

## Dôvodová správa

### B. Osobitná časť

#### Čl. I (zákon č. 578/2004 Z. z.)

##### K bodu 1 (§ 5 ods. 2)

Vzhľadom na osobitú povahu a definovanie verejnej optimálnej siete namiesto verejnej minimálnej siete sa zo spoločnej úpravy vyčleňuje úprava pre poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti, poskytovateľov primárnej špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti, poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti (v zmysle § 7 ods. 1 písm. a) v treťom bode zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov) poskytovanej v špecializovanej ambulancii podľa prílohy 1a zákona č. 578/2004 Z. z.. Z dôvodu, že súčasná forma poskytovania zdravotnej starostlivosti „špecializovaná iná zdravotná starostlivosť“ sa okrem ambulancií vzťahuje aj na iné druhy zariadení ambulantnej zdravotnej starostlivosti (napríklad stacionár, zariadenie jednodňovej ambulantnej starostlivosti, mobilný hospic,...) podľa § 7 ods. 3 zákona č. 578/2004 Z. z. bolo pre jednoznačnosť, že navrhovaná úprava sa vzťahuje len na ambulancie, do definície subjektu, na ktoré sa vzťahuje nový spôsob definovania verejnej optimálnej siete doplnený pojem „poskytovanej v špecializovanej ambulancii“. Zároveň pre jednoznačnosť, navrhovaná úprava verejnej optimálnej siete sa nevzťahuje na špecializovanú ambulanciu uvedenú v Prílohe 1a zákona č. 578/2004 Z. z., konkrétne ambulanciu zubného lekárstva z dôvodu, že uvedený druh ambulancie poskytuje podľa § 7 ods. 1 písm. a) v druhom bode zákona č. 576/2004 Z. z. špecializovanú ambulantnú starostlivosť a nie špecializovanú inú ambulantnú starostlivosť. Zároveň sa touto úpravou vyníma úprava verejnej minimálnej siete pre poskytovateľov, ktorí prevádzkujú ambulancie dopravnej zdravotnej služby, nakoľko nejde priamo o poskytovanie zdravotnej starostlivosti ale o službu súvisiacu s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Touto prepravou sa zabezpečujú najmä transporty pacientov na vyšetrenia a zo zdravotníckeho zariadenia a nie je potrebné regulovať a ustanovovať minimálnu sieť. Ďalším z dôvodov je skutočnosť, že nejde o neodkladnú zdravotnú starostlivosť a preto samotná regulácia je kontraproduktívna.

Z dôvodu navrhovanej úpravy druhov zariadení ambulantnej zdravotnej starostlivosti sa v predkladanom návrhu pojem „špecializovaná ambulantná starostlivosť“ vzťahuje na špecializované ambulancie, pričom gynekologicko-pôrodnicka ambulancia, ktorá je súčasťou zoznamu špecializovaných ambulancií (Príloha 1a zákona č. 578/2004) vo vzťahu k forme poskytovania zdravotnej starostlivosti spadá pod formu poskytovania zdravotnej starostlivosti „špecializovaná ambulantná starostlivosť“ a navrhovaná primárna gynekologicko-pôrodnicka ambulancia spadá pod formu poskytovania zdravotnej starostlivosti „primárna špecializovaná gynekologická ambulantná starostlivosť“.

##### K bodu 2 (§ 5 ods. 5)

Vzhľadom na to, že sa ustanovujú osobitné podmienky a samostatná vyhláška ako vykonávací predpis, nevzťahuje sa na týchto poskytovateľov nariadenie podľa § 5 ods. 5.

##### K bodu 3 (§ 5 ods. 6 až 8)

Navrhuje sa zmena jednotky, ktorou je vyjadrená verejná sieť aj verejná optimálna sieť všeobecnej ambulantnej starostlivosti, primárnej špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti a špecializovanej ambulantnej starostlivosti. Vypúšťa sa jednotka lekárske miesto. Aplikácia prax ukazuje výraznú diskrepanciu v evidencii úväzkov (lekárskych miest)

v databázach samosprávnych krajov a jednotlivých zdravotných poisťovní. Navyše nie je systémovo zabezpečené prepojenie, aby poskytovateľom nahlásený údaj o výške lekárskeho miesta zodpovedal rozsahu schválených ordinačných hodín.

Z tohto dôvodu sa za jednotku navrhuje ambulancia definovaná rozsahom ordinačných hodín.

#### **K bodu 4 (§ 5b až 5d)**

Vzhľadom na osobitú povahu sa zo spoločnej úpravy vyčleňuje úprava všeobecnej ambulantnej starostlivosti, primárnej špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti a špecializovanej ambulantnej starostlivosti. Poskytovatelia všeobecnej, primárnej špecializovanej gynekologickej a špecializovanej ambulantnej starostlivosti tvoria početnú a z hľadiska ich úloh a funkcií v systéme zdravotnej starostlivosti samostatnú skupinu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Zavádza sa pomenovanie podmnožiny verejnej optimálnej siete ako usporiadania verejne dostupných ambulancií v definovanej územnej jednotke a v určenej optimálnej kapacite.

Na rozdiel od súčasného stavu, podľa ktorého je verejná minimálna sieť definovaná na úrovni odborov, špecializačných odborov alebo aj certifikovaných pracovných činností je verejná optimálna sieť je definovaná na úrovni poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti a poskytovateľov primárnej špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti. Východiskom je príloha č. 1a k zákonu č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktorá definuje zoznam špecializovaných ambulancií.

Vzhľadom na absenciu automatického pridelenia číselného kódu zdravotníckeho pracovníka v povolani lekárov po získaní odbornej spôsobilosti na výkon špecializovaných alebo certifikovaných pracovných činností, v praxi dochádza k situáciám, kedy nie je možné správne vyhodnotiť naplnenie verejnej minimálnej siete v niektorých odboroch. Na doplnenie príklad: ak si lekárom s profesijným titulom psychiater a s číselným kódom zdravotníckeho pracovníka v povolani lekárov v tejto odbornosti ako poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, ktorý prevádzkuje psychiatrickú ambulanciu, doplní vzdelanie a získa odbornú spôsobilosť v certifikovanej pracovnej činnosti medicína drogových závislostí, pričom nepožiadá o pridelenie číselného kódu zdravotníckeho pracovníka v povolani lekárov v odbornosti medicína drogových závislostí, orgán oprávnený vyhodnocovať naplnenosť siete zohľadní lekárske miesto lekára iba ako psychiatra (pre účely naplnenia siete v psychiatrii), napriek tomu, že poskytuje zdravotnú starostlivosť vo svojej psychiatrickej ambulancii aj v certifikovanej pracovnej činnosti medicína drogových závislostí. Vyhodnotenie siete pre certifikovanú pracovnú činnosť medicína drogových závislostí ostáva v rovine nedostatočných a nekvalitných údajov.

Na základe tejto diskrepancie návrh definuje verejnú optimálnu sieť na poskytovateľov a nie na odbornosti, prípadne certifikované pracovné činnosti.

Jedným z ďalších limitov súčasnej definície verejnej minimálnej siete je skutočnosť, že do vyhodnotenia naplnenosti siete vstupuje každá jedna zmluvná špecializovaná ambulancia v príslušnej odbornosti bez ohľadu na účel, ktorý plní v systéme zdravotnej starostlivosti.

Informácia, koľko poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti, v akých odbornostiach a kde v regiónoch chýba, záleží od kvality vstupov na oboch stranách. Na strane stanovených údajov o verejnej minimálnej sieti a zároveň na strane vstupných údajov veľkosti verejnej siete, teda siete existujúcich zmluvných špecializovaných ambulancií. V súčasnosti do verejnej siete vstupujú špecializované ambulancie bez zohľadňovania ich účelu. Každá z nich má miesto v systéme poskytovania zdravotnej starostlivosti. Pre účely vyhodnocovania naplnenosti siete sa navrhuje zohľadňovať ich účel.

Na doplnenie príklad: ak by bola verejná minimálna sieť pre vnútorné lekárstvo v príslušnom okrese určená vo výške 5 ambulancií vnútorného lekárstva a v okrese by pôsobili 2 ambulancie

prevádzkované ambulantnými poskytovateľmi, ktoré by prijímali resp. objednávali pacientov a poskytovali by zdravotnú starostlivosť na základe odporúčania (výmenného lístka) a 3 ambulancie by prevádzkovala nemocnica ako ústavné zdravotnícke zariadenie, z toho 1 ambulancia by vykonávala výlučne konziliárnu činnosť, 1 ambulancia by prijímala resp. objednávala pacientov a poskytovala zdravotnú starostlivosť na základe odporúčania (výmenného lístka) a 1 ambulancia by bola prevádzkovaná ako ambulancia pri oddelení ako prijímacia a prepúšťacia ambulancia pre pacientov v súvislosti s ich hospitalizáciou (neprijímala by pacientov na ošetrovanie s výmennými lístkami), tak:

- a) podľa súčasnej právnej úpravy by verejná minimálna sieť bola naplnená, zdravotná poisťovňa by nemala povinnosť uzatvoriť zmluvu s ďalšími poskytovateľmi, ktorí by o to požiadali a mali by záujem prevádzkovať ambulanciu v režime poskytovania zdravotnej starostlivosti na základe výmenného lístka (ako verejne dostupnú ambulanciu);
- b) podľa navrhovanej právnej úpravy, by do naplnenosti verejnej optimálnej siete vstupovali iba 3 verejne dostupné ambulancie, ktoré plnia účel prvého kontaktu v špecializovanej ambulancii na základe odporúčania.

V extrémnom prípade súčasná právna úprava umožňuje vyhodnotiť verejnú minimálnu sieť v príslušnej odbornosti v kraji ako naplnenú aj v prípade, ak by všetky ambulancie boli prevádzkované ako ambulancie poskytujúce zdravotnú starostlivosť výlučne v súvislosti s prijatím, hospitalizáciou, prepustením osoby zo zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti alebo činnosťou konzília a v posudzovanom území by nebola prevádzkovaná ani jedna ambulancia, ktorá by prijímala resp. objednávala pacientov a poskytovala zdravotnú starostlivosť na základe výmenného lístka.

Vzhľadom na súčasnú aplikačnú prax sa navrhuje zavedenie pojmu verejne dostupná ambulancia a príznaku v registri povolení, ktorá ambulancia je a ktorá nie je prevádzkovaná ako verejne dostupná ambulancia.

Hlavným účelom je zohľadňovať účel pri vyhodnocovaní naplnenosti siete, nastaviť jednoznačné pravidlá, aby do verejnej siete špecializovaných ambulancií pre účely vyhodnotenia naplnenosti siete vstupovali iba verejne dostupné ambulancie, ktoré plnia účel prvého kontaktu v špecializovanej ambulancii na základe odporúčania, resp. je možné ich považovať za prvú úroveň poskytovania špecializovanej ambulantnej starostlivosti v špecializovaných ambulanciách.

Ďalším významným účelom je zvýšenie transparentnosti cesty pacienta pri poskytovaní ambulantnej starostlivosti a zvýšenie jeho informovanosti. Samosprávne kraje budú môcť na svojich portáloch (<https://www.e-vuc.sk/>) doplniť k súčasne zverejňovaným informáciám o jednotlivých ambulanciách aj informáciu, ktorá ambulancia je verejne dostupná a teda prijíma pacientov na základe výmenného lístka.

Navrhovanou právnou úpravou sa zavádza nový príznak verejne dostupnej ambulancie s tým, že sa nezasahuje do podmienok prevádzkovania ambulancií, ktoré budú prevádzkované ako nie verejne dostupné.

Vychádzajúc z navrhovanej definície verejne dostupnej ambulancie sa v prípade všeobecných ambulancií a primárnych gynekologicko-pôrodných ambulancií považuje za verejne dostupnú každá ambulancia (bez ohľadu na zmluvný vzťah so zdravotnou poisťovňou), okrem ambulancií, ktoré poskytujú zdravotnú starostlivosť výlučne iba osobám, na ktoré sa nevzťahuje právo na výber poskytovateľa. Toto právo sa podľa právnych predpisov nevzťahuje napríklad na osobu, ktorá je vo väzbe, vo výkone trestu odňatia slobody alebo vo výkone detencie, žiadateľa o azyl, na osobu, ktorá je príslušníkom ozbrojených síl Slovenskej republiky, Policajného zboru, Slovenskej informačnej služby, Národného bezpečnostného úradu, Zboru väzenskej a justičnej stráže, Horskej záchranej služby alebo Hasičského a záchranného zboru. Znamená to, že do naplnenosti verejnej optimálnej siete poskytovateľov všeobecnej

ambulantnej starostlivosti sa nebudú započítavať všeobecné ambulancie, ktoré prevádzkuje napríklad Nemocnica pre obvinených a odsúdených Trenčín.

V prípade špecializovaných ambulancií sa za verejne dostupnú ambulanciu považuje každá špecializovaná ambulancia (bez ohľadu na zmluvný vzťah so zdravotnou poisťovňou), okrem:

- špecializovaných ambulancií, ktoré poskytujú špecializovanú ambulantnú starostlivosť výlučne iba osobám, na ktoré sa nevzťahuje právo na výber poskytovateľa, podobne ako pri všeobecných ambulanciách a primárnych gynekologicko-pôrodnických ambulanciách,
- špecializovaných ambulancií, ktoré poskytujú špecializovanú ambulantnú starostlivosť, ktorá priamo súvisí s prijatím, hospitalizáciou alebo prepustením osoby zo zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti,
- špecializovaných ambulancií, ktoré poskytujú špecializovanú ambulantnú starostlivosť, ktorá priamo súvisí s nadväzujúcou dispenzárnou starostlivosťou po prepustení osoby zo zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti; Ide napríklad o ambulancie, ktoré poskytujú špecializovanú ambulantnú starostlivosť vo forme kontrolných návštev v nadväznosti na príslušný operačný výkon alebo hospitalizáciu uzavretej skupine predtým hospitalizovaných pacientov a až po uplynutí potrebnej dĺžky sledovania v tejto ambulancii ich prevezme do starostlivosti lekár vo verejne dostupnej špecializovanej ambulancii. Na tieto účely sa odporúča aktualizácia prílohy č. 3 vyhláške č. 531/2023 Z. z., ktorou sa určuje špeciálne personálne zabezpečenie, špeciálne materiálno-technické vybavenie a ďalšie podmienky pre poskytovanie programov a medicínskych služieb s určením vybraných medicínskych programov, pre ktoré sa stanoví ako jedna z ďalších podmienok pre poskytnutie diagnostiky a liečby po hospitalizácii podmienka poskytovania nadväzujúcej dispenzárnej ambulantnej starostlivosti.
- špecializovaných ambulancií, ktoré poskytujú špecializovanú ambulantnú starostlivosť, ktorá priamo súvisí s činnosťou konzília,
- špecializovaných ambulancií, ktoré poskytujú špecializovanú ambulantnú starostlivosť výlučne na základe odporúčania lekára v špecializovanej ambulancii; Ide napríklad o špecializované ambulancie, ktoré poskytujú špecializovanú ambulantnú starostlivosť ako druhú úroveň špecializovanej ambulantnej starostlivosti na základe odporúčania výlučne od lekára v špecializovanej ambulancii, nie výlučne v rovnakej odbornosti. Napríklad ambulancia pediatrickej kardiológie v ústavnom zdravotníckom zariadení, na ktorú odosielajú pacientov lekári z verejne dostupných ambulancií pediatrickej kardiológie v regiónoch s požiadavkou o poskytnutie zdravotnej starostlivosti, ktorú tieto verejne dostupné špecializované ambulancie nedokážu poskytnúť z dôvodu potreby napríklad vyššieho stupňa materiálno-technického vybavenia alebo iných dôvodov.

Pre jednoznačnosť je potrebné uviesť, že príznak verejnej dostupnosti nesúvisí so zmluvným vzťahom poskytovateľa so zdravotnou poisťovňou. Príznak verejnej dostupnej ambulancie neznamena, že ambulancia je automaticky zmluvnou ambulanciou, ani nezakladá takýto nárok. Návrh nezasahuje a nemení súčasnú povinnosť, podľa ktorej je zdravotná poisťovňa povinná uzatvárať zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti do naplnenia verejnej minimálnej siete, resp. verejnej optimálnej siete podľa predmetného návrhu.

Vzájomný vzťah verejnej dostupnosti a zmluvného vzťahu môže vo vzťahu k špecializovaným ambulanciám v praxi nadobúdať nasledujúce kombinácie:

- a) zmluvná a verejne dostupná ambulancia (verejne dostupná ambulancia s platnou zmluvou aspoň s jednou zdravotnou poisťovňou),

- b) nezmluvná a verejne dostupná ambulancia (verejne dostupná ambulancia v územnej jednotke, v ktorej je naplnená verejná optimálna sieť a zdravotná poisťovňa neakceptovala žiadosť o uzatvorenie zmluvy z dôvodu naplnenia siete alebo poskytovateľ sa rozhodol nepožiadat' o uzatvorenie zmluvy a poskytuje zdravotnú starostlivosť na priamu úhradu),
- c) zmluvná a nie verejne dostupná ambulancia (ambulancia s platnou zmluvou aspoň s jednou zdravotnou poisťovňou, ktorá poskytuje špecializovanú ambulantnú starostlivosť, ktorá priamo súvisí s činnosťou konzília, s prijatím, hospitalizáciou, prepustením osoby alebo s nadväzujúcou dispenzárnou starostlivosťou po prepustení zo zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti alebo ktorá poskytuje špecializovanú ambulantnú starostlivosť výlučne na základe odporúčania lekára v špecializovanej ambulancii),
- d) nezmluvná a nie verejne dostupná ambulancia (ambulancia dostupná len pre vybrané skupiny osôb, pričom zdravotná starostlivosť je hradené mimo verejného zdravotného poistenia).

Vo vzťahu k všeobecným ambulanciám zavedenie príznaku verejne dostupnej ambulancie neovplyvňuje povinnosť zdravotnej poisťovne uzatvoriť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ak má poskytovateľ uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti aspoň s jedným poistencom, ktorému poskytuje všeobecnú ambulantnú starostlivosť.

Rozhodnutie, či bude ambulancia prevádzkovaná ako verejne dostupná alebo nie, bude slobodným rozhodnutím poskytovateľa. Nový poskytovateľ túto skutočnosť oznámi samosprávnemu kraju elektronickou formou. Pre existujúceho poskytovateľa sa navrhuje prechodné obdobie 8 mesiacov na oznámenie tejto skutočnosti samosprávnemu kraju.

Z dôvodu jednoznačnej identifikácie ambulancie, či je alebo nie je verejne dostupná, na jeden identifikátor zdravotníckeho zariadenia uvedený v povolení sa vzťahuje jedno oznámenie o verejnej dostupnosti ambulancie.

Samotný spôsob ustanovenia verejnej optimálnej siete bude upravovať vykonávací predpis. Vyhláška okrem spôsobu výpočtu potrebného počtu verejne dostupných všeobecných ambulancií, verejne dostupných primárnych gynekologicko-pôrodných ambulancií a verejne dostupných špecializovaných ambulancií vo verejnej optimálnej sieti bude obsahovať spôsob zohľadnenia časovej náročnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti, spôsob výpočtu a zohľadnenia vnútroštátnej migrácie, spôsob určenia počtu verejne dostupných všeobecných ambulancií vo verejnej sieti poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti, verejne dostupných primárnych gynekologicko-pôrodných ambulancií vo verejnej sieti poskytovateľov primárnej špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti a verejne dostupných špecializovaných ambulancií vo verejnej sieti poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti. Súčasťou bude aj zoznam druhov špecializovaných ambulancií zo zoznamu špecializovaných ambulancií uvedených v prílohe č. 1a k zákonu č. 578/2004 Z. z., pre ktoré sa definuje verejná optimálna sieť spolu s určeným príslušným územím (okres alebo kraj) pre daný názov špecializovanej ambulancie. Predmetom vyhlášky sú aj podrobnosti o postupe, povinných subjektoch a sprístupňovaných údajoch a o výsledkoch vyhodnotenia stavu optimálnej siete.

Z všeobecnej ambulantnej starostlivosti sa mechanizmus pravidelného každoročného monitorovania stavu verejnej optimálnej siete predmetným návrhom rozširuje aj na primárnu špecializovanú gynekologickú ambulantnú starostlivosť a špecializovanú ambulantnú starostlivosť. Návrh zákona upravuje dynamické každoročné definovanie verejnej optimálnej siete a jej vyhodnotenie Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Zákon stanovuje okruh povinných subjektov, termíny pre vyhodnocovanie a obsah výsledkov vyhodnotenia

stavu verejnej optimálnej siete. Podrobnosti o výpočte jednotlivých parametrov či forme zverejnenia výsledkov ustanoví vyhláška v zmysle splnomocňujúceho ustanovenia. Proces vyhodnocovania má byť otvorený pripomienkam zdravotných poisťovní a ministerstva, aby sa predišlo technickým alebo matematickým chybám vo výpočte.

Posilňuje sa úloha samosprávnych krajov pri tvorbe verejnej optimálnej siete poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti. Samosprávny kraj bude môcť navrhnúť úpravu Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou vypočítanej verejnej optimálnej siete v zákonom stanovených lehotách spolu s písomným zdôvodnením navrhovaných úprav. Cieľom je poskytnúť samosprávnym krajom priestor na zohľadnenie regionálnych alebo iných špecifik v danom regióne spolu s terénnou znalosťou samosprávnych krajov o ambulantom sektore v príslušnom kraji. Táto kompetencia je definovaná ako možnosť, nie povinnosť samosprávnych krajov. Samosprávny kraj bude mať možnosť ju využiť v plnom rozsahu pri každom druhu špecializovanej ambulancie alebo len pri časti z nich podľa uváženia a potreby. Bude môcť navrhnúť zvýšenie ako aj zníženie vypočítanej verejnej optimálnej siete. V prípade zvýšenia sa navrhuje maximálny limit možného navýšenia v takej kapacite, v akej je v danej územnej jednotke kapacita lekárov v špecializovaných ambulanciách starších ako 63 rokov. Cieľom je zaviesť mechanizmus včasnej podpory medzigeneračnej výmeny, najmä tam, kde majú samosprávne kraje informáciu od lekárov, že v dohľadnej dobe uvažujú ukončiť svoju činnosť. V prípade záujmu nových ambulantných lekárov budú môcť umožniť príchod do regiónu skôr, napriek tomu že verejná optimálna sieť je naplnená, s cieľom eliminovať situácie, kedy starší kolega ukončí svoju činnosť, uvoľní sa kapacita vo verejnej optimálnej sieti a na istý čas ostane región bez dostatočne pokrytej siete. Ak samosprávny kraj bude evidovať záujem zo strany nových lekárov, bude môcť týmto mechanizmom podporiť príchod nových lekárov do regiónov včas. Na druhej strane možnosť znížiť rozsah vypočítanej verejnej optimálnej siete má slúžiť napríklad na situácie, kedy samosprávny kraj z pohľadu regionálnych znalostí alebo informácií a spätnej väzby od pacientov, považuje verejnú sieť za dostatočnú a nepovažuje za žiadúce a účelné jej navýšenie.

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou bez skúmania dôvodnosti návrhov a odôvodnení od samosprávnych krajov upraví verejnú optimálnu sieť podľa návrhov a spolu s výsledkami verejnej optimálnej siete zverejní aj odôvodnenia samosprávnych krajov. V samotných výsledkoch bude osobitne uvedená vypočítaná verejná optimálna sieť a ustanovená verejná optimálna sieť po úprave samosprávnych krajov.

Súčasný nástroj každoročného zverejňovania výsledkov vyhodnotenia stavu siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti sa predmetným návrhom rozširuje na primárnu špecializovanú gynekologickú ambulantnú starostlivosť a špecializovanú inú ambulantnú starostlivosť.

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou na svojom webovom sídle najneskôr do 30. júna príslušného roka zverejní v definovanej štruktúre výsledky vyhodnotenia stavu siete, aby boli k dispozícii zdravotným poisťovniam, samosprávnym krajom, lekárom a poskytovateľom a tiež ministerstvu zdravotníctva. Výsledky obsahujú vypočítanú aj ustanovenú verejnú optimálnu sieť, verejnú sieť, počet chýbajúcich ambulancií a ďalšie definované parametre.

Podľa aktuálne platnej úpravy platí, že ak počet všeobecných ambulancií na území okresu je nižší než normatív určený verejnou minimálnou (podľa návrhu optimálnou) sieťou, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou na to upozorní zdravotné poisťovne. Tento mechanizmus sa rozširuje aj na primárnu špecializovanú gynekologickú ambulantnú starostlivosť a špecializovanú ambulantnú starostlivosť.

Zdravotné majú povinnosť uviesť dôvody a tiež plánované opatrenia pre zabezpečenie optimálneho stavu, pričom oboje sa zverejní. Cieľom je motivovať k dlhodobej a konzistentnej snahe o posilnenie segmentu všeobecnej, primárnej špecializovanej gynekologickej a špecializovanej ambulantnej starostlivosti.

Podpora zdieľania údajov v súčasnosti vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti a zabezpečenia informovanosti jednotlivých subjektov o kapacitách poskytovateľov sa rozširuje aj na primárnu špecializovanú gynekologickú ambulantnú starostlivosť a špecializovanú ambulantnú starostlivosť. Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou sa ukladá povinnosť sprístupniť samosprávnym krajom, zdravotným poisťovniam a ministerstvu zdravotníctva každoročne do 30. júna zoznam ambulancií vo verejnej sieti poskytovateľov.

Následné zverejňovanie ustanovených výsledkov vyhodnotenia verejnej optimálnej siete príslušným samosprávnym krajom na svojom webovom sídle sa rozširuje zo všeobecnej ambulantnej starostlivosti aj na primárnu špecializovanú gynekologickú ambulantnú starostlivosť a špecializovanú ambulantnú starostlivosť.

#### **K bodu 5 (§ 5e)**

Klasifikácia okresov ako nástroj monitorovania a komplexného vyhodnotenia stavu všeobecnej ambulantnej starostlivosti v Slovenskej republike sa rozširuje aj na primárnu špecializovanú gynekologickú ambulantnú starostlivosť. Pre špecializovanú ambulantnú starostlivosť sa nenavrhuje uplatňovať nástroj klasifikácie okresov z dôvodu diferencovanej územnej jednotky.

#### **K bodu 6 (§ 6 ods. 1)**

Vzhľadom na to, že pre verejnú sieť poskytovateľov primárnej špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti a poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti sa ustanovujú osobitné podmienky, nevzťahuje sa na týchto poskytovateľov ustanovenie podľa § 6 ods. 1.

#### **K bodu 7 (§ 6 ods. 2)**

Vypustenie celého odseku vzhľadom na to, že samosprávne kraje priebežne informujú všetky zdravotné poisťovne o vydaní každého nového povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia.

#### **K bodu 8 (§ 6c až 6e)**

Spresenie definície verejnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti, v rámci ktorej sa legislatívne nejednoznačný pojem „verejne dostupní poskytovatelia všeobecnej ambulantnej starostlivosti“ mení na jednoznačný a v súlade s navrhovanou právnou úpravou na „poskytovatelia všeobecnej ambulantnej starostlivosti, ktorí prevádzkujú aspoň jednu verejne dostupnú všeobecnú ambulanciu“. Zároveň sa v súlade s navrhovanou právnou úpravou ustanovujú osobitné podmienky pre verejnú sieť poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti a poskytovateľov primárnej špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti. Vypúšťa sa ustanovenie o príspevku na zabezpečenie optimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti z dôvodu aplikačnej praxe. Aplikačná prax si vyžiadala ponechanie flexibilnejšieho riešenia, ktoré dokáže reagovať na podnety od dotknutých subjektov.

#### **K bodu 9 (§ 7 ods. 3)**

Na základe pripomienky v rámci medzirezortného pripomienkového konania a za účelom rozlíšenia dvoch typov gynekologicko-pôrodných ambulancií (typ zdravotnej starostlivosti 103 a typ zdravotnej starostlivosti 200) dopĺňa pre jednoznačnosť, pre aký druh zariadení ambulantnej starostlivosti sa definuje verejná optimálna sieť poskytovateľov primárnej špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti zariadenie “primárna gynekologicko-pôrodná ambulancia”.

**K bodu 10 (§ 7 ods. 3)**

Pridáva sa nový typ zdravotníckeho zariadenia, ktoré má zabezpečovať poskytovanie novej služby súvisiacej so zdravotnou starostlivosťou, ktorou je integrácia prierezovej starostlivosti do komplexnej starostlivosti o zdravie. Podrobnosti týkajúce sa poskytovania služby integrácie prierezovej starostlivosti určuje § 16b zákona č. 576/2004 Z. z. Definičné znaky zariadenia integrácie prierezovej starostlivosti sa určujú vo Vyhláske MZ SR č. 84/2016 Z. z.

**K bodu 11 (§ 9b ods. 20)**

Predkladaným návrhom sú riešené tak podrobnosti a spôsob vykonávania klinického auditu v zdravotníckom zariadení, v ktorom je vykonávané lekárske ožiarenie (diagnostická a intervenčná rádiológia, radiačná onkológia a nukleárna medicína), ako aj hodnotenie súladu so štandardnými postupmi na vykonávanie lekárskeho ožiarenia a metodický postup vykonávania povinného klinického auditu, pričom podmienky takéhoto klinického auditu budú ustanovené všeobecne záväzným právnym predpisom vydaným Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky.

**K bodu 12 (§ 11 ods. 1 písm. l))**

Ustanovuje sa, že orgánom príslušným na vydanie povolenie na zriaďovanie zariadenia integrácie prierezovej starostlivosti je ministerstvo zdravotníctva. Dôvodom je, že ide o inovatívny typ zdravotníckeho zariadenia, ktorého dopad presahuje rámec rezortu zdravotníctva a z tohto dôvodu je potrebné zabezpečiť jeho dostatočnú reguláciu a taktiež možnosť výkonu dohľadu zo strany ministerstva zdravotníctva, s cieľom ľahšieho získavania dát a informácií z aplikačnej praxe a možnosti riešenia problémov vzniknutých v aplikačnej praxi pri zavádzaní nového typu zdravotníckeho zariadenia.

**K bodu 13 (§ 11 ods. 2 písm. a))**

Legislatívno-technická úprava v súvislosti so zriadením zariadení integrácie prierezovej starostlivosti.

**K bodom 14 (§ 12 ods. 2 písm. d) )**

Z aplikačnej praxe vznikla potreba legislatívne previazať rozhodnutia ministerstva s povoleniami na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia. Navrhuje sa ustanovenie, ktoré definuje, že pokiaľ nová nemocnica chce byť v sieti nemocníc, t.j. mať zmluvu s poisťovňami najskôr potrebuje rozhodnutie ministerstva a následne mu môže byť vydané povolenie. Zároveň nastavujeme výnimku pre nemocnice, ktoré nebudú mať záujem o zmluvy s poisťovňami.

**K bodu 15**

Legislatívno-technická úprava v súvislosti so zriadením zariadení integrácie prierezovej starostlivosti.

**K bodu 16 (§ 12 ods. 3)**

Z aplikačnej praxe vznikla potreba legislatívne previazať rozhodnutia ministerstva s povoleniami na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia. Navrhuje sa ustanovenie, ktoré definuje, že pokiaľ nová nemocnica chce byť v sieti nemocníc, t.j. mať zmluvu s poisťovňami najskôr potrebuje rozhodnutie ministerstva a následne mu môže byť vydané povolenie. Zároveň nastavujeme výnimku pre nemocnice, ktoré nebudú mať záujem o zmluvy s poisťovňami.

**K bodu 17 (§12 ods. 10)**



Ustanovuje sa povinnosť pre zariadenia integrácie prierezovej starostlivosti určiť odborného zástupcu pre každé zo zdravotníckych povolání podľa § 27 ods. 1 a 2, na ktorého výkon sa vyžaduje vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa, a pre zdravotnícke povolanie pôrodná asistentka, ak zdravotnícki pracovníci s odbornou spôsobilosťou na výkon týchto zdravotníckych povolání budú v zdravotníckom zariadení poskytovať zdravotnú starostlivosť.

#### **K bodu 18 (§ 12 ods. 11)**

K ambulanciám a hospiciom sa pridávajú stacionáre, zariadenia jednodňovej zdravotnej starostlivosti zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek ako zdravotnícke zariadenia ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ktoré môžu mať spoločného odborného zástupcu. V prípade stacionárov ide o zariadenia zo zákona nadväzujúce na ambulantnú alebo ústavnú zdravotnú starostlivosť, ktoré sú určené na poskytnutie komplexného opakovaného ambulantného medicínskeho programu po vyšetrení a stanovení plánu liečby v ambulancii (napr. podávanie chemoterapeutík, imunomodulačnej terapie alebo poskytovanie psychoterapeutických intervencií). Nie je preto odôvodnené vyžadovať, aby stacionár, ktorý nadväzuje na ambulanciu s rovnakým odborným zameraním, potreboval osobitného odborného zástupcu, čo vzhľadom na nedostupnosť odborníkov nie je regionálne možné vždy zabezpečiť. Zároveň sa doplnili do predmetného ustanovenia aj agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti.

#### **K bodu 19 (§ 12 ods. 19)**

Uvedená úprava zabezpečí rozšírenie možnosti vydať povolenie na prevádzku epidemiologickej ambulancie aj počas inej krízovej situácie ako len z dôvodu ochorenia COVID-19. Taktiež sa dopĺňa možnosť vydať povolenie na prevádzkovanie epidemiologickej ambulancie aj zariadeniam ústavnej zdravotnej starostlivosti, čím sa zabezpečí v prípade ohrozenia verejného zdravia II. stupňa aj dostupnosť následnej zdravotnej starostlivosti, ak bude potrebná priamo v zariadeniach ústavnej zdravotnej starostlivosti.

#### **K bodom 20 a 31 (§ 13 a § 26a ods. 3)**

Na základe podnetov od samosprávnych krajov sa dopĺňa požiadavka pre žiadateľov o vydanie povolenia o poskytnutie kontaktných údajov (emailová adresa a telefónne číslo) v rámci žiadosti o vydanie.

Do registra povolení sa dopĺňa informácia o verejnej dostupnosti všeobecných a špecializovaných ambulancií na základe nahlásených údajov od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

#### **K bodu 21 (§ 13 ods. 3 a ods. 5)**

Rozhodnutie príslušného orgánu verejného zdravotníctva sa spomína v zákone č. 578/2004 Z. z. len pri novom vydaní povolenia, ale pri ak poskytovateľ bude poskytovať zdravotnú starostlivosť v priestoroch, kde už bola poskytovaná zdravotná starostlivosť v danej špecializácii, vydáva príslušné RÚVZ, len oznámenie. Pri zmene miesta nie je konkrétne uvedené čo dokladá FO a PO, preto si dovoľujeme navrhnúť doplnenie textov červeno zvýraznené z dôvodu zmeny v zákone 355/2007 Z. z. Uvedené zmeny premietlo do svojho zákona už aj zákon o liekoch 362/2011 Z. z. v § 6 ods. 6 písm. g) a preto je potrebné upraviť aj v zákone 578/2004 Z. z.

Uvedené ustanovenie bolo zmenené v § 52 ods. 8 zákona č. 355/2007 Z. z. s odvolaním sa na § 52 ods. 1 písm. b) bod 1 o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Ide o legislatívno-technickú úpravu v súvislosti s novelizáciou predmetného zákona, ktorá nebola premietnutá do ustanovení zákona č. 578/2004 Z. z..

### **K bodom 22 až 25 (§ 14a)**

Uvedenou úpravou sa riešia problémy vyplývajúce z rozhodovacej činnosti ministerstva, pri vydávaní povolení, resp. poverení na prevádzkovanie ambulancií pevnej ambulantnej pohotovostnej služby. Vzhľadom ku skutočnosti, že v tomto období sa vyhlasovalo výberové konanie na prevádzkovanie ambulancií pevnej ambulantnej pohotovostnej služby, pri vydávaní povolení sa samotnom procese vznikli aplikačné problémy, ktoré sa úpravou dotknutých ustanovení odstránia. Boli doplnené skutočnosti, na základe ktorých ministerstvo bude môcť riadne vykonávať zákonom stanovené úlohy.

### **K bodu 26 (§ 17g ods. 1)**

Uvedená úprava zabezpečí možnosť vydať rozhodnutie o dočasnej zmene povolenia na prevádzkovanie ambulancie pevnej ambulantnej pohotovostnej služby aj z iného dôvodu, ako len z dôvodu ochorenia COVID-19.

### **K bodom 27 a 28 (§ 18 ods. 3 písm. a) a § 19 ods. 1 písm. m)**

Zníženie počtu „fiktívnych“ zdravotníckych zariadení, ktoré napriek tomu, že dlhšie nefungujú, stále figurujú ako aktívne ZZ (prípadne sú zazmluvnené ZP možno na úkor iného poskytovateľa, s ktorým preto ZP neuzatvorí zmluvný vzťah). Týmto krokom sa zrealnia aj počty jednotlivých lekárskejších miest.

Niektoré zdravotnícke zariadenia majú tendenciu žiadať o pozastavenie prevádzkovania ZZ aj v prípade, že šanca obnoviť prevádzkovanie ambulancie je minimálna (napríklad keď je dôvodom problém s personálnym zabezpečením). Týmto spôsobom sa „blokuje“ miesto vo verejnej minimálnej sieti PZS a skresľuje počet lekárov v jednotlivých špecializáciách a fiktívne sa udržiavajú ambulancie, ktoré sa už nikdy neotvoria - neobnovia.

### **K bodom 29 a 30 (§ 25 ods. 1)**

Vypúšťa sa slovné spojenie spádové územie, ktoré spôsobuje problémy pri vydávaní povolení, a ktoré je súčasne nadbytočné pri vydanom povolení. Spádové územia určuje platná Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 22/2018 Z. z., ktorou sa ustanovujú spádové územia a pevné body pre ambulancie pevnej ambulantnej pohotovostnej služby v znení neskorších predpisov.

### **K bodu 32**

Vzhľadom na skutočnosť, že jediná činnosť pri ktorej očný optik prichádza do styku s ľudským telom, je meranie antropologických rozmerov hlavy, je účelné vypustiť zo zákona očné optika ako zdravotníckeho pracovníka, pretože od očné optika vzhľadom na jeho odborné vzdelanie a dosiahnutú kvalifikáciu nie je zmysluplné a účelné požadovať všetky povinnosti a zodpovednosť zdravotníckeho pracovníka, ktorý prichádza do styku s pacientom.

### **K bodu 33 (§ 62 ods. 6)**

Legislatívno-technická úprava v súvislosti s vypustením očné optika ako zdravotníckeho pracovníka z § 27.

### **K bodu 34 (§ 68 ods. 1)**

Legislatívno-technická úprava vzhľadom ku skutočnosti, že optometrista je zdravotníckym pracovníkom, avšak jeho výkon bol upravený len v živnostenskom zákone ako viazaná živnosť, je potrebné, aby mal optometrista vydanú licenciu na výkon jeho činnosti. Uvedená skutočnosť vyplynula ako potreba aplikačnej praxe, nakoľko registrácia bola upravená, avšak samotný výkon činnosti nebol legislatívne upravený.

**K bodu 35 (§ 68 ods. 6)**

Legislatívno-technická úprava v súvislosti s vydávaním licencií pre optometristu. Licenciu bude vydávať Slovenská komora medicínsko-technických pracovníkov.

**K bodu 36 (§ 74 ods. 1)**

Skrátenie lehoty na 1 mesiac, nakoľko lehota 2 mesiacov bola zbytočne dlhá, čím sa predlžovali procesy pri zrušení licencie.

**K bodu 37**

Legislatívno-technická úprava v súvislosti s rozšírením kompetencií ministerstva zdravotníctva v oblasti dozoru.

**K bodu 38 (§ 79 ods. 1 písm. y)**

Legislatívno-technická úprava pojmu poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti.

**K bodu 39 (§ 79 ods. 1 písm. bf))**

Uvedená úprava zabezpečí, aby aj v prípade iného ochorenia, ktoré patrí do skupiny ohrozenia verejného zdravia II. stupňa bolo povinné prevzatie osoby bez zbytočného odklady poskytovateľom. Uvedená úprava zároveň zabezpečí, aby nedošlo k zdržiavaniu prevzatia pacienta poskytovateľom, nakoľko v prípade respiračných ochorení sa musia sanitné vozidlá dezinfikovať a zároveň je limitovaný aj ich počet a môže dôjsť k zhoršeniu dostupnosti voľných posádok v systéme.

**K bodu 40 (§ 79 ods. 1 písm. bo) až bz))**

K písmenu bo) - Navrhuje sa zavedenie povinnosti poskytovateľa používať obmedzovacie prostriedky primerane a správne v súlade s § 9b zákona č. 576/2004 Z. z.

K písmenu bp) - Navrhuje sa odstrániť ochranné lôžka v nadväznosti na § 49q zákona č. 576/2004 Z. z., podľa ktorého je možné ochranné lôžka použiť ako obmedzovací prostriedok pri poskytovaní ústavnej starostlivosti len do 31. decembra 2024.

K písmenu br) - Navrhuje sa zavedenie povinnosti poskytovateľa zabezpečiť vzdelávanie a pravidelné preškolenie zdravotníckych pracovníkov a osôb určených poskytovateľom ústavnej zdravotnej starostlivosti o používaní obmedzovacích prostriedkov a miernejších spôsoboch zvládnutia situácie za účelom zabezpečenia primeranosti a správnosti používania obmedzovacích prostriedkov.

K písmenu bs) - Navrhuje sa pri poskytovaní jednodňovej zdravotnej starostlivosti alebo ústavnej zdravotnej starostlivosti zavedenie povinnosti poskytovateľa zabezpečiť hospitalizáciu pacientov, ktorí dovŕšili vek 15 rokov, ale nedosiahli plnoletosť, oddelene od dospelých, resp. plnoletých. pacientov umiestnením na samostatnej izbe so zabezpečením zvýšeného dohľadu, v prípade, ak dôjde k umiestneniu takéhoto pacienta na oddelenie medzi prevažne dospelých pacientov. V prípade, ak dôjde k umiestneniu viacerých pacientov, ktorí dovŕšili vek 15 rokov, avšak nedosiahli plnoletosť, na oddelenie s prevažne dospelými pacientmi, môžu byť pacienti, ktorí dovŕšili vek 15 rokov ale nedosiahli plnoletosť umiestnení na izbe spoločne. Ďalej sa navrhuje pri poskytovaní jednodňovej zdravotnej starostlivosti alebo ústavnej zdravotnej starostlivosti zavedenie povinnosti poskytovateľa zabezpečiť hospitalizáciu žien oddelene od mužov na samostatnej izbe s výnimkou poskytovania akútnej zdravotnej starostlivosti a intenzívnej zdravotnej starostlivosti.

K písmenu bt) - Navrhuje sa zavedenie povinnosti poskytovateľa vyčleniť primeranú kapacitu na výkon súdom nariadených ochranných liečení, ak ide o poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti v odbornom zameraní psychiatria a detská psychiatria, z dôvodu, že aplikačná

prax, či už zo strany súdov, prokuratúry alebo zdravotníckych zariadení ukazuje, že aktuálne nastavenie realizácie poskytovania zdravotnej starostlivosti nie je postačujúce.

K písmenu bu) - Zavádza sa povinnosť pre zdravotnícke zariadenia zabezpečujúce integráciu prierezovej starostlivosti poskytovať obligatórne službu integrácie prierezovej starostlivosti. Poskytovanie tejto služby je viazané na osobitné povolenie.

K písmenu bv) - Zabezpečuje sa povinnosť poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti prevziať bez zbytočného odkladu pacienta do zdravotnej starostlivosti. Uvedenou úpravou sa zabezpečí plynulý prechod pacientov v ústavnej zdravotnej starostlivosti v rámci jednotlivých úrovní nemocníc v zmysle optimalizácie siete nemocníc. Ak pacient bude vyžadovať vyššiu úroveň starostlivosti, nemocnica bude mať povinnosť takéhoto pacienta prevziať, a naopak, v prípade, že pacient mal už poskytnutú špecializovanú starostlivosť a nie je potrebné, aby takýto pacient naďalej zotrval v nemocnici vyššej úrovne, nemocnica nižšej úrovne bude mať povinnosť takého pacienta prevziať na doliečenie. Zároveň sa upravuje povinnosť, aby v prípade, ak nie je možné pacienta prevziať bolo zabezpečené preukázateľné odôvodnenie, prečo ho nie je možné prevziať.

K písmenu bw) - Zabezpečuje sa povinnosť poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti v pôsobnosti ministerstva zriadiť intervenčný tím, ktorý bude zabezpečovať realizáciu opatrení podľa osobitných predpisov v prípade vzniku udalosti, ktorá si bude vyžadovať rýchlu reakciu štátu v oblasti riešenia či už lokálnych alebo celoštátnych epidémií alebo pandémieí. Využitie intervenčného tímu má efektívne zvládnuť mimoriadne udalosti, kde je potrebné realizovať okrem iného aj mimoriadne očkovaníe včasne a rýchlo, aby sa zabránilo ďalšiemu šíreniu ochorenia.

K písmenu bx) - Explicitné zavedenie povinnosti ambulantného poskytovateľa predkladať samosprávnemu kraju na schválenie ordinačné hodiny. Implicitne táto povinnosť doteraz vyplývala z povinností samosprávneho kraja schvaľovať a potvrdzovať ordinačné hodiny a doplnkové ordinačné hodiny pre zdravotnícke zariadenia, v ktorých sa poskytuje ambulantná starostlivosť.

Zároveň sa zavádza povinnosť poskytovateľa, ktorý prevádzkuje všeobecnú ambulanciu, primárnu gynekologicko-pôrodnú ambulanciu alebo špecializovanú ambulanciu elektronicky oznámiť samosprávnemu kraju, či daná ambulancia je alebo nie je verejne dostupná. Splnenie uvedenej povinnosti tvorí nevyhnutný základ pre následné zistenie počtu ambulancií vo verejnej sieti poskytovateľov všeobecnej starostlivosti, verejnej sieti poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti a verejnej sieti poskytovateľov primárnej špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti v rámci procesu vyhodnocovania stavu optimálnej siete.

K písmenu by) - Zavádza sa povinnosť pre poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti zverejniť na svojom vlastnom webovom sídle výročnú správu o hospodárení a výročnú správu o činnosti v podobe umožňujúcej ďalšie spracovanie pre účely vzájomného porovnávania a analýz dodržiavania limitu verejných výdavkov, Zároveň ministerstvo zverejní jednotnú štruktúru práve pre jednoduchšie spracovanie. Štruktúra bude komunikovaná s poskytovateľmi ústavnej zdravotnej starostlivosti. Dôvodom tejto úpravy je, že MZSR údaje z týchto správ nevyhnutne potrebuje pre účely tvorby rozpočtu verejného zdravotného poistenia. Každoročne dochádza ku konfliktom medzi ANS a AŠN a zdravotnými poisťovňami ohľadom úväzkov zdravotníckych pracovníkov v nemocniciach. Považujeme za nevyhnutné ustanoviť takúto povinnosť pre všetkých poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti, aby bolo možné jednak správne nastaviť rozpočet verejného zdravotného poistenia ale aj plánovať chýbajúce zdravotnícke povolania. V súčasnej dobe, kedy zákonom o rozpočtových pravidlách sú ustanovené limity verejných výdavkov pre všetky subjekty verejnej správy, resp. pre subjekty, ktoré hospodária s verejnými financiami, je nevyhnutné, aby týmito údajmi MZSR

disponovalo. Subjektami verejnej správ sú nemocnice obcí, VUC a miest bez ohľadu na to, či ich obce, mestá alebo VUC dali do prenájmu súkromným spoločnostiam.

K písmenu bz) - Existujúci poskytovateľ je povinný elektronicky oznámiť samosprávnemu kraju zmenu verejne dostupnej ambulancie na ambulanciu, ktorá nie je verejne dostupná. Táto ambulancia sa stáva ambulanciou, ktorá nie je verejne dostupná, od 1. januára kalendárneho roka nasledujúceho po roku, v ktorom bola zmena oznámená. Existujúci poskytovateľ je povinný elektronicky oznámiť aj zmenu v opačnom prípade a to zmenu ambulancie, ktorá nie je verejne dostupná, na verejne dostupnú ambulanciu. Táto ambulancia sa stáva verejne dostupnou v kalendárny deň nasledujúci po dni, v ktorom bola táto zmena oznámená.

#### **K bodu 41 (§ 79 ods. 13)**

Uvedenou úpravou sa zabezpečí povinnosť poskytovateľa, ktorý je držiteľom povolenia na prevádzkovanie ambulancie dopravnej zdravotnej služby, aby počas krízovej situácie z dôvodu ohrozenia verejného zdravia II. stupňa zabezpečil prepravu zdravotníckeho pracovníka za účelom odberu biologického materiálu na zistenie ochorenia, ako aj prepravu osoby na miesto určené operačným strediskom tiesňového volania záchranej zdravotnej služby.

#### **K bodu 42 (§ 79 ods. 18)**

Rozširuje sa okruh povinných subjektov o poskytovateľov primárnej špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti a poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti. Zároveň sa rozširuje okruh údajov, ktoré poskytovateľ hlási samosprávnemu kraju o informáciu o verejnej dostupnosti ambulancie. Účelom je zabezpečiť kompletne a aktuálne informácie o verejnej sieti poskytovateľov v kraji potrebné na vyhodnocovanie stavu optimálnej siete a zároveň tvoria dátovú základňu pre rozhodovacie procesy súvisiace so zabezpečovaním optimálnej siete.

#### **K bodu 43 (§ 79 ods. 19 až 21)**

V záujme jednoznačného zmapovania reálnej situácie s dodržiavaním personálneho zabezpečenia v zdravotníckych zariadeniach, je nevyhnutné robiť každoročne zber údajov o počtoch zdravotníckych pracovníkoch. Ako aj o výnosoch a nákladoch a príjmoch a výdavkoch poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti. Dôvodom tejto úpravy je, že MZSR údaje z týchto správ nevyhnutne potrebuje pre účely tvorby rozpočtu verejného zdravotného poistenia. Každoročne dochádza ku konfliktom medzi ANS a AŠN a zdravotnými poisťovňami ohľadom úväzkov zdravotníckych pracovníkov v nemocniciach. Považujeme za nevyhnutné ustanoviť takúto povinnosť pre všetkých poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti, aby bolo možné jednak správne nastaviť rozpočet verejného zdravotného poistenia ale aj plánovať chýbajúce zdravotnícke povolania. V súčasnej dobe, kedy zákonom o rozpočtových pravidlách sú ustanovené limity verejných výdavkov pre všetky subjekty verejnej správy, resp. pre subjekty, ktoré hospodária s verejnými financiami, je nevyhnutné, aby týmito údajmi MZSR disponovalo. Subjektami verejnej správy sú nemocnice obcí, VUC a miest bez ohľadu na to, či ich obce, mestá alebo VUC dali do prenájmu súkromným spoločnostiam. Údaje z NCZI nie je možné využiť nakoľko ich mnohé subjekty nevyplňajú, resp. sú tieto dáta k dispozícii až o dva roky neskôr ako sa tvorí rozpočet verejného zdravotného poistenia. Informácie o počtoch zdravotníckych pracovníkov pracujúcich v nemocniciach nie je a nemôže byť žiadnym obchodným tajomstvom. MZSR má právo tieto počty kedykoľvek kontrolovať už podľa teraz platnej legislatívy.

#### **K bodu 44 (§ 80 ods. 3)**

Legislatívno-technická úprava v súvislosti so zavedením osoby určenej poskytovateľom podľa § 18 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z. z.

**K bodu 45 (§ 80 ods. 4)**

Účelom navrhovanej úpravy je zosúladienie praktického postupu samosprávnych krajov a ministerstva vo veci aplikácie inštitútu zbavenia mlčanlivosti ako aj precizovanie tohto postupu, ktorého výsledkom má byť vydanie aktu organizačnej povahy mimo realizácie verejnej správy, a teda keďže nejde ani o rozhodnutie a takisto ani o opatrenie, ktoré by bolo výsledkom administratívneho konania, nie je dôvod na preskúmanie zákonnosti postupu týchto orgánov a ani na prijímanie niektorého z opatrení prokurátora. Rozhodovanie o zbavení mlčanlivosti je rozhodovaním vo verejnom záujme, avšak nejde o rozhodnutie, resp. opatrenie vydané podľa správneho poriadku, keďže v prípade rozhodovania o zbavení mlčanlivosti nejde o rozhodovanie vo veciach verejnej správy, t. j. o správu vecí verejných. Zároveň sa dopĺňa zbavenie mlčanlivosti osoby určenej poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v prípade ak sa jedná o osobu, ktorá nie je zdravotníckym pracovníkom, avšak pri výkone pracovných činností sa podieľa na poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

**K bodu 46 (§ 80 ods. 6)**

Dopĺňa sa ustanovenie, že zdravotnícky pracovník neporuší mlčanlivosť, ak pri zabezpečovaní komplexnej starostlivosti informuje v primeranom rozsahu iného člena multidisciplinárneho tímu, aj v prípade že nejde o zdravotníckeho pracovníka. Člen multidisciplinárneho tímu má zo zdravotníckym zariadením zmluvný vzťah. Toto platí aj pre člena podporného tímu. Za oblasť primeranú pre zbavenie mlčanlivosti sa považujú informácie potrebné na to, aby člen tímu mohol zabezpečiť intervencie potrebné na plnenie úloh vyplývajúcich mu zo spoločného liečebného plánu.

**K bodu 47 (§ 80 ods. 7)**

Vzhľadom na spresňovanie a sprísňovanie podmienok mlčanlivosti predkladaným návrhom je potrebné upraviť predmetné ustanovenie tak, aby bolo jednoznačne zrejmé, že poskytovatelia zdravotnej starostlivosti i naďalej poskytujú potrebnú súčinnosť orgánom sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately na účely výkonu ich zákonom upravených povinností a oprávnení.

**K bodu 48 (§ 81 ods. 1)**

Za účelom zabezpečenia možnosti výkonu dozoru Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky nad plnením povinností všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v odbornom zameraní psychiatri a v odbornom zameraní detská psychiatria obsiahnutých v ustanovení § 79 sa dopĺňajú medzi subjekty, nad ktorými môže ministerstvo vykonávať uvedený dozor aj liečebne, nad ktorými doposiaľ ministerstvo nemohlo vykonávať dozor. Potrebu zavedenia možnosti vykonávať dozor nad všetkými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti v odbornom zameraní psychiatria a v odbornom zameraní detská psychiatria, bez ohľadu na to, ktorý príslušný orgán im vydal povolenie na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia, zo strany ministerstva odôvodňujú opatrenia uložené Slovenskej republike Európskym výborom na zabránenie mučenia a neľudského či ponižujúceho zaobchádzania alebo trestania (ďalej len „Výbor CPT“) a Výborom Organizácie spojených národov proti mučeniu (ďalej len „Výbor CAT“) vo vzťahu k poskytovaniu zdravotnej starostlivosti v odbornom zameraní psychiatria a v odbornom zameraní detská psychiatria a zdravotnej starostlivosti osobám, ktorých osobná sloboda je obmedzená.. V Správe pre vládu Slovenskej republiky o návšteve Slovenskej republiky, ktorú uskutočnil Výbor CPT v dňoch 19. až 28. marca 2018 bolo uložené opatrenie č. 128, ktorého predmetom je zavedenie systému

fungovania vnútornej a vonkajšej kontroly pri poskytovaní psychiatrickej starostlivosti. V zmysle zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov a zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti vykonáva Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. V zmysle zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov je súčasťou systému kvality poskytovateľa aj klinický audit, ktorým je systematické preverovanie a hodnotenie dodržiavania štandardných postupov na výkon prevencie, štandardných diagnostických postupov a štandardných terapeutických postupov a interného systému hodnotenia bezpečnosti pacienta a minimálnych požiadaviek na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta, ktorý vykonáva ministerstvo. Okrem uvedeného je však potrebné v nadväznosti na nadobudnutie účinnosti zákona č. 495/2022 Z. z. z 8. decembra 2022, 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 mení a dopĺňa zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov potrebné zo strany ministerstva vykonávať dozor aj nad plnením nových povinností zdravotníckych zariadení - predovšetkým vedenia registra o obmedzovacích prostriedkoch, hlásenia údajov o používaní obmedzovacích prostriedkov, upustení od používania ochranných lôžok ako obmedzovacích prostriedkov s účinnosťou od 1. januára 2025 a vnútorným poriadkom. Výbor CPT a Výbor CAT po zisteniach, že na psychiatrických oddeleniach sa nachádzajú pacienti, ktorí nesúhlasia s hospitalizáciou, avšak v zdravotnej dokumentácii udelili informovaný súhlas s hospitalizáciou, a teda nefungujú v režime „nedobrovoľnej hospitalizácie“, zhodne apelujú na Slovenskú republiku, aby zabezpečila, že v prípadoch kedy je hospitalizácia dobrovoľného pacienta, ktorý si želá nemocnicu opustiť, považovaná za nevyhnutnú, bol plne uplatňovaný zákonom stanovený postup konania o prípustnosti umiestnenia v zdravotníckom zariadení. Nakoľko ministerstvo považuje nastavenie legislatívy za dostatočné v tomto prípade, účelom dozoru nad dodržiavaním povinností poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti v odbornom zameraní psychiatria a v odbornom zameraní detská psychiatria má byť aj overovanie a usmerňovanie postupov príslušných zdravotníckych zariadení v predmetných prípadoch. Uvedenou legislatívnou zmenou sa vytvorí priestor pre vytvorenie tzv. „systému vnútornej kontroly“ realizovaného ministerstvom vo vzťahu k ústavným zdravotníckym zariadeniam poskytujúcim zdravotnú starostlivosť v odbornom zameraní psychiatria a v odbornom zameraní detská psychiatria a dôjde k naplneniu požiadavky medzinárodných organizácií na zavedenie systému vnútornej kontroly.

#### **K bodom 49 a 50 (§ 82 ods. 1)**

V § 82 ods. 1 písm. b) sa navrhuje vypustenie § 79 písm. bm) a bn) a ich doplnenie do § 82 ods. 1 písm. d) spoločne s doplnení novo vzniknutých povinností poskytovateľa upravených v § 79 ods. 1 písm. bp) až bt).

Dôvodom pre zavedenie sankcií, resp. pokút je zabezpečenie vynútiteľnosti dodržiavania povinností poskytovateľa.

#### **K bodu 51 (§ 82 ods. 8)**

Cieľom tohto ustanovenia je zabezpečiť efektívne a spravodlivé využívanie lôžkových kapacít v rámci systému ústavnej zdravotnej starostlivosti a optimalizovať dostupnosť špecializovaných a bežných lôžok pre pacientov podľa ich aktuálnych zdravotných potrieb.

Uvedený princíp platí obojstranne:

1. Uvoľňovanie špecializovaných lôžok: Poskytovatelia špecializovanej zdravotnej starostlivosti sú povinní včas prebrať pacientov z bežných lôžok, keď títo pacienti potrebujú špecializovanú starostlivosť. Pokiaľ poskytovatelia špecializovanej starostlivosti neprevezmú týchto pacientov, dochádza k situácii, kedy bežné nemocnice nie sú schopné poskytnúť adekvátnu starostlivosť, čo môže ohroziť zdravie pacientov vyžadujúcich špecializované zákroky alebo liečbu.
2. Uvoľňovanie bežných lôžok: Na druhej strane, poskytovatelia bežnej zdravotnej starostlivosti musia zabezpečiť, aby pacienti, ktorí už nepotrebujú špecializovanú starostlivosť, boli presunutí na bežné lôžka. Tento krok je nevyhnutný na to, aby sa špecializované lôžka uvoľnili pre ďalších pacientov, ktorí ich aktuálne potrebujú.

Pokuta sa vzťahuje na oba uvedené prípady:

- Ak poskytovateľ špecializovanej zdravotnej starostlivosti odmietne prevziať pacienta z bežnej nemocnice, ktorý potrebuje špecializovanú starostlivosť.
- Ak poskytovateľ bežnej zdravotnej starostlivosti neprevezme pacienta, ktorý už nepotrebuje špecializovanú starostlivosť a môže byť umiestnený na bežné lôžko.

Toto opatrenie je zamerané na to, aby sa zabezpečila plynulá a efektívna koordinácia medzi rôznymi úrovňami zdravotnej starostlivosti. Tým sa zaručí, že pacienti dostanú potrebnú starostlivosť v správnom čase a na správnom mieste, čo zlepší celkovú kvalitu a dostupnosť zdravotnej starostlivosti.

Zavedenie sankcií vo forme pokút má preventívny charakter a motivuje poskytovateľov zdravotnej starostlivosti k plneniu ich povinností. Toto opatrenie tiež podporuje princípy efektívnosti, hospodárnosti a spravodlivosti v rámci zdravotného systému, čím sa zabezpečí lepšia dostupnosť a kvalita zdravotnej starostlivosti pre všetkých pacientov.

### **K bodu 52 (§ 82 ods. 10)**

Naviazanie sankcií, resp. pokút na nesplnenie si oznamovacej povinnosti o oznámení informácie o verejnej dostupnosti alebo nedostupnosti ambulancie.

### **K bodu 53 (§ 82 ods. 24 a 25)**

V § 82 sa navrhuje doplnenie nového odseku 23 zavádzajúceho pokutu pre poskytovateľa, ktorý neodstráni ochranné lôžko alebo bude naďalej používať ochranné lôžka po 1. januári 2025. Dôvodom pre zavedenie sankcií, resp. pokút je zabezpečenie vynútiteľnosti dodržiavania povinností poskytovateľa. Stanovená výška pokuty zodpovedá na jednej strane chránenému záujmu pacienta a na strane druhej predstavuje sumu, za ktorú si poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti môže zakúpiť dva kusy moderných bezpečných ochranných postelí s názvom "WHO Safespace® Hi-Lo", ktoré sú vhodnou náhradou ochranných lôžok (sieťových postelí).

Ďalej ministerstvo zdravotníctva uloží držiteľovi povolenia na prevádzkovanie ústavného zdravotníckeho zariadenia zaradeného do siete kategorizovaných nemocníc (§ 5a) pokutu za porušenie povinností ustanovených v § 79c vo výške 33 193 eur.

### **K bodu 54 (§ 102ax)**

S cieľom poskytnúť dostatočný časový priestor pre poskytovateľov na nahlasovanie údajov potrebných na vyhodnocovanie stavu optimálnej siete a pre Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou na zabezpečenie organizačného a personálneho pokrytia nových úloh súvisiacich s vyhodnocovaním optimálnej siete, sa prvé vyhodnotenie stavu optimálnej siete vykoná k 1.9.2025, a výsledky úrad zverejní najneskôr do 31.12.2025. Existujúci poskytovatelia, tak majú čas na nahlásenie údajov o verejnej dostupnosti ambulancie a personálnom zabezpečení svojich ambulancií do 31.8.2025.



Z dôvodu zavedenia “primárnej gynekologicko-pôrodnicej ambulancie” sa dopĺňa ustanovenie, podľa ktorého sa súčasní poskytovatelia špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti, ktorí majú aspoň jedného kapitovaného poistenca, ktorému poskytujú špecializovanú gynekologickú ambulantnú starostlivosť považujú za poskytovateľov primárnej špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti podľa právnych predpisov účinných od 1. januára 2025.

Legislatívno-technická úprava z dôvodu vypustenia špecializovanej ambulancie pediatickej oftalmológie

### **K bodom 55 až 58 (Príloha č. 1a)**

Precizovanie názvu ambulancie maxilofaciálnej a dentoalveolárnej chirurgie, vypustenie ambulancie pediatickej oftalmológie - nakoľko vzdelávanie v oftalmológii je už len jedno – pre deti a dospelých.

Úprava ambulancie anestéziológie a intenzívnej medicíny aj mimo ústavného zdravotníckeho zariadenia vyplynula z potrieb aplikačnej praxe. Uvedená úprava zabezpečí dostupnosť lekárov anestéziológov aj v iných ambulanciách, kde je potrebné vykonávať zdravotnú starostlivosť v úzkej spolupráci s lekárom anestéziológom. Takouto úpravou sa zabezpečí aj potreba vykonávania zubno-lekárskej starostlivosti v prípadoch, kedy pacient trpí ochorením, ktorého povaha sa nezlučuje s bežnou starostlivosťou v zubnej ambulancii, čím sa zároveň zvýši dostupnosť zubno-lekárskej starostlivosti.

Zároveň sa realizuje požiadavka na zavedenie nového druhu špecializovanej ambulancie, ktorá vychádza od odbornej obce za účelom zachovania kontinuity poskytovania neuropsychiatrickej starostlivosti pacientom po ústavnej liečbe formou ambulantnej terapie. Neuropsychiatrická klinika Psychiatrickej nemocnice Philippa Pinnela bola zaradená do European Huntington's disease Network v rámci toho sa zvýšil počet pacientov, ktorí požadujú konzultáciu a zdravotnú starostlivosť. V podmienkach Slovenskej republiky máme vyvzdelaných niekoľko lekárov so špecializáciou v špecializačnom odbore neuropsychiatria, no z dôvodu absencie neuropsychiatrickej ambulancie v zozname špecializovaných ambulancií objektívne nie je možné bez prijatia navrhovanej zmeny zabezpečiť poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti v danom špecializačnom odbore. Súbežne by sa do určitej miery navýšil počet možných ambulantných termínov na vyšetrenie pre psychiatrických pacientov a zároveň tým aj skráti čakacia doba na vyšetrenia.

Zavádza sa nová ambulancia – ambulancia medicíny závislostí - Dňa 18.2.2022 bola vo Vestníku Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky publikovaná “Koncepcia medicíny závislostí” stanovujúca ďalšie smerovanie a priority v odbore medicíny drogových závislostí, resp. medicíny závislostí (ďalej len “odbor”), ktorý je súčasťou základného špecializačného odboru psychiatria a je odborom zaoberajúcim sa poskytovaním zdravotnej starostlivosti osobám, ktoré majú duševné poruchy súvisiace s užívaním psychoaktívnych látok, so závislosťou od nich a osobám, ktoré majú duševné poruchy spojené s nelátkovými závislosťami. V nadväznosti na súčasné trendy vývoja v odbore, ciele stanovené v Koncepcii a prebiehajúce vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov v akreditovanom študijnom programe v certifikovanej pracovnej činnosti Medicína drogových závislostí sa zriaďuje ambulancia medicíny závislostí.

Zavádza sa nová ambulancia vaskulárnej a nevaskulárnej intervenčnej rádiológie len v nemocnici - na účely poskytovania zdravotnej starostlivosti pacientovi, ktorý je indikovaný k vaskulárnemu a k nevaskulárnemu diagnostickému či liečebnému intervenčnému výkonu pod kontrolou zobrazovacích metód.

Ambulancia vaskulárnej a nevaskulárnej intervenčnej rádiológie ako súčasť ústavnej zdravotnej starostlivosti sa zriaďuje pre potreby konzultácie ohľadom voľby intervenčného rádiologického výkonu, samotnej prípravy pacienta na výkon, kontroly, ako aj sledovania pacienta po intervenčnom rádiologickom výkone. Súčasťou prípravy k intervenčnému rádiologickému výkonu je aj konzultácia výsledkov zobrazovacích metód, vrátane posúdenia indikácie a efektívnej voľby najvhodnejšej zobrazovacej metódy k navigácii rádiologickej intervencie.

## **Čl. II (zákon č. 576/2004 Z. z)**

### **K bodu 1 (§ 2 ods. 2)**

Legislatívno-technická úprava potrebná z dôvodu zabezpečenia právnej istoty pacientov, poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a zdravotných poisťovní.

### **K bodu 2 (§ 2 ods. 7 písm. f) a písm. g))**

V Európskom pláne boja proti rakovine Komisia oznámila novú schému skríningu rakoviny, ktorá má pomôcť členským štátom zabezpečiť, aby 90 % populácie EÚ, ktorá sa kvalifikuje na skrínung rakoviny prsníka, krčka maternice a hrubého čreva, do roku 2025 dostalo skrínung. Kľúčovým prvkom tejto novej schémy je aktualizácia odporúčania Rady z roku 2003 o skrínungu rakoviny na základe vedeckých odporúčaní a možnom rozšírení skrínungu na iné typy rakoviny. Odporúčanie Rady (EÚ) Nový prístup EÚ ku skrínungu rakoviny, ktorým sa nahrádza odporúčanie Rady 2003/878/ES.

V správe o vykonávaní odporúčania Rady z roku 2017 a v príručke European Guide on Quality Improvement in Comprehensive Cancer Control (Európska príručka zlepšovania kvality v komplexnom boji proti rakovine) sa poukázalo na niekoľko pretrvávajúcich problémov a potrieb, predovšetkým na to, že 2003 odporúčanie nie je založené na najnovších dôkazoch. Od roku 2003 sa v členských štátoch validovali a zaviedli nové skrínungové testy a protokoly, pričom nové dôkazy podporujú rozšírenie skrínungových odporúčaní aj na iné druhy rakoviny, než na ktoré sa vzťahuje odporúčanie 2003/878/ES. Ako potenciálne vhodné na zahrnutie do budúcich odporúčaní sa v európskej príručke zlepšovania kvality v komplexnom boji proti rakovine a v jednotnej akcii Inovatívne partnerstvá pre opatrenia na boj proti rakovine z roku 2019 uvádzajú rakovina prostaty, pľúc a žalúdka.

Organizovaný skrínung formou skrínungového programu má potenciál zlepšiť cestu pacienta od pozvánky ž po liečbu pretože sa kladie vysoký dôraz na zavedenie schém hodnotenia kvality skrínungového programu. Týmto spôsobom by sa malo zaistiť primerané monitorovanie kvality skrínungových programov.

### **K bodu 3 (§ 2 ods. 22)**

Legislatívno-technická úprava v súvislosti s úpravou pojmu špecializovaná gynekologická ambulantná starostlivosť na primárnu špecializovanú gynekologickú ambulantnú starostlivosť podľa § 7 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z. z..

### **K bodu 4 (§ 2 ods. 23)**

Dochádza k problému v prípadoch, keď je povoľovacím orgánom ministerstvo. Navrhovaná úprava jednoznačne definuje, že zdravotný obvod určuje samosprávny kraj tak ako je to aj v praxi vykonávané. Pojem „popisné číslo“ slovenská legislatíva nepozná. V praxi sú zaužívané časti ulíc alebo zoznamy orientačných čísel.

### **K bodu 5 (§ 2 ods. 36)**

Pridávajú sa dve nové definície podporného tímu. Podporný tím doterajšia právna úprava definuje ako pomocný orgán ošetrojúceho lekára zriadený v zariadení ústavnej starostlivosti, ktorý môže zabezpečovať osobe sociálnu pomoc s cieľom zmiernenia sociálnych dôsledkov zdravotnej situácie tejto osoby v súvislosti s jej hospitalizáciou alebo jej prepustením z ústavnej starostlivosti podľa potreby osoby určenej ošetrojúcim lekárom a duchovnú službu s cieľom uspokojovania duchovných potrieb tejto osoby.

Podľa písm. b) je v navrhovanej novelizácii podporný tím definovaný aj ako pomocný orgán lekára v zariadení ambulantnej starostlivosti, ktorý sa podieľa na zabezpečovaní komunitnej zdravotnej starostlivosti, ktorá je definovaná v § 2 ods. ods. 41.

Podľa písm. c) je podporný tím definovaný aj ako pomocný orgán ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka poskytujúceho špecializovanú ambulantnú zdravotnú starostlivosť v odbornom zameraní psychiatria, detská psychiatria alebo klinická psychológia, ktorý sa podieľa na zabezpečovaní služby integrácie prierezovej starostlivosti do diagnostického a liečebného plánu. Služba integrácie prierezovej starostlivosti je definovaná v § 13 písm. g).

### **K bodu 6 (§ 2 ods. 40)**

V § 2 ods. 40 došlo k precizovaniu definície obmedzovacieho prostriedku na základe požiadaviek odborných spoločností, ktoré vyplynuli z aplikačnej praxe. K použitiu obmedzovacích prostriedkov dochádza u osôb s príznakmi psychickej poruchy alebo s psychickou poruchou, a to bez ohľadu na to, či ide o hospitalizáciu takéhoto pacienta za účelom poskytnutia zdravotnej starostlivosti v odbornom zameraní psychiatria a v odbornom zameraní detská psychiatria alebo v iných odboroch medicíny zaoberajúcich sa liečbou somatických ochorení.

### **K bodu 7 (§ 2 ods. 41 až 46)**

Komunitná zdravotná starostlivosť je ambulantná zdravotná starostlivosť poskytovaná osobe spôsobom, ktorý zohľadňuje prostredie, v ktorom trvale žije alebo sa práve nachádza, jej sociálnu situáciu a nerovnosť v prístupe k zdravotnej starostlivosti zapríčinenú psychickou poruchou alebo sociálnymi faktormi a zdravotnými faktormi. Cieľom komunitnej zdravotnej starostlivosti je udržanie zdravia a funkčnosti osoby a prekonanie nerovnosti v prístupe k zdravotnej starostlivosti. Komunitná zdravotná starostlivosť spravidla vyžaduje zapojenie podporného tímu, ktorý systematicky identifikuje a odstraňuje nerovnosti v zdraví a odstrániteľné prekážky u osôb, ktoré z bežnej zdravotnej starostlivosti nedokážu mať úžitok, pretože organizácia zdravotnej starostlivosti v súčasnosti pre nich predstavuje príliš vysoký prah. Takéto osoby nedostanú potrebnú starostlivosť z dôvodov, ktoré so zdravotnou starostlivosťou nesúvisia a môžu byť odstránené, ak sa pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti zohľadňujú špecifické potreby jednotlivých skupín a odstraňujú sa prekážky, ktoré jednotlivým skupinám pacientov bránia v prístupe k zdravotnej starostlivosti alebo v dosiahnutí pre nich možného zdravia. Členmi podporného tímu môžu byť akékoľvek osoby, s ktorými ošetrojúci lekár spolupracuje na dosiahnutí vyššie uvedených cieľov, napr. zástupcovia municipalít, neziskových organizácií, rovesnícke osoby, ktoré prekonali ochorenia (tzv. peer-konzultanti), sociálni pracovníci, školskí zamestnanci a iní.

Definuje sa pojem prierezová starostlivosť, ktorá je definovaná ako nezdravotnícka odborná preventívna starostlivosť poskytovaná fyzickej osobe nezdravotníckymi pracovníkmi v jej prirodzenom prostredí, spravidla v nezdravotníckych zariadeniach. Táto starostlivosť, i keď realizovaná s inými cieľmi ako zdravotná starostlivosť, napr. za účelom rozvoja osobnosti, vzdelávania, výchovy či zvýšenia samostatnosti osoby, v niektorých svojich častiach zahŕňa starostlivosť a služby, ktoré vo vzťahu k fyzickej osobe, ktorej sa poskytuje zdravotná starostlivosť, možno považovať za súčasť prevencie,- Medzi takéto preventívne aktivity patria napríklad činnosti v centrách včasnej intervencie, ktoré vedú k stimulácii psychomotorického

vývinu u dieťaťa a rodičovskej podpore, čo pomôže zabezpečiť najlepší možný vývin dieťaťa pri zdravotnom postihnutí.

Cieľom využitia prierezovej starostlivosti v zdravotnej starostlivosti nie je znížiť prah pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ako je to v prípade komunitnej zdravotnej starostlivosti, ale pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti lepšou medzirezortnou koordináciou odborníkov dosiahnuť a udržať reálne dosiahnuteľné zdravie alebo optimálny klinický obraz zdravotného stavu fyzickej osoby. Zdôrazňuje sa najmä vplyv terciárnej a kvartérnej prevencie realizovanej mimo rámec zdravotnej starostlivosti, pričom táto starostlivosť má reálny dopad na zníženie pravdepodobnosti relapsu ochorenia, možnosť znížiť potrebné medicínske intervencie a lieky a taktiež možnosť zlepšiť budúce vyhladky osoby a zmierniť jej nerovnosť v zdraví.

Zákonodarca uznáva dopad týchto odborných činností aj na potrebu a rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti, napr. znížením počtu potrebných zdravotných výkonov alebo rehospitalizácií. Dôvodom, pre ktorý sa prierezová starostlivosť definuje v legislatíve o zdravotnej starostlivosti je nutnosť jej legislatívneho ukotvenia s cieľom umožniť reguláciu právnych a legislatívnych vzťahov vznikajúcich pri jej manažmente, ktorý je potrebný v riadení choroby a zdravotného stavu pri poskytovaní komplexnej starostlivosti pozostávajúcej z prevencie, diagnostiky, liečby a rehabilitácie. Taktiež je potrebné v zákone o zdravotnej starostlivosti určiť hranice medzi zdravotnou starostlivosťou a prierezovou starostlivosťou, aby sa následne mohli kreovať zdravotné výkony spojené s jej koordináciou a integráciou do liečebného plánu, ako aj kompetencie príslušných ošetrojúcich zdravotníckych pracovníkov pre zabezpečenie kvality a bezpečnosti vykonávaných zdravotných výkonov.

Prierezovú starostlivosť fyzickej osobe poskytujú osoby, ktoré nie sú zdravotníckymi pracovníkmi a ich činnosť podlieha osobitným predpisom, spravidla v nezdravotníckych zariadeniach. Ide najmä o poskytovateľov služby včasnej intervencie a poskytovateľov sociálnej, špeciálno-pedagogickej, logopedickej, sociálno-pedagogickej a duchovnej starostlivosti.

Poskytovatelia prierezovej starostlivosti môžu určiť nimi vybraných zamestnancov za členov podporného tímu riadeného zdravotníckym pracovníkom a ich činnosť v rámci podporného tímu môže byť regulovaná s ohľadom na potreby systému zdravotnej starostlivosti ako aj s ohľadom na potreby skupín pacientov, pre ktorých je poskytovanie zdravotnej starostlivosti bez pomoci podporného tímu a bez prierezovej starostlivosti nedostačujúce alebo nemožné. Ide napr. o skupiny pacientov, ktorí pre svoju psychickú poruchu alebo pre iné zdravotné alebo sociálne okolnosti nie sú schopné kompliance a dostatočnej spolupráce v liečbe, prípadne samotného vstupu do systému zdravotnej starostlivosti mimo oblasť urgentnej a neodkladnej starostlivosti, a u ktorých takto vzniknutá nerovnosť v prístupe k zdravotnej starostlivosti vedie k zanedbaniu zdravotnej starostlivosti, ktorá môže nastať na všetkých úrovniach prevencie od primárnej až kvartérnu. Taktiež ide o skupiny pacientov, ktorí potrebujú komplexné služby rehabilitácie a rehabilitácie v zmysle Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím.

Definuje sa tiež pojem multidisciplinárny tím, ktorý vzniká zložením dvoch skupín osôb starajúcich sa o pacienta (zdravotníckych pracovníkov a nezdravotníckych pracovníkov) pod vedením ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka. Skupina zdravotníckych pracovníkov slúži ako poradný orgán ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka podľa § 2 ods. 5, pre ktorý je v legislatíve definovaný pojem konzílium. Skupina nezdravotníckych pracovníkov slúži ako pomocný orgán ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka podľa § 2 ods. 36, pre ktorý sa používa termín podporný tím. Obe skupiny spolu ako multidisciplinárny tím poskytujú alebo zabezpečujú komplexnú starostlivosť o pacienta.

Dôvodom, pre ktorý je potrebné legislatívne ukotvenie jednotného názvu pre tím zložený z konzília a podporného tímu je potreba vytvoriť nový pojem, ktorý v regulácii komplexnej starostlivosti umožní ďalej upravovať vzájomné vzťahy fungovania členov tímu, a to osobitne aj spoločne, a nastaviť zdravotné výkony potrebné pre zabezpečenie nimi poskytovanej

komplexnej starostlivosti, napr. spojené s vedením multidisciplinárneho tímu alebo koordináciou členov multidisciplinárneho tímu navzájom.

Definuje sa pojem komplexná starostlivosť ako súbor činností zdravotníckych pracovníkov a členov podporného tímu, ktorý pozostáva zo zdravotnej starostlivosti a prierezovej starostlivosti, s cieľom ich integrácie do liečebného plánu za účelom dosiahnutia optimálneho stavu zdravia alebo klinického obrazu ochorenia alebo poruchy.

Komplexná starostlivosť zahŕňa liečbu a riadenie choroby alebo zdravotného stavu s cieľom poskytnúť komplexnú podporu a liečbu, ktorá zahŕňa prevenciu, diagnostiku, liečbu a rehabilitáciu, pričom zohľadňuje emocionálne, sociálne, psychologické a environmentálne faktory ovplyvňujúce zdravie jednotlivca alebo jeho rovnosť v prístupe k zdravotnej starostlivosti. V domácom alebo inom prirodzenom prostredí osoby sa môže poskytovať aj prostredníctvom terénneho mobilného tímu zloženého z členov multidisciplinárneho tímu.

Zdravotnícky intervenčný tím sa bude zriaďovať s cieľom zabezpečiť rýchlu, koordinovanú a efektívnu reakciu na mimoriadne zdravotné udalosti, ktoré môžu ohroziť verejné zdravie. Tento tím bude pôsobiť na základe osobitných predpisov a jeho úlohou bude realizovať opatrenia potrebné na zvládnutie situácií, ktoré vyžadujú urgentný zásah štátu.

V prípade vzniku lokálnych alebo celoštátnych epidémií, pandémieí alebo iných mimoriadnych zdravotných udalostí je nevyhnutné, aby štát reagoval rýchlo a efektívne. Intervenčný tím bude schopný okamžite zasiahnuť a realizovať potrebné opatrenia, čím sa minimalizuje šírenie ochorení a ich negatívny dopad na verejné zdravie.

Jednou z hlavných úloh intervenčného tímu bude organizácia a realizácia mimoriadnych očkovacích kampaní. Rýchle a rozsiahle očkovanie je kľúčovým nástrojom na zastavenie šírenia nákazlivých ochorení. Intervenčný tím zabezpečí, aby sa očkovanie uskutočnilo včas, aby bola vakcinácia dostupná pre všetkých občanov a aby boli dodržané všetky hygienické a logistické normy.

V konečnom dôsledku zriadenie zdravotníckeho intervenčného tímu posilňuje schopnosť štátu chrániť zdravie a životy svojich občanov, zabezpečuje rýchlu a efektívnu reakciu na krízové situácie a prispieva k zlepšeniu verejného zdravia a bezpečnosti na dlhodobom základe.

Zavádza sa v slovenskej legislatíve definícia telemedicíny, ktorou je zdravotná starostlivosť a ošetrovateľská starostlivosť, z dôvodu potreby zabezpečenia právnej istoty pacientov, poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a zdravotných poisťovní. Telemedicina je neoddeliteľnou súčasťou poskytovania zdravotnej starostlivosti a taktiež dlhodobej a následnej starostlivosti. Ide o technológie, ktoré šetria čas, zdroje, efektívne prepájajú poskytovateľov navzájom a taktiež poskytovateľov s pacientmi. Uvádzame zopár príkladov: self monitoring pacientov, konzultácie pacientov a príbuzných cez bezpečné aplikácie, ošetrovanie chronických rán ADOS a konzultácie s lekárom. Cieľom telemedicíny je racionalizácia manažmentu starostlivosti a služieb.

### **K bodu 8 (§ 3 ods. 1)**

Dopĺňa sa splnomocňovacie ustanovenie tak, aby Zoznam zdravotných výkonov mohol obsahovať údaj o trvaní zdravotného výkonu v minútach, ohodnotenie zdravotného výkonu v bodoch alebo cenách, pravidlá tvorby bodov alebo cien ako aj vyjadrenie, či je výkon plne, čiastočne alebo neuhrádzaný z verejného zdravotného poistenia.

Ministerstvo zdravotníctva v spolupráci so Slovenskou lekárskou komorou a s asociáciami poskytovateľov ambulantnej zdravotnej starostlivosti pripravuje nový zoznam výkonov, ktorý by mal uzrieť svetlo sveta, ak všetko dobre pôjde a legislatíva bude schválená, 1. januára 2027. Zatiaľ sa spúšťa pilotný projekt od 1. októbra 2024, s tým, že sa po dohode s odbornou

verejnou vybrali niektoré špecializácie, ktoré sa budú vykazovať už podľa nového zoznamu výkonov.

Zoznamy zdravotných výkonov pre vybrané špecializácie ambulantných lekárov do pilotného projektu boli v riadnom termíne pripravené a ďalšie zoznamy sú vo finálnej fáze schvaľovania Komisiou pre zdravotné výkony. Teraz nasleduje samotná implementácia zoznamov zdravotných výkonov, čo v praxi znamená, že je potrebné upraviť informačné systémy u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a tiež aj v zdravotných poisťovniach. Taktiež je potrebné dohodnúť zmluvné podmienky medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a zdravotnými poisťovňami.

Do pilotného projektu sú zapojené tie špecializačné odbory, ktoré prejavili záujem o dokončenie, resp. o prehodnotenie svojich zoznamov zdravotných výkonov. Ide o špecializačné odbory geriatra, neurológia, vnútorné lekárstvo, pneumoftizeológia. Dodatočne rojukeme so ZP aj možnosť rozšírenia o imunoalergológiu.

Pokračujeme v príprave aj ďalších zoznamov zdravotných výkonov pre jednotlivé špecializačné odbory u lekárov a pre ďalšie kategórie zdravotníckych pracovníkov. Musíme oceniť ochotu a veľmi dobrú spoluprácu zástupcov odborníkov a zdravotných poisťovní. Rezort zdravotníctva komunikuje aj s ambulantným sektorom. V odborných pracovných skupinách majú zastúpenie odborníci pôsobiaci v ambulanciách, ktorých nominovali odborné spoločnosti Slovenskej lekárskej spoločnosti.

Konkrétny zoznam je na zdravotných poisťovniach. Ich záujem je mať reprezentatívny zoznam poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Naším cieľom je otestovať nový zoznam zdravotných výkonov a zistiť čo pacienti skutočne potrebujú a aké výkony poskytovatelia reálne poskytujú.

### **K bodu 9 (§ 3 ods. 8))**

Ponecháva sa, že zoznam zdravotných výkonov vydáva vláda Slovenskej republiky nariadením vlády. Umožňuje sa však, aby bol tento zoznam zdravotných výkonov vydaný vcelku alebo čiastkovo podľa špecializačných odborov. Taktiež sa ustanovuje, že pred zaradením nového zdravotného výkonu do zoznamu zdravotných výkonov (ktorý sa má vydať nariadením vlády) musí sa overiť správnosť zdravotného výkonu a to jeho zverejnením v číselníku zdravotných výkonov na webovom sídle národného centra zdravotníckych informácií a ministerstva zdravotníctva podľa osobitného zákona, ktorým je § 67a ods. 1 písm. e) zákona č. 581/2004 Z. z. Overením správnosti sa rozumie napríklad potvrdenie údajov o trvaní zdravotného výkonu v minútach, o jeho početnosti (počet vykázaných výkonov poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti).

Ministerstvo zdravotníctva v spolupráci so Slovenskou lekárskou komorou a s asociáciami poskytovateľov ambulantnej zdravotnej starostlivosti pripravuje nový zoznam výkonov, ktorý by mal uzrieť svetlo sveta, ak všetko dobre pôjde a legislatíva bude schválená, 1. januára 2027. Zatiaľ sa spúšťa pilotný projekt od 1. októbra 2024, s tým, že sa po dohode s odbornou verejnou vybrali niektoré špecializácie, ktoré sa budú vykazovať už podľa nového zoznamu výkonov.

Zoznamy zdravotných výkonov pre vybrané špecializácie ambulantných lekárov do pilotného projektu boli v riadnom termíne pripravené a ďalšie zoznamy sú vo finálnej fáze schvaľovania Komisiou pre zdravotné výkony. Teraz nasleduje samotná implementácia zoznamov zdravotných výkonov, čo v praxi znamená, že je potrebné upraviť informačné systémy u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a tiež aj v zdravotných poisťovniach. Taktiež je potrebné dohodnúť zmluvné podmienky medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a zdravotnými poisťovňami.

Do pilotného projektu sú zapojené tie špecializačné odbory, ktoré prejavili záujem o dokončenie, resp. o prehodnotenie svojich zoznamov zdravotných výkonov. Ide o špecializačné

odbory geriatra, neurológia, vnútorné lekárstvo, pneumoftizeológia. Dodatočne rokujeme so ZP aj možnosť rozšírenia o imunoalergológiu.

Pokračuje sa v príprave aj ďalších zoznamov zdravotných výkonov pre jednotlivé špecializačné odbory u lekárov a pre ďalšie kategórie zdravotníckych pracovníkov. Musíme oceniť ochotu a veľmi dobrú spoluprácu zástupcov odborníkov a zdravotných poisťovní.

Rezort zdravotníctva komunikuje aj s ambulantným sektorom. V odborných pracovných skupinách majú zastúpenie odborníci pôsobiaci v ambulanciách, ktorých nominovali odborné spoločnosti Slovenskej lekárskej spoločnosti.

Konkrétny zoznam je na zdravotných poisťovniach. Ich záujem je mať reprezentatívny zoznam poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Cieľom je otestovať nový zoznam zdravotných výkonov a zistiť čo pacienti skutočne potrebujú a aké výkony poskytovatelia reálne poskytujú.

#### **K bodu 10 (§ 7 ods. 1 písm. a) druhý bod)**

Na základe pripomienky v rámci medzirezortného pripomienkového konania a za účelom rozlíšenia dvoch typov gynekologicko-pôrodných ambulancií (typ zdravotnej starostlivosti 103 a typ zdravotnej starostlivosti 200) a foriem zdravotnej starostlivosti sa pre jednoznačnosť precizuje forma poskytovania zdravotnej starostlivosti zo špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti na primárnu špecializovanú gynekologickú ambulantnú starostlivosť. Na základe tejto zmeny bude definovaná verejná optimálna sieť poskytovateľov primárnej špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti.

#### **K bodu 11 (§ 7 ods. 1 písm. a) tretí bod)**

Na základe pripomienky v rámci medzirezortného pripomienkového konania a za účelom rozlíšenia dvoch typov gynekologicko-pôrodných ambulancií (typ zdravotnej starostlivosti 103 a typ zdravotnej starostlivosti 200) a foriem zdravotnej starostlivosti sa pre jednoznačnosť precizuje forma poskytovania zdravotnej starostlivosti zo špecializovanej inej ambulantnej starostlivosti na špecializovanú ambulantnú starostlivosť. Pre jednoznačnosť špecializované gynekologicko-pôrodné ambulancie v type zdravotnej starostlivosti 200 spadajú pod formu poskytovania zdravotnej starostlivosti - špecializovaná ambulantná starostlivosť a sú uvedené v prílohe č. 1a (Zoznam špecializovaných ambulancií) a gynekologicko-pôrodné ambulancie v type zdravotnej starostlivosti 103 spadajú pod formu poskytovania zdravotnej starostlivosti - primárna špecializovaná gynekologická ambulantná starostlivosť.

#### **K bodu 12 (§ 7 ods. 1 písm. f))**

Legislatívno-technická úprava súvisiaca s doplnením v § 2 ods. 2.

#### **K bodu 13 (§ 7 ods. 7)**

Legislatívno-technická úprava v súvislosti s úpravou pojmu špecializovaná gynekologická ambulantná starostlivosť na primárnu špecializovanú gynekologickú ambulantnú starostlivosť podľa § 7 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z. z..

#### **K bodu 14 (§ 8 ods. 1)**

Uvedené ustanovenie umožní v krízovej situácii zabezpečovať zdravotnú starostlivosť aj v inom prostredí. Táto úprava zabezpečí, že v prípade krízovej situácie bude možné poskytnúť zdravotnú starostlivosť pre osoby, ktoré sa z rozličných dôvodov, či už osobných alebo zdravotných nevedia dostaviť či už na očkovanie, alebo poskytnutie inej zdravotnej starostlivosti priamo do miesta prevádzkovania ambulancie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Nakoľko uvedený inštitút preukázal svoju účelnosť, je potrebné aj pre budúce situácie zachovať „status quo“ a zabezpečiť tak dostupnú zdravotnú starostlivosť pre všetky osoby.

**K bodu 15 (§ 8 ods. 5 písm. d))**

V prípade ak pacient bol kompenzovaný a nevyžadoval liečbu v dlhšom období , tak aby nemusel pre zhoršenie zdravotného stavu si hľadať nového lekára špecialistu. Prax ukazuje, že nie každý pacient, ktorý je liečený u špecialistu je aj dispenzarizovaný v zdravotnou poisťovňou

**K bodu 16 (§ 8 ods. 5 písm. e))**

V § 8 ods. 5 písm. e) došlo k doplneniu osobitného liečebného režimu, ktorý sa poskytuje v detenčnom ústave a v detenčnom ústave pre mladistvých medzi prípady, v ktorých sa nevyžaduje odporúčanie všeobecného lekára alebo elektronický záznam o odporúčaní lekára na špecializovanú ambulantnú starostlivosť za účelom zabezpečenia prístupu k zdravotnej starostlivosti pre osoby, ktoré sa nachádzajú vo výkone detencie na základe rozhodnutia súdu.

**K bodu 17 (§ 8 ods. 5 písm. g))**

Rozširuje sa skupina prípadov, na ktoré sa nevyžaduje odporúčanie od všeobecného lekára na špecializovanú ambulantnú starostlivosť a to konkrétne na absolvovanie preventívnych prehliadok podľa zákona č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

Účelom je odbremeniť všeobecných lekárov ako aj poistencov od návštev v ambulancii, ktorých účelom je len vyžiadanie výmenného lístka na preventívnu prehliadku, na ktorú majú zákonom definovaný nárok, ak sa poistenci rozhodnú absolvovať preventívnu prehliadku.

**K bodu 18 (§ 8 ods. 13)**

S ohľadom na rozvoj telemedicíny ako súčasť poskytovania zdravotníckych služieb, by možnosť poskytovať ambulantnú starostlivosť vo forme konzultácií prostredníctvom elektronickej komunikácie bez prítomnosti pacienta v ambulancii mala byť bežnou súčasťou poskytovania zdravotnej starostlivosti a nemala by byť obmedzená len na obdobie mimoriadnej situácie, núdzového stavu alebo výnimočného stavu vyhláseného v súvislosti s ochorením COVID- 19, ako je to v súčasnosti (§ 49k ods. 1 zákona č. 576/2004 Z. z.). Prax ukazuje, že poskytovanie konzultácií telefonicky, e-mailom, resp. prostredníctvom iných elektronických komunikácií, je v krajinách s vyspelým zdravotníckym systémom už súčasťou bežného štandardu poskytovania zdravotnej starostlivosti. Poskytovanie konzultácií prostredníctvom elektronickej komunikácie môže významným spôsobom prispieť k zníženiu počtu osobných návštev pacientov v ambulanciách, a v tejto súvislosti aj k úspore času, ale aj finančných prostriedkov spojených napr. s cestovaním za účelom osobnej návštevy ambulancie na strane pacientov, ako aj k lepšiemu časovému manažmentu na strane samotných lekárov, a tým k celkovej efektívite poskytovanej zdravotnej starostlivosti a rozvoju elektronizácie zdravotníctva. Aj u samotných pacientov je táto forma poskytovania zdravotnej starostlivosti vnímaná mimoriadne pozitívne.

**K bodu 19 (§ 9 ods. 9 písm. b))**

Ustanovuje sa, že lekár predpíše pacientovi pri prepustení z ústavnej zdravotnej starostlivosti najmenej na 28 dní, aby sa predchádzalo tzv. "sáčkovaniu liekov", čo nie je správne a ani pre pacienta vhodné.

**K bodu 20 (§ 9 ods. 9 a 10)**

Ide o precizovanie predmetných ustanovení tak, aby boli vytvorené právne podmienky pre možnosť poučenia pacientov, resp. ich zákonných zástupcov (napr. rodičov/iných osôb



zodpovedných za dieťa) o liečebnom režime a o ďalšom liečebnom postupe už pred prepustením z ústavnej starostlivosti, nie až v momente prepustenia. Zdravotný stav niektorých prepúšťaných pacientov vyžaduje dlhšiu prípravu na prepustenie do domáceho prostredia (náhradného prostredia v prípade niektorých detí). Navrhovaná zmena zároveň zohľadňuje už dnes v praxi používané postupy poskytovateľov.

### **K bodu 21 (§ 9 ods. 13)**

Navrhovaná zmena vychádza z praktických skúseností a potrieb v rámci poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti. Doba potrebná na zabezpečenie dostupnosti individuálne zhotovenej zdravotníckej pomôcky po prepustení pacienta môže spôsobiť nežiaduce predlžovanie hospitalizácie. Dôvodom je často potreba dôkladnej edukácie pacienta o správnom používaní takejto zdravotníckej pomôcky, ktorá by mala byť ideálne realizovaná ešte počas hospitalizácie.

### **K bodu 22 (§ 9 ods. 14)**

Účelom návrhu je umožniť, aby pri prepúšťaní dieťaťa z ústavného zdravotníckeho zariadenia, ktoré má byť umiestnené v zariadení na výkon rozhodnutia súdu, mohli byť poučení aj zamestnanci týchto zariadení, ktorí budú zabezpečovať starostlivosť o dieťa a to už v čase, kedy súd ešte nerozhodol napr. vo veci neodkladného opatrenia. Takéto poučenie osobitne v prípade detí s vážnym zdravotným znevýhodnením nie je realizované len pri faktickom prepúšťaní dieťaťa z nemocnice, ale rodičia/zákonní zástupcovia sú pripravovaní na prevzatie dieťaťa do domácej starostlivosti po dlhšiu dobu pred prepustením. Zariadenie, centrum pre deti a rodiny, nie je poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a podmienky, ktoré sú v ňom vytvorené nesajú a ani nemôžu sanovať doliečovanie dieťaťa ústavnou formou. Jeho úlohou o. i. je utvoriť pre život dieťaťa prostredie, čo najviac podobné prostrediu v rodinách a v prípade dieťaťa nahrádzajú starostlivosť rodičov/iných osôb aj bežné domáce prostredie dieťaťa. Primárnym cieľom návrhu je utvorenie podmienok pre poskytovanie starostlivosti aj dieťaťu s vážnym zdravotným znevýhodnením v profesionálnej náhradnej rodine centra pre deti a rodiny hneď po jeho prepustení z nemocnice bez potreby jeho dočasného umiestnenia v špecializovanej samostatne usporiadanej skupine centra pre deti a rodiny.

### **K bodu 23 (§ 9b)**

V § 9b ods. 1 došlo vytvorením formulácie “verbálna deeskalačná technika” a vypustením ostatných deskriptívnych popisov k precizovaniu pojmu za účelom zosúladienia terminológie používanej v aplikačnej praxi a obsiahnutej v medzinárodných štandardných postupoch upravujúcich používanie obmedzovacích prostriedkov.

Vypustením § 9b ods. 2 došlo k zjednoteniu právnej úpravy používania obmedzovacích prostriedkov v ústavných zdravotníckych zariadeniach a v detenčných ústavoch, resp. v detenčnom ústave a v detenčnom ústave pre mladistvých. Používanie obmedzovacích prostriedkov v detenčných ústavoch bolo doposiaľ regulované zákonom č. 231/2019 Z. z. o výkone detencie a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov aj napriek tomu, že ide o ústavné zdravotnícke zariadenia, v ktorých sa v rámci osobitného liečebného režimu poskytuje zdravotná starostlivosť rovnakým spôsobom, ako sa poskytuje v “civilných zdravotníckych zariadeniach”, a preto nie je dôvod na to, aby existovali dva právne režimy používania obmedzovacích prostriedkov.

V § 9b ods. 3 došlo k vypusteniu „zábrany“ spomedzi mechanických obmedzovacích prostriedkov na základe konsenzu medzi odborníkmi z jednotlivých oblastí medicíny, podľa ktorého zábrana nie je obmedzovacím prostriedkom v zmysle zákona, respektíve nepoužíva sa na „odstránenie priameho ohrozenia“ podľa § 9b odseku 1, ale na ochranu pred pádom a následnou poruchou zdravia pacienta.

Ďalej sa v prípade izolácie pacienta navrhuje vypustiť slová „alebo miestnosť na bezpečný pobyt“ z dôvodu duplicity (chyby). Miestnosť na bezpečný pobyt je typom obmedzovacieho prostriedku, ktorý patrí pod druh obmedzovacieho prostriedku izolácia, v ktorom už je zahrnutý. Aj napriek tomu, že v miestnosti na bezpečný pobyt môže dôjsť k použitiu mechanických obmedzovacích prostriedkov, primárnym účelom miestnosti na bezpečný pobyt je oddelenie pacienta od ostatných pacientov za účelom rešpektovania práva na súkromie pacienta, voči ktorému bol použitý tento obmedzovací prostriedok. V prípade, ak v miestnosti na bezpečný pobyt dôjde okrem izolácie aj k použitiu iných, napr. mechanického alebo farmakologického obmedzovacieho prostriedku, pôjde o súbežné použitie viacerých obmedzovacích prostriedkov.

Zavedenie pojmu „seklúzna miestnosť“ sa navrhuje z dôvodu precizovania terminológie používanej v súvislosti s obmedzovacími prostriedkami. Pojem „miestnosť na bezpečný pobyt“ je z hľadiska jazykovedy slovenským ekvivalentom pojmu „seklúzna miestnosť“, avšak s ohľadom na to, že z hľadiska medzinárodných štandardných postupov upravujúcich používanie obmedzovacích prostriedkov sa bežne používa pojem „seklúzia“, a teda aj „seklúzna miestnosť“, ktorý je odlišný od pojmu „bezpečný pobyt pacienta“, nám aplikačná prax ukázala, že poskytovatelia zdravotnej starostlivosti pojmu „miestnosť na bezpečný pobyt“ nerozumejú a nestotožňujú sa s tým, že ide o rovnaký pojem, akým je pojem „seklúzna miestnosť“. Seklúzna miestnosť má svoje špecifiká, ktoré sú obsiahnuté vo Vyhláske Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 358/2023 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o používaní obmedzovacích prostriedkov a vedení registra obmedzovacích prostriedkov v znení neskorších predpisov, a má slúžiť ako náhrada za ochranné lôžko, zatiaľ čo miestnosťou na bezpečný pobyt sa rozumie akákoľvek miestnosť, bez požiadaviek na materiálno - technické zabezpečenie, v ktorej sa pacient cíti bezpečne, nemôže si ublížiť a môže aj sám požiadať o umiestnenie do tejto miestnosti v prípade, ak cíti potrebu vzdialiť sa od ostatných pacientov. Materiálno - technické zabezpečenie seklúznej miestnosti bude špecifikované vo Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 44/2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno - technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení neskorších predpisov.

V § 9b ods. 8 sa navrhuje precizovanie textu a upustenie od požiadavky, aby v prípade, ak bude potrebné obmedzovací prostriedok použiť neodkladne a nemožno zabezpečiť jeho nariadenie príslušným lekárom, použitie obmedzovacieho prostriedku mohla nariadiť sestra so špecializáciou v špecializačnom odbore z dôvodu nedostatku personálnych kapacít sestier s príslušnou špecializáciou. Aplikačná prax taktiež ukázala, že poskytovatelia ústavnej starostlivosti si nevedia vyložiť, čo to znamená, že lekár má „posúdiť“ použitie obmedzovacieho prostriedku nariadené sestrou. Z tohto dôvodu sa navrhuje za účelom zabezpečenia právnej istoty jasne formulovať posúdenie nariadenia použitia obmedzovacieho prostriedku, vyjadrenia súhlasu alebo nesúhlasu s nariadením obmedzovacieho prostriedku a k špecifikácii následkov v prípade nesúhlasu s týmto nariadením. V prípade, ak lekár súhlasí s použitím obmedzovacieho prostriedku voči pacientovi nariadenému sestrou, avšak nesúhlasí so sestrou nariadeným druhom alebo typom alebo intenzitou obmedzovacieho prostriedku, upustí sa od používania sestrou nariadeného obmedzovacieho prostriedku (použitie tohto obmedzovacieho prostriedku sa ukončí) a lekár nariadi použitie nového, resp. iného, podľa neho vhodnejšieho obmedzovacieho prostriedku.

Na základe poznatkov z aplikačnej praxe sa javí, že pôvodné ustanovenie § 9b ods. 9 nie je dostatočne presné a jasné a poskytovatelia ústavnej starostlivosti nevedia, ktoré obmedzovacie prostriedky sú oprávnení používať zdravotnícky pracovníci a ktoré sú oprávnené používať osoby na tento účel určené poskytovateľom ústavnej starostlivosti. Z dôvodu nejasností preto navrhované nové odseky 9 a 10 jasne vymedzujú, ktorý pracovník je oprávnený použiť jednotlivé obmedzovacie prostriedky a v súlade s novo vytvorenými Minimálnymi štandardmi

pre špecializačné študijné programy manažment agresivity a porúch správania v psychiatrii pre lekárov, sestry, zdravotníckych asistentov – praktické sestry, psychológov a zdravotníckych záchranárov a manažment agresivity a porúch správania v psychiatrii pre sanitárov, ktoré boli schválené a publikované vo Vestníku Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky s účinnosťou od 15.12.2022. Navrhované ustanovenie v tejto súvislosti zároveň zavádza pravidelné vzdelávanie dotknutých pracovníkov v oblasti používania obmedzovacích prostriedkov a vyplýva z neho, že zdravotnícky pracovník, ktorý nie je pravidelne školený v používaní obmedzovacích prostriedkov a miernejších spôsobov zvládnutia situácie nemôže používať obmedzovacie prostriedky a že osoba určená poskytovateľom ústavnej zdravotnej starostlivosti na poskytovanie asistencie a ochrany zdravotníckemu pracovníkovi, ktorý používa obmedzovací prostriedok, ktorá nie je pravidelne školená v asistencii pri používaní obmedzovacích prostriedkov a miernejších spôsobov zvládnutia situácie, nemôže takúto asistenciu poskytovať.

Navrhovaný § 9b ods. 13 upravuje rozsah zápisu o každom použití obmedzovacieho prostriedku do zdravotnej dokumentácie pacienta, ktorý je potrebné precizovať. Došlo k precizovaniu textu v písm. d) a e), k vypusteniu písm. g), k označeniu doterajších písmen h) a i) ako g) a h) a k precizovaniu textu v novom písm. g). K precizovaniu textu došlo z dôvodu, že pôvodný text upravoval určité kategórie len pre zdravotníckych pracovníkov - lekárov, alebo len pre zdravotníckych pracovníkov a osoby určené poskytovateľom ústavnej starostlivosti boli v tomto texte opomenuté a taktiež v nadväznosti na zosúladenie textu s novo navrhovanými úpravami za účelom skvalitnenia údajov o používaní obmedzovacích prostriedkov pre účely štatistického zisťovania údajov o používaní obmedzovacích prostriedkov, ktoré vyplynuli z aplikačnej praxe.

Navrhuje sa oprávnenia na nahliadnutie do registra obmedzovacích prostriedkov osobám oprávneným podľa osobitného predpisu, predovšetkým verejnému ochrancovi práv, komisárovi pre osoby so zdravotným postihnutím a komisárovi pre deti. Za účelom efektívneho výkonu kontroly dodržiavania základných ľudských práv a slobôd pacientov ako aj plnení povinností poskytovateľa zdravotnej starostlivosti je potrebné, aby bol register obmedzovacích prostriedkov dostupný kontrole.

Navrhuje vypustiť povinnosť oznamovania použitia obmedzovacieho prostriedku prokurátorovi vykonávajúcemu dozor v zdravotníckom zariadení z dôvodu, že ide o duplicitnú povinnosť poskytovateľa ústavnej starostlivosti, keďže ten je povinný hlásiť použitie obmedzovacieho prostriedku príslušnému súdu podľa zákona č. 160/2015 Z. z. Civilný sporový poriadok v znení neskorších predpisov. Doterajšie písmená c) a d) sa označujú ako písmená b) a c). Ďalej sa navrhuje precizovať text v písm. b) a c) podľa požiadaviek vyplývajúcich z aplikačnej praxe, a teda reálnych kapacitných a časových možností poskytovateľov ústavnej starostlivosti.

Na základe požiadaviek z aplikačnej praxe sa v § 9b ods. 17 precizuje postup poskytovateľa ústavnej starostlivosti pri oznamovaní použitia obmedzovacieho prostriedku osobe, ktorú si pacient určil.

Za účelom plnenia opatrení č. 102, č. 116, č. 120, č. 121, č. 126 a č. 127 uložených Európskym výborom na zabránenie mučenia a neľudského či ponižujúceho zaobchádzania alebo trestania (ďalej len „Výbor CPT“) Slovenskej republiky v Správe pre vládu Slovenskej republiky o návšteve Slovenskej republiky, ktorú uskutočnil Výbor CPT v dňoch 19. až 28. marca 2018 a za účelom zabezpečenia právnej istoty, zavádza povinnosť poskytovateľa ústavnej starostlivosti vydať vnútorný predpis upravujúci použitie obmedzovacích prostriedkov, s ktorým musí byť oboznámený každý zamestnanec ústavného zdravotníckeho zariadenia. Tento interný predpis má opisovať presný postup pri používaní obmedzovacích prostriedkov v ústavnom zdravotníckom zariadení.

Navrhuje sa upraviť splnomocňovacie ustanovenie na vydanie všeobecne záväzného právneho predpisu. V pôvodnom § 9b ods. 16 je duplicitné splnomocňovacie ustanovenie na vydanie všeobecne záväzného právneho predpisu upravujúceho vnútorný poriadok, hoci splnomocňovacie ustanovenie upravujúce vnútorný poriadok je obsiahnuté v § 11b ods. 9. Aplikácia prax ukázala, že pre poskytovateľov ústavnej starostlivosti je potrebné vo všeobecne záväznom právnom predpise upraviť aj podrobnosti o oznamovaní použitia obmedzovacích prostriedkov, vzdelávaní v používaní obmedzovacích prostriedkov a miernejších spôsobov zvládnutia situácie a vzor záznamu zápisu do registra obmedzovacích prostriedkov.

V § 9b ods. 15 sa dopĺňa lehota uchovávaní osobných údajov fyzických osôb v registri obmedzovacích prostriedkov, ktorá bola stanovená na 20 rokov v súlade s § 22 ods. 2 zákona č. 576/2004 Z. z., nakoľko zápis o použití obmedzovacieho prostriedku je aj súčasťou zdravotnej dokumentácie pacienta.

### **K bodu 24 (§ 10f)**

Zvyšujúci sa počet ľudí s duševnými poruchami, ktorí navyše častejšie vyhľadávajú odbornú pomoc, je možné považovať aj za dôležitú príležitosť. Vytvorenie funkčnej siete komunitných psychiatrických zariadení, ktoré budú prepájať ambulantnú a ústavnú zdravotnú starostlivosť, zabezpečí komplexnú psychiatrickú starostlivosť v koordinácii so sociálnymi službami, odľahčí preťažené psychiatrické ambulancie o pacientov náročných na manažment zdravotnej a sociálnej starostlivosti. A zároveň ich sprístupnia pacientom, ktorí do systému psychiatrickej starostlivosti iba vstupujú. Skrátia sa čakacie lehoty na vyšetrenie. Poklesne nadmerné pracovné zaťaženie ambulantných psychiatrov, pretože pacienti, ktorí si vyžadujú najviac ich starostlivosti, budú liečení v komunitných zariadeniach. Pre nových pacientov, ktorí sa k diagnostike a liečbe dostanú skôr, to bude znamenať rýchlejšie zlepšenie stavu, prevenciu či skrátenie práceneschopnosti a u niektorých aj odvrátenie následnej invalidizácie. V tých najzávažnejších prípadoch možno očakávať odvrátenosť úmrtí v dôsledku samovraždy. Pokračovanie liečby v komunitných podmienkach umožní skoršie prepustenie pacienta z hospitalizácie. Pretože komunitné psychiatrické zariadenia budú poskytovať aj služby užívateľom v ich prirodzenom prostredí, najmä v tých prípadoch, kedy z dôvodu duševnej poruchy necítia potrebu či nedokážu vyhľadať psychiatrickú starostlivosť, bude možné včasnou intervenciou predísť ústavnej starostlivosti. Výsledkom, ktorý je možné očakávať, je zníženie počtu hospitalizácií. Pacient v komunitných službách sa „ukotví“ vo svojom prirodzenom prostredí. Podporia sa jeho sebestačnosť, samostatnosť a maximálna možná inklúzia do spoločnosti. Klesne aj potreba dlhodobej sociálnej inštitucionalizácie pacienta. Ak sa bude od začiatku klásť väčší dôraz na všetky domény kvality života pacienta a jeho spoločenské uplatnenie, bude žiť kvalitnejší život a súčasne je možné očakávať pozitívny vplyv na priebeh a prognózu ochorenia. Z tohto dôvodu je nevyhnutná spolupráca medzi zdravotným a sociálnym rezortom. A to v každej fáze liečby a zároveň aj na všetkých úrovniach prevencie. Nevyhnutnosťou je zapojenie samospráv a prevzatie spoluzodpovednosti za občanov, ktorí s ich podporou majú vysoký potenciál žiť kvalitný život. Nie je cieľom vytvárať služby pre občana s duševnou poruchou, ale nastaviť služby tak, aby boli dostupné a využiteľné pre všetkých občanov.

Vybudovanie komunitných zariadení nie je však jedinou potrebnou systémovou zmenou. Vytvorenie nových prístupov a služieb na liečbu a podporu pacienta, modernizácia vzdelávania musia byť súčasťou reformy. Zapojenie rôznych odborníkov do podpory duševného zdravia, ich vyššie kompetencie podporené vzdelaním, budú viesť tiež k zvýšeniu dostupnosti služieb a ich skvalitneniu.

Starostlivosť o duševné zdravie a v rámci nej psychiatrická starostlivosť majú v súčasnosti politickú podporu. Dôkazom je skutočnosť, že sú spomenuté nielen v programovom vyhlásení vlády, ale sú aj obsahom Plánu obnovy. Práve realizácia Komponentov 12 a 13 dávajú nádej na

prepojenie zdravotnej a sociálnej starostlivosti a tiež k získaniu časti finančných prostriedkov. Skutočnosť, že na MZ SR vznikli Oddelenie modernizácie psychiatrickej a psychologickkej starostlivosti, RVDZ a tiež bolo podpísané memorandum o spolupráci na reforme medzi SPsS a MZ SR, sú dôležité nielen pre prioritizáciu tém duševného zdravia, ale sú personálnou základňou pre manažment reforiem.

Potrebná je aj zmena prístupu odbornej a laickej verejnosti smerom k psychickým poruchám a psychiatrii. Ich destigmatizácia, tiež rešpektovanie práv pacienta s psychickou poruchou v súlade so záväznými dokumentami o ľudských právach a vytvorenie miesta pre plnohodnotné partnerstvo pacientov a ich rodinných príslušníkov vo všetkých podstatných rozhodovacích procesoch, týkajúcich sa diagnostiky, liečby, pomoci a podpory. Dôležitú úlohu v tomto procese zohrávajú aj patientske organizácie a Liga za duševné zdravie.

Organizácia psychiatrickej starostlivosti na Slovensku je z hľadiska požiadaviek modernej medicíny nedostatočná. Dôvodmi sú v prípade ambulantnej psychiatrickej starostlivosti najmä nadmerné zaťaženie psychiatrických ambulancií spôsobené predovšetkým nedostatkom ambulantných psychiatrov a sestier, vyšším priemerným vekom ambulantných psychiatrov, dlhými čakacími lehotami na vyšetrenie, nedostatočným priestorom pre poskytovanie psychoterapie a nedostatkom služieb psychosociálnej rehabilitácie, neprepojením zdravotnej a sociálnej starostlivosti, nedostatkom času a možností pre ďalšie vzdelávanie, rozširujúce kompetencie ambulantných psychiatrov a sestier či neadekvátne nízkym finančným ohodnotením práce psychiatra a sestry. Lôžkový fond v odbore psychiatria podľa údajov NCZI na Slovensku uspokojivo napĺňa súčasné potreby. Vyžadujú si však modernizáciu, pretože do ústavnej psychiatrickej starostlivosti sa niekoľko desaťročí investovalo len málo finančných prostriedkov. Potrebné je investovať do materiálneho vybavenia, zabezpečiť nielen väčšiu pohodu pacienta a príjemnejšie pracovné prostredie pre personál, ale aj vyššiu bezpečnosť, realizovať ju vo vhodných priestoroch s modernými prístrojmi. V psychiatrii však hlavná investícia nebude smerovať do prístrojového vybavenia, ako je to v mnohých somatických odboroch medicíny, ale do vzdelávania a tréningu všetkých členov multidisciplinárnych tímov. Iba tak bude možné zdravotnú starostlivosť poskytovať podľa platných ŠDTP.

Na Slovensku chýba prepojenie ambulantnej a ústavnej zdravotnej starostlivosti v odbornom zameraní psychiatria a v odbornom zameraní detská psychiatria spolu s absenciou prepojenia s psychoterapiou, psychosociálnou rehabilitáciou a so sociálnym poradenstvom a pomocou, s dôrazom na integráciu osôb s duševnou poruchou s regionálnymi službami. Liečenie týchto pacientov v zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich výkony komunitnej zdravotnej starostlivosti s cieľom začlenenia a zapojenia do fungovania a aktivít bežného života, dokáže podporiť ich samostatnosť a sebestačnosť a zároveň odbúrať mnohé bariéry na oboch stranách. Poskytovanie komunitnej zdravotnej starostlivosti sa realizuje prostredníctvom zariadení ambulantnej zdravotnej starostlivosti multidisciplinárnym tímom na regionálnom princípe v spolupráci s poskytovateľmi ambulantnej a ústavnej zdravotnej starostlivosti, zariadeniami sociálnych služieb a ďalšími špecialistami. Nížkoprahové zariadenie komunitnej zdravotnej starostlivosti, v ktorom sa pacienti s reziduálnymi príznakmi psychickej poruchy poskytujú zdravotnú a sociálnu starostlivosť a služby, v jeho prirodzenom prostredí, podľa individuálnych potrieb iba počas niekoľkých hodín niektorých pracovných dní do dosiahnutia liečebného cieľa, disponuje aj terénnym mobilným tímom. Dôležitá je aj spolupráca s príbuznými osôb s duševnými poruchami, peer-konzultantmi a s patientskymi organizáciami. Po dosiahnutí liečebného cieľa bude pacient pokračovať v liečbe v psychiatrickej ambulancii. Umožňuje vytvorenie individuálneho „na mieru pacienta šitého“ liečebného programu. Cieľ liečby je opätovné začlenenie pacienta do aktívneho života v jeho prirodzenom prostredí a súčasné pozitívne ovplyvnenie priebehu a zlepšenie prognózy ochorenia. Pacient s duševnou poruchou, ktorá významným spôsobom negatívne ovplyvňuje jeho funkčnosť, by mal získať

kompetencie k samostatnosti. Liečba by nemala byť limitovaná trvaním, ale mala by byť definovaná dosiahnutím cieľa.

Komunitná zdravotná starostlivosť nadväzuje na realizáciu reforiem a investícií Komponentu 12 Humánna, moderná a dostupná starostlivosť o duševné zdravie z Plánu obnovy a odolnosti, kde je cieľom dostupnosť zdravotno-sociálnej starostlivosti pre všetky skupiny pacientov s dôrazom na komunitné riešenia. Poskytovanie intervencií komunitnej zdravotnej starostlivosti osobám s duševných ochorením prostredníctvom zdravotníckych zariadení ambulantnej komunitnej zdravotnej starostlivosti v odbornom zameraní psychiatria a detská psychiatria.

Komunitná zdravotná starostlivosť v odbore psychiatria a detská psychiatria predstavuje súbor služieb, inovatívnych programov na doliečovanie a začlenenie do spoločnosti a zariadení, ktorých cieľom je pomôcť ľuďom s duševnou poruchou žiť čo najviac v podmienkach bežného života, subjektívne čo najuspokojivejším spôsobom tak, aby boli uspokojené ich zdravotné, psychologické a sociálne potreby. Jej súčasťou sú mobilita a prepojenosť služieb, starostlivosť o pacientov v ich prirodzenom prostredí, orientácia na ľudské práva a potreby pacientov. Obsahuje včasnú intervenciu, krízovú intervenciu, domácu liečbu, dlhodobú starostlivosť a rehabilitáciu. liečebné aj sociálne intervencie. Určená je ľuďom s duševnou chorobou alebo príznakmi duševnej poruchy, u ktorých je potrebná podpora, ale aj ich podporovateľom, aby im umožnila túto podporu poskytovať. K jej princípom nepatrí vylúčenie pacienta v čase akútnej ťažkosti z komunity a jeho následný návrat do nej, ale práve možnosť zotrvať v pôvodnom prostredí, prípadne v čo najväčšej miere s ním zostať prepojený. Zariadenia komunitnej zdravotnej starostlivosti dopĺňajú systém ubytovacích zariadení, krízových domov a umiestňovanie chorých do tzv. hosťovských rodín (Foster Families).

#### **K bodu 25 (§ 11a)**

V § 11a sa navrhuje precizovať text písm. i) upravujúceho právo pacienta na nahliadanie do zdravotnej dokumentácie za účelom zosúladenia tohto ustanovenia s § 25 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z., v zmysle ktorého psychiater nemusí umožniť pacientovi nahliadnúť do zdravotnej dokumentácie, ak by to zhoršilo jeho zdravotný stav. Samotné právo pacienta na nahliadnutie do zdravotnej dokumentácie však vyjadruje právo pacienta do svojej zdravotnej dokumentácie nahliadnúť, ak to jeho zdravotný stav umožňuje a zároveň akonáhle to jeho zdravotný stav umožňuje. To znamená, že akonáhle pominú zdravotné dôvody, pre ktoré nebolo možné v danej chvíli, keď o to pacient požiadal, zo strany psychiatra pacientovi umožniť nahliadnutie do zdravotnej dokumentácie, napr. atak, epizóda, a pod., psychiater je povinný pacientovi nahliadnutie do zdravotnej dokumentácie umožniť.

#### **K bodu 26 (§ 11b)**

V § 11b sa navrhuje doplniť nový odsek 10, ktorý ustanovuje, že v detenčnom ústave a v detenčnom ústave pre mladistvých, ktoré sú ústavnými zdravotníckymi zariadeniami sa za vnútorný poriadok považuje tzv. „ústavný poriadok“. Zariadenia na výkon detencie majú povinnosť mať vypracovaný ústavný poriadok v zmysle zákona č. 231/2019 Z. z. o výkone detencie a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a zároveň majú povinnosť mať vypracovaný aj vnútorný poriadok, pričom tieto dva dokumenty sú si obsahovo podobné. Účelom tohto ustanovenia je teda odstránenie duplicitnej povinnosti detenčných ústavov.

#### **K bodom 27 až 33 (§ 12a)**

K bodu 27: Zásadným dôvodom na legislatívnu úpravu je, že pri výkone štátnej služby v silových a ozbrojených zločkách musí príslušník spĺňať prísne kritériá zdravotnej spôsobilosti na výkon štátnej služby, bližšie upravené v príslušných interných predpisoch. Všeobecná a špecifická zdravotná starostlivosť a posudzovanie zdravotnej spôsobilosti príslušníka na ďalší

výkon štátnej služby je zabezpečené prostredníctvom limitovanej siete určených všeobecných lekárov pre dospelých ( § 11 ods. 7 zákona č. 576/2004 Z.z.), a v súlade s internými predpismi, ktorí zohľadňujú špecifiká výkonu štátnej služby s profesionálnou držbou strelnej zbrane.

Vzhľadom na uvedené je potrebné, aby o e-DPN príslušníka rozhodoval určený všeobecný lekár pre dospelých. Na tomto princípe je nastavený výkon lekárskej posudkovej činnosti v silových a ozbrojených zložkách.

K bodu 28: Doplnenie lekára (všeobecného lekára pre dospelých alebo všeobecného lekára pre deti a dorast) poskytujúceho ambulanciu starostlivosť u organizátora, ktorý prevádzkuje ambulanciu pevnej ambulantnej pohotovostnej služby, a zubného lekára, prostredníctvom, ktorého poskytovateľ poskytujúci zubno-lekársku ambulanciu starostlivosť zabezpečuje poskytovanie zubno-lekárskej pohotovostnej služby, zabezpečí, aby nemusela byť vystavovaná dočasná pracovná neschopnosť späťne, ak pacient navštívi ambulanciu pohotovostnú službu alebo zubno-lekársku pohotovostnú službu, nakoľko ide o jediné ambulancie, na ktorých nebolo doteraz možné vystaviť dočasnú pracovnú neschopnosť.

Zároveň predmetná úprava zabezpečí

- kontinuitu zdravotnej starostlivosti, čo znamená, že pacient s akútnym ochorením môže byť posúdený priamo na mieste a nemusí čakať na vyšetrenie u svojho všeobecného lekára;
- rýchlu ochranu zdravia a bezpečnosť pacienta, a to včasným uznaním neschopnosti pracovať chráni pacienta pred prehĺbením zdravotných problémov;
- znížením administratívnej záťaže pre pacientov a to, že pacient nemusí dodatočne navštíviť ďalšieho lekára len kvôli vystaveniu neschopnosti.
- efektívnejšie využitie zdravotných služieb, čo znamená, že sa znižuje preťaženie iných zdravotníckych zariadení, pretože pacienti nemusia navštevovať viacerých lekárov na ten istý úkon.

K bodom 29 a Vypúšťa sa spätné uznanie dočasnej pracovnej neschopnosti pri návšteve ambulancie pevnej ambulantnej pohotovostnej služby a zubno-lekárskej pohotovostnej služby vzhľadom k úprave, ktorá ustanovuje, že aj na týchto ambulanciách sa vystavuje dočasná pracovná neschopnosť. Uvedeným sa riešia aplikačné problémy so spätným uznaním dočasnej pracovnej neschopnosti.

K bodu 30: Podľa aktuálnej právnej úpravy § 12a ods. 6 písm. b) ošetrojúci lekár, ktorý rozhodne o ukončení dočasnej pracovnej neschopnosti osoby, vytvorí elektronický záznam o ukončení dočasnej pracovnej neschopnosti ku dňu, v ktorom bolo vykonané vyšetrenie. Uvedená formulácia spôsobuje v aplikačnej praxi problémy, nakoľko lekárovi neumožňuje ukončiť dočasnú pracovnú neschopnosť inak, ako dňom vyšetrenia (aktuálnym dňom), aj keď objektívne skutočnosti opodstatňujú iný dátum ukončenia (napr. úmrtie pacienta, nedostavenie sa na kontrolu s tým, že lekár neukončil ePN hneď v ten deň, resp. technické príčiny v deň vyšetrenia a pod.).

K bodu 31: Vzhľadom na potrebu ďalšej administrácie ePN všeobecným lekárom je potrebné ustanoviť povinnosť osobe hlásiť sa u svojho všeobecného lekára po prepustení zo zdravotníckeho zariadenia ústavnej starostlivosti. Taktiež je dôležité poukázať na skutočnosť, že zrušenie tejto povinnosti už v súčasnosti komplikuje spravovanie ePN a navyšuje počet expirovaných ePN.

K bodu 32: Daným bodom sa upravuje povinnosť ošetrojúceho lekára bezodkladne vytvoriť elektronický záznam o dočasnej práceneschopnosti po odstránení technických príčin, kedy nie je možné vystaviť elektronický záznam o dočasnej práceneschopnosti. V zmysle súčasného legislatívneho a z neho vyplývajúceho technického nastavenia, v prípade, že ošetrojúci lekár vystaví tzv. odpis ePN na základe § 12a ods. 17 (technické problémy), nie je už ďalej povinný dodatočne uvedenú ePN zaevidovať elektronicky. V takom prípade vznikne situácia, že dočasnú pracovnú neschopnosť Sociálna poisťovňa manuálne nahrá vo svojom informačnom

systeme, kde ju aj eviduje, avšak v eZdraví, ani v ambulantnom systéme lekára táto práceneschopnosť nebude nikdy zaevidovaná, keďže nie je možný (ani v tomto smere legislatívne upravený) spätný tok prenosu týchto dát z informačného systému Sociálnej poisťovne do eZdravia.

K bodu 33: Toto ustanovenie je zavedené ako ochranný nástroj na zabezpečenie správnosti a oprávnenosti dočasnej pracovnej neschopnosti (DPN). Cieľom je zabrániť zneužívaniu systému DPN a zabezpečiť, že pracovná neschopnosť bude uznávaná iba v prípadoch, kde je to skutočne potrebné z medicínskeho hľadiska. Zavedenie tohto ustanovenia do zákona prináša niekoľko praktických výhod. Zabezpečuje spravodlivosť a integritu systému DPN, chráni verejné zdroje a zvyšuje dôveru v zdravotnícky systém. Odborný dohľad posudkových lekárov poskytuje garanciu, že DPN bude uznávaná a ukončovaná na základe objektívnych a odborných kritérií, čo prispieva k celkovej efektívnosti a spravodlivosti systému.

1. **Prevenia zneužívania systému:** Ustanovenie umožňuje posudkovému lekárovi, ktorý vykonáva lekársku posudkovú činnosť podľa osobitného predpisu, zasiahnuť v prípadoch, kde existuje podozrenie, že DPN bola vystavená neoprávnene alebo "na požiadanie pacienta". Takéto situácie môžu nastať, keď pacient žiada o DPN z dôvodov, ktoré nesúvisia s jeho skutočným zdravotným stavom, ale napríklad z dôvodu osobných alebo pracovných záujmov.
2. **Ochrana verejných zdrojov:** Zneužívanie systému DPN má negatívny dopad na verejné zdroje, zdravotné poistenie a celkovú efektívnosť zdravotníckeho systému. Posudkový lekár môže svojím zásahom ukončiť neoprávnene vystavenú DPN, čím chráni finančné prostriedky, ktoré by inak boli vyplatené ako nemocenské dávky.
3. **Zvýšenie dôvery v systém:** Možnosť zásahu posudkového lekára posilňuje dôveru verejnosti v spravodlivosť a integritu systému DPN. Pacienti a zamestnávateľia môžu mať istotu, že pracovná neschopnosť bude uznávaná len na základe objektívnych zdravotných dôvodov, čo zvyšuje celkovú dôveryhodnosť zdravotného systému.
4. **Odborný dohľad:** Posudkoví lekári majú špecializované znalosti a skúsenosti v oblasti posudzovania zdravotného stavu a oprávnenosti DPN. Ich zapojenie do rozhodovacieho procesu v prípadoch hodných osobitného zreteľa zabezpečuje, že rozhodnutia o ukončení DPN budú založené na odbornom posúdení a dôkladnom zvážení všetkých relevantných faktorov.
5. **Flexibilita a individualizácia:** Ustanovenie poskytuje flexibilitu v systéme DPN tým, že umožňuje individuálne posúdenie konkrétnych prípadov. Posudkový lekár môže zohľadniť špecifické okolnosti pacienta a na základe toho rozhodnúť o ukončení DPN. Tento prístup umožňuje prispôbiť sa rôznym situáciám a zabezpečiť, že rozhodnutia budú spravodlivé a primerané.
6. **Ochrana zamestnávateľov:** Neoprávnene dlhá pracovná neschopnosť môže mať negatívny dopad na zamestnávateľov, ktorí musia zabezpečiť náhradu za neprítomného zamestnanca a môžu čeliť zvýšeným nákladom. Možnosť zásahu posudkového lekára poskytuje zamestnávateľom istotu, že DPN bude ukončená, ak nie je opodstatnená, čo prispieva k stabilite a efektívnemu fungovaniu pracovného prostredia.

Toto ustanovenie teda predstavuje dôležitý nástroj na zabezpečenie správneho fungovania systému DPN a ochranu pred jeho zneužívaním, čím prispieva k lepšiemu a efektívnejšiemu zdravotníckemu systému.

#### **K bodu 34 (§12b ods. 2 písm. b))**

Legislatívno-technická úprava, precizovanie pojmu "gynekológia" na "gynekológia a pôrodnictvo".

#### **K bodu 35 (§ 13 písm. e))**



Zavádza sa nová služba, ktorou je vypracovanie psychologického posudku. V predchádzajúcej právnej úprave sa nachádzal len pojem lekárske posudky, čo spôsobovalo nejednoznačnosť pri klasifikácii posudkov psychickej spôsobilosti vypracovaných psychológmi ako súčasť hodnotenia zdravotnej spôsobilosti. V aplikačnej praxi sa zvykovo považovali za lekárske posudky, pretože táto služba im bola najviac podobná. Išlo však o nepresné označenie, nakoľko psychológ, aj keď je súčasťou systému špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, nie je lekár.

### **K bodu 36 (§ 13 písm. g)**

Zavádza sa nová služba súvisiaca so zdravotnou starostlivosťou, ktorá definuje činnosť ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka vykonávanú v súvislosti s využitím prierezovej starostlivosti v komplexnej starostlivosti o zdravie.

V aplikačnej praxi poskytovatelia zdravotnej starostlivosti spolupracujú s rôznymi odborníkmi a službami mimo systému zdravotnej starostlivosti (ako sú napríklad psychológovia, logopédi, špeciálni pedagógovia, sociálni pracovníci, fyzioterapeuti) na zabezpečenie toho, aby sa zohľadnili všetky potreby a aspekty života pacienta alebo klienta majúce dopad na výsledný stav jeho zdravia a klinického prejavu jeho porúch. Tento prístup k starostlivosti sa považuje za účinnejší v prevencii a liečbe ochorení a porúch, a dokáže prispôsobiť starostlivosť pre rôznorodé skupiny pacientov nielen podľa diagnóz, ale aj z pohľadu rovného prístupu a ich schopnosti pristupovať k zdravotnej starostlivosti a mať z nej prospech.

Zároveň je potrebné, aby integrácia výsledkov činnosti odborníkov z rezortov mimo zdravotníctva podieľajúcich sa na prierezovej starostlivosti o pacienta podliehala dostatočnej regulácii najmä z pohľadu kvality starostlivosti a dohľadu nad ňou, ak sa stávajú súčasťou komplexnej starostlivosti o zdravie zabezpečovanej v zdravotníckom zariadení. Z tohto dôvodu je potrebný osobitný zdravotný výkon, ktorým je integrácia prierezovej starostlivosti do preventívneho, diagnostického a liečebného plánu ošetrojúcim zdravotníckym pracovníkom s príslušnou odbornou spôsobilosťou.

Samotná integrácia prierezovej starostlivosti nie je definovaná ako zdravotná starostlivosť, ale ako služba s ňou súvisiaca, z čoho vyplýva, že ju poskytovateľ zdravotnej starostlivosti môže poskytnúť len v súvislosti s poskytnutím potrebnej zdravotnej starostlivosti, nie oddelene od zdravotnej starostlivosti, čím sa zabezpečuje, že výstupy činnosti odborníkov mimo rezortu zdravotníctva nemôžu byť preberané mechanicky, ale sú využívané len ako komplementárne k zdravotnej starostlivosti, ktorú je ošetrojúci zdravotnícky pracovník povinný poskytnúť správne a viesť o nej zdravotnú dokumentáciu (§ 4 ods. 3 a 4).

### **K bodu 37 (§ 14)**

Daným bodom sa rozširuje možnosť prepravy zdravotníckeho pracovníka za účelom odberu biologického materiálu nie len na ochorenie COVID-19, nakoľko v budúcnosti je možné predpokladať aj iné ochorenia, pri ktorých môže byť predpoklad potreby odberu biologického materiálu.

### **K bodu 38 (§ 16a a § 16b)**

Definuje sa psychologický posudok a ustanovuje sa postup a oprávnenia pri jeho vydávaní.

Definuje sa pojem integrácia prierezovej starostlivosti a jej naviazanie na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v zdravotníckom zariadení integrácie prierezovej starostlivosti s povolením podľa § 7 ods. 3 písm. k). Poskytovatelia ústavnej zdravotnej starostlivosti a ostatní poskytovatelia majúci zámer poskytovať predmetnú službu ju môžu poskytovať, ak zriadia zdravotnícke zariadenie zabezpečujúce integráciu prierezovej starostlivosti. Zároveň sa vytvára splnomocňovacie ustanovenie pre jej ďalšiu podrobnejšiu reguláciu s ohľadom na potreby

aplikačnej praxe, ktorú má zabezpečovať nadväzujúci právny predpis ministerstva zdravotníctva. Predmetné ukotvenie služby integrácie prierezovej starostlivosti má zabezpečiť jej kvalitu a dostatočnú reguláciu, čím nie je dotknutá možnosť poskytovateľa využívať podporný tím podľa § 2 ods. 36 písm. a) a b) pre oblasť zdravotnej starostlivosti, ktorú poskytuje.

Definuje sa činnosť ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka vykonávajúceho integráciu prierezovej starostlivosti. Činnosť takéhoto zdravotného pracovníka zahŕňa nielen zdravotné výkony samotnej zdravotnej starostlivosti o pacienta, ale aj zdravotné výkony vykonané pre jeho prospech. Takýmito výkonmi sú najmä vedenie podporného tímu, vedenie konzília, vedenie multidisciplinárneho tímu ako celku a vedenie osôb starajúcich sa o pacienta v jeho prirodzenom prostredí alebo v škole. Definuje sa povinnosť zaznamenania takýchto výkonov do zdravotnej dokumentácie pacienta.

Definujú sa kompetencie pre ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka so špecializáciou v špecializačnom odbore klinická psychológia, klinická logopédia, liečebná pedagogika alebo fyzioterapeut, ktorý je členom multidisciplinárneho tímu v zariadení zabezpečujúcom integráciu prierezovej starostlivosti.

Taktiež sa definujú kompetencie jednotlivých členov multidisciplinárneho tímu pri zabezpečovaní integrácie výstupov prierezovej starostlivosti do zdravotnej starostlivosti. Príslušný zdravotnícky pracovník môže pri klinickom hodnotení a riadení zdravotného stavu fyzickej osoby využívať komplementárne preventívne diagnostické a rehabilitačné činnosti členov podporného tímu, stanovuje sa však podmienka, že musí ísť o také odborné činnosti, ktoré spadajú do rozsahu jeho odbornej kompetencie a musí ich zaznamenávať do zdravotnej dokumentácie. Využitie takýchto činností nenahrádza jeho vlastné vyšetrenie a intervencie, ale je k nim komplementárne (t. j. nemôže ich využívať bez toho, aby sám pacienta vyšetрил a počas liečby realizoval kontrolné vyšetrenia). Uvedené sa zabezpečuje ukotvením integrácie prierezovej starostlivosti ako služby súvisiacej so zdravotnou starostlivosťou, ktorú z povahy, že ide o službu súvisiacu so zdravotnou starostlivosťou nemožno od samotnej zdravotnej starostlivosti oddeliť a poskytnúť ju bez poskytnutia zdravotnej starostlivosti samotným ošetrojúcim zdravotníckym pracovníkom..

Využitím činností iných odborníkov v komplexnej liečbe sa zvyšuje dopad intervencií ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka na klinický obraz pacienta. Takýchto odborníkov zdravotnícky pracovník môže viesť, koordinovať a usmerňovať v správnej aplikácii intervencií v prirodzenom prostredí alebo v škole a zabezpečovať pre ich činnosť potrebné klinické vhl'ady a odporúčania. Vytvorenie takejto kompetencie v systéme zdravotnej starostlivosti umožňuje bezpečne a správne poskytovať odstupňovanú starostlivosť, čo má výrazný dopad na zefektívnenie a dosah zdravotnej starostlivosti a samotnú preventívnu funkciu vo vzťahu k zdraviu na úrovni primárnej, sekundárnej, terciárnej aj kvartérnej prevencie. Doterajšia koordinácia odborníkov v medzirezortnej oblasti narážala na legislatívne limitácie.

### **K bodom 39 až 44 (§ 18, §21)**

V súčasnom zdravotníckom systéme je jedným z najväčších problémov vysoká administratívna záťaž zdravotníckych pracovníkov, najmä lekárov. Táto záťaž nielenže odoberá čas, ktorý by lekári mohli venovať pacientom, ale tiež znižuje efektívnosť a kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Navrhované legislatívne zmeny, ktoré umožňujú aj iným osobám určeným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktoré sú v pracovnom alebo inom obdobnom pracovnom pomere a zároveň nie sú zdravotníckymi pracovníkmi, spracúvať, poskytovať a sprístupňovať údaje zo zdravotnej dokumentácie, majú za cieľ významne znížiť túto administratívnu záťaž.

Navrhovaná legislatívna zmena, ktorá umožňuje iným osobám určeným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktoré sú v pracovnom alebo inom obdobnom pracovnom pomere a zároveň nie sú zdravotníckymi pracovníkmi ako zdravotníckym pracovníkom spracúvať, poskytovať a sprístupňovať údaje zo zdravotnej dokumentácie, prináša množstvo pozitívnych sociálnych vplyvov. Zníženie administratívnej záťaže lekárov a ostatných zdravotníckych pracovníkov umožní lepšiu starostlivosť o pacientov, zlepši efektivitu zdravotníckych zariadení a prispeje k lepším pracovným podmienkam v zdravotníctve. Tento krok je preto dôležitým krokom smerom k modernizácii a zlepšeniu zdravotníckeho systému.

#### **K bodu 45 (§ 23 ods. 9)**

Uvedeným ustanovením sa umožňuje samosprávnemu kraju, aby v prípade, ak zaniká poskytovateľ zdravotnej starostlivosti a zároveň existuje poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, ktorý prevezme pacientov do starostlivosti, aby prevzatie a odovzdanie zdravotnej dokumentácie prebehlo priamo medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti za účasti zástupcu samosprávneho kraja a samosprávny kraj nemusel prevziať zdravotnú dokumentáciu do úschovy. Uvedenou úpravou sa znižuje administratívna záťaž.

#### **K bodu 6 (§ 24 ods. 4)**

Podľa súčasne platného § 24 ods. 4 písm. f) zákona 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 sú orgány činné v trestnom konaní na základe písomnej žiadosti oprávnené získať údaje zo zdravotnej dokumentácie pre účely trestného konania formou výpisu zo zdravotnej dokumentácie,

pričom podľa uvedeného § 24 ods. 4 zákona č. 576/2004 Z. z. orgány Policajného zboru pri objasňovaní priestupkov nie sú oprávnené získať údaje zo zdravotnej dokumentácie.

Navrhovaná legislatívna zmena rozširuje okruh subjektov oprávnených získať údaje zo zdravotnej dokumentácie formou výpisu zo zdravotnej dokumentácie o orgány Policajného zboru, ktoré objasňujú priestupky podľa zákona Slovenskej národnej rady č. 372/1990 Zb. o priestupkoch v znení neskorších predpisov. Dôvodom navrhovanej zmeny je skutočnosť, že poskytnutie údajov zo zdravotnej dokumentácie pre účely objasňovania priestupku v súčasnosti nemá oporu v zákone a tieto informácie, ktoré sú predmetom lekárskeho tajomstva, v súčasnosti nie je možné zabezpečiť pre účely priestupkového konania v súlade so zákonom. Takéto informácie potom nemôžu byť použité ako dôkaz v priestupkovom konaní.

Národný bezpečnostný úrad vykonáva bezpečnostné previerky fyzických osôb a podnikateľov. Základom pri vykonávaní bezpečnostných previerok sú informácie, a to jednak informácie predložené navrhovanou osobou (podkladové materiály), ako aj informácie o bezpečnostnej spoľahlivosti osoby získané Národným bezpečnostným úradom, Slovenskou informačnou službou, Vojenským spravodajstvom a Policajným zborom. Zákon č. 215/2004 Z. z. o ochrane utajovaných skutočností a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 215/2004 Z. z.“) taxatívne vymenúva skutočnosti, ktoré sa považujú za bezpečnostné riziko. Ide napr. aj o zistenie, že osoba je preukázateľne závislá od konzumácie alkoholických nápojov alebo od iných návykových látok, ako aj zistenie, že osoba trpí alebo trpela akoukoľvek chorobou alebo mentálnym alebo emočným stavom, ktorý môže spôsobiť výrazné poruchy v jej úsudku a správaní.

Národný bezpečnostný úrad, ako aj ďalšie subjekty taxatívne vymedzené v § 19 zákona č. 215/2004 Z. z. sú oprávnení pri vykonávaní bezpečnostných previerok na účely získania informácií o preverovaných osobách požadovať od ďalších štátnych orgánov, iných právnických osôb a fyzických osôb poskytnutie informácií o preverovaných osobách. Tieto sú povinné žiadosti v určenej lehote vyhovieť. Napriek tejto zákonnej povinnosti poskytnúť

požadované informácie dochádza zo strany príslušných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti k odmietavým stanoviskám.

**K bodu 47 (§ 45 ods. 1 písm. s))**

V § 45 ods. 1 písm. s) sa precizuje text a bližšie sa špecifikuje zabezpečenie koordinácie poskytovania zdravotnej starostlivosti s inými ústrednými orgánmi štátnej správy, najmä pri výkone ochranného liečenia a výkone detencie, z dôvodu, že aplikačná prax, či už zo strany súdov, prokuratúry alebo zdravotníckych zariadení ukazuje, že aktuálne nastavenie koordinácie poskytovania zdravotnej starostlivosti medzi ministerstvom zdravotníctva a inými ústrednými orgánmi štátnej správy pri výkone ochranných liečení a detencie nie je postačujúce.

**K bodu 48 (§ 45 ods. 1 písm. ao) až aq))**

V § 45 ods. 1 sa navrhuje doplnenie nových písmen am) a an) v nadväznosti na zákon č. 40/2024 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony, ktorý nadobudol účinnosť dňa 15.03.2024, a podľa ktorého má ministerstvo zdravotníctva viesť zoznam zdravotníckych zariadení, v ktorých sa vykonáva ochranné liečenie. Účelom písmena am) je vytvorenie nového systému zabezpečovania realizácie ochranných liečení, na základe rozhodnutí súdov, nakoľko aktuálne nastavenie tohto systému považujú za nedostatočné, neefektívne a neflexibilné ako súdy, tak aj prokuratúra a samotní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti.

Cieľom tejto zmeny je pravidelne a systematicky monitorovať skrínigové programy, aby sme mohli v budúcnosti plnohodnotne prispieť k monitorovaniu rozdielov prostredníctvom európskeho informačného systému o rakovine a registra nerovností v oblasti onkologických ochorení a v budúcnosti spoločne využívať údaje o skrínigu rakoviny, a to aj prostredníctvom plánovaného európskeho priestoru pre zdravotné údaje. Všeobecne záväzný právny predpis umožní definovať podmienky a kritéria pre plánované rozšírenie organizovaných skrínigov vo forme programu skrínigu rakoviny pľúc a prostaty zavedením kľúčových výkonnostných indikátorov (KPI).

Pre skrínigové testy na rakovinu sa stanovili osobitné ukazovatele výkonnosti. Tie by sa mali pravidelne monitorovať. Skrínigové testy uvedené v prílohe odporúčania Rady sa môžu ponúkať len v rámci organizovaných skrínigových programov na úrovni populácie so zabezpečením kvality na všetkých úrovniach.

**K bodu 49 (§ 45a)**

Navrhuje sa doplnenie nového § 45a, ktorého účelom je dať kompetenciu ministerstvu zdravotníctva na vydanie všeobecne záväzného právneho predpisu upravujúceho podrobnosti o vedení zoznamu zdravotníckych zariadení, v ktorých sa vykonáva ochranné liečenie; postup pri určovaní poskytovateľov, u ktorých je možné realizovať výkon súdom nariadených ochranných liečení alebo umiestniť obvineného na základe predbežného príkazu na umiestnenie obvineného do zdravotníckeho zariadenia podľa osobitného predpisu; a podrobnosti o postupe pri koordinácii výkonu ochranných liečení a detencie podľa § 45 písm. s); za účelom zabezpečenia právnej istoty.

**K bodom 50 až 53 (§ 46 ods. 1)**

Legislatívno-technická úprava, zosúladenie podľa novej jednotky (ambulancia), ktorá vyjadruje optimálnu kapacitu vo verejnej sieti poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti. Zosúladenie znenia s novým pojmom verejná optimálna sieť, nie minimálna.

### **K bodu 54 (§ 49s)**

Navrhuje sa doplnenie nového § 49s upravujúceho prechodné ustanovenie k úpravám účinným od 1. januára 2025 týkajúce sa zmien pri používaní obmedzovacích prostriedkov, povinnosti absolvovať vzdelávanie o používaní obmedzovacích prostriedkov a miernejších spôsobov zvládnutia situácie pri poskytovaní ústavnej starostlivosti a zákaz používania a vlastníctva ochranných lôžok, ktoré je v zmysle § 49q možné použiť ako obmedzovací prostriedok pri poskytovaní ústavnej starostlivosti len do 31. decembra 2024.

Zároveň sa ustanovuje prechodné obdobie v súvislosti s vydaním nového zoznamu zdravotných výkonov v súvislosti s ustanovením § 3 ods. 8.

### **K bodu 55 (§ 50)**

Navrhuje sa zrušiť s účinnosťou od 1. januára 2027 nariadenia vlády upravujúce katalóg zdravotných výkonov, ktorým sa vydáva zoznam chorôb, pri ktorých sa zdravotné výkony čiastočne uhrádzajú alebo neuhrádzajú na základe verejného zdravotného poistenia, po vydaní nového zoznamu zdravotných výkonov.

## **Čl. III (zákon č. 577/2004 Z. z.)**

### **K bodu 1 (§ 2 ods. 1 písm. h) a i))**

Legislatívno-technická úprava v súvislosti s úpravou pojmu špecializovaná gynekologická ambulantná starostlivosť na primárnu špecializovanú gynekologickú ambulantnú starostlivosť podľa § 7 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z. z. a novým označením ambulancie (primárna gynekologicko-pôrodná ambulancia - § 7 ods. 3 písm. a) druhý bod zákona č. 578/2004 Z. z.) v rámci primárnej špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti.

### **K bodu 2 (§ 2b)**

Cieľom aktualizovaného odporúčania Rady je stanoviť všeobecné zásady skríningu rakoviny podľa odporúčaní skupiny hlavných vedeckých poradcov a určiť najlepšie postupy pre skríning rakoviny v Únii.

Odporúčanie Únie založené na hlavných zásadách a spoločnej analýze základných dôkazov poskytuje pridanú hodnotu členským štátom, ktoré nebudú musieť vykonávať individuálne posúdenia vhodných riešení čo sa týka rozšírenia máme takto k dispozícii poznatky o účinnom skríningu rakoviny. Úhrada z VZP pri organizovanom skríningu onkologických chorôb je nákladovo efektívnou prevenciou.

Vedecké dôkazy preukazujú dobrý pomer z hľadiska ujmy a prínosu, nákladovú účinnosť, výhody včasného odhalenia a uskutočniteľnosť v celej Únii.

Skríning umožňuje odhaliť rakovinu v ranom štádiu, prípadne ešte predtým, ako sa stane invazívnou. Liečba niektorých lézií potom môže byť účinnejšia a pacienti majú väčšiu šancu, že sa uzdravia. Hlavným ukazovateľom účinnosti skríningu je zníženie incidencie a pokles úmrtnosti v dôsledku konkrétnej chorôb. Dôkazy svedčia o účinnosti skríningu rakoviny prsníka, hrubého čreva a konečníka, krčka maternice, pľúc a prostaty.

### **K bodu 3 (§ 3 ods. 23 až 25)**

Predkladaný návrh zákona bol vypracovaný v nadväznosti na požiadavky aplikačnej praxe, ktorá poukazuje na absenciu zdravotnej starostlivosti poskytovanej v rozsahu ošetrovateľskej praxe v domácom prostredí alebo v inom prirodzenom prostredí dieťaťu s potrebou ošetrovateľskej intervencie po prepustení z ústavnej zdravotnej starostlivosti. Na zabezpečenie systémovo prepojenej a vzájomne koordinovanej predmetnej starostlivosti v teréne sa javí ako

najvhodnejšia zdravotná starostlivosť poskytovaná agentúrou domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá je držiteľom povolenia na prevádzkovanie, má zmluvný vzťah so zdravotnou poisťovňou dieťaťa, spolupracuje s prepúšťajúcim pracoviskom ústavného zdravotníckeho zariadenia a zmluvným pediatrom dieťaťa, ktorý poskytuje všeobecnú ambulantnú zdravotnú starostlivosť pre deti a dorast.

Návrh zákona korešponduje s rozpracovanými krokmi Stratégie všeobecnej ambulantnej starostlivosti do roku 2030, ktorá bola schválená v roku 2023 a uvádza „Meniaca sa rola všeobecnej ambulantnej starostlivosti bude vyžadovať aj zmenu organizácie práce a nové formy spolupráce vo všeobecných ambulanciách. Nevyhnutnosťou bude hľadanie opatrení, ktoré spočívajú vo využití personálnych kapacít zdravotníckych a administratívnych pracovníkov.

Je potrebné umožniť samostatné vykonávanie širších úloh predovšetkým sestram, implementovať v čase rozložený a zdola realizovaný prenos kompetencií z lekára na sestru a zo sestry/praktickej sestry - asistenta na administratívneho pracovníka. Je možné uvažovať nad zapojením súčasných sestier v agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti.“

Návrh zákona vytvára pre zákonných zástupcov dieťaťa podmienky istoty, odbornej pomoci a podpory poskytovanej v domácom prostredí alebo v inom prirodzenom prostredí. Podľa názoru UNICEF týmto návrhom zákona je možné podporiť rozhodnutie zákonných zástupcov ponechať si dieťa vo svojej starostlivosti, a z dôvodu existencie zdravotného problému neodovzdať dieťa do náhradnej starostlivosti.

Súčasne návrh zákona prispieva v rámci zdravotnej starostlivosti poskytovanej dieťaťu v domácom prostredí alebo v inom prirodzenom prostredí k systémovosti a prehľadnosti, čo vyplýva nielen z podmienky uzatvorenia zmluvného vzťahu medzi agentúrou domácej ošetrovateľskej starostlivosti a zdravotnou poisťovňou, ale aj od vydania povolenia na prevádzkovanie.

V rámci zabezpečenia kontinuálne dostupnej a kvalitnej zdravotnej starostlivosti v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti vykonávanej v domácom prostredí alebo v inom prirodzenom prostredí dieťaťa agentúrou domácej ošetrovateľskej starostlivosti sa predpokladá vytvorenie väzby medzi agentúrou domácej ošetrovateľskej starostlivosti, prepúšťajúcim pracoviskom ústavného zdravotníckeho zariadenia a pediatrom, ktorý dieťaťu poskytuje všeobecnú ambulantnú zdravotnú starostlivosť pre deti a dorast, na základe dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Cieľom návrhu zákona je poskytnúť profesionálnu pomoc a podporu rodine s dieťaťom so zvýšenou potrebou ošetrovateľskej starostlivosti, najmä dieťaťom so zdravotným postihnutím a dieťaťu zo sociálne slabého prostredia, po prepustení z ústavného zdravotníckeho zariadenia do domáceho prostredia alebo iného prirodzeného prostredia dieťaťa a dosiahnuť odbremenenie zdravotníckych pracovníkov prepúšťajúceho pracoviska nemocnice, ambulantnej pohotovostnej služby, a zmluvných pediatrov, ktorí poskytujú všeobecnú ambulantnú starostlivosť pre deti a dorast, a v neposlednom rade poskytnúť pomoc zákonnému zástupcovi v súvislosti so zabezpečením zdravotnej starostlivosti o dieťa, vrátane edukácie a podpory dojčenia.

Návrh zákona prostredníctvom agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti pre cieľovú skupinu detí umožní riešiť situácie, kedy rodič potrebuje odbornú pomoc dieťaťu v rozsahu ošetrovateľského výkonu, kvôli čomu potrebuje s dieťaťom navštíviť ústavné zdravotnícke zariadenie alebo ambulanciu pohotovostnej služby alebo pediatra, ktorý poskytuje všeobecnú ambulantnú zdravotnú starostlivosť pre deti a dorast a ktorý je zmluvným lekárom dieťaťa.

Legislatívno-technická úprava v súvislosti so zavedením telemedicíny. Uvedeným začlenením do úhrady z verejného zdravotného poistenia dôjde k zosúladieniu nových ustanovení v oblasti telemedicíny.

Navrhovaná zmena sa zavádza s súvislosťou s poskytovaním kompletnej starostlivosti pacientovi prostredníctvom integrácie prierezovej starostlivosti a zdravotnej starostlivosti so zohľadnením jeho individuálnych potrieb, ktoré je možné zabezpečiť prostredníctvom integrácie prierezovej starostlivosti. Uhrádzajú sa zdravotné výkony poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti súvisiace s integráciou prierezovej starostlivosti o pacienta do integrovaného liečebného plánu, podľa ktorého postupuje multidisciplinárny tím a s prípadovým vedením zabezpečujúcim koordináciu poskytovania zdravotnej starostlivosti s inými službami a činnosťami poskytovanými členmi multidisciplinárneho tímu. Výkon iných služieb a činností, ktoré nie sú zdravotnými výkonmi, poskytovaných v rámci integrácie prierezovej starostlivosti nie je hradený na základe verejného zdravotného poistenia.

#### **K bodu 4 (§5)**

Účelom navrhovaného ustanovenia je umožniť poistencovi, ktorý trpí ochorením, ktoré sa nezlučuje s povahou zubno-lekárskych výkonov, zubno-lekárske ošetrenie v celkovej anestézii plne alebo čiastočne uhrádzané z verejného zdravotného poistenia, a to aj v prípade, že v predchádzajúcom kalendárnom roku neabsolvoval preventívnu prehliadku u zubného lekára. Zubno-lekárske výkony sa vykonávajú na základe lekárskeho odporúčania na zubno-lekárske ošetrenie v celkovej anestézii, ktoré vydá lekár poskytujúci všeobecnú ambulatnú starostlivosť, pričom lekárske odporúčanie závisí od aktuálnej patopsychológie a klinického stavu pacienta. Ide najmä, nie však výlučne o pacientov, ktorí trpia duševnými poruchami, poruchami správania, chorobami nervovej sústavy, vrodenými chybami nervovej sústavy, rázštepmi pery a podnebia, pacienti s Downovým syndrómom, pacienti so subjektívnymi a objektívnymi príznakmi chorôb nervovej, svalovej a kostrovej sústavy, pacienti so subjektívnymi a objektívnymi príznakmi porúch poznávania, vnímania, emočného stavu a správania.

#### **K bodu 5 (§ 38 ods. 10)**

Legislatívno-technická zmena v súvislosti s § 16b zákona č. 576/2004 Z. z.

#### **K bodu 6 (§ 42 ods. 5)**

Uvedenou úpravou sa zabezpečí, aby nové zdravotné výkony boli odsúhlasované revíznym lekárom až po tom, aby sa uskutočnil odborné posúdenie Komisie pre zdravotné výkony. Uvedené už existuje dnes v zákone č. 577/2004 Z. z. a nie je v ňom uvedený žiaden postup: § 42 ods. 5 a 6: (5) Zdravotný výkon, ktorý nie je uvedený v Zozname zdravotných výkonov indikovaných pri jednotlivých chorobách, možno plne alebo čiastočne uhradiť poistencovi len s predchádzajúcim súhlasom revízneho lekára zdravotnej poisťovne.<sup>34)</sup> Poznámka pod čiarou 34 odkazuje na § 9 zákona č. 581/2004 Z. z., kde nebol uvedený žiaden postup revízneho lekára pri schvaľovaní takéhoto zdravotného výkonu. (6) Zdravotnú starostlivosť podľa odseku 5, na ktorú dal predchádzajúci súhlas revízny lekár zdravotnej poisťovne,<sup>34)</sup> uhrádza zdravotná poisťovňa. Vzhľadom na neexistenciu takejto úpravy, postup bol ustanovený v § 9b zákona č. 581/2004 Z. z.

Ak zdravotný výkon nie je vydaný v Zozname zdravotných výkonov indikovaných pri jednotlivých chorobách podľa osobitného zákona, možno ho plne alebo čiastočne uhradiť poistencovi až potom, čo bol odborne posúdený Komisiou pre zdravotné výkony<sup>33a)</sup> a zverejnený v číselníku zdravotných výkonov spôsobom podľa osobitného predpisu a po predchádzajúcom súhlase revízneho lekára zdravotnej poisťovne.

#### **K bodu 7 (Preventívna gynekologická prehliadka)**

Uvedená úprava je realizovaná v súlade s najnovšími odporúčaniami v oblasti gynekológie.

Jednoznačne odporúčaným vyšetrením v rámci skríningu žien v bežnom riziku rakoviny prsníka je mamografické vyšetrenie. Ultrazvukové vyšetrenie môže mať svoj význam v rámci doriešovania mamograficky hustej žľazy, alebo zistených mamografických abnormalít, alebo u žien s príznakmi ochorenia prsnej žľazy. Naopak v rámci skríningu bezpríznakových žien v bežnom riziku rakoviny prsníka je samotné ultrazvukové vyšetrenie spojené s vysokou falošnou pozitivitou a nie je ako skrínigové vyšetrenie odporúčané. Pre ženy s vyšším rizikom pre vývoj karcinómu prsníka a pre ženy s klinickým nálezom na prsníkoch sú vypracované samostatné štandardné vyšetrovacie postupy. Samostatne uskutočnené ultrazvukové vyšetrenie u bezpríznakových žien môže viesť k nadvyšetrovaniu a to opakovanými kontrolami onkologicky nepodozrivých zmien, napríklad cysty a nezhubné nehmatné zmeny, ktoré vedú k potenciálnemu poškodeniu a nadmernej úzkosti žien a súčasne znamená záťaž zdravotného systému. Európska rádiologická spoločnosť (ESR) a Európska spoločnosť pre zobrazovanie prsníkov (EUSOBI) vzhľadom na výsledky dlhodobej aplikačnej praxe vychádzajúcej z medicíny dôkazov jednoznačne neodporúča používať samotné USG vyšetrenie ako preventívnu metódu rakoviny prsníka. Vypracovaný návrh úpravy zákona je v súlade s medicínskymi odporúčaniami, ktorý okrem iného upravuje nesprávne uvedený medicínsky postup týkajúci sa ultrazvukových vyšetrení prsnej žľazy u žien v bežnom riziku pre vývoj rakoviny prsníka a upravuje tiež vekové rozpätie zo súčasných 50 - 69 rokov na 45 - 75 rokov, čím zabezpečí pokrytie širšej vekovej kategórie žien v rámci štátom garantovaného populačného skríningu. Navrhovaná novela má tak zabezpečiť väčší prístup k medicínsky správne indikovaným rádiologickým vyšetreniam. Výsledkom sonografickej prevencie je nárast počtu doplňujúcich vyšetrení, biopsií a skorších kontrol benigných lézií na potvrdenie ich benignity. To má negatívny dopad na psychiku žien i nákladovú efektivitu takéhoto preventívneho programu, nespĺňa požadované kritérium dostatočnej prevahy benefitov nad rizikami, pre jednotlivca i populáciu. Z uvedených dôvodov väčšina odborných spoločností a expertov neodporúča rutinný skrínig karcinómu prsníka u mladých asymptomatických žien priemerného rizika pod 40 rokov, pretože nie je efektívny, nevedie k želanému poklesu mortality a naopak vedie k neúmernej jatrogenizácii zdravých žien. Zdroj: 2020-10-01-preventivna-sonografia-prsnikov-u-mladych-zien.pdf (noisk.sk) .

Pôvodné znenie výkonu a indikačných obmedzení nie je na základe medicíny založenej na dôkazoch a nie je ani v súlade so žiadnymi medzinárodnými odporúčaniami. Navrhnutá zmena je v súlade s jedinými existujúcimi odporúčaniami tohto druhu spoločnosti ESMO (European Society for Medical Oncology, Európska spoločnosť pre lekársku onkológiu), ktoré pripúšťajú sledovanie žien s BRCA 1 a/alebo BRCA 2 pomocou vyšetrovania nádorového markeru CA 125 a vykonávania transvaginálneho ultrasonografického vyšetrenia malej panvy každých 6 mesiacov. Podľa ESMO hoci je prínos skrínigu vaječníkov pomocou transvaginálneho ultrazvuku každých 6 mesiacov a stanovenia CA 125 neistý, môže sa zväziť od veku, v ktorom sa ponúka profylaktický chirurgický výkon na zníženie rizika rakoviny vaječníkov a vajíčkovodov, ak sa žena rozhodne neabsolvovať tento chirurgický výkon. V prípade BRCA 1 je to vek 35 rokov, v prípade BRCA 2 je to vek 40 rokov. Neexistujú dôkazy na podporu vykonávania rutinného skrínigu po absolvovaní tohto chirurgického výkonu.

<https://www.esmo.org/guidelines/guidelines-by-topic/hereditary-syndromes/risk-reduction-screening-hereditary-breast-ovarian-cancer-syndromes>

<https://www.annalsofncology.org/action/showPdf?pii=S0923-7534%2822%2904193-X>.

## **K bodu 8**

Z hľadiska správnej organizácie a hodnotenia skrínigov je potrebné oddeliť skrínig rakoviny krčka maternice od skrínigu rakoviny prsníka a zrušiť rozdelenie na populačný a oportúnny. Tieto časti sa vypúšťajú, nakoľko súčasne sa do zákona č. 577/2004 Z. z. doplňa, že skrínig onkologických ochorení sa hradí z verejného zdravotného poistenia.



### **K bodu 9 (príloha č. 2)**

Legislatívno-technická úprava tabuľky “preventívna starostlivosť v materstve” v súvislosti s úpravou pojmu špecializovaná gynekologická ambulantná starostlivosť na primárnu špecializovanú gynekologickú ambulantnú starostlivosť podľa § 7 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z. z. a novým označením ambulancie (primárna gynekologicko-pôrodná ambulancia - § 7 ods. 3 písm. a) druhý bod zákona č. 578/2004 Z. z.) v rámci primárnej špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti.

### **K bodu 10**

Na poistencov s pozitívnou rodinnou anamnézou karcinómu hrubého čreva a konečníka sa z hľadiska veku nevzťahuje indikačné obmedzenie na výkon okultné krvácanie do stolice. Zabezpečí sa na určité obdobie exkludovanie pacientov s negatívnym výsledkom z kolonoskopie a pacientov, u ktorých bol kolonoskopickým vyšetrením zistený „nie negatívny“ nález s odporúčaním dispenzárneho intervalu, aby sa zabránilo zbytočnému vykonávaniu TOKS.

### **K bodu 11**

Príloha č. 6 sa aktualizuje v plnom rozsahu z dôvodu potreby zosúladenia profesijných titulov lekárov, ktorí vyhotovujú návrh pre kúpeľnú starostlivosť podľa nariadenia vlády Slovenskej republiky č. 513/2011 Z. z. o používaní profesijných titulov a ich skratiek viažucich sa na odbornú spôsobilosť na výkon zdravotníckeho povolania v znení neskorších predpisov.

Ďalej sa v prílohe č. 6 zákona č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (v znení zákona č. 720/2004 Z. z.) v znení neskorších predpisov v tabuľkovej časti indikačného zoznamu, v indikačnej skupine VI. Nervové choroby, v prvej vete vypúšťa text v zátvorke „VI/4, VI/7“ a nahrádza sa textom „VI/5, VI/8“. Dôvodom je, že novelou tabuľkovej časti indikačného zoznamu pre kúpeľnú starostlivosť zákona č. 577/2004 Z. z., ktorá nadobudla platnosť 1. 11. 2017 sa v indikačnej skupine č. VI. Nervové choroby pridala nová skupina č. V/3 – B91, G14 Následky poliomyelitídy, postpoliomyelitický syndróm. Následne indikačné skupiny časti číslo VI. Nervové choroby boli prečíslované nasledovne: Skupina č. VI/3 na VI/4 atď. až po skupinu č. VI/14. V dôsledku administratívnej chyby však prečíslovanie vo všeobecných podmienkach nebolo realizované a ustanovenie „Kontraindikácie pre celú skupinu VI: Vážne psychické poruchy, nemožnosť záťaž pacienta rehabilitačnou liečbou. V celej skupine (okrem VI/4, VI/7) je možný len jeden krát ročne pobyt buď v kúpeľnej liečebni alebo v Národnom rehabilitačnom centre Kováčová, alebo v odbornom liečebnom ústave.“ tak na prečíslovanie zo dňa 1. 11. 2017 nereflektuje.

Zároveň sa v tabuľkovej časti indikačného zoznamu pre kúpeľnú starostlivosť v indikačnej skupine V/2 v časti návrh vyhotovuje doplnia všeobecný lekár ako indikujúci lekár, ktorý vyhotovuje návrh pre kúpeľnú liečbu pre indikačnú skupinu V/2. Návrh vyplýva zo záverov pracovného stretnutia Ministerstva zdravotníctva SR so zástupcami zdravotných poisťovní na ktorom prišlo k prijatiu všeobecného konsenzu na potrebe doplnenia všeobecného lekára, ako lekára vyhotovujúceho návrh na kúpeľnú liečbu pri indikácii V/2. V danom prípade ide o nápravu administratívnej chyby.

Zároveň sa v indikačnom zozname upravili chybné definície, zastaralá terminológia. V rámci tabuľkovej časti sa upravili indikujúci lekári, najmä lekár fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie, ktorý je esenciálnou súčasťou liečebnej starostlivosti a má mať oprávnenie indikovať kúpeľnú starostlivosť. V rámci jednotlivých indikačných skupín boli z indikačného zoznamu vypustené stavy po prekonaní ochorenia COVID-19, indikácie, ktoré medicína založená na dôkazoch už rieši inou formou, ako kúpeľnou starostlivosťou.

## **Čl. IV (zákon č. 581/2004 Z. z)**

### **K bodu 1 (§ 6 ods. 1 písm. f))**

Spresňuje sa jedna z činností zdravotnej poisťovne týkajúca sa poradenstva pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia poskytovaného poisťencom a platiteľom poistného. Je potrebné spresnenie, že poradenstvo sa môže týkať aj poradenstva o zdraví, programoch zdravia a riadenia chorôb, životospráve a zdravom životnom štýle, ktoré súvisia s vykonávaním verejného zdravotného poistenia a ktoré už v súčasnosti zdravotné poisťovne vykonávajú, nakoľko si to ich klienti žiadajú. V súvislosti s tvorbou nových benefitov zdravotných poisťovní s možnosťou „aktívneho poradenstva“ zo strany poisťovní a na potrebu meniť správanie poisťencov pozitívnym smerom, a to nielen k vyššej starostlivosti o zdravie ale aj k absolvovaniu preventívnych prehliadok predovšetkým u všeobecných lekárov, navrhuje sa spresnenie v nadväznosti na aktivity zdravotných poisťovní súvisiacich s poradenstvom o zdravom životnom štýle (napr. preventívne pripomienky), že poradenstvo sa týka aj poradenstva o zdraví, životospráve, zdravom životnom štýle, preventívnych zdravotníckych programoch slúžiacich na odhaľovanie ochorení a podporu zdravého spôsobu života a zdravia poisťencov. Za týmto účelom by zdravotná poisťovňa aktívne komunikovala s poisťencami.

### **K bodom 2, 3 a 8 (§ 6 ods. 1 písm. ad) a § 6a ods. 8 písm. b))**

Zmenou populačného na organizovaný sa dosahuje technická úprava a konsolidácia odborných pojmov v súlade s odporúčaním Rady Nový prístup k skríningu.

Nový systém skríningu rakoviny má dva hlavné ciele. Po prvé zvýšiť mieru skríningu rakoviny prsníka, krčka maternice a hrubého čreva a konečníka v Únii, pričom sa bude vychádzať z najnovších dôkazov a metód a umožnia sa cielenejšie a menej invazívne skríniny v kombinácii s kvalitným a zaručeným následným sledovaním. Druhým cieľom systému je rozšíriť organizovaný skrínig na rakovinu prostaty, pľúc na základe posúdenia nových validovaných skrínigových testov a zohľadnenia viacerých všeobecnejších parametrov systému zdravotnej starostlivosti vrátane pomeru rizika a prínosu a nákladovej účinnosti.

### **K bodu 4 (§ 6 ods. 2 písm. a)**

V záujme zabezpečenia kontroly limitov verejných výdavkov sa ustanovuje povinnosť pre zdravotné poisťovne zverejňovať na svojom webovom sídle v podobe umožňujúcej ďalšie spracovanie zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti na základe verejného zdravotného poistenia, ktoré zdravotná poisťovňa uzatvorila s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti (§ 7), zariadeniami sociálnej pomoci (§ 7a), vrátane príloh a dodatkov k zmluvám v úplnom znení s vyznačením aktuálnych zmien do 30 dní odo dňa uzavretia takejto zmluvy alebo dodatkov k zmluvám. Vzhľadom na to, že nie sú k dispozícii konsolidované znenia týchto zmlúv, resp. v CRZ sú v pdf. Formáte, aj pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ale aj kohokoľvek iného (vrátane MZSR) je veľmi náročné sa zorientovať v týchto zmluvách. MZSR potrebuje mať informáciu o tom aké zmluvy ZP a PZS uzatvárajú a či sú v súlade so schváleným rozpočtom verejného zdravotného poistenia na daný rok aj pre účel kontroly limitu verejných výdavkov. Povinnosť zverejňovať zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a jednotlivé dodatky k týmto zmluvám, ale aj povinnosť po uzavretí každého dodatku k zmluve zverejniť aj konsolidované (úplné) znenie zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (t. j. znenie zmluvy v znení uzavretého dodatku/uzavretých dodatkov) zabezpečí, že tak pre odbornú, ako aj pre laickú verejnosť by boli zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktoré jednotlivé zdravotné poisťovne uzatvárajú s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a so zariadeniami sociálnej pomoci, prehľadné, čo by do značnej miery prispelo k vyššej transparentnosti a k zlepšeniu podmienok pre výkon verejnej kontroly nad zdrojmi, ktoré zdravotné poisťovne na

základe zmlúv uzatvorených s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a zariadeniami sociálnej pomoci z verejných prostriedkov vynakladajú. Uvedené by do značnej miery zjednodušilo aj prácu štátnych orgánov, Úradu pre dohľad sledujúcich vynakladanie verejných zdrojov z verejného zdravotného poistenia. Preto prechodné ustanovenie, ktoré ukladá povinnosť zdravotným poisťovňam zverejniť konsolidované znenia zmlúv nepovažujeme za retroaktívne.

#### **K bodu 5 (6 ods. 2 písm. c)**

Legislatívno-technická úprava v súvislosti s úpravou pojmu špecializovaná gynekologická ambulantná starostlivosť na primárnu špecializovanú gynekologickú ambulantnú starostlivosť podľa § 7 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z. z. a novým označením ambulancie (primárna gynekologicko-pôrodnicka ambulancia - § 7 ods. 3 písm. a) druhý bod zákona č. 578/2004 Z. z.) v rámci primárnej špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti.

#### **K bodu 6 (§ 6 ods. 6 písm. h)**

Navrhuje sa zavedenie možnosti pre zdravotnú poisťovňu organizovať pre svojich poistencov zdravotné programy a programy riadenia chorôb (disease management programs) a možnosť dohodnúť si ich poskytovanie s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, inými zdravotníckymi pracovníkmi alebo právnickými osobami so zodpovedajúcim predmetom činnosti. Programy riadenia chorôb, ciele zdravotné programy sú vo svete bežnými aktivitami, ktoré pomáhajú v zlepšovaní zdravia pacientov a účelnému vynakladaniu zdrojov z verejného zdravotného poistenia. Navrhovaná úprava okrem iného realizuje požiadavku vyjadrenú v § 6a ods. 8 písmeno c) v súvislosti s použitím prostriedkov fondu kvality zdravia zdravotnou poisťovňou na úhradu nákladov spojených s realizáciou činností pri preventívnych programoch alebo programoch zdravia.

#### **K bodu 7 (§ 6 ods. 12 až 14)**

Pre programy zdravia zamerané na zlepšenie zdravia poistencov je kľúčovým determinantom úspechu zvýšenie angažovanosti poistenca o svoje zdravie. Napríklad pri diagnóze diabetes mellitus II. typu sa odhaduje, že až 85% z úspechu liečby má v rukách práve samotný pacient. Zvýšenie tejto angažovanosti je možné hlavne na základe cielenej dlhodobej komunikácie zo strany lekára ako aj zdravotnej poisťovne (napr. pozvánka na potrebné vyšetrenie, pripomenka kontrolných vyšetrení a pod.), ktorá je základným nástrojom programov zdravia vo svete. V záujme využívania takejto komunikácie pri programoch zdravia preto považujeme za žiadúce precizovanie návrhu, ktoré umožní naplno využiť potenciál programov zdravia, beneficentom ktorých bude v prvom rade poistenec/pacient.

Pri vykonávaní poradenstva ako jednej z činností zdravotnej poisťovne môže dochádzať aj k spracúvaniu osobných údajov, vrátane osobitnej kategórie osobných údajov poistencov alebo platiteľov poistného, ktoré zdravotná poisťovňa môže spracúvať bez súhlasu dotknutej osoby podľa ustanovenia § 16 ods. 7 predmetného zákona, podľa ktorého: „Zdravotná poisťovňa pri svojej činnosti spracúva osobné údaje<sup>35ca</sup> dotknutých osôb v rozsahu svojej činnosti a iné údaje poistencov a ich zákonných zástupcov, tretích osôb, voči ktorým má zdravotná poisťovňa pohľadávku podľa osobitného predpisu,<sup>35cb</sup> platiteľov poistného a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na účely vykonávania verejného zdravotného poistenia určené v tomto zákone alebo v osobitných predpisoch.<sup>35cc</sup> Na spracovanie osobných údajov sa na tento účel nevyžaduje súhlas dotknutej osoby.<sup>35ca</sup>“.

#### **K bodom 9 a 10 (§ 7 ods. 1 a 2)**

Zosúladenie znenia so zavedeným novým pojmom „verejná optimálna sieť“ namiesto pojmu „verejná minimálna sieť“ a prepojenie na poskytovateľov primárnej špecializovanej

gynekologickej ambulantnej starostlivosti a poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti poskytovanej v špecializovaných ambulanciách.

Za účelom zabezpečenia vyššej dostupnosti špecializovanej ambulantnej starostlivosti poskytovanej v špecializovaných ambulanciách sa rozširuje povinnosť zdravotných poisťovní uzatvoriť zmluvu s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorý má záujem prevádzkovať špecializovanú ambulanciu v okrese, v ktorom už síce je naplnená verejná optimálna sieť, ale celkovo v príslušnom kraji nie je naplnená verejná optimálna sieť.

Cieľom je nastaviť mechanizmus, ktorý by podporoval motiváciu lekárov ostať v nimi vybranom regióne. Migrácia pacientov v rámci špecializovanej ambulantnej starostlivosti poskytovanej v špecializovaných ambulanciách v rámci kraja je vysoká. Je žiadúce podporovať rozhodnutie lekára ostať v kraji, bez ohľadu na to, že bude pôsobiť v naplnenom okrese.

### **K bodu 11 (§ 7 ods. 3)**

Na základe pripomienok z aplikačnej praxe sa navrhuje sa doplnenie ustanovenia § 7 ods. 3 v záujme zabezpečenia poskytovania zdravotnej starostlivosti osobám umiestneným vo výkone detencie analogicky k poskytovaniu zdravotnej starostlivosti poistencom vo väzbe alebo vo výkone trestu odňatia slobody.

### **K bodu 12 (§ 7 ods. 18)**

Uvedenou úpravou sa docieli, že indikátory kvality sa nebudú vzťahovať na dopravnú zdravotnú službu. Tým sa zabezpečí zosúladenie ustanovení zákona v oblasti dopravnej zdravotnej služby v súlade so správou Národného kontrolného úradu s prihliadnutím na existujúcu situáciu, ktorá sa v rezorte zdravotníctva v súvislosti s dopravnou zdravotnou službou priebežne rieši.

### **K bodu 13 (§ 7a)**

Vybrané druhy zariadení sociálnych služieb poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť v súlade s iným právnym predpisom. Aktuálne je možné zazmluvniť so zdravotnými poisťovňami maximálne 10 000 lôžok podľa vyhlášky č. 20/2018 Z. z., čo je nedostatočný počet, pričom na základe štatistických informácií Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky sa ošetrovateľská starostlivosť poskytuje u viac ako 23 000 prijímateľov sociálnych služieb. Úprava minimálnej siete poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb je v súlade s reformnými zámermi v oblasti dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti.

### **K bodu 14 (§ 8 ods. 16)**

Od roku 2019 sú podkladom na úhradu poskytnutej lekárenskej starostlivosti dispenzačné záznamy vytvorené poskytovateľom lekárenskej starostlivosti. Od januára 2024 je súčasťou lekárenskej starostlivosti aj očkovanie osôb proti chrípke. Toto očkovanie majú podľa súčasnej právnej úpravy poskytovateľa lekárenskej starostlivosti vykazovať samostatne zúčtovacou dávkou. Za účelom zjednodušenia procesu vykázania a úhrady výkonu očkovania sa navrhuje, aby podkladom úhrady bol dispenzačný záznam o výdaji očkovacej látky, ktorého súčasťou bude aj údaj o jej podaní.

V tejto súvislosti sa navrhuje aj zmena definície dispenzačného záznamu v zákone č. 362/2011 Z. z.

### **K bodu 15 (§ 9b)**

Vzhľadom na absenciu právnej úpravy postupu revízneho lekára pri súhlase úhrady zdravotného výkonu, ktorý nie je uvedený v Zozname zdravotných výkonov indikovaných pri jednotlivých chorobách, aby sa takýto zdravotný výkon plne alebo čiastočne uhradil

poistencovi, sa navrhuje doplniť postup, na základe ktorého môže revízny lekár odsúhlasiť vopred zdravotný výkon, ktorý nie je vydaný v Zozname zdravotných výkonov indikovaných pri jednotlivých chorobách. V návrhu sa ustanovuje, že žiadosť pacienta odsúhlasuje zdravotná poisťovňa prostredníctvom revízneho lekára tak, aby bolo zrozumiteľné, či „odsúhlasenie“ revíznym lekárom podľa odseku 1 a „súhlas“ zdravotnej poisťovne podľa odseku 3 sú tým istým úkonom, alebo či ide o dva rôzne úkony.

Konkretizovala sa žiadosť, ktorú poistenec podáva zdravotnej poisťovni pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti (o čo poistenec žiada).

Explicitne sa ustanovuje aj lehota na vydanie nesúhlasu zdravotnej poisťovne.

#### **K bodu 16 (§ 15 ods. 1)**

Legislatívno-technická úprava v súvislosti s úpravou pojmu špecializovaná gynekologická ambulantná starostlivosť na primárnu špecializovanú gynekologickú ambulantnú starostlivosť podľa § 7 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z. z. a novým označením ambulancie (primárna gynekologicko-pôrodnická ambulancia - § 7 ods. 3 písm. a) druhý bod zákona č. 578/2004 Z. z.) v rámci primárnej špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti.

#### **K bodu 17 (§ 16)**

Legislatívno-technická úprava v súvislosti s odstránením rozdelenia na populačný a oportúnný skrining.

#### **K bodu 18 (§ 16)**

Legislatívno-technická úprava v súvislosti s odstránením rozdelenia na populačný a oportúnný skrining.

#### **K bodom 19 a 20 (§ 16 ods. 6)**

Za účelom efektívnejšej výmeny údajov medzi zdravotnými poisťovňami a úradom pre dohľad, s cieľom eliminácie rizika výskytu chýb a s cieľom zrýchlenia komunikácie medzi zdravotnými poisťovňami a úradom pre dohľad, navrhujeme v ustanovení § 16 ods. 6 zákona č. 581/2004 Z. z. upraviť výmenu údajov medzi zdravotnými poisťovňami a úradom pre dohľad formou priamej integrácie, t. j. elektronicky. Úrad pre dohľad by tak mal na dennej báze aktuálne údaje evidované zdravotnými poisťovňami, čo by zlepšilo aj kvalitu údajov evidovaných úradom pre dohľad. Uvedené je akceptovateľné aj zo strany zdravotných poisťovní, s ktorými je úrad v tejto veci v komunikácii. Zároveň takéto nastavenie vzájomnej výmeny údajov medzi zdravotnými poisťovňami a úradom pre dohľad predpokladá aj projekt manažmentu údajov, ktorý by mal slúžiť na efektívne manažovanie dát, s ktorými úrad pre dohľad v rámci svojej činnosti pracuje.

#### **K bodu 21 (§ 33 ods. 4)**

Zákon č. 123/1996 Z. z. o doplnkovom dôchodkovom poistení zamestnancov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov bol zrušený zákonom č. 650/2004 Z. z. o doplnkovom dôchodkovom sporení a o zmene a doplnení niektorých zákonov a doplnkové dôchodkové poisťovne boli týmto zákonom transformované na doplnkové dôchodkové spoločnosti. Z uvedeného dôvodu je potrebné zaradiť medzi finančné inštitúcie doplnkové dôchodkové spoločnosti, ktoré patria k aktívnym subjektom v oblasti dôchodkového sporenia. Naopak doplnkové dôchodkové poisťovne navrhujeme neuvádzať, keďže v súčasnosti už nepôsobia.

#### **K bodu 22 (§ 67a ods. 1 písm. e))**

Dopĺňa sa kompetencia MZSR za účelom overenia správnosti zdravotného výkonu, ktorý odborne posúdila Komisia pre zdravotné výkony podľa osobitného zákona, pred zaradením do

zoznamu zdravotných výkonov a jeho vydaním podľa osobitného zákona, zverejňuje takýto zdravotný výkon v číselníku zdravotných výkonov národné centrum zdravotníckych informácií a ministerstvo zdravotníctva na svojich webových sídlach; číselník zdravotných výkonov môže byť zverejnený vcelku alebo čiastkovo po jednotlivých špecializáciách, Po odsúhlasení komisiou, ktorá ako poradný orgán ministerky zdravotníctva, zabezpečuje relevantný názor a podstatný hlas odbornej verejnosti na zaradenie výkonu do zoznamu zdravotných výkonov.

### **K bodu 23 (§ 86zp)**

Za účelom naplnenia povinnosti zverejňovať zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti na základe verejného zdravotného poistenia, ktoré zdravotná poisťovňa uzatvorila s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti (§ 7), zariadeniami sociálnej pomoci (§ 7a), vrátane príloh a dodatkov k zmluvám v úplnom znení s vyznačením aktuálnych zmien sa zdravotnej poisťovni priznáva dodatočná lehota na splnenie tejto povinnosti. Vzhľadom na to, že nie sú k dispozícii konsolidované znenia týchto zmlúv, resp. v CRZ sú v pdf. Formáte, aj pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ale aj kohokoľvek iného (vrátane MZSR) je veľmi náročné sa zorientovať v týchto zmluvách. MZSR potrebuje mať informáciu o tom aké zmluvy ZP a PZS uzatvárajú a či sú v súlade so schváleným rozpočtom verejného zdravotného poistenia na daný rok aj pre účel kontroly limitu verejných výdavkov. Povinnosť zverejňovať zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a jednotlivé dodatky k týmto zmluvám, ale aj povinnosť po uzavretí každého dodatku k zmluve zverejniť aj konsolidované (úplné) znenie zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (t. j. znenie zmluvy v znení uzavretého dodatku/uzavretých dodatkov) zabezpečí, že tak pre odbornú, ako aj pre laickú verejnosť by boli zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktoré jednotlivé zdravotné poisťovne uzatvárajú s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a so zariadeniami sociálnej pomoci, prehľadné, čo by do značnej miery prispelo k vyššej transparentnosti a k zlepšeniu podmienok pre výkon verejnej kontroly nad zdrojmi, ktoré zdravotné poisťovne na základe zmlúv uzatvorených s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a zariadeniami sociálnej pomoci z verejných prostriedkov vynakladajú. Uvedené by do značnej miery zjednodušilo aj prácu štátnych orgánov, Úradu pre dohľad sledujúcich vynakladanie verejných zdrojov z verejného zdravotného poistenia. Preto prechodné ustanovenie, ktoré ukladá povinnosť zdravotným poisťovniam zverejniť konsolidované znenia zmlúv nepovažujeme za retroaktívne.

## **Čl. V (zákon č. 362/2011 Z. z)**

### **K bodu 1 (§ 2)**

Úprava v nadväznosti na navrhovanú úpravu § 8 ods. 16 zákona č. 581/2004 Z. z.

### **K bodu 2 (§ 2 ods. 40)**

Navrhuje sa vypustiť definícia predpisujúceho lekára, pretože v praxi spôsobuje nejednoznačnosť výkladu a jej existencia nie je pre ďalší text zákona nevyhnutná. Slovo „predpisujúci“ je slovesný tvar vzťahujúci sa k činnosti- predpisovaniu liekov, čo je činnosť, na ktorú je podľa § 119 ods. 1 oprávnený presne definovaný okruh subjektov. Aj ďalej v texte zákona sa tento pojem využíva najmä v § 119 a v kontexte toho, ako je potrebné v procese predpisovania lieku – činnosti postupovať.

### **K bodom 3 až 5 (§ 13)**

Vzhľadom na chronický nedostatok lekárov so špecializáciou v odbore hematológia, v odbore laboratórne vyšetrovacie metódy v hematológii a v ostatných odboroch definovaných v Zákone

o lieku v §13 odsek (3) body 1.3 a 1.4. je ohrozené zabezpečenie odborných zástupcov na činnosť odborných centier, čo vážne ohrozuje zabezpečenie dostatku odberov krvi od dobrovoľných darcov krvi a tým i zabezpečenia zásobovania nemocníc SR krvou a jej prípravkami.

Požadovaná prax na pracovisku transfúziologického zariadenia s povolením na prípravu transfúzií v celom rozsahu nemusí poskytnúť dostatočnú prípravu lekára na prácu v odbornom centre, pretože transfúziologické zariadenia s povolením na prípravu transfúzií v celom rozsahu (HTO) často nevykonávajú takú paletu odberov celej krvi a odberov aferézou ako odborné centrá alebo nevykonávajú odbery od darcov vôbec (špecializujú sa len na spracovanie krvi).

#### **K bodu 6 (§ 15 ods. 7, v § 18 ods. 9 a v § 60 ods. 7)**

Upravuje sa povinnosť, respektíve zákaz pre subjekty v rámci distribučného reťazca vzhľadom na vypustenie definície „predpisujúceho lekára“ z § 20 ods. 4, aby sa zamedzilo nejednoznačnému výkladu. Na samotnom subjekte, voči ktorému sa zakazuje distribútorovi, veľkodistribútorovi a držiteľovi registrácie ovplyvňovanie sa touto úpravou nič nemení. Zákaz za vzťahuje a vždy vzťahoval na lekárov oprávnených v zmysle príslušných ustanovení predpisovať lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny. Táto skutočnosť bola podľa doterajšej právnej úpravy obsiahnutá v definícii, ktorá sa návrhom zákona vypúšťa.

#### **K bodu 7 (§ 20)**

Zaskratkovanie pojmu „očkovanie“ je navrhovanou úpravou presunutú do § 2 ods. 37, ktorý predchádza § 20.

#### **K bodu 8 (§ 119 ods. 3)**

Navrhovaná zmena je reakciou na potrebu zabezpečiť plynulejší prechod pacienta z prostredia poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti do domáceho. Predlžovanie hospitalizácie kvôli čakaniu na individuálne zhotovenú zdravotnícku pomôcku nie je len neefektívne, ale môže mať negatívny vplyv na psychiku pacienta. Umožnením predpisania pomôcky už počas hospitalizácie zabezpečíme, aby bol pacient dostatočne poučený a pripravený na jej používanie po prepustení."

#### **K bodu 9, 10 (§ 119 ods. 8, 10)**

Navrhuje sa úprava textu v nadväznosti na vypustenie definície predpisujúceho lekára z § 2 ods. 4 tak, aby bol zachovaný zmysel príslušného ustanovenia.

#### **K bodu 11 (§ 119 ods. 11)**

Pri prepustení osoby z ústavnej zdravotnej starostlivosti sa spresňuje, že lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore inom ako všeobecné lekárstvo (ďalej len „odborný lekár“), môže poveriť predpisom humánneho lieku, zdravotníckej pomôcky vrátane individuálne zhotovenej zdravotníckej pomôcky a dietetickej potraviny, ktoré boli pacientovi indikované a podávané počas ústavnej zdravotnej starostlivosti a sú uvedené v prepúšťacej správe pri prepustení osoby z ústavnej zdravotnej starostlivosti aj iného ako neatestovaného lekára t.j. aj lekára so špecializáciou. Uvedená požiadavka vyplýva z aplikačnej praxe.

#### **K bodu 12 (§ 119 ods. 13 písm. a))**

Nedostatočná saturácia odbornými lekármi v prostredí poskytovateľov ambulantnej zdravotnej starostlivosti predstavuje významnú výzvu pre súčasné zdravotníctvo. Predĺžením lehoty, počas ktorej môže odborný lekár odporúčať predpísanie humánneho lieku, zdravotníckej pomôcky

alebo dietetickej potraviny pacientovi, sa umožní väčšia variabilita v poskytovaní ambulantnej zdravotnej starostlivosti, a tým aj efektívnejšie a adekvátne zabezpečenie potrieb pacientov.

**K bodu 13 (§ 120 ods. 1 písm. k))**

Zavádzanou zmenou sa dopĺňajú sa povinné náležitosti lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu a preskripčného záznamu predpísaného na základe poverenia podľa § 119 ods. 11 zákona č. 362/2011 Z. z.

**K bodu 14 (§ 120 ods. 1 písm. w))**

Z praxe pri aplikácii ustanovení právnych predpisov týkajúcich sa úhrady za liek vyplynula požiadavka sledovať spôsob použitia lieku v príslušnej indikácii prostredníctvom jednoznačného identifikátora. Uvedené je účelné sledovať od okamihu vystavenia

**K bodu 15 (§ 120 ods. 21)**

Opätovným vytvorením preskripčného záznamu by mohlo dochádzať k opakovanému výberu predmetu preskripcie zo strany pacienta. V snahe predchádzať takémuto konaniu je potrebné, aby nedochádzalo k duplicitnej preskripcii a to ani v prípade, že sa jedná o papierový a elektronický recept.

**Čl. VII (zákon č. 363/2011 Z. z.)**

Z praxe pri aplikácii ustanovení právnych predpisov týkajúcich sa úhrady za liek vyplynula požiadavka sledovať spôsob použitia lieku v príslušnej indikácii prostredníctvom jednoznačného identifikátora.

**Čl. VIII (zákon č. 540/2021 Z. z.)**

**K bodu 1 (§ 2 ods. 8)**

Plánovanou zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „plánovaná starostlivosť“) sa na účely tohto zákona rozumie plánované poskytnutie medicínskej služby, ktorá bola ustanovená kategorizáciou ústavnej zdravotnej starostlivosti. Touto zmenou získame informácie o čakaní na celú plánovanú starostlivosť a nie iba na vybrané medicínske služby, čo môže viesť ku zlepšeniu, spresneniu a zefektívneniu stanovovania maximálnej lehoty časovej dostupnosti. Doteraz sa tvorili návrhy na plánovanú zdravotnú starostlivosť iba na tie medicínske služby, ktoré mali zadefinovanú maximálnu lehotu časovej dostupnosti, po novom to bude na všetky medicínske služby, ktoré sú ustanovené kategorizáciou ústavnej zdravotnej starostlivosti.

**K bodu 2 (§ 2 ods. 10)**

Reflektovanie požiadavky zainteresovaných subjektov - upresniť postavenie nemocníc I. úrovne, ktorým nie je vydávané rozhodnutie, keďže sú mimo siete, avšak je potrebné, aby sa riadili programovým profilom, t.j. poskytovali iba medicínske programy, ktoré sú im dostupné.

**K bodu 3 (§ 3 ods. 1 písm. c) bod 10)**

Reflektovanie požiadavky členov rady pre tvorbu siete o zverejňovanie ich odlišných stanovísk.

**K bodu 4 (§ 3 ods. 1 písm. c) bod 11,12,13)**



Z praxe vyplynula výrazná fluktuácia členov najmä kategorizačnej komisie, keďže je v nej vyše 200 striedajúcich sa medicínskych odborníkov, zverejňovanie podrobných informácií procesu ich výmeny v uvedenom rozsahu počas procesu je v aplikačnej praxi veľmi náročné, navrhujeme zachovať zverejňovanie aktuálnych členov komisií. V prípade potreby doplňujúcich informácií o konkrétnej výmene je možné požiadať ministerstvo o doplňujúce informácie.

**K bodu 5 (§ 3 ods. 2 písm. b))**

Uvedené predstavuje funkčnú duplicitu s odsekom 7 – odborné pracovné skupiny, ako preukázala aplikačná prax si zriaďujú iba komisie.

**K bodu 6 (§ 4 ods. 7)**

Reflektovanie požiadavky z aplikačnej praxe – spresnenie všeobecne označenej lehoty na báze konkrétneho počtu dní.

**K bodu 7 (§ 14 ods. 5 a 6)**

Reflektovanie požiadavky z aplikačnej praxe, potreba zvýšenia časovej dostupnosti pre partnerskú nemocnicu do minút bez obmedzenia 1 mesta.

**K bodu 8 (§ 25 ods. 3)**

Technické precizovanie procesu podávania žiadostí nemocníc.

**K bodu 9 (§ 26 ods. 3)**

Reflektovanie požiadavky z aplikačnej praxe – spresnenie označenej lehoty na báze počtu pracovných dní.

**K bodu 10 (§ 29 ods. 1)**

Možnosť ministerstva odmietnuť žiadosť pre nesplnenie lehoty.

**K bodu 11 (§ 33 ods. 3)**

Reflektovanie požiadavky z aplikačnej praxe – spresnenie všeobecne označenej lehoty na báze konkrétneho počtu dní.

**K bodu 12 (§ 33 ods. 9)**

Spresnenie pojmu doplnené konanie.

**K bodu 13 (§ 36 ods. 3)**

Možnosť zrušiť rozhodnutie v prípade pomínutia mimoriadnych dôvodov, pre ktoré bolo vydané.

**K bodu 14 (§ 39 ods. 1 písm. d) body 20 a 21)**

Oprava zjavnej chyby pri písaní a legislatívno-technická úprava súvisiaca s bodom 30.

**K bodu 15 (§ 39 ods. 1 písm. d) body 24 a 25)**

Spresnenie definície o neuplatnení postupu na dodržanie lehoty časovej dostupnosti podľa § 40 ods. 12 a ods. 13.

**K bodu 16 (§ 39 ods. 1 písm. f))**

Potreba rozšíreného zberu údajov, ktorými disponujú zdravotné poisťovne.

**K bodu 17 (§ 40 ods. 1)**

Potreba precizovať, že na plánovanú zdravotnú starostlivosť, ktorú je PZS schopný zrealizovať do 3 dní, nie je potrebné vytvárať návrhy.

**K bodu 18 (§ 40 ods. 2 písm. b)**

Z príslušného paragrafu vypúšťame minimálny počet medicínskych služieb, pretože to nie je predmetom plánovanej zdravotnej starostlivosti.

**K bodu 19 (§ 40 ods. 3 prvej vete)**

Navrhuje sa znížiť počet dní, ktoré mala zdravotná poisťovňa na posúdenie správnosti a úplnosti údajov v návrhu na plánovanú zdravotnú starostlivosť. Táto úprava sa navrhuje pre zrýchlenie procesu schvaľovania návrhov na plánovanú zdravotnú starostlivosť.

**K bodu 20 (§ 40 ods. 4)**

Táto úprava je potrebná z dôvodu iného zámeru vyradovania návrhov na plánovanú zdravotnú starostlivosť v prípade, že bol návrh viackrát vytvorený tým istým poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo poskytovateľom jednodňovej zdravotnej starostlivosti na tú istú plánovanú zdravotnú starostlivosť. V prípade, že boli návrhy vytvorené inými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, proces sa oproti pôvodnému nemení.

**K bodu 21 (§ 40 ods. 6 písm. c))**

Precizovanie procesnej lehoty v § 40 ods. 6 písm. c), ktorá je v aplikovanej praxi nejasná a nepresná.

**K bodu 22 (§ 40 ods. 7)**

Považujeme za dôležité notifikovanie pacienta čo najskôr pri zaradení jeho návrhu na plánovanú zdravotnú starostlivosť. Zároveň spresňujeme definíciu, čo znamenajú podstatné skutočnosti týkajúce sa návrhov na plánovanú starostlivosť.

**K bodu 23 (§ 40 ods. 8 písm. a))**

Zdravotná poisťovňa je povinná viesť informáciu o potvrdených, odmietnutých a vyradených návrhoch na plánovanú starostlivosť podľa jednotlivých nemocníc a poskytovateľov jednodňovej zdravotnej starostlivosti a podľa medicínskych služieb na celú plánovanú zdravotnú starostlivosť, nie iba na tie medicínske služby, pre ktoré bola kategorizáciou ústavnej starostlivosti ustanovená časová dostupnosť ústavnej starostlivosti. Touto zmenou sa získajú informácie o čakaní na celú plánovanú starostlivosť a nie iba na vybraté medicínske služby, čo

môže viesť ku zlepšeniu, spresneniu a zefektívneniu stanovovania maximálnej lehoty časovej dostupnosti.

**K bodu 24 (§ 40 ods. 8 písm. b))**

Doplňa sa informovanie poistencov o odmietnutých návrhoch podľa odseku 6 písm. b), c).

**K bodu 25 (§ 40 ods. 9 písm. b))**

Zosúladíme s § 40 ods. 10 písm. f).

**K bodu 26 (§ 40 ods. 9 písm. c))**

Toto písmeno sa vypúšťa, pretože pri odmietnutí poskytnutia plánovanej zdravotnej starostlivosti u alternatívneho poskytovateľa v záujme dodržania lehoty časovej dostupnosti zostáva pôvodný návrh v platnosti a nemá dôjsť k prerušeniu lehoty časovej dostupnosti.

**K bodu 27 (§ 40 ods. 10 písm. f))**

V prípade, že príde k prerušeniu lehoty časovej dostupnosti zo strany pacienta alebo dôjde k presunu predpokladaného termínu poskytnutia plánovanej starostlivosti v súčte o viac ako 365 dní zdravotná poisťovňa vyradí pacienta zo zoznamu čakajúcich poistencov. V prípade potreby vytvorí poskytovateľ nový návrh na plánovanú zdravotnú starostlivosť.

**K bodu 28 (§ 40 ods. 10 písm. i))**

Ide o nápravu logickej procesnej chyby.

**K bodu 29 (§ 40 ods. 12 až 17)**

V záujme dodržiavania maximálnych lehôt časovej dostupnosti sa upravuje povinnosť zdravotných poisťovní navrhnuť a uhradiť poistencovi poskytnutie plánovanej starostlivosti s ustanovenou lehotou časovej dostupnosti v prípade, že ide o prvotný návrh. Pre lepšie pochopenie uvádzame príklad. Tento krok sa navrhuje preto, aby sme sa vyhli situáciám, že pacient čaká na plánovanú starostlivosť, ktorej maximálna lehota časovej dostupnosti je stanovená na max. 300 dní a pri vytváraní prvotného návrhu neprekračovala lehotu časovej dostupnosti, a po 250 dňoch na „čakačke“ by sa termín aktualizoval a aktualizovaný termín by presahoval maximálnu lehotu časovej dostupnosti, zdravotná poisťovňa by nemala dostatočný čas nájsť pre pacienta alternatívneho poskytovateľa, ktorý by splňal maximálnu lehotu časovej dostupnosti, keďže veľká časť lehoty časovej dostupnosti sa už použila na čakanie na prvého poskytovateľa.

Precizujú sa pojmy, aby bolo v aplikačnej praxi zrejmé, čo sa pod pojmom zabezpečiť myslí.

Precizuje sa pojem preplatenie nákladov poistencovi na uhradenie poskytnutej zdravotnej starostlivosti nezmluvnému poskytovateľovi.

Ostatné znenie sa zosúladuje podľa § 2 ods. 8.

**K bodu 30 (§ 40 ods. 20)**

Precizujeme dátum, kedy zdravotná poisťovňa poskytuje údaje z účtu poistenca novej zdravotnej poisťovni a rozsah vymieňaných údajov.

**K bodu 31 (§ 40 ods. 22)**

§ 40 navrhujeme doplniť odsekom (22), pretože môžu nastať zmeny v podmienkach kategorizácie ústavnej starostlivosti a precizujeme proces pri takýchto zmenách.

**K bodu 32 (§ 42 ods. 1)**

Precizujeme definíciu povinností prevádzkovateľov nemocníc a poskytovateľov jednotňovej zdravotnej starostlivosti.

**K bodu 33 (§ 42 ods.2)**

Precizujeme možnosti zberu súhlasu poistenca s navrhovaným termínom plánovanej starostlivosti.

**K bodu 34 (§ 42 ods.3)**

Precizujeme obsah návrhov na plánovanú starostlivosť najmä bod h) aby bolo zrejmé, ktoré návrhy majú obsahovať lehotu časovej dostupnosti a doplníme bod l), ktorým spresňujeme povinnosť udelenia súhlasu.

**K bodu 35 (§ 42 ods.4 písm.c))**

Precizujeme informovanie o ukončení hospitalizácie.

**K bodu 36 (§42 ods.5)**

Navrhujeme vypustenie poslednej vety pretože pri aktualizácii termínu, zdravotné poisťovne nebudú sledovať lehotu časovej dostupnosti.

**K bodu 37 (§ 42 ods. 7)**

Daný bod, sme zosúladiťujeme s praxou.

**K bodu 38 (§ 42 ods.10 písm. b))**

Precizujeme proces poskytnutia nového termínu poistencovi alebo nastavenia prerušenia lehoty časovej dostupnosti, v prípade ak vznikli prípady hodné osobitného zreteľa na strane prevádzkovateľa nemocnice alebo poskytovateľa jednotňovej zdravotnej starostlivosti.

**K bodu 39 (§ 43 ods. 2 písm. a) až i)**

V bodoch a) až i) upravujeme, že poskytovateľ jednotňovej zdravotnej starostlivosti sa dopustí správneho deliktu, v prípade, že nespĺní dané ustanovenia týkajúce sa plánovanej zdravotnej starostlivosti iba s ustanovenou lehotou časovej dostupnosti. Touto zmenou získame informácie o čakaní na plánovanú starostlivosť s ustanovenou lehotou časovej dostupnosti poskytovanou poskytovateľom jednotňovej zdravotnej starostlivosti, čo môže viesť ku zlepšeniu, spresneniu a zefektívneniu stanovovania maximálnej lehoty časovej dostupnosti.

**K bodu 40 (§ 45c))**

Precizujeme začiatok platnosti procesu hľadania alternatívneho poskytovateľa.

**Čl. IX (Účinnosť)**

Navrhuje sa účinnosť k 1. januára 2025.