**Osobitná časť**

**Čl. I**

**K bodu 1 a 2**

Ide o zosúladenie  oznamovacích povinností zdravotnej poisťovne v súvislosti s novou právnou úpravou.

**K bodom 3 až 12**

Mení a dopĺňa sa celá tretia časť zákona. Do prerozdeľovacieho mechanizmu sa zavádza nový prediktor chorobnosti, a to farmaceuticko-nákladové skupiny. V súvislosti s tým sa upravujú nové povinnosti zdravotných poisťovní v súvislosti s mesačným a ročným prerozdeľovaním poistného a novým spôsobom výpočtu indexov rizika nákladov.

V § 27 sa dopĺňa povinnosť zdravotnej poisťovne predkladať okrem doterajších údajov aj údaje o počte poistencov zaradených do farmaceuticko-nákladových skupín a zoznam týchto poistencov. Súčasne je informácia o ich počte uvedená v rozhodnutí o mesačnom prerozdeľovaní.

Podobne v § 27a upravujúcom ročné prerozdelenie sa dopĺňa povinnosť predložiť počty poistencov zaradených do farmaceuticko-nákladových skupín.

**K bodu 13**

V § 27b sa definuje nový prediktor - farmaceuticko-nákladové skupiny ako kategória v rámci procesu prerozdelenia, ktorá slúži na objektivizáciu indexov rizika. Stanovujú sa pravidlá pre zaradenie poistenca do konkrétnej farmaceuticko-nákladovej skupiny a určujú sa kritéria pre farmaceuticko-nákladovú skupinu, ktoré musí spĺňať, aby sa stala súčasťou prerozdeľovacieho mechanizmu. Úrad je povinný hocikedy počas roka preveriť splnenie uvedených kritérií pre každú ďalšiu farmaceuticko-nákladovú skupinu, ktorá zatiaľ nie je súčasťou prerozdeľovacieho mechanizmu. Úradu sa stanovujú zdroje údajov na tento prepočet a lehota, v ktorej musí byť prepočet vykonaný.

**K bodu 14**

V §28 zákon upravuje zdroje údajov potrebných na každoročný výpočet indexov rizika nákladov. Úrad na základe týchto údajov preverí, či všetky farmaceuticko-nákladové skupiny spĺňajú kritéria a o tomto informuje ministerstvo. Upravujú sa splnomocňovacie ustanovenia na vydanie všeobecne záväzných právnych predpisov.

**K bodu 15**

Upravujú sa prechodné ustanovenia k úprave účinnej od 1. júna 2012.

**Čl. II**

**K bodu 1**

Odkaz na správne ustanovenie zákona.

**K bodu 2**

V návrhu zákona sa z pôvodných 3 ukazovateľov platobnej schopnosti rušia dva, a to ukazovateľ kapitálovej primeranosti a ukazovateľ pomeru krátkodobých pohľadávok a záväzkov (tzv. current ratio) .

Ukazovateľ kapitálovej primeranosti sa ruší z dôvodu, že nezohľadňuje špecifiká systému verejného zdravotného poistenia. Mechanizmus preukazovania platobnej schopnosti cez ukazovateľ kapitálovej primeranosti je vlastný pre komerčné poisťovne a nie je vhodný pre zdravotné poisťovne v povinnom zdravotnom poistení. Zohľadňuje riziká poisťovní pri komerčnom poistení vyplývajúce z predmetu ich podnikania, investovania voľných zdrojov, manažmentu pomeru krátkodobých a dlhodobých záväzkov a pod., kde si poisťovne samé určujú výšku poistného podľa rizikovosti, čo však nie je prípad verejného zdravotného poistenia. Verejné zdravotné poistenie nie je založené na podnikaní, výška poistného je presne určená zákonom bez možnosti jej zvýšenia alebo zníženia, poistné podlieha prerozdeľovaniu na základe princípu solidarity. Zdravotné poisťovne v zásade fungujú na priebežnom systéme, pričom sa viac ako komerčným poisťovniam približujú fungovaniu Sociálnej poisťovne, ktorá tieto parametre plniť nemusí. Je nesystémové používať rovnaké princípy, ktoré sa uplatňujú pri podnikateľských subjektoch (komerčné poistenie), na preukazovanie platobnej schopnosti 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 považuje sa za neekonomickú aktivitu.

Návrh na zrušenie druhého ukazovateľa vychádza z toho, že sledovanie pomeru krátkodobých aktív a záväzkov samo o sebe, bez nadväzujúcich ďalších analýz, má pomerne malú vypovedaciu schopnosť. V zdravotnom poistení existujú rôzne špecifiká, ktorú môžu všeobecne platné zásady narušovať, a preto tento ukazovateľ nemožno brať sám o sebe pre posudzovanie platobnej schopnosti poisťovne.

Na účinnú reguláciu finančného zdravia zdravotných poisťovní postačuje v plnej miere preukazovať platobnú schopnosť schopnosťou uhrádzať záväzky voči poskytovateľom v lehote, ktorá nepresiahne 30 kalendárnych dní odo dňa zmluvne dohodnutej lehoty splatnosti záväzkov voči poskytovateľom. Zároveň sa sprísňujú pravidlá, nakoľko zdravotná poisťovňa môže evidovať ku dňu, ku ktorému vykazuje platobnú schopnosť, záväzky voči poskytovateľom, ktoré sú viac ako 30 dní po lehote splatnosti, iba v objeme 0,2% objemu všetkých záväzkov, oproti pôvodným 0,5% objemu všetkých záväzkov počas troch po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov.

**K bodu 3**

V zákone sa definuje povinnosť zdravotným poisťovniam odovzdávať údaje potrebné na mesačné a ročné prerozdeľovanie a výpočet indexov rizika nákladov.

**K bodu 4**

Index rizika nákladov na zdravotnú starostlivosť je počítaný aj z ďalších parametrov, nie iba z dvoch demografických údajov, z uvedeného dôvodu má pojem index rizika širší význam.

**K bodu 5**

Legislatívno-technická úprava.

**K bodom 6 a 7**

Dopĺňa a spresňuje sa pôsobnosť úradu v súvislosti s jeho činnosťou vo vzťahu k zefektívňovaniu prerozdeľovania poistného.

**K bodu 8**

Legislatívno-technická úprava (oprava vnútorného odkazu)

**K bodu 9**

Úprava povinnosti zverejňovania vo Vestníku úradu z dôvodu úpravy preukazovania platobnej schopnosti.

**K bodom 10 a 11**

Opätovné zavedenie možnosti odvolania predsedu úradu a členov správnej rady vládou na

návrh ministra zdravotníctva aj z iných dôvodov ako v zákone taxatívne vymenovaných, nakoľko tak nie je možné urobiť ani pri objektívnom zistení nedostatkov v práci a vedení úradu, bez právoplatného odsúdenia za spáchanie trestného činu. Súčasne sú uvedeným ustanovením zosúladené možnosti odvolania s možnosťami odvolania členov dozornej rady úradu.

**K bodom 12 až 15**

Z dôvodu zmeny vykazovania platobnej schopnosti zdravotných poisťovní nemajú uvedené

ustanovenia opodstatnenie.

**Čl. III**

Navrhuje sa účinnosť.