**Výbor**

**Národnej rady Slovenskej republiky**

 **pre zdravotníctvo**

 3**.** schôdza výboru

 Číslo: CDR- 724/2012

**5**

**U z n e s e n i e**

**Výboru Národnej rady Slovenskej republiky**

**pre zdravotníctvo**

**z 13. júna 2012**

**k  Návrhu poslanca Národnej rady Slovenskej republiky Richarda Rašiho na vydanie zákona, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov** (tlač 28) a

 **Výbor Národnej rady Slovenskej republiky pre zdravotníctvo**

 prerokoval  Návrh poslanca Národnej rady Slovenskej republiky Richarda Rašiho na vydanie zákona, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (tlač 28);

**A. s ú h l a s í**

 s   Návrhom poslanca Národnej rady Slovenskej republiky Richarda Rašiho na vydanie zákona, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (tlač 28);

**B.** **o d p o r ú č a**

**Národnej rade Slovenskej republiky**

Návrh poslanca Národnej rady Slovenskej republiky Richarda Rašiho na vydanie zákona, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (tlač 28) schváliť s týmito  pozmeňujúcimi a doplňujúcimi návrhmi:

**V čl. I sa pred prvý bod vkladajú nové dva body**, ktoré znejú:

„1. V § 19 ods. 12 sa za slová „podľa odseku 8“ vkladajú slová „alebo podľa odseku 17“.

 2. V § 19 ods. 17 sa na konci bodka nahrádza bodkočiarkou a pripájajú sa tieto slová: „v takomto prípade výsledok ročného zúčtovania poistného oznamuje zdravotná poisťovňa poistencom a platiteľom poistného do 31. decembra kalendárneho roka nasledujúceho po roku, za ktorý bolo ročné zúčtovanie vykonané, elektronicky prostredníctvom internetového portálu alebo elektronickej podateľne alebo v listinnej podobe.“.“.

Doterajšie body návrhu sa primerane prečíslujú.

Ak výška preplatku alebo nedoplatku nedosiahne najmenej 5 eur, povinnosť odviesť nedoplatok alebo vrátiť preplatok nevzniká. Zdravotná poisťovňa tieto výsledky, nezúčtováva, ale je povinná ich oznámiť poistencom a platiteľom spôsobom akým určuje zákon č. 580/2004 Z. z.. V podmienkach VšZP sa bude jednať cca. o 300 tis. poistencov a platiteľov, ktorým bude musieť oznámiť výsledky z ročného zúčtovania vo výške do 5 €. Bude to mať nasledujúce dopady:

a) finančný dopad

Predpokladaná celkové náklady: 416 tis. €

Z toho:

 Náklady na spotrebný materiál: 26 tis. €

 Náklady na poštovné: 390 tis. €

Nakoľko sa jedná o oznámenie výsledkov ročného zúčtovania, ktoré zdravotná poisťovňa nezúčtováva považuje sa výška týchto nákladov na ich oznamovanie za neprimeraná.

V záujme hospodárneho vynakladania prostriedkov zdravotnej poisťovne, navrhujeme, aby v takýchto prípadoch mohla zdravotná poisťovňa oznámiť výsledok ročného zúčtovania poistného poistencom a platiteľom poistného v  termíne do 31. decembra 2012 alebo aby tak mohla urobiť elektronickou formou.

**V čl. I bode 2 v § 23 ods. 9 písmeno d)** znie:

„d) ministerstvu zdravotníctva na účely výpočtu indexu rizika nákladov na zdravotnú starostlivosť (ďalej len „index rizika nákladov“) údaje podľa § 28 ods. 4 do 30. júna kalendárneho roka,“.

V súčasnosti index rizika nákladov vypočítava ministerstvo zdravotníctva, preto prenos tejto kompetencie na Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou nie je opodstatnený. Zároveň sa ustanovenie dáva do súladu s § 28 ods. 4, ktorý obsahuje taxatívny výpočet údajov oznamovaných zdravotnou poisťovňou.

**V čl. I sa za bod 2 vkladá nový bod 3**, ktorý znie:

„3. V § 23 ods. 9 sa vypúšťa písmeno e).“.

Nasledujúce body čl. I sa primerane označia.

Vypustenie ustanovenia súvisí s ponechaním kompetencie ministerstva zdravotníctva uskutočňovať výpočet indexu rizika nákladov podľa navrhovanej zmeny čl. I bodu 2 § 23 ods. 9 písm. d).

**V čl. I  bode 3 v § 27 ods. 2 písm. c)** sa za slovami „od 0 do 79 rokov“ a za slovami „od 80 rokov“ vkladá slovo „veku“.

 Jazyková úprava.

**V čl. I sa za bod 3 vkladá nový bod 4,** ktorý znie:

„4. V § 27 ods. 2 písm. d) sa za slovo „poistencov“ vkladajú slová „podľa pohlavia a veku“ a  vypúšťajú sa slová za hranatou zátvorkou „podľa pohlavia a veku“.“.

Nasledujúce body čl. I sa primerane označia.

Legislatívno-technická úprava súvisiaca s čl. I bodom 9 § 27a ods. 2 písm. c).

**V čl. I v uvádzacej vete bodu 4** sa slová „V § 27 ods. 2 sa dopĺňajú písmená“ nahrádzajú slovami „V § 27 sa odsek 2 dopĺňa písmenami“.

 Legislatívno-technická úprava.

**V čl. I bode 4 v § 27 ods. 2 písm. e) a v bode 10** v § 27a ods. 2 písm. d) sa slová „§27b ods. 3“ nahrádzajú slovami „§ 27b ods. 2 a 3“.

Legislatívno-technická úprava.

**V čl. I bode 4 v § 27 ods. 2 písm. f)** druhý bod znie:

„2. kód lieku uvedeného v zozname kategorizovaných liekov57aa) (ďalej len „kategorizovaný liek“), na základe ktorého bol poistenec zaradený do farmaceuticko-nákladovej skupiny podľa § 27b ods. 2 alebo ods. 3,“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 57aa znie:

„57aa) § 8 zákona č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.“.

Spresnenie ustanovenia upravujúceho oznamovaciu povinnosť zdravotnej poisťovne, pretože na účely mesačného prerozdeľovania poistného je potrebné oznamovať kódy liekov uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia.

**V čl. I  bode 4 v 27 ods. 2 písm. f)** štvrtom bode sa vypúšťa slovo „humánneho“.

Legislatívno-technická úprava súvisiaca s navrhovanou zmenou čl. I bodu 4 § 27 ods. 2 písm. f) druhého bodu.

 **V čl. I bod 5** znie:

„5. V § 27 ods. 8 uvádzacej vete sa slová „do 25. dňa v kalendárnom mesiaci“ nahrádzajú slovami „do konca kalendárneho mesiaca“.“.

Legislatívno-technická úprava.

**V čl. I bod 7** znie:

„7. V § 27 ods. 8 písm. b) piatom bode sa slová „ods. 5“ nahrádzajú slovami „ods. 13“.

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na navrhované doplnenie § 28 o nové odseky 5 až 8.

**V čl. I bod 8** znie:

„8. V § 27 ods. 9 prvej vete sa slovo „stanoví“ nahrádza slovom „určí“.“.

Legislatívno-technická úprava (rozdelenie novelizačného bodu do dvoch bodov).

**V čl. I bod 9** znie:

„9. V § 27a ods. 2 písm. c) sa za slovo „poistencov“ vkladajú slová „podľa pohlavia a veku“ a  vypúšťajú sa slová za hranatou zátvorkou „podľa pohlavia a veku“.“.

Legislatívno-technická úprava.

 **V čl. I v uvádzacej vete bodu 10** sa slová „V § 27a ods. 2 sa dopĺňa písmeno“ nahrádzajú slovami „V § 27a sa odsek 2 dopĺňa písmenom“.

Legislatívno-technická úprava.

**V čl. I bod 12** znie:

„12. V § 27a ods. 9 písm. b) šiestom bode sa slová „ods. 5“ nahrádzajú slovami „ods. 13“.

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na navrhované doplnenie § 28 o nové odseky 5 až 8.

**V čl. I sa za bod 12 vkladá nový bod 13**, ktorý znie:

„13. V § 27a ods. 10 prvej vete sa slovo „stanoví“ nahrádza slovom „určí“.“.

Nasledujúce body čl. I sa primerane označia.

Legislatívno-technická úprava (rozdelenie novelizačného bodu do dvoch bodov).

**V čl. I bode 13 v § 27b odseky 1 až 3** znejú:

„(1) Farmaceuticko-nákladová skupina je definovaná anatomicko-terapeuticko-chemickou skupinou liečiv (ďalej len „ATC skupina“) a je spôsobilá odhadnúť budúce náklady na poskytovanú zdravotnú starostlivosť poistenca s chorobou v chronickom štádiu na základe spotreby kategorizovaných liekov. Farmaceuticko-nákladová skupina sa zaradí do zoznamu farmaceuticko-nákladových skupín, ak spĺňa kritériá uvedené v odseku 4.

(2) Príslušná zdravotná poisťovňa zaradí poistenca v kalendárnom mesiaci, za ktorý sa vykonáva mesačné prerozdeľovanie, do farmaceuticko-nákladovej skupiny zaradenej do zoznamu farmaceuticko-nákladových skupín, ak mu počas 12 za sebou nasledujúcich kalendárnych mesiacov predchádzajúcich kalendárnemu mesiacu, za ktorý sa vykonáva mesačné prerozdeľovanie, bolo vydaných alebo podaných aspoň 181 štandardných dávok liečiva v kategorizovaných liekoch v ATC skupinách, ktoré definujú farmaceuticko-nákladovú skupinu zaradenú do zoznamu farmaceuticko-nákladových skupín a ktoré príslušná zdravotná poisťovňa alebo zdravotná poisťovňa, ktorá naposledy vykonávala verejné zdravotné poistenie poistenca, zaevidovala v účtovnej evidencii. Štandardnú dávku liečiva v kategorizovaných liekoch ustanovuje zoznam kategorizovaných liekov.57aa)

 (3) Ak možno poistenca zaradiť podľa odseku 2 do viacerých farmaceuticko-nákladových skupín zaradených do zoznamu farmaceuticko-nákladových skupín, poistenec sa na účely mesačného prerozdeľovania zaradí len do farmaceuticko-nákladovej skupiny s najvyšším indexom rizika nákladov.“.

V odseku 1 sa dopĺňa definícia farmaceuticko-nákladovej skupiny vzhľadom na zavedenie tohto pojmu. Splnenie kritérií v  odseku 4 je podmienkou na zaradenie farmaceuticko-nákladovej skupiny do zoznamu farmaceuticko-nákladových skupín, z čoho vyplýva, že nie každá farmaceutická nákladová skupina ich musí spĺňať. Z uvedeného dôvodu je druhá veta v čl. I v bode 13 § 27b ods. 1 nepresná.

V odseku 2 ide o spresnenie ustanovenia, najmä časového obdobia vydania alebo podania štandardnej dávky liečiva. Súčasne sa vypúšťa z navrhovaného čl. I bodu 13 § 27b ods. 2 posledná veta, ktorá nie je v súlade s platnou legislatívou. O štandardnej dávke liečiva rozhoduje podľa § 6 ods. 5 zákona č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky v procese kategorizácie liekov. Spôsob určenia štandardnej dávky liečiva je upravený vykonávacím predpisom, vyhláškou Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 435/2011 Z. z. o spôsobe určenia štandardnej dávky liečiva a maximálnej výšky úhrady zdravotnej poisťovne za štandardnú dávku liečiva. Okrem toho odchylná úprava by mohla umožniť manipuláciu s údajmi na účely prerozdeľovania poistného. Štandardné dávky liečiva a ich určenie musí byť v kompetencii rozhodovania v rámci kategorizácie.

V odseku 3 je legislatívno-technická úprava.

**V čl. I bode 13 v § 27b ods. 4** uvádzacej vete sa slová „je zaradená“ nahrádzajú slovami „sa zaradí“.

Legislatívno-technická úprava.

**V čl. I  bode 13 v § 27b ods. 4 písm. a)**  sa slová „predikčnú silu prerozdeľovacieho mechanizmu“ nahrádzajú slovami „predpovedaciu silu prerozdeľovania poistného“ a slová „systém prerozdeľovania“ sa nahrádzajú slovom „prerozdeľovanie“.

Terminologická úprava

**V čl. I bode 13 v § 27b ods. 4 písmeno d)** znie:

„d) dodatočné náklady farmaceuticko-nákladovej skupiny tvoria aspoň 15% priemerných nákladov na poistenca,“.

Spresňuje sa kritérium na zaradenie farmaceuticko-nákladovej skupiny do zoznamu farmaceuticko-nákladových skupín.

**V čl. I  bode 13 v § 27b ods. 4 písm. e)** sa slová „podiel liekov vo farmaceuticko-nákladovej skupine“ nahrádzajú slovami „podiel štandardných dávok liečiva v kategorizovaných liekoch v ATC skupinách, ktoré definujú farmaceuticko-nákladovú skupinu“, slová „podiel liekov“ sa nahrádzajú slovami „podiel štandardných dávok liečiva v kategorizovaných liekoch v ATC skupinách, ktoré definujú farmaceuticko-nákladovú skupinu“ a veta za bodkočiarkou znie: „toto kritérium sa použije len na farmaceuticko-nákladové skupiny, ku ktorým možno priradiť chorobu.“.

Spresnenie ustanovenia.

**V čl. I  bode 13 v § 27b sa za odsek 4 vkladajú nové odseky 5 až 9**, ktoré znejú:

„(5) Dodatočné náklady farmaceuticko-nákladovej skupiny podľa odseku 4 písm. b) až d) sú rozdielom medzi priemernými nákladmi na poistenca zaradeného do farmaceuticko-nákladovej skupiny a priemernými nákladmi na poistenca.

(6) Farmaceuticko-nákladová skupina sa vyradí zo zoznamu farmaceuticko-nákladových skupín, ak prestane spĺňať niektoré z kritérií podľa odseku 4.

(7) Zoznam farmaceuticko-nákladových skupín obsahuje

číslo farmaceuticko-nákladovej skupiny,

kód farmaceuticko-nákladovej skupiny,

názov farmaceuticko-nákladovej skupiny podľa choroby alebo spôsobu liečby,

kód choroby podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb, ak ho možno k  farmaceuticko-nákladovej skupine priradiť,

ATC skupinu, ktorá definuje farmaceuticko-nákladovú skupinu.

(8) Zoznam farmaceuticko-nákladových skupín môže obsahovať pravidlo vylučujúce zaradenie poistenca do príbuzných farmaceuticko-nákladových skupín.

(9) Návrh na zmenu zoznamu farmaceuticko-nákladových skupín zasielajú zdravotné poisťovne a úrad ministerstvu zdravotníctva najneskôr do 30. júna kalendárneho roka, ktorý predchádza kalendárnemu roku, na ktorý sa stanovuje index rizika nákladov. Súčasťou návrhu na zaradenie farmaceuticko-nákladovej skupiny do zoznamu farmaceuticko-nákladových skupín musia byť údaje podľa odseku 7 písm. c) až e) a môže byť údaj podľa odseku 8.“.

Doterajší odsek 5 sa označuje ako odsek 10.

Definujú sa dodatočné náklady farmaceuticko-nákladovej skupiny, dopĺňa sa úprava pravidiel na vyraďovanie farmaceuticko-nákladových skupín zo zoznamu farmaceuticko-nákladových skupín a náležitosti tohto zoznamu ako aj termín na predkladanie zmien tohto zoznamu.

**V čl. I  bode 13 v 27b sa vypúšťa odsek 5**.

Vypustenie ustanovenia súvisí s ponechaním kompetencie ministerstva zdravotníctva uskutočňovať výpočet indexu rizika nákladov podľa navrhovanej zmeny čl. I bodu 2 § 23 ods. 9 písm. d).

**V čl. I  bode 14 v § 28 ods. 1 písm. a), § 28 ods. 1 písm. b) a § 28 ods. 1 písm. c)** sa slová „podľa odseku 6“ nahrádzajú slovami „podľa odseku 10 písm. a)“.

Legislatívno-technická úprava aj v nadväznosti na navrhované doplnenie § 28 o nové odseky 5 až 8.

 **V čl. I bode 14 v § 28 ods. 1 písm. b) a v § 28 ods. 4 písm. c)** v druhom bode sa slová „§ 11 ods. 1 písm. d)“ nahrádzajú slovami „§ 11 ods. 7“.

Legislatívno-technická úprava.

**V čl. I bode 14 v § 28 odseky 2 a 3** znejú:

„(2) Index rizika nákladov sa vypočítava v každom kalendárnom roku na nasledujúci kalendárny rok z údajov podľa odseku 4.

(3) Index rizika nákladov sa vypočíta lineárnou regresnou analýzou

pre poistencov podľa pohlavia a veku, za ktorých platiteľom poistného nie je štát [§ 11 ods. 1 písm. a) až c) a ods. 2],

pre poistencov podľa pohlavia a veku, za ktorých platiteľom poistného je štát (§ 11 ods. 7),

pre jednotlivé farmaceuticko-nákladové skupiny.“.

Zmena odseku 2 súvisí s ponechaním kompetencie ministerstva zdravotníctva uskutočňovať výpočet indexu rizika nákladov podľa navrhovanej zmeny čl. I bodu 2 § 23 ods. 9 písm. d). Súčasne sa ustanovenie legislatívno-technicky upravuje.

V uvádzacej vete odseku 3 sa dopĺňa matematicko-štatistický spôsob výpočtu indexu rizika nákladov. Súčasne sa ustanovenia písmen a) a b) legislatívno-technicky upravujú.

**V čl. I bode 14 v § 28 ods. 4** uvádzacej vete sa slovo „úradu“ nahrádza slovami „ministerstvu zdravotníctva“.

Zmena ustanovenia súvisí s ponechaním kompetencie ministerstva zdravotníctva uskutočňovať výpočet indexu rizika nákladov podľa navrhovanej zmeny čl. I bodu 2 § 23 ods. 9 písm. d).

 **V čl. I bode 14 v § 28 ods. 4 písm. a), b) c) a d)** sa slová „vypočítavajú indexy“ nahrádzajú slovami „vypočítava index“ a v § 28 ods. 5 sa slovo „indexov“ nahrádza slovom „indexu“.“.

Legislatívno-technická úprava.

**V čl. I bode 14 v § 28 ods. 4 písm. a)** sa slovo „liekov“ nahrádza slovami „kategorizovaných liekov“, § 28 ods. 4 písm. a) druhom bode sa slovo „humánneho“ nahrádza slovom „kategorizovaného“ a v § 28 ods. 4 písm. a) treťom a piatom bode sa slovo „lieku“ nahrádza slovami „kategorizovaného lieku“.

 Spresnenie ustanovenia.

 **V  čl. I bode 14 v § 28 ods. 4 písm. a)** sa na konci štvrtého bodu pripájajú tieto slová: „ktorý je uvedený na lekárskom predpise,“.

Spresnenie ustanovenia.

**V čl. I  bode 14 v § 28 ods. 4 písm. b)** tretí bod znie:

„3. náklady na zdravotnú starostlivosť na poistenca,“.

Spresnenie ustanovenia.

**V čl. I  bode 14 v § 28 ods. 4 sa písmeno b)** dopĺňa štvrtým bodom, ktorý znie:

„4. paušálne náklady na poistenca určené ako podiel celkových paušálnych nákladov zdravotnej poisťovne na zdravotnú starostlivosť a počtu poistencov zdravotnej poisťovne; paušálne náklady sú náklady, ktoré sa nedajú priradiť k jednotlivým poistencom,57c).“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 57c znie:

„57c) Napríklad § 8 ods. 5 a 6 zákona č. 581/2004 Z. z.“.

Spresnenie ustanovenia a doplnenie definície paušálnych nákladov.

**V čl. I bode 14 v § 28 ods. 4 písm. d)** prvom bode sa za slová „rodné číslo poistenca“ nahrádzajú slovami „rodné číslo a dátum narodenia poistenca“.

Spresnenie ustanovenia.

 **V čl. I, 14. bode sa v § 28 ods. 4 písm. d)** slová „údaje o registri“ nahrádzajú slovami „údaje z registra“.

Jazyková úprava.

**V čl. I bode 14 v § 28 sa za odsek 4 vkladajú nové odseky 5 až 8**, ktoré znejú:

„(5) Na účely výpočtu indexu rizika nákladov poistenec, ktorý bol v období od 1. januára do 31. decembra kalendárneho roka, ktorý dva roky predchádza kalendárnemu roku, na ktorý sa vypočítava index  rizika nákladov, poistencom, za ktorého platiteľom poistného je štát (§ 11 ods. 7), k prvému dňu kalendárneho mesiaca, sa považuje za poistenca, za ktorého platiteľom poistného je štát (§ 11 ods. 7), počas celého takéhoto kalendárneho mesiaca.

(6) Ak poistenec bol poistencom, za ktorého platiteľom poistného je štát podľa odseku 5, jeden alebo viac kalendárnych mesiacov a ich počet predstavuje aspoň polovicu počtu kalendárnych mesiacov trvania poistného vzťahu v období podľa odseku 5, poistenec sa na účely výpočtu indexu rizika nákladov považuje za poistenca, za ktorého platiteľom poistného je štát (§ 11 ods. 7), počas celého trvania poistného vzťahu. Do počtu kalendárnych mesiacov trvania poistného vzťahu podľa prvej vety sa započítava aj kalendárny mesiac, v ktorom došlo k ukončeniu poistného vzťahu. Celým trvaním poistného vzťahu podľa prvej vety sa rozumie počet kalendárnych mesiacov trvania poistného vzťahu vrátane kalendárneho mesiaca, v ktorom došlo k ukončeniu poistného vzťahu.

(7) Ministerstvo zdravotníctva pri spracovaní údajov podľa odseku 4 vyradí zo spracovania chybné údaje, ktorými sú najmä údaje súvisiace s prihlásením poistencov vo viacerých zdravotných poisťovniach, nesprávny formát údajov, údaje o spotrebe liekov, ktoré nie sú v zozname kategorizovaných liekov,57aa) a prekročené počty balení liekov. Ak chybné údaje tvoria viac ako 5% z celkového objemu údajov predložených zdravotnou poisťovňou, ministerstvo zdravotníctva ich uvedie v chybovom protokole, ktorý zašle zdravotnej poisťovni. Zdravotná poisťovňa je povinná údaje uvedené v chybovom protokole opraviť a  opravené údaje zaslať ministerstvu zdravotníctva do 15 dní od doručenia chybového protokolu.

(8) Úrad je povinný na účely výpočtu indexu rizika nákladov do  30. júna kalendárneho roka predložiť v elektronickej podobe ministerstvu zdravotníctva z centrálneho registra poistencov za každého poistenca za obdobie od 1. januára do 31. decembra kalendárneho roka, ktorý dva roky predchádza kalendárnemu roku, na ktorý sa vypočítava index  rizika nákladov,

a) rodné číslo a dátum narodenia poistenca; ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, meno, priezvisko a dátum narodenia,

b) pohlavie,

c) dátum vzniku a zániku verejného zdravotného poistenia,

d) kód príslušnej zdravotnej poisťovne,

e) označenie platiteľa poistného s uvedením dátumu začatia a dátumu skončenia povinnosti platiť poistné.“.

Doterajšie odseky 5 až 10 sa primerane označia.

V odsekoch 5 a 6 sa dopĺňa úprava potrebná na účely výpočtu indexu rizika nákladov, ak ide o poistencov štátu, v záujme jednoznačného postupu. Doplnenie úpravy v odseku 7 zvýši relevantnosť údajov pri ich spracovaní. V odseku 8 sa ukladá povinnosť Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zaslať ministerstvu zdravotníctva údaje z centrálneho registra poistencov, aby ministerstvo zdravotníctva malo možnosť overiť údaje, ktoré zasiela zdravotná poisťovňa.

**V čl. I bode 14 v § 28 ods. 5** sa slovo „Úrad“ nahrádza slovami „Ministerstvo zdravotníctva“ a  vypúšťa sa druhá veta.

Vypustenie ustanovenia súvisí s ponechaním kompetencie ministerstva zdravotníctva uskutočňovať výpočet indexu rizika nákladov podľa navrhovanej zmeny čl. I bodu 2 § 23 ods. 9 písm. d). Vzhľadom na uvedenú kompetenciu ministerstva zdravotníctva nie je opodstatnené ani to, aby úrad preveroval, či každá farmaceuticko-nákladová skupina, pre ktorú má byť vypočítaný index rizika nákladov, spĺňa kritériá podľa § 27b ods. 4.

**V čl. I  bode 14 v § 28 odsek 6** znie:

„(6) Všeobecne záväzný právny predpis, ktorý vydá ministerstvo zdravotníctva do 31. decembra kalendárneho roka predchádzajúceho kalendárnemu roku, na ktorý sa ustanovuje index rizika nákladov, ustanoví

index rizika nákladov na príslušný kalendárny rok,

zoznam farmaceuticko-nákladových skupín.“.

Legislatívno-technická úprava uvádzacej vety splnomocňovacieho ustanovenia a zmena termínu, ktorá má zabrániť možným manipuláciám s poistencami zo strany zdravotných poisťovní pri zmene zdravotnej poisťovne. Vzhľadom na navrhované doplnenie čl. I § 27b o nové odseky 6 a 7, ktoré upravujú náležitosti zoznamu farmaceuticko-nákladových skupín, sa vypúšťa splnomocňovacie ustanovenie na úpravu kódov chorôb pre vybrané farmaceuticko-nákladové skupiny v písmene c).

**V čl. I  bode 14 v § 28 odsek 10** znie:

„(10) Všeobecne záväzný právny predpis, ktorý vydá ministerstvo zdravotníctva po dohode s Ministerstvom financií Slovenskej republiky, ustanoví

podrobnosti o mesačnom prerozdeľovaní a ročnom prerozdeľovaní,

podrobnosti o výpočte indexu rizika nákladov,

podrobnosti o kritériách na zaradenie farmaceuticko-nákladovej skupiny do zoznamu farmaceuticko-nákladových skupín a na jej vyradenie z tohto zoznamu,

podrobnosti o zaraďovaní poistencov do farmaceuticko-nákladových skupín,

dátové rozhranie na zasielanie údajov uvedených v odsekoch 4, 7 a 8.“.

Legislatívno-technická úprava uvádzacej vety splnomocňovacieho ustanovenia; vypustenie splnomocňovacieho ustanovenia na úpravu odlišných počtov štandardných dávok liečiv v liekoch z dôvodu, že o štandardnej dávke liečiva rozhoduje podľa § 6 ods. 5 zákona č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky v procese kategorizácie liekov. Spôsob určenia štandardnej dávky liečiva je upravený vykonávacím predpisom, vyhláškou Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 435/2011 Z. z. o spôsobe určenia štandardnej dávky liečiva a maximálnej výšky úhrady zdravotnej poisťovne za štandardnú dávku liečiva. Okrem toho odchylná úprava by mohla umožniť manipuláciu s údajmi na účely prerozdeľovania poistného. Štandardné dávky liečiva a ich určenie musí byť v kompetencii rozhodovania v rámci kategorizácie. Súčasne sa dopĺňa splnomocňovacie ustanovenie o úpravu podrobností o zaraďovaní poistencov do farmaceuticko-nákladových skupín a o úpravu dátových rozhraní údajov uvedených v čl. I bode 14 v § 28 ods. 4 a v  nových odsekoch 5 až 8, ktoré sa navrhujú v § 28 doplniť.

**V čl. I na konci bodu 14** sa vypúšťajú slová:

„Poznámky pod čiarou k odkazom 57aa a 57c znejú:

„57aa) § 53 zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

57c) § 8 zákona č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.“.“.

Legislatívno-technická úprava (odkazy 57aa a 57c sa v bode 14 nenachádzajú).

**V čl. I bode 15 § 38a** vrátane nadpisu znie:

„§ 38a

Prechodné ustanovenia

(1) Zdravotná poisťovňa je povinná splniť povinnosti podľa § 27 ods. 2 písm. e) a f) prvýkrát do 20. septembra 2012.

(2) Zdravotná poisťovňa, ktorá naposledy vykonávala verejné zdravotné poistenie poistenca do 31. decembra 2011, je povinná zaslať za tohto poistenca do 15. augusta 2012 príslušnej zdravotnej poisťovni údaje o spotrebe kategorizovaných liekov za obdobie od 1. januára 2011 do 31. decembra 2011, ktoré obsahujú

rodné číslo poistenca; ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, meno, priezvisko a dátum narodenia,

kód kategorizovaného  lieku,

počet balení kategorizovaného lieku,

kód choroby, ktorý je uvedený na lekárskom predpise,

dátum výdaja alebo podania kategorizovaného lieku.

(3) Index rizika nákladov vydaný na rok 2012 sa naposledy použije pri mesačnom prerozdeľovaní za kalendárny mesiac, ktorý predchádza kalendárnemu mesiacu, v ktorom nadobudol účinnosť tento zákon. Na účely výpočtu indexu rizika nákladov na obdobie od účinnosti tohto zákona do 31. decembra 2012 sú zdravotné poisťovne povinné zaslať ministerstvu zdravotníctva údaje podľa § 28 ods. 4 do 15 dní od účinnosti tohto zákona; ak im ministerstvo zdravotníctva zašle chybový protokol (§ 28 ods. 7), sú povinné údaje uvedené v chybovom protokole opraviť a  opravené údaje zaslať do 30 dní od účinnosti tohto zákona.

(4) Na účely výpočtu indexu rizika nákladov na obdobie od účinnosti tohto zákona do 31. decembra 2012 je úrad povinný zaslať ministerstvu zdravotníctva údaje podľa § 28 ods. 8 do 15 dní od účinnosti tohto zákona.

 (5) Ministerstvo zdravotníctva vydá do 10. septembra 2012 na obdobie od účinnosti tohto zákona do 31. decembra 2012 všeobecne záväzný právny predpis, ktorý ustanoví index rizika nákladov a všeobecne záväzný právny predpis, ktorý ustanoví zoznam farmaceuticko-nákladových skupín.

(6) Mesačné prerozdeľovanie za dva kalendárne mesiace, ktoré predchádzajú kalendárnemu mesiacu, v ktorom nadobudol účinnosť tento zákon, sa vykoná podľa tohto zákona v znení účinnom do účinnosti tohto zákona.

(7) Úrad pri ročnom prerozdeľovaní za rok 2012 použije za obdobie

a) od 1. januára 2012 do účinnosti tohto zákona index rizika nákladov podľa tohto zákona v znení účinnom do účinnosti tohto zákona,

b) od účinnosti tohto zákona do 31. decembra 2012 index rizika nákladov podľa tohto zákona v znení účinnom od účinnosti tohto zákona.

(8) V rozhodnutí o ročnom prerozdeľovaní za rok 2012 úrad uvedie celkovú sumu povinného poistného za každú zdravotnú poisťovňu [§ 27a ods. 9 písm. a) prvý bod] rozdelenú pomerne na dve časti, zodpovedajúce dĺžke obdobia používania indexu rizika nákladov podľa odseku 7.

(9) Na účely výpočtu indexu rizika nákladov na rok 2013 sú zdravotné poisťovne povinné zaslať ministerstvu zdravotníctva údaje podľa § 28 ods. 4 do 15. augusta 2012; ak im ministerstvo zdravotníctva zašle chybový protokol (§ 28 ods. 7), sú povinné údaje uvedené v chybovom protokole opraviť a  opravené údaje zaslať do 20. septembra 2012.

(10) Na účely výpočtu indexu rizika nákladov na rok 2013 je úrad povinný zaslať ministerstvu zdravotníctva údaje podľa § 28 ods. 8 do 15. augusta 2012.

(11) Od účinnosti tohto zákona do 31. decembra 2012 je sadzba poistného pre štát 4,328381343% z vymeriavacieho základu.“.

Zmena termínu v nadpise § 38a súvisí s návrhom na úpravu článku III - zmenu dátumu účinnosti zákona na deň vyhlásenia. Spresňujú a dopĺňajú sa prechodné ustanovenia, a to aj z dôvodu, že navrhovaná účinnosť nie je ustanovená na začiatok kalendárneho roka. Odkaz na § 28 ods. 5 v odsekoch 3 a 9 je odkazom na nový odsek 7, ktorý sa navrhuje doplniť v čl. I bode 14 v § 28.

Uznesením Národnej rady Slovenskej republiky č. 744/2011 k zákonu o štátnom rozpočte na rok 2012 Národná rada Slovenskej republiky žiada vládu Slovenskej republiky vytvoriť v štátnom rozpočte rezervu na financovanie krízovej situácie v zdravotníctve v kapitole Všeobecná pokladničná správa v objeme 50 mil. eur z prostriedkov štátneho rozpočtu na financovanie spoločných programov Slovenskej republiky a Európskej únie. Sadzba poistného pre štát v období od účinnosti tohto zákona do 31. decembra 2012 sa zvyšuje z dôvodu nedostatku finančných prostriedkov potrebných v súvislosti s platovou úpravou sestier a pôrodných asistentiek. Preddavok na poistné platené štátom na rok 2012 bol v štátnom rozpočte určený sumou 1 218 096 000 eur za 3 300 000 poistencov, pričom 1/12 uvedenej sumy predstavuje sumu 101 508 000 eur. Zo sumy 1 218 096 000 eur štát zaplatí preddavok na poistné za január až jún 2012 v celkovej sume 609 048 000 eur, pričom na jeden mesiac pripadá rozdeliť medzi zdravotné poisťovne sumu 101 508 000 eur. V nadväznosti na použitie rezervy vo výške 50 mil. eur  sa suma  609 048 000 eur zvyšuje o 50 mil. eur na celkovú sumu 659 048 000 eur a táto suma sa rozdelí medzi zdravotné poisťovne na obdobie od účinnosti tohto zákona až  december 2012. V absolútnom vyjadrení Ministerstvo zdravotníctva SR môže rozdeliť preddavky na poistné v absolútnej sume 659 048 000 eur, t.j. 659 048 000 / 6 = 109 841 333,333 / 3 300 000 = 33,2852525251 eura na jedného poistenca.

Priemerná mesačná mzda, z ktorej sa počíta odvod poistného, sa určuje z pred dvoch rokov a bola vo výške 769 eur, potom (33,2852525251 x 100) / 769 = 4,328381343 %. Ak zaokrúhlime toto percento na 4,33%, v absolútnom vyjadrení 0,0433 x 769 = 33,2977 x 3 300 000 x 6 = 659 294 460, čo je rozdiel oproti sume 659 048 000, preto navrhujeme dať do zákona ako percento pre odvod štátu za poistencov štátu vo výške 4,328381343%. Celková ročná suma poistného plateného štátom nesmie presiahnuť sumu 1 268 096 000 eur.

 **41. V čl. II sa za prvý bod vkladá nový druhý bod**, ktorý znie:

„3. V § 8a prvej vete sa slová „20. októbra“ nahrádzajú slovami „20. decembra“.“.

Doterajšie body návrhu sa primerane prečíslujú.

Termíny sa zosúlaďujú na základe posunov termínov v ročnom zúčtovaní poistného a v ročnom prerozdeľovaní poistného.

 **42. V čl. II v úvodnej vete** sa za slová „zákona č. 250/2011 Z. z.“ vkladá čiarka a dopĺňajú sa slová „zákona č. 362/2011 Z. z.“.

Legislatívno-technická úprava.

 **43.** **V čl. II bode 2 v § 14 ods. 2** sa za slová „Platobná schopnosť“ a v § 14 ods. 6 sa za slová „platobná schopnosť“ vkladajú slová „zdravotnej poisťovne“.

Legislatívno-technická úprava.

 **44.** **V čl. II bode 2 v § 14 ods. 3** sa za slová „právne skutočnosti“ vkladajú slová „podľa osobitných predpisov,32a)“, slovo „keď“ sa nahrádza slovami „na základe ktorých“, slová „nakoľko je podľa osobitných predpisov“ sa nahrádzajú slovami „pretože je“, slovo „nakoľko“ sa nahrádza slovom „pretože“ a na konci bodu sa pripája tento text:

„Poznámka pod čiarou k odkazu 32a znie:

„32a) Napríklad zákon Národnej rady Slovenskej republiky č. 233/1995 Z. z. o súdnych exekútoroch a exekučnej činnosti (Exekučný poriadok) a o zmene a doplnení ďalších zákonov v znení neskorších predpisov, zákon č. 7/2005 Z. z. o konkurze a reštrukturalizácii a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, § 70 až 75a Obchodného zákonníka v znení neskorších predpisov.“.“.

Spresnenie ustanovenia a legislatívno-technická úprava.

 **45. V čl. II bode 2 v § 14 ods. 4** sa slovo „poisťovne“ nahrádza slovami „zdravotnej poisťovne“.

Terminologická úprava.

 **46. V čl. II na konci bodu 2** sa slová „Poznámky pod čiarou k odkazom 32a až 32c sa vypúšťajú.“ nahrádzajú týmito slovami: „Poznámka pod čiarou k odkazu 32c sa vypúšťa.“.

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na navrhovanú zmenu čl. II bodu 2 v § 14 ods. 3 a na skutočnosť, že odkaz 32b sa vyskytuje v § 61h ods. 1, 2 a 4 zákona.

**47. V čl. II bod 3** znie:

„3. V § 15 ods. 1 sa za písmeno o) vkladajú nové písmená p) a r), ktoré znejú:

„p) oznámiť ministerstvu zdravotníctva na účely výpočtu indexu rizika nákladov na zdravotnú starostlivosť údaje podľa osobitného predpisu,35aaa)

r) oznámiť úradu na účely prerozdeľovania poistného údaje podľa osobitného predpisu,35aab)“.

Doterajšie písmená p) až t) sa označujú ako písmená s) až v).

Poznámky pod čiarou k odkazom 35aaa a 35aab znejú:

„35aaa) § 28 ods. 4 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. .../2012 Z. z.

35aab) § 27 ods. 2 a § 27a ods. 2 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. .../2012 Z. z.“.“.

Zmena ustanovenia súvisí s ponechaním kompetencie ministerstva zdravotníctva uskutočňovať výpočet indexu rizika nákladov podľa navrhovanej zmeny čl. I bodu 2 § 23 ods. 9 písm. d).

**48. V čl. II sa za bod 3 vkladá nový bod 4**, ktorý znie:

„4. V § 16 sa odsek 2 dopĺňa písmenom o), ktoré znie:

„o) údaj o zaradení poistenca do farmaceuticko-nákladovej skupiny.“.

Nasledujúce body čl. II sa primerane označia.

Úpravu zaraďovania poistenca do farmaceuticko-nákladovej skupiny uvedenú v čl. I v § 27b ods. 2 a 3 je potrebné premietnuť aj v účte poistenca, ktorý vedie zdravotná poisťovňa.

**49. V čl. II bod 4** znie:

„4. V § 18 ods. 1 písm. a) sa vypúšťa ôsmy bod.

Doterajší deviaty bod sa označuje ako ôsmy bod.

Poznámka pod čiarou k odkazu 39b sa vypúšťa.“.

Vypustenie ustanovenia súvisí s ponechaním kompetencie ministerstva zdravotníctva uskutočňovať výpočet indexu rizika nákladov podľa navrhovanej zmeny čl. I bodu 2 § 23 ods. 9 písm. d).

**50. V čl. II sa za bod 4 vkladá nový bod 5,** ktorý znie:

„5. V § 18 ods. 1 sa písmeno a) dopĺňa desiatym bodom, ktorý znie:

„10. zasiela ministerstvu zdravotníctva údaje na účely výpočtu indexu rizika nákladov z centrálneho registra poistencov v rozsahu ustanovenom osobitným predpisom,39e)“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 39e znie:

„39e) § 28 ods. 8 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. .../2012 Z. z.“.“.

Nasledujúce body čl. II sa primerane označia.

Zasielanie údajov podľa čl. I  bodu 14 navrhovaného § 28 ods. 8 sa premieta do pôsobnosti Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

**51. V čl. II sa vypúšťa bod 5**.

Nasledujúce body čl. II sa primerane označia.

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na zmenu čl. II bodu 4.

**52. V čl. II bod 6** znie:

„6. V § 18 ods. 1 písmeno c) znie:

„c) vydáva zdravotným poisťovniam rozhodnutia o mesačnom prerozdeľovaní preddavkov na poistné39c) a rozhodnutia o ročnom prerozdeľovaní poistného,39d)“.“.

Spresnenie ustanovenia a úprava ustanovenia v súvislosti s ponechaním kompetencie ministerstva zdravotníctva uskutočňovať výpočet indexu rizika nákladov podľa navrhovanej zmeny čl. I bodu 2 § 23 ods. 9 písm. d).

**53. V čl. II sa za bod 6 vkladá nový bod 7**, ktorý znie:

„7. V § 18 ods. 1 sa vypúšťa písmeno k).

Doterajšie písmená l) a m) sa označujú ako písmená k) a l).“.

Nasledujúce body čl. II sa primerane označia.

Vypustenie ustanovenia v súvislosti s ponechaním kompetencie ministerstva zdravotníctva uskutočňovať výpočet indexu rizika nákladov podľa navrhovanej zmeny čl. I bodu 2 § 23 ods. 9 písm. d).

**54. V čl. II bod 7** znie:

 „7. V § 18 sa vypúšťa odsek 4.“.

Vypustenie ustanovenia súvisí s ponechaním kompetencie ministerstva zdravotníctva uskutočňovať výpočet indexu rizika nákladov podľa navrhovanej zmeny čl. I bodu 2 § 23 ods. 9 písm. d).

**55. V čl. II bode 9 v § 20 ods. 2 písm. n)** sa slovo „ukazovateľ“ nahrádza slovom „ukazovateľa“.

Gramatická úprava.

**56. V čl. II sa za bod 9 vkladá nový bod 10,** ktorý znie:

„10. V § 20 ods. 2 sa vypúšťa písmeno r).

Doterajšie písmeno s) sa označuje ako písmeno r).“.

Nasledujúce body čl. II sa primerane označia.

Doplnenie nového bodu v súvislosti s ponechaním kompetencie ministerstva zdravotníctva uskutočňovať výpočet indexu rizika nákladov podľa navrhovanej zmeny čl. I bodu 2 § 23 ods. 9 písm. d).

**57. V čl. II bod 10** znie:

„10. V § 22 ods. 10 na konci uvádzacej vety sa vypúšťa čiarka a slovo „ak“.“.

Legislatívno-technická úprava súvisiaca s navrhovaným novým znením bodu 11 – úpravou § 22 ods. 10.

 **58. V čl. II bod 11** znie:

„11. V § 22 ods. 10 sa na začiatku písmena a), písmena b) a písmena c) vkladá slovo „ak“ a odsek 10 sa dopĺňa písmenami d) a e), ktoré znejú:

„d) ak úrad neplní úlohy podľa tohto zákona,

 e) z iných závažných dôvodov, najmä v prípade konania, ktoré vyvoláva alebo je spôsobilé vyvolať pochybnosti o osobnostných, morálnych alebo odborných predpokladoch na výkon jeho funkcie.“.“.

Konkretizujú sa dôvody na odvolanie predsedu úradu navrhované v čl. II bode 10 a súčasne sa systematicky zaraďujú do taxatívneho výpočtu dôvodov ustanovených v § 22 ods. 10 zákona. Vzhľadom na zaradenie ďalších dôvodov do odseku 10 nie je potrebné doplnenie § 24 ods. 8 písm. b).

 **59. V čl. II bod 12** znie:

„12. V § 51 ods. 1 písm. b) sa slová „§ 14 ods. 2 a 9“ nahrádzajú slovami „§ 14 ods. 1 až 3“.

Legislatívno-technická úprava.

 **60. Za čl. II** sa vkladá nový čl. III, ktorý znie:

„Čl. III

Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 720/2004 Z. z., zákona č. 351/2005 Z. z., zákona č. 538/2005 Z. z., zákona č. 282/2006 Z. z., zákona č. 527/2006 Z. z., zákona č. 673/2006 Z. z., zákona č. 18/2007 Z. z., zákona č. 272/2007 Z. z., zákona č. 330/2007 Z. z., zákona č. 464/2007 Z. z., zákona č. 653/2007 Z. z., zákona č. 206/2008 Z. z., zákona č. 284/2008 Z. z., zákona č. 447/2008 Z. z., zákona č. 461/2008 Z. z., zákona č. 560/2008 Z. z., zákona č. 192/2009 Z. z., zákona č. 214/2009 Z. z., zákona č. 8/2010 Z. z., zákona č. 133/2010 Z. z., zákona č. 34/2011 Z. z., zákona č. 250/2011 Z. z., zákona č. 362/2011 Z. z., zákona č. 390/2011 Z. z. a zákona č. 512/2011 Z. z. sa mení a dopĺňa takto:

Nadpis pod § 5 „Verejná minimálna sieť“ sa umiestňuje nad § 5.

Legislatívno-technická úprava súvisiaca s navrhovaným doplnením § 5a.

V § 5 ods. 5 sa za slová „podľa odsekov 1 a 3“ vkladajú slová „a § 5a“.

Úprava splnomocňovacieho ustanovenia súvisiaca s navrhovaným doplnením § 5a.

Za § 5 sa vkladá § 5a, ktorý znie:

„§ 5a

Koncová sieť poskytovateľov je určenie poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti v rámci minimálnej siete, ktorí poskytujú ústavnú zdravotnú starostlivosť na príslušnom území.“.

Zavádza sa pojem koncová sieť poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktorí v rámci verejnej minimálnej siete poskytovateľov poskytujú špecializovanú  zdravotnú starostlivosť na príslušnom spádovom území. Koncovú sieť poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti tvoria poskytovatelia ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktorí majú pre štát strategický význam a ktorí zabezpečujú poskytovanie štátom garantovanej zdravotnej starostlivosti aj s prihliadnutím na kritérium uvedené v § 5 ods. 1 písm. d) zákona č. 578/2004 Z. z. (bezpečnosť štátu). Ide o zdravotnícke zariadenia, na ktoré má Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky operatívny dosah, na základe čoho štát dokáže garantovať činnosť týchto zdravotníckych zariadení aj v  mimoriadnych situáciách a tým zabezpečiť poskytovanie zdravotnej starostlivosti občanom.

Čl. III návrhu zákona sa primerane označí.

Vloženie nového čl. III sa premietne aj v názve zákona.

Ustanovenie o účinnosti sa upraví tak, aby nový čl. III nadobudol účinnosť 1. októbra 2012.

 **61. V čl. III** sa slová „1. júna 2012“ nahrádzajú slovami „dňom vyhlásenia“.

Navrhovaný termín účinnosti (1. jún 2012) je potrebné upraviť vzhľadom na súčasné štádium legislatívneho procesu.

**p o v e r u j e**

 spoločného spravodajcu výborov Národnej rady Slovenskej republiky, aby v súlade s § 80 ods. 2 zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 350/1996 Z. z. o rokovacom poriadku Národnej rady Slovenskej republiky v znení neskorších predpisov informoval o výsledku rokovania výborov Národnej rady Slovenskej republiky a aby odôvodnil návrh a stanovisko gestorského výboru k návrhu zákona uvedené v spoločnej správe výborov Národnej rady Slovenskej republiky na schôdzi Národnej rady Slovenskej republiky.

 **Richard R a š i**

 predseda výboru

**Emília M ü l l e r o v á**

overovateľka výboru