**SPrÁva o Účasti verejnosti na Tvorbe právnych Predpisov**

Verejnosť bola o príprave návrhu zákona, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony informovaná prostredníctvom predbežnej informácie č. PI/2019/52, ktorá bola zverejnená v informačnom systéme verejnej správy Slov – Lex.

K predbežnej informácii č. **PI/2019/52** boli v rámci procesu pripomienkovania predbežnej informácie zo strany verejnosti predložené k vecnému pripomienky, a to:

1. **DÔVERA (DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s.)**

Zdravotná poisťovňa víta, že Ministerstvo zdravotníctva SR prichádza s návrhom úpravy kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti (klinický audit) a bezpečnosti pacienta. Indikátory kvality by mali byť merateľné a mali by umožňovať komparáciu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v rámci krajín OECD, t.z. mali by byť aktuálne, merateľné a mať výpovednú hodnotu. Súčasne rozumieme, že indikátory kvality má záujem stanovovať Ministerstvo a podľa nich merať kvalitu jednotlivých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Dovoľujeme si v tejto súvislosti upozorniť na tú skutočnosť, že indikátory kvality, ktoré sú dnes upravené v zákone č. 581/2004 Z.z. a ktoré vypracúva v plnom rozsahu Ministerstvo (§ 7 ods. 6), súčasne zverejňuje metodiku vyhodnotenia každého parametra, spôsob interpretácie a tiež je daná povinnosť zdravotných poisťovní hodnotenia zverejňovať a zasielať Ministerstvu, sú indikátory kvality jedným z podkladov pre tvorbu poradia poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a uzatváranie zmlúv (vrátane ceny). Preto sme toho názoru, že tieto dva druhy indikátorov by sa nemali zamieňať a že nie je správne tvrdenie, že sa indikátory kvality „presunú“ zo zákona č. 581/2004 Z.z. do zákona č. 578/2004 Z.z. Ak je takýto presun indikátorov nevyhnutný, potom navrhujeme v § 7 ods. 4 ponechať zdravotným poisťovniam možnosť určovať vlastné kritériá kvality, potrebné pre uzatváranie zmlúv s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, ktoré budú existovať popri indikátoroch kvality, ktoré sa podľa predbežnej informácie majú presunúť do zákona č. 578/2004 Z.z. Navyše sa domnievame, že týmto presunom by sa legislatívne narušil systém indikátorov kvality (v zmysle početnosti výkonov), ktoré Ministerstvo deklarovalo v rámci plánovanej stratifikácie nemocníc, ako indikátorov kvality pre proces uzatvárania zmlúv s nemocnicami, a nie ako indikátorov v zmysle klinického auditu a bezpečnosti pacienta.

**Vyhodnotenie MZSR:**

Zavádza sa systém kvality, ktorý má poskytovateľ zdravotnej starostlivosti zabezpečovať na dodržiavanie a zvyšovanie svojej kvality na všetky činnosti, ktoré môžu ovplyvniť zdravie osoby, spĺňal minimálne personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie a aby spĺňal indikátory kvality definované nariadením vlády. Úprava indikátorov kvality sa presúva zo zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov, nakoľko neplnili hlavný účel, pre ktorý boli vytvorené. Účelom presunu indikátorov kvality je predovšetkým nastaviť jasné pravidlá pri uzatváraní zmlúv, presunúť hodnotenie indikátorov kvality na ministerstvo zdravotníctva, nakoľko podľa súčasného právneho stavu indikátory kvality hodnotia zdravotné poisťovne. Zdravotné poisťovne mali na základe hodnotenia tvoriť poradie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a pri uzatváraní zmlúv s nimi, mali dodržiavať poradie, ktoré sa malo týmto hodnotením vytvoriť. V praxi sa uvedené nedialo, zdravotné poisťovne uzatvárajú zmluvy podľa vlastných kritérií, nikde nezverejnených, čo vyvoláva netransparentnosť pri uzatváraní zmlúv. Súčasne platné indikátory kvality sú uverejnené v nariadení vlády Slovenskej republiky č. 752/2004 Z. z. Návrhom zákona bude indikátory kvality hodnotiť ministerstvo zdravotníctva a výsledky hodnotenia indikátorov kvality zverejní na svojom webovom sídle. Účelom je jednotné hodnotenie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na základe spĺňania indikátorov kvality. Povinnosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorý je držiteľom povolenia alebo držiteľom licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe, sú ustanovené v zákone č. 578/2004 Z. z. Ruší sa možnosť zdravotným poisťovniam tvoriť si vlastné indikátory kvality z dôvodu, že ich zdravotné poisťovne neuverejňovali na svojich webových sídlach a vytvárali tak neprimeraný tlak na poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, do určitej doby sa ponecháva povinnosť zdravotnej poisťovne hodnotiť indikátory kvality. Zároveň sa v návrhu zákona ustanovuje spôsob, ako bude ministerstvo zdravotníctva s výsledkami hodnotenia indikátorov kvality nakladať a to napríklad uverejňovať výsledky hodnotenia indikátorov kvality na webovom sídle, vykonávať kontrolu kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti, vytvárať poradie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti podľa poradia ich úspešnosti pri plnení a uverejňovať aj zoznam poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a informáciu o stave plnenia indikátorov kvality. Umožní to pacientovi ľahšie sa rozhodnúť, kde čerpať zdravotnú starostlivosť a zdravotnej poisťovni poskytne lepšie ukazovatele pri uzatváraní zmlúv. Indikátory kvality budú vydané nariadením vlády SR, ktorým sa ustanoví označenie druhu poskytovateľa, ktorý bude indikátorom kvality hodnotený, označenie oblasti zdravotnej starostlivosti, na ktorej hodnotenie indikátor kvality slúži, názov indikátora kvality, popis indikátora kvality, úroveň indikátora kvality a prípustnú odchýlku, určenie časového obdobia, za ktoré bude indikátor kvality hodnotený, označenie zdroja údajov, z ktorých bude indikátor kvality spracovaný, parametre pre meranie kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti (ďalej len „parameter kvality“), minimálny počet výkonov potrebných pre dosiahnutie parametra kvality, spôsob akým ministerstvo zdravotníctva určuje, prehodnocuje a dopĺňa parametre kvality a minimálny počet výkonov potrebných pre dosiahnutie parametra kvality, kvalitatívne požiadavky na obsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Ministerstvo zdravotníctva metodickým pokynom usmerní formát údajov, ktoré je poskytovateľ povinný poskytnúť ministerstvu zdravotníctva  na vyhodnotenie indikátora kvality, metodiku spôsobu získania výslednej hodnoty indikátora kvality, a to obsah čitateľa, obsah menovateľa a spôsob výpočtu vrátane štandardizácie, ak je potrebná, formu prezentácie indikátora kvality, spôsob interpretácie indikátora kvality.

Zavádza sa taktiež nový inštitút bezpečnosti pacienta, účelom uvedeného inštitútu je posilniť práva pacientov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Zavádza sa nová povinnosť poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v súvislosti s bezpečnosťou pacienta, a to zaviesť interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta a minimálne požiadavky na interný systém. Účelom je predchádzať rizikám a nežiaducim udalostiam súvisiacim s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, v dôsledku ktorých môže dôjsť k negatívnemu ovplyvneniu poskytovanej zdravotnej starostlivosti alebo k zhoršeniu zdravotného stavu pacienta. Ďalej sa zavádza pojem nežiaducej udalosti,  ako aj splnomocňovacie ustanovenie na vydanie podrobností o zavedení interného systému hodnotenia bezpečnosti pacienta a jeho minimálnych požiadavkách.

1. **SLS (Slovenská lekárska spoločnosť) a Verejnosť (Verejnosť)**

Slovenská spoločnosť klinickej mikrobiológie súhlasí a plne podporuje zámer MR SR rozšíriť právny rámec pre vykonávanie klinického auditu u poskytovateľov a zvýšiť kompetencie MZ SR v tejto oblasti, vzhľadom na to, že súčasná právna úprava je nedostatočná a môže byť zneužívaná zdravotnými poisťovňami. Naša odborná spoločnosť navrhuje zriadenie kontrolného orgánu pri MZ SR určeného na kontrolu dodržiavania zásad definovaných v Štandardných diagnostických, terapeutických a preventívnych postupoch vydaných MZ SR a to u všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (štátnych aj neštátnych). Žiadame, aby indikátory kvality boli vypracované v súčinnosti s odbornými spoločnosťami SLS.

**Vyhodnotenie MZSR:** Vykonanie klinického auditu a následne vykonanie opatrení na odstránenie zistených nedostatkov sleduje zlepšenie zdravotnej starostlivosti o pacientov vrátane bezpečnosti pacientov a zlepšenie výsledkov komplexnej zdravotnej starostlivosti o zdravú populáciu a o osoby s chorobou vyžadujúcou diagnostiku, liečbu alebo inú zdravotnú starostlivosť vrátane paliatívnej starostlivosti. Klinický audit zahŕňa zdokumentované, štruktúrované a systematické preskúmanie a hodnotenie dodržiavania klinických štandardov, ktorými sú štandardné postupy na výkon prevencie, štandardné diagnostické postupy, štandardné terapeutické postupy a interného systému hodnotenia bezpečnosti pacienta a jeho minimálnych požiadaviek. Účelom zavedenia klinického auditu je aj zhodnotenie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti a zlepšenie preventívnych programov vrátane skríningových programov. Klinický audit podľa navrhovanej úpravy vykonáva ministerstvo zdravotníctva a iné osoby na základe jeho písomného poverenia, ktoré sú odborne spôsobilé na výkon zdravotníckeho povolania. Podľa navrhovanej právnej úpravy indikátory kvality  vypracúva ministerstvo zdravotníctva v spolupráci s odbornými spoločnosťami, zdravotnými poisťovňami a Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

Verejnosť bola o príprave návrhu zákona o dlhodobej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov informovaná aj prostredníctvom zverejnenia predbežnej informácie vo verejnosti prístupnom informačnom systéme verejnej správy Slov – Lex pod číslom PI/2018/165.

 Verejnosť mala možnosť zasielať návrhy a podnety k príprave návrhu opatrenia, podávať pripomienky.

K predbežnej informácii pod číslom **PI/2018/165** boli v rámci procesu pripomienkovania predbežnej informácie v informačnom systéme verejnej správy Slov – Lex zo strany verejnosti predložené tieto pripomienky.

1. **IZ (Inštitút zamestnanosti)**

Dlhodobá starostlivosť musí byť financovaná z verejného sektora a regulovaná verejným sektorom takým spôsobom, aby naozaj každý človek, ktorý ju potrebuje ju aj dostal; aby táto starostlivosť bola dlhodobá a predvídateľná, bez častých "dier" vo financovaní; aby ľudia pracujúci v sektore dlhodobej starostlivosti (ktorých je viac ako ľudí pracujúcich v automobilovom priemysle) mali primerané mzdy a pracovné podmienky; aby kvalita poskytovanej starostlivosti mala základné štandardy bez ohľadu na akreditáciu; aby neziskové organizácia venujúce sa dlhodobej starostlivosti mali rovnaké podmienky na fungovanie a financovanie bez ohľadu na právnu formu a zriaďovateľa; aby kvalifikačné predpoklady pracovníkov boli realistické vzhľadom na aktivity ktoré robia (napr. na pichanie inzulínu netreba dlhé vzdelávanie). Žiadame, aby tieto podmienky budú v pripravovanom zákone zohľadnené.

1. **DÔVERA (DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s.)**

Dôvera zdravotná poisťovňa, a.s. víta iniciovanie komplexnej zákonnej úpravy oblasti dlhodobej starostlivosti. To, že nie je vhodné riešiť len čiastkové otázky, ale celú problematiku riešiť komplexne v spolupráci s Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny, pripomienkovala zdravotná poisťovňa už v čase zavádzania povinnosti uzatvárania zmlúv o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnej pomoci, vrátane súvisiacej cenovej regulácie. K uvedenému materiálu uvádzame, že nakoľko náklady na dlhodobú starostlivosť by mali byť financované aj zo zdrojov verejného zdravotného poistenia, ktoré majú slúžiť výlučne na úhradu poskytnutej zdravotnej starostlivosti (t.j. nie sociálnej starostlivosti), je podľa nášho názoru potrebné jasne stanoviť obsah (definíciu) dlhodobej starostlivosti tak, aby sa čo najviac zúžil priestor pre neefektívne vynakladanie týchto zdrojov. Z tohto pohľadu sa nám zdá v materiály prezentovaná definícia dlhodobej starostlivosti ako: „systém činností, ktoré sa zaisťujú osobe, ktorá nie je plne sama schopná si zabezpečiť starostlivosť o vlastnú osobu, udržanie maximálnej možnej kvality života podľa jej individuálnej preferencie s čo najvyšším dosiahnuteľným stupňom nezávislosti, autonómie, účasti na spoločenskom živote, osobného života a ľudskej dôstojnosti„ ako vágna a tým aj ťažko objektívne merateľná a kontrolovateľná, čo môže mať v konečnom dôsledku negatívny vplyv na efektivitu vynakladania zdrojov verejného zdravotného poistenia na úkor poistencov, ktorým má byť uhrádzaná zdravotná starostlivosť. Sme toho názoru, že v záujme zabezpečenia efektivity a účelnosti vynakladania finančných zdrojov, ako aj zabezpečenia potrebnej kvality dlhodobej starostlivosti nie je žiadúce, aby cena za poskytovanie dlhodobej starostlivosti bola regulovaná. Uvedený materiál sa týka zákonnej úpravy dlhodobej starostlivosti, ktorá bezpochyby zahŕňa v sebe prvky sociálnej, ako aj zdravotnej starostlivosti (spolupráca na materiály MZ SR a MPSVaR SR). V tejto súvislosti bude potrebné jasne stanoviť, ktoré úkony budú poskytované ako súčasť sociálnych služieb a ktoré budú považované za poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Tým by malo dôjsť aj k rozčleneniu financovania nákladov dlhodobej starostlivosti z verejných prostriedkov na jednej strane sociálnych služieb a na druhej strane z verejného zdravotného poistenia výlučne za časť poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Dovoľujeme si upriamiť pozornosť najmä na styčné oblasti, v ktorých dochádza k synergii sociálnych služieb, ako aj zdravotnej starostlivosti: hospice, zariadenia sociálnej pomoci, oddelenia dlhodobo chorých, oddelenia paliatívnej starostlivosti, oddelenia dlhodobej intenzívnej starostlivosti, zdravotnícke pomôcky pre inkontinentných a imobilných, s ktorými by sa mal návrh zákona vysporiadať. Záverom k veci dodávame, že vzhľadom na demografický vývoj v Slovenskej republike a s cieľom zabezpečenia dlhodobej udržateľnosti systému navrhujeme zvážiť možnosť viaczdrojového financovania (štátny rozpočet, samosprávy, súkromné osoby) dlhodobej starostlivosti.

**Vyhodnotenie MZSR:**

Ministerstvo zdravotníctva SR a Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR po analýze zdravotného systému a sociálneho systému neidentifikovali v súčasnosti právne prekážky, aby sa poskytovatelia zdravotnej starostlivosti mohli registrovať a poskytovať zároveň zdravotnú starostlivosť aj sociálne služby a následne ich mať hradené podľa predpisov jedného alebo druhého rezortu.

Preto sa oba rezorty dohodli na úpravách vlastných systémov, pretože ich považujú za realizovateľnejšie z hľadiska časového (príprava právnej úpravy, uvedenie zmien do praxe) aj vecného (jednoduchšie a zrozumiteľnejšie zavedenie zmien do praxe).

Cieľom úprav, ktoré navrhuje Ministerstvo zdravotníctva SR je:

1.         posilnenie poskytovateľov ošetrovateľskej a paliatívnej starostlivosti v týchto zdravotníckych zariadeniach [dom ošetrovateľskej starostlivosti („DOS“), agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti („ADOS“), hospic, revíziu podmienok úhrady ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci)], a to týmito návrhmi:

a)    rozšírením verejnej minimálnej siete (ADOS, DOS, následné lôžka, hospic,), resp. vytvorenie optimálnej siete podľa odhadovaného počtu osôb v potrebe ošetrovateľskej starostlivosti a v potrebe paliatívnej starostlivosti,

b)    revíziou indikácie ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci,

c)    rozšírením pôsobnosti Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou o kontrolu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci, ktoré nemajú uzatvorenú zmluvu so zdravotnou poisťovňou,

d)    sprístupnením zdravotnej dokumentácie sociálnemu pracovníkovi pracujúcemu v zdravotníckom zariadení,

e)    reguláciou cien výkonov a paušálov, úhradu dopravy za pacientom v súvislosti s návštevou pacienta,

f)    prehodnotením súčasnej podoby poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci,

2.         definovanie následnej ústavnej zdravotnej starostlivosti najmä v nemocniciach (miesto, kde sa poskytuje následná zdravotná starostlivosť pacientovi, ktorý vyžaduje doliečenie, poskytnutie najmä liečebno-rehabilitačnej a inej starostlivosti), umožniť sociálnemu pracovníkovi začať proces posudzovania pre sociálne účely, čím sa vytvoria vhodné podmienky pre pacienta po návrate do domáceho prostredia; pobyt na oddelení následnej starostlivosti v nemocniciach sa navrhuje definovať v určitom časovom rozmedzí,

3.         úhradu zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti formou regulácie cien a určením napríklad platby na každú osobu v potrebe zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti alebo reguláciou cien výkonov (ADOS, DOS, následné lôžka, hospic, mobilný hospic),

4.         definovanie materiálno-technického zabezpečenia a personálneho vybavenia s určením maximálneho počtu pacientov na lekára, sestru a ďalších zdravotníckych pracovníkov, doplnenie určujúcich znakov jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení pre vyššie uvedené zariadenia.

V neposlednom rade sa navrhuje rozšírenie pôsobnosti Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou o kontrolu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci, ktoré nemajú uzatvorenú zmluvu so zdravotnou poisťovňou.

Cieľom úprav, ktoré navrhuje Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR v zákone o sociálnom poistení je rozšíriť dávku nemocenského poistenia za ošetrovanie blízkej osoby. Ošetrovné dostane blízka osoba, ktorá sa oňho stará. Príspevok bude v rozsahu 55 percent z platu a na dobu najviac tri mesiace. Ide o to, aby ten, kto sa o dlhodobo chorého stará, mal pokryté náklady počas obdobia, kedy poskytuje chronicky chorému blízkemu starostlivosť a tým pádom počas tohto obdobia nemôže chodiť do zamestnania. Ak ide o osobu samostatne zárobkovo činnú, zadefinuje sa, kto môže poberať dlhodobé ošetrovné a v akom vzťahu je k poistencovi, takisto výšku príspevku a dobu poberania príspevku.

Účelom navrhovanej úpravy v zákone č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách je v konečnom dôsledku vytvoriť právne podmienky na zvýšenie úrovne finančnej podpory neverejných poskytovateľov sociálnych služieb v zariadeniach sociálnych služieb pre fyzické osoby, ktoré sú odkázané na pomoc inej fyzickej osoby, a pre fyzické osoby, ktoré dovŕšili dôchodkový vek z verejných prostriedkov počas príslušného rozpočtového roku. Dôsledkom navrhovanej úpravy je v zásade pripustenie súbežného financovania tých istých prevádzkových nákladov poskytovanej sociálnej služby u neverejných poskytovateľov sociálnej služby počas príslušného rozpočtového roku z viacerých verejných zdrojov a zo skutočných príjmov konkrétneho neverejného poskytovateľa sociálnej služby z platenia úhrad za sociálnu službu v príslušnom rozpočtovom roku, ktoré sú vyššie ako priemerné skutočne dosiahnuté príjmy z platenia úhrad za porovnateľnú sociálnu službu poskytovanú v pôsobnosti obce alebo vyššieho územného celku za predchádzajúci rozpočtový rok, a to až do úrovne ich reálnej nákladovosti u konkrétneho neverejného poskytovateľa sociálnej služby v príslušnom rozpočtovom roku.

Verejnosť bola o príprave návrhu zákona, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony informovaná aj prostredníctvom zverejnenia predbežnej informácie vo verejnosti prístupnom informačnom systéme verejnej správy Slov – Lex pod číslom **PI/2019/10.**

Verejnosť mala možnosť zasielať návrhy a podnety k príprave návrhu opatrenia, podávať pripomienky.

K predbežnej informácii bola v rámci procesu pripomienkovania predbežnej informácie v informačnom systéme verejnej správy Slov – Lex zo strany verejnosti predložená pripomienka Slovenskej lekárnickej komory.

Slovenská lekárnická komora predkladá MZ SR nad rámec základného cieľa navrhovanej právnej úpravy nasledovné podnety: Dňa 15.06.2018 nadobudla účinnosť novela Zákona č. 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „Zákon“) v § 25a definujúca lekárenskú pohotovostnú službu. Zákon ani iný právny predpis odmeňovanie výkonu lekárenských pohotovostných služieb neupravuje a to ani na rozdiel od vo vzťahu k porovnateľnej právnej úprave ambulantnej pohotovostnej služby či zubno-lekárskej pohotovostnej služby, ktorých odmeňovanie určuje Návrhom dotknuté Nariadenie. Financovanie výkonu lekárenskej pohotovostnej služby nie je zabezpečované ani z prostriedkov z verejného zdravotného poistenia, ani z výberu poplatkov od poistencov za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Výkon lekárenskej pohotovostnej služby je jedinou pohotovostnou službou v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktorej výkon nie je zabezpečovaný ani z prostriedkov z verejného zdravotného poistenia, ani z výberu poplatkov od poistencov za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Vzhľadom na existenciu zdrojov verejného zdravotného poistenia, rovnako ako bolo uplatnené v legislatívnych procesoch LP/2017/275, PI/2018/142, LP/2018/546, LP/2018/908, opätovne navrhujeme legislatívne zaviesť úhrady pre držiteľov povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti z prostriedkov verejného zdravotného poistenia nasledovnou novelou Zákona: § 6 ods. 1 Zákona sa dopĺňa písmenom ab), ktoré znie: „ab) uhrádza držiteľovi povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti paušálnu úhradu za poskytovanie lekárenskej pohotovostnej službyxx)“ § 8 Zákona sa dopĺňa odsekom 16, ktorý znie: „(16) Zdravotná poisťovňa uhrádza držiteľovi povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti paušálnu úhradu za poskytovanie lekárenskej pohotovostnej službyxx) podľa podielu jej poistencov na celkovom počte poistencov a úhradu poskytnutej lekárenskej starostlivosti. Výšku paušálnej úhrady za poskytovanie lekárenskej pohotovostnej službyxx), spôsob a pravidlá jej výpočtu ustanoví vláda nariadením.“ xx) § 25a Zákon č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov tak, aby sa rovnako ako v prípade ambulantnej pohotovostnej služby, zabezpečilo primerané finančné krytie ekonomicky oprávnených nákladov poskytovania lekárenskej pohotovostnej služby, aby držitelia mohli poskytovať lekárenskú pohotovostnú službu v požadovanej kvalite a na adekvátnej úrovni. Podľa analýzy vplyvov by v kalendárnom roku 2019 predstavovalo celkové zaťaženie rozpočtu verejnej správy poskytovaním paušálnej úhrady za poskytovanie lekárenskej pohotovostnej služby sumu maximálne 2 696 242,50 EUR.

**Vyhodnotenie MZSR:**

Zákonom č. 362/2011 Z. z. sú upravené okrem podmienok na zaobchádzanie s liekmi a zdravotníckymi pomôckami, požiadavkami na ich skúšanie a uvádzanie na trh, i práva a povinnosti fyzických a právnických osôb na úseku farmácie a úlohy orgánov štátnej správy a samosprávy na tomto úseku.

Podľa právnej úpravy účinnej do 15. júna 2018 v § 23 ods. 1 písm. v) zákona č. 362/2011 Z.z. bolo jednou z povinností lekárne „zabezpečiť vykonávanie lekárenskej pohotovostnej služby na základe dohody so Slovenskou lekárnickou komorou, ak k dohode nedôjde, po nariadení farmaceutom samosprávneho kraja.“ Tejto povinnosti zodpovedala aj povinnosť samosprávneho kraja „organizovať a nariaďovať poskytovanie lekárenskej pohotovostnej služby vo verejnej lekárni.“ Pohotovostné služby si mohli dohodnúť poskytovatelia lekárenskej starostlivosti a SLK, samosprávny kraj vstupoval do tejto povinnosti v prípade, ak sa tieto subjekty nedohodli. Novela zákona č. 362/2011 Z.z. účinná od 15. júna 2018 definuje a precizuje lekárenskú pohotovostnú službu: „lekárenská pohotovostná služba je zdravotná starostlivosť, ktorou sa zabezpečuje dostupnosť lekárenskej starostlivosti mimo prevádzkového času schváleného samosprávnym krajom.“

Novela zákona č. 578/2004 Z. z. zaviedla od júla 2018 poskytovanie ambulantnej pohotovostnej služby v určených obvodoch do 22. hod. a v závislosti od tejto zmeny bola pre pohotovostné lekárne stanovená povinnosť, aby boli otvorené do 22.30 hod. Dôvodom bolo zabezpečiť komfortné poskytovanie zdravotnej starostlivosti pacientovi, ktorý sa po návšteve ambulancie pevnej ambulantnej pohotovostnej služby potrebuje dostať k predpísaným liekom. Miesto a čas fungovania pohotovostnej lekárenskej služby je naviazané a prepojené s miestom poskytovania ambulantnej pohotovostnej služby. Podľa MZSR ide tu o nezanedbateľný benefit pre pacientov, ktorým sa uľahčila situácia a sprístupnila sa im lekáreň aj vo večerných hodinách, či cez víkendy. To znamená, že pohotovosť lekáreň poskytuje lekárenskú starostlivosť v spádovom území totožnom pre fungovanie pevnej ambulantnej pohotovostnej služby.

V právnej úprave § 25a zákona č. 362/2011 Z. z. je explicitne stanovené, že rozpis vypracovaný samosprávnym krajom sa musí zverejniť na webovom sídle samosprávneho kraja najneskôr mesiac pred začiatkom obdobia, na ktoré sa rozpis vydáva.

Poskytovatelia lekárenskej starostlivosti sú súčasťou systému zabezpečujúceho zdravotnú starostlivosť, ktorý je založený na koncepte profesionálnej a občianskej solidarity a je určený na odvrátenie stavu núdze, resp. odvrátenie škody na zdraví a živote obyvateľstva. Rozsudok Krajského súdu 2S 229/2014 v súvislosti s námietkou o priamom zasahovaní do práv poskytovateľa zdravotnej starostlivosti poukazuje na nález Ústavného súdu SR č. k. PL. ÚS 113/2011-74 zo dňa 28.11.2012, v ktorom sa Ústavný súd vyjadril k otázke, či uložením povinnosti poskytovateľom zdravotnej starostlivosti podľa § 79 ods. 1 písm. v) zákona č. 576/2004 Z. z. pod hrozbou sankcie podľa § 82 tohto zákona, dochádza k zásahu a obmedzeniu práv poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorým je takáto povinnosť uložená. Ústavný súd SR dospel k záveru, že táto povinnosť obstála v teste proporcionality. V súvislosti s námietkou žalobcu o priamej diskriminácii v porovnaní s inými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti súd poukazuje na názor Ústavného súdu SR vyslovený v predmetnom náleze, že: „uloženie takejto povinnosti spôsobuje, že zo skupiny poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (§ 4 zákona č. 578/2004 Z. z.) je vyčlenená osobitná skupina, ktorej označené práva sú následkom tohto vyčlenenia zasiahnuté. Dôvodom, pre ktorý došlo k vyčleneniu osobitnej skupiny poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, je skutočnosť, že títo sú zaradení do minimálnej siete, vykonávajú svoju činnosť na základe povolenia podľa § 11 zákona č. 578/2004 Z. z. a príslušným orgánom im bol pridelený zdravotný obvod. Takéto vyčlenenie spôsobené uložením zákonnej povinnosti je im nepochybne na príťaž, na druhej strane však preň existuje ospravedlniteľný dôvod, **ktorým je verejný záujem na ochrane života a zdravia obyvateľstva**. Realizácia uvedeného **verejného záujmu predstavuje dostatočný dôvod na nerovné zaobchádzanie s touto osobitnou skupinou poskytovateľov zdravotnej starostlivosti**. S ohľadom na uvedené preto napadnuté ustanovenia nespôsobujú neospravedlniteľnú, resp. neodôvodnenú diskrimináciu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti“. Je možné považovať právny názor Ústavného súdu SR ako nezávislého orgánu na ochranu ústavnosti, za dostatočne využiteľný nielen pre držiteľov povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia a poskytovania zdravotnej starostlivosti aj na povinnosti definované zákonom pre poskytovateľov lekárenskej starostlivosti pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Okrem vyššie uvedeného subjekt neposkytol analýzu návštevnosti lekárenskej pohotovostnej služby, na ktorej sa dohodli na rokovaní pani ministerky, preto nie je možné akceptovať uvedenú pripomienku.