1. **Osobitná časť**

**K článku I (zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach)**

**K bodu 1 (§ 6 ods. 1 písm. u))**

Normatív poskytovateľov urgentnej zdravotnej starostlivosti na urgentnom príjme 1. typu a urgentnom príjme 2. typu, s ktorými má zdravotná poisťovňa povinnosť uzatvoriť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa presúva z pevnej siete poskytovateľov do verejnej minimálnej siete poskytovateľov. Z uvedeného dôvodu sa menia ustanovenia odkazujúce na pevnú sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Cieľom legislatívnej úpravy je zabezpečiť dostupnosť urgentnej zdravotnej starostlivosti na celom území Slovenskej republiky. Verejná minimálna sieť poskytovateľov urgentnej zdravotnej starostlivosti na urgentnom príjme 1. typu a 2. typu je preto určená v nariadení vlády tak, aby urgentná zdravotná starostlivosť bola dostupná aspoň pre 90% populácie spravidla do 30 minút. Oproti súčasnému stavu sa jedná o zlepšenie pokrytia o 3%. Normatív sa nastavuje v prechodnom znení do roku 2025, nakoľko navrhnutá sieť vyžaduje časový priestor na dobudovanie pracovísk a prípravu potrebných normatívov dotknutých zariadení.

**K bodu 2 (§ 6 ods. 1 písm. z))**

V nadväznosti na zmeny uvedené v § 8 a z dôvodu nadbytočnosti sa písmeno z) vypúšťa.

**K bodu 3 (§ 7 ods. 4 písm. a) druhý bod)**

V súčasne platnej právnej úprave si zdravotná poisťovňa stanovovala kritéria pre uzatvorenie zmlúv s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. t.j. určovala váhy pre materiálno-technické vybavenie a indikátory kvality. Z dôvodu jednoznačnosti sa ustanovuje, že indikátory kvality budú ustanovené všeobecne záväzným právnym predpisom vydaným ministerstvom zdravotníctva. Nie je žiadúce, aby indikátory kvality stanovovala zdravotná poisťovňa. Ide o precizovanie textu.

**K bodu 4 (§ 7 ods. 4 písm. b))**

Dopĺňa sa povinnosť zdravotnej poisťovni na svojom webovom sídle vyhodnocovať a uverejňovať najmenej jedenkrát za kalendárny rok informáciu o stave plnenia indikátorov kvality a minimálneho počtu zdravotných výkonov v skupinách zdravotných výkonov, ktoré sú ustanovené osobitným predpisom, jednotlivými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Povinnosť sa dopĺňa z dôvodu potreby a nutnosti vyhodnocovať a uverejňovať údaje o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti. Hodnotenie bude uverejnené tak, aby poskytovatelia zdravotnej starostlivosti vedeli ako dopadli v hodnotení a čo bude zdravotná poisťovňa zohľadňovať pri uzatváraní zmlúv. Prvé dva roky sa budú iba zbierať údaje pre účely nových indikátorov kvality, ktoré sa vydajú vykonávacím predpisom.

**K bodu 5 (§ 7 ods. 5 až 8)**

Ustanovujú sa splnomocňovacie ustanovenia pre vydanie vykonávacích predpisov – indikátorov kvality, ktoré budú rozlišovať indikátory kvality určené pre uzatváranie zmlúv so zdravotnými poisťovňami a indikátory slúžiace na monitoring celkového poskytovania zdravotnej starostlivosti v SR a minimálneho počtu zdravotných výkonov pre ministerstvo zdravotníctva. Jednotlivé indikátory budú dynamicky zadefinované a vyhodnocované. Nakoľko inovatívne nástroje zdravotnej politiky budú vo vývoji priebežne implementované na základe váhy dôkazov, bude nevyhnutné tieto dopĺňajúce sa indikátory implementovať do systému paralelne s implementáciou ŠDTP a postupov pre výkon prevencie. Zároveň sa budú tieto indikátory vyhodnocovať s ohľadom na udržateľnosť verejných financií, čo zabezpečí úprava programového rozpočtu na celé verejné zdravotné poistenie. Finančné a ekonomické ukazovatele budú v zozname indikátorov, ktoré budú sledované, avšak nebudú predmetom uzatvárania zmlúv so zdravotnými poisťovňami.

Ďalej sa ustanovujú povinnosti pre ministerstvo zdravotníctva na zverejňovanie metodík výpočtu indikátorov kvality, vyhodnocovanie indikátorov, počtu zdravotných výkonov, pre ktoré je ustanovený minimálny počet zdravotných výkonov, uverejňovanie výsledkových hodnôt indikátorov počtu zdravotných výkonov, povinnosť stanoviť cieľové hodnoty indikátorov na základe výsledkových hodnôt indikátorov jednotlivých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, prehodnocovať zoznam indikátorov na základe podnetov. Podnety môže podať ktokoľvek – zdravotné poisťovne, poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, samosprávne kraje atď.

**K bodu 6 (§ 7 ods. 9 písm. b))**

Do zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa dopĺňa definícia zazmluvneného rozsahu z pohľadu zdravotných výkonov, pre ktoré sa ustanovuje minimálny počet zdravotných výkonov. Navrhuje sa, aby súčasťou zmluvy o úhrade zdravotnej starostlivosti s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, zmluva obsahovala aj zdravotné výkony, pri ktorých poskytovateľ splnil v predchádzajúcom kalendárnom roku ustanovený minimálny počet.

**K bodu 7 (§ 7 ods. 21 až 23)**

Vzniká povinnosť zdravotnej poisťovne uzatvoriť zmluvy s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete. Ak ide o poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú urgentnú zdravotnú starostlivosť na urgentnom príjme 1. typu alebo na urgentnom príjme 2. typu, alebo sú kompetenčným centrom vyššieho typu najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov, s tými je zdravotná poisťovňa povinná uzatvoriť zmluvu. Úprava verejnej minimálnej siete, vyjadrená v nariadení vlády Slovenskej republiky sa dotýka ústavnej zdravotnej starostlivosti, pričom verejná minimálna sieť je určená tak, aby zohľadňovala potreby obyvateľstva, demografické zmeny, bezpečnostnú politiku štátu ako i možnosti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Kladie sa dôraz na zvýšenie potreby zabezpečenia následnej zdravotnej starostlivosti, a naopak, zohľadňujú sa potrebné zmeny v akútnej ústavnej zdravotnej starostlivosti. Na rozdiel od doterajšej právnej úpravy sa verejná minimálna sieť neurčuje na konkrétne špecializačné odbory, ale na skupinu odborností, čo umožňuje lepší manažment lôžkového fondu a personálnych kapacít na strane poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti. Úprava zohľadňuje želaný cieľový stav v roku 2030, pričom sa určuje prechodné obdobie 10 rokov, zabezpečujúce plynulý prechod k želanému cieľovému stavu.

Ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti neposkytuje kvalitnú zdravotnú starostlivosť – teda nesplní minimálny počet zdravotných výkonov, pre ktoré je nariadením vlády SR stanovený, na základe presne stanovených pravidiel, nemusí zdravotná poisťovňa pre zdravotné výkony, pre ktoré nie je poskytovateľom dodržaný limit, s ním na tieto zdravotné výkony uzatvoriť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Ide o sankčný mechanizmus, ktorý by mal garantovať bezpečnú zdravotnú starostlivosť pre pacienta. Zámerom navrhovanej právnej úpravy je najmä zlepšenie kvality a podmienok poskytovania zdravotnej starostlivosti pre pacientov, pri zachovaní potrebnej dostupnosti zdravotnej starostlivosti. Zákonná povinnosť zdravotnej poisťovne uzatvoriť zmluvu aj s takým poskytovateľom, ktorý poskytuje nekvalitnú zdravotnú starostlivosť by preto bola v rozpore s týmto zámerom.

Zároveň sa z dôvodu jednoznačnosti ustanovujú pravidlá pre poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorý prevádzkuje viac zdravotníckych zariadení, pre poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorý poskytuje zdravotné výkony (§ 7 ods. 6) v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti a súčasne v zdravotníckom zariadení jednodňovej zdravotnej starostlivosti a pre poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorý začal prevádzkovať zdravotnícke zariadenie alebo začal vykonávať zdravotný výkon, pre ktorý je stanovený minimálny počet.

**K bodu 8 (odkaz 24c)**

Precizujú sa odkazy na osobitný zákon č. 576/2004 Z. z.

**K bodu 9 (§ 7a ods. 1 písm. c))**

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na zmeny navrhované v čl. IV v zákone č. 576/2004 Z. z. v § 10a ods. 3, podľa ktorého zariadenie sociálnej pomoci musí mať ďalšiu sestru alebo praktickú sestru.

**K bodom 10 a 11 (§ 7b a § 8 ods. 13 a 14)**

Pevná sieť poskytovateľov sa presúva do verejnej minimálnej siete poskytovateľov. Z toho dôvodu sa vypúšťa ustanovenie zákona odkazujúce na ustanovenia o pevnej sieti poskytovateľov. Ustanovenie sa presúva do § 8 ako odseky 13 a 14. Normatív poskytovateľov urgentnej zdravotnej starostlivosti na urgentnom príjme 1. typu a urgentnom príjme 2. typu, s ktorými má zdravotná poisťovňa povinnosť uzatvoriť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa presúva z pevnej siete poskytovateľov do verejnej minimálnej siete poskytovateľov. Z uvedeného dôvodu sa menia ustanovenia odkazujúce na pevnú sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

**K bodu 12 (§ 15 ods. 1 písm. a))**

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na zmeny v nariadení vlády SR č. 296/2010 Z. z. a zmene špecializačného odboru zo stomatológie na zubné lekárstvo.

**K bodu 13 (§ 15 ods. 1 písm. c))**

Navrhuje sa stanoviť povinnosť zdravotných poisťovní vymieňať si údaje potrebné pre vyhodnotenie kvalitatívnych kritérií poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktoré vychádzajú z vykázanej zdravotnej starostlivosti. Plnenie minimálneho počtu výkonov jednotlivými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti je totiž možné vyhodnotiť, iba ak zdravotné poisťovne disponujú informáciami aj od ostatných zdravotných poisťovní. Výmena a zverejňovanie údajov je tak nevyhnutným predpokladom pre uplatňovanie EBHR limitov v praxi. Tieto údaje sú zároveň potrebné aj pre ministerstvo zdravotníctva za účelom kontroly plnenia kritérií kvality a ich zohľadnenia na ďalšie sledované obdobia.

**K bodu 14 (§ 18 ods. 1 písm. c))**

Ustanovuje sa úradu pre dohľad kontrolovať aj zariadenia sociálnej pomoci, ktoré nemajú zmluvu so zdravotnými poisťovňami z dôvodu potreby aplikačnej praxe.

**K bodu 15 (§ 18 ods. 1 písm. u))**

Potreba tohto ustanovenia vystala z dôvodu, že v určitých odôvodnených prípadoch, kedy o uplatniteľnej legislatíve – t.j. legislatíva akého štátu sa bude na osobu vzťahovať, nerozhoduje Sociálna poisťovňa, pretože nevzniká sociálne poistenie, preto musí rozhodnúť, keďže ide o zdravotné poistenie, niekto iný. Najkompetentnejší je Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou nakoľko je aj styčným orgánom pre komunikáciu s inými členskými štátmi EÚ. Navrhované ustanovenie sa uplatní v prípadoch ak pri posudzovaní prípadov dotknutej kategórie detí na území iného členského štátu EÚ bude po vyhodnotení uplatnenia čl. 32 a overenia bydliska zaslaná požiadavka na vystavenie nárokového dokladu zo strany zodpovednej inštitúcie iného členského štátu. V prípade zistenia špecifických skutočností v rodinnej situácii dieťaťa, bude zákonnému zástupcovi stranou iného členského štátu odporučený postup podania žiadosti o udelenie výnimky z uplatniteľných právnych predpisov.

**K bodu 16 (§ 20 ods. 1 písm. e))**

Dopĺňa sa adresa trvalého a prechodného pobytu pre účely prideľovania kódov zdravotníckych pracovníkov, nakoľko kódy prideľuje pobočka úradu, ktorá je miestne príslušná na základe trvalého alebo prechodného pobytu zdravotníckeho pracovníka.

**K bodu 17 (§ 20 ods. 1 písm. s))**

Úprava sa navrhuje za účelom aktualizácie registrov vedených príslušnými inštitúciami, ide najmä o platné kódy zdravotníckych pracovníkov, poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a zariadení sociálnej pomoci.

**K bodu 18 (§ 20b ods. 2)**

Legislatívno-technická úprava v súvislosti s definovaním nemocníc na lokálnu, regionálnu, národnú a kompetenčné centrum.

**K bodu 19 (§ 43a)**

Z doterajšej praxe úradu pri výkone dohľadu v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti a verejného zdravotného poistenia vyplýva potreba vymedzenia právneho postavenia osoby, ktorá podáva na úrad podnet na vykonanie dohľadu a upravenia vzťahu medzi úradom a touto osobou. Podľa súčasného znenia právnej úpravy, ak sa osoba domnieva, že sa jej neposkytla zdravotná starostlivosť správne, má právo písomne požiadať poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nápravu, pričom ak poskytovateľ žiadosti nevyhovie alebo neinformuje žiadateľa o spôsobe vybavenia žiadosti najneskôr do 30 dní od podania žiadosti žiadateľom, osoba má právo požiadať úrad o vykonanie dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti (§ 17 zákona č. 576/2004 Z. z.). Súčasná právna úprava nepriznáva iné práva osobe, ktorá sa domnieva, že jej nebola správne poskytnutá zdravotná starostlivosť, ani osobe, ktorá sa domnieva, že boli porušené jej práva alebo právnom chránené záujmy pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia, ani neupravuje postavenie tejto osoby, jej zákonného zástupcu alebo blízkych osôb pri dohľade. Navrhovaná úprava vymedzuje okruh osôb a inštitúcií, ktoré majú právo požiadať o vykonanie dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti a verejným zdravotným poistením a posilňuje ich právne postavenie pri dohľade. Rešpektuje sa právo osoby, ktorej bola poskytnutá zdravotná starostlivosť a jej zákonného zástupcu rozhodnúť sa, či súhlasí s vykonaním dohľadu. V praxi sa stávajú prípady, kedy podnet na vykonanie dohľadu z dôvodu nesprávneho poskytnutia zdravotnej starostlivosti podá blízka osoba, pričom osoba, ktorej bola zdravotná starostlivosť poskytnutá, nesúhlasí s vykonaním dohľadu. Tiež sa stávajú prípady, kedy osoba, ktorej bola poskytnutá zdravotná starostlivosť podá podnet na vykonanie dohľadu a následne svoje rozhodnutie zmení a žiada zastavenie dohľadu. Navrhovaná úprava vymedzuje, za akých podmienok môžu podnet na vykonanie dohľadu podať blízke osoby, osoby ktorej práva alebo právom chránené záujmy mali byť porušené. Podávateľovi podnetu sa priznáva právo byť oboznámený so začatím výkonu dohľadu a s výsledkom dohľadu po jeho skončení. Podávateľ podnetu, jeho zástupca ani blízka osoba v súčasnosti nemajú zákonom č. 581/2004 Z. z. priznané právo na získanie informácií z dohľadu. Podľa navrhovanej úpravy sa v oblasti dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou priznáva podávateľovi podnetu právo na poskytnutie úplného protokolu z výkonu dohľadu vrátane prípadných námietok poskytovateľa k protokolu a zápisnice z prerokovania týchto námietok. Za účelom zabezpečenia, aby mal podávateľ podnetu úplné informácie o dohľade, sa do podstatných náležitostí protokolu dopĺňajú vyjadrenia poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a vyjadrenia prizvanej osoby pri výkone dohľade, t.j. konzultanta úradu, ktorý je odborníkom v príslušnom medicínskom odbore, v ktorom bola zdravotná starostlivosť poskytnutá. Za účelom zabezpečenia ochrany osobných údajov dotknutých osôb, ktoré vykonávali dohľad, ako aj zabezpečenia ochrany ich osobnosti a dobrého mena, sa upravuje nesprístupňovanie identifikačných údaj týchto osôb. Jedná sa o osobné údaje, ktoré sa týkajú procesnej stránky výkonu dohľadu a nemajú vplyv na právne postavenie podávateľa podnetu. Zároveň sa týmto zabezpečí, nerušený, objektívny výkon dohľadov. V praxi neustále narastá počet podávateľov podnetov, ktorí hrubým a agresívnym spôsobom atakujú nielen zamestnancov úradu, ale aj konzultantov. Navrhovanou úpravou sa zefektívni vykonávanie dohľadov, kedy bude možné zastaviť dohľad v prípadoch, keď jeho vykonaniu bránia objektívne prekážky. Napríklad, ak počas výkonu sú zistené skutočnosti, pre ktoré dohľad nemožno vykonať, napríklad nie je dostupná zdravotná dokumentácia alebo zanikne dohliadaný subjekt bez právneho nástupcu. Zastavenie výkonu dohľadu bude tiež možné v prípade, ak podávateľ podnetu o to požiada, alebo neposkytne úradu súčinnosť, napriek úradom doručenej žiadosti o súčinnosť.

**K bodu 20 (§ 44a)**

Podľa navrhovanej úpravy sa v oblasti dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou priznáva podávateľovi podnetu právo byť oboznámený so začatím výkonu dohľadu a s výsledkom dohľadu. Za účelom zabezpečenia ochrany osobných údajov dotknutých osôb, ktoré vykonávali dohľad, ako aj zabezpečenia ochrany ich osobnosti a dobrého mena, sa upravuje nesprístupňovanie identifikačných údaj týchto osôb. Jedná sa o osobné údaje, ktoré sa týkajú procesnej stránky výkonu dohľadu a nemajú vplyv na právne postavenie podávateľa podnetu. Zároveň sa týmto zabezpečí, nerušený, objektívny výkon dohľadov.

**K bodu 21 (§ 45 ods. 2 písm. c))**

Predlžuje sa lehota na vyjadrenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti k protokolu.

**K bodu 22 (§ 46a)**

V procese výkonu dohľadu si úrad zabezpečuje zdravotnú dokumentáciu aj od tretích osôb, ktoré nie sú dohliadanými subjektmi. Povinnosť tretích osôb, ktoré disponujú potrebnými listinami alebo inými dôkazmi o poskytnutej zdravotnej starostlivosti nie je v zákone nikde uložená. Odmietnutím poskytnutia potrebných informácií zo strany tretích osôb môže prispieť k zmareniu výkonu dohľadu.

**K bodu 23 (§ 47 ods. 1 písm. b))**

Konkretizuje sa čas konkrétnym dátumom alebo obdobím vykonávania dohľadu.

**K bodu 24 (§ 47 ods. 1 písm. e))**

Vzhľadom na navrhovanú úpravu v § 43a a 44a sa do protokolu dopĺňa aj vyjadrenie dohliadaného subjektu, prizvanej osoby a zistené skutočnosti pri výkone dohľadu.

**K bodu 25 (§ 50 ods. 4)**

Dopĺňa sa možnosť úradu sankcionovať zariadenie sociálnej pomoci, ak v nich nebola ošetrovateľská starostlivosť poskytnutá správne.

**K bodu 26 (§ 50 ods. 11)**

V ustanovení o podmienkach na uloženie sankcií a na podanie návrhu na uloženie sankcií sa dopĺňa kompetencia úradu uložiť pokutu tretím osobám, ktoré neposkytli potrebnú súčinnosť.

**K bodu 27 (§ 64 ods. 7)**

Neposkytnutie potrebnej súčinnosti tretích osôb sa premieta aj do ustanovení o pokutách.

**K bodu 28 (§ 64 ods. 9)**

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na vloženie odseku 7 v § 64.

**K bodu 29 (§ 76 ods. 5 písm. a piaty bod))**

Prax ukazuje, že pre plnenie úloh samosprávneho kraja na úseku preneseného výkonu štátnej správy je nevyhnutná spolupráca samosprávnych krajov so zdravotnými poisťovňami, ktorá už nemôže byť založená len na dobrovoľnosti spolupráce. Ako príklad uvádzame kompetenciu samosprávneho kraja podľa § 46 ods. 1 písm. l) pri určovaní zdravotných obvodov, kedy pri súčasnom nedostatku lekárov (všeobecní, pediatri, zubári) nie je plnenie tejto kompetencie bez aktívnej spolupráce zdravotných poisťovní reálne možné. Samosprávne kraje disponujú len informáciou o počte pridelených ulíc. Táto informácia je však už dnes nedostatočná. Z dôvodu správneho a efektívneho výkonu tejto povinnosti, a z dôvodu rovnomerného a spravodlivého zaťaženia všetkých poskytovateľov sú nevyhnutné ďalšie informácie, napr. počet kapitovaných, resp. počty mesačne ošetrených pacientov. Takisto je nevyhnutná spolupráca pri preverovaní porušenia § 12 ods. 2 písm. a) (odmietnutie pacienta z dôvodu neúnosného pracovného zaťaženia), kedy jedine v spolupráci so zdravotnými poisťovňami vie samosprávny kraj efektívne preveriť skutkový stav.

**K bodu 30 (§ 86zc)**

Určuje sa prechodné obdobie, ktoré stanovuje lehotu, v rámci ktorej sa indikátor kvality – minimálny počet zdravotných výkonov do 31. decembra 2020 použije iba na sledovanie, vyhodnocovanie a zverejňovanie a až po vyhodnotení tohto kritéria, zohľadní zdravotná poisťovňa v zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

**K bodu 31**

Zrušuje sa nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 752/2004 Z. z., ktorým sa vydávajú indikátory kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti v znení nariadenia vlády Slovenskej republiky č. 663/2005 Z. z., nariadenia vlády Slovenskej republiky č. 51/2009 Z. z. a nariadenia vlády Slovenskej republiky č. 61/2013 Z. z.

**K článku II (zákon č. 147/2001 Z. z. o reklame)**

**K bodu 1 (§ 9)**

Súvisiaca zmena so zavedením novej povinnosti poskytovateľovi, ktorý je držiteľom povolenia alebo držiteľom licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe, dodržiavať požiadavky na prezentáciu, propagáciu, reklamu a predaj počiatočnej dojčenskej výživy a následnej dojčenskej výživy podľa osobitného predpisu, ktorým je zákon č. 147/2001 Z. z. o reklame o reklame a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

S cieľom chrániť zdravie dojčiat a matiek ustanovenia o prezentácii a reklame, ako aj propagačných a obchodných praktikách, sa musia riadiť zásadami a cieľmi Medzinárodného kódexu pre obchodovanie s náhradami materského mlieka s prihliadnutím na špecifickú právnu a skutkovú situáciu v Európskej Únii. Reklama cielená na spotrebiteľa a iné marketingové techniky ovplyvňujú najmä rodičov a opatrovateľov detí pri rozhodovaní o spôsobe kŕmenia svojich detí. Z tohto dôvodu a s prihliadnutím na osobitný význam dojčenia ako zdroja jedinečnej stravy pre dieťa a vytvorenia bezpečnej vzťahovej väzby medzi matkou a dieťaťom sa v návrhu zákona pre počiatočnú dojčenskú výživu stanovujú osobitné obmedzenia reklamy a iných marketingových techník v súlade s nariadením EP a Rady (EÚ) č. 609/2013.

Okrem toho informácie poskytované k téme kŕmenia dojčiat a malých detí ovplyvňujú tehotné ženy, rodičov, opatrovateľov a zdravotníckych pracovníkov pri výbere druhu výživy pre deti. Preto je potrebné stanoviť požiadavky, ktorými sa zabezpečí, že takéto informácie budú slúžiť na adekvátne použitie predmetných výrobkov a nebudú v rozpore s propagáciou dojčenia v zmysle zásad kódexu WHO.

**K bodu 2 (§ 10)**

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na zmenu pojmov.

**K bodu 3 (zoznam prebraných aktov)**

Vypúšťajú sa smernice z dôvodu, že sú neúčinné.

**K článku III (zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení)**

**K bodu 1 (§ 19 ods. 2)**

Navrhuje sa legislatívno-technická úprava súvisiaca s prerušením povinného nemocenského a povinného dôchodkového poistenia samostatne zárobkovo činnej osoby reflektujúca na navrhované zavedenie ošetrovania z dôvodu domácej osobnej starostlivosti podľa návrhu novely zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

**K bodu 2 (§ 26 ods. 3, 4)**

V súvislosti s predĺžením obdobia poskytovania „tzv. krátkodobého ošetrovného“ uvedenom v bode 6, a to z 10 na 14 dní, sa navrhuje primerane upraviť deň, od ktorého sa zamestnancovi a samostatne zárobkovo činnej osobe prerušuje poistenie, a to od 15. dňa potreby tzv. krátkodobého ošetrovania alebo starostlivosti.

Navrhovaná právna úprava reflektuje na zavedenie ošetrovania z dôvodu domácej osobnej starostlivosti ako nového dôvodu na prerušenie povinného poistenia zamestnanca a samostatne zárobkovo činnej osoby. Keďže princíp platnej právnej úpravy sleduje výkon ošetrovania osobitne na poistenca a v prípade zamestnanca aj osobitne na právny vzťah, zamestnávateľ na účely prerušenia poistenia sčíta všetky obdobia ospravedlnenia neprítomnosti zamestnanca v práci z dôvodu toho istého ošetrovania (a to bez ohľadu na nárok na ošetrovné a na jeho výplatu) a oznámi prerušenie poistenia zamestnanca, ak ošetrovanie trvá spolu práve 91 dní. U samostatne zárobkovo činnej osoby sa, rovnako ako u zamestnanca, sčítavajú obdobia vykonávania toho istého ošetrovania z dôvodu domácej osobnej starostlivosti bez ohľadu na nárok na dávku a jej výplatu najskôr od vzniku potreby tohto ošetrovania.

**K bodu 3 (§ 26 nový odsek 5)**

Navrhuje sa ustanoviť zásada, v zmysle ktorej sa povinné poistenie preruší vyčerpaním zákonom určeného obdobia (napr. 14 dní potreby ošetrovania) v rámci sociálnej udalosti, z dôvodu ktorej dôjde k prerušeniu najneskôr. Napr. v prípade ak počas dočasnej pracovnej neschopnosti vznikne poistencovi potreba krátkodobého ošetrovania v období viac ako 14 dní, povinné poistenie sa preruší až uplynutím 52 týždňov trvania dočasnej pracovnej neschopnosti, ak nastane po dni, v ktorom by sa poistenie prerušilo z dôvodu uplynutia 14. dňa potreby ošetrovania. Ide o riešenie v prospech poistenca.

**K bodu 4 [§ 39 ods.1 písmeno a)]**

Navrhuje sa zaviesť nová kategória dávky ošetrovné, tzv. „dlhodobé ošetrovné“, pre poistencov, ktorí budú ošetrovať inú fyzickú osobu z dôvodu potreby poskytovania domácej osobnej starostlivosti v prípadoch, kedy na základe zhoršenia zdravotného stavu došlo k hospitalizácii. „Dlhodobé ošetrovné“ bude poskytované na ošetrovanie príbuznej osoby po prepustení zo zdravotníckeho zariadenia ústavnej starostlivosti a v prípadoch, v ktorých je vhodné zabezpečiť dôstojnú rodinnú starostlivosť o nevyliečiteľne choré osoby v štádiu ochorenia na konci života alebo v terminálnom štádiu ochorenia. Uvedený návrh má vytvoriť adekvátny časový priestor na poskytovanie domácej osobnej starostlivosti podľa návrhu novely zákona č. 576/2004 Z. z., počas ktorého bude poistenec zabezpečený „dlhodobým ošetrovným“, ktoré má kompenzovať dočasnú stratu jeho príjmu.

Navrhuje sa rozšírenie okruhu osôb (príbuzných), pri ktorých ošetrovaní inou fyzickou osobou môže vzniknúť nemocensky poisteným osobám nárok na ošetrovné. Rozšírený okruh reflektuje potrebu zabezpečenia širšieho spektra poistencov pre účely ošetrovania počas dlhšieho obdobia, nakoľko indikovaná domáca starostlivosť bude náročnejšia nielen z časového hľadiska, ale aj z hľadiska osobitných potrieb ošetrovaných osôb (pacienti po hospitalizácii, paliatívni pacienti). Rozšírenie okruhu oprávnených poistencov v prípade „dlhodobého ošetrovného“ umožní flexibilnejšie striedanie poistencov počas ošetrovania v priebehu podporného obdobia.

Návrh na rozšírenie okruhu poistencov – ošetrujúcich osôb sa zároveň vzťahuje aj na ošetrovné z dôvodu potreby ošetrovania inej fyzickej osoby alebo z dôvodu starostlivosti o dieťa do desiatich roku veku („krátkodobé ošetrovné“), nakoľko potreba rozšírenia vyplynula z aplikačnej praxe.

Za príbuzných v priamom rade sa považujú priami predkovia a potomkovia, napr. rodičia a deti, prarodičia a vnuci a vnučky. V porovnaní so súčasnou právnou úpravou sa navrhuje, aby poistenci mali nárok na ošetrovné (krátkodobé aj dlhodobé) aj v prípade, že sa starajú o súrodenca.

**K bodu 5 (§ 39 ods. 4)**

Z dôvodu náročnosti poskytovania domácej osobnej starostlivosti sa navrhuje, aby „dlhodobé ošetrovné“ v tom istom prípade mohlo čerpať viacero poistencov. Za ten istý deň však ošetrovné patrí len jednému z nich. Poistenec môže opätovne prevziať ošetrovanie príbuznej osoby najskôr po uplynutí 30 dní od predchádzajúceho prevzatia. Podmienka 30 dní nemusí byť splnená v prípadoch, kedy poistenec nemôže vzhľadom na svoj nepriaznivý zdravotný stav pokračovať v ošetrovaní.

Zároveň sa navrhuje, aby sa podmienky nároku na „dlhodobé ošetrovné“ (osobitné ako aj všeobecné podmienky nároku na nemocenskú dávku), predovšetkým v prípadoch, v ktorých sa poistenec pri ošetrovaní v tom istom prípade (jedna diagnóza) strieda s inými poistencami, pri opätovnom prevzatí ošetrovania poistencom, posudzovali ku dňu prvého prevzatia ošetrovania. V období, v ktorom celodenné osobné ošetrovanie nebude vykonávané poistencom, bude poistencovi výplata ošetrovného zastavená a na základe opätovného prevzatia ošetrovania sa mu opäť uvoľní. V zmysle uvedeného bude výška „dlhodobého ošetrovného“ v tom istom prípade určená z rovnakého denného vymeriavacieho základu, resp. rovnakých denných vymeriavacích základov (bez ohľadu na to, koľkokrát bolo vykonávanie ošetrovania prevzaté). Z uvedeného vyplýva, že výška dávky bude pre toho istého poistenca rovnaká a skutočnosti rozhodujúce na vznik nároku na „dlhodobé ošetrovné“ nebude potrebné preukazovať opakovane. Účelom navrhovanej úpravy je minimalizácia administratívnej záťaže poistencov, poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a Sociálnej poisťovne.

**K bodu 6 (§ 42)**

Navrhuje sa maximálna dĺžka trvania nároku na „dlhodobé ošetrovné“, a to v rozsahu 90 dní od vzniku nároku na výplatu. Navrhuje sa, aby nárok na „dlhodobé ošetrovné“ zanikol najneskôr uplynutím deväťdesiateho dňa vyplácania „dlhodobého ošetrovného“, pričom do lehoty deväťdesiat dní sa úhrnne započítavajú všetky dni výplaty „dlhodobého ošetrovného“ všetkým poistencom, ktorí vykonávajú ošetrovanie tej istej ošetrovanej osoby v tom istom prípade. To znamená, že ošetrovné sa všetkým poistencom dohromady, v tom istom prípade vypláca najdlhšie po dobu 90 dní.

Zároveň, zohľadňujúc súčasné potreby vyplývajúce z aplikačnej praxe, sa navrhuje predĺžiť obdobie poskytovania „krátkodobého ošetrovného“, a to z 10 na 14 dní. Vzhľadom na neexistenciu súvisiaceho prechodného ustanovenia sa nárok na „krátkodobé ošetrovné“, ktorý trvá ku dňu 31. marca 2020, predlžuje v súlade s navrhovanou právnou úpravou najviac na 14 dní.

**K bodu 7 (§ 43 ods. 2)**

Obdobne ako pri „krátkodobom ošetrovnom“ sa navrhuje, aby aj „dlhodobé ošetrovné“ bolo vyplácané za to isté obdobie len raz a len jednej oprávnenej osobe, ktorá v tom čase zabezpečuje domácu starostlivosť. „Dlhodobé ošetrovné“, na ktoré vznikol nárok z dôvodu osobného a celodenného ošetrovania toho istého chorého príbuzného, sa za obdobie 12 mesiacov od vzniku prvého nároku na výplatu tohto „dlhodobého ošetrovného“ v tomto období navrhuje vyplatiť v úhrne všetkým poistencom najviac za 90 dní. V zmysle navrhovaného by sa po uplynutí 12 mesiacov, v prípadoch pokračovania poskytovania domácej osobnej starostlivosti, ak nárok na „dlhodobé ošetrovné“, ktorý vznikol z dôvodu osobného a celodenného ošetrovania tohto príbuzného naďalej trvá, mal nárok na výplatu obnoviť (resp. by mal vzniknúť, ak vznikol prvý krát).

Zároveň sa navrhuje vzájomne vylúčiť nárok na výplatu „krátkodobého ošetrovného“ a „dlhodobého ošetrovného“, pričom nárok na výplatu „krátkodobého ošetrovného“ má prednosť. Ide o riešenie v prospech poistenca. Uvedené sa navrhuje v záujme predchádzania duplicitného vyplácania ošetrovného a účelového reťazenia vyplácania „dlhodobého ošetrovného“.

**K bodu 8 [§ 54 ods. 9 a § 57 ods. 1 písm. c)]**

Legislatívno-technická úprava súvisiaca s bodom 3.

**K bodom 9,  12 a 13 [§ 54 ods. 10 písm. a) štvrtý bod, § 140 ods. 1 písm. c) a § 140 ods. 1 písm. d)]**

V súvislosti so zavedením „dlhodobého ošetrovného“ sa navrhuje v období po zavedení ročného zúčtovania v sociálnom poistení reflektovať na právnu úpravu platnú od 1. januára 2022, a to vylúčiť z rozhodujúceho obdobia na určenie denného vymeriavacieho základu na určenie sumy dávky nemocenského poistenia aj obdobie, počas ktorého zamestnanec vykonáva ošetrovanie z dôvodu potreby poskytovania domácej osobnej starostlivosti, avšak najdlhšie v rozsahu 90 dní. Zamestnanec za toto obdobie totiž nemá vymeriavací základ na platenie poistného na nemocenské poistenie. Zároveň sa v súvislosti s predĺžením obdobia poskytovania „krátkodobého ošetrovného“ uvedenom v bode 6 z 10 na 14 dní navrhuje zodpovedajúco predĺžiť obdobie vylúčené z rozhodujúceho obdobia.

Súčasne sa navrhuje v súvislosti so zavedením ošetrovania z dôvodu domácej osobnej starostlivosti rozšíriť právnu úpravu vylúčenia povinnosti platiť poistné pre samostatne zárobkovo činnú osobu aj o obdobie, počas ktorého vykonáva ošetrovanie z dôvodu domácej osobnej starostlivosti, najdlhšie v rozsahu 90 dní.

V súvislosti s predĺžením obdobia poskytovania „krátkodobého ošetrovného“ uvedenom v bode 6 z 10 na 14 dní, sa navrhuje primerane upraviť obdobie, v ktorom samostatne zárobkovo činná osoba nie je povinná platiť poistné na nemocenské poistenie, poistné na dôchodkové poistenie, poistné na poistenie v nezamestnanosti a poistné do rezervného fondu solidarity, a to do 14. dňa potreby tzv. krátkodobého ošetrovania alebo starostlivosti.

Tieto body nadobudnú účinnosť 1. januára 2022, a to z dôvodu zavedenia ročného zúčtovania v sociálnom poistení s účinnosťou od tohto dňa.

**K bodom 10 a 11 [§ 140 ods. 1 písm. b) a § 140 ods. 1 písm. c)]**

V súvislosti s predĺžením obdobia poskytovania „krátkodobého ošetrovného“ uvedenom v bode 6, a to z 10 na 14 dní, sa navrhuje pred zavedením ročného zúčtovania v sociálnom poistení primerane upraviť obdobie, do ktorého zamestnanec a samostatne zárobkovo činná osoba nie sú povinní platiť poistné na nemocenské poistenie, poistné na dôchodkové poistenie a poistné na poistenie v nezamestnanosti, a to do 14. dňa potreby tzv. krátkodobého ošetrovania alebo starostlivosti.

V právnej úprave vylúčenia povinnosti platiť poistné na sociálne poistenie sa vo vzťahu k navrhovanému zavedeniu „dlhodobého ošetrovného“ navrhuje zachovať princíp platnej právnej úpravy, v zmysle ktorého sa vylúčenie povinnosti platiť poistné na sociálne poistenie bude vzťahovať aj na obdobie, počas ktorého poistenec bude ošetrovať inú fyzickú osobu z dôvodu domácej starostlivosti, najdlhšie v rozsahu 90 dní.

**K bodu 14 (§ 293ej)**

Návrhom prechodného ustanovenia sa predlžujú účinky predchádzajúcej právnej úpravy prerušenia povinného poistenia a vylúčenia povinnosti platiť poistné na sociálne poistenie na prípady, v ktorých nárok na dávku v trvaní 10 dní zanikol najneskôr 31. marca 2020. V prípade absencie navrhovaného prechodného ustanovenia by zamestnávateľ a samostatne zárobkovo činná osoba museli oznámiť vznik prerušenia povinného poistenia podľa zákona účinného pred 1. aprílom 2020 a znovu plniť oznamovacie povinnosti vo vzťahu k prerušeniu poistenia podľa zákona účinného od 1. apríla 2020.

Vzhľadom na nadväznosť prerušenia poistenia na vylúčenie  povinnosti platiť poistné a na aplikáciu jednej zásady v súvisiacich situáciách sa účinky predchádzajúcej právnej úpravy navrhujú predĺžiť aj vo vzťahu k vylúčeniu povinnosti platiť poistné.

Navrhovanou právnou úpravou sa zamedzuje nadmernej administratívnej záťaži zamestnávateľov a samostatne zárobkovo činných osôb.

**K článku IV (zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti)**

**K bodu 1 (§ 2 ods. 34)**

V rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti v nemocnici, liečebni alebo v hospici sa definuje následná ústavná zdravotná starostlivosť ako zdravotná starostlivosť, ktorá sa poskytuje osobe, ktorej bola stanovená základná diagnóza a došlo k stabilizácii jej zdravotného stavu pri náhlej chorobe alebo pri náhlom zhoršení zdravotného stavu alebo pri zhoršení chronickej choroby a jej stav vyžaduje doliečenie ústavnou zdravotnou starostlivosťou alebo poskytnutie liečebnej rehabilitácie. Zavádza sa pojem následná ústavná zdravotná starostlivosť, ktorá v kombinácii so stanovením doby liečenia, regulovanou úhradou a príspevkom, vytvára priestor pre rodinných príslušníkov pripraviť sa na príchod svojho blízkeho z nemocnice.

**K bodu 2 (§ 3 ods. 1 druhá veta)**

Špecifikuje sa obsah zoznamu zdravotných výkonov z dôvodu jeho prehľadnosti a s prihliadnutím na požiadavky aplikačnej praxe.

**K bodu 3 (§ 8 ods. 7)**

V nadväznosti na navrhované úpravy v § 12b, navrhuje sa, aby poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti agentúrami domácej ošetrovateľskej starostlivosti, mohli indikovať okrem všeobecných lekárov aj ošetrujúci lekári špecialisti.

**K bodu 4 (§ 9 ods. 2 a 3)**

Ustanovuje sa a definuje sa, že následná ústavná zdravotná starostlivosť sa poskytuje v rámci poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti. Oproti súčasnému stavu, kedy nemocnice z rôznych dôvodov prepúšťajú z hospitalizácie pacientov v čo najskoršom čase, sa návrhom zákona ustanovuje, že sa následná ústavná starostlivosť, kedy sa má pacient vyliečiť tak, aby mohol byť prepustený do ambulantnej starostlivosti, poskytuje najviac na tri mesiace. V tejto lehote by malo dôjsť k úplnému vyliečeniu. V prípade napríklad bdelých kóm sa lehota predlžuje podľa potreby na základe indikácie konzília a po predchádzajúcom súhlase zdravotnej poisťovne. Následná ústavná starostlivosť sa bude poskytovať na týchto oddeleniach nemocnice

1. oddelenie dlhodobo chorých

2. doliečovacie oddelenie

3. oddelenie paliatívnej medicíny

4. oddelenie fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie,

5. oddelenie psychiatrie.

Ďalej sa bude následná ústavná starostlivosť poskytovať v hospicoch a v liečebniach.

Po návrate z nemocnice má pacient niekoľko možností už v súčasnosti zavedených zariadení či už spomínaná liečebňa, dom ošetrovateľskej starostlivosti, hospic alebo domáca liečba. Po indikovaní lekárom potreby domácej osobnej starostlivosti, môže rodinný príslušník požiadať Sociálnu poisťovňu o príspevok „ošetrovné“, ktoré mu pomôže prechodne na tri mesiace mať aspoň čiastočnú náhradu príjmu a umožniť tak dôstojne sa postarať o svojich blízkych.

V nadväznosti na uvedené sa tiež definuje následná ústavná ošetrovateľská starostlivosť ako aj lehota jej poskytovania, ktorá sa bude poskytovať v domoch ošetrovateľskej starostlivosti, až na 6 mesiacov, ak takú starostlivosť indikuje lekár a sestra.

**K bodu 5 (§ 10a ods. 2 písm. a))**

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na pojem zavedený v § 4 platného zákona.

**K bodu 6 (§ 10a ods. 3)**

Oproti súčasnému stavu sa ustanovuje, že zodpovedná osoba môže byť určená najviac pre 2 zariadenia sociálnych služieb a v zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately (ďalej len „zariadenie sociálnej pomoci“) a musí byť v pracovnom pomere, avšak až potom, čo zariadenie bude mať viac ako 18 lôžok obsadených pacientmi, ktorí potrebujú ošetrovateľskú starostlivosť, bude potrebná ďalšia sestra a na každých 10 lôžok môže mať zariadenie praktickú sestru. V praxi to znamená, že ak pôjde o zariadenie sociálnej pomoci, ktoré bude mať 18 pacientov, ktorí potrebujú ošetrovateľskú starostlivosť, bude postačovať, aby malo iba 1 sestru a tou môže byť zodpovedná osoba. Pokiaľ ide o pojem „zariadenie sociálnej pomoci“ – ide o legislatívnu skratku zavedenú v § 4 ods. 6 zákona č. 576/2004 Z. z. s odkazom na zákon č. 448/2008 Z. z. - v zariadeniach sociálnych služieb 4aa) a v zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately4ab), podľa ktorého sa ošetrovateľská starostlivosť môže poskytovať v týchto zariadeniach:

a) zariadenia sociálnych služieb:

- Zariadenie pre seniorov

- Zariadenie opatrovateľskej služby

- Domov sociálnych služieb

- Špecializované zariadenie

b) zariadenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately:

Centrum pre deti a rodiny

**K bodu 7 (§ 10a ods. 5 a 6)**

Zmierňujú sa podmienky vzdelania pre zodpovedné osoby bez toho, aby bolo ohrozené poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti. Vzhľadom na úpravu špecializačných odborov v nariadení vlády SR č. 296/2010 Z. z., sa tieto zosúlaďujú s platným znením.

V odseku 6 sa ustanovuje, že indikačný list na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci sa použije aj v zariadeniach, ktoré nemajú zmluvu so zdravotnými poisťovňami. Ide o záruku toho, že ošetrovateľská starostlivosť sa musí v takýchto zariadeniach tiež poskytovať v súlade so štandardnými postupmi.

**K bodu 8 (§ 12a ods. 2)**

Vzhľadom na nejednotnosť v konaní lekárov pri uznávaní dočasnej pracovnej neschopnosti sprievodcovi osoby v ústavnej starostlivosti (ide o hospitalizované deti), ustanovuje sa postup lekára v takýchto prípadoch.

**K bodu 9 (§ 12a ods. 5)**

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na uznávanie dočasnej pracovnej neschopnosti.

**K bodu 10 (§ 12a ods. 6)**

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na uznávanie dočasnej pracovnej neschopnosti.

**K bodu 11 (§ 12a ods. 13 a 14)**

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na uznávanie dočasnej pracovnej neschopnosti.

**K bodu 12 (§ 12a ods. 15)**

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na uznávanie dočasnej pracovnej neschopnosti.

**K bodu 13 (§ 12a ods. 16)**

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na uznávanie dočasnej pracovnej neschopnosti.

**K bodu 14 (§ 12b)**

Zavádza sa pojem domáca osobná starostlivosť – čo je osobná a celodenná starostlivosť rodinného príslušníka o chorého príbuzného v jeho prirodzenom sociálnom prostredí. Počas domácej osobnej starostlivosti sa môže chorému príbuznému poskytovať aj zdravotná starostlivosť lekárom formou návštevy alebo mobilným hospicom a ošetrovateľská starostlivosť agentúrou domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Ustanovuje sa okruh ošetrujúcich lekárov, ktorí posudzujú a rozhodujú o potrebe poskytovania domácej osobnej starostlivosti v domácom prostredí osoby. Zároveň sa navrhuje vymedziť dôvody vzniku potreby domácej osobnej starostlivosti. Ďalej sa navrhujú vymedziť povinnosti príslušnému ošetrujúcemu lekárovi, ktorý rozhodol o potrebe poskytovania domácej osobnej starostlivosti. Taktiež sa ustanovujú povinnosti všeobecnému lekárovi v súvislosti s domácou osobnou starostlivosťou.

**K bodu 15 (§ 19 ods. 2 písm. f))**

Navrhuje sa, aby obsahom zdravotnej dokumentácie boli aj údaje o domácej osobnej starostlivosti.

**K bodu 16 (§ 24 ods. 4 písm. h))**

Umožňuje sa sociálnemu pracovníkovi prístup k zdravotnej dokumentácií formou výpisu, aby mohol relevantne vykonávať sociálnu podporu, sociálne poradenstvo – základné ako ani špecializované sociálne poradenstvo podľa zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách, zákona č. 447/2008 Z. z. o kompenzáciách ťažkého zdravotného postihnutia a zákona č. 219/2018 Z. z. o sociálnej práci. Zdravotná dokumentácia pre sociálneho pracovníka pracujúceho v zdravotníckom zariadení je nevyhnutná.

**K bodu 17 (§ 25 ods. 1 písm. f))**

Navrhuje sa zmena v osobách, ktoré nahliadajú do zdravotnej dokumentácie pri výkone dozoru vykonávaného samosprávnym krajom. Vzhľadom na kompetencie samosprávnych krajov pri výkone dozoru podľa § 79 zákona č. 578/2004, osoba vykonávajúca dozor nemusí spĺňať odbornú spôsobilosť na výkon zdravotníckeho povolania, nakoľko pri výkone dozoru samosprávny kraj posudzuje len formálnu stránku vedenia zdravotnej dokumentácie tzn. jej povinné náležitosti (dátum a čas poskytnutia zdravotnej starostlivosti, meno, poisťovňa, čitateľnosť, identifikácia zdravotníckeho pracovníka, overenie tvrdenia pacienta so zápisom v zdravotnej dokumentácii...). Zvýši sa tým efektivita a hospodárnosť výkonu dozoru a tiež miera vzájomnej zastupiteľnosti jednotlivých pracovníkov samosprávneho kraja. Mlčanlivosť každej osoby, ktorá sa dostane do styku so zdravotnou dokumentáciou je garantovaná už dnes platným ustanovením § 18 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

**K bodu 18 (§ 25 ods. 1 písm. j))**

Súčasné znenie ustanovenia § 25 odsek 1 písmeno j) neumožňovalo poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti v rámciprostriedkov svojej obrany pri preskúmavaní podnetov, obsahom ktorých je podozrenie z jeho nesprávneho postupu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, sprístupňovanie údajov zo zdravotnej dokumentácie znalcovi, za účelom vypracovania znaleckého posudku. V rámci zákonnej dikcie bolo uvedené možné jedine ak znalca ustanovil súd alebo pribral orgán činný v trestnom konaní, alebo ktorého požiadala o vypracovanie niektorá zo strán na účely priamo súvisiace s konaním pred súdom. Konaniu pred súdom obvykle predchádza konanie o sťažnosti, resp. konanie v rámci dohľadu nad správnosťou poskytnutej zdravotnej starostlivosti zo strany ÚDZS. Pacient alebo osoby uvedené v § 25 odsek 1 a), b), c) sú kedykoľvek oprávnené požiadať súdneho znalca o vypracovanie znaleckého posudku bez obmedzenia účelu jeho vypracovania. Naopak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nie je oprávnený na podporu svojich tvrdení k sprístupneniu údajov zo zdravotnej dokumentácie pacienta pre účely vypracovania znaleckého posudku, a to či už v rámci zmierovacieho konania, námietkového a ďalšieho správneho konania pred ÚDZS alebo v rámci začatého trestného konania pre podozrenie zo spáchania trestného činu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Vzhľadom na uvedené sa navrhuje umožniť poskytovateľovi právo na náležitú obranu a rovnovážny stav v právnom postavení poskytovateľa voči tretím osobám pri sprístupňovaní údajov zo zdravotnej dokumentácie znalcovi za účelom vypracovania znaleckého posudku.

**K bodu 19 (§ 25 ods. 1 písm. o) a p))**

V súvislosti s navrhovaným zavedením dočasnej odbornej stáže v § 30a zákona č. 578/2004 Z. z., umožňuje sa stážistovi prístup do zdravotnej dokumentácie. Taktiež sa navrhuje prístup do zdravotnej dokumentácie osobe oprávnenej vykonávať monitorovanie biomedicínskeho výskumu z dôvodu absencie takejto úpravy.

**K článku V (zákon č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti)**

Súvisiaca úprava s vložením novej indikácie VI/3 novelou zákona č. 577/2004 Z. z. (zákonom č. 257/2017 Z. z.) v tabuľkovej časti Indikačného zoznamu pre kúpeľnú starostlivosť a súvisiacim prečíslovaním indikácií VI/3 až VI/13 na indikácie VI/4 až VI/14. Predmetnou novelou zákona nedošlo k súvisiacemu prečíslovaniu indikácií vo všeobecnej časti oddielu VI Nervové choroby, preto sa navrhuje uvedenú nezrovnalosť odstrániť.

**K článku VI (zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti)**

**K bodu 1 (§ 5)**

Určuje sa definícia verejnej minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti tak, aby zodpovedala jej účelu, ktorým je zabezpečenie efektívne dostupnej, plynulej, sústavnej a odbornej zdravotnej starostlivosti na celom území Slovenskej republiky. Dostupnosť urgentnej zdravotnej starostlivosti je potrebné zabezpečiť na lokálnej úrovni, s dostupnosťou pre najmenej 90 % obyvateľov SR najviac do 30 minút, a to tak, aby poskytovateľ urgentnej zdravotnej starostlivosti poskytoval aj komplexnú zdravotnú starostlivosť minimálne v špecializačných odboroch vnútorné lekárstvo, chirurgia a centrálna JIS a v prípade potreby mal k dispozícii lekára so špecializáciou neurológia a anestéziológia, pediatria, gynekológia a pôrodníctvo alebo intenzívna medicína. Za týmto účelom je pre poskytovateľa urgentnej zdravotnej starostlivosti na urgentnom príjme 1. typu alebo na urgentnom príjme 2. typu a  kompetenčné centrum vyššieho typu učená podmienka jeho zaradenia do verejnej minimálnej siete. Aj doposiaľ mala byť verejná minimálna sieť nastavená ako minimálny normatív potrebný pre zabezpečenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti. Návrh verejnej minimálnej siete zodpovedá potrebe dostupnosti príslušných oddelení, resp. skupín odborností.

**K bodu 2 (§ 5a)**

Ruší sa koncová sieť poskytovateľov, pričom sa definuje širšia povinne zazmluvnená verejná minimálna verejná sieť, čo umožňuje sústrediť sa poskytovateľom zdravotnej starostlivosti aj zdravotným poisťovniam plne na zvyšovanie kvality poskytovania odkladnej zdravotnej starostlivosti pri uzatváraní zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a súčasne zabezpečiť rozsiahlejšiu sieť poskytovateľov neodkladnej zdravotnej starostlivosti.

**K bodu 3 (§ 7 ods. 4 písm. a))**

Ruší sa rozdelenie nemocníc na všeobecné a špecializované a ustanovuje sa ich rozdelenie na lokálne, regionálne, národné a kompetenčné centrá. Definícia jednotlivých druhov nemocníc bude vo vyhláške č. 84/2016 Z. z.

**K bodu 4 (§ 7 ods. 8 a 9)**

Novela upravuje vznik univerzitných a fakultných nemocníc v závislosti od rozsahu starostlivosti, ktorá sa v nich poskytuje. Súčasne ponecháva podmienku uzavretia zmluvy s vysokou školou.

**K bodu 5 (§ 9 ods. 1 písm. c))**

Do systému kvality poskytovateľa zdravotnej starostlivosti by malo patriť aj dosahovať v čo najvyššej miere pre účely dosahovania bezpečnosti pacienta výsledkové hodnoty indikátorov kvality. Účinnosť tohto ustanovenia sa navrhuje na 1.1.2022 až potom, čo sa novo stanovené indikátory kvality budú 2 roky zbierať.

**K bodu 6 (§ 11 ods. 1 písm. b))**

Do pôsobnosti ministerstva zdravotníctva bude patriť vydávať povolenia na nemocnice regionálne, národné, špecializované a pre kompetenčné centrá.

**K bodu 7 (§ 11 ods. 2 písm. g))**

Pôsobnosťou vyššieho územného celku bude vydávať povolenia na nemocnicu lokálnu najviac v rozsahu určujúcich znakov regionálnej nemocnice a nemocnicu následnej starostlivosti. To znamená, že vyšší územný celok vydá povolenie pre prevádzku lokálnej nemocnice, pričom rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti poskytovanej v tejto nemocnici môže zadefinovať až na úroveň oddelení uvedených v určujúcich znakoch regionálnej nemocnice a povolenie pre nemocnicu následnej starostlivosti, avšak táto nemocnica naďalej ostáva ako lokálna nemocnica.

**K bodom 8 a 9 (§ 12 ods. 2 a ods. 3)**

Podmienkou na vydanie povolenia bude aj splnenie určujúcich znakov stanovených všeobecne záväzným právnym predpisom. Určujúcimi znakmi sú dodržanie a zabezpečenie všetkých skutočností (odborností, špecializácií, odborných zameraní) vymenovaných v osobitnom predpise pre dané zdravotnícke zariadenie.

**K bodu 10 (§ 13 ods. 2 písm. c) a ods. 4 písm. d))**

Vzhľadom na to, že minimálna sieť bude definovaná skupinami odborností, premieta sa uvedené aj do ustanovenia o vydávaní povolenia.

**K bodom 11, 12 a 14 (§ 16 ods. 4, § 17a ods. 7, § 21 ods. 1)**

Upravujú sa ustanovenia odkazujúce na koncovú sieť poskytovateľov. Keďže už nebude stanovená koncová sieť, nie je možné zachovať kompetencie MZ vo vzťahu k týmto subjektom. Preto boli ustanovenia zosúladené tak, že kompetencie vykonáva orgán príslušný na vydanie povolenia, s tým, že voči nemocniciam, ktoré boli doposiaľ v koncovej sieti je v prechodnom ustanovení stanovené, že týmto orgánom ostáva aj po zrušení siete MZ. Ustanovenia, ktoré odkazovali výlučne na kompetenciu MZ vo vzťahu ku koncovej sieti preto bolo možné vypustiť. Taktiež navrhované zmeny reagujú na zrušenie rozdelenia nemocníc na všeobecné a špecializované nemocnice.

**K bodu 13 (§ 18 ods. 2)**

Dopĺňa sa do ustanovenia o dočasnom pozastavení povolenia možnosť podať zdravotnej poisťovni podnet orgánu príslušnému na vydanie povolenia v prípade nesplnenia povinností uvedených v § 79 ods. 1 písm. a) až c).

**K bodu 15 (§ 30a)**

Zavádza sa inštitút vykonávania dočasnej odbornej stáže občanom z tretích štátov a občanov členských štátov po uznaní dokladu o vzdelaní, ktorí nemajú uznanú odbornú kvalifikáciu získanú mimo členských štátov, vykonávanej u  poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti. Zavedenie  nového inštitútu „dočasnej odbornej stáže“ bude regulované Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky, ktoré bude vydávať poskytovateľom ústavnej zdravotnej starostlivosti súhlas na výkon stáže po splnení zákonných podmienok. Stážista bude môcť vykonávať stáž len u jedného poskytovateľa, najviac 12 mesiacov odo dňa vydania súhlasu a nemožno ju opakovať. Absolvovaním stáže bude stážistom umožnené oboznámenie sa s pracovnými podmienkami a materiálno-technickým vybavením zdravotníckych zariadení, ako aj s celým systémom poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Potreba zavedenia inštitútu odbornej stáže vzišla z potreby zjednodušenia a efektivity mobility pracovníkov a z nedostatku pracovníkov v zdravotníctve. Zavedením inštitútu dočasnej odbornej stáže bude umožnené stážistom oboznámenie sa s pracovnými podmienkami a materiálno-technickým vybavením zdravotníckych zariadení, ako aj s celým systémom poskytovania zdravotnej starostlivosti následkom čoho predpokladáme zvýšenie úspešnosti výkonu doplňujúcej skúšky u žiadateľov na Ministerstve, školstva, vedy výskumu a športu SR a tým aj zvýšenie počtu vydaných rozhodnutí o uznaní odbornej kvalifikácii občanom z tretích štátov a občanom členských štátov, ktorí získali  odbornú kvalifikáciu mimo členských štátov. Výkon stáže môže vykonávať iba osoba, ktorá má uznaný doklad o vzdelaní  (diplom), a vykonávať činností pod priamym dohľadom. Odborná stáž práve umožní stážistovi sa zoznámiť s prostredím, systémom práce v nemocnici, pomôže mu zdokonaliť sa v používaní slovenského jazyka.

**K bodu 16 (§ 39b ods. 21)**

V rezidentskom programe sa pridali aj iné špecializácie a aj tieto sa musia prejaviť v ustanoveniach o sankciách.

**K bodu 17 (§ 40 ods. 6)**

Upravujú sa ustanovenia odkazujúce na koncovú sieť poskytovateľov.

**K bodu 18 (§ 45 ods. 4)**

Navrhuje sa oprávnenie Slovenskej lekárnickej komory spolupracovať so samosprávnym krajom pri organizovaní a nariaďovaní lekárenskej pohotovostnej služby.

**K bodu 19 (§ 79 ods. 1 písm. t))**

Precizuje sa existujúca povinnosť poskytovateľa zdravotnej starostlivosti poskytovaťzdravotnej poisťovni a národnému centru zdravotníckych informácii údaje potrebné na určenie, zber a vyhodnotenie indikátorov kvality podľa § 9 a počty zdravotných výkonov, pre ktoré je všeobecne záväzným právnym predpisom ustanovený minimálny počet zdravotných výkonov, v lehote určenej ministerstvom zdravotníctva.

**K bodom 20 a 21 (§ 79 ods. 1 písm. y) a zs))**

Upravujú sa ustanovenia odkazujúce na koncovú sieť poskytovateľov.

**K bodu 22 (§ 79 ods. 1 písm. bd))**

Vzhľadom na absenciu povinnosti poskytovateľa dodržiavať povinnosti v súvislosti so stanovením dočasnej pracovnej neschopnosti, dopĺňa sa pre poskytovateľa zdravotnej starostlivosti plniť povinnosti ustanovené zákonom č. 576/2004 Z. z. v súvislosti s dočasnou pracovnou neschopnosťou a domácou osobnou starostlivosťou medzi povinnosti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti do ustanovenia o povinnostiach.

**K bodu 23 (§ 79 ods. 3 písm. c))**

Upravujú sa ustanovenia odkazujúce na koncovú sieť poskytovateľov.

**K bodu 24 (§ 79 ods. 16 a 17)**

Zavádza sa nová povinnosť poskytovateľovi, ktorý je držiteľom povolenia alebo držiteľom licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe dodržiavať požiadavky na propagáciu, reklamu a predaj počiatočnej dojčenskej výživy a následnej dojčenskej výživy podľa osobitného predpisu, ktorým je zákon č. 147/2001 Z. z. o reklame o reklame. Existuje vedecký konsenzus, že materské mlieko má byť uprednostňovanou stravou pre zdravé dojčatá a Európska únia a jej členské štáty podporujú dojčenie. Rada EÚ prijala závery o výžive a fyzickej aktivite, ktorými vyzvala členské štáty, aby propagovali a podporovali dojčenie a víta, že sa členské štáty dohodli na akčnom pláne EÚ pre detskú obezitu na obdobie 2014 – 2020, ktorý okrem iného obsahuje aj súbor opatrení zameraných na zvýšenie miery dojčenia v EÚ. V tejto súvislosti akčný plán EÚ uznáva pretrvávajúci význam Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO), Medzinárodného kódexu pre obchodovanie s náhradami materského mlieka. Tento kódex WHO bol prijatý na 34. zasadnutí Svetového zdravotníckeho zhromaždenia s cieľom prispieť k poskytovaniu bezpečnej a primeranej výživy dojčiat prostredníctvom ochrany a podpory zdravia detí a matiek propagáciou dojčenia a zabezpečením správneho používania náhrad materského mlieka. Súčasťou kódexu sú zásady, ktoré sa okrem iného týkajú marketingu, informácii a zodpovednosti zdravotníckych orgánov. S cieľom chrániť zdravie dojčiat a matiek sú požiadavky stanovené v predkladanom návrhu zákona č. 578/2004 Z. z., a to ustanovenia o prezentácii a reklame, ako aj propagačných a obchodných praktikách, v súlade so zásadami a cieľmi Medzinárodného kódexu pre obchodovanie s náhradami materského mlieka s prihliadnutím na špecifickú právnu a skutkovú situáciu v Európskej Únii. Reklama cielená na spotrebiteľa a iné marketingové techniky ovplyvňujú najmä rodičov a opatrovateľov detí pri rozhodovaní o spôsobe kŕmenia svojich detí. Z tohto dôvodu a s prihliadnutím na osobitný význam dojčenia ako zdroja jedinečnej stravy pre dieťa a vytvorenia bezpečnej vzťahovej väzby medzi matkou a dieťaťom sa v predkladanej novele zákona č. 578/2004 Z. z. pre počiatočnú dojčenskú výživu stanovujú osobitné obmedzenia reklamy a iných marketingových techník. Okrem toho informácie poskytované k téme kŕmenia dojčiat a malých detí ovplyvňujú tehotné ženy, rodičov, opatrovateľov a zdravotníckych pracovníkov pri výbere druhu výživy pre deti. Preto je potrebné stanoviť požiadavky, ktorými sa zabezpečí, že takéto informácie budú slúžiť na adekvátne použitie predmetných výrobkov a nebudú v rozpore s propagáciou dojčenia v zmysle zásad kódexu WHO.

Ustanovujú sa povinnosti pre poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktorý získal súhlas ministerstva zdravotníctva na výkon stáže a to plniť oznamovacie povinnosti a zabezpečiť výkon odborného dohľadu nad vykonávaním odbornej stáže.

**K bodu 25 (§ 80 ods. 1 písm. b))**

Tematika neodkladnej podpory životných funkcií je súčasťou odbornej prípravy v rámci stredoškolského aj vysokoškolského vzdelávania vo všetkých zdravotníckych povolaniach. Ďalej sa uvedená problematika nachádza aj v rámci ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov - v špecializačnom štúdiu v príslušných špecializačných odboroch pre jednotlivé zdravotnícke povolania. Z dôvodu zlepšenia kvality v poskytovaní neodkladnej zdravotnej starostlivosti a tým aj skvalitnenia poskytovanej zdravotnej starostlivosti je žiaduce opakované a pravidelné obnovovanie a udržiavanie teoretických vedomostí a praktických zručností v neodkladnej podpore životných funkcií. Účelom je predchádzať rizikám a nežiaducim udalostiam súvisiacim s poskytovaním neodkladnej zdravotnej starostlivosti v dôsledku ktorých môže dôjsť k negatívnemu ovplyvneniu poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

**K bodu 26 (§ 80 ods. 6 písm. c))**

V súvislosti so zavedením následnej zdravotnej starostlivosti sa umožňuje sociálnemu pracovníkovi, ktorý bude v pracovnoprávnom vzťahu s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, oboznámiť sa s výpisom zo zdravotnej dokumentácie pre účely následnej zdravotnej starostlivosti. V nadväznosti na uvedené sa v ustanoveniach o dodržiavaní mlčanlivosti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti o údajoch pacienta, dopĺňa aj tento sociálny pracovník, ktorému ak lekár poskytne údaje, sa nebude považovať za porušenie mlčanlivosti.

**K bodom 27 a 31 (§ 81 ods. 1 písm. a) a § 82 ods. 1 písm. b))**

Povinnosť ustanovená v § 79 ods. 1 písm. bd) sa premieta do ustanovení o dozore a ukladaní pokút. Navrhuje sa uloženie pokuty poskytovateľovi, ktorý je držiteľom povolenia alebo držiteľom licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe v prípade porušenia povinnosti v § 79 ods. 1 písm. bd) – plniť povinnosti v súvislosti s dočasnou pracovnou neschopnosťou a domácou starostlivosťou.

**K bodom 28, 30 a 32 (§ 81 a § 82)**

Vzhľadom na zrušenie koncovej siete, nie je možné zachovať kompetencie Ministerstva zdravotníctva SR vo vzťahu k subjektom, ktoré v nej boli zaradené. Preto sa ustanovenia zosúlaďujú tak, že kompetencie vykonáva orgán príslušný na vydanie povolenia, s tým, že voči nemocniciam, ktoré boli doposiaľ v koncovej sieti je v prechodnom ustanovení stanovené, že týmto orgánom ostáva aj po zrušení siete, Ministerstvo zdravotníctva SR najneskôr do získania nového povolenia podľa tohto zákona.

**K bodu 29 (§ 81 ods. 5)**

Úrad od 01.06.2019 vykonáva okrem dohľadu nad správnym poskytovaním zdravotnej starostlivosti aj dozor ako povoľovací orgán nad ambulanciami záchrannej zdravotnej služby (§ 11 ods. 3 zákona č. 578/2004 Z. z.). Z tejto kompetencie vyplýva úradu povinnosť vykonávať dozor podľa § 81 zákona č. 578/2004 Z. z. Výkon dohľadu nad správnym poskytovaním zdravotnej starostlivosti sa riadi ustanoveniami § 43 a nasl. zákona č. 581/2004 Z. z. Podávatelia, ktorí sa obracajú na úrad, žiadajú prešetriť správnosť poskytovania zdravotnej starostlivosti a súčasne žiadajú prešetriť aj materiálne (napr. chýbajúci kyslík, EKG prístroj,... ), technické (pokazené zariadenie, neskorý príjazd,... ) a personálne vybavenie (nedostatok sanitárov, absencia lekára,... ) sanitiek. Do 31.05.2019 Úrad časti podaní netýkajúce sa správnosti poskytovaní ZS postupoval na MZ SR. Od 01.06.2019 tieto podania komplexne bude riešiť úrad, no vychádzajúc z platnej právnej úpravy bude musieť riešenie podania rozdeliť na dve samostatné konania (správnosť zdravotnej starostlivosti podľa zákona č. 581/2004 Z. z a materiálne, technické a personálne vybavenie podľa zákona č. 10/1996 Z. z. o kontrole v štátnej správe), čo je nelogické a nehospodárne.

**K bodu 33 (§ 82 ods. 20)**

Do ustanovení o dozore sa dopĺňa kompetencia Ministerstva zdravotníctva SR uložiť pokutu poskytovateľovi, ktorý je držiteľom povolenia na prevádzkovanie nemocnice, za porušenie povinností ustanovených v § 79 ods. 17.

**K bodu 34 (§ 92 ods. 4)**

Ustanovuje sa, že ak došlo k zmene príslušného orgánu na konanie v prvom stupni, orgán, ktorý bol naposledy príslušný na konanie v prvom stupni, je povinný orgánu príslušnému na konanie v prvom stupni predložiť všetky rozhodnutia, ktoré ako orgán príslušný na konanie v prvom stupni vydal, spolu so spisovým materiálom do 15 dní od zmeny príslušného orgánu na konanie v prvom stupni z dôvodu právnej istoty.

**K bodu 35 (§ 102al)**

Určuje sa prechodné obdobie, ktoré stanovuje lehotu, v rámci ktorej majú poskytovatelia priestor na zosúladenie svojich povolení s týmto návrhom zákona.

**K bodu 36 (príloha č. 1a)**

Podľa požiadaviek aplikačnej praxe poskytovanie zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore anestéziológia a intenzívna medicína si vyžaduje ambulanciu anestéziológie a intenzívnej medicíny aj v nemocniciach, ktoré poskytujú zdravotnú starostlivosť v chirurgických odboroch a nemajú oddelenie anestéziológie a intenzívnej medicíny, ale napríklad len jednotky intenzívnej starostlivosti.

**K článku VII (zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení)**

**K bodu 1**

Dôvodom zmeny je, že súčasné znenie nedostatočne pokrývalo skupinu osôb, na ktoré sa má vzťahovať úhrada nákladov v plnom rozsahu. § 3 ods. 4 sa vzťahuje len na dôchodcov, ktorý v súlade s našou národnou legislatívou nemajú v SR trvalý pobyt. Úmysel bol riešiť všetkých dôchodcov s bydliskom v inom členskom štáte poberajúcich dôchodok zo SR, tz. aj tých, ktorí majú bydlisko v inom členskom štáte EÚ v súlade s čl.1 nariadenia EP a Rady č. 883/2004 a čl.11 vykonávacieho nariadenia 987/2009, ktorí si ale formálne trvalé bydlisko ponechávajú v Slovenskej republike. Ide o dôchodcov, ktorí sa presťahovali, alebo sa dlhodobo zdržiavajú napr. u svojich detí v inom členskom štáte EU, ale trvalý pobyt v SR si nerušia.

**K bodu 2**

Osoby, ktoré budú poberať ošetrovné v súvislosti s poskytovaním domácej osobnej starostlivosti v súvislosti s paliatívnou, onkologickou starostlivosťou osobe blízkej, ostávajú aj po skončení poberania ošetrovného poistencami štátu a to až do obdobia, kým potreba domácej osobnej starostlivosti trvá.

**K bodom 3 a 4**

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na prečíslovanie bodov v § 11 ods. 7 písm. m), čo sa premieta aj do ustanovení § 29b ods. 12 a 13.

**K článku VIII (zákon č. 362/2004 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach)**

**K bodu 1**

Legislatívno-technická úprava v súvislosti s novým delením nemocníc.

**K bodom 2až 6**

Navrhuje sa na vrátiť stav určovania pohotovostných lekární spred účinnosti ambulantnej pohotovostnej služby, t.j. zabezpečiť vykonávanie lekárenskej pohotovostnej služby na základe dohody so Slovenskou lekárnickou komorou, ak k dohode nedôjde, po nariadení farmaceutom samosprávneho kraja.

Navrhovaná úprava zabezpečí kompetencie príslušného samosprávneho kraja v spolupráci s Slovenskou lekárnickou komoru zorganizovať poskytovanie lekárenskej pohotovostnej služby na príslušnom území a v prípadoch, ak nedôjde k dohode poskytovateľov so Slovenskou lekárnickou komoru na takto organizovanej pohotovostnej službe, navrhovaná úprava zabezpečí kompetenciu nariadiť túto pohotovostnú službu.

Zabezpečuje sa povinnosť samosprávneho kraja zverejniť rozpis lekárenskej pohotovostnej služby v záujme informovanosti verejnosti.

**K Článku IX**

Vzhľadom na dĺžku legislatívneho procesu sa navrhuje dátum účinnosti návrhu zákona.