

Dôvodová správa (osobitná)

Čl. I

K § 1

Vymedzuje sa rozsah predmetu tohto zákona. Forma nového zákona sa zvolila pre potrebu komplexne riešiť danú problematiku, ktorá obsahuje množstvo nových pojmov, ktoré je potrebné zdefinovať.

Východiská

- (i) Súčasná sieť nemocníc v Slovenskej republike je príliš široká nielen v počte lôžok, ale aj v počte nemocníc, čo vedie k:
 - neefektívnemu viazaniu zdrojov (najmä ľudských),
 - nízkej obložnosti lôžok (60 % lôžok v nemocniciach v období pred krízou v súvislosti s pandémiou ochorenia COVID-19 bolo voľných),
 - nízkym počtom zdravotníckych výkonov, resp. nízkym počtom pacientov na nemocnicu; predmetné má za následok nedostatočnú zručnosť lekára ohrozujúcu bezpečnosť pacienta, ako aj neefektívne využitie drahého vybavenia.
- (ii) Poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „ústavná starostlivosť“) je roztrieštené, a to znamená, že medzi nemocnicami je nízka miera koordinácie a spolupráce, pričom každá nemocnica sa špecializuje na iné zdravotnícke výkony, z čoho vyplýva, že viaceré nemocnice nedokážu poskytnúť komplexnú ústavnú starostlivosť (napr. pri ťažkých úrazoch vyžadujúcich si multidisciplinárny prístup k pacientovi).
- (iii) Neexistujú jasné pravidlá pre poskytovanie ústavnej starostlivosti, z čoho vyplýva, že každá nemocnica v súčasnosti môže vykonávať všetky zdravotné výkony, čo vedie k negatívnym javom ako napríklad k
 - tzv. „trofejným operáciám“, kedy poskytovateľ zdravotnej starostlivosti vykonáva pár náročných operácií, pri ktorých nedokáže zabezpečiť dostatočnú kvalitu a bezpečnosť pre pacienta,
 - fluktuácii personálu medzi nemocnicami, kedy pôvodná nemocnica prestane poskytovať určitú zdravotnú starostlivosť, čím sektor zdravotníctva prichádza o nemocnice schopné komplexne sa postarať o pacientov,
 - vzniku špecializovaných pracovísk, ktoré nie sú schopné riešiť komplikácie.
- (iv) Viaceré dnešné hospitalizácie pacientov nie sú potrebné – akútne lôžka sú obsadené pacientami, ktorí by mali byť liečení ambulantne (čím okrem zbytočných nákladov vystavujeme pacientov riziku nozokomiálnych nákaz), alebo ktorí potrebujú služby sociálnej starostlivosti. V tomto ohľade sú problémom aj nedostatočné kapacity následnej rehabilitačnej starostlivosti, ako ústavnej, tak ambulantnej alebo domácej, ktoré by zabezpečili rýchly návrat pacienta k plnému zdraviu.
- (v) Prestarnuté nemocnice (priemerný vek budov je viac ako 50 rokov) neumožňujú zavádzanie efektívnejších procesov a vedú k dlhodobému zadlžovaniu štátnych nemocníc, a tým aj k nedostatku kapitálových zdrojov na ich obnovu; nové nemocnice by sa mali stavať v takom rozsahu, aby zodpovedali budúcim potrebám.

Ciele navrhovanej právnej úpravy:

- zvýšenie kvality ústavnej starostlivosti a lepšie výsledky pre pacientov,
- stabilizácia zdrojov (vyššia kvalita za rovnaké zdroje, zníženie potreby na personál optimalizáciou poskytovania ústavnej starostlivosti),
- vyššia spokojnosť personálu nemocnice.

1. Definícia rozsahu a nároku ústavnej starostlivosti

Kľúčovým predpokladom definovania optimálnej siete nemocníc je definícia toho, aká ústavná starostlivosť sa poskytuje v nemocniciach a toho, na čo má pacient nárok. Toto má byť zabezpečené pomocou tzv. kategorizácie ústavnej starostlivosti, ktorá sa bude aktualizovať ročne za účasti zástupcov odborníkov,

zdravotných poisťovní a ministerstva zdravotníctva. Prvá verzia kategorizácie ústavnej starostlivosti sa v spolupráci s odbornými spoločnosťami už vytvára.

Ústavná starostlivosť bude rozdelená do 5 úrovní, a to podľa náročnosti, početnosti, ako aj potreby jej blízkosti k pacientovi (význam jednotlivých úrovní je vysvetlený nižšie v texte). Ústavná starostlivosť zároveň bude rozdelená do programov a medicínskych služieb, pričom pre každú úroveň nemocnice bude definovaný zoznam povinných a nepovinných programov a medicínskych služieb v rámci programu. Medzi povinnými medicínskymi službami budú spravidla akútne alebo náročné služby, pri ktorých je potrebné dodržať stanovenú geografickú dostupnosť a kvalitu (napr. liečba úrazov, akútnych srdcových alebo mozgových príhod alebo zápalu slepého čreva). Medzi nepovinné programy budú spravidla patriť veľkoobjemové a plánované zdravotné výkony (napr. výmena bedrového kĺbu, operácia kŕčových žíl a pod).

Kategorizácia ústavnej starostlivosti pre vybrané programy a medicínske služby podľa potreby zároveň zavedie podmienky ich poskytovania – najmä špecifické požiadavky na materiálno-technické vybavenie, personálne zabezpečenie, minimálny počet výkonov, ktoré musí poskytovateľ alebo lekár-operatér vykonať za rok, maximálny čas pacienta v zozname čakajúcich poistencov, ako aj indikátory kvality pre ústavnú starostlivosť. Plnenie týchto podmienok a indikátorov kvality bude každoročne vyhodnocované, pričom výsledky tohto hodnotenia budú zverejňované - pacient si tak bude vedieť pred nástupom do nemocnice overiť jej kvalitu a podľa toho si zvoliť poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

2. Vytvorenie optimálnej siete nemocníc (OSN)

Nárok na úhradu z verejného zdravotného poistenia získa nemocnica až tzv. zaradením do siete kategorizovaných nemocníc (ďalej aj „zaradenie do siete“), ktoré pre akútne nemocnice (t. j. národná, koncová, komplexná a regionálna úroveň nemocnice) určí ministerstvo zdravotníctva na základe stanovených podmienok:

- nemocnica musí plniť programový profil pre úroveň, v rámci ktorej je zaradená do siete,
- pre každú úroveň ústavnej starostlivosti musí byť zabezpečená geografická dostupnosť,
- každá nemocnica určitej úrovne musí mať dostatočný spád obyvateľov, ktorý jej umožní finančnú udržateľnosť a zabezpečenie dostatočnej kvality pre pacientov,
- na každej úrovni musí byť zabezpečený dostatočný počet lôžok podľa ich typu.

Nemocnica zaradená do siete v určitej úrovni bude musieť poskytovať všetky povinné programy a medicínske služby, čím sa zabezpečí *reálna* geografická dostupnosť ústavnej starostlivosti pre pacientov. V súčasnosti totiž platí, že nemocnica sa môže rozhodnúť niektoré služby vôbec neposkytovať, napr. z dôvodu ich finančnej nevýhodnosti.

Zdravotné poisťovne tak budú môcť uzatvoriť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v rozsahu ústavnej starostlivosti určitej úrovne len v nemocniciach zaradených do siete v danej úrovni alebo vyššej. Zároveň budú musieť uzatvoriť zmluvu v rozsahu všetkých povinných programov a medicínskych služieb v nemocniciach príslušnej úrovne. Pri nepovinných programoch a medicínskych službách si budú môcť vybrať z dostupných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v sieti (danej úrovne alebo vyššej) podľa vlastných a transparentne zverejnených podmienok, pri dodržaní legislatívou určených štandardov.

Jedným z hlavných princípov reformy je zabezpečenie siete nemocníc, ktoré dokážu poskytovať multidisciplinárnu ústavnú starostlivosť v definovaných úrovniach. Kľúčovú úlohu v tejto sieti tvorí prostredná komplexná úroveň nemocnice, ktorá je určená tak, aby umožnila dojazd záchranej zdravotnej služby v krátkom časovom okne (do 60 - 90 minút). V rámci tejto úrovne bude zabezpečená špecializovaná akútna multidisciplinárna starostlivosť o pacientov s akútnym infarktomyokardu, náhlou cievnu mozgovou príhodou a ťažkými úrazmi.

Nemocnica môže splniť programový profil pre svoju úroveň buď samostatne (preferovaná verzia) alebo v spolupráci s iným poskytovateľom (tzv. partnerskou nemocnicou) v rovnakej obci alebo meste (napr. Univerzitná nemocnica Bratislava bude vedieť splniť programový profil pre národnú nemocnicu len v

spolupráci s Národným ústavom srdcovo-cievnych chorôb, Národným onkologickým ústavom a Národným ústavom detských chorôb). Podmienkou pre spoločné plnenie programu je vzájomná dohoda medzi nemocnicami, ktorá zabezpečí vzájomnú kooperáciu pri preklade pacientov, účasť špecialistov pri poskytovaní ústavnej starostlivosti medzi nemocnicami (napr. účasť cievneho chirurga z ústavu srdcovocievnych chorôb pri operácii pacienta s ťažkým úrazom v hlavnej nemocnici) alebo zdieľanie priestorov a prístrojového vybavenia pri zriedkavých komplikovaných operáciách (napr. spoločné využívanie chirurgického robota alebo prístroja na peroperačnú extrakorporálnu mimotelovú oxygenáciu).

Ak v určitom regióne existuje dostatočná potreba (inými slovami počet obyvateľov v spádovom území), Ministerstvo zdravotníctva SR môže do siete zaradiť aj nemocnicu poskytujúcu len časť programov danej úrovne (napr. pôrodnica, nemocnica s ortopedickým programom), resp. umožniť poskytovanie vybraného programu vyššej úrovne aj nemocnici nižšej úrovne (tzv. doplnkový program). Podmienkou takéhoto doplnkového zaradenia do siete je, aby očakávaná potreba po povolení nového programu preyšovala minimálne počty výkonov pre všetky nemocnice, pričom v určitých prípadoch sa nemocnici poskytujúcej doplnkový program určí aj maximálny počet výkonov tak, aby neohrozila udržateľnosť programu vo všeobecnej nemocnici poskytujúcej multidisciplinárnu zdravotnú starostlivosť.

Do siete môže byť zaradená aj nová nemocnica, resp. nemocnica nižšej úrovne môže požiadať o status vyššej úrovne (tzv. zmena zaradenia v sieti), aj v prípade, ak existujúca nemocnica (v definovanej miere) neplní legislatívou dané podmienky - v takom prípade môže byť iná nemocnica podmienene zaradená do siete so stanoveným prechodným obdobím, počas ktorého bude mať nárok len na zníženú úhradu z verejného zdravotného poistenia a bude musieť preukázať plnenie stanovených podmienok. V súčasnosti neexistujú údaje a lepšia metodika pre určenie tzv. obvyklého pobytu, než prechodný a trvalý pobyt. Aj keď sa vo verejnom sektore pracuje na metodikách, ako tento obvyklý pobyt určiť, treba upozorniť, že v rámci vyhodnotenia siete je tiež potrebné sledovať spotrebu zdravotnej starostlivosti s ohľadom na pobyt pacienta (pri určovaní potreby zdravotnej starostlivosti v regióne), preto nie je dostačujúca len neprepojená informácia o počte obyvateľov s obvyklým pobytom v určitej obci, ale táto informácia by musela byť priradená priamo ku konkrétnej spotrebe starostlivosti. To by bolo možné dosiahnuť len ak sa informácia o obvyklom pobyte bude evidovať v zdravotných poisťovniach alebo by ministerstvo muselo pracovať s neanonymizovanými údajmi. Vzhľadom na mnohé metodologické problémy a nezodpovedané otázky, ako aj potrebu jednoznačného určenia pobytu z dôvodu predchádzaniu nejednoznačnému výkladu, predkladateľ nateraz zotrváva v definícii ako je uvedená v návrhu. V prípade, ak sa podarí zjednotiť sa na metodike určenia obvyklého pobytu a vyriešiť všetky technologické problémy, definíciu v zákone bude možné upraviť jeho novelizáciou.

Nemocnice budú zaradené do 5 úrovní (nemocnica určitej úrovne poskytuje aj zdravotnú starostlivosť z nižších úrovní):

1. Nemocnica národnej úrovne poskytuje vysoko-špecializovanú ústavnú starostlivosť s veľmi zriedkavým výskytom v Slovenskej republike (napr. transplantácia srdca).
2. Nemocnica koncovej úrovne bude poskytovať špecializovanú (terciárnu) zdravotnú starostlivosť s nízkou početnosťou v spádovom území o veľkosti 1,5 – 2,0 mil. obyvateľov, a teda približne na úrovni pôvodných krajov (napr. výkony poskytované v rámci kardiochirurgie, neurochirurgie, výkony vysoko komplexnej onkologickej liečby, alebo špecializovanej starostlivosti o deti).
3. Nemocnica komplexnej úrovne bude poskytovať komplexnú akútnu aj plánovanú zdravotnú starostlivosť pre spádové územie približne 500 000 až 600 000 obyvateľov, a teda približne na úrovni oblastí VÚC, v sieti zabezpečujúcej dojazd záchranej zdravotnej služby v krátkom časovom okne (napr. intervenčná liečba akútneho infarktu myokardu alebo náhlejšej cievnej mozgovej príhody, liečba akútnych ťažkých úrazov, ako aj komplexná nízko početná plánovaná zdravotná starostlivosť).
4. Nemocnica regionálnej úrovne bude poskytovať štandardnú akútnu a plánovanú zdravotnú starostlivosť na regionálne úrovni pre spádové územie 100 000 až 200 000 obyvateľov, a teda pre približne dva až tri okresy (napr. základné chirurgické zákroky, štandardnú zdravotnú starostlivosť o internistického a detského pacienta, pôrodná a popôrodná starostlivosť o matku a dieťa pri nekomplikovaných pôrodoch).

5. Nemocnica komunitnej úrovne nebude poskytovať akútnu lôžkovú starostlivosť, avšak bude zabezpečovať následnú a rehabilitačnú starostlivosť a poskytovať urgentnú ambulantnú zdravotnú starostlivosť. Takáto nemocnica môže v prípade záujmu vykonávať aj jednoduchové výkony, stacionárnu starostlivosť a psychiatrickú lôžkovú starostlivosť. Časť týchto nemocníc by mala byť transformovaná na komplexné neurorehabilitačné centrá, ktoré budú poskytovať intenzívnu rehabilitačnú starostlivosť pre pacientov s neurologickými poruchami. Tieto neurorehabilitačné centrá budú poskytovať starostlivosť aj pre dlhodobu ventilovaných pacientov a v menšom počte z nich budú zriadené spinálne jednotky pre pacientov s paralýzami. Na transformáciu týchto nemocníc na neurorehabilitačné alebo štandardné rehabilitačné centrá budú vyčlenené finančné prostriedky v RRP a neskôr aj v Eurofondoch.

Ministerstvo zdravotníctva SR vydá prvú optimálnu sieť nemocníc k 1. februáru 2022 a v prechodnom období nasledujúcich 2 - 8 rokoch (podľa určeného harmonogramu) budú nemocnice a zdravotné poisťovne povinné splniť legislatívou definované podmienky.

Po vyhodnotení všetkých faktorov, demografie, trendov v medicíne, so zohľadnením súčasného využitia lôžok a po zavedení plánovaných zmien, v Slovenskej republike budeme do roku 2030 potrebovať namiesto súčasných 28 262 akútnych lôžok len približne 17 500 akútnych nemocničných lôžok (tzn. pokles lôžok o 38 %). Na zabezpečenie tohto počtu – a s cieľom zabezpečenia vyššej efektivity, bude v novej optimálnej sieti postačovať 31 nemocníc (resp. komplexov nemocníc – t. j. pôjde o 31 geografických bodov, pričom zdravotná starostlivosť v jednom bode bude môcť zabezpečiť viacero nemocníc podľa vyššie popísaných podmienok).

V súčasnosti poskytuje ústavnú starostlivosť na Slovensku 98 všeobecných alebo špecializovaných nemocníc. Z nich bude približne 28 až 32 zaradených do siete a ďalších približne 20 - 25 podmienene zaradených do siete (ako tzv. partnerská nemocnica po dohode s hlavnou nemocnicou v sieti, napr. NÚSCH, VOÚ, DFN Košice, Onkologický ústav sv. Alžbety) alebo ako nemocnica poskytujúca doplnkový program. Zo zvyšných viac ako 40 nemocníc, ktoré nebudú zaradené do siete akútnych nemocníc (t. j. nezískajú úroveň regionálnej, komplexnej, koncovej a národnej nemocnice):

- 21 nemocníc už ani dnes neposkytuje skutočnú akútnu lôžkovú starostlivosť (bez prítomnosti Oddelenia akútnej a intenzívnej starostlivosti), t. j. ide o nemocnice, ktoré sa už v minulosti samé transformovali na komunitnú úroveň nemocnice,
- približne ďalších 20 nemocníc bude transformovaných na komunitné nemocnice, pričom časť z nich bude poskytovať vybrané doplnkové programy.

Pre niekoľko nemocníc zaradených do siete bude zmena znamenať vybudovanie nových programov, alebo zabezpečenie plnenia nových podmienok stanovených kategorizáciou ústavnej starostlivosti. Časť nemocníc naopak bude musieť niektoré programy utlmiť (v oblastiach s väčším počtom väčších nemocníc, z ktorých dnes žiadna nedosahuje minimálne počty pacientov, zostane špecializovaný program len v niektorých z týchto nemocníc).

Na reformu optimálnej siete nemocníc budú nadväzovať ďalšie reformy alebo plánované zmeny, ktoré zabezpečia jej realizáciu v navrhovanom prechodnom období; ide najmä o reformu akútnej zdravotnej starostlivosti (siete záchranej zdravotnej služby), reformu následnej a dlhodobej zdravotnej starostlivosti, reformu ambulantnej zdravotnej starostlivosti, dokončenie implementácie zmeny financovania ústavnej starostlivosti (DRG) a podpory a zmeny vzdelávania zdravotníckych pracovníkov.

Výhody a prínosy OSN

- definícia nároku pacienta a určenia zodpovedností za jeho nedodržanie; nemocnica bude povinná poskytovať definovanú ústavnú starostlivosť a zdravotné poisťovne ju budú musieť uhradiť,
- zabezpečenie vyššej kvality ústavnej starostlivosti, a to koncentráciou špecializovaných výkonov (kvalitnejší personál aj vybavenie), stanovením podmienok pre poskytovanie programov a medicínskych služieb, monitorovaním a zverejňovaním indikátorov kvality pre ústavnú starostlivosť,

- podpora finančnej udržateľnosti ústavnej starostlivosti; rovnaké prevádzkové aj kapitálové zdroje budú sústredené v menšom počte nemocníc,
- efektívne využívanie personálnych zdrojov, čo bude slúžiť ako prevencia voči dočasnému alebo trvalému uzavretiu oddelení z dôvodu výpadkov personálu, a
- lepšie podmienky pre personál.

Nevýhody a riziká OSN

- niektorí pacienti budú cestovať za hospitalizáciou ďalej, avšak pri garantovanej geografickej dostupnosti; v nemocniciach, kde je naplánovaná transformácia na nemocnice komunitnej úrovne, už aj v súčasnosti čerpajú obyvatelia okresu vo svojej nemocnici len 30 - 60 % potrebnej zdravotnej starostlivosti, a v súčasnosti platí, že väčšina poistencov dochádza za ústavnou starostlivosťou do iného mesta,
- vyššia miera obmedzenia konkurencie znamená, že vstup na trh bude regulovanejší,
- zánik časti pracovných miest v nemocniciach s nižšou úrovňou z čoho vyplýva, že personál sa bude musieť presunúť do inej nemocnice,
- časť personálu bude musieť cestovať do iného mesta za prácou - potreba budovania ubytovacích kapacít, časť môže odísť z nemocníc, avšak môže sa presunúť do ambulantného sektora, kde je v súčasnosti nedostatok personálu,
- negatívne reakcie obyvateľov, kde sa lokálna nemocnica transformuje na nemocnicu nižšej úrovne,
- negatívne reakcie od nemocníc a jej personálu, ktorí vo svojej nemocnici nebudú môcť poskytovať starostlivosť vyššej úrovne,
- negatívne reakcie vlastníkov, resp. prevádzkovateľov nemocníc, keď budú povinní vykonávať celé spektrum povinných služieb, nielen si zo služieb vyberať.

K § 2

Znenie návrhu zákona odkazuje na množstvo nových termínov, ktoré nie sú v zdravotníckej legislatíve zadefinované. Predmetné ustanovenie tak vymedzuje pojmy, ktoré definujú ich význam. Cieľom definovania niektorých pojmov je vymedziť ich na účely tohto zákona, nakoľko ich používanie je zaužívané v ďalších zákonoch (napríklad spádové územie alebo plánovaná zdravotná starostlivosť), zatiaľ čo účelom definovania ďalších pojmov je zadefinovať ich komplexne pre celý právny rámec v zdravotníctve (napríklad medicínske služby, medicínsky program, programový profil, hlavná nemocnica, partnerská nemocnica), nakoľko na tieto pojmy budú odkazovať aj existujúce právne predpisy.

Jednými z kľúčových pojmov sú medicínska služba, program a programový profil. Medicínska služba a aj program môže byť povinný, nepovinný alebo doplnkový, pričom aj medicínska služba, aj program, môžu mať rôzne úrovne. Úroveň každého z nich určuje ministerstvo zdravotníctva kategorizáciou ústavnej starostlivosti, a to na základe odborného stanoviska orgánu, ktorým je Kategorizačná komisia pre ústavnú zdravotnú starostlivosť.

Ďalšími – nemenej dôležitými pojmami konceptu Optimalizácie siete nemocníc sú podmienky a ich rôzne druhy. V návrhu zákona sa rozlišuje medzi dvomi hlavnými typmi podmienok, a to medzi podmienkami kategorizácie ústavnej starostlivosti a podmienkami pre tvorbu kategorizovaných nemocníc (ďalej len „podmienky pre tvorbu siete“).

K § 3

Návrh zákona zavádza procesy a konania, a s nimi súvisiace právomoci a povinnosti rôznych subjektov v sektore zdravotníctva. V nadväznosti na túto skutočnosť, predmetné ustanovenie vymedzuje činnosti a pôsobnosť ministerstva zdravotníctva, ktoré bude plniť v koncepte kategorizácie ústavnej starostlivosti dôležitú rolu, a to nie len pri samotnej kategorizácii ústavnej starostlivosti, ale aj pri tvorbe siete kategorizovaných nemocníc. Dôležitou súčasťou tvorby siete kategorizovaných nemocníc je vydávanie rozhodnutí, prostredníctvom ktorých bude ministerstvo zdravotníctva formovať sieť nemocníc, napríklad tým, že tú-ktorú nemocnicu riadne zaradí do siete, resp. určitú nemocnicu zo siete kategorizovaných nemocníc vyradí, ak neplní stanovené podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosti.

V nadväznosti na proces súvisiaci s kategorizáciou ústavnej starostlivosti a s konaniami týkajúcimi sa kategorizácie nemocníc si minister zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „minister zdravotníctva“) zriadi orgány.

Pokiaľ ide o kategorizáciu ústavnej starostlivosti, minister zdravotníctva zriadi Kategorizačnú komisiu pre ústavnú starostlivosť (ďalej aj „kategorizačná komisia“). Tejto komisii bude patriť významná funkcia, nakoľko ministrom vymenovaní členovia komisie budú vypracovávať odborné stanovisko na účely kategorizácie ústavnej starostlivosti. Návrh zákona určuje zloženie kategorizačnej komisie – jej členmi budú zástupcovia ministerstva zdravotníctva (zamestnanci alebo nominanti), zdravotných poisťovní, odborných spoločností v závislosti od špecializácie ústavnej starostlivosti, patientskej organizácie a Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad pre dohľad“). Zámerom takéhoto zloženia je zabezpečiť účasť stakeholderov pri odbornom usmerňovaní v oblasti ústavnej starostlivosti. Výstupy kategorizačnej komisie vo forme odborného stanoviska budú pre ministra záväzné.

Konania týkajúce sa tvorby siete nemocníc bude odborne usmerňovať Komisia pre tvorbu siete kategorizovaných nemocníc (ďalej len „komisia pre tvorbu siete“), ktorá bude orgánom na konanie v prvom stupni. Jej úlohou bude predložiť ministerstvu zdravotníctva odborné posúdenie v konkrétnych konaniach prvého stupňa, ktorých výsledkom budú rozhodnutia ministerstva zdravotníctva. Orgánom v druhom stupni konaní týkajúcich sa kategorizácie nemocníc bude Rada pre tvorbu siete kategorizovaných nemocníc (ďalej len „rada pre tvorbu siete“), ktorá bude predkladať ministrovi zdravotníctva písomné stanovisko, účelom ktorého bude zabezpečiť, aby mal minister v konaní o námietkach potrebné podklady na rozhodnutie.

K § 4

K odseku 1 a 2

V súčasnosti nie je jednoznačne určené, aké spektrum zdravotnej starostlivosti poskytujú jednotlivé nemocnice. Tento jav môže viesť k tomu, že poskytovatelia zdravotnej starostlivosti v určitom regióne prestanú poskytovať základné služby a pacient síce bude mať dostupných niekoľko nemocníc, ale žiadna z nich nebude vedieť vyriešiť jeho zdravotný problém. Opačným problémom môže byť poskytovanie určitých náročných výkonov v nemocniciach, ktoré na to nemajú dostatočné materiálno-technické vybavenie, personálne zabezpečenie, ani dostatočnú skúsenosť, čím ohrozujú bezpečnosť pacienta.

Z toho dôvodu sa zavádza kategorizácia ústavnej starostlivosti, ktorej cieľom je zabezpečiť chýbajúcu definíciu nároku pacienta pri poskytovaní ústavnej starostlivosti. Definíciou nároku sa určuje, akú zdravotnú starostlivosť musí mať pacient dostupnú v akej vzdialenosti, do akého času a v akej kvalite.

Pre určenie nároku návrh zákona zavádza kategorizáciu ústavnej starostlivosti, ktorá popíše zdravotnú starostlivosť poskytovanú v ústavnej starostlivosti a určí k nej podmienky pre jej poskytovanie (t. j. podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosti“). Poskytovaná zdravotná starostlivosť bude popísaná prostredníctvom medicínskych služieb, ktoré budú zaradené do programov. Pre každý program budú stanovené podmienky, za akých ich musí poskytovateľ zdravotnej starostlivosti vykonávať, ako aj kritériá kvality, na základe ktorých sa bude každý program vyhodnocovať.

Cieľom navrhovanej úpravy je zvýšenie kvality ústavnej zdravotnej starostlivosti, a teda lepšie výsledky pre pacientov; stabilizácia zdrojov, a v neposlednom rade aj vyššia miera spokojnosti personálu.

V nadväznosti na predchádzajúce ustanovenia, je nevyhnutné rozlišovať čo je základom kategorizácie ústavnej starostlivosti; inak povedané – čo ňou musí ministerstvo zdravotníctva ustanoviť (programový profil pre každú úroveň nemocnice, spôsob určenia medicínskej služby a zoznam medicínskych služieb so zaradením do programov). Medzi povinné medicínske služby budú spravidla zaradené akútne alebo náročné služby, pri ktorých je potrebné dodržať stanovenú geografickú dostupnosť a kvalitu (napr. liečba úrazov, akútnych mozgových príhod, zápalu slepého čreva). Nepovinné programy budú zahŕňať najmä veľkoobjemové a plánované výkony (napr. výmena bedrového kĺbu, operácia kŕčových žíl, a pod.).

Na druhej strane návrh zákona určuje aj to, čo ministerstvo zdravotníctva môže ustanoviť; pôjde predovšetkým o *špeciálne* personálne zabezpečenie, ktoré rozširuje pôvodne vymedzené personálne zabezpečenie ustanovené v zákone č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, ako aj *špeciálne* materiálno-technické vybavenie, ktoré rozširuje minimálne materiálno-technické vybavenie určené totožným zákonom. Ministerstvo zdravotníctva bude disponovať určovať aj indikátory kvality pre ústavnú starostlivosť, ktoré rozširujú pôvodné indikátory kvality vymedzené § 7 ods. 7 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotnom poistení.

Pokiaľ ide o možnosť určiť aj iné programy alebo medicínske služby, ktoré sa musia v nemocnici súčasne poskytovať, takými to sa rozumejú programy a medicínske služby bez ktorých nie je možné poskytovať určitú povinnú medicínsku službu efektívne; inými slovami – ide o medicínske služby zaradené do iných programov, bez zabezpečenia ktorých by bola ohrozená bezpečnosť pacienta, napríklad pri výskyte komplikácií, alebo ide o medicínske služby, ktoré patria do iných programov, ale priamo nadväzujú na zdravotnú starostlivosť poskytovanú v predmetnom programe alebo medicínskej službe. Pôjde tak napríklad o schopnosť poskytnúť akútnu hysterektómiu (ako súčasť Gynekologického programu) pri komplikáciách po pôrode (súčasť Programu pôrodnice a neonatológie).

K odsekom 3 a 4

Predmetné ustanovenie vymedzuje také podmienky, ktoré musí poskytovateľ zdravotnej starostlivosti plniť pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti v nemocnici. Ide teda o podmienky, ktoré ustanoví ministerstvo zdravotníctva kategorizáciou ústavnej starostlivosti, a to vydaním všeobecne záväzného právneho predpisu (§ 44 ods. 2).

K odsekom 5 až 7

Zámerom predkladateľa je vyhnúť sa rigidnej definícii a nastavenia kategorizácie ústavnej starostlivosti; práve naopak - nakoľko aj samotná oblasť medicíny sa neustále vyvíja, tento vývoj a zmeny je nevyhnutné zohľadniť pri stanovovaní podmienok kategorizácie ústavnej starostlivosti. Práve na to slúži inštitút návrhu na zmeny kategorizácie ústavnej starostlivosti. Vyhodnocovanie týchto návrhov bude zodpovednosťou kategorizačnej komisie, ktorá vypracuje odborné stanovisko, kde zohľadní, resp. navrhne spôsob akým by zmeny mali byť zapracované do kategorizácie ústavnej starostlivosti. Príkladom návrhu na zmeny môže byť situácia, kedy odborná spoločnosť navrhne zaradenie *novej* medicínskej služby do programu, resp. navrhne určiť časovú dostupnosť ústavnej starostlivosti pri niektorých typoch zdravotných zákrokov.

K § 5

Jednou z podmienok, ktoré ministerstvo zdravotníctva ustanoví kategorizáciou ústavnej starostlivosti, bude medicínska služba. V nadväznosti na zavedenie tejto konkrétnej podmienky je nevyhnutné určiť spôsob určenia medicínskej služby, ako aj kritériá na základe ktorých sa určuje jej úroveň. Dané ustanovenie vymedzuje základ údajov, ktoré budú slúžiť pre spôsob určenie medicínskej služby, zatiaľ čo nasledujúci odsek 2 vymedzuje kritériá, prostredníctvom ktorých ministerstvo zdravotníctva určí úroveň medicínskej služby.

K § 6

V súčasnosti platí, že nemocnica sa môže rozhodnúť neposkytovať pacientom určité medicínske služby, napríklad z dôvodu ich finančnej nevýhodnosti. Z toho dôvodu sa navrhuje, aby nemocnica zaradená do siete v rámci určitej úrovne musela poskytovať všetky povinné programy a medicínske služby, čím sa zabezpečí reálna geografická dostupnosť ústavnej zdravotnej starostlivosti pre poistencov ale aj komplexnosť poskytovanej ústavnej starostlivosti.

V nadväznosti na vyššie uvedené, sa definuje programový profil, ktorý musí nemocnica splňať v rámci úrovne, v ktorej je zaradená do siete kategorizovaných nemocníc. Programový profil v podstate združuje všetky programy a medicínske služby, ktoré sa poskytujú v nemocnici tej-ktorej úrovne.

Zároveň platí, že nemocnica môže splňať programový profil pre svoju úroveň nemocnice buď samostatne alebo v spolupráci s inou nemocnicou (tzv. partnerská nemocnica) v rovnakej obci, resp. meste. Ak v určitej

oblasti existuje dostatočná potreba ústavnej starostlivosti, ministerstvo zdravotníctva môže zaradiť do siete aj takú nemocnicu, ktorá poskytuje len časť programov danej úrovne, resp. jej môže umožniť poskytovanie vybranému programu vyššej úrovne (tzv. doplnkový program).

K § 7

Súčasná sieť nemocníc v Slovenskej republike je príliš široká v počte lôžok, ako aj v samotnom počte nemocníc. Zdroje v zdravotníctve tak nie sú efektívne viazané, pričom nízky počet zdravotných výkonov v niektorých nemocniciach ohrozuje bezpečnosť pacienta, zatiaľ čo drahé vybavenie nemocníc nie je efektívne využívané.

Problémom v aplikačnej praxi je aj absencia jasne nastavených pravidiel pre poskytovanie ústavnej starostlivosti – každá nemocnica môže robiť všetky zdravotné výkony. Negatívnym javom absentujúcich pravidiel sú tzv. trofejnú operácie, kedy poskytovateľ zdravotnej starostlivosti vykonáva zopár náročných operácií, pri ktorých však nedokáže zabezpečiť ani dostatočnú kvalitu, ani bezpečnosť pre pacienta. Druhým negatívnym dôsledkom je vznik špecializovaných pracovísk, ktoré ale nie sú schopné riešiť komplikácie. Dôsledkom neefektívne nastavenej siete nemocníc je aj skutočnosť, že množstvo hospitalizácií nie je potrebných; akútne lôžka sú obsadené pacientami, ktorí by mali byť liečení v ambulantnej sfére alebo v rámci služieb sociálnej starostlivosti. Problémom v tejto oblasti sú nedostatkové kapacity následnej rehabilitačnej zdravotnej starostlivosti.

Problémom je aj stav nemocničných budov, ktoré sú prestarnuté; to znamená, že nemocnice majú sťažené podmienky pri zavádzaní efektívnejších postupov, nemocnice vo vlastníctve štátu sú dlhodobo zadlžené, čo v konečnom dôsledku spôsobuje nedostatok kapitálových zdrojov na obnovu. Aj z týchto dôvodov sa navrhuje aby ústavná starostlivosť bola rozdelená do úrovni nemocníc, a to podľa náročnosti, početnosti, ako aj potreby blízkosti ústavnej zdravotnej starostlivosti k pacientovi.

Preto sa navrhuje nasledovné rozdelenie úrovni nemocníc:

1. **Nemocnica národnej úrovne** poskytuje vysoko-špecializovanú ústavnú starostlivosť s veľmi zriedkavým výskytom v Slovenskej republike (napr. transplantácia srdca).
2. **Nemocnica koncovej úrovne** bude poskytovať špecializovanú (terciárnu) zdravotnú starostlivosť s nízkou početnosťou v spádovom území o veľkosti 1,5 – 2,0 mil. obyvateľov, a teda približne na úrovni pôvodných krajov (napr. výkony poskytované v rámci kardiochirurgie, neurochirurgie, výkony vysoko komplexnej onkologickej liečby, alebo špecializovanej starostlivosti o deti).
3. **Nemocnica komplexnej úrovne** bude poskytovať komplexnú akútnu aj plánovanú zdravotnú starostlivosť pre spádové územie približne 500-tisíc – 600-tisíc obyvateľov, a teda približne na úrovni oblastí VÚC, v sieti zabezpečujúcej dojazd záchranej zdravotnej služby v krátkom časovom okne (napr. intervenčná liečba akútneho infarktu myokardu alebo náhlej cievnej mozgovej príhody, liečba akútnych ťažkých úrazov, ako aj komplexná nízko početná plánovaná zdravotná starostlivosť).
4. **Nemocnica regionálnej úrovne** bude poskytovať štandardnú akútnu a plánovanú zdravotnú starostlivosť na regionálne úrovni pre spádové územie 100-tisíc – 200 tisíc obyvateľov, a teda pre približne dva až tri okresy (napr. základné chirurgické zákroky, štandardnú zdravotnú starostlivosť o internistického a detského pacienta, pôrodná a popôrodná starostlivosť o matku a dieťa pri nekomplikovaných pôdoch).
5. **Nemocnica komunitnej úrovne** nebude poskytovať akútnu lôžkovú starostlivosť, avšak bude zabezpečovať následnú a rehabilitačnú starostlivosť a poskytovať urgentnú ambulantnú zdravotnú starostlivosť. Takáto nemocnica môže v prípade záujmu vykonávať aj jednodňové výkony, stacionárnu starostlivosť a psychiatrickú lôžkovú starostlivosť. Časť týchto nemocníc by mala byť transformovaná na komplexné neurorehabilitačné centrá, ktoré budú poskytovať intenzívnu rehabilitačnú starostlivosť pre pacientov s neurologickými poruchami. Tieto neurorehabilitačné centrá budú poskytovať starostlivosť aj pre dlhodobo ventilovaných pacientov a v menšom počte z nich budú zriadené spinálne centrá pre pacientov s paralýzami. Na transformáciu týchto nemocníc na neurorehabilitačné alebo štandardné rehabilitačné centrá budú vyčlenené finančné prostriedky v RRP a neskôr aj v Eurofondoch.

Zároveň návrh zákona ustanovuje pravidlo, že nemocnica vyššej úrovne vykonáva povinné programy, ktoré ustanovila pre jej úroveň kategorizácia ústavnej starostlivosti, ako aj povinné programy nižších úrovní nemocníc (t. j. koncovej, komplexnej, regionálnej a komunitnej úrovne).

K § 8

Predmetné ustanovenie vymedzuje také podmienky, ktoré musí ministerstvo zdravotníctva zohľadňovať pri tvorbe siete kategorizovaných nemocníc. V aplikačnej praxi to bude znamenať, že ministerstvo zdravotníctva sa pri zaraďovaní konkrétnej nemocnice do siete nemocníc riadi podmienkami pre tvorbu siete, ktorými sú geografická dostupnosť, počet poistencov v spádovom území nemocnice a minimálny počet lôžok.

Podmienky pre tvorbu siete sú v ich samotnej podstate podmienkami, ktoré musia byť splnené na to, aby konkrétna nemocnica bola zaradená do siete nemocníc:

- nemocnica musí plniť programový profil pre úroveň v rámci ktorej je zaradená do siete,
- pre každú úroveň ústavnej zdravotnej starostlivosti musí byť zabezpečená geografická dostupnosť,
- každá nemocnica určitej úrovne musí mať dostatočný spád obyvateľov, ktorý jej umožní finančnú udržateľnosť a zabezpečenie dostatočnej kvality pre pacientov,
- na každej úrovni musí byť zabezpečený dostatočný počet lôžok podľa ich typu,
- musí byť zohľadnený verejný záujem pri zabezpečovaní ochrany ústavného zriadenia, verejného poriadku, bezpečnosti osôb a majetku, obrany Slovenskej republiky, zabezpečenie ústavnej zdravotnej starostlivosti pre obvinených a odsúdených.

Taktiež sa ustanovujú konkrétne a merateľné kritéria pre konkrétnu sieť nemocníc konkrétnej úrovne.

K § 9

Vzhľadom k skutočnosti, že návrh zákona zavádza dva druhy podmienok, je nevyhnutné uviesť aj proces vyhodnotenia siete kategorizovaných nemocníc. Tak ako musí určité podmienky spĺňať nemocnica, tak musí spĺňať určité podmienky aj samotná sieť nemocníc. Plnenie týchto podmienok bude každoročne vyhodnocované vo forme tzv. vyhodnocovania siete, pričom jeho výsledok bude ministerstvo zdravotníctva zverejňovať na svojom webovom sídle. Pacient si tak bude vedieť pred nástupom do nemocnice overiť kvalitu, ktorú garantuje tá-ktorá nemocnica zaradená v sieti, a podľa toho si bude môcť vybrať konkrétneho poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Ministerstvo zdravotníctva vykonáva vyhodnotenie siete v nadväznosti na odborné posúdenie komisie pre tvorbu siete, ktorá je orgánom v prvom stupni. Predkladateľ má za to, že vyhodnotenie siete musí byť posúdené riadne a transparentne, a z toho dôvodu sa navrhuje aby odborné posúdenie bolo pre ministerstvo zdravotníctva záväzné.

K § 10

Kategorizácia nemocníc je procesom na to, aby mohla byť určitá nemocnica zaradená do siete kategorizovaných nemocníc. Zaraďovanie nemocnice do siete kategorizovaných nemocníc je priamo spojené aj s úhradou ústavnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia. Súčasne sa zavádzajú dva druhy zaradenia nemocnice do siete, a to podmienené zaradenie a riadne zaradenie nemocnice. Pokiaľ ide o podmienené zaradenie nemocnice do siete, rozumie sa ním také zaradenie, počas ktorého prevádzkovateľ nemocnice musí preukázať splnenie podmienok kategorizácie ústavnej starostlivosti. Inými slovami povedané, ministerstvo zdravotníctva v rozhodnutí napríklad určí nemocnici lehotu, počas ktorej bude musieť nemocnica demonštrovať, že plní podmienku minimálneho počtu medicínskych služieb. Ak prevádzkovateľ nemocnice podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosti splní, ministerstvo zdravotníctva následne riadne zaraďuje nemocnicu do siete.

Nakoľko v Slovenskej republike pôsobia aj nemocnice, ktoré plnia verejný záujem, ustanovujú sa podmienky za ktorých je možné takéto nemocnice zaraďovať do siete kategorizovaných nemocníc. Pôjde napríklad o nemocnicu pre obvinených a odsúdených, v ktorej sa neposkytuje zdravotná starostlivosť pre verejnosť.

K § 11

Zavádza sa pojem zoznam kategorizovaných nemocníc, v nadväznosti na zaradenie nemocnice do siete. Ak ministerstvo zdravotníctva zaradi nemocnicu do siete, následne má povinnosť uviesť túto nemocnicu prostredníctvom zoznamu na svojom webovom sídle. Zároveň sa ustanovuje, že nemocnica, ktorá je zaradená do siete tvorí časť verejnej minimálnej siete podľa osobitného zákona. Pokiaľ ide o zverejňovanie zoznamu, ktorý obsahuje aj osobné údaje, ministerstvo zdravotníctva je povinné postupovať v súlade so zásadami ochrany osobných údajov a anonymizovať osobné údaje.

K § 12

Podmienenému zaradeniu nemocnice do siete, zvýšeniu úrovne nemocnice a podmienenému poskytovaniu doplnkového programu bude predchádzať žiadosť prevádzkovateľa nemocnice. Dané ustanovenie určuje náležitosti a prílohy, ktoré sú nevyhnutnou súčasťou každej žiadosti. Žiadosť o podmienené zaradenie a žiadosť o podmienené zvýšenie úrovne nemocnice obsahuje aj údaje o partnerskej nemocnici, a to v prípade ak je žiadateľom prevádzkovateľ nemocnice, ktorá je hlavnou nemocnicou, a *vice versa*. Zároveň sa ustanovuje, že prevádzkovateľ nemocnice musí za každú nemocnicu podávať žiadosť osobitne; príkladom môže byť Univerzitná nemocnica Bratislava, ktorej súčasťou je 5 nemocníc – v takom prípade musí prevádzkovateľ podávať žiadosť za týchto 5 nemocníc zvlášť.

Žiadosť o podmienené zaradenie podáva prevádzkovateľ nemocnice len raz, keď prvýkrát žiada o zaradenie do siete kategorizovaných nemocníc, t. j. žiadosť nie je potrebné podávať opakovane každý rok.

Ak vznikne nová nemocnica, predmetné ustanovenie umožňuje, aby aj budúci prevádzkovatelia nemocnice mali možnosť požiadať o podmienené zaradenie nemocnice do siete. Takýmto právom bude disponovať aj fyzická alebo právnická osoba, ktorá disponuje územným rozhodnutím na účely výstavby nemocnice. Zároveň sa však v § 15 ustanovuje povinnosť doložiť v lehote do 31. júla potrebné dokumenty, ktorými demonštruje predpoklady na poskytovanie povinných programov v rámci programového profilu.

Pokiaľ ide o zverejňovanie žiadostí na webovom sídle ministerstva zdravotníctva, ktoré obsahuje aj osobné údaje, ministerstvo je povinné postupovať v súlade so zásadami ochrany osobných údajov a anonymizovať osobné údaje v žiadostiach. Prílohy k žiadostiam sa nezverejňujú.

K § 13

Návrh zákona v tomto ustanovení zohľadňuje možnosť zmien týkajúcich sa sídla nemocnice, počtu lôžok, ktorými nemocnica disponuje, ako aj zmien v rozdelení povinných programov medzi hlavnou a partnerskou nemocnicou. Dané ustanovenie určuje náležitosti, ktoré sú súčasťou každej žiadosti. Pôjde o jednu žiadosť, pričom náležitosť podľa písm. f) bude potrebné v žiadosti zadať len v prípade, ak nemocnica požiada o zmenu v rozdelení povinných programov medzi spolupracujúcimi nemocnicami.

Pokiaľ ide o zverejňovanie žiadostí na webovom sídle ministerstva zdravotníctva, ktoré obsahuje aj osobné údaje, ministerstvo je povinné postupovať v súlade so zásadami ochrany osobných údajov a anonymizovať osobné údaje v žiadostiach. Prílohy k žiadostiam sa nezverejňujú.

K § 14

Každá nemocnica, ktorá je zaradená do siete, môže požiadať o zníženie úrovne, zrušenie doplnkového programu, ktorý vykonáva, alebo o vyradenie zo siete. V nadväznosti na túto právomoc, dané ustanovenie určuje náležitosti, ktoré sú nevyhnutnou súčasťou každej žiadosti.

Pokiaľ ide o zverejňovanie žiadostí na webovom sídle ministerstva zdravotníctva, ktoré obsahuje aj osobné údaje, ministerstvo je povinné postupovať v súlade so zásadami ochrany osobných údajov a anonymizovať osobné údaje v žiadostiach. Prílohy k žiadostiam sa nezverejňujú.

K § 15

Podmienenému zaradeniu, podmienenému zvýšeniu úrovne nemocnice a podmienenému poskytovaniu doplnkového programu bude predchádzať žiadosť prevádzkovateľa nemocnice. V týchto prípadoch tak

ministerstvo zdravotníctva nebude začínať konanie *ex offio*. Ďalej sa vymedzujú podmienky, ktoré musia byť splnené na účely podmieneného zaradenia, podmieneného zvýšenia úrovne nemocnice a podmieneného poskytovania doplnkového programu. Pokiaľ ide o podmienené poskytovanie doplnkového programu, ministerstvo zdravotníctva bude v procese rozhodovania posudzovať či je v spádovom území dostatočná potreba pre povinné medicínske služby v tom-ktorom doplnkovom programe, a či sú v sieti kategorizovaných nemocníc zaradené nemocnice, ktoré poskytujú všetky povinné programy z programového profilu.

K § 16

Na rozdiel od rozhodovania podľa § 15, v prípade riadneho zaradenia, riadneho zvýšenia úrovne nemocnice a riadneho poskytovania doplnkového programu, bude ministerstvo zdravotníctva rozhodovať *ex offio*. Dôvodom takéhoto nastavenia je odbremenenie zbytočnej administratívnej záťaže prevádzkovateľov nemocníc, nakoľko ministerstvo zdravotníctva bude disponovať všetkými údajmi, ktoré sú potrebné pre riadne zaradenie, riadne zvýšenie úrovne alebo riadne poskytovanie doplnkového programu. Prevádzkovateľ nemocnice tak nebude musieť zasielať ministerstvu zdravotníctva žiadosť; ak splní legislatívou stanovené podmienky, vyššie uvedené procesy prebehnú automaticky.

K § 17

V nadväznosti na žiadosť o zmenu údajov podľa § 13, dané ustanovenie vymedzuje rozhodovanie o zmene údajov o sídle, o počte lôžok a o rozdelení povinných programov medzi hlavnou nemocnicou a partnerskou nemocnicou. Ak ministerstvo rozhoduje o zmenách vo vyššie uvedených údajoch, je nevyhnutné aby ministerstvo vyhodnotilo splnenie podmienok pre tvorbu siete a posúdilo skutočnosť, či nemocnica splnila v rámci vyhodnotenia siete podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosti.

K § 18

V nadväznosti na žiadosť o zníženie úrovne, zrušenie doplnkového programu alebo o vyradenie zo siete podľa § 14, dané ustanovenie vymedzuje rozhodovanie príslušnej tejto žiadosti. Zároveň sa však ustanovuje, že ministerstvo môže začať takéto konanie aj z vlastného podnetu. Dôvodom je skutočnosť, že ministerstvo zdravotníctva bude mať prístup k potrebným dátam na základe ktorých bude vyhodnocovať sieť kategorizovaných nemocníc. Ak sa prostredníctvom vyhodnotenia siete ukáže, že nemocnica nespĺňa legislatívou stanovené podmienky, ministerstvo zdravotníctva bude disponovať možnosťou vyradenia nemocnice zo siete, resp. zníženia jej úrovne.

K § 19

V procese kategorizácie nemocníc môže nastať situácia, kedy v rovnakom spádovom území požiadajú o zaradenie do siete dve nemocnice tej istej úrovne. Nakoľko optimalizácia siete nemocníc kladie dôraz na kvalitu poskytovania ústavnej starostlivosti, ako aj na bezpečnosť pacienta, do siete kategorizovaných nemocníc bude z týchto dvoch žiadateľov zaradená tá nemocnica, ktorá plní podmienky tvorby siete a podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosti najlepšie. Výnimkou takému postupu pri kategorizácii nemocníc kritérium potreby ústavnej starostlivosti; ak bude potreba ústavnej starostlivosti dostatočná a umožní, aby boli do siete zaradené obe nemocnice, ministerstvo zdravotníctva ich do siete kategorizovaných nemocníc zaradí. Totožné posudzovanie bude prebiehať aj pri umožnení poskytovať doplnkový program.

Nemocnica zaradená do siete, ktorá nebude schopná zabezpečiť kompletne poskytovanie povinných programov samostatne, bude môcť poskytovať povinné programy v spolupráci s partnerskou nemocnicou. Predpokladom spolupráce bude ich územná blízkosť, splnenie podmienok kategorizácie ústavnej starostlivosti pre každú nemocnicu osobitne, a napokon aj uzatvorená zmluva o spolupráci.

K § 20

Každá nemocnica zaradená do siete nemocníc musí spĺňať podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosti, ktoré ustanovuje ministerstvo zdravotníctva. Ak nemocnica nespĺňa podmienky, ministerstvo zdravotníctva ju zo siete kategorizovaných nemocníc vyradí.

Na tento postup sa vzťahujú výnimky. Nakoľko musí byť rešpektované ústavné právo na ochranu zdravia a princíp bezplatnej zdravotnej starostlivosti na základe verejného zdravotného poistenia podľa čl. 40 Ústavy

Slovenskej republiky, pravidlo vyradenia nemocnice zo siete pri neplnení podmienok nie je absolútne. Ak nastane situácia kedy nemocnica neplní podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosti, pričom uplynie lehota na odstránenie nedostatkov bez ich odstránenia, avšak podmienky pre tvorbu siete nie sú splnené, ministerstvo zdravotníctva takúto nemocnicu nemôže vyradiť zo siete kategorizovaných nemocníc. Je samozrejmé, že v takomto prípade návrh zákona zavádza sankčný mechanizmus vo forme zníženej úhrady poskytnutej zdravotnej starostlivosti zdravotnou poisťovňou; navyše, vytvára sa tým priestor pre vstup novej nemocnice, ktorá môže požiadať o podmienené zaradenie nemocnice do siete.

Ďalšou výnimkou k ustanovenému pravidlu vyradovania je plnenie verejného záujmu pri zabezpečovaní ochrany ústavného zriadenia, verejného poriadku, bezpečnosti osôb a majetku, obrany SR. Predmetná výnimka sa vzťahuje aj na nemocnicu zabezpečujúcu poskytovanie ústavnej starostlivosti pre obvinených a odsúdených.

K § 21

Určujú sa základné princípy pri dvoch druhoch konaní v rámci zaradenia nemocnice do siete kategorizovaných nemocníc.

K § 22

Predmetné ustanovenie vymedzuje subjekty, ktoré sú v konaniach oprávnené vystupovať ako účastníci konania, ktorým návrh zákona priznáva práva a povinnosti.

K § 23

V nadväznosti na oprávnenie vystupovať v konaní pri kategorizácii nemocníc ako účastník konania sa subjektom priznáva právo na zástupcu.

K § 24

V zmysle princípu nestrannosti a nezaujatosti sa stanovuje, že zamestnanci ministerstva a členovia orgánu musia demonštrovať nezaujatosť a to z dôvodu, aby boli rozhodnutia ministerstva zdravotníctva vo veciach týkajúcich sa kategorizácie ústavnej zdravotnej starostlivosti a kategorizácie nemocníc spravodlivé. V tejto súvislosti sa demonštratívne vymedzujú skutočnosti na základe ktorých je možné pochybovať o nezaujatosti osôb. Pokiaľ ide o vylúčenie osôb, dané ustanovenie ustanovuje oznamovacie povinnosti týchto osôb, ako aj právo účastníkov konania oznámiť dôvody na potenciálne vylúčenie osoby z konania. Záverom sa stanovujú povinnosti a práva ministra zdravotníctva, pokiaľ ide o rozhodovanie o vylúčení, nevymenovaní alebo odvolaní osôb v konaní.

K § 25

Ustanovujú sa podmienky začatia konania – ide najmä o návrh účastníka konania, ktorým sa rozumie žiadosť účastníka konania. Z odseku 1 vyplýva, že konanie môže začať aj ministerstvo zdravotníctva.

K § 26

Určuje sa spôsob doručovania žiadostí v konaniach týkajúcich sa kategorizácie nemocníc, ako aj forma prostredníctvom ktorej sú žiadosti doručované. Písomnou formou sa rozumie listinná aj elektronická podoba žiadostí.

K § 27

Ustanovuje sa spôsob doručovania písomností zo strany ministerstva účastníkovi konania, ako aj forma prostredníctvom ktorej sú písomnosti doručované.

K § 28

Koncept kategorizácie nemocníc v sebe zahŕňa niekoľko zákonných lehôt. Z toho dôvodu sa určujú pravidlá a princípy ich počítania.

K § 29

Počas konania môže nastať niekoľko dôvodov, kvôli ktorým ministerstvo zdravotníctva nebude môcť v konaní pokračovať. Predmetné ustanovenie taxatívne vymedzuje skutočnosti, z dôvodu ktorých môže ministerstvo konanie zastaviť.

K § 30

Ustanovujú sa podrobnosti týkajúce sa podkladov, ktoré ministerstvu zdravotníctva slúžia na rozhodnutie pri zaraďovaní nemocnice do siete kategorizovaných nemocníc, ako aj spôsob ich hodnotenia. Ministerstvo zdravotníctva pri zaraďovaní nemocnice do siete rozhoduje na základe odborného posúdenia, ktoré ministerstvu predkladá orgán v konaní prvého stupňa, a teda komisia pre tvorbu siete. Taktiež musí preukázať, že demonštruje predpoklad na poskytovanie povinných programov, ktoré jej určuje programový profil konkrétnej úrovne nemocnice.

K § 31

Určujú sa podrobnosti týkajúce sa vykonateľnosti a právoplatnosti rozhodnutia, spôsob jeho oznámenia účastníkom konania, a možnosti opravného prostriedku, ktoré je možné voči rozhodnutiu podať.

Taktiež sa stanovuje, že výrok právoplatného rozhodnutia je záväzný *erga omnes*. V samotnej podstate zvolené nastavenie záväznosti znamená, že rozhodnutie sa bude vzťahovať aj na poskytovateľov záchranej zdravotnej služby, ktorí budú povinní prepraviť poistenca do nemocnice, ktorá bude schopná poskytnúť poistencovi takú zdravotnú starostlivosť, ktorú jeho zdravotný stav potrebuje. Záverom je možné odôvodniť nastavenie záväznosti aj tým, že rozhodnutie bude záväzné aj pre zdravotné poisťovne, ktoré budú môcť uhrádzať len také medicínske služby a medicínske programy, ktoré vyplývajú z programového profilu tej-ktorej úrovne nemocnice, a ktoré jej boli rozhodnutím určené.

Nakoľko ministerstvo zdravotníctva zverejňuje rozhodnutia na webovom sídle, je nevyhnutné zohľadniť aj zásady ochrany osobných údajov.

K § 32

Predmetné ustanovenie vymedzuje náležitosti rozhodnutia vyplývajúceho z § 15 až 18. Dôvodom vymedzených náležitostí sú dostatočné informácie, ktoré majú byť pre účastníkov konania k dispozícii.

K § 33

Jedným zo základných práv účastníka konania je podať voči rozhodnutiu námietky z taxatívne vymedzených dôvodov. Tomuto právu však predchádza aj povinnosť účastníka konania zložiť na účet ministerstva zdravotníctva kauciu v určenej výške. Cieľom takéhoto nastavenia je, aby účastník konania zvážil dôvodnosť podania námietok a taktiež aby sa predchádzalo šikanóznemu a účelovému podávaniu námietok; znenie návrhu totiž ukladá ministerstvu zdravotníctva povinnosť zverejňovať všetky námietky vrátane ich príloh. Subjektom, ktorý disponuje právom rozhodovať o námietkach, je minister zdravotníctva, ktorý si pre konanie v druhom stupni zriadi orgán. Rada v procese vyhodnocovania pripomienok vyhotoví písomné stanovisko k námietkam, a to na základe hlasovania väčšiny jej členov.

K § 34

Ak v aplikačnej praxi nastane situácia kedy bude rozhodnutie vydané v rozpore so zákonom, minister zdravotníctva môže využiť inštitút preskúmania rozhodnutia mimo konaniach o námietkach. Navrhuje sa aby minister zdravotníctva vykonal preskúmanie *ex offio*.

K § 35

Vylučuje sa pôsobnosť Správneho poriadku na konania pri kategorizácii nemocníc, a to z dôvodu ich špecifického charakteru.

K § 36

Ustanovuje sa výnimka k nastaveným lehotám a procesu kategorizácie ústavnej starostlivosti, ako aj ku konaniam v súvislosti s kategorizáciou nemocníc, a to vo forme bezodkladného rozhodnutia, ktorú ministerstvo zdravotníctva môže uplatniť pri významných okolnostiach, týkajúcich sa verejného záujmu.

Vzhľadom na výnimočnosť a významnosť týchto okolností nie je možné voči takýmto rozhodnutiam podať opravný prostriedok.

Pandémia v súvislosti s ochorením COVID-19 preukázala potrebu reprofilizácie lôžok v nemocniciach, a z toho dôvodu je nevyhnutné zohľadniť potenciálne výnimočné situácie. Napríklad, ak by vznikla potreba a nevyhnutnosť vybudovať tzv. *poľnú nemocnicu* pre pacientov s COVID-19, ministerstvo zdravotníctva by takúto nemocnicu na nevyhnutný čas a v nevyhnutnom rozsahu zaradilo do siete kategorizovaných nemocníc, čím by jej a aj pacientom garantovalo úhradu ústavnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia.

K § 37

Relevantné údaje a dáta sú nevyhnutnou súčasťou rozhodovania v koncepte kategorizácie ústavnej starostlivosti, vyhodnotení siete, a aj pri samotnom procese rozhodovania. V uvedenom ustanovení sa bližšie definuje spôsob prístupu k relevantným údajom a dátam tak od zdravotných poisťovní, ako aj od Národného centra zdravotníckych informácií a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

K § 38

V súčasnosti platí, že zdravotná poisťovňa má povinnosť uzatvárať zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov; ak je verejná sieť poskytovateľov na príslušnom území menšia ako verejná minimálna sieť poskytovateľov, je povinná uzatvárať zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti v rozsahu verejnej siete poskytovateľov.

Navrhovanou úpravou sa stanovuje, že nárok na úhradu z verejného zdravotného poistenia bude mať nemocnica až vtedy, ak bude zaradená do siete kategorizovaných nemocníc. Zdravotné poisťovne budú povinne uzatvárať zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s prevádzkovateľmi nemocníc určitej úrovne na všetky povinné programy a medicínske služby v nemocniciach príslušnej úrovne. Pokiaľ však ide o uzatváranie zmlúv v rozsahu nepovinných programov, zdravotné poisťovne si budú môcť vybrať z dostupných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v sieti nemocníc danej úrovne alebo vyššej, a to podľa vlastných transparentne zverejnených podmienok a v súlade s legislatívnym rámcom.

Ďalej sa ustanovujú podmienky, za ktorých môže zdravotná poisťovňa vypovedať prevádzkovateľovi nemocnice zaradenej do siete zmluvu, ako aj podmienky zníženej výšky úhrady.

K § 39

Jedným z predpokladov na to, aby ministerstvo zdravotníctva mohlo vyhodnocovať kategorizáciu ústavnej zdravotnej starostlivosti sú dáta, a to vo forme údajov od zdravotných poisťovní. Z toho dôvodu sa ustanovuje rozsah dát, ktoré zdravotná poisťovňa predkladá ministerstvu zdravotníctva a účel ich sprístupňovania tak, aby bol zabezpečený súlad s princípmi ochrany osobných údajov. Je nevyhnutné aby ministerstvo zdravotníctva disponovalo týmito dátami, a to na účely kategorizácie ústavnej zdravotnej starostlivosti, vyhodnotenia siete a kategorizácie nemocníc. V súčasnosti nie je možné získať taxatívne vymedzené dáta z iných zdrojov, avšak predkladateľ má za to, že ide len o dočasné riešenie; očakáva sa, že sfunkčnením iniciatívy e-Health, bude možné tieto dáta získavať aj bez potreby ich zasielania zdravotnou poisťovňou takým spôsobom akým to nastavuje predmetné ustanovenie. Pre úplnosť je nevyhnutné uviesť, že odsek 2 daného ustanovenia sa zaoberá výlučne formou, definíciou a štruktúrou údajov, pričom však nejde o spracovateľskú operáciu údajov poskytnutých podľa odseku 1.

K § 40

Ustanovujú sa povinnosti zdravotnej poisťovne pri tvorbe a vedení zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zoznam“). Oba subjekty - zdravotná poisťovňa aj poskytovateľ zdravotnej starostlivosti sú povinní uverejniť zoznam na svojom webovom sídle podľa jednotlivých zdravotných výkonov alebo medicínskych služieb a podľa zmluvných poskytovateľov v rozsahu jedinečný identifikačný kód poistenca, dátum zaradenia, kód zdravotného výkonu, kód zmluvného poskytovateľa, názov zmluvného poskytovateľa, dátum vyradenia a priemerná očakávaná doba čakania. Podľa jedinečného identifikačného kódu poistenca - v nadväznosti na zverejnenie zoznamu, nebude možné zistiť

o akého konkrétneho pacienta ide; zásady ochrany osobných údajov sú tak dodržané. Cieľom je sprehľadniť systém tvorby čakacích zoznamov a zjednotiť postup a zároveň transparentné vedenie zoznamov. Pokiaľ zdravotný stav poistenca vyžaduje zaradenie do zoznamu, mal by byť zaradený alebo by mu zdravotná starostlivosť mala byť poskytnutá. Navrhuje sa, aby vedenie zoznamov bolo vedené výlučne elektronicky a online. Súčasne musí byť určené, že zdravotný stav poistenca vyžaduje poskytnutie zdravotnej starostlivosti do 12 mesiacov (tzn. nie že je uňho predpoklad na operáciu o 5 rokov), a poskytovateľ zdravotnej starostlivosti musí byť schopný ju aj v rámci svojich kapacít do 12 mesiacov poskytnúť. Len v takom prípade by mal zaradenie do zoznamu navrhnúť poistencovi a len v takom prípade by zdravotná poisťovňa mohla mať určenú povinnosť úhrady poskytnutej plánovanej zdravotnej starostlivosti do 12 mesiacov.

K § 41

Z kategorizácie nemocníc vyplývajú pre prevádzkovateľa nemocnice povinnosti, ktoré návrh zákona taxatívne ustanovuje v tomto ustanovení. Ide predovšetkým o povinnosti poskytovať v nemocnici zaradenej do siete všetky povinné programy a doplnkové programy v rozsahu programového profilu nemocnice, ako aj povinnosť uzatvoriť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti so zdravotnou poisťovňou v rozsahu povinných a doplnkových programov s každou zdravotnou poisťovňou. Je samozrejmosťou, že prevádzkovateľ nemocnice musí dodržiavať podmienky ustanovené kategorizáciou ústavnej starostlivosti, nakoľko práve plnenie týchto podmienok zabezpečí bezpečnosť pre pacientov.

K § 42

V nadväznosti na novo-upravené čakacie zoznamy sa upravujú aj povinnosti prevádzkovateľa nemocnice v súvislosti s vedením zoznamu poistencov čakajúcich na zdravotnú starostlivosť.

K § 43

V súvislosti so zavedenými povinnosťami, ustanovenie vymedzuje skutkové podstaty správnych deliktov, ktorých sa dopustí prevádzkovateľ nemocnice pri porušení zákonom stanovených povinností. Skutkové podstaty v ich samotnej podstate odzrkadľujú povinnosti v § 41 a § 42. Zároveň je ustanovená maximálna výška pokút, ktorú môže ministerstvo zdravotníctva uložiť prevádzkovateľovi nemocnice.

K § 44

Splnomocňovacie ustanovenia premietajú kompetencie ministerstva zdravotníctva vydávať všeobecné záväzné predpisy, ktorými ustanoví kategorizáciu ústavnej starostlivosti (odsek 1) a metodiku vyhodnotenia siete ako aj podrobnosti o podmienkach tvorby siete a postupe pri kategorizácii nemocníc (odsek 2).

K § 45

Ustanovujú sa prechodné ustanovenia týkajúce sa kategorizácie ústavnej zdravotnej starostlivosti.

K § 46

Vzhľadom na to, že časová dostupnosť bude ustanovená kategorizáciou ústavnej starostlivosti, zrušuje sa vyhláška č. 412/2009 Z. z.

Čl. II (zákon č. 145/1995 Z. z.)

V nadväznosti na § 26 ods. 6 v čl. I a na skutočnosť, že ministerstvo zdravotníctva je správnym orgánom, zavádzajú sa nové položky týkajúce sa rozhodovaní v súvislosti s kategorizáciou nemocníc.

Čl. III (zákon č. 595/2003 Z. z.)

Dochádza k presunu ustanovení týkajúcich sa úpravy čakacích zoznamov do nového odseku. Súčasťou presúvaných ustanovení je aj § 6 ods. 9, na ktorý odkazuje § 20 ods. 16 zákona č. 595/2003 Z. z. o dani z príjmov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 595/2003 Z. z.“) pri daňovej uznateľnosti tvorby technických rezerv zdravotných poisťovní, z tohto dôvodu sa upravuje poznámka pod čiarou.

Čl. IV (zákon č. 576/2004 Z. z.)

K bodu 1 (§ 2 ods. 23)

V súčasnej dobe je zdravotný obvod administratívne určenie časti územia Slovenskej republiky poskytovateľovi všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre dospelých, poskytovateľovi všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre deti a dorast, poskytovateľovi špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti a poskytovateľovi špecializovanej zubno-lekárskej ambulantnej starostlivosti v rozsahu verejnej minimálnej siete. Upravuje sa spôsob pridelovania zdravotných obvodov a to tak, aby sa zohľadňovalo kritérium rovnomerného pracovného zaťaženia poskytovateľov. Zároveň sa ustanovuje povinnosť pre samosprávny kraj prideliť zdravotný obvod vždy novému poskytovateľovi všeobecnej ambulantnej starostlivosti, ak bolo v čase žiadosti o povolenie na činnosť aspoň jedno neobsadené miesto v okrese. Cieľom tohto opatrenia je prispieť k zjednodušeniu zriadenia novej ambulancie na miestach, kde sa vyhodnotením siete identifikuje nedostatok všeobecných lekárov.

Samosprávny kraj pri pridelovaní zdravotných obvodov spôsobom, aby zabezpečil rovnomernú pracovnú záťaž poskytovateľov, bude využívať informácie o počte a vekovej štruktúre obyvateľov na úroveň ulíc a súpisných a orientačných čísel domov z registrov poisťencov zdravotných poisťovní o trvalom a prechodnom pobyte v jednotlivých obciach v jeho pôsobnosti.

K bodu 2 (§ 46 ods. 1 písm. l))

Legislatívno-technická úprava súvisiaca s návrhom v § 2 ods. 23 a s kompetenciou samosprávneho kraja rovnomerne rozkladať pracovnú záťaž medzi poskytovateľov vo verejnej sieti ambulantných poskytovateľov.

K bodu 3 (§ 46 ods. 1 písm. r) a s))

Samosprávne kraju sa ukladá povinnosť poskytnúť údaje týkajúce sa ordinačných hodín poskytovateľov, údaje potrebné na vydanie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia a ďalšie údaje o poskytovateľoch všeobecnej ambulantnej starostlivosti, ktoré umožňujú identifikovať kapacitu poskytovateľa, ministerstvu zdravotníctva, zdravotným poisťovniam a na vyžiadanie aj iným samosprávnym krajom. Cieľom tohto oprávnenia je zabezpečiť údaje potrebné na monitorovanie a vyhodnocovanie siete a plnenia ďalších úloh podľa tohto zákona oprávnenými subjektmi.

Samosprávne kraju sa tiež ukladajú povinnosti v súvislosti s jeho úlohami podľa zákona č. 578/2004 Z. z. § 6c a § 6d.

Čl. V (zákon č. 577/2004 Z. z.)

Nárok poistenca v legislatívnej úprave absentuje, z toho dôvodu sa navrhuje zdefinovať, že z verejného zdravotného poistenia sa uhrádza ústavná zdravotná starostlivosť poskytovaná v ústavnom zdravotníckom zariadení, ktorým je nemocnica.

Čl. VI (zákon č. 578/2004 Z. z.)

K bodu 1 (§ 3 ods. 1 písm. g))

Na základe návrhu Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „Úrad“) sa vypúšťa prehliadka mŕtveho tela spod zdravotníckeho povolania. Úprava súvisí so zmenou v § 47b ods. 1 a 2 zákona č. 581/2004 Z. z., podľa ktorej prehliadka mŕtveho tela nie je vykonávaná zdravotníckymi pracovníkmi v rámci výkonu zdravotníckeho povolania za účelom získania väčšieho počtu osôb oprávnených prehliadať mŕtve telá.

K bodu 2 (§ 4 písm. d))

Zavádza sa legislatívna skratka z dôvodu absencie.

K bodom 3 a 4 (§ 5 ods. 1)

V súvislosti s novou úpravou verejnej minimálnej siete sa menia parametre pre určenie verejnej minimálnej siete. Namiesto počtu obyvateľov sa má prihliadať na počet poisťencov pričom parametre sa rozširujú aj o vnútroštátnu migráciu, teda rozdiel medzi trvalým pobytom a miestom čerpania zdravotnej starostlivosti. Oboje majú za cieľ zvýšiť presnosť dimenzovania a plánovania kapacít zdravotnej starostlivosti.

K bodu 5 (§ 5 ods. 5)

Legislatívno-technická úprava v súvislosti s vypustením § 5a (koncovej siete).

K bodu 6 (§ 5 ods. 5)

Vzhľadom na to, že sa ustanovujú osobitné podmienky a vlastné nariadenie vlády pre verejnú minimálnu sieť poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti, nevzťahuje sa na týchto poskytovateľov nariadenie podľa § 5 ods. 5.

K bodu 8 (§ 5a)

Vzhľadom k skutočnosti že návrh zákona o kategorizácii ústavnej starostlivosti zavádza sieť kategorizovaných nemocníc, dané je nevyhnutné premietnuť aj v tomto zákone, a to vypustením koncovkej siete z legislatívneho rámca. Má však odloženú účinnosť do 31. decembra 2024.

K bodom 7 a 9 (§ 5 ods. 6 až 8 a § 5b až 5d)

Vzhľadom na osobitnú povahu sa zo spoločnej úpravy vyčleňuje úprava všeobecnej ambulantnej starostlivosti. Poskytovatelia všeobecnej ambulantnej starostlivosti tvoria početnú a z hľadiska ich úloh a funkcie v systéme zdravotnej starostlivosti samostatnú skupinu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Zavádza sa pomenovanie podmnožiny verejnej minimálnej siete, a to verejná minimálna sieť poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti. Ustanovujú sa základné kritériá pre určenie siete, ktorými sú zabezpečenie miestnej dostupnosti a potrebnej kapacity poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a spôsob ich určenia.

Účelom úpravy je zabezpečiť aktuálnosť a presnosť regulácie verejnej minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti. Cieľom je zabezpečiť normatív určujúci verejnú minimálnu sieť, ktorý bude vyjadrovať optimálny stav a automaticky reagovať na demografické a migračné zmeny v populácii poistencov. Aplikačná prax ukázala, že vyjadrenie normatívu verejnej minimálnej siete v absolútnych hodnotách spôsobuje, že sa takýto predpis stáva v dôsledku meniacej sa demografickej štruktúry obyvateľov a migrácie na danom území nepresným a neaktuálnym. Ako taký následne nie je vhodným nástrojom pre plánovanie ani distribúciu ľudských zdrojov v zdravotníctve. Úprava má preto za cieľ určiť definujúce parametre a postup výpočtu optimálneho počtu potrebných lekárskejších miest v okrese, v závislosti od počtu a vekovej štruktúry poistencov s trvalým pobytom v okrese. Tiež zavádza pre určenie verejnej minimálnej siete kritérium miestnej dostupnosti, ktorého účelom je zabezpečiť optimálnu distribúciu poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti a definovať maximálnu dojazdovú vzdialenosť a to s ohľadom na skutočnosť, že všeobecní lekári sú lekármi prvého a najčastejšieho kontaktu pre poistencov.

Dojazd osobným motorovým vozidlom bol zvolený pre potrebu konzistentne vyhodnocovať splnenie tejto podmienky. Vzhľadom na odlišnosti foriem hromadnej dopravy a jej meniacu sa prevádzku sa určil ako parameter pre vyhodnotenia miestnej dostupnosti čas dojazdu osobným vozidlom. Maximálne časy určí nižší právny predpis a pre rôzne formy zdravotnej starostlivosti a špecializácie sa môže líšiť, pričom zohľadňuje moderné medicínske štandardy. Prílohou nižšieho právneho predpisu by mala byť aj matica dojazdových časov, ktorá umožní priebežné a konzistentné vyhodnocovanie splnenia podmienky maximálneho času dojazdu medzi obcami.

Verejná minimálna sieť poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti je vyjadrená ako počet lekárskejších miest v okrese, ktorý je potrebný na to, aby bola garantovaná kvalitná a dostupná zdravotná starostlivosť. Spôsob výpočtu potrebnej kapacity sa určí podľa nižšieho právneho predpisu a medzi formami zdravotnej starostlivosti a špecializáciami sa môže líšiť, pričom zohľadňuje moderné medicínske štandardy. Počet lekárskejších miest vo verejnej minimálnej sieti sa ustanoví pre každý rok spôsobom, ktorý bližšie upravuje zákon a nariadenie vlády.

Ustanovenie tiež obsahuje zmocnenie na vydanie nariadenia vlády, ktoré obsahuje podrobnú úpravu pre reguláciu verejnej minimálnej siete a jej vyhodnocovanie a tiež úpravu týkajúcu sa opatrení určených na podporu zabezpečovania dostatku všeobecných lekárov naprieč územím Slovenskej republiky.

Aplikačná prax si tiež vyžiadala zavedenie jednotky na počítanie kapacity ľudských zdrojov u poskytovateľov, ktorými sú lekárske miesto a sesterské miesto. Lekári a sestry pracujú v rôznych úväzkoch a počtoch u jedného poskytovateľa. Samotné počítanie ordinačných hodín nepopisuje kapacitu dostatočne, pretože v prípade viacerých lekárov či sestier u poskytovateľa môžu tí pracovať v nadväznosti alebo paralelne. Lekárske resp. sesterské miesto tak vyjadruje úväzok 1,0 a 35 ordinačných hodín, bez ohľadu na počet fyzických osôb, ktorý ho zabezpečuje.

Zavádza sa mechanizmus pravidelného každoročného monitorovania stavu siete, ktorý pozostáva z určenia lekárskejších miest pre verejnú minimálnu sieť poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti a z vyhodnotenia reálneho stavu poskytovateľov, vyjadreného verejnou sieťou poskytovateľov. Zákon stanovuje okruh povinných subjektov, termíny pre vyhodnocovanie a obsah výsledkov vyhodnocovania stavu siete, pričom podrobnosti o výpočte jednotlivých parametrov či forme zverejnenia výsledkov ustanoví nariadenie vlády. Proces vyhodnocovania má byť otvorený pripomienkam zdravotných poisťovní a ministerstva, aby sa predišlo chybám v postupe a výpočtoch.

Výsledky vyhodnocovania, spolu s počtom a rozložením lekárskejších miest, ktoré definujú verejnú minimálnu sieť zverejní úrad pre dohľad na svojom webovom sídle, aby bolo k dispozícii zdravotným poisťovniam, samosprávnym krajom, lekárom a poskytovateľom a tiež ministerstvu zdravotníctva. Údaj o počte neobsadených lekárskejších miest, teda o tom, koľko lekárskejších miest chýba oproti normatívu verejnej minimálnej siete, úrad pre dohľad priebežne na mesačnej báze aktualizuje na základe údajov od samosprávnych celkov o nových lekároch u poskytovateľov a naopak o lekároch, ktorí prestali vykonávať činnosť.

Tým sa zabezpečí dostupnosť a aktuálnosť informácií o dostatku a nedostatku všeobecných lekárov naprieč územím Slovenskej republiky, čo je dôležité ako z hľadiska plánovania ľudských zdrojov a verejných zdravotných politík tak aj z hľadiska rozhodovania budúcich všeobecných lekárov o mieste zriadenia ambulancie.

V prípade, že sa zistí, že reálny počet lekárskejších miest na území okresu je nižší než normatív určený verejnou minimálnou sieťou, úrad pre dohľad na to upozorní zdravotné poisťovne. Tie majú povinnosť uviesť dôvody a tiež plánované opatrenia pre zabezpečenie optimálneho stavu, pričom oboje sa zverejní. Cieľom je motivovať k dlhodobej a konzistentnej snahe o posilnenie segmentu všeobecnej starostlivosti.

Ako nástroj monitorovania a komplexného vyhodnocovania stavu všeobecného lekárstva na Slovensku sa v § 5c zavádza klasifikácia okresov. Okresy každoročne klasifikuje podľa miery ohrozenia schopnosti zabezpečiť dostupnú a kvalitnú zdravotnú starostlivosť ministerstvo zdravotníctva a to na základe vyhodnotenia siete úradom pre dohľad. Parametre pre klasifikáciu určí nariadenie vlády, pričom cieľom klasifikácie je podať informáciu o stave ľudských zdrojov vo všeobecnom lekárstve, ich rozložení a umožniť rozlíšiť rôzne miery nedostatku všeobecných lekárov na rôznych častiach územia Slovenska. Ministerstvo vydá metodiku pre klasifikáciu každoročných hodnôt parametrov, vypočítaných úradom pre dohľad a na internete zverejní klasifikáciu okresov ako kriticky nedostatkové, ktoré vyjadrujú najvyššiu mieru ohrozenia, rizikovo nedostatkové, rizikové a zabezpečené.

Zavádza sa tiež povinnosť ministerstva zdravotníctva vydať každoročne zoznam obcí a okresov, pre ktoré sa poskytnú jednorazové príspevky na podporu vzniku nových poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti a metodiku, podľa ktorej postupovalo pri tvorbe zoznamu. Cieľom je podporiť príchod lekárov do oblastí, kde je identifikovaný nižší počet lekárskejších miest než predpisuje verejná minimálna sieť. Ministerstvo určí počet príspevkov pre daný okres alebo konkrétnu obec a výšku príspevkov. Zoznam okresov a obcí, rovnako ako počet chýbajúcich miest určuje na základe výsledkov vyhodnocovania siete, pričom by mal zvažovať aj potenciál nového lekára získať dostatok kapitovaných poisťencov v priebehu čerpania príspevku, čo vyjadruje počet lekárskejších miest v okrese, počet neobsadených lekárskejších miest v okrese a tiež veková štruktúra lekárov v okrese.

S cieľom zabezpečiť informovanosť subjektov, ktoré regulujú alebo manažujú sieť poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti o kapacitách poskytovateľov a tým podporiť optimálnu distribúciu poisťencov medzi poskytovateľmi, princíp slobodnej voľby lekára a rozvoj kvality a dostupnosti všeobecných lekárov sa ukladá ministerstvu povinnosť sprístupniť zoznam poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti zdravotným poisťovniam, samosprávnym krajom a úradu pre dohľad. Zo zverejňovaných údajov o počte zdravotníckych pracovníkov, ich úväzkoch a počte kapitovaných poisťencov je možné vyhodnotiť kapacitu poskytovateľa. Cieľom je uľahčiť vstup novým lekárom najmä v oblastiach, kde sa pacienti

koncentrujú u poskytovateľov s menším než optimálnym počtom lekárskejších miest. Zlepší sa aj postavenie samosprávneho kraja a zdravotnej poisťovne, ktorí môžu poisťencovi, ktorý prišiel o lekára, ponúknuť informáciu o dostupnej alternatíve. Zdravotnej poisťovni sa v kontexte novely § 7 zákona 581/2004 Z. z. ukladajú aj povinnosti poistenca informovať o ukončení zmluvného vzťahu s jeho ošetrujúcim lekárom a ponúknuť poisťencovi alternatívneho poskytovateľa.

K bodu 10 (§ 6c a § 6d)

Cieľom úpravy je zlepšiť informovanosť o neobsadených lekárskejších miestach s cieľom zabezpečiť optimálnu distribúciu všeobecných lekárov. Samosprávne kraje na základe vyhodnotenia siete vyhlásia miesta, na ktoré hľadajú všeobecných lekárov. Samosprávne kraje sú viazané vyhodnotením ako minimálnou požiadavkou. Môžu teda vyhlásiť viac miest a môžu určiť aj územie menšie ako okres ak sa nachádza v rámci okresu určeného vo vyhodnotení. Spolu s informáciou o chýbajúcich miestach sa uvedú aj ponúkané benefity. Účelom je zjednodušiť orientáciu najmä pre začínajúcich lekárov. Aplikačná prax ukazuje, že najmä pre tých je zložitá sa zorientovať v administratívnych povinnostiach ale aj v príležitostiach, ktoré sú k dispozícii na ich podporu. Na základe zverejňovaných informácií si lekár so záujmom otvorí si ambulanciu všeobecného lekárstva bude môcť vybrať lokalitu, ktorá má perspektívu z hľadiska počtu lekárov v sieti a ktorá mu ponúka najvýhodnejšie podmienky. Ustanovenie zároveň prostredníctvom transparentnosti podporuje predchádzanie korupčnému správaniu a selektívnemu prerozdeľovaniu benefitov.

Zavádza sa jednorazový príspevok, ktorého cieľom je podporiť príchod lekárov do okresov, kde je nedostatok všeobecných lekárov a celkovo tak navýšiť počet lekárskejších miest u poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti na Slovensku. Dôvodom je dlhodobé zaostávanie Slovenska za európskymi krajinami v počte všeobecných lekárov na obyvateľov, rovnako ako aj vysoký priemerný vek lekárov, ktorý prognózuje zhoršujúci sa stav nedostatku. Príspevky sú teda naviazané na ohrozenie schopnosti zabezpečiť zdravotnú starostlivosť. Vyjadrením tohto ohrozenia sú každoročné výsledky vyhodnocovania siete a klasifikácia okresov.

Cieľom jednorazového príspevku je tiež odstrániť niektoré bariéry, ktoré odrádzajú mladých lekárov od všeobecného lekárstva. Jednou z nich sú vstupné náklady súvisiace so založením praxe. Pokiaľ si začínajúci lekár otvára novú prax, tak napriek nedostatku lekárov v okrese musí okrem vybavenia ambulancie investovať prvý rok až dva aj do nákladov na prevádzku. Obdobie, kým neuzavrie zmluvy s dostatočným počtom poisťencov, aby príjmy z kapitácie pokryli jeho náklady je pre začínajúcich lekárov rizikovým. Príspevok, ktorý zákon zavádza je určený na preklopenie tohto obdobia. Príspevok je dizajnovaný tak, aby sa štvrtoročne znižoval na základe predpokladu, že lekár bude postupne získavať pacientov. Zároveň, aby sa predišlo špekuláciám, ministerstvo priebežne kontroluje počet poisťencov, ktorí sú kapitovaní u lekára s príspevkom a pokiaľ presiahne stanovený počet, ďalšie časti príspevku sa nevyplatia, pretože to znamená, že lekár má vyšší príjem od zdravotných poisťovní, než predpokladajú podmienky príspevku.

Cieľom príspevku je stabilizácia počtu a rovnomerná dostupnosť všeobecných lekárov na Slovensku, preto sa s čerpaním príspevku spájajú povinnosti, ktoré viažu lekára k výkonu v oblasti, pre ktorú získal príspevok. Zároveň je zámerom zákonodarcu tiež podporiť poskytovanie všeobecnej zdravotnej starostlivosti spôsobom, ktorý je ústretový voči pacientom a preto sú súčasťou záväzku aj predĺžené ordinačné hodiny aspoň jeden deň v týždni či povinnosť lekára ponúkať bezplatné objednávanie na konkrétny termín.

Aby sa zamedzilo špekuláciám a podporil sa príchod nových lekárov, o príspevok sa môžu uchádzať len lekári, ktorí pred tým nepôsobili v okrese vo viac ako polovičnom úväzku, ani v okrese, ktorý je klasifikovaný rovnakým alebo vyšším stupňom nedostatku ako ten, v ktorom si uchádzač plánuje zriadiť ambulanciu.

Ministerstvo zdravotníctva vydá každoročne zoznam obcí a okresov, pre ktoré sa poskytnú jednorazové príspevky na podporu vzniku nových poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti a metodiku, podľa ktorej postupovalo pri tvorbe zoznamu. Cieľom je podporiť príchod lekárov do oblastí, kde je identifikovaný nižší počet lekárskejších miest než predpisuje verejná minimálna sieť. Ministerstvo určí počet jednorazových príspevkov pre daný okres alebo konkrétnu obec a výšku príspevkov. Zoznam okresov a obcí, rovnako ako počet chýbajúcich miest určuje na základe výsledkov vyhodnocovania siete, pričom by mal zvažovať aj potenciál nového lekára získať dostatok kapitovaných poisťencov v priebehu čerpania príspevku, čo vyjadruje

počet lekárskeho miest v okrese, počet neobsadených lekárskeho miest v okrese a tiež veková štruktúra lekárov v okrese.

O príspevky sa môžu uchádzať aj lekári, ktorí ešte nezískali povolenie na činnosť. Cieľom príspevku je práve navigovať uchádzačov o príspevok do oblastí, kde je najväčšia potreba a teda ovplyvniť ich rozhodovanie v čase pred vydaním povolenia, ktoré sa spája už s konkrétnym miestom poskytovania. Zároveň sa môžu o príspevky okrem nových lekárov uchádzať aj poskytovatelia, ktorí plánujú zriadiť a prevádzkovať zariadenie všeobecnej ambulantnej starostlivosti, pokiaľ za všeobecného lekára, ktorého plánujú zamestnať, preukážu splnenie rovnakých podmienok ako v prípade nového lekára žiadateľa.

Cieľom príspevkov je osloviť najmä lekárov, ktorí ešte všeobecné lekárstvo nevykonávajú alebo len v malej miere a tým zvýšiť v súčasnosti nízke kapacity ambulancií primárnej starostlivosti. Preto sú nositeľmi príspevku lekári, ktorí sú z perspektívy nedostatkového okresu noví. Zároveň sa umožňuje čerpať príspevok novým aj existujúcim poskytovateľom, aby sa podporila priebežná obmena a združovanie lekárov do spoločných praxí, čo umožňuje rozložiť náklady aj administratívne povinnosti. V prípade existujúcich poskytovateľov, aby sa zachoval účel príspevku, ktorým je navýšenie kapacity siete poskytovateľov, je podmienka, že sa musí zvýšiť počet lekárskeho miest u poskytovateľa o 1.

Ministerstvu sa udeľuje povinnosť uchádzača o príspevok informovať o podmienkach príspevku ale aj získania povolenia, uzavretia zmluvy so zdravotnou poisťovňou a tiež zabezpečiť výmenu kontaktných údajov medzi uchádzačom a samosprávnym krajom a zdravotnými poisťovňami a tým zjednodušiť pre uchádzača orientáciu v procese zriaďovania ambulancie.

K bodu 11 (§ 7 ods. 8 a 9)

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na zrušenie koncovej siete.

K bodu 12 (§ 8 ods. 2)

Návrh zákona o kategorizácii ústavnej starostlivosti umožňuje ministerstvu zdravotníctva ustanoviť požiadavky na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie nemocníc, ktoré sú rozšírením minimálneho personálneho zabezpečenie a materiálno-technického vybavenia v zákone č. 578/2004 Z. z. Z toho dôvodu sa ustanovujú špeciálne materiálno-technické vybavenie a personálne zabezpečenie, ktorým musí nemocnica disponovať na to, aby vedela zabezpečiť poskytovanie programu alebo medicínskej služby tej-ktorej úrovne.

K bodu 13 (§ 11 ods. 3)

Legislatívno-technická úprava – nahradenie pojmu zavedenou legislatívnou skratkou.

K bodom 14, 15, 18 a 19 (§ 16 ods. 4, 17a ods. 7, § 21 ods. 1)

Upravujú sa ustanovenia odkazujúce na koncovú sieť poskytovateľov. Zachovávajú sa kompetencie ministerstva zdravotníctva, aj keď nebude stanovená koncová sieť. Preto boli ustanovenia zosúladené tak, že kompetencie vykonáva MZSR ako orgán príslušný na vydanie povolenia, s tým, že voči nemocniciam, ktoré boli doposiaľ v koncovej sieti je v prechodnom ustanovení stanovené, že týmto orgánom ostáva aj po zrušení koncovej siete ministerstvo zdravotníctva. Ustanovenia, ktoré odkazovali výlučne na kompetenciu ministerstva zdravotníctva vo vzťahu ku koncovej sieti preto bolo možné vypustiť.

K bodu 16 (§ 18 ods. 2)

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

K bodu 17 (§ 19 ods. 1 písm. k)

Legislatívno-technická úprava – nahradenie pojmu zavedenou legislatívnou skratkou.

K bodu 20 (§ 40 ods. 6)

Upravujú sa ustanovenia odkazujúce na koncovú sieť poskytovateľov.

K bodu 21 (§ 64 ods. 3)

Podľa § 20 ods. 1 písm. d) zákona č. 581/2004 Z. z. úrad prideliť číselné kódy zdravotníckym pracovníkom. Komory sú v súčasnosti povinné zasielať úradu licencie na výkon zdravotníckeho povolania, ktoré komory zasielajú úradu v listinnej forme a s výrazným časovým oneskorením po právoplatnom vydaní licencie. Zároveň nie každý zdravotnícky pracovník, ktorý žiada o pridelenie kódu, má vydanú licenciu na výkon zdravotníckeho povolania. Pre účely pridelenia kódu je potrebné získanie údajov zdravotníckeho pracovníka elektronickou formou z registra zdravotníckych pracovníkov vedeného podľa § 64 zákona č. 578/2004 Z. z. Keďže registrácia zdravotníckeho pracovníka, pozastavenie, dočasné pozastavenie, zrušenie a zánik registrácie majú vplyv na pridelenie, ukončenie platnosti, pozastavenie platnosti a ukončenie pozastavenia platnosti kódu, je potrebné poskytovať úradu údaje z registra zdravotníckych pracovníkov v rovnakom rozsahu, v akom ich komora poskytuje NCZI. Keďže nie každý zdravotnícky pracovník potrebuje pre výkon svojho povolania číselný kód, komora bude poskytovať úradu údaje z registra zdravotníckych pracovníkov na základe výzvy úradu vo vzťahu k zdravotníckym pracovníkom, ktorí žiadajú o pridelenie kódu.

K bodu 22 (§ 78 ods. 4)

Podľa § 20 ods. 1 písm. d) zákona č. 581/2004 Z. z. úrad prideliť číselné kódy poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a zároveň vedie v registri poskytovateľov zdravotnej starostlivosti podľa § 20 ods. 1 písm. e) štvrtý bod zákona č. 581/2004 Z. z. údaje o odbornom zástupcovi poskytovateľa. Na účely správneho vedenia registra poskytovateľov a pridelenia kódov poskytovateľa je potrebné, aby komora zasielala úradu okrem licencie na výkon zdravotníckeho povolania (podľa § 78 ods. 2 písm. a) zákona č. 578/2004 Z. z.) a licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe (podľa § 78 ods. 1 písm. d) zákona č. 578/2004 Z. z.) aj licenciu na výkon činnosti odborného zástupcu.

K bodu 23 (§ 78a ods. 4)

Podľa § 20 ods. 1 písm. d) zákona č. 581/2004 Z. z. úrad prideliť číselné kódy zdravotníckym pracovníkom, poskytovateľom zdravotnej starostlivosti (t. j. aj držiteľ licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe) a zariadeniam sociálnej pomoci. Komory sú v súčasnosti povinné zasielať úradu licencie na výkon zdravotníckeho povolania (podľa § 78 ods. 2 písm. a) zákona č. 578/2004 Z. z.) a licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe (podľa § 78 ods. 1 písm. d) zákona č. 578/2004 Z. z.), ktoré komory zasielajú úradu v listinnej forme a s výrazným časovým oneskorením po právoplatnom vydaní licencie. Pre účely pridelenia kódu je potrebné získanie údajov držiteľa licencie elektronickou formou z registra licencií vedeného podľa § 78a zákona č. 578/2004 Z. z. Keďže vydanie licencie, dočasné pozastavenie licencie, skončenie dočasného pozastavenia licencie, zrušenie a zánik licencie majú vplyv na pridelenie kódu, ukončenie, pozastavenie a ukončenie pozastavenia platnosti kódu, navrhuje sa poskytovať úradu údaje z registra licencií v rovnakom rozsahu, v akom ich poskytuje komora NCZI.

K bodu 24 (§ 79 ods. 20)

Rozširuje sa okruh údajov, ktoré poskytovateľ hlási samosprávnemu kraju. Účelom opatrenia je zabezpečiť kompletne a aktuálne informácie o sieti poskytovateľov v kraji a tak umožniť priebežné vyhodnocovanie a informovanie o stave siete. Uvedené informácie už dnes poskytovatelia hlásia do zdravotných poisťovní. Ich koncentrácia u samosprávnych krajov je tiež predpokladom pre zníženie administratívnej záťaže poskytovateľov tým, že zdravotné poisťovne budú môcť čerpať informácie priamo od samosprávneho kraja.

K bodu 25 (§ 79a ods. 1 písmeno c))

V nadväznosti na novo upravené čakacie zoznamy v novom zákone sa precizuje aj povinnosť poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v súvislosti s vedením zoznamu poistencov čakajúcich na zdravotnú starostlivosť.

K bodu 26 (§ 81 ods. 1 písm. a))

Voči nemocniciam, ktoré boli doposiaľ v koncovej sieti je v prechodnom ustanovení stanovené, že týmto orgánom oprávneným konať v konaniach podľa zákona č. 578/2004 Z. z. zostáva aj po zrušení koncovej siete Ministerstvo zdravotníctva SR.

K bodu 27 (§ 81 ods. 1 písmeno f))

Voči nemocniciam, ktoré boli doposiaľ v koncovej sieti je v prechodnom ustanovení stanovené, že týmto orgánom oprávneným konať v konaniach podľa zákona č. 578/2004 Z. z. zostáva aj po zrušení koncovej siete Ministerstvo zdravotníctva SR.

K bodu 28 (§ 82 ods. 1)

Orgán príslušný na vydanie povolenia (§ 11 – t. j. MZSR), ak v odseku 8 a v osobitnom predpise nie je ustanovené inak, uloží držiteľovi povolenia vydaného podľa tohto zákona pokutu za porušenie niektorej z povinností ustanovených v § 79.

Aby bolo možné uložiť sankcie na povinnosti ustanovené novým zákonom, vylučuje sa pôsobnosť zákona č. 578/2004 Z. z.

K bodu 29 (§ 82 ods. 1 písm. b))

V prípade nesplnenia novozavedenej povinnosti podľa bodu 11 sa ustanovuje pokuta.

K bodu 30 (§ 82 ods. 8)

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

K bodu 31 (§ 92 odsek 4)

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

K bodu 32 (§ 102ao a 102ap)

S cieľom zabezpečiť dostatok času pre úrad pre dohľad na to, aby zabezpečil organizačné a personálne pokrytie svojich nových úloh, sa do 1.1.2024 určuje, že úlohy úradu pre dohľad súvisiace s vyhodnocovaním stavu siete bude vykonávať ministerstvo zdravotníctva, ktoré predpis pripravilo. Ministerstvo počas toho obdobia spolupracuje a zaškoľuje úrad pre dohľad ohľadne postupov pri vyhodnocovaní stavu siete podľa tohto zákona. Prechodne sa tiež ustanovuje, že údaje, ktoré majú podľa tohto zákona poskytnúť samosprávne kraje, poskytnú pre účel prvého vyhodnotenia zdravotné poisťovne. Dôvodom je skutočnosť, že vzhľadom na krátky čas účinnosti zákona, nebudú v tom čase samosprávne celky pravdepodobne ešte disponovať potrebnými údajmi.

Taktiež sa ustanovuje, ponecháva pôsobnosť MZSR pri zmene v povoleniach vydaných MZSR alebo VUC nemocniciam zaradením so siete kategorizovaných nemocníc.

Čl. VII (zákon č. 579/2004 Z. z.)

K bodu 1 (§ 3 ods. 6)

Z dôvodu kategorizácie nemocníc je nevyhnutné upraviť aj povinnosti operačného strediska záchranej zdravotnej služby. Zámerom je, aby aj operačné stredisko aj poskytovatelia záchranej zdravotnej služby dodržiavali podmienky ustanovené kategorizáciou ústavnej starostlivosti pri preprave osôb do zdravotníckych zariadení poskytujúcich ústavnú zdravotnú starostlivosť. Inými slovami – operačné stredisko musí usmerňovať poskytovateľa záchranej služby tak, aby poskytovateľ prepravil osobu vyžadujúcu si ústavnú zdravotnú starostlivosť do takej nemocnice, ktorá v rámci svojho zaradenia do určitej úrovne, môže takúto ústavnú zdravotnú starostlivosť a medicínsku službu reálne poskytnúť.

K bodu 2 (§ 5 ods. 1 písm. f)

Z dôvodu kategorizácie nemocníc je nevyhnutné upraviť aj povinnosti poskytovateľov záchranej zdravotnej služby, ktorí musia prepraviť osobu vyžadujúcu si ústavnú zdravotnú starostlivosť do takej nemocnice, ktorá v rámci svojho zaradenia do určitej úrovne, môže takúto ústavnú zdravotnú starostlivosť a medicínsku službu reálne poskytnúť.

Čl. VIII (zákon č. 580/2004 Z. z.)

K bodu 1 (§ 13 ods. 18)

Po zmene aktuálne platného ustanovenia § 15 ods. 8 zákona č. 581/2004 Z. z. v zmysle navrhovaného znenia, by sa časť § 13 ods. 18 zákona č. 580/2004 Z. z. stala neaktuálnou a nadbytočnou.

K bodu 2 (§ 15 ods. 6)

Navrhované znenie odstraňuje problém zdravotnej poisťovne pri predpisovaní dlžných súm po zomretom platiteľovi poisťného, ktoré sa v súčasnosti uskutočňuje prostredníctvom súdu. Súčasne ochraňuje dediča identickým spôsobom ako je tomu v súkromnom práve, resp. vo verejnom práve v oblasti daní pokiaľ ide o rozsah prechodu záväzku. Prechod povinnosti platiť odvody bez ohľadu na výšku hodnoty dedičstva by bolo nezákonným zásahom do vlastníckeho práva dediča. Taktiež sa navrhuje, aby si po skončení dedičského konania zdravotná poisťovňa voči dedičom alebo právny nástupcom uplatnil dlžné poisťné vydaním výkazu nedoplatkov. Teda dedič sa stáva dlžníkom na poisťnom a zdravotná poisťovňa postupuje rovnako ako voči inému dlžníkovi.

K bodu 3 (§ 19 ods. 9)

Výkaz nedoplatkov by mal obsahovať aj určenie platiteľa poisťného s uvedením dátumu začatia a dátumu skončenia povinnosti platiť poisťné. Platiteľ poisťného by mal komplexnejšie informácie o vykonaní ročného zúčtovania poisťného. V praxi sa stáva, že poisťenci alebo platitelia poisťného namietajú, že im zdravotná poisťovňa nezohľadnila ich poisťný vzťah, pričom, ak by informáciu o ich platiteľoch poisťného vo výkaze nedoplatkov mali, k takýmto námietkam by neprichádzalo. Zároveň by sa tým zjednotila terajšia prax zdravotných poisťovní. Súkromné zdravotné poisťovne túto informáciu vo výkazoch nedoplatkov uvádzajú, štátna zdravotná poisťovňa ju neuvádza.

K bodu 4 (§ 19 ods. 19 a 20)

Analógia s § 17a ods. 8, podľa ktorého zdravotná poisťovňa môže z vlastného podnetu zrušiť výkaz nedoplatkov. Vyskytujú sa prípady, kedy platiteľ poisťného podá dodatočné daňové priznanie, ktoré zmení pôvodný výsledok ročného zúčtovania poisťného. Je žiaduce a logické, aby v takýchto prípadoch bolo prepočítané ročné zúčtovanie poisťného a oznámený nový výsledok, či už výkazom nedoplatkov alebo novým oznámením. Aj keď to zákon neustanovuje, zdravotné poisťovne takto postupujú.

K bodu 5 (§ 19 ods. 22)

Legislatívno-technická úprava súvisiaca s bodom 5.

K bodu 6 (§ 19 ods. 23 až 27)

Z aplikačnej praxe vyplynula potreba legislatívne upraviť postup v situácii, kedy sa už po stanovení podielu zdravotnej poisťovne na celkovej platbe za poisťencov štátu zistí (napr. internou kontrolou zdravotnej poisťovne), že predošlý výpočet podielu vychádzal z nesprávnych údajov.

Neumožňuje sa dodatočné navyšovanie počtu vykázaných osôb, za ktoré platí poisťné štát, aby nedochádzalo k situáciám, kedy by počty poisťencov štátu boli dodatočnými oznámeniami zvyšované; zároveň sa týmto motivujú zdravotné poisťovne k čo najpresnejšiemu nahlasovaniu údajov pri riadnom termíne na určenie podielu na platbe za poisťencov štátu.

V prípade zistenia pochybenia zdravotnej poisťovne (nahlásenie osôb, ktoré nespĺňajú podmienku platby za poisťenca štátu) sa ustanovuje povinnosť vykonať v danej veci dohľad a po ukončení dohľadu Ministerstvo zdravotníctva SR určí nové podiely zdravotných poisťovní na platbe štátu.

Ak by toto nové určenie podielov na platbe štátu malo za následok zmenu v nároku zdravotnej poisťovne na jej výsledok ročného prerozdelenia vo výške viac ako 1%, úrad je povinný vykonať nové ročné prerozdelenie poisťného.

Vyššie uvedený postup bude možné vykonať do 1 roka od dátumu určeného na doručenie oznámenia o výške podielu jednotlivých zdravotných poisťovní na celkovej platbe za poisťencov štátu a nebude mať vplyv na pôvodne určené sumy príspevkov (Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, operačné strediská, Národné centrum zdravotníckych informácií).

K bodu 7 (§ 21 ods. 1)

Ust. § 19 ods. 15 odkazuje na povinnosť platiteľa poisťného odvieť nedoplatok na poisťnom najneskôr do 45 dní odo dňa nadobudnutia právoplatnosti výkazu nedoplatkov podľa odseku 9. V prípade, ak platiteľ poisťného neodvedie nedoplatok na poisťnom v zákonom stanovenej lehote, zdravotná poisťovňa si nemôže uplatniť nárok na poisťné (vydaním výkazu nedoplatkov), ale má právo vymáhať poisťné. Uplatniť si nárok na poisťné voči platiteľovi poisťného je povinnosť podľa § 19.

K bodu 8 (§ 25 ods. 1 písm. b))

Overiť totožnosť poisťenca je potrebné nielen pri prihláškach na základe ktorých dochádza k vzniku poisťného vzťahu (tzv. vznikové prihlášky), ale aj pri prihláškach, na základe ktorých má dôjsť k zmene zdravotnej poisťovne (tzv. zmenové prihlášky). Súčasné znenie § 25 ods. 1 písm. b) explicitne ukladá zdravotnej poisťovni povinnosť overovať totožnosť len pri tzv. vznikových prihláškach, ale túto povinnosť už explicitne neuvádza pri tzv. zmenových prihláškach, čo je zjavný nedostatok súčasnej právnej úpravy, nakoľko overenie totožnosti je nevyhnutné pre elimináciu rizika výskytu prípadov tzv. nezákonných prepoistení.

K bodu 9 (§ 25 ods. 1 písm. k))

V súvislosti s navrhovaným znením § 15 ods. 6 je dôvodné očakávať, že sa na zdravotnú poisťovňu budú po smrti poisťencov alebo platiteľov poisťného obracať dedičia, prípadne blízke osoby zomrelých poisťencov resp. platiteľov poisťného, ktorí budú žiadať o vystavenie potvrdení o stave pohľadávok po zomrelom (nakoľko uvedené sa deje aj v súčasnosti). Je preto žiaduce do zákona explicitne zakotviť povinnosť zdravotnej poisťovne tieto potvrdenia vydávať aj blízkym osobám alebo dedičom, aby tak mala zdravotná poisťovňa pre vydávanie potvrdení aj tomuto okruhu osôb relevantný právny základ.

K bodu 10 (§ 26 ods. 1 písm. b))

Vylúčenie týchto povinností z pokutovania podľa zákona č. 580/2004 Z. z., nakoľko v § 26 ods. 6 ustanovuje, že pokutovanie zdravotných poisťovní sa riadi osobitným zákonom č. 581/2004 Z. z.

K bodu 11 (§ 28a ods. 6)

Údaje o zmene poisťného vzťahu poisťencov k 1.1. príslušného kalendárneho roka zasielajú zdravotné poisťovne úradu do 20. februára príslušného kalendárneho roka.

K bodu 12 (§ 29b ods. 22)

Určuje sa povinnosť pre Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny poskytovať na účely výkonu zdravotného poistenia údaje súvisiace s poskytovaním podpory v čase skrátenej práce v podobnom rozsahu a spôsobom, ako majú byť poskytované Sociálnej poisťovni pre účely výkonu sociálneho poistenia podľa § 233 ods. 12 písm. d) zákona 461/2003 Z. z.

K bodu 13

Navrhovaná úprava si vyžaduje vyhotovenie nových verzií elektronických formulárov a zmenu informačných systémov, z toho dôvodu sa ustanovujú prechodné ustanovenia.

Čl. IX (zákon č. 581/2004 Z. z.)

K bodu 1 (§ 6 ods. 1 písm. h))

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na zmeny súvisiace s úpravou kladného výsledku hospodárenia a programového rozpočtovania v § 15 ods. 7.

K bodom 2 a 3 (§ 6 ods. 1 písm. o) a písm. ah))

Novým zákonom sa ustanovujú povinnosti pre zdravotnú poisťovňu, ktoré treba premietnuť aj do tohto zákona na účely sankcií zo strany Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

K bodom 4 a 5 (§ 6 ods. 2, 3, 5 až 8, 11 a § 6 ods. 2 písm. a) až g))

Legislatívno-technická úprava súvisiaca s presunom úpravy čakacích zoznamov do nového zákona.

K bodu 6 (§ 6 ods. 3 a 4)

V nadväznosti na zoznam pacientov čakajúcich na plánovanú zdravotnú starostlivosť sa ustanovuje zdravotnej poisťovni povinnosť tvoriť technické rezervy za účelom úhrady zdravotnej starostlivosti.

K bodu 7 (§ 6 ods. 6)

V súvislosti s úpravou pravidiel tvorby zisku zdravotnej poisťovne v § 6a už nebude zákonom stanovená výška výdavkov na prevádzkové činnosti zdravotnej poisťovne, preto sa vypúšťa možnosť zdravotnej poisťovne financovať ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov výlučne z výdavkov na prevádzkové činnosti zdravotnej poisťovne.

K bodu 8 (§ 6a)

Cieľom novely je použitie verejných prostriedkov zdravotného poistenia predovšetkým na úhradu zdravotnej starostlivosti, teda v prospech poistencov. Nástrojom na dosiahnutie tohto cieľa je prísnejšia regulácia hospodárenia zdravotných poisťovní vrátane návratnosti vloženého súkromného kapitálu.

V období rokov 2008 až 2020 Dôvera zdravotná poisťovňa, a. s. (ďalej len „Dôvera“) dosiahla celkom zisk 679 mil. EUR, čo predstavuje 4,71 % z prijatého poistného, popri tom vynaložila v priemere na prevádzku 2,84 % a na zdravotnú starostlivosť vynaložila 92,45 %. Union zdravotná poisťovňa, a.s. (ďalej len „Union“) v období rokov 2008 až 2020 dosiahla celkom zisk 15 mil. EUR, čo predstavuje 0,34 % z prijatého poistného, na prevádzku vynaložila 5,22 % a na zdravotnú starostlivosť vynaložila 94,44 %. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s. (ďalej len „VšZP“) v období rokov 2008 až 2020 dosiahla celkom stratu 153 mil. EUR, čo predstavuje 0,41 % z prijatého poistného, popri tom vynaložila v priemere na prevádzku 2,83 % a na zdravotnú starostlivosť vynaložila 97,58 %. Pre porovnanie, holandská spol. Achmea za roky 2016 až 2020 dosiahla stratu z poskytovania verejného zdravotného poistenia 268 mil. EUR (-0,43 % výnosov verejného zdravotného poistenia). Z doplnkového poistenia (komerčné poistenie) dosiahla spol. Achmea za rovnaké obdobie zisk 375 mil. EUR (5,96 % výnosov doplnkového poistenia). Návratnosť vlastného imania spol. Achmea predstavovala v priemere z verejného zdravotného poistenia - 0,53 % (strata) a z doplnkového poistenia 0,75 % (zisk).

VšZP v období 2008-2020 dosiahla celkom zápornú priemernú ročnú návratnosť Základného imania -7,07 % a priemernú ročnú zápornú návratnosť Vlastného imania v hodnote -18,20 %.

ZP Dôvera v období 2008-2020 dosiahla celkom priemernú ročnú návratnosť Základného imania 192,59 % a priemernú ročnú návratnosť Vlastného imania 25,38 %. Návratnosť Vlastného imania je skreslená o umelo nadhodnotený poistný kmeň, ktorého účtovanie v súčasnosti preveruje Finančná správa.

ZP Union v období 2008-2020 dosiahla priemernú ročnú návratnosť Základného imania 3,22 % (priemernú ročnú návratnosť Vlastného imania 4,70%)

Návratnosť vlastného imania holandskej spoločnosti Achmea z verejného zdravotného poistenia predstavovala v priemere -0,53% (strata) a z doplnkového poistenia 0,75% (zisk).

https://www.udzs-sk.sk/wp-content/uploads/2021/07/Regulacia_ziskZP_2021jul26-final.pdf

K Odseku 1:

Novela zisk nezakazuje, iba ho reguluje, čo je vo všeobecnosti charakteristické pre systém, v ktorom do trhového mechanizmu vstupuje sociálny a solidárny rozmer až do tej miery, že je dominantný. Regulácia je tým podstatnejšia, že na Slovensku pôsobia len tri zdravotné poisťovne.

K Odseku 2 a 3:

Limit doteraz:

Zdravotná poisťovňa mohla v znení zákona platnom do 31.12.2021 v kalendárnom roku vynaložiť na prevádzkové činnosti výdavky najviac do výšky zodpovedajúcej podielu na úhrne poistného pred prerozdelením poistného za kalendárny rok (ďalej len „ročný úhrn“). Podiel na ročnom úhrne sa vypočítal

podľa vzorca, ktorý bol uvedený v prílohe č. 1 a bol stanovený percentuálne ako súčet cez minimálny limit nasledovne:

$$\text{Limit} = 2.9\% + (2.000.000/(1.000.000+PPZP))$$

Ilustratívny výpočet pre poisťovňu s počtom poistencov 1 milión znamená, že na prevádzkové náklady môže minúť maximálne 3.9% z príjmov VZP.

Limit po novom:

Novelou sa obdobne ako doteraz ukladá zdravotným poisťovniam povinnosť použiť na zdravotnú starostlivosť a súvisiace náklady podiel najmenej vo výške 95,1 % z poistného v hrubej výške za príslušný kalendárny rok zvýšený o koeficient stanovený zákonom, obráteným vzorcom sa len obmedzujú prípady zneužitia, ktoré doteraz definícia prevádzkových výdavkov nepokryla a zdôrazňuje sa zároveň maximálny limit pre prevádzkové náklady:

$$\text{Limit} = 95.1\% + (1.000.000+PPZP)/2.000.000$$

Ilustratívny výpočet pre poisťovňu s počtom poistencov 1 milión znamená, obdobne ako doteraz, že na prevádzkové náklady môže minúť maximálne 3.9% z príjmov VZP a na zdravotnú starostlivosť sa má vrátiť 96.1% z poistného v hrubej výške za príslušný kalendárny rok.

Koeficient obdobne ako doteraz zohľadňuje veľkosť zdravotnej poisťovne a súvisiace synergie pri jej správe. Ak by mala VŠZP k 1.1. kalendárneho roka 2 900 000 poistencov, koeficient predstavuje 1.95% (3 900 000/2 000 000), čo znamená, že do zdravotníctva sa vráti spolu 97.05% z vybraného poistného. Ak by mala Dôvera k 1.1. kalendárneho roka 1 600 000 poistencov, koeficient predstavuje 1.3% (2 600 000/2 000 000), čo znamená, že do zdravotníctva sa vráti spolu 96.4 % z vybraného poistného. Ak by mala Union k 1.1. kalendárneho roka 800 000 poistencov, koeficient predstavuje 0.9% (1 800 000/2 000 000), čo znamená, že do zdravotníctva sa vráti spolu 96 % z vybraného poistného.

Náklady na zdravotnú starostlivosť sú definované v nadväznosti na náklady zverejnené v účtovnej závierke vo výkaze ziskov a strát, ktorá podlieha auditu, čím sa zabezpečí väčšia transparentnosť ako doteraz.

Stručne zhrnuté, prepísaný len pôvodný vzorec pre výpočet prevádzkových výdavkov tak, aby bolo možné skutočné prevádzkové náklady previazať na auditovanú účtovnú závierku a zabezpečila sa tým nevyhnutná transparentná kontrola použitia verejných zdrojov.

K Odsekom 4 až 6:

Optimálny ukazovateľ návratnosti kapitálu **zdravotných poisťovní** v percentuálnom vyjadrení bude prehodnocovať Rada rozpočtovej zodpovednosti, pričom výsledok zverejní na svojej webovej stránke <https://www.rrz.sk/> raz ročne, najneskôr k 30.6. kalendárneho roka. Hodnota predstavuje sumu ktorú dostane akcionár za svoje investované prostriedky späť do spoločnosti, pričom by mala zohľadniť, že ide o podnikanie so silným dôrazom na verejný záujem a spoločenskú zodpovednosť.

Ukazovateľ návratnosti kapitálu vo výške 10%, ktorý je **stanovený ako podiel zisku po zdanení a vlastného imania, vychádza z databanky Finstat Ultimate.**

Podľa databanky FINSTAT Ultimate je aritmetický priemer 18 porovnateľných subjektov v bankovom sektore za obdobie posledných 10 rokov na úrovni 10% per annum. Ak by sa hodnotilo len posledných 5 rokov, ukazovateľ by bol na úrovni 9% a ak posledné 3 roky, čo je odporúčaný štandard OECD pre oblasť transferových cien, ukazovateľ by bol iba 8%. Zhrnutie je v tabuľke nižšie.

FINSTAT Ultimate	Zisk po zdanení/vlastné imanie	
	Aritmetický priemer	Medián
Rok		
2011	13%	11%
2012	10%	8%

2013	10%	7%
2014	10%	8%
2015	11%	9%
2016	12%	8%
2017	9%	7%
2018	9%	7%
2019	9%	7%
2020	6%	5%

priemer 10 rokov	10 %	8 %
priemer 5 rokov	9 %	7 %
priemer 3 roky	8 %	6 %

Ukazovateľ ziskovosti voči kapitálu v navrhovanej výške 10% je na hornej hranici z pohľadu odporúčaní ECB ako aj toho, čo v súčasnosti očakávajú súkromní investori. Pre porovnanie údaje za rok 2020:

- ACHMEA: 0.7%
- Penta Investments 5.5%

<https://www.pentainvestments.com/en/fileGet.aspx?f=yqzzisppi&m=2>

V nadväznosti na návrhy pripomienkujúcich subjektov ohľadne zrušenia fondu solidarity sa zdravotným poisťovníam umožní z rozdielu, ktorý presahuje sumu regulovaného optimálneho hospodárskeho výsledku, vytvoriť fond kvality zdravia. Ten je určený v prospech poistencov a to na úhradu tzv. výnimkových liekov alebo na realizáciu skriningov zameraných na včasné zachytenie onkologických chorôb v prospech poistencov.

Príklad s výpočtom:

Vlastné imanie (Účtovná závierka, Pasíva, riadok 56):	110 000 000 EUR
Suma optimálneho hospodárskeho výsledku (110 000 000 * 10%)	11 000 000 EUR
Výsledok hospodárenia za účtovné obdobie (Výkaz ziskov a strát, riadok 45):	25 000 000 EUR
Rozdelenie hospodárskeho výsledku:	
- Prídelenie do rezervného fondu (10% podľa obchodného zákonníka):	2 500 000 EUR
- Prídelenie do samostatného fondu, suma presahujúca vyrátaný optimálny hospodársky výsledok (25 000 000 – 2 500 000 – 11 000 000):	11 500 000 EUR
- Preúčtovanie optimálneho hospodárskeho výsledku na Výsledok hospodárenia minulých rokov:	11 000 000 EUR

Zabezpečenie bezplatnej zdravotnej starostlivosti na základe verejného zdravotného poistenia je pozitívny záväzok ústavodarcu, ktorý je zakotvený v čl. 40 Ústavy SR. Zákonodarcu v roku 2007, resp. 2008 prijal legislatívu, ktorá zakazovala vytváranie zisku zdravotným poisťovníam. Reakciou bolo podanie na ústavný súd skupinou poslancov, ktorý nálezom vo veci sp. zn. PL. ÚS 3/09 rozhodol o protiústavnosti časti napadnutého právneho predpisu.

Pôvodná legislatíva (ďalej ako „zákaz zisku“) bola zakotvená v § 15 ods. 6 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovníach. V princípe prikazovala zdravotným poisťovníam v prípade dosiahnutia kladného hospodárskeho výsledku tento použiť len na úhradu nákladov súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

Ústavný súd v náleze PL. ÚS 3/09 pomerne dopodrobna analyzoval, v čom vidí protiústavnosť prijatej novely. Podrobil ju testu proporcionality v ktorom neprešla 2. krokom (kritérium nevyhnutnosti). Test

proporcionalita aplikovaný ústavným súdom má 3 kroky (subtesty). V prvom subteste sa analyzuje kritérium vhodnosti. Ide o posúdenie, či právna norma sleduje legitímny cieľ a či je reálne spôsobilá tento cieľ aj naplniť. Druhým subtestom je kritérium nevyhnutnosti, v ktorom sa posudzuje, či príslušné legislatívne opatrenie spôsobujúce obmedzenie práv bolo v okolnostiach posudzovanej veci naozaj nevyhnutné, teda či na dosiahnutie legitímneho cieľa nebol k dispozícii aj menej obmedzujúci, resp. menej invazívny či šetrnejší právny prostriedok. Posledným, tretím subtestom je test proporcionality v užšom zmysle. V rámci neho sa predovšetkým zisťuje, či posudzovaná právna norma je primeraná vo vzťahu k zamýšľanému cieľu, t. j. či príslušné legislatívne opatrenie obmedzujúce základné práva alebo slobody nemôže svojimi negatívnymi dôsledkami prevyšovať pozitíva stelesnené v presadení verejného záujmu sledovaného týmto opatrením.

Ústavný súd v náleze PL. ÚS 3/09 zdôraznil najmä existenciu a potrebu použitia menej invazívnych zásahov s uvedením konkrétnych možností, ktoré mal zákonodarca k dispozícii a ktoré v danom prípade nevyužil (*napr. povinnosť zdravotných poisťovní vytvoriť technické rezervy, povinnosť zabezpečiť platobnú schopnosť zdravotnej poisťovni po celý čas výkonu zdravotného poistenia, inštitút ozdravného plánu, percentuálne obmedzenie výdavkov na prevádzkové činnosti...*). Ústavný súd vo vzťahu k zákazu zisku explicitne uviedol, že štátu sa nesporne ponúkajú aj iné možnosti využitia existujúceho status quo súkromného poistenia vo verejnom rámci napríklad zmenou už existujúceho regulačného rámca alebo úpravou systému prerozdelenia. Zároveň ide podľa názoru ústavného súdu o právne prostriedky, ktoré nenarúšajú zásadnejším spôsobom legitímne očakávanie zdravotných poisťovní. Napriek výroku o protiústavnosti zákazu zisku teda Ústavný súd zároveň jednoznačne skonštatoval, že zmena regulačného rámca je nielen legitímnym cieľom v zmysle prvého subtestu pri teste proporcionality, ale dal najavo, že prejde aj subtestom nevyhnutnosti v prípade, že i) budú všetky iné možnosti na zlepšenie situácie v systéme zdravotníctva vyčerpané ii) zásah nebude príliš invazívny a iii) bude existovať korelácia medzi napĺňaním pozitívneho záväzku zakotveného v článku 40 ústavy a jednotlivými legislatívnymi opatreniami t. j. legislatíva bude smerovať k poskytovaniu lepšej zdravotnej starostlivosti.

V kontexte súčasného vývoja a navrhovanej právnej úpravy je potrebné konštatovať, že menej invazívne možnosti regulácie, na ktoré poukázal aj ústavný súd, už zákonodarca vyčerpal, preto pristupuje k novej úprave vzťahov v rámci systému zdravotného poistenia.

Navrhovaná právna úprava vychádza z nálezu PL. ÚS 3/09, ktorého intencie v plnej miere rešpektuje, keďže explicitne zakotvuje možnosť zdravotných poisťovní tvoriť „kladný hospodársky výsledok“ – zisk. Z tejto dikcie je zrejmé, že z pohľadu ústavného práva ide o diametrálne odlišnú právnu úpravu v porovnaní s tou, ktorá neprešla testom ústavnosti v náleze PL. ÚS 3/09. Regulovanie zisku je z pohľadu ústavného práva možné, o to zvlášť v segmente ako je zdravotníctvo, kde štát v zmysle nielen slovenskej, ale aj európskej judikatúry zabezpečuje podmienky pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Navrhovaná legislatíva je teda plne v súlade s rozhodnutím PL. ÚS 23/06 v ktorom ústavný súd stanovil: „*Právna norma totiž v podmienkach materiálneho právneho štátu nemôže obmedzovať základné právo alebo slobodu viac, než je nevyhnutné na dosiahnutie cieľa ňou sledovaného, resp. právna norma by mala dosahovať sledovaný cieľ najmenej drastickým spôsobom.*“

V rozhodnutí PL. ÚS 3/09 ústavný súd zdôraznil, že na to, aby legislatívne opatrenie prešlo aj tretím subtestom v teste proporcionality, je nevyhnutné, aby zákonodarca sledoval legitímny cieľ – v tomto prípade zlepšenie poskytovania zdravotnej starostlivosti pre poisťencov. Vo vzťahu k zákazu zisku pritom ústavný súd konštatoval, že „*pozitívny dopad napadnutej právnej úpravy na spoločenské vzťahy je v okolnostiach posudzovanej veci minimálne otázky*“. Navrhovaná legislatíva však nemá za cieľ zakázať zdravotným poisťovňam tvoriť zisk, ale zastropovať maximálny možný zisk zdravotných poisťovní, a to výlučne v prospech vytvorenia fondu, ktorého prostriedky budú použité iba v prospech pacientov, teda na reálne zlepšenie kvality zdravotnej starostlivosti. Vzhľadom na to, že podnikanie v sektore zdravotníctva je charakteristické silným regulačným rámcom (čo potvrdzuje aj európska judikatúra uvedená nižšie), ide o

legitímne opatrenie zamerané na reálne a konkrétne špecifikované zlepšenie poskytovania zdravotnej starostlivosti.¹

Judikatúra Súdneho dvora Európskej únie (ďalej aj „SD EÚ“) taktiež podporuje vyššie uvedený záver o legitímnosti a najmä ústavnosti opatrení zameraných na posilnenie sociálneho charakteru na úkor trhových princípov (vo význame maximalizácie zisku). V tomto kontexte Súdny dvor EÚ spresnil, že skutočnosť, že „členský štát nezveruje správu systému sociálneho zabezpečenia jedinému poskytovateľovi poistenia, ale rôznym poskytovateľom, nemôže spochybniť zásadu solidarity, na ktorej je založený tento systém, a to tým skôr, že v rámci uvedeného systému si dotknutí poskytovatelia medzi sebou prerozdeľujú náklady a riziká“.

Pre účely prijatia novej legislatívy je nutné podotknúť, že z pohľadu SD EÚ „zavedenie konkurenčného prvku do systému s charakteristikami uvedenými v bode 32 tohto rozsudku s ohľadom na to, že jeho cieľom je motivovať hospodárske subjekty k výkonu ich činnosti v súlade so zásadami dobrej správy, teda čo najefektívnejšie a s čo najnižšími nákladmi, v záujme riadneho fungovania systému sociálneho zabezpečenia, nemení povahu tohto systému“.² Súdny dvor explicitne stanovil, že možnosť regulovania zisku v záujme lepšej zdravotnej starostlivosti je k dispozícii: „Navyše, ako vyplýva z bodu 64 napadnutého rozsudku, **hoci prípadné zisky, ktoré títo poskytovatelia dosiahnu, môžu byť použité a rozdelené, musí to byť v súlade s požiadavkami na zabezpečenie udržateľnosti systému a dosahovanie sociálnych a solidárnych cieľov, na ktorých je systém založený. Zdá sa teda, že možnosť usilovať sa o zisk a dosahovať ho je značne obmedzená zákonom a na rozdiel od úvah Všeobecného súdu rozvinutých v bodoch 63 a 64 napadnutého rozsudku ju nemožno považovať za okolnosť, ktorá by mohla vyvrátiť sociálny a solidárny charakter vyplývajúci zo samotnej povahy dotknutých činností.**“³ Z

Záver o ústavnosti navrhovanej právnej úpravy sa opiera taktiež o bod 62 rozsudku SD EÚ vo veci Dôvera, v ktorom uviedol, že „možnosť poskytovateľov poistenia usilovať sa o zisk, používať ho a rozdeľovať ho je značne obmedzená zákonom, účelom týchto zákonných povinností je zabezpečiť životaschopnosť a kontinuitu povinného zdravotného poistenia“. Z tejto citácie je zrejmé, že aj regulovanie zisku prostredníctvom určenia tzv. horného limitu je v systéme poskytovania zdravotnej starostlivosti primerané a prípustné opatrenie.

V tomto kontexte je ešte potrebné zdôrazniť, že z hľadiska ústavnoprávneho, ale aj medzinárodnoprávneho, existuje širšia miera úvahy („margin of appreciation“) pre zákonodarcu pri regulovaní zisku v sektore zdravotníctva. Samotné zastropovanie zisku je diametrálne odlišné od zákazu zisku, keďže investor nie je ukrátený o svoju investíciu a nie je vystavený situácii, že by boli jeho potenciálne úžitky „uzamknuté“, resp. by sa k nim nevedel dostať. Z tohto titulu je potrebné dôsledne odlišovať navrhovanú úpravu od predchádzajúcej úpravy zákazu zisku.

V prípade, že by sme prijali prezumpciu, že zákonodarca nemôže prijímať žiadnu reguláciu, ktorá sa dotkne distribúcie prostriedkov vybraných z verejného zdravotného postenia, išli by sme do príkreho rozporu s ústavou a právom zákonodarcu na tvorbu legislatívy a aj do rozporu s medzinárodným investičným právom, ktoré explicitne zakotvuje tzv. „right to regulate“. V prípade predkladanej legislatívy ide o súbor opatrení, ktoré sú prijímané odporučne a sledujú legitímny cieľ v podobe zlepšenia poskytovania zdravotnej starostlivosti a zlepšenia zdravia obyvateľstva. Kým zákaz zisku bol vyhodnotený ako nekompatibilný s ústavou, regulácia zisku je ústavne konformná, a to práve v kontexte nálezu PL. ÚS 3/09. Plénum ústavného súdu v odôvodnení stanovilo, že prvý krok v teste proporcionality (účelnosť) bol splnený aj v prípade zákazu zisku, z čoho je zrejmé že zastropovanie zisku s cieľom vytvorenia fondu kvality zdravia je bezpochyby v súlade s prvým subtestom v teste proporcionality.

¹ Legislatíva spĺňa podmienku primeranosti v súvislosti so sledovaným cieľom a nejde nad rámec toho, čo je na dosiahnutie týchto cieľov nevyhnutné. Pozri aj Joined Cases C-105/12 to C-107/12 Staat der Nederlanden v Essent et al. 2013, bod. 66.

² Pozri v tomto zmysle rozsudok zo 16. marca 2004, AOK Bundesverband a i., C 264/01, C 306/01, C 354/01 a C 355/01, EU:C:2004:150, bod 56.

³ C- 262/18 P a C- 271/18 P, Dôvera v. Komisia, bod. 40.

Ústavný súd v predmetnom náleze judikoval, že zákaz zisku neprešiel subtestom nevyhnutnosti, keďže „*existovali miernejšie a prijateľnejšie zásahy do práv nadobudnutých zdravotnými poisťovňami legálne v zmysle pôvodného znenia zákona o zdravotných poisťovniach*“. Navrhovaná úprava reflektuje na tieto výčitky a na rozdiel od zákazu zisku, ktorý bol vyhodnotený ako neakceptovateľný zásah do práv, volí cestu miernejšej regulácie, ktorá je v súlade so subtestom nevyhnutnosti. Zdravotné poisťovne, na rozdiel od zákazu zisku, budú mať možnosť vyplácať zisk. Ako uviedol aj arbitrážny súd v prípade Eureko: „*Aj keď niektoré opatrenia, ktoré zasahujú do toho, aby investor využíval svoje vlastnícke právo k investícii, môžu byť také závažné, že z právneho hľadiska predstavujú takéto pozbavenie, nie všetky opatrenia zasahujúce [do práva] sú schopné to dosiahnuť.*“⁴

Navrhovaná legislatívna úprava taktiež spĺňa kritérium proporcionality v užšom zmysle t. j. tretieho kroku testu, v ktorom sa posudzuje, či príslušná právna norma je primeraná vo vzťahu k zamýšľanému cieľu, t. j. či príslušné legislatívne opatrenie obmedzujúce základné práva alebo slobody nemôže svojimi negatívnymi dôsledkami prevyšovať pozitíva stelesnené v presadení verejného záujmu sledovaného týmto opatrením. V prípade, že zdravotná poisťovňa vytvorí vyšší zisk, ako si bude môcť vyplatiť, sa rozdielová suma presunie do fondu kvality zdravia.

V tomto kontexte je zrejmé, že regulovanie zisku nie je „samoúčelné“, ale motiváciou je zlepšenie poskytovania zdravotnej starostlivosti pre poistencov v súlade s čl. 40 ústavy. Na Slovensku sme opakovane svedkami prípadov, keď sú pacienti trpiaci zriedkavými chorobami, resp. ťažkými onkologickými diagnózami, odkázaní na verejné zbierky, ktoré majú zabezpečiť či už uhradenie liekov alebo poskytnutie liečby. Zákonodarcia teraz vytvára fond kvality zdravia. Cieľom tohto opatrenia je vytvorenie špecifického fondu, ktorý bude pokrývať takéto prípady a zmiernovať súčasnú situáciu, keď sa pacienti dlhodobo nevedia dostať k finančným prostriedkom potrebným na liečbu. Tento prvok taktiež zdôrazňuje sociálny a solidárny charakter systému tak, ako je zakotvený nielen v slovenskej legislatíve, ale ako ho potvrdil aj v už vyššie citovanom rozhodnutí SD EÚ. Kým pri zákaze zisku mal ústavný súd pochybnosti, či zákaz zisku ako taký sám osebe smeruje k lepšej zdravotnej starostlivosti⁵, pri navrhovanej právnej úprave je nespochybniteľné, že sledovaným cieľom je poskytnutie lepšej zdravotnej starostlivosti pre poistencov a zastropovanie zisku je iba nástrojom na dosiahnutie tohto cieľa.

V súvislosti s odsekom 6 je potrebné uviesť, že ide o štandardný legislatívny proces, keď podzákonná norma ustanoví podrobnú aplikáciu a kritériá v rozsahu určenom zákonom. V tejto súvislosti je možné citovať rozhodnutie ústavného súdu sp. zn. PL. ÚS 10/2013, kde stanovil podmienky pre takéto nastavenie: „*ústavný súd konštatoval, že nie je nevyhnutné detailné opísanie jednotlivých práv a povinností, ktoré má upraviť podzákonný právny predpis. Ak si porovnáme to, čo konštatoval Ústavný súd SR s jednotlivými citovanými ustanoveniami zákona o regulácii, tak môžeme konštatovať, že predmetné ustanovenia sú plne v súlade s právnym názorom Ústavného súdu SR.*“

Ústava v čl. 13 špecifikuje možnosti podmienok ukladania povinností,^[10] konkrétne zákonom alebo na základe zákona a v jeho medziach. V materiálnom právnom štáte je evidentný účel ochrany poskytovanej ustanovením tohto článku, za ktorý možno považovať ochranu jednotlivcov pri určovaní povinností obmedzujúcich základné práva a slobody pred verejnou mocou, resp. pred extenzívnym uplatňovaním právomoci orgánov verejnej moci. K článku 13 ods. 1 ústavy vo všeobecnosti ústavný súd už uviedol, že „*toto ustanovenie neobsahuje konkrétnu garanciu základného práva a slobody, ale obsahuje len pravidlo, že povinnosti možno ukladať zákonom alebo na základe zákona, v jeho medziach a pri zachovaní základných práv a slobôd. Uvedené ustanovenie je akýmsi základným či všeobecným ustanovením limitujúcim zásahy štátu vo vzťahu k nositeľom základných práv a slobôd.*“ (III. ÚS 13/2013).

⁴ While some measures that interfere with the enjoyment by an investor of its rights of ownership of an investment may be so severe as to amount in law to such a deprivation, not all measures of interference are capable of doing so. Achmea B.V. v. Slovak Republic, Final Award 7 December 2012, PCA Case No. 2008-13, bod 288. Pozri aj Duke Energy Electroquil Partners & Electroquil S.A. v. Republic of Ecuador, ICSID Case No. ARB/04/19, Award, 18 August 2008.

⁵ „...legitímnu úvahu o tom, či vôbec možno prostredníctvom nej naplniť sledovaný cieľ – zvýšiť kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti poistencom, t. j. pozitívny dopad napadnutej právnej úpravy na spoločenské vzťahy je v okolnostiach posudzovanej veci minimálne otázný.“

K bodu 9 (poznámka pod čiarou k odkazu 19)

Zmena textu v poznámke pod čiarou vyplýva zo zmeny zloženia verejnej siete poskytovateľov, ktorá bude v nadväznosti na kategorizáciu ústavnej starostlivosti tvorená aj verejnou minimálnou sieťou nemocníc.

K bodu 10 (§ 7 ods. 1)

V súvislosti so zmenami, ktoré vyplývajú z konceptu kategorizácie ústavnej zdravotnej starostlivosti, sa upravuje, že ďalšie podmienky pri uzatváraní zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s prevádzkovateľom nemocnice zaradenej do siete kategorizovaných nemocníc ustanoví osobitný zákon. Týmto zákonom je zákon podľa Čl. I.

K bodu 11 (§ 7 ods. 7)

Ministerstvo zdravotníctva môže ustanoviť kategorizáciou ústavnej starostlivosti indikátory kvality pre ústavnú starostlivosť poskytovanú v nemocnici. Nakoľko indikátory kvality sú zaužívaným legislatívnym pojmom v tomto ustanovení, navrhuje sa legislatívno-technická úprava v nadväznosti na zavedenie pojmu indikátory pre ústavnú starostlivosť v návrhu zákona o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti (Čl. I).

K bodu 12 (§ 7 ods. 9 písm. b))

Zdravotná poisťovňa bude uhrádzať ústavnú starostlivosť v rozsahu povinných a doplnkových programov každej nemocnici zaradenej do siete kategorizovaných nemocníc. V nadväznosti na túto povinnosť sa rozširuje rozsah zdravotnej starostlivosti uvádzaný v zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

K bodu 13 (§ 7 ods. 9 písm. e)

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na spôsob úhrady v prípade ak nemocnica zaradená do siete kategorizovaných nemocníc neplní podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosti.

K bodu 14 (§ 7 ods. 21)

Upravuje sa povinnosť zdravotnej poisťovne upozorniť poistenca na skončenie zmluvného vzťahu zdravotnej poisťovne s poskytovateľom, s ktorým má poistenec uzavretú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a zároveň ho upovedomiť o poskytovateľoch v jeho okolí. Cieľom úpravy je adresovať situáciu, keď zánikom poskytovateľa bez právneho nástupcu končia pacienti a ich zdravotná dokumentácia u samosprávnych krajoch bez ošetrojúceho lekára. Keďže týmto stavom dochádza aj k tomu, že zdravotné poisťovne za takého pacienta neplatia kapitačnú platbu, chýbajúca motivácia sa nahrádza zákonnou povinnosťou konať a upozorniť pacienta na danú skutočnosť a uľahčiť mu nájdenie nového lekára.

K bodu 15 (§ 9 ods. 6 písm. c)

Legislatívno-technická úprava súvisiaca s presunom úpravy čakacích zoznamov do nového zákona.

K bodu 16 (§ 10 ods. 3)

Audítorovi zdravotnej poisťovne sa ukladá povinnosť informovať úrad pre dohľad o priebehu auditu a zisteniach z auditu aj vzhľadom na to, že aj zisk zdravotných poisťovní podľa pravidiel ustanovených v § 6a bude vychádzať z auditovaných výkazov. Audítor zdravotnej poisťovne bude povinný informovať úrad pre dohľad o skutočnostiach, o ktorých informuje manažment zdravotnej poisťovne v prípade zistených nedostatkov.

K bodu 17 (§ 15 ods. 1 písm. t))

V súvislosti s úpravou pravidiel tvorby zisku zdravotnej poisťovne v § 6a už nebude zákonom stanovená výška výdavkov na prevádzkové činnosti zdravotnej poisťovne, preto sa povinnosť zdravotnej poisťovne dodržiavať ustanovenú výšku výdavkov na prevádzkové činnosti nahrádza povinnosťou použiť predpísané poistné na náklady na zdravotnú starostlivosť najmenej v rozsahu podľa § 6a ods. 2.

K bodu 18 (§ 15 ods. 1 písm. aj) a ak))

V prípade, ak úrad pri výkone svojej činnosti žiada zdravotnú poisťovňu o poskytnutie doplňujúcich informácií k povinne oznamovaným údajom, prípadne poskytnutie informácií potrebných k riešeniu podania,

u ktorého nie je dôvod na začatie dohľadu, v niektorých prípadoch dochádza k tomu, že zdravotné poisťovne tieto údaje odmietnu poskytnúť, ak nie je vo veci vykonávaný dohľad. Z uvedeného dôvodu sa ukladá zdravotným poisťovniam povinnosť na žiadosť úradu poskytnúť informácie, ktoré súvisia s činnosťou zdravotnej poisťovne aj mimo vykonávania dohľadu. V súčasnosti neexistujú údaje a lepšia metodika pre určenie tzv. obvyklého pobytu, než prechodný a trvalý pobyt. Aj keď sa vo verejnom sektore pracuje na metodikách, ako tento obvyklý pobyt určiť, treba upozorniť, že v rámci vyhodnotenia siete je tiež potrebné sledovať spotrebu zdravotnej starostlivosti s ohľadom na pobyt pacienta (pri určovaní potreby zdravotnej starostlivosti v regióne), preto nie je dostačujúca len neprepojená informácia o počte obyvateľov s obvyklým pobytom v určitej obci, ale táto informácia by musela byť priradená priamo ku konkrétnej spotrebe starostlivosti. To by bolo možné dosiahnuť len ak sa informácia o obvyklom pobyte bude evidovať v zdravotných poisťovniach alebo by MZ SR muselo pracovať s neanonymizovanými údajmi. Vzhľadom na mnohé metodologické problémy a nezodpovedané otázky, ako aj potrebu jednoznačného určenia pobytu z dôvodu predchádzaniu nejednoznačnému výkladu, predkladateľ nateraz zotrúva v definícii ako je uvedená v návrhu. V prípade, ak sa podarí zjednotiť sa na metodike určenia obvyklého pobytu a vyriešiť všetky technologické problémy, definíciu v zákone bude možné upraviť jeho novelizáciou.

K bodu 19 (§ 15 ods. 1 z))

Pre účely určenia zdravotných obvodov sa rozširuje oznamovacia povinnosť.

K bodu 20 (§ 15 ods. 5)

V súvislosti s úpravou pravidiel tvorby zisku zdravotnej poisťovne v § 6a stráca ustanovenie o tvorbe rezervného fondu opodstatnenie, preto je potrebné ho vypustiť. Tvorba rezervného fondu zdravotnej poisťovne sa bude riadiť podľa Obchodného zákonníka.

K bodu 21 (§ 15 ods. 7)

Vzhľadom k vyhodnocovaniu použitia prostriedkov zdravotnej poisťovne na báze sledovania nákladov a výnosov a určenia minimálnej sumy, ktorá musí byť povinne použitá na nákup zdravotnej starostlivosti podľa predošlého textu, sa pri sledovaní rozpočtovania budúcich výdavkov upúšťa od povinnej tvorby fondu solidarity. Upravuje sa splnomocňovacie ustanovenie na vydanie všeobecne záväzného právneho predpisu, ktorým sa ustanoví spôsob rozpočtovania výdavkov, štruktúru výdavkov zdravotných poisťovní podľa typov zdravotnej starostlivosti a percento určené pre jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti z celkovej sumy výdavkov určenej na zdravotnú starostlivosť.

K bodu 22 (§ 16 ods. 1 písm. g)

Legislatívno-technická úprava súvisiaca s presunom úpravy čakacích zoznamov do nového zákona.

K bodu 23 (§ 16 ods. 5 písm. h))

Legislatívno-technická úprava súvisiaca s presunom úpravy čakacích zoznamov do nového zákona.

K bodu 24 (§ 18 ods. 1 písm. q bod 1b))

Umožňuje sa úhrada za prehliadku mŕtveho tela aj priamo lekárovi, ktorý pracuje v ambulancii poskytovateľa všeobecnej alebo špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti a ktorý na základe rozpisu úradu vykonal prehliadku mŕtveho tela.

K bodu 25 (§ 18 ods. 1 písm. v))

Ustanovuje sa povinnosť Úradu pre dohľad vyhodnocovať sieť všeobecnej ambulantnej starostlivosti.

K bodu 26 (§ 20 ods. 1 písm. r))

Za účelom plnenia zákonných úloh sa udeľuje prístup k údajom z registra.

K bodu 27 (§ 22 ods. 2)

Navrhovanou úpravou sa posilňuje stabilita a nezávislosť postavenia predsedu úradu, ako nezávislého orgánu vykonávajúceho dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti a nad verejným zdravotným poistením vrátane zdravotných poisťovní, obdobne ako je vykonávaný dohľad Národnou bankou Slovenska nad

finančným trhom. Navrhovaná úprava je súčasťou opatrení smerujúcich k naplneniu cieľa deklarovaného v Programovom vyhlásení vlády Slovenskej republiky na roky 2021-2024 v oblasti starostlivosti o zdravie obyvateľstva, ktorým je posilnenie pozície štátu v oblasti zdravotného poistenia a zvýšenie kvality zdravotníctva. Štát prinavrátí do centra svojej pozornosti ako svoj primárny záujem zdravie občanov, ktorý nebude ustupovať silným záujmom a finančným skupinám v pozadí.

K bodu 28 (§ 22 ods. 8)

Ide o legislatívno-technickú úpravu vzhľadom na úpravu znenia § 22 ods. 2.

K bodu 29 (§ 22 ods. 9 písm. a))

Ide o legislatívno-technickú úpravu vzhľadom na úpravu znenia § 22 ods. 2.

K bodu 30 (§ 22 ods. 10)

Dostatočná funkčná a personálna nezávislosť a stabilita postavenia predsedu úradu vytvorí základné predpoklady pre efektívny výkon kompetencie dohľadu, s cieľom zlepšiť efektívnosť vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia. Uvedeným bude garantovaná adekvátne miera stability a nezávislosti výkonu funkcie predsedu úradu a tým stabilita a nezávislosť úradu ako takého. Závažné pochybenie predsedu úradu ako odvolací dôvod sa posudzuje v zmysle medzinárodných etických štandardov, obdobne ako v prípade odvolania guvernéra (napr. Rozsudky ESD C-202/18 a C-238/18).

K bodu 31 (§ 47b ods. 1 a 2)

Na základe návrhu Úradu sa rozširuje okruh osôb, ktoré môžu vykonávať prehliadky mŕtvych tiel. Keďže každý lekár ukončuje štúdium v študijnom odbore všeobecné lekárstvo, nedochádza k vylúčeniu žiadnych lekárov z výkonu prehliadok mŕtvych. V súčasnosti je výkon prehliadky mŕtveho tela súčasťou výkonu zdravotníckeho povolania vykonávaného zdravotníckym pracovníkom a na prehliadajúcich lekárov sa vzťahujú povinnosti zdravotníckeho pracovníka, v dôsledku čoho sa obmedzuje počet osôb, ktoré majú na základe dobrovoľnosti záujem byť zaradení do rozpisu vykonávania prehliadok mŕtvych tiel (napr. lekári na dôchodku, lekári pracujúci na fakultách a pod.). Keďže pre odborné zabezpečenie vykonávania prehliadok mŕtvych tiel nie je potrebné, aby mal prehliadajúci lekár právne postavenie zdravotníckeho pracovníka vykonávajúceho zdravotnícke povolanie, vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel sa zaraďuje pod rovnaký právny režim ako vykonávanie pitiev. Pitvy sú vykonávané lekármi, ktorých definícia je uvedená v § 48 ods. 9 zákona č. 581/2004 Z. z., pričom pitvy nie sú vykonávané v rámci zdravotníckeho povolania podľa § 3 zákona č. 578/2004 Z. z. a lekári vykonávajúci pitvy nemajú status zdravotníckeho pracovníka a nevzťahujú sa na nich povinnosti zdravotníckych pracovníkov ustanovené v zákone č. 578/2004 Z. z. Za účelom zabezpečenia kvalifikovaného výkonu prehliadok mŕtvych tiel nie je nutné prehliadajúcich lekárov zat'azovať povinnosťami zdravotníckeho pracovníka a nie je daný dôvod, aby prehliadka mŕtveho tela bola vykonávaná zdravotníckymi pracovníkmi v rámci výkonu zdravotníckeho povolania. Zároveň prehliadka mŕtveho tela na základe rozpisu úradu nie je vykonávaná v žiadnom z právnych vzťahov uvedených v § 3 ods. 4 zákona č. 578/2004 Z. z.

K bodu 32 (§ 47f ods. 1 písm. d))

Ide o legislatívno-technickú úpravu, ktorá súvisí s úpravou § 47b ods. 1 a 2.

K bodu 33 (§ 48 ods. 14)

Odobraté vzorky z pitvy je potrebné okrem diagnostiky poskytovať aj na vedecko-výskumné účely. Odobraté vzorky z pitvy je potrebné okrem diagnostiky poskytovať aj na výskumno-vývojové účely. Jedná sa o činnosti v rámci grantových alebo výskumných projektov vzdelávacích inštitúcií (lekárske fakulty, univerzity a pod.), ktoré pre svoje vedecké účely potrebujú mať prístup k vzorkám z pitiev. O poskytnutie vzorky žiada na základe pridelennej grantovej úlohy alebo inej úlohy spravidla vedúci projektu alebo štatutárny orgán vzdelávacej inštitúcie, následne úrad pre dohľad rozhodne o schválení alebo zamietnutí žiadosti po jej posúdení. Napríklad v rámci grantových úloh výskumu vplyvu koronavírusu na pľúčne tkanivo sa úrad nemohol zapojiť do týchto výskumných činností z dôvodu, že právna úprava v súčasnosti neumožňuje úradu poskytovať vzorky z pitiev na tieto účely.

K bodu 34 (§ 50 ods. 1 písm. l))

Pri zistení nedodržovania pravidiel tvorby zisku zdravotných poisťovní podľa § 6a môže úrad pre dohľad uložiť zdravotnej poisťovni povinnosť použiť predpísané poistné a kladný hospodársky výsledok na náklady na zdravotnú starostlivosť za podmienok ustanovených v § 6a.

K bodu 35 (§ 64 ods. 1 písm. b))

Doterajšia prax ukázala, že porušenie niektorých povinností ustanovených zákonom č. 580/2004 Z. z. zdravotnou poisťovňou z hľadiska jeho dopadu na systém verejného zdravotného poistenia môže byť významne závažný a preto v týchto prípadoch je maximálna výška pokuty 3 319 eur neprimerane nízka a v danom prípade nesplní svoj účel. Jedná sa napr. o porušenie povinností ustanovených v § 27 a 27a, ktoré upravujú povinnosti v súvislosti s mesačným a ročným prerozdeľovaním poistného, kedy ich prípadné porušenie má dopad nielen na jednotlivé zdravotné poisťovne, ale na celý systém verejného zdravotného poistenia aj na činnosť Ministerstva zdravotníctva SR v oblasti zúčtovania poistného so štátom. Zároveň znenie súčasného písmena b) nie je jednoznačné, keďže poznámka 37) aj poznámka 81a) odkazujú na zákon č. 580/2004 Z. z.

Ak by bola horná hranica posunutá, tak by bola priemerná pokuta v najvyššej hranici výrazne vyššia, odhadovane 15 000 eur, čo by predstavovalo nárast príjmu štátneho rozpočtu 116 810 eur.

Tento rok jedna poisťovňa nesprávne vykázala údaje k ročnému prerozdeleniu podľa zákona č. 580/2004, čo malo dopad aj na zúčtovanie poistného zo štátom a významný dopad na prerozdelenie poistného medzi ostatné poisťovne. Jedná sa o závažné porušenie zákona a sankcia 3 319 je neprimeraná, nepokrýva ani administratívne náklady štátu spojené s predmetnou vecou.

Zdravotné poisťovne narábajú z predpísaným poistným vo výške 5,2 miliardy eur, vzhľadom na túto sumu je sankcia 3 319 eur neprimerane nízka.

Uložené pokuty podľa zákona č. 580/2004 Z. z.		Výška pokuty v eurách							
ROK	Počet pokút	150	331	500	660	1000	2000	3319	
2017	12			4	1			7	
2018	3			1				2	
2019	1						1		
2020	4	1	1			1		1	
2021	1			1					
Spolu	21	1	1	6	1	1	1	10	

K bodu 36 (§ 76 ods. 3 písm. l))

Za porušenie povinnosti zachovávať mlčanlivosť osôb uvedených v odseku 1 sa nepovažuje, ak zdravotná poisťovňa informáciu poskytne na vyžiadanie orgánu, ktorý je príslušný na vydanie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia podľa osobitného zákona za účelom kontroly informáciu o výškach úväzkov zdravotníckych pracovníkov, ktoré eviduje u poskytovateľa, pre ktorého je daný orgán príslušný.

K bodu 37 (§ 76 ods. 4)

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na doplnenie písmena l) v odseku 3.

K bodu 38 (§ 76 ods. 5 písm. a))

Za porušenie povinnosti zachovávať mlčanlivosť osôb uvedených v odseku 1 sa nepovažuje, ak zdravotná poisťovňa informáciu poskytne na vyžiadanie orgánu, ktorý je príslušný na vydanie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia podľa osobitného zákona za účelom kontroly informáciu

o výškach úväzkov zdravotníckych pracovníkov, ktoré eviduje u poskytovateľa, pre ktorého je daný orgán príslušný.

Taktiež sa ustanovuje výnimka z povinnosti zachovávať mlčanlivosť pri činnostiach ministerstva zdravotníctva vyplývajúcich z návrhu zákona o kategorizovaní ústavnej starostlivosti.

K bodu 39 (76 ods. 5 písm. b))

Za porušenie mlčanlivosti sa nepovažuje výmena údajov medzi úradom pre dohľad, zdravotnými poisťovňami a ministerstvom zdravotníctva a vyšším územným celkom.

K bodu 40 (Príloha č. 1)

Vypúšťa sa príloha č. 1 z dôvodu nadbytočnosti.

Ide o legislatívno-technickú úpravu. V súvislosti s úpravou pravidiel tvorby zisku zdravotnej poisťovne v § 6a už nebude zákonom stanovená výška výdavkov na prevádzkové činnosti zdravotnej poisťovne, preto sa vypúšťa vzorec pre výpočet podielu na ročnom úhrne uvedený v Prílohe č. 1.

K bodu 41 (§ 86zj)

Navrhuje sa prechodné ustanovenie v súvislosti navrhovaným vymenovaním predsedu Úradu prezidentom, podľa ktorého sa za takého považuje podľa tohto zákona terajšia predsedníčka Úradu.

Čl. X (zákon č. 153/2013 Z. z.)

K § 12

V nadväznosti na novo upravené čakacie zoznamy v zákone o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti sa upravuje aj povinnosť národného centra v súvislosti s vedením zoznamu poistencov čakajúcich na zdravotnú starostlivosť. Ustanovuje sa aj účel spravovania a vedenia súhrnného zoznamu čakajúcich poistencov, a to v súlade so zásadami ochrany osobných údajov. Predkladateľ má za to, že rozsah navrhovaných zverejňovaných údajov je v zmysle daného účelu nevyhnutný a primeraný. Podľa jedinečného identifikačného kódu poistenca nebude možné zistiť o akého konkrétneho pacienta ide; zásady ochrany osobných údajov sú tak predmetným ustanovením zachované.

Čl. XI

Navrhuje sa účinnosť zákona.

K účinnosti od 1. januára 2023

K čl. I (§ 9, § 12 až § 14)

Prvé zaradenie nemocníc do siete po účinnosti tohto zákona vykoná ministerstvo zdravotníctva *ex officio*, a teda nebude potrebné aby prevádzkovatelia nemocníc podávali žiadosti podľa § 12 a § 14.

Pokiaľ ide o § 9, vyhodnotenie siete nadväzuje na kategorizáciu ústavnej starostlivosti, ktorá ešte v tomto čase nebude k dispozícii. Vyhodnotenie siete taktiež závisí od vydania metodiky siete, ktorú ministerstvo zdravotníctva vydá najneskôr do 31. decembra 2023. Až po tomto termíne bude možné vykonať vyhodnotenie siete kategorizovaných nemocníc, a tomu je prispôsobená aj účinnosť daného ustanovenia.

K § 40 a § 42

Účinnosť bodov týkajúcich sa zoznamu čakajúcich poistencov sa navrhuje z dôvodu nutnosti prípravy informačných systémov zdravotných poisťovní, NCZI a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ako aj z dôvodu, že prvé lehoty časovej dostupnosti budú stanovené až druhou kategorizáciou ústavnej starostlivosti účinnou od 1. júla 2022.

K čl. III

Účinnosť je navrhovaná v nadväznosti na účinnosť ustanovení týkajúcich sa zoznamu čakajúcich poistencov.

K čl. VIII (1, 3 až 5, 12 až 14)

Účinnosť je navrhovaná v nadväznosti na účinnosť ustanovení týkajúcich sa zoznamu čakajúcich poistencov.

K čl. IX

Účinnosť je navrhovaná v nadväznosti na účinnosť ustanovení týkajúcich sa zoznamu čakajúcich poistencov.

K účinnosti od 1. januára 2024

K čl. I (§ 38, § 41 a § 43)

K § 38

Nemocnice budú mať obdobie, počas ktorého sa budú nastavovať na podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosti, ktoré budú povinné plniť od 1. januára 2024. Zdravotnej poisťovni sa zároveň ukladá povinnosť uviesť zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti do súladu so zákonom o kategorizácii ústavnej starostlivosti do 1. decembra 2023, a tejto skutočnosti je prispôsobená účinnosť zmlúv.

Pokiaľ ide o § 41 a § 43, je nevyhnutné reflektovať na odôvodnenie k účinnosti týkajúcej sa § 38 vyššie; inými slovami povedané, akékoľvek následky porušenia povinnosti ako aj ukladanie sankcií budú platiť až od 1. januára 2024 z dôvodu, že nebude existovať vyhodnotenie siete podľa tohto zákona a zároveň v období pred 1. januárom 2024 nemocnice sa budú nastavovať na podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosti. Až keď sa na nemocnice budú vzťahovať podmienky podľa tohto zákona, budú aplikovateľné aj povinnosti prevádzkovateľov nemocníc a s tým súvisiace sankčné mechanizmy.

K § 20

Keďže zmeny v ústavnej starostlivosti nastanú až s účinnosťou od 1. januára 2024, aj samotné vyradovanie zo siete bude možné vykonať až od tohto dátumu.

K čl. VI

K bodom 4, 7, 10, 13, 14, 17 a 19, 26 a 27

Zrušenie koncovej siete a jej nahradenie sieťou kategorizovaných nemocníc sa navrhuje 1. januára 2024 z dôvodu, aby sa všetky nemocnice a ich prevádzkovatelia na túto zmenu pripravili a zosúlادili svoje činnosti (napr. poskytovanie programov a medicínskych služieb) s kategorizáciou ústavnej starostlivosti.