**Výbor**

**Národnej rady Slovenskej republiky**

**pre zdravotníctvo**

**31. schôdza** výboru

Číslo: CDR-1840/2017

**79**

**U z n e s e n i e**

**Výboru Národnej rady Slovenskej republiky**

**pre zdravotníctvo**

**z 28. novembra 2017**

k **vládnemu návrhu zákona, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony** (tlač 707) a

**Výbor Národnej rady Slovenskej republiky pre zdravotníctvo**

prerokoval vládny návrh zákona, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony (tlač 707);

1. **s ú h l a s í**

s vládnym návrhom zákona, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony (tlač 707);

**B.** **o d p o r ú č a**

**Národnej rade Slovenskej republiky**

vládny návrh zákona, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony (tlač 707) schváliť s pozmeňujúcimi a doplňujúcimi návrhmi:

**K čl. I**

1. **V čl. I sa za bod 1 vkladajú nové body 2 a 3, ktoré znejú:**

„2. § 2 sa dopĺňa odsekom 33, ktorý znie:

„(33) Doplnkové ordinačné hodiny sú nepretržitý časový úsek, ktorý si môže určiť nad rámec ordinačných hodín za podmienok podľa § 2a poskytovateľ, ktorý má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti so zdravotnou poisťovňou 2b) a v ktorom poskytuje ambulantnú starostlivosť za podmienok podľa § 2a osobám, ktoré sú poistencami tejto zdravotnej poisťovne a sú objednané na vyšetrenie prostredníctvom informačného systému na objednávanie osôb.“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 2b znie:

„2b) § 7 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.“.

1. Za § 2 sa vkladá § 2a, ktorý vrátane nadpisu znie:

„§ 2a

Doplnkové ordinačné hodiny

(1) Doplnkové ordinačné hodiny musia byť určené tak, aby

a) ich rozsah za kalendárny týždeň nepresiahol 30% schválených ordinačných hodín v kalendárnom týždni,

b) počet osôb vyšetrených počas doplnkových ordinačných hodín v kalendárnom mesiaci nepresiahol 30% z celkového počtu osôb vyšetrených v predchádzajúcom kalendárnom mesiaci,

c) v pracovný deň

1. začínali najskôr od 13. hodiny a trvali nepretržite až do konca pracovnej doby, alebo

2. začínali kedykoľvek, ak v tento deň nie sú určené ordinačné hodiny a nejde o poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti.

(2) Zdravotná starostlivosť počas doplnkových ordinačných hodín sa poskytuje osobe najneskôr do 20 dní po objednaní sa prostredníctvom informačného systému na objednávanie osôb prevádzkovaného národným centrom zdravotníckych informácií alebo informačného systému na objednávanie osôb, ktorý má overenie zhody,2c) pričom takéto objednanie sa osoby sa považuje za preukázateľný súhlas tejto osoby s podmienkami úhrady zdravotnej starostlivosti poskytovanej počas doplnkových ordinačných hodín uhrádzanej podľa odseku 3.

(3) Zdravotnú starostlivosť poskytovanú počas doplnkových ordinačných hodín uhrádza osoba podľa cenníka všetkých zdravotných výkonov, ktoré poskytuje poskytovateľ. Úhrada osoby za poskytnutú zdravotnú starostlivosť počas doplnkových ordinačných hodín za jednu návštevu nemôže presiahnuť 30 eur.

(4) Doplnkové ordinačné hodiny nemožno určiť, ak

1. rozsah ordinačných hodín bez doplnkových ordinačných hodín je za týždeň menší ako 30 hodín,
2. ide o ambulantnú pohotovostnú službu,
3. ide o poskytovanie zubnolekárskej zdravotnej starostlivosti,
4. poskytovateľ ambulantnej zdravotnej starostlivosti nie je registrovaný v informačnom systéme na objednávanie osôb prevádzkovaného národným centrom zdravotníckych informácií.
5. Na vyšetrenie v doplnkových ordinačných hodinách poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti môže byť objednaná a v doplnkových ordinačných hodinách poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti môže byť vyšetrená len osoba, ktorá má s týmto poskytovateľom uzatvorenú dohodu o poskytovaní všeobecnej ambulantnej starostlivosti podľa § 12 ods. 7.
6. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, ktorý má určené doplnkové ordinačné hodiny, musí spolu s ordinačnými hodinami umiestniť na viditeľnom mieste aj nápis „DOPLNKOVÉ ORDINAČNÉ HODINY“ pre doplnkové ordinačné hodiny.“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 2c znie:

„2c) § 11 zákona č. 153/2013 Z. z. o národnom zdravotníckom informačnom systéme a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.”.

Tento bod (§2 ods. 33, § 2a) nadobúda účinnosť 1. mája 2018.

Nasledujúce body sa primerane prečíslujú.

V odseku 33 sa definuje pojem „doplnkové ordinačné hodiny“. Rozsah doplnkových ordinačných hodín schvaľuje poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti samosprávny kraj, príslušný podľa miesta prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia. Počas ordinačných hodín poskytuje poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, ktorý má uzatvorenú zmluvu so zdravotnou poisťovňou ošetrovanej osoby zdravotnú starostlivosť, ktorá je úplne alebo čiastočne hradená z verejného zdravotného poistenia. Ak má poskytovateľ zdravotnej starostlivosti záujem, môže požiadať príslušný samosprávny kraj o schválenie doplnkových ordinačných hodín. Doplnkové ordinačné hodiny sú určené na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ktoré nie je hradené z verejného zdravotného poistenia, napriek tomu, že sa poskytuje poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorý má uzatvorenú zmluvu so zdravotnou poisťovňou osoby. Zdravotná starostlivosť počas doplnkových ordinačných hodín sa poskytuje výlučne na základe žiadosti osoby, teda slobodného presvedčenia a rozhodnutia samotnej osoby, že za poskytovanie zdravotnej starostlivosti uhradí osoba vo výške určenej cenníkom zdravotných výkonov poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

V § 2a sa ustanovujú podrobnosti o doplnkových ordinačných hodinách, spôsob akým môžu byť určené a spôsob úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorá sa poskytuje počas doplnkových ordinačných hodín. S cieľom zamedziť prípadnému uprednostňovaniu „platiacich“ pacientov napríklad pred pacientmi, ktorých stav si vyžaduje neodkladnú zdravotnú starostlivosť (pacienti s akútnymi resp. bolestivými stavmi), navrhuje sa v tejto súvislosti explicitne stanoviť, že čas určený pre doplnkové ordinačné hodiny môže tvoriť najviac 30% určených ordinačných hodín týždenne. Navrhuje sa, že začiatok doplnkových ordinačných hodín v pracovných dňoch môže byť stanovený najskôr od od 13. hodiny. Navrhovanou úpravou sa zároveň umožňuje určiť doplnkové ordinačné hodiny aj v priebehu celého pracovného dňa. Počet osôb vyšetrených počas doplnkových ordinačných hodín u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v príslušnom kalendárnom mesiaci nesmie presiahnuť 30% z celkového počtu osôb vyšetrených v predchádzajúcom kalendárnom mesiaci u toho istého poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti môže poskytovať zdravotnú starostlivosť počas doplnkových ordinačných hodín najneskôr do 20 dní po objednaní sa informačného systému na objednávanie osôb. Zároveň sa ustanovuje, že takéto objednanie sa osoby sa považuje za preukázateľný súhlas tejto osoby s podmienkami úhrady zdravotnej starostlivosti poskytovanej počas doplnkových ordinačných hodín. Zdravotná starostlivosť poskytovaná počas doplnkových ordinačných hodín alebo domáca starostlivosť na žiadosť osoby mimo doplnkových ordinačných hodín sa uhrádza podľa cenníka všetkých zdravotných výkonov, ktorý je poskytovateľ zdravotnej starostlivosti povinný zverejniť na dostupnom mieste. Vymedzuje sa, že doplnkové ordinačné hodiny nemožno určiť ak je rozsah ordinačných hodín bez doplnkových ordinačných hodín za týždeň menší ako 30 hodín, ďalej ich nemožno určiť v rámci poskytovania ambulantnej pohotovostnej služby a v rámci poskytovania ambulantnej zubno-lekárskej zdravotnej starostlivosti.

Zároveň sa ustanovuje povinnosť poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, ktorý má určené doplnkové ordinačné hodiny, že musí na viditeľnom mieste umiestniť ordinačné hodiny spolu s viditeľnou informáciou „DOPLNKOVÉ ORDINAČNÉ HODINY“ pre doplnkové ordinačné hodiny, čím sa zaistí jednoznačnosť, že pacient si poskytovanie zdravotnej starostlivosti uhrádza priamou úhradou v takej výške, ktorú má poskytovateľ zdravotnej starostlivosti uvedenú v cenníku všetkých zdravotných výkonov. Zároveň sa určuje, že výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť počas doplnkových ordinačných hodín za jednu návštevu nemôže presiahnuť 30 eur. **Tieto body nadobúdajú účinnosť 1. mája 2018.**

1. **V čl. I sa za bod 1 vkladá nový bod 2**, ktorý znie:

„2. V § 4 ods. 3 druhej vete sa na konci pripájajú tieto slová: „a v súlade so štandardnými postupmi na výkon prevencie, štandardnými diagnostickými postupmi a štandardnými terapeutickými postupmi pri zohľadnení individuálneho stavu pacienta.“.

Nasledujúce body sa primerane prečíslujú.

Navrhuje sa správnosť poskytovania zdravotnej starostlivosti viazať na štandardné postupy na výkon prevencie, štandardné diagnostické a štandardné terapeutické postupy pri zohľadnení individuálneho stavu pacienta. V praxi nie je možné vylúčiť prípady, ak si individuálny stav pacienta vyžaduje odlišný postup než je stanovený v schválenom postupe. Takýto odlišný postup by mal mať oporu v prístupe založenom na dôkazoch, prípadne v klinickom konzíliu alebo expertnom odporúčaní a mal by byť zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii. Ustanovenie sa dopĺňa aj o štandardné postupy na výkon prevencie nakoľko zdravotná starostlivosť zahŕňa aj prevenciu.

1. **V čl. I bod 2** znie:

„2. V § 4 ods. 6 sa za slová „a sociálnej kurately4ab)” vkladajú slová „(ďalej len „zariadenie sociálnej pomoci“) a slová „so štandardnými ošetrovateľskými postupmi“ sa nahrádzajú slovami „v súlade so štandardnými postupmi na výkon prevencie, štandardnými diagnostickými postupmi a štandardnými terapeutickými postupmi “.“.

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na navrhovanú

úpravu § 4 ods. 3.

1. **V čl. I sa za bod 7 vkladá nový bod 8, ktorý znie:**

„8. V § 8 sa odsek 5 dopĺňa písmenom f), ktoré znie:

„f) na poskytnutie špecializovanej ambulantnej starostlivosti v doplnkových ordinačných hodinách alebo v rámci domácej starostlivosti na žiadosť osobypodľa § 8 ods. 10.“.“.

Tento bod (§8 ods. 5 písm. f)) nadobúda účinnosť 1. mája 2018.

Nasledujúce body sa primerane prečíslujú.

Dopĺňa sa nové písmeno, ktoré ustanovuje, že na poskytnutie špecializovanej ambulantnej starostlivosti v doplnkových ordinačných hodinách alebo v rámci domácej starostlivosti na žiadosť osoby sa nevyžaduje odporúčanie všeobecného lekára. Tento bod nadobúda účinnosť 1. mája 2018**.**

1. **V čl. I bode 11 úvodná veta** znie:„§ 8 sa dopĺňa odsekmi 9 a 10, ktoré znejú:” a dopĺňa sa odsekom 10, ktorý znie:

„(10) Poskytovateľ ambulantnej starostlivosti môže na žiadosť osoby poskytovať domácu starostlivosť mimo ordinačných hodín, ktorú osoba uhrádza podľa cenníka všetkých zdravotných výkonov.”.

§8 ods. 10 v tomto bode nadobúda účinnosť 1. mája 2018.

Umožňuje sa lekárom vykonávať domácu starostlivosť na žiadosť osoby. Túto zdravotnú starostlivosť možno vykonávať aj mimo ordinačných hodín, ak sa lekár rozhodne pre svojich pacientov takúto starostlivosť poskytovať. Táto možnosť je ponechaná výlučne na slobodnom rozhodnutí lekára, pričom za poskytnutie domácej starostlivosti pacient uhradí lekárovi sumu podľa cenníka zdravotných výkonov. § 8 ods. 10 v tomto bode nadobúda účinnosť 1. mája 2018.

1. **V čl. I sa za bod 11 vkladá nový bod 12, ktorý znie:**

„12. V § 8a ods. 2 časť vety za bodkočiarkou znie:

„pri poskytovaní návštevnej služby nesmie byť zo strany organizátora prerušené poskytovanie pevnej ambulantnej pohotovostnej služby v ambulancii pevnej ambulantnej pohotovostnej služby.“.“.

Nasledujúce body sa primerane prečíslujú.

Z dôvodu jednoznačnosti sa precizuje ustanovenie týkajúce sa poskytovania pevnej ambulantnej pohotovostnej služby formou návštevnej služby v domácom prostredí alebo v inom prirodzenom prostredí osoby, ktorej sa pevná ambulantná pohotovostná služba poskytuje. Touto úpravou sa má zabezpečiť, aby organizátor, v prípade, že sa rozhodne poskytovať pevnú ambulantnú pohotovostnú službu aj formou návštevnej služby, poskytoval pevnú ambulantnú pohotovostnú službu ďalším lekárom.

**V čl. I, bode 15 § 10a ods. 3**  sa slová „ak zariadenie“ nahrádzajú slovami „ak každé z týchto zariadení“, za slovom „starostlivosti“ sa vkladá čiarka a slová „so zariadením“ sa nahrádzajú slovami „s každým z týchto zariadení“.

Ide o legislatívno-technickú úpravu; ustanovenie sa spresňuje vo väzbe na ustanovené podmienky.

**V čl. I, bode 15 § 10a ods. 6** sa vypúšťa slovo „zmluvnom“.

Ide o legislatívno-technickú úpravu; z ustanovenia sa vypúšťa v kontexte predmetného ustanovenia nadbytočné slovo.

**V čl. I, bode 15 § 10a ods. 7** sa vypúšťa slovo „zmluvnom“, za slovom „pomoci“ sa vkladajú slová „podľa odseku 3“ a slová „vzor návrhu zodpovednej osoby o potrebe“ sa nahrádza slovami „vzor návrhu zodpovednej osoby na indikáciu“.

Ide o legislatívno-technickú úpravu; z ustanovenia sa vypúšťajú v kontexte predmetného ustanovenia nadbytočné slová a zároveň sa upravuje gramaticky.

1. **V čl. I sa za bod 16 vkladá nový bod 17, ktorý znie:**

„17. § 19 sa dopĺňa odsekom 7, ktorý znie:

„(7) Ak sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť v doplnkových ordinačných hodinách alebo ako domáca starostlivosť na žiadosť osoby mimo ordinačných hodín, zdravotná dokumentácia osoby musí obsahovať aj zápis, v ktorom sa uvedie poučenie osoby v čase poskytnutia zdravotnej starostlivosti, že ide o zdravotnú starostlivosť uhrádzanú touto osobou podľa cenníka všetkých zdravotných výkonov, ktoré poskytuje poskytovateľ, výška úhrady za poskytnutie tejto zdravotnej starostlivosti a poučenie o možnosti poskytnutia zdravotnej starostlivosti uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia mimo doplnkových ordinačných hodín. Tento zápis musí osoba potvrdiť ošetrujúcemu zdravotníckemu pracovníkovi svojim podpisom.“.“.

Tento bod (§ 19 ods. 7) nadobúda účinnosť 1. mája 2018.

Nasledujúce body sa primerane prečíslujú.

Vzhľadom na to, že poskytnutie zdravotnej starostlivosti počas doplnkových ordinačných hodín alebo domáca starostlivosť na žiadosť osoby mimo ordinačných hodín sa uskutočňuje na základe žiadosti pacienta, zdravotná dokumentácia osoby musí obsahovať aj zápis, v ktorom sa uvedie poučenie osoby v čase poskytnutia zdravotnej starostlivosti, že ide o ňou uhrádzanú zdravotnú starostlivosť, výška úhrady za poskytnutie tejto zdravotnej starostlivosti a poučenie o možnosti poskytnutia zdravotnej starostlivosti uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia mimo doplnkových ordinačných hodín. Tento zápis musí osoba potvrdiť ošetrujúcemu zdravotníckemu pracovníkovi svojim podpisom. **Tento bod nadobúda účinnosť 1. mája 2018.**

1. **V čl. I sa za bod 22 vkladá nový bod 23**, ktorý znie:

„23. V § 45 ods. 1 písmeno c) znie:

„c) vydáva štandardné postupy na výkon prevencie, štandardné diagnostické postupy a štandardné terapeutické postupy a uverejňuje ich na svojom webovom sídle,“.“.

Nasledujúce body sa primerane prečíslujú.

Ide o spresnenie pôsobnosti Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky v nadväznosti na úpravu správneho poskytovania zdravotnej starostlivosti. Uverejňovanie štandardných preventívnych, štandardných diagnostických a štandardných terapeutických postupov zabezpečí ich všeobecnú dostupnosť – ich sprístupnenie nielen poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, zdravotníckym pracovníkom, Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, ale aj osobám, ktorým sa zdravotná starostlivosť poskytuje.

1. **V čl. I sa za bod 23 vkladá nový bod 24,** ktorý znie:

„24. V § 46 ods. 1 písm. m) sa za slovo „hodiny“ vkladajú slová „a doplnkové ordinačné hodiny,“.

Tento bod [doplnenie § 46 ods. 1 písm. m)] nadobúda účinnosť 1. mája 2018.

Nasledujúce body sa primerane prečíslujú.

Rovnako ako ordinačné hodiny zdravotníckych zariadení, v ktorých sa poskytuje ambulantná zdravotná starostlivosť, aj doplnkové ordinačné hodiny schvaľuje a potvrdzuje príslušný samosprávny kraj, ktorý vykonáva prenesený výkon miestnej štátnej správy na úseku zdravotníctva v príslušnom samosprávnom kraji. **Tento bod nadobúda účinnosť 1. mája 2018.**

**K čl. II**

1. **V čl. II sa na začiatku (za úvodnú vetu) vkladá nový bod 1, ktorý znie:**

„1. § 3 ods. 2 sa slovo „Na“ nahrádza slovami „Ak tento zákon alebo osobitný predpis8a) neustanovuje inak, na“.“

Poznámka pod čiarou k odkazu 8a znie:

„8a) § 2a, § 6 ods. 13, §8 ods. 10, §19 ods. 7 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. .../2017 Z. z.“.

Tento bod (doplnenie § 3 ods. 2) nadobúda účinnosť 1. mája 2018.

Nasledujúce body sa primerane prečíslujú.

Legislatívno-technická úprava v súvislosti so zadefinovaním doplnkových ordinačných hodín a domácej starostlivosti na žiadosť osoby a spôsobom úhrad za takéto poskytovanie zdravotnej starostlivosti, úhrad za lieky, úhrad za zdravotnícke potreby a úhrad za dietetické potraviny, ak ich počas doplnkových ordinačných hodín indikoval lekár poskytovateľa, ktorý má uzatvorenú zmluvu so zdravotnou poisťovňou a majú sa vykonať u iného zmluvného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. **Tento bod nadobúda účinnosť 1. mája 2018.**

1. **V čl. II sa za bod 1 vkladá nový bod 2, ktorý znie:**

„2. § 3 sa dopĺňa odsekmi 16 a 17, ktoré znejú:

„(16) Ak zdravotné výkony boli poskytnuté počas doplnkových ordinačných hodín11i) alebo pri domácej starostlivosti na žiadosť osoby11j)neuhrádzajú sa na základe verejného zdravotného poistenia; to sa nevzťahuje na zdravotné výkony neodkladnej zdravotnej starostlivosti.

(17) Na základe verejného zdravotného poistenia sa zdravotné výkony uhrádzajú podľa odsekov 2 až 4, 9, 11 a 15 a § 7, ak ich indikoval počas doplnkových ordinačných hodín lekár poskytovateľa, ktorý má uzatvorenú zmluvu so zdravotnou poisťovňou podľa osobitného predpisu30) (ďalej len „zmluvný poskytovateľ“) a majú sa vykonať u iného zmluvného poskytovateľa mimo doplnkových ordinačných hodín.“

Poznámky pod čiarou k odkazom 11i a 11j znejú:

„11i) § 2 ods. 33 zákona č. 576/2004 Z. z.

11j) § 8 ods. 10 zákona č. 576/2004 Z. z.“.

Tento bod (§ 3 ods. 16 a 17) nadobúda účinnosť 1. mája 2018.

Nasledujúce body sa primerane prečíslujú.

Ustanovuje sa, že zdravotné výkony poskytnuté počas doplnkových ordinačných hodín a pri domácej starostlivosti na žiadosť osobysa neuhrádzajú sa na základe verejného zdravotného poistenia. Z dôvodu jednoznačnosti sa určuje, že sa to netýka zdravotných výkonov neodkladnej zdravotnej starostlivosti.

Navrhuje sa, aby bolo v zákone explicitne určené, že lieky, zdravotnícke pomôcky, dietetické potraviny a zdravotné výkony, ktoré indikoval lekár, ktorý ma uzatvorenú zmluvu so zdravotnou poisťovňou osoby, ktorej sa poskytuje zdravotná starostlivosť počas doplnkových ordinačných hodín, sú hradené obvyklým spôsobom podľa platných právnych predpisov. Tento bod nadobúda účinnosť 1. mája 2018.

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

„3. V § 44 ods. 1 sa na konci bodka nahrádza čiarkou a pripájajú sa tieto slová:

„ak tento zákon neustanovuje inak.“.

Tento bod (doplnenie § 44 ods. 1) nadobúda účinnosť 1. mája 2018.

Nasledujúce body sa primerane prečíslujú.

Legislatívno-technická úprava v súvislosti so zadefinovaním doplnkových ordinačných hodín, domácej starostlivosti na základe žiadosti osoby a spôsobom úhrad za poskytovanie takejto zdravotnej starostlivosti, úhrad za lieky, úhrad za zdravotnícke potreby a úhrad za dietetické potraviny, ak ich počas doplnkových ordinačných hodín indikoval lekár poskytovateľa, ktorý má uzatvorenú zmluvu so zdravotnou poisťovňou a majú sa vykonať u iného zmluvného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. **Tento bod nadobúda účinnosť 1. mája 2018.**

1. **V Čl. II sa za bod 2 vkladajú nové body 3 až 6**, ktoré znejú:

„3. V § 38 ods. 8 sa písmeno c) dopĺňa siedmym bodom, ktorý znie:

„7. nositeľ ocenenia najmenej zlatej Janského plakety,“.

4. V § 38 ods. 8 sa písmeno d) dopĺňa tretím bodom, ktorý znie:

„3. nositeľ ocenenia najmenej zlatej Janského plakety,“.

5. V § 38 ods. 8 písmeno e) znie:

„e) podľa odseku 3 písm. e) je oslobodený:

1. poistenec, ktorý je držiteľom preukazu občana s ťažkým zdravotným postihnutím, ak pri výdaji zdravotníckej pomôcky preukáže, že má príslušným orgánom priznaný peňažný príspevok na kompenzáciu zvýšených výdavkov podľa osobitného predpisu,27)
2. nositeľ ocenenia najmenej zlatej Janského plakety,“.

6. V § 38 ods. 8 sa písmeno g) dopĺňa piatym bodom, ktorý znie:

„5. nositeľ ocenenia najmenej zlatej Janského plakety,“.“.

Nasledujúci bod sa primerane prečísluje.

Určuje sa, že nositelia ocenenia najmenej zlatej Janského plakety sú oslobodení od povinnosti úhrady za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, konkrétne sa služby týkajúce sa:

* spracúvania údajov zistených pri poskytovaní ambulantnej starostlivosti v rámci zubno-lekárskej pohotovostnej služby, ambulantnej pohotovostnej služby a ústavnej pohotovostnej služby,
* štatistické spracúvanie lekárskeho predpisu súvisiace s vydaním liekov alebo dietetických potravín predpísaných na jednom lekárskom predpise,
* štatistické spracúvanie lekárskeho poukazu súvisiace s vydaním zdravotníckych pomôcok predpísaných na jednom lekárskom poukaze,
* dopravu.

**K čl. III**

1. **V čl. III, bode 5, § 79 ods. 1 písm. w)** sa v prvom bode na konci pripájajú tieto slová: „alebo poskytovateľa špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti,“.

Precizovanie povinnosti v súvislosti s rozšírením okruhu lekárov, ktorí budú môcť vykonať prehliadku mŕtveho tela.

1. **V čl. III sa za bod 5 vkladá nový bod 6, ktorý znie:**

„6. V § 79 ods. 1 písmeno y) znie:

„y) uzatvoriť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s príslušnou zdravotnou poisťovňou

1. ak ide o poskytovateľa všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ktorý má uzatvorenú dohodu o poskytovaní všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti najmenej s jedným poistencom zdravotnej poisťovne a poskytuje zdravotnú starostlivosť plne uhrádzanú alebo čiastočne uhrádzanú na základe verejného zdravotného poistenia,

2. pre každú ambulanciu pevnej ambulantnej pohotovostnej služby a pre každú ambulanciu doplnkovej ambulantnej pohotovostnej služby, ak ide o organizátora alebo

3. ak ide o poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktorý poskytuje urgentnú zdravotnú starostlivosť na urgentnom príjme 1.typu alebo na urgentnom príjme 2. typu,“.“.

Nasledujúce body sa primerane prečíslujú.

Precizuje sa povinnosť poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, upravuje sa kontraktačná povinnosť medzi poskytovateľom ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktorý poskytuje urgentnú zdravotnú starostlivosť na urgentnom príjme 1.typu alebo na urgentnom príjme 2. typu a zdravotnou poisťovňou.

1. **V čl. III sa za bod 5 vkladá nový bod 6, ktorý znie:**

„6. V § 79 ods. 1 písmeno za) znie:

„za) ak ide o zdravotnícke zariadenie, v ktorom sa poskytuje ambulantná zdravotná starostlivosť, umiestniť na viditeľnom mieste ordinačné hodiny schválené a potvrdené samosprávnym krajom a doplnkové ordinačné hodiny schválené a potvrdené samosprávnym krajom, ak sú určené a označiť doplnkové ordinačné hodiny nápisom „DOPLNKOVÉ ORDINAČNÉ HODINY“ a schválené ordinačné hodiny a doplnkové ordinačné hodiny dodržiavať; povinnosť dodržiavať doplnkové ordinačné hodiny neplatí v čase, v ktorom poskytovateľ nemá objednaných pacientov,“.

Tento bod (§ 79 ods. 1 písm. za)) nadobúda účinnosť 1. mája 2018.

Nasledujúce body sa primerane prečíslujú.

Precizuje sa povinnosť poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v súvislosti s novou možnosťou poskytovať zdravotnú starostlivosť za plnú úhradu mimo ordinačných hodín. Ak chce poskytovateľ zdravotnej starostlivosti umožniť pacientom objednanie na vyšetrenie za plnú úhradu, bude povinný mať schválené aj doplnkové ordinačné hodiny. Ustanovuje sa v rámci tejto povinnosti aj osobitné označenie „DOPLNKOVÉ ORDINAČNÉ HODINY“. Po nadobudnutí účinnosti tohto zákona bude môcť požadovať poskytovateľ zdravotnej starostlivosti úhradu od pacienta za takéto poskytnutie zdravotnej starostlivosti až vtedy, keď bude mať denné ordinačné hodiny a doplnkové ordinačné hodiny schválené príslušným samosprávnym krajom. Tento bod nadobúda účinnosť 1. mája 2018.

1. **V čl. III sa za bod 8 vkladá nový bod 9,** ktorý znie:

„9. § 79 ods. 1 sa za písmeno ap) vkladá písmeno as), ktoré znie:

„as) poskytovať pevnú ambulantnú pohotovostnú službu v ambulancii pevnej ambulantnej pohotovostnej služby v čase od 16. do 22. hodiny v pracovných dňoch a v čase od 7. do 22. hodiny v dňoch pracovného pokoja, ak ide o organizátora; to neplatí ak organizátor nezabezpečil poskytovanie pevnej ambulantnej pohotovostnej služby podľa osobitného predpisu,55jav)“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 55jav znie:

„55jav) § 8a ods. 6 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. 257/2017 Z. z.“.“.

Nasledujúce body sa primerane prečíslujú.

Z dôvodu jednoznačnosti sa ustanovuje povinnosť pre organizátora poskytovať pevnú ambulantnú pohotovostnú službu v ambulancii pevnej ambulantnej pohotovostnej služby v čase od 16. do 22. hodiny v pracovných dňoch a v čase od 7. do 22. hodiny v dňoch pracovného pokoja. . Touto úpravou sa má zabezpečiť, aby organizátor, v prípade, že sa rozhodne poskytovať pevnú ambulantnú pohotovostnú službu aj formou návštevnej služby, poskytoval pevnú ambulantnú pohotovostnú službu ďalším lekárom. Zároveň ustanovujeme výnimku, kedy organizátor nemusí dodržať túto povinnosť ak úplne nezabezpečil poskytovanie pevnej ambulantnej pohotovostnej služby, v takomto prípade sa naňho vzťahujú sankcie vo forme zníženej úhrady od poisťovní.

1. **V čl. III sa za bod 8 vkladajú nové body 9 a 10, ktoré znejú:**

„9. V § 79 ods. 1 písm. ap) sa za slová „35 ordinačných hodín55jat)“ vkladajú slová „bez doplnkových ordinačných hodín55jav)“.“

Poznámka pod čiarou k odkazu 55jav znie:

„55jav) § 2 ods. 33 zákona č. 576/2004 Z. z.“.“.

1. V § 79 sa odsek 1 dopĺňa písmenami as) až av), ktoré znejú:

„as) umožniť pacientom, ak má určené doplnkové ordinačné hodiny, objednanie sa na vyšetrenie počas doplnkových ordinačných hodín prostredníctvom národného informačného systému na objednávanie osôb prevádzkovaného národným centrom zdravotníckych informácií alebo informačného systému na objednávanie osôb, ktorý má overenie zhody,55e)

at) poskytnúť pacientovi zdravotnú starostlivosť počas doplnkových ordinačných hodín najneskôr do 20 dní od objednania sa pacienta prostredníctvom informačného systému na objednávanie osôb prevádzkovaného národným centrom zdravotníckych informácií alebo informačného systému na objednávanie osôb, ktorý má overenie zhody,55e) ak ide o poskytovateľa, ktorý má určené doplnkové ordinačné hodiny,

au) poskytnúť pacientovi zdravotnú starostlivosť na základe odporúčania všeobecného lekára počas ordinačných hodín najneskôr do 20 dní od objednania sa prostredníctvom informačného systému na objednávanie osôb prevádzkovaného národným centrom zdravotníckych informácií alebo informačného systému na objednávanie osôb, ktorý má overenie zhody,55e) ak ide o poskytovateľa špecializovanej ambulantnej starostlivosti, ktorý má určené doplnkové ordinačné hodiny,

av) do 20. dňa kalendárneho mesiaca oznamovať v elektronickej podobe zdravotnej poisťovni poistenca, ktorému bola poskytnutá zdravotná starostlivosť v predchádzajúcom mesiaci počas doplnkových ordinačných hodín alebo v rámci domácej starostlivosti na žiadosť osoby podľa osobitného predpisu,55jaw) informáciu o tomto poistencovi v rozsahu v rozsahu meno, priezvisko a rodné číslo, ak ho má poistenec pridelené, alebo bezvýznamové identifikačné číslo, alebo osobné identifikačné číslo poistenca iného členského štátu s bydliskom v Slovenskej republike a výkonoch, ktoré mu boli poskytnuté za predchádzajúci kalendárny mesiac.“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 55jaw znie:

„55jaw) § 8 ods. 10 zákona č. 576/2004 Z. z.“.“.

Tento bod [doplnenie § 79 ods. 1 písm. ap), § 79 ods. 1 písm. as) až av)] nadobúda účinnosť 1. mája 2018.

Nasledujúce body sa primerane prečíslujú.

K bodu 9: Precizuje sa povinnosť všeobecného lekára poskytovať ambulantnú zdravotnú starostlivosť 35 hodín týždenne s ohľadom na zavedenie doplnkových ordinačných hodín.

K bodu 10:V písmene as) sa ukladá poskytovateľovi, ktorý má určené doplnkové ordinačné hodiny, povinnosť umožniť pacientom objednať sa na vyšetrenie v rámci doplnkových ordinačných hodín prostredníctvom národného informačného systému na objednávanie osôb prevádzkovaného národným centrom zdravotníckych informácií alebo informačného systému na objednávanie osôb, ktorý má overenie zhody. Cieľom je zabezpečiť kontrolu a dozor nad objednávaním sa pacientov.

V písmene at) sa poskytovateľovi špecializovanej ambulantnej starostlivosti, ktorý má určené doplnkové ordinačné hodiny zároveň ukladá povinnosť poskytovať zdravotnú starostlivosť počas ordinačných hodín najneskôr do 20 dní po objednaní sa informačného systému na objednávanie osôb tomu, kto potrebuje takúto špecializovanú zdravotnú starostlivosť na základe odporúčania všeobecného lekára, čím sa má zabrániť neželanému odsúvaniu pacienta, ktorý má odporúčanie všeobecného lekára do doplnkových ordinačných hodín.

V písmene au) sa ukladá poskytovateľovi povinnosť do 20. dňa kalendárneho mesiaca za predchádzajúci kalendárny mesiac oznamovať v elektronickej podobe zdravotnej poisťovni poistenca, ktorému bola poskytnutá zdravotná starostlivosť počas doplnkových ordinačných hodín informáciu o poistencovi a výkonoch, ktoré mu boli poskytnuté za predchádzajúci kalendárny mesiac počas doplnkových ordinačných hodín. Ak osoba, ktorej bola poskytnutá zdravotná starostlivosť, nie je poistencom žiadnej zdravotnej poisťovne, poskytovateľ oznámi túto informáciu zdravotnej poisťovni s najvyšším počtom poistencov. Táto povinnosť sa nevzťahuje na takého poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorý neposkytuje zdravotnú starostlivosť počas doplnkových ordinačných hodín. **Tieto body nadobúdajú účinnosť 1. mája 2018.**

1. **V čl. III sa za bod 10 vkladá nový bod 11,** ktorý znie:

„11. § 80ab sa dopĺňa odsekom 4, ktorý znie:

„(4) Základná zložka mzdy60aab) sestry [§ 27 ods. 1 písm. d)], ktorá získala odbornú spôsobilosť na výkon povolania sestry nadobudnutím vysokoškolského vzdelania I. stupňa v študijnom odbore ošetrovateľstvo a II. stupňa v študijnom odbore ošetrovateľstvo, odbornú spôsobilosť na výkon špecializovaných činností v špecializačnom odbore podľa osobitného predpisu60aab) a vykonáva najmenej 5 rokov prax v tomto špecializačnom odbore v pracovnom pomere na ustanovený týždenný pracovný čas v zdravotníckom zariadení podľa § 7 ods. 2 u poskytovateľa, ktorý prevádzkuje zariadenie ústavnej zdravotnej starostlivosti, je najmenej 1,00 -násobok priemernej mesačnej mzdy zamestnanca v hospodárstve Slovenskej republiky zistenej Štatistickým úradom Slovenskej republiky za kalendárny rok, ktorý dva roky predchádza kalendárnemu roku, v ktorom sa priznáva základná zložka mzdy.“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 60aab) znie:

„60aab) Nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností v znení neskorších predpisov.“.“.

Tento bod (§ 80ab ods. 4) nadobúda účinnosť 1. júla 2018.

Nasledujúce body sa primerane prečíslujú.

Rozširuje sa ustanovenia o odmeňovaní niektorých zdravotníckych pracovníkov umožňujúci diferencované mzdové ohodnotenie sestier podľa dosiahnutého vzdelania a rozsahu pracovných činností. Sestry získavajú vyššie úrovne vzdelania, čím sa vytvára odborný potenciál pre rozšírenie výkonu rozsahov praxe sestry podľa dosiahnutého vzdelania. Vytvorenie širších rozsahov praxe so sebou prináša aj zvýšenie zodpovednosti pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti, čo by sa malo odzrkadliť v mzdovom ohodnotení sestry. Tento bod nadobúda účinnosť 1. júla 2018.

1. **V čl. III bod 11 znie:**

„11. V § 81 ods. 1 písm. a) sa za slová „okrem § 79 ods. 1 písm. g),“ vkladá slovo „w),“ a slová „an) a ap)“ sa nahrádzajú slovami „an), ap) a as)“.“.

Touto úpravou sa vypúšťa kompetencia Ministerstva zdravotníctva vykonávať dozor nad dodržiavaním povinnosti organizátora poskytovať pevnú ambulantnú pohotovostnú službu v ambulancii pevnej ambulantnej pohotovostnej služby v čase od 16. do 22. hodiny v pracovných dňoch a v čase od 7. do 22. hodiny v dňoch pracovného pokoja.

1. **V čl. III sa za bod 11 vkladá nový bod 12, ktorý znie:**

„12. V § 81 ods. 1 písm. g) sa slová „an) a ap)“ nahrádzajú slovami „an), ap) a as)“.“.

Nasledujúce body sa primerane prečíslujú.

Touto úpravou sa dáva kompetencia príslušnému samosprávnemu kraju vykonávať dozor nad dodržiavaním povinnosti organizátora poskytovať pevnú ambulantnú pohotovostnú službu v ambulancii pevnej ambulantnej pohotovostnej služby v čase od 16. do 22. hodiny v pracovných dňoch a v čase od 7. do 22. hodiny v dňoch pracovného pokoja.

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

„13. V § 82 ods. 10 sa slová „§ 79 ods. 1 písm. ap)“ nahrádzajú slovami „§ 79 ods. 1 písm. ap) a as)“.“.

Nasledujúce body sa primerane prečíslujú.

Touto úpravou sa navrhuje sankcia poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, ak ide o organizátora, za nedodržanie povinnosti poskytovať pevnú ambulantnú pohotovostnú službu v ambulancii pevnej ambulantnej pohotovostnej služby v čase od 16. do 22. hodiny v pracovných dňoch a v čase od 7. do 22. hodiny v dňoch pracovného pokoja.

1. **V čl. III sa za bod 13 vkladajú nové body 14 až 17**, ktoré znejú:

„14. V § 81 ods. 1 písm. g) sa spojka „a“ za slovami „ah), an)“ nahrádza čiarkou a slová „a ap).“ sa nahrádzajú slovami „ap), as) až av).“.

15. V § 82 ods. 10 sa slová „§ 79 ods. 1 písm. ah) a an)“ nahrádzajú slovami „§ 79 ods. 1 písm. ah), an), as) až av).“.

16. V § 82 ods. 13 sa dopĺňa písmenom c), ktoré znie:

„c) odseku 14 a 15 poskytovateľovi, ak mu bola za porušenie týchto povinností počas predchádzajúcich dvanástich mesiacov viac ako dva razy právoplatne uložená pokuta.“.

1. V § 82 sa za odsek 13 vkladajú nové odseky 14 a 15, ktoré znejú:

„(14) Samosprávny kraj príslušný podľa miesta prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia poskytovateľa uloží pokutu až do výšky 2 000 eur tomu, kto

1. prekročí počtom osôb vyšetrených počas doplnkových ordinačných hodín 30% z celkového počtu vyšetrených osôb v predchádzajúcom kalendárnom mesiaci podľa osobitného predpisu.66)
2. poruší povinnosť umožniť objednanie pacientov na vyšetrenie počas doplnkových ordinačných hodín prostredníctvom informačného systému na objednávanie osôb podľa § 79 ods. 1 písm. as),
3. poruší povinnosť poskytnúť zdravotnú starostlivosť počas doplnkových ordinačných hodín najneskôr do 20 dní po objednaní sa pacienta prostredníctvom informačného systému na objednávanie osôb podľa § 79 ods. 1 písm. at),
4. poruší povinnosť poskytnúť zdravotnú starostlivosť na základe odporúčania všeobecného lekára počas ordinačných hodín najneskôr do 20 dní po objednaní sa prostredníctvom informačného systému na objednávanie osôb podľa § 79 ods. 1 písm. au).

(15) Ministerstvo zdravotníctva alebo samosprávny kraj príslušný podľa miesta prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia poskytovateľa uloží pokutu až do výšky trojnásobku priemerného mesačného príjmu poskytovateľa finančných prostriedkov od zdravotných poisťovní za posledné 3 kalendárne mesiace, najmenej však 1000 eur tomu, kto prijme od osoby úhradu za zdravotnú starostlivosť poskytovanú počas doplnkových ordinačných hodín a súčasne takúto zdravotnú starostlivosť vykáže zdravotnej poisťovni na úhradu.“.

Doterajší odsek 14 sa označuje ako odsek 16.

Poznámka pod čiarou k odkazu 66 znie:

„66) § 2a ods. 1 písm. b) zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. ..../2017

Z. z.“.“.

Tento bod (doplnenie § 81 ods. 1 písm. g), doplnenie § 82 ods. 10, § 82 ods. 13 písm. c) a § 82 ods. 14 a 15 nadobúda účinnosť 1. mája 2018.

Nasledujúce body sa primerane prečíslujú.

V bode 14 sa v súvislosti so zavedením nových povinností precizuje ustanovenie o dozore samosprávneho kraja nad dodržiavaním povinností nad porušením ustanovení tohto zákona.

V bode 15 sa ustanovuje, že samosprávny kraj príslušný podľa miesta prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia poskytovateľa uloží pokutu až do výšky 16 596 eur tomu, neoznámi do 10. dňa kalendárneho mesiaca za predchádzajúci kalendárny mesiac v elektronickej podobe zdravotnej poisťovni poistenca, ktorému bola poskytnutá zdravotná starostlivosť počas doplnkových ordinačných hodín, informáciu o poistencovi a výkonoch, ktoré mu boli poskytnuté za predchádzajúci kalendárny mesiac počas doplnkových ordinačných hodín., a tiež tomu, kto neoznámi informácie o počte pacientov a výške úhrad prijatých od pacientov za poskytovanie zdravotnej starostlivosti za predchádzajúci kalendárny mesiac počas doplnkových ordinačných hodín, o výške úhrad prijatých za domácu starostlivosť na žiadosť osoby podľa osobitného predpisu55jaw) za predchádzajúci kalendárny mesiac a výške úhrad prijatých za zdravotné výkony podľa osobitného predpisu.55jax) za predchádzajúci kalendárny mesiac v elektronickej podobe aj národnému centru. Ak osoba, ktorej bola poskytnutá zdravotná starostlivosť, nie je poistencom žiadnej zdravotnej poisťovne, poskytovateľ oznámi túto informáciu zdravotnej poisťovni s najvyšším počtom poistencov. Táto povinnosť sa nevzťahuje na takého poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorý neposkytuje zdravotnú starostlivosť počas doplnkových ordinačných hodín.

V bode 16 a 17 sa ustanovuje, že samosprávny kraj príslušný podľa miesta prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia poskytovateľa uloží pokutu od 2 000 eur až do výšky dvojnásobku hornej hranice sadzby pokuty ustanovenej týmto zákonom tomu, kto prekročí počtom osôb vyšetrených počas doplnkových ordinačných hodín 30% z celkového počtu vyšetrených osôb v predchádzajúcom kalendárnom mesiaci. Ďalej tomu, kto poruší povinnosť poskytnúť zdravotnú starostlivosť počas doplnkových ordinačných hodín najneskôr 20 dní po objednaní sa prostredníctvom informačného systému na objednávanie osôb, alebo povinnosť umožniť objednanie pacientov na vyšetrenie počas doplnkových ordinačných hodín prostredníctvom informačného systému na objednávanie osôb podľa § 79 ods. 1 písm. as), alebo tomu, kto poruší povinnosť poskytnúť zdravotnú starostlivosť na základe odporúčania všeobecného lekára počas ordinačných hodín najneskôr 20 dní po objednaní sa prostredníctvom informačného systému na objednávanie osôb podľa § 79 ods. 1 písm. at).

Zároveň sa ustanovuje, že ministerstvo zdravotníctva alebo tomu, kto prijme od osoby úhradu za zdravotnú starostlivosť poskytovanú počas doplnkových ordinačných hodín a súčasne takúto zdravotnú starostlivosť vykáže zdravotnej poisťovni na úhradu alebo tomu kto prijme od osoby úhradu za zdravotnú starostlivosť poskytovanú počas doplnkových ordinačných hodín a súčasne takúto zdravotnú starostlivosť vykáže zdravotnej poisťovni na úhradu a tento limit prekročí o viac ako 50%. Tieto body nadobúdajú účinnosť 1. mája 2018.

1. V čl. III, bode 13 § 82 úvodnej vete sa slová „odsekom 12“ nahrádzajú slovami „odsekom 15“ a zároveň sa označenie odseku „12“ nahrádza označením odseku „15“

Ide o legislatívno-technickú úpravu; ustanovenie sa upravuje s ohľadom na novelu zákona č. 257/2017 Z. z., ktorá nadobudla účinnosť 1. novembra 2017.

1. **V čl. III, bode 15** (§ 102ac a 102ad) sa slová „§ 102ab“ nahrádzajú slovami „§ 102ac“, slová „§ 102ac a 102ad“ sa nahrádzajú slovami „§ 102ad a 102ae“, slová „§ 102ac“ sa nahrádzajú slovami „§102ad“ a slová „§102ad“ sa nahrádzajú slovami „§102ae“.

Úprava označenia sa premietne aj v ustanovení o účinnosti zákona.

Ide o legislatívno-technickú úpravu; text sa upravuje s ohľadom na novelu zákona č. 257/2017 Z. z., ktorá nadobudla účinnosť 1. novembra 2017.

**K čl. V.**

1. **V čl. V sa za bod 8 vkladajú nové body 9 až 11**, ktoré znejú:

„9. § 13 ods. 4 sa za slovo „zamestnanca“ vkladajú slová „neznížený o odpočítateľnú položku podľa § 13a“.

10. V § 13 ods. 5 prvej vete sa za slovo „obdobie“ vkladajú slová „neznížený

o odpočítateľnú položku podľa § 13a a“ a vypúšťajú sa druhá a tretia veta.

11. V § 16 ods. 2 písm. c) sa na konci pripájajú slová „ktorý nie je znížený

o odpočítateľnú položku podľa odseku 16,“.“.

Nasledujúce body sa primerane prečíslujú.

Legislatívno-technická úprava súvisiaca so zrušením uplatňovania odpočítateľnej položky na vymeriavací základ zamestnávateľa.

1. **V čl. V sa za bod 8 vkladajú nové body 9 až 11**, ktoré znejú:

„9. V § 16 ods. 8 písm. b) sa na konci pripájajú tieto slová: „ak v písmene d) nie je ustanovené inak,“.

10. V § 16 sa odsek 8 dopĺňa písmenom d), ktoré znie:

„d) poistenca podľa § 11 ods. 2 z dôvodu jeho účasti na štrajku v súvislosti uplatnením jeho hospodárskych a sociálnych práv (ďalej len „štrajk“) je 0 eur.“.

11. V § 19 ods. 1 písm. a) úvodnej vete sa za slová „odpočítateľnú položku,“ vkladajú slová „nebol platiteľom poistného podľa § 11 ods. 2 z dôvodu jeho účasti na štrajku,“.

Nasledujúce body sa primerane prečíslujú.

Súčasná úprava v prípade účasti zamestnanca na štrajku spôsobuje neprimeranú administratívnu záťaž pre zamestnanca, ako aj pre zamestnávateľa. Pri neprítomnosti v práci z tohto dôvodu je zamestnávateľ povinný za svojho zamestnanca, ktorý nemá príjem zo závislej činnosti, oznámiť zdravotnej poisťovni zánik pracovného pomeru. Zamestnanec má zároveň povinnosť prihlásiť sa v zdravotnej poisťovni ako samoplatiteľ a odvádzať si preddavky na poistné. Po ukončení štrajku má zamestnávateľ opätovne povinnosť nahlásiť vznik pracovného pomeru.

Z týchto dôvodov sa ustanovuje, že ak sa stane zamestnanec samoplatiteľom z dôvodu účasti na štrajku, nevzniká mu povinnosť platiť preddavky na poistné, ani prihlasovať sa ako samoplatiteľ v zdravotnej poisťovni. Zamestnávateľ bude plniť oznamovaciu povinnosť za takéhoto zamestnanca a poistné uhradí zamestnanec v ročnom zúčtovaní poistného v rovnakej výške, ako platil doposiaľ (t. j. ako samoplatiteľ). Z tohto dôvodu sa zároveň ustanovuje povinnosť pre zdravotné poisťovne vykonať za takýchto poistencov ročné zúčtovanie poistného.

1. **V čl. V bod 9** znie:

„9. V § 20 ods. 1 v prvej vete sa za slová „odvádza poistné“ vkladajú slová „a za zamestnávateľa“, v druhej vete sa za slová „výšku uplatnenej odpočítateľnej položky“ vkladá čiarka a slová „a vymeriavací základ preddavku na poistné podľa § 16“ sa nahrádzajú slovami „vymeriavací základ podľa § 13 a preddavok na poistné podľa § 16“.“.

Legislatívno-technická úprava súvisiaca so zrušením uplatňovania odpočítateľnej položky na vymeriavací základ zamestnávateľa.

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

„10. V § 23 ods. 2 sa slová „na zamestnanca, za ktorého“ nahrádzajú slovami „na zamestnanca a platiteľa poistného podľa § 11 ods. 2 z dôvodu jeho účasti na štrajku, za ktorých“.

Nasledujúce body sa primerane prečíslujú.

1. **V čl. V, bode 11 § 23 ods. 9 písm.** e) prvom bode sa za slovo „základ“ vkladajú slová „zamestnanca a zamestnávateľa“.

Legislatívno-technická úprava súvisiaca so zrušením uplatňovania odpočítateľnej položky na vymeriavací základ zamestnávateľa.

Nakoľko pri súčasnom raste dopytu po pracovnej sile na trhu práce a klesajúcej miere nezamestnanosti sa stráca podporný efekt odpočítateľnej položky (ďalej len „OP“) ako stimulu pre rast zamestnanosti a neúmerne k tomuto efektu OP negatívne ovplyvňuje príjmy zdravotných poisťovní, navrhuje sa zrušenie uplatňovania OP na vymeriavací základ zamestnávateľa, čím by sa zmiernil negatívny dopad uplatňovania OP na zdravotné poisťovne.

Realizácia ukončenia uplatňovania OP na vymeriavací základ zamestnávateľa od 1. 1. 2018 sa v dopadoch na príjmy zdravotných poisťovní prejaví v plnej miere v roku 2019, nakoľko v roku 2018 sa premietne iba príjem z neuplatnenej odpočítateľnej položky na preddavky, ktoré si uplatňovali zamestnávatelia.

Ak sa bude OP vzťahovať len na vymeriavací základ zamestnanca, výška čistého príjmu nízkopríjmových zamestnancov ostane zachovaná.

Odhadovaný príjem pre zdravotné poisťovne z danej zmeny za obdobie uplatňovania OP rok 2018 je vo výške cca 102,8 mil. eur.

Z uvedenej sumy by cca 30,8 mil. predstavoval príjem roku 2018 (preddavky) a 72 mil. príjem roku 2019 (ročné zúčtovanie poistného za rok 2018, vykonávané v r. 2019).

1. **V čl. V, bode 11, § 23 ods. 9 písm. e)** piatom bode sa za slová „podľa § 13 ods. 2,“ vkladajú slová  „vymeriavací základ podľa § 13 ods. 3,“.

Precizovanie textu doplnením vymeriavacieho základu samoplatiteľa.

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

„13. § 24 sa dopĺňa písmenom o), ktoré znie:

„o) písomne alebo elektronicky oznámiť príslušnej zdravotnej poisťovni do ôsmich pracovných dní zmenu platiteľa poistného z dôvodu účasti zamestnanca na štrajku spôsobom určeným úradom.“.

Dopĺňajú sa oznamovacie povinnosti pre zamestnávateľa pri zamestnancoch, ktorí sa zúčastňujú štrajku. Nejedná sa o vznik novej povinnosti, ale len o určenie tejto povinnosti osobitne pri zamestnancoch, ktorí sa zúčastňujú štrajku, vzhľadom na všeobecnú oznamovaciu povinnosť zamestnávateľa, ktorú má pri ukončení povinnosti platiť poistné a opätovnom vzniku povinnosti platiť poistné.

1. **V čl. V sa za bod 12 vkladajú nové body 13 až 24**, ktoré znejú:

„13. V § 27 ods. 2 sa písmeno f) dopĺňa štvrtým bodom, ktorý znie:

„4. počet dní evidencie  v zozname poistencov podľa písmena b) a v zozname poistencov podľa písmena c).“.

14. V § 27 ods. 3 sa za slovom „poistné“ vypúšťa čiarka a vkladajú tieto slová: „po odpočítaní súčtu preddavkov na nadlimitnú sumu podľa odseku 11 za všetky zdravotné poisťovne; zaplatenými preddavkami na poistné sa rozumejú preddavky na poistné,“.

15. V § 27 ods. 6 sa na konci pripája táto veta: „Výsledok mesačného prerozdeľovania pre zdravotnú poisťovňu sa zvýši o mesačný preddavok na nadlimitnú sumu podľa odseku 11.“.

16. V § 27 ods. 8 sa písmeno a) dopĺňa štvrtým bodom, ktorý znie:

„4. výšku mesačného preddavku na nadlimitnú sumu podľa odseku 11,“.

17. § 27 sa dopĺňa odsekom 11, ktorý znie:

„(11) Mesačný preddavok na nadlimitnú sumu predstavuje jednu dvanástinu podielu zdravotnej poisťovne na nadlimitnej sume podľa § 27aa ods. 4 za kalendárny rok, ktorý dva roky predchádza roku, v ktorom sa mesačné prerozdeľovanie vykonáva. Mesačný preddavok na nadlimitnú sumu sa zaokrúhľuje na dve desatinné miesta.“.

18. V § 27a ods. 3 sa za slová „písm. a)“ vkladajú slová „po odpočítaní nadlimitnej sumy podľa § 27aa ods. 1 za všetkých poistencov“.

19. V § 27a ods. 9 sa písmeno a) dopĺňa štvrtým až šiestym bodom, ktoré znejú:

„4. počet poistencov s nenulovou nadlimitnou sumou podľa § 27aa ods. 1,  
 5. celkovú sumu, ktorá predstavuje súčet nadlimitných súm za všetkých  
 poistencov (bod 4),

6. celkové priemerné náklady na jedného poistenca (§ 27aa ods. 3),“.

20. V § 27a ods. 9 sa písmeno b) dopĺňa siedmim a ôsmim bodom, ktoré znejú:

„7. podiele na nadlimitnej sume podľa § 27aa ods. 4 za každú zdravotnú poisťovňu,

8. upravenom podiele na nadlimitnej sume podľa § 27aa ods. 5 za každú

zdravotnú poisťovňu.“.

21. V § 27a ods. 10 prvej vete sa za slová „písm. a)“ vkladajú slová „upraveného o upravený podiel na nadlimitnej sume podľa § 27aa ods. 5.“.

22. Za § 27a sa vkladá § 27aa, ktorý vrátane nadpisu znie:

„§ 27aa

**Nadlimitná suma**

1. Nadlimitnou sumou sa rozumie 80% z čiastky, o ktorú prekračujú skutočné náklady zdravotnej poisťovne na zdravotnú starostlivosť na poistenca (§ 28 ods. 4 písm. b)) súčet štandardizovaných nákladov skupiny určenej indexom podľa § 28 ods. 3 a 20-násobku celkových priemerných nákladov na jedného poistenca v období, za ktoré sa ročné prerozdeľovanie vykonáva.
2. Štandardizované náklady skupiny určenej indexom podľa § 28 ods. 3 sa určia ako súčin indexu rizika nákladov pre skupinu a celkových priemerných nákladov na poistenca.
3. Celkové priemerné náklady na poistenca sú určené ako podiel celkových nákladov zdravotných poisťovní na zdravotnú starostlivosť na všetkých poistencov (§ 28 ods. 4 písm. b)) a celkového počtu poistencov.
4. Podiel zdravotnej poisťovne na nadlimitnej sume predstavuje súčet nadlimitných súm podľa odseku 1 za všetkých jej poistencov.
5. Upravený podiel zdravotnej poisťovne na nadlimitnej sume predstavuje rozdiel podielu zdravotnej poisťovne na nadlimitnej sume podľa odseku 4 a súčtu mesačných preddavkov na nadlimitnú sumu z rozhodujúce obdobie.
6. Štandardizované náklady skupiny a celkové priemerné náklady sa zaokrúhľujú na dve desatinné miesta.“.

23. V § 28 ods. 9 sa slová „odseku 4“ nahrádzajú slovami „odseku 5“.

24. § 28a sa dopĺňa odsekom 5, ktorý znie:

„(5) Ministerstvo zdravotníctva oznámi úradu do 31. októbra kalendárneho roka na účely výpočtu nadlimitnej sumy podľa § 27aa a kontroly správnosti údajov o poistencoch, ktoré predkladajú zdravotné poisťovne, údaje o poistencoch za predchádzajúci kalendárny rok v rozsahu

a) rodné číslo poistenca, pri ktorom hodnota nadlimitnej sumy je nenulová; ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, meno, priezvisko a dátum narodenia,

b) pohlavie,

c) výška skutočných nákladov zdravotnej poisťovne na zdravotnú starostlivosť na poistenca,

d) zaradenie poistenca do skupiny určenej indexom podľa § 28 ods. 3,

e) výška nadlimitnej sumy za poistenca,

f) kód príslušnej zdravotnej poisťovne poistenca.“.“.

Nasledujúce body sa primerane prečíslujú.

Prerozdeľovanie poistného na verejné zdravotné poistenie predstavuje proces, ktorý je funkčný v systéme verejného zdravotného poistenia nepretržite a kontinuálne od roku 1995 do súčasnosti, je postavený na princípe, kedy sa časť vybraných prostriedkov (v súčasnosti je to 95% z poistného) zo všetkých zdravotných poisťovní prerozdeľuje medzi jednotlivé zdravotné poisťovne v závislosti od rizikovosti poistného kmeňa (faktory, ktoré ovplyvňujú zaradenie poistenca sú vek, pohlavie, ekonomická aktivita, chorobnosť, farmaceuticko-nákladová skupina). Princípom existencie prerozdelenia je, že zdravotná poisťovňa s rizikovejším poistným kmeňom nenesie poistné riziko, ale toto riziko sa rovnomerne rozdeľuje medzi všetky zdravotné poisťovne.

Pri vyrovnávaní rizík sa posudzuje výška vynaložených nákladov na zdravotnú starostlivosť jednotlivých rizikových skupín, aby sa čo najlepšie aplikoval systém solidarity.

Do roku 2012 sa prerozdelenie vykonávalo podľa prediktorov ekonomickej aktivity poistencov a ich veku a pohlavia. Od 1. júla 2012 nadobudla účinnosť novela zákona č. 580/2004 Z. z, ktorou sa k prediktorom demografickým a ekonomickej aktivity pridal prediktor chorobnosti, sledovaný dlhodobou spotrebou liekov. Farmaceuticko-nákladová skupina je definovaná anatomicko-terapeuticko-chemickou skupinou liečiv a je spôsobilá odhadnúť budúce náklady na poskytovanú zdravotnú starostlivosť poistenca s chorobou v chronickom štádiu na základe spotreby kategorizovaných liekov.

Výrazným prvkom v systéme, ktorý prerozdelenie v súčasnosti nerieši je existencia vysokonákladových poistencov, ktorých je pomerne málo a nie je možné vopred predpovedať výšku ich nákladov. Pre týchto je ideálnym modelom samostatné prerozdelenie, podobne ako v Českej republike. Cieľom zmeny je, aby každá zdravotná poisťovňa mala dostatok zdrojov aj na liečbu ťažko chorých poistencov. Poistenci, ktorých sa toto osobitné prerozdelenie bude týkať sú takí poistenci, ktorých skutočné náklady sú vyššie, ako súčet nákladov určených podľa indexu skupiny, do ktorej je zaradený a 20-násobku priemerných nákladov na poistenca. Náhrada takýchto nadlimitných nákladov sa stanovuje vo výške 80% z nákladov, prekračujúcich túto hranicu.

Odhadované dopady na jednotlivé zdravotné poisťovne, podľa údajov za roky 2014/2015:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | počet poistencov s nenulovou nadlimitnou sumou | dodatočný ročný príjem (+) / výdavok (-) po zohľadnení prerozdelenia s nadlimitnou sumou |
| VšZP | 11 563 | 11 384 313 |
| Dôvera | 3 250 | -9 330 038 |
| Union | 755 | -2 054 275 |

V bode 23 ide o legislatívno-technickú úpravu v súvislosti so zákonom č. 257/2017 Z. z.

V bode 24 ide o legislatívno-technickú úpravu v súvislosti so zavedením nadlimitnej sumy.

1. **V čl. V sa vypúšťajú body 13 až 31** a v bode 32 sa v § 38ek vypúšťa odsek 3.

Nasledujúce body sa primerane prečíslujú.

Vzhľadom na schválenie ustanovení v zákone č. 257/2017 Z. z., vypúšťajú sa ustanovenia z tohto návrhu zákona.

1. **V čl. V, bode 32 sa § 38ek** dopĺňa odsekmi 4 až 9, ktoré znejú:

„(4) Výška mesačného preddavku na nadlimitnú sumu v mesačnom prerozdeľovaní podľa § 27 ods. 11 v rokoch 2018 a 2019 sa určí ako jedna dvanástina z nadlimitnej sumy za obdobie, ktoré dva roky predchádza kalendárnemu roku, za ktorý sa mesačné prerozdeľovanie vykonáva.

(5) Pre výpočet hodnoty nadlimitnej sumy za obdobia podľa odseku 1 sa použije postup, ustanovený v § 27aa s indexami rizika nákladov, ktoré boli platné v príslušnom období, ktorého sa výpočet týka.

(6) Ministerstvo zdravotníctva oznámi úradu do 15 dní od účinnosti tohto zákona na účely výpočtu hodnoty nadlimitnej sumy podľa § 27aa a kontroly správnosti údajov o poistencoch, ktoré predkladajú zdravotné poisťovne, údaje o poistencoch za rok 2016 v rozsahu

a) rodné číslo poistenca, pri ktorom hodnota nadlimitnej sumy je nenulová, ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, meno, priezvisko a dátum narodenia,

b) pohlavie,

c) výška skutočných nákladov zdravotnej poisťovne na zdravotnú starostlivosť na poistenca,

d) zaradenie poistenca do skupiny určenej indexom podľa § 28 ods. 3,

e) výška nadlimitnej sumy za poistenca,

f) kód príslušnej zdravotnej poisťovne poistenca.

(7) Mesačné prerozdeľovanie podľa tohto zákona sa vykoná prvýkrát v marci 2018 za mesiac január 2018.

(8) Ročné prerozdeľovanie poistného za rok 2017 sa vykoná v roku 2018 podľa tohto zákona v znení účinnom do 31. decembra 2017.

(9) Od 1. januára 2018 do 31. decembra 2018 je sadzba poistného pre štát 3,71 % z vymeriavacieho základu.“.

Pre rok 2018 sa stanovuje sadzba poistného za poistencov štátu. Vzhľadom k pozitívnemu vývoju zamestnanosti, rastu ekonomiky a s tým súvisiacim predpokladaným vyšším príjmom poistného od ekonomicky aktívnych osôb sa navrhuje sadzba poistného štátu na úrovni 3,71% z vymeriavacieho základu. Zníženie sadzby poistného štátu pre rok 2018 teda  má byť kompenzované vyšším príjmom od ekonomicky aktívnych osôb a nemá negatívne ovplyvniť výšku disponibilných zdrojov v sektore zdravotníctva.

1. **V čl. V, bode 32 (§ 38ek)** sa slová „§ 38ej“ nahrádzajú slovami „§ 38ek“ a slová „§ 38ek“ sa nahrádzajú slovami „§ 38el“.

Ide o legislatívno-technickú úpravu; text sa upravuje s ohľadom na novelu zákona č. 256/2017 Z. z., ktorá nadobudla účinnosť 1. novembra 2017.

**K čl. VI**

1. **V čl. VI bode 3 sa dopĺňa písmeno y), ktoré znie:**

„y) uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti humánne lieky, zdravotnícke pomôcky, dietetické potraviny a zdravotné výkony poskytnuté zariadením spoločných zložiek, ktoré lekár predpísal alebo indikoval pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti počas doplnkových ordinačných hodín16k) alebo počas poskytovania domácej starostlivosti na žiadosť osoby.16l)“.

Poznámky pod čiarou k odkazom 16k a 16l znejú:

16k) § 2 ods. 33 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. .../2017 Z. z.

16l) §8 ods. 10 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. .../2017 Z.z.“.

V nadväznosti na doplnenie písmena y) sa upraví úvodná veta.

Tento bod [§ 6 ods. 1 písm. y)] nadobúda účinnosť 1. mája 2018.

Ukladá sa povinnosť zdravotnej poisťovni uhradiť poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti humánne lieky, zdravotnícke pomôcky, dietetické potraviny a zdravotné výkony poskytnuté zariadením spoločných zložiek, ktoré lekár predpísal alebo indikoval pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti počas doplnkových ordinačných hodínalebo počas poskytovania domácej starostlivosti na žiadosť osoby. § 6 ods. 1 písm. y) v tomto bode nadobúda účinnosť 1. mája 2018.

**Výbor NR SR pre zdravotníctvo**

**gestorský výbor odporúča s c h v á l i ť**

1. **V čl. VI, bode 3 (§ 6 ods.** 1) sa písmeno „x)“ nahrádza písmenom „z)“.

Ide o legislatívno-technickú úpravu; text sa upravuje s ohľadom na novelu zákona č. 257/2017 Z. z., ktorá nadobudla účinnosť 1. novembra 2017

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

„4. V § 7 sa odsek 9 dopĺňa písmenom g), ktoré znie:

„g) dohodu o úhrade humánnych liekov, zdravotníckych pomôcok, dietetických potravín a zdravotných výkonov poskytnutých zariadením spoločných zložiek, ktoré lekár predpísal alebo indikoval pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti počas doplnkových ordinačných hodín16k) alebo počas poskytovania domácej starostlivosti na žiadosť osoby,16l) ak ide o poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť v doplnkových ordinačných hodinách16k) alebo ktorý poskytuje domácu zdravotnú starostlivosť na žiadosť osoby.16l)“.“.

Tento bod (§ 7 ods. 9 písm. g)) nadobúda účinnosť 1. mája 2018.

Nasledujúce body sa primerane prečíslujú.

Dopĺňa sa, čo musí obsahovať zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti medzi poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť v doplnkových ordinačných hodinách alebo ktorý poskytuje domácu zdravotnú starostlivosť na žiadosť osoby a medzi zdravotnou poisťovňou. Tento bod nadobúda účinnosť 1. mája 2018.

1. **V čl. VI bod 4** znie:

„4. V § 7 odsek 20 znie:

„(20) Zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti môže obsahovať aj dohodu o vzájomnom poskytovaní údajov o poskytnutej zdravotnej starostlivosti (§ 8 ods. 1) vrátane údajov uvedených v žiadankách na vyšetrenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, v elektronických žiadankách na vyšetrenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, v preskripčných záznamoch, v dispenzačných záznamoch, lekárskych predpisoch, lekárskych poukazoch v rozsahu ustanovenom osobitným prepisom,24aa) ak ide o zdravotnú starostlivosť poskytnutú poistencom na účely výkonu analytickej, poradenskej a kontrolnej činnosti zdravotnej poisťovne a vedenia účtu poistenca. Na účely správneho poskytnutia zdravotnej starostlivosti je poskytovateľ zdravotnej starostlivosti oprávnený vyžiadať si v nevyhnutnom rozsahu údaje podľa prvej vety o poistencovi, ktoré má jeho príslušná poisťovňa alebo si tieto údaje overiť v zdravotnej poisťovni. Vyžiadanie ako aj vyžiadané údaje sa poskytujú elektronicky z informačného systému zdravotnej poisťovne a z informačného systému poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, v ktorých sú spracovávané.“.“.

Ustanovenie umožňuje poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti prístup k vybraným údajom o pacientovi, ktoré sú dôležité dôvodu správneho poskytnutia zdravotnej starostlivosti ako ja z dôvodu zabránenia vykonania duplicitného zdravotného výkonu.

1. **V čl. VI bode 5 v § 7a ods. 4** sa za slovo „pomoci“ vkladajú tieto slová: „a výpočet minimálneho počtu lôžok pre príslušnú zdravotnú poisťovňu podľa podielu jej poistencov na celkovom počte poistencov podľa príslušného samosprávneho kraja“.

Upresnenie splnomocňovacieho ustanovenia.

1. **V čl. VI bode 7** sa vypúšťajú slová „a v ktorej určuje aj zoznam alebo rozsah spracúvaných osobných údajov“.

Ustanovenie sa zosúlaďuje so zákonom o ochrane osobných údajov alebo osobitný zákon (§ 10 zákona č. 122/2013 Z. z.).

1. **V čl. VI, bode 8 § 8 ods. 3** sa slovo „určuje“ nahrádza slovom „určí“.

Ide o legislatívno-technickú úpravu; ustanovenie sa spresňuje s ohľadom na zavedenú terminológiu.

1. **V čl. VI, bode 9 § 8 (ods. 9 a 10)** sa číslica „9“ nahrádza číslicou „13“, číslica „10“ sa nahrádza číslicou „14“ a súčasne sa upraví úvodná veta.

Ide o legislatívno-technickú úpravu; text sa upravuje s ohľadom na novelu zákona č. 257/2017 Z. z., ktorá nadobudla účinnosť 1. novembra 2017.

1. **V čl. VI, bode 9, § 8 ods. 9** sa slovo „Zdravotná“ nahrádzajú slovami „Ak odsek 10 neustanovuje inak, zdravotná“.

Ide o legislatívno-technickú úpravu súvisiacu s novým odsekom 10.

1. **V čl. VI, bode 9 úvodná veta** znie: § 8 sa dopĺňa odsekmi 9 až 11, ktoré znejú:“ a za odsek 9 sa vkladá nový odsek 10, ktorý znie:

„(10) Zdravotná poisťovňa uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, s ktorým má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti na urgentnom príjme 2. typu podľa § 7b a ktorý poskytuje urgentnú zdravotnú starostlivosť v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti v pôsobnosti Ministerstva obrany Slovenskej republiky alebo Ministerstva vnútra Slovenskej republiky paušálnu úhradu za poskytovanie urgentnej zdravotnej starostlivosti v rámci urgentného príjmu 1. typu podľa podielu jej poistencov na celkovom počte poistencov a úhradu za poskytnutú urgentnú zdravotnú starostlivosť v rámci urgentného príjmu 1. typu. Výšku paušálnej úhrady za poskytovanie urgentnej zdravotnej starostlivosti v rámci urgentného príjmu 1. typu alebo urgentného príjmu 2. typu., výšku úhrady za poskytnutú urgentnú zdravotnú starostlivosť v rámci urgentného príjmu 1. typu alebo urgentného príjmu 2. typu., spôsob výpočtu a pravidlá výpočtu týchto úhrad ustanoví ministerstvo zdravotníctva všeobecne záväzným právnym predpisom.“.

Odsek 10 návrhu sa označuje ako odsek 11.

Vzhľadom na osobitné postavenie a špecifické ciele zdravotníckych zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti v  pôsobnosti Ministerstva obrany Slovenskej republiky alebo Ministerstva vnútra Slovenskej republiky sa určuje solidárny spôsob uhrádzania poskytovanej a poskytnutej zdravotnej starostlivosti na urgentnom príjme 2. typu. Zdravotná poisťovňa bude uhrádzať paušálnu úhradu len v takej výške, v akej sa bude uhrádzať paušálna úhrada pre poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorý poskytuje urgentnú zdravotnú starostlivosť na urgentnom príjme 1. typu.

1. **V Čl. VI sa za bod 9 vkladá nový bod 10,** ktorý znie:

„10. V § 15 sa odsek 1 dopĺňa písmenom ad), ktoré znie:

„ad)  poskytovať samosprávnemu kraju na vyžiadanie informácie o poistencovi v rozsahu meno, priezvisko a rodné číslo, ak ho má poistenec pridelené, alebo bezvýznamové identifikačné číslo, alebo osobné identifikačné číslo poistenca iného členského štátu s bydliskom v Slovenskej republike a výkonoch, ktoré mu boli poskytnuté za predchádzajúci kalendárny mesiac počas doplnkových ordinačných hodín a počas poskytovania domácej starostlivosti na žiadosť osobypodľa osobitného predpisu,35aaf)ktoré jej oznámil poskytovateľ podľa osobitného predpisu.35aag)“.

Poznámky pod čiarou k odkazom 35aaf a 35aag znejú:

„35aaf) § 8 ods. 10 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. .../2017 Z. z.“.

35aag) §79 ods. 1 písm. as) zákona č. 578/2004 Z. z. v znení zákona č. .../2017 Z. z.“.“.

Tento bod [§ 15 ods. 1 písm. ad)] nadobúda účinnosť 1. mája 2018.

Nasledujúce body sa primerane prečíslujú.

Ustanovuje sa nová povinnosť pre zdravotné poisťovne, ktoré na účely kontroly sú povinné zasielať samosprávnemu kraju a na jeho vyžiadanie informácie o poistencoch a výkonoch, ktoré im boli poskytnuté počas poskytovania zdravotnej starostlivosti počas doplnkových ordinačných hodín. Tento bod nadobúda účinnosť 1. mája 2018.

1. **V čl. VI bode 11, § 18 ods. 1 písm. o)** prvom bode sa slová „šiestich mesiacov“ nahrádzajú slovami „jedného mesiaca“.

Z dôvodu zabezpečenia kontinuity vykonávania prehliadok mŕtvych tiel sa navrhuje skrátenie lehoty pre vyhlásenie verejného obstarávania.

**V čl. VI bode 11, § 18 ods. 1 písm. r)** druhom bode sa spojka „a“ za slovami „b) a c)“ nahrádza čiarkou a za slová „všeobecnej ambulantnej starostlivosti“ sa vkladajú slová „a lekárovi poskytovateľa špecializovanej ambulantnej starostlivosti“.

Legislatívno-technická úprava v súvislosti so zavedením povinnosti aj pre lekárov špecialistov.

1. **V čl. VI, bode 11, §18 ods. 1 sa písmeno r)** dopĺňa štvrtým a piatym bodom, ktoré znejú:

„4. poskytovateľovi, ktorý má vydané povolenie na prevádzkovanie ambulancie rýchlej lekárskej pomoci úhradu za vykonanie prehliadky mŕtveho tela podľa § 47d ods. 2,

1. organizátorovi úhradu za vykonanie prehliadky mŕtveho tela podľa § 47d ods. 3.“.

Zavedenie novej povinnosti úradu uhradiť úhradu za vykonanie prehliadky mŕtveho tela vzhľadom na zavedenie nových subjektov, ktoré tieto prehliadky budú vykonávať.

1. **V čl. VI sa za bod 14 vkladá nový bod 15**, ktorý znie:

„15. V § 26 ods. 6 prvej vete sa slová „vedúcich služobných úradov ministerstiev, predsedov (vedúcich alebo riaditeľov) ďalších ústredných orgánov štátnej správy a ich štatutárnych zástupcov a s funkciou, povolaním alebo zamestnaním v orgáne územnej samosprávy“ nahrádzajú slovami „a s funkciou člena predstavenstva, člena dozornej rady, prokuristu zdravotnej poisťovne a zamestnaním v zdravotnej poisťovni“.

Nasledujúce body sa primerane prečíslujú.

V záujme širšieho zastúpenia odborníkov v dozornej rade Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou sa rozširuje okruh osôb, ktoré môžu byť členmi dozornej rady Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a dopĺňa sa chýbajúca úprava vo vzťahu k orgánom zdravotnej poisťovne.

1. **V čl. VI, bode 16 § 47b ods. 2** sa slová „prehliadky mŕtveho tela“ nahrádzajú slovami „prehliadok mŕtvych tiel“.

Ide o legislatívno-technickú úpravu; ustanovenie sa spresňuje s ohľadom na zavedenú terminológiu (napr. § 18 ods. 1 písm. s) v bode 11).

1. **V čl. VI bode 16, § 47b sa za odsek 4 vkladá nový odsek 5**, ktorý znie:

„(5) Prehliadajúci lekár je povinný zdržať sa akéhokoľvek konania smerujúceho k ponuke alebo propagácii pohrebných služieb alebo k poskytovaniu informácií o pohrebných službách s cieľom uprednostniť konkrétneho prevádzkovateľa pohrebnej služby.”.

Doterajšie odseky 5 a 6 sa označujú ako odseky 6 a 7.

Toto opatrenie by malo zabrániť, aby prehliadajúci lekár mohol ovplyvniť pozostalých pri výbere pohrebnej služby.

1. **V čl. VI bode 16, § 47c** vrátane nadpisu znie:

„§ 47c

Prehliadka mŕtveho tela v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti

1. Ak nie je ustanovené v odsekoch 2 a 3 inak, prehliadky mŕtvych tiel v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, v ktorom došlo k úmrtiu, sa vykonávajú na základe zmluvy o zabezpečení vykonávania prehliadok mŕtvych tiel prostredníctvom organizátora prehliadok mŕtvych tiel, ktorý má uzatvorenú zmluvu o zabezpečení vykonávania prehliadok mŕtvych tiel pre to územie samosprávneho kraja, v ktorom sa nachádza zdravotnícke zariadenie ústavnej zdravotnej starostlivosti, v ktorom došlo k úmrtiu. Organizátor prehliadok mŕtvych tiel zabezpečí prehliadku mŕtveho tela svojim prehliadajúcim lekárom najneskôr do 2 hodín po oznámení úmrtia Operačným strediskom tiesňového volania záchrannej zdravotnej služby.
2. V prípade, ak je splnená niektorá z podmienok pre nariadenie pitvy podľa § 48 ods. 3, prehliadku mŕtveho tela v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, v ktorom došlo k úmrtiu, zabezpečí poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, ktorý má vydané povolenie na prevádzkovanie tohto zdravotníckeho zariadenia prehliadajúcim lekárom, ktorý nebol ošetrujúcim lekárom63e)zomrelého počas poslednej hospitalizácie.
3. V čase, ak nie je pre územie samosprávneho kraja, v ktorom sa nachádza zdravotnícke zariadenie ústavnej zdravotnej starostlivosti, v ktorom došlo k úmrtiu, uzatvorená platná a účinná zmluva o zabezpečení vykonávania prehliadok mŕtvych tiel, prehliadku mŕtveho tela v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, v ktorom došlo k úmrtiu zabezpečí poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, ktorý má vydané povolenie na prevádzkovanie tohto zdravotníckeho zariadenia prehliadajúcim lekárom, ktorý nebol ošetrujúcim lekárom63e)zomrelého počas poslednej hospitalizácie.“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 63g sa vypúšťa. Označenie odkazov sa primerane preznačí.

V záujme zachovania objektívnosti pri vykonávaní prehliadok mŕtvych tiel sa precizuje ustanovenie ohľadom vykonávania prehliadok mŕtvych tiel v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, tak, aby tieto prehliadky mŕtvych tiel mohol vykonávať ako organizátor prehliadok mŕtvych tiel a zároveň zohľadňuje situáciu, kedy organizátor prehliadok mŕtvych tiel ešte nie je vysúťažený.

1. **V čl. VI bode 16, § 47d ods.** 1 sa slová „3 a 5“ nahrádzajú slovami „2,3,7 a 9“.

Legislatívno-technická úprava súvisiaca s doplnením nových odsekov 2 až 5 do § 47d.

1. **V čl. VI bod 16, § 47d sa za odsek 1** vkladajú nové odseky 2 až 5, ktoré znejú:

„(2) Prehliadku mŕtveho tela mimo zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti môže vykonať aj lekár poskytovateľa, ktorý má vydané povolenie na prevádzkovanie ambulancie rýchlej lekárskej pomoci a to v prípade ak

a) smrť osoby nastala až po začatí poskytovania zdravotnej starostlivosti tejto osobe týmto lekárom,

b) je splnená niektorá z podmienok pre nariadenie pitvy podľa § 48 ods. 3 písm. b) až e) a g) až k) a

c) má tento lekár vydané oprávnenie na vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel.

(3) Prehliadku mŕtveho tela mimo zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti môže vykonať aj lekár organizátora, ktorý poskytoval pevnú ambulantnú pohotovostnú službu formou návštevnej služby,63g) a to v prípade ak

a) smrť osoby nastala až po začatí poskytovania zdravotnej starostlivosti tejto osobe týmto lekárom,

b) je splnená niektorá z podmienok pre nariadenie pitvy podľa § 48 ods. 3 písm. b) až e) a g) až k),

c) má tento lekár vydané oprávnenie na vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel a

d) vykonaním prehliadky mŕtveho tela neohrozí poskytovanie neodkladnej zdravotnej starostlivosti inej osobe.

(4) Zmluva o zabezpečení vykonávania prehliadok mŕtvych tiel nemôže byť z dôvodu zaujatosti uzavretá s fyzickou osobou alebo právnickou osobou,

1. ktorá je v pracovnom pomere alebo v obdobnom pracovnom vzťahu s fyzickou osobou - podnikateľom alebo právnickou osobou, ktorá prevádzkuje pohrebnú službu (ďalej len „prevádzkovateľ pohrebnej služby“),
2. ktorá je alebo v posledných 24 mesiacoch bola spoločníkom, štatutárnym orgánom, členom štatutárneho orgánu alebo členom kontrolného orgánu prevádzkovateľa pohrebnej služby,
3. u ktorej možno mať pochybnosť o jej nezaujatosti so zreteľom na jej pomer k veci,
4. ktorá je zamestnancom ministerstva zdravotníctva alebo úradu.

(5) Fyzická osoba alebo právnická osoba, ktorá sa zúčastní verejného obstarávania na uzatvorenie zmluvy o zabezpečení vykonávania prehliadok mŕtvych tiel predloží úradu čestné vyhlásenie, že neexistuje dôvod zaujatosti podľa odseku 4. Ak sa vyskytne niektorý z dôvodov zaujatosti podľa odseku 4 po začatí verejného obstarávania na uzatvorenie zmluvy o zabezpečení vykonávania prehliadok mŕtvych tiel, fyzická osoba alebo právnická osoba je povinná bezodkladne o tom upovedomiť úrad; úrad zaujatú fyzickú osobu alebo právnickú osobu vylúči z verejného obstarávania na uzatvorenie zmluvy o zabezpečení vykonávania prehliadok mŕtvych tiel.“

Poznámka pod čiarou k odkazu 63g znie:

„63g) § 8a ods. 2 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. .../2017 Z. z.“.

Nasledujúce odseky sa primerane prečíslujú a zároveň sa primerane preznačia aj vnútorné odkazy.

Ustanovenia novovložených odsekov 2 a 3 v § 47d nadobúdajú účinnosť 1. januára 2020.

Rozširuje sa okruh osôb, ktoré budú môcť vykonať prehliadku mŕtveho tela a ďalej sa navrhujú dôvody zaujatosti, pre ktoré je fyzická alebo právnická osoba vylúčená z verejného obstarávania. Odseky 4 a 5 nadobúdajú účinnosť 1. januára 2020.

1. **V čl. VI bode 16, § 47d ods. 2** sa dopĺňa písmenom e), ktoré znie:

„e) zdržať sa akéhokoľvek konania smerujúceho k ponuke alebo propagácii pohrebných služieb alebo k poskytovaniu informácií o pohrebných službách s cieľom uprednostniť konkrétneho prevádzkovateľa pohrebnej služby.“.

Toto opatrenie by malo zabrániť, aby organizátor prehliadok mŕtvych tiel mohol ovplyvniť pozostalých pri výbere pohrebnej služby.

1. **V čl. VI bode 16, § 47d sa v odseku 3** vypúšťa posledná veta.

Legislatívno-technická úprava súvisiaca s premiestnením tejto vety do odseku 4.

1. **V čl. VI bode 16, § 47d sa v odseku 4** na konci pripája táto veta:

„Úrad do rozpisu úradu nezaradí zdravotníckeho pracovníka v povolaní lekár, ktorý má vydané oprávnenie na vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel a ktorý vykonáva štátnu službu profesionálneho vojaka vo vojenskom zdravotníctve.“.

Legislatívno-technická úprava súvisiaca s vypustením tejto vety z odseku 3.

1. **V čl. VI, bode 16 § 47d ods. 5** sa slová „účinná zmluva“ nahrádzajú slovom „zmluva“.

Ide o legislatívno-technickú úpravu; z ustanovenia sa vypúšťa nadbytočné slovo.

**V čl. VI, bode 16, § 47d ods.** 5 sa za slová „poskytovateľ všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti63g)“ vkladajú slová „alebo lekára poskytovateľa špecializovanej ambulantnej starostlivosti63h)“ a za slová „poskytovateľa všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti“ sa vkladajú slová „alebo lekár poskytovateľa špecializovanej ambulantnej starostlivosti“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 63h znie:

„63h) § 7 ods. 1 písm. a) druhý bod zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov“.

Označenie odkazov v ďalšom texte sa primerane preznačí.

Legislatívno-technická úprava v súvislosti so zavedením povinnosti aj pre lekárov špecialistov.

**V čl. VI, bode 16, § 47d ods. 6** sa za slová „zdravotnej starostlivosti“ vkladajú slová „alebo poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti“.

Legislatívno-technická úprava v súvislosti so zavedením povinnosti aj pre lekárov špecialistov.

1. **V čl. VI, bode 16, § 47d ods. 7** sa za slová „poskytovateľa všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti“ vkladá čiarka a slová „poskytovateľa špecializovanej ambulantnej starostlivosti“.

Legislatívno-technická úprava v súvislosti so zavedením povinnosti aj pre lekárov špecialistov.

1. **V čl. VI, bode 16 § 47d ods. 7** (posledná veta) sa za slovom „stredisku“ vkladajú slová „tiesňového volania“.

Ide o legislatívno-technickú úpravu; ustanovenie sa upravuje s ohľadom na terminológiu použitú v odseku 9 písm. d) predmetného ustanovenia.

1. **V čl. VI, bode 16, § 47d ods. 8 písm. c)** sa za slová „všeobecnú ambulantnú starostlivosť“ vkladajú slová „alebo špecializovanú ambulantnú starostlivosť“.

Legislatívno-technická úprava v súvislosti so zavedením povinnosti aj pre lekárov špecialistov.

1. **V čl. VI bode 16, § 47d ods. 9** sa v úvodnej vete za slová „v rozpise úradu“ vkladajú slová „sa považuje za prehliadajúceho lekára a“ a vypúšťa sa písmeno b).

Nasledujúce písmená sa primerane preznačia.

Legislatívno-technická úprava, precizovanie textu.

1. **V čl. VI, bode 16, sa § 47d** dopĺňa odsekom 10, ktorý znie:

„(10) Prehliadka mŕtveho tela lekárom poskytovateľa všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti alebo poskytovateľa špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ktorý je uvedený v rozpise úradu je vykonaná bezodkladne aj vtedy, ak k oznámeniu úmrtia Operačným stredisko tiesňového volania záchrannej zdravotnej služby dôjde

a) počas jeho ordinačných hodín schválených podľa osobitného predpisu63h) a lekár vykoná prehliadku mŕtveho tela bezodkladne po ich skončení alebo

b) v čase, v ktorom je týmto lekárom poskytovaná pevná ambulantná pohotovostná služba podľa osobitného predpisu63i) a lekár vykoná prehliadku mŕtveho tela bezodkladne po ukončení času, v ktorom sa pevná ambulantná pohotovostná služba poskytuje.“

Poznámky pod čiarou k odkazom 63h a 63i znejú:

„63h) § 79 ods. 1 písm. za) zákona č. 578/2004 Z. z. v znení zákona č. 257/2017 Z. z.

63i) § 8a ods. 1 písm. a) zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. 257/2017 Z. z.“.“.

Označenie odkazov sa primerane preznačí.

Touto úpravou sa pre jednoznačnosť precizuje slovo „bezodkladne“.

1. **V čl. VI bode 19, § 50 ods. 7** sa slová „§ 47b ods. 3 až 5“ nahrádzajú slovami „§ 47b ods. 3 až 6“ a slová „§ 47d ods. 9“ sa nahrádzajú slovami „§ 47d ods. 13“.

Legislatívno-technická úprava súvisiaca so zavedením novej povinnosti.

1. **V čl. VI bode 19, § 50 ods. 8** sa za slová „povinností podľa“ vkladajú slová „§ 47c ods. 1 druhej vety alebo“ a slová „§ 47d ods. 2“ sa nahrádzajú slovami „§ 47d ods. 6“.

Legislatívno-technická úprava súvisiaca s doplnením nových odsekov v § 47d a zavedením novej povinnosti pre organizátora prehliadok mŕtvych tiel.

1. **V čl. VI bode 21, § 64 ods. 5** sa slová „§ 47b ods. 3 až 5“ nahrádzajú slovami „§ 47b ods. 3 až 6“ a slová „§ 47d ods. 9“ sa nahrádzajú slovami „§ 47d ods. 13“.

Legislatívno-technická úprava súvisiaca so zavedením novej povinnosti.

1. **V čl. VI bode 21, § 64 ods. 6** sa slová „povinnosti podľa § 47d ods. 2“ nahrádzajú slovami „povinností podľa § 47c ods. 1 druhej vety alebo § 47d ods. 6“.

Legislatívno-technická úprava súvisiaca s doplnením nových odsekov v § 47d a zavedením novej povinnosti pre organizátora mŕtvych tiel.

1. **V čl. VI, bode 30 § 86t ods. 1** sa slová „prehliadky mŕtveho tela“ nahrádzajú slovami „prehliadok mŕtvych tiel“.

Ide o legislatívno-technickú úpravu; ustanovenie sa spresňuje s ohľadom na zavedenú terminológiu (napr. § 18 ods. 1 písm. s) v bode 11).

1. **V čl. VI bode 30 sa §86t** dopĺňa odsekmi 5 a 6, ktoré znejú:

„(5) Zmluva o zabezpečení vykonávania prehliadok mŕtvych tiel nemôže byť z dôvodu zaujatosti uzavretá s fyzickou osobou alebo právnickou osobou,

1. ktorá je v pracovnom pomere alebo v obdobnom pracovnom vzťahu s fyzickou osobou - podnikateľom alebo právnickou osobou, ktorá prevádzkuje pohrebnú službu (ďalej len „prevádzkovateľ pohrebnej služby“),
2. ktorá je alebo odo dňa nadobudnutia účinnosti tohto zákona bola spoločníkom, štatutárnym orgánom, členom štatutárneho orgánu alebo členom kontrolného orgánu prevádzkovateľa pohrebnej služby,
3. u ktorej možno mať pochybnosť o jej nezaujatosti so zreteľom na jej pomer k veci,
4. ktorá je zamestnancom ministerstva zdravotníctva alebo úradu.

(6) Fyzická osoba alebo právnická osoba, ktorá sa zúčastní verejného obstarávania na uzatvorenie zmluvy o zabezpečení vykonávania prehliadok mŕtvych tiel predloží úradu čestné vyhlásenie, že neexistuje dôvod zaujatosti podľa odseku 4. Ak sa vyskytne niektorý z dôvodov zaujatosti podľa odseku 4 po začatí verejného obstarávania na uzatvorenie zmluvy o zabezpečení vykonávania prehliadok mŕtvych tiel, fyzická osoba alebo právnická osoba je povinná bezodkladne o tom upovedomiť úrad; úrad zaujatú fyzickú osobu alebo právnickú osobu vylúči z verejného obstarávania na uzatvorenie zmluvy o zabezpečení vykonávania prehliadok mŕtvych tiel.“.

Navrhuje sa prechodné ustanovenie, ktoré upravuje dôvody zaujatosti, pre ktoré je fyzická alebo právnická osoba vylúčená z verejného obstarávania.

1. **V čl. VI, bode 30 § 86t** sa slová „§ 86s“ nahrádzajú slovami „§ 86u“ a slová „§ 86t“ sa nahrádzajú slovami „§ 86v“.

Ide o legislatívno-technickú úpravu; text sa upravuje s ohľadom na novelu zákona č. 257/2017 Z. z., ktorá nadobudla účinnosť 1. novembra 2017 a novelu zákona č. 266/2017 Z. z. účinnou od 1. januára 2018.

**K čl. IX**

1. V čl. IX  bode 2 § 71 ods. 4 sa na konci pripája táto veta: „Ak ide o sociálnu službu v zariadeniach uvedených v § 35, 36, 38 a 39, príjem z úhrady ošetrovateľskej starostlivosti na základe verejného zdravotného poistenia sa zohľadňuje na účely určenia
2. najvyššej sumy úhrady za sociálnu službu podľa § 72 tak, že sa tento príjem započíta ako ďalší druh príjmu na spolufinancovanie tejto sociálnej služby,
3. výšky finančného príspevku na prevádzku poskytovanej sociálnej služby podľa § 77 tak, že sa
4. priemerné príjmy z úhrady ošetrovateľskej starostlivosti na základe verejného zdravotného poistenia za predchádzajúci rozpočtový rok na túto sociálnu službu poskytovanú poskytovateľmi tejto sociálnej služby v územnom obvode obce alebo v územnom obvode vyššieho územného celku, započítajú ako ďalší druh príjmu na jej spolufinancovanie; obec a vyšší územný celok sú povinné zverejniť priemerné príjmy z úhrady ošetrovateľskej starostlivosti na základe verejného zdravotného poistenia v zariadeniach v pôsobnosti obce alebo vyššieho územného celku za predchádzajúci rozpočtový rok podľa § 77 ods. 3 rovnako,
5. skutočné príjmy neverejného poskytovateľa sociálnej služby z úhrady ošetrovateľskej starostlivosti na základe verejného zdravotného poistenia za predchádzajúci rozpočtový rok na túto sociálnu službu započítajú ako ďalší druh príjmu na jej spolufinancovanie, ak neverejný poskytovateľ sociálnej služby poskytuje sociálnu službu, ktorú obec alebo vyšší územný celok v predchádzajúcom rozpočtovom roku neposkytovali alebo nezabezpečovali prostredníctvom právnickej osoby, ktorú zriadili alebo založili,
6. predpokladané príjmy neverejného poskytovateľa sociálnej služby z úhrady ošetrovateľskej starostlivosti na základe verejného zdravotného poistenia na príslušný rozpočtový rok na túto sociálnu službu započítajú ako ďalší druh príjmu na jej spolufinancovanie, ak neverejný poskytovateľ sociálnej služby neposkytoval túto sociálnu službu v predchádzajúcom rozpočtovom roku.“.

Navrhovaná úprava čl. IX upravujúceho návrh novely zákona o sociálnych službách vychádza z potreby odstránenia legislatívno-technickej kolízie navrhovanej právnej úpravy so znením návrhu novely zákona o sociálnych službách tlač 663, ktorá má navrhované nadobudnutie účinnosti rovnako ako tlač 707 od 1. januára 2018.

Navrhovaná právna úprava súladne s úmyslom predkladateľa vo svojich dôsledkoch zabezpečuje, aby sa predkladaným návrhom zákona garantovaný zdroj spolufinancovania sociálnych služieb zo zdrojov verejného zdravotného poistenia prejavil aj pri úprave iných právnych vzťahov pri poskytovaní sociálnych služieb, ktoré súvisia s ich financovaním.

Ide o právne vzťahy pri úprave regulácie úhrady za sociálnu službu zo strany verejného poskytovateľa sociálnej služby a neverejného poskytovateľa sociálnej služby v § 72 zákona o sociálnych službách. Poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti zariadením sociálnych služieb sa prejaví v ekonomicky oprávnených nákladoch, a ak toto zariadenie má príjem z úhrady tejto ošetrovateľskej starostlivosti zo zdrojov verejného zdravotného poistenia, spôsob určenia regulovanej sumy úhrady za sociálnu službu pre prijímateľov sociálnej služby musí zohľadňovať aj tento príjem spolupodieľajúci sa na úhrade ekonomicky oprávnených nákladov na poskytovanú sociálnu službu.

Príjem z úhrady ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach uvedených v § 35, 36, 38 a 39 na základe verejného zdravotného poistenia sa zohľadňuje aj v spôsobe určenia výšky finančného príspevku na prevádzku poskytovanej sociálnej služby neverejným poskytovateľom sociálnych služieb v týchto druhoch zariadení. Spôsob určenia výšky finančného príspevku na prevádzku poskytovanej sociálnej služby podľa § 77 zákona o sociálnych službách vytvára právne podmienky na spolufinancovanie neverejného poskytovateľa sociálnej služby v zásade na porovnateľnom základe ako verejných poskytovateľov sociálnej služby v územnom obvode príslušnej obce alebo vyššieho územného celku. Ak sa premietne poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti zariadením sociálnych služieb v bežných výdavkoch na poskytovanie sociálnej služby v určitom objeme u verejných poskytovateľov sociálnych služieb v tomto druhu zariadenia v príslušnom územnom obvode a ak verejní poskytovatelia sociálnej služby v tomto druhu zariadenia majú v určitom zazmluvnenom objeme príjem z úhrady tejto ošetrovateľskej starostlivosti zo zdrojov verejného zdravotného poistenia, musí sa takýto spôsob spolufinancovania prejaviť na rovnakom základe aj pri spôsobe určenia finančného príspevku na prevádzku pre neverejných poskytovateľov sociálnej služby v tomto druhu zariadenia v príslušnom územnom obvode.

**79. V čl. IX sa vypúšťajú body 3 až 7.**

Nasledujúce body sa primerane prečíslujú.

Navrhovaná úprava čl. IX upravujúceho návrh novely zákona o sociálnych službách vychádza z potreby odstránenia legislatívno-technickej kolízie navrhovanej právnej úpravy so znením návrhu novely zákona o sociálnych službách tlač 663, ktorá má navrhované nadobudnutie účinnosti rovnako ako tlač 707 od 1. januára 2018.

**80. V čl. IX bode 8 § 110ac** vrátane nadpisu znie:

„§ 110ac

Prechodné ustanovenie k úprave účinnej od 1. januára 2018

Príjem z úhrady ošetrovateľskej starostlivosti na základe verejného zdravotného poistenia sa na účely určenia najvyššej sumy úhrady za sociálnu službu podľa § 72 a výšky finančného príspevku na prevádzku poskytovanej sociálnej služby podľa § 77 prvýkrát zohľadní podľa § 71 ods. 4 účinného od 1. januára 2018 na rozpočtový rok 2019. Skutočný príjem neverejného poskytovateľa sociálnej služby z úhrady ošetrovateľskej starostlivosti na základe verejného zdravotného poistenia sa zohľadní pri zúčtovaní finančného príspevku na prevádzku poskytovanej sociálnej služby za rozpočtový rok 2018.“.

V prechodnom ustanovení § 110ac sa ustanovuje zohľadnenie príjmu z úhrady ošetrovateľskej starostlivosti na základe verejného zdravotného poistenia podľa § 71 ods. 4 účinného od 1. januára 2018 prvýkrát na rozpočtový rok 2019. Skutočný príjem neverejného poskytovateľa sociálnej služby z úhrady ošetrovateľskej starostlivosti na základe verejného zdravotného poistenia v rozpočtovom roku 2018 sa však zohľadní pri zúčtovaní finančného príspevku na prevádzku poskytovanej sociálnej služby za rozpočtový rok 2018. Dôvodom je s účinnosťou od 1. januára 2018 nanovo ustanovený spôsob určenia finančného príspevku na prevádzku poskytovanej sociálnej služby, ktorý vychádza zo zohľadnenia príjmu z úhrady ošetrovateľskej starostlivosti zo zdrojov verejného zdravotného poistenia. Vzhľadom na absenciu relevantných východiskových údajov na určenie finančného príspevku na prevádzku poskytovanej sociálnej služby na rozpočtový rok 2018 podľa novej právnej úpravy, v prechodnom ustanovení sa zabezpečuje vykonateľnosť určenia výšky finančného príspevku na prevádzku poskytovanej sociálnej služby na rozpočtový rok 2018, a to určením tohto finančného príspevku v zásade podľa doterajšej právnej úpravy. Skutočnosť, že na rozpočtový rok 2018 neverejný poskytovateľ sociálnej služby skutočne získal príjem z úhrady ošetrovateľskej starostlivosti zo zdrojov verejného zdravotného poistenia sa preto zohľadní až pri zúčtovaní finančného príspevku na prevádzku za rozpočtový rok 2018.

**K čl. X**

**81. V čl. X bode 12 v § 119 ods. 19** štvrtej vete sa slová „celkový počet balení humánneho lieku, ktorý je možné vydať“ nahrádzajú slovami „počet balení humánneho lieku, ktoré je možné vydať na jeden výdaj“.

Spresnenie ustanovenia týkajúceho sa viacnásobného výdaja humánneho lieku. Navrhuje sa, aby predpisujúci lekár uviedol pri predpisovaní humánneho lieku na lekársky predpis s poznámkou „REPETETUR“ počet balení humánneho lieku, ktoré je možné vydať na jeden výdaj.

**K čl. XI**

**82. V čl. XI sa text za úvodnou vetou označuje ako bod 1 a čl. XI sa dopĺňa bodmi 2 a 3, ktoré znejú:**

„2. V § 4 ods. 3 písm. a) druhom bode sa na konci slovo „alebo“ nahrádza čiarkou a v treťom bode sa na konci čiarka nahrádza slovom „alebo“.

3. V § 4 ods. 3 sa písmeno a) dopĺňa štvrtým bodom, ktorý znie:

„4. nositeľom ocenenia najmenej zlatej Janského plakety a preukáže sa poisťovni predložením potvrdenia Slovenského červeného kríža o udelení zlatej Janského plakety,“.“.

Rozširuje sa okruh poistencov, na ktorých sa vzťahuje limit spoluúčasti vo výške 25 euro držiteľov ocenenia najmenej zlatej Janského plakety. V praxi to bude znamenať, že nositelia ocenenia najmenej zlatej Janského plakety po preukázaní sa zdravotnej poisťovni, že sú skutočne držiteľmi Janského plakety, zaplatia na doplatkoch za lieky najviac 25 eur za štvrťrok. Ďalšie poplatky im vráti zdravotná poisťovňa.

**K čl. XII**

1. **V čl. XII bod 1 znie:**

„1. V § 1 písm. i) sa slovo „a“ nahrádza čiarkou a za slová „zdravotných poisťovní“ sa vkladá čiarka a slová „informačných systémov Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, informačných systémov subjektov uvedených v § 5 ods. 6 písm. j) až o) a informačných systémov na objednávanie pacientov“.“.

Legislatívno-technické úpravy súvisiace s procesom overenia zhody informačného systému na objednávanie pacientov. **Tento bod nadobúda účinnosť 1. januára 2018.**

1. **V čl. XII bod 3 znie:**

„3.V § 2 ods. 11 sa slovo „alebo“ nahrádza čiarkou a za slová „zdravotnej poisťovne“ sa vkladá čiarka a slová „Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, subjektov uvedených v § 5 ods. 6 písm. j) až o) alebo informačný systém na objednávanie pacientov“.“.

Odôvodnenie:

Legislatívno-technické úpravy súvisiace s procesom overenia zhody informačného systému na objednávanie pacientov. **Tento bod nadobúda účinnosť 1. januára 2018.**

1. **V čl. XII bod 21** znie:

„21. § 11 vrátane nadpisu znie:

**„§ 11**

**Overenie zhody**

1. Overenie zhody informačného systému vykonáva národné centrum na základe žiadosti žiadateľa, ktorým je

a) výrobca informačného systému, ak ide o informačný systém poskytovateľa zdravotnej starostlivosti

1. zdravotná poisťovňa, ak ide o informačný systém zdravotnej poisťovne slúžiaci na prepojenie s národným zdravotníckym informačným systémom, pre účely revíznej kontroly,
2. úradu pre dohľad alebo výrobca informačného systému, ak ide o informačný systém úradu pre dohľad slúžiaci na prepojenie s národným zdravotníckym informačným systémom,
3. subjekt uvedený v § 5 ods. 6 písm. j) až o), ak ide o informačný systém niektorého zo subjektov uvedených v § 5 ods. 6 písm. j) až o) slúžiaci na prepojenie s národným zdravotníckym informačným systémom.

(2) Národné centrum rozhodne vydaním osvedčenia o zhode informačného systému do 90 dní od doručenia žiadosti, ak informačný systém spĺňa požiadavky na overenie zhody podľa odseku 3. Súčasťou posudzovania overenia zhody je vykonanie testovania informačného systému v spolupráci s povereným zástupcom žiadateľa. Národné centrum do 30 dní od prijatia žiadosti určí termín vykonania testovania, zašle žiadateľovi podklady na prípravu a vykonanie testovania a zároveň informačnému systému pridelí jednoznačný identifikátor informačného systému.

(3) Informačný systém musí

a) byť identifikovateľný v rozsahu názov informačného systému, označenie verzie a obchodné meno žiadateľa prostredníctvom jednoznačného identifikátora informačného systému,

b) spĺňať požiadavky na vyhotovovanie a používanie elektronického podpisu,20)

c) spĺňať príslušné štandardy zdravotníckej informatiky,

d) zabezpečiť identifikáciu a autentizáciu prostredníctvom elektronického preukazu zdravotníckeho pracovníka alebo občianskeho preukazu s elektronickým čipom v rozsahu ustanovenom týmto zákonom a osobitným predpisom,34a)

e) zabezpečiť, aby dokument odoslaný do národného zdravotníckeho informačného systému bol opatrený jednoznačným identifikátorom informačného systému,

f) zabezpečiť, aby údaje medzi národným zdravotníckym informačným systémom a informačným systémom boli prenášané bez narušenia ich integrity,

g) pri komunikácii s národným zdravotníckym informačným systémom používať identifikátor informačného systému pridelený tomuto informačnému systému.

(4) Ustanovenie odseku 3 písm. b), d), e) a g) sa na overovanie zhody informačného systému na objednávanie pacientov nevzťahujú.

(5) Žiadosť podľa odseku 1 obsahuje

a) obchodné meno a sídlo alebo miesto podnikania žiadateľa,

b) identifikačné číslo žiadateľa,

c) meno a priezvisko osoby alebo osôb, ktoré sú štatutárnym orgánom žiadateľa,

d) názov a označenie verzie informačného systému,

e) dátum a podpis osoby alebo osôb, ktoré sú štatutárnym orgánom žiadateľa.

(6) Žiadateľ je povinný k žiadosti podľa odseku 5 predložiť národnému centru

a) technickú dokumentáciu predmetu žiadosti,

b) predmet žiadosti.

(7) Žiadosť sa považuje za úplnú, ak obsahuje náležitosti podľa odsekov 5 a 6. Ak žiadosť nie je úplná, národné centrum vyzve žiadateľa, aby ju najneskôr do 15 dní doplnil. Ak žiadateľ žiadosť v tomto termíne nedoplní, národné centrum konanie podľa odseku 2 zastaví.

(8) Osoba podľa odseku 1 písm. a) až d) je povinná zúčastniť sa testovania informačného systému pri zmene dátového rozhrania, dátovej štruktúry a technických špecifikácií štandardov zdravotníckej informatiky vrátane metodiky integrácie informačného systému, štruktúry číselníkov zdravotníckej informatiky a dátových štruktúr elektronických zdravotných záznamov v elektronickej zdravotnej knižke najneskôr desať dní pred účinnosťou týchto zmien. Formu testovania spolu s príslušnou zmenou, pri ktorej sa testovanie vykoná, určí národné centrum v metodike integrácie informačného systému, ktorá je zverejnená na webovom sídle národného centra.

(9) Národné centrum dočasne pozastaví platnosť osvedčenia o zhode informačného systému, ak zistí, že

a) informačný systém preukázateľne prestal spĺňať požiadavky na overenie zhody podľa odseku 3,

b) osvedčenie o zhode informačného systému bolo vydané na základe nepravdivých údajov,

c) sa osoba podľa odseku 1 písm. a) až d) v lehote nezúčastnila testovania informačného systému podľa odseku 8, alebo

1. výsledky testovania informačného systému uvedené v správe o výsledku testovania podľa § 11a ods. 3 sú negatívne.

(10) Národné centrum dočasne pozastaví platnosť osvedčenia o zhode informačného systému najviac na 90 dní a v rozhodnutí uloží osobe podľa odseku 1 písm. a) až d) povinnosť odstrániť zistené nedostatky. Odvolanie proti rozhodnutiu o dočasnom pozastavení platnosti osvedčenia o zhode informačného systému nemá odkladný účinok.

(11) Národné centrum zruší platnosť osvedčenia o zhode informačného systému, ak v lehote určenej v rozhodnutí o dočasnom pozastavení osvedčenia o zhode informačného systému osoba podľa odseku 1 písm. a) až d) neodstráni zistené nedostatky týkajúce sa informačného systému podľa odseku 10. Zrušenie platnosti osvedčenia o zhode informačného systému sa zverejňuje vo Vestníku Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky a na webovom sídle národného centra a zároveň národné centrum o tejto skutočnosti informuje vyššie územné celky, poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotné poisťovne, úrad pre dohľad a subjekty uvedené v § 5 ods. 6 písm. j) až o).

(12) Národné centrum dočasne pozastaví prístup poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, zdravotnej poisťovne, úradu pre dohľad alebo subjektov uvedených v § 5 ods. 6 písm. j) až o) do národného zdravotníckeho informačného systému, ak zistí, že informačný systém ohrozuje bezpečnosť národného zdravotníckeho informačného systému. Po odstránení takej chyby národné centrum prístup poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, zdravotnej poisťovne, vyššieho územného celku alebo úradu pre dohľad alebo subjektov uvedených v § 5 ods. 6 písm. j) až o) do národného zdravotníckeho informačného systému znova umožní. Ohrozením bezpečnosti národného zdravotníckeho informačného systému sa rozumie narušenie jeho riadnej funkcionality, dôvernosti, integrity, dostupnosti a autentickosti ním uchovávaných alebo ním prenášaných údajov alebo súvisiacich s ním poskytovanými službami.

(13) Národné centrum zverejňuje na svojom webovom sídle zoznam informačných systémov v rozsahu názov informačného systému, jeho verziu, rozsah udeleného osvedčenia o zhode v súlade s metodikou integrácie informačného systému, ktorým bolo vydané osvedčenie o zhode a zoznam informačných systémov, ktorým bola platnosť osvedčenia dočasne pozastavená alebo zrušená.

(14) O odvolaní proti rozhodnutiu národného centra rozhoduje ministerstvo zdravotníctva.“.“.

Navrhuje sa komplexná úprava overenia zhody z dôvodu úpravy prístupov jednotlivých subjektov do Národného zdravotníckeho informačného systému ako aj z dôvodu umožnenia prístupu nových subjektov do tohto systému. Ide o subjekty, ktoré sa integrujú do systému na účely kontroly poskytovania zdravotnej starostlivosti alebo posudkovej činnosti.

1. **V čl. XII** sa vypúšťajú body 22 až 24.

Nasledujúce body sa primerane prečíslujú.

Legislatívno-technická úprava súvisiaca s úpravou ustanovení o overení zhody.

1. **V čl. XII bod 25** znie:

„25. Za § 11 sa vkladá § 11a, ktorý vrátane nadpisu znie:

„§ 11a

Dohľad nad funkčnosťou informačného systému, ktorý má overenie zhody

(1) Národné centrum vykonáva dohľad nad funkčnosťou informačného systému, ku ktorému je vydané platné osvedčenie o zhode. Za účelom overenia, či informačný systém spĺňa požiadavky na overenie zhody podľa odseku 3, môže národné centrum v rámci dohľadu nad funkčnosťou informačného systému, ktorý má overenie zhody, vykonávať testovanie informačného systému z vlastného podnetu, ako aj na požiadanie výrobcu informačného systému, poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, zdravotnej poisťovne, úradu pre dohľad alebo subjektov uvedených v § 5 ods. 6 písm. j) až o). Národné centrum môže testovanie informačného systému vykonávať aj u výrobcu informačného systému, u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, v zdravotnej poisťovni, na úrade pre dohľad alebo u subjektov uvedených v § 5 ods. 6 písm. j) až o) alebo môže testovanie na základe dohody vykonávať prostredníctvom vzdialeného prístupu v súlade s metodikou integrácie informačného systému.

(2) Výrobca informačného systému, poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, zdravotná poisťovňa, úrad pre dohľad a subjekty uvedené v § 5 ods. 6 písm. j) až o) sú povinní bezodkladne na výzvu národného centra umožniť vykonanie testovania.

(3) Po vykonaní testovania informačného systému vypracuje národné centrum správu o výsledku testovania informačného systému, v ktorej uvedie, či informačný systém spĺňa dátové rozhrania, dátovú štruktúru a technické špecifikácie štandardov zdravotníckej informatiky vrátane metodiky integrácie informačného systému, štruktúry a obsahu číselníkov zdravotníckej informatiky a dátových štruktúr elektronických zdravotných záznamov v elektronickej zdravotnej knižke, ku ktorej má osoba podľa odseku 2 pred jej vydaním možnosť vyjadriť svoje pripomienky. Kópiu správy o výsledku testovania informačného systému zašle národné centrum kontrolovanému subjektu.

(4) Ak informačný systém nespĺňa požiadavky podľa odseku 3, národné centrum dočasne pozastaví platnosť osvedčenia o zhode informačného systému.“.

Navrhuje sa komplexná úprava ustanovení súvisiacich s overením zhody z dôvodu úpravy prístupov jednotlivých subjektov do Národného zdravotníckeho informačného systému ako aj z dôvodu umožnenia prístupu nových subjektov do tohto systému. Ide o subjekty, ktoré sa integrujú do systému na účely kontroly poskytovania zdravotnej starostlivosti alebo posudkovej činnosti.

1. **V čl. XII bod 27 úvodná veta znie:** „V § 12 sa odsek 3 dopĺňa písmenami p) až t), ktoré znejú:“ a dopĺňa sa písmenom t), ktoré znie:

„t) je správcom a prevádzkovateľom národného informačného systému na objednávanie pacientov.“.

Navrhuje sa zriadenie národného informačného systému na objednávanie pacientov, ktorý bude v správe a prevádzke Národného centra zdravotníckych informácií. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti tak bude mať možnosť výberu medzi národným informačným systémom na objednávanie pacientov a iným informačným systémom, ktorý má overenie zhody. **Tento bod nadobúda účinnosť 1. januára 2018.**

1. **V čl. XII 30. bode v § 17 ods. 1** prvá veta znie: „ Do 31. decembra 2021 je osoba oprávnená na výdaj humánneho lieku, ktorého výdaj je viazaný na lekársky predpis, oprávnená na prístup k preskripčnému záznamu osoby a identifikačným údajom osoby, ktorej humánny liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu vydáva zadaním rodného čísla osoby alebo bezvýznamového identifikačného čísla osoby; na prístup k údajom z pacientskeho sumára je táto osoba oprávnená na základe písomného súhlasu osoby zadaním rodného čísla osoby alebo bezvýznamového identifikačného čísla osoby.“.

Upravuje sa prístup osoby oprávnenej na výdaj humánneho lieku, ktorého výdaj je viazaný na lekársky predpis v prechodnom období na základe rodného čísla alebo bezvýznamového identifikačného čísla pacienta v prípade, že pacient nedisponuje elektronickým identifikačným predmetom. Podpísaný informovaný súhlas je nevyhnutný len pre prístup k údajom v pacientskemu sumáru.

1. **V čl. XII 30. bode sa § 17 dopĺňa odsekom 4**, ktorý znie:

„(4) Do 31. decembra 2021 je osoba oprávnená vydávať zdravotnícku pomôcku oprávnená na prístup k preskripčnému záznamu osoby a identifikačným údajom osoby, ktorej zdravotnícku pomôcku vydáva zadaním rodného čísla osoby alebo bezvýznamového identifikačného čísla osoby.“.

Upravuje sa prístup osoby oprávnenej vydávať zdravotnícku pomôcku v prechodnom období na základe rodného čísla alebo bezvýznamového identifikačného čísla pacienta v prípade, že pacient nedisponuje elektronickým identifikačným predmetom.

**K čl. XIII**

1. **V čl. XIII** sa slová „štvrtého bodu, osemnásteho bodu a dvadsiateho piateho bodu“ nahrádzajú slovami „tretieho bodu, sedemnásteho bodu a dvadsiateho štvrtého bodu“.

Ide o legislatívno-technickú úpravu; ustanovenie sa upravuje s ohľadom na posun účinnosti, ktorý sa má podľa dôvodovej správy týkať ustanovení o chorobe patologického hráčstva a ohlasovaní osôb s touto chorobou Národnému centru zdravotných informácií.

1. **V čl. XIII** sa za slovo „okrem“ vkladajú slová „čl. X dvanásteho bodu, § 119 ods. 20 v trinástom bode, § 121 ods. 3 písm. f) v dvadsiatom prvom bode, dvadsiateho tretieho, tridsiateho štvrtého a tridsiateho šiesteho bodu, ktoré nadobúdajú účinnosť 1. apríla 2018,“ a na konci sa pripájajú tieto slová: „a čl. XII sedemnásteho  bodu, ktorý nadobúda účinnosť 1. januára 2019“.

Navrhuje sa posun účinnosti predmetných ustanovení z dôvodu náročnosti implementácie zmeny konceptu pacientskeho sumára a opakovaného receptu.

1. **ž i a d a**

**ministra zdravotníctva Slovenskej republiky**

**ministra financií Slovenskej republiky**

vyčísliť dopady legislatívnych zmien na verejné zdravotné poistenie, ktoré sa majú uskutočniť alebo sa uskutočnia v roku 2018 a ktoré nie sú v súčasnosti známe a v prípade ich negatívneho vplyvu na verejné zdravotné poistenie ich výpadok dofinancovať v platbe za poistencov štátu;

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