**Osobitná časť**

**Čl. I.**

**K bodu 1 (§ 6 ods. 1)**

Úprava v článku III sa premieta v činnosti zdravotnej poisťovne.

**K bodu 2 (§ 6 ods. 4)**

Vzhľadom na vysoký počet a rozsah zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa navrhuje, aby úrad vymedzil po dohode so zdravotnými poisťovňami štruktúru údajov o zmluvách, ktoré zdravotné poisťovne budú posielať úradu. Na základe takejto štruktúry údajov môže úrad vykonávať komplexný dohľad nad verejným zdravotným poistením. Súčasne sa dopĺňa povinnosť zdravotnej poisťovne sprístupniť zmluvným poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti a špecializovanej gynekologickej starostlivosti údaje o poistencoch, ktorých má v starostlivosti, pri zmene zdravotnej poisťovne. V praxi sa stávajú prípady, že poskytovateľ sa dozvie o poistencoch, s ktorými má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a ktorí k 1. januáru bežného roka roku zmenili zdravotnú poisťovňu, až pri vyúčtovaní za mesiac január, t.j. koncom februára. Dôsledok tejto skutočnosti je, že poskytovateľ musí spätne žiadať úhradu paušálnej platby (kapitačnej platby) za január, čo vedie k zvýšenej administratívnej záťaži.

**K bodom 3 a 4 (§ 6 ods. 9)**

Upravuje sa tvorba technických rezerv na tzv. čakacie zoznamy (odloženú odkladnú zdravotnú starostlivosť); ide o opatrenie, ktoré odstraňuje motiváciu zdravotných poisťovní, aby z dôvodov tvorby zisku odkladali poskytnutie odkladnej zdravotnej starostlivosti, a je dôležité z hľadiska dodržiavania všeobecne uznávaných účtovných štandardov aj vo verejnom zdravotnom poistení.

**K bodu 5 (§ 6 ods. 13)**

Medzi činnosti zdravotnej poisťovne sa zaraďuje postupovanie pohľadávok voči neplatičom poistného, ktoré je podrobnejšie upravené v navrhovanom § 85g. Postupovanie pohľadávok umožňuje zdravotným poisťovniam speňažiť málo bonitné aktíva.

**K bodu 6 (§ 6a ods. 1)**

V súlade so zámerom vlády vyjadreným v programovom vyhlásení znižovať prekážky pre vstup nových zdravotných poisťovní do verejného zdravotného poistenia sa mení dnešný percentuálny limit pre výdavky na prevádzkové činnosti zdravotnej poisťovne, ktorý bol doteraz stanovený pevnou percentuálnou sadbou. Sadzba uvedeného limitu bude do budúcnosti určovaná tak, aby menšie zdravotné poisťovne mohli zo zdrojov verejného zdravotného poistenia použiť relatívne viac prostriedkov na prevádzkové činnosti v porovnaní so zdravotnými poisťovňami s veľkým počtom poistencov. Pre názornosť, sadzba uvedeného limitu už nebude 3,5 % zo základu, ktorým bol a aj naďalej bude tzv. ročný úhrn (poistné pred prerozdelením), ale bude sa pohybovať od 3,3% pri hypotetickej poisťovni s 5,4 mil. poistencami až po 5% pri začínajúcej zdravotnej poisťovni s 1 poistencom. Je ekonomicky neefektívne požadovať od zdravotných poisťovní, aby fixné a mnohé tzv. režijné administratívne výdavky limitovali proporcionálnou sadzbou (keďže výška týchto výdavkov proporcionálne s veľkosťou poistného kmeňa nerastie ani neklesá a navyše časť z nich ako „štartovacie výdavky“ znášajú práve malé vznikajúce poisťovne na začiatku svojej existencie). Väčšia konkurencia zdravotných poisťovní je celospoločenským benefitom, o ktorý stojí za to usilovať aj s pomocou zmierenia prevádzkového limitu pre menšie zdravotné poisťovne.

|  |  |
| --- | --- |
| limit (v %) = 2,9 + | 2 000 000 |
| 1 000 000 + PPZP |

Vzorec

kde PPZP je počet poistencov príslušnej zdravotnej poisťovne. (Keďže 1 % = 0,01, v texte ustanovenia sa v čitateli uvádza 20 000.)

Príklad 1 pre situáciu, že zdravotná poisťovňa prichádza na trh a ešte nemá žiadneho poistenca (t.j. PPZP = 0): limit = 3 + 2 000 000 / 1 000 000 = 3 + 2 = 5 %.

Príklad 2 pre situáciu, že zdravotná poisťovňa má milión poistencov (PPZP = 1 milión): limit = 3 + 1 =4 %.

Príklad 3 pre situáciu, že máme len jednu zdravotnú poisťovňu so všetkými poistencami (PPZP = 5,4 mil.): limit = 3 + 2/6,4 = 3,3125 %.

**K bodu 7 (§ 6a ods. 5)**

Úprava znenia ustanovenia § 6a ods. 5 písm. c) v nadväznosti na navrhovanú zmenu § 6a ods. 1.

**K bodu 8 [§ 6a ods. 5 písm. e)]**

Peňažné prostriedky získané z poplatkov za vydané výkazy nedoplatkov podľa osobitného predpisu nie sú výdavkami na prevádzkové činnosti zdravotnej poisťovne.

**K bodu  9 (§ 7 ods. 16)**

Navrhuje sa rozšírenie zmluvnej voľnosti medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti o zmluvne dohodnuté dôvody na vypovedanie zmluvy po uplynutí minimálnej (12-mesačnej) doby. Výpovedné dôvody uvedené v zákone možno naďalej uplatniť kedykoľvek počas trvania zmluvy.

**K bodu 10 (§ 8a)**

Legislatívno-technická úprava. Vloženie odkazu v súvislosti s potrebou jeho použitia v úprave o prevode poistného kmeňa (bod 41).

**K bodom 11 a 12 ( § 9 a § 9a)**

Umožňuje sa výkon kontrolnej činnosti zdravotnej poisťovne aj na diaľku analýzou v informačnom systéme zdravotnej poisťovne. Skvalitnenie kontrolnej činnosti bude viesť k zefektívneniu používania zdrojov verejného zdravotného poistenia. Definícia kontrolnej činnosti zdravotnej poisťovne sa rozširuje o kontrolu dodržiavania zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Touto formuláciou sa odstraňuje interpretačná nejednoznačnosť doterajšej definície. Navrhuje sa rozšíriť okruh osôb kompetentných za zdravotnú poisťovňu na výkon kontrolnej činnosti o revízne sestry. Súčasne sa ustanovuje rozsah kontrolnej činnosti revíznych sestier. Kompetencie revízneho farmaceuta sa rozširujú o kontrolu predpisovania a výdaja liekov a zdravotníckych pomôcok. Návrh má za cieľ skvalitniť kontrolnú činnosť zdravotnej poisťovne a zefektívniť používanie zdrojov verejného zdravotného poistenia. Rozširuje sa aj okruh osôb kompetentných na výkon kusovej a finančnej kontroly liekov a zdravotníckych pomôcok, ktoré plne alebo čiastočne uhrádza zdravotná poisťovňa z prostriedkov verejného zdravotného poistenia. Okrem revíznych farmaceutov budú môcť takúto kontrolu vykonať aj iní zamestnanci poverení výkonom kontroly. Ustanovujú sa oprávnenia poverených osôb pri výkone kontroly a kontrolovaným subjektom sa ukladá povinnosť súčinnosti pri výkone kontroly s cieľom zefektívniť kontrolnú činnosť zdravotných poisťovní. Oprávnenie prístupu do objektov, zariadení a prevádzok kontrolovaných subjektov sa vymedzuje na prípady, ktoré bezprostredne súvisia s predmetom kontroly.

**K bodu 13 (§ 11)**

Doterajší § 11 ods. 10 je nadbytočný vzhľadom na znenie § 11 ods. 1, podľa ktorého je zdravotná poisťovňa povinná predkladať návrh rozpočtu na verejné zdravotné poistenie Ministerstvu zdravotníctva, Ministerstvu financií SR a Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Uvedená úprava neplní žiadny osobitný význam v záujme kvalitnejšej regulácie alebo ochrany osobitných verejných záujmov.

**K bodu 14 (§ 15 ods. 1)**

Dopĺňa sa lehota, v ktorej je zdravotná poisťovňa povinná odovzdať obchodno-finančný plán a rozpočet úradu.

**K bodu 15 (§ 15 ods. 5)**

V súlade s programovým vyhlásením vlády sa pristupuje k zmene doterajšej obmedzujúcej regulácie zisku. Dosahovanie zisku je viazané na novozavádzané podmienky: v prvom rade na dôslednú tvorbu technických rezerv na odkladnú zdravotnú starostlivosť, a okrem toho na sprísnenú úpravu rezervného fondu, ktorá stanoví povinnosť viazať v rezervnom fonde väčšiu časť zisku poisťovní ako doteraz.

**K bodu 16 (§ 15 ods. 6)**

Navrhuje sa vypustenie ustanovenia vzhľadom na nález Ústavného súdu SR č. 79/2011 Z. z.

**K bodu 17 (§ 16 ods. 2)**

Pre jednoznačnosť právnej úpravy sa upresňuje, že účet poistenca vedie zdravotná poisťovňa vo svojom informačnom systéme.

**K bodu 18 (§ 16 ods. 6)**

Ustanovuje sa povinnosť zdravotnej poisťovne poskytovať Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zoznam úhrad za zdravotnú starostlivosťou ako i zoznam neuhradených záväzkov na účely výkonu dohľadu.

**K bodu 19 (§ 16 ods. 7)**

Navrhuje sa skrátiť dobu archivácie dokumentácie zdravotnej poisťovne okrem dokladov o úhradách za poskytnutú zdravotnú starostlivosť z dôvodu neefektívne vynakladaných nákladov, čím nie sú dotknuté povinnosti vyplývajúce zo zákona č. 431/2002 Z. z. o účtovníctve.

**K bodu 20 (§ 18 ods. 1)**

Legislatívno-technická úprava. Vloženie odkazov v súvislosti s potrebou ich použitia v úprave o prevode poistného kmeňa (bod 41) a v úprave o postupovaní pohľadávok (bod 51).

**K bodom 21 a 22 (§ 19)**

V § 19 ods. 1 zákona sa navrhuje termínovo zjednotiť povinnosť úradu predkladať vláde správu o činnosti úradu podľa písm. a) a výročnú správu o hospodárení podľa písm. c) každoročne do 30. apríla.

**K bodu 23 (§ 20 ods. 1)**

Dopĺňa sa zoznam údajov v centrálnom registri poistencov o informáciu, či je poistenec poberateľom predčasného starobného dôchodku na účely stanovenia osobného rozsahu verejného zdravotného poistenia (limit spoluúčasti).

**K bodu 24 [§ 20 ods. 1 písm. h)]**

Rozširuje a upresňuje sa rozsah informácií, ktoré úrad poskytuje zdravotným poisťovniam v súvislosti s prijatými a potvrdenými prihláškami na verejné zdravotné poistenie. Cieľom ustanovenia je umožniť zdravotným poisťovniam prístup k informáciám o priebežnom vývoji počtu prijatých, resp. potvrdených prihlášok. Súčasne sa upravuje forma poskytovania informácií.

**K bodu 25 [§ 20 ods. 1 písm. k)]**

Navrhuje sa doplniť činnosť úradu o prehliadky mŕtvych tiel, ktoré úrad zabezpečuje poverenými lekármi podľa § 42 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

**K bodu 26 [v § 20 ods. 2 písm. h)]**

Legislatívno-technická úprava súvisiaca s navrhovaným vypustením odseku 6 v § 39.

**K bodu 27 [§ 20 ods. 2 písm. i)]**

Legislatívno-technická zmena odkazu v nadväznosti na navrhovanú zmenu v § 52.

**K bodu 28 (§ 20 ods. 2)**

Rozširuje sa zoznam materiálov zverejňovaných vo Vestníku ÚDZS v dôsledku navrhovaných zmien zákona pri prevode poistného kmeňa. Ide o metodické usmernenia úradu o náležitostiach harmonogramu prevodu poistného kmeňa a o metodické usmernenia úradu o postupe spätného prevodu poistného kmeňa.

**K bodu 29 (§ 25 ods. 1)**

Navrhuje sa vypustiť povinnosť úradu predkladať správnej rade správu o dohľade nad verejným zdravotným poistením a správu o dohľade nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti z dôvodu duplicity, keďže súhrn týchto informácií úrad poskytuje formou správy o činnosti úradu.

**K bodu 30 [§ 31 ods. 1 písm. f)]**

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na úpravu prevodu poistného kmeňa. Úrad vyberá úhradu za schválenie návrhu postupu prevodu poistného kmeňa na základe žiadosti zdravotnej poisťovne o prevod poistného kmeňa.

**K bodu 31 (§ 39 ods. 5)**

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na úpravu prevodu poistného kmeňa.

**K bodu 32 (§ 39 ods. 6)**

Navrhuje sa vypustiť terajšie ustanovenie § 39 ods. 6, ktoré vylučuje odkladný účinok opravného prostriedku proti rozhodnutiu úradu. To znamená, že na zrušenie povolenia zdravotnej poisťovne podľa platného právneho stavu postačuje neprávoplatné rozhodnutie úradu, čo by automaticky postačovalo na to, aby zdravotná poisťovňa prišla o poistný kmeň, hoci mohla byť neskôr so svojim rozkladom voči prvostupňovému rozhodnutiu úspešná. V dôsledku uvedeného by rozhodnutie úradu o zrušení tohto povolenia nikdy nenadobudlo právoplatnosť. Zdravotná poisťovňa, ktorá by tak vôbec neprišla o svoje povolenie, by však prišla o svoj poistný kmeň.

**K bodu 33 (§ 40 ods. 2)**

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na úpravu prevodu poistného kmeňa.

**K bodu 34 (§ 43)**

Uvedené ustanovenie umožní úradu vykonať dohľad v tej istej veci, ak po skončení dohľadu vyjdú najavo nové skutočnosti, ktoré neboli zohľadnené pri predchádzajúcom dohľade. Ide najmä o dohľady v oblasti prešetrovania správneho poskytovania zdravotnej starostlivosti. V praxi vznikajú situácie, keď úrad ukončí dohľad protokolom a na základe námietok pacienta alebo dohliadaného subjektu po ďalšom prešetrení veci sa zistí, že závery dohľadu nie sú správne. V záujme zistenia skutočného stavu veci je teda potrebné dohľad vykonať znova. V danom prípade neplatí zásada „res iudicata“, nakoľko dohľad nie je ukončený rozhodnutím a zistenia uvedené v protokole nemajú vplyv na právne postavenie dohliadaného subjektu. Vzhľadom na to, že na dohľad nadväzuje prípadné konanie o sankcii voči dohliadanému subjektu, je potrebné, aby závery dohľadu boli úplné a správne. Nezopakovanie dohľadu môže mať vplyv aj na správnosť štatistík úradu o počte porušení a počte opodstatnených podnetov. Vzhľadom na znenie § 77 ods. 1 zákona sa jednoznačne ustanovuje, že na výkon dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou sa nevzťahujú všeobecné predpisy o správnom konaní.

**K bodu 35 (§ 46 ods. 2)**

Súčasné znenie zákona neumožňuje dohliadanému subjektu oboznamovať sa s podnetom pacienta na vykonanie dohľadu. Navrhovaným znením sa zrovnoprávňuje postavenie dohliadaného subjektu a osoby, ktorá podáva podanie. Ide o analógiu s ustanovením § 15 zákona č. 9/2010 Z. z. o sťažnostiach.

**K bodu 36 (§ 47 ods. 4)**

V praxi úradu nastávajú prípady, keď dohliadaný subjekt ignoruje prerokovanie námietok, najmä ak bolo v protokole konštatované pochybenie; v mnohých prípadoch ide o zjavné obštrukčné konanie dohliadaného subjektu. Navrhované znenie expressis verbis definuje možnosť ukončiť dohľad. Zo súčasného znenia nie je totiž nepochybne zrejmé (čo sa dohliadané subjekty pokúšajú využiť), že prerokovanie námietok možno realizovať aj bez účasti dohliadaného subjektu.

**K bodu 37 (§ 48 ods. 12)**

Ide o zosúladenie so zákonom o správe majetku štátu, ktorý bol s účinnosťou od 1. júna 2008 novelizovaný, novela sa však nepremietla do § 48 ods. 12 zákona č. 581/2004 Z. z. Účelom tohto ustanovenia je vylúčenie povinnosti ponukového konania správcom majetku štátu pri prenajímaní priestorov určených pre SLaPA pracoviská. S účinnosťou od 1. júna 2008 bol zákon o správe majetku štátu novelizovaný tak, že osobitné ponukové konanie sa už nevzťahuje na nájom priestorov, ale len na predaj prebytočného majetku štátu. Na nájom priestorov sa vzťahuje už len povinnosť ponukového konania v dennej tlači.

**K bodu 38**

Poznámka pod čiarou k odkazu 68a v súčasnosti odkazuje na už neplatné znenie ustanovenia § 13 ods. 2 zákona o správe majetku štátu, ktoré do 31. mája 2008 ukladalo správcovi majetku štátu povinnosť vykonať osobitné ponukové konanie aj pri prenájme nebytových priestorov.

**K bodu 39 [(§ 51 ods. 1 písm. c)]**

Ustanovenie precíznejšie definuje jednu zo skutočností, na základe ktorých ÚDZS nariadi zdravotnej poisťovni vypracovanie ozdravného plánu.

**K bodu 40 (§ 52)**

Navrhuje sa nové ustanovenie, ktoré rozširuje dôvody zavedenia nútenej správy nad zdravotnou poisťovňou o prípad, keď sa nepodarí uskutočniť nariadený prevod poistného kmeňa. Ten môže úrad nariadiť - podľa navrhovaného § 61 - len ak vznikli dôvody na (fakultatívne) zavedenie nútenej správy. Neschválením návrhu postupu prevodu poistného kmeňa alebo zastavením konania sa sankcia v podobe nariadeného prevodu poistného kmeňa neuskutoční, a úrad pristúpi obligatórne k zavedeniu nútenej správy.

**K bodom 41 a 42 (§ 61 až 61h)**

Na základe negatívnych skúseností s prevodom poistného kmeňa pri likvidácii EZP, a.s. v roku 2008 sa navrhuje podrobnejšia a dôslednejšia úprava problematiky prevodov poistného kmeňa.

Navrhovaná právna úprava rozoznáva prevody poistného kmeňa (1) na základe zmluvy a (2) nútené prevody poistného kmeňa, kedy prejav vôle odovzdávajúcej poisťovne a za určitých okolností ani preberajúcich poisťovní nie je potrebný. Upravuje proces pomerného prevodu poistného kmeňa v prípade nariadeného prevodu na viaceré zdravotné poisťovne, stanovuje mechanizmus stanovenia spravodlivej ceny za prevádzaný kmeň a ochraňuje práva poistencov, ktorých prihlášky na verejné zdravotné poistenie sa stali predmetom prevodu poistného kmeňa. Prevody poistného kmeňa budú v maximálnej miere rešpektovať právo poistencov na slobodnú voľbu zdravotnej poisťovne. Poistenec má podľa návrhu právo odmietnuť prevod svojej prihlášky do inej poisťovne, ak si odovzdávajúca poisťovňa aj po prevode kmeňa ponecháva povolenie na činnosť poisťovne. V situácii, ak odovzdávajúca poisťovňa prichádza o povolenie, poistenec prevod odmietnuť nemôže. Ak však poistný kmeň takejto poisťovne preberá viac ako jedna zdravotná poisťovňa, tak poistenec bude mať možnosť vybrať si novú zdravotnú poisťovňu spomedzi preberajúcich zdravotných poisťovní. V návrhu sa preferuje záujem čo najrýchlejšie rozhodnúť o osude poistného kmeňa poisťovne, ktorá prichádza o povolenie. Súčasne sa zabezpečuje záujem chrániť pri takomto nútenom prevode v rámci možností stabilitu a kontinuitu poistných vzťahov (poisťovňa – poistenec) vrátane práva poistenca na slobodný výber poisťovne. Úhrada za prevod poistného kmeňa sa musí prednostne použiť na úhradu záväzkov zdravotnej poisťovne vyplývajúcich z neuhradenej zdravotnej starostlivosti. Navrhovaná úprava rieši aj dopady prevodu poistného kmeňa na problematiku ročného zúčtovania, mesačného a ročného prerozdeľovania poistného a nezaplatených splatných pohľadávok na mesačné preddavky za dobu pred prevodom poistného kmeňa, ktorá doteraz nebola riešená.

**K bodu 41 (§ 61)**

V § 61 sa upravujú prípady, kedy úrad môže nariadiť prevod poistného kmeňa pričom návrh zákona viaže možnosť nariadenia prevodu poistného kmeňa na vznik dôvodov na zavedenie nútenej správy. Odovzdávajúca zdravotná poisťovňa je zo zákona povinná predložiť úradu návrh postupu prevodu poistného kmeňa do 30 dní odo dňa začatia konania a navrhne preberajúcu (jednu i viac) zdravotnú poisťovňu, ktorá s prevodom súhlasí a s ktorou má uzatvorenú zmluvu. Okrem súhlasu preberajúcej poisťovne a zmluvy o odplatnom prevode poistného kmeňa návrh zákona taxatívne vymenúva aj ďalšie náležitosti návrhu. Výška odplaty za prevod poistného kmeňa nadväzuje na ustanovenia, ktoré umožňujú poistencom odmietnuť prevod, resp. vybrať si inú preberajúcu zdravotnú poisťovňu než je uvedená v návrhu postupu prevodu poistného kmeňa. V záujme právnej istoty sa ustanovuje, že zmluvu o prevode poistného kmeňa nie je možné vypovedať či od nej odstúpiť. Z dôvodu praktických výhod (predovšetkým mesačné prerozdeľovanie poistného) prevod poistného kmeňa uskutočňuje vždy k prvému dňu v kalendárnom mesiaci. V návrhu zákona sa taxatívne ustanovujú dôvody, pre ktoré úrad nesmie nariadiť prevod poistného kmeňa a dôvody na zastavenie konania. Odchylným spôsobom od správneho poriadku sa vymedzuje okruh účastníkov konania; účastníkom konania o nariadení prevodu poistného kmeňa sú všetky zdravotné poisťovne.

Podľa navrhovaného odseku 12, ak prevod poistného kmeňa predstavuje koncentráciu podľa zákona o ochrane hospodárskej súťaže, prevod poistného kmeňa sa môže uskutočniť až po nadobudnutí právoplatnosti súhlasného rozhodnutia Protimonopolného úradu SR. V Záverečnej správe týkajúcej sa zlučovania zdravotných poisťovní z decembra 2009 Protimonopolný úrad SR dospel k záveru, že za legislatívnych podmienok v čase vydania predmetnej správy sa na trh vykonávania verejného zdravotného poistenia zákon o ochrane hospodárskej súťaže nevzťahuje. Nie je však vylúčené, že po možných budúcich legislatívnych zmenách týkajúcich sa právnej úpravy pôsobenia zdravotných poisťovní a verejného zdravotného poistenia sa zákon o ochrane hospodárskej súťaže na trh vykonávania verejného zdravotného poistenia bude vzťahovať. V takom prípade by prevod poistného kmeňa mohol predstavovať koncentráciu podľa zákona o ochrane hospodárskej súťaže, ktorá by podliehala schváleniu Protimonopolného úradu SR a na predmetnú koncentráciu  by sa vzťahoval zákaz vykonávania práv a povinností vyplývajúcich z koncentrácie až do nadobudnutia právoplatnosti rozhodnutia o nej. Zároveň by v takom prípade v súlade so zákonom o ochrane hospodárskej súťaže subjektom získavajúcim kontrolu nad poistným kmeňom vznikla povinnosť oznámiť takúto koncentráciu Protimonopolnému úradu SR. V procese prípravy oznámenia koncentrácie je vhodné využiť prednotifikačné kontakty v súlade s   „Usmernením Protimonopolného úradu Slovenskej republiky o prednotifikačných  kontaktoch v procese posudzovania koncentrácií“  a tým dosiahnuť zvýšenie efektivity konania a skoré identifikovanie súťažných rizík.

**K bodu 42 (§ 61a)**

Ustanovenia § 61a upravujú možnosť prevodov poistného kmeňa na základe žiadosti zdravotnej poisťovne v taxatívne ustanovených prípadoch; súčasťou žiadosti je návrh postupu prevodu poistného kmeňa. Odchylným spôsobom od správneho poriadku sa vymedzuje okruh účastníkov konania; účastníkom konania o schválení návrhu postupu prevodu poistného kmeňa je len odovzdávajúca zdravotná poisťovňa a preberajúca zdravotná poisťovňa.

**K bodu 42 (§ 61b)**

Nariadenie núteného prevodu poistného kmeňa sa vzťahuje na zdravotné poisťovne, ktorým bolo právoplatne a vykonateľne zrušené povolenie alebo v prípade zániku platnosti povolenia. Na rozdiel od prevodu poistného kmeňa upraveného v § 61 a 61a v konaní o nútenom prevode preberajúce zdravotné poisťovne určí úrad, ktorý je však pri určovaní preberajúcich zdravotných poisťovní viazaný ustanoveniami odseku 3, ktoré z pozície preberajúcej zdravotnej poisťovne vylučuje zdravotné poisťovne, ktorým úrad uložil vypracovanie ozdravného plánu alebo nad ktorými zaviedol nútenú správu, resp. ak zdravotná poisťovňa nespĺňa zákonom ustanovené kritériá platobnej schopnosti. Nútený prevod poistného kmeňa je pomerný a odplatný. Pomerný prevod poistného kmeňa sa uskutočňuje na jednu alebo viacero preberajúcich zdravotných poisťovní. V prípade prevodu na jednu poisťovňu je prevod poistného kmeňa v celosti. V prípade prevodu na viacero zdravotných poisťovní je pomernosť zabezpečená matematickým vzorcom, a to aj v záujme zamedzeniu nežiaducej koncentrácii na trhu zdravotného poistenia. Polovica prevádzaného poistného kmeňa sa rozdelí rovným dielom medzi tie preberajúce zdravotné poisťovne, ktorých podiel na trhu neprevyšuje 100 % / N (hraničný podiel), kde N je počet poisťovní (okrem odovzdávajúcej). V tomto kroku sa teda neposilní pozícia subjektov s nadpriemerným podielom na trhu. Druhá polovica poistného kmeňa sa rozdelí medzi všetky preberajúce zdravotné poisťovne pomerne podľa podielu prepočítaných poistencov. Rozdelenie poistencov medzi viacero poisťovní pri pomernom prevode je náhodné, s využitím softvéru a pod dohľadom preberajúcich zdravotných poisťovní. Ustanovenie upravuje aj pravidlá zaokrúhľovania pri pomernom delení poistného kmeňa.

Výšku odplaty za prevod poistného kmeňa určuje úrad v rozhodnutí o odplate za prevod poistného kmeňa, avšak v prípade dohody medzi preberajúcou zdravotnou poisťovňou a odovzdávajúcou zdravotnou poisťovňou je viazaný výškou odplaty uvedenou v takejto dohode. V prípade neexistencie dohody medzi poisťovňami alebo v prípade zmeškania lehoty na jej predloženie úradu, výšku odplaty určuje znalec ustanovený úradom.

**K bodu 42 (§ 61c)**

§ 61c obmedzuje dôvody odvolania a vylučuje odkladný účinok odvolania. Obmedzenie a vylúčenie odkladného účinku odvolania má za cieľ maximálne urýchliť konanie v záujme stability procesu prevodu poistného kmeňa, garancie pre poistencov, poskytovateľov i platiteľov poistného ako aj právnej istoty pre zdravotné poisťovne. Ustanovuje aj dôvody, na základe ktorých úrad rozhodnutie zmení alebo zruší a konanie zastaví. Odchylným spôsobom od správneho poriadku sa vymedzuje okruh účastníkov konania; účastníkom konania o  nútenom prevode poistného kmeňa sú všetky zdravotné poisťovne. V prípade núteného prevodu poistného kmeňa je vylúčená pôsobnosť Protimonopolného úradu SR na posudzovanie prípadnej koncentrácie.

**K bodu 42 (§ 61d)**

§ 61b upravuje prípady, ak je niektoré z rozhodnutí vedúcich k prevodu poistného kmeňa zrušené súdom alebo úradom a ustanovuje sa spätný prevod poistného kmeňa na odovzdávajúcu zdravotnú poisťovňu. Dôvodom nevykonania spätného prevodu je zrušenie alebo zánik platnosti povolenia odovzdávajúcej zdravotnej poisťovne. V takomto prípade úrad nariadi nútený prevod ku dňu, ku ktorému by došlo k spätnému prevodu. Podľa navrhovanej úpravy sa spätný prevod nevykoná ani v prípade, ak poistenec zmenil zdravotnú poisťovňu pred zrušením rozhodnutia.

**K bodu 42 (§ 61e)**

Podľa navrhovanej úpravy sa pri prevode poistného kmeňa prevádzajú účty poistencov spolu s príslušnou dokumentáciou. Súčasťou prevodu poistného kmeňa je aj postúpenie splatných pohľadávok odovzdávajúcej zdravotnej poisťovne na úhradu preddavkov na poistné a úrokov z omeškania za mesiace v danom roku predchádzajúce mesiacu prevodu poistného kmeňa. Pri prevode časti poistného kmeňa sa postupujú len pohľadávky súvisiace s poistným za poistencov, ktorých prihlášky boli predmetom prevodu časti poistného kmeňa. Upravuje sa aj prevod čiastočných úhrad postupovaných pohľadávok zaplatených odovzdávajúcej zdravotnej poisťovní ešte pred účinnosťou postúpenia pohľadávok tak, aby bol v súlade s údajmi do mesačného prerozdeľovania.

**K bodu 42 (§ 61f)**

Ustanovujú sa oznamovacie povinnosti preberajúcej zdravotnej poisťovne voči poistencom, ktorých sa prevod týka a povinnosť doručiť takýmto poistencom preukaz poistenca, resp. aj európsky preukaz. Do času doručenia preukazu je poistenec oprávnený preukazovať sa u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti preukazom poistenca, resp. európskym preukazom. V § 61f sa zakotvujú aj ďalšie práva poistencov, ktorých potvrdená prihláška sa stala predmetom prevodu poistného kmeňa.

Ide o právo poistenca odmietnuť, aby jeho prihláška na verejné zdravotné poistenie bola predmetom prevodu poistného kmeňa, ak ide o zmluvný prevod poistného kmeňa a odovzdávajúca zdravotná poisťovňa neodchádza dobrovoľne z trhu (odseky 3 a 4). Ďalej je to právo poistenca vybrať si inú preberajúcu zdravotnú poisťovňu v prípade, ak ide o pomerný prevod na viaceré zdravotné poisťovne. V takejto situácii poistenec už nemá možnosť odmietnuť prevod (nemal by kde zostať), ale môže si vybrať inú preberajúcu zdravotnú poisťovňu, ak ustanoveným spôsobom prejaví svoju vôľu. Upravuje sa aj odvádzanie preddavkov na poistné platiteľmi poistného za poistencov, ktorých prihlášky sa stali predmetom prevodu poistného kmeňa: za mesiace pred mesiacom prevodu kmeňa odovzdávajúcej zdravotnej poisťovni, v ostatných mesiacoch preberajúcej zdravotnej poisťovni. Ak platiteľ poistného zaplatí preddavky (nesprávne) odovzdávajúcej zdravotnej poisťovni: odovzdávajúca zdravotná poisťovňa je v takom prípade povinná ich previesť na preberajúcu zdravotnú poisťovňu. V súvislosti s prevodom poistného kmeňa sa rieši aj príslušnosť zdravotnej poisťovne na mesačné prerozdeľovanie preddavkov na poistné (odsek 8) vo väzbe na platenie preddavkov na poistné platiteľmi poistného za poistencov, ktorých potvrdené prihlášky sa stali predmetom prevodu poistného kmeňa v odseku 6.

**K bodu 42 (§ 61g)**

Upravuje sa príslušnosť zdravotnej poisťovne na ročné zúčtovanie poistného poistenca, ktorého prihláška sa stala v priebehu roka predmetom prevodu poistného kmeňa, resp. aj za osoby, ktorým zaniklo verejné zdravotné poistenie po prevode jeho prihlášky (napríklad ak je zamestnaná v cudzine a je zdravotne poistená na území štátu, v ktorom vykonáva činnosť zamestnanca). Odovzdávajúca zdravotná poisťovňa, ktorá previedla celý poistný kmeň a jej povolenie bolo zrušené alebo zanikla jeho platnosť, je naposledy príslušná na ročné zúčtovanie poistného za kalendárny rok predchádzajúci roku prevodu poistného kmeňa.

**K bodu 42 (§ 61h)**

V § 61h sa upravuje postup prerozdeľovania poistného. V dôsledku prevodu poistného kmeňa. Súčet výsledkov mesačných prerozdelení odovzdávajúcej poisťovne sa pripočítajú k súčtu výsledkov mesačných prerozdeľovaní preberajúcej poisťovne. Ak je preberajúcich poisťovní viac, ustanovuje sa pomerný kľúč, v akom sa rozdelí súčet výsledkov mesačných prerozdelení odovzdávajúcej zdravotnej poisťovne medzi preberajúce zdravotné poisťovne. Taktiež sa upravuje postup pri ročnom prerozdeľovaní pri prevode časti poistného kmeňa odovzdávajúcej zdravotnej poisťovne. Upravuje sa aj situácia, pri ktorej sa ročného prerozdelenia zúčastňuje aj odovzdávajúca zdravotná poisťovňa s cieľom zamedziť duplicitám (odsek 4). V odseku 5 sa ustanovuje príslušnosť zdravotnej poisťovne na ročné prerozdeľovanie poistného v prípade prevodu poistného kmeňa. V danom prípade je príslušná preberajúca zdravotná poisťovňa (resp. viaceré poisťovne, ak sa prevod uskutočnil na viaceré poisťovne) a prípadne aj odovzdávajúca poisťovňa (viď odsek 4).

**K bodu 43 (§ 64 ods. 1)**

Nadväzujúce úprava na navrhované vypustenie odseku 10 z § 11.

**K bodu 44 (§ 66a)**

Navrhované vypustenie odsekov 7 až 9 z § 66a predstavuje dve opatrenia, ktoré sa navrhujú z nasledovných dôvodov.

1. Odseky 7 a 8 riešia povinnosti likvidátora, ktoré priamo alebo nepriamo súvisia s prevodom poistného kmeňa. Aj vzhľadom na navrhovanú podrobnú úpravu poistného kmeňa nie je žiaden osobitný dôvod na osobitnú úpravu, ktorá je navyše mätúca. Prečo má likvidátor prevádzať pohľadávky na poistnom na poisťovňu, ktorá prevzala kmeň? Z ich vymoženia alebo predaja v rámci riadnej súťaže (a nielen jednej osobe, ktorá si tým pádom bude diktovať podmienky predaja) môže získať fondy na úhradu záväzkov voči poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.
2. Odsek 9 je reliktom, ktorý stráca zmysel po zavedení novej úpravy postupovania pohľadávok v navrhovanom § 85g.

**K bodu 45 (§ 77a ods. 2)**

V zákone chýba poznámka pod čiarou k odkazu 12. Navrhovaná zmena je vhodnejšia ako doplnenie poznámky pod čiarou, ktorá má len informatívny charakter. Obdobná úprava vyplýva aj z § 85h zákona.

**K bodu 46 (§ 77a ods. 4)**

Súčasné znenie ustanovenia § 77a ods. 4 nezahŕňa celý okruh subjektov, voči ktorým môže smerovať návrh na začatie konania (napr. tzv. „osoby dobrovoľne nezamestnané“) a súčasné označenie subjektov nie je dostatočné. Zamestnávateľom môže byť fyzická osoba a nemusí mať pridelené IČO, podľa súčasného znenia bude takýto subjekt označený iba menom. Pri SZČO chýba rodné číslo a bez tohto identifikátora nie je možné subjekt nezameniteľne označiť. Úplne chýba vymedzenie identifikačných údajov pri tzv. „osobe dobrovoľne nezamestnanej“.

**K bodu 47 (§ 77a ods. 7)**

Úprava osobitného konania sa rozširuje o úpravu doručovania.

**K bodu 48 (§ 77a ods. 9)**

Upravujú sa účastníci konania o pohľadávke postúpenej podľa navrhovaného § 85g.

**K bodu 49 (§ 77b)**

V nadväznosti na zákon č. 428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov sa upravuje ustanovenie tak, aby bolo zrejmé čo je účelom poskytovania údajov jednotlivými subjektmi a dopĺňa sa ako ďalší subjekt Policajný zbor SR.

**K bodu 50 (§ 77c a § 77d)**

Úrad je povinný viesť v centrálnom registri poistencov  údaje o poistencoch, ktorým vznikne právo uplatniť si podľa § 42b zákona č. 577/2004 Z. z. limit spoluúčasti (účel poskytovania údajov). Údaje budú jednotlivými subjektmi odovzdávane na základe dohody v rozsahu, ktorý určuje zákon. Zákon č. 428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov ako podmienku poskytovania osobných údajov vyžaduje osobitnú právnu úpravu – teda osobitný zákon musí obsahovať zoznam osobných údajov, okruh dotknutých osôb a účel poskytovania údajov (§ 7 ods. 3 zákona o ochrane osobných údajov). Z uvedeného dôvodu považujeme za potrebné v zákone výslovne vymenovať údaje, ktoré majú byť úradu oznamované.

V § 77d ide o nadväzujúcu úpravu na ustanovenie povinnosti vo vládnom návrhu zákona, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 8/2009 Z. z. zákone o cestnej premávke oznamovať Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou vymedzené údaje z evidencie dopravných nehôd. Tento úrad ich bude následne poskytovať zdravotným poisťovniam za účelom efektívnejšieho vymáhania regresných náhrad.

**K bodu 51 (§ 82 ods. 3)**

Navrhuje sa, aby sa na konanie úradu aj v súvislosti s prevodom poistného kmeňa vzťahovali všeobecné predpisy o správnom konaní, ak zákon č. 581/2004 Z. z. neustanovuje inak. Táto úprava vyplýva z § 77 ods. 1 zákona č. 581/2004 Z. z.

**K bodu 52 (§ 85e)**

Legislatívno-technická úprava.

**K bodu 53 (§ 85g)**

Upravuje sa postupovanie pohľadávok zdravotnej poisťovne voči neplatičom s cieľom dosiahnuť výnosy z málo bonitných aktív. V navrhovaných pravidlách sú nastavené poistky, aby nemohol byť inštitút postupovania pohľadávok zneužitý voči poistencom, resp. zamestnávateľom.

Prvou podmienkou postúpenia pohľadávok je, že jeho predmetom môže byť len právoplatne priznaná pohľadávka (platobným výmerom alebo výkazom nedoplatkov).

Druhou podmienkou je, že postupovanie sa môže týkať len pohľadávok starších ako 18 mesiacov od právoplatnosti rozhodnutia úradu o ročnom prerozdelení poistného (31. august nasledujúceho roka). Znamená to, že postupované pohľadávky musia byť staré najmenej 26 mesiacov. Cieľom opatrenia je ochrana podnikov, ktoré sa dostali do finančných problémov v dôsledku hospodárskej krízy. Zdravotná poisťovňa môže pohľadávku postúpiť len na základe výberového konania.

**K bodu 54 (§ 86j)**

V zmysle navrhovaných prechodných ustanovení sa odkladá povinnosť tvorby a používania technických rezerv na úhradu plánovanej zdravotnej starostlivosti na 1. január 2012 vzhľadom na skutočnosť, že zmena sa prijíma uprostred účtovného a zdaňovacieho obdobia. Od účinnosti zákona zdravotná poisťovňa však takéto rezervy môže tvoriť a používať, ak sa tak rozhodla. V zmysle navrhovaných prechodných ustanovení konanie o pohľadávkach z verejného zdravotného poistenia, ktoré sa začalo podľa predpisov účinných do účinnosti navrhovanej novely zákona, sa podľa týchto predpisov aj dokončí.

**K bodu 55 (príloha č. 1)**

Navrhované doplnenie prílohy č. 1 nadväzuje na bod 6 (§ 6a ods. 1), podľa ktorého podiel na ročnom úhrne sa vypočíta podľa vzorca, ktorý je uvedený v prílohe č. 1.

**K čl. II (131/2002 Z. z. )**

Ustanovuje sa, že Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu SR je povinné poskytovať údaje pre účely ročného zúčtovania poistného Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a zdravotným poisťovniam. Zákon č. 428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov ako podmienku poskytovania osobných údajov vyžaduje osobitnú právnu úpravu – teda osobitný zákon musí obsahovať zoznam osobných údajov, okruh dotknutých osôb a účel poskytovania údajov (§ 7 ods. 3 zákona o ochrane osobných údajov). Z uvedeného dôvodu považujeme za potrebné v zákone výslovne vymenovať údaje, ktoré majú byť úradu oznamované.

**K čl. III (461/2003 Z. z.)**

Ustanovuje sa, že Sociálna poisťovňa je povinná poskytovať údaje pre účely ročného zúčtovania poistného Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a zdravotným poisťovniam. Zákon č. 428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov ako podmienku poskytovania osobných údajov vyžaduje osobitnú právnu úpravu – teda osobitný zákon musí obsahovať zoznam osobných údajov, okruh dotknutých osôb a účel poskytovania údajov (§ 7 ods. 3 zákona o ochrane osobných údajov). Z uvedeného dôvodu považujeme za potrebné v zákone výslovne vymenovať údaje, ktoré majú byť úradu oznamované.

**K čl. IV (595/2003 Z. z.)**

**K bodu 1 [§ 13 ods. 2 písm. i)]**

Výnosy z verejného zdravotného poistenia sú oslobodené od dane z príjmov v nadväznosti na § 15 ods. 6 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, podľa ktorého kladný výsledok hospodárenia z verejného zdravotného poistenia možno použiť len na úhrady podľa zákona č. 577/2004 Z. z. a to najneskôr do konca kalendárneho roka nasledujúceho po kalendárnom roku, za ktorý sa kladný výsledok vytvoril a spôsobom, ktorý by neohrozoval sústavné a účinné plnenie povinnosti zdravotnej poisťovne zabezpečovať pre poistencov dostupnosť zdravotnej starostlivosti. Z dôvodu vypustenia § 15 ods. 6 zákona o zdravotných poisťovniach je potrebné vypustiť aj oslobodenie výnosov z verejného zdravotného poistenia, aby nedošlo k situácii, že zdravotné poisťovne budú môcť použiť výsledok hospodárenia na akúkoľvek svoju činnosť napríklad na výplatu dividend, pričom výnosy z verejného zdravotného poistenia budú stále od dane z príjmov oslobodené.

**K bodu 2** **[§19 ods. 2 písm. h)]**

Uvedená úprava je vykonaná v nadväznosti na zmenu spôsobu tvorby opravnej položky k pohľadávkam zdravotných poisťovní podľa § 20 ods. 17. Ponechaním uvedeného ustanovenia by došlo k duplicitnej úprave zahrňovania odpisu pohľadávky zdravotných poisťovní do základu dane, nakoľko odpis pohľadávky do výšky opravnej položky, ktorá by bola uznaná za daňový výdavok podľa § 20 ods. 14 (podľa ktorého budú tvoriť opravné položky aj zdravotné poisťovne) je upravený v § 19 ods. 2 písm. r) zákona.

**K bodu 3** (**§ 20 ods. 16)**

Zmena je vykonaná z dôvodu jednoznačného stanovenia technických rezerv zdravotných poisťovní, ktorých tvorba je uznaným daňovým výdavkom. Ide o technické rezervy, ktoré je zdravotná poisťovňa povinná tvoriť podľa § 6 ods. 9 zákona o zdravotných poisťovniach a to rezervy na úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorá nebola ku dňu účtovnej závierky uhradená, rezervy na úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorá bola poskytnutá ku dňu účtovnej závierky, ale do tohto termínu nebol do zdravotnej poisťovne doručený účtovný doklad a rezervy na úhradu plánovanej zdravotnej starostlivosti pre poistencov zaradených do zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti.

**K bodu 4 (§ 20 ods. 17 až 19)**

Odsek 17 – Úpravou sa stanovuje možnosť tvorby opravnej položky k pohľadávke za rovnakých podmienok ako u ostatných daňovníkov, t.j. v rozsahu a v závislosti od uplynutia lehoty od nadobudnutia tejto pohľadávky stanovených v § 20 ods. 14 zákona. Opravnú položku bude zdravotná poisťovňa môcť vytvoriť k pohľadávke, pri ktorej je riziko, že ju dlžník úplne alebo čiastočne nezaplatí za predpokladu, že táto pohľadávka bola zahrnutá do základu dane.

Odsek 18 – V nadväznosti na zrušenie vyhlášky MZ SR č. 161/2006 Z. z. a zavedenie úpravy oblasti rezerv a opravných položiek na účely zákona o dani z príjmov priamo v tomto zákone sa vypúšťa splnomocňovacie ustanovenie pre Ministerstvo zdravotníctva SR na vydanie všeobecne záväzného právneho predpisu. Podľa navrhovanej úpravy tvorba technických rezerv vytváraných podľa § 6 ods. 9 zákona o zdravotných poisťovniach bude uznaným daňovým výdavkom maximálne do výšky 100 % týchto technických rezerv zaúčtovaných v účtovníctve zdravotných poisťovní.

Odsek 19 – K výnosom, ktoré boli od 1. 1. 2009 oslobodené od dane z príjmu, resp. budú aj po účinnosti tohto zákona oslobodené od dane z príjmov, si zdravotná poisťovňa nemôže uplatňovať daňové výdavky vrátane tvorby opravnej položky k pohľadávkam oslobodeným od dane z príjmov. Rovnako tvorba rezervy k nákladu, ktorý sa vzťahuje k výnosu oslobodenom od dane z príjmov, nebude daňovo uznaná. V prípade použitia a zrušenia rezerv sa postupuje rovnako.

**K bodu 5 (§ 52k)**

Prechodné ustanovenie upravuje zdanenie výnosov z verejného zdravotného poistenia v roku 2011. Ak daňovník nepoužije kladný výsledok hospodárenia z verejného zdravotného poistenia len na úhrady v rozsahu ustanovenom v zákone č. 577/2004 Z. z., je povinný zahrnúť takéto výnosy z verejného zdravotného poistenia do základu dane najneskôr v zdaňovacom období roku 2012.

**K bodu 6 (§ 53a)**

V nadväznosti na uskutočnené úpravy v oblasti rezerv a opravných položiek zdravotných poisťovní priamo v zákone o dani z príjmov sa zrušuje vyhláška Ministerstva zdravotníctva SR č. 161/2006 Z. z., ktorou sa ustanovuje rozsah a výška tvorby technických rezerv a opravných položiek k pohľadávkam, ktoré je možné zahrnúť do daňových výdavkov zdravotných poisťovní.

**K čl. V (578/2004 Z. z.)**

**K bodu 1**

Koncept pevnej siete má poistencom garantovať fyzickú dostupnosť neodkladnej ústavnej zdravotnej starostlivosti. Sieť takýchto nemocníc by mala spĺňať jednoduché generické pravidlo. Z pohľadu poistenca, nech sa nachádza v ktoromkoľvek okrese na Slovensku, by mal byť najbližší poskytovateľ v pevnej sieti priamo v jeho okrese alebo v niektorom zo susedných okresov. Bratislavu z pohľadu dostupnosti možno považovať za jedno spádové územie; rovnako mesto Košice.

Oproti normatívom stanovovaným na úroveň samosprávnych krajov toto jednoduché pravidlo garantuje rovnomernosť rozloženia nemocníc v pevnej sieti a zároveň sa  vyhýba centrálnemu určovaniu vybraných nemocníc. Umožňuje tým zdravotným poisťovniam využívať nástroj selektívneho kontraktingu na efektívny nákup kvalitnej zdravotnej starostlivosti.

Navrhuje sa zrušiť koncept koncovej minimálnej siete, ktorý viedol preukázateľne k deformáciám trhu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti zvýhodnením vybraných zdravotníckych zariadení.

**K bodu 2**

Súvisiaca úprava s navrhovaným bodom 1.

**Čl. VI (580/2004 Z. z.)**

**K bodu 1 v § 3 ods. 2**

Vyskytujú sa prípady, kedy poistenec ako samostatne zárobkovo činná osoba ide na dlhodobý pobyt mimo štátov EÚ. Podľa § 15 povinnosť platiť poistné vzniká dňom, od ktorého je poistenec samostatne zárobkovo činná osoba, ale podľa § 3 mu končí zdravotné poistenie. Uvedený § 3 by jednoznačne vyčlenil osoby, ktoré majú trvalý pobyt a nemajú byť verejne zdravotne poistené.

**K bodu 2 v § 6 ods. 10**

Zosúladenie s procesom posielania oznámení o prihláškach pri zmene zdravotnej poisťovne a taktiež z dôvodu odbúrania papierovej formy, v záujme zníženia finančných nákladov.

**K bodu 3 v § 6 ods. 10 písm. b)**

Upravuje sa forma komunikácie medzi zdravotnými poisťovňami a úradom v súvislosti s prijatými a potvrdenými prihláškami na verejné zdravotné poistenie. Písomná forma sa nahrádza formou elektronickou. V prípade prijatia prihlášky zdravotnou poisťovňou sa stanovuje lehota jej oznámenia úradu (do 10. dňa po skončení kalendárneho mesiaca, v ktorom zdravotná poisťovňa prihlášku prijala). Pre proces vyhodnocovania prihlášok je rozhodujúci dátum a čas podania prihlášky poistencom, nie dátum a čas jej prijatia zdravotnou poisťovňou.

**K bodu 4 v § 6 ods. 10 písm. c)**

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na možnosť vydať EHIC na druhej strane preukazu poistenca.

**K bodom 5 a 6 v § 6 ods. 11**

Prax ukázala, že duplicitne podaná prihláška s neskorším dátumom a časom prijatia nie je jediným dôvodom neakceptácie. Poistenec môže zmeniť zdravotnú poisťovňu iba v prípade, že má aktuálne platný poistný vzťah v inej zdravotnej poisťovni. Túto skutočnosť môže úrad preveriť iba oproti údajom v Centrálnom registri poistencov (CRP), kde musí poistenca identifikovať podľa rodného čísla, mena a priezviska a preveriť, či má platný poistný vzťah. Z tohto preverovania môžu potenciálne vzniknúť ďalšie dôvody neakceptácie:

* na prihláške je iné meno alebo priezvisko ako v CRP pri rovnakom rodnom čísle; poistenec sa nedá identifikovať a určiť, v ktorej zdravotnej poisťovni má aktuálne platný poistný vzťah,
* úmrtie – poistenec je evidovaný v CRP ako zomretý,
* dátum narodenia na prihláške nesúhlasí s rodným číslom – ide o nesprávne vyplnené údaje,
* chybné rodné číslo, ktoré neprejde syntaktickými kontrolami (napr. nesedí MOD11; do roku narodenia 31.12.1953 je rodné číslo deväť miestne a od roku narodenia 1.1.1954 je rodné číslo desať miestne a pod.) - ide o nesprávne vyplnený údaj,
* poistenec nie je v CRP – to znamená, že nemôže mať ani aktuálny platný poistný vzťah, na základe ktorého by mohol zmeniť zdravotnú poisťovňu,
* nemá zdravotnú poisťovňu – poistenec bol v CRP identifikovaný, ale nemá evidovaný aktuálne platný poistný vzťah, a teda nemôže zmeniť zdravotnú poisťovňu,
* „rovnaká zdravotná poisťovňa“ - poistenec bol v CRP identifikovaný, ale má evidovaný aktuálne platný poistný vzťah v tej zdravotnej poisťovni, do ktorej podal prihlášku na zmenu zdravotnej poisťovni, a teda nemôže zmeniť zdravotnú poisťovňu.

Úrad nezasiela informácie o potvrdení prihlášky na verejné zdravotné poistenie, ale o akceptácii resp. neakceptácií prihlášky. Prihlášku na verejné zdravotné poistenie pri zmene zdravotnej poisťovne potvrdzuje zdravotná poisťovňa podľa § 6 ods. 11 písm. b) bod 2 zákona č. 580/2004 Z.z. do 15. decembra a podľa § 6 ods. 11 písm. b) bod 4 zákona č. 580/2004 Z.z. oznamuje úradu potvrdenie prihlášky do 20. decembra príslušného kalendárneho roka.

**K bodu 7 v § 7 ods. 4**

Uvedená lehota 8 dní (kalendárnych) je nepostačujúca, vzhľadom na to, že do tejto lehoty spadajú dva sviatky (voľné dni) – 1. a 6. január; v kombinácii s víkendom to môže podstatne skrátiť časový priestor pre splnenie povinnosti zo strany poistenca. Vzhľadom na to, že lehota je hmotnoprávna, podľa súčasného znenia zákona je potrebné, aby posledný deň lehoty bol preukaz doručený zdravotnej poisťovni, čo nie je možné vzhľadom na to, že poistenec nemôže ovplyvniť dĺžku trvania poštovej prepravy. Navrhovanou úpravou sa odstránia rôzne výklady tohto ustanovenia a zavedú sa rovnaké pravidlá počítania tejto lehoty, aké platia pri počítaní procesných lehôt.

**K bodu 8 v § 8 ods. 1**

Zabezpečia sa tak „bydliskové“ nárokové doklady EÚ.

**K bodu 9 v § 9 ods. 2**

Ustanovuje sa, že ak sa poistenec nachádza v zozname dlžníkov, ktorý zverejňuje zdravotná poisťovňa, má nárok iba na úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Zoznam neplatičov musí byť priamo prepojený na posudzovanie neodkladnej starostlivosti, do zoznamu sa nedostane osoba, za ktorú nezaplatil poistné zamestnávateľ. Odopretie poskytovania zdravotnej starostlivosti bezprostredne po nezaplatení splatného poistného by viedlo k možnému poškodeniu poistencov, ktorí iba nesprávne označili platbu poistného. Lehota 3 mesiace zabezpečuje dostatočný časový priestor pre spárovanie platieb poistného, čím sa zníži chybovosť údajov a zníži sa tak pravdepodobnosť poškodenia poistenca. Súčasne sa zabezpečuje súlad so zoznamom vedeným poisťovňou podľa § 25 ods. 1 písm. e) 2. bod tohto návrhu. V zozname nebudú uvedení dlžníci voči ktorým bude evidovaná nepatrná pohľadávka. Povinne zverejňovaný zoznam zdravotnou poisťovňou bude automaticky zoznamom slúžiacim pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pre posúdenie rozsahu poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

**K bodu 10 v § 10a ods. 1**

Umožňuje sa zdravotnej poisťovni, aby európsky preukaz vydala poistencovi na jeho preukaz poistenca, tak aby z jednej strany bol preukaz poistenca a z druhej strany európsky preukaz.

Navrhuje sa, aby sa poistenec mohol pred každým poskytnutím zdravotnej starostlivosti u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti preukázať nielen preukazom poistenca, ale aj európskym preukazom. Tento návrh by zvýšil komfort poistencov a zároveň neoslabil jednoznačnú identifikáciu poistenca, keďže

-     európsky preukaz obsahuje rovnaké unikátne a nevyhnutné identifikačné údaje ako preukaz poistenca (meno, priezvisko, rodné číslo, identifikácia poisťovne), z tohto hľadiska je preto európsky preukaz vhodnou náhradou,

-     takéto právo vzniká len poistencom podľa tohto zákona, nehrozí preto preukazovanie sa zo strany z hľadiska slovenskej legislatívy nepoistených cudzincov,

-     podľa zákona je poistenec pri zmene poisťovne rovnako povinný vrátiť európsky preukaz ako preukaz poistenca, preto slúži rovnako ako unikátny identifikačný nástroj poistenca.

Nakoľko sa pre vydanie preukazu poistenca podľa zákona nevyžaduje podanie žiadosti a súčasne pri vzniku a zmene poistného vzťahu sú presne stanovené lehoty pre jeho vydanie a preukázateľné doručenie poistencovi, je vhodné uvedenú úpravu zosúladiť tak, že na vydanie samotného európskeho preukazu sa bude vyžadovať akákoľvek žiadosť poistenca, ktorá nemusí byť písomná. A súčasne v prípade, ak bude zdravotná poisťovňa vydávať európsky preukaz na preukaze poistenca, aby pri vzniku a zmene poistného vzťahu nebolo potrebné vôbec podávanie žiadosti (žiadosť je de facto prihláška poistenca) a aby nebola určená ani osobitná lehota pre jeho vydanie, tá je daná v § 6.

Vydávanie európskeho preukazu na spoločnom nosiči s národným preukazom poistenca umožňujú nariadenia ES č. 883/2004 a 987/2009. Je však potrebné dodržať technické špecifikácie európskeho preukazu ustanovené v rozhodnutí Správnej komisie č. S2 (publikovanom v ÚV EÚ C106 z 24.4.2010) a povinné údaje európskeho preukazu ustanovené v rozhodnutí Správnej komisie č. S1 (publikovanom v ÚV EÚ C106 z 24.4.2010) . Zároveň musí byť preukaz na plastovom nosiči. Rovnako je potrebné o tejto zmene v národnom postupe informovať vopred Správnu komisiu pre koordináciu systémov sociálneho zabezpečenia. Ak by sa európsky preukaz považoval aj za národný preukaz zdravotného poistenia, za súčasného legislatívneho stavu môže nastať problém s rozsahom zdravotnej starostlivosti, ktorú by mal slovenský poskytovateľ zdravotnej poskytnúť jeho nositeľovi poskytnúť, pretože nie každý nositeľ má na území Slovenskej republiky nárok na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v plnom rozsahu (napr. dôchodcovia a ich nezaopatrení rodinní príslušníci s bydliskom v inom členskom EÚ, ktorý je uvedený v prílohe 3 k nariadeniu ES č. 987/2009.

**K bodu 11 v § 10a**

Nakoľko je v súčasnosti poplatok za vydanie európskeho preukazu 0 € a za národný preukaz sa poplatok nevyberá, vypúšťajú sa odseky 3 a 5 v plnom rozsahu.

**K bodu 12 v § 10a ods. 3**

Uvedená lehota 8 dní (kalendárnych) je nepostačujúca, vzhľadom na to, že do tejto lehoty spadajú dva sviatky (voľné dni) - 1. a 6. január; v kombinácii s víkendom to môže podstatne skrátiť časový priestor pre splnenie povinnosti zo strany poistenca. Vzhľadom na to, že lehota je hmotnoprávna, podľa súčasného znenia zákona je potrebné, aby posledný deň lehoty bol preukaz doručený zdravotnej poisťovni, čo nie je možné vzhľadom na to, že poistenec nemôže ovplyvniť dĺžku trvania poštovej prepravy. Navrhovanou úpravou sa odstránia rôzne výklady tohto ustanovenia a zavedú sa rovnaké pravidlá počítania tejto lehoty, aké platia pri počítaní procesných lehôt.

**K bodu 13 v § 10b ods. 1**

Podľa § 5 ods. 1 písm. a) zákona č. 595/2003 Z. z. o dani z príjmov v znení neskorších predpisov, príjmami zo závislej činnosti sú príjmy zo súčasného alebo z predchádzajúceho pracovnoprávneho vzťahu, služobného pomeru, štátnozamestnaneckého pomeru alebo členského pomeru, alebo z obdobného vzťahu, v ktorom je daňovník pri výkone práce pre platiteľa príjmu povinný dodržiavať pokyny alebo príkaz platiteľa príjmu. Odchodné a výsluhový príspevok v tomto ustanovení nie sú uvedené. Podľa § 9 ods. 2 písm. f) zákona č. 595/2003 Z. z. dávky výsluhového zabezpečenia a služby sociálneho zabezpečenie príslušníkov ozbrojených zložiek poskytované podľa zákona č. 328/2002 Z. z. sú oslobodené od dane, okrem výsluhového príspevku, odchodného a rekreačnej starostlivosti. Vzhľadom k tomu, že vznik nároku na výsluhový príspevok je podmienený splnením podmienok v § 31 zákona č. 328/2002 Z. z. a odchodné je podmienený splnením podmienok v § 33 zákona, neboli začlenené do § 5 ods. 1 zákona č. 595/2003 Z. z., teda nemôžu byť zaťažené odvodmi na zdravotné poistenie. Predmetné dávky sú dávkami sociálneho zabezpečenia, teda nemôžu byť príjmom v zmysle citovaného ustanovenia § 5 zákona č. 595/2003 Z. z. Vzhľadom na uvedené, poberateľ dávky výsluhového zabezpečenia preto nemôže byť zamestnancom na účely zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

**K bodu 14 v § 11 ods. 7**

Poistencom štátu ostáva aj osoba, ktorá poberá rodičovský príspevok z iného členského štátu, ak tam nie je zdravotne poistená.

**K bodu 15 v § 17a ods. 11**

Ustanovuje sa poplatok za vydanie výkazu nedoplatkov. Zdravotné poisťovne čelia obrovskému nárastu nákladov. Tieto náklady sú dnes účtované na ťarchu prevádzkovej réžie, čo nie je správne, zodpovednosť za chýbajúce peniaze vo verejnom zdravotnom poistení majú byť prenesené na dlžníkov.

**K bodu 16 v § 18 ods. 1**

Ustanovuje sa nová úroková sadzba pri určovaní úroku z omeškania z dlžnej sumy.

**K bodom 17 až 19**

Legislatívno-technické úpravy.

**K bodu 20 v § 19 ods. 21**

Navrhuje sa jednoznačne vyriešiť otázku príslušnej zdravotnej poisťovne na účely ročného zúčtovania poistného v prípade „prepoisťovania“ poistenca v priebehu roka na základe prevodu poistného kmeňa.

**K bodu 21**

Navrhuje sa, aby sa v mesačných výkazoch uvádzal údaj o výške príjmu, ktorý mal byť vyplatený zamestnancovi a nie o výške príjmu, ktorý bol skutočne zamestnancovi vyplatený. Pre potreby odvodov na verejné zdravotné poistenie by mal byť kľúčový hrubý príjem zamestnanca, na ktorý má v zmysle pracovnej zmluvy nárok a nie skutočne vyplatený príjem, ktorý môže byť aj vo výške 0 €.

Ako príklad si dovoľujeme uviesť letecké spoločnosti, ktoré ukončili svoju činnosť, svojim zamestnancom nevyplatili príjmy, na ktoré mali nárok, do zdravotnej poisťovne odviedli odvody a zamestnanci si následne žiadali o vrátenie preplatkov na preddavkoch, nakoľko im nebol vyplatený žiaden príjem. V týchto prípadoch však nárok na preplatok nevznikol, nakoľko preddavky boli odvedené v súlade so zákonom.

**K bodom 22 až 25 a 29 v § 22, 24, § 27a**

Súvisiaca úprava s navrhovaným prevodom poistného kmeňa.

**K bodu 26 v § 23 ods. 6**

Uvedené nesplnenie povinnosti je možné sankcionovať zo strany úradu podľa § 26 ods. 1 písm. b) zákona č. 580/2004 Z.z. pokutou do výšky 331 eur. Vzhľadom na to, že nie je stanovená lehota, je toto sankcionovanie v podstate nevykonateľné.

**K bodu 27 v § 23 ods. 7**

Vzhľadom na skutočnosť, že poistenec môže zmeniť zdravotnú poisťovňu je vhodné, aby aj ostatné zdravotné poisťovne mali od Úradu informáciu o skutočnosti, že poistenec zomrel.

**K bodu 28 § 23 ods.13 a 14**

Zdravotné poisťovne evidujú veľa nepokrytých období u poistencov, pričom ZP nemá žiadnu zákonnú možnosť od týchto osôb získať informácie o platiteľovi poistného. Ustanovenia § 23 ods. 13 a 14 sa použijú na nesplnenie oznamovacích povinností po účinnosti tohto zákona.

**K bodu 30 v § 25 ods. 1**

Upravuje sa, čo má obsahovať zoznam dlžníkov, aby boli osoby identifikovateľné a nezameniteľné a aby zoznam slúžil na overenie toho, na akú zdravotnú starostlivosť má poistenec nárok. V súvislosti s posunom termínov ročného zúčtovania poistného sa posúvajú termíny v prerozdeľovaní poistného. Aby bolo možné alternatívne zverejňovať uvedené údaje buď vo forme zoznamu alebo aj v iných formách (napríklad vyhľadávanie na webovej stránke). V prípade zoznamov sa totiž bežne v praxi stáva, že iné internetové stránky s aplikáciami na vyhľadávanie, sťahujú zoznamy neplatičov zo stránok zdravotných poisťovní, pričom tieto údaje nemusia byť pravdivé a tým spôsobujú zdravotnej poisťovni problémy v podobe neoprávnene podaných sťažností rozhorčených klientov, že sa našli v zozname inej webovej aplikácie, pričom zdravotná poisťovňa ich vo svojich zoznamoch neeviduje.

**K bodu 31 v § 25 ods. 1 písm. j)**

Jednou z mnohých a často sa vyskytujúcich činností zdravotnej poisťovne je vydávanie potvrdení o stave pohľadávok platiteľov poistného pre rôzne účely, t.j. nie len v prípadoch, kedy vystavenie potvrdenia vyžaduje osobitný predpis. Vzhľadom na množstvo žiadostí evidovaných v kalendárnom mesiaci a aj často sa opakujúce žiadosti tých istých platiteľov poistného je vhodné upraviť túto povinnosť výslovne, vrátane náležitosti a formy potvrdenia. Žiadosti platiteľov sa rôznia a je preto viac ako opodstatnené zákonom upraviť formu vydávaných potvrdení.

**K bodu 32 a 33 v § 27 a § 27a**

Príslušnosť zdravotnej poisťovne na mesačné a ročné prerozdeľovanie poistného pri prevode poistného kmeňa upravuje § 61f zákona č. 581/2004 Z. z. v znení zákona č. .../2011 Z. z.

**K bodu 34 v § 29b**

Úrad je povinný viesť v centrálnom registri poistencov podklady pre ročné zúčtovanie, údaje o poistencoch za ktorých je platiteľom štát. Aby tieto údaje úrad získal, musí uzatvoriť s jednotlivými subjektmi dohody, ktorých rozsah a účel je vyjadrený v zákone .

Zákon č. 428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov ako podmienku poskytovania osobných údajov vyžaduje osobitnú právnu úpravu – teda určenie rozsahu a účelu poskytovania osobných údajov. Zákon v § 11 ods. 7 vyjadruje účel poskytovania údajov a okruh dotknutých osôb. Z uvedeného dôvodu je potrebné v zákone výslovne vymenovať rozsah údajov, ktoré majú byť úradu poskytované na základe uzatvorenej dohody.

**K bodu 35 v § 38**

Prechodné ustanovenia. Zoznamy dlžníkov sa uverejnia prvýkrát v októbri 2011.

Ustanovuje sa povinnosti platiteľov poistného – zamestnávateľov predkladať súhrnný výkaz za svojich zamestnancov pre potreby vykonania ročného zúčtovania zdravotného poistenia za rok 2011. Pre potreby vykonania ročného zúčtovania za rok 2011 je nevyhnutné disponovať všetkými súhrnnými výkazmi, v opačnom prípade nebude zdravotná poisťovňa objektívne schopná ročné zúčtovanie vykonať. Vychádza sa z návrhu zákona schváleného v NR SR dňa 5.4.2011, ktorým sa navrhuje zaviesť povinnosť vykonávať ročné zúčtovanie poistného zdravotnými poisťovňami za všetkých platiteľov poistného a ktorý prezident podpísal 19.4.2011.

**K čl. VII**

Dátum účinnosti sa navrhuje vzhľadom na predpokladanú dĺžku legislatívneho procesu.

V Bratislave 28. apríla 2011

**Iveta Radičová, v.r.**

predsedníčka vlády

Slovenskej republiky

**Ivan Uhliarik, v.r.**

minister zdravotníctva

Slovenskej republiky