**Vyhodnotenie medzirezortného pripomienkového konania**

Zákon, 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

|  |  |
| --- | --- |
| Spôsob pripomienkového konania |  |
| Počet vznesených pripomienok, z toho zásadných | 233 /130 |
| Počet vyhodnotených pripomienok | 233 |
|  |  |
| Počet akceptovaných pripomienok, z toho zásadných | 133 /56 |
| Počet čiastočne akceptovaných pripomienok, z toho zásadných | 39 /28 |
| Počet neakceptovaných pripomienok, z toho zásadných | 61 /46 |
|  |  |
| Rozporové konanie (s kým, kedy, s akým výsledkom) |  |
| Počet odstránených pripomienok |  |
| Počet neodstránených pripomienok |  |

Sumarizácia vznesených pripomienok podľa subjektov

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Č.** | **Subjekt** | **Pripomienky do termínu** | **Pripomienky po termíne** | **Nemali pripomienky** | **Vôbec nezaslali** |
| 1. | Asociácia nemocníc Slovenska | 21 (2o,19z) | 0 (0o,0z) |  |  |
| 2. | Asociácia polikliník a zdravotníckych zariadení | 1 (0o,1z) | 0 (0o,0z) |  |  |
| 3. | Banskobystrický samosprávny kraj | 3 (0o,3z) | 0 (0o,0z) |  |  |
| 4. | DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s. | 16 (0o,16z) | 0 (0o,0z) |  |  |
| 5. | Generálna prokuratúra Slovenskej republiky | 3 (2o,1z) | 0 (0o,0z) |  |  |
| 6. | Konfederácia odborových zväzov Slovenskej republiky | 1 (1o,0z) | 0 (0o,0z) |  |  |
| 7. | Ministerstvo dopravy a výstavby Slovenskej republiky | 15 (15o,0z) | 0 (0o,0z) |  |  |
| 8. | Ministerstvo financií Slovenskej republiky | 15 (0o,15z) | 0 (0o,0z) |  |  |
| 9. | Ministerstvo hospodárstva Slovenskej republiky | 1 (0o,1z) | 0 (0o,0z) |  |  |
| 10. | Ministerstvo kultúry Slovenskej republiky | 3 (3o,0z) | 0 (0o,0z) |  |  |
| 11. | Ministerstvo obrany Slovenskej republiky | 2 (0o,2z) | 0 (0o,0z) |  |  |
| 12. | Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky | 10 (10o,0z) | 0 (0o,0z) |  |  |
| 13. | Ministerstvo spravodlivosti Slovenskej republiky | 8 (8o,0z) | 0 (0o,0z) |  |  |
| 14. | Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky | 5 (5o,0z) | 0 (0o,0z) |  |  |
| 15. | Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky | 1 (1o,0z) | 0 (0o,0z) |  |  |
| 16. | Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky | 5 (0o,5z) | 0 (0o,0z) |  |  |
| 17. | Národná banka Slovenska | 2 (2o,0z) | 0 (0o,0z) |  |  |
| 18. | Odbor aproximácie práva sekcie vládnej legislatívy Úradu vlády SR | 12 (12o,0z) | 0 (0o,0z) |  |  |
| 19. | Protimonopolný úrad Slovenskej republiky | 4 (1o,3z) | 0 (0o,0z) |  |  |
| 20. | Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek | 4 (0o,4z) | 0 (0o,0z) |  |  |
| 21. | Slovenská komora zubných lekárov | 6 (0o,6z) | 0 (0o,0z) |  |  |
| 22. | Slovenská lekárnická komora | 5 (0o,5z) | 0 (0o,0z) |  |  |
| 23. | Slovenská lekárska komora | 3 (0o,3z) | 0 (0o,0z) |  |  |
| 24. | Nezávislá platforma SocioFórum, o.z. | 2 (0o,2z) | 0 (0o,0z) |  |  |
| 25. | Sociálna poisťovňa, Ul. 29 augusta č. 8 a 10, 813 63 Bratislava 1 | 11 (0o,11z) | 0 (0o,0z) |  |  |
| 26. | Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou | 18 (10o,8z) | 0 (0o,0z) |  |  |
| 27. | Union zdravotná poisťovňa, a.s. | 9 (4o,5z) | 0 (0o,0z) |  |  |
| 28. | Úrad na ochranu osobných údajov Slovenskej republiky | 3 (1o,2z) | 0 (0o,0z) |  |  |
| 29. | Úrad podpredsedu vlády Slovenskej republiky pre investície a informatizáciu | 1 (1o,0z) | 0 (0o,0z) |  |  |
| 30. | Úrad vlády Slovenskej republiky | 4 (0o,4z) | 0 (0o,0z) |  |  |
| 31. | Verejnosť | 2 (2o,0z) | 0 (0o,0z) |  |  |
| 32. | Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s. | 29 (19o,10z) | 0 (0o,0z) |  |  |
| 33. | Žilinský samosprávny kraj | 8 (4o,4z) | 0 (0o,0z) |  |  |
| 34. | Ministerstvo pôdohospodárstva a rozvoja vidieka Slovenskej republiky | 0 (0o,0z) | 0 (0o,0z) | x |  |
| 35. | Úrad pre normalizáciu, metrológiu a skúšobníctvo Slovenskej republiky | 0 (0o,0z) | 0 (0o,0z) | x |  |
| 36. | Úrad priemyselného vlastníctva Slovenskej republiky | 0 (0o,0z) | 0 (0o,0z) | x |  |
| 37. | Úrad jadrového dozoru Slovenskej republiky | 0 (0o,0z) | 0 (0o,0z) | x |  |
| 38. | Ministerstvo životného prostredia Slovenskej republiky | 0 (0o,0z) | 0 (0o,0z) | x |  |
| 39. | Ministerstvo zahraničných vecí a európskych záležitostí Slovenskej republiky | 0 (0o,0z) | 0 (0o,0z) | x |  |
| 40. | Úrad pre verejné obstarávanie | 0 (0o,0z) | 0 (0o,0z) | x |  |
| 41. | Štatistický úrad Slovenskej republiky | 0 (0o,0z) | 0 (0o,0z) | x |  |
| 42. | Úrad geodézie, kartografie a katastra Slovenskej republiky | 0 (0o,0z) | 0 (0o,0z) |  | x |
| 43. | Správa štátnych hmotných rezerv Slovenskej republiky | 0 (0o,0z) | 0 (0o,0z) |  | x |
| 44. | Národný bezpečnostný úrad | 0 (0o,0z) | 0 (0o,0z) |  | x |
| 45. | Najvyšší kontrolný úrad Slovenskej republiky | 0 (0o,0z) | 0 (0o,0z) |  | x |
| 46. | Najvyšší súd Slovenskej republiky | 0 (0o,0z) | 0 (0o,0z) |  | x |
| 47. | Národná rada Slovenskej republiky | 0 (0o,0z) | 0 (0o,0z) |  | x |
| 48. | Kancelária Ústavného súdu Slovenskej republiky | 0 (0o,0z) | 0 (0o,0z) |  | x |
| 49. | Slovenská poľnohospodárska a potravinárska komora | 0 (0o,0z) | 0 (0o,0z) |  | x |
| 50. | Združenie miest a obcí Slovenska | 0 (0o,0z) | 0 (0o,0z) |  | x |
| 51. | Splnomocnenec vlády Slovenskej republiky pre rómske komunity | 0 (0o,0z) | 0 (0o,0z) |  | x |
| 52. | Asociácia zamestnávatelských zväzov a združení Slovenskej republiky | 0 (0o,0z) | 0 (0o,0z) |  | x |
| 53. | Republiková únia zamestnávateľov | 0 (0o,0z) | 0 (0o,0z) |  | x |
| 54. | Konferencia biskupov Slovenska | 0 (0o,0z) | 0 (0o,0z) |  | x |
| 55. | Asociácia priemyselných zväzov | 0 (0o,0z) | 0 (0o,0z) |  | x |
|  | Spolu | 233 (103o,130z) | 0 (0o,0z) |  |  |

Vyhodnotenie vecných pripomienok je uvedené v tabuľkovej časti.

|  |  |
| --- | --- |
| Vysvetlivky k použitým skratkám v tabuľke: | |
| O – obyčajná | A – akceptovaná |
| Z – zásadná | N – neakceptovaná |
|  | ČA – čiastočne akceptovaná |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Subjekt** | **Pripomienka** | **Typ** | **Vyh.** | **Spôsob vyhodnotenia** |
| **ANS** | **V § 7 odseky 5 až 8 znejú: „(5) Ministerstvo zdravotníctva vydáva indikátory všeobecne záväzným právnym predpisov; všeobecne záväzný právny predpis ustanoví e)úroveň indikátora a prípustnú odchýlku,** Ak má byť zachovaná porovnateľná dostupnosť výkonov , tak stanovený limit počtu výkonov môžeme uplatniť iba v oblastiach s vysokou ľudnatosťou, v ostatných ich musíme upraviť •Vysoká ľudnatosť 100 % limitu •Ľudnatosť 48-68 70 % limitu •Ľudnatosť 25-48 50 % limitu V oblastiach s vysokou koncentráciou rómskeho etnika –10 % podrobnejšie rozpísané nižšie Odôvodnenie: Pripomienka č. 1 Zásadná V § 7 odseky 5 až 8 znejú: „(5) Ministerstvo zdravotníctva vydáva indikátory všeobecne záväzným právnym predpisov; všeobecne záväzný právny predpis ustanoví e)úroveň indikátora a prípustnú odchýlku, Ak má byť zachovaná porovnateľná dostupnosť výkonov , tak stanovený limit počtu výkonov môžeme uplatniť iba v oblastiach s vysokou ľudnatosťou, v ostatných ich musíme upraviť •Vysoká ľudnatosť 100 % limitu •Ľudnatosť 48-68 70 % limitu •Ľudnatosť 25-48 50 % limitu V oblastiach s vysokou koncentráciou rómskeho etnika –10 % podrobnejšie rozpísané nižšie hustota obyvateľstva rómske komunity Zásadnými požiadavkami všetkých aktivít EU na poli zdravotníctva •Transparentnosť •Rovnosť príležitostí •Orientácia na pacienta Minimálne počty chirurgických výkonov, pôrodov, stanovené pre všetky pracoviská na Slovensku rovnako , sú zvýhodnením Bratislavy a ďalších veľkých miest na úkor ostatných regiónov Slovenska. Nie je možné napasovať všetky operačné pracoviská do šablóny o jednej veľkosti. S tvrdením, že ide o indikátor kvality. Je logické, že v regiónoch s menšou hustotou obyvateľstva bude menší dopyt po výkonoch a budú tam menšie pracoviská v porovnaní s Ba, Ke, atd. Ak má byť zachovaná porovnateľná dostupnosť výkonov , tak stanovený limit počtu výkonov môžeme uplatniť iba v oblastiach s vysokou ľudnatosťou, v ostatných ich musíme upraviť •Vysoká ľudnatosť 100 % limitu •Ľudnatosť 48-68 70 % limitu •Ľudnatosť 25-48 50 % limitu V oblastiach s vysokou koncentráciou rómskeho etnika –10 % kraj plocha m2 násobok počet obyv. ba 313 272 126 1 100 000 bb 1457079954 5 100 000 ke 844 484 671 3 100 000 nitra 936 092 753 3 100 000 prešov 1088370885 3 100 000 trenčín 767 410 171 2 100 000 trnava 736 488 858 2 100 000 žilina 985 034 936 3 100 000 Z údajov Slovstatu v tabuľke je prepočet veľkosti územia na 100 000 obyvateľov podľa krajov. Tabuľka dokumentuje, že 100 000 občanov žije v iných krajoch na 2-3 násobne väčšom území ako v BA, v BBSK dokonca 5 násobne a ak chce nemocnica splniť operačné limity, tak musí v BBSK mať pacientov z 5x väčšieho regiónu, čo pre pacientov znamená, že budú za výkonom cestovať. Pre pacientov to bude znamenať zhoršenie dostupnosti bežných výkonov, o to viac, že nemocnice, ktoré budú mať výkony zazmluvnené, ich dajú na čakacie listiny, pretože nemajú kapacity. Zmenou zákona sa nevyriešia problémy, ktoré roky sa neriešili | Z | ČA | Tu sa limity definuju skor v zavislosti od urovne nemocnice (LRN). Tam su ludnatosti do urcitej miery porovnatelne. |
| **ANS** | **K Čl. I bod 5.**  K návrhu znenia § 7 ako celku navrhujeme vypustiť mandát MZ SR, ktoré vypracováva indikátory kvality vzhľadom k tomu, že nie je oddelený kontrolný orgán od výkonného a regulačného (v oboch prípadoch MZ SR), a teda MZ SR alebo ním poverené osoby na výkon klinického auditu sa dostávajú do konfliktu záujmov. Odôvodnenie: Cizelovanie znenia návrhu zákona vo vzťahu k pôsobnosti MZ SR v nadväznosti a súvislosti so zákonom č. 575/2001 Z. z. o organizácii činnosti vlády a organizácii ústrednej štátnej správy v znení neskorších predpisov. | O | N | Takto je súčasné znenie zákona, regulátor - teda MZSR má stanovovať pravidlá, pochopiteľne po súhlase a konsenze zúčastnených strán. Navrhuje sa zoznam indikátorov kvality inovovať na základe návrhov od všetkých subjektov - PZS, ZP atď. |
| **ANS** | **K Čl. I. bod 13**  K novo navrhovanému zneniu § 15 ods. 1 písm. c) šiesty bod žiadame, aby spôsob, formu, rozsah a lehoty na poskytnutie údajov o poskytnutých a vykázaných zdravotných výkonoch u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti za účelom vyhodnotenia plnenia minimálneho počtu vybraných zdravotných výkonov upravil tento návrh zákona resp. vykonávací predpis namiesto dohody uzatvorenej medzi zdravotnými poisťovňami a ministerstvom zdravotníctva. Odôvodnenie: V zmysle Legislatívnych pravidiel vlády SR navrhovaný zákon má obsahovať takú štruktúru, aby práva a právne povinnosti, ktoré sa fyzickým osobám a právnickým osobám ustanovia, dotvárali alebo rozvíjali jestvujúcu sústavu práv a povinností v súlade s ich doterajšou štruktúrou tak, že sa nestanú vnútorne protirečivými. Považujeme z uvedeného dôvodu legislatívnu úpravu v legislatívnom konaní za nedostatočnú a navrhujeme predložiť znenie vykonávajúceho všeobecne záväzného právneho predpisu súbežne s návrhom zákona v opačnom prípade navrhujeme implementáciu týchto náležitostí priamo do zákona. | Z | A | ustanovenie vypúšťame, údaje bude zverejňovať MZSR |
| **ANS** | **K Čl. I bod 16** K novo navrhovanému zneniu § 43a ods. 4 navrhujeme vypustiť text „ alebo jej zdravotný stav neumožňuje podať podnet“. K novo navrhovanému zneniu § 43a ods. 8 písm. c) navrhujeme zákonom stanoviť právne skutočnosti, pre ktoré dohľad nad zdravotnou starostlivosťou nemožno vykonať. Odôvodnenie: Uvedené navrhujeme s poukazom na zásah do výsostných Ústavou SR garantovaných osobnostných práv pacienta k jeho zdravotnému stavu, ako aj s poukazom na GDPR vo vzťahu k osobe, ktorá nemá zákonnú možnosť nahliadať do zdravotnej dokumentácie pacienta, u ktorého bude iniciovať dohľad z dôvodu nesprávne poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Uvedené nie je len dopadom s nevyriešenou otázkou súhlasu dotknutej osoby nielen na nakladanie s jej osobnými údajmi, ale aj údajmi o zdravotnom stave, čo nie je v súlade so zákonom č. 18/2018 Z.z. ako ani v súlade so zákonom č. 576/2004 Z.z. Navyše oznamovateľom môže byť osoba, ktorá nemá zákonnú možnosť nahliadať do zdravotnej dokumentácie pacienta, u ktorého bude iniciovať dohľad z dôvodu nesprávne poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Avšak úrad, ktorý po ukončení dohľadu musí osobu podávajúcu podnet písomne vyrozumieť o výsledku, poskytne tejto osobe množstvo údajov o zdravotnom stave pacienta, t.j. údajov, ktorých poskytnutie bude predstavovať zásah do osobnostných práv pacienta. Cizelovanie znenia návrhu zákona. | O | ČA | Ustanovenie prepracované. |
| **ANS** | **K Čl. I bod 5.** Návrh úpravy § 7 ods. 7 písm. c) a d) Odôvodnenie: Rovnako nie je jasný zámer gestora návrhu zákona vo vzťahu k prehodnocovaniu indikátorov kvality raz ročne na základe podnetov, čo tým mal na mysli, keďže vykonávacie predpisy upravujú taxatívne indikátory kvality a nie je zrejmé z návrhu zákona na koho podnet sa budú prehodnocovať a či s dopadom na novelizáciu vykonávacích predpisov. Uvedené žiadame doplniť do znenia návrhu zákona. | Z | N | Ministerstvo zdravotníctva písm. c) stanoví cieľové hodnoty indikátorov, písm. d) prehodnocuje zoznam indikátorov raz ročne na základe podnetov zaslaných najneskôr do 30. júna kalendárneho roka; podnety ministerstvo vyhodnocuje na základe metodiky podľa odseku 7 |
| **ANS** | **K Čl. IV bod 1. a 4. a Doložke vplyvov** Návrh zákona a Doložku vplyvov žiadame doplniť o definovanie finančných zdrojov a rozpočtovej kapitoly, z ktorej bude hradená následná ústavná zdravotná starostlivosť a následná ústavná ošetrovateľská starostlivosť. Odôvodnenie: Cizelovanie znenia návrhu zákona. Návrh zákona a Doložku vplyvov žiadame doplniť o definovanie finančných zdrojov a rozpočtovej kapitoly, z ktorej bude hradená následná ústavná zdravotná starostlivosť a následná ústavná ošetrovateľská starostlivosť. | Z | N | Následná ústavná zdravotná starostlivosť a ústavná ošetrovateľská starostlivosť nie je LTC. Verejná minimálna sieť v ústavnej zdravotnej starostlivosti počíta s postupným znižovaním akútnych lôžok a zvyšovaním chronických lôžok, čím sa vytvorí priestor pre lôžka chronické. Dofinancovanie následnej zdravotnej starostlivosti pôjde z kapitoly verejného zdravotného poistenia, keďže ide o poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. |
| **ANS** | **K návrhu Opatrenia MZ SR č. 07045-.....2019-OL, ktorým sa mení a dopĺňa opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 07045.2003 z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov** Navrhujeme doplniť cenu za mamografické skríningové vyšetrenie resp. skríningovú kolonoskopiu a ster na skríning CA krčka maternice. Časť 86.23.1 7. 11. Skríning. Odôvodnenie: Cizelovanie návrhu opatrenia. | Z | N | Nie je predmetom MPK, návrh bude mať svoj vlastný legislatívny proces. |
| **ANS** | **k návrhu vyhlášky MZ SR, ktorou sa mení vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 84.2016 Z. z., ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení K Čl. I k novému zneniu § 11 ods. 10 a 13** Navrhujeme konsolidovať znenie návrhu predpisu vo vzťahu ku Kompetenčnému centru vyššieho typu a Onkologickému centru vyššieho typu vzhľadom k tomu, že uvedené delenie považujeme za nesystémové Odôvodnenie: Cizelovanie znenia návrhu predpisu vzhľadom k tomu, že uvedené delenie na Kompetenčné centrum vyššieho typu a Onkologické centrum vyššieho typu považujeme za nesystémové. | Z | ČA | Onkologické centrum vyššieho typu je forma kompetenčného centra vyššieho typu. |
| **ANS** | **§ 25 zákona č. 576.2004 Z. z.**  Navrhujeme upraviť znenie § 25 odsek 1 písmeno n): „osobe oprávnenej vykonávať monitorovanie biomedicínskeho výskumu " Odôvodnenie: Táto zásadná pripomienka bezprostredne reaguje na Dodatok č. 1 k Príkazu ministerky zdravotníctva č.4/2018 zo dňa 16.05.2019 číslo: S09012-2019-IVV-001, ktorý nadobudol účinnosť dňa 01.06.2019 a ktorým bola prijatá príloha č.1 Návrh vzorovej zmluvy o klinickom skúšaní . V uvedenom návrhu vzorovej zmluvy, konkrétne v bode 2.23 a 2.24, sa nachádzajú ustanovenia, ktoré pri doterajšom právnom stave nie je možné aplikovať, nakoľko zaväzujú zmluvnú stranu, poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, aby za účelom monitorovania klinického skúšania sprístupnil monitorujúcim osobám všetku súvisiacu dokumentáciu, vrátane zdravotnej dokumentácie. V navrhovanom znení § 25 zákona 576/2004 Z. z. sme použili pojem biomedicínsky výskum v zmysle jeho definície v § 26 a nasl. toho istého zákona, ako pojmu, ktorý zahŕňa všetky formy biomedicínskeho výskumu, vrátane klinického skúšania. Prijatím navrhovanej zmeny by došlo k odstráneniu súčasného pretrvávajúceho stavu, ktorý spočíva v tom, že síce všetky prebiehajúce klinické skúšania podliehajú monitorovaniu, nakoľko im to ukladá správna klinická prax (Good Clinical Practice), avšak týmto monitorovaním dochádza k porušovaniu celého radu právnych predpisov počnúc spomínaného § 25 zákona o ZS, pokračujúc príslušnými ustanoveniami zákona o ochrane osobných údajov a v neposlednom rade lekári v pozícii hlavných skúšajúcich, ktorí takto sprístupňujú údaje zo zdravotnej dokumentácie monitorom sa dennodenne vystavujú riziku trestnoprávnej zodpovednosti, nakoľko ich správanie napĺňa znaky skutkovej podstaty trestného činu neoprávneného nakladania s osobnými údajmi, § 374 TZ. | Z | ČA | návrh prepracovaný |
| **ANS** | **k návrhu Nariadenia vlády SR, ktorým sa mení a dopĺňa nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 640.2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti K Čl. I bod 4.** Poukazujeme na nesprávnosť vnútorného odkazu na prílohu č. 7 namiesto prílohy č. 8. Odôvodnenie: Cizelovanie znenia návrhu predpisu. | Z | A |  |
| **ANS** | **k návrhu vyhlášky MZ SR, ktorou sa mení vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 84.2016 Z. z., ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení K Čl. I k novému zneniu § 11 ods. 3 písm. d), ods. 4 písm. f) a g), ods. 12 písm. b)** Uvedené ustanovenia navrhujeme vypustiť k nepretržitosti zabezpečenia prevádzky nemocničnej lekárne a poskytovania zdravotnej starostlivosti v rozsahu mentálne zdravie v rozsahu psychiatria. V Čl. I v § 11 ods. 2 navrhujeme doplniť písmenom f), ktoré znie: „nemocničná lekáreň.“. v súvislosti V Čl. I v § 11 ods. 3 navrhujeme vypustiť písmeno d). Odôvodnenie: Sme toho názoru, že v uvedených typoch poskytovateľov zdravotnej starostlivosti nie je potrebné zabezpečiť nepretržitosť prevádzky nemocničnej lekárne a poskytovania zdravotnej starostlivosti v rozsahu mentálne zdravie v rozsahu psychiatria | Z | A |  |
| **ANS** | **K Čl. VI bod 32.** V bode 32 v novo navrhovanom znení odseku 21 navrhujeme slová „až do výšky 15 000 eur“ nahradiť slovami „až do výšky 5 000 eur“. Odôvodnenie: Navrhujeme znížiť výšku sankcie, vzhľadom k tomu, že ich považujeme za neprimerané. | Z | ČA | ponechaná výška pokuty, vzhľadom na to, že iné subjekty požadovali zvýšenie na 100 000 eur a že je tam isté riziko, ponechávame pokutu v navrhovanej výške, oddiferencujeme podľa povinností |
| **ANS** | **k návrhu vyhlášky MZ SR, ktorou sa mení vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 84.2016 Z. z., ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení K Čl. I k novému zneniu § 11 ods. 8** V Čl. I v § 11 ods. 8 navrhujeme predvetie uviesť v tomto znení: „(8) Nemocnica následnej starostlivosti je určená na poskytovanie následnej zdravotnej starostlivosti v jednom z nasledujúcich špecializačných odboroch:“. Odôvodnenie: Cizelovanie znenia návrhu predpisu vzhľadom k tomu, že nie je jasné, či rozsah je potrebné poskytovať kumulatívne vo všetkých uvádzaných špecializačných odboroch alebo alternatívne. | Z | A |  |
| **ANS** | **K Čl. I bod 11.** V zmysle Legislatívnych pravidiel vlády SR navrhovaný zákon má obsahovať takú štruktúru, aby práva a právne povinnosti, ktoré sa fyzickým osobám a právnickým osobám ustanovia, dotvárali alebo rozvíjali jestvujúcu sústavu práv a povinností v súlade s ich doterajšou štruktúrou tak, že sa nestanú vnútorne protirečivými. Poukazujeme na absentujúci vykonávací právny predpis, ktorý nebol predložený v súbehu s návrhom zákona a ktorým sa určí spôsob výpočtu a pravidlá výpočtu týchto úhrad za urgenty a ktorý žiadame predložiť. V novo naformulovanom znení odseku 13 prvá veta navrhujeme doplniť za slovo „starostlivosti 27aaa)“ slová „jej poistencov“. Odôvodnenie: Z tejto formulácie nie je jasné, či platba za urgent bude ponechaná podľa existujúcich pravidiel aj vzhľadom na absenciu znenia vykonávacieho právneho predpisu, ktorý je tak významného charakteru, že má dopad na definovanie platieb za urgent. Považujeme z uvedeného dôvodu legislatívnu úpravu v legislatívnom konaní za nedostatočnú a navrhujeme predložiť znenie vykonávajúceho všeobecne záväzného právneho predpisu súbežne s návrhom zákona v opačnom prípade navrhujeme implementáciu úhrad za urgenty priamo do zákona. Precizovanie formulácie, ktoré zodpovedá výpočtu podielu ZP na paušále. Uvedené bolo akceptované MZ SR v rozporovom konaní dňa 17.05.2019 k návrhu zákona v MPK rezortné číslo: spis č. S06794-2019-OL. | Z | ČA | doplníme vykonávací predpis |
| **ANS** | **Od 1. § 6 ods. 1 po 13. § 15 ods 1 vrátane** všetky zmeny zákona, týkajúce sa indikátorov kvality so zákona vypustiť! Odôvodnenie: POČTY VÝKONOV NIE SÚ INDIKÁTOROM KVALITY ! Princíp kolektívnej viny sa nemôže stať zákonnou normou. Kvalita výkonov poskytovateľa sa nemôže hodnotiť ako nižšia iba preto, že nesplní stanovený limit, keď poskytovateľ preukázateľne urobí výkony lege artis, bez komplikácií. Pochybenie sa vždy musí preukázať. Na druhej strane tzv. princíp kolektívnej zručnosti nie je zárukou individuálneho nepochybenia (najviac medializovaných pochybení sa stalo vo veľkých nemocniciach) 2. Nie je rozumné odsúhlasiť zmenu zákona bez predloženia všetkých dokumentov týkajúcich sa stratifikácie, pretože novelizovaný zákon automaticky zlegalizuje všetky vyhlášky a nariadenia, ktoré majú hrubé nedostatky a pritom nepodliehajú schvaľovaciemu procesu. • V zozname výkonov sú výkony, ktoré sa robia v rámci JAS, ale v predkladacej správe sa hovorí iba o výkonoch v rámci ústavnej ZS (tie by sa do limitu nemali zarátať) Odôvodnenie: Použitie stanoveného počtu výkonov rovnakého pre všetky nemocnice zvýhodňuje nemocnice vo veľkých mestách s vysokou hustotou zaľudnenia na úkor ostatných regiónov Slovenska 3. Ak poskytovateľ nesplní stanovený limit výkonov ZP neuzavrie zmluvu s poskytovateľom, ale akútne výkony poskytovateľ môže vykonávať. Napr.: výkon cholecystektómia akútnych urobí 7 za sledované obdobie a plánovaných mu bude chýbať 10 do stanoveného limitu, ZP s takýmto poskytovateľom neuzavrie zmluvu. Poskytovateľ bude vykonávať len akútne výkony(7), aká to bude kvalita? | Z | N | Legislatíva oddeľuje IKV a minimálne počty výkonov v 2 vykonávacích predpisoch. Nenaplnenie minimálneho počtu výkonov nie je dôvod na vypovedanie zmluvy s PZS zo strany ZP. Definícia minimálneho počtu však bola stanovená len pri tých skupinách výkonov, pri ktorých je kauzalita medzi početnosťou a kvalitou jasne preukázaná. |
| **ANS** | **Príloha č. 3 k nariadeniu vlády č. .......2019, Tabuľka č. 2 Nariadenia vlády SR o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti** Vypadol odbor ortopedická protetika Odôvodnenie: Chýbajúci normatív poskytovateľov inej ŠAS vyjadrený počtom lekárskych miest na počet obyvateľov územia príslušných krajov pre odbor ortopedická protetika | Z | N | Nie je predmetom MPK, návrh bude mať svoj vlastný legislatívny proces. |
| **ANS** | **k návrhu Nariadenia vlády SR, ktorým sa vydávajú indikátory kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti K Prílohe č. 2** Z prílohy č. 2 žiadame v tabuľke stĺpce „Skratka komplikácie“ a „Limit“ presunúť do metodiky a teda podľa prílohy č. 3. Odôvodnenie: Cizelovanie návrhu nariadenia vzhľadom k tomu, že uvedené evokuje ďalší parameter posudzovania. Stĺpce „skratka komplikácie“ a „Limit“ sa vzťahujú k metodológii výpočtu a nie k indikátoru, ktorým je len počet výkonov. | Z | A |  |
| **ANS** | **K Čl. I bod 7.** Znenie novo dopĺňaného § 7 ods. 22 navrhujeme doplniť nasledovnými vetami: „ Stanovenie minimálneho počtu zdravotných výkonov platí rovnako aj pre poskytovateľa jednodňovej zdravotnej starostlivosti, ktorý poskytuje vybrané zdravotné výkony. Ak poskytovateľ poskytuje vybrané zdravotné výkony formou ústavnej zdravotnej starostlivosti a zároveň formou jednodňovej zdravotnej starostlivosti, zdravotné výkony vykonané na oboch pracoviskách sa na účely vyhodnotenia plnenia minimálneho počtu zdravotných výkonov sčítavajú.“. Odôvodnenie: Cizelovanie znenia návrhu zákona vo vzťahu k poskytovateľovi jednodňovej zdravotnej starostlivosti a poskytovaniu jednodňovej zdravotnej starostlivosti. Uvedené bolo akceptované MZ SR v rozporovom konaní dňa 17.05.2019 k návrhu zákona v MPK rezortné číslo: spis č. S06794-2019-OL. | Z | A |  |
| **ANS** | **K Čl. I** Žiadame doplniť nový bod 6. s úpravou, že v § 7 ods. 9 písm. b) na konci navrhujeme doplniť bodkočiarku a nasledovné vety: „ stanovenie minimálneho počtu zdravotných výkonov platí rovnako aj pre poskytovateľa jednodňovej zdravotnej starostlivosti, ktorý poskytuje vybrané zdravotné výkony. Ak poskytovateľ poskytuje vybrané zdravotné výkony formou ústavnej zdravotnej starostlivosti a zároveň formou jednodňovej zdravotnej starostlivosti, zdravotné výkony vykonané na oboch pracoviskách sa na účely vyhodnotenia plnenia minimálneho počtu zdravotných výkonov sčítavajú,“. Odôvodnenie: Cizelovanie znenia návrhu zákona vo vzťahu k poskytovateľovi jednodňovej zdravotnej starostlivosti a poskytovaniu jednodňovej zdravotnej starostlivosti. Uvedené bolo akceptované MZ SR v rozporovom konaní dňa 17.05.2019 k návrhu zákona v MPK rezortné číslo: spis č. S06794-2019-OL. | Z | A |  |
| **ANS** | **k návrhu Nariadenia vlády SR, ktorým sa mení a dopĺňa nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 640.2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti K Čl. I** Žiadame predložiť znenie návrhu nariadenia vlády SR v jeho obsahovej celosti. Poukazujeme na absentujúce prílohy č. 3a, 7,9 a 10. (Príloha 9, ktorá by mala hovoriť o normatíve poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti v období 2020-2029 a príloha č.10 Normatív poskytovateľov urgentnej zdravotnej starostlivosti na urgentnom príjme 1. typu a urgentnom príjme 2. typu.) Odôvodnenie: Cizelovanie znenia návrhu predpisu. | Z | ČA | Všetky vykonávacie predpisy podliehajú vlastnému legislaivnemu konaniu. Následne budú do materiálu doplnené. |
| **ANS** | **k novele zákona 576.2004 o zdravotnej starostlivosti** Žiadame upraviť v článku IV. v par. 10a ods. 3 a ods.6 text "zariadenie sociálnej pomoci" na zariadenie "sociálnych služieb". Odôvodnenie: zosúladenie so zákonom č. 448/2008 o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Z. z. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov. Citovaný zákon nepozná pojem sociálna pomoc resp. zariadenie sociálnej pomoci. Sme toho názoru, že v novele zákona mala byť uvedená definícia "sociálnej pomoci" resp. "zariadenia sociálnej pomoci" . V takom prípade by návrh zodpovedal zavedeniu nového pojmu "sociálna pomoc" a "zariadenia sociálnej pomoci" alebo v novele malo byť definované "zariadenie sociálnej pomoci" ako poskytovateľa s definovaním podmienok na vydanie povolenia. (zákon 578/2004). Termín "zariadenie sociálnej pomoci" je vraj definovaný v zákone 351/2017, kde sa spomínajú ošetrovateľské výkony v zariadeniach poskytujúcich sociálne služby (448/2008) a kde sa spomínaný pojem "zariadenia sociálnej pomoci" resp. "sociálna pomoc" odrazu objavil ale nie je to tam jasne zadefinované, resp. tam som definíciu nenašiel. Ak sa myslelo že zariadenia sociálnych služieb ktoré poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť ( so zmluvou s poisťovňou či bez zmluvy) sa budú tým pádom nazývať zariadenia sociálnej pomoci tak prosím. Ale nikde som nešiel takto zadefinované vysvetlenie. A teda ani zo zákona 351/2017 to nevyplýva. | Z | N | V § 4 ods. 6 je zavedená legislatívna skratka pre zariadenia sociálnych služieb a zariadenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately – zariadenia sociálnej pomoci. Na rozporovom rokovaní subjekt preklasifikoval pripomienku na obyčajnú. |
| **ASPOZ** | **§6 odst.13 písm b)**  Navrhujeme upraviť §6 odst. 13 písm b) následovne: b) na základe žiadosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, s ktorým má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (§ 7) alebo z vlastného podnetu, obstarať u výrobcu 1. humánnych liekov alebo u veľkodistribútora humánnych liekov humánne lieky ustanovené všeobecne záväzným právnym predpisom, ktorý vydá ministerstvo zdravotníctva; zdravotná poisťovňa je povinná zabezpečiť dodanie obstaraného humánneho lieku 2 zdravotníckych pomôcok zdravotnícke pomôcky ustanovené všeobecne záväzným právnym predpisom, ktorý vydá ministerstvo zdravotníctva; zdravotná poisťovňa je povinná zabezpečiť dodanie obstaranej zdravotníckej pomôcky priamo poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti Odôvodnenie : Aktuálne znenie § 6 odst.13 písm b) odsek 1 a 2 priamo znemožňuje obstarávateľovi ZP zabezpečiť dodanie obstaraného lieku alebo zdravotníckej pomôcky priamo poskytovateľovi starostlivosti ale len sprostredkovanie prostredníctvom poskytovateľa lekárenskej starostlivosti. Upozorňujeme na skutočnosť , že poskytovateľ lekárenskej starostlivosti v tomto prípade nie je súčasťou obchodného a ani iného vzťahu so zdravotnou poisťovňou a teda nie sú jasné vzťahy - Ako je uskutočňovaný výber „poskytovateľa lekárenskej starostlivosti“ pre dodanie lieku resp. zdravotníckej pomôcky poskytovateľovi starostlivosti - Obstaranie lieku alebo zdravotníckej pomôcky v súlade s uvedeným § 6 odst.13 písm b predpokladá konečnú cenu tovaru a podľa nás nie je možné platiť samostatne napr. za sprostredkovanie. - Vzhľadom na vlastnícke vzťahy k obstaranému tovaru n (lieky, zdravotnícke pomôcky) zo strany ZP , nie je jasný právny vzťah poskytovateľa lekárenskej starostlivosti k „cudziemu tovaru“ , napr. otázky zavedenia do skladových zásob , kusová evidencia liekov, príjem a výdaj na sklad , poistenie a zodpovednosť za škody pri manipulácii s cudzím majetkom ...) V prípade ak ZP obstará liek alebo zdravotnú pomôcku v súlade s §6 odst. 13 písm. b) odst. 1) a 2) a to na základe žiadosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, s ktorým má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (§ 7) alebo z vlastného podnetu, stáva sa obstaraný 1iek alebo zdravotnícka pomôcka vlastníctvom ZP so všetkým právami a povinnosťami. Podľa §18 odst. 1) zák č. 362/2011 Zz v aktuálnom znení, držiteľ povolenia na veľkodistribúciu liekov je povinný dodávať písm. c) dodávať humánny liek, ak v písmene aa) nie je ustanovené inak, odsek 4. zdravotníckemu zariadeniu ambulantnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „ambulantné zdravotnícke zariadenie“) v ustanovenom rozsahu, písm. aa) dodávať humánny liek zaradený v zozname kategorizovaných liekov odst. 2. ambulantnému zdravotníckemu zariadeniu v ustanovenom rozsahu, MZ SR rieši problematiku priameho obstarávania a priamych dodávok liekov a zdravotníckychpomôcok poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti vo Vyhláške č. 365/2009 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o liekoch a zdravotníckych pomôckach, ktoré môže obstarať zdravotná poisťovňa a vo Vyhláške č.82/2012 Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, o rozsahu priameho dodávania humánnych liekov zdravotníckym zariadeniam ambulantnej zdravotnej starostlivosti držiteľmi povolenia na veľkodistribúciu humánnych liekov | Z | N | Nad rámec návrhu zákona. Centrálne nákupy zabezpečuje zdravotná poisťovňa, t.j. odbremeňuje poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a lekáreň uskladňuje lieky. Lekáreň má povolenie na manipuláciu s liekmi. Medzi poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a zdravotnou poisťovňou sa uzatvára zmluva, v ktorej sa dohodujú podrobnosti o centrálnom nákupe a dodaní liekov. Aj toto jedným z opatrení na zabránenie reexportu liekov. |
| **BBSK** | **k návrhu Zákona z ....2019, 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**  V § 10a ods. 3 Žiadame vypustiť text „alebo praktickú sestru“ Odôvodnenie: Zariadenie sociálnej pomoci, ktoré poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť je podľa súčasne platného znenia § 10a ods. 2 povinné poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť v súlade so štandardnými diagnostickými a štandardnými terapeutickými postupmi. V návrhu zákona sa táto povinnosť dopĺňa textom „s postupmi na výkon prevencie“. Podľa návrhu zákona musí mať zariadenie sociálnej pomoci na každých 18 lôžok určených na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti na každého indikovaného pacienta okrem zodpovednej osoby najmenej jednu sestru alebo praktickú sestru. Zásadne nesúhlasíme, aby praktické sestry nahrádzali sestru, nakoľko nie sú kvalifikačne pripravené napĺňať požiadavky štandardov, nemôžu viesť komplexný manažment pacienta a v tomto lege artis nedokážu sestru nahradiť. Prijatie znenia v navrhovanej podobe by zapríčinilo nemožnosť napĺňania ošetrovateľského procesu v zmysle legislatívy a minimálnych požiadaviek pre ošetrovateľskú starostlivosť podľa štandardov pre ZSS, čím by išlo o legislatívny rozpor. Formulácia je nesprávna i z dôvodu, že akoby pripúšťa, že praktická sestra nemá byť zároveň zodpovednou osobou, čo je taktiež irelevantné. Pripúšťame, že okrem zodpovednej osoby a najmenej jednej sestry môže v ZSS pracovať naviac praktická sestra, ale len ako ďalší zdravotnícky pracovník. | Z | ČA | Už podľa súčasných právnych predpisov môžu praktické sestry vykonávať vybrané ošetrovateľské úkony u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Je na zodpovednosti zástupcu zariadenia, aby profesijná skladba zodpovedala potrebám klientov. V zásade nenamietame úpravu tak, aby v zariadení musela byť minimálne jedna zdravotná sestra, aby nemohlo dôjsť k situácii, že v zariadení bude iba praktická sestra/sestry. |
| **BBSK** | **k návrhu Zákona z ....2019, 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** V § 10a ods. 5 písm. a) Žiadame vypustiť text „ úplné stredné odborné vzdelanie na strednej zdravotníckej škole v študijných odboroch zdravotná sestra, detská sestra alebo všeobecná sestra a súčasne najmenej desaťročnú odbornú prax, vyššie odborné vzdelanie v študijnom odbore diplomovaná všeobecná sestra a súčasne najmenej trojročnú odbornú prax alebo“ a nahradiť textom „vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa v študijnom odbore ošetrovateľstvo a súčasne najmenej trojročnú odbornú prax alebo vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa v študijnom odbore ošetrovateľstvo a súčasne najmenej trojročnú odbornú prax a“ Odôvodnenie: Vzhľadom na neprítomnosť lekára v ZSS je nevyhnutné, aby za komplexné plánovanie, poskytovanie a dokumentovanie ošetrovateľskej starostlivosti v súlade s postupmi na výkon prevencie, štandardnými diagnostickými a štandardnými terapeutickými postupmi zodpovedala osoba, ktorá vedomosti z ošetrovateľstva získala minimálne v prvom stupni vysokoškolského vzdelania. Máme za to, že nedostatok sestier nemôže byť dôvodom na znižovanie úrovne poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. Podotýkame, že vo viacerých ZSS sú sestry ešte stále preradené na pozície zdravotníckych asistentiek alebo opatrovateliek. | Z | ČA | Zníženie kvalifikačných predpokladov súvisí aj s ďalšou navrhovanou zmenou a to, že ošetrovateľskú starostlivosť bude indikovať vždy lekár, ktorý má dostatočné kompetencie posúdiť stav pacienta. Zároveň sa stotožňujeme s navrhovateľom MZ SR, že zdravotná sestra, detská sestra alebo všeobecná sestra s 10 ročnou praxou a systémom ďalšieho vzdelávania má dostatočné odborné vedomosti. Obsahovo rovnakú pripomienku uplatnila SK SaPA(Z) a ako verejnosť hlavná odborníčka MZ SR pre odbor Ošetrovateľstvo (O) |
| **BBSK** | **k návrhu Zákona z ....2019, 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** V § 10a ods. 6 písm. b) Žiadame vypustiť slovo „zamestnanec“ a nahradiť slovom „sestra“. Odôvodnenie: Z predkladaného návrhu vyplýva, že splnenie indikačných kritérií v súlade so štandardnými postupmi na výkon prevencie, štandardnými diagnostickými postupmi a štandardnými terapeutickými postupmi môže posudzovať a návrh o potrebe poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti vypracúvať aj praktické sestra, čiže zamestnanec, ktorý spĺňa odbornú spôsobilosť na výkon zdravotníckeho povolania podľa § 31 zákona č. 578/2004 Z. z., s čím zásadne nesúhlasíme z dôvodov uvedených v predchádzajúcich odôvodneniach. Praktická sestra nemá dostatok vedomostí Predkladaný návrh je tiež v rozpore s vyhláškou MZ SR č. 92/2018 Z. z., ktorou sa ustanovujú indikačné kritéria na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb a v zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately a ktorou sa ustanovuje vzor návrhu zodpovednej osoby na indikáciu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v týchto zariadeniach. Podľa tejto vyhlášky indikáciu navrhuje a návrh vyhotovuje a potvrdzuje podpisom zodpovedná osoba zariadenia. Všeobecne z tohto návrhu nie je jednoznačné, ako by sa mala poskytovať ošetrovateľská starostlivosť v ZSS, ktoré nemajú uzatvorenú zmluvu so zdravotnou poisťovňou. | Z | ČA | V § 10a ods. 1 je jednoznačne uvedené, že to musí byť zamestnanec zariadenia, ktorí spĺňa kvalifikačné predpoklady podľa § 31 zákona č. 578/2004 Z. z., teda sestra. Ak by to nebol zamestnanec, otvorili by sa iné možnosti zabezpečovania ošetrovat. starostlivosti v zariadeniach soc. pomoci, ktoré sú neželateľné. V návrhu zákona ( čl. IV novelizačný bod 7 - § 10a odsek 5 a 6) je upravené, že vypracovanie návrhu o potrebe poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti zariadením soc. pomoci a indikácia lekárom sa bude vyžadovať vždy, teda aj v prípadoch, ak zariadenie soc. pomoci nemá uzatvorenú zmluvu so zdravotnou poisťovňou. |
| **DÔVERA** | **K Čl. I bod 7 návrhu zákona** Navrhujeme doplniť ustanovenie § 7 ods. 22 zákona tak, aby z neho vyplývalo, že neuzatvorením zmluvy s nekvalitným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorý nespĺňa minimálny počet výkonov, zdravotná poisťovňa neporuší svoju povinnosť uzatvárať zmluvy v rozsahu verejnej minimálnej siete. Takéto ustanovenie, ktoré jednoznačne stanoví kvalitu zdravotnej starostlivosti ako najvyššiu prioritu, je nevyhnutné na úspešné dosiahnutie cieľa projektu stratifikácie. Navrhujeme preto doplniť ustanovenie § 15 ods. 1 písm. a) o nasledovný text: „Zdravotná poisťovňa nie je povinná uzatvoriť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorý nespĺňa kritérium kvality, ktorým je minimálny počet zdravotných výkonov 24aad) v špecializačnom odbore, v ktorom neplní minimálny počet zdravotných výkonov 24aad), a to ani v prípade, ak by v dôsledku neuzatvorenia zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s týmto poskytovateľom zdravotnej starostlivosti nemala uzatvorené zmluvy s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti najmenej v rozsahu minimálnej siete19) alebo verejnej siete poskytovateľov19a). Neuzatvorenie zmluvy s takýmto poskytovateľom zdravotnej starostlivosti sa nepovažuje za porušenie povinnosti podľa § 7 odsek 1 a § 7 ods. 21 zákona“. Odôvodnenie: Zámerom navrhovanej právnej úpravy malo byť 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. Vzhľadom k tomu, že povinnosť uzatvoriť zmluvy s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete má byť viazaná na jednotlivé špecializácie, resp. skupiny špecializácií, je potrebné aj výnimku z tejto povinnosti viazať na špecializačný odbor, v ktorom poskytovateľ nespĺňa predpoklady pre poskytovanie kvalitnej, efektívnej a najmä bezpečnej zdravotnej starostlivosti pre pacienta. Túto pripomienku považujeme za zásadnú. | Z | N | Tu bolo jasne deklarované, že dostupnosť prevyšuje v prípade urgentnej starostlivosti kvalitu. |
| **DÔVERA** | **K Čl. I bod 7 návrhu zákona** Navrhujeme doplniť ustanovenie § 8 ods. 16 zákona v nasledovnom znení: „§ 8 ods. 16) Zdravotná poisťovňa uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, s ktorým má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a ktorý nespĺňa kritériá kvality pre minimálny počet zdravotných výkonov, určenú výšku úhrady za vybrané zdravotné výkony, na ktoré sa kritériá kvality vzťahujú. Spôsob výpočtu a pravidlá výpočtu maximálnej výšky úhrady za tieto vybrané zdravotné výkony určí vláda nariadením 24aad).“ Odôvodnenie: Pre dosiahnutie zlepšenia kvality a bezpečnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti je nevyhnutné, aby poskytovatelia vykonávali iba také zdravotné výkony, pri ktorých spĺňajú ich minimálny počet. Všetky zdravotné poisťovne by preto mali byť povinné jednotne zohľadniť plnenie kritérií kvality poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti vo výške úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť tak, aby z verejného zdravotného poistenia nebola hradená nekvalitná zdravotná starostlivosť. Výšku úhrady navrhujeme určiť na základe presne stanovených pravidiel, určených v nariadení vlády Slovenskej republiky a vždy na ďalšie sledované obdobie tak, aby bola výška úhrady pre poskytovateľa vopred známa. Túto pripomienku považujeme za zásadnú. | Z | N | Neakceptuje sa, úhrada ide cez DRG, resp. cez prospektívne rozpočty. Zatiaľ nebudeme definovať cenu výkonu. |
| **DÔVERA** | **K Čl. VI bod 1 návrhu zákona** Navrhujeme nasledovné znenie ustanovenia § 5 ods. 1 zákona: (1) Verejná minimálna sieť poskytovateľov (ďalej len „minimálna sieť“) je usporiadanie najmenšieho možného počtu verejne dostupných poskytovateľov na území Slovenskej republiky alebo jeho časti (ďalej len „príslušné územie“) v takom počte a zložení, aby sa zabezpečila efektívne dostupná, plynulá, sústavná a odborná zdravotná starostlivosť. Odôvodnenie: Podľa názoru zdravotnej poisťovne navrhované znenie ustanovenia zákona nezodpovedá účelu určenia verejnej minimálnej siete, a zároveň obsahuje i také požiadavky na verejnú minimálnu sieť, ktoré nariadenie nezohľadňuje. Navrhujeme kritériá, na ktoré sa má prihliadnuť v písm. a) až d) vynechať nakoľko sú formulované vágne, navyše môžu vyvolávať neprimerané očakávania pacientov, poskytovateľov a ich zriaďovateľov. Nami navrhované znenie dostatočne zodpovedá účelu stanovenia minimálnej siete. Túto pripomienku považujeme za zásadnú. | Z | N | Kritériá sú potrebné, pri tvorbe minimálnej siete musia byť tieto kritériá vždy zohľadnené. Je to skôr záväzok pre regulátora pri tvorbe verejnej minimálnej siete. |
| **DÔVERA** | **K Čl. I bod 3 návrhu zákona** Navrhujeme nasledovné znenie ustanovenia § 7 ods. 4 písm. a) bod 2 zákona: „2. kritériá kvality, ktoré slúžia na monitoring vybraných oblastí poskytovania zdravotnej starostlivosti (ďalej len „kritériá kvality“)“ Odôvodnenie: Z dôvodu zabezpečenia lepšej kvality zdravotnej starostlivosti pre poistencov, navrhujeme rozšíriť povinnosť zdravotnej poisťovne stanoviť a uverejňovať na webovom sídle kritériá na uzatváranie zmlúv, ktoré sa viažu nielen na indikátory kvality, ale aj na iné kritériá kvality. Nesúhlasíme s odôvodnením navrhovanej právnej úpravy, podľa ktorej nie je žiadúce, aby indikátory kvality stanovovala zdravotná poisťovňa. Zdravotná poisťovňa uzatvára s poskytovateľmi zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, preto je logické a žiaduce, aby za účelom lepšej kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti aj zdravotná poisťovňa stanovovala kritériá na kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti, ktorú nakupuje od poskytovateľov. Bez vhodného nastavenia kritérií kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti a zdieľania týchto informácií s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, ako i pacientmi, podľa názoru zdravotnej poisťovne nedôjde k naplneniu cieľa legislatívnej úpravy, ktorým je zlepšenie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Túto pripomienku považujeme za zásadnú. | Z | N | Neakceptuje sa, dohodlo sa jasne, že sa indikátory budú aktualizovať raz ročne cez vyhlášku alebo iný vykonávací predpis, napr. aj na podnet zdravotnej poisťovne. |
| **DÔVERA** | **K Čl. I bod 6 návrhu zákona** Navrhujeme ponechať ustanovenie § 7 ods. 9 písm. b) zákona v pôvodnom znení. Odôvodnenie: Nie je v záujme zdravotnej poisťovne zazmluvniť výkony, pri ktorých poskytovateľ neplní potrebné kvalitatívne kritériá. Doplnenie povinnej náležitosti zmluvy, ktorým je vymenovanie zdravotných výkonov, pri ktorých poskytovateľ splnil ich minimálny počet, pri každom vyhodnotení, považujeme však za zbytočnú administratívnu záťaž, ktorá bude v praxi ťažko realizovateľná. Navrhujeme preto ponechať formu dohody ohľadom výkonov, pri ktorých poskytovateľ nesplnil minimálny počet na dohode medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom. Túto pripomienku považujeme za zásadnú. | Z | N | Práveže v zmluve majú byť uvedené výkony, pri ktorých poskytovateľ zdravotnej starostlivosti spĺňa limit. Je potrebné ponechať, keďže ide o techniku na základe ktorej sa zabezpečuje zazmluvnenie a odzmluvnenie daného výkonu. |
| **DÔVERA** | **K Čl. VI bod 6 návrhu zákona** Navrhujeme upraviť § 11 ods. 1 písmeno a), bod 1 návrhu zákona. Odôvodnenie: Podľa názoru zdravotnej poisťovne je navrhované znenie ustanovenia nezrozumiteľné a môže spôsobiť kompetenčné spory medzi ministerstvom zdravotníctva a samosprávnym krajom. Regionálna a národná nemocnica majú určené osobitné určujúce znaky, pričom nie je zrejmé, čo sa myslí regionálnou nemocnicou najviac v rozsahu určujúcich znakov národnej nemocnice. Takýto pojem navrhovaná legislatíva nepozná. Podľa názoru zdravotnej poisťovne zároveň nie je dôvod, aby si ministerstvo stanovilo kompetenciu vo vzťahu k povoľovaniu a kontrole určených nemocníc. Vzhľadom k tomu, že zväčša pôjde o nemocnice v zriaďovateľskej pôsobnosti ministerstva zdravotníctva ide o evidentný konflikt záujmov, ktorý sa možné vo všeobecnosti odstrániť len tak, že kompetenciu k povoľovaniu a kontrole nemocníc ministerstva zdravotníctva by mali samosprávne kraje a naopak, kompetenciu k povoľovaniu a kontrole nemocníc samosprávnych krajov by malo ministerstvo zdravotníctva. Túto pripomienku považujeme za zásadnú. | Z | N | Podrobne sa vysvetlí v dôvodovej správe, nejde o kompetenčné spory medzi ministerstvom zdravotníctva a samosprávnym krajom, pretože samosprávny kraj rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti poskytovanej v tejto lokálnej nemocnici môže zadefinovať až na úroveň oddelení uvedených v určujúcich znakoch regionálnej nemocnice. |
| **DÔVERA** | **K Čl. VI bod 3 návrhu zákona** Navrhujeme z celého návrhu novely zákona, ako aj z príslušných vykonávacích predpisov vypustiť navrhovanú „typológiu“ ústavnej zdravotnej starostlivosti. Navrhujeme ponechať ustanovenie § 7 ods. 4 v pôvodnom znení. Odôvodnenie: Navrhovanú „typológiu“ ústavnej zdravotnej starostlivosti považujeme za nadbytočnú až kontraproduktívnu vo vzťahu k deklarovanému cieľu návrhu novely zvýšiť bezpečnosť pacienta a vytvoriť predpoklady na zvýšenie kvality poskytovanej ústavnej zdravotnej starostlivosti, pričom máme za to, že takéto určenie môže v priamom rozpore s cieľom a konceptom stratifikácie eliminovať akúkoľvek súťaž medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a ich orientáciu na pacienta. Navrhovaná úprava navyše predstavuje zbytočnú administratívnu záťaž, na ktorú bude potrebné vynaložiť všetkými účastníkmi, nielen poskytovateľmi, len ďalšie ľudské a finančné zdroje, ktoré mohli radšej investovať do zvýšenia kvality a spokojnosti pacientov, pričom navrhovaná právna úprava podľa názoru zdravotnej poisťovne nerieši otázky, ktoré vzniknú z dôvodu zmeny „typológie“ v praxi, napr. podmienky pre vydanie povolenia, zmena kódov, zmlúv so zdravotnými poisťovňami, ezdravie, atď. Podľa názoru zdravotnej poisťovne je možné kvalitnú akútnu zdravotnú starostlivosť na lokálnej úrovni lepšie zabezpečiť prostredníctvom určenia dodatočných kvalitatívnych kritérií pre urgentný príjem 1. typu. Túto pripomienku považujeme za zásadnú. | Z | N | Typológia nemocníc je jedným z kľúčových pilierov stratifikácie. Bez určujúcich znakov nebude možné vydávať správne povolenia na prevádzkovanie zdravotníckych zariadení a súčasne sa aj zabráni neefektívnej selekcii zdravotnej starostlivosti zo strany poskytovateľa a zriaďovateľa. |
| **DÔVERA** | **K Čl. I bod 7 návrhu zákona** Navrhujeme zmeniť ustanovenie § 7 ods. 21 zákona nasledovne: „(21) Zdravotné poisťovne sú oprávnené stanoviť a uverejniť na svojom webovom sídle aj ďalšie kritériá kvality, ak nie sú v rozpore s kritériami kvality podľa odseku 7. Ak zdravotná poisťovňa stanoví kritérium kvality, stanoví a zverejní na svojom webovom sídle aj spôsob merania a vyhodnocovania kritéria kvality, ako i jeho vplyv na uzatváranie zmlúv podľa odseku 1. V záujme zlepšenia kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti môžu zdravotné poisťovňa stanoviť a zverejniť na svojom webovom sídle rovnaké kritériá kvality.“ Odôvodnenie: V záujme zlepšenia kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti pre pacienta navrhujeme upraviť možnosť zdravotnej poisťovne určiť aj iné kritériá kvality, ktoré zverejní na svojom webovom sídle. Ak zdravotná poisťovňa určí takéto kritériá kvality, je zároveň povinná určiť a zverejniť aj spôsob ich vyhodnocovania a vplyv na zmluvu, ako i na výšku úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť tak, aby boli transparentné a pre poskytovateľa vopred známe. V záujme zlepšenia kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti a dosiahnutia lepšej a bezpečnejšej zdravotnej starostlivosti pre pacienta navrhujeme upraviť možnosť zdravotných poisťovní určiť aj rovnaké kritériá kvality. Túto pripomienku považujeme za zásadnú. | Z | N | Neakceptuje sa, bola jasná dohoda, že sa indikátory budú aktualizovať raz ročne cez vyhlášku alebo iný vykonávací predpis, napr. aj na podnet zdravotnej poisťovne. |
| **DÔVERA** | **Čl. I bod 1 návrhu zákona** Nesúhlasíme s cenovou reguláciou urgentnej zdravotnej starostlivosti. Navrhujeme úhradu za poskytovanie urgentnej zdravotnej starostlivosti ponechať na dohodu medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Odôvodnenie: Dovoľujeme si namietať, že cenová regulácia nie je vhodným nástrojom v žiadnom segmente zdravotnej starostlivosti a navrhujeme tento návrh prehodnotiť a ponechať dohodu o cenách na zmluvu medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Zdravotná poisťovňa tak môže motivovať poskytovateľov zdravotnej starostlivosti k poskytovaniu vyššej kvality zdravotnej starostlivosti, k efektívnosti a tým aj adresnejšej alokácii zdrojov pre kvalitných poskytovateľov. Uvedené atribúty sú jedným z hlavných cieľov samotného projektu stratifikácie nemocníc. Akákoľvek cenová regulácia vo všeobecnosti vedie k nižším investíciám v danom odvetví a k znižovaniu kvality poskytovaných služieb. Neželaným dôsledkom cenovej regulácie je odrádzanie potenciálnych investorov od vstupu do prostredia, čo bráni posilňovaniu konkurencie a tlaku na ceny. Paušálna úhrada navyše nezohľadňuje rozdielnu nákladovosť kmeňa rôznych zdravotných poisťovní, podiel zdravotnej poisťovne na paušáloch za UP1 a UP2 by mal byť určený na základe podielu zdravotnej poisťovne na poistnom mesačnom a ročnom prerozdelení, nie na základe trhového podielu. Túto pripomienku považujeme za zásadnú. | Z | N | Cenová regulácia urgentnej zdravotnej starostlivosti má svoje opodstatnenie, nakoľko urgentné príjmy musia byť pripravené personálne aj materiálno-technicky na príchod akéhokoľvek stavu pacienta. Takže paušálom sa platí aj za tzv. "stand by" - za čas, kedy pacienta nemajú. Navyše ustanovenie sa upravuje iba v nadväznosti na legislatívne zmeny v minimálnej sieti. |
| **DÔVERA** | **K Čl. I bod 7 návrhu zákona** Nesúhlasíme s doplnením ustanovenia § 7 ods. 21 zákona. Odôvodnenie: Ustanovenie v navrhovanom znení je v zásadnom rozpore s cieľom a koncepciou projektu stratifikácie. Ustanovenie stanovuje povinnosť zdravotnej poisťovne uzatvárať zmluvy so všetkými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, ktorí sú v ňom menovaní, bez ohľadu na kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti, ako i bez ohľadu na potrebu uzatvorenia takejto zmluvy z hľadiska zabezpečenia dostupnosti zdravotnej starostlivosti. Zároveň nevidíme legitímny dôvod, aby štát vstupoval do zmluvnej voľnosti medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a zdravotnými poisťovňami v tom zmysle, že bude štátom stanovené, s kým musí mať zdravotná poisťovňa uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Takáto právna úprava negatívne zasahuje do hospodárskej súťaže medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Návrh zákona navyše neurčuje rovnakú povinnosť aj poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, nemusí byť preto v objektívnych možnostiach zdravotnej poisťovne uzatvoriť zmluvy s týmito poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. V prípade ponechania znenia ustanovenia v návrhu zákona preto navrhujeme, aby sa za splnenie povinnosti zo strany zdravotnej poisťovne považovalo predloženie návrhu na uzatvorenie zmluvy, bez ohľadu na to, či poskytovateľ uzatvorí zmluvu so zdravotnou poisťovňou. Z ustanovenia navyše nie je zrejmé, čo sa myslí poskytovaním urgentnej zdravotnej starostlivosti na urgentnom príjme 1. typu v lokálnej nemocnici, a to najmenej v rozsahu lokálnej nemocnice, a teda s akým poskytovateľom má zdravotná poisťovňa povinnosť uzatvoriť zmluvu, čo považujeme za zásadný problém, vzhľadom na to, že ide o ustanovenie určujúce povinnosti zdravotných poisťovní. Význam predmetného ustanovenia nevyplýva ani z dôvodovej správy. Zároveň z dôvodovej správy vyplýva, že úmyslom zákonodarcu bolo stanoviť povinnosť iba vo vzťahu k poskytovateľom v rámci verejnej minimálnej siete, čo by sa malo v navrhovanom znení zákona precizovať. Túto pripomienku považujeme za zásadnú. | Z | N | Tu bolo jasne deklarované, že dostupnosť prevyšuje v prípade urgentnej starostlivosti kvalitu. |
| **DÔVERA** | **K Čl. VI bod 1 návrhu zákona** Nesúhlasíme s navrhovaným znením § 5 ods. 3 a 4 návrhu zákona. Zároveň požadujeme v tejto súvislosti doplniť ustanovenie § 15 ods. 1 písm. a) zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov o nasledovný text: „Neuzatvorenie zmluvy s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti najmenej v rozsahu minimálnej siete19) alebo verejnej siete poskytovateľov19a) sa nepovažuje za porušenie povinnosti podľa § 7 odsek 1 a § 7 ods. 21 zákona, ak zdravotná poisťovňa vyvinula primerané úsilie, ktoré je možné od nej spravodlivo požadovať, aby zmluvu s poskytovateľmi najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete 19) alebo verejnej siete poskytovateľov19a) uzatvorila.“ Odôvodnenie: Navrhované znenie zákona zásadne mení koncepciu určenia verejnej minimálnej siete. Zdravotnej poisťovni však nie je zrejmý spôsob určenia verejnej minimálnej siete prostredníctvom miestnej dostupnosti a/alebo časového dojazdu, najmä ako bola stanovená miestna príslušnosť a/alebo časové dojazdy, či tieto zodpovedajú reálnemu rozmiestneniu jednotlivých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, a či takémuto určeniu predchádzala analýza možnej dostupnosti konkrétnych poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Zdravotná poisťovňa sa tak nevie vyjadriť, či vôbec bude možné, pri vynaložení primeraného úsilia, zabezpečiť verejnú minimálnu sieť tak, ako ju navrhuje ministerstvo v prílohách nariadenia. Navyše, často nie je v objektívnych možnostiach zdravotnej poisťovne uzatvoriť zmluvy s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete, keďže daný poskytovateľ buď v danej oblasti úplne absentuje alebo odmietne uzatvoriť zmluvu so zdravotnou poisťovňou, prípadne podmieňuje uzatvorenie zmluvy zjavne neprimeranými podmienkami. Nemôže byť preto sankcionovateľnou povinnosťou zdravotnej poisťovne uzatvoriť zmluvu s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, keďže na uzatvorenie zmluvy je potrebný súhlas oboch zmluvných strán. Návrh zákona navyše neurčuje rovnakú povinnosť aj poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti. V prípade ponechania znenia ustanovenia v návrhu zákona preto navrhujeme, aby sa za splnenie povinnosti zo strany zdravotnej poisťovne považovalo predloženie návrhu na uzatvorenie zmluvy, bez ohľadu na to, či poskytovateľ uzatvorí zmluvu so zdravotnou poisťovňou. Zdravotná poisťovňa si zároveň dovoľuje upozorniť, že z objektívneho hľadiska nemusí byť vzhľadom na geomorfologické, demografické, dopravné či ekonomické podmienky technicky ani možné zabezpečiť dostupnosť všetkej zdravotnej starostlivosti v rámci jednotného časového limitu pre 100% obyvateľstva, preto je potrebné určiť aj primeranú odchýlku, v rámci ktorej verejná minimálna sieť nebude zabezpečená napríklad tak, že maximálna časová alebo miestna dostupnosť bude vždy určená najviac pre 90% obyvateľstva žijúceho v danej lokalite. Dostupné štúdie pritom ukazujú, že z hľadiska zabezpečenia dostupnosti zdravotnej starostlivosti pri dostupnosti nad 90 %, zapríčiní aj veľmi malý nárast dostupnosti obrovský nárast nákladov. Zároveň je zdravotná poisťovňa názoru, že pre dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre pacientov je viac ako miesto evidovaného trvalého alebo prechodného pobytu, podstatné miesto skutočného pobytu, t. j. kontaktná adresa poistenca. Túto pripomienku považujeme za zásadnú. | Z | ČA | Miestna príslušnosť a/alebo časové dojazdy zodpovedajú reálnemu rozmiestneniu jednotlivých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, a k určeniu predchádzala analýza možnej dostupnosti konkrétnych poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Ale aj vzhľadom na to, že je potrebné analyzovať údaje o úväzkoch poskytovateľov, analýza v tejto fáze nie je úplná, preto budú mať vykonávacie predpisy svoje vlastné legislatívne konanie. Zdravotné poisťovne budú musieť konsolidovať úväzky poskytovateľov ZS k počtu vlastných poistencov. Zapracujeme 90% na zabezpečenie siete. |
| **DÔVERA** | **K Čl. I bod 24 návrhu zákona** Nesúhlasíme s navrhovaným znením prechodného ustanovenia. Odôvodnenie: Nesúhlasíme s tým, aby sa minimálny počet výkonov pre rok 2021 považoval za splnený, ak poskytovateľ dosahuje aspoň 50 % minimálneho počtu zdravotných výkonov za rok 2020. Minimálny počet zdravotných výkonov sa posudzuje za každý kalendárny rok osobitne. Prechodným obdobím je rok 2020, kedy by malo pre splnenie parametra postačovať 50 % minimálneho počtu výkonov. Pre rok 2021 by mal byť minimálny počet výkonov splnený, ak poskytovateľa splní v roku 2021 minimálny počet výkonov v zmysle nariadenia. Navrhované znenie zákona, kedy sa splnenie parametra v roku 2021 posudzuje podľa plnenia parametra v roku 2020 preto považujeme za nesprávne. Zároveň je podľa názoru zdravotnej poisťovne vhodné doriešiť potrebu plnenia minimálneho počtu výkonov poskytovateľmi, ktorí začnú poskytovať zdravotnú starostlivosť po nadobudnutí účinnosti právnej úpravy. Túto pripomienku považujeme za zásadnú. | Z | A | Ustanovenie bolo prepracované. Súčasne sa doplní aj ustanovenie, ktoré hovorí o tom, že toto pravidlo platí aj pre každé poskytovanie zdravotnej starostlivosti v skupinách výkonov definovaných nariadením v prvom roku, v ktorom sa táto starostlivosť poskytovať začne a pre novo vzniknutého poskytovateľa. |
| **DÔVERA** | **K Čl. VI bod 35 návrhu zákona.** Nesúhlasíme s navrhovaným znením prechodného ustanovenia. Odôvodnenie: Podľa prechodných ustanovení je splnenie povinnosti poskytovateľa získať povolenie na prevádzku nemocnice v súlade s novým právnym predpisom posunutá až do 31.12.2024, t. j. oproti pôvodne navrhovanému zneniu nastal posun o dva kalendárne roky. Potreba takejto zmeny pritom nebola nijak vysvetlená ani v dôvodovej správe. Zdravotná poisťovňa je názoru, že je žiaduce nastaviť čo najskoršiu platnosť ustanovení upravujúcich novú koncepciu poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti. Túto pripomienku považujeme za zásadnú. | Z | A | Dôvodom bolo zjednotenie povinnosti zazmluvniť urgent a získať povolenie. Tu je však možné upraviť predmetnú lehotu. Musí však byť upravená aj účinnosť iných súvisiacich vykonávacích predpisov. Posunieme do konca roka 2023. |
| **DÔVERA** | **K Čl. VI bod 7 návrhu zákona.** Nesúhlasíme so znením § 11 ods. 2 písmeno g), bod 1 návrhu zákona. Odôvodnenie: Podľa názoru zdravotnej poisťovne je navrhované znenie ustanovenia nezrozumiteľné a môže spôsobiť kompetenčné spory medzi ministerstvom zdravotníctva a samosprávnym krajom. Lokálna a regionálna nemocnica majú určené osobitné určujúce znaky, pričom nie je zrejmé, čo sa myslí lokálnou nemocnicou najviac v rozsahu určujúcich znakov regionálnej nemocnice. Takýto pojem navrhovaná legislatíva nepozná. Túto pripomienku považujeme za obyčajnú. | Z | N | Podrobne sa vysvetlí v dôvodovej správe, nejde o kompetenčné spory medzi ministerstvom zdravotníctva a samosprávnym krajom, pretože samosprávny kraj rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti poskytovanej v tejto lokálnej nemocnici môže zadefinovať až na úroveň oddelení uvedených v určujúcich znakoch regionálnej nemocnice. |
| **DÔVERA** | **K Čl. IV následná ústavná starostlivosť** Vnímame ako nedostatok návrhu zákona prístup predkladateľa k riešeniu následnej ústavnej zdravotnej starostlivosti a následnej ústavnej ošetrovateľskej starostlivosti - tzv. long-term care (LTC). Podľa návrhu zákona je zdravotná poisťovňa povinná uzatvoriť zmluvu s každým poskytovateľom ZS v rozsahu verejnej minimálnej siete pričom dochádza k rozšíreniu verejnej minimálnej siete (ADOS, DOS, následné lôžka, hospic,) a nie je jasné, ako bude vyzerať verejná minimálna sieť ústavnej ZS (táto príloha príslušného vykonávacieho predpisu chýba.) Navyše, zdravotná poisťovňa bude uhrádzať každému poskytovateľovi LTC paušálnu úhradu vo výške stanovenej MZ SR. Výška úhrady za zdravotnú starostlivosť teda nie je naviazaná na dostupnosť, kvalitu, efektívnosť poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Podľa nášho názoru je takéto stanovenie ceny aj v rozpore so stanoviskom Protimonopolného úradu Slovenskej republiky, podľa ktorého je plošná úhrada, alebo navyšovanie ceny za poskytnutú zdravotnú starostlivosť bez väzby na kvalitu v rozpore s legislatívou upravujúcou hospodársku súťaž. Dĺžka pobytu v ústavnej následnej starostlivosti je vymedzená na dobu tri mesiace, resp. na 6 mes. Domnievame sa, že pokiaľ chorý človek strávi 3 mesiace na jednom lôžku nemožno očakávať, že sa jeho stav zlepší alebo dokonca uzdraví. Túto pripomienku považujeme za zásadnú. | Z | N | Následná ústavná zdravotná starostlivosť a ústavná ošetrovateľská starostlivosť nie je LTC. Verejná minimálna sieť v ústavnej zdravotnej starostlivosti počíta s postupným znižovaním akútnych lôžok a zvyšovaním chronických lôžok, čím sa vytvorí priestor na poskytovanie následnej ZS. Obmedzovanie času stráveného pacientom v nemocnici zo strany zdravotných poisťovní a z toho dôvodu jeho prekladania z oddelenia na oddelenie nie je v súlade so štandardnými postupmi ani v súlade so zákonom. Pacient má odísť z ústavného zdravotníckeho zariadenia až keď potrebuje iba ambulantnú starostlivosť. |
| **DÔVERA** | **K Čl. VI bod 1 návrhu zákona** Žiadame oboznámiť pripomienkujúce subjekty s návrhom znenia Nariadenia vlády Slovenskej republiky č. 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, vrátane jeho príloh. Odôvodnenie: Podľa ustanovenia § 7 ods. 1) písm. f) zákona č. 400/2015 Z. z. o tvorbe právnych predpisov a Zbierke zákonov Slovenskej republiky návrh právneho predpisu predkladaný do pripomienkového konania okrem paragrafového znenia obsahuje najmä návrh vykonávacieho právneho predpisu, ak právny predpis obsahuje splnomocňovacie ustanovenie na jeho vydanie. Návrh zákona bol predložený bez navrhovaného znenia nariadenia vlády Slovenskej republiky č. 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, resp. toto nariadenie bolo predložené bez niektorých príloh, v ktorých je verejná minimálna sieť, najmä ústavnej zdravotnej starostlivosti, fakticky stanovená. Zdravotnej poisťovni tak nie je zrejmé, aké má byť skutočné určenie verejnej minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a aké povinnosti jej zákon vo vzťahu k verejnej minimálnej sieti určuje. Zdravotná poisťovňa sa tak nemôže relevantne vyjadriť k návrhu určenia verejnej minimálnej siete, ktoré je základným predpokladom realizácie projektu stratifikácie. Takýto postup považujeme pri tak zásadnej zmene za neprípustný. Túto pripomienku považujeme za zásadnú. | Z | A |  |
| **GPSR** | **1. K čl. I bodu 5 (§ 7 ods. 5 a 6)** Navrhované dikcie implikujú gramatické chyby v slove „predpisov“, ktoré odporúčame nahradiť slovom „predpisom“. | O | A |  |
| **GPSR** | **2. K čl. I bodu 16 (§ 43a)** Nové zákonné ustanovenie v odseku 1 upravuje postup, na základe ktorého Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad“) obligatórne začne výkon pôsobnosti vo forme dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „dohľad“). Úrad vykoná dohľad na základe podnetu osoby, ktorá sa domnieva, že boli porušené jej práva alebo právom chránené záujmy pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia, alebo na základe podnetu ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, alebo na základe vlastných poznatkov. Nové zákonné ustanovenie v odseku 2 upravuje obsahové náležitosti podnetu a subjekt oprávnený na jeho podanie. Ide o osobu, ktorá sa domnieva, že boli porušené jej práva alebo právom chránené záujmy pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia, alebo o inú osobu, ktorú dikcia označuje ako podávateľa podnetu. Vzhľadom na predpokladanú existenciu dvoch subjektov oprávnených podať podnet na výkon pôsobnosti úradu vo forme dohľadu je nevyhnutné vykonať legislatívne zmeny v ďalších odsekoch § 43a. V odseku 3 prvej vete za slovo „si“ navrhujeme vložiť slová „osoba, ktorá sa domnieva, že boli porušené jej práva alebo právom chránené záujmy pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia, alebo“ a za slovo „zastupovať“ navrhujeme vložiť slová „osobu, ktorá sa domnieva, že boli porušené jej práva alebo právom chránené záujmy pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia, alebo“. V odseku 3 druhej vete za slovo „podnetu“ navrhujeme vložiť slová „osoba, ktorá sa domnieva, že boli porušené jej práva alebo právom chránené záujmy pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia, alebo“, slová „nie je zastúpený“ nahradiť slovami „nie sú zastúpení“ a za slovo „podpis“ navrhujeme vložiť slová „osoby, ktorá sa domnieva, že boli porušené jej práva alebo právom chránené záujmy pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia, alebo“. V odseku 4 v časti vety pred bodkočiarkou za slovo „aj“ navrhujeme vložiť, z teleologického hľadiska, slovo „jej“. V odseku 4 v časti vety za bodkočiarkou za slová „blízka osoba“ navrhujeme vložiť, z teleologického hľadiska, slová „plnoletej osoby“. V odseku 5 za slovo „vyzve“ navrhujeme vložiť slová „osobu, ktorá sa domnieva, že boli porušené jej práva alebo právom chránené záujmy pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia, alebo“ a slová „doplnil a poučí ho“ nahradiť slovami „doplnili a poučí ich“. V odseku 6 v písmene a) pred slová „podávateľ podnetu“ navrhujeme vložiť slová „osoba, ktorá sa domnieva, že boli porušené jej práva alebo právom chránené záujmy pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia, alebo“ a nahradiť slovo „nedoplnil“ slovom „nedoplnili“. V odseku 7 za slovo „oboznámi“ navrhujeme vložiť slová „osobu, ktorá sa domnieva, že boli porušené jej práva alebo právom chránené záujmy pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia, alebo“. V odseku 8 v písmene a) pred slová „podávateľ podnetu“ navrhujeme vložiť slová „osoba, ktorá sa domnieva, že boli porušené jej práva alebo právom chránené záujmy pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia, alebo“ a slovo „požiada“ nahradiť slovom „požiadali“. V odseku 8 v písmene b) v časti vety pred bodkočiarkou pred slová „podávateľ podnetu“ navrhujeme vložiť slová „osoba, ktorá sa domnieva, že boli porušené jej práva alebo právom chránené záujmy pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia, alebo“ a slovo „neposkytne“ nahradiť slovom „neposkytnú“. V odseku 8 v písmene b) v časti vety za bodkočiarkou pred slová „podávateľa podnetu“ navrhujeme vložiť slová „osobu, ktorá sa domnieva, že boli porušené jej práva alebo právom chránené záujmy pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia, alebo“. V odseku 9 za slová „mali byť porušené“ navrhujeme, vložiť interpunkčné „čiarku“ a slová „osoby uvedené v odseku 4 alebo ich zákonní zástupcovia o to písomne požiadajú“. V odseku 10 v prvej vete za slová „písomne oznámi“ navrhujeme vložiť slová „osobe, ktorá sa domnieva, že boli porušené jej práva alebo právom chránené záujmy pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia, alebo“. V odseku 11 v prvej vete za slová „na základe písomnej žiadosti“ navrhujeme vložiť slová „osobe, ktorá sa domnieva, že boli porušené jej práva alebo právom chránené záujmy pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia, alebo“. V odseku 12 v prvej vete za slovo „ak“ navrhujeme vložiť slová „osoba, ktorá sa domnieva, že boli porušené jej práva alebo právom chránené záujmy pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia, alebo“. V odseku 12 v druhej vete za slovo „Ak“ navrhujeme vložiť slová „osoba, ktorá sa domnieva, že boli porušené jej práva alebo právom chránené záujmy pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia, alebo“ a za slovo - spojku „a“ navrhujeme doplniť slová „osobe, ktorá sa domnieva, že boli porušené jej práva alebo právom chránené záujmy pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia, alebo“. Táto pripomienka je zásadná. | Z | A |  |
| **GPSR** | **3. K čl. I bodom 20 a 21** Z legislatívno-technického hľadiska navrhujeme dikciu v bode 20. označiť ako bod 21. a dikciu v bode 21. označiť ako bod 20. | O | A |  |
| **KOZSR** | **k predloženému návrhu zákona** KOZ SR k predloženému návrhu zákona nemá pripomienky. | O | A |  |
| **MDaVSR** | **K Čl. VI bod 32.** Keďže § 82 už odsek 20 obsahuje, odporúčame zmeniť označenie dopĺňaných odsekov z „20 a 21“ na „21 a 22“. | O | A |  |
| **MDaVSR** | **K Čl. IV bod 19.** Odporúčame dopĺňaný pododsek označiť písmenom o), keďže písmeno n) už platné znenie § 25 ods. 1 obsahuje. | O | A |  |
| **MDaVSR** | **K Čl. IV bod 16.**  Odporúčame iné označenie odkazu 39aa a poznámky pod čiarou k nemu, keďže toto označenie už obsahuje platné znenie zákona v § 25 ods. 1 písm. n). | O | A |  |
| **MDaVSR** | **K Čl. III body 11. až 13.** Odporúčame novelizačné body 11. až 13. spojiť do jedného bodu („V § 140 sa odsek 1 dopĺňa písmenami c) a d), ktoré znejú: ...“). | O | N | Rozdelenie novelizačný bodov je dôvodné vzhľadom na delenú účinnosť právnej úpravy vylúčenia povinnosti platiť poistné súvisiacu so zavedením ročného zúčtovania v sociálnom poistení s účinnosťou od 1.1.2022. |
| **MDaVSR** | **K Čl. IV bod 1.** Odporúčame označenie novelizovaného odseku 34 zmeniť na odsek 35, keďže v platnom znení už § 2 predmetného zákona odsek 34 obsahuje. | O | A |  |
| **MDaVSR** | **K Čl. I body 20. a 21.** Odporúčame prehodiť poradie novelizačných bodov 20. a 21., aby úprava v písmene e) predchádzala úprave v písmene g). | O | A |  |
| **MDaVSR** | **K Čl. I bod 19.** Odporúčame text novelizačného bodu formulovať takto: „19. V § 47 ods. 1 písm. b) sa slová „čas vykonania dohľadu“ nahrádzajú slovami „dátum alebo obdobie vykonávania dohľadu“.“. | O | A |  |
| **MDaVSR** | **K Čl. I bod 22.** Odporúčame text novelizačného bodu formulovať takto: „22. V § 50 ods. 2 sa na konci úvodnej vety vkladajú slová „a zariadeniu sociálnej pomoci“ a v písmene b) sa na konci pripájajú tieto slová: „alebo ak ide o zariadenie sociálnej pomoci zákaz výkonu zdravotníckeho povolania môže uložiť zodpovednej osobe podľa osobitného predpisu.24c)“. | O | A |  |
| **MDaVSR** | **K Čl. I bod 23.** Odporúčame text novelizačného bodu formulovať takto: „23. V § 76 ods.3 písm. j) sa na konci vypúšťa čiarka a pripájajú sa tieto slová „a na účely výkonu miestnej štátnej správy na úseku zdravotníctva,“. | O | ČA | Ustanovenie bolo premiestnené do odseku 5, kde je potrené úplné znenie toho bodu. |
| **MDaVSR** | **K Čl. I bod 2.** Odporúčame vetu „Doterajšie písmeno aa) sa označuje ako písmeno z).“ nahradiť vetou „Doterajšie písmená aa) až ad) sa označujú písmenami z) až ac).“. | O | A |  |
| **MDaVSR** | **K Čl. I bod 14.** Odporúčame vetu „Doterajšie písmeno u) sa označuje ako písmeno v).“ nahradiť vetou „Doterajšie písmená u) až w) sa označujú ako písmená v) až x).“. | O | A |  |
| **MDaVSR** | **K Čl. I bod 16.** V navrhovanom § 43a ods. 3 odporúčame vypustiť legislatívnu skratku „(ďalej len „splnomocnenie“)“, keďže sa toto slovo nikde v ďalšom texte mimo odseku 3 nevyskytuje. V prípade jej ponechania odporúčame túto legislatívnu skratku umiestniť na koniec vety za slovom „dohľadu“. | O | A |  |
| **MDaVSR** | **K Čl. I bod 16.** V poznámke pod čiarou k odkazu 61d odporúčame vypustiť slová „v znení neskorších predpisov“. | O | A |  |
| **MDaVSR** | **K Čl. I bod 5.** V úvodnej vete navrhovaných odsekov 5 a 6 odporúčame slovo pred bodkočiarkou „predpisov“ nahradiť slovom „predpisom“. | O | A |  |
| **MDaVSR** | **K Čl. II bod 1.** Vzhľadom na nový navrhovaný text § 9 a nové odkazy 19a a 19b odporúčame súčasne vypustiť poznámku pod čiarou k odkazu 19, ktorá sa viaže k pôvodnému, a návrhom nahrádzanému, textu § 9 ods. 1. | O | ČA | Využili sme poznámku pod čiarou č. 19 a prispôsobili novonavrhované poznámky pod čiarou. |
| **MFSR** | **Všeobecne** Ďalej žiadam a) uviesť riadiaci subjekt realokácie zdrojov a príslušné pravidlá prerozdeľovania, b) uviesť proces reštrukturalizácie siete z pohľadu načasovania tokov zdrojov, napríklad, či sa budú zdroje zároveň uvoľňovať (rušením/zefektívňovaním) a šetriť (nové oddelenia, centrá) alebo sa v prvých rokoch predpokladajú najmä investície, napríklad do chronických lôžok, c) vysvetliť spôsob výpočtu novej úhrady za lôžkodeň na troch oddeleniach následnej starostlivosti v uvedenej výške 65 eur, resp. 85 eur, d) vysvetliť, čo predstavujú poplatky za dopravu pri službe ADOS, ak ide o dopravu 1. zdravotníka k pacientovi, tento poplatok je potrebné zarátať do celkovej úhrady za návštevu, 2. pacienta do zdravotníckeho zariadenia; nemožno predpokladať, že by sa mal týkať každej návštevy, preto je potrebné uviesť podiel pacientov, ktorých by sa takýto poplatok mal týkať a výpočet príslušne upraviť. | Z | A |  |
| **MFSR** | **Všeobecne** Ďalším zámerom stratifikácie nemocníc bolo zlepšiť medicínske procesy a nemedicínske procesy v nemocniciach. Tieto zmeny majú znížiť priemernú dĺžku hospitalizácií v celej ústavnej zdravotnej starostlivosti, zvýšiť obsadenosť lôžok a tým umožniť zníženie celkového počtu lôžok o asi 5000. Uvoľnené lôžka a zdroje majú posilniť najmä dlhodobú starostlivosť a tiež ambulancie, jednodňovú chirurgiu a dopravnú službu. Predložený materiál predpokladá znižovanie počtu lôžok z 29 068 v roku 2020 na 26 626 v roku 2030. Absentuje však popis procesu tohto znižovania, v súlade s pôvodným zámerom – cez zníženie priemernej dĺžky hospitalizácie (presunom pacientov mimo nemocníc, lepší manažment pacienta) a zvýšenie obsadenosti lôžok. Ak sa má znížiť počet lôžok nariadením minimálneho počtu lôžok, bez úpravy procesov môžu nastať v systéme vážne problémy (napríklad pre pacientov nebude miesto, budú predčasne prepúšťaní, viac rehospitalizovaní atď.). V nadväznosti na uvedené žiadam a) opísať ako sa bude meniť priemerná dĺžka hospitalizácie minimálne na úrovni akútnych, chronických a psychiatrických lôžok a aká bude výsledná priemerná dĺžka hospitalizácie za celú ústavnú zdravotnú starostlivosť, b) opísať ako sa bude zvyšovať obsadenosť lôžok pre všetky typy lôžok, minimálne na úrovni akútne, chronické a psychiatrické lôžka a aká bude výsledná obsadenosť za celú ústavnú zdravotnú starostlivosť, c) zosúladiť tento vývoj v obsadenosti a priemernej dĺžke hospitalizácie s vývojom počtu lôžok podľa vzorca Počet lôžok = počet pacientov \*priemerná dĺžka hospitalizácie / 365 dní \* obsadenosť lôžok Ak sa bude priemerná dĺžka hospitalizácie na niektorých oddeleniach skracovať (podľa pôvodného zámeru by sa mala skracovať na akútnych lôžkach), žiadam uviesť spôsob skracovania dĺžky hospitalizácie, či to bude a) skorším prepustením pacientov na chronické lôžka (uviesť koľkých pacientov a akútnych lôžok sa to bude týkať), b) skorším prepustením pacientov do ambulantnej starostlivosti, domácej ošetrovateľskej starostlivosti, stacionárov (uviesť koľkých pacientov a akútnych lôžok sa to bude týkať), c) lepším manažmentom akútneho pacienta - lepšie plánovaný príjem, prepustenie, diagnostika a liečba (uviesť koľkých pacientov a akútnych lôžok sa to bude týkať). Žiadam tiež uviesť počet lôžok, ktorý sa uvoľní tým, že pacienti ani neprídu na akútne lôžka, a to tak, že pôjdu priamo na následné lôžka, jednodňovú chirurgiu, zostanú v ambulantnej starostlivosti, stacionári, domácej starostlivosti (toto nezníži priemernú dĺžku hospitalizácie, v prípade nárastu následných lôžok sa celkovo dokonca zvýši). Presuny pacientov do iného typu zdravotnej starostlivosti zároveň predpokladajú pripravenosť tejto zdravotnej starostlivosti, ktorá si môže vyžiadať ďalšie investície. Je potrebné pripojiť analýzu potreby posilnenia inej zdravotnej starostlivosti, aj s kvantifikáciou – koľko je potrebnej ambulantnej starostlivosti, domácej ošetrovateľskej starostlivosti, stacionárov, jednodňovej chirurgie. | Z | A |  |
| **MFSR** | **Všeobecne** Jednotlivé znenia indikátorov je potrebné mať 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 štandardných diagnostických a terapeutických postupov a postupov pre výkon prevencie. Zároveň je potrebné vyhodnocovať tieto indikátory s ohľadom na udržateľnosť verejných financií, čo zabezpečí úprava programového rozpočtu na celé verejné zdravotné poistenie. Z tohto dôvodu žiadam doplniť zoznam indikátorov kvality aj o finančné a ekonomické ukazovatele. | Z | ČA | Nie je predmetom MPK. Každý vykonávací predpis bude mať svoje vlastné legislatívne konanie. Finančné a ekonomické ukazovatele neodzrkadľujú kvalitu poskytovania zdravotnej starostlivosti, preto nie je vhodné, aby boli súčasťou indikátorov kvality. Na rozporovom rokovaní preklasifikované na obyčajnú. |
| **MFSR** | **Všeobecne** Návrh je potrebné doplniť o prílohy, na ktoré sa odkazuje, pretože bez týchto príloh nie je možné predložený návrh komplexne posúdiť (aj keď tieto prílohy nie sú predmetom medzirezortného pripomienkového konania); ide o a) prílohu č. 7 - Normatív poskytovateľov, ktorí poskytujú ústavnú zdravotnú starostlivosť (t. j. minimálna sieť ústavnej zdravotnej starostlivosti s konkrétnymi nemocnicami a počtom lôžok, ktoré zostanú po stratifikácii) - Návrh nariadenia vlády SR o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, b) prílohu č. 8 - Normatív poskytovateľov urgentnej zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú zdravotnú starostlivosť na urgentnom príjme 1. typu a urgentnom príjme 2. typu - Návrh nariadenia vlády SR o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, c) prílohu, kde sú definované maximálne časy dojazdu pre jednotlivé špecializácie v nemocniciach - návrh nariadenia vlády SR o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, d) postup zdravotných poisťovní/Ministerstva zdravotníctva SR, ak nemocnica prestane plniť podmienky minimálneho počtu výkonov - návrh vyhlášky Ministerstva zdravotníctva SR, ktorou sa vydávajú minimálne počty zdravotných výkonov v skupinách zdravotných výkonov. | Z | A |  |
| **MFSR** | **Všeobecne** Návrh predpokladá rozšírenie pôsobnosti Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou o kontrolu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci, čo vyplýva aj z doložky vybraných vplyvov. Podľa zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách (§ 104) Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR hodnotí podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby prostredníctvom poverených štátnych zamestnancov. Od 1. 9. 2019 bude hodnotenie kvality poskytovanej služby povinné zo zákona. V tejto súvislosti upozorňujem, že Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR pripravilo Zámer národného projektu „Kvalita sociálnych služieb“ s plánovanou alokáciou 3,2 mil. eur vo všetkých samosprávnych krajoch SR. Žiadam doplniť kvantifikáciu vplyvu zavedenia kontroly v zariadeniach sociálnych služieb na rozpočet verejnej správy, ako aj jasné definovanie kompetencií a zodpovedností (Ministerstva zdravotníctva SR a Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR) za kontrolu kvality v zariadeniach sociálnych služieb. | Z | A | MPSVR SR bude vykonávať hodnotenie kvality poskytovanej sociálnej služby v súlade s prílohou č. 2 zákona 448/2008 Z.z. o sociálnych službách. V zmysle § 22 sa na poskytovanie, rozsah, podmienky úhrady a uzatváranie zmlúv o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosť v zariadeniach sociálnej pomoci vzťahujú osobitné predpisy. Akákoľvek kontrola z úrovne MPSVR SR nebude môcť kontrolovať správnosť poskytovania zdravotnej starostlivosti, resp. ošetrovateľskej starostlivosti. Môžeme kontrolovať iba tú skutočnosť, či klient má zabezpečenú túto starostlivosť. Z uvedeného dôvodu MPSVR SR nemôže doplniť kalkuláciu vplyvu zavedenia dozoru, resp. kontroly poskytovaných ošetrovateľských úkonov. Ide o kompetenciu Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. |
| **MFSR** | **Všeobecne** Podľa predloženého materiálu má počet mobilných hospicov medzi rokmi 2017 a 2020 narásť zo 14 na 16 (nárast o 14 %), počet pacientov má vzrásť z 419 na 1 000 pacientov (nárast o 138 %). Nie je zrejmé ako sa dosiahne, aby kapacity pokryli takýto dopyt. Žiadam uviesť počet potrebného personálu a vybavenia hospicov, ktorý bude môcť pokryť tento dopyt a preukázať tak, že návrh úhrady finančne pokryje tieto potreby. | Z | A |  |
| **MFSR** | **Všeobecne** Podľa predloženého materiálu sa niektoré akútne lôžka majú pretransformovať na chronické. V analýze vplyvov sa uvádza vývoj počtu chronických lôžok z 3 768 v roku 2020 na 6 456 v roku 2030. V týchto chronických lôžkach sa podľa zdrojov Ministerstva zdravotníctva SR nachádzajú oddelenia: Rok 2020 Typ oddelenia Počet lôžok Následná a dlhodobá starostlivosť spolu 3 768 fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia 691 ústavná hospicová starostlivosť 66 dlhodobo chorých 1 924 ústavná ošetrovateľská starostlivosť 347 Doliečovacie 577 paliatívna medicína 162 Akútnych lôžok ubudne výrazne viac ako treba chronických. V analýze vplyvov sa zároveň uvádza, že „počet chronických lôžok, pre ktoré sa uvoľnia zdroje, bude zároveň závisieť od nastavenia platieb zdravotných poisťovní za lôžkodeň. Reforma teda nevyžaduje dodatočné zdroje v systéme zdravotnej starostlivosti, toto sa však netýka tvorby dlhu a investičnej medzery nemocníc.“. V materiáli sa napriek tomu v samostatnej tabuľke dodatočne uvádza samostatný vývoj lôžok troch z hore uvedených oddelení, na ktoré majú byť navýšené zdroje z rozpočtu vo výške 8,4 mil. eur v roku 2020. Rok 2020 Typ oddelenia Počet lôžok ústavná ošetrovateľská starostlivosť 327 ústavná hospicová starostlivosť 286 paliatívna medicína 116 SPOLU 730 Keďže sú ale súčasťou stratifikácie a stratifikácia by mala byť rozpočtovo neutrálna, žiadam, aby potreby na týchto oddeleniach boli pokryté zo zdrojov z uvoľnených akútnych lôžok. Ak kapacity na týchto troch oddeleniach je potrebné posilniť skôr, ako sa uvoľnia akútne lôžka, je potrebné popísať tento časový posun – kedy sa teraz požadované peniaze v systéme znova objavia, a teda ako sa dosiahne, aby do roku 2030 bol vplyv na rozpočet neutrálny. Počty lôžok na uvedených troch oddeleniach v tabuľkách uvedených vyššie sa líšia. Z uvedeného dôvodu žiadam zosúladiť počty lôžok. | Z | A | Chýbajú úspory vyčíslené. Následné lôžka sú lacnejšie iba jednotkovo, teda ceny za lôžkodeň. Úhrada za celú dĺžku hospitalizácie sa však zvýši, pretože pacient bude kontinuálne viac dní na lôžku, ale prepustený bude až po doliečení. Predpokladom je prevencia pred opakovanými hospitalizáciami na akútnych lôžkach počas dlhšieho časového sledu aj niekoľkých mesiacov, ktoré vznikajú kvôli predčasnému prepúšťaniu z nemocnice u tých pacientov, ktorí z medicínskeho hľadiska ešte potrebujú menej intenzívnu ústavnú ZS, ale tlak na ekonomickú efektívnosť v tom poskytovateľom bráni. Úspory nepredpokladáme, lebo by sme chceli skôr dosiahnuť zníženie predčasných úmrtí. ktoré vznikajú kvôli uvedenému nedostatku kapacít následnej ZS. Využiť chceme aj lôžka, ktoré sú aktuálne neobsadené, preto nedôjde k priamej väzbe medzi počtom poklesu akútnych hospitalizácií a rastu hospitalizácií na následných lôžkach. Regulovať sa budú zaťial len DOS, hospice a paliatíva ZS, nakoľko výrazná časť pacientov v terminálnych štádiách života, ktorá nepatrí ani domov, ani na akútne lôžka, ale do hospicu nemá v súčasnosti kam ísť, preto musíme posilniť kapacity adekvátneho typu ZS. Ostatné následné lôžka budú rásť súbežne s implementáciou opatrení vyplývajúcich zo stratifikácie. |
| **MFSR** | **Všeobecne** Posilnenie neakútnych lôžok aj domácej starostlivosti si minimálne dočasne vyžaduje navýšenie personálu; z predloženého materiálu nie je zrejmé, ako sa to zrealizuje bez vytvorenia ďalších problémov v systéme. Personál sa má presunúť zo zrušených akútnych oddelení, ale aj z nižšieho zdravotného personálu a iných odvetví. V nadväznosti na uvedené žiadam uviesť a) potrebné počty personálu pre všetky oblasti, kde je potrebné navýšiť personál, konkrétne 1. oddelenia s chronickými lôžkami, 2. oddelenia s psychiatrickými lôžkami, 3. ADOS a mobilný hospic, b) počet pracovníkov, ktorí prejdú z akútnych oddelení s uvoľnenými lôžkami (s predpokladom, že tam nebudú chýbať), c) počet nižších zdravotníckych pracovníkov/menej kvalifikovaných sestier, ktorí prejdú v rámci zdravotníctva, odkiaľ prejdú a kto ich nahradí, d) počet pracovníkov, ktorí by museli prejsť z odvetví mimo zdravotníctva a ako to dosiahnuť | Z | A |  |
| **MFSR** | **Všeobecne** Pôvodným zámerom stratifikácie nemocníc bolo zvýšiť kvalitu zdravotnej starostlivosti tak, že sa výkony budú koncentrovať vo väčších nemocniciach, keďže viac výkonov prináša viac skúseností a vyššiu kvalitu. Nemocnice sa majú rozdeliť na lokálne, regionálne a národné a kompetenčné centrá. Koncentrácia spôsobí, že sa mnohé špecializácie presunú a nemocníc bude vo výsledku menej. Zároveň sa mala zabezpečiť primeraná dostupnosť podľa praxe v zahraničí. Návrh dobre popisuje koncentráciu výkonov a rozdelenie nemocníc do nových typov. Problémom je, že avizuje dostupnejšiu zdravotnú starostlivosť. Pre mnohé špecializácie – najmä v regionálnych a národných nemocniciach však bude dostupnosť logicky horšia práve kvôli koncentrácii výkonov a menšiemu počtu nemocníc. Žiadam v materiáli uviesť, že dostupnosť bude nižšia, ale stále dobrá podľa praxe v zahraničí. Zároveň je potrebné túto nižšiu geografickú dostupnosť kompenzovať lepšou dopravnou službou, čo návrh nerieši. Bez posilnenej dopravy sa veľa ľudí ťažko dostane do nemocníc v predpísanom čase, čo môže mať negatívny vplyv na ich zdravie. Žiadam uviesť spôsob zabezpečenia dopravnej služby tak, aby pri novom geografickom rozmiestnení špecializácií dosiahla maximálny čas dojazdu pre určenú časť populácie (napr. neonatológia má mať dojazd 60 minút pre 90 % obyvateľstva). | Z | A | V prípade, že poskytovateľ ZS poskytuje danú starostlivosť (R a N) v dostatočnej kvantite, môže ju poskytovať aj naďalej. V prípade, že nie, je to znak toho, že po nej v danej oblasti nie je dopyt, prípadne samotní pacienti chodia inam. Z tohto dôvodu je veľmi ťažko obhájiteľné tvrdenie o horšej dostupnosti. |
| **MFSR** | **Všeobecne** S nárastom kvality zdravotnej starostlivosti sa má znížiť miera rehospitalizácie a reoperovanosti, čo by znížilo aj náklady na ústavnú zdravotnú starostlivosť. Žiadam túto úsporu kvantifikovať. | Z | ČA | Ako sme deklarovali (a medzičasom vysvetlili MFSR), úspora, ak nejaká existuje, sa má priamo využiť na zabezpečenie ostatných zdrojov. Keďže z tohto pohľadu ide o nulový dopad, kvalitatívny prínos - úspora z akútnych lôžok sa premietne do následných, doplní sa riadok s úsporami. |
| **MFSR** | **Všeobecne** V analýze vplyvov sa na strane 7 uvádza, že „reforma nevyžaduje dodatočné zdroje v systéme zdravotnej starostlivosti, toto sa však netýka tvorby dlhu a investičnej medzery nemocníc.“. Žiadam uviesť, či budú potrebné kapitálové investície do založenia/rozšírenia zariadení, oddelení, materiálno-technického zabezpečenia nemocníc a akým spôsobom budú pokryté | Z | A | Táto potreba je permanentná a investičný dlh existuje. Stratifikácia nevytvorí ďalšie požiadavky na dofinancovanie. Tie vytvára samotný investičný dlh. Preformuluje sa na existujúci dlh a existujúcu medzeru nad rámec existujúcich zdrojov so ŠR, EÚ zdrojov. |
| **MFSR** | **Všeobecne** V analýze vplyvov sa uvádza maximálna cena za kilometer jazdy za dopravu lekára, ktorá sa má pripočítavať k výkonom. Žiadam uviesť, ktorých typov výkonov a akého podielu z počtu výkonov sa táto úprava týka. | Z | A |  |
| **MFSR** | **Všeobecne** V analýze vplyvov sa uvádzajú tri varianty pre určenie úhrad za výkony v rámci mobilných hospicov (resp. ADOS): „Buď ako pevná cena za konkrétny výkon, alebo koeficient vynásobený priemernou mzdou alebo platbou za návštevu a platbou za dopravu. a) Zoznam zdravotných výkonov a pevné ceny jednotlivých zdravotných výkonov sú uvedené v časti E. b) Ku každej návšteve pacienta sa pripočítava cena dopravy vo výške 0,50 eura za jeden kilometer jazdy alebo c) zoznam zdravotných výkonov a koeficienty sú uvedené v časti E. Cena sa vypočíta vynásobením koeficientu a priemernej mesačnej mzdy zamestnanca v hospodárstve Slovenskej republiky zistenej štatistickým úradom za kalendárny rok, ktorý dva roky predchádza kalendárnemu roku, na ktorý sa stanovujú ceny. Ceny sa stanovujú vždy k 1. januáru kalendárneho roka. Ku každej návšteve pacienta sa pripočítava cena dopravy vo výške 0,50 eura za jeden kilometer jazdy alebo d) pevná cena návštevy pacienta lekárom je vo výške 35 eur za každú návštevu.“. V časti E (resp. D) sú však uvedené iba koeficienty a cena, ktorá vznikla vynásobením koeficientu a priemernej mzdy. Žiadam doplniť avizovanú pevnú cenu výkonov uvedených v písmene a). | Z | A |  |
| **MFSR** | **Všeobecne** V doložke vybraných vplyvov je označený negatívny, rozpočtovo zabezpečený vplyv na rozpočet verejnej správy, avšak v Analýze vplyvov na rozpočet verejnej správy, na zamestnanosť vo verejnej správe a financovanie návrhu (ďalej len „analýza vplyvov“) tabuľke č. 1 je kvantifikovaný negatívny rozpočtovo nekrytý vplyv v sume 1 200 000 eur v roku 2019, v sume 24 968 551 eur v roku 2020, v sume 21 083 432 eur v roku 2021 a v sume 22 927 826 eur v roku 2022. Uvedené žiadam zosúladiť. Žiadam v analýze vplyvov a) časti 2.2.4.2. doplniť a zdôvodniť pri navrhovaných cenách pre mobilné hospice nárast výdavkov v rokoch 2020 až 2022 a zároveň jednoznačne uviesť bázu v roku 2019, resp. uviesť koľko je aktuálne zabezpečených zdrojov na roky 2020 až 2022 (podrobnejšie ako je uvedené, napríklad počet návštev, cena), aby bolo možné porovnanie modelov a zároveň vysvetliť nárast cien v roku 2020 pri priemernej úhrade za návštevu vo výške 35 eur, b) časti 2.2.4.2. pri posilnení agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS) je potrebné doplniť a zdôvodniť nárast výdavkov v rokoch 2020 až 2022, uviesť bázu v roku 2019, ako aj dôvod, prečo sa cena za dopravu pripočítava za každú jednu návštevu pacienta, keďže je samotná doprava sestry započítaná už v súčasnej úhrade za návštevu; upozorňujem, že pri mobilných hospicoch je cena za dopravu súčasťou navrhovanej ceny, preto je potrebné zachovať jednotný prístup, c) časti 2.2.4.2. pri následnej zdravotnej starostlivosti jednoznačne uviesť bázu v roku 2019, uviesť čo je zabezpečené v rozpočte verejného zdravotného poistenia na roky 2020 a 2021 a kvantifikovať vplyv jednotlivo v každom roku voči báze a presne špecifikovať výpočet ceny za deň na lôžku. Ďalej je potrebné uviesť koľko z navrhovaného počtu lôžok bude krytých so zavedením novej stratifikácie, resp. jednoznačne kvantifikovať úspory (aj úspory zamestnancov) vyplývajúce z opatrenia -úbytok akútnych lôžok vs. vplyv následnej zdravotnej starostlivosti. Vzhľadom na to, že zavedením novej kategórie dávky ošetrovné pre poistencov, ktorí budú ošetrovať inú fyzickú osobu v domácom prostredí, nebude musieť byť takto ošetrovaná osoba hospitalizovaná v zdravotníckom zariadení a vzniknú tak úspory na verejnom zdravotnom poistení, žiadam tieto úspory kvantifikovať. V doložke vybraných vplyvov časti 4. Dotknuté subjekty žiadam vypustiť Ministerstvo financií SR, pretože nie je zrejmá súvislosť tohto ústredného orgánu štátnej správy s predloženým návrhom. Nemožno tiež súhlasiť s konštatovaním, že Sociálna poisťovňa bude mať výdavky na zvýšené ošetrovné kryté príjmami. V návrhu nie sú uvedené žiadne príjmy Sociálnej poisťovne, a preto nemožno súhlasiť so zvyšovaním výdavkov na ošetrovné. V nadväznosti na uvedené pripomienky žiadam analýzu vplyvov upraviť, vypustiť vplyv na Sociálnu poisťovňu, upresniť vplyvy zo stratifikácie (zmena lôžok) a materiál opätovne predložiť na posúdenie Ministerstvu financií SR z dôvodu ujasnenia a dohody zdrojového krytia. | Z | A | Dňa 1. apríla 2019 na rozporovom konaní k pôvodnému legislatívnemu návrhu bola zo strany MZ SR oznámená skutočnosť, že nemožno očakávať úsporu v zariadeniach následnej zdravotnej starostlivosti, nakoľko existujú dlhé zoznamy čakateľov na tieto služby. Z tohto dôvodu nemožno realisticky predpokladať, že by celý zoznam čakateľov bol vyriešený domácou starostlivosťou, a preto nie je možné očakávať úsporu výdavkov na zariadeniach ústavnej starostlivosti ani v zariadeniach sociálnych služieb. Z uvedeného dôvodu nie je možné predmetnej požiadavke vyhovieť. Zvýšené výdavky na ošetrovné budú hradené z vyššieho výberu poistného, to neznamená, že tieto príjmy prináša predkladaná novela. Predkladateľ mal skôr na mysli skutočnosť, že príjmy na sociálne poistenie sú pri tvorbe rozpočtu pravidelne podhodnocované napr. v roku 2018 Sociálna poisťovňa vybrala na poistnom od ekonomicky aktívneho obyvateľstva cca o 192 mil. eur viac v porovnaní so schváleným rozpočtom. Nie je možné vypustiť vplyvy na ošetrovné, nakoľko je žiaduce, aby boli zmeny v oblasti ošetrovného súčasťou predkladaného materiálu. |
| **MFSR** | **Všeobecne** Žiadam vypustiť navrhované predĺženie ošetrovného z 10 dní na 14 dní. V doložke vybraných vplyvov sa uvádza, že sa v praxi vyskytujú prípady, keď je nutné ošetrovať blízku osobu dlhšie ako 10 dní. Kvantifikácia návrhu však neuvádza, koľko prípadov v praxi by táto zmena zasiahla a aká je skutočná potreba poberania ošetrovného počas dlhšej doby ako 10 dní. Len zvýšenie počtu dní môže zapríčiniť aj predĺženie skutočného poberania dávky, bez adresovania skutočného problému. Ak je český systém príkladom pre vytvorenie novej dávky tzv. „dlhodobé ošetrovné“ (čl. III bod 4 § 39 ods. 1 písm. a) návrhu), tak by sa mohla ponechať súčasná maximálna dĺžka pre krátkodobé ošetrovné (keďže maximálna doba poberania v Českej republike je len 9 dní). | Z | N | prečo 14 dní? aká je optimálna doba, treba dať ministerstvu práci Nakoľko MPSVR SR nedisponuje štatistickými údajmi na základe, ktorých by bolo možné kvantifikovať presný počet osôb, ktoré budú ovplyvnené uvedenou právnou úpravou, bol v Doložke vybraných vplyvov v časti Analýza vplyvov na rozpočet verejnej správy a Analýza sociálnych vplyvov uvedený maximalistický scenár, t. j. maximálny odhadovaný priemerný mesačný počet dotknutých osôb (Analýza sociálnych vplyvov) a maximálna výška odhadovaných zvýšených výdavkov (Analýza vplyvov na rozpočet verejnej správy). Predĺženie „krátkodobého“ ošetrovného z 10 na 14 dní bolo do návrhu zapracované na základe zásadnej pripomienky Konfederácie odborových zväzov, pričom dôvodom pre túto akceptáciu boli skúsenosti z aplikačnej praxe. |
| **MHSR** | **Doložke vybraných vplyvov** Žiadame predkladateľa, aby po medzirezortnom pripomienkovom konaní a pred jeho predložením na rokovanie vlády SR predložil materiál Stálej pracovnej komisii Legislatívnej rady vlády SR na posudzovanie vybraných vplyvov. Odôvodnenie: Predložený vlastný materiál nekorešponduje s vlastným materiálom, na ktorý bola udelená výnimka pri uplatňovaní postupu podľa Jednotnej metodiky na posudzovanie vybraných vplyvov a na ktorý sa predkladateľ odvoláva v Doložke vybraných vplyvov. Preto mal byť materiál predložený podľa bodu 7.1. Jednotnej metodiky na predbežné pripomienkové konanie (PPK) pred medzirezortným pripomienkovým konaním (MPK). Predkladateľ predložením materiálu na MPK bez procesu PPK porušil proces podľa Jednotnej metodiky. Materiál je po skončení medzirezortného pripomienkového konania a vyhodnotení pripomienok potrebné zaslať na záverečné posúdenie vybraných vplyvov na adresu dolozka@mhsr.sk. | Z | A |  |
| **MKSR** | **K čl. I bod 5** 1. Odporúčame prehodnotiť znenie úvodnej vety v navrhovanom odseku 5 a upraviť ju napr. na znenie: ,,Ministerstvo zdravotníctva všeobecne záväzným právnym predpisom ustanoví". 2. Úvodnú vetu v navrhovanom odseku 6 odporúčame upraviť na znenie: ,,Ministerstvo zdravotníctva všeobecne záväzným právnym predpisom ustanoví". Odporúčame zvážiť spojenie týchto dvoch odsekov do jedného odseku. Odôvodnenie: Legislatívna technika. Odôvodnenie: | O | A |  |
| **MKSR** | **K čl. IV bod 7** Slovo ,,odsek" odporúčame nahradiť slovom ,,odseky". Odôvodnenie: Legislatívna technika. | O | A |  |
| **MKSR** | **K čl. I bod 3** Upozorňujeme, že v § 6 ods. 1 sa nachádzajú aj písmená ab), ac) a ad). Odporúčame upraviť znenie novelizačného bodu. Odôvodnenie: Legislatívna pripomienka. | O | A |  |
| **MOSR** | **K Čl. I bodu 7 - § 7 ods. 21** V § 7 ods. 21 žiadame doplniť nové písmeno e), ktoré znie: „e) poskytuje urgentnú zdravotnú starostlivosť na urgentnom príjme 2. typu v nemocnici osobitného určenia, a to najmenej v rozsahu nemocnice osobitného určenia.“. Túto pripomienku považuje Ministerstvo obrany Slovenskej republiky za zásadnú. Odôvodnenie Vzhľadom na svoje špecifické činnosti, postavenie a účel založenia je príspevková organizácia v zriaďovateľskej pôsobnosti Ministerstva obrany Slovenskej republiky - Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok - fakultná nemocnica (ďalej len „ÚVN“) nemocnicou osobitného určenia (Čl. VI bod. 3 návrhu zákona) a nespadá ani pod jednu z definícií poskytovateľov zdravotnej starostlivosti uvedených v Čl. I bode 7 návrhu zákona - § 7 ods. 21 písm. a) až d), s ktorými je zdravotná poisťovňa povinná uzatvoriť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Uvedená právna úprava je voči ÚVN, ako nemocnici osobitného určenia, diskriminačná a ohrozuje poskytovanie urgentnej zdravotnej starostlivosti v nemocnici. ÚVN je fakultnou nemocnicou s celoslovenskou pôsobnosťou - na celom území Slovenskej republiky má ÚVN rozmiestnené svoje pracoviská: tri polikliniky (Sliač, Trenčín a Bratislava) a 18 ambulancií všeobecného lekára pre dospelých. Zároveň na druhej strane ÚVN plní úlohy osobitného určenia v nasledovných oblastiach: a) klinika hematológie a transfuziológie ÚVN je jediným dodávateľom krvi a krvných derivátov pre potreby OS SR pre nasaditeľné vojenské nemocnice a zdravotnícke jednotky OS SR v operáciách. Okrem toho je kľúčovým dodávateľom krvi a krvných derivátov pri mimoriadnych udalostiach, v čase výnimočného stavu, núdzového stavu, vojny a vojnového stavu. Naviac má v tejto oblasti za úlohu podporovať v rámci podpory hostiteľskej krajiny - tzv. Host Nation Support (ďalej len „HNS“) aj aliančné jednotky, b) ÚVN je určená ako subjekt hospodárskej mobilizácie pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti a je zaradená do systému hospodárskej mobilizácie rozhodnutím Ministerstva obrany SR. Zároveň je jedným zo zdravotníckych zariadení na území SR, ktoré v podstatnej miere prispieva do lôžkového fondu pri vzniku mimoriadnych udalostí, v čase výnimočného stavu, núdzového stavu, vojny a vojnového stavu, a to opäť nielen pre potreby OS SR ale aj pre aliančné jednotky v rámci HNS podpory, c) ÚVN slúži ako zariadenie pregraduálnej a postgraduálnej prípravy zdravotníckych pracovníkov. Podstatným spôsobom prispieva k odbornej pripravenosti príslušníkov vojenského zdravotníctva OS SR pred ich nasadením na plnenie úloh mimo územia SR, d) podľa ustanovenia § 123 zákona č. 281/2015 Z. z. o štátnej službe profesionálnych vojakov a o zmene a doplnení niektorých zákonov je profesionálnym vojakom poskytovaná tzv. špecifická zdravotná starostlivosť. Túto ÚVN v súčasnosti poskytuje ako jediná na území SR, a to aj z dôvodu, že je úzko naviazaná na posudzovanie zdravotnej spôsobilosti vojakov na výkon štátnej služby. ÚVN zabezpečuje observačný pobyt pre profesionálnych vojakov po skončení ich vyslania na plnenie úloh mimo územia Slovenskej republiky v epidemiologicky rizikových oblastiach, alebo zahraničnej cesty v epidemiologicky rizikovej oblasti a prispieva tak k prevencii zavlečenia resp. šírenia nebezpečných nákaz, e) pre potrebu posudzovania zdravotnej spôsobilosti leteckého personálu prevádzkuje ÚVN Letecko lekárske centrum na poliklinike ÚVN na Sliači, ktoré je jediné svojho druhu na území SR. Vďaka posudzovaniu zdravotnej spôsobilosti leteckého personálu vzdušných síl OS SR tak ÚVN prispieva aj k udržateľnosti plnenia operačných úloh v integrovanom systéme protivzdušnej obrany NATINAMDS (NATO Integrated Air and Missile Defence System) a národnom pohotovostnom systéme (PoSy). | Z | N | Na rozporovom konaní bolo dohodnuté, že urgentný príjem 2. typu Ústrednej vojenskej nemocnice SNP Ružomberok - fakultná nemocnica, bude prekvalifikovaný na urgentný príjem 1. typu, resp. v prípade záujmu MOSR o urgentný príjem 2. typu bude tento dofinancovaný naďalej z prostriedkov rezortu MOSR. Rozpor odstránený. |
| **MOSR** | **K Čl. I bodu 11 - § 8 ods. 14** V § 8 ods. 14 žiadame vypustiť slová „Ministerstva obrany Slovenskej republiky alebo“. Túto pripomienku považuje Ministerstvo obrany Slovenskej republiky za zásadnú. Odôvodnenie Právna úprava uvedená v § 8 ods. 14 je diskriminačná. Podľa predmetného ustanovenia má zdravotná poisťovňa uhrádzať ÚVN paušálnu úhradu za poskytovanie urgentnej zdravotnej starostlivosti a úhradu za poskytnutú urgentnú zdravotnú starostlivosť iba v rámci urgentného príjmu 1. typu, hoci je zaradená medzi poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti poskytujúcich pohotovostnú službu na urgentnom príjme 2. typu. ÚVN musí spĺňať rovnaké požiadavky na poskytovanie pohotovostnej služby na urgentnom príjme 2. typu, ako ostatní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti pri poskytovaní pohotovostnej služby na urgentnom príjme 2. typu a bude mať aj porovnateľné náklady súvisiace s jej poskytovaním, preto žiadame dodržanie všetkých náležitostí prislúchajúcich urgentnému príjmu 2. typu vo vzťahu k príspevkovej organizácii ÚVN, vrátane financovania. | Z | N | Na rozporovom konaní bolo dohodnuté, že urgentný príjem 2. typu Ústrednej vojenskej nemocnice SNP Ružomberok - fakultná nemocnica, bude prekvalifikovaný na urgentný príjem 1. typu, resp. v prípade záujmu MOSR o urgentný príjem 2. typu bude tento dofinancovaný naďalej z prostriedkov rezortu MOSR. Rozpor odstránený. |
| **MPSVRSR** | **K analýze sociálnych vplyvov, K hodnoteniu vplyvov podľa bodu 4.2 analýzy sociálnych vplyvov**  Cieľom navrhovanej právnej úpravy podľa predkladateľa je primárne zvýšiť bezpečnosť pacienta a vytvoriť predpoklady na zvýšenie kvality poskytovanej ústavnej zdravotnej starostlivosti. Kvalita a efektívne využitie zdrojov majú byť tiež podporené vytvorením úrovní nemocníc (lokálna, regionálna, národná, špecializované a kompetenčné centrá) so zadefinovanými rozsahmi poskytovanej zdravotnej starostlivosti a minimálnymi počtami zdravotných výkonov ako kvalitatívnym indikátorom poskytovanej starostlivosti. Navrhuje sa zároveň právna úprava poskytovania následnej ústavnej zdravotnej starostlivosti a právna úprava, ktorou sa zabezpečí presun pevnej siete poskytovateľov do verejnej minimálnej siete poskytovateľov. 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. Podľa predkladateľa však nie je žiaduce, aby indikátory kvality stanovovala zdravotná poisťovňa, ale z dôvodu jednoznačnosti sa navrhuje, že indikátory kvality budú ustanovené všeobecne záväzným právnym predpisom vydaným Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky. V tejto súvislosti sa dopĺňa 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. Zároveň sa navrhuje, že ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti neposkytuje kvalitnú zdravotnú starostlivosť – teda nesplní minimálny počet stanovených zdravotných výkonov, 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 podľa predkladateľa 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. Navrhovaná úprava podľa predkladateľa tiež posilňuje právne postavenie osôb pri dohľade, ktoré oň požiadali a zároveň týmto osobám priznáva právo na získanie informácií z dohľadu. Predložený návrh tiež umožňuje výkon dočasnej odbornej stáže občanom z tretích štátov v prípade splnenia zákonom ustanovených podmienok. Žiaden z uvedených návrhov nie je zhodnotený v predloženej analýze sociálnych vplyvov. Sociálne vplyvy uvedených návrhov je potrebné v súlade s Metodickým postupom pre analýzu sociálnych vplyvov (príloha č. 4 Jednotnej metodiky na posudzovanie vybraných vplyvov) zhodnotiť v bode 4.2 analýzy sociálnych vplyvov (prístup k zdrojom, právam, tovarom a službám) tak, že je potrebné uviesť opis hodnotených návrhov opatrení, špecifikáciu dotknutých skupín a kvalitatívne a kvantitatívne zhodnotenie ich vplyvov očakávaných v cieľovom stave. V opačnom prípade, ak predkladateľ nedoplní predloženú analýzu sociálnych vplyvov o hodnotenie vyššie uvedených návrhov, deklaruje tým skutočnosť, že v súvislosti s nimi nedôjde k žiadnym vplyvom v rámci prístupu poistencov k zdravotnej starostlivosti (bod 4.2 analýzy sociálnych vplyvov) v porovnaní so súčasným stavom; túto skutočnosť je v takomto prípade potrebné aj explicitne vyjadriť v bode 10. Poznámky doložky vybraných vplyvov. Zároveň je potrebné v tomto bode doložky vybraných vplyvov deklarovať aj skutočnosť, že predloženým návrhom zákona nedôjde k zhoršeniu súčasného stavu v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti, čím by vznikol negatívny sociálny vplyv, ktorý je potrebné identifikovať v bode 9 doložky vybraných vplyvov a zhodnotiť v bode 4.2 analýzy sociálnych vplyvov. | O | A |  |
| **MPSVRSR** | **K doložke vybraných vplyvov všeobecne** Doložku vybraných vplyvov je potrebné zosúladiť s navrhovaným znením predložených legislatívnych úprav. Odôvodnenie: Ako vyplýva aj zo zásadných pripomienok uplatnených Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky, doložka vybraných vplyvov nie je v súlade s predloženým znením navrhovaných legislatívnych úprav. | O | A |  |
| **MPSVRSR** | **K Čl. I bod 16** Odporúčame v Čl. I bode 16 navrhovaný § 43a doplniť v tom zmysle, aby v prípade dieťaťa, ktorého práva alebo právom chránené záujmy mali byť porušené a je umiestnené v zariadení na základe rozhodnutia súdu, môže podať podnet štatutárny zástupca zariadenia, v ktorom je dieťa na základe rozhodnutia súdu umiestnené. Odôvodnenie: Štatutárny zástupca zariadenia, v ktorom je dieťa umiestnené na základe rozhodnutia súdu o nariadení ústavnej starostlivosti, nariadení výchovného opatrenia alebo uložení neodkladného opatrenia môže poskytnúť informovaný súhlas k poskytnutiu zdravotnej starostlivosti, a preto štatutárny zástupca zároveň má mať právo na podanie podnetu. | O | N | Štatutárny zástupca môže dať podnet Ministerstvu práce, sociálnych vecí a rodiny SR aleb o inému subjektu, ktorý je oprávnený podať podnet. |
| **MPSVRSR** | **K Čl. IV bod 14** Odporúčame v Čl. IV bode 14 navrhovanom § 12b ods. 1 odkaz 14a nad slovom ,,prostredí“ umiestniť nad slovo ,,príbuzného“. Odôvodnenie: V Čl. III bode 4 navrhovaný § 39 ods. 1 písm. a) ustanovuje okruh rodinných príslušníkov nevyhnutne vyžadujúcich osobnú a celodennú starostlivosť a neupravuje definíciu prirodzeného sociálneho prostredia. | O | A |  |
| **MPSVRSR** | **K Čl. IV bod 14** Odporúčame v Čl. IV bode 14 navrhovanom § 12b ods. 5 vypustiť slová ,,podľa odseku 4“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka. | O | A |  |
| **MPSVRSR** | **K Čl. IV bod 6** Odporúčame v Čl. IV bode 6 navrhovanom § 10a ods. 3 druhej vete slová „v pracovnoprávnom vzťahu“ nahradiť slovami „v pracovnom pomere“. Odôvodnenie: Upozorňujem, že z osobitnej časti dôvodovej správy k Čl. IV bodu 6 vyplýva, že osoba zodpovedná za poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnej pomoci nemá vykonávať prácu v zariadení sociálnej pomoci v zmysle dohody o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru, kedy sa ustanovený týždenný pracovný čas neurčuje. Pojem „pracovnoprávny vzťah“ zahŕňa pracovný pomer a dohody o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru. | O | A |  |
| **MPSVRSR** | **K Čl. IX**  Odporúčame v Čl. IX vypustiť slová ,,a čl. III šiesteho bodu, ktorý nadobúda účinnosť 1. januára 2022 “ a zároveň za slová ,,čl. III bodov 1 až 8, 10, 11 a 14“ vložiť slová ,,a čl. IV bodu 14“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka. Právna úprava domácej starostlivosti podľa v Čl. IV bode 14 navrhovaného § 12b musí nadobudnúť účinnosť súčasne s právnou úpravou poskytovania ošetrovného, a s tým súvisiacimi právnymi vzťahmi podľa zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov (Čl. III). | O | A |  |
| **MPSVRSR** | **K Čl. VII bod 2** Odporúčame v Čl. VII bode 2 navrhovanom § 11 ods. 7 písm. m) znenie štvrtého bodu nahradiť znením: „4. ktorej zanikol nárok na ošetrovné po uplynutí 90. dňa domácej starostlivosti podľa osobitného predpisu44) a ktorá vykonáva domácu starostlivosť aj po tomto dni alebo“. Odporúčame v Čl. VII bode 2 citáciu navrhovanej poznámky pod čiarou k odkazu 44 nahradiť citáciou: „44) § 42 písm. b) zákona č. 461/2003 Z. z. v znení neskorších predpisov.“. Odôvodnenie: Zosúladenie s predkladaným návrhom zákona. | O | A |  |
| **MPSVRSR** | **K Čl. VII bod 2** Odporúčame v Čl. VII bode 2 navrhovanom § 11 ods. 7 písm. m) znenie tretieho bodu nahradiť znením: „3. ktorej zanikol nárok na ošetrovné po uplynutí 14. dňa ošetrovania alebo starostlivosti podľa osobitného predpisu43) a ktorá vykonáva ošetrovanie alebo starostlivosť aj po tomto dni,“. Odporúčame v Čl. VII bode 2 citáciu navrhovanej poznámky pod čiarou k odkazu 43 nahradiť citáciou: „43) § 42 písm. a) zákona č. 461/2003 Z. z. v znení neskorších predpisov.“. Odôvodnenie: Zosúladenie s predkladaným návrhom zákona. | O | A |  |
| **MPSVRSR** | **K doložke vybraných vplyvov všeobecne** Upozorňujeme predkladateľa na bod 9.2. Jednotnej metodiky na posudzovanie vybraných vplyvov, podľa ktorého sa na záverečné posúdenie vybraných vplyvov po medzirezortnom pripomienkovom konaní predkladajú Stálej pracovnej komisii Legislatívnej rady vlády Slovenskej republiky na posudzovanie vybraných vplyvov pri Ministerstve hospodárstva Slovenskej republiky materiály, ktoré majú identifikovaný niektorý z vybraných vplyvov, a ktorých vybrané vplyvy sa významne zmenili podľa výsledkov medzirezortného pripomienkového konania alebo podľa výsledkov medzirezortného pripomienkového konania bola zmenená aspoň jedna z analýz vplyvov. | O | A |  |
| **MSSR** | **K doložke zlučiteľnosti** Doložku zlučiteľnosti odporúčame zosúladiť s prílohou č. 2 k Legislatívnym pravidlám vlády Slovenskej republiky. | O | A |  |
| **MSSR** | **K čl. I bodu 14** Nakoľko § 18 ods. 1, ktorý bol novelizovaný zákonom č. 139/2019 Z. z., sa člení na písmená a) až w), poznámku o zmene označenia doterajších písmen odporúčame preformulovať nasledovne: „Doterajšie písmena u) až w) sa označujú ako písmená v) až x).“ | O | A |  |
| **MSSR** | **K čl. I bodu 6** Odporúčame preformulovať tento bod nasledovne: „V § 7 ods. 9 písm. b) sa bodka nahrádza bodkočiarkou a pripájajú sa tieto slová: „ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti poskytuje zdravotné výkony v skupinách zdravotných výkonov, pre ktoré je osobitným predpisom ustanovený minimálny počet zdravotných výkonov,22a) zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti musí obsahovať zdravotné výkony, pri ktorých poskytovateľ zdravotnej starostlivosti splnil v posledných 12 mesiacoch ustanovený minimálny počet,““. | O | A |  |
| **MSSR** | **K čl. I bodu 14** Odporúčame slovo „slová“ nahradiť slovom „slovo“. | O | A |  |
| **MSSR** | **K čl. IV bodu 15** Odporúčame vložiť „v“ na začiatok vety. | O | A |  |
| **MSSR** | **K čl. IV bodu 1** Odporúčame zmeniť uvádzaciu vetu nasledovne: „§ 2 sa dopĺňa odsekom 35, ktorý znie: „(35)...“, nakoľko § 2 bol novelizovaný zákonom č. 139/2019 Z. z., ktorým sa predmetné ustanovenie dopĺňa odsekom 34. | O | A |  |
| **MSSR** | **K čl. IV bodu 19** Odporúčame zmeniť uvádzaciu vetu nasledovne: „V § 25 sa odsek 1 dopĺňa písmenom o), ktoré znie: „o)...“, nakoľko § 25 bol novelizovaný zákonom č. 139/2019 Z. z., ktorým sa dopĺňa predmetné ustanovenie písmenom n). | O | A |  |
| **MSSR** | **K čl. II bodu 1** V poznámke pod čiarou odkaze 19b) odporúčame vypustiť podčiarkovník pred slovom „stavovských“. | O | A |  |
| **MŠVVaŠSR** | **čl. IV bodu 15** Odporúčame na začiatku vety vložiť slovo "V". | O | A |  |
| **MŠVVaŠSR** | **čl. I bodu 5 a 6** Odporúčame v § 5 úvodnej vete a v § 6 úvodnej vete slovo "predpisov" nahradiť slovom "predpisom". | O | A |  |
| **MŠVVaŠSR** | **čl I bodu 14** Odporúčame vetu "Doterajšie písmeno u) sa označuje ako písmeno v)." nahradiť vetou "Doterajšie písmená u) až w) sa označujú ako písmená v) až x).", vzhľadom na to, že článok I má podľa čl. IX nadobudnúť účinnosť 1. januára 2020, a v znení zákona účinnom k 1. januáru 2020 sú už v § 18 aj písmená u) až w). | O | A |  |
| **MŠVVaŠSR** | **čl. VIII bodu 3** Odporúčame vetu "Vypúšťa sa § 25a." nahradiť vetou "§ 25a sa vypúšťa.". Ide o legislatívno-technickú pripomienku. | O | A |  |
| **MŠVVaŠSR** | **čl. IX**  Odporúčame zosúladiť nadobudnutie účinnosti jednotlivých článkov a bodov, vzhľadom na to, že napríklad čl. III šiesty bod nadobúda účinnosť 1. januára 2022 a čl. III body 1 až 8, teda vrátane šiesteho bodu nadobúdajú účinnosť 1. apríla 2020. | O | A |  |
| **MVSR** | **k čl. I bodu 16 (§43a ods. 11)** K čl. I bodu 16 (§ 43a ods. 11) navrhujeme slovo „písomnosti“ nahradiť slovom „dokumenty“. Pojem „písomnosti“ sa vo všeobecnosti používa iba pre listinné dokumenty. V súčasnosti však vznikajú aj elektronické dokumenty a máme za to, že uvedený text sa vzťahuje na všetky druhy dokumentov týkajúcich sa výkonu dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou bez ohľadu na ich formu ( t. j. listinné aj elektronické). | O | A |  |
| **MZSR** | **Pripomienka za NOÚ Bratislava - VP\_verejna\_minimalna\_siet\_final.docx** Doplniť Prílohu č. 3 Normatív poskytovateľov inej špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, Tabuľku č. 1 o „Odbor: Paliatívna medicína s Počtom lekárskych miest 50“ a Tabuľku č. 2 doplniť o „Odbor Paliatívna medicína s prepočtom na lekárskych miest na jednotlivé kraje SR“. Odôvodnenie: Ambulancia paliatívnej medicíny je dôležitá pre fungujúce poskytovanie paliatívnej starostlivosti pacientom s nevyliečiteľným ochorením. V prípade, že daný odbor nebude uvedený v tabuľke (ako doteraz), zdravotné poisťovne nebudú povinné uzatvoriť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s ambulanciami paliatívnej starostlivosti. Paliatívni pacienti sú pacienti „nikoho“, nemajú byť kam odoslaní a nie je manažovaná ich následná liečba. Algeziologické ambulancie liečia len bolesť a neliečia iné symptómy ochorenia. | Z | N | nie je predmetom MPK |
| **MZSR** | **Pripomienka za NOÚ Bratislava - Čl. IV., bod 14 ( §12b ods. 2 - Domáca starostlivosť) a k súvisiacemu § 8 ods. 5 zákona č. 576.2004 Z. z.** Podľa navrhovaného znenia § 12b ods. 1 a 2: (1)Domáca starostlivosť je osobná a celodenná starostlivosť rodinného príslušníka o chorého príbuzného v jeho prirodzenom sociálnom prostredí.14a) Počas domácej starostlivosti sa môže chorému príbuznému poskytovať v jeho prirodzenom sociálnom prostredí aj zdravotná starostlivosť lekárom formou návštevy alebo mobilným hospicom a ošetrovateľská starostlivosť agentúrou domácej ošetrovateľskej starostlivosti. (2) Potrebu poskytovania domácej starostlivosti chorému príbuznému posudzuje a rozhoduje o nej príslušný ošetrujúci lekár, ktorým je a)lekár zdravotníckeho zariadenia ústavnej starostlivosti určený poskytovateľom, ak u chorého rodinného príslušníka došlo k závažnej poruche zdravia, ktorá si vyžiadala hospitalizáciu, pri ktorej bola poskytovaná zdravotná starostlivosť v rozsahu najmenej päť po sebe nasledujúcich dní, ak je predpoklad, že jeho zdravotný stav bezprostredne po prepustení zo zdravotníckeho zariadenia ústavnej starostlivosti do domáceho prostredia bude nevyhnutne vyžadovať poskytovanie domácej starostlivosti počas najmenej 30 dní; za deň hospitalizácie sa považuje aj deň prijatia do zdravotníckeho zariadenia ústavnej starostlivosti a deň prepustenia z takéhoto zariadenia, b) lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore paliatívna medicína, klinická onkológia, geriatria, vnútorné lekárstvo, gastroenterológia, hematológia a transfúziológia, hepatológia, kardiológia, nefrológia, neurológia, pneumológia a ftizeológia, reumatológia, gynekológia, anestéziológia a intenzívna medicína, algeziológia, chirurgia, ortopédia, úrazová chirurgia alebo pediatria, ak chorý rodinný príslušník je v štádiu ochorenia na konci života alebo v terminálnom štádiu ochorenia. Popri tomto ustanovení navrhujeme upraviť aj súčasné znenie § 8 ods. 5 zákona č. 576/2004 z. z. a doplniť ho o nové písm. g) v znení: „g) na poskytnutie domácej starostlivosti podľa § 12b tohto zákona“. Zdôvodnenie pripomienky Odôvodnenie: V súčasnosti poskytovanie zdravotnej starostlivosti prostredníctvom ADOS navrhuje (len) všeobecný lekár pacienta. Pod pojmom domácej starostlivosti podľa nového znenia § 12b ods. 1 druhá veta tohto zákona sa rozumie aj jej poskytovanie agentúrou domácej ošetrovateľskej starostlivosti a o tejto rozhodujú (navrhujú ju) ošetrujúci lekári uvedení v tomto ustanovení. Vzhľadom na novú skupinu ošetrujúcich lekárov, ktorí navrhujú ADOS (v rámci domácej starostlivosti) je potrebné zosúladenie s existujúcim právnym stavom - a to tak, aby v prípade domácej starostlivosti prostredníctvom ADOS navrhnutej ošetrujúcimi lekármi v § 12b tohto zákona už nebol potrebný návrh na ADOS od všeobecného lekára. Nami navrhovaným doplnením (nové písm. g) v § 8 ods.5 z. č. 576/2004 Z. z.) už nebude potrebné odporúčanie všeobecným lekárom pacienta v prípade domácej starostlivosti navrhnutej ošetrujúcim lekármi v § 12b zákona. | Z | A |  |
| **MZSR** | **Pripomienka za NOÚ Bratislava - Nad rozsah novely zákona – Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o poskytovaní domácej ošetrovateľskej starostlivosti** Upraviť znenie platného Odborného usmernenia MZ SR o poskytovaní domácej ošetrovateľskej starostlivosti v súlade s predkladanou novelou zákona, najmä: - doplniť možnosť návrhu na ADOS (okrem všeobecného lekára pacienta) aj ošetrujúcimi lekármi podľa § 12b ods. 2 tohto zákona - doplniť v prípade potreby domácej starostlivosti prostredníctvom ADOS povinnosť edukácie ADOS ošetrujúcim lekárom uvedeným v § 12b ods. 2 písm. b). Odôvodnenie Ide o zosúladenie navrhovaného znenia zákona s platným odborným usmernením MZ SR o poskytovaní domácej ošetrovateľskej starostlivosti | Z | N | nie je predmetom MPK |
| **MZSR** | **Pripomienka za NOÚ Bratislava - VP\_44\_2008\_MTZ - VI. časť, bod 1, písm. a) podbod 1 a podbod 2** Upraviť znenie VI. časti, bod 1, písm. a) podbod 1 a 2 výnosu po vypustení vyznačeného (prečiarknutého) textu a doplnení textu vyznačeného v úvodzovkách nasledovne: a) odborný zástupca mobilného hospicu poskytujúci domácu paliatívnu starostlivosť spĺňajúci takúto odbornú spôsobilosť: 1. lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore paliatívna medicína „alebo lekár zaradený do špecializačnej prípravy v špecializačnom odbore paliatívna medicína“ a pri hospicoch pre detskú populáciu lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore pediatria, 2. najmenej päť rokov odbornej zdravotníckej praxe ......... „0,2 – 0,5“, Odôvodnenie: Odborným garantom špecializovanej paliatívnej starostlivosti formou mobilného hospicu musí byť lekár, ktorý spĺňa odbornú spôsobilosť v odbore paliatívna medicína alebo je zaradený do špecializačnej prípravy. Tiež odporúčame znížiť úväzok odborného zástupcu z 1 na 0,2 – 0,5 úväzku z dôvodu, že práca lekára môže byť spojená s prácou v ambulancii. | Z | N | nie je predmetom MPK |
| **MZSR** | **Pripomienka za NOÚ Bratislava - VP\_cenove\_opatrenie.docx - 1. Príloha č. 4, časť 86.23.17 – bod 10. Mobilný hospic** Vypustiť písm. a), b), e) a c) v Prílohe č. 4, časť 86.23.17 – bod 10. Mobilný hospic a tieto nahradiť novým písmenom a) a b) v znení nasledovne: a) Pevná cena návštevy pacienta lekárom alebo sestrou je vo výške 50 eur za každú návštevu, ak sa mobilný hospic a zdravotná poisťovňa nedohodnú inak. b) Ku každej návšteve pacienta sa pripočíta cena dopravy vo výške 0,50 eur za jeden kilometer jazdy. Odôvodnenie: Nesúhlasíme s cenami za zdravotné výkony v časti E, ktoré sú podhodnotené, neodrážajú reálne náklady na daný zdravotný úkon. Napr. výkon 3420 A podávanie liečiva injekčnou pumpou zdravotná poisťovňa platí cenou 0.96 €, pričom súčasne nie je platený výkon 3419 - podanie infúzie v cene 2,94 €. Pacientom pri pokročilom nádorovom ochorení je kontinuálne 24 hodín podávaná analgetická podkožná liečba. Pri silnej bolesti musí byť súčasne podaná i parenterálna analgetická liečba. Zdravotné poisťovne nehradia lieky, infúzie... Podľa ekonomickej analýzy cena 1 návštevy pacienta tímom mobilného hospicu v domácom prostredí je 78 €. Súčasné platby ZP sú 14 €/ návštevu. Nie je uhrádzaná doprava k pacientovi. | Z | N | nie je predmetom MPK |
| **NBS** | **K Analýze vplyvov na rozpočet verejnej správy**  V Analýze vplyvov na rozpočet verejnej správy navrhujeme bližšie špecifikovať, z akých príjmov Sociálnej poisťovne budú finančne kryté zvýšené výdavky v roku 2019. | O | N | Výdavky Sociálnej poisťovne v roku 2019 na zmenu a aktualizáciu informačného systému budú finančne zabezpečené príjmami/prostriedkami zo Správneho fondu Sociálnej poisťovne. Predmetná skutočnosť sa nachádza aj v Analýze vplyvov na informatizáciu spoločnosti. |
| **NBS** | **K doložke vybraných vplyvov**  V Doložke vybraných vplyvov je v tabuľke 9 uvedené, že negatívne vplyvy predloženého návrhu sú v rozpočte verejnej správy plne zabezpečené. V časti Analýza vplyvov na rozpočet verejnej správy z tabuľky 2.1 vyplýva z návrhu rozpočtovo nekrytý vplyv. Navrhujeme uviesť tieto skutočnosti do súladu. | O | A |  |
| **OAPSVLÚVSR** | **K doložke zlučiteľnosti:** 1. Podľa prílohy č. 2 k Legislatívnym pravidlám vlády SR sa bod 3 doložky zlučiteľnosti člení na písmeno „a) – primárne právo“, písmeno „b) – sekundárne právo“ a písmeno „c) – judikatúra Súdneho dvora EÚ“. V zmysle uvedeného žiadame upraviť bod 3 doložky zlučiteľnosti. | O | A |  |
| **OAPSVLÚVSR** | **K Čl. II bod 1 návrhu zákona:** 1. V poznámke pod čiarou k odkazu 19a je potrebné publikačný zdroj nariadenia (EÚ) č. 609/2013 v platnom znení upraviť nasledovne: „(Ú. v. EÚ L 181, 29.6.2013)“. | O | A |  |
| **OAPSVLÚVSR** | **K Čl. II bod 1 návrhu zákona:** 2. Ďalej v poznámke pod čiarou k odkazu 19a žiadame v názve delegovaného nariadenia (EÚ) 2016/127 slovo „komisie“ nahradiť slovom „Komisie“ a publikačný zdroj upraviť nasledovne: „(Ú. v. EÚ L 25, 2.2.2016)“ a na konci pripojiť dodatok „v platnom znení“. | O | A |  |
| **OAPSVLÚVSR** | **K doložke zlučiteľnosti:** 2. V bode 3 písm. a) doložky zlučiteľnosti upravujúci primárne právo EÚ žiadame vypustiť slová „nie je“ a doplniť ako primárne právo EÚ, v ktorom je problematika návrhu zákona, konkrétne články ZFEÚ, zmluvy EURATOM, príp. Charty základných práv EÚ. | O | A |  |
| **OAPSVLÚVSR** | **K Čl. II bod 1 návrhu zákona:** 3. Do Čl. II návrhu zákona je potrebné doplniť novelizačný bod 3, ktorým sa z prílohy k zákonu 147/2001 Z. z., zo Zoznamu preberaných právne záväzných aktov EÚ vypustia neúčinné smernice EÚ, konkrétne smernica 84/450/EHS a smernica 2010/30/EÚ. | O | A | tabuľka zhody vypustená |
| **OAPSVLÚVSR** | **K doložke zlučiteľnosti:** 3. Z bodu 3 písm. b) doložky zlučiteľnosti upravujúceho sekundárne právo žiadame vypustiť smernicu 2013/51/Euratom, keďže ani jeden z novelizovaných zákonov uvedenú smernicu doposiaľ netransponoval. Ak sa ale návrhom zákona táto smernica transponuje, je potrebné ju v doložke zlučiteľnosti ponechať a predložiť k nej tabuľku zhody. | O | A |  |
| **OAPSVLÚVSR** | **K doložke zlučiteľnosti:** 4. Do sekundárneho práva EÚ ďalej žiadame doplniť nariadenie (ES) č. 883/2004 v platnom znení, nariadenie (ES) č. 987/2009 v platnom znení, nariadenie (EÚ) č. 609/2013 v platnom znení, delegované nariadenie (EÚ) 2016/127 v platnom znení. K uvedeným právne záväzným aktom je ďalej potrebné uviesť ich gestora. | O | A |  |
| **OAPSVLÚVSR** | **K doložke zlučiteľnosti:** 5. Z bodu 4 písm. a) doložky zlučiteľnosti žiadame vetu „Smernica prebratá do zákona č. 87/2018 Z. z. o radiačnej ochrane a o zmene a doplnení niektorých zákonov“ vypustiť a nahradiť nasledovným: „Bezpredmetné. Smernica 2013/59/Euratom v platnom znení už bola do slovenského právneho poriadku prebraná.“. | O | A |  |
| **OAPSVLÚVSR** | **K doložke zlučiteľnosti:** 6. Do bodu 4 písm. c) doložky zlučiteľnosti žiadame doplniť aj ďalšie právne predpisy SR, ktoré sú transpozičnými opatreniami k smernici 2013/59/Euratom. | O | ČA | Tabuľka zhody bola predložená omylom. |
| **OAPSVLÚVSR** | **Všeobecne k návrhu zákona:** Návrhom zákona sa novelizujú zákony, do ktorých boli transponované rôzne smernice EÚ. Predkladateľ však predložil len čiastkovú tabuľku zhody k smernici 2013/59/Euratom. Domnievame sa, že návrhom zákona sa zasahuje do ustanovení, ktoré predstavujú transpozičné opatrenia aj k ďalším smerniciam. Ide napr. o Čl. I § 50 ods. 2 návrhu zákona, ktorý predstavuje transpozíciu čl. 4 ods. 2 písm. c) smernice 2011/24/EÚ v platnom znení; o Čl. IV § 4 ods. 3 návrhu zákona, ktorý predstavuje transpozíciu čl. 5 písm. c) smernice 2011/24/EÚ v platnom znení, čl. 4 ods. 3 smernice 2010/53/EÚ; o Čl. IV § 24 ods. 4, ktorý predstavuje transpozíciu čl. 4 ods. 2 písm. f) smernice 2011/24/EÚ v platnom znení. Na základe uvedeného žiadame k návrhu zákona vypracovať tabuľky zhody k dotknutým ustanoveniam príslušných smerníc a tieto smernice doplniť do doložky zlučiteľnosti, vrátane ich gestorov. | O | A | tabuľka zhody vypustená |
| **OAPSVLÚVSR** | **K tabuľke zhody:** Predkladateľ k návrhu zákona predložil čiastkovú tabuľku zhody k smernici 2013/59/Euratom, konkrétne k čl. 4 ods. 12 smernice, ktorý definuje pojem „klinický audit“. Transpozíciu uvedeného pojmu preukazuje len do § 9b ods. 1 zákona č. 139/2019 Z. z. Podľa tabuľky zhody notifikovanej Európskej Komisii, sa transpozícia čl. 4 ods. 12 smernice preukázala nielen do § 9b ods. 1 zákona č. 578/2004 Z. z., ale aj do § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. Keďže sa v Čl. IV bod 3 návrhu zákona novelizuje transpozičné opatrenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z., je potrebné túto skutočnosť rovnako zohľadniť v tabuľke zhody. Na základe uvedeného žiadame za účelom preukázania správnej a úplnej transpozície predmetného článku smernice: - do záhlavia tabuľky zhody doplniť „Návrh 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 („ďalej len „NZ“), Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 576/2004 Z. z.“)“; - v stĺpci 4 tabuľky zhody „zákon č. 139/2019 Z. z.“ vypustiť a nahradiť zákonom č. 578/2004 Z. z.; - do stĺpca 4 tabuľky zhody doplniť „zákon č. 576/2004 Z. z. a NZ“, v stĺpci 5 tabuľky zhody doplniť „§ 4 ods. 3 a Čl. IV bod 3“ a v stĺpci 6 tabuľky zhody je potrebné uviesť znenie ustanovenia § 4 ods. 3 a následne navrhovanú zmenu tohto ustanovenia. | O | A | Tabuľka zhody bola predložená omylom. |
| **OAPSVLÚVSR** | **K Čl. VI bod 23 návrhu zákona:** V poznámke pod čiarou k odkazu 55n žiadame vykonať rovnakú úpravu citácii právne záväzných aktov EÚ ako v prípade Čl. II bod 1 poznámky pod čiarou k odkazu 19a. Navyše poznámku pod čiarou k odkazu 55n je potrebné upraviť podľa stupňa právnej sily, teda najprv sa uvedú nariadenia EÚ a až potom právny predpis SR. Táto požiadavka vyplýva z bodu 23.7. prílohy č. 1 k Legislatívnym pravidlám vlády SR. | O | A |  |
| **PMÚSR** | **1. K analýze vybraných vplyvov** Materiál vychádza z predpokladu, že zdravotné poisťovne v rámci vykonávania verejného zdravotného poistenia nie sú podnikateľmi (viď odkaz na rozhodnutie Európskej Komisie z 15. 10. 2014: http://europa.eu/rapid/press-release\_IP-14-1158\_sk.htm v Analýze vplyvov na podnikateľské prostredie). V tejto súvislosti je však potrebné zohľadniť rozhodnutie Všeobecného súdu v prípade č. T – 216/15, v ktorom súd zastával opačnú pozíciu, ako Európska Komisia (ďalej v texte ako „EK“). Vzhľadom na to, že tento rozsudok Všeobecného súdu bol napadnutý a v súčasnosti prebieha súdne konanie, ktorého účastníkom je aj Slovenská republika, zostáva otázka posúdenia zdravotných poisťovní v Slovenskej republike ako subjektov pôsobiacich na trhu, momentálne otvorená. Nepovažujeme preto za vhodné formulovať Analýzu vplyvov na podnikateľské prostredie odkazom na rozhodnutie EK a uvádzať, že poskytovanie verejného zdravotného poistenia nie je služba na trhu. Navrhujeme preformulovať Analýzu vplyvov na podnikateľské prostredie tak, aby odrážala obe situácie, teda aj keby zdravotné poisťovne pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia boli považované za subjekty pôsobiace na trhu, s uvedením pozície Ministerstva zdravotníctva SR (ďalej v texte ako „MZ SR“) v tejto oblasti. | Z | A |  |
| **PMÚSR** | **3. Čl. I, bod 13** Podľa § 15 ods. 1 písm. c) bod 6 sú zdravotné poisťovne povinné poskytovať ostatným zdravotným poisťovniam a MZ SR údaje o poskytnutých a vykázaných zdravotných výkonoch u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, na účely vyhodnotenia plnenia minimálneho počtu vybraných zdravotných výkonov, pričom spôsob, formu a lehoty na poskytnutie údajov upraví dohoda uzatvorená medzi zdravotnými poisťovňami a MZ SR. Predmetné údaje považujeme zo súťažného hľadiska za citlivé, ktorých výmena môže negatívne ovplyvniť trhy, na ktorých súťažia poskytovatelia zdravotnej starostlivosti. Vzhľadom na ich účel použitia sa nám javí zo súťažného hľadiska zohľadnením zámeru predkladateľa návrhu zákona, aby dané údaje boli poskytované iba MZ SR, ktoré tieto poskytne zdravotným poisťovniam v agregovanej forme, pokiaľ ich poskytnutie bude nevyhnutné. Máme za to, že by bolo postačujúce poskytnúť zdravotným poisťovniam iba informáciu obsahujúcu zoznam poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí splnili kritérium minimálnych výkonov a s ktorými sú zdravotné poisťovne povinné uzatvoriť zmluvy. | Z | ČA | Dohoda bola vypustená. Toto kritérium slúži na identifikáciu výkonov, ktoré budú zazmluvnené. Z tohto dôvodu je potrebná určitá miera detailu. MZSR to musí zverejniť - číslo aby to bolo transparenstné. Limit je určený iba pre 28 skupín, máme 26000 výkonov, máme analýzu, kde je kauzalita medzi týmito stanovenými výkonmi a ich počtom. |
| **PMÚSR** | **2. Čl. I, bod 7** Podľa § 7 ods. 22 zdravotná poisťovňa nie je povinná uzatvoriť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti na tie skupiny zdravotných výkonov, pre ktoré nesplnil minimálny počet zdravotných výkonov ustanovených osobitným predpisom. V tejto súvislosti upozorňujeme, že takýmto nastavením vzťahov dochádza k zásahu do trhov, na ktorých pôsobia poskytovatelia zdravotnej starostlivosti. Takéto nastavenie vzťahov vzhľadom na objem zdrojov v zdravotníctve, môže de facto viesť k uzavretiu vstupu nových poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, respektíve k znemožneniu etablovania poskytovateľov, ktorí nedosiahli dostatočný počet zdravotných výkonov v danej oblasti, a ohrozeniu prospechu pre pacientov v podobe kvalitného poskytovania zdravotnej starostlivosti. Máme za to, že kvalitu poskytovania zdravotnej starostlivosti nie je možné stotožniť výlučne s počtom poskytnutých zdravotných výkonov tak, ako to uvádza dôvodová správa v bode 7, ods. 2. Uvedené kladie veľmi vysoké nároky na správne nastavenie počtu výkonov, a indikátorov, najmä vzhľadom na povinnosť zdravotných poisťovní uzavrieť zmluvy s tými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, ktorí splnili minimálny počet zdravotných výkonov v danej oblasti. Taktiež uvádzame, že v prípade opačnej situácie ako sa v danom ustanovení uvádza, t. j. ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti splnil minimálny počet zdravotných výkonov ustanovených osobitným predpisom, zdravotná poisťovňa je povinná uzatvoriť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s týmto poskytovateľom zdravotnej starostlivosti na dané skupiny zdravotných výkonov. Ako sme už uviedli, nie je zrejmé akým spôsobom boli nastavené indikátory kvality vo vzťahu k tomu, koľko poskytovateľov, napríklad ústavnej zdravotnej starostlivosti, tieto kritériá vzhľadom na súčasné potreby poskytnutia ústavnej zdravotnej starostlivosti a predpoklady jej vývoja tieto indikátory kvality bude schopných splniť, a teda aký je predpoklad, koľko poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti bude na danom spádovom území pôsobiť. Úrad však predpokladá, že v rámci uvedeného boli zohľadnené iba medicínske dôvody, a teda je predpoklad, že na jednom spádovom území za istých predpokladov by mohlo pôsobiť viacero poskytovateľov. Z uvedeného teda vyplýva, že zdravotným poisťovniam by mala byť daná možnosť voľby poskytovateľa zdravotnej starostlivosti z okruhu poskytovateľov, ktorí spĺňajú indikátory kvality, čím by boli poskytovatelia zdravotnej starostlivosti motivovaní k poskytovaniu kvalitných služieb v prospech pacientov. | Z | N | Limity sa vzťahujú len na tie skupiny výkonov, pri ktorých bola kauzalita medzi kvantitou a kvalitou jednoznačne preukázaná. V 80% ide o elektívne výkony. Veľká väčšina je plánovaných výkonov, poskytovateľ sa vie nastaviť na to, či ich bude robiť, alebo nie. Doplníme ustanovenie pre nových poskytovateľov, že musia limity spĺňať na 50% limity v prvom roku. Rozpor odstránený. |
| **PMÚSR** | **všeobecne k materiálu** Všeobecne k materiálu Predkladaný materiál predstavuje zásadnú zmenu v poskytovaní služieb zdravotnej starostlivosti. Napriek uvedenému, materiál neobsahuje informáciu o tom, aký systém poskytovania služieb zdravotnej starostlivosti predkladateľ navrhuje, taktiež akým spôsobom novovznikajúci poskytovateľ napríklad ústavnej zdravotnej starostlivosti sa bude môcť uchádzať o zaradenie do zoznamu subjektov, ktorí spĺňajú kritériá kvality a tak vyvinúť konkurenčný tlak na existujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti; akým spôsobom boli nastavené indikátory kvality vo vzťahu k tomu, koľko poskytovateľov napríklad ústavnej zdravotnej starostlivosti tieto kritériá vzhľadom na súčasné potreby poskytnutia ústavnej zdravotnej starostlivosti a predpoklady jej vývoja tieto indikátory kvality bude schopných splniť, a teda aký je predpoklad, koľko poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti bude na danom spádovom území pôsobiť. Vzhľadom na vyššie uvedené, ako aj vzhľadom na to, že viaceré vykonávacie predpisy k návrhu, ak boli poskytnuté, tak len v informatívnej verzii, nie je možné poskytnúť vyčerpávajúce pripomienky a návrhy zo strany úradu s cieľom vytvoriť vhodné súťažné podmienky pri poskytovaní predmetných služieb v prospech spotrebiteľov – pacientov tam, kde je to účelné. Z vyššie uvedených dôvodov je nevyhnutné osobitnú dôvodovú správu vo vyššie uvedenom rozsahu doplniť. Danú pripomienku považujeme za odporúčaciu. | O | A |  |
| **SK SaPA** | **Čl. IV, bod. 6** Návrh: nové znenie poslednej vety „Na každých 18 lôžok určených pre poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti musí mať zariadenie sociálnej pomoci najmenej jednu sestru a na každých 10 lôžok určených pre poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti musí mať zariadenie sociálnej pomoci najmenej „jednu praktickú sestru“. Odôvodnenie: Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti je nositeľom výkonu odborne spôsobilá sestra. Nie je možné alternovať povolanie sestry za povolanie „praktickej sestry“ (premenovaného zdravotníckeho asistent). Zákon NR SR č. 576/ 2004 o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v § 2, ods. 13 uvádza: „Ošetrovateľská starostlivosť je zdravotná starostlivosť, ktorú poskytuje sestra s odbornou spôsobilosťou podľa osobitného predpisu metódou ošetrovateľského procesu v rámci ošetrovateľskej praxe.“ Ak sa v zariadení má poskytovať ošetrovateľská starostlivosť, tak ju musí poskytovať zdravotnícky pracovník, ktorý odbor ošetrovateľstvo študoval. Po absolvovaní študijného programu ošetrovateľstvo je zdravotnícky pracovník v regulovanom povolaní sestra. Jedine regulované povolanie sestra študuje metódu ošetrovateľského procesu. Neregulované povolanie praktická sestra neštuduje študijný program ošetrovateľstvo (4600 hodín), teda nemôže poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť v zmysle platnej slovenskej legislatívy a direktívy EÚ. Neregulované povolanie praktická sestra má rozsahom (2280 hodín v dennej a 990 hodín v externej forme) i obsahom diametrálne inú prípravu, ktorá je zameranie na vykonávanie jednoduchých výkonov, asistovanie. Absentuje príprava vo farmakológii, klinických odborov (napr. pediatria, geriatria, psychiatria, atď.), nie je vzdelávaná v posudzovaní – diagnostikovaní – plánovaní – realizácii – vyhodnocovaní pacientovho stavu, identifikácii jeho potrieb, nekladú sa nároky na kritické myslenie. Prvý absolventi študijného programu „praktická sestra“ sa dostanú do praxe najskôr v roku 2021. Rovnako nie je možné zamieňať tieto povolania aj z dôvodu rozdielnosti pracovných činností (kompetencií). Dôvodné je aj to, že prevažnú časť odborných ošetrovateľských činností v zariadeniach sociálnych služieb vykonávajú zdravotnícki pracovníci samostatne. V zariadeniach sociálnych služieb nie je stále prítomný lekár, čiže toto posudzovanie, sledovanie pacienta ostáva v plnej miere na sestre, vrátane zvládania akútnych situácií pri polymorbídnych pacientoch /klientoch. Ak by v zmene nebola sestra, tak by nemal kto podávať pacientom/ klientom lieky per os. Praktická sestra to nemá v kompetenciách. Absencia sestry prináša vážne ohrozenie bezpečnosti pacienta. Tento návrh je rizikový aj z dôvodu nadväznosti na zníženiu úrovne odbornej spôsobilosti zodpovednej osobnosti v zariadeniach sociálnej pomoci, ktorý je navrhovaný v čl. IV., bod. 7. | Z | A |  |
| **SK SaPA** | **Čl. VI, bod. 24** Návrh: odstrániť, alebo doplniť na koniec vety „alebo v neakreditovanom študijnom programe sústavného vzdelávania v oblasti neodkladnej podpory životných funkcií“ Odôvodnenie: Povinnosť absolvovať akreditovaný kurz v oblasti neodkladnej podpory životných funkcií znamená zvýšenie nákladov zdravotníckeho pracovníka na sústavné vzdelávanie. Tento návrh by mal opodstatnenie len vtedy ak by na týchto nákladoch participoval zamestnávateľ. Samozrejme nespochybňujeme a podporujeme potrebu neustáleho vzdelávania všetkých zdravotníckych pracovníkov v neodkladnej podpore životných funkcií. | Z | N | Zámerom je ustanoviť jednotné vzdelávanie v danom rozsahu a obsahu teoretických vedomostí a praktických zručností, ktoré ustanovuje MINIMÁLNY ŠTANDARD PRE ŠTUDIJNÝ PROGRAM SÚSTAVNÉHO VZDELÁVANIA NEODKLADNÁ PODPORA ŽIVOTNÝCH FUNKCIÍ uverejnený vo výnose Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky zo 17. septembra 2010 č. 12422/2010 - OL, ktorým sa ustanovujú minimálne štandardy pre špecializačné študijné programy, minimálne štandardy pre certifikačné študijné programy a minimálne štandardy pre študijné programy sústavného vzdelávania a ich štruktúra v znení neskorších predpisov. Minulý rok bola realizovaná úpravy zásad akreditácie na uskutočňovanie študijných programov, ktorej cieľom bolo zjednodušenie zabezpečenia materiálno technického vybavenia a tým sprístupnenie akreditácie predmetného študijného programu viacerým subjektom. |
| **SK SaPA** | **Čl. VI, bod. 15** Navrhujeme: v „§ 30a, ods. 3, písm. a), bod. 5 "čestné vyhlásenie o ovládaní" zmeniť na "doklad o absolvovaní skúšky zo štátneho jazyka." Odôvodnenie: V zmysle platnej legislatívy by mal byť relevantným dokladom o ovládaní štátneho jazyka doklad získaný po skúške na MZ SR. Stážista by mohol pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti počas svojej stáže na území SR bez ovládania nášho štátneho jazyka, ktoré je overené skúškou poškodiť pacienta. Nevedieť slovenský jazyk a vykonávať odborné pracovné činnosti, komunikovať s pacientom a ošetrovateľským tímom je v rozpore s poskytovaním bezpečnej zdravotnej starostlivosti. Ak zdravotnícky pracovník zo Slovenska odchádza na stáž do zahraničia, musí ovládať jazyk hosťujúcej krajiny. Predpokladáme, že mentor ktorý bude za stážistu zodpovedať počas 12 mesiacov nebude zastávať rolu tlmočníka. | Z | ČA | Podľa zákona č. 422/2015 Z.z. je možné overenie ovládania štátneho jazyka v rozsahu potrebnom na výkon príslušného regulovaného povolania skúškou vykonať po rozhodnutí o uznaní odbornej kvalifikácie alebo po vydaní európskeho profesijného preukazu. Podmienkou výkonu stáže je však len rozhodnutie o uznaní dokladu o vzdelaní. Stáž má byť vykonávaná pod priamym dohľadom lekára špecialistu, z tohto dôvodu stážista pri výkone činností samostatne v kontakte s pacientom nebude. |
| **SK SaPA** | **Čl. IV, bod. 7** Navrhujeme: vypustiť text „úplné stredné odborné vzdelanie na strednej zdravotníckej škole v študijných odboroch zdravotná sestra, detská sestra alebo všeobecná sestra a súčasne najmenej desaťročnú odbornú prax, vyššie odborné vzdelanie v študijnom odbore diplomovaná všeobecná sestra a súčasne najmenej trojročnú odbornú prax alebo vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa v študijnom odbore ošetrovateľstvo a súčasne najmenej trojročnú odbornú prax a“ a nahradiť "vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa v študijnom odbore ošetrovateľstvo a súčasne najmenej trojročnú odbornú prax." Odôvodnenie: Riadenie ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb (ďalej len „ZSS“) , vypracovanie plánu komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti sa nemôže presúvať na sestry, ktoré nezískali na tieto činnosti odbornú spôsobilosť. Poskytovanie adekvátnej a bezpečnej ošetrovateľskej starostlivosti klientom zariadení sociálnych služieb môže byť zabezpečené len za pomoci odborne spôsobilých sestier. Zvyšovanie kvality a efektivity riadenia ošetrovateľskej starostlivosti v ZSS by nemalo prebiehať znižovaním nárokov na vzdelanie zodpovedných osôb v odbore ošetrovateľstvo. V systéme zdravotnej starostlivosti na Slovensku MZ SR samotné uvádza nedostatok všeobecných lekárov pre dospelých a rovnako aj pre deti a dorast, ale nikde sme nezachytili, žeby sa tento problém riešil zmierňovaním podmienok na ich vzdelanie, resp. presunom na inú kategóriu zdravotníckych pracovníkov. 10- ročná prax sestry je samozrejme predpokladom pre kvalitnejšie poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti, ale nie na jej RIADENIE. Pre lepšie pochopenie uvádzame, že primárom oddelenia, alebo prednostom kliniky nemôže byť napr. „sekundárny lekár“ s 10 – ročnou praxou. Ďalej uvádzame, že tento návrh je v rozpore s Vyhláškou MZ SR č. 95/2018, Z. z. Máme za to, že na Slovensku je dostatočný počet sestier ktoré spĺňajú nami navrhované podmienky pre zodpovednú sestru v ZSS. Problém však vidíme v úrovni odmeňovanie v ZSS. Požiadavky na vzdelanie odborného zástupcu pre ošetrovateľskú starostlivosť v ZSS by mali byť obdobné, ako požiadavky na vzdelanie odborného zástupcu pre Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti. | Z | ČA | Zníženie kvalifikačných predpokladov súvisí aj s ďalšou navrhovanou zmenou a to, že ošetrovateľskú starostlivosť bude indikovať vždy lekár, ktorý má dostatočné kompetencie posúdiť stav pacienta. Zároveň sa stotožňujeme s navrhovateľom MZ SR, že zdravotná sestra, detská sestra alebo všeobecná sestra s 10 ročnou praxou a systémom ďalšieho vzdelávania má dostatočné odborné vedomosti. |
| **SKZL** | **Čl. I** 1.) Žiadame v Čl. I za bod 23 vložiť nový bod 24, ktorý znie: „V § 76 ods. 4 sa za slová „odseku 3 písm. b) až j)“ vkladajú slová „a komorám pre účel zániku registráciex) a zániku platnosti licencií zdravotníckych pracovníkovy“. Doterajšie body 24 a 25 sa označia ako body 25 a 26. Poznámky pod čiarou k odkazom x) a y) znejú: „x) § 63d zákona č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov. y) § 75 zákona č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.“. Odôvodnenie: Podľa § 49 ods. 1 písm. h) a r) zákona 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 (ďalej len „zákon č. 578/2004 Z. z.“) komory sú povinné viesť register príslušného zdravotníckeho povolania a register licencií, čo sa v spojení s odsekom 3 tohto paragrafu považuje za činnosť vo verejnom záujme. Podľa § 63d zákona č. 578/2004 Z. z. registrácia fyzickej osoby zaniká jej smrťou alebo vyhlásením za mŕtvu. Podľa § 75 zákona č. 578/2004 Z. z. platnosť licencie fyzickej zaniká jej smrťou alebo vyhlásením za mŕtvu. Smrť predstavuje právnu udalosť, na základe ktorej dochádza k zániku právnej subjektivity fyzickej osoby. Fyzická osoba prestáva byť nositeľom práv a právnych povinností s čím sa spája aj zánik spôsobilosti na právne úkony. Na základe uvedeného prestáva spĺňať aj podmienky na výkon zdravotníckeho povolania podľa § 31 ods. 1 zákona č. 578/2004 Z. z. Vzhľadom na závažnosť a dôsledky zániku registrácie a vydaných licencií pre zdravotníckeho pracovníka je potrebné pristúpiť k takémuto kroku až v prípade, keď je úmrtie zdravotníckeho pracovníka hodnoverne preukázané. Spôsob preukazovania úmrtia zdravotníckeho pracovníka je možné úmrtným listom alebo vyhlásením súdu za mŕtvu v prípadoch ustanovených v § 7 ods. 2 zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov. Podľa § 23 ods. 7 prvej vety zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov „Úmrtie fyzickej osoby alebo vyhlásenie za mŕtveho (§ 5 ods. 1) je povinný oznámiť úradu elektronicky príslušný úrad poverený vedením matriky do desiatich dní od vykonania zápisu do knihy úmrtí.“, preto Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou disponuje takýmito údajmi. Slovenská komora zubných lekárov v minulosti viackrát žiadala o poskytnutie úmrtných listov tak matričné úrady, ktoré takúto požiadavku odmietajú podľa § 18 zákona č. 154/1994 Z. z. o matrikách v znení neskorších predpisov, ako aj regionálne úrady pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, ktoré ich odmietajú poskytovať s odkazom na § 76 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Na základe uvedeného sme preto toho názoru, že Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou má poskytovať na vyžiadanie komôr údaje, ktoré sú potrebné na riadne vedenie registrov. | Z | ČA | Zapracované pridaním kompetencie úradu sprístupňovať registre. § 76 ods. 5 písm. b) ako štvrtý bod : "4. komorou, ak ide o vzájomnú výmenu informácií týkajúcich sa úmrtia fyzickej osoby alebo vyhlásenia za mŕtveho. § 23 ods. (7) Úmrtie fyzickej osoby alebo vyhlásenie za mŕtveho (§ 5 ods. 1) je povinný oznámiť úradu13) elektronicky príslušný úrad poverený vedením matriky do desiatich dní od vykonania zápisu do knihy úmrtí. Úrad je povinný úmrtie fyzickej osoby alebo vyhlásenie za mŕtveho oznámiť zdravotným poisťovniam elektronicky do piatich pracovných dní odo dňa, keď sa o tejto skutočnosti dozvedel. |
| **SKZL** | **celému návrhu zákona** 2.) Žiadame z celého predkladaného návrhu zákona vypustiť ustanovenia, ktoré zavádzajú a upravujú inštitút dočasnej odbornej stáže. Odôvodnenie: Zavedenie inštitútu tzv. dočasnej odbornej stáže bolo predmetom medzirezortného pripomienkového konania, č. LP/2019/154 k návrhu zákona, ktorého súčasťou bolo aj zavedenie tzv. klinického auditu, s čím bola spojená povinnosť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti zapracovať do svojho systému kvality interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta. Po kritike zo strany stavovských organizácii Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „ministerstvo zdravotníctva“) v ďalšom legislatívnom procese nepokračovalo, ale obišlo stavovské organizácie tak, že ustanovenia o klinickom audite boli zakomponované pozmeňujúcim návrhom Výboru NR SR pre zdravotníctvo do zákona č. 139/2019 Z. z., 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. Podľa odôvodnenia Výboru NR SR pre zdravotníctvo účelom interného systému hodnotenia pacienta je bezpečnosť pacienta a kreovanie novej kultúry v zdravotníckych zariadeniach. Je potom potrebné konštatovať, že kroky ministerstva zdravotníctva, ktorým navrhuje zaviesť inštitút tzv. dočasnej odbornej stáže, vyznievajú ako presný opak k záväzkom o bezpečnosti pacienta. Ako primárny účel dočasnej odbornej stáže sa javí obchádzanie ustanovení zákona č. 422/2015 Z. z. ohľadom povinnosti uznania odbornej kvalifikácie zdravotníckych pracovníkov, s čím súvisí spravidla absolvovanie doplňujúcej skúšky ako aj absolvovanie jazykovej skúšky. Zavedenie takéhoto inštitútu nemá oporu v žiadnej európskej smernici, rovnako znenie nie je súladné so znením dôvodovej správy, pretože v nej sa pojednáva len o oboznámení sa s pracovnými podmienkami a materiálno-technickým vybavením zdravotníckych zariadení a systémom poskytovania zdravotnej starostlivosti, kdežto predložený návrh zákona výkon zdravotnej starostlivosti priamo umožňuje. Zdravotnícky pracovník z tretej krajiny, ktorý bude držiteľom uznaného dokladu o vzdelaní na účely výkonu zdravotníckeho povolania lekár, bude môcť uzatvoriť pracovnoprávny vzťah zo zariadením ústavnej zdravotnej starostlivosti a vykonávať všetky výkony ako lekár v rozsahu jeho praxe podľa § 28 ods. 2 zákona č. 578/2004 Z. z. v spojení s § 4cb vyhlášky č. 321/2005 Z. z. o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach v znení neskorších predpisov (ďalej len „vyhláška č. 321/2005 Z. z.“), napriek tomu, že nebude mať absolvovanú ani doplňujúcu skúšku, ani jazykovú skúšku, ani nebude registrovaný v príslušnej komore. Uznávanie dokladov o vzdelaní zo strany Ministerstva školstva vedy, výskumu a športu sa v praxi deje v podstate automaticky pri každej žiadosti. Rovnako ohľadom ovládania jazyka postačuje ministerstvu zdravotníctva podľa predloženého návrhu len čestné prehlásenie. Nie je zrejmé, prečo ministerstvo zdravotníctva nezaviedlo osobitný spôsob overovania jazykovej znalosti, keď tomu žiadna právna prekážka nebráni a reálne môže byť ohrozené zdravie pacientov, a to nielen zlou komunikáciou s pacientom, ale predovšetkým s dohliadajúcim lekárom. S uvedeným súvisí aj otázka praktického významu takýchto stážistov pre zariadenie ústavnej zdravotnej starostlivosti ako aj pre samotných stážistov, pretože samotný rozsah praxe vymedzený vo vyhláške č. 321/2005 Z. z. neupravuje možnosť výkonu špecializovaných alebo certifikovaných pracovných činností. Takýto stážisti by mali mať len postavenie neatestovaných lekárov. Súčasne navrhovateľ neuložil žiadny spôsob kontroly takýchto stážistov zo strany ministerstva zdravotníctva alebo iného príslušného orgánu. Je možné predpokladať, že ministerstvo zdravotníctva ani nemá personálne kapacity, aby takéto kontroly vykonávalo. Len zakotvenie možnosti uloženia sankcie v maximálnej výške 15 000 eur má v takto závažnom prípade slabý preventívny účinok a nedostatočne ochraňuje samotného pacienta. | Z | N | Nejde o obchádzanie ustanovení zákona č. 422/2015 Z. z. ohľadom povinnosti uznania odbornej kvalifikácie zdravotníckych pracovníkov, s čím súvisí spravidla absolvovanie doplňujúcej skúšky ako aj absolvovanie jazykovej skúšky, práveže ide o uvedenie do praxe inštitútu tzv. adaptačného procesu, ktorý podľa tohto zákona existuje. Dočasná odborná stáž je jednou z možností na zvýšenie úspešnosti výkonu doplňujúcej skúšky žiadateľov na Ministerstve, školstva, vedy výskumu a športu SR. Táto možnosť je určená pre občanov z tretích štátov a občanov členských štátov, ktorí získali vzdelanie mimo členských štátov. Dočasná odborná stáž nepriznáva stážistovi status lekára, umožňuje mu výkon pracovných činností pod priamym dohľadom lekára špecialistu v rozsahu výkonu činností lekára bez špecializácie. Nakoľko je vysoká časová variabilita realizácie dočasnej odbornej stáže podmienka registrácie by bola zvýšená administratívna záťaž pre SLK a aj pre stážistu. Podľa zákona č. 422/2015 Z.z. je možné overenie ovládania štátneho jazyka v rozsahu potrebnom na výkon príslušného regulovaného povolania skúškou vykonať po rozhodnutí o uznaní odbornej kvalifikácie alebo po vydaní európskeho profesijného preukazu. Podmienkou výkonu stáže je však len rozhodnutie o uznaní dokladu o vzdelaní. Stáž má byť vykonávaná pod priamym dohľadom lekára špecialistu, z tohto dôvodu stážista pri výkone činností samostatne v kontakte s pacientom nebude. |
| **SKZL** | **Čl. VI** 3.) Žiadame v Čl. VI bod 18 slová „ministerstvu zdravotníctva, zdravotnej poisťovni a“ vypustiť. Odôvodnenie: Uvedený návrh považujeme za zbytočnú administratívnu záťaž pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Sme toho názoru, že požadované dáta stačí posielať cez informačný systém poskytovateľa zdravotnej starostlivosti len NCZI, ktoré ich zhromažďuje a poskytuje ďalším oprávneným subjektom. | Z | ČA | Údaje bude zbierať zdravotná poisťovňa, aby si mohla priebežne vyhodnocovať indikátory kvality a NCZI, dohoda sa vypúšťa. |
| **SKZL** | **Čl. VI** 4.) Žiadame, ak nebude akceptovaná 2. pripomienka, v Čl. VI bod 32 slová „15 000 eur“ nahradiť slovami „100 000 eur“. Odôvodnenie: Výška uloženej sankcie nemá dostatočný preventívny účinok. Vzhľadom na skutočnosť, že ochrana zdravia pacienta má byť prvoradá, čo je zavedením inštitútu dočasnej odbornej stáže minimálne pochybné, je na mieste aplikovať sankcie v takej výške, aby pôsobili dostatočne preventívne. | Z | N | pokuta ponechaná na stanovenej výške, ustanovenia o dočasnej stáži boli prepracované |
| **SKZL** | **Čl. X** 5.) Odporúčame v Čl. X slová „čl. I bodu 2 § 9 ods. 5“ zmeniť. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka. Čl. I bod 2 predkladaného návrhu úpravu § 9 ods. 5 neobsahuje. | Z | A |  |
| **SKZL** | **Čl. X** 6.) Žiadame v Čl. X za slová „čl. III bodov 9, 12 a 13“ vložiť slová „a čl. VI bod 5“. Odôvodnenie: Podľa dôvodovej správy k Čl. VI bod 5 (§ 9 ods. 1 písm. c) zákona č. 578/2004 Z. z.) platí, že „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 stanovení indikátory kvality budú 2 roky zbierať.“. Javí sa, že skutočnosť uvedenú v dôvodovej správe k Čl. VI bod 5 však Čl. X nereflektuje. | Z | A |  |
| **SLeK** | **§ 20 ods. 6 Zákona**  1. § 20 ods. 6 Zákona znie: „6. Ak má nemocničná lekáreň zriadené oddelenie výdaja liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín verejnosti, vzťahuje sa na ňu povinnosť podľa § 23 ods. 1 písm. v) a az).“ Doterajšie odseky 6 až 13 § 20 Zákona sa označujú ako odseky 7 až 14. Odôvodnenie: Pokiaľ má nemocničná lekáreň právo výdaja liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín verejnosti a zároveň právo účtovať pri tomto výdaji cenu obchodného výkonu, v zmysle rovnakého zaobchádzania neexistuje relevantný dôvod, kvôli ktorému by mali byť vyňaté z povinnosti tej istej verejnosti zabezpečiť výkon pohotovostnej služby spôsobom porovnateľným s verejnými lekárňami. Vzhľadom k logickej blízkosti týchto lekární k miestam výkonu ambulantnej či ústavnej pohotovostnej služby je táto povinnosť žiadúca a v prospech pacienta. | Z | N | Ide o pripomienku nad rámec návrhu zákona. |
| **SLeK** | **Doterajšie znenie § 135 ods. 1 písm. d)** 2. Doterajšie znenie § 135 ods. 1 písm. d) sa nahrádza znením: d) v spolupráci so Slovenskou lekárnickou komorou organizuje poskytovanie lekárenskej pohotovostnej služby. V prípade, ak nedôjde k dohode poskytovateľov lekárenskej starostlivosti so Slovenskou lekárnickou komorou na zabezpečení pohotovostnej služby organizovanej podľa prvej vety, nariaďuje poskytovanie lekárenskej pohotovostnej služby.“ Odôvodnenie: 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. | Z | A |  |
| **SLeK** | **§ 135 ods. 1 Zákona**  3. V § 135 ods. 1 Zákona sa dopĺňa nové písm. l) v znení: „l) zverejňuje rozpis organizácie poskytovania lekárenskej pohotovostnej služby na svojom webovom sídle najneskôr mesiac pred začiatkom obdobia, na ktoré sa rozpis organizácie poskytovania lekárenskej pohotovostnej služby vyhotovuje. Ak má samosprávny kraj e-mailovú adresu poskytovateľa lekárenskej starostlivosti rozpísaného v rozpise zabezpečenia lekárenskej pohotovostnej služby, zašle rozpis organizácie poskytovania lekárenskej pohotovostnej služby aj na túto e-mailovú adresu. Rozpis lekárenskej pohotovostnej služby zverejňuje samosprávny kraj najmenej na obdobie troch kalendárnych mesiacov. Rozpis organizácie poskytovania lekárenskej pohotovostnej služby obsahuje: a) dátum a čas poskytovania lekárenskej pohotovostnej služby, b) názov a adresu lekárne poskytujúcej lekárenskú pohotovostnú službu.“ Odôvodnenie: Zabezpečenie povinnosti samosprávneho kraja zverejniť rozpis lekárenskej pohotovostnej služby v záujme informovanosti verejnosti. | Z | A |  |
| **SLeK** | **V § 45 Zákona 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 sa dopĺňa ods. 4**  4. Pripomienka nad rámec Návrhu: V § 45 Zákona 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 sa dopĺňa ods. 4 v znení: „Slovenská lekárnická komora spolupracuje so samosprávnym krajom pri organizovaní a nariaďovaní lekárenskej pohotovostnej služby podľa osobitného predpisu.x) x) Zákon č. 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov“ Odôvodnenie: Navrhuje sa oprávnenie Slovenskej lekárnickej komory spolupracovať so samosprávnym krajom pri organizovaní a nariaďovaní lekárenskej pohotovostnej služby. | Z | A |  |
| **SLeK** | **Pripomienky nad rámec k Čl. V Návrhu**  5. Pripomienky nad rámec k Čl. V Návrhu : V § 38a ods. 7 a ods. 8 Zákon č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov sa slová „ 0,17 eura“ nahrádzajú slovami „5 eur“. Odôvodnenie: V súčasnosti neexistuje relevantný dôvod "nepripojenia" ambulancií lekárov do systému e-zdravie, napriek tomu stále existuje nezanedbateľná časť lekárov, ktorá túto povinnosť jednoducho ignoruje. Sekundárny tlak pacientov, ktorí v prípade týmito lekármi predpísaných lekárskych predpisov budú finančne viac zaťažení ako ostatní pacienti zabezpečí dodržiavanie zákona aj zo strany týchto lekárov. | Z | N | nad rámec návrhu zákona |
| **SLK** | **čl. VI bod 15** Navrhujeme vypustiť bod 15 Odôvodnenie: Ustanovenie neprimerane zvýhodňuje lekárov z tretích krajín v porovnaní s inými lekármi napr. z EÚ, ktorí musia preukazovať získane odbornej spôsobilosti na výkon povolania lekára. Zároveň návrh ohrozuje bezpečnosť pacienta pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti stážistom. Navrhovaná úprava obchádza ustanovene zákona č. 422/2015 Z. z. ohľadom povinnosti uznania odbornej kvalifikácie zdravotníckych pracovníkov, ktorej predpokladom je zloženie odbornej skúška a následne aj jazykovej skúšky. Zároveň nie je zrejmé ani právne postavenia stážistu a jeho kompetencii, keďže sa neregistruje v príslušnej komore, nie je ho možné považovať za zdravotníckeho pracovníka, nemožno ho považovať za zdravotníckeho pracovníka; ako nezdravotnícky pracovník napr. nie je oprávnený nakladať so zdravotnou dokumentáciou. Vzhľadom na personálne zabezpečenie ústavných zaradení nemožno v praxi reálne očakávať, že dohliadajúci lekár bude vždy fyzicky prítomný pri výkone stáže stážistom. | Z | N | Možnosť inštitútu dočasnej odbornej stáže je určená pre občanov z tretích štátov a občanov členských štátov, ktorí získali vzdelanie mimo členských štátov a majú MŠVVaŠ vydané rozhodnutie o uznaní dokladu o vzdelaní. Dočasná odborná stáž je jednou z možností na zvýšenie úspešnosti výkonu doplňujúcej skúšky žiadateľov na Ministerstve, školstva, vedy výskumu a športu SR nie je povinnosťou a je na rozhodnutí zamestnávateľa či stážistu zamestná a bude vedieť zabezpečiť splnenie podmienok ustanovených zákonom. Dočasná odborná stáž nepriznáva stážistovi status lekára, umožňuje mu výkon pracovných činností pod priamym dohľadom lekára špecialistu v rozsahu výkonu činností lekára bez špecializácie. Nakoľko je vysoká časová variabilita realizácie dočasnej odbornej stáže podmienka registrácie by bola zvýšená administratívna záťaž pre SLK a aj pre stážistu. Podľa zákona č. 422/2015 Z.z. je možné overenie ovládania štátneho jazyka v rozsahu potrebnom na výkon príslušného regulovaného povolania skúškou vykonať po rozhodnutí o uznaní odbornej kvalifikácie alebo po vydaní európskeho profesijného preukazu. Podmienkou výkonu stáže je však len rozhodnutie o uznaní dokladu o vzdelaní. Stáž má byť vykonávaná pod priamym dohľadom lekára špecialistu, z tohto dôvodu stážista pri výkone činností samostatne v kontakte s pacientom nebude. |
| **SLK** | **čl. VI bod 18** Navrhujeme vypustiť slová: „ministerstvu zdravotníctva, zdravotnej poisťovni a“ Odôvodnenie: Z dôvodu zníženia administratívnej záťaže navrhuje, aby údaje posielali len cez informačný systém NCZI. | Z | ČA | Údaje bude zbierať zdravotná poisťovňa, aby si mohla priebežne vyhodnocovať indikátory kvality a NCZI, dohoda sa vypúšťa. |
| **SLK** | **čl. VI - stratifikácia nemocníc** Slovenská lekárska komora snahu Ministerstva zdravotníctva SR vytvoriť model stratifikácie nemocníc, premietnutý do návrhu legislatívnych zmien víta a oceňuje. Nie je potrebné širšie komentovať snahu širokej odbornej verejnosti i samotnej Komory prijať v čo najkratšom čase opatrenia k zefektívneniu činnosti poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti s hlavným dôrazom na zvýšenie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Stratifikácia je však na druhej strane takým zásadným zásahom do činnosti nemocníc vo všetkých aspektoch ich fungovania, že je potrebné sa vyvarovať snahy o reformátorstvo za každú cenu, prijať unáhlené riešenia nedostatočné nielen po stránke právnej, ale predovšetkým po stránke realizácie v praxi v reálnych podmienkach slovenského zdravotníctva. Komora je toho názoru, že návrh predložený na pripomienkové konanie je potrebné stiahnuť z pripomienkového konania a dopracovať tak, aby zohľadňoval, pripomienky odbornej verejnosti. Odôvodnenie: Z predloženého materiálu je zrejmé, že Ministerstvo zdravotníctva pri príprave stratifikácie nemocníc si zobralo za základ zdravotný systém zo zahraničia. Sme však toho názoru, že MZ SR nezohľadnilo všetky významné aspekty, ktoré budú mať zásadný vplyv na realizáciu stratifikácie v praxi. Návrh vychádza zo základného členenia nemocníc na lokálne, regionálne, národné, kompetenčné centrá, kompetenčné centrá vyššieho typu, nemocnice následnej starostlivosti a špecializované nemocnice. Je vhodné pripomenúť, že v minulosti sa nemocnice delili podľa významu na nemocnice I., II., a III. typu, špecializované nemocnice a profesné nemocnice /vojenská, železničná, policajná atď/. Zákonom bol stanovený rozsah zdravotnej starostlivosti v nich poskytovaný. Nemocnice I. typu poskytovali základnú lôžkovú starostlivosť v základných odboroch, nemocnice II. typu poskytovali rozšírenú zdravotnú starostlivosť /väčšinou kopírovali usporiadanie podľa okresov/ a nemocnice III. typu boli koncové nemocnice, ktoré sa nachádzali v krajských mestách, ale vzhľadom na zabezpečenie lepšej dostupnosti aj vo väčších mestách /napr. Nitra, Prešov, Martin atď/. Označenie nemocnice I., II., III. typu boli nielen pre odbornú ale predovšetkým pre laickú verejnosť zrozumiteľnejšie. Slovensko v poslednom období „trpí“ používaním pojmov ako národný ústav, teraz už aj národná nemocnica, ktorý však u pacientov vyvoláva často úplne mylné predstavy o poslaní príslušnej nemocnice. Z návrhu zákona je možné vyvodiť vplyv rôznych záujmových skupín, na navrhovaný systém stratifikácie. Týka sa to predovšetkým ustanovení o kompetenčných a vyšších kompetenčných centrách, ktoré by nemali mať právo byť samostatné, ale mali by byť vytvárané v rámci väčších nemocníc /kompetenčné centrum v nemocnici II. typu /regionálnej/ a vyššie kompetenčné centrum v nemocnici III. typu / národnej/. Opäť ide o prevzatie modelu iných krajín, napr. Rakúsko, Česká republika, Nemecko. „Izolované“ kompetenčné centrá s neprítomnosťou základných medicínskych odborov, ale aj značnej časti SVALZ-ov neposkytujú „bezpečnú“ zdravotnú starostlivosť, pretože sú v prípade vzniku komplikácií odkázané na výpomoc od veľkých nemocníc. Absencia lôžkového gynekologického zariadenia /aspoň pôrodnice/ vo výbave lokálnej nemocnice je súčasťou plánu na výraznú redukciu tohto typu zariadení na Slovensku; svedčí o tom aj požadovaný minimálny počet zdravotných výkonov, ktorý je zbytočne nadsadený. Zle sú nastavené aj parametre kvality a limity pre minimálny počet zdravotných výkonov – nerozlišuje sa pracovisko, ktoré poskytuje urgentnú zdravotnú starostlivosť /s pochopiteľne vyšším počtom komplikácií a reoperácií/ a pracovisko, ktoré poskytuje väčšinou len elektívnu zdravotnú starostlivosť /väčšinou kompetenčné centrá/. Prax je taká, že ak sa vyskytne komplikácia u pacienta operovaného v kompetenčnom centre, ten je hospitalizovaný v spádovej nemocnici. Podľa návrhu by lokálne a regionálne nemocnice poskytovali hlavne urgentnú starostlivosť. Takýto koncept je potrebné odmietnuť, pretože ten kto ovláda napr. urgentnú chirurgiu, ovláda aj elektívnu chirurgiu; naopak to neplatí – urgentná chirurgia je najťažšia, pracuje sa v nej za pochodu s nepripraveným pacientom s rôznymi komorbiditami, ktoré môžu výrazným spôsobom ovplyvniť výsledok operácie. Je nezmyselné a ekonomicky neefektívne v akejkoľvek nemocnici požadovať nepretržitú službu na mamografii a simulátore počítačovej tomografie /onkologické centrum vyššieho typu/. Rovnako je nejasný termín onkochirurgia – čo to je, aký má rozsah, je onkochirurgia len elektívna, alebo aj urgentná? Napríklad v NOU Bratislava sa vykonávajú len onkochirurgické operácie z oblasti všeobecná chirurgia a gynekológia. Ak je to „Národný onkologický ústav“ mal by asi operovať aj malignity v hrudníkovej chirurgii, urológii, ortopédii, ORL, oftalmológii, plastickej chirugii , cievnej chirurgii, stomatochirurgii atď., ktoré sa operujú vo všeobecných nemocniciach. V záujme zvyšovania kvality zdravotnej starostlivosti a zvyšovania bezpečnosti pacienta je potrebné súhlasiť s názorom, že zdravotnú starostlivosť každého druhu by mali vykonávať pracoviska dostatočne odborne a ale aj prakticky pripravené zvládnuť výkony ktoré svojou náročnosťou zodpovedajú očakávaniu a potrebám pacienta v súlade so svojim zameraním. Je však potrebné poukázať na to, že je rozdiel vykonať takúto centralizáciu výkonov na pracoviskách, ktoré sú vo vlastníctve alebo riadiacej pôsobnosti jedného subjektu, ako v celom systéme pri rôznorodých vlastníckych a riadiacich vzťahoch. Zrušenie inštitútu koncových nemocníc a zaradenie ústavných poskytovateľ do minimálnej verejnej siete, praktický znamená, že popri síce formálnom dohodovaní o podmienkach zmlúv a cenách za poskytnutú zdravotnú starostlivosť, bude poisťovňa rozhodovať aj o existencii niektorých činností nemocníc. Navrhovaná úprava, že poisťovňa môže neuzavrieť zmluvu pri nedosiahnutí stanoveného počtu výkonov, jej dáva možnosť rozhodovať o existencii pracovísk poskytovateľa. Postavenie zdravotných poisťovní sa tým v systéme posilňuje na úkor poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Návrh v tomto znení je tak zjavne zvýhodňuje finančnú skupinu, ktorá ovláda zdravotnú poisťovňu aj zdravotnícke zariadenia. Návrh legislatívnych zmien síce na jednej strane dáva možnosť neuzatvoriť zmluvu zdravotnou poisťovňou s poskytovateľom, ktorý nesplnil stanovený počet výkonov, na druhej strane je ale potrebné poukázať na to, že navrhované legislatívne zmeny neupravujú ako zdravotná poisťovňa tento výpadok zdravotnej starostlivosti nahradí. Predovšetkým z pohľadu povinnosti iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti prijať zvýšenie výkonov. Zákon síce upravuje povinnosť poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti ktorý poskytuje urgentnú zdravotnú starostlivosť na urgentnom príjme 1. typu alebo na urgentnom príjme 2. typu, uzatvoriť zmluvu so zdravotnou poisťovňou, takáto povinnosť však nie je daná iným typom nemocníc. Nemožno pritom opomenúť trvalý legislatívny nedostatok právnej úpravy povinnosti uzatvoriť zmluvu, keď zákony ukladajú či už poskytovateľom, alebo zdravotným poisťovniam povinnosť uzatvoriť zmluvu, ale neupravujú podstatné náležitosti takejto zmluvy. V prípade, že sa strany na uzatvorení zmluvy nedohodnú, nie je reálny predpoklad dosiahnuť súdne určenie obsahu takejto zmluvy. Prostriedkom nátlaku na poskytovateľov a zdravotné poisťovne síce ostane hrozba zrušenia zmluvy, čo však pri potrebe zabezpečenia zdravotnej starostlivosti občanom je viac menej teoretická možnosť a v praxi je predpoklad, že nebude aplikovaná. Je preto viac ako dôvodné sa domnievať, že legislatívne bude zdravotnej poisťovni daná možnosť neuzatvoriť s poskytovateľom zmluvu na výkony, ktoré nedosiahli stanovený počet, avšak pri povinnosti poisťovne zabezpečiť zdravotnú starostlivosť svojim pacientom, tieto zákonné ustanovenia nebude aplikovať. Ako sme už uviedli v úvode, na aplikáciu návrhu v praxi bude mať zásadný význam aj financovanie zdravotnej starostlivosti, resp. ceny jednotlivých výkonov. Prirodzeným ekonomickým záujmom poskytovateľa zdravotnej starostlivosti bude záujem zbaviť sa ekonomicky neefektívnych výkonov. V porovnaní napr. s Dánskom, kde výška platby za výkon zaručuje poskytovateľ záujem realizovať akýkoľvek výkon, na Slovensku je situácia zásadne rozdielna. Je dlhodobým problémom nevyváženosť výšky odmeny za jednotlivé výkony ale aj celková nedofinancovanosť systému. Je základnou chybou domnievať sa, že navrhované zmeny prinesú do zdravotníctva dostatok finančných problémov, vychádzajú z toľko krát prezentovanou mylnou fikciou, že v slovenskom zdravotníctve je dostatok finančných prostriedkov, iba sa s nimi zle hospodári. Ak teda vychádzame z porovnania Slovenska s Dánskom, stačí porovnať výšku prostriedkov vynakladaných na jedného pacienta. Osobitnú pozornosť je potrebné venovať inému ešte závažnejšiemu aspektu realizácie návrhu zákona a to personálnym a materiálno technickým podmienkam poskytovateľov prevziať časť činností. Súčasný, ale aj v časovom horizonte predpokladaného uvedenia legislatívnych návrhov do praxe, akútny nedostatok zdravotníckych pracovníkov nedáva reálny predpoklad prevzatia výkonov iným poskytovateľom, zvlášť v prípade ak sa bude jednať o výkony finančne nezaujímavé. V neposlednom rade, je potrebné tiež poukázať na zákonné práva pacientov na poskytnutie zdravotnej starostlivosti z prostriedkov verejného zdravotného poistenia, na právo pacienta na výber poskytovateľa, právo pacienta na poskytnutie zdravotnej starostlivosti poskytovateľom v rozsahu povolenia na poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Legislatívne neriešenia týchto otázok v súvislosti s návrhom stratifikácie bude mať za následok, že v niektorých ústavných zariadeniach bude časť výkonov poskytovaná za priamu úhradu pacienta, čím sa zvýši priama finančná zaťaženosť pacienta aj v prípadoch kedy mal zákonné právo na úhradu zdravotnej starostlivosti s prostriedkov verejného zdravotného poistenia. Slovenská lekárska komora s ohľadom na vyššie uvedené navrhuje na základe zásadných pripomienok legislatívny proces zastaviť a návrh legislatívnych zmien dopracovať. | Z | N | Limity boli konzultované so všetkými odbornými spoločnosťami. Pôrody musia byť hradené vždy, pretože ide o nedokladnú zdravotnú starostlivosť. Nomenklatúra vychádza z 296 - onkochirurgia. Nemôžeme súhlasiť so stiahnutím materiálu. Stratifikácia bola rokovaná aj s komorou.Východiskový model vychádzal z Dánskeho modelu, avšak aplikovaný bol na slovenské pomery, systém je iný, napasovali sme to na súčasnosť. Stratifikácia má jeden zmysel a to koncentrovať zdroje a to všetky aj ľudské zdroje. Redukovať počet akútnych nemocníc - jediná cesta je, aby sa personál presúval. |
| **SocioFórum, o.z.** | **Bod 3 k § 10a ods.3** Bod 3 k § 10a ods.3 sa mení druhá veta takto: „Zodpovedná osoba môže byť určená najviac pre dve zariadenia sociálnej pomoci, ak každé z týchto zariadení sociálnej pomoci nemá viac ako 40 lôžok určených na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti, a musí byť s týmto zariadením sociálnej pomoci v pracovnoprávnom vzťahu na ustanovený týždenný pracovný čas.“ Odôvodnenie: Navrhovaná zmena neadekvátne sprísňuje doterajšie podmienky týkajúce sa zodpovednej osoby, nakoľko umožňuje mať určenú zodpovednú osobu len pre jedno zariadenie a navyše určuje ďalšiu povinnosť mať v každom zariadení sociálnej pomoci sestru a to jednu na každých 18 lôžok určených na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti. Návrh súčasne neúmerne zvyšuje náklady poskytovateľa na zabezpečenie zodpovednej osoby, ak by ju mal mať pre každé zariadenie sociálnej pomoci. Navyše osôb s požadovanou kvalifikáciou je nedostatok a v prípade, že poskytovateľ takúto osobu nevie zabezpečiť, dôsledkom bude nemožnosť uhrádzať ošetrovateľské výkony pre prijímateľov v zariadeniach sociálnej pomoci zo zdrojov verejného zdravotného poistenia. Paradoxná situácia vznikne u tých poskytovateľov, ktorí prevádzkujú viaceré druhy sociálnych služieb (napríklad zariadenie pre seniorov, špecializované zariadenie a domov sociálnych služieb) v jednej budove, pričom návrh by vyžadoval, aby v tomto jednom objekte pôsobili tri zodpovedné osoby, čo je veľmi finančne nákladné a neefektívne. | Z | ČA | Pripomienka čiastočne akceptovaná, zodpovedná osoba môže byť stanovená najviac pre dve zariadenia, avšak počet lôžok určených na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti nesmie v oboch zariadeniach presiahnuť 18 lôžok. |
| **SocioFórum, o.z.** | **Bod 3 k § 10a ods.3** Bod 3 k § 10a ods.3 sa mení druhá veta takto: „Zodpovedná osoba môže byť určená najviac pre dve zariadenia sociálnej pomoci, ak každé z týchto zariadení sociálnej pomoci nemá viac ako 40 lôžok určených na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti, a musí byť s týmto zariadením sociálnej pomoci v pracovnoprávnom vzťahu na ustanovený týždenný pracovný čas.“ Odôvodnenie: Navrhovaná zmena neadekvátne sprísňuje doterajšie podmienky týkajúce sa zodpovednej osoby, nakoľko umožňuje mať určenú zodpovednú osobu len pre jedno zariadenie a navyše určuje ďalšiu povinnosť mať v každom zariadení sociálnej pomoci sestru a to jednu na každých 18 lôžok určených na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti. Návrh súčasne neúmerne zvyšuje náklady poskytovateľa na zabezpečenie zodpovednej osoby, ak by ju mal mať pre každé zariadenie sociálnej pomoci. Navyše osôb s požadovanou kvalifikáciou je nedostatok a v prípade, že poskytovateľ takúto osobu nevie zabezpečiť, dôsledkom bude nemožnosť uhrádzať ošetrovateľské výkony pre prijímateľov v zariadeniach sociálnej pomoci zo zdrojov verejného zdravotného poistenia. Paradoxná situácia vznikne u tých poskytovateľov, ktorí prevádzkujú viaceré druhy sociálnych služieb (napríklad zariadenie pre seniorov, špecializované zariadenie a domov sociálnych služieb) v jednej budove, pričom návrh by vyžadoval, aby v tomto jednom objekte pôsobili tri zodpovedné osoby, čo je veľmi finančne nákladné a neefektívne. | Z | ČA | Pripomienka čiastočne akceptovaná, zodpovedná osoba môže byť stanovená najviac pre dve zariadenia, avšak počet lôžok určených na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti nesmie v oboch zariadeniach presiahnuť 18 lôžok. |
| **SOCPOIST** | **K článku IV - K § 12b ods. 4 - K písmenu b)**  Po novo navrhovanej úprave písmena a) oznamovaciu povinnosť všeobecných lekárov vo vzťahu k zdravotným poisťovniam na účely „poistencov štátu“ navrhujeme upraviť v písmene b) tak, aby úprava korešpondovala úprave písmena a). Uvedenú pripomienku považujeme za zásadnú. | Z | N | Neakceptuje sa z dôvodov uvedených k vyhodnoteniu pripomienky k § 12b ods. 4 písm. a). |
| **SOCPOIST** | **K článku IV - K § 12b ods. 2 - K písmenu a)** Sociálna poisťovňa nesúhlasí so zmenou podmienok potreby domácej starostlivosti v § 12b ods. 2 písm. a), t. j. so znížením počtu dní hospitalizácie zo sedem na päť dní, nakoľko zastáva názor, že v prípadoch závažnej poruchy zdravia je opodstatnená podmienka sedemdňovej hospitalizácie. Podľa štatistiky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky priemerná dĺžka hospitalizácie v Slovenskej republike za rok 2017 je 8,3 dňa (aktuálny údaj nie je k dispozícii), pričom dĺžka hospitalizácie závisí od závažnosti zdravotného stavu (najdlhšiu dobu vyžadovali duševné poruchy a poruchy správania) a veku poistenca (očakávaný nárast hospitalizácií z dôvodu starnutia populácie). V súčasnosti je už avizovaný dlhodobo neudržateľný súčasný stav a nárast hospitalizácií do roku 2030 z dôvodu rizikových oblastí: 1. Geriatria (+51%) 2. Dlhodobá starostlivosť (+46%) 3. Interná medicína (+36%) 4. Kardiológia (+33%). Hospitalizácia svedčí o závažnosti zdravotného stavu a tímy zdravotníckych pracovníkov pri ústavnej zdravotnej starostlivosti môžu objektívne posúdiť potrebu domácej starostlivosti s multidisciplinárnym prístupom. Bola by odborným rizikom len krátka hospitalizácia napr. dva až päť dní, preto Sociálna poisťovňa považuje za potrebné a odôvodnené určiť aspoň sedem kalendárnych dní, aby bolo možné čo najobjektívnejšie určiť aspoň vo väčšine prípadov prognózu o potrebe nadväzujúcej domácej starostlivosti najmenej 30 dní. Poskytovatelia ústavnej zdravotnej starostlivosti nie sú zatiaľ orientovaní na hodnotenie disaptibility, kvality života a potreby domácej starostlivosti, preto skracovanie doby hospitalizácie predstavuje tak odborné riziko pre správne stanovenie prognózy, ako aj zvyšuje možnosť účelovosti konania pri menej závažných diagnózach. Navyše uvedená zmena by znamenala aj ďalšiu finančnú záťaž pre Sociálnu poisťovňu v dôsledku zvýšenia prípadov domácej starostlivosti, s čím Sociálna poisťovňa nesúhlasí. Ďalej znenie písmena a) je potrebné zosúladiť s definíciou domácej starostlivosti uvedenej v § 12b ods. 1, ako aj so znením v úvodnej vety odseku 2, t. j. v písmene a) je potrebné slová „u chorého rodinného príslušníka“ nahradiť slovami „u chorého príbuzného“. Podľa § 12b ods. 1 domáca starostlivosť je osobná a celodenná starostlivosť rodinného príslušníka o chorého príbuzného v jeho prirodzenom sociálnom prostredí. V § 12b ods. 2 písmene a) je však upravené, že potrebu poskytovania domácej starostlivosti chorému príbuznému posudzuje a rozhoduje o nej príslušný ošetrujúci lekár, ktorým je lekár zdravotníckeho zariadenia ústavnej starostlivosti určený poskytovateľom, ak u chorého rodinného príslušníka došlo k závažnej poruche zdravia, ktorá si vyžiadala hospitalizáciu. V kontexte na znenie odseku 1 aj úvodnej vety odseku 2 máme za to, že k závažnej poruche zdravia má dôjsť u chorého príbuzného, nie u rodinného príslušníka, ktorým je podľa odseku 1 osoba, ktorá ošetruje. Uvedenú pripomienku považujeme za zásadnú. | Z | N | Aj vzhľadom na tom, že sa návrh predkladá spolu. Lekári by umelo predlžovali hospitalizáciu na 7 dní. Tendencia je prepúšťať pacientov čo najskôr, ak nevyžadujú komplexnú ústavnú starostlivosť. |
| **SOCPOIST** | **K článku III – k bodom 2, 6 a 11 - k § 26, 42, 140** V dôvodovej správe k § 42 sa uvádza, že ošetrovné sa všetkým poistencom dohromady v tom istom prípade vypláca najdlhšie po dobu 90 dní, čo však z navrhovanej právnej úpravy nevyplýva. Podľa § 42 písm. b) nárok na dlhodobé ošetrovné zaniká najneskôr uplynutím 90 dní trvania nároku na výplatu ošetrovného v úhrne všetkým poistencom, pričom návrh zákona nikde neupravuje, že 90 dní výplaty by sa malo týkať iba toho istého prípadu. Ak napr. u ošetrovanej osoby (pri tom istom ochorení) mesiac po vyčerpaní 90 dní ošetrovania dôjde k zhoršeniu zdravotného stavu, na základe ktorého bude hospitalizovaný osem dní a po hospitalizácii vznikne opätovne potreba domácej starostlivosti najmenej 30 dní (ktorá reálne zanikla iba z dôvodu hospitalizácie), máme za to, že návrh zákona opätovný nárok na ošetrovné nevylučuje. Vzhľadom na závažnosť zdravotného stavu ošetrovaných osôb takáto situácia sa môže opakovať viackrát do roka. V predmetnom prípade máme za to, že nejde o ten istý prípad ošetrovania (aj v prípade, ak nedôjde k zmene diagnózy), nakoľko ide o novú hospitalizáciu, t. j. nové skutkové okolnosti, ktoré viedli k potrebe ošetrovania (aj keď pri tej istej diagnóze). V súvislosti s uvedeným navrhovanú právnu úpravu považujeme za nejednoznačnú a problematicky vykonateľnú, nakoľko bližšie neupravuje za akých podmienok môže vzniknúť opätovný nárok na ošetrovné, čo navyše vytvára priestor na možnosť zneužívania systému sociálneho poistenia jednak vo vzťahu k čerpaniu dávky, ako aj vo vzťahu k plateniu poistného. Preto v návrhu zákona je nevyhnutné sa vysporiadať s opätovným vznikom nároku na ošetrovné, resp. zadefinovať ten istý prípad potreby ošetrovania. Neobmedzené trvanie potreby domácej starostlivosti na účely zákona o sociálnom poistení, vylúčenie povinnosti platiť poistné 90 dní u každého poistenca a následná možnosť prerušenia poistenia bez obmedzenia vytvára možnosť na zneužívanie systému sociálneho poistenia a možnosť vyhnúť sa plateniu poistného napr. u SZČO dlhé časové obdobie, nakoľko samotná potreba ošetrovania, t. j. závažný zdravotný stav ošetrovanej osoby môže trvať aj roky. Vzhľadom na uvedené skutočnosti a súčasne v záujme bezproblémovej vykonateľnosti návrhu zákona a zabránenia zneužívaniu systému sociálneho poistenia navrhujeme, aby nárok na ošetrovné bol stanovený max. 90 dní od vzniku potreby domácej starostlivosti s tým, že obdobím vylúčenia z platenia poistného by bolo totožné obdobie (90 dní potreby domácej starostlivosti). Po vyčerpaní 90 dní na účely zákona o sociálnom poistení by došlo k ukončeniu potreby domácej starostlivosti bez prerušenia poistenia od 91. dňa. V nadväznosti na navrhované ohraničenie potreby domácej starostlivosti na 90 dní je potrebné: • v § 26 vypustiť tento dôvod prerušenia poistenia, nakoľko k nemu ani nedôjde, • v § 42 písm. b) upraviť maximálnu dobu poskytovania ošetrovného na 90 dní od vzniku potreby domácej starostlivosti, • v § 140 obdobie vylúčenia ponechať na potrebe ošetrovania a teda ho neviazať na dávku, nakoľko zamestnávateľ by nevedel posúdiť, aké je obdobie poberania dávky ošetrovného; súčasne v § 140 je potrebné upraviť zánik vylúčenia tak, aby vylúčenie zanikalo uplynutím 90. dňa, od vzniku potreby domácej starostlivosti, v úhrne na chorého pacienta, t. j. nie 90 dní pre každého ošetrujúceho. Uvedenú pripomienku považujeme za zásadnú. | Z | N | K § 42: Ak potreba domácej starostlivosti zanikla a po jej zániku vznikne nová potreba (a to aj z dôvodu tej istej diagnózy, pri ktorej zanikla predchádzajúca potreba domácej starostlivosti), poistencovi vznikne nový nárok na dlhodobé ošetrovné ak splní všetky kumulatívne podmienky nároku. Napriek uvedenému sa v § 12b zákona č. 576/2004 Z. z. sprecizuje navrhovaná úprava domácej starostlivosti tak, že sa vylúči vznik novej potreby domácej starostlivosti v prípade hospitalizácie chorého príbuzného počas trvania aktuálne indikovanej potreby domácej starostlivosti. K § 26 a § 140: Prípadným akceptovaním návrhu Sociálnej poisťovne by dochádzalo k absurdným situáciám. Pri vylúčení povinnosti platiť poistné poistencom (najmä zamestnancom), ktorý napr. nezačal vykonávať domácu starostlivosť od prvého dňa potreby, ale ju začal vykonávať počas 90 dní trvania potreby, poistné zaplatené za obdobie od prvého dňa potreby domácej starostlivosti do dňa začatia faktického vykonávania domácej starostlivosti týmto poistencom by bolo zaplatené bez právneho dôvodu a Sociálna poisťovňa by ho musela vrátiť napriek tomu, že v tomto období poistenec vykonával zárobkovú činnosť. V prípade, že by nedošlo k prerušeniu poistenia od 91. dňa, došlo by k absurdnej situácii spočívajúcej v tom, že napr. SZČO by musela za obdobie faktického vykonávania domácej starostlivosti platiť poistné. Vo vzťahu k prerušeniu poistenia by sa návrhom Sociálnej poisťovne neodôvodnene zaviedol dvojaký právny režim, pretože v prípade dočasnej PN trvajúcej dlhšie ako 52 týždňov alebo krátkodobého ošetrovania trvajúceho dlhšie ako 14 dní by dochádzalo k prerušeniu poistenia, avšak v prípade faktického vykonávania domácej starostlivosti po 90 dni by sa poistenie neprerušilo s následkom povinnosti platiť poistné. |
| **SOCPOIST** | **K článku IV - K § 12b ods. 2 - K úvodnej vete**  V § 12b ods. 2 v úvodnej vete navrhujeme vypustiť slovo „poskytovania“, nakoľko Sociálna poisťovňa má za to, že lekár podľa § 12b ods. 2 neurčuje potrebu poskytovania domácej starostlivosti konkrétnou osobou ale všeobecne indikuje/určí potrebu domácej starostlivosti a zároveň by mal určiť aj dátum vzniku potreby domácej starostlivosti, preto navrhujeme znenie úvodnej vety upraviť; úpravou znenia sa zabezpečí súlad aj s úvodnou vetou § 12b ods. 3. Úpravu je potrebné premietnuť v celom návrhu zákona, vrátane článku III. Uvedenú pripomienku považujeme za zásadnú. | Z | N | V kontexte neakceptovania pripomienky k § 26 a § 140 sa pripomienka neakceptuje z dôvodu, že je potrebné potvrdzovať poskytovanie domácej starostlivosti pre každého poistenca osobitne a to na účely vylúčenia povinnosti platiť poistné, prerušenia poistenia, ako aj na účely preukázania prekážky v práci z dôvodu ošetrovania člena rodiny. |
| **SOCPOIST** | **K článku IV - K § 12b ods. 3 - K písmenu b)**  V § 12b ods. 3 písm. b) navrhujeme slová „vystaví žiadosť o ošetrovné“ nahradiť slovami „potvrdí vznik potreby domácej starostlivosti na žiadosti o ošetrovné“. Ošetrovateľovi nebude lekár vystavovať žiadosť o ošetrovné, iba na nej potvrdí údaje, ktoré sú v kompetencii lekára, t. j. údaje o ošetrovanej osobe a potrebe jej ošetrovania. Uvedenú pripomienku považujeme za zásadnú. | Z | ČA | Čiastočne sa akceptuje; príslušný ošetrujúci lekár potvrdí vznik potreby domácej starostlivosti, ako aj jej prvé poskytovanie , zároveň sa rozšíri kompetencia všeobecného lekára o potvrdzovanie druhého a ďalšieho poskytovania domácej starostlivosti. |
| **SOCPOIST** | **K článku IV - K § 12b ods. 3 - K písmenu c)** V § 12b ods. 3 súčasne navrhujeme písmeno c) vypustiť a oznamovaciu povinnosť preniesť na rodinného príslušníka – ošetrovateľa. Z dôvodu duplicity navrhujeme odbremeniť príslušného ošetrujúceho lekára od oznamovania potreby domácej starostlivosti všeobecnému lekárovi, nakoľko ošetrovateľ v každom prípade musí navštíviť všeobecného lekára za účelom potvrdenia trvania potreby ošetrovania, bez ktorého Sociálna poisťovňa nevie vyplatiť dávku. Súčasne máme za to, že ošetrovateľ je aj z iných dôvodov (napr. predpisovanie liekov, návštevy lekára a pod.) v kontakte so všeobecným lekárom. Uvedenú zmenu navrhujeme zapracovať do odseku 5. Uvedenú pripomienku považujeme za zásadnú. | Z | N | Návrh Sociálnej poisťovne zakladá ďalšiu záťaž pre poistenca, ktorý vykonáva domácu starostlivosť. Argumentácia Sociálnej poisťovne, že „nakoľko ošetrovateľ v každom prípade musí navštíviť všeobecného lekára za účelom potvrdenia trvania potreby ošetrovania“ v kontexte lehoty uvedenej v pripomienke Sociálnej poisťovne k § 12b ods. 5 je nedôvodná, pretože pre ošetrovateľa je navrhovaná trojdňová lehota v ktorej má oznámiť všeobecnému lekárovi vystavenie žiadosti podľa odseku 3. T.j. ošetrovateľ by musel počas jedného mesiaca navštíviť všeobecného lekára výlučne z tohto dôvodu nadbytočne. |
| **SOCPOIST** | **K článku IV - K § 12b odsek 5 -**  V § 12b odsek 5 navrhujeme nahradiť nasledovným znením: „(5) Osoba, ktorej žiadosť o ošetrovné potvrdil príslušný ošetrujúci lekár podľa odseku 2, je povinná túto skutočnosť oznámiť všeobecnému lekárovi podľa § 12 ods. 1 do troch pracovných dní a do troch pracovných dní oznámiť mu aj začiatok a ukončenie poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti chorému rodinnému príslušníkovi.“. Oznamovanie ústavnej starostlivosti požadujeme ponechať iba v prípade, ak bude ponechané a zadefinované prerušenie potreby domácej starostlivosti. Uvedenú pripomienku považujeme za zásadnú. | Z | N | Neakceptuje sa z dôvodov uvedených k vyhodnoteniu pripomienky k § 12b ods. 3 písm. c). |
| **SOCPOIST** | **K článku IV - K bodu 14 - k § 12b**  V § 12b z dôvodu jednoznačnosti právnej úpravy považujeme za potrebné upraviť okrem dňa vystavenia žiadosti o ošetrovné aj deň vzniku potreby domácej starostlivosti [ods. 2 písm. a) – nasledujúci deň po prepustení, ods. 2 písm. b) v deň, kedy ošetrujúci lekár potrebu zistil]; domáca starostlivosť podľa odseku 2 písm. a) je naviazaná na päťdňovú hospitalizáciu, potreba ošetrovania by mala logicky nadviazať na túto hospitalizáciu, bez možnosti posunutia začiatku (aj v § 12a ods. 3 a 4 pri dočasnej pracovnej neschopnosti je jednoznačne upravený deň vzniku dočasnej pracovnej neschopnosti, ako aj uznanie dočasnej pracovnej neschopnosti). V opačnom prípade môže dôjsť k účelovým posunom vzniku potreby ošetrovania a vzniká priestor pre špekulatívnu manipuláciu s rozhodujúcim obdobím, resp. s dosiahnutím 90 dní platenia poistného u zamestnancov, alebo s podmienkou zaplatenia poistného u SZČO a dobrovoľne poistených osôb. Súčasne považujeme za potrebné ohraničiť maximálnu dĺžku domácej starostlivosti podľa § 12b ods. 1 na účely zákona o sociálnom poistení. Bez ohraničenia dôjde k obdobným situáciám ako pri dočasných pracovných neschopnostiach, že prípady budú otvorené aj roky, lebo napr. pri samoplatiteľoch je to výhodné pre poistencov – neplatia poistné aj na úkor prerušenia poistenia. V prípade, ak by potreba domácej starostlivosti nebola ohraničená 90 dňami, preukazovanie jej trvania v ďalšom období by vzhľadom na spornosť prípadu znamenala aj zvýšenie záťaže posudkových lekárov sociálneho poistenia, čo považujeme za potrebné vzhľadom na personálne problémy eliminovať. Ďalším dôvodom, prečo považujeme za opodstatnené ohraničiť maximálnu dĺžku domácej starostlivosti na 90 dní je, ako sme už uviedli, že uvedený inštitút by mal byť premostením medzi dávkami sociálneho poistenia a sociálnymi dávkami poskytovanými v súvislosti s kompenzáciou ťažkého zdravotného postihnutia a v období po vyčerpaní ošetrovného by mal nastúpiť iný režim sociálneho zabezpečenia. Vznik potreby domácej starostlivosti a stanovenie jej maximálnej dĺžky na účely zákona o sociálnom poistení navrhujeme upraviť novými odsekmi § 12b, ktoré znejú: „(x) Potreba domácej starostlivosti vzniká: a) nasledujúcim dňom po prepustení chorého rodinného príslušníka zo zdravotníckeho zariadenia do domáceho prostredia, ak potrebu domácej starostlivosti potvrdil lekár uvedený v ods. 2 písm. a) alebo b) dňom, v ktorom príslušný lekár zistil potrebu domácej starostlivosti, ak potrebu domácej starostlivosti potvrdil lekár uvedený v ods. 2 písm. b). (y) Potreba domácej starostlivosti na účely osobitného predpisu (v poznámke pod čiarou odkaz na zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení) zaniká uplynutím 90 dní od jej vzniku.“. Uvedenú pripomienku považujeme za zásadnú. | Z | N | V § 12b ods. 2 písm. a) je ustanovený okamih vzniku potreby domácej starostlivosti tak, že nastáva bezprostredne po prepustení z ústavnej zdravotnej starostlivosti do domácej starostlivosti, t.j. nastáva prvou sekundou po prepustení chorého príbuzného z ústavnej zdravotnej starostlivosti do domácej starostlivosti, pričom sa zachováva rozhodovacia právomoc ošetrujúceho lekára určiť, že dňom vzniku potreby domácej starostlivosti môže byť aj deň nasledujúci po dni prepustenia chorého príbuzného z ústavnej zdravotnej starostlivosti do domácej starostlivosti. Súčasne sa sprecizuje fikcia navrhovaná v § 12b ods. 2 písm. a) (viď vyhodnotenie pripomienky k § 12b ods. 4 - K písmenu a)). Opodstatnenosť existencie potreby, resp. poskytovania (v prípade prerušenia poskytovania) domácej starostlivosti v dňoch ktorých je skončená resp. začatá hospitalizácia , je v plnej miere na posúdení ošetrujúceho resp. všeobecného lekára (v prípade prerušenia domácej starostlivosti). Určiť deň vzniku potreby domácej starostlivosti na účely § 12b ods. 2 písm. b) je nedôvodné, pretože je vo výlučnej právomoci lekára určiť (rozhodnúť) tento časový okamih. Vo zvyšku pripomienky neakceptujeme z dôvodov uvedených vo vyhodnotení k pripomienke K článkom III a IV (12b) – všeobecne. |
| **SOCPOIST** | **K článku IV - K § 12b ods. 4 - K písmenu a)** V písmene a) sa upravuje inštitút prerušenia domácej starostlivosti, ktorý však v návrhu zákona nie je definovaný a nie sú upravené ani právne účinky tohto prerušenia. Zo znenia nevyplýva, že aké prípady sa považujú za prerušenie, napr. ústavná starostlivosť ošetrovanej osoby alebo aj prerušenie domácej starostlivosti z iných závažných dôvodov, kedy starostlivosť o chorého rodinného príslušníka dočasne zabezpečí iná osoba. Vo vzťahu k ústavnej starostlivosti uvádzame, že keďže je nepochybné, že rodinný príslušník - ošetrovateľ, v prvý a v posledný deň hospitalizácie musí zabezpečiť prevoz pacienta a v časť dňa zabezpečiť aj domácu starostlivosť, je potrebné vysporiadať sa aj s nárokom na ošetrovné v uvedených dňoch. Súčasne uvádzame, že proces prerušenia je administratívne veľmi náročný, spojený s viacerými problémami pri vykazovaní poistného, určovaní počtu dní platenia poistného, ako aj preukazovaní prekážok v práci zamestnávateľovi. Vzhľadom na uvedené skutočnosti je nevyhnutné v návrhu zákona sa vysporiadať s uvedeným inštitútom. Taktiež k navrhovanému zneniu písmena a) uvádzame, že ošetrujúci lekár nemôže uplatniť nárok na dávku namiesto poistenca a preukázať skutočnosti rozhodujúce na vznik, trvanie a ukončenie nároku na dávku. Toto právo a tieto povinnosti sú vo výlučnej kompetencii poistenca, ktorý žiada o dávku. V prípade, ak by mal uvedené skutočnosti nahlasovať Sociálnej poisťovni všeobecný lekár a súčasne ak by si mal žiadateľ uplatňovať nárok na nemocenské dávky, dochádzalo by k nežiaducej duplicite, a vzhľadom na rozdielnu miestnu príslušnosť vo vzťahu k výkonu sociálneho poistenia a lekárskej posudkovej činnosti k problémom pri aplikácii tohto ustanovenia v praxi. Takúto prax bude možné zaviesť až po zavedení inštitútu e-PN, kedy sociálne udalosti budú Sociálnej poisťovni poskytnuté elektronicky a automaticky sa párovať na poistencov bez ohľadu na agendovú miestnu príslušnosť pobočiek. V § 12b ods. 4 písm. a) navrhujeme nahradiť nasledovným znením: „a) potvrdzuje trvanie, prerušenie (ak bude zachované) a ukončenie potreby domácej starostlivosti a vznik, trvanie a ukončenie poskytovania domácej starostlivosti pri prevzatí domácej starostlivosti iným rodinným príslušníkom na predpísanom tlačive podľa osobitného predpisu14a),“. V odseku 4 písm. a) sa používajú dva inštitúty „poskytovanie domácej starostlivosti “ a „potreba domácej starostlivosti“; tieto pojmy sú vysvetlené iba v komentári, ktorý však nie je súčasťou zákona, preto z dôvodu jednoznačnosti úpravy a aplikovateľnosti pre všeobecných lekárov považujeme za potrebné tieto skutočnosti upraviť v zákone. Uvedenú pripomienku považujeme za zásadnú. | Z | ČA | Ustanovenie § 12b ods. 4 písm. a) upravuje oznamovaciu povinnosť všeobecného lekára okrem iného aj v prípade prerušenia poskytovania domácej starostlivosti, pričom k prerušeniu poskytovania domácej starostlivosti dochádza vždy vtedy, keď nie sú naplnené všetky pojmové znaky poskytovania domácej starostlivosti podľa § 12b ods. 1. Akákoľvek definícia pojmu je súčasne jeho negáciou, a teda taxatívny výpočet dôvodov pre ktoré by nastalo prerušenie domácej starostlivosti, by malo za následok nemožnosť subsumovania situácií, ktoré zákonodarca v ustanovení nevymenoval a ktoré v praxi môžu nastať. Opodstatnenosť existencie potreby, resp. poskytovania (v prípade prerušenia poskytovania) domácej starostlivosti v dňoch, ktorých je skončená resp. začatá hospitalizácia je v plnej miere na posúdení ošetrujúceho, resp. všeobecného (v prípade prerušenia domácej starostlivosti) lekára. Možnosť priznania potreby resp. poskytovania (v prípade prerušenia poskytovania) domácej starostlivosti v deň prepustenia resp. prijatia do zdravotníckeho zariadenia ústavnej starostlivosti zákon nevylučuje. Prerušenie poskytovania domácej starostlivosti je dôvodné najmä z hľadiska výplaty ošetrovného, ktorá sa počas prerušenia poskytovania domácej starostlivosti zastaví. Zároveň sa vytvára možnosť poberať ošetrovné aj nad rámec obdobia troch kalendárnych mesiacov (teda možnosť poberať ošetrovné počas 90 dní faktického výkonu domácej starostlivosti), čo prispieva k flexibilite dávky v prospech ošetrujúceho a v konečnom dôsledku aj ošetrovaného. V záujme odstránenia interpretačných nedostatkov sa však sprecizuje § 12b ods. 2 písm. a) tak, že za hospitalizáciu sa bude považovať deň prijatia a deň prepustenia chorého príbuzného, avšak výlučne na účely splnenia podmienky piatich po sebe nasledujúcich dní hospitalizácie a to z dôvodu rozhodovacej právomoci príslušného ošetrujúceho lekára určiť vznik potreby, resp. prerušenie poskytovania domácej starostlivosti aj na deň prepustenia resp. prijatia chorého z/do ústavnej starostlivosti. O vzniku a zániku potreby domácej starostlivosti rozhoduje lekár na základe indikačných kritérií. Potreba domáce starostlivosti je prítomná počas kontinuálneho obdobia (ktoré sa neprerušuje) v rámci tohto obdobia, teda od vzniku do zániku potreby domácej starostlivosti lekár potvrdzuje obdobie faktického poskytovania (prostredníctvom vzniku zániku a prerušenia poskytovania) domácej starostlivosti konkrétnym rodinným príslušníkom. |
| **SOCPOIST** | **K článku IX - k účinnosti** Vo vzťahu k šiestemu bodu článku III sú upravené dva rozdielne dátumy účinnosti, a to 1. apríla 2020 a 1. januára 2022. Vzhľadom na uvedené v článku IX je potrebné vypustiť slová : „a čl. III šiesteho bodu, ktorý nadobúda účinnosť 1. januára 2022“. Uvedenú pripomienku považujeme za zásadnú. | Z | A |  |
| **SOCPOIST** | **K článkom III a IV (12b) - všeobecne** Z predloženého návrhu zákona nie je zrejmý základný účel zavedenia novo navrhovanej dávky ošetrovného z dôvodu poskytovania domácej starostlivosti (ďalej len „dlhodobé ošetrovné“), keďže vzhľadom na okruh ošetrovaných osôb je už vopred známe, že vo väčšine prípadov reálna potreba starostlivosti o ošetrované osoby po vyčerpaní nároku na dávku (najviac 90 dní) nezanikne. Sociálna poisťovňa má za to, že dlhodobé ošetrovné, ako dávka zo systému sociálneho poistenia by mala slúžiť len na preklenutie obdobia, kým rodinní príslušníci pre ošetrovanú osobu zabezpečia inú formu starostlivosti, tak ako to bolo prezentované, preto na účely zákona o sociálnom poistení, trvanie potreby domácej starostlivosti po 90. dni a prerušenie poistenia ošetrovateľa po 90. dni poskytovania ošetrovania na neobmedzený čas nepovažujeme za odôvodnené a systémové riešenie. Taktiež, pri prevzatí poskytovania domácej starostlivosti inou oprávnenou osobou, aj v vzhľadom na maximálnu dĺžku trvania nároku na „dlhodobé ošetrovné“ v rozsahu 90 dní, nepovažujeme za odôvodnené vylúčenie povinnosti platiť poistné na obdobie 90 dní poskytovania starostlivosti pre každého poistenca osobitne. Sociálna poisťovňa navrhované znenie zákona považuje za problematicky vykonateľné, pričom problém pri dlhodobom ošetrovnom vníma predovšetkým s úpravami v súvislosti s opätovným posúdením nároku na ošetrovné, s prevzatím poskytovania domácej starostlivosti ďalšou oprávnenou osobou aj nad rámec 90 dní, ako aj v súvislosti s uplatnením inštitútu prerušenia domácej starostlivosti. Uvedenú pripomienku považujeme za zásadnú. | Z | N | Účelom navrhovanej dávky nemocenského poistenia „dlhodobé ošetrovné“ je nahradiť poistencovi stratu príjmu zo zárobkovej činnosti z dôvodu osobného a celodenného ošetrovania blízkeho rodinného príslušníka, ktorý si podľa rozhodnutia príslušného lekára vyžaduje domácu starostlivosť. Vzhľadom na takto vymedzený účel dlhodobého ošetrovného, jeho poskytovanie patrí do systému nemocenského poistenia ako súčasti sociálneho poistenia, pričom sa nevylučuje súbeh s peňažnými príspevkami na kompenzáciu sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia. Pri poskytovaní domácej starostlivosti sa navrhuje vylúčenie povinnosti platiť poistné poistencom (ak pôjde o zamestnanca vylúčenie povinnosti sa bude vzťahovať aj na zamestnávateľa) v období jeho faktického vykonávania. Súčasne po uplynutí 90 dní faktického vykonávania domácej starostlivosti sa zamestnancovi a povinne poistenej SZČO preruší ich poistenie. Ide o analogickú situáciu ako pri dočasnej PN. Vykonávanie domácej starostlivosti po 90. dni sa navrhuje z dôvodu výlučnej kompetencie príslušného lekára rozhodovať o trvaní potreby poskytovania domácej starostlivosti aj v tomto období, ako aj s prihliadnutím na úpravu ospravedlnenia neprítomnosti v práci z dôvodu ošetrovania člena rodiny, t.j. zabezpečuje sa konzistentnosť právnej úpravy domácej starostlivosti navrhovanej v zákone č. 576/2004 Z. z. s právnou úpravou prekážok v práci na strane zamestnanca ustanovenou v zákonníku práce. Vzhľadom na náročnosť domácej starostlivosti nevidíme legitímny dôvod na obmedzenie možnosti prestriedavania sa poistencov vykonávajúcich ošetrovanie, tak počas poskytovania „dlhodobého ošetrovného“, ako aj po zániku nároku na dlhodobé ošetrovné. Prerušenie poskytovania domácej starostlivosti je dôvodné najmä z hľadiska výplaty ošetrovného, ktorá sa počas prerušenia poskytovania domácej starostlivosti zastaví, t.j. ošetrovné sa nebude vyplácať za dni, počas ktorých sa domáca starostlivosť nevykonáva. Zároveň sa vytvára možnosť poberať ošetrovné aj nad rámec obdobia troch kalendárnych mesiacov (teda možnosť poberať ošetrovné počas 90 dní faktického výkonu domácej starostlivosti), čo prispieva k flexibilite dávky v prospech ošetrujúceho a v konečnom dôsledku aj ošetrovaného. |
| **ÚDZS** | **11. K zákonu č. 581.2004 Z. z. navrhujeme doplniť nový § 46a – zásadná - nad rámec novely Nový § 46a znie nasledovne:** „§ 46a Súčinnosť tretích osôb (1) Počas výkonu dohľadu je tretia osoba povinná osobe oprávnenej na výkon dohľadu na jej žiadosť poskytnúť súčinnosť v rozsahu primeranom na účely výkonu dohľadu. Tretia osoba poskytne údaje potrebné na výkon dohľadu podľa tohto zákona; tým nie je dotknutá povinnosť zachovávať mlčanlivosť podľa osobitných predpisov. (2) Súčinnosť podľa tohto zákona je tretia osoba povinná poskytnúť osobe oprávnenej na výkon dohľadu bezodkladne, najneskôr do siedmich dní odo dňa doručenia výzvy na poskytnutie súčinnosti. (3) Treťou osobou na účely tohto zákona je každá fyzická osoba alebo právnická osoba, u ktorej je predpoklad, že disponuje takými informáciami, ktoré sú pre výkon dohľadu nevyhnutné. (4) O úkonoch uvedených v odsekoch 1 až 3 napíše osoba oprávnená na výkon dohľadu záznam. Odôvodnenie: 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. | Z | A |  |
| **ÚDZS** | **K § 50 ods. 5 zákona č. 581.2004 Z. z.– nad rámec novely** Navrhujem doplniť do § 50 nový odsek 5 ustanovenie pre prípad, keď úrad pri výkone dohľadu nad poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci zistí, „iné nedostatky v činnosti poskytovateľa ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci“, najmä nesprávne vedenie zdravotnej dokumentácie. Ostatné odseky by sa primerane prečíslujú. Odôvodnenie: V zákone uvedená situácia vyriešená nie je, komu budeme takéto zistenie postupovať MPSVaR alebo VÚC. | O | A |  |
| **ÚDZS** | **K bodu 3 § 4 ods. 3 zákona č. 576.2004 z. z. – zásadná** Navrhujeme vypustiť vetu „Zdravotná starostlivosť nie je poskytnutá správne aj ak nebola poskytnutá vôbec a k jej odmietnutiu poskytovateľom došlo v rozpore s osobitným predpisom.4aaaa) Odôvodnenie: Navrhované znenie textu zavádza v rámci výkonu dohľadu prešetrovanie aj v prípade neposkytnutia zdravotnej starostlivosti resp. jej odmietnutia, kedy nie je k dispozícii žiaden fyzický dôkaz o tomto konaní. Toto prešetrovanie by znamenalo rozhodovať o tom, kto vo svojom tvrdení hovorí pravdu, a to bez objektívnych dôkazov. Znamenalo by to, že úrad sa dostáva do postavenia vyšetrovateľa, prokurátora aj sudcu v jednej osobe. Preto úrad s navrhnutou zmenou nesúhlasí. Úrad zároveň navrhuje alternatívu v prípade neakceptovania zo strany MZ SR pripomienky úradu k bodu 3 § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.. Alternatíva: V § 79 ods. 1 zákona č. 578/2004 Z. z. – zásadná – nad rámec novely Navrhujeme doplniť povinnosť poskytovateľa ambulantnej zdravotnej starostlivosti viesť evidenciu osôb, ktorým neposkytol zdravotnú starostlivosť v ordinačných hodinách a vydať osobe písomné potvrdenie o dôvodoch neposkytnutia zdravotnej starostlivosti. Navrhujeme, aby evidencia obsahovala nasledovné náležitosti: meno, priezvisko, dátum narodenia, adresa pobytu osoby, dátum, čas a dôvod neposkytnutia zdravotnej starostlivosti, podpis lekára. Navrhujeme, aby písomné potvrdenie obsahovalo nasledovné náležitosti: identifikácia poskytovateľa, dôvod neposkytnutia zdravotnej starostlivosti, dátum, čas a podpis lekára. Odôvodnenie: Nakoľko v prípade odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti sa v súčasnosti nevedie žiadna evidencia, ani zápis do zdravotnej dokumentácie, preto nie je zrejmé, z akého objektívneho a nespochybniteľného podkladu sa bude pri preverovaní týchto podaní vychádzať, keďže k dispozícií budú len tvrdenia poskytovateľa ambulantnej zdravotnej starostlivosti a podávateľa podnetu a zároveň preverovanie pravdivosti týchto skutočností by ostalo len v rovine tvrdenia proti tvrdeniu. Navrhujeme preto, aby poskytovateľ ambulantnej zdravotnej starostlivosti mal zákonnú povinnosť viesť evidenciu osôb, ktorým odmietol poskytnúť zdravotnú starostlivosť. V praxi sa stávajú prípady, kedy je pacientovi odmietnuté poskytnutie zdravotnej starostlivosti z rôznych dôvodov (napr. prečerpanie finančného limitu v danom mesiaci, vysoký počet pacientov, ktorí čakajú v daný deň na ošetrenie, pacient sa dostavil počas dovolenky lekára alebo mimo ordinačných hodín a pod.). | Z | A |  |
| **ÚDZS** | **K § 20 ods. 1 písm. e) bod 5 zákona č. 581.2004 Z. z.– nad rámec novely** Navrhujeme doplniť adresu trvalého pobytu alebo adresu prechodného pobytu, ak zdravotnícky pracovník nemá na území Slovenskej republiky trvalý pobyt. Odôvodnenie: Doplnenie adresy trvalého alebo prechodného pobytu je potrebné pre účely prideľovania kódov zdravotníckych pracovníkov, nakoľko kódy prideľuje pobočka úradu, ktorá je miestne príslušná na základe trvalého alebo prechodného pobytu zdravotníckeho pracovníka. | O | A |  |
| **ÚDZS** | **K § 50 zákona č. 581.2004 Z. z.- zásadná – nad rámec novely** Navrhujeme doplniť nový odsek 9, ktorý znie: „(9) Ak úrad zistí porušenie povinnosti tretích osôb poskytnúť potrebnú súčinnosť pri výkone dohľadu, môže uložiť tretej osobe podľa závažnosti zistených nedostatkov a ich následkov pokutu (§ 64 ods. 7).“ Ostatné odseky sa primerane prečíslujú. Zároveň v § 64 navrhujeme doplniť nový odsek 7, ktorý znie: „(7) Úrad môže uložiť tretej osobe za porušenie povinnosti poskytnúť potrebnú súčinnosť tretích osôb a za podmienok ustanovených v § 50 ods. 11 pokutu až do výšky 331 eur“. Ostatné odseky sa primerane prečíslujú. V § 64 ods. 9 sa slová „podľa odsekov 1 až 6“ nahrádzajú slovami „podľa odsekov 1 až 7“. Odôvodnenie: Navrhujeme z dôvodu, aby úrad mohol uložiť pokutu do výšky 331 eur tretej osobe, ktorá odmietne poskytnúť súčinnosť pri výkone dohľadu. | Z | A |  |
| **ÚDZS** | **K bodu 20 § 47 ods. 1 písm. g) zákona č. 581.2004 Z. z.- zásadná** Navrhujeme ponechať pôvodné znenie textu: „g) meno, priezvisko a podpis zamestnanca úradu, ktorý dohľad vykonal“. Odôvodnenie: Navrhujeme ponechať pôvodné znenie textu, a to aby protokol podpísal zamestnanec, ktorý dohľad vykonal, nakoľko v prípade neprítomnosti vedúceho skupiny vykonávajúcej dohľad (dlhodobá PN, OČR, dovolenka atď.) bude potrebné zabezpečiť dodatok k povereniu na výkon dohľadu a zároveň informovať o tejto skutočnosti dohliadaný subjekt, čím sa predĺži výkon dohľadu a zvýši sa jeho administratívna a finančná náročnosť. Zákon nedefinuje skupinu vykonávajúcu dohľad ani pojem vedúci skupiny (jeho povinnosti a kompetencie). Ide o pojem upravený vnútorným predpisom úradu. | Z | A |  |
| **ÚDZS** | **K bodu 16 - § 43a ods. 11 zákona č. 581.2004 Z. z.** Navrhujeme slovné spojenie „nad zdravotnou starostlivosťou“ nahradiť slovným spojením „ nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti“. Odôvodnenie: Súčasťou dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou je v zmysle ustanovenia § 1 písm. d) zákona č. 581/2004 Z. z. aj dohľad nad zdravotnými poisťovňami a verejným zdravotným poistením. V prípade týchto dohľadov získava úrad údaje, ktoré nie sú bežne dostupné, ktoré často súvisia s obchodnou politikou zdravotných poisťovní a ich sprístupnenie by mohlo oslabiť postavenie dotknutej zdravotnej poisťovne v systéme verejného zdravotného poistenia, nakoľko zdravotné poisťovne v ňom fungujú na princípe vzájomnej konkurencie. Sprístupnenie protokolu so všetkými jeho prílohami by tak mohlo viesť k oslabeniu konkurencie schopnosti zdravotnej poisťovne, nad ktorou je dohľad vykonávaný. K oslabeniu jej postavenia na trhu a v konečnom dôsledku k narušeniu stability na trhu verejného zdravotného poistenia. Prípadne by mohol nastať stav, že za účelom predchádzania tohto rizika by zdravotné poisťovne pri výkone dohľadu úradu neposkytovali komplexné a úplné informácie. Z uvedeného dôvodu nie je vhodné, aby v prípade dohľadov nad zdravotnými poisťovňami bol podávateľom podnetu (ktorými sú často práve aj zdravotné poisťovne, ktoré podávajú podnety na seba navzájom) sprístupnený protokol so všetkými jeho prílohami. Navrhujeme preto povinnosť sprístupniť protokol s jeho prílohami v prípade dohľadov nad vykonávaním verejného zdravotného poistenia (§ 1 písm. d) bod 1 zákona č. 581/2004 Z. z.) odstrániť. O výsledku dohľadu a zisteniach úradu by bol podávateľ podnetu samozrejme informovaný, tak, ako je tomu aj v súčasnosti. | O | A |  |
| **ÚDZS** | **K bodu 16 - §43a ods. 9 - zákona č. 581.2004 Z. z. - zásadná** Navrhujeme upraviť znenie textu nasledovne: „(9) Úrad môže zastaviť dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ak osoba, ktorej práva alebo právom chránené záujmy mali byť porušené alebo iná osoba podľa ods. 4 o to písomne požiada.“ Odôvodnenie: V § 43a ods. 9 je zavedená povinnosť (nie možnosť) úradu dohľad zastaviť, ak osoba, ktorej práva alebo právom chránené záujmy mali byť porušené alebo iná osoba uvedená v ods. 4 tohto ustanovenia o to písomne požiada. Úrad navrhuje možnosť a nie povinnosť zastaviť dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti. | Z | A |  |
| **ÚDZS** | **K § 46 ods. 2 zákona č. 581.2004 Z. z. – nad rámec novely** Navrhujeme upraviť znenie textu nasledovne: „(2) Dohliadaný subjekt má právo a) oboznámiť sa s obsahom podnetu v takom rozsahu a čase, aby nedošlo k mareniu výkonu dohľadu, b) počas výkonu dohľadu písomne sa vyjadriť k obsahu podnetu, c) po doručení protokolu, najneskôr v lehote určenej osobou oprávnenou na výkon dohľadu v protokole o vykonanom dohľade podať písomné námietky k skutočnostiam uvedeným v protokole, d) zúčastniť sa oboznámenia s výsledkom vyhodnotenia opodstatnenosti písomných námietok.“ Odôvodnenie: V písmene a) sa spresňuje terminológia (nie žiadosť, ale podnet). Doterajšie písmeno b) umožňuje dohliadanému subjektu počas dohľadu a najneskôr v čase oboznámenia sa s protokolom vyjadriť sa k zisteniam. V navrhovanom písmene b) sa spresňuje právo dohliadaného subjektu podať písomné vyjadrenie k podnetu (pred vypracovaním protokolu). V novom písmene c) sa definuje právo dohliadaného subjektu podať písomné námietky proti protokolu tak, aby nadväzovalo s povinnosťami osoby oprávnenej na výkon dohľadu a s realitou. Nové písmeno d) mení povinnosť dohliadaného subjektu (zúčastniť sa prerokovania námietok) na právo dohliadaného subjektu (zúčastniť sa oboznámenia z preverenia opodstatnenosti písomných námietok). | O | ČA | žiadosť zmenená na podnet |
| **ÚDZS** | **8. K § 45 ods. 2 písm. d) zákona č. 581.2004 Z. z. – nad rámec novely** Navrhujeme upraviť znenie textu v písm. d) nasledovne: „d) vyhotoviť zápisnicu z vyhodnotenia písomných námietok k protokolu v deň, ktorý bol určený na ich vyhodnotenie s dohliadaným subjektom.“ Odôvodnenie: Zo samotnej praxe výkonu dohľadu vykonávaným úradom vyplýva skutočnosť, že dohliadané subjekty sa nie vždy zúčastnia na prerokovaní (vyhodnotení) námietok k protokolu, alebo touto účasťou poveria len osobu bez medicínskeho vzdelania, ktorá zápisnicu po informovaní o akceptovaní/neakceptovaní medicínskych námietok len podpíše a prevezme. Zároveň odborný konzultant, ktorý spracúval medicínske vyjadrenia sa však už tiež prerokovania (vyhodnotenia) námietok nezúčastňuje. | O | N | zdravotné poistenie sa prerokúva |
| **ÚDZS** | **K § 47 ods. 4 zákona č. 581.2004 Z. z.– nad rámec novely** Navrhujeme v celom ods. 4 nahradiť slovo „prerokovania písomných námietok dohliadaného subjektu proti protokolu“ slovom „vyhodnotenia písomných námietok dohliadaného subjektu k protokolu“. Odôvodnenie: Zo samotnej praxe výkonu dohľadu vykonávaným úradom vyplýva skutočnosť, že dohliadané subjekty sa nie vždy zúčastnia na prerokovaní (vyhodnotení) námietok k protokolu, alebo touto účasťou poveria len osobu bez medicínskeho vzdelania, ktorá zápisnicu po informovaní o akceptovaní/neakceptovaní medicínskych námietok len podpíše a prevezme. Zároveň odborný konzultant, ktorý spracúval medicínske vyjadrenia sa však už tiež prerokovania (vyhodnotenia) námietok nezúčastňuje. | O | N | zdravotné poistenie sa prerokúva |
| **ÚDZS** | **9. K § 46 ods. 1 písm. d) zákona č. 581.2004 Z. z. – nad rámec novely** Navrhujeme v ods. 1 vypustiť znenie písm. d) a doplniť ho do ods. 2 ako písm. c). Slovo „prerokovania“ navrhujeme nahradiť slovným spojením „vyhodnotenia písomných námietok k protokolu“. Doterajšie písmeno e) sa v ods.1 označuje ako písmeno d). Odôvodnenie: Navrhovaná zmena ustanovenia umožňuje dohliadanému subjektu právo a nie povinnosť zúčastniť sa prerokovania (vyhodnotenia) protokolu. | O | N | zdravotné poistenie sa prerokúva |
| **ÚDZS** | **K bodu 16 - §43a ods. 2- zákona č. 581.2004 Z. z.** Navrhujeme v prvej vete upraviť znenie textu nasledovne: „Podnet musí mať písomnú formu a musí obsahovať“ Odôvodnenie: Vzhľadom na náležitosti podnetu je zrejmé, že podnet by mal byť podaný v písomnej forme, je preto potrebné, aby táto skutočnosť bola jednoznačne zadefinovaná. | O | A |  |
| **ÚDZS** | **K bodu 16 - §43a ods. 8 písm. a) zákona č. 581.2004 Z. z.** Navrhujeme vypustiť písm. a) a následne písm. b) a písm. c) upraviť na písm. a) a písm. b) Odôvodnenie: V § 43a ods. 8 písm. a) je úradu daná fakultatívna možnosť dohľad zastaviť, ak o to písomne požiada podávateľ podnetu. V § 43a ods. 9 je však už zavedená povinnosť (nie možnosť) úradu dohľad zastaviť, ak osoba, ktorej práva alebo právom chránené záujmy mali byť porušené alebo jej zákonný zástupca o to písomne požiada. | O | A |  |
| **ÚDZS** | **K bodu 16 - §43a ods. 2 písm. a) bod 1 zákona č. 581.2004 Z. z.** Navrhujeme za slová „dátum narodenia“ doplniť slová „rodné číslo“ Odôvodnenie: Doplnenie je potrebné za účelom jednoznačnej identifikácie podávateľa podnetu (resp. osoby, ktorej práva alebo právom chránené záujmy mali byť porušené). Je potrebné, aby náležitosti podnetu podaného zo strany fyzickej osoby boli jednotné, ak sa vyžaduje rodné číslo od fyzickej osoby podnikateľa (bod 2) je žiaduce, aby bolo náležitosťou podnetu aj v prípade fyzickej osoby nepodnikateľa (bod 1). | O | A |  |
| **ÚDZS** | **18. K § 81 ods. 5 zákona č. 578.2004 Z. z. – zásadná - nad rámec novely**  Navrhujeme znenie textu upraviť nasledovne: „(5) Orgány dozoru podľa odseku 1 pri výkone dozornej činnosti postupujú primerane podľa základných pravidiel kontrolnej činnosti ustanovených osobitným predpisom. 60c) Úrad pre dohľad ako orgán dozoru podľa odseku 1 pri výkone dozornej činnosti postupuje primerane podľa ustanovení osobitného predpisu. 60ba) Znenie legislatívnej poznámky: „60ba) § 43 a nasl. zákona č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.“ Odôvodnenie: 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 sme časti podaní netýkajúce sa správnosti poskytovaní ZS postupovali 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. | Z | A |  |
| **ÚDZS** | **K bodu 22 § 50 ods. 2 zákona č. 581.2004 Z. z.– zásadná** Súčasné znenie § 50 ods. 4 už uvedenú problematiku rieši: „(4) Ak úrad pri výkone dohľadu nad poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci zistí, že ošetrovateľská starostlivosť nebola poskytnutá správne, 40a) alebo ak úrad zistí porušenie povinností ustanovených v § 46 ods. 1, podľa závažnosti zistených nedostatkov a ich následkov môže uložiť zariadeniu sociálnych služieb pokutu (§ 64 ods. 4).“ Odôvodnenie: Navrhovaná úprava je duplicitná nakoľko pokuta zariadeniu sociálnej pomoci sa neukladá podľa § 64 ods. 2 (ako uvádza navrhované znenie), ale podľa § 64 ods. 4 ako uvádza platné znenie. | Z | A |  |
| **ÚDZS** | **K § 20 ods. 1 zákona č. 581.2004 Z. z.– zásadná – nad rámec novely** V § 20 ods. 1 navrhujeme doplniť nové písmeno s), ktoré znie: „s) zverejňuje na svojom webovom sídle údaje z registra zdravotníckych pracovníkov v rozsahu meno, priezvisko, číselný kód zdravotníckeho pracovníka, dátum pridelenia kódu, dátum ukončenia platnosti kódu, údaje z registra poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v rozsahu identifikačné číslo, názov, adresu sídla, adresu odborného útvaru, číselný kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, dátum pridelenia číselného kódu, dátum ukončenia platnosti číselného kódu a údaje z registra zariadení sociálnej pomoci poskytujúcich ošetrovateľskú starostlivosť v rozsahu identifikačné číslo, názov, adresu sídla, číselný kód zariadenia sociálnej pomoci, dátum pridelenia číselného kódu, dátum ukončenia platnosti číselného kódu.“ Odôvodnenie: Úpravu navrhujeme z dôvodu verejného záujmu na poskytovaní informácií o platných kódoch zdravotníckych pracovníkov, poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a zariadení sociálnej pomoci. | Z | ČA | Po prerokovaní s UOOU, verejný záujem na verejnú kontrolu, musí byť povinnosť sprístupniť, ak požiada, podľa § 61c -sa musí spraviť test proporcionality, údzs si musí splniť informačnú povinnosť (na svojom webovom sídle o poskytnutí údajov), dotknutá osoba musí byť informovaná, že jej údaje budú poskytnuté tretím osobám, na webe, celkové zverejnenie je neprimeraná záťaž. |
| **Union ZP** | **Čl. I bod 13 (§ 15 ods. 1 písm. c) bod 4)** Navrhujeme bod 4 vypustiť. Duplicita s § 7 ods. 4 písm. d) | O | A |  |
| **Union ZP** | **Čl. I bod 13 (§ 15 ods. 1 písm. c) bod 3, a 5 )** Navrhujeme body 3. a 5. vypustiť. V zmysle príslušnej právnej úpravy zdravotná poisťovňa zameriava svoje kontrolné činnosti na účelnosť, efektívnosť a hospodárnosť vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia. Kontrolná činnosť v oblasti indikátorov kvality podľa predkladaných noviel zákonov prislúcha Ministerstvu zdravotníctva (Z.578 §9 ods 5; Z. 576 §45 ods 1 písm am) a ao); Z.581 §7 ods 7 písm. d)). | Z | A |  |
| **Union ZP** | **Čl. IV, bod 19 (§ 79 ods. 1 písm. y) bod 3)** Navrhujeme nasledovné znenie novelizačného bodu 3: „zaradeného do minimálnej siete, alebo ktorý má povolenie na prevádzkovanie kompetenčného centra vyššieho typu“ . Obojstranná povinnosť uzatvorenia zmluvy o PZS v rozsahu bodu 7 návrhu. | Z | A |  |
| **Union ZP** | **Čl. I bod 4 (§ 7 ods. 4 písm. b)**  Navrhujeme slovo „vyhodnotiť“ vypustiť. Povinnosť vyhodnocovať indikátory kvality je zakotvená v novelizovanom § 15 ods. 1 písm. c), v kontexte ust. § 7 ods. 4 písm. b) je vyhodnocovanie nadbytočné. | O | N | Indikátory si musí vyhodnocovať aj zdravotná poisťovňa, keďže slúžia ako kritériá na uzatváranie zmlúv. |
| **Union ZP** | **Čl. IV bod 4 (§ 9 ods. 2)**  Slovné spojenie „ústavného zdravotníckeho zariadenia“ navrhujeme nahradiť „ústavnej zdravotnej starostlivosti“. Následná ústavná ZS by mala nadväzovať na liečbu choroby, kvôli ktorej bol pacient hospitalizovaný, preto by mala byť naviazaná na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, nie na zdravotnícke zariadenie. Ponechanie navrhovanej textácie evokuje možnosť opakovaného trojmesačného pobytu vždy v inom zdravotníckom zariadení | Z | A |  |
| **Union ZP** | **Čl. I bod 24 (§ 86zc ods. 2)** Slovo „šiesteho“ navrhujeme nahradiť „tretieho“. Legislatívno-technická pripomienka v súvislosti s našimi vyššie uvedenými pripomienkami. | O | N | dohoda bola vypustená |
| **Union ZP** | **Nad rámec MPK - čl. IV (§ 79 ods. 1 písm. y)** V § 79 ods. 1 písm. y) navrhujeme doplniť nový bod 4, ktorý znie: „4. ak ide o poskytovateľa špecializovanej zubno-lekárskej zdravotnej starostlivosti, v ktorého zdravotnom obvode má trvalý alebo prechodný pobyt najmenej jeden poistenec zdravotnej poisťovne.“ Účelom je zlepšenie dostupnosti špecializovanej zubno-lekárskej zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia. Obdobná povinnosť sa už uplatňuje už poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti a prevádzkovateľov urgentných príjmov. Sú opakované situácie, kedy poskytovatelia špecializovanej zubno-lekárskej zdravotnej starostlivosti, ktorí majú zmluvu so zdravotnou poisťovňou, majú nedostatočné kapacity pre prijímanie nových pacientov- poistencov zdravotných poisťovní. Na druhej strane je viacero poskytovateľov špecializovanej zubno-lekárskej zdravotnej starostlivosti, ktorí napriek záujmu zdravotných poisťovní s nimi odmietajú uzatvoriť zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Týmto sa zhoršuje dostupnosť tohto typu zdravotnej starostlivosti, najmä u tých poistencov, ktorí majú trvalý pobyt v ich zdravotnom obvode | O | N | Nad rámec návrhu zákona. |
| **Union ZP** | **Čl. I bod 16 (§ 43 a ods. 11)** V ods. 11 navrhujeme vyňať právo podávateľa na kópiu protokolu v prípade dohľadu nad zdravotnými poisťovňami. Vzhľadom na charakter činnosti zdravotných poisťovní a tým aj charakter vykonávaného dohľadu, nesúhlasíme s tým, aby sa s podrobnými výsledkami z dohľadu mohli oboznamovať, resp. namietať výsledky FO alebo PO, ktoré podnet ma vykonanie dohľadu podali. Dohľad by mala byť neverejná a individuálna kontrola nad činnosťou ZP, ktorú explicitne upravujú osobitné predpisy. Analogicky sa opierame o zásady dohľadu na finančným trhom, ktorý vykonáva Národná banka Slovenska, ktoré sú upravené v zákone č. 747/2004 Z. z. Navyše nemáme vedomosť, aby v prípade iných dohľadov/ kontrol nad rôznymi zákonom stanovenými subjektmi mali podávatelia podnetov tak široké oprávnenie. Ďalej upozorňujeme na to, že predmetom dohľadu môžu byť rôzne utajované skutočnosti obchodné, daňové, bankové tajomstvo alebo iné skutočnosti, o ktorých povinnosť mlčanlivosti to stanovuje zákon. Preto by sa takéto oprávnenie mohlo dostať priamo do rozporu s inými osobitnými predpismi. Z doterajšej praxe nevidíme reálne opodstatnenie úpravy takéhoto práva podávateľovi podnetu v prípade vykonania dohľadu nad zdravotnými poisťovňami. Podľa nášho názoru by mohli priniesť zbytočné prieťahy v procese dohľadu. Okrem toho mohli byť negatívnym nástrojom na zneužívanie v konkurenčnom prostredí zdravotných poisťovní. | Z | A |  |
| **Union ZP** | **Čl. IV, bod 4 (§ 9 ods. 3)** Za slovo „konzília“ navrhujeme doplniť „a po schválení zdravotnou poisťovňou“. Zdravotná poisťovňa môže pri tejto príležitosti poistencovi zabezpečiť inú formu/druh poskytovania ďalšej potrebnej starostlivosti. Navrhovaná zmena je opodstatnená aj z dôvodu, že nie sú vymedzené indikácie na predĺženie ako v predchádzajúcom bode. | Z | A |  |
| **UOOU SR** | **K čl. I., bod 16.** § 43a ods. 11 Úrad dáva do pozornosti, že poslednou vetou v predmetnom odseku sa dotknutým osobám odníma právo pristupovať k písomnostiam, na základe ktorých orgán vyhotovil protokol. Dávame na zváženie nesprístupnenie týchto ostatných písomností. Odôvodnenie: Dotknutá osoba ako účastník konania by mal mať k dispozícii možnosť nahliadnuť do spisového materiálu vo veci, v ktorej orgán vykonáva dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Dochádzalo by tak k porušeniu práva na prístup k údajom, ktoré sú súčasťou spisového materiálu dotknutej osoby podľa čl. 15 Nariadenia, príp. podľa § 21 zákona č. 18/2018 Z. z. | O | N | Dotknutá osoba nebude účastníkom konania. |
| **UOOU SR** | **Čl. I k bodu 13 k navrhovanému zneniu § 15 ods. 1 písm. c) bod 6 navrhovaného materiálu** K Čl. I k bodu 13 k navrhovanému zneniu § 15 ods. 1 písm. c) bod 6 navrhovaného materiálu Požadujeme spresnenie o aké údaje ide, ktoré budú zdravotné poisťovne povinné poskytovať iným poisťovniam a ministerstvu a zároveň požadujeme v zmysle zásady zákonnosti a minimalizácie spracúvania údajov prehodnotiť poskytovanie týchto údajov formou dohody medzi zúčastnenými subjektmi. Táto pripomienka je zásadná. Odôvodnenie: Z navrhovaného ustanovenia sa javí, že poskytovanými údajmi by mohli byť aj len štatistické údaje, no nie je to z neho zrejmé, preto v prípade, ak budú predmetom poskytovania osobné údaje fyzických osôb, alebo aj osobné údaje fyzických osôb požadujeme, aby v zmysle čl. 5 základných zásad všeobecného nariadenia o ochrane osobných údajov bol spôsob, forma, rozsah a lehoty poskytovania údajov medzi zúčastnenými subjektmi upravené transparentne, teda nie primárne formou zmluvy, dohody, ktorej pravidlá a teda aj rozsah prípadných poskytovaných osobných údajov sa bude môcť ľubovoľne a kedykoľvek meniť. Tiež dávame do pozornosti, že ak predmetom spracúvania, teda poskytovania budú citlivé osobné údaje v zmysle čl. 9 ods. 1 nariadenia, nie je možné, aby podmienka ich spracúvania a výnimka v zmysle zákazu ich spracúvania podľa čl. 9 ods. 2 sa uplatňovala prostredníctvom zmluvy medzi subjektmi, nakoľko čl. 9 ods. 2 všeobecného nariadenia zmluvu v tomto prípade ako výnimku zo zákazu spracúvania osobitnej kategórie osobných údajov neuvádza. V prípade, ak predmetom poskytovania budú iba štatistické údaje, teda sa nebude jednať o osobné údaje fyzických osôb, považujte uvedenú pripomienku za bezpredmetnú. | Z | A | dohoda bola vypustená |
| **UOOU SR** | **Čl. I k bodu 13 k navrhovanému zneniu § 15 ods. 1 písm. c) bod 6 navrhovaného materiálu** K Čl. I k bodu 13 k navrhovanému zneniu § 15 ods. 1 písm. c) bod 6 navrhovaného materiálu Požadujeme spresnenie o aké údaje ide, ktoré budú zdravotné poisťovne povinné poskytovať iným poisťovniam a ministerstvu a zároveň požadujeme v zmysle zásady zákonnosti a minimalizácie spracúvania údajov prehodnotiť poskytovanie týchto údajov formou dohody medzi zúčastnenými subjektmi. Táto pripomienka je zásadná. Odôvodnenie: Z navrhovaného ustanovenia sa javí, že poskytovanými údajmi by mohli byť aj len štatistické údaje, no nie je to z neho zrejmé, preto v prípade, ak budú predmetom poskytovania osobné údaje fyzických osôb, alebo aj osobné údaje fyzických osôb požadujeme, aby v zmysle čl. 5 základných zásad všeobecného nariadenia o ochrane osobných údajov bol spôsob, forma, rozsah a lehoty poskytovania údajov medzi zúčastnenými subjektmi upravené transparentne, teda nie primárne formou zmluvy, dohody, ktorej pravidlá a teda aj rozsah prípadných poskytovaných osobných údajov sa bude môcť ľubovoľne a kedykoľvek meniť. Tiež dávame do pozornosti, že ak predmetom spracúvania, teda poskytovania budú citlivé osobné údaje v zmysle čl. 9 ods. 1 nariadenia, nie je možné, aby podmienka ich spracúvania a výnimka v zmysle zákazu ich spracúvania podľa čl. 9 ods. 2 sa uplatňovala prostredníctvom zmluvy medzi subjektmi, nakoľko čl. 9 ods. 2 všeobecného nariadenia zmluvu v tomto prípade ako výnimku zo zákazu spracúvania osobitnej kategórie osobných údajov neuvádza. V prípade, ak predmetom poskytovania budú iba štatistické údaje, teda sa nebude jednať o osobné údaje fyzických osôb, považujte uvedenú pripomienku za bezpredmetnú. | Z | A | dohoda bola vypustená |
| **ÚPPVII** | Uplatňujeme obyčajnú pripomienku k vlastnému materiálu. Čl. IV bod 14 § 12b ods. 4 písm. b) žiadame upraviť v zmysle odôvodnenia. Odôvodnenie: predkladateľ používa v ustanovení pojem "tlačivo". Z dôvodu postupnej elektronizácie odporúčame použiť pojem "formulár", nakoľko "tlačivo" znamená výhradne "listinnú podobu". | O | N | Text je v súlade s § 184 ods. 5 zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov. |
| **ÚVSR** | **Vyhláška MZ SR, ktorou sa vydávajú indikátory kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti** Jednotlivé znenie indikátorov je potrebné mať 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 je potrebné vyhodnocovať tieto indikátory s ohľadom na udržateľnosť verejných financií, čo zabezpečí úprava programového rozpočtu na celé verejné zdravotné poistenie. Z tohto dôvodu navrhujeme doplniť zoznam indikátorov kvality aj o finančné a ekonomické ukazovatele. | Z | ČA | Nie je predmetom MPK. Každý vykonávací predpis bude mať svoje vlastné legislatívne konanie. Finančné a ekonomické ukazovatele neodzrkadľujú kvalitu poskytovania zdravotnej starostlivosti, preto nie je vhodné, aby boli súčasťou indikátorov kvality. |
| **ÚVSR** | **Analýza vplyvov na rozpočet verejnej správy** V analýze dopadu na rozpočet návrh uvádza maximálnu cenu za kilometer jazdy za dopravu lekára, ktorá sa má pripočítavať k výkonom. Navrhujeme uviesť, ktorých typov výkonov a akého podielu z počtu výkonov sa táto úprava týka. | Z | ČA | Vzhľadom na to, že chceme propagovať návštevnú službu lekárov, t.j. podporiť návštevu pacienta v jeho domácom prostredí, nebolo by účelné konkretizovať zdravotné výkony, a ani by to nebolo možné. Zoznam zdravotných výkonov je definovaný nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z.. a každý lekár podľa svojej špecializácie bude vykonávať výkony, ktoré je možné vykonať v domácom prostredí. |
| **ÚVSR** | **Doložka vybraných vplyvov** V doložke vybraných vplyvov sa ustanovuje dohľad v zariadeniach sociálnych služieb. Rovnako tak legislatívny návrh navrhuje rozšírenie pôsobnosti Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou o kontrolu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci. Podľa zákona 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v § 104 - HODNOTENIE PODMIENOK KVALITY POSKYTOVANEJ SOCIÁLNEJ SLUŽBY sa uvádza, že MPSVR hodnotí podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby prostredníctvom poverených štátnych zamestnancov. Od 1.9.2019 je hodnotenie kvality poskytovanej služby povinné zo zákona. V tejto súvislosti MPSVR pripravilo Zámer národného projektu „Kvalita sociálnych služieb“ s plánovanou alokáciou 3,2 mil. eur vo všetkých samosprávnych krajoch SR. Prosíme doplniť kalkuláciu vplyvu zavedenia dozoru v zariadeniach sociálnych služieb na RVS, ako aj jasné definovanie rozdelenia kompetencií a zodpovedností (MZ SR a MPSVR SR) za kontrolu kvality v zariadeniach sociálnych služieb. | Z | ČA | MPSVR SR bude vykonávať hodnotenie kvality poskytovanej sociálnej služby v súlade s prílohou č. 2 zákona 448/2008 Z.z. o sociálnych službách. V zmysle § 22 sa na poskytovanie, rozsah, podmienky úhrady a uzatváranie zmlúv o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosť v zariadeniach sociálnej pomoci vzťahujú osobitné predpisy. Akákoľvek kontrola z úrovne MPSVR SR nebude môcť kontrolovať správnosť poskytovania zdravotnej starostlivosti, resp. ošetrovateľskej starostlivosti. Môžeme kontrolovať iba tú skutočnosť, či klient má zabezpečenú túto starostlivosť. Z uvedeného dôvodu MPSVR SR nemôže doplniť kalkuláciu vplyvu zavedenia dozoru, resp. kontroly poskytovaných ošetrovateľských úkonov. Ide o kompetenciu Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. |
| **ÚVSR** | **Všeobecne** V súčasnom návrhu chýbajú dôležité informácie, preto sa nedá správne posúdiť. Požadujeme zahrnúť všetky prílohy, najmä • prílohu č. 7 - Normatív poskytovateľov, ktorí poskytujú ústavnú zdravotnú starostlivosť (t.j. minimálna sieť ústavnej zdravotnej starostlivosti s konkrétnymi nemocnicami a počtom lôžok, ktoré zostanú po stratifikácii) • prílohu č. 8 - Normatív poskytovateľov urgentnej zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú zdravotnú starostlivosť na urgentnom príjme 1. typu a urgentnom príjme 2. typu • prílohu, kde sú definované maximálne časy dojazdu pre jednotlivé špecializácie v nemocniciach • postup zdravotných poisťovní/MZ v prípade, že nemocnica prestane plniť podmienky minimálneho počtu výkonov | Z | A |  |
| **Verejnosť** | **Čl. IV, bod. 6** Čl. IV, bod. 6 Návrh: Na každých 18 lôžok určených pre poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti musí mať zariadenie sociálnej pomoci najmenej jednu sestru a na každých 10 lôžok určených pre poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti musí mať zariadenie sociálnej pomoci najmenej jednu praktickú sestru. Odôvodnenie: Neregulované povolanie praktická sestra s odbornou prípravou 2700 hodín nemôže nahrádzať regulované povolanie sestra s odbornou prípravou 4600 hodín a teda nemôže poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť v zmysle platnej slovenskej legislatívy a direktívy EÚ. V zariadeniach sociálnej pomoci nie je prítomný lekár a polymorbídni pacienti vyžadujú odborné posudzovanie stavu, zvládanie akútnych situácii i manažment starostlivosti metódou ošetrovateľského procesu. Praktická sestra neovláda posudzovanie zdravotného stavu pacienta, nemá vedomosti z farmakológie a klinických odborov. Nie je vzdelávaná v posudzovaní – diagnostikovaní – plánovaní – realizácii – vyhodnocovaní pacientovho stavu, jeho potrieb, nekladú sa nároky na kritické myslenie. Vie vykonávať len dielčie výkony. Absencia sestry pri ošetrovaní pacienta čím vážne ohrozuje zdravie i životy pacientov. Tiež praktická sestra nemá kompetenciu na podávanie liekov per os, čo predstavuje ďalšie zníženie kvality ošetrovateľskej starostlivosti v týchto zariadeniach. Tobôž praktická sestra nie je pripravená na zvládanie aspirácie, dusenia pri podávaní liekov per os. Zvyšovanie kompetencií praktickej sestre je v rozpore s direktívou Európskej únie, tak ako aj premenovanie zdravotníckeho asistenta na praktickú sestru, na čo poukázala aj Európska komisia v Infričmente pre SR a žiada o vykonanie nápravných krokov. Zákon NR SR č. 576/ 2004 o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v § 2, ods. 13 uvádza: „Ošetrovateľská starostlivosť je zdravotná starostlivosť, ktorú poskytuje sestra s odbornou spôsobilosťou podľa osobitného predpisu2) metódou ošetrovateľského procesu v rámci ošetrovateľskej praxe.“ Ak sa v zariadení má poskytovať ošetrovateľská starostlivosť, tak ju musí poskytovať zdravotnícky pracovník, ktorý odbor ošetrovateľstvo študoval. Jedine regulované povolanie sestra študuje metódu ošetrovateľského procesu. Nelegálne poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti nemôže byť hladené zo zdravotnej poisťovne. PhDr. Helena Gondárová-Vyhničková, dipl. s., hlavná odborníčka MZ SR pre odbor Ošetrovateľstvo | O | A |  |
| **Verejnosť** | **Čl. IV, bod. 7** Čl. IV, bod. 7 Navrhujem vypustiť text „úplné stredné odborné vzdelanie na strednej zdravotníckej škole v študijných odboroch zdravotná sestra, detská sestra alebo všeobecná sestra a súčasne najmenej desaťročnú odbornú prax, vyššie odborné vzdelanie v študijnom odbore diplomovaná všeobecná sestra a súčasne najmenej trojročnú odbornú prax alebo vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa v študijnom odbore ošetrovateľstvo a súčasne najmenej trojročnú odbornú prax a“ a nahradiť "vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa v študijnom odbore ošetrovateľstvo a súčasne najmenej trojročnú odbornú prax." Odôvodnenie: Riadenie ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb (ďalej len „ZSS“) , vypracovanie plánu komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti sa nemôže presúvať na sestry, ktoré nezískali na tieto činnosti odbornú spôsobilosť. Poskytovanie adekvátnej a bezpečnej ošetrovateľskej starostlivosti klientom zariadení sociálnych služieb môže byť zabezpečené len za pomoci odborne spôsobilých sestier. Zvyšovanie kvality a efektivity riadenia ošetrovateľskej starostlivosti v ZSS by nemalo prebiehať znižovaním nárokov na vzdelanie zodpovedných osôb v odbore ošetrovateľstvo. V systéme zdravotnej starostlivosti na Slovensku MZ SR samotné uvádza nedostatok všeobecných lekárov pre dospelých a rovnako aj pre deti a dorast, ale nikde sme nezachytili, žeby sa tento problém riešil zmierňovaním podmienok na ich vzdelanie, resp. presunom na inú kategóriu zdravotníckych pracovníkov. 10- ročná prax sestry je samozrejme predpokladom pre kvalitnejšie poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti, ale nie na jej "riadenie". Tento návrh je v rozpore s Vyhláškou MZ SR č. 95/2018, Z. z. Uvedený návrh je aj v rozpore s Vyhláškou MZ SR č. 95/2018 a týmto krokom je ďalšie znižovanie úrovne ošetrovateľskej starostlivosti u polymorbídnych pacientov v zariadeniach bez priamej prítomnosti lekára. Sestra so SŠ nemá dostatok vedomostí z aplikovania praxe založenej na dôkazoch, z aplikovania mnohých legislatívnych noriem do ošetrovateľskej praxe. Požiadavky na vzdelanie odborného zástupcu pre ošetrovateľskú starostlivosť v ZSS by mali byť obdobné, ako požiadavky na vzdelanie odborného zástupcu pre Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti. V medicínskej praxi primára nemôže nahradiť sekundárny lekár. PhDr. Helena Gondárová-Vyhničková, dipl. s., hlavná odborníčka MZ SR pre odbor Ošetrovateľstvo | O | ČA | Zníženie kvalifikačných predpokladov súvisí aj s ďalšou navrhovanou zmenou a to, že ošetrovateľskú starostlivosť bude indikovať vždy lekár, ktorý má dostatočné kompetencie posúdiť stav pacienta. Zároveň sa stotožňujeme s navrhovateľom MZ SR, že zdravotná sestra, detská sestra alebo všeobecná sestra s 10 ročnou praxou a systémom ďalšieho vzdelávania má dostatočné odborné vedomosti. |
| **VšZP** | **Čl. IV a analýza vplyvov:** K analýze vplyvov na rozpočet verejnej správy na zamestnanosť vo verejnej správe a financovanie návrhu bodu 2.2.4.2 Kvantifikácia výdavkov verejného zdravotného poistenia: V častiach Navrhované ceny pre mobilné hospice a Navrhované ceny pre ADOS sú nepresne vyčíslené dopady úhrad za mobilné hospice a Ados. Odôvodnenie: Následkom určenia viacerých variant regulácie cien pre mobilné hospice a Ados vzniklo veľké rozpätie dopadov podľa navrhovaných variantov. Na základe nepresného vyčíslenia nie je možné vo Všeobecnej zdravotnej poisťovni, a.s. adekvátne zostaviť pán činností a obchodno-finančný plán na rok 2020. Takýto stav môže mať za následok nemožnosť nastavenia stratégie financovania zdravotnej starostlivosti v ostatných sektoroch. | O | A |  |
| **VšZP** | **Čl. IV a analýza vplyvov:** K analýze vplyvov na rozpočet verejnej správy na zamestnanosť vo verejnej správe a financovanie návrhu bodu 2.2.4.2 Kvantifikácia výdavkov verejného zdravotného poistenia: V tabuľke b) Úhrada za lôžkodeň – príjmy poskytovateľov v roku 2017 (zdroje VZP + dotácie) a návrh optimálnej úhrady na pokrytie prevádzkových nákladov od 2020 + 5 % medziročný nárast, mzdový automat evidujeme nesúlad vstupných údajov za oblasť ústavnej zdravotnej starostlivosti s dátami Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a.s. Odôvodnenie: Údaj v tabuľke v časti za rok 2017 v časti ústavná ošetrovateľská starostlivosť je stanovený na 65 €, čo je v nesúlade s cenovými zmluvnými atribútmi a skutočnými nákladmi VšZP, priemerná úhrada za lôžkodeň je podľa dát z produkčného systému VšZP 26 €. Údaj v tabuľke v časti za rok 2017 v časti ústavná hospicová starostlivosť je stanovený na 44 €, podľa dát VšZP to je 48 €. Údaj v tabuľke v časti za rok 2017 v časti Paliatívna medicína bol uhrádzaný iným spôsobom, a to formou úhrady za ukončenú hospitalizáciu. Pri prepočte na dni strávené na lôžku je tento údaj stanovený v priemere na 86 € na deň. Na základe rozdielnych cien za dni hospitalizácie nesúhlasia celkové náklady na jednotlivé odbornosti ústavnej zdravotnej starostlivosti. To má za následok iný nárast nákladov v rokoch 2020 až 2022. | O | A | Upraví sa aj dôvodová správa. Stanovenie ceny za lôžkodeň vychádza z kalkulácie oprávnených nákladov poskytovateľov tohto typu starostlivosti. Úhrady z VZP sú dlhodobo pod hranicou rentability a poskytovatelia musia buď žiadať o platby pacientov, alebo jednoducho zanikajú a systémovo sa nám vytvorila priepasť v zabezpečení zdravotných služieb následného typu. |
| **VšZP** | **K Čl. VII nad rámec novely:** Navrhujeme do § 6 vložiť nový odsek 5), ktorý znie: “Za fyzickú osobu poistenú podľa § 3 ods. 3 písm. a) pri zániku a vzniku verejného zdravotného poistenia podľa § 4 a § 5 za spätné obdobia nahrádza prihlášku oznámenie platiteľa poistného, ktorý je zamestnávateľom podľa § 24.” Ostatné odseky sa primerane prečíslujú. Odôvodnenie: Osoby bez trvalého pobytu v SR poistené podľa § 3 ods. 3 písm. a) majú veľmi často prerušované pracovné zmluvy, z čoho vyplýva, že musia neustále podávať odhlášky a prihlášky, čo si však za spätné obdobia, ak sa už nezdržujú na území SR, neplnia. Z uvedeného vyplýva, že ak by oznámenie zamestnávateľa nemohlo nahradiť prihlášku poistenca, tak po prvom ukončení pracovného pomeru by už ďalšie poistné vzťahy bez podania prihlášky nemohli vzniknúť. Zamestnávatelia oznamujú začiatky a konce pracovných pomerov/dohôd, neplateného voľna..., elektronicky prostredníctvom hromadného oznámenia zamestnávateľa. Spracovanie týchto hromadných oznámení zamestnávateľa sa uskutočňuje automaticky, bez zásahu zamestnanca zdravotnej poisťovne. Napriek vynaloženému úsiliu, nie je možné získať prihlášku poistenca od každej osoby, ktorej ukončením pracovného pomeru/dohody, alebo vznikom neplateného voľna, zanikol nárok na zotrvanie v systéme verejného zdravotného poistenia v SR, pretože prestala spĺňať podmienky ustanovené v § 3 ods. 3 a následne jej nárok opäť vznikol, oznámením začiatku pracovného pomeru, výkonu práce na dohodu, alebo ukončením neplateného voľna u rovnakého alebo iného zamestnávateľa. Veľa týchto oznámení zasiela zamestnávateľ aj spätne, v čase keď sa dotknutá osoba už na území SR nezdržiava. V prípade ukončenia poistky k prvému dňu, kedy dotknutá osoba prestala spĺňať podmienky podľa § 3 ods. 3, sa vytvorí nesúlad na mesačnom výkaze, pretože nasledujúce poistné vzťahy budú týmto úkonom stornované. | Z | N | Nad rámec. Toto sme predsa chceli aj my, ale poisťovne to odmietali s tým, že oznámenie neobsahuje všetky údaje, ktoré sú na prihláške. |
| **VšZP** | **K Čl. VII nad rámec novely:** Navrhujeme do odkazu 55a) na začiatok vložiť slovo „Napríklad“ a na koniec vložiť slová: „zákon č. 280/2017 Z. z o poskytovaní podpory a dotácie v pôdohospodárstve a rozvoji vidieka a o zmene zákona č. 292/2014 Z. z. o príspevku poskytovanom z európskych štrukturálnych a investičných fondov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a zákon č. 43/2019 Z. z. o poskytnutí pomoci v poľnohospodárskej prvovýrobe“ Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka, spresnenie odkazu. | O | A |  |
| **VšZP** | **K Čl. IX:** Navrhujeme odstrániť duplicitu v slovách „okrem čl. I bodu 2 § 9 ods. 5, ktorý nadobúda účinnosť 1. januára 2021“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka. Rovnaký text sa v článku IX nachádza dvakrát. | O | A |  |
| **VšZP** | **K Čl. IX:** Navrhujeme opraviť slová „okrem čl. I bodu 2. § 9 ods. 5, ktorý nadobúda účinnosť 1. januára 2021“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka. V návrhu sa nenachádza čl. I bodu 2. § 9 ods. 5. | O | A |  |
| **VšZP** | **K Čl. IV bod 14.:** Navrhujeme prepracovať a sprecizovať systém posudzovania poskytovania dlhodobej starostlivosti. Odôvodnenie: V zmysle navrhovaného § 12b ods. 2 písm. a) potrebu poskytovania dlhodobej starostlivosti posudzuje a rozhoduje o nej ošetrujúci lekár zdravotníckeho zariadenia ústavnej starostlivosti určený poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. V praxi môže nastať situácia, že bude rozsah zdravotnej starostlivosti (najmenej 5 alebo 30 dní) umelo predlžovaný s cieľom získania indikačného kritéria na poskytnutie dlhodobej starostlivosti. | O | ČA | ustanovenia prepracované |
| **VšZP** | **K Čl. VI bod 5.:** Navrhujeme upraviť metodiku. Odôvodnenie: Z navrhovaného znenia nie je zrejmé, aké majú byť výsledné hodnoty OECD parametrov vyplývajúce z osobitného predpisu, ktoré má poskytovateľ dosahovať. | O | A | Upravíme v dôvodovej správe. Metodika bude upravená v metodickom pokyne MZ SR (ktorý vypracujeme s NCZI). |
| **VšZP** | **K Čl. I bod 5.:** Navrhujeme upraviť zber a rozsah vyhodnocovania indikátorov kvality jednotlivými subjektami. Odôvodnenie: V návrhu je uložená povinnosť zasielať (§ 79 ods. 1 písm. t) zákona č. 578/2004 Z. z.), zbierať a vyhodnocovať (§ 15 ods. 1 písm. c zákona č. 581/2004 Z. z.) indikátory kvality rôznym subjektom (MZ SR, NCZI, zdravotné poisťovne). Navrhuje určiť, ktorý subjekt a v akom rozsahu zasiela a vyhodnocuje ktoré indikátory. | O | A | Údaje bude zbierať zdravotná poisťovňa, aby si mohla priebežne vyhodnocovať indikátory kvality a NCZI, dohoda sa vypúšťa. |
| **VšZP** | **K Čl. VII bod 2.:**  Navrhujeme v § 29b ods. 12 na konci doplniť slová „identifikačné údaje osoby, na ktorú sa viaže poskytovaná príslušná dávka v rozsahu meno, priezvisko, dátum narodenia, rodné číslo“. Odôvodnenie: Doplnenie identifikačných údajov je nevyhnutné z dôvodu potreby identifikácie nezaopatreného dieťaťa, pre správne uplatnenie § 11 ods. 7 písm. j). | Z | N | Je potrebný štandardný proces MPK, v ktorom sa bude môcť vyjadriť aj dotknutý subjekt (Sociálna poisťovňa). Nad rámec. |
| **VšZP** | **K Čl. VII bod 2.:**  Navrhujeme v § 29b ods. 13 na konci doplniť slová „identifikačné údaje osoby, na ktorú sa viaže poskytovaná príslušná dávka v rozsahu meno, priezvisko, dátum narodenia, rodné číslo“. Odôvodnenie: Doplnenie identifikačných údajov je nevyhnutné z dôvodu potreby identifikácie nezaopatreného dieťaťa, pre správne uplatnenie § 11 ods. 7 písm. j). | Z | N | Je potrebný štandardný proces MPK, v ktorom sa bude môcť vyjadriť aj dotknutý subjekt (Sociálna poisťovňa). Nad rámec. Nie je isté, či Sociálna poisťovňa vôbec údaj takto eviduje a či by to bola schopná oznamovať poisťovniam. |
| **VšZP** | **K Čl. VII nad rámec novely:** Navrhujeme v § 17c ods. 1 písm. b) vypustiť slová „a to ani zo zisku“. Odôvodnenie: Zo súčasného znenia zákona nie je zrejmý časový okamih odpisu pohľadávky zdravotnej poisťovne v prípade splnenia reštrukturalizačného plánu (ďalej len „RP“), resp. časový okamih v otázke dĺžky evidovania iného majetkového práva veriteľa, kt. má byť uspokojený zo zisku dlžníka. V zásade ide o nejednoznačnosť právnej úpravy s prihliadnutím aj na ustanovenie § 155a a § 159b zákona č. 7/2005 Z. z o konkurze a reštrukturalizácií v znení účinnom od 29.04.2015 do 31.12.2016, ako aj v znení účinnom od 01.01.2017 – až po súčasnosť. Ponechaním doterajšej právnej úpravy môže nastať stav, že dlžník bude po splnení RP dlhodobo evidovaný v zozname dlžníkov. Teda do času vykonania odpisu pohľadávky, ktorý zo súčasného znenia zákona nie je jednoznačný. Navrhovanou zmenou právnej úpravy by sa stanovil presný okamih odpisu pohľadávky - t.j. po splnení RP. Odpis pohľadávky neznamená jej zánik, ak by platiteľ poistného v budúcnosti generoval zisk, tak zdravotná poisťovňa má nárok na uspokojenie odpísanej pohľadávky zo zisku platiteľa vykázaného v účtovnej závierke, ktorý platiteľ poistného nepotrebuje k zachovaniu prevádzku podniku alebo jej podstatnej časti predpokladanej plánom (viď § 159b ods. 1 ZKR). Odpis pohľadávky by teda nevylučoval uplatnenie postupu veriteľa podľa § 159a a § 159b ZKR v prípade splnenia zákonných podmienok. Zastávame názor, že spresnenie právnej úpravy je dôvodné jednak za účelom stanovenia presných pravidiel odpisovania nevymožiteľných pohľadávok na poistnom a jednak za účelom zabezpečenia právnej istoty na strane veriteľa ako aj na strane dlžníka. | Z | N | Nad rámec. |
| **VšZP** | **K Čl. VII bod 2.:** Navrhujeme v § 23 ods. 1 písmeno d) za slová „l),“ doplniť slová „,m) šiesteho bodu“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka, došlo k prečíslovaniu bodu 5. na bod 6. | Z | A |  |
| **VšZP** | **K Čl. VII bod 2.:** Navrhujeme v § 23 ods. 3 v prvej vete za slová „l),“ doplniť slová „,m) šiesteho bodu“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka, došlo k prečíslovaniu bodu 5. na bod 6. | Z | A |  |
| **VšZP** | **K Čl. VII bod 2.:** Navrhujeme v § 23 ods. 3 doplniť nové písmeno f) v znení: „§ 11 ods. 7 písm. m) šiesty bod, poistenec je povinný priložiť doklad potvrdenia o dočasnej pracovnej neschopnosti. Pre preukázanie skutočnosti pokračovania povinnosti štátu platiť za neho poistné je poistenec povinný predkladať na vyžiadanie zdravotnej poisťovne aktuálne potvrdenie o trvaní dočasnej pracovnej neschopnosti najviac dvakrát ročne do 8 dní odo dňa doručenia výzvy. Na doručovanie výzvy sa vzťahuje § 17b.“ Odôvodnenie: Poistenci nemajú v súčasnosti povinnosť preukazovať vznik, ukončenie a najmä trvanie dočasnej pracovnej neschopnosti pre určenie platiteľa poistného podľa § 11 ods. 7 písm. m) podľa zmeny bod 6 (pôvodne 5). Zdravotná poisťovňa nemá žiadnu možnosť tieto informácie získať pre vznik tejto skutočnosti, resp. odkontrolovať, či poistenec stále spĺňa skutočnosť, aby za neho štát platil poistné. Takto môže poistenec v určitých prípadoch aj po zániku tejto skutočnosti zostať poistencom štátu natrvalo. Informácie o nich nevedie Sociálna poisťovňa, ÚPSVaR, nie sú kontrolovaní a teda donútení dodržiavať liečební režim a pravidelne chodiť na lekárske prehliadky, nemusia sa nikde hlásiť, môžu sa zamestnať načierno napr. v zahraničí a stále bude za nich platiteľom poistného štát. Postupne tento inštitút môže začať zneužívať väčšie množstvo osôb, ktorí sú síce zdraví, ale nevedia alebo nechcú si nájsť prácu. | Z | A |  |
| **VšZP** | **K Čl. VII bod 2.:**  Navrhujeme v § 29b ods. 12 slová „piateho“ nahradiť slovami „šiesteho“. Odôvodnenie: V zmysle navrhovaného nového znenia § 11 ods. 7 písm. m) dôjde k zmene prečíslovania bodov, na ktorý odkazuje § 29b ods. 12. | Z | A |  |
| **VšZP** | **K Čl. VII bod 2.:**  Navrhujeme v § 29b ods. 13 slová „tretieho“ nahradiť slovami „štvrtého“. Odôvodnenie: V zmysle navrhovaného nového znenia § 11 ods. 7 písm. m) dôjde k zmene prečíslovania bodov, na ktorý odkazuje § 29b ods. 13. | Z | A |  |
| **VšZP** | **K Čl. I bod 16:** Navrhujeme v § 43a ods. 2 písm. a) bod 2. vypustiť slová „rodné číslo“. Odôvodnenie: V navrhovanom znení bodov 1 a 2 sa v bode 2 nachádza ako náležitosť podnetu identifikačný údaj – rodné číslo a v bode 1 takú náležitosť nenachádzame. Preto navrhujeme zjednotiť bod 2 s bodom 1 a údaj o rodnom čísle vypustiť. | O | ČA | rodné číslo bude pridané |
| **VšZP** | **K Čl. I bod 16.:** Navrhujeme v § 43a ods. 2 písm. a) bod 3. za slovo „sídlo“ vložiť čiarku. Odôvodnenie: Gramatická oprava. | O | A |  |
| **VšZP** | **K Čl. VII nad rámec novely:** Navrhujeme v § 6 ods. 6 v štvrtej vete vypustiť slová „v členskom štáte“. Odôvodnenie: Platná právna úprava neupravuje jednoznačne situácie, kedy osoba s trvalým pobytom v SR z rôznych dôvodov odhlásená zo systému verejného zdravotného poistenia v SR sa vracia do SR v kóme, resp. v inej situácii (osoba môže aj zomrieť), prípadne sa následne šetrením po smrti osoby zistí, že osoba mala podliehať legislatíve SR, ale zdravotnú poisťovňu si už nemôže vybrať a prihlášku si nemôže podať. V takýchto prípadoch neexistuje príslušná zdravotná poisťovňa zodpovedná za úhradu poskytnutej ZS tejto osobe v SR. V praxi nedochádza k postupu, že príslušnú zdravotnú poisťovňu pre účely vzniku VZP v SR určí úrad. Úrad určuje len PI pre účely úhrady ZS v členskom štáte. Ak poistenec nepodal prihlášku, aj keď ju podať mal, príslušnou zdravotnou poisťovňou na úhradu zdravotnej starostlivosti v členskom štáte sa stane zdravotná poisťovňa, ktorú si poistenec vyberie a ktorej uhradí poistné na zdravotné poistenie odo dňa vzniku skutočnosti zakladajúcej vznik verejného zdravotného poistenia. Ak si poistenec zdravotnú poisťovňu nemôže vybrať, úrad určí, ktorá zdravotná poisťovňa bude jeho príslušnou zdravotnou poisťovňou; spôsob ustanovenia príslušnej zdravotnej poisťovne určí úrad. | O | N | Problém, popisujúci VšZP sa dá už aj dnes riešiť podľa poslednej vety ustanovenia odseku 6 - Ak si poistenec zdravotnú poisťovňu nemôže vybrať, úrad určí, ktorá zdravotná poisťovňa bude jeho príslušnou zdravotnou poisťovňou; spôsob ustanovenia príslušnej zdravotnej poisťovne určí úrad. Nad rámec. Ako nadbytočná sa javí celá veta "Ak poistenec nepodal prihlášku, aj keď ju podať mal, príslušnou zdravotnou poisťovňou na úhradu zdravotnej starostlivosti v členskom štáte sa stane zdravotná poisťovňa, ktorú si poistenec vyberie a ktorej uhradí poistné na zdravotné poistenie odo dňa vzniku skutočnosti zakladajúcej vznik verejného zdravotného poistenia.", nakoľko tento proces je už popísaný v druhej vete. Ak by sme vypustili len slová "v členskom štáte", ako navrhuje poisťovňa, boli by tam obsahovo viac-menej totožné 2 vety (druhá a štvrtá), ktorá by ale každá popisovala tú istú situáciu inými slovami. |
| **VšZP** | **K Čl. I bod č. 5:** Navrhujeme v § 7 ods. 8 písm. b) odstrániť duplicitu označovania písmena b). Odôvodnenie: Gramatická oprava. | O | A |  |
| **VšZP** | **K Čl. I bod č. 5:** Navrhujeme v § 7 ods. 8 písm. b) za slová „zdravotníckych výkonov“ vložiť čiarku. Odôvodnenie: Gramatická oprava. | O | A |  |
| **VšZP** | **K Čl. I bod 6:** Navrhujeme v § 7 ods. 9 písm. b) slová „obsahovať zdravotné výkony“ nahradiť slovami „obsahovať skupiny zdravotných výkonov“. Odôvodnenie: Navrhované znenie môže naznačovať, že je potrebné v zmluve uvádzať jednotlivé výkony, tak ako sú uvedené v zozname DRG zdravotných výkonov (napr. 5t400.0, 5t400.1 atď.). V zmluve sa budú uvádzať len skupiny výkonov na úrovni 3M, t.j. napr. 5t4. | O | A |  |
| **VšZP** | **Čl. VI bod 18.:** Navrhujeme v § 79 ods. 1 písm. t) vypustiť slová „, zdravotnej poisťovni a národnému centru zdravotníckych informácii54) bb Odôvodnenie: Navrhujeme, aby údaje od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti zbieralo MZ SR a zdieľalo ich s ostatnými subjektami, ktoré majú povinnosť ich vyhodnocovať. Odstrániť duplicitu v zasielaní údajov. | O | A | Údaje bude zbierať zdravotná poisťovňa, aby si mohla priebežne vyhodnocovať indikátory kvality a NCZI, dohoda sa vypúšťa. |
| **VšZP** | **K Čl. I bod 11:** Navrhujeme v § 8 v odseku 13 a v odseku 14 v poslednej vete za slová “týchto úhrad” doplniť slová “podľa podielu poistencov na celkovom počte poistencov “. Odôvodnenie: Navrhujeme, aby v súvislosti s výpočtom výšky paušálnej úhrady, spôsobom výpočtu a pravidlami výpočtu vo všeobecne záväznom právnom predpise ministerstva zdravotníctva bolo zachované pravidlo výpočtu paušálnej úhrady podľa podielu poistencov na celkovom počte poistencov. | O | N | Na rokovaní sa dohodlo, že to pôjde do vykonávacieho predpisu, a áno, bude to samostatný vykonávací predpis, v ktorom sa toto pravidlo uvedie. |
| **VšZP** | **K Čl. VI bod 28:** Navrhujeme v § 81 ods. 1 doplniť aj nové písmeno ch), ktoré znie: „ch) úrad 60e), ak ide o plnenie povinností a dodržiavanie podmienok prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia podľa § 79 ods. 1 písm. d).“. „Poznámka pod čiarou k odkazu 60e) pod čiarou znie: § 50 ods. 3 zákona č. 581/2004 Z. z.“ Odôvodnenie: Doplniť kompetenciu úradu, ako nezávislého orgánu, kontrolovať dodržiavanie povinnosti prevádzkovať zdravotnícke zariadenie v súlade s požiadavkami na jeho personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie a v prípade zistených nedostatkov podať podnet podľa § 50 ods. 3 zákona č. 581/2004 Z. z. | O | N | išlo by o kompetenčný spor medzi orgánmi, ktoré vydávajú povolenie na prevádzku zdravotníckeho zariadenia |
| **VšZP** | **K Čl. IV bod 4.:** Navrhujeme v § 9 ods. 2 a ods. 3 za slová „(§2 ods. 5)“ doplniť slová: „po predchádzajúcom súhlase zdravotnej poisťovne“. Odôvodnenie: Uvedený návrh odoberá zdravotnej poisťovni akúkoľvek možnosť posudzovania opodstatnenosti umiestnenia poistencov v ústavnom zdravotníckom zariadení, napr. liečebni, pričom poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti (liečebňa) môže poistencovi poskytovať následnú starostlivosť na oddelení až 3 mesiace. Následne je možné, na základe indikácie konzília (zloženého zo zamestnancov poskytovateľa bez účasti revíznych zamestnancov zdravotnej poisťovne, čo vytvára možný konflikt záujmov) jej predĺženie bez časového obmedzenia. Následná ústavná ošetrovateľská starostlivosť, napr. v dome ošetrovateľskej starostlivosti, môže byť indikovaná poskytovateľom takejto starostlivosti bez možného posúdenia zdravotnej poisťovne až na 6 mesiacov. Následne je možné, na základe indikácie konzília (zloženého zo zamestnancov poskytovateľa bez účasti revíznych zamestnancov zdravotnej poisťovne, čo vytvára možný konflikt záujmov) jej predĺženie bez časového obmedzenia. Tým zdravotné poisťovne strácajú možnosť kontroly, prostredníctvom revíznych lekárov, resp. revíznych sestier, nad účelnosťou, efektívnosťou a hospodárnosťou vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia. | Z | A |  |
| **VšZP** | **K Čl. I bod č. 5 a č. 13:** Navrhujeme zjednotiť slová „metodika“ a „metodológia“. Odôvodnenie: V § 7 ods. 7 písm. d), f) a v § 8 písm. d) a v § 15 ods. 1 písm. c) bod č. 2 návrhu zákona sa používajú slová metodika a metodológia, ktoré na seba navzájom odkazujú. Navrhujeme preto pre zachovanie jednotnosti celého textu, zjednotiť tieto pojmy. | O | A |  |
| **VšZP** | **K Čl. I bod 13. a 24.:** Navrhujeme, aby údaje od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti zbieralo MZ SR a zdieľalo ich s ostatnými subjektami, ktoré majú povinnosť ich vyhodnocovať. Navrhujeme vypustiť úpravu týchto povinností iba formou dohody medzi MZ SR a zdravotnými poisťovňami. Odôvodnenie: Zjednotiť a odstrániť duplicitu v zasielaní. | O | ČA | Údaje bude zbierať zdravotná poisťovňa, aby si mohla priebežne vyhodnocovať indikátory kvality a NCZI, dohoda sa vypúšťa. |
| **ŽSK** | **K Čl. I (zák. 581.2004 Z.z.), bod 16 (§43a)** "§43a ods. 8 : Úrad môže dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zastaviť, ak a)-c)." Pripomienka: Navrhujeme, aby definícia prvej vety znela: „Úrad dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zastaví.“ Odôvodnenie: Keďže podmienky uvedené v písm. a) – c) resp. dôvody uvedené umožňujú, aby k zastaveniu dohľadu došlo zo zákona. | O | A |  |
| **ŽSK** | **K Čl. I (zák. 581.2004 Z.z.), bod 23 (§ 76 ods. 3 písm. j)** „j) samosprávneho kraja na účely výkonu dozoru podľa osobitného predpisu35aae) [§ 15 ods. 1 písm. ac)] a na účely výkonu miestnej štátnej správy na úseku zdravotníctva,“. Pripomienka: Z dôvodu správneho a efektívneho výkonu povinností samosprávnych krajov (určovanie zdravotných obvodov, určovanie pri odmietnutí poskytovateľa ZS) je potrebné mať k dispozícii online údaje, aktualizované na mesačnej báze, nie len na vyžiadanie. Samosprávne kraje požadujú údaje taktiež v zmysle záverov SK8... počty kapotovaných pacientov, počty zrealizovaných výkonov, schválených ordinačných hodín...) Veľmi to pomôže k rýchlejšiemu a efektívnejšiemu výkonu zo stany samosprávnych krajov. Netreba zabúdať na čoraz rýchlejšie narastajúci počet sťažností zo strany pacientov. | Z | A |  |
| **ŽSK** | **K Čl. IX Účinnosť** Poukazujeme na zmätočnosť znenia účinnosti. Poukazujeme na to, že v článku I bodu 2 nie je vôbec uvedený § 9 ods. 5, taktiež článok III šiesteho bodu nadobúda účinnosť 1.1.2022 a následne je uvedené, že články III bodov 1 až 8, 10,11, 14 nadobúdajú účinnosť 1.4.2020. | O | A |  |
| **ŽSK** | **K Čl. I (zák. 581.2004 Z.z.) bod 5: § 7 ods. 5-8** Text návrhu zákona:"Prehodnocuje zoznam indikátorov raz ročne na základe podnetov zaslaných najneskôr do 30. júna kalendárneho roka, podnety ministerstvo vyhodnocuje na základe metodicky podľa odseku 7." – Pripomienka: Nie je jednoznačne určené, kto môže zasielať podnety na zmenu indikátorov. Poskytovateľ ZS? Samosprávny kraj? Zdravotné poisťovne? Navrhujeme presnú špecifikáciu subjektu/ov, ktoré zasielajú podnety. | O | ČA | podnety môže zasielať každý |
| **ŽSK** | **K Čl. VI (zák. 578.2004 Z.z.), bod 15 (§ 30a)** Text z návrhu zákona: "ods. 3 písm. a) bod. 2: 2. úradne osvedčená kópia rozhodnutia o uznaní dokladu o vzdelaní podľa osobitného predpisu24da) na účely výkonu zdravotníckeho povolania lekár," Pripomienka: Poukazujeme na skutočnosť, že rozhodnutie o uznaní dokladu o vzdelaní vydá Ministerstvo školstva až po splnení všetkých podmienok ( vrátane absolvovania rozdielovej skúšky). Text z návrhu zákona: "písm. c) potvrdenie o pracovnom pomere dohliadajúceho lekára na ustanovený týždenný pracovný čas". Pripomienka : V akom rozsahu stanovený týždenný pracovný čas? Zo zákona, resp. z jeho úväzku bude súbežný s pracovným časom stážistu? (viď ods. 6) Text z návrhu zákona: "(5) Stáž možno vykonávať len u jedného poskytovateľa, najviac 12 mesiacov odo dňa vydania súhlasu podľa odseku 4 a nemožno ju opakovať. " Pripomienka :Navrhujeme, aby to nebolo odo dňa vydania súhlasu, pretože od uplynutia vydania súhlasu až po uzatvorenie pracovného pomeru prejde nejaký čas a tým dôjde automaticky k skráteniu lehoty. Navrhujeme od uzavretia pracovno-právneho vzťahu po vydaní súhlasu v zmysle ustanovenia § 4. Text z návrhu zákona: "(6) Poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktorý získal súhlas podľa odseku 4, je povinný b) zabezpečiť, aby dohliadajúci lekár vykonával odborný dohľad len nad jedným stážistom a bol fyzicky prítomný pri výkone stáže." Pripomienka: Pracovný čas dohliadajúceho lekára bude súbežný s pracovným časom stážistu? keďže z ustanovenia odseku 6 písm. b) vyplýva, že poskytovateľ ÚZS je povinný zabezpečiť, aby dohliadajúci lekár bol fyzický prítomný pri výkone stáže. Text z návrhu zákona:"(8) Povinnosti mlčanlivosti môže stážistu zbaviť iba osoba, ktorej sa skutočnosti týkajú, alebo orgán príslušný na vydanie povolenia, a to na žiadosť orgánov činných v trestnom konaní a súdov; ak nemožno určiť orgán príslušný na vydanie povolenia, povinnosti mlčanlivosti o skutočnostiach, o ktorých sa stážista dozvedel v súvislosti s výkonom stáže, môže stážistu na žiadosť orgánov činných v trestnom konaní a súdov zbaviť ministerstvo zdravotníctva." Pripomienka: Navrhujeme štylisticky upraviť znenie: „(8) Povinnosť zachovávať mlčanlivosť o skutočnostiach, o ktorých sa stážista dozvedel v súvislosti s výkonom stáže, môže stážistu zbaviť iba osoba, ktorej sa skutočnosti týkajú, alebo orgán príslušný na vydanie povolenia, a to na žiadosť orgánov činných v trestnom konaní a súdov; ak nemožno určiť orgán príslušný na vydanie povolenia, povinnosti mlčanlivosti o skutočnostiach, o ktorých sa stážista dozvedel v súvislosti s výkonom stáže, môže stážistu na žiadosť orgánov činných v trestnom konaní a súdov zbaviť ministerstvo zdravotníctva." | O | ČA | ustanovenie prepracované |
| **ŽSK** | **K Čl. I (zák. 581.2004 Z.z.) bod 13: § 15 ods. 1 písm. c)** V § 15 ods. 1 písm. c) znie: "c) vyhodnocovať indikátory do troch mesiacov po uplynutí časového obdobia, za ktoré sú indikátory sledované a počty zdravotných výkonov, pre ktoré je ustanovený minimálny počet zdravotných výkonov, v rámci vyhodnotenia zdravotné poisťovne sú povinné: 1. zverejňovať výsledky," Pripomienka: Navrhujeme presne určiť akým spôsobom na akom mieste a v akom časovom horizonte sa má uskutočňovať zverejnenie – napr. výsledky budú zverejnené na webovom sídle ZP, resp. MZ SR do 15 dní odo dňa vyhodnotenia... Nie je uvedený úkon duplicitný, keďže aj MZ SR § 7 ods. 8 vyhodnocuje indikátory do 6 mesiacov, ZP do troch mesiacov, resp. ide o rôzne druhy indikátorov? Navrhované ustanovenie obsahuje ďalej bod 6: "poskytovať ostatným zdravotným poisťovniam a ministerstvu zdravotníctva údaje o poskytnutých a vykázaných zdravotných výkonoch u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti za účelom vyhodnotenia plnenia minimálneho počtu vybraných zdravotných výkonov, spôsob, formu, rozsah a lehoty na poskytnutie údajov upraví dohoda uzatvorená medzi zdravotnými poisťovňami a ministerstvom zdravotníctva. " Pripomienka: Navrhujeme doplniť samosprávnym krajom. Odôvodnenie: Keďže aj v bode 23, je upravené znenie ustanovenia § 76 ods. 3 písm. j (samosprávneho kraja na účely výkonu dozoru podľa osobitného predpisu a na účely výkonu miestnej štátny správny na úseku zdravotníctva) | Z | A | Nejde o duplicitu, nakoľko ZP si vyhonocuje za svojich poistencov a svojich poskytovateľov a MZ za všetky poisťovne a za všetkých poskytovateľov. |
| **ŽSK** | **K Čl. IV (zák. 576.2004 Z.z.), bod 17 (§25 ods. 1 pís. f)** V § 25 ods. 1 písm. f) sa slová „lekárovi samosprávneho kraja a sestre samosprávneho kraja na účely dozoru podľa osobitného predpisu“ nahrádzajú slovami „lekárovi samosprávneho kraja, sestre samosprávneho kraja na účely dozoru podľa osobitného predpisu4) a ďalšiemu pracovníkovi samosprávneho kraja, ktorým je lekár alebo sestra, písomne poverená samosprávnym krajom na výkon dozoru“. Pripomienka: Podľa nášho názoru ide o zmätočné znenie, preto navrhujeme: V § 25 ods. 1 písm. f) sa slová „lekárovi samosprávneho kraja a sestre samosprávneho kraja na účely dozoru podľa osobitného predpisu“ nahrádzajú slovami „lekárovi samosprávneho kraja, sestre samosprávneho kraja na účely dozoru podľa osobitného predpisu4) a ďalšiemu pracovníkovi odboru zdravotníctva samosprávneho kraja, ktorý je písomne poverený na výkon dozoru“. | Z | ČA | doplnené so vzdelaním sestra alebo sestra s prvým stupňom vysokoškolského vzdelania |
| **ŽSK** | **K Čl. IV (zák. 576.2004 Z.z.), bod 3 (§ 4 ods. 3)** V § 4 ods. 3 sa na konci pripája táto veta: „Zdravotná starostlivosť nie je poskytnutá správne aj ak nebola poskytnutá vôbec a k jej odmietnutiu poskytovateľom došlo v rozpore s osobitným predpisom.4aaaa)“. Pripomienka: Uvedený návrh je z nášho pohľadu veľmi kontraproduktívny – nezohľadňuje vysoké pracovné zaťaženie PZS, nie je ošetrené dôkazné bremeno pri podávaní podnetu (vo veľa prípadoch PZS ani nevidí pacienta...) preskúmavať správnosť poskytnutia ZS je v kompetencii ÚPDZ, kde je to dostatočným spôsobom upravené. | Z | ČA | ustanovenie vypustené |