov, sa nestanú realitou bez výraznej investície do súčasného nedostatočne rozvinutého sektora regionálnej a primárnej starostlivosti. Preto investícia do tejto oblasti je rovnako potrebná ako aj investícia do novej nemocnice, ak sa má dosiahnuť plne integrovaný, vysoko kvalitný model poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Financovanie potenciálne prepojeného a integrovaného modelu

- ▶ Primárnym cieľom klienta je zrealizovať projekt novej vzdelávacej nemocnice pomocou určitej formy súkromného financovania tak výstavby, ako aj prevádzkovania zariadenia. Druhým strategickým úsilím klienta je integrovanejší, menej nemocnične orientovaný model starostlivosti v Bratislavskom kraji. Aby sme to dosiahli, je potrebné splniť tieto dve hlavné požiadavky:
 - Zníženie objemu toku príjmov do novej nemocnice, keďže finančné prostriedky sa použijú na podporu vývoja modelu zdravotnej starostlivosti zameraného na prevenciu a lepšie riadenie ochorení v rámci regiónov.
 - Výrazná kapitálová investícia do infraštruktúry a výdavky finančných zdrojov v sektore regionálnej/primárnej starostlivosti, na ktoré tiež nemusia byť k dispozícii finančné prostriedky zo zdrojov verejného sektora.
- ▶ Zdravotnícku infraštruktúru bratislavského regiónu nie je možné efektívne nahradiť / úplne zmodernizovať na súčasné štandardy bez výrazných dôsledkov vo forme nákladov, či už pôjde o jednorazový kapitálový výdavok, alebo o jednorazové platby. Efektívnejšie poskytovanie nemocničných služieb prostredníctvom zvýšenej výkonnosti a primeraného presunu niektorých ošetrovaní do menej nákladnej regionálnej starostlivosti by malo dostatočne vyvážiť potrebné dodatočné investičné náklady.

Zosúladenie stimulov v integrovanom súkromne riadenom modeli poskytovania starostlivosti

- ▶ V súkromne riadenej nemocnici s platobným mechanizmom, ktorý je výlučne alebo prevažne založený na činnostiach, by sa podporovanie prijatia preventívneho prístupu a menej nákladných ošetrovaní mimo nemocnice, čo by v konečnom dôsledku mohlo znížiť jej výnosnosť, netešilo veľkému úspechu. Jedným zo spôsobov, ako dosiahnuť požadované zosúladenie cieľov, by mohlo byť vyvinutie platobných mechanizmov, ktoré by odrážali počiatočnú úroveň aktivít na úrovni najvýkonnejších nemocníc, ale ktoré by zároveň zahŕňali stimulované platobné podmienky spolu so zmluvnými cieľmi na podporu a postupný plánovaný presun dohodnutého rozsahu a podielu riadených služieb do menej nákladnej regionálnej starostlivosti.
- ▶ Najefektívnejším, ale pravdepodobne aj najzložitejším spôsobom, ako vytvoriť skutočne integrovaný model, by bolo poskytnúť finančné stimuly pre jedinou organizáciu, vybratú na základe súťaže, vo forme nových platobných štruktúr, aby investovala do vývinu a riadenia integrovaných nemocníc a zariadení regionálnej a primárnej zdravotnej starostlivosti v bratislavskom regióne.

Strategický rozmer pre Bratislavu

- ▶ Alternatívnym modelom, o ktorom sa dá uvažovať a ktorý by odrážal najaktuálnejší vývoj v Severnom Írsku, je umiestniť pripojené alebo začlenené zariadenia primárnej a regionálnej starostlivosti v blízkosti primerane umiestnených nemocníc, aby slúžili okoliu.
- ▶ Ak by sa hore uvedené zaviedlo do bratislavského modelu, mohlo by to mať nasledovné výhody.
 - Ak by primárne a regionálne služby poskytované v rámci týchto zariadení boli tiež riadené prevádzkovateľom nemocnice, tak by príjem generovaný týmito službami ostal u tohto prevádzkovateľa a nepresunul by sa k iným poskytovateľom, čo by urobilo projekt finančne atraktívnejším a sčasti by sa tak vyriešil problém so zníženým príjmom vychádzajúcim z požadovaného prechodu k primárnej/regionálnej starostlivosti.
 - Bolo by oveľa jednoduchšie a zvláduteľnejšie vytvoriť zmluvu na toto obmedzené zahrnutie služieb primárnej a regionálnej starostlivosti a potrebných priestorov na jednom mieste, ako regionálne. Takáto zmluva by mala zahŕňať stimulované ciele na primeraný presun starostlivosti o určené skupiny pacientov.
 - Zahrnutie plného rozsahu služieb na jednom mieste okamžite uľahčuje presmerovanie pacientov, ktorí navštívili nemocnicu nepotrebné, na primeranejšiu a menej nákladnú úroveň starostlivosti.
 - Umiestnenie personálu na jednom mieste podporuje nutnú integráciu služieb a vytvorenie nových a efektívnejších protokolov na kontrolu pacientov medzi sektormi.
- ▶ Umiestnenie primárnej, regionálnej, intermediárnej a akútnej starostlivosti v jednej vzdelávacej nemocnici by umožnilo, aby sa tieto nové zariadenia použili ako skúšobný projekt pre zvyšok krajiny a ako ústredný zdroj výskumov a vzdelávania, aby sa umožnilo rozšírenie primeranejšieho postupu pacienta po regióne. Toto by zodpovedalo cieľom, ktoré si pre novú nemocnicu klient vytýčil.

Prílohy finančnej analýzy

1. Detailný prehľad vybraných KPIs
2. Finančný model

Ambulantná starostlivosť Ružinov (vrátane PB)

Prehľad ŠAS bodov v nemocnici Ružinov (vrátane PB) v rokoch 2011-2013

Jednotky: body 000, %	2011			2012			2013			% z celkových uznaných 2013
	Vykázané	Uznané	Zaplatené	Vykázané	Uznané	Zaplatené	Vykázané	Uznané	Zaplatené	
Ružinov (spolu s PB)	183 989	174 808	174 808	176 437	171 690	171 681	175 363	171 170	171 170	36,8
Centrálny príjem	27 225	25 627	25 627	27 954	26 662	26 662	29 313	27 803	27 803	6,0
Očné	19 484	19 017	19 017	15 821	15 468	15 468	16 179	15 961	15 961	3,4
Kardiológia	12 705	12 286	12 286	13 907	13 598	13 598	13 605	13 329	13 329	2,9
Gastroenterológia	7 393	7 043	7 043	8 244	8 204	8 200	7 089	6 847	6 847	1,5
Urológia	5 249	4 570	4 570	6 888	6 744	6 744	6 727	6 694	6 694	1,4
Neurológia	4 948	4 709	4 709	6 358	6 181	6 181	6 245	6 133	6 133	1,3
Interná medicína	6 018	5 874	5 874	6 082	6 001	6 001	6 121	6 042	6 042	1,3
Hematológia	5 839	5 692	5 692	5 688	5 605	5 605	5 774	5 713	5 713	1,2
Gynekológia – príjem	5 617	5 251	5 251	5 338	5 418	5 418	5 289	5 487	5 487	1,2
Dermatológia	4 991	4 798	4 798	5 316	5 151	5 151	5 299	5 249	5 249	1,1
Klinická onkológia	5 375	5 139	5 139	4 661	4 508	4 507	5 308	5 126	5 126	1,1
Reumatológia	4 272	4 174	4 174	4 414	4 364	4 359	4 589	4 519	4 519	1,0
Ortopédia	4 778	4 786	4 786	4 087	4 065	4 065	3 991	3 893	3 893	0,8
FRO	4 315	4 116	4 116	3 788	3 546	3 546	4 120	3 845	3 845	0,8
ORL	5 060	4 688	4 688	4 186	4 068	4 068	3 892	3 805	3 805	0,8
Čelustná ortopédia	3 420	3 325	3 325	3 611	3 542	3 542	3 709	3 677	3 677	0,8
Endokrinológia	2 220	2 085	2 085	2 985	2 920	2 920	3 569	3 505	3 505	0,8
Klinická psychológia	6 108	5 068	5 068	4 754	4 217	4 217	4 044	3 291	3 291	0,7
Oddelenie chirurgie ruky	2 941	2 908	2 908	2 487	2 482	2 482	2 642	3 278	3 278	0,7
Plastická chirurgia	5 713	5 559	5 559	3 263	3 210	3 210	3 137	3 104	3 104	0,7
Chirurgia	3 350	3 206	3 206	3 254	3 216	3 216	3 099	3 058	3 058	0,7
Pneum. a bronchoskopia - deti	3 543	3 409	3 409	3 076	3 043	3 043	2 780	2 770	2 770	0,6
Psychiatria	3 715	3 491	3 491	2 759	2 664	2 664	2 734	2 676	2 676	0,6
Účelná farmakoterapia	2 365	2 176	2 176	2 333	2 175	2 175	2 347	2 110	2 110	0,5
Pneumológia	2 395	2 355	2 355	2 156	2 085	2 085	2 101	2 058	2 058	0,4
Imuno-alergológia	1 980	2 464	2 464	1 514	1 487	1 487	1 820	1 801	1 801	0,4
Popáleniny	1 724	1 668	1 668	1 938	1 925	1 925	1 576	1 563	1 563	0,3
Diabetológia	1 457	1 428	1 428	1 373	1 368	1 368	1 456	1 450	1 450	0,3
Imuno-alergológia	1 528	757	757	1 447	1 433	1 433	1 478	1 448	1 448	0,3
Logopédia	1 281	1 260	1 260	1 189	1 183	1 183	1 105	1 096	1 096	0,2
Nefrológia	697	688	688	802	796	796	1 077	1 061	1 061	0,2
Chronické ochorenia kože	1 742	1 736	1 736	1 426	1 510	1 510	1 014	1 012	1 012	0,2
Ostatné	14 542	13 456	13 456	13 339	12 853	12 852	12 135	11 767	11 767	2,5

Zdroj: výkazy ZP

Ambulantná starostlivosť Kramáre

Prehľad bodov ŠAS v nemocnici Kramáre v rokoch 2011-2013

Jednotky:body 000, %	2011			2012			2013			% z celk. uznaných 2013
	Vykázané	Uznané	Zaplatené	Vykázané	Uznané	Zaplatené	Vykázané	Uznané	Zaplatené	
Kramáre	82 817	80 582	80 549	81 114	79 679	79 678	81 059	80 324	80 324	17,3
Centrálny príjem	18 143	17 969	17 969	18 939	18 879	18 879	18 143	18 110	18 110	3,9
Endoskopia	5 610	5 214	5 214	3 451	2 899	2 899	5 574	5 531	5 531	1,2
Urológia	5 205	5 177	5 177	5 218	5 205	5 205	5 327	5 306	5 306	1,1
Klinická gynekológia	5 311	5 441	5 441	5 587	5 474	5 474	4 734	4 395	4 395	0,9
Geriatra	3 846	3 797	3 797	3 933	4 060	4 060	4 160	4 146	4 146	0,9
Neurológia	2 915	2 884	2 884	3 206	3 174	3 174	3 232	3 219	3 219	0,7
Klinika úrazovej chirurgie	2 185	2 149	2 149	2 499	2 476	2 476	2 957	2 944	2 944	0,6
Infektológia – dospelí	3 243	3 031	3 031	2 885	2 856	2 856	2 933	2 912	2 912	0,6
Hematológia	2 929	2 852	2 852	2 562	2 551	2 551	2 598	2 584	2 584	0,6
Interná medicína	2 438	2 379	2 379	2 504	2 429	2 429	2 269	2 268	2 268	0,5
Klinická chirurgia	2 662	2 571	2 571	2 566	2 485	2 485	2 273	2 252	2 252	0,5
Alergológia	1 951	1 888	1 854	1 977	1 968	1 968	2 250	2 243	2 243	0,5
Hepatológia	1 937	1 835	1 835	1 950	1 947	1 947	2 033	2 028	2 028	0,4
Klinická neurofyziológia	1 459	1 352	1 352	1 569	1 544	1 544	1 803	1 798	1 798	0,4
Logopédia	1 408	1 238	1 238	1 794	1 678	1 678	1 802	1 762	1 762	0,4
Diabetológia	2 027	1 951	1 951	1 722	1 716	1 716	1 730	1 728	1 728	0,4
Kardiológia	1 703	1 653	1 653	1 775	1 782	1 782	1 716	1 716	1 716	0,4
FRO	1 625	1 602	1 602	1 648	1 624	1 624	1 718	1 703	1 703	0,4
Pneumoftizeológia	1 570	1 564	1 564	1 552	1 544	1 544	1 625	1 621	1 621	0,3
ORL	1 524	1 364	1 364	1 428	1 372	1 372	1 540	1 508	1 508	0,3
Psychiatria	1 942	1 804	1 804	1 545	1 477	1 477	1 422	1 397	1 397	0,3
Ortopédia	1 840	1 800	1 800	1 792	1 672	1 672	1 366	1 365	1 365	0,3
Dermatológia	1 506	1 475	1 475	1 423	1 414	1 414	1 215	1 212	1 212	0,3
Endokrinológia	1 211	1 197	1 197	1 317	1 310	1 310	1 196	1 192	1 192	0,3
Infektológia a JIS - deti	1 287	1 230	1 230	1 145	1 077	1 077	1 031	1 012	1 012	0,2
Neurochirurgia	926	902	902	1 065	1 049	1 049	988	960	960	0,2
Anesteziológia a intenzívna medicína	607	616	616	625	624	624	641	641	641	0,1
Amb. AIDS	717	696	696	726	725	725	633	634	634	0,1
Pracovné lekárstvo	554	500	500	501	482	482	475	474	474	0,1
Angiológia	587	577	577	540	539	539	469	469	469	0,1
Novorodenecké	1 036	1 001	1 001	551	520	520	375	358	358	0,1
Nefrológia	273	265	265	312	311	311	324	322	322	0,1
Onkológia	163	155	155	204	201	201	180	179	179	0,0
Gastroenterológia	94	86	86	403	420	420	167	168	168	0,0
Reumatológia	63	58	58	45	45	45	50	50	50	0,0
Algeziológia	-	-	-	28	25	25	45	45	45	0,0
Imunológia a alergológia	284	273	273	103	102	102	44	44	44	0,0
Všeobecný lekár	3	11	11	15	8	8	6	13	13	0,0
Stomatologická ambulancia	13	12	12	9	13	13	11	12	12	0,0
Osteologická ambulancia	16	9	9	0	-	-	6	6	6	0,0
Nár. materno-fetálne centrum	-	3	3	-	-	-	-	-	-	-

Zdroj: Výkazy ZP

Ambulantná starostlivosť Petržalka

Prehľad bodov ŠAS v nemocnici Petržalka v rokoch 2011-2013

Jednotky: body 000, %	2011			2012			2013			% z celkových uznaných 2013
	Vykázané	Uznané	Zaplatené	Vykázané	Uznané	Zaplatené	Vykázané	Uznané	Zaplatené	
Petržalka	144 348	136 800	136 800	143 919	135 912	135 912	145 233	139 592	139 592	30,0
Centrálny príjem	19 663	18 956	18 956	19 765	19 195	19 195	18 418	17 790	17 790	3,8
Onko-hematológia	14 868	13 621	13 621	12 081	11 820	11 820	12 745	12 076	12 076	2,6
Gastroenterológia	10 269	9 743	9 743	10 769	10 198	10 198	11 245	10 830	10 830	2,3
Amb. cievná, vitreoret, onkológ.	9 767	9 477	9 477	9 769	8 039	8 039	9 629	9 696	9 696	2,1
ORL	8 353	8 007	8 007	8 003	7 646	7 646	8 264	7 930	7 930	1,7
Audiológia, neurológia	6 462	6 204	6 204	6 486	6 180	6 180	7 636	7 282	7 282	1,6
Gynekológia	5 872	5 486	5 486	5 755	5 499	5 499	7 124	6 800	6 800	1,5
Anesteziológia	4 745	4 531	4 531	5 220	4 968	4 968	5 311	5 242	5 242	1,1
FRO	3 624	3 411	3 411	3 668	3 530	3 530	5 162	4 819	4 819	1,0
Klinická logopédia	4 250	3 971	3 971	4 420	4 066	4 066	4 328	4 019	4 019	0,9
Hemo-chemoterapia	6 351	6 199	6 199	4 979	4 913	4 913	3 868	3 804	3 804	0,8
Neurológia	3 808	3 651	3 651	3 985	3 774	3 774	3 917	3 723	3 723	0,8
Reprodukčnámédecína	1 662	1 662	1 662	2 917	2 806	2 806	3 253	3 204	3 204	0,7
Amb. otologická, rinologická pre choroby spánku a detská amb.	3 918	3 677	3 677	3 564	3 297	3 297	3 185	3 077	3 077	0,7
Ortopédia	2 674	2 605	2 605	2 699	2 641	2 641	2 780	2 676	2 676	0,6
Urológia	3 063	2 943	2 943	3 560	2 996	2 996	2 750	2 658	2 658	0,6
Úrazová chirurgia	2 566	2 506	2 506	3 005	2 941	2 941	2 689	2 624	2 624	0,6
Foniatrická a tinitolog. amb.	2 513	2 439	2 439	2 509	2 455	2 455	2 619	2 582	2 582	0,6
Hematológia	4 296	4 088	4 088	4 006	3 907	3 907	2 562	2 531	2 531	0,5
Kardiológia	2 643	2 267	2 267	2 971	2 663	2 663	2 668	2 409	2 409	0,5
Interná medicína	2 643	2 317	2 317	2 662	2 431	2 431	2 577	2 353	2 353	0,5
Amb. glaukómová	2 733	2 613	2 613	2 532	2 428	2 428	2 239	2 249	2 249	0,5
Diabetológia	1 990	1 918	1 918	2 171	2 097	2 097	2 235	2 191	2 191	0,5
Poruchy hemastázy	2 116	2 008	2 008	2 215	2 030	2 030	2 228	2 166	2 166	0,5
Chirurgia	1 549	1 511	1 511	1 638	1 619	1 619	1 654	1 622	1 622	0,3
Klinická psychológia	1 908	1 801	1 801	2 036	1 941	1 941	1 704	1 616	1 616	0,3
Angio-chirurgia	1 295	1 242	1 242	1 287	1 228	1 228	1 446	1 390	1 390	0,3
Dermatológia – dospelí	-	-	-	-	-	-	1 429	1 386	1 386	0,3
Reumatológia	1 063	1 012	1 012	1 146	1 114	1 114	1 156	1 092	1 092	0,2
Detská endokrinológia	1 063	1 023	1 023	1 127	1 095	1 095	1 065	1 008	1 008	0,2
Potransplantačné odd.	872	840	840	922	914	914	999	986	986	0,2
Hepatológia	433	404	404	543	523	523	736	707	707	0,2
Endokrinológia	843	766	766	827	742	742	786	693	693	0,1
Detská nefrológia	714	640	640	741	711	711	685	645	645	0,1
Deti s perinat. patológiou	609	454	454	667	572	572	712	602	602	0,1
Detská gastroenterológia	370	329	329	453	422	422	432	408	408	0,1
Imunológia	495	434	434	464	450	450	417	406	406	0,1
Detská neurológia	244	177	177	339	229	229	496	401	401	0,1
Klinická pediatria	527	482	482	453	396	396	413	359	359	0,1
Detská reumatológia	288	269	269	340	325	325	355	339	339	0,1
Angiológia	133	89	89	306	269	269	309	272	272	0,1
Neurochirurgia	180	177	177	203	197	197	245	239	239	0,1
Detská imunológia	322	304	304	245	228	228	245	235	235	0,1
Detská pohotovosť	221	190	190	262	216	216	289	230	230	0,0
Nefrológia	247	241	241	204	201	201	227	224	224	0,0
Klinická oftalmológia	121	116	116	-	-	-	-	-	-	-

Zdroj: Výkazy ZP

Ambulantná starostlivosť Staré Mesto

Prehľad bodov ŠAS v nemocnici Staré Mesto v rokoch 2011-2013

Jednotky:body 000, %	2011			2012			2013			% z celkových uznaných 2013
	Vykázané	Uznané	Zaplatené	Vykázané	Uznané	Zaplatené	Vykázané	Uznané	Zaplatené	
Staré Mesto	73 051	65 620	65 620	72 580	70 647	70 647	76 260	73 847	73 847	15,9
Centrálny príjem	4 710	4 343	4 343	5 865	5 764	5 764	6 371	6 275	6 275	1,3
Interná medicína	5 893	5 234	5 234	5 608	5 375	5 375	6 265	6 010	6 010	1,3
Neurológia JIS	5 298	4 852	4 852	5 376	5 298	5 298	5 102	5 015	5 015	1,1
Chirurgia JIS	4 829	4 455	4 455	4 595	4 495	4 495	4 659	4 554	4 554	1,0
Klinická genetika	4 275	4 049	4 049	4 344	4 313	4 313	4 562	4 445	4 445	1,0
FRO	3 465	3 119	3 119	3 962	3 722	3 722	4 558	4 396	4 396	0,9
Interné - príjem, JIS	3 038	2 716	2 716	3 156	3 058	3 058	4 247	4 131	4 131	0,9
Úsek fyzikálnej terapie	4 398	3 525	3 525	3 750	3 043	3 043	4 418	3 725	3 725	0,8
Pneumológia	3 043	3 116	3 116	3 270	3 246	3 246	3 610	3 574	3 574	0,8
Urológia	3 234	3 182	3 182	3 606	3 820	3 820	3 501	3 489	3 489	0,8
Psychiatria a JIS	4 097	3 672	3 672	3 254	3 220	3 220	3 351	3 306	3 306	0,7
Kardiológia	1 942	1 799	1 799	1 952	1 936	1 936	2 381	2 338	2 338	0,5
Angiológia	2 988	2 171	2 171	2 348	1 915	1 915	1 901	1 768	1 768	0,4
Diabetológia	1 481	1 308	1 308	1 508	1 461	1 461	1 626	1 554	1 554	0,3
ORL	1 529	1 428	1 428	1 481	1 475	1 475	1 514	1 508	1 508	0,3
Endokrinológia	974	948	948	1 276	1 249	1 249	1 409	1 383	1 383	0,3
Permanentná kardo-stimul.	1 388	1 279	1 279	1 424	1 422	1 422	1 333	1 328	1 328	0,3
Klinická psychológia	1 249	1 128	1 128	1 363	1 346	1 346	1 312	1 309	1 309	0,3
Alergológia - Americké nám.	948	887	887	765	755	755	1 297	1 272	1 272	0,3
Oftalmológia	1 122	969	969	1 054	1 041	1 041	1 237	1 232	1 232	0,3
Andrológia	1 351	1 235	1 235	1 331	1 328	1 328	1 190	1 176	1 176	0,3
Klinická imunológia	1 623	1 274	1 274	1 177	1 163	1 163	1 189	1 055	1 055	0,2
Imuno-alergológia	1 267	1 063	1 063	1 431	1 315	1 315	1 166	1 034	1 034	0,2
Neurofyziológia a JIS	692	625	625	934	1 350	1 350	1 022	996	996	0,2
Reumatológia	909	810	810	937	914	914	1 017	993	993	0,2
Hematológia	1 316	915	915	1 113	1 094	1 094	995	966	966	0,2
Kardiológia	845	778	778	855	836	836	889	871	871	0,2
Gastroenterológia	954	875	875	908	893	893	869	857	857	0,2
Neurofyziológické lab.	470	495	495	803	776	776	784	779	779	0,2
Psychológia, FRO	623	580	580	742	721	721	666	636	636	0,1
Športová medicína	886	803	803	761	720	720	544	536	536	0,1
Nefrológia	376	309	309	362	354	354	322	310	310	0,1
Uro-onkológia	98	90	90	156	143	143	233	232	232	0,0
Cievna ambulancia	145	125	125	129	126	126	137	229	229	0,0
Traumatológia	268	250	250	187	185	185	226	225	225	0,0
Nukleárna medicína	227	198	198	230	214	214	192	183	183	0,0
Hepatológia	2	2	2	5	5	5	163	157	157	0,0
Klinická psychológia	1 098	1 010	1 010	561	558	558	-	-	-	-
Spolu	484 205	457 810	457 776	474 050	457 928	457 918	477 915	464 932	464 932	100,0

Zdroj: Výkazy ZP

Počet postelí, obložnosť a ALOS

Prehľad kľúčových ukazovateľov výkonnosti v rokoch 2011-2013 podľa nemocníc a oddelení

Jednotky: %, dni, počet ks	2011			2012			2013		
	Obložnosť (%)	ALOS	Počet lôžok	Obložnosť (%)	ALOS	Počet lôžok	Obložnosť (%)	ALOS	Počet lôžok
Total UNB	70,8	6,8	2 638	74,9	6,8	2 638	71,2	6,7	2 626
Ružinov	69,2	9,3	905	70,9	9,3	905	72,9	9,0	893
Ortopédia	74,3	7,9	101	74,9	7,7	101	81,8	7,8	101
Gynekológia a pôrodnictvo	76,2	4,7	96	76,1	4,7	96	79,5	4,8	96
Interné	79,0	6,3	86	78,8	6,0	86	78,8	5,9	86
Chirurgia	65,0	5,8	60	65,5	6,0	60	67,5	5,9	60
Neurológia	73,2	9,0	56	76,2	9,1	56	76,7	8,9	56
Pneumológia	56,4	10,5	45	60,8	11,3	45	64,3	11,3	55
Novorodenecké	83,0	5,0	40	75,8	4,9	40	76,8	4,8	40
Psychiatria	76,5	26,5	34	81,2	25,9	34	75,5	22,1	34
Chirurgia hrudníka	63,6	6,7	32	67,2	6,8	32	69,0	6,2	32
Dlhodobó chorí	73,6	22,2	31	76,2	22,0	31	78,1	20,9	31
FRO	80,4	10,5	31	85,1	10,4	31	83,4	9,4	31
Popáleniny	47,4	13,9	30	57,1	12,5	30	49,8	13,7	30
Gerontopsychiatria	76,6	19,8	27	75,9	20,1	27	68,4	18,3	27
Urológia	66,0	5,6	26	72,4	5,7	26	74,2	5,5	26
Plastická chirurgia	55,5	5,0	37	52,2	4,8	37	75,7	5,8	25
Klinika pneumológie a ftizeológie	65,1	10,2	23	76,1	10,4	23	70,4	9,8	23
Klinika detskej pneumológie a ftizeológie	67,0	5,1	22	73,2	5,5	22	64,6	6,0	22
Oftalmológia	55,1	3,5	20	58,8	3,7	20	59,0	3,7	20
Maxilofaciálna chirurgia	58,3	5,0	19	59,4	5,3	19	63,0	5,3	19
Chirurgia ruky	51,7	3,2	19	55,6	3,0	19	56,5	3,1	19
Klinická onkológia	51,6	4,3	17	56,8	4,3	17	60,3	4,1	17
Psychiatria - Denný stacionár (DPN)	51,8	48,1	12	40,6	51,8	12	61,4	47,8	12
Anesteziológia a IM I.	73,2	13,9	12	65,9	12,7	12	75,8	15,2	12
ORL - Otorinolaryngológia	65,8	3,3	10	62,9	3,6	10	56,8	4,1	10
Ftizeologické odd.	61,7	13,4	15	70,9	13,0	15	73,1	12,0	5
Anesteziológia a IM II.	99,3	11,0	4	99,8	13,7	4	100,0	13,2	4
Kramáre	75,7	6,9	627	80,0	7,0	627	79,8	7,0	627
Gynekológia a pôrodnictvo	66,2	4,9	99	73,2	5,2	99	67,0	5,0	99
Neurochirurgia	83,2	10,7	52	89,5	10,2	52	89,7	10,3	52
I. interná klinika	87,2	8,4	49	88,0	8,7	49	87,8	8,8	49
Neurológia	85,1	12,4	48	88,8	13,3	48	84,0	11,8	48
Infekčné - dospelí	79,9	7,3	48	86,2	7,5	48	84,1	7,8	48
Úrazové	69,2	5,4	48	78,8	5,8	48	78,0	5,5	48
Geriatria	84,0	9,0	45	86,7	8,7	45	89,8	8,5	45
Urológia	67,5	7,7	45	72,4	7,1	45	74,9	6,4	45
Chirurgia	64,1	6,0	42	71,8	6,1	42	78,3	6,3	42
III. interná klinika	73,4	10,1	40	73,9	10,6	40	75,3	10,2	40
Novorodenecké	90,0	5,0	37	93,5	4,9	37	86,8	4,8	37
Infekčné - deti	87,6	3,8	28	73,3	3,3	28	80,8	4,3	28
Dlhodobó chorí	67,1	20,6	20	75,6	21,6	20	85,7	22,0	20
Pracovné lekárstvo a toxikológia	61,0	7,0	17	67,8	7,3	17	71,4	7,5	17
Anesteziológia	49,1	8,4	9	52,8	11,1	9	54,1	10,9	9

Pozn.: Pokračovanie tabuľky na nasledujúcej strane

Počet postelí, obložnosť a ALOS

Prehľad kľúčových ukazovateľov výkonnosti v rokoch 2011-2013 podľa nemocníc a oddelení – pokrač.

Jednotky: %, dni, počet ks	2011			2012			2013		
	Obložnosť (%)	ALOS	Počet lôžok	Obložnosť (%)	ALOS	Počet lôžok	Obložnosť (%)	ALOS	Počet lôžok
Petržalka	70,2	6,9	649	76,7	7,0	649	77,2	6,8	649
Gynekológia a pôrodnictvo	70,7	5,5	100	80,1	5,3	100	78,3	5,1	100
Interné	77,1	9,3	53	83,9	9,3	53	80,5	8,9	53
Chirurgia	47,8	6,0	52	60,5	5,9	52	65,7	6,4	52
Psychiatria	79,8	16,9	44	86,0	18,1	44	80,2	17,0	44
Novorodenecké	84,2	4,7	40	85,7	4,4	40	88,5	4,3	40
ORL	65,7	5,7	32	75,3	6,5	32	71,6	6,5	32
Traumatológia	76,6	4,9	32	79,1	4,5	32	79,6	4,6	32
Ortopédia	78,3	8,0	31	77,0	6,8	31	76,2	6,7	31
FRO	76,3	14,3	30	81,4	14,9	30	81,2	13,3	30
Urológia	68,7	6,3	30	66,9	6,2	30	65,7	6,6	30
Gastroenterologická klinika	68,5	8,0	29	75,8	8,6	29	70,5	7,3	29
Patologickí novorodenci	79,2	18,0	26	95,8	14,7	26	89,8	15,2	26
Neurológia	77,4	8,7	26	79,4	8,2	26	74,4	8,0	26
Pediatrica	68,2	4,0	25	82,8	4,0	25	95,9	4,0	25
Oddelenie dlhodobo chorých	75,9	25,9	24	75,4	25,8	24	72,9	25,0	24
Hematológia	72,8	15,7	24	66,4	13,5	24	73,8	14,1	24
Cievna chirurgia	44,9	5,6	24	61,2	6,7	24	82,8	8,7	24
Foniatria	52,6	3,9	10	57,7	4,1	10	60,9	4,1	10
Očné	51,3	2,7	10	52,2	3,6	10	58,8	4,0	10
Anesteziológia a intenzívna medicína	35,8	6,0	7	58,6	8,8	7	69,1	9,8	7
Staré Mesto	65,6	8,4	344	70,1	8,7	344	36,4	8,4	344
Psychiatria	64,0	16,6	70	75,2	17,8	70	39,7	17,5	70
Neurológia	67,8	6,5	64	72,2	6,2	64	36,6	6,1	64
I. interná klinika	63,0	7,6	58	71,0	7,8	58	34,9	7,4	61
Chirurgia	71,7	6,5	46	71,2	7,4	46	35,3	6,9	46
II. interná klinika	72,7	10,2	42	72,7	9,3	42	37,4	9,2	42
Dermatovenerológia	67,1	9,7	40	71,4	10,1	40	35,8	10,1	40
Psychiatria - Denný stacionár	33,0	22,7	15	30,9	15,9	15	26,5	28,4	15
Koronárna jednotka a arytmie	57,9	2,6	4	77,8	2,8	4	41,5	2,5	4
Nukleárna medicína	98,9	11,0	2	85,5	9,5	2	41,2	8,8	2
Diabetológia	45,1	7,2	3	-	-	3	-	-	-
Podunajské Biskupice	76,5	14,7	113	82,0	14,9	113	82,0	14,0	113
Geriatra	76,5	12,9	46	83,2	13,5	46	78,6	12,5	46
Dlhodobo chorí	78,6	20,2	43	82,1	19,5	43	88,5	19,3	43
Doliečkové	72,0	12,4	20	80,1	13,5	20	77,4	11,7	20
JIS geriatrická	77,3	9,1	4	77,8	8,1	4	72,9	6,9	4

Zdroj: au-odbornosti.xls

PPP variant (60 % zadĺženie, 15,5 % IRR)

PPP variant (60 % zadĺženie, 15,5 % IRR) - konštrukčná perióda

<i>Mena: EUR 000</i>	Suma za 2017 - 2019	2017	2018	2019
Náklady počas konštrukčnej fázy		(78)	(194)	(385)
Prevádzkové peňažné toky	(656)	(78)	(194)	(385)
Počiatočná investícia	(248 016)	(57 598)	(59 023)	(131 396)
Nepredvídané náklady	(6 200)	(1 440)	(1 476)	(3 285)
Investičné peňažné toky	(254 217)	(59 037)	(60 499)	(134 681)
Bankové poplatky: upfront fees	(1 834)	(1 808)	-	(26)
Bankové poplatky: commitment fees	(1 251)	(625)	(400)	(227)
Bankové poplatky: rollover/prolongation fees	(50)	-	(25)	(25)
Načerpanie DSRA v konštrukčnej fáze	(18 905)	-	-	(18 905)
Kapitalizované úroky počas konštrukčnej fázy: Investičný úver (1)	(7 221)	-	(2 382)	(4 839)
Kapitalizované úroky počas konštrukčnej fázy: Investičný úver (2)	-	-	-	-
Kapitalizované úroky počas konštrukčnej fázy: Investičný úver (3)	-	-	-	-
Finančné peňažné toky	(29 262)	(2 433)	(2 807)	(24 022)
Použitý finančný prostriedok	(284 135)	(61 548)	(63 500)	(159 087)
<i>Mena: EUR 000</i>	Suma za 2017 - 2019	2017	2018	2019
Investičný úver (1)	122 593	36 929	38 100	47 564
Investičný úver (2)	32 564	-	-	32 564
Investičný úver (3)	15 324	-	-	15 324
Dlh	170 481	36 929	38 100	95 452
Vlastné imanie	113 654	24 619	25 400	63 635
Finančné zdroje	284 135	61 548	63 500	159 087

Zdroj: EY

PPP variant (60 % zadĺženie, 15,5 % IRR)

PPP variant (60 % zadĺženie, 15,5 % IRR) - operačná perióda, časť 1/2

Mena: EUR 000	Suma za 2020 - 2049	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Výnosy zo zdravotných poisťovní	5 305 828	113 450	116 163	118 968	121 866	124 950	129 406	134 101	138 943	143 978	149 236	154 721	160 459	166 381	172 359
Úprava výnosov (platby pre UH/OHV)	766 901	12 165	13 614	15 121	16 687	18 329	18 983	19 672	20 382	21 120	21 892	22 696	23 538	24 407	25 284
Iné výnosy	293 789	6 705	6 876	7 051	7 230	7 419	7 619	7 827	8 041	8 262	8 491	8 727	8 973	9 227	9 480
Platba za dostupnosť/Nutná finančná injekcia	252 000	26 500	14 500	13 000	11 000	11 000	11 000	11 000	11 000	11 000	11 000	11 000	11 000	11 000	11 000
Výnosy celkom	6 618 518	158 820	151 153	154 140	156 783	161 698	167 008	172 600	178 366	184 360	190 619	197 145	203 970	211 015	218 123
Medziročný rast výnosov		0%	-5%	2%	2%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%
Personálne náklady	(3 092 476)	(74 784)	(77 060)	(79 341)	(81 563)	(83 721)	(85 775)	(87 750)	(89 706)	(91 666)	(93 646)	(94 219)	(94 789)	(95 363)	(97 401)
Energie	(31 151)	(829)	(846)	(864)	(881)	(900)	(919)	(939)	(959)	(980)	(1 002)	(980)	(960)	(940)	(960)
Služby	(92 605)	(2 389)	(2 440)	(2 490)	(2 541)	(2 595)	(2 651)	(2 708)	(2 767)	(2 827)	(2 888)	(2 869)	(2 851)	(2 833)	(2 894)
Materiálne náklady	(1 349 399)	(25 195)	(25 879)	(26 595)	(27 331)	(28 114)	(29 545)	(31 110)	(32 746)	(34 452)	(36 255)	(37 050)	(39 020)	(41 077)	(44 450)
Dane a poplatky	(24 280)	(591)	(603)	(616)	(628)	(641)	(655)	(669)	(684)	(699)	(714)	(730)	(746)	(762)	(779)
Iné náklady	(73 658)	(1 421)	(1 458)	(1 497)	(1 538)	(1 580)	(1 656)	(1 738)	(1 824)	(1 913)	(2 007)	(2 045)	(2 142)	(2 243)	(2 415)
Poistenie	(12 790)	(599)	(564)	(534)	(509)	(492)	(474)	(455)	(442)	(435)	(435)	(435)	(427)	(420)	(413)
EBITDA	1 942 161	53 012	42 303	42 204	41 791	43 655	45 333	47 230	49 238	51 387	53 670	58 816	63 036	67 377	68 813
Medziročný rast EBITDA		0%	-20%	0%	-1%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	10%	7%	7%	2%
EBITDA marža		33%	28%	27%	27%	27%	27%	27%	28%	28%	28%	30%	31%	32%	32%
EBITDA marža (bez platby za dostupnosť)		20%	20%	21%	21%	22%	22%	22%	23%	23%	24%	26%	27%	28%	28%
Daň z príjmu	(243 689)	(4 387)	(1 539)	(1 082)	(2 567)	(2 847)	(3 083)	(3 363)	(5 182)	(5 624)	(5 943)	(7 054)	(7 974)	(8 937)	(9 279)
Zmena pracovného kapitálu	(36 910)	(13 046)	(649)	(629)	(663)	(662)	(888)	(896)	(932)	(911)	(1 091)	(1 194)	(1 316)	(1 281)	(1 347)
Úprava o nepeňažné položky	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prevádzkové peňažné toky (CFO)	1 661 561	35 580	40 116	40 493	38 561	40 145	41 361	42 971	43 124	44 852	46 636	50 569	53 745	57 159	58 186
Medziročný rast CFO		0%	13%	1%	-5%	4%	3%	4%	0%	4%	4%	8%	6%	6%	2%
Počiatočná investícia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tvorba MRA	(71 509)	(725)	(725)	(725)	(725)	(725)	(725)	(725)	(725)	(725)	(725)	(3 416)	(3 416)	(3 416)	(3 416)
Investície počas životného cyklu	(71 509)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	(7 248)	-	-	-	-
Rozpúšťanie MRA	71 509	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7 248	-	-	-	-
Každoročné kapitálové investície	(434 534)	(6 086)	(10 419)	(10 678)	(10 941)	(11 216)	(11 503)	(11 799)	(12 102)	(12 415)	(12 735)	(13 064)	(13 404)	(13 757)	(14 104)
Nepredvídané náklady	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Investičné peňažné toky (CFI)	(506 043)	(6 811)	(11 144)	(11 403)	(11 666)	(11 941)	(12 228)	(12 524)	(12 827)	(13 139)	(13 460)	(16 479)	(16 819)	(17 172)	(17 520)

PPP variant (60 % zadĺženie, 15,5 % IRR)

Bankové poplatky: upfront fees	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bankové poplatky: commitment fees	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bankové poplatky: rollover/prolongation fees	(1 531)	(82)	(88)	(89)	(65)	(65)	(66)	(67)	(43)	(44)	(45)	(46)	(47)	(49)	(50)
Úrokové náklady: Investičný úver (1)	(129 368)	(7 907)	(7 907)	(7 907)	(7 907)	(7 907)	(7 907)	(7 907)	(7 907)	(7 735)	(7 521)	(7 260)	(6 962)	(6 580)	(6 104)
Úrokové náklady: Investičný úver (2)	(6 327)	(1 513)	(1 325)	(1 129)	(923)	(708)	(482)	(247)	-	-	-	-	-	-	-
Úrokové náklady: Investičný úver (3)	(1 000)	(495)	(335)	(170)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Úrokové náklady: Investičný úver (RCF)	(17 079)	-	(302)	(317)	(332)	(347)	(363)	(383)	(404)	(426)	(447)	(472)	(500)	(530)	(560)
Úrokové náklady: Investičný úver (kontokorent)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Úrokové výnosy na MRA	432	-	3	5	8	10	13	16	18	21	23	-	12	25	37
Úrokové výnosy na DSRA	1 106	68	68	68	48	48	48	48	38	40	42	43	46	50	51
Splácanie istiny Investičný úver (1)	(122 593)	-	-	-	-	-	-	-	(2 663)	(3 327)	(4 052)	(4 619)	(5 919)	(7 382)	(8 075)
Splácanie istiny Investičný úver (2)	(32 564)	(4 043)	(4 231)	(4 427)	(4 633)	(4 848)	(5 073)	(5 309)	-	-	-	-	-	-	-
Splácanie istiny Investičný úver (3)	(15 324)	(4 947)	(5 106)	(5 271)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Čerpanie Investičný úver (RCF)	36 910	13 046	649	629	663	662	888	896	932	911	1 091	1 194	1 316	1 281	1 347
Splácanie istiny Investičný úver (RCF)	(36 910)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Finančné peňažné toky (CFF)	(324 248)	(5 873)	(18 576)	(18 608)	(13 141)	(13 154)	(12 942)	(12 953)	(10 028)	(10 560)	(10 908)	(11 160)	(12 053)	(13 184)	(13 353)
Peňažné toky po dlhovej službe	831 270	22 897	10 396	10 482	13 755	15 050	16 191	17 494	20 268	21 153	22 268	22 930	24 873	26 802	27 314
Transfer z/do DSRA	18 905	-	(0)	5 442	-	(0)	0	2 893	(493)	(510)	(306)	(1 003)	(1 081)	(216)	(775)
Peňažné toky po dlhovej službe a DSRA	850 175	22 897	10 396	15 923	13 755	15 050	16 191	20 387	19 776	20 643	21 963	21 927	23 792	26 586	26 538
Čerpanie kontokorentu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Splatenie kontokorentu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Peňažné toky po dlhovej službe, DSRA a kontokorente	850 175	22 897	10 396	15 923	13 755	15 050	16 191	20 387	19 776	20 643	21 963	21 927	23 792	26 586	26 538
Dividendy	850 175	22 897	10 396	15 923	13 755	15 050	16 191	20 387	19 776	20 643	21 963	21 927	23 792	26 586	26 538

Zdroj: EY

PPP variant (60 % zadlženie, 15,5 % IRR)

PPP variant (60 % zadlženie, 15,5 % IRR) - operačná perióda, časť 2/2

Mena: EUR 000	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049
Výnosy zo zdravotných poisťovní	178 412	184 694	188 435	192 238	196 108	199 897	203 731	207 622	211 573	215 599	219 702	223 883	228 143	232 485	236 909	241 418
Úprava výnosov (platby pre UH/OHV)	26 172	27 093	27 642	28 200	28 768	29 323	29 886	30 457	31 036	31 627	32 229	32 842	33 467	34 104	34 753	35 414
Iné výnosy	9 731	9 990	10 192	10 398	10 607	10 812	11 019	11 230	11 443	11 661	11 883	12 109	12 340	12 574	12 814	13 058
Platba za dostupnosť/Nutná finančná injekcia	11 000	11 000	11 000	11 000	11 000	11 000	11 000	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Výnosy celkom	225 315	232 776	237 269	241 835	246 482	251 032	255 636	249 308	254 052	258 887	263 814	268 834	273 950	279 163	284 476	289 889
Medziročný rast výnosov	3%	3%	2%	2%	2%	2%	2%	-2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
Personálne náklady	(99 481)	(101 606)	(103 773)	(105 991)	(108 256)	(110 569)	(112 932)	(115 346)	(117 814)	(120 056)	(122 341)	(124 669)	(127 041)	(129 459)	(131 923)	(134 433)
Energie	(979)	(999)	(1 019)	(1 040)	(1 061)	(1 081)	(1 102)	(1 123)	(1 144)	(1 166)	(1 188)	(1 211)	(1 234)	(1 257)	(1 281)	(1 306)
Služby	(2 953)	(3 013)	(3 074)	(3 136)	(3 199)	(3 261)	(3 323)	(3 387)	(3 451)	(3 517)	(3 584)	(3 652)	(3 721)	(3 792)	(3 864)	(3 938)
Materiálne náklady	(46 667)	(48 977)	(49 969)	(50 977)	(52 004)	(53 008)	(54 025)	(55 057)	(56 105)	(57 172)	(58 260)	(59 369)	(60 499)	(61 650)	(62 823)	(64 019)
Dane a poplatky	(794)	(811)	(827)	(844)	(861)	(877)	(894)	(911)	(929)	(946)	(964)	(983)	(1 001)	(1 020)	(1 040)	(1 060)
Iné náklady	(2 530)	(2 649)	(2 703)	(2 758)	(2 813)	(2 867)	(2 922)	(2 978)	(3 035)	(3 093)	(3 152)	(3 212)	(3 273)	(3 335)	(3 398)	(3 463)
Poistenie	(421)	(427)	(415)	(412)	(408)	(403)	(399)	(381)	(366)	(351)	(362)	(377)	(368)	(361)	(355)	(350)
EBITDA	71 490	74 295	75 489	76 679	77 882	78 965	80 037	70 125	71 209	72 586	73 963	75 363	76 812	78 288	79 791	81 322
Medziročný rast EBITDA	4%	4%	2%	2%	2%	1%	1%	-12%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
EBITDA marža	32%	32%	32%	32%	32%	31%	31%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%
EBITDA marža (bez platby za dostupnosť)	28%	29%	29%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%
Daň z príjmu	(9 529)	(10 188)	(10 620)	(10 756)	(11 115)	(11 426)	(11 734)	(9 683)	(9 852)	(10 087)	(10 315)	(11 242)	(11 484)	(11 946)	(12 197)	(12 654)
Zmena pracovného kapitálu	(1 213)	(1 262)	(558)	(748)	(669)	(647)	(556)	(759)	(671)	(705)	(613)	(837)	(746)	(760)	(661)	-
Úprava o nepeňažné položky	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prevádzkové peňažné toky (CFO)	60 749	62 845	64 311	65 175	66 098	66 893	67 748	59 683	60 686	61 794	63 034	63 284	64 583	65 582	66 933	68 667
Medziročný rast CFO	4%	3%	2%	1%	1%	1%	1%	-12%	2%	2%	2%	0%	2%	2%	2%	3%
Tvorba MRA	(3 416)	(3 276)	(3 276)	(3 276)	(4 570)	(4 570)	(2 242)	(6 494)	(6 494)	(6 494)	(6 494)	-	-	-	-	-
Investície počas životného cyklu	(17 078)	-	-	(9 827)	-	(9 140)	(2 242)	-	-	-	(25 974)	-	-	-	-	-
Rozpúšťanie MRA	17 078	-	-	9 827	-	9 140	2 242	-	-	-	25 974	-	-	-	-	-
Každoročné kapitálové investície	(14 445)	(14 796)	(15 153)	(15 459)	(15 770)	(16 075)	(16 383)	(16 696)	(17 014)	(17 338)	(17 668)	(18 004)	(18 347)	(18 696)	(19 052)	(19 414)
Nepredvídané náklady	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

PPP variant (60 % zadĺženie, 15,5 % IRR)

Investičné peňažné toky (CFI)	(17 861)	(18 072)	(18 429)	(18 735)	(20 341)	(20 645)	(18 625)	(23 190)	(23 508)	(23 831)	(24 161)	(18 004)	(18 347)	(18 696)	(19 052)	(19 414)
Bankové poplatky: upfront fees	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bankové poplatky: commitment fees	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bankové poplatky: rollover/prolongation fees	(51)	(52)	(53)	(54)	(55)	(55)	(56)	(32)	(32)	(33)	(34)	(34)	(35)	(36)	(37)	(37)
Úrokové náklady: Investičný úver (1)	(5 583)	(4 979)	(4 293)	(3 539)	(2 724)	(1 874)	(958)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Úrokové náklady: Investičný úver (2)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Úrokové náklady: Investičný úver (3)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Úrokové náklady: Investičný úver (RCF)	(591)	(619)	(648)	(661)	(679)	(694)	(709)	(722)	(740)	(755)	(771)	(786)	(805)	(822)	(840)	(855)
Úrokové náklady: Investičný úver (kontokorent)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Úrokové výnosy na MRA	49	-	12	24	-	16	-	-	23	47	70	-	-	-	-	-
Úrokové výnosy na DSRA	54	56	58	58	57	58	57	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Splácanie istiny Investičný úver (1)	(9 370)	(10 631)	(11 690)	(12 633)	(13 182)	(14 194)	(14 856)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Splácanie istiny Investičný úver (2)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Splácanie istiny Investičný úver (3)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Čerpanie Investičný úver (RCF)	1 213	1 262	558	748	669	647	556	759	671	705	613	837	746	760	661	-
Splácanie istiny Investičný úver (RCF)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	(36 910)
Finančné peňažné toky (CFF)	(14 280)	(14 963)	(16 057)	(16 057)	(15 913)	(16 096)	(15 967)	6	(78)	(37)	(122)	17	(94)	(98)	(215)	(37 802)
Peňažné toky po dlhovej službe	28 608	29 810	29 825	30 383	29 844	30 152	33 156	36 499	37 101	37 926	38 751	45 297	46 142	46 788	47 666	11 451
Transfer z/do DSRA	(656)	(373)	(189)	266	(162)	253	15 814	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Peňažné toky po dlhovej službe a DSRA	27 951	29 437	29 636	30 649	29 683	30 405	48 970	36 499	37 101	37 926	38 751	45 297	46 142	46 788	47 666	11 451
Čerpanie kontokorentu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Splatenie kontokorentu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Peňažné toky po dlhovej službe, DSRA a kontokorente	27 951	29 437	29 636	30 649	29 683	30 405	48 970	36 499	37 101	37 926	38 751	45 297	46 142	46 788	47 666	11 451
Dividendy	27 951	29 437	29 636	30 649	29 683	30 405	48 970	36 499	37 101	37 926	38 751	45 297	46 142	46 788	47 666	11 451

Zdroj: EY

PPP variant (60 % zadĺženie, 13,5 % IRR)

PPP variant (60 % zadĺženie, 13,5 % IRR) - konštrukčná perióda

<i>Mena: EUR 000</i>	Suma za 2017 - 2019	2017	2018	2019
Náklady počas konštrukčnej fázy		(78)	(194)	(385)
Prevádzkové peňažné toky	(656)	(78)	(194)	(385)
Počiatočná investícia	(248 016)	(57 598)	(59 023)	(131 396)
Nepredvídané náklady	(6 200)	(1 440)	(1 476)	(3 285)
Investičné peňažné toky	(254 217)	(59 037)	(60 499)	(134 681)
Bankové poplatky: upfront fees	(1 834)	(1 808)	-	(26)
Bankové poplatky: commitment fees	(1 251)	(625)	(400)	(227)
Bankové poplatky: rollover/prolongation fees	(50)	-	(25)	(25)
Načerpanie DSRA v konštrukčnej fáze	(18 905)	-	-	(18 905)
Kapitalizované úroky počas konštrukčnej fázy: Investičný úver (1)	(7 221)	-	(2 382)	(4 839)
Kapitalizované úroky počas konštrukčnej fázy: Investičný úver (2)	-	-	-	-
Kapitalizované úroky počas konštrukčnej fázy: Investičný úver (3)	-	-	-	-
Finančné peňažné toky	(29 262)	(2 433)	(2 807)	(24 022)
Použité finančné prostriedky	(284 135)	(61 548)	(63 500)	(159 087)
<i>Mena: EUR 000</i>	Suma za 2017 - 2019	2017	2018	2019
Investičný úver (1)	122 593	36 929	38 100	47 564
Investičný úver (2)	32 564	-	-	32 564
Investičný úver (3)	15 324	-	-	15 324
Dlh	170 481	36 929	38 100	95 452
Vlastné imanie	113 654	24 619	25 400	63 635
Finančné zdroje	284 135	61 548	63 500	159 087

Zdroj: EY

PPP variant (60 % zadĺženie, 13,5 % IRR)

PPP variant (60 % zadĺženie, 13,5 % IRR) - operačná perióda, časť 1/2

<i>Mena: EUR 000</i>	Suma za 2020 - 2049	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Výnosy zo zdravotných poisťovní	5 305 828	113 450	116 163	118 968	121 866	124 950	129 406	134 101	138 943	143 978	149 236	154 721	160 459	166 381	172 359
Úprava výnosov (platby pre UH/OHV)	766 901	12 165	13 614	15 121	16 687	18 329	18 983	19 672	20 382	21 120	21 892	22 696	23 538	24 407	25 284
Iné výnosy	293 789	6 705	6 876	7 051	7 230	7 419	7 619	7 827	8 041	8 262	8 491	8 727	8 973	9 227	9 480
Platba za dostupnosť/Nutná finančná injekcia	127 500	26 500	14 500	13 000	5 000	4 500	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000
Výnosy celkom	6 494 018	158 820	151 153	154 140	150 783	155 198	160 008	165 600	171 366	177 360	183 619	190 145	196 970	204 015	211 123
<i>Medziročný rast výnosov</i>		0%	-5%	2%	-2%	3%	3%	3%	3%	3%	4%	4%	4%	4%	3%
Personálne náklady	(3 092 476)	(74 784)	(77 060)	(79 341)	(81 563)	(83 721)	(85 775)	(87 750)	(89 706)	(91 666)	(93 646)	(94 219)	(94 789)	(95 363)	(97 401)
Energie	(31 151)	(829)	(846)	(864)	(881)	(900)	(919)	(939)	(959)	(980)	(1 002)	(980)	(960)	(940)	(960)
Služby	(92 605)	(2 389)	(2 440)	(2 490)	(2 541)	(2 595)	(2 651)	(2 708)	(2 767)	(2 827)	(2 888)	(2 869)	(2 851)	(2 833)	(2 894)
Materiálne náklady	(1 349 399)	(25 195)	(25 879)	(26 595)	(27 331)	(28 114)	(29 545)	(31 110)	(32 746)	(34 452)	(36 255)	(37 050)	(39 020)	(41 077)	(44 450)
Dane a poplatky	(24 280)	(591)	(603)	(616)	(628)	(641)	(655)	(669)	(684)	(699)	(714)	(730)	(746)	(762)	(779)
Iné náklady	(73 658)	(1 421)	(1 458)	(1 497)	(1 538)	(1 580)	(1 656)	(1 738)	(1 824)	(1 913)	(2 007)	(2 045)	(2 142)	(2 243)	(2 415)
Poistenie	(12 727)	(599)	(564)	(534)	(506)	(489)	(471)	(452)	(439)	(432)	(432)	(431)	(424)	(416)	(409)
EBITDA	1 817 723	53 012	42 303	42 204	35 794	37 158	38 336	40 234	42 241	44 391	46 674	51 820	56 039	60 380	61 816
<i>Medziročný rast EBITDA</i>		0%	-20%	0%	-15%	4%	3%	5%	5%	5%	5%	11%	8%	8%	2%
<i>EBITDA marža</i>		33%	28%	27%	24%	24%	24%	24%	25%	25%	25%	27%	28%	30%	29%
<i>EBITDA marža (bez platby za dostupnosť)</i>		20%	20%	21%	21%	22%	22%	22%	23%	23%	24%	26%	27%	28%	28%
Daň z príjmu	(216 200)	(4 387)	(1 539)	(1 082)	(1 247)	(1 418)	(1 544)	(1 824)	(3 642)	(4 078)	(4 392)	(5 498)	(6 415)	(7 376)	(7 719)
Zmena pracovného kapitálu	(36 910)	(13 046)	(649)	(629)	(663)	(662)	(888)	(896)	(932)	(911)	(1 091)	(1 194)	(1 316)	(1 281)	(1 347)
Úprava o nepeňažné položky	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prevádzkové peňažné toky (CFO)	1 564 613	35 580	40 116	40 493	33 884	35 078	35 904	37 513	37 667	39 402	41 191	45 128	48 308	51 723	52 750
<i>Medziročný rast CFO</i>		0%	13%	1%	-16%	4%	2%	4%	0%	5%	5%	10%	7%	7%	2%
Počiatočná investícia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tvorba MRA	(71 509)	(725)	(725)	(725)	(725)	(725)	(725)	(725)	(725)	(725)	(725)	(3 416)	(3 416)	(3 416)	(3 416)
Investície počas životného cyklu	(71 509)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	(7 248)	-	-	-	-
Rozpúšťanie MRA	71 509	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7 248	-	-	-	-
Každoročné kapitálové investície	(434 534)	(6 086)	(10 419)	(10 678)	(10 941)	(11 216)	(11 503)	(11 799)	(12 102)	(12 415)	(12 735)	(13 064)	(13 404)	(13 757)	(14 104)
Nepredvídané náklady	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Investičné peňažné toky (CFI)	(506 043)	(6 811)	(11 144)	(11 403)	(11 666)	(11 941)	(12 228)	(12 524)	(12 827)	(13 139)	(13 460)	(16 479)	(16 819)	(17 172)	(17 520)

PPP variant (60 % zadĺženie, 13,5 % IRR)

Bankové poplatky: upfront fees	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bankové poplatky: commitment fees	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bankové poplatky: rollover/prolongation fees	(1 531)	(82)	(88)	(89)	(65)	(65)	(66)	(67)	(43)	(44)	(45)	(46)	(47)	(49)	(50)
Úrokové náklady: Investičný úver (1)	(129 883)	(7 907)	(7 907)	(7 907)	(7 907)	(7 907)	(7 907)	(7 907)	(7 907)	(7 764)	(7 575)	(7 334)	(7 054)	(6 680)	(6 200)
Úrokové náklady: Investičný úver (2)	(6 327)	(1 513)	(1 325)	(1 129)	(923)	(708)	(482)	(247)	-	-	-	-	-	-	-
Úrokové náklady: Investičný úver (3)	(1 000)	(495)	(335)	(170)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Úrokové náklady: Investičný úver (RCF)	(17 079)	-	(302)	(317)	(332)	(347)	(363)	(383)	(404)	(426)	(447)	(472)	(500)	(530)	(560)
Úrokové náklady: Investičný úver (kontokorent)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Úrokové výnosy na MRA	432	-	3	5	8	10	13	16	18	21	23	-	12	25	37
Úrokové výnosy na DSRA	1 108	68	68	68	48	48	48	48	36	39	41	42	46	51	52
Splácanie istiny Investičný úver (1)	(122 593)	-	-	-	-	-	-	-	(2 216)	(2 942)	(3 734)	(4 339)	(5 799)	(7 444)	(8 182)
Splácanie istiny Investičný úver (2)	(32 564)	(4 043)	(4 231)	(4 427)	(4 633)	(4 848)	(5 073)	(5 309)	-	-	-	-	-	-	-
Splácanie istiny Investičný úver (3)	(15 324)	(4 947)	(5 106)	(5 271)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Čerpanie Investičný úver (RCF)	36 910	13 046	649	629	663	662	888	896	932	911	1 091	1 194	1 316	1 281	1 347
Splácanie istiny Investičný úver (RCF)	(36 910)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Finančné peňažné toky (CFF)	(324 762)	(5 873)	(18 576)	(18 608)	(13 141)	(13 154)	(12 942)	(12 953)	(9 583)	(10 205)	(10 645)	(10 955)	(12 025)	(13 346)	(13 556)
Peňažné toky po dlhovej službe	733 809	22 897	10 396	10 482	9 078	9 983	10 734	12 037	15 257	16 057	17 086	17 693	19 464	21 205	21 674
Transfer z/do DSRA	18 905	-	(0)	5 442	-	(0)	0	3 340	(583)	(603)	(364)	(1 180)	(1 271)	(258)	(912)
Peňažné toky po dlhovej službe a DSRA	752 713	22 897	10 396	15 923	9 078	9 983	10 734	15 377	14 674	15 455	16 722	16 514	18 193	20 947	20 762
Čerpanie kontokorentu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Splatenie kontokorentu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Peňažné toky po dlhovej službe, DSRA a kontokorente	752 713	22 897	10 396	15 923	9 078	9 983	10 734	15 377	14 674	15 455	16 722	16 514	18 193	20 947	20 762
Dividendy	752 713	22 897	10 396	15 923	9 078	9 983	10 734	15 377	14 674	15 455	16 722	16 514	18 193	20 947	20 762

Zdroj: EY

PPP variant (60 % zadĺženie, 13,5 % IRR)

PPP variant (60 % zadĺženie, 13,5 % IRR) - operačná perióda, časť 2/2

Mena: EUR 000	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049
Výnosy zo zdravotných poisťovní	178 412	184 694	188 435	192 238	196 108	199 897	203 731	207 622	211 573	215 599	219 702	223 883	228 143	232 485	236 909	241 418
Úprava výnosov (platby pre UH/OHV)	26 172	27 093	27 642	28 200	28 768	29 323	29 886	30 457	31 036	31 627	32 229	32 842	33 467	34 104	34 753	35 414
Iné výnosy	9 731	9 990	10 192	10 398	10 607	10 812	11 019	11 230	11 443	11 661	11 883	12 109	12 340	12 574	12 814	13 058
Platba za dostupnosť/Nutná finančná injekcia	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Výnosy celkom	218 315	225 776	230 269	234 835	239 482	244 032	248 636	249 308	254 052	258 887	263 814	268 834	273 950	279 163	284 476	289 889
Medziročný rast výnosov	3%	3%	2%	2%	2%	2%	2%	0%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
Personálne náklady	(99 481)	(101 606)	(103 773)	(105 991)	(108 256)	(110 569)	(112 932)	(115 346)	(117 814)	(120 056)	(122 341)	(124 669)	(127 041)	(129 459)	(131 923)	(134 433)
Energie	(979)	(999)	(1 019)	(1 040)	(1 061)	(1 081)	(1 102)	(1 123)	(1 144)	(1 166)	(1 188)	(1 211)	(1 234)	(1 257)	(1 281)	(1 306)
Služby	(2 953)	(3 013)	(3 074)	(3 136)	(3 199)	(3 261)	(3 323)	(3 387)	(3 451)	(3 517)	(3 584)	(3 652)	(3 721)	(3 792)	(3 864)	(3 938)
Materiálne náklady	(46 667)	(48 977)	(49 969)	(50 977)	(52 004)	(53 008)	(54 025)	(55 057)	(56 105)	(57 172)	(58 260)	(59 369)	(60 499)	(61 650)	(62 823)	(64 019)
Dane a poplatky	(794)	(811)	(827)	(844)	(861)	(877)	(894)	(911)	(929)	(946)	(964)	(983)	(1 001)	(1 020)	(1 040)	(1 060)
Iné náklady	(2 530)	(2 649)	(2 703)	(2 758)	(2 813)	(2 867)	(2 922)	(2 978)	(3 035)	(3 093)	(3 152)	(3 212)	(3 273)	(3 335)	(3 398)	(3 463)
Poistenie	(417)	(424)	(412)	(408)	(404)	(399)	(396)	(381)	(366)	(351)	(362)	(377)	(368)	(361)	(355)	(350)
EBITDA	64 494	67 299	68 493	69 682	70 886	71 969	73 041	70 125	71 209	72 586	73 963	75 363	76 812	78 288	79 791	81 322
Medziročný rast EBITDA	4%	4%	2%	2%	2%	2%	1%	-4%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
EBITDA marža	30%	30%	30%	30%	30%	29%	29%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%
EBITDA marža (bez platby za dostupnosť)	28%	29%	29%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%
Daň z príjmu	(7 971)	(8 633)	(9 071)	(9 213)	(9 580)	(9 898)	(10 213)	(9 683)	(9 852)	(10 087)	(10 315)	(11 242)	(11 484)	(11 946)	(12 197)	(12 654)
Zmena pracovného kapitálu	(1 213)	(1 262)	(558)	(748)	(669)	(647)	(556)	(759)	(671)	(705)	(613)	(837)	(746)	(760)	(661)	-
Úprava o nepeňažné položky	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prevádzkové peňažné toky (CFO)	55 311	57 403	58 864	59 721	60 637	61 424	62 272	59 683	60 686	61 794	63 034	63 284	64 583	65 582	66 933	68 667
Medziročný rast CFO	5%	4%	3%	1%	2%	1%	1%	-4%	2%	2%	2%	0%	2%	2%	2%	3%
Tvorba MRA	(3 416)	(3 276)	(3 276)	(3 276)	(4 570)	(4 570)	(2 242)	(6 494)	(6 494)	(6 494)	(6 494)	-	-	-	-	-
Investície počas životného cyklu	(17 078)	-	-	(9 827)	-	(9 140)	(2 242)	-	-	-	(25 974)	-	-	-	-	-
Rozpúšťanie MRA	17 078	-	-	9 827	-	9 140	2 242	-	-	-	25 974	-	-	-	-	-
Každoročné kapitálové investície	(14 445)	(14 796)	(15 153)	(15 459)	(15 770)	(16 075)	(16 383)	(16 696)	(17 014)	(17 338)	(17 668)	(18 004)	(18 347)	(18 696)	(19 052)	(19 414)
Nepredvídané náklady	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Investičné peňažné toky (CFI)	(17 861)	(18 072)	(18 429)	(18 735)	(20 341)	(20 645)	(18 625)	(23 190)	(23 508)	(23 831)	(24 161)	(18 004)	(18 347)	(18 696)	(19 052)	(19 414)

PPP variant (60 % zadĺženie, 13,5 % IRR)

Bankové poplatky: upfront fees	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bankové poplatky: commitment fees	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bankové poplatky: rollover/prolongation fees	(51)	(52)	(53)	(54)	(55)	(55)	(56)	(32)	(32)	(33)	(34)	(34)	(35)	(36)	(37)	(37)
Úrokové náklady: Investičný úver (1)	(5 672)	(5 051)	(4 341)	(3 556)	(2 707)	(1 823)	(869)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Úrokové náklady: Investičný úver (2)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Úrokové náklady: Investičný úver (3)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Úrokové náklady: Investičný úver (RCF)	(591)	(619)	(648)	(661)	(679)	(694)	(709)	(722)	(740)	(755)	(771)	(786)	(805)	(822)	(840)	(855)
Úrokové náklady: Investičný úver (kontokorent)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Úrokové výnosy na MRA	49	-	12	24	-	16	-	-	23	47	70	-	-	-	-	-
Úrokové výnosy na DSRA	55	58	59	60	59	60	52	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Splácanie istiny Investičný úver (1)	(9 622)	(11 014)	(12 164)	(13 169)	(13 707)	(14 780)	(13 479)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Splácanie istiny Investičný úver (2)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Splácanie istiny Investičný úver (3)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Čerpanie Investičný úver (RCF)	1 213	1 262	558	748	669	647	556	759	671	705	613	837	746	760	661	-
Splácanie istiny Investičný úver (RCF)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	(36 910)
Finančné peňažné toky (CFF)	(14 619)	(15 417)	(16 577)	(16 609)	(16 419)	(16 629)	(14 506)	6	(78)	(37)	(122)	17	(94)	(98)	(215)	(37 802)
Peňažné toky po dlhovej službe	22 831	23 915	23 858	24 377	23 877	24 149	29 141	36 499	37 101	37 926	38 751	45 297	46 142	46 788	47 666	11 451
Transfer z/do DSRA	(772)	(439)	(221)	312	(189)	2 254	14 349	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Peňažné toky po dlhovej službe a DSRA	22 059	23 475	23 637	24 689	23 688	26 404	43 490	36 499	37 101	37 926	38 751	45 297	46 142	46 788	47 666	11 451
Čerpanie kontokorentu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Splatenie kontokorentu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Peňažné toky po dlhovej službe, DSRA a kontokorente	22 059	23 475	23 637	24 689	23 688	26 404	43 490	36 499	37 101	37 926	38 751	45 297	46 142	46 788	47 666	11 451
Dividendy	22 059	23 475	23 637	24 689	23 688	26 404	43 490	36 499	37 101	37 926	38 751	45 297	46 142	46 788	47 666	11 451

Zdroj: EY

PPP variant (70 % zadĺženie, 15,5 % IRR)

PPP variant (70 % zadĺženie, 15,5 % IRR) - konštrukčná perióda

<i>Mena: EUR 000</i>	Suma za 2017 - 2019	2017	2018	2019
Náklady počas konštrukčnej fázy		(78)	(194)	(385)
Prevádzkové peňažné toky	(656)	(78)	(194)	(385)
Počiatočná investícia	(248 016)	(57 598)	(59 023)	(131 396)
Nepredvídané náklady	(6 200)	(1 440)	(1 476)	(3 285)
Investičné peňažné toky	(254 217)	(59 037)	(60 499)	(134 681)
Bankové poplatky: upfront fees	(2 176)	(2 150)	-	(26)
Bankové poplatky: commitment fees	(1 497)	(744)	(480)	(273)
Bankové poplatky: rollover/prolongation fees	(50)	-	(25)	(25)
Načerpanie DSRA v konštrukčnej fáze	(22 477)	-	-	(22 477)
Kapitalizované úroky počas konštrukčnej fázy: Investičný úver (1)	(8 489)	-	(2 800)	(5 689)
Kapitalizované úroky počas konštrukčnej fázy: Investičný úver (2)	-	-	-	-
Kapitalizované úroky počas konštrukčnej fázy: Investičný úver (3)	-	-	-	-
Finančné peňažné toky	(34 688)	(2 894)	(3 304)	(28 490)
Použité finančné prostriedky	(289 562)	(62 009)	(63 997)	(163 555)
<i>Mena: EUR 000</i>	Suma za 2017 - 2019	2017	2018	2019
Investičný úver (1)	145 757	43 407	44 798	57 552
Investičný úver (2)	38 717	-	-	38 717
Investičný úver (3)	18 220	-	-	18 220
Dlh	202 693	43 407	44 798	114 489
Vlastné imanie	86 869	18 603	19 199	49 067
Finančné zdroje	289 562	62 009	63 997	163 555

Zdroj: EY

PPP variant (70 % zadĺženie, 15,5 % IRR)

PPP variant (70 % zadĺženie, 15,5 % IRR) - operačná perióda, časť 1/2

<i>Mena: EUR 000</i>	Suma za 2020 - 2049	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Výnosy zo zdravotných poisťovní	5 305 828	113 450	116 163	118 968	121 866	124 950	129 406	134 101	138 943	143 978	149 236	154 721	160 459	166 381	172 359
Úprava výnosov (platby pre UH/OHV)	766 901	12 165	13 614	15 121	16 687	18 329	18 983	19 672	20 382	21 120	21 892	22 696	23 538	24 407	25 284
Iné výnosy	293 789	6 705	6 876	7 051	7 230	7 419	7 619	7 827	8 041	8 262	8 491	8 727	8 973	9 227	9 480
Platba za dostupnosť/Nutná finančná injekcia	95 000	32 500	21 000	19 500	7 500	6 000	5 000	3 500	-	-	-	-	-	-	-
Výnosy celkom	6 461 518	164 820	157 653	160 640	153 283	156 698	161 008	165 100	167 366	173 360	179 619	186 145	192 970	200 015	207 123
<i>Medziročný rast výnosov</i>		0%	-4%	2%	-5%	2%	3%	3%	1%	4%	4%	4%	4%	4%	4%
Personálne náklady	(3 092 476)	(74 784)	(77 060)	(79 341)	(81 563)	(83 721)	(85 775)	(87 750)	(89 706)	(91 666)	(93 646)	(94 219)	(94 789)	(95 363)	(97 401)
Energie	(31 151)	(829)	(846)	(864)	(881)	(900)	(919)	(939)	(959)	(980)	(1 002)	(980)	(960)	(940)	(960)
Služby	(92 605)	(2 389)	(2 440)	(2 490)	(2 541)	(2 595)	(2 651)	(2 708)	(2 767)	(2 827)	(2 888)	(2 869)	(2 851)	(2 833)	(2 894)
Materiálne náklady	(1 349 399)	(25 195)	(25 879)	(26 595)	(27 331)	(28 114)	(29 545)	(31 110)	(32 746)	(34 452)	(36 255)	(37 050)	(39 020)	(41 077)	(44 450)
Dane a poplatky	(24 280)	(591)	(603)	(616)	(628)	(641)	(655)	(669)	(684)	(699)	(714)	(730)	(746)	(762)	(779)
Iné náklady	(73 658)	(1 421)	(1 458)	(1 497)	(1 538)	(1 580)	(1 656)	(1 738)	(1 824)	(1 913)	(2 007)	(2 045)	(2 142)	(2 243)	(2 415)
Poistenie	(12 711)	(602)	(567)	(537)	(508)	(490)	(471)	(451)	(437)	(430)	(430)	(429)	(422)	(414)	(407)
EBITDA	1 785 239	59 009	48 800	48 700	38 293	38 657	39 336	39 734	38 243	40 393	42 676	47 822	52 041	56 382	57 818
<i>Medziročný rast EBITDA</i>		0%	-17%	0%	-21%	1%	2%	1%	-4%	6%	6%	12%	9%	8%	3%
<i>EBITDA marža</i>		36%	31%	30%	25%	25%	24%	24%	23%	23%	24%	26%	27%	28%	28%
<i>EBITDA marža (bez platby za dostupnosť)</i>		20%	20%	21%	21%	22%	22%	22%	23%	23%	24%	26%	27%	28%	28%
Daň z príjmu	(203 234)	(5 279)	(2 556)	(2 113)	(1 415)	(1 374)	(1 400)	(1 360)	(2 418)	(2 857)	(3 176)	(4 291)	(5 218)	(6 197)	(6 563)
Zmena pracovného kapitálu	(36 910)	(13 046)	(649)	(629)	(663)	(662)	(888)	(896)	(932)	(911)	(1 091)	(1 194)	(1 316)	(1 281)	(1 347)
Úprava o nepeňažné položky	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prevádzkové peňažné toky (CFO)	1 545 095	40 684	45 595	45 957	36 215	36 621	37 048	37 478	34 893	36 625	38 408	42 337	45 506	48 905	49 908
<i>Medziročný rast CFO</i>		0%	12%	1%	-21%	1%	1%	1%	-7%	5%	5%	10%	7%	7%	2%
Počiatočná investícia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tvorba MRA	(71 509)	(725)	(725)	(725)	(725)	(725)	(725)	(725)	(725)	(725)	(725)	(3 416)	(3 416)	(3 416)	(3 416)
Investície počas životného cyklu	(71 509)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	(7 248)	-	-	-	-
Rozpúšťanie MRA	71 509	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7 248	-	-	-	-
Každoročné kapitálové investície	(434 534)	(6 086)	(10 419)	(10 678)	(10 941)	(11 216)	(11 503)	(11 799)	(12 102)	(12 415)	(12 735)	(13 064)	(13 404)	(13 757)	(14 104)
Nepredvídané náklady	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Investičné peňažné toky (CFI)	(506 043)	(6 811)	(11 144)	(11 403)	(11 666)	(11 941)	(12 228)	(12 524)	(12 827)	(13 139)	(13 460)	(16 479)	(16 819)	(17 172)	(17 520)

PPP variant (70 % zadĺženie, 15,5 % IRR)

Bankové poplatky: upfront fees	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bankové poplatky: commitment fees	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bankové poplatky: rollover/prolongation fees	(1 531)	(82)	(88)	(89)	(65)	(65)	(66)	(67)	(43)	(44)	(45)	(46)	(47)	(49)	(50)
Úrokové náklady: Investičný úver (1)	(153 889)	(9 401)	(9 401)	(9 401)	(9 401)	(9 401)	(9 401)	(9 401)	(9 401)	(9 246)	(9 031)	(8 751)	(8 422)	(7 973)	(7 387)
Úrokové náklady: Investičný úver (2)	(7 523)	(1 799)	(1 576)	(1 342)	(1 097)	(842)	(574)	(293)	-	-	-	-	-	-	-
Úrokové náklady: Investičný úver (3)	(1 189)	(588)	(399)	(202)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Úrokové náklady: Investičný úver (RCF)	(17 079)	-	(302)	(317)	(332)	(347)	(363)	(383)	(404)	(426)	(447)	(472)	(500)	(530)	(560)
Úrokové náklady: Investičný úver (kontokorent)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Úrokové výnosy na MRA	432	-	3	5	8	10	13	16	18	21	23	-	12	25	37
Úrokové výnosy na DSRA	1 315	81	81	81	58	58	58	58	43	45	48	50	55	61	63
Splácanie istiny Investičný úver (1)	(145 757)	-	-	-	-	-	-	-	(2 411)	(3 332)	(4 338)	(5 096)	(6 968)	(9 078)	(9 996)
Splácanie istiny Investičný úver (2)	(38 717)	(4 807)	(5 030)	(5 264)	(5 508)	(5 764)	(6 032)	(6 312)	-	-	-	-	-	-	-
Splácanie istiny Investičný úver (3)	(18 220)	(5 881)	(6 071)	(6 267)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Čerpanie Investičný úver (RCF)	36 910	13 046	649	629	663	662	888	896	932	911	1 091	1 194	1 316	1 281	1 347
Splácanie istiny Investičný úver (RCF)	(36 910)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Finančné peňažné toky (CFF)	(382 157)	(9 432)	(22 135)	(22 167)	(15 675)	(15 689)	(15 477)	(15 487)	(11 266)	(12 071)	(12 697)	(13 122)	(14 553)	(16 262)	(16 547)
Peňažné toky po dlhovej službe	656 895	24 442	12 316	12 387	8 874	8 991	9 343	9 467	10 800	11 415	12 251	12 736	14 134	15 470	15 841
Transfer z/do DSRA	22 477	-	-	6 470	-	-	-	4 195	(766)	(790)	(479)	(1 543)	(1 660)	(333)	(1 186)
Peňažné toky po dlhovej službe a DSRA	679 372	24 442	12 316	18 857	8 874	8 991	9 343	13 662	10 034	10 625	11 772	11 193	12 474	15 137	14 655
Čerpanie kontokorentu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Splatenie kontokorentu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Peňažné toky po dlhovej službe, DSRA a kontokorente	679 372	24 442	12 316	18 857	8 874	8 991	9 343	13 662	10 034	10 625	11 772	11 193	12 474	15 137	14 655
Dividendy	679 372	24 442	12 316	18 857	8 874	8 991	9 343	13 662	10 034	10 625	11 772	11 193	12 474	15 137	14 655

Zdroj: EY

PPP variant (70 % zadĺženie, 15,5 % IRR)

PPP variant (70 % zadĺženie, 15,5 % IRR) - operačná perióda, časť 2/2

Mena: EUR 000	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049
Výnosy zo zdravotných poisťovní	178 412	184 694	188 435	192 238	196 108	199 897	203 731	207 622	211 573	215 599	219 702	223 883	228 143	232 485	236 909	241 418
Úprava výnosov (platby pre UH/OHV)	26 172	27 093	27 642	28 200	28 768	29 323	29 886	30 457	31 036	31 627	32 229	32 842	33 467	34 104	34 753	35 414
Iné výnosy	9 731	9 990	10 192	10 398	10 607	10 812	11 019	11 230	11 443	11 661	11 883	12 109	12 340	12 574	12 814	13 058
Platba za dostupnosť/Nutná finančná injekcia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Výnosy celkom	214 315	221 776	226 269	230 835	235 482	240 032	244 636	249 308	254 052	258 887	263 814	268 834	273 950	279 163	284 476	289 889
Medziročný rast výnosov	3%	3%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
Personálne náklady	(99 481)	(101 606)	(103 773)	(105 991)	(108 256)	(110 569)	(112 932)	(115 346)	(117 814)	(120 056)	(122 341)	(124 669)	(127 041)	(129 459)	(131 923)	(134 433)
Energie	(979)	(999)	(1 019)	(1 040)	(1 061)	(1 081)	(1 102)	(1 123)	(1 144)	(1 166)	(1 188)	(1 211)	(1 234)	(1 257)	(1 281)	(1 306)
Služby	(2 953)	(3 013)	(3 074)	(3 136)	(3 199)	(3 261)	(3 323)	(3 387)	(3 451)	(3 517)	(3 584)	(3 652)	(3 721)	(3 792)	(3 864)	(3 938)
Materiálne náklady	(46 667)	(48 977)	(49 969)	(50 977)	(52 004)	(53 008)	(54 025)	(55 057)	(56 105)	(57 172)	(58 260)	(59 369)	(60 499)	(61 650)	(62 823)	(64 019)
Dane a poplatky	(794)	(811)	(827)	(844)	(861)	(877)	(894)	(911)	(929)	(946)	(964)	(983)	(1 001)	(1 020)	(1 040)	(1 060)
Iné náklady	(2 530)	(2 649)	(2 703)	(2 758)	(2 813)	(2 867)	(2 922)	(2 978)	(3 035)	(3 093)	(3 152)	(3 212)	(3 273)	(3 335)	(3 398)	(3 463)
Finančné náklady	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Poistenie	(415)	(422)	(410)	(406)	(402)	(397)	(394)	(381)	(366)	(351)	(362)	(377)	(368)	(361)	(355)	(350)
EBITDA	60 496	63 301	64 495	65 684	66 888	67 971	69 043	70 125	71 209	72 586	73 963	75 363	76 812	78 288	79 791	81 322
Medziročný rast EBITDA	5%	5%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
EBITDA marža	28%	29%	29%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%
EBITDA marža (bez platby za dostupnosť)	28%	29%	29%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%
Daň z príjmu	(6 841)	(7 535)	(8 026)	(8 209)	(8 620)	(8 983)	(9 343)	(9 683)	(9 852)	(10 087)	(10 315)	(11 242)	(11 484)	(11 946)	(12 197)	(12 654)
Zmena pracovného kapitálu	(1 213)	(1 262)	(558)	(748)	(669)	(647)	(556)	(759)	(671)	(705)	(613)	(837)	(746)	(760)	(661)	-
Úprava o nepeňažné položky	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prevádzkové peňažné toky (CFO)	52 443	54 503	55 910	56 727	57 599	58 341	59 144	59 683	60 686	61 794	63 034	63 284	64 583	65 582	66 933	68 667
Medziročný rast CFO	5%	4%	3%	1%	2%	1%	1%	1%	2%	2%	2%	0%	2%	2%	2%	3%
Tvorba MRA	(3 416)	(3 276)	(3 276)	(3 276)	(4 570)	(4 570)	(2 242)	(6 494)	(6 494)	(6 494)	(6 494)	-	-	-	-	-
Investície počas životného cyklu	(17 078)	-	-	(9 827)	-	(9 140)	(2 242)	-	-	-	(25 974)	-	-	-	-	-
Rozpúšťanie MRA	17 078	-	-	9 827	-	9 140	2 242	-	-	-	25 974	-	-	-	-	-
Každoročné kapitálové investície	(14 445)	(14 796)	(15 153)	(15 459)	(15 770)	(16 075)	(16 383)	(16 696)	(17 014)	(17 338)	(17 668)	(18 004)	(18 347)	(18 696)	(19 052)	(19 414)
Nepredvídané náklady	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Investičné peňažné toky (CFI)	(17 861)	(18 072)	(18 429)	(18 735)	(20 341)	(20 645)	(18 625)	(23 190)	(23 508)	(23 831)	(24 161)	(18 004)	(18 347)	(18 696)	(19 052)	(19 414)

PPP variant (70 % zadĺženie, 15,5 % IRR)

Bankové poplatky: upfront fees	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bankové poplatky: commitment fees	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bankové poplatky: rollover/prolongation fees	(51)	(52)	(53)	(54)	(55)	(55)	(56)	(32)	(32)	(33)	(34)	(34)	(35)	(36)	(37)	(37)
Úrokové náklady: Investičný úver (1)	(6 743)	(5 980)	(5 103)	(4 135)	(3 086)	(1 997)	(824)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Úrokové náklady: Investičný úver (2)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Úrokové náklady: Investičný úver (3)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Úrokové náklady: Investičný úver (RCF)	(591)	(619)	(648)	(661)	(679)	(694)	(709)	(722)	(740)	(755)	(771)	(786)	(805)	(822)	(840)	(855)
Úrokové náklady: Investičný úver (kontokorent)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Úrokové výnosy na MRA	49	-	12	24	-	16	-	-	23	47	70	-	-	-	-	-
Úrokové výnosy na DSRA	67	70	72	73	72	73	49	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Splácanie istiny Investičný úver (1)	(11 827)	(13 589)	(15 018)	(16 257)	(16 880)	(18 195)	(12 772)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Splácanie istiny Investičný úver (2)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Splácanie istiny Investičný úver (3)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Čerpanie Investičný úver (RCF)	1 213	1 262	558	748	669	647	556	759	671	705	613	837	746	760	661	-
Splácanie istiny Investičný úver (RCF)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	(36 910)
Finančné peňažné toky (CFF)	(17 883)	(18 907)	(20 181)	(20 262)	(19 958)	(20 206)	(13 756)	6	(78)	(37)	(122)	17	(94)	(98)	(215)	(37 802)
Peňažné toky po dlhovej službe	16 698	17 525	17 301	17 730	17 300	17 490	26 763	36 499	37 101	37 926	38 751	45 297	46 142	46 788	47 666	11 451
Transfer z/do DSRA	(999)	(553)	(270)	426	(227)	6 597	13 596	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Peňažné toky po dlhovej službe a DSRA	15 700	16 972	17 030	18 156	17 073	24 087	40 359	36 499	37 101	37 926	38 751	45 297	46 142	46 788	47 666	11 451
Čerpanie kontokorentu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Splatenie kontokorentu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Peňažné toky po dlhovej službe, DSRA a kontokorente	15 700	16 972	17 030	18 156	17 073	24 087	40 359	36 499	37 101	37 926	38 751	45 297	46 142	46 788	47 666	11 451
Dividendy	15 700	16 972	17 030	18 156	17 073	24 087	40 359	36 499	37 101	37 926	38 751	45 297	46 142	46 788	47 666	11 451

Zdroj: EY

PPP variant (70 % zadlženosť, 13,5 % IRR)

PPP variant (70 % zadlženie, 13,5 % IRR) - konštrukčná perióda

Mena: EUR 000	Suma za 2017 - 2019	2017	2018	2019
Náklady počas konštrukčnej fáze		(78)	(194)	(385)
Prevádzkové peňažné toky	(656)	(78)	(194)	(385)
Počiatočná investícia	(248 016)	(57 598)	(59 023)	(131 396)
Nepredvídané náklady	(6 200)	(1 440)	(1 476)	(3 285)
Investičné peňažné toky	(254 217)	(59 037)	(60 499)	(134 681)
Bankové poplatky: upfront fees	(2 176)	(2 150)	-	(26)
Bankové poplatky: commitment fees	(1 497)	(744)	(480)	(273)
Bankové poplatky: rollover/prolongation fees	(50)	-	(25)	(25)
Načerpanie DSRA v konštrukčnej fáze	(22 477)	-	-	(22 477)
Kapitalizované úroky počas konštrukčnej fázy: Investičný úver (1)	(8 489)	-	(2 800)	(5 689)
Kapitalizované úroky počas konštrukčnej fázy: Investičný úver (2)	-	-	-	-
Kapitalizované úroky počas konštrukčnej fázy: Investičný úver (3)	-	-	-	-
Finančné peňažné toky	(34 688)	(2 894)	(3 304)	(28 490)
Použité finančné prostriedky	(289 562)	(62 009)	(63 997)	(163 555)
Mena: EUR 000	Suma za 2017 - 2019	2017	2018	2019
Investičný úver (1)	145 757	43 407	44 798	57 552
Investičný úver (2)	38 717	-	-	38 717
Investičný úver (3)	18 220	-	-	18 220
Dlh	202 693	43 407	44 798	114 489
Vlastné imanie	86 869	18 603	19 199	49 067
Finančné zdroje	289 562	62 009	63 997	163 555

Zdroj: EY

PPP variant (70 % zadlženost', 13,5 % IRR)

PPP variant (70 % zadlženost', 13,5 % IRR) - operačná perióda, časť 1/2

<i>Mena: EUR 000</i>	Suma za 2020 - 2049	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Výnosy zo zdravotných poisťovní	5 305 828	113 450	116 163	118 968	121 866	124 950	129 406	134 101	138 943	143 978	149 236	154 721	160 459	166 381	172 359
Úprava výnosov (platby pre UH/OHV)	766 901	12 165	13 614	15 121	16 687	18 329	18 983	19 672	20 382	21 120	21 892	22 696	23 538	24 407	25 284
Iné výnosy	293 789	6 705	6 876	7 051	7 230	7 419	7 619	7 827	8 041	8 262	8 491	8 727	8 973	9 227	9 480
Platba za dostupnosť/Nutná finančná injekcia	95 000	32 500	21 000	19 500	7 500	6 000	5 000	3 500	-	-	-	-	-	-	-
Výnosy celkom	6 461 518	164 820	157 653	160 640	153 283	156 698	161 008	165 100	167 366	173 360	179 619	186 145	192 970	200 015	207 123
<i>Medziročný rast výnosov</i>		0%	-4%	2%	-5%	2%	3%	3%	1%	4%	4%	4%	4%	4%	4%
Personálne náklady	(3 092 476)	(74 784)	(77 060)	(79 341)	(81 563)	(83 721)	(85 775)	(87 750)	(89 706)	(91 666)	(93 646)	(94 219)	(94 789)	(95 363)	(97 401)
Energie	(31 151)	(829)	(846)	(864)	(881)	(900)	(919)	(939)	(959)	(980)	(1 002)	(980)	(960)	(940)	(960)
Služby	(92 605)	(2 389)	(2 440)	(2 490)	(2 541)	(2 595)	(2 651)	(2 708)	(2 767)	(2 827)	(2 888)	(2 869)	(2 851)	(2 833)	(2 894)
Materiálne náklady	(1 349 399)	(25 195)	(25 879)	(26 595)	(27 331)	(28 114)	(29 545)	(31 110)	(32 746)	(34 452)	(36 255)	(37 050)	(39 020)	(41 077)	(44 450)
Dane a poplatky	(24 280)	(591)	(603)	(616)	(628)	(641)	(655)	(669)	(684)	(699)	(714)	(730)	(746)	(762)	(779)
Iné náklady	(73 658)	(1 421)	(1 458)	(1 497)	(1 538)	(1 580)	(1 656)	(1 738)	(1 824)	(1 913)	(2 007)	(2 045)	(2 142)	(2 243)	(2 415)
Poistenie	(12 711)	(602)	(567)	(537)	(508)	(490)	(471)	(451)	(437)	(430)	(430)	(429)	(422)	(414)	(407)
EBITDA	1 785 239	59 009	48 800	48 700	38 293	38 657	39 336	39 734	38 243	40 393	42 676	47 822	52 041	56 382	57 818
<i>Medziročný rast EBITDA</i>		0%	-17%	0%	-21%	1%	2%	1%	-4%	6%	6%	12%	9%	8%	3%
<i>EBITDA marža</i>		36%	31%	30%	25%	25%	24%	24%	23%	23%	24%	26%	27%	28%	28%
<i>EBITDA marža (bez platby za dostupnosť)</i>		20%	20%	21%	21%	22%	22%	22%	23%	23%	24%	26%	27%	28%	28%
Daň z príjmu	(203 234)	(5 279)	(2 556)	(2 113)	(1 415)	(1 374)	(1 400)	(1 360)	(2 418)	(2 857)	(3 176)	(4 291)	(5 218)	(6 197)	(6 563)
Zmena pracovného kapitálu	(36 910)	(13 046)	(649)	(629)	(663)	(662)	(888)	(896)	(932)	(911)	(1 091)	(1 194)	(1 316)	(1 281)	(1 347)
Úprava o nepeňažné položky	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prevádzkové peňažné toky (CFO)	1 545 095	40 684	45 595	45 957	36 215	36 621	37 048	37 478	34 893	36 625	38 408	42 337	45 506	48 905	49 908
<i>Medziročný rast CFO</i>		0%	12%	1%	-21%	1%	1%	1%	-7%	5%	5%	10%	7%	7%	2%
Počiatočná investícia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tvorba MRA	(71 509)	(725)	(725)	(725)	(725)	(725)	(725)	(725)	(725)	(725)	(725)	(3 416)	(3 416)	(3 416)	(3 416)
Investície počas životného cyklu	(71 509)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	(7 248)	-	-	-	-
Rozpúšťanie MRA	71 509	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7 248	-	-	-	-
Každoročné kapitálové investície	(434 534)	(6 086)	(10 419)	(10 678)	(10 941)	(11 216)	(11 503)	(11 799)	(12 102)	(12 415)	(12 735)	(13 064)	(13 404)	(13 757)	(14 104)
Nepredvídané náklady	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Investičné peňažné toky (CFI)	(506 043)	(6 811)	(11 144)	(11 403)	(11 666)	(11 941)	(12 228)	(12 524)	(12 827)	(13 139)	(13 460)	(16 479)	(16 819)	(17 172)	(17 520)

PPP variant (70 % zadlženost', 13,5 % IRR)

Bankové poplatky: upfront fees	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bankové poplatky: commitment fees	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bankové poplatky: rollover/prolongation fees	(1 531)	(82)	(88)	(89)	(65)	(65)	(66)	(67)	(43)	(44)	(45)	(46)	(47)	(49)	(50)
Úrokové náklady: Investičný úver (1)	(153 889)	(9 401)	(9 401)	(9 401)	(9 401)	(9 401)	(9 401)	(9 401)	(9 401)	(9 246)	(9 031)	(8 751)	(8 422)	(7 973)	(7 387)
Úrokové náklady: Investičný úver (2)	(7 523)	(1 799)	(1 576)	(1 342)	(1 097)	(842)	(574)	(293)	-	-	-	-	-	-	-
Úrokové náklady: Investičný úver (3)	(1 189)	(588)	(399)	(202)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Úrokové náklady: Investičný úver (RCF)	(17 079)	-	(302)	(317)	(332)	(347)	(363)	(383)	(404)	(426)	(447)	(472)	(500)	(530)	(560)
Úrokové náklady: Investičný úver (kontokorent)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Úrokové výnosy na MRA	432	-	3	5	8	10	13	16	18	21	23	-	12	25	37
Úrokové výnosy na DSRA	1 315	81	81	81	58	58	58	58	43	45	48	50	55	61	63
Splácanie istiny Investičný úver (1)	(145 757)	-	-	-	-	-	-	-	(2 411)	(3 332)	(4 338)	(5 096)	(6 968)	(9 078)	(9 996)
Splácanie istiny Investičný úver (2)	(38 717)	(4 807)	(5 030)	(5 264)	(5 508)	(5 764)	(6 032)	(6 312)	-	-	-	-	-	-	-
Splácanie istiny Investičný úver (3)	(18 220)	(5 881)	(6 071)	(6 267)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Čerpanie Investičný úver (RCF)	36 910	13 046	649	629	663	662	888	896	932	911	1 091	1 194	1 316	1 281	1 347
Splácanie istiny Investičný úver (RCF)	(36 910)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Finančné peňažné toky (CFF)	(382 157)	(9 432)	(22 135)	(22 167)	(15 675)	(15 689)	(15 477)	(15 487)	(11 266)	(12 071)	(12 697)	(13 122)	(14 553)	(16 262)	(16 547)
Peňažné toky po dlhovej službe	656 895	24 442	12 316	12 387	8 874	8 991	9 343	9 467	10 800	11 415	12 251	12 736	14 134	15 470	15 841
Transfer z/do DSRA	22 477	-	-	6 470	-	-	-	4 195	(766)	(790)	(479)	(1 543)	(1 660)	(333)	(1 186)
Peňažné toky po dlhovej službe a DSRA	679 372	24 442	12 316	18 857	8 874	8 991	9 343	13 662	10 034	10 625	11 772	11 193	12 474	15 137	14 655
Čerpanie kontokorentu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Splatenie kontokorentu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Peňažné toky po dlhovej službe, DSRA a kontokorente	679 372	24 442	12 316	18 857	8 874	8 991	9 343	13 662	10 034	10 625	11 772	11 193	12 474	15 137	14 655
Dividendy	679 372	24 442	12 316	18 857	8 874	8 991	9 343	13 662	10 034	10 625	11 772	11 193	12 474	15 137	14 655

Zdroj: EY

PPP variant (70 % zadlženost', 13,5 % IRR)

PPP variant (70 % zadlženost', 13,5 % IRR) - operačná perióda, časť 2/2

Mena: EUR 000	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049
Výnosy zo zdravotných poisťovní	178 412	184 694	188 435	192 238	196 108	199 897	203 731	207 622	211 573	215 599	219 702	223 883	228 143	232 485	236 909	241 418
Úprava výnosov (platby pre UH/OHV)	26 172	27 093	27 642	28 200	28 768	29 323	29 886	30 457	31 036	31 627	32 229	32 842	33 467	34 104	34 753	35 414
Iné výnosy	9 731	9 990	10 192	10 398	10 607	10 812	11 019	11 230	11 443	11 661	11 883	12 109	12 340	12 574	12 814	13 058
Platba za dostupnosť/Nutná finančná injekcia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Výnosy celkom	214 315	221 776	226 269	230 835	235 482	240 032	244 636	249 308	254 052	258 887	263 814	268 834	273 950	279 163	284 476	289 889
Medziročný rast výnosov	3%	3%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
Personálne náklady	(99 481)	(101 606)	(103 773)	(105 991)	(108 256)	(110 569)	(112 932)	(115 346)	(117 814)	(120 056)	(122 341)	(124 669)	(127 041)	(129 459)	(131 923)	(134 433)
Energie	(979)	(999)	(1 019)	(1 040)	(1 061)	(1 081)	(1 102)	(1 123)	(1 144)	(1 166)	(1 188)	(1 211)	(1 234)	(1 257)	(1 281)	(1 306)
Služby	(2 953)	(3 013)	(3 074)	(3 136)	(3 199)	(3 261)	(3 323)	(3 387)	(3 451)	(3 517)	(3 584)	(3 652)	(3 721)	(3 792)	(3 864)	(3 938)
Materiálne náklady	(46 667)	(48 977)	(49 969)	(50 977)	(52 004)	(53 008)	(54 025)	(55 057)	(56 105)	(57 172)	(58 260)	(59 369)	(60 499)	(61 650)	(62 823)	(64 019)
Dane a poplatky	(794)	(811)	(827)	(844)	(861)	(877)	(894)	(911)	(929)	(946)	(964)	(983)	(1 001)	(1 020)	(1 040)	(1 060)
Iné náklady	(2 530)	(2 649)	(2 703)	(2 758)	(2 813)	(2 867)	(2 922)	(2 978)	(3 035)	(3 093)	(3 152)	(3 212)	(3 273)	(3 335)	(3 398)	(3 463)
Poistenie	(415)	(422)	(410)	(406)	(402)	(397)	(394)	(381)	(366)	(351)	(362)	(377)	(368)	(361)	(355)	(350)
EBITDA	60 496	63 301	64 495	65 684	66 888	67 971	69 043	70 125	71 209	72 586	73 963	75 363	76 812	78 288	79 791	81 322
Medziročný rast EBITDA	5%	5%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
EBITDA marža	28%	29%	29%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%
EBITDA marža (bez platby za dostupnosť)	28%	29%	29%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%	28%
Daň z príjmu	(6 841)	(7 535)	(8 026)	(8 209)	(8 620)	(8 983)	(9 343)	(9 683)	(9 852)	(10 087)	(10 315)	(11 242)	(11 484)	(11 946)	(12 197)	(12 654)
Zmena pracovného kapitálu	(1 213)	(1 262)	(558)	(748)	(669)	(647)	(556)	(759)	(671)	(705)	(613)	(837)	(746)	(760)	(661)	-
Úprava o nepeňažné položky	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prevádzkové peňažné toky (CFO)	52 443	54 503	55 910	56 727	57 599	58 341	59 144	59 683	60 686	61 794	63 034	63 284	64 583	65 582	66 933	68 667
Medziročný rast CFO	5%	4%	3%	1%	2%	1%	1%	1%	2%	2%	2%	0%	2%	2%	2%	3%
Tvorba MRA	(3 416)	(3 276)	(3 276)	(3 276)	(4 570)	(4 570)	(2 242)	(6 494)	(6 494)	(6 494)	(6 494)	-	-	-	-	-
Investície počas životného cyklu	(17 078)	-	-	(9 827)	-	(9 140)	(2 242)	-	-	-	(25 974)	-	-	-	-	-
Rozpúšťanie MRA	17 078	-	-	9 827	-	9 140	2 242	-	-	-	25 974	-	-	-	-	-
Každoročné kapitálové investície	(14 445)	(14 796)	(15 153)	(15 459)	(15 770)	(16 075)	(16 383)	(16 696)	(17 014)	(17 338)	(17 668)	(18 004)	(18 347)	(18 696)	(19 052)	(19 414)
Nepredvídané náklady	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Investičné peňažné toky (CFI)	(17 861)	(18 072)	(18 429)	(18 735)	(20 341)	(20 645)	(18 625)	(23 190)	(23 508)	(23 831)	(24 161)	(18 004)	(18 347)	(18 696)	(19 052)	(19 414)

PPP variant (70 % zadlženost', 13,5 % IRR)

Bankové poplatky: upfront fees	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bankové poplatky: commitment fees	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bankové poplatky: rollover/prolongation fees	(51)	(52)	(53)	(54)	(55)	(55)	(56)	(32)	(32)	(33)	(34)	(34)	(35)	(36)	(37)	(37)
Úrokové náklady: Investičný úver (1)	(6 743)	(5 980)	(5 103)	(4 135)	(3 086)	(1 997)	(824)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Úrokové náklady: Investičný úver (2)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Úrokové náklady: Investičný úver (3)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Úrokové náklady: Investičný úver (RCF)	(591)	(619)	(648)	(661)	(679)	(694)	(709)	(722)	(740)	(755)	(771)	(786)	(805)	(822)	(840)	(855)
Úrokové náklady: Investičný úver (kontokorent)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Úrokové výnosy na MRA	49	-	12	24	-	16	-	-	23	47	70	-	-	-	-	-
Úrokové výnosy na DSRA	67	70	72	73	72	73	49	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Splácanie istiny Investičný úver (1)	(11 827)	(13 589)	(15 018)	(16 257)	(16 880)	(18 195)	(12 772)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Splácanie istiny Investičný úver (2)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Splácanie istiny Investičný úver (3)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Čerpanie Investičný úver (RCF)	1 213	1 262	558	748	669	647	556	759	671	705	613	837	746	760	661	-
Splácanie istiny Investičný úver (RCF)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	(36 910)
Finančné peňažné toky (CFF)	(17 883)	(18 907)	(20 181)	(20 262)	(19 958)	(20 206)	(13 756)	6	(78)	(37)	(122)	17	(94)	(98)	(215)	(37 802)
Peňažné toky po dlhovej službe	16 698	17 525	17 301	17 730	17 300	17 490	26 763	36 499	37 101	37 926	38 751	45 297	46 142	46 788	47 666	11 451
Transfer z/do DSRA	(999)	(553)	(270)	426	(227)	6 597	13 596	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Peňažné toky po dlhovej službe a DSRA	15 700	16 972	17 030	18 156	17 073	24 087	40 359	36 499	37 101	37 926	38 751	45 297	46 142	46 788	47 666	11 451
Čerpanie kontokorentu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Splatenie kontokorentu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Peňažné toky po dlhovej službe, DSRA a kontokorente	15 700	16 972	17 030	18 156	17 073	24 087	40 359	36 499	37 101	37 926	38 751	45 297	46 142	46 788	47 666	11 451
Dividendy	15 700	16 972	17 030	18 156	17 073	24 087	40 359	36 499	37 101	37 926	38 751	45 297	46 142	46 788	47 666	11 451

Zdroj: EY

PSC variant

PSC variant - konštrukčná perióda

<i>Mena: EUR 000</i>	Suma za 2017 - 2019	2017	2018	2019
Náklady počas konštrukčnej fáze		(99)	(260)	(522)
Prevádzkové peňažné toky	(882)	(99)	(260)	(522)
Počiatočná investícia	(341 692)	(79 352)	(81 316)	(181 024)
Nepredvídané náklady	(8 542)	(1 984)	(2 033)	(4 526)
Investičné peňažné toky	(350 234)	(81 336)	(83 349)	(185 549)
Bankové poplatky: upfront fees	(1 955)	(1 942)	-	(13)
Bankové poplatky: commitment fees	(1 298)	(664)	(406)	(228)
Bankové poplatky: rollover/prolongation fees	(50)	-	(25)	(25)
Načerpanie DSRA v konštrukčnej fáze	-	-	-	-
Kapitalizované úroky počas konštrukčnej fázy: Investičný úver (1)	(11 819)	-	(3 880)	(7 939)
Kapitalizované úroky počas konštrukčnej fázy: Investičný úver (2)	-	-	-	-
Kapitalizované úroky počas konštrukčnej fázy: Investičný úver (3)	-	-	-	-
Finančné peňažné toky	(15 122)	(2 606)	(4 311)	(8 205)
Použitie finančné prostriedky	(366 238)	(84 042)	(87 920)	(194 276)
<i>Mena: EUR 000</i>	Suma za 2017 - 2019	2017	2018	2019
Investičný úver (1)	263 362	84 042	87 920	91 400
Investičný úver (2)	69 956	-	-	69 956
Investičný úver (3)	32 920	-	-	32 920
Dlh	366 238	84 042	87 920	194 276
Vlastné imanie	-	-	-	-
Finančné zdroje	366 238	84 042	87 920	194 276

Zdroj: EY

PSC variant

PSC variant – operačná perióda, časť 1/2

<i>Mena: EUR 000</i>	Suma za 2020 - 2049	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Výnosy zo zdravotných poisťovní	5 305 828	113 450	116 163	118 968	121 866	124 950	129 406	134 101	138 943	143 978	149 236	154 721	160 459	166 381	172 359
Úprava výnosov (platby pre UH/OHV)	766 901	12 165	13 614	15 121	16 687	18 329	18 983	19 672	20 382	21 120	21 892	22 696	23 538	24 407	25 284
Iné výnosy	293 789	6 705	6 876	7 051	7 230	7 419	7 619	7 827	8 041	8 262	8 491	8 727	8 973	9 227	9 480
Platba za dostupnosť/Nutná finančná injekcia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Výnosy celkom	6 366 518	132 320	136 653	141 140	145 783	150 698	156 008	161 600	167 366	173 360	179 619	186 145	192 970	200 015	207 123
<i>Medziročný rast výnosov</i>		0%	3%	3%	3%	3%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%
EBITDA	1 279 910	13 110	14 311	15 634	17 150	18 939	20 533	22 349	24 287	26 375	28 606	33 711	37 900	42 230	43 686
<i>Medziročný rast EBITDA</i>		0%	9%	9%	10%	10%	8%	9%	9%	9%	8%	18%	12%	11%	3%
<i>EBITDA marža</i>		10%	10%	11%	12%	13%	13%	14%	15%	15%	16%	18%	20%	21%	21%
<i>EBITDA marža (bez platby za dostupnosť)</i>		10%	10%	11%	12%	13%	13%	14%	15%	15%	16%	18%	20%	21%	21%
Daň z príjmu	(93 877)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	(1 995)	(3 062)
Zmena pracovného kapitálu	(36 910)	(13 046)	(649)	(629)	(663)	(662)	(888)	(896)	(932)	(911)	(1 091)	(1 194)	(1 316)	(1 281)	(1 347)
Úprava o nepeňažné položky	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prevádzkové peňažné toky (CFO)	1 149 123	65	13 663	15 005	16 487	18 277	19 645	21 452	23 355	25 464	27 515	32 517	36 584	38 954	39 277
<i>Medziročný rast CFO</i>		0%	20971%	10%	10%	11%	7%	9%	9%	9%	8%	18%	13%	6%	1%
Tvorba MRA	(95 780)	(725)	(725)	(725)	(725)	(725)	(725)	(725)	(725)	(725)	(725)	(4 706)	(4 706)	(4 706)	(4 706)
Investície počas životného cyklu	(95 780)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	(7 248)	-	-	-	-
Rozpúšťanie MRA	95 780	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7 248	-	-	-	-
Každoročné kapitálové investície	(598 657)	(8 385)	(14 354)	(14 711)	(15 073)	(15 452)	(15 848)	(16 256)	(16 673)	(17 104)	(17 545)	(17 998)	(18 466)	(18 953)	(19 431)
Nepredvídané náklady	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Investičné peňažné toky (CFI)	(694 438)	(9 109)	(15 079)	(15 436)	(15 798)	(16 177)	(16 573)	(16 980)	(17 398)	(17 828)	(18 270)	(22 704)	(23 172)	(23 658)	(24 137)

PSC variant

Bankové poplatky: upfront fees	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bankové poplatky: commitment fees	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bankové poplatky: rollover/prolongation fees	(1 506)	(82)	(88)	(89)	(65)	(65)	(66)	(67)	(43)	(44)	(45)	(46)	(47)	(49)
Úrokové náklady: Investičný úver (1)	(127 665)	(12 159)	(11 551)	(10 943)	(10 335)	(9 727)	(9 119)	(8 511)	(7 903)	(7 295)	(6 687)	(6 079)	(5 471)	(4 863)
Úrokové náklady: Investičný úver (2)	(7 873)	(1 968)	(1 687)	(1 406)	(1 125)	(844)	(562)	(281)	-	-	-	-	-	-
Úrokové náklady: Investičný úver (3)	(920)	(460)	(307)	(153)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Úrokové náklady: Investičný úver (RCF)	(4 275)	-	(76)	(79)	(83)	(87)	(91)	(96)	(101)	(107)	(112)	(118)	(125)	(133)
Úrokové náklady: Investičný úver (kontokorent)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Úrokové výnosy na MRA	551	-	3	5	8	10	13	16	18	21	23	-	17	34
Úrokové výnosy na DSRA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Splácanie istiny Investičný úver (1)	(263 362)	(13 168)	(13 168)	(13 168)	(13 168)	(13 168)	(13 168)	(13 168)	(13 168)	(13 168)	(13 168)	(13 168)	(13 168)	(13 168)
Splácanie istiny Investičný úver (2)	(69 956)	(9 994)	(9 994)	(9 994)	(9 994)	(9 994)	(9 994)	(9 994)	-	-	-	-	-	-
Splácanie istiny Investičný úver (3)	(32 920)	(10 973)	(10 973)	(10 973)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Čerpanie Investičný úver (RCF)	36 910	13 046	649	629	663	662	888	896	932	911	1 091	1 194	1 316	1 281
Splácanie istiny Investičný úver (RCF)	(36 910)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Finančné peňažné toky (CFF)	(507 925)	(35 758)	(47 192)	(46 171)	(34 098)	(33 212)	(32 099)	(31 205)	(20 265)	(19 682)	(18 897)	(18 218)	(17 478)	(16 898)
Peňažné toky po dlhovej službe	(53 239)	(44 802)	(48 609)	(46 602)	(33 410)	(31 112)	(29 027)	(26 733)	(14 308)	(12 046)	(9 652)	(8 404)	(4 067)	(1 076)

Zdroj: EY

PSC variant

PSC variant – operačná perióda, časť 2/2

<i>Mena: EUR 000</i>	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049
Výnosy zo zdravotných poisťovní	178 412	184 694	188 435	192 238	196 108	199 897	203 731	207 622	211 573	215 599	219 702	223 883	228 143	232 485	236 909	241 418
Úprava výnosov (platby pre UH/OHV)	26 172	27 093	27 642	28 200	28 768	29 323	29 886	30 457	31 036	31 627	32 229	32 842	33 467	34 104	34 753	35 414
Iné výnosy	9 731	9 990	10 192	10 398	10 607	10 812	11 019	11 230	11 443	11 661	11 883	12 109	12 340	12 574	12 814	13 058
Platba za dostupnosť/Nutná finančná injekcia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Výnosy celkom	214 315	221 776	226 269	230 835	235 482	240 032	244 636	249 308	254 052	258 887	263 814	268 834	273 950	279 163	284 476	289 889
<i>Medziročný rast výnosov</i>	3%	3%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
EBITDA	46 408	49 276	50 756	52 246	53 769	55 200	56 640	57 491	58 339	59 477	60 600	61 742	62 938	64 156	65 395	66 656
<i>Medziročný rast EBITDA</i>	6%	6%	3%	3%	3%	3%	3%	2%	1%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
<i>EBITDA marža</i>	22%	22%	22%	23%	23%	23%	23%	23%	23%	23%	23%	23%	23%	23%	23%	23%
<i>EBITDA marža (bez platby za dostupnosť)</i>	22%	22%	22%	23%	23%	23%	23%	23%	23%	23%	23%	23%	23%	23%	23%	23%
Daň z príjmu	(3 176)	(3 822)	(4 339)	(4 401)	(4 758)	(4 992)	(5 275)	(5 363)	(5 458)	(5 619)	(5 768)	(6 607)	(6 768)	(7 230)	(7 398)	(7 845)
Zmena pracovného kapitálu	(1 213)	(1 262)	(558)	(748)	(669)	(647)	(556)	(759)	(671)	(705)	(613)	(837)	(746)	(760)	(661)	-
Úprava o nepeňažné položky	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prevádzkové peňažné toky (CFO)	42 019	44 192	45 859	47 096	48 342	49 561	50 810	51 369	52 210	53 153	54 220	54 298	55 424	56 165	57 336	58 811
<i>Medziročný rast CFO</i>	7%	5%	4%	3%	3%	3%	3%	1%	2%	2%	2%	0%	2%	1%	2%	3%
Tvorba MRA	(4 706)	(4 513)	(4 513)	(4 513)	(6 296)	(6 296)	(3 088)	(8 946)	(8 946)	(8 946)	(8 946)	-	-	-	-	-
Investície počas životného cyklu	(23 529)	-	-	(13 538)	-	(12 593)	(3 088)	-	-	-	(35 785)	-	-	-	-	-
Rozpušťanie MRA	23 529	-	-	13 538	-	12 593	3 088	-	-	-	35 785	-	-	-	-	-
Každoročné kapitálové investície	(19 902)	(20 384)	(20 877)	(21 298)	(21 727)	(22 147)	(22 571)	(23 003)	(23 440)	(23 886)	(24 341)	(24 804)	(25 276)	(25 757)	(26 247)	(26 747)
Nepredvídané náklady	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Investičné peňažné toky (CFI)	(24 607)	(24 897)	(25 390)	(25 811)	(28 023)	(28 443)	(25 660)	(31 949)	(32 387)	(32 833)	(33 287)	(24 804)	(25 276)	(25 757)	(26 247)	(26 747)

PSC variant

Bankové poplatky: upfront fees	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bankové poplatky: commitment fees	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bankové poplatky: rollover/prolongation fees	(51)	(52)	(53)	(54)	(55)	(55)	(31)	(32)	(32)	(33)	(34)	(34)	(35)	(36)	(37)	(37)
Úrokové náklady: Investičný úver (1)	(3 648)	(3 040)	(2 432)	(1 824)	(1 216)	(608)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Úrokové náklady: Investičný úver (2)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Úrokové náklady: Investičný úver (3)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Úrokové náklady: Investičný úver (RCF)	(148)	(155)	(162)	(166)	(170)	(174)	(177)	(181)	(185)	(189)	(193)	(197)	(202)	(206)	(210)	(214)
Úrokové náklady: Investičný úver (kontokorent)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Úrokové výnosy na MRA	68	-	16	32	-	23	-	-	32	64	97	-	-	-	-	-
Úrokové výnosy na DSRA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Splácanie istiny Investičný úver (1)	(13 168)	(13 168)	(13 168)	(13 168)	(13 168)	(13 168)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Splácanie istiny Investičný úver (2)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Splácanie istiny Investičný úver (3)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Čerpanie Investičný úver (RCF)	1 213	1 262	558	748	669	647	556	759	671	705	613	837	746	760	661	-
Splácanie istiny Investičný úver (RCF)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	(36 910)
Finančné peňažné toky (CFF)	(15 734)	(15 153)	(15 241)	(14 431)	(13 940)	(13 335)	347	547	485	547	483	606	509	518	414	(37 161)
Peňažné toky po dlhovej službe	1 678	4 142	5 228	6 855	6 379	7 783	25 498	19 967	20 309	20 868	21 415	30 100	30 657	30 926	31 503	(5 097)

Zdroj: EY

Špecifický variant

Špecifický variant - konštrukčná perióda

<i>Mena: EUR 000</i>	Suma za 2017 - 2019	2017	2018	2019
Náklady počas konštrukčnej fáze		(99)	(260)	(522)
Prevádzkové peňažné toky	(882)	(99)	(260)	(522)
Počiatočná investícia	(341 692)	(79 352)	(81 316)	(181 024)
Nepredvídané náklady	(8 542)	(1 984)	(2 033)	(4 526)
Investičné peňažné toky	(350 234)	(81 336)	(83 349)	(185 549)
Bankové poplatky: upfront fees	(1 847)	(1 821)	-	(26)
Bankové poplatky: commitment fees	(1 270)	(631)	(407)	(232)
Bankové poplatky: rollover/prolongation fees	(50)	-	(25)	(25)
Načerpanie DSRA v konštrukčnej fáze	(30 571)	-	-	(30 571)
Kapitalizované úroky počas konštrukčnej fázy: Investičný úver (1)	(8 885)	-	(2 926)	(5 959)
Kapitalizované úroky počas konštrukčnej fázy: Investičný úver (2)	-	-	-	-
Kapitalizované úroky počas konštrukčnej fázy: Investičný úver (3)	-	-	-	-
Finančné peňažné toky	(42 623)	(2 452)	(3 358)	(36 813)
Použitie finančné prostriedky	(393 740)	(83 887)	(86 968)	(222 885)
<i>Mena: EUR 000</i>	Suma za 2017 - 2019	2017	2018	2019
Investičný úver (1)	246 897	73 150	75 836	97 912
Investičný úver (2)	65 582	-	-	65 582
Investičný úver (3)	30 862	-	-	30 862
Dlh	343 341	73 150	75 836	194 356
Vlastné imanie	50 399	10 738	11 132	28 529
Finančné zdroje	393 740	83 887	86 968	222 885

Zdroj: EY

Špecifický variant

Špecifický variant - operačná perióda, časť 1/2

Mena: EUR 000	Suma za 2020 - 2049	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Výnosy zo zdravotných poisťovní	5 305 828	113 450	116 163	118 968	121 866	124 950	129 406	134 101	138 943	143 978	149 236	154 721	160 459	166 381	172 359
Úprava výnosov (platby pre UH/OHV)	766 901	12 165	13 614	15 121	16 687	18 329	18 983	19 672	20 382	21 120	21 892	22 696	23 538	24 407	25 284
Iné výnosy	293 789	6 705	6 876	7 051	7 230	7 419	7 619	7 827	8 041	8 262	8 491	8 727	8 973	9 227	9 480
Platba za dostupnosť/Nutná finančná injekcia	515 500	56 000	46 000	44 500	26 000	24 500	23 500	22 000	19 500	19 500	19 500	19 500	19 500	19 500	19 500
Výnosy celkom	6 882 018	188 320	182 653	185 640	171 783	175 198	179 508	183 600	186 866	192 860	199 119	205 645	212 470	219 515	226 623
Medziročný rast výnosov		0%	-3%	2%	-7%	2%	2%	2%	2%	3%	3%	3%	3%	3%	3%
EBITDA	1 997 889	75 698	66 950	66 816	49 879	50 208	50 846	51 206	50 681	52 799	55 056	60 182	64 386	68 721	70 167
Medziročný rast EBITDA		0%	-12%	0%	-25%	1%	1%	1%	-1%	4%	4%	9%	7%	7%	2%
EBITDA marža		40%	37%	36%	29%	29%	28%	28%	27%	27%	28%	29%	30%	31%	31%
EBITDA marža (bez platby za dostupnosť)		15%	15%	16%	16%	17%	18%	18%	19%	19%	20%	22%	23%	25%	24%
Daň z príjmu	(206 722)	(7 565)	(4 943)	(4 266)	(2 656)	(2 531)	(2 468)	(2 336)	(4 094)	(4 542)	(4 869)	(5 987)	(6 910)	(7 878)	(8 228)
Zmena pracovného kapitálu	(36 910)	(13 046)	(649)	(629)	(663)	(662)	(888)	(896)	(932)	(911)	(1 091)	(1 194)	(1 316)	(1 281)	(1 347)
Úprava o nepeňažné položky	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prevádzkové peňažné toky (CFO)	1 754 257	55 088	61 358	61 921	46 560	47 014	47 490	47 973	45 655	47 346	49 096	53 001	56 159	59 562	60 591
Medziročný rast CFO		0%	11%	1%	-25%	1%	1%	1%	-5%	4%	4%	8%	6%	6%	2%
Počiatočná investícia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tvorba MRA	(95 780)	(725)	(725)	(725)	(725)	(725)	(725)	(725)	(725)	(725)	(725)	(4 706)	(4 706)	(4 706)	(4 706)
Investície počas životného cyklu	(95 780)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	(7 248)	-	-	-	-
Rozpúšťanie MRA	95 780	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7 248	-	-	-	-
Každoročné kapitálové investície	(598 657)	(8 385)	(14 354)	(14 711)	(15 073)	(15 452)	(15 848)	(16 256)	(16 673)	(17 104)	(17 545)	(17 998)	(18 466)	(18 953)	(19 431)
Nepredvídané náklady	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Investičné peňažné toky (CFI)	(694 438)	(9 109)	(15 079)	(15 436)	(15 798)	(16 177)	(16 573)	(16 980)	(17 398)	(17 828)	(18 270)	(22 704)	(23 172)	(23 658)	(24 137)

Špecifický variant

Bankové poplatky: upfront fees	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bankové poplatky: commitment fees	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bankové poplatky: rollover/prolongation fees	(1 531)	(82)	(88)	(89)	(65)	(65)	(66)	(67)	(43)	(44)	(45)	(46)	(47)	(50)
Úrokové náklady: Investičný úver (1)	(156 567)	(9 876)	(9 874)	(9 874)	(9 872)	(9 871)	(9 869)	(9 864)	(9 859)	(9 518)	(9 130)	(8 693)	(8 253)	(7 726)
Úrokové náklady: Investičný úver (2)	(5 889)	(1 441)	(1 248)	(1 051)	(850)	(644)	(434)	(219)	-	-	-	-	-	-
Úrokové náklady: Investičný úver (3)	(483)	(241)	(161)	(81)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Úrokové náklady: Investičný úver (RCF)	(17 079)	-	(302)	(317)	(332)	(347)	(363)	(383)	(404)	(426)	(447)	(472)	(500)	(530)
Úrokové náklady: Investičný úver (kontokorent)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Úrokové výnosy na MRA	551	-	3	5	8	10	13	16	18	21	23	-	17	34
Úrokové výnosy na DSRA	1 823	110	110	110	72	73	73	73	66	69	72	71	77	84
Splácanie istiny Investičný úver (1)	(246 897)	(37)	-	(51)	(29)	(64)	(104)	(137)	(8 532)	(9 692)	(10 929)	(10 987)	(13 191)	(15 631)
Splácanie istiny Investičný úver (2)	(65 582)	(8 769)	(8 962)	(9 159)	(9 360)	(9 566)	(9 776)	(9 991)	-	-	-	-	-	-
Splácanie istiny Investičný úver (3)	(30 862)	(10 208)	(10 287)	(10 367)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Čerpanie Investičný úver (RCF)	36 910	13 046	649	629	663	662	888	896	932	911	1 091	1 194	1 316	1 281
Splácanie istiny Investičný úver (RCF)	(36 910)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Finančné peňažné toky (CFF)	(522 515)	(17 497)	(30 162)	(30 245)	(19 765)	(19 813)	(19 638)	(19 677)	(17 821)	(18 678)	(19 364)	(18 933)	(20 581)	(22 537)
Peňažné toky po dlhovej službe	537 305	28 482	16 117	16 240	10 997	11 024	11 279	11 316	10 436	10 840	11 462	11 364	12 406	13 367
Transfer z/do DSRA	30 571	38	(51)	10 472	(34)	(37)	(29)	1 821	(818)	(850)	379	(1 764)	(1 913)	(336)
Peňažné toky po dlhovej službe a DSRA	567 875	28 520	16 066	26 712	10 963	10 987	11 250	13 137	9 617	9 990	11 842	9 599	10 494	13 031
Čerpanie kontokorentu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Splatenie kontokorentu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Peňažné toky po dlhovej službe, DSRA a kontokorente	567 875	28 520	16 066	26 712	10 963	10 987	11 250	13 137	9 617	9 990	11 842	9 599	10 494	13 031
Dividendy	567 875	28 520	16 066	26 712	10 963	10 987	11 250	13 137	9 617	9 990	11 842	9 599	10 494	13 031

Zdroj: EY

Špecifický variant

Špecifický variant - operačná perióda, časť 2/2

Mena: EUR 000	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049
Výnosy zo zdravotných poisťovní	178 412	184 694	188 435	192 238	196 108	199 897	203 731	207 622	211 573	215 599	219 702	223 883	228 143	232 485	236 909	241 418
Úprava výnosov (platby pre UH/OHV)	26 172	27 093	27 642	28 200	28 768	29 323	29 886	30 457	31 036	31 627	32 229	32 842	33 467	34 104	34 753	35 414
Iné výnosy	9 731	9 990	10 192	10 398	10 607	10 812	11 019	11 230	11 443	11 661	11 883	12 109	12 340	12 574	12 814	13 058
Platba za dostupnosť/Nutná finančná injekcia	19 500	19 500	19 500	19 500	19 500	19 500	19 500	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Výnosy celkom	233 815	241 276	245 769	250 335	254 982	259 532	264 136	249 308	254 052	258 887	263 814	268 834	273 950	279 163	284 476	289 889
Medziročný rast výnosov	3%	3%	2%	2%	2%	2%	2%	-6%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
EBITDA	72 863	75 697	77 034	78 373	79 735	80 991	82 246	63 723	64 691	65 949	67 196	68 463	69 787	71 135	72 507	73 903
Medziročný rast EBITDA	4%	4%	2%	2%	2%	2%	2%	-23%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
EBITDA marža	31%	31%	31%	31%	31%	31%	31%	26%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
EBITDA marža (bez platby za dostupnosť)	25%	25%	25%	26%	26%	26%	26%	26%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
Daň z príjmu	(8 345)	(9 011)	(9 500)	(9 589)	(9 979)	(10 246)	(10 567)	(6 615)	(6 734)	(6 918)	(7 091)	(7 956)	(8 142)	(8 630)	(8 824)	(9 298)
Zmena pracovného kapitálu	(1 213)	(1 262)	(558)	(748)	(669)	(647)	(556)	(759)	(671)	(705)	(613)	(837)	(746)	(760)	(661)	-
Úprava o nepeňažné položky	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prevádzkové peňažné toky (CFO)	63 305	65 424	66 976	68 036	69 086	70 098	71 124	56 349	57 286	58 326	59 491	59 670	60 899	61 745	63 022	64 605
Medziročný rast CFO	4%	3%	2%	2%	2%	1%	1%	-21%	2%	2%	2%	0%	2%	1%	2%	3%
Tvorba MRA	(4 706)	(4 513)	(4 513)	(4 513)	(6 296)	(6 296)	(3 088)	(8 946)	(8 946)	(8 946)	(8 946)	-	-	-	-	-
Investície počas životného cyklu	(23 529)	-	-	(13 538)	-	(12 593)	(3 088)	-	-	-	(35 785)	-	-	-	-	-
Rozpúšťanie MRA	23 529	-	-	13 538	-	12 593	3 088	-	-	-	35 785	-	-	-	-	-
Každoročné kapitálové investície	(19 902)	(20 384)	(20 877)	(21 298)	(21 727)	(22 147)	(22 571)	(23 003)	(23 440)	(23 886)	(24 341)	(24 804)	(25 276)	(25 757)	(26 247)	(26 747)
Nepredvídané náklady	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Investičné peňažné toky (CFI)	(24 607)	(24 897)	(25 390)	(25 811)	(28 023)	(28 443)	(25 660)	(31 949)	(32 387)	(32 833)	(33 287)	(24 804)	(25 276)	(25 757)	(26 247)	(26 747)

Špecifický variant

Bankové poplatky: upfront fees	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bankové poplatky: commitment fees	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bankové poplatky: rollover/prolongation fees	(51)	(52)	(53)	(54)	(55)	(55)	(56)	(32)	(32)	(33)	(34)	(34)	(35)	(36)	(37)	(37)
Úrokové náklady: Investičný úver (1)	(6 437)	(5 688)	(4 862)	(3 975)	(3 037)	(2 093)	(1 095)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Úrokové náklady: Investičný úver (2)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Úrokové náklady: Investičný úver (3)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Úrokové náklady: Investičný úver (RCF)	(591)	(619)	(648)	(661)	(679)	(694)	(709)	(722)	(740)	(755)	(771)	(786)	(805)	(822)	(840)	(855)
Úrokové náklady: Investičný úver (kontokorent)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Úrokové výnosy na MRA	68	-	16	32	-	23	-	-	32	64	97	-	-	-	-	-
Úrokové výnosy na DSRA	91	95	97	99	96	97	103	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Splácanie istiny Investičný úver (1)	(18 720)	(20 658)	(22 161)	(23 460)	(23 606)	(24 928)	(27 387)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Splácanie istiny Investičný úver (2)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Splácanie istiny Investičný úver (3)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Čerpanie Investičný úver (RCF)	1 213	1 262	558	748	669	647	556	759	671	705	613	837	746	760	661	-
Splácanie istiny Investičný úver (RCF)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	(36 910)
Finančné peňažné toky (CFF)	(24 427)	(25 661)	(27 052)	(27 271)	(26 611)	(27 003)	(28 589)	6	(69)	(19)	(95)	17	(94)	(98)	(215)	(37 802)
Peňažné toky po dlhovej službe	14 270	14 866	14 534	14 954	14 452	14 652	16 875	24 406	24 831	25 475	26 109	34 883	35 528	35 889	36 559	56
Transfer z/do DSRA	(1 190)	(676)	(412)	792	(378)	(1 462)	28 482	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Peňažné toky po dlhovej službe a DSRA	13 080	14 190	14 121	15 747	14 074	13 190	45 357	24 406	24 831	25 475	26 109	34 883	35 528	35 889	36 559	56
Čerpanie kontokorentu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Splatenie kontokorentu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Peňažné toky po dlhovej službe, DSRA a kontokorente	13 080	14 190	14 121	15 747	14 074	13 190	45 357	24 406	24 831	25 475	26 109	34 883	35 528	35 889	36 559	56
Dividendy	13 080	14 190	14 121	15 747	14 074	13 190	45 357	24 406	24 831	25 475	26 109	34 883	35 528	35 889	36 559	56

Zdroj: EY

Skratky

1. Skratky

Skratky

1QxxA	Prvý kvartál roku 20xx, aktuálny
£	Libra šterlingov
Aalto	Aalto University
ACSC	Chronické ochorenia vyžadujúce častú a špeciálnu ambulantnú starostlivosť s cieľom zníženia potreby hospitalizácie (z anglického Ambulatory care sensitive conditions)
AFM	Abstraktný funkčný model
ALOS	Priemerná ošetrovacía doba
BioMedPark	Biomedicínsky, vzdelávací a výskumný park tak, ako je zadefinovaný v dokumente „Informácia o stave investícií v akútnej lôžkovej zdravotnej starostlivosti na Slovensku a zámer realizácie výstavby novej nemocnice v Bratislave“ schválenom Vládou SR dňa 3. júla 2013
BSK	Bratislavský samosprávny kraj
c.h.	Cenová hladina
CAGR	Súhrnná miera ročného rastu (Compound Annual Growth Rate)
CapEx	Kapitálové náklady
CBA	Analýza nákladov a výnosov (Cost benefit analysis)
cca	Cirka, približne
CFF	Finančné peňažné toky
CFI	Investičné peňažné toky
CFO	Prevádzkové peňažné toky
CMS	CMS Cameron McKenna LLP
CEB	Council of Europe Development Bank
ČSH	Čistá súčasná hodnota
CT	Počítačová tomografia
DecxxA / Dec 20xx	K decembru xx skutočnosť / K decembru 20xx
DPH	Daň z pridanej hodnoty
DRG	Skupiny súvisiacich diagnóz (Diagnoses Related Groups)
DSCR	Ukazovateľ krytia dlhovej služby (Debt service cover ratio)
DSRA	Rezervný účet dlhovej služby (Debt Service Reserve Account)
EBITDA	Zisk pred zdanením, úrokmi a odpismi
EIA	Posudzovanie vplyvov na životné prostredie (z ang. Environmental Impact Assessment – EIA)
EIB	Európska investičná banka
EK / Komisia	Európska komisia
EPBD	Smernica o energetickej hospodárnosti budov
Equity IRR	Požadovaná miera výnosu z vlastného imania
ESA 10	Európsky systém účtov 2010, ktorý sa zavádza Nariadením EP a Rady EÚ č. 549/2013 z 21.mája 2013 o európskom systéme národných a regionálnych účtov v Európskej únii, ktorým sa zavádza Európsky systém účtov 2010

Skratky

EÚ	Európska únia
EUL	Ekonomická životnosť (Economic useful life)
EUR	EURO
Exekučný poriadok	Zákon č. 233/1995 o súdnych exekútoroch a exekučnej činnosti ("Exekučný poriadok") a o zmene a doplnení ďalších zákonov v znení neskorších predpisov
EY	Ernst & Young Financial Advisory, s.r.o.
FCFF	Celkové peňažné toky nUNB
FRO	Oddelenie fyzioterapie a rehabilitácie
FTE	Zamestnanci na plný úväzok
FYxxA / F	Finančný rok xx, skutočnosť / predikcia
GFA	Hrubá podlahová plocha (z ang. Gross floor area)
GPA	Dohoda o vládnom obstarávaní Svetovej obchodnej organizácie
HDP	Hrubý domáci produkt
HM	Hmotný majetok
IC BS	Imperial College Business School
IKT	Informačné a komunikačné technológie
Interpretatívne oznámenie k PPP	Oznámenie Komisie o výklade týkajúcom sa uplatňovania práva Spoločenstva v oblasti verejného obstarávania a koncesí inštitucionalizovaným verejno-súkromným partnerstvám (IVSP) č. 2008/C 91/02
Investičný úver 1	Úver poskytnutý na budovy
Investičný úver 2	Úver poskytnutý na vybavenie
Investičný úver 3	Úver poskytnutý na krytie výdavkov a IKT
IPPP	Inštitucionálne verejno-súkromné partnerstvo
IRS	Úrokový swap (z ang. Interest rate swap)
JIRS	Jednotka intenzívnej a resuscitačnej starostlivosti
JIS	Jednotka intenzívnej starostlivosti
JV	Joint venture – komerčný spoločný podnik
JZS	Jednodňová zdravotná starostlivosť
KAIM	Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny
Klient alebo MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
Konzorcium	Konzorcium spoločností Ernst & Young Financial Advisory, s.r.o. a Ružička Csekes, s.r.o.
KPI	Kľúčový ukazovateľ výkonnosti
Kr	Kramáre
L	Zadĺženie (z anglického Leverage)
LOZ	Lekárske odborové združenie
m / mil.	Milión
Manažment	Manažment UNB

Skratky

MCA	Multikriteriálna analýza
MF SR	Ministerstvo financií Slovenskej republiky
MR	Magnetická rezonancia
MRA	Rezervný účet (z ang. Maintenance reserved account)
MV SR	Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky
n/a	Nevzťahuje sa
n/d	Nedodané dáta
Nariadenie Vlády SR o verejnej minimálnej sieti	Nariadenie vlády SR č. 640/2008 Z.z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti
NCZI	Národné centrum zdravotníckych informácií
ND	Čistý dlh
NDS	Národná diaľničná spoločnosť
Nehnuteľnosti	Pozemky a Budovy, ktoré má vo vlastníctve NSM, tak ako sú špecifikované v časti Posúdenie právnych dôsledkov realizácie Projektu z perspektívy stavebných právnych predpisov (najmä z pohľadu územného plánu, potreby súhlasov a povolení príslušných orgánov, EIA, ochrany historických budov)
Nerobiť nič	Variant posudzovaný ako súčasný stav UNB (status quo)
Nová nemocnica	Variant modifikácie súčasnej UNB založený na výstavbe novej nemocnice s nahradením súčasnej zdravotníckej infraštruktúry
NR SR	Národná rada Slovenskej republiky
NSM	Nemocnica svätého Michala, a.s
NTS	Národná transfúzna služba
nUNB	Nová UNB
Obchodný zákonník	Zákon č. 513/1991 Zb. Obchodný zákonník v znení neskorších predpisov
Občiansky zákonník	Zákon č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov
OHV	Osobitne hradené výkony
OpEx	Prevádzkové náklady
ORL	Otorinolaryngológia
OZSaPA	Oodborové združenie sestier a pôrodných asistentiek
p.b.	Percentuálny bod
PB	Podunajské Biskupice
Pe	Petržalka
PFI	Private finance initiative (PPP)
Platba za dostupnosť	Platba Súkromnému partnerovi zo strany Verejného sektora
Ponechané riziká	Riziká, ktoré by mali byť zachované vo verejnom sektore
Poradcovia	Ernst & Young Financial Advisory, s.r.o., Ružička Csekes, s.r.o., Netherlands Organisation for Applied Scientific Research TNO, Imperial College Business School, CMS Cameron McKenna LLP, Aalto University

Skratky

PPP	Verejno-súkromné partnerstvo
Prenesené riziká	Riziká, ktoré by mali byť prenesené na súkromného partnera
Prevádzkový operátor	Súkromný prevádzkový operátor
Prípad Botzen	prípád Arie Botzen a ostatní proti Rotterdamsche Droogdok Maatschappij BV–číslo 186/83, o ktorom sa rozhodol Súdny dvor Európskej únie Rozsudkom zo 7. februára 1985
Prípad Spijkers	prípád Jozef Maria Antonius Spijkers proti Gebroeders Benedik Abattoir CV et Alfred Benedik en Zonen BV. –číslo 24/85, o ktorom rozhodol Súdny dvor Európskej únie (Piata komora) Rozsudkom z 18. marca 1986
Projekt	Zámer MZ SR, predmetom ktorého je vybudovanie, prevádzka a údržba novej UNB s prepojením na súvisiace vzdelávacie a výskumné zariadenia
PSC	Komparátor verejného sektora
PSDR	Diskontná miera verejného sektora
RC CMS	Ružička Csekes, s.r.o.
RCF	Revolvingový úver
Rekonštrukcia	Variant modifikácie súčasnej UNB založený na významnom investovaní do rekonštrukcie súčasných nemocníc
RKZ	Rokovacie konanie so zverejnením
RTG	Röntgen
Ru	Ružinov
ŠAS	Špecializovaná ambulantná starostlivosť
SAV	Slovenská akadémia vied
SD EÚ	Súdny dvor Európskej únie
ŠGN	Špecializovaná geriatrická nemocnica
SM	Staré Mesto
Smernica 2004/17/ES	Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2004/17/ES o koordinácii postupov pri zadávaní verejných zákaziek v odvetví vodného hospodárstva, energetiky, dopravy a poštových služieb
Smernica 2004/18/ES	Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2004/18/ES o koordinácii postupov pri zadávaní verejných zákaziek na stavebné práce, dodávky a služby
Smernica 2014/23/EÚ	Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2014/23/EÚ o udeľovaní koncesií
Smernica 2014/24/EÚ	Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2014/24/EÚ o verejnom obstarávaní a o zrušení smernice 2004/18/ES
SOZZaSS	Slovenský odborový zväz zdravotníckych a sociálnych služieb
SP	Súkromný partner
SPP	Slovenský plynárenský priemysel
SP a ZPoi	Sociálne a zdravotné poistenie
Špecifický variant	Model série verejných zákaziek zadávaných obchodnou spoločnosťou so 100%-nou účasťou štátu pri čiastočnom využití finančných aktív štátu

Skratky

SPV	Účelovo zriadená spoločnosť (z ang. Special purpose vehicle)
ŠR	Štátny rozpočet
SROI	Spoločenská návratnosť investícií (Social return on investment)
Stavebný zákon	Zákon č. 50/1976 Zb. O územnom plánovaní a stavebnom poriadku (stavebný zákon) v znení neskorších predpisov
STU	Slovenská technická univerzita
Štúdia	Štúdia uskutočniteľnosti
ŠÚKL	Štátny ústav kontroly liečiv
SVLZ	Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky
ŠZM	Špeciálny zdravotnícky materiál
SZU	Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave
tis.	tisíc
TNO	Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek TNO
u/q	Nekvantifikované
ÚDZS	Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
UH	Ukončená hospitalizácia
UK	Univerzita Komenského v Bratislave
UNB	Univerzitná nemocnica Bratislava
UNB3	Nemocnice Staré Mesto, Kramáre a Ružinov
Urobiť minimum	Variant modifikácie súčasnej UNB založený na investovaní minimálnych CapEx do UNB
ÚS SR	Ústava Slovenskej republiky č. 460/1992 Zb. v znení neskorších predpisov
Ústava SR	Ústava Slovenskej republiky č. 460/1992 Zb. v znení neskorších predpisov
Ústavný zákon o rozpočtovej zodpovednosti	Ústavný zákon č. 493/2011 Z.z. o rozpočtovej zodpovednosti
ÚVO	Úrad pre verejné obstarávanie
ÚVZ	Úrad verejného zdravotníctva
Variant A / Súčasný profil	Zachovanie súčasného produkčného profilu v Petržalke
Variant B / Revidovaný profil	Prehodnotenie funkčného profilu Petržalky tak, aby pripomínal regionálnu nemocnicu
Vláda SR	Vláda Slovenskej republiky
VS	Verejný sektor
VÚC	Vyšší územný celok
VšZP	Všeobecná zdravotná poisťovňa
Vyhláška MZSR, ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení	Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 770/2004 Z.z., ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení
WTO	Svetová obchodná organizácia

Skratky

Zákon EIA	Zákon č. 24/2006 Z. z. o posudzovaní vplyvov na životné prostredie a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
Zákon o bezpečnosti štátu v čase vojny	Zákon č. 227/2002 Z. z. o bezpečnosti štátu v čase vojny, vojnového stavu, výnimočného stavu a núdzového stavu v znení neskorších predpisov
Zákon o rozpočtových pravidlách územnej samosprávy	Zákon č. 583/2004 Z.z. o rozpočtových pravidlách územnej samosprávy a o zmene a doplnení niektorých zákonov
Zákon o rozpočtových pravidlách verejnej správy	Zákon č. 523/2004 o rozpočtových pravidlách verejnej správy a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
Zákon o hospodárskej mobilizácii	Zákon č. 174/2011 Z.z. o hospodárskej mobilizácii a o zmene a doplnení zákona č. 387/2002 Z.z. o riadení štátu v krízových situáciách mimo času vojny a vojnového stavu v znení neskorších predpisov
Zákon o konkurze	Zákon č. 7/2005 Z.z. o konkurze a reštrukturalizácii a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
Zákon o ochrane hospodárskej súťaže	Zákon č. 136/2001 Z. z. ochrane hospodárskej súťaže a o zmene a doplnení zákona Slovenskej národnej rady č. 347/1990 Zb. o organizácii ministerstiev a ostatných ústredných orgánov štátnej správy Slovenskej republiky v znení neskorších predpisov v znení neskorších predpisov
Zákon o poskytovaní dotácií v pôsobnosti MZSR	Zákon č. 525/2010 Z.z. o poskytovaní dotácií v pôsobnosti Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky v znení neskorších predpisov
Zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti	Zákon č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov
Zákon o správe majetku štátu	Zákon č. 278/1993 Z.z. o správe majetku štátu v znení neskorších predpisov
Zákon o verejnom obstarávaní / ZVO	Zákon č. 25/2006 Z.z. o verejnom obstarávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
Zákon o vysokých školách	Zákon č. 131/2002 Z.z. o vysokých školách a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
Zákon o zdravotnej starostlivosti	Zákon č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti a o zmene niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
Zákon o zdravotnom poistení	Zákon č. 580/2004 Z.z. o zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
Zákon o zdravotných poisťovniach	Zákon č. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
ZFEU	Zmluva o fungovaní Európskej únie
Zmluva o praktickej výučbe	Zmluva uzatvorená podľa § 35 ods. 1 Zákona o vysokých školách a podľa § 16 vyhlášky MZ SR č. 770/2004 Z. z., ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení
ZP	Zdravotná poisťovňa
ZPPP	Zmluvné verejno-súkromné partnerstvo
ŽSR	Železnice Slovenskej republiky
ŽSSK	Železničná spoločnosť, a.s.

Informácie o EY

EY patrí medzi najvýznamnejšie celosvetové firmy poskytujúce odborné poradenské služby v oblasti auditu a daňového, transakčného a podnikového poradenstva. Našimi názormi a kvalitou služieb prispievame k budovaniu dôvery v kapitálové trhy a ekonomiky celého sveta. Podporujeme rozvoj popredných lídrov, ktorých spája dôraz na kvalitu poskytovaných služieb vo vzťahu k všetkým zainteresovaným skupinám. V tom je náš hlavný prínos k lepšie fungujúcemu svetu pre našich ľudí, klientov a širšiu komunitu.

Označenie EY sa vzťahuje na celosvetovú organizáciu spoločností, ktorej riadiacou spoločnosťou je britská Ernst & Young Global Limited. Každá členská spoločnosť je nezávislým právnym subjektom. Ernst & Young Global Limited neposkytuje služby priamo klientom. Ďalšie informácie nájdete na našich webových stránkach ey.com.

© 2014 EYGM Limited.
Všetky práva vyhradené.

ey.com/sk