**Dôvodová správa**

Všeobecná časť

Predkladanými novelami sa zavádza pre zdravotné poisťovne ďalšia povinnosť a to predkladať do vlády na schválenie rozpočet. V zmysle uznesenia vlády č. 571/2008 zo dňa 27.8.2008 prijatom na 107. schôdzi vlády sa novelou upravujú kompetencie ÚDZS v rozhodovacej oblasti. Najzávažnejšie problémy v aplikačnej praxi, ktoré úradu spôsobuje striktné vedenie konania podľa správneho poriadku, sa navrhuje riešiť osobitnou úpravou správneho konania pre oblasť vydávania platobných výmerov. Osobitnú úpravu konania má v zákone napríklad Daňové riaditeľstvo alebo Sociálna poisťovňa. Touto osobitnou úpravou správneho konania sa v zákone vylúči uplatnenie niektorých inštitútov alebo úkonov, ktoré v súčasnosti spomaľujú a sťažujú priebeh správneho konania vedeného úradom. Ďalej sa upravuje prerozdeľovací mechanizmus, preukazovanie platobnej schopnosti zdravotných poisťovní a zavádzajú sa ďalšie úpravy, ktorými sa nemení systém verejného zdravotného poistenia, ale sa zosúlaďujú zákony upravujúce verejné zdravotné poistenie s existujúcou platnou legislatívou.

**Povinnosť zdravotných poisťovní predkladať rozpočty na schválenie do vlády:**

Zdravotná poisťovňa je pri vykonávaní povinného verejného zdravotného poistenia špecializovanou finančnou inštitúciou - subjekt verejnej správy podľa zákona č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách (ďalej len „zákon o rozpočtových pravidlách“) narábajúcou s verejnými zdrojmi. Predmetom úpravy tohto zákona je i rozpočtový proces, ktorý zahŕňa tvorbu rozpočtu verejnej správy ako hlavného nástroja medzinárodného porovnávania ekonomickej úrovne jednotlivých členských krajín Európskej únie, vrátane tvorby štátneho rozpočtu ako základnej zložky verejného rozpočtu.

Vláda je povinná sledovať verejný záujem stanovený zákonom ako je dostupnosť, kvalitná zdravotná starostlivosť a finančná rovnováha verejného zdravotného poistenia. Odpoveď na otázku, prečo má vláda vstupovať do systému verejného zdravotného poistenia, dáva aj správa „Financovanie zdravotníctva v kontexte sociálneho zabezpečenia“ vyžiadaná Európskym parlamentom. Správa označuje výzvu, ktorej čelia členské štáty, ako potrebu zabezpečiť finančnú udržateľnosť svojich systémov zdravotníctva bez toho, aby sa zanedbávali hodnoty im vlastné: univerzálne krytie, solidarita vo financovaní, rovnosť v prístupe a poskytovanie vysoko kvalitnej zdravotnej starostlivosti (Rada EU 2006).

Zodpovednosť za zdravotnú politiku štátu, strategickú alokáciu zdrojov a finančnú udržateľnosť celého systému zdravotníctva je ten kľúčový moment, ktorý je dôvodom predloženého návrhu. Vláda predkladá do NR SR štátny rozpočet a zodpovedá za celý rozpočet systému verejného zdravotného poistenia. Ten je zložený z dielčích rozpočtov jednotlivých zdravotných poisťovní – subjektov verejnej správy, ku ktorým logicky musí mať vláda možnosť zaujať rozhodujúce stanovisko. Inak ťažko môže niesť zodpovednosť za zdravotnú politiku štátu.

V zákone o zdravotných poisťovniach v ustanovení § 2 sa uvádza, že zdravotná poisťovňa je akciová spoločnosť založená na účely vykonávania verejného zdravotného poistenia. V ustanovení § 2 ods.2 zákona o zdravotnom poistení sa uvádza, že vykonávanie verejného zdravotného poistenia je činnosť vo verejnom záujme, pri ktorej sa hospodári s verejnými prostriedkami – odkaz na zákon o rozpočtových pravidlách.

V súlade s ustanovením § 2 písm. a) zákona o rozpočtových pravidlách sa za verejné prostriedky považujú všetky finančné prostriedky, s ktorými hospodária všetky subjekty verejnej správy.

Subjekty verejnej správy podľa metodiky systému národných účtov ESA-95 hospodária na neziskovom princípe – sú to netrhové subjekty. Sektor verejnej správy sa riadi metodikou systému národných účtov ESA-95, podľa ktorej sa aj vyčísluje rozpočtové hospodárenie a uplatňuje sa v rámci všetkých krajín EU a v rámci MMF. Sektor verejnej správy zahrňuje iba také inštitucionálne jednotky, ktoré hospodária na neziskovom princípe – netrhové subjekty. ESA-95 definuje neziskovosť tak, že organizácie nemôžu použiť aj prípadný prebytok, ktoré dosiahnu vo svojom hospodárení, na iný účel ako na skvalitnenie poskytovania statkov a služieb vo svojej hlavnej činnosti. A hlavnou činnosťou zdravotných poisťovní je vykonávanie verejného zdravotného poistenia.

Všetky zdravotné poisťovne sú podľa § 2a ods. 1 písm. e) zákona č. 291/2002 Z. z. o Štátnej pokladnici v znení neskorších predpisov jej klientmi a to nie na základe písomnej dobrovoľnej dohody, ale povinne. Úlohou štátnej pokladnice je efektívne riadenie verejných financií a nie súkromných. Povinné odvody na verejné zdravotné poistenie sú teda aj v zmysle tohto zákona (teda nielen podľa zákona o rozpočtových pravidlách) považované za verejné financie a nie za súkromný majetok zdravotných poisťovní. Tieto verejné financie sú chránené podľa § 12 ods. 7 zákona o štátnej pokladnici pred exekúciou odpísaním z účtu.

Rozhodnutia Európskeho súdneho dvora jednoznačne potvrdzujú, že „zdravotné poisťovne pôsobiace vo verejnom zdravotnom poistení nevykonávajú hospodársku činnosť, preto nie sú podnikateľmi“. Činnosť zdravotných poisťovní na Slovensku zodpovedá všetkým charakteristikám sociálneho zdravotného poistenia, ktorými Európsky súdny dvor odôvodňuje svoje rozhodnutia, že táto činnosť nie je hospodárskou činnosťou a organizácie, ktoré ju vykonávajú, nie sú podnikmi v zmysle čl. 85 a 86 Zmluvy o založení Európskeho spoločenstva.

Navrhovaná novela upravujúca schvaľovanie rozpočtov vo vláde nie je v rozpore so žiadnym zákonom, je bežným nástrojom vlády, ktorej ambíciou je mať dosah na tento proces najmä z dôvodu jej zodpovednosti za alokáciu verejných financií. Výkon verejného zdravotného poistenia nie je súkromným podnikaním. A aj v tých krajinách EÚ, kde dochádza k zavádzaniu trhu do sociálnej sféry, vláda zvyšuje využívanie technológií centrálnej kontroly, zodpovednosti a skladania účtov, ako je napr. aj centrálne stanovovanie, ale následne individuálne spravovanie rozpočtov.

Z uvedených dôvodov sa preto zakotvuje do zákona o zdravotných poisťovniach ďalšia povinnosť, čo je v plnej kompetencii štátu. Zakotvením tejto povinnosti nie je ohrozené vlastnícke právo a ani právo na podnikanie, pretože výkon verejného zdravotného poistenia týmto pojmom ani nemožno označovať. Zdravotné poisťovne môžu vykonávať individuálne zdravotné poistenie v súlade so zákonnými podmienkami, kde dosiahnutý zisk nie sú povinné reinvestovať do úhrad za zdravotnú starostlivosť a rozpočty pre túto oblasť nikdy nebudú podliehať schvaľovaniu vládou.

Argumentovanie o hrozbách investičných sporov neobstojí, pretože jednou z podmienok, ktoré musí zahraničný investor splniť, ak chce byť v investičnom spore úspešný, je preukázanie, že došlo k porušeniu medzinárodného záväzku žalovaného štátu a že teda vo vzťahu k investorovi štát porušil medzinárodnú zmluvu o vzájomnej podpore a ochrane investícií. Vo všeobecnej rovine vždy záleží na obsahu konkrétnej medzinárodnej zmluvy a zahraničný investor musí preukázať porušenie niektorého zo štandardov ako je nestranné a spravodlivé zaobchádzanie, legitímne očakávanie, nezasahovanie do investícií a plná bezpečnosť a ochrana.

**Navrhovanou novelou nedochádza k porušeniu ani jedného z uvedených štandardov.** Pojem „nestranného a spravodlivého zaobchádzania“ v nadväznosti na medzinárodné rozhodnutia možno chápať veľmi rôzne, avšak primárnou je vždy otázka, či zmena právnych predpisov v štáte, prinášajúca isté povinnosti, resp. aj obmedzenia, môže pre zahraničnú investíciu zakladať porušenie povinnosti štátu zabezpečiť minimálny štandard zaobchádzania, zaručený medzinárodnou Dohodou. Ako všeobecné pravidlo medzinárodné právo uznáva právo štátnych orgánov v rámci štátneho územia regulovať záležitosti, a to i v prípade, že tieto regulačné opatrenia môžu poškodiť určitú skupinu ekonomických subjektov, ktorí sú zahraničnými investormi. Porušenie štandardu nestranného a spravodlivého zaobchádzania prichádza do úvahy iba v prípadoch, kedy sa preukáže, že s investorom bolo zaobchádzané takým nespravodlivým, zvláštnym, svojvoľným spôsobom, že z medzinárodného právneho hľadiska je takéto zaobchádzanie neprijateľné.

Túto otázku je možné uzatvoriť tak, že obyčajná skutočnosť, že spoločnosť zahraničného investora nenaplnila svoje očakávania a tým podľa jej názoru utrpela stratu v dôsledku legislatívnych zmien slovenských právnych predpisov v určitej oblasti, nie je zásahom do vlastníckych práv a nezakladá *ipso iure* nárok na kompenzáciu, ak nebude zároveň preukázané, že toto regulačné opatrenie je porušením minimálneho štandardu zaobchádzania vyplývajúceho z Dohody. Prijatou novelou zákona o zdravotných poisťovniach, v ktorej sa stanovuje podmienka, ako majú zdravotné poisťovne v systéme verejného povinného zdravotného poistenia nakladať s kladným hospodárskym výsledkom nedošlo k porušeniu štandardu zaobchádzania s investorom v zmysle medzinárodnej Dohody a rovnako k porušeniu nepríde, ak sa budú rozpočty zdravotných poisťovní hospodáriacich s verejnými financiami predkladať do vlády na schválenie. Legitímne očakávanie nie je možné posudzovať na základe subjektívneho vnímania investora. Vychádza sa naopak z racionálneho posúdenia všetkých okolností prípadu. Za porušenie princípu legitímneho očakávania sa nepovažuje zmena podmienok, z ktorých investor pri vykonávaní investície vychádzal, pokiaľ je táto zmena odôvodnená verejným záujmom príslušného štátu. Od štátu nie je možné požadovať, aby okolnosti trvajúce v dobe vykonávania investície zostali navždy nezmenené a najmä, aby štát nemohol vykonať také legislatívne zmeny, ktorými by odstránil protiprávny stav.

Je potrebné zdôrazniť, že právo obsiahnuté v precedensoch má ambíciu chrániť legitímne a základné (alebo spravodlivé) očakávanie investora, nie však najlepšie očakávanie. Medzi základné očakávania investorov napríklad patrí to, že po splnení zákonných podmienok získajú licenciu k vykonávaniu činnosti od príslušnej kompetentnej inštitúcie hostiteľského štátu, že licencia im nebude bez dôvodov odňatá, teda investori spoliehajú na spravodlivé, transparentné, nestranné a zákonné rozhodnutie príslušných orgánov štátu.

Z hľadiska transparentnosti je nutné, aby mali investori k dispozícii všetky relevantné právne požiadavky pre prípad investovania: zákony publikované v Zbierke zákonov a dostupné iné všeobecne záväzné právne predpisy, ktoré sa vzťahujú na činnosť, na ktorú získali licenciu. Pojem predvídateľnosti v žiadnom prípade nemôže byť rozšírený tak, aby zahrňoval v sebe povinnosť štátu zmraziť svoj vnútroštátny právny poriadok. Požiadavky na predvídateľnosť/transparentnosť v súvislosti s nestranným a spravodlivým zaobchádzaním by nemali viesť k takému výkladu, podľa ktorého by štát nebol schopný pružne reagovať na meniacu sa hospodársku a politickú situáciu legislatívnymi zmenami len preto, aby neohrozili svoju pozíciu voči hrozbe prípadných investičných sporov pre porušenie medzinárodných Dohôd.

Predloženým návrhom nedochádza k zásahu do vlastníctva. Prijatie širokej interpretácie odporcov novely by mohlo znamenať zúženie priestoru pre štátnu politiku na obmedzenie regulačnej právomoci štátu s následným stavom „regulačného vzduchoprázdna“, keď sa kvôli obavám vlády z možných žalôb investorov prestanú uplatňovať aj inak oprávnené regulačné opatrenia alebo podmienky pre zabezpečenie kontroly a alokácie verejných financií. Novelou navrhovaná povinnosť zdravotných poisťovní predkladať na schválenie rozpočty do vlády nekoliduje s výkonom vlastníckych práv nad majetkom zahraničného vlastníka, nakoľko nedochádza k odňatiu majetku a teda ani nevzniká nárok na odškodnenie. Navrhovanou novelou dochádza len k stanoveniu ďalšej zákonnej povinnosti, čo je v plnej kompetencii štátu.

**Úprava prerozdeľovacieho mechanizmu:**

V posledných rokoch sa menia priority v zdravotnej starostlivosti – rastúci dopyt po určitých typoch zdravotnej starostlivosti najmä psychiatrickej starostlivosti, dlhodobej starostlivosti, starostlivosti o chronické ochorenia a dopyt po integrovaných formách zdravotnej starostlivosti bude zaiste rásť s rastom veku populácie. V správe „Financovanie zdravotníctva v kontexte sociálneho zabezpečenia“ vyžiadanej Európskym parlamentom sa hovorí, že typ systému financovania, ktorý je najlepšie schopný zodpovedať meniacim sa prioritám je taký, ktorý má schopnosť zvýšiť prerozdeľovanie, koordinovať a priamo rozmiestňovať strategické zdroje, spájať zdroje s potrebami, formovať ponuku a vytvárať motivácie na zvyšovanie zodpovednosti poskytovateľov.Predkladatelia správy sú presvedčení**,**  že systémy založené na verejnom financovaní majú omnoho väčšiu šancu zvyšovať tieto výzvy ako také alternatívy ako je súkromné zdravotné poistenie.

Systém prerozdelenia sa mení preto, lebo od schválenia prerozdelenia 85:15 prišlo k mnohým výrazným zmenám, zmenili sa aj  výšky úhrad všetkých platiteľov do verejného zdravotného poistenia. Cieľom zmeny pomeru prerozdelenia je zobjektívniť systém prerozdeľovacieho mechanizmu a tým aj upraviť solidaritu v rámci zdravotného poistenia na reálnu mieru a potrebu. Správne nastavenie a fungovanie prerozdeľovacieho mechanizmu ovplyvňuje schopnosť zdravotných poisťovní platiť za zdravotnú starostlivosť svojich poistencov. Prerozdeľovanie by nemalo nikdy viesť k vyjednávaniu o výške percenta poistného, ktoré bude podliehať prerozdeľovaniu, ale podobne ako je to v iných krajinách, v záujme zvyšovania spravodlivosti a transparentnosti, k zapájaniu ďalších rizikových faktorov do výpočtu indexu rizík. Aj na túto otázku dáva veľmi jasnú odpoveď správa „Financovanie zdravotníctva v kontexte sociálneho zabezpečenia“ vyžiadaná Európskym parlamentom. Prerozdeľovanie poistného je reakciou na odporúčanie Rady Európy zvýšiť prerozdeľovanie a dané odporúčanie je pre všetky krajiny EÚ ako podstatný nástroj na zabezpečenie rovnosti prístupu k zdravotnej starostlivosti. Konkurenčné pluralitné zdravotné poistenie je nielen zložité, drahé, náročné na administratívu, informácie a vysoké transakčné náklady, ale musia ho sprevádzať aj silné regulačné opatrenia. Takéto opatrenia sú zamerané najmä na zabezpečenie solidarity cez vyrovnávanie a kompenzáciu rizikových štruktúr medzi poisťovňami. V prípade, že toto prerozdeľovanie je nedokonalé – a u nás jednoznačne stále je – zdravotné poisťovne majú tendencie selektovať poistencov (čo znamená, že rôznymi viac-menej skrytými formami sa usilujú získavať nízko rizikových poistencov a neprijímať vysoko rizikových poistencov). Bez zásadného zdokonalenia súčasného prerozdeľovania poistného sa takéto tendencie budú prehlbovať a ohrozovať rovnováhu systému verejného zdravotného poistenia. V Európe zo 4 štátov s pluralitným povinným zdravotným poistením a s prerozdeľovaním poistného – Belgicko, Holandsko, Nemecko, Švajčiarsko – všetky hľadajú spôsob ako vylepšiť mechanizmus prerozdeľovania, najmä pomocou indikátorov zdravotného stavu (chronické ochorenia, náročné diagnózy, preskripcia). Najviac v tomto úsilí pokročilo asi Holandsko. Nemecko má však tiež zapojené, okrem indikátorov veku a pohlavia, ďalšie rizikové faktory využívajúc dostupné dáta o morbidite a klinickej histórii poistencov.

Navrhovanou novelou sa nezastavujú práce na sofistikovanejšom spracovaní prerozdeľovacieho mechanizmu so zohľadnením indikátorov zdravotného stavu – to si však vyžaduje dlhší časový horizont. Preto sa zatiaľ navrhuje spravodlivejšie upraviť výšku prerozdeľovania a doplniť štatistické prerozdeľovanie podľa veku a pohlavia o novú kategóriu prerozdeľovania – poistencov, za ktorých platí poistné štát.

**Úprava preukazovania platobnej schopnosti**

Cieľom predloženej novely v tejto oblasti nie je pomôcť ani poškodiť niektorú zo zdravotných poisťovní, ale doladiť celkový systém verejného zdravotného poistenia. Zdravotné poisťovne pôsobiace vo verejnom zdravotnom poistení nevykonávajú hospodársku činnosť, preto nie sú podnikateľmi a z tohto dôvodu je nutné upustiť od prekonaného súčasného preukazovania platobnej schopnosti. Doterajší spôsob vyčíslovania platobnej schopnosti nezohľadňuje špecifiká systému verejného zdravotného poistenia, najmä vstupy do výpočtov nie sú typické svojim charakterom pre zdravotné poisťovne - napr. neštandardné finančné toky a prerozdeľovanie prostriedkov na konci mesiaca, úloha zisku v prípade subjektov nezriadených za účelom jeho dosahovania, úloha voľných ničím nezaťažených aktív poisťovne pri spravovaní neporovnateľne vyšších objemov poistných odvodov a pod. Podmienky všetkých zdravotných poisťovní pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia zostávajú i naďalej rovnaké. Súčasný mechanizmus preukazovania platobnej schopnosti je vlastný pre komerčné poisťovne a nie pre zdravotné, ktoré sú definované v zákone o rozpočtových pravidlách ako subjekty verejnej správy hospodáriace s verejnými zdrojmi. Meranie platobnej schopnosti, ktoré je nevyhnutné v komerčných poisťovniach, nie je - tak ako je nastavené - vhodné pre zdravotné poisťovne v povinnom zdravotnom poistení. V krajinách EU platia pre komerčné poisťovne presné pravidlá o solventnosti poisťovní, ktoré zohľadňujú ich riziká, vyplývajúce z predmetu ich podnikania, investovania voľných zdrojov, manažmentu pomeru krátkodobých a dlhodobých záväzkov a pod. Pretože verejné zdravotné poistenie nie je založené na podnikaní, výška poistného je presne určená zákonom, bez možnosti jej zníženia alebo zvýšenia, nemožno aplikovať na preukazovanie platobnej schopnosti princípy platiace pri komerčnom poistení, kde si poisťovne samé určujú výšku poistného podľa rizikovosti na základe zložitých matematických prepočtov. Ide tu o individuálne kalkulovanie poistného a zisťovanie výšky rizika ochorenia. Pri komerčnom poistení sa prehlbuje nerovnosť a poistenie sa stáva nedostupným pre osoby s nízkym príjmom, ktoré sú obyčajne aj rizikovejšie. A tu sa najviac prejavuje podstata odlišnosti verejného zdravotného poistenia od poistenia komerčného – preto je nesystémové, aby na preukazovanie platobnej schopnosti platili rovnaké princípy. V systéme povinného verejného zdravotného poistenia (aj keď spravovaného súkromnými poisťovňami) s priebežným financovaním zdravotnej starostlivosti nikde vo svete neexistuje meranie platobnej schopnosti zdravotných poisťovní tak, ako je to upravené v súčasnej slovenskej legislatíve a to z jednoduchého dôvodu – toto meranie sa spája len s podnikateľskými spoločnosťami, ktoré akumulujú a investujú dočasne voľné prostriedky na zabezpečenie platenia svojich záväzkov v budúcnosti. Do našej legislatívy o zdravotnom poistení sa meranie platobnej schopnosti zdravotných poisťovní prebralo z oblasti komerčného poistenia automaticky a bez náležitého zváženia podstaty finančného zdravia priebežného systému financovania.

Pri priebežnom financovaní je podstatné zabezpečovať finančné zdravie systému ako celku tak, aby bola dodržaná rovnováha príjmov a výdavkov. Nezanedbateľnú úlohu tu musí plniť štátny rozpočet a nie poistno-matematické kalkulácie jednotlivých zdravotných poisťovní. Napr. aj v Amerike platí rozdielnosť medzi posudzovaním finančného zdravia systému priebežného financovania (časť B Medicare – Lekárske služby) a systému  určenému na zabezpečenie plnenia záväzkov  zo súčasných príjmov aj v budúcich rokoch (časť A Medicare – Nemocničné služby). V prvom prípade je uzákonená povinnosť doplniť nedostatočné vlastné príjmy programu do výšky potrebnej na krytie jeho nákladov zo štátneho rozpočtu, zatiaľ čo v druhom prípade sa sleduje solventnosť fondu z dlhodobého hľadiska.

Preukazovanie platobnej schopnosti zdravotných poisťovní k vlastnému imaniu je nesprávnym ukazovateľom pre vyjadrenie solventnosti zdravotných poisťovní hospodáriacich s povinnými odvodmi na verejné zdravotné poistenie, pretože ich úlohou je zabezpečovanie sociálnej služby vo verejnom záujme, ktorá nie je ekonomickou aktivitou. Tento druh služieb je vylúčený z pôsobnosti pravidiel Direktívy EU o službách, a tým aj z pravidiel o štátnej pomoci, rovnako ako aj z pravidiel o verejnom obstarávaní týchto služieb. „Manažment schém povinného poistenia plniacich výlučne sociálne ciele, fungujúcich na princípe solidarity a ponúkajúcich poistné dávky nezávisle na poistných príspevkoch“ sa považuje za neekonomickú aktivitu.

**Úprava mandátnej správy pohľadávok:**

Keďže zdravotné poisťovne pôsobiace vo verejnom zdravotnom poistení nevykonávajú hospodársku činnosť a nie sú podnikateľmi (viď zdôvodnenie vyššie), mali by mať rovnaké podmienky a rovnaké povinnosti pri nakladaní s verejnými prostriedkami, ktoré nevlastnia ale spravujú a to bez ohľadu na to, kto je ich akcionárom.

Zákonom stanovené platby sú vo všetkých právnych systémoch definované ako verejné financie, ktorých použitie a narábanie s nimi je presne vymedzené. Napríklad postupovanie pohľadávok vymedzovala predchádzajúca právna úprava a presne určila, za akých podmienok možno pohľadávky na poistnom postúpiť a započítať.

Súčasná právna úprava (reformné zákony v oblasti zdravotného poistenia) neupravuje otázku postupovania a započítavania pohľadávok, ale zase presne a taxatívne vymedzuje, aké činnosti môže zdravotná poisťovňa vykonávať. Mandátna správa pohľadávok je upravená len pre akciové spoločnosti so stopercentnou majetkovou účasťou štátu.

S účinnosťou od 1. júna 2006 na základe novely zákona č. 581/2004 Z. z. vykonanej zákonom č. 282/2006 Z. z. podľa nového ustanovenia § 85d zdravotná poisťovňa s majetkovou účasťou štátu môže so súhlasom príslušného ministerstva uzatvoriť s treťou osobou písomnú zmluvu o mandátnej správe pohľadávky, ktorá vznikla po 1. januári 2006 voči dlžníkovi, na ktorého bol vyhlásený konkurz, alebo voči dlžníkovi, ktorý je v likvidácii. Treťou osobou pritom môže byť len právnická osoba so 100 % majetkovou účasťou štátu a táto osoba je povinná vykonávať mandátnu správu pohľadávky zdravotnej poisťovne osobne.

Doterajšia právna úprava mala ambíciu skvalitniť správu problémových pohľadávok na poistnom vo vzťahu k dlžníkom v konkurze a v likvidácii a tým aj dosiahnuť zefektívnenie vymáhania nedoplatkov. Keďže ide o skvalitnenie procesu a problémových pohľadávok, musí sa týkať takáto úprava nie len dvoch subjektov v systéme ( VšZP a SZP), ale všetkých zdravotných poisťovní, ktoré hospodária ako subjekty verejnej správy s prostriedkami verejného zdravotného poistenia. Nakladanie s pohľadávkami z verejného zdravotného poistenia musí byť zabezpečené identicky, bez ohľadu na to, kto je akcionárom zdravotnej poisťovne hospodáriacej s verejnými financiami. Navrhovanou novelou sa naplní koncepcia centralizovaného vymáhania pohľadávok sektora verejnej správy, čo by malo mať pozitívny vplyv na verejné financie v podobe vyššej výťažnosti pohľadávok verejného sektora po lehote splatnosti, zlepšenia vymáhateľnosti pohľadávok po lehote splatnosti a zjednotenie ich vymáhania vo verejnom sektore.

Navrhovaná právna úprava je v súlade s Ústavou Slovenskej republiky, s právnym poriadkom Slovenskej republiky a medzinárodnými dokumentmi, ktorými je Slovenská republika viazaná. Návrh zákona zakladá zvýšené nároky na štátny rozpočet, rozpočty obcí alebo rozpočty vyšších územných celkov a nebude mať vplyv ekonomický, environmentálny a ani vplyv na zamestnanosť a podnikateľské prostredie.

**Doložka finančných, ekonomických, environmentálnych vplyvov, vplyvov na zamestnanosť a podnikateľské prostredie**

**1. Odhad dopadov štátny rozpočet**

Pri predpokladanom počte 2 952 596 poistencov štátu bude mať zvýšenie sadzby poistného vo výške 4, 75 % z vymeriavacieho základu dopad na štátny rozpočet pre rok 2009 vo výške 33 907 612 tisíc Sk.

Odhadovaný počet doktorandov, ktorí majú príjmy z dohôd o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru (článok II, bod 4 návrhu) je cca 150 doktorandov. Predpokladaný dopad na štátny rozpočet je vo výške 1 723 tisíc Sk

**2. Odhad dopadov na obyvateľov, hospodárenie podnikateľskej sféry a iných právnických osôb**

Návrh zákonanebude mať negatívny dopad na hospodárenie podnikateľskej sféry a iných právnických osôb.

**3. Odhad dopadov na životné prostredie**

 Návrh zákona nebude mať dopad na životné prostredie.

**4. Odhad dopadov na zamestnanosť**

 Návrh zákona nepredpokladá dopad na zamestnanosť v Slovenskej republike.

**5. Analýza vplyvov na podnikateľské prostredie**

 Nepredpokladá sa negatívny vplyv na podnikateľské prostredie.

**Doložka zlučiteľnosti**

**právneho predpisu**

**s právom Európskych spoločenstiev a právom Európskej únie**

**1. Navrhovateľ zákona:** Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky

**2. Názov návrhu zákona:** Návrh zákona, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 581/2004 Z. z. o

 zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení

 niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení zákona č.

 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z.

 o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

**3. Problematika návrhu právneho predpisu:**

a) nie je upravená v práve Európskych spoločenstiev: - primárnom

 - sekundárnom,

b) nie je upravená v práve Európskej únie: - primárnom

 - sekundárnom,

c) nie je obsiahnutá v judikatúre Súdneho dvora Európskych spoločenstiev alebo Súdu prvého stupňa Európskych spoločenstiev.

Vzhľadom na vnútroštátny charakter navrhovaného právneho predpisu je bezpredmetné vyjadrovať sa k bodom 4., 5. a 6. doložky zlučiteľnosti.

Osobitná časť

**K článku I:**

**K bodu 1:**

Úprava súvisí so zmenou § 14 týkajúci sa zabezpečovania platobnej schopnosti.

**K bodom 2, 3, 5:**

Rozširuje sa zákonná kompetencia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou na vydávanie platobných výmerov aj z titulu dlžného poistného a príslušenstva, ktoré boli platitelia poistného povinní odviesť do zdravotnej poisťovne do 31. 12. 2004.

**K bodu 4:**

Z hľadiska procesného má zdravotná poisťovňa právo uplatniť svoj nárok na úhradu zdravotnej starostlivosti ( §9 ods.7 písm. a) vo väzbe na § 9 ods.2 zák.č.580/2004 Z. z.) cestou Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v zmysle § 6 ods.1 písm. d) zák.č.581/2004 Z. z.. V danom prípade teda Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou by mal po podaní návrhu zdravotnej poisťovne rozhodovať o uplatnenom nároku v správnom konaní. Nakoľko však §18 zákona č. 581/2004 Z. z. priamo neuviedol vydávanie platobných výmerov do pôsobnosti úradu, nebolo vydané na základe podaných návrhov vo veci žiadne rozhodnutie.

**K bodu 6:**

Upresňuje sa povinnosť zdravotnej poisťovne informovať poistenca o jeho zaradení do zoznamu, ale iba na jeho žiadosť.

**K bodu 7:**

Zdravotné poisťovne vedú v operatívnej evidencii predpokladané náklady na úhradu za plánovanú zdravotnú starostlivosť pre poistencov zaradených v zozname, preto nie je potrebné ich účtovať na podsúvahových účtoch.

**K bodom 8 až 9:**

Ide o zosúladenie zákona č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov so zákonom č. 431/2002 Z. z. o účtovníctve.

**K bodom 10 až 11:**

Rozširuje sa rozsah záväzného právneho predpisu, ktorý vydáva ministerstvo zdravotníctva.

**K bodu 12:**

Ide o legislatívno-technickú úpravu. Zákon č. 95/2002 Z. z. bol zmenený zákonom č. 8/2008 Z. z.

**K bodu 13:**

Úprava súvisí so zmenou § 14 týkajúci sa zabezpečovania platobnej schopnosti.

**K bodu 14:**

Zdravotné poisťovne nebudú musieť vytvárať poradie úspešnosti pri plnení kritérií poskytovateľov lekárenskej starostlivosti a prevádzkovateľov prírodných liečebných kúpeľov a kúpeľných liečební.

**K bodu 15:**

Nie je potrebné vypracovávať každoročne indikátory kvality na hodnotenie oblastí poskytovania zdravotnej starostlivosti.

**K bodu 16:**

Výber audítora sa realizuje niektorou z metód verejného obstarávania a je úplne zbytočné realizovať tento výber do 30. 6. daného roka, za ktorý sa audit vykonáva, lebo reálne nastupuje audítor na výkon auditu najskôr v mesiaci november, december . Takže termín 31. október je plne postačujúci. Ak by niektorá zdravotná poisťovňa chcela realizovať audit a výber z rôznych dôvodov skôr môže, termín 31. október je ako hraničný, a pre štandardný proces výkonu auditu ako plne postačujúci pre výber audítora.

###### K bodu 17:

K doteraz stanovenému dátumu predkladania nemali zdravotné poisťovne všetky relevantné čísla.

# K bodu 18:

Podľa § 11 ods.1 písm. d) zákona je zdravotná poisťovňa povinná predkladať Ministerstvu zdravotníctva SR a Ministerstvu financií SR návrh svojho poistného rozpočtu a obchodno-finančného plánu a ďalšie údaje potrebné pre zostavenie rozpočtu verejnej správy a hodnotenia plnenia rozpočtu verejnej správy vrátane údajov o príjmoch a výdavkoch s uvedením finančných tokov k ostatným subjektom verejnej správy. Podľa zákona o rozpočtových pravidlách Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky je povinné podľa § 14 ods.7 vypracovať návrh súhrnného rozpočtu za všetky zdravotné poisťovne a prerokovať ho s Ministerstvom financií SR. Zdravotná poisťovňa, v ktorej akcionárom je štát, má však povinnosť navyše, pretože je povinná v zmysle § 11 ods.10 predkladať návrh svojho rozpočtu na schválenie vlády. Touto zmenou sa dosiahne, že všetky zdravotné poisťovne sú povinné predkladať návrh svojho rozpočtu na schválenie vlády, čím sa zrovnoprávnia povinnosti všetkých zdravotných poisťovní. Všetky zdravotné poisťovne hospodária s verejnými financiami a preto je namieste, aby verejnosť poznala rozpočty všetkých zdravotných poisťovní, nielen tých v ktorých má majetkovú účasť štát.

**K bodu 19:**

Doterajší spôsob vyčíslovania platobnej schopnosti nezohľadňoval špecifiká systému verejného zdravotného poistenia. Podmienky zdravotných poisťovní pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia zostávajú i naďalej rovnaké. Súčasný mechanizmus preukazovania platobnej schopnosti je vlastný pre komerčné poisťovne a nie pre zdravotné, ktoré sú definované v zákone o rozpočtových pravidlách ako subjekty verejnej správy hospodáriace s verejnými zdrojmi.

**K bodom 20 až 22:**

Úprava súvisí so zmenou § 14 týkajúci sa zabezpečovania platobnej schopnosti.

**K bodu 23:**

Navrhovaná úprava nadväzuje na zmeny navrhované v bodoch 2, 3 a 5.

**K bodu 24:**

Uvedeným návrhom sa ponecháva Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou možnosť zvážiť podľa okolností daného prípadu uložiť priamo dohliadanému subjektu konkrétne opatrenie alebo uložiť povinnosť, aby si dohliadaný subjekt sám navrhol opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov.

**K bodu 25:**

Ide o zosúladenie so zákonom č. 576/2004 Z.z., príloha č. 2, časť A, bod 3, písmeno a); úrad prideľuje kódy nielen lekárom, ale aj iným zdravotníckym pracovníkom.

**K bodu 26:**

Ide o legislatívno-technickú úpravu.

**K bodu 27:**

V praxi sú nejasnosti ako riešiť postgraduálne vzdelávanie lekárov, ktorí sa musia v rámci svojej odbornej prípravy zúčastňovať na pitvách na pracoviskách Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Taktiež z praxe vyplynula potreba zadefinovať pojem „výučbová základňa“ v zákone. Navrhovaný text je s súlade s § 16 vyhlášky MZ SR č. 770/2004 ktorou sa určujú znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení.

**K bodu 28:**

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v rámci výkonu činnosti zabezpečuje aj vykonávanie histologických, sérologických a iných vyšetrení na súdnolekárskych a patologickoanatomických pracoviskách úradu (SLaPA).

**K bodu 29:**

Doterajšia právna úprava určovala Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou iba povinnosť nariaďovať pitvy, nie ich vykonávať.

**K bodu 30:**

Navrhovaná zmena obsahuje presné vymedzenie údajov, ktoré úrad vedie v centrálnom registri poistencov a v zoznamoch. Keďže úrad zbiera, spracúva tieto údaje a  poskytuje ich ďalším subjektom (napr. národnému centru podľa zákona č. 576/2004 Z.z.), navrhovaná úprava údajov obsiahnutých v centrálnom registri poistencov a v zoznamoch je zosúladená so zákonom č. 576/2004 Z.z. Účel spracúvania osobných údajov, tretie strany, ktorým sa poskytujú osobné údaje, ako aj účel poskytovania osobných údajov sú v súlade so zákonom č. 428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov uvedené v navrhovanom § 76a.

**K bodom 31 až 33:**

Navrhovaná zmena umožní lekárom úradu vykonávať prax v pozícii zamestnanca držiteľa povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia.

Lekári, ktorí vykonávajú dohľad na mieste nad správnym poskytovaním zdravotnej starostlivosti musia spĺňať zákonom stanovené odborné kritériá (§ 43 ods. 6 zákona č. 581/2004 Z. z.), to znamená, že by mali byť odborne spôsobilí vo svojom príslušnom odbore a mať min. 5 ročnú prax. Uvedené sa vyžaduje, nakoľko sa predpokladá, že kontrolovať skutočnosť, či bola zdravotná starostlivosť poskytnutá správne, musí niekto odborne zdatný a erudovaný. V tejto súvislosti je potrebné upozorniť na skutočnosť, že lekár, ktorý nevykonáva prax dlhšie ako 4 roky v období 5 rokov, stratí podľa § 34 zákona č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov odbornú spôsobilosť definovanú v § 33 tohto zákona, teda prestáva podľa nášho názoru spĺňať jeden z predpokladov na výkon dohľadu na mieste nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Lekár nevykonávajúci dlhodobo prax stratí časom prehľad o aktuálnom vývoji diagnostických a terapeutických postupov, nakoľko iba pasívne vzdelávanie nemôže plnohodnotne nahradiť osobné skúsenosti z praxe. Tým sa stáva lekárom, ktorého vedomosti sú podstatne na nižšej úrovni ako tých, ktorých má kontrolovať. Takýmto spôsobom úrad môže postupne stratiť kredit medzi poskytovateľmi, ktorí veľmi rýchlo zistia, že ich kontroluje niekto, kto nepozná najnovšie poznatky lekárskej vedy. Prípadný argument, že máme k dispozícii vysoko erudovaných špecialistov ako konzultantov úradu neobstojí, nakoľko lekár, ktorý vykonáva dohľad, nie je a ani by nemal byť obyčajný štatista a administratívna sila, ktorý sa bez rozmýšľania a bez vlastného úsudku prikloní k záveru odborného konzultanta a tento iba opíše do protokolu o výkone dohľadu. Lekár úradu je zodpovedný za uzatvorenie protokolu. Jeho následné odôvodnenie pred príslušným poskytovateľom by malo byť na vysokej odbornej úrovni, čo nie je možné bez pravidelného vykonávania odbornej praxe.

**K bodom 34 a 35:**

Ide o technicko-legislatívnu zmenu v súvislosti so zmenou § 14 .

**K bodu 36:**

Ide o technicko-legislatívnu zmenu v súvislosti s bodom 37.

**K bodu 37:**

Z praxe vyplynula potreba určiť zdravotnej poisťovni povinnosť písomne oznámiť Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou najneskôr 1 kalendárny mesiac skutočnosť, že sa zdravotná poisťovňa ruší z iného dôvodu ako zrušením povolenia.

**K bodu 38:**

Spresňuje sa postup Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou pre presné a úplné zistenie skutkového stavu pri výkone dohľadu.

**K bodu 39:**

Súčasné znenie odseku 6 písm. a) vyžaduje, aby každá osoba oprávnená na výkon dohľadu, t.j. aj zamestnanci Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, ktorí vykonávajú dohľad na mieste nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti, mala odbornú spôsobilosť v pracovných činnostiach, v ktorých vykonáva dohľad. Nie je možné, aby úrad zamestnával všetky takéto osoby (t.j. odborníkov vo všetkých pracovných činnostiach), a teda úrad v prípadoch, kedy nezamestnáva osobu, ktorá má odbornú spôsobilosť v pracovných činnostiach, ktoré sú predmetom dohľadu, využíva inštitút prizvanej osoby, t.j. odborníka, špecialistu v danej medicínskej oblasti. Preto považujeme za postačujúce, aby sa podmienka odbornej spôsobilosti v pracovných činnostiach, ktoré sú predmetom dohľadu, vzťahovala len na prizvané osoby.

**K bodu 40:**

Doplnenie slovného spojenia „k protokolu“ sa navrhuje z dôvodu spresnenia znenia písmena d), nakoľko pôvodné znenie pripúšťalo aj výklad, že Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou je povinný vyhotoviť zápisnicu z prerokovania všetkých písomných námietok, ktoré dohliadaný subjekt predložil počas výkonu dohľadu. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou má vyhotoviť zápisnicu len z námietok, ktoré dohliadaný subjekt podal písomne k protokolu.

**K bodu 41:**

Navrhuje sa vypustiť slovo „prijaté“, čo nadväzuje na úpravu § 18 ods. 1 písm. b) bod 3, kde sa navrhuje ponechať na zvážení Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou podľa okolností daného prípadu, či priamo uloží dohliadanému subjektu konkrétne opatrenie alebo mu uloží povinnosť, aby si sám prijal opatrenie na odstránenie zistených nedostatkov.

**K bodu 42:**

Ide o legislatívno-technickú úpravu.

**K bodu 43:**

Spresňuje sa postup Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou pri výkone dohľadu.

**K bodom 44 až 47:**

Ide o spresnenie podmienok, za akých Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou nariaďuje pitvu.

**K bodu 48:**

Ide o legislatívno-technickú úpravu.

**K bodu 49:**

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti ako dohliadaný subjekt má povinnosti ustanovené v § 46 ods. 1 zákona. V súčasnosti však právna úprava neumožňuje Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou ani inému subjektu postihnúť poskytovateľa v prípade marenia výkonu dohľadu, t.j. v prípade nedodržania povinností ustanovených v § 46 ods. 1.

**K bodu 50:**

Ide o zosúladenie terminológie.

**K bodom 51 a 52:**

Ide o technicko-legislatívnu zmenu v súvislosti so zmenou § 14.

**K bodu 53:**

Návrhom sa vytvoria právne predpoklady, aby osoby povinné zachovávať mlčanlivosť uvedené v § 76 ods. 2 zákona mohli inšpektorátom práce a orgánom dozoru poskytovať informácie významné na objektívne vyšetrenie vzniku pracovného úrazu, choroby z povolania, ohrozenia chorobou z povolania a profesionálnej otravy.

**K bodu 54:**

Stanovuje sa osobitné konanie na rozhodovanie o pohľadávkach z verejného zdravotného poistenia. Uznesením vlády č. 571 z 27. augusta 2008 bolo ministrovi zdravotníctva uložené v termíne do 31. 12. 2008 pripraviť legislatívne zmeny súvisiace so zjednodušením vymáhania nedoplatkov na zdravotnom poistení.

**K bodu 55:**

Ustanovenie § 84 zákona 581/2004 Z. z. rieši iba problematiku riadnych opravných prostriedkov. Správny poriadok možnosť využitia mimoriadnych prostriedkov garantuje, nedefinuje však vecnú príslušnosť. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou rieši viacero podnetov, aj v konaní s Generálnou prokuratúrou SR, ktorých predmetom je upretie práva účastníkov konania na uplatnenie mimoriadnych opravných prostriedkov v správnom konaní a tak v konečnom dôsledku porušenie ústavného práva na rovnosť pred zákonom.

**K bodu 56:**

Podľa doterajšieho znenia zákona mohli zdravotné poisťovne, v ktorých štát nemal majetkovú účasť realizovať mandátnu správu pohľadávok plne v súlade s Obchodným zákonníkom. Obmedzenia sa týkali iba zdravotných poisťovní, v ktorých mal majetkovú účasť štát. Uvedenou právnou úpravou sa tento duálny prístup odstráni a zdravotné poisťovne ako subjekty verejnej správy hospodáriace s verejnými financiami si budú rovné  vo svojich právach. Nahradenie textu „príslušného ministerstva“ textom “ ministerstva zdravotníctva“, bude text zákona presný a exaktný.

**K bodu 57:**

Ostatná novela zákona upravila režim postupovania pohľadávok zdravotnými poisťovňami tak, že zdravotným poisťovniam s majetkovou účasťou štátu, zaviedla odlišný, obmedzujúci právny režim. Navrhovaná úprava je potrebná na odstránenie takéhoto stavu, v záujme zachovania rovnoprávneho postavenia zdravotných poisťovní ako subjektov verejnej správy, založených na vykonávanie verejného zdravotného poistenia.

**K článku II :**

**K bodu 1:**

Ustanovenie bolo nadbytočné, nakoľko na základe zákona č. 573/2005 Z. z., ktorým sa novelizoval zákon č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov táto skupina uchádzačov o zamestnanie zostáva v evidencii uchádzačov o zamestnanie aj po odchode do členského štátu Európskej únie.

**K bodu 2:**

Návrh predstavuje legislatívno-technickú úpravu. Navrhuje sa, aby doktorandi boli i naďalej poistencami štátu v prípade, že majú príjmy z dohôd o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru.

**K bodu 3:**

Ide o riešenie podávania ročného zúčtovania poistného a úhradu nedoplatkov a preplatkov v prípade, ak platiteľ poistného má na základe rozhodnutia daňového úradu povolený odklad na podania daňového priznania. Rozhodnutie daňového úradu o predĺžení lehoty na podanie daňového priznania je platiteľ poistného povinný predložiť zdravotnej poisťovni najneskôr v deň určený na podanie ročného zúčtovania

**K bodu 4:**

Legislatívno-technická úprava v súvislosti s novelizačným bodom 4.

**K bodom 5 až 7:**

Zavádza sa nový parameter, čím sa dosiahne prerozdeľovanie nielen podľa veku a pohlavia, ale dané kategórie poistencov sa rozdelia na poistencov štátu a ekonomicky aktívnych poistencov podľa pohlavia a veku, a tým sa precizuje súčasné prerozdeľovanie poistného. Zvýši sa jeho účinnosť solidarity a otvárajú sa možnosti zavádzania ďalších parametrov do prerozdeľovacieho mechanizmu, ktoré sa budú môcť k daným parametrom pridávať napr. skupiny na lieky, prípadne diagnózy.

**K bodu 8:**

Zvýšením základu mesačného prerozdeľovania sa zmierni nespravodlivé prerozdeľovanie celkových zdrojov medzi zdravotnými poisťovňami a tým sa zvyšuje solidarita medzi zdravotnými poisťovňami a medzi poistencami zdravotných poisťovní.

**K bodom 9 až 11:**

Zavádza sa nový parameter, čím sa dosiahne prerozdeľovanie nielen podľa veku a pohlavia, ale dané kategórie poistencov sa rozdelia na poistencov štátu a ekonomicky aktívnych poistencov podľa pohlavia a veku, a tým sa precizuje súčasné prerozdeľovanie poistného. Zvýši sa jeho účinnosť solidarity a otvárajú sa možnosti zavádzania ďalších parametrov do prerozdeľovacieho mechanizmu, ktoré sa budú môcť k daným parametrom pridávať napr. skupiny na lieky, prípadne diagnózy.

**K bodu 12:**

Zvýšením základu ročného prerozdeľovania sa zmierni nespravodlivé prerozdeľovanie celkových zdrojov medzi zdravotnými poisťovňami a tým sa zvyšuje solidarita medzi zdravotnými poisťovňami a medzi poistencami zdravotných poisťovní.

**K bodu 13:**

Zavádza sa nový parameter, čím sa dosiahne prerozdeľovanie nielen podľa veku a pohlavia, ale dané kategórie poistencov sa rozdelia na poistencov štátu a ekonomicky aktívnych poistencov podľa pohlavia a veku, a tým sa precizuje súčasné prerozdeľovanie poistného. Zvýši sa jeho účinnosť solidarity a otvárajú sa možnosti zavádzania ďalších parametrov do prerozdeľovacieho mechanizmu, ktoré sa budú môcť k daným parametrom pridávať napr. skupiny na lieky, prípadne diagnózy.

**K bodom 14 a 15:**

 [V skupine údajov, ktoré by Sociálna poisťovňa podľa tohto ustanovenia mala poskytnúť úradu sú aj údaje, ktoré Sociálna poisťovňa neeviduje vo svojom informačnom systéme a preto ich nemôže úradu poskytnúť. Sociálna poisťovňa neeviduje evidenciu uchádzačov o zamestnanie [(§ 11 ods. 8 písm. p)], ktorú vedú úrady práce, sociálnych vecí a rodiny.](https://lt.justice.gov.sk/Material/MaterialReview.aspx?instEID=56&matEID=262&drCommentDocFREID=-1&rOverviewAction=PreviewAll&langEID=1)

**K bodu 16:**

Posúvajú sa lehoty na vykonanie a podanie ročného zúčtovania poistného nasledovne:

lehota dokedy sa musí vykonať a podať ročné zúčtovanie zdravotnej poisťovni z 31. marca 2009 do 30. júna 2009

lehota dokedy môže zamestnanec požiadať o vykonanie ročného zúčtovania svojho zamestnávateľa z 15. februára 2009 do 31. mája 2009

lehota dokedy musí zamestnávateľ vydať zamestnancovi doklad o príjmoch a zaplatených preddavkoch zo 7. februára 2009 do 15. mája 2009

lehota dokedy musí poistenec alebo zamestnávateľ, ktorý vykonal ročné zúčtovanie za zamestnanca, oznámiť ostatným platiteľom – zamestnávateľom - ich preplatok alebo nedoplatok z 30. apríla 2009 do 31. augusta 2009

lehota na vyrovnanie preplatku alebo nedoplatku na poistnom z 30. júna 2009 do 31. októbra 2009

lehota na oznámenie zdravotnej poisťovni  výsledný preplatok alebo nedoplatok zamestnávateľa z 31. mája 2009 do 30. septembra 2009

lehota na ročné zúčtovanie so štátom, resp. s Ministerstvom financií SR z 30. júna 2009do 30. novembra 2009

lehota, v ktorej zdravotná poisťovňa oznamuje ministerstvu zdravotníctva celkovú sumu poistného, ktoré je platiteľ poistného povinný odviesť zdravotnej poisťovni podľa § 15 za rozhodujúce obdobie a počet poistencov podľa pohlavia a veku za rozhodujúce obdobie, z 31. mája 2009 do 15. októbra 2009

lehota, v ktorej ministerstvo zdravotníctva doručí každej zdravotnej poisťovni rozhodnutie o ročnom prerozdeľovaní poistného, z 30. júna 2009 do 31. októbra 2009

lehota, v ktorej ministerstvo zdravotníctva v rozhodnutí stanoví každej zdravotnej poisťovni výšku jej záväzku voči každej zdravotnej poisťovni, z 31. augusta 2009 do 31. decembra 2009.

Určuje sa sadzba poistného štátu z vymeriavacieho základu pre rok 2009.

**K článku III :**

Uvádza sa dátum nadobudnutia účinnosti zákona.

V Bratislave 1. októbra 2008

 **Robert F i c o, v. r.**

 predseda vlády

 Slovenskej republiky

 **Richard Raši, v. r.**

 minister zdravotníctva

 Slovenskej republiky