**Výbor**

**Národnej rady Slovenskej republiky**

**pre zdravotníctvo**

**13. schôdza** výboru

Číslo: CDR-1703/2016

**25**

**U z n e s e n i e**

**Výboru Národnej rady Slovenskej republiky**

**pre zdravotníctvo**

**z 29. novembra 2016**

k **vládnemu návrhu 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 ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony** (tlač 245) a

**Výbor Národnej rady Slovenskej republiky pre zdravotníctvo**

prerokoval vládny návrh 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 ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony (tlač 245);

1. **s ú h l a s í**

s vládnym návrhom 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 ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony (tlač 245);

**B.** **o d p o r ú č a**

**Národnej rade Slovenskej republiky**

vládny návrh 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 ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony (tlač 245) schváliť s pozmeňujúcimi a doplňujúcimi návrhmi:

1. **V čl. I , 10. bode § 7 ods. 1** sa slová „fyzická osoba, ktorej bol zverený do starostlivosti“ nahrádzajú slovami „fyzická osoba, ktorej bol poistenec podľa § 3 ods. 3 písm. j) zverený do starostlivosti“ a slová „za poistenca podľa § 3 ods. 3 písm. j)“ sa nahrádzajú slovami „za tohto poistenca“.

Ide o legislatívno-technickú úpravu; text sa štylisticky

upravuje s ohľadom na zrozumiteľnosť a jednoznačnosť.

1. **V čl. I, 14. bode § 9 ods. 2 písm. c**) sa slová „na ktorého majetok bol vyhlásený konkurz, vzhľadom na ktorý bola povolená reštrukturalizácia“ nahrádzajú slovami“ „na majetok ktorého bol vyhlásený konkurz alebo ktorému bola povolená reštrukturalizácia“

Ide o legislatívno-technickú úpravu; ustanovenie sa upravuje s ohľadom na jeho zrozumiteľnosť a jednoznačnosť.

1. **V čl. I, 15. bode § 9 ods. 7** sa v úvodnej vete na konci pripájajú slová „za poskytnutú“ a v písmenách a) až e) na začiatku sa slová „za poskytnutú“ vypúšťajú.

Ide o legislatívno-technickú úpravu; ustanovenie sa upravuje v záujme zjednotenia legislatívnej techniky.

1. **V čl. I, 19. bode § 10 odsek 6 prvá veta** a druhá veta znejú: „Po podaní žiadosti o preplatenie príslušná zdravotná poisťovňa skontroluje správnosť osobných údajov poistenca v registri poistencov a preverí, či poistenec nie je dlžníkom podľa § 25a ods. 1. Príslušná zdravotná poisťovňa preplatí poistencovi, ktorý je dlžníkom podľa § 25a ods. 1, len náklady neodkladnej starostlivosti; to neplatí, ak ide o dlžníka podľa § 9 ods. 2 písm. a) až g).“.

Navrhovaná zmena nadobudne účinnosť 1. januára 2017.

Ustanovenie sa upravuje s ohľadom na navrhovanú úpravu § 9 ods. 2.

1. **V čl. I, 19. bode § 10 ods. 6 poslednej vete** sa slová „sa nepoužije“ nahrádzajú slovami „sa nevzťahuje“.

Ide o legislatívno-technickú úpravu; ustanovenie sa upravuje s ohľadom na zaužívanú terminológiu.

1. **V čl. I, sa za 21. bod vkladá nový bod 22**, ktorý znie:

„22. V § 11 ods. 7 písm. b) sa slová „dôchodok, okrem“ nahrádzajú slovami „dôchodok podľa osobitného predpisu,31) okrem“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 31 znie:

„31) Zákon č. [461/2003 Z. z.](aspi://module='ASPI'&link='461/2003%20Z.z.'&ucin-k-dni='30.12.9999') v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 43/2004 Z. z. o starobnom dôchodkovom sporení a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.“.“.

Nasledujúce body sa primerane prečíslujú.

Navrhované zmeny a doplnenia nadobudnú účinnosť 1. januára 2017.

Do definície fyzickej osoby, za ktorú štát platí poistné na verejné zdravotné poistenie je potrebné zahrnúť aj poberateľa starobného a predčasného starobného dôchodku zo systému starobného dôchodkového sporenia.

Poistenec na účely sociálneho poistenia, ktorý je súčasne sporiteľom starobného dôchodkového sporenia, zo svojho príjmu odvádza poistné na účely dôchodkového poistenia a časť príjmu v podobe povinných príspevkov na starobné dôchodkové sporenie odvádza do dôchodkovej správcovskej spoločnosti. Následne po splnení zákonných predpokladov mu zo systému starobného dôchodkového sporenia vypláca dôchodková správcovská spoločnosť, prípadne licencovaná poisťovňa starobný alebo predčasný starobný dôchodok. Z dôvodu platenia nižšieho poistného do Sociálnej poisťovne je takémuto poistencovi – sporiteľovi pomerne krátený dôchodok zo Sociálnej poisťovne a dôchodok zo systému starobného dôchodkového sporenia mu nahrádza časť dôchodku, ktorá sa mu kráti.

V praxi môže nastať situácia, keď sporiteľ bude čerpať starobný alebo predčasný starobný dôchodok len zo systému starobného dôchodkového sporenia a dôchodok zo Sociálnej poisťovne mu (zatiaľ, resp. vôbec) vyplácaný nebude (napr. z dôvodu, že oň nepožiada). Systém starobného dôchodkového sporenia s dôchodkovým poistením spoločne tvorí ucelený základný systém dôchodkového zabezpečenia v Slovenskej republike a nie je jeho nadstavbou, či doplnkom. Preto je potrebné aj na poberateľa dôchodku z tohto systému nazerať rovnako ako na tzv. sólo poistenca – poberateľa dôchodku čisto zo Sociálnej poisťovne.

1. **V čl. I sa za 21. bod vkladajú nové body 22 až 24**, ktoré znejú:

„22. V § 13 ods. 6 sa na konci pripája táto veta: „Vymeriavací základ pre odvod poistného z tohto príjmu je najviac 60-násobok priemernej mesačnej mzdy zamestnanca v hospodárstve Slovenskej republiky zistenej štatistickým úradom za kalendárny rok, ktorý dva roky predchádza rozhodujúcemu obdobiu (ďalej len „priemerná mesačná mzda“); táto suma sa alikvotne upraví o obdobie poistenia v cudzine.“.

23. V § 13 odsek 9 znie:

„(9) Vymeriavací základ je najmenej úhrn minimálnych základov podľa odsekov 10 a 11 za všetky kalendárne mesiace rozhodujúceho obdobia, počas ktorých mal príslušný platiteľ poistného povinnosť platiť poistné.“.

24. V § 13 ods. 17 sa vypúšťa tretia veta.“.

Nasledujúce body sa primerane prečíslujú.

Navrhované zmeny a doplnenia nadobudnú účinnosť 1. januára 2017.

1. **V čl. I, 25. bode § 15 ods. 5 poslednej vete** sa slová „podľa prvej a druhej vety“ nahrádzajú slovami „podľa prvej vety alebo druhej vety“.

Ide o legislatívno-technickú úpravu; ustanovenie sa spresňuje s ohľadom na jeho vykonateľnosť.

1. **V čl. I sa za 25. bod vkladá nový bod 26**, ktorý znie:

„26. V § 16 odsek 8 znie:

„(8) Výška preddavku na poistné

1. samostatne zárobkovo činnej osoby je najmenej vo výške určenej sadzbou poistného [§ 12 ods. 1 písm. c)] z minimálneho základu podľa § 13 ods. 10 a 11,
2. poistenca podľa § 11 ods. 2 je najmenej vo výške určenej sadzbou poistného [§ 12 ods. 1 písm. e)] z minimálneho základu podľa § 13 ods. 10 a 11,
3. poistenca, ktorý má príjem z dividend vyplatených platiteľom dividend, je najviac vo výške určenej sadzbou poistného [§ 12 ods. 1 písm. g)] zo 60-násobku priemernej mesačnej mzdy.“.“.

Nasledujúce body sa primerane prečíslujú.

Navrhované zmeny a doplnenia nadobudnú účinnosť 1. januára 2017.

1. **V čl. I sa za 33. bod vkladajú nové body 34 a 35**, ktoré znejú:

„34. V § 19 ods. 1 písm. a) druhom bode sa za slovom „zamestnancom“ vypúšťa čiarka a slová „jeho príjmy podľa § 13 ods. 1 vo všetkých mesiacoch u všetkých zamestnávateľov jednotlivo a ani v úhrne nepresiahli päťnásobok priemernej mesačnej mzdy“.

35. V § 19 ods. 1 písm. a) sa vypúšťa tretí bod.“.

Nasledujúce body sa primerane prečíslujú.

Navrhované zmeny a doplnenia nadobudnú účinnosť 1. januára 2017.

1. **V čl. I, 51. bode v § 23 ods. 13** sa za slovo „obsahovať“ dopĺňajú slová „vyčíslenie preddavku na poistné a poistného podľa § 20 ods. 4 a“.

Doplnenie vyčíslenia preddavku na poistné a poistného vo výzve zdravotnej poisťovne je odôvodnené navrhovaným upustením od doručovania upovedomenia poistenca zdravotnou poisťovňou po doručení výzvy. Poistenec má právo vedieť výšku svojho dlhu voči zdravotnej poisťovni a to aj s prihliadnutím na postup zdravotnej poisťovne pri vyčíslení preddavku na poistné a poistného podľa § 20 ods. 4 (bod 40 návrhu zákona).

1. **V čl. I,  58. bode § 25 ods. 3** úvodnej vete sa za slová „Sociálnej poisťovni“ vkladajú slová „na účely vykonávania sociálneho poistenia“.

Ide o legislatívno-technickú úpravu; ustanovenie sa spresňuje v záujme jednoznačnosti a zrozumiteľnosti.

1. **V čl. I sa za 58. bod vkladá nový bod 59**, ktorý znie:

„59. § 25 sa dopĺňa odsekom 4, ktorý znie:

„(4) Zdravotná poisťovňa poskytuje orgánom podľa osobitného predpisu55a) na účely plnenia úloh podľa osobitného predpisu55b) prostredníctvom informačného systému verejnej správy55c) elektronicky

1. údaje o platiteľoch poistného podľa § 11 ods. 1 písm. a) až c) v rozsahu uvedenom v odseku 3 písm. a) až c),
2. informáciu, či má platiteľ poistného podľa § 11 ods. 1 písm. a) až c) nedoplatok na poistnom a výšku tohto nedoplatku,
3. informáciu, či platiteľ poistného podľa § 11 ods. 1 písm. c) splnil povinnosť podľa § 20 ods. 1.“.

Poznámky pod čiarou k odkazom 55a až 55c znejú:

„55a) § 5 ods. 1, § 6 ods. 1, § 7 ods. 1, § 9 ods. 1 a  § 10 ods. 1 zákona č. 292/2014 Z. z. o príspevku poskytovanom z európskych štrukturálnych a investičných fondov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

55b) § 5 ods. 2 až 4, § 6 ods. 2, § 7 ods. 2, § 9 ods. 2 a  § 10 ods. 2 zákona č. 292/2014 Z. z. v znení neskorších predpisov.

55c) § 2 ods. 1 písm. b) zákona č. 275/2006 Z. z. o informačných systémoch verejnej správy a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.“.

Nasledujúce body sa primerane prečíslujú.

Navrhované zmeny a doplnenia nadobudnú účinnosť 1. januára 2017.

Ukladá sa povinnosť zdravotným poisťovniam poskytovať zo svojich informačných systémov orgánom podľa zákona č. 292/2014 Z. z. o príspevku poskytovanom z európskych štrukturálnych a investičných fondov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov údaje potrebné pri poskytovaní nenávratného finančného príspevku v programovom období 2014-2020 na účely plnenia úloh podľa zákona č. 292/2014 Z. z. o príspevku poskytovanom z európskych štrukturálnych a investičných fondov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

1. **V čl. I, 64. bode § 29a ods. 19** úvodnej vete sa za slová „zdravotnej poisťovni“ vkladajú slová „na účely vykonávania verejného zdravotného poistenia“.

Ide o legislatívno-technickú úpravu; ustanovenie sa spresňuje v záujme jednoznačnosti a zrozumiteľnosti.

1. **V čl. I, 64. bode § 29b ods. 19 písm. a)** sa za slovami „rodné číslo“ vkladá čiarka a v písm. f) sa slová „osobné identifikačné číslo“ nahrádzajú slovami „rodné číslo“.

V písmene a) gramatická oprava a  v písmene f) terminologické spresnenie v súlade s ustanoveniami v písmenách a) až e).

1. **V čl. I, 64. bode § 29b ods. 19 písm. b)** sa slová „evidencie poznámky o uzatvorení zmluvy o poistení dôchodku, dátum evidencie poznámky o uzatvorení“ nahrádzajú slovami „povinnosti poistiteľa plniť zo zmluvy o poistení dôchodku zo starobného dôchodkového sporenia, dátum účinnosti“.

V súvislosti s tým, že štát je platiteľom poistného aj za fyzickú osobu, ktorá poberá dôchodok podľa zákona č. 43/2004 Z. z. o starobnom dôchodkovom sporení a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov je potrebné upraviť údaje, ktoré posiela Sociálna poisťovňa zdravotnej poisťovni na tento účel. Formulácia v bode 64 vládneho návrhu - § 29b ods. 19 písm. b) nezodpovedá okamihu poberania dôchodku. Je to len informácia o uzatvorení zmluvy, resp. dohody. Poberanie dôchodku z II. piliera podľa § 46g a 46h zákona o starobnom dôchodkovom sporení nastane až povinnosťou poistiteľa plniť zo zmluvy o poistení dôchodku, resp. účinnosťou dohody o vyplácaní dôchodku programovým výberom.

1. **V čl. I,  64. bode poznámka pod čiarou k odkazu 51e** znie:

„51e) Zákon č. 43/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.“.

Legislatívno-technická úprava súvisiaca s navrhovaným doplnením poznámky pod čiarou k odkazu 31 v bode 1 tohto pozmeňovacieho návrhu.

Navrhované zmeny a doplnenia nadobudnú účinnosť 1. januára 2017.

1. **V čl. I sa za 64. bod vkladá nový bod 65**, ktorý znie:

„65. V § 38b ods. 9 v druhej vete sa slová „podľa § 13 ods. 9 písm. b)“ nahrádzajú slovami „najviac v sume 60-násobku priemernej mesačnej mzdy; táto suma sa alikvotne upraví o obdobie poistenia v cudzine“ a v tretej vete sa slová „podľa § 13 ods. 9 písm. b)“ nahrádzajú slovami „podľa § 13 ods. 9“.“.

Nasledovné body sa primerane prečíslujú.

Navrhované zmeny a doplnenia nadobudnú účinnosť 1. januára 2017.

1. **V čl. I,  66. bode** (§ 38eh) sa slovo „38eg“ nahrádza slovom „38eh“ a slovo „38eh“ sa nahrádza slovom „38ei“.

Ide o legislatívno-technickú úpravu; v nadväznosti na čl. II zákona č. 286/2016 Z. z., ktorým sa novelizuje zákon č. 580/2004 Z. z., sa označenie ustanovenia preznačuje, keďže cit. novela obsahuje ustanovenie s identickým označením.

1. **V čl. I, 66. bode sa § 38eh dopĺňa odsekom 3,** ktorý znie:

„(3) Od 1. januára 2017 do 31. decembra 2017 je sadzba poistného pre štát 3,78% z vymeriavacieho základu.“.

Navrhuje sa znížiť sadzbu poistného pre štát v roku 2017 o 70 166 312 eur z dôvodu pozitívneho vplyvu príjmov od ekonomicky aktívnych osôb vo verejnom zdravotnom poistení v sume 82 286 000 eur. Uvedené usporené finančné prostriedky za poistencov štátu budú v rovnakom objeme navýšené v kapitole Ministerstva zdravotníctva SR za účelom kapitálových výdavkov na rekonštrukcie a nákup zdravotníckej techniky nemocníc. V nadväznosti na uvedené sa navrhuje znížiť platba štátu plynúca do verejného zdravotného poistenia o  sumu 70 166 312 eur s celkovým zvýšením príjmov určených na zdravotnú starostlivosť o 12 119 688 eur.

Navrhované doplnenie nadobudne účinnosť 1. januára 2017.

1. **V čl. I, 66. bod § 38eh sa dopĺňa odsekmi 3 a 4**, ktoré znejú:

„(3) Ak zdravotná poisťovňa zaslala poistencovi výzvu a nezaslala mu upovedomenie podľa § 23 ods. 13 pred 1. januárom 2017, je povinná poistencovi zaslať upovedomenie podľa § 23 ods. 13 v znení účinnom do 31. decembra 2016.

(4) Ak samostatne zárobkovo činná osoba alebo platiteľ poistného podľa § 11 ods. 2 nepredložil príslušnej zdravotnej poisťovni podklady potrebné na správny výpočet preddavku na poistné a poistného a príslušná zdravotná poisťovňa nevyčíslila preddavok na poistné a poistné do 31. decembra 2016 podľa § 20 ods. 5 v znení účinnom do 31. decembra 2016, zdravotná poisťovňa pri vyčíslení preddavku na poistnom a poistného postupuje podľa § 20 ods. 4 druhej vety tohto zákona v znení účinnom od 1. januára 2017.“.

Doplnenie prechodných ustanovení v záujme plynulého prechodu na novú právnu úpravu.

Vzhľadom na to, že výzva podľa doterajších predpisov neobsahuje vyčíslenie dlžného poistného, je potrebné aby zdravotná poisťovňa, ktorá zaslala výzvu poistencovi pred účinnosťou navrhovanej právnej úpravy, mu zaslala upovedomenie podľa doterajších predpisov v záujme informovania poistenca o výške dlžného poistného.

Navrhuje sa, aby navrhovaná výhodnejšia úprava § 20 ods. 4 (bod 40 návrhu zákona) sa vzťahovala aj na samostatne zárobkovo činnú osobu a platiteľa poistného podľa § 11 ods. 2, ktorým zdravotná poisťovňa nevyčíslila preddavok na poistné a poistné do 31. decembra 2016.

Navrhované doplnenia nadobudnú účinnosť 1. januára 2017.

1. **V čl. I, 66. bode sa § 38eh dopĺňa odsekmi 3 a 4**, ktoré znejú:

„(3) Pri ročnom zúčtovaní poistného za rok 2016 zdravotná poisťovňa postupuje podľa § 19 ods. 1 tohto zákona v znení účinnom do 31. decembra 2016.

(4) Vymeriavací základ podľa § 13 ods. 9 tohto zákona v znení účinnom od 1. januára 2017 sa použije prvýkrát pri ročnom zúčtovaní poistného za rok 2017.“.

Navrhované zmeny a doplnenia nadobudnú účinnosť 1. januára 2017.

Systém verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike je v plnej miere postavený na princípoch solidarity; princíp solidarity je charakteristickou črtou európskeho zdravotníctva. Účastníci systému odvádzajú poistné v závislosti od výšky svojich príjmov a bez ohľadu na to, či zo systému čerpajú alebo nie; pri samotnom čerpaní (poskytovanie zdravotnej starostlivosti) nie je podstatná výška príspevku osoby do systému; nárok na poskytovanie zdravotnej starostlivosti je rovnaký u každého účastníka.

Zdravotná starostlivosť sa preto poskytuje všetkým poistencom rovnako, bez ohľadu výšky plateného poistného a spotreby zdravotnej starostlivosti (solidarita medzi zdravými a chorými, medzi ekonomicky aktívnymi a ekonomicky neaktívnymi občanmi). K vyššiemu stupňu solidarity dochádza medzi zdravotnými poisťovňami podľa ich štruktúry poistencov (prerozdeľovací systém).

Práve existencia maximálneho vymeriavacieho základu však spôsobuje, že s rastom príjmov nad úroveň 5-násobku priemernej mesačnej mzdy dochádza k zníženiu solidarity pri odvode poistného. Paradoxne práve vyššie príjmové skupiny obyvateľstva na základe existencie maximálneho vymeriavacieho základu solidarizujú v nižšej miere, než ostatní účastníci systému verejného zdravotného poistenia.

V hypotetickom prípade osoby s 10-násobkom priemernej mesačnej mzdy dochádza k solidarizácii iba na úrovni 50% z príjmov oproti osobe, ktorej príjem 5-násobok priemernej mesačnej mzdy. A aj v absolútnom peňažnom vyjadrení dochádza k situácii, kedy výška odvodu týchto dvoch osôb je rovnaká, napriek skutočnosti, že jedna z nich má príjmy v dvojnásobnej výške.

Preto sa navrhuje zrušiť maximálny vymeriavací základ, čím sa zabezpečí vyšší stupeň solidarity všetkých skupín osôb zúčastnených na systéme verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike. V súvislosti s navrhovanou zmenou možno očakávať nárast zdrojov v systéme, pričom tento nárast nepôjde na ťarchu nízkopríjmových skupín a strednej vrstvy.

Pre dividendy, ktoré vznikli v účtovnom období od 1. 1. 2011 do 31. 12. 2012 sa v záujme kontinuity s predošlým stavom zachováva sadzba 10 % (resp. 5 % pre osoby so zdravotným postihnutím) a doterajší strop, t. j. 60-násobok priemernej mesačnej mzdy. Zrušenie maximálneho vymeriavacieho základu sa nebude vzťahovať ani na dividendy, ktoré vznikli v účtovnom období od 1.1. 2013 do 31. 12.2016 a budú vyplatené kedykoľvek v budúcnosti, nakoľko pre tieto sa zachováva doterajší strop, t. j. 60-násobok priemernej mesačnej mzdy. Uvedený režim zavedenia čiastkového stropu pre tento druh príjmov vychádza aj z jeho osobitného charakteru – tieto príjmy nie sú predmetom dane z príjmov, avšak naďalej budú vstupovať  do vymeriavacieho základu pre odvod poistného na verejné zdravotné poistenie. Pri zachovaní väzby na zákon o dani z príjmov pri ostatných príjmoch, vstupujúcich do vymeriavacieho základu pre odvod poistného, pre ktoré sa navrhuje zrušiť maximálny vymeriavací základ sa javí ako účelné (aj z pohľadu podpory obchodovania na kapitálových trhoch) pre tento druh príjmu čiastkový maximálny vymeriavací základ zachovať.

1. **V čl. III sa za 1. bod vkladajú nové body 2 až 5,** ktoré znejú:

„2. § 79 ods. 1 písmeno zb) znie:

„zb)  zasielať v elektronickej forme centru pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín,55c) ak ide o poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti, údaje o

1. poskytnutej zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia osobe podľa zoznamu zdravotných výkonov pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín (§ 79 ods. 10) kódovaných podľa pravidiel kódovania chorôb a pravidiel kódovania zdravotných výkonov (§ 79 ods. 12) do 31. marca kalendárneho roka za predchádzajúci kalendárny rok a jej rodné číslo; ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, bezvýznamové identifikačné číslo,
2. poskytnutej zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia osobe podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb55ca) kódovaných podľa pravidiel kódovania chorôb a pravidiel kódovania zdravotných výkonov (§ 79 ods. 12) do 31. marca kalendárneho roka za predchádzajúci kalendárny rok a jej rodné číslo; ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, bezvýznamové identifikačné číslo,
3. nákladoch na poskytnutú zdravotnú starostlivosť uhrádzanú na základe verejného zdravotného poistenia do 30. apríla kalendárneho roka za predchádzajúci kalendárny rok,“.

3. V § 79 sa odsek 1 dopĺňa písmenami al) a am), ktoré znejú:

„al) vykazovať zdravotnej poisťovni poskytnutú zdravotnú starostlivosť uhrádzanú na základe verejného zdravotného poistenia podľa zoznamu zdravotných výkonov pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín (§ 79 ods. 10) kódovaných podľa pravidiel kódovania chorôb a pravidiel kódovania zdravotných výkonov (§ 79 ods. 12),

am) uhradiť poskytovateľovi, ktorý je držiteľom povolenia na prevádzkovanie zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, náklady na zdravotné výkony uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia, ak ich osobe poskytol držiteľ povolenia na prevádzkovanie zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek počas ústavnej zdravotnej starostlivosti uhrádzanej podľa klasifikačného systému diagnosticko-terapeutických skupín podľa osobitného predpisu.55jar)“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 55jar znie:

„55jar) § 8c ods. 3 zákona č. 581/2004 Z. z. v znení zákona č. ..../2016 Z. z.“.

4. V § 79 ods. 3 písm. c) sa slová „písm. zb) a zk)“ nahrádzajú slovami „písm. zb), zk), al) a am)“.

5. V § 82 ods. 1 písm. b) sa za slová „aa) až ae)“ vkladá čiarka a slová „al) a am)“.“.

Nasledujúce body sa primerane prečíslujú .

Nové body 2 až 5 nadobúdajú účinnosť 1. januára 2017.

V rámci zabezpečenia údajov na účely klasifikačného systému diagnosticko-terapeutických skupín sa dopĺňa do povinností poskytovateľa oznamovať centru pre klasifikačný systém aj údaj o rodnom čísle osoby, ktorej sa poskytuje zdravotná starostlivosť v ústavnom zdravotníckom zariadení.

V záujme úspešnej implementácie DRG sa navrhuje zaviesť exaktnú povinnosť pre poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti vykazovať zdravotnej poisťovni poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súlade s pravidlami kódovania chorôb a zdravotných výkonov (výnos zo 17. decembra 2015 č. 09467/2015, ktorým sa ustanovujú pravidlá kódovania chorôb a pravidlá kódovania zdravotných výkonov) a v súlade so Zoznamom zdravotných výkonov pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín (vyhláška, MZ SR č. 337/2013 Z. z., ktorou sa ustanovuje zoznam zdravotných výkonov pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín) tak, aby vykázaná zdravotná starostlivosť mohla byť použitá ako podklad pre úhradu zdravotnej starostlivosti prostredníctvom klasifikačného systému podľa diagnosticko-terapeutických skupín.

Zdravotná poisťovňa a poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktorý je držiteľom povolenia na prevádzkovanie všeobecnej nemocnice alebo povolenia na prevádzkovanie špecializovanej nemocnice, v zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti dohodnú aj spôsob vykazovania ústavnej zdravotnej starostlivosti tak, aby vykázaná zdravotná starostlivosť mohla byť použitá ako podklad pre určenie nákladov zdravotnej poisťovne na zdravotnú starostlivosť pri úhrade zdravotnej starostlivosti prostredníctvom klasifikačného systému diagnosticko-terapeutických skupín.

Úhrada za DRG skupinu zahŕňa všetky náklady, ktoré súvisia s poskytnutím zdravotnej starostlivosti hospitalizovanému poistencovi príslušnej zdravotnej poisťovne u poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti, ako aj náklady na zdravotnú starostlivosť poskytovanú v zariadení spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v súvislosti so zdravotnou starostlivosťou hradenou systémom DRG. Ak nemocnica zabezpečuje SVLZ vyšetrenia prostredníctvom iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, uhrádza mu priamo tieto náklady samotná nemocnica, preto sa navrhuje doplniť povinnosť pre poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti uhradiť zariadeniu zdravotné výkony SVLZ uhradené príslušnou zdravotnou poisťovňou osoby, ktorej boli poskytnuté.

V § 79 ods. 3 písm. c) sa dopĺňa, že navrhované povinnosti sa vzťahujú len na poskytovateľa, ktorý je držiteľom povolenia na prevádzkovanie všeobecnej nemocnice alebo povolenia na prevádzkovanie špecializovanej nemocnice a ktorý má so zdravotnou poisťovňou uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

V § 82 sa navrhuje nové povinnosti premietnuť do ustanovenia o pokutách.

1. **Za čl. III sa vkladá nový čl. IV**, ktorý znie:

„Čl. IV

Zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 719/2004 Z. z., zákona č. 353/2005 Z. z., zákona č. 538/2005 Z. z., zákona č. 660/2005 Z. z., zákona č. 25/2006 Z. z., zákona č. 282/2006 Z. z., zákona č. 522/2006 Z. z., zákona č. 12/2007 Z. z., zákona č. 215/2007 Z. z., zákona č. 309/2007 Z. z., zákona č. 330/2007 Z. z., zákona č. 358/2007 Z. z., zákona č. 530/2007 Z. z., zákona č. 594/2007 Z. z., zákona č. 232/2008 Z. z., zákona č. 297/2008 Z. z., zákona č. 461/2008 Z. z., zákona č. 581/2008 Z. z., zákona č. 192/2009 Z. z., zákona č. 533/2009 Z. z., zákona č. 121/2010 Z. z., zákona č. 34/2011 Z. z., nálezu Ústavného súdu Slovenskej republiky č. 79/2011 Z. z., zákona č. 97/2011 Z. z., zákona č. 133/2011 Z. z., zákona č. 250/2011 Z. z., zákona č. 362/2011 Z. z., zákona č. 547/2011 Z. z.,  zákona č. 185/2012 Z. z., zákona č. 313/2012 Z. z., zákona č. 421/2012 Z. z., zákona č. 41/2013 Z. z., zákona č. 153/2013 Z. z., zákona č. 220/2013 Z. z., zákona č. 338/2013 Z. z., zákona č. 352/2013 Z. z., zákona č. 185/2014 Z. z., zákona č. 77/2015 Z. z., zákona č.140/2015 Z. z., zákona č. 265/2015 Z. z., zákona č. 429/2015 Z. z., zákona č. 91/2016 Z. z., zákona č.125/2016 Z. z. a zákona č. 286/2016 Z. z. sa mení a dopĺňa takto:

1. V § 7 ods. 9 písm. c) sa na konci pripájajú tieto slová: „ak nie je v písmene e) ustanovené inak,“.
2. V § 7 sa odsek 9 dopĺňa písmenami e) a f), ktoré znejú:

„e) spôsob určenia výšky úhrady za poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť24aaa) podľa klasifikačného systému diagnosticko-terapeutických skupín (ďalej len „klasifikačný systém“) (§ 8c) na základe metodického usmernenia úradu o podrobnostiach klasifikačného systému podľa § 20 ods. 2 písm. q), ak sa zdravotná poisťovňa dohodla s poskytovateľom ústavnej zdravotnej starostlivosti24aab) na úhrade ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa klasifikačného systému (§ 8c),

f) dohoda o  úhrade zdravotných výkonov poskytovaných poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorý je držiteľom povolenia na prevádzkovanie zariadenia spoločných vyšetrovacích a  liečebných zložiek24aac) (ďalej len „zariadenie spoločných zložiek“), poskytovateľovi ústavnej zdravotnej starostlivosti alebo zariadeniu spoločných zložiek, ak sa zdravotná poisťovňa dohodla s poskytovateľom ústavnej zdravotnej starostlivosti na úhrade ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa klasifikačného systému (§ 8c).“.

Poznámky pod čiarou k odkazom 24aaa až 24aac znejú:

„24aaa) § 9 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

24aab) § 7 ods. 4 zákona č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

24aac) § 7 ods. 3 písm. f) zákona č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších

predpisov.“.

1. V § 8 ods. 1 sa slová „[§ 7 ods. 9 písm. c)]“ nahrádzajú slovami „[§ 7 ods. 9 písm. c) alebo písm. e)]“.
2. Za § 8b sa vkladá § 8c, ktorý vrátane nadpisu znie:

„§ 8c

Úhrada zdravotnej starostlivosti podľa klasifikačného systému

1. Úhrada podľa klasifikačného systému zahŕňa každú poskytnutú zdravotnú starostlivosť alebo službu súvisiacu s poskytovaním zdravotnej starostlivosti27f)poistencovi príslušnej zdravotnej poisťovne v rozsahu podľa osobitného predpisu58ce) odo dňa jeho prijatia do ústavnej zdravotnej starostlivosti  do dňa  jeho prepustenia z ústavnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „hospitalizačný prípad“).

Zdravotná poisťovňa uhrádza poskytovateľovi ústavnej zdravotnej starostlivosti náklady na hospitalizačný prípad, ak

zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti obsahuje náležitosti podľa § 7 ods. 9 písm. e) a f),

počítačový program zdravotnej poisťovne má osvedčenú zhodu podľa § 20ca ods. 11.

1. Príslušná zdravotná poisťovňa uhrádza zdravotné výkony poskytnuté poistencovi zariadením spoločných zložiek počas poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivostihradenej podľa klasifikačného systému poskytovateľovi ústavnej starostlivosti, kde úhrada za zdravotné výkony zariadenia spoločných zložiek je zahrnutá v celkovej úhrade za poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť, alebo zariadeniu spoločných zložiek v závislosti od dohody o úhrade podľa § 7 ods. 9 písm. f).

(4) Ak príslušná zdravotná poisťovňa uhradila zdravotné výkony poskytnuté poistencovi zariadením spoločných zložiek počas poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivostihradenej podľa klasifikačného systému, poskytovateľovi ústavnej zdravotnej starostlivosti a súčasne aj zariadeniu spoločných zložiek, má právo na vrátenie úhrady voči poskytovateľovi ústavnej zdravotnej starostlivosti.

(5) Lehota na splatnosť úhrady podľa § 8 ods. 2 platí rovnako.“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 27f znie:

„27f) § 13 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.“.

1. V § 9 sa odsek 6 dopĺňa písmenom d), ktoré znie:

„d) vykazovanie zdravotnej starostlivosti uhrádzanej podľa klasifikačného systému.“.

1. V § 20 ods. 1 písmeno m) znie:

„m) je centrom pre klasifikačný systém (§ 20b),“.

1. V § 20 ods. 2 sa za písmeno p) vkladá nové písmeno q), ktoré znie:

„q) metodické usmernenia úradu o podrobnostiach klasifikačného systému; najneskôr do 30. septembra kalendárneho roka zverejní na nasledujúci kalendárny rok

1. definičnú príručku, ktorá obsahuje klasifikačný systém s uvedením grafického znázornenia všetkých zaraďovacích algoritmov a k nim prislúchajúcich logických výrazov a tabuliek,
2. katalóg prípadových paušálov, ktorý obsahuje zoznam jednotlivých diagnosticko-terapeutických skupín,
3. parametre hospitalizačného prípadu,
4. metodiku výpočtu základnej sadzby a zoznam základných sadzieb,
5. podrobnosti o osvedčovaní zhody počítačového programu s definičnou príručkou (ďalej len „osvedčovanie zhody“).“.

Doterajšie písmeno q) sa označuje ako písmeno r).

1. V § 20b ods. 1 písm. a) sa vypúšťajú slová „diagnosticko-terapeutických skupín (ďalej len „klasifikačný systém“)“.
2. V § 20b sa odsek 1 dopĺňa písmenami o) až r), ktoré znejú:

„o) vydáva osvedčenia o zhode počítačového programu s definičnou príručkou (ďalej len „osvedčenie zhody“),

p) dočasne pozastavuje platnosť osvedčenia o zhode,

q) zrušuje platnosť osvedčenia o zhode,

r) overuje správnosť zaradenia hospitalizačného prípadu do diagnosticko-terapeutickej skupiny na žiadosť zdravotnej poisťovne alebo poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti.“.

1. Za § 20c sa vkladá § 20ca, ktorý vrátane nadpisu znie:

„§ 20ca

Osvedčovanie zhody

* 1. Osvedčovanie zhody vykonáva centrum pre klasifikačný systém na základe žiadosti výrobcu počítačového programu, zdravotnej poisťovne alebo poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „žiadateľ o osvedčenie zhody“).
  2. Žiadosť podľa odseku 1 obsahuje

a) obchodné meno, sídlo alebo miesto podnikania, identifikačné číslo, email a telefónne číslo a údaje o bankovom účte žiadateľa o osvedčenie zhody vrátane medzinárodného bankového čísla účtu a medzinárodného kódu banky žiadateľa o osvedčenie zhody,

b) titul, meno, priezvisko, názov funkcie, telefónne číslo a email povereného zástupcu žiadateľa o osvedčenie zhody,

c) dátum a podpis osoby alebo osôb, ktoré sú štatutárnym orgánom žiadateľa o osvedčenie zhody,

d) názov a označenie verzie počítačového programu,

e) obchodné meno, sídlo alebo miesto podnikania a identifikačné číslo výrobcu počítačového programu, ak výrobca počítačového programu nie je žiadateľom o osvedčenie zhody.

* 1. Žiadateľ o osvedčenie zhody je povinný  spolu so žiadosťou podľa odseku 2 predložiť centru pre klasifikačný systém

1. výpis z obchodného registra nie starší ako tri mesiace, ak je žiadateľ o osvedčenie zhody zapísaný v obchodnom registri,
2. technickú dokumentáciu,
3. počítačový program.
   1. Žiadosť sa považuje za úplnú, ak obsahuje náležitosti podľa odsekov 2 a 3. Ak žiadosť nie je úplná, centrum pre klasifikačný systém vyzve žiadateľa o osvedčenie zhody, aby žiadosť najneskôr do 15 dní od doručenia výzvy doplnil. Ak žiadateľ o osvedčenie zhody žiadosť do 15 dní odo dňa doručenia výzvy nedoplní, centrum pre klasifikačný systém konanie zastaví.
   2. Súčasťou osvedčovania zhody je testovanie počítačového programu v spolupráci s povereným zástupcom žiadateľa o osvedčenie zhody. Centrum pre klasifikačný systém do desiatich dní od prijatia žiadosti určí termín testovania, zašle žiadateľovi o osvedčenie zhody podklady na prípravu a vykonanie testovania a počítačovému programu pridelí jednoznačný identifikátor počítačového programu.
   3. Pri testovaní počítačového programu sa zisťuje, či počítačový program prijíma súbor vo formáte určenom v podrobnostiach o osvedčení zhody [§ 20 ods. 2 písm. q) piaty bod] a vstupné parametre podľa odseku 7 a odovzdáva súbor vo formáte určenom v podrobnostiach o osvedčení zhody [§ 20 ods. 2 písm. q) piaty bod] a výstupné parametre podľa odseku 8.
   4. Počítačový program musí spracovať vstupné parametre v poradí
4. číslo hospitalizačného prípadu,
5. dátum narodenia,
6. vek v rokoch,
7. vek v dňoch,
8. hmotnosť,
9. pohlavie,
10. druh prijatia,
11. dôvod prijatia,
12. dôvod prepustenia,
13. dátum prijatia,
14. dátum prepustenia,
15. dĺžka ošetrovacej doby v dňoch,
16. dĺžka umelej pľúcnej ventilácie v hodinách,
17. kód hlavnej choroby a kód vedľajšej choroby
18. lokalizácia hlavnej choroby a lokalizácia vedľajšej choroby,
19. kód zdravotného výkonu,
20. lokalizácia zdravotného výkonu,
21. dátum vykonania zdravotného výkonu,
22. kód oddelenia,
23. dátum prijatia na oddelenie,
24. dátum prepustenia z oddelenia.
    1. Súbor výstupných dát musí obsahovať výstupné parametre v poradí
25. identifikačné číslo hospitalizačného prípadu,
26. hlavná diagnostická skupina,
27. stupeň klinickej závažnosti hospitalizačného prípadu,
28. zaradenie hospitalizačného prípadu do konkrétnej diagnosticko-terapeutickej skupiny klasifikačného systému,
29. stav zaradenia hospitalizačného prípadu počítačovým programom,
30. chybové hlásenie,
31. relatívna váha,
32. efektívna relatívna váha,
33. vek použitý pre zaraďovanie,
34. dĺžka ošetrovacej doby použitej pre zaraďovanie.
    1. Výstup z testovania vo výstupných parametroch podľa odseku 8 musí byť najmenej v 97% zhode s definičnou príručkou zverejnenou centrom pre klasifikačný systém podľa § 20 ods. 2 písm. q) prvého bodu.
    2. Po overení výsledkov testovania centrum pre klasifikačný systém vystaví žiadateľovi o osvedčenie zhody správu o chybách, ktorá obsahuje percento zhody overených výsledkov a podrobnú správu o chybách.
    3. Centrum pre klasifikačný systém vydá osvedčenie o zhode do 30 dní od doručenia žiadosti, ak počítačový program spĺňa požiadavky na osvedčenie zhody podľa odsekov 7 až 9, inak žiadosť zamietne.
    4. Proti rozhodnutiu o zamietnutí žiadosti podľa odseku 11 má žiadateľ o osvedčenie zhody právo podať odvolanie do 15 dní od doručenia rozhodnutia o zamietnutí žiadosti o osvedčenie zhody. O odvolaní proti rozhodnutiu centra pre klasifikačný systém o zamietnutí žiadosti rozhoduje predseda úradu. Rozhodnutie odvolacieho orgánu je preskúmateľné súdom.
    5. Centrum pre klasifikačný systém dočasne pozastaví platnosť osvedčenia o zhode počítačového programu, ak zistí, že počítačový program preukázateľne prestal spĺňať požiadavky na osvedčenie zhody podľa odsekov 7 až 9, najdlhšie na 90 dní a v rozhodnutí o dočasnom pozastavení platnosti osvedčenia o zhode uloží výrobcovi počítačového programu, zdravotnej poisťovni alebo poskytovateľovi ústavnej zdravotnej starostlivosti povinnosť (ďalej len „držiteľ osvedčenia“) odstrániť zistené nedostatky. Odvolanie proti rozhodnutiu o dočasnom pozastavení platnosti osvedčenia o zhode nemá odkladný účinok.
    6. Centrum pre klasifikačný systém zruší platnosť osvedčenia o zhode, ak držiteľ osvedčenia v lehote určenej v rozhodnutí o dočasnom pozastavení platnosti osvedčenia o zhode podľa odseku 13 neodstráni zistené nedostatky. Odvolanie proti rozhodnutiu o zrušení platnosti osvedčenia o zhode nemá odkladný účinok.
    7. Ak centrum pre klasifikačný systém vydá definičnú príručku podľa § 20 ods. 2 písm. q) prvého bodu, ktorá obsahuje zmenu oproti predchádzajúcej definičnej príručke, ktorá môže mať vplyv na zaradenie hospitalizačného prípadu do správnej diagnosticko-terapeutickej skupiny, držiteľ osvedčenia do 30. novembra kalendárneho roka požiada centrum pre klasifikačný systém o nové osvedčenie zhody.
    8. Centrum pre klasifikačný systém zverejňuje a aktualizuje na webovom sídle úradu zoznam vydaných osvedčení o zhode, zoznam osvedčení o zhode, ktorých platnosť bola dočasne pozastavená a zoznam osvedčení o zhode, ktorých platnosť bola zrušená.
    9. Na osvedčovanie zhody sa nevzťahujú ustanovenia osobitného predpisu o posudzovaní zhody.41f)“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 41f znie:

„41f) Zákon č. 264/1999 Z. z. o technických požiadavkách na výrobky a o posudzovaní zhody a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.“.“.

1. Za § 86o sa vkladá § 86p, ktorý vrátane nadpisu znie:

„§ 86p

Prechodné ustanovenia k úpravám účinným od 1. januára 2017

(1) V roku 2017 je zdravotná poisťovňa povinná uhrádzať poskytovateľovi ústavnej zdravotnej starostlivosti najmenej 20 % úhrady za poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť podľa klasifikačného systému, ak sa v zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti dohodli na úhrade ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa klasifikačného systému.

(2) Podmienku podľa § 8c ods. 2 písm. b) musí zdravotná poisťovňa splniť najneskôr do 30. júna 2017.“.

Nasledujúci článok sa primerane prečísluje.

Nový čl. IV nadobúda účinnosť 1. januára 2017 okrem 4. bodu § 8c ods. 2 písm. b) a  9. bodu § 20b ods. 1 písm. r), ktoré nadobudnú účinnosť 1. júla 2017, čo sa premietne do ustanovenia o účinnosti.

.

V prípade zdravotnej starostlivosti hradenej systémom DRG nie je možné výšku úhrady zdravotnej starostlivosti stanoviť v zmluve vopred pre všetky hospitalizačné prípady, t.j. formou uvádzania jednotkových nominálnych cien ukončených hospitalizácií resp. osobitne hradených výkonov (ako je tomu v súčasnosti), nakoľko v prostredí systému DRG výška úhrady bude pre jednotlivé hospitalizačné prípady určovaná post hoc v závislosti od ich efektívneho casemixu, základnej sadzby a v súlade s príslušnými pravidlami prislúchajúcimi k systému DRG.

Zdravotná poisťovňa uhrádza poskytovateľovi ústavnej zdravotnej starostlivosti úhradu za zdravotnú starostlivosť podľa klasifikačného systému, spôsobom dohodnutým s poskytovateľom v zmluve.

Úhrada za DRG skupinu zahŕňa všetky náklady, ktoré súvisia s poskytnutím zdravotnej starostlivosti hospitalizovanému poistencovi príslušnej zdravotnej poisťovne u poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti aj náklady na zdravotnú starostlivosť poskytovanú v zariadení spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v súvislosti so zdravotnou starostlivosťou hradenou systémom DRG. Ak nemocnica zabezpečuje SVLZ vyšetrenia prostredníctvom iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, uhrádza mu priamo tieto náklady samotná nemocnica, preto sa navrhuje doplniť povinnosť pre poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti uhradiť zariadeniu zdravotné výkony SVLZ uhradené príslušnou zdravotnou poisťovňou osoby, ktorej boli poskytnuté v § 7 ods. 9 písm. f).

Vzhľadom na to, že výška úhrady za zdravotnú starostlivosť, ak ide o zdravotnú starostlivosť uhrádzanú systémom DRG nie je možné určiť podľa doterajších predpisov, v § 8 ods.1 sa navrhuje, aby súčasná formulácia neplatila na úhradu ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa klasifikačného systému. V § 8c sa navrhuje definovať základné pojmy klasifikačného systému.

Klasifikačný systém je vo svete považovaný za najobjektívnejší, najtransparentnejší a najspravodlivejší systém financovania nemocníc. DRG systém meria a vyhodnocuje produkciu nemocníc. Meria ako efektívne nemocnice využívajú diagnostiku, liečbu a svoje služby. Výkonnostne orientovaná platba je finančná odplata poskytovateľovi za celkovú liečbu súvisiacu s konkrétnou hospitalizáciou. To znamená, že nemocnica (lôžkové zdravotnícke zariadenie) nedostáva platbu za jednotlivé čiastkové výkony súvisiace s liečbou alebo platbu za hospitalizáciu na oddelení, ale dostáva platbu za celý hospitalizačný prípad, ktorá odráža klinickú a ekonomickú náročnosť porovnateľných prípadov s dôrazom na efektivitu a nie je odvodená od nákladov jednotlivej konkrétnej nemocnice.

Zároveň sa navrhuje, aby zdravotná poisťovňa si dohodla komu zaplatí náklady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek.

Do ustanovenia § 9 sa do kontrolnej činnosti zdravotnej poisťovni navrhuje doplniť aj kontrola vykazovania zdravotnej starostlivosti uhrádzanej podľa klasifikačného systému.

Navrhuje sa do pôsobnosti úradu doplniť vydávanie podrobností o klasifikačnom systéme v úradnom vestníku v záujme jednotnosti pravidiel.

Taktiež sa navrhuje do pôsobnosti centra pre klasifikačný systém doplniť právomoc overovania zhody počítačového programu s definičnou príručkou. Účelom je vytvoriť vopred známe a transparentné pravidlá tohto procesu, aby sa eliminovali, prípadne minimalizovali pochybnosti o správnosti výstupov certifikovaných grouperov.

Pre rok 2017 sa ustanovuje povinnosť úhrady podľa klasifikačného systému vo výške 20% z celkovej úhrady za poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť.

1. **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.

**Štefan Z e l n í k**

predseda výboru

**Jozef V a l o c k ý**

overovateľ výboru