**Dôvodová správa**

**Všeobecná časť**

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky predkladá 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 niektorých zákonov ako iniciatívny materiál.

Vymáhanie pohľadávok na poistnom sa realizuje v súčasnosti dvoma spôsobmi, výkazom nedoplatkov prostredníctvom zdravotných poisťovní alebo platobným výmerom prostredníctvom Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „Úrad“). Navrhuje sa zrušiť možnosť vydania platobného výmeru Úradom, nakoľko tento nemal dostatočný čas na preverenie situácie poistenca. Cieľom je zabezpečiť, aby vymáhanie pohľadávok na poistnom sa v prvom stupni realizovalo výlučne prostredníctvom zdravotných poisťovní. Navrhuje sa zrušiť možnosť vydania platobného výmeru Úradom. Úlohy druhostupňového (odvolacieho) orgánu v plnej miere prevezme Úrad.

Prerozdeľovanie poistného sa v súčasnosti vykonáva pri zohľadnení demografických indexov, farmaceuticko-nákladových skupín a nadlimitnej sumy. Napriek týmto prvkom prerozdeľovací systém nedostatočne predikuje výdavky na zdravotnú starostlivosť v budúcnosti. Je snahou zachovať prerozdeľovací mechanizmus a naďalej ho zdokonaľovať tak, aby v čo najvyššej miere bránil selekcii rizika poisťovňami, a aby každá poisťovňa mala k dispozícii rovnaký objem zdrojov na poistenca s vybranými charakteristikami. V situácii, kedy zdravotná poisťovňa spravuje verejné zdroje je nevyhnutné, aby zdravotné profily poistencov jednotlivej zdravotnej poisťovne nespôsobovali nerovnaké postavenie zdravotných poisťovní navzájom. Preto sa navrhuje nový parameter „viacročné nákladové skupiny“, podľa ktorého sa na základe nákladov z posledných troch rokov pre každého poistenca stanoví index rizika nákladov.

Viaceré čiastkové oblasti, týkajúce sa výkonu verejného zdravotného poistenia, ktorých potreba riešenia vyplynula z aplikačnej praxe (úprava dohľadu úradu pre dohľad, obete obchodovania s ľuďmi a ich verejné zdravotné poistenie, spresnenie náležitostí prihlášky poistenca, úprava ustanovení o ročnom zúčtovaní poistného, proces predpisovania pohľadávok, odpisovania pohľadávok a pod.).

Návrh zákona je v súlade s Ústavou Slovenskej republiky, ústavnými zákonmi a nálezmi Ústavného súdu Slovenskej republiky, zákonmi Slovenskej republiky a ostatnými všeobecne záväznými právnymi predpismi, medzinárodnými zmluvami a inými medzinárodnými dokumentmi, ktorými je Slovenská republika viazaná, ako aj s právne záväznými aktmi Európskej únie.

Prijatie predloženého návrhu zákona bude mať vplyv na rozpočet verejnej správy, bude mať vplyv na podnikateľské prostredie, ich dopady sú uvedené v jednotlivých analýzach. Prijatie predloženého návrhu zákona nebude mať sociálne vplyvy, vplyv na životné prostredie, informatizáciu spoločnosti a ani vplyvy na služby verejnej správy pre občana.

Návrh zákona bol predmetom medzirezortného pripomienkového konania a bol dňa 26. septembra 2018 prekovaný a schválený na rokovaní vlády Slovenskej republiky uznesením č. 445/2018.

Vzhľadom na dĺžku legislatívneho procesu sa navrhuje účinnosť návrhu zákona 20. decembra 2018, okrem zmeny v rozhodovaní, ktorých účinnosť sa navrhuje na 1. marca 2019.

**Dôvodová správa**

**Osobitná časť**

**Čl. I (zákon č. 581/2004 Z. z.)**

**K bodu 1 (§ 4 ods. 4)**

Dopĺňa sa spôsob preukazovania splnenia nezlučiteľnosti funkcií podľa § 4a z dôvodu absencie úpravy jej preukázania.

**K bodu 2 (§ 6 ods. 1 písm. b) tretí bod)**

Slovenská republika už niekoľko rokov požaduje zápis do prílohy IV nariadenia EP a Rady č.883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia, v ktorej sú uvedené štáty poskytujúce viac práv pre dôchodcov, ktorí sa vrátia do príslušného členského štátu. Obmedzenie rozsahu zdravotnej starostlivosti len na potrebnú zdravotnú starostlivosť pre dôchodcov poberajúci dôchodok zo Slovenskej republiky s bydliskom v inom členskom štáte uvedených v § 3 ods. 4 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení je pre poistenca obmedzujúce a najmä z ekonomického hľadiska neopodstatnené, pretože cena poskytnutej zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike je spravidla lacnejšia, ako tá istá zdravotná starostlivosť v inom členskom štáte. Vydávanie samostatného typu preukazu P je administratívne komplikované, bez pridanej hodnoty.

**K bodu 3 (§ 6 ods. 1 písm. l))**

Navrhuje sa vypustenie na základe čoho zdravotná poisťovňa vymáha nedoplatky na poistnom alebo na úrokoch z dôvodu obsolentnosti.

**K bodu 4 (§ 6 ods. 4 písm. r))**

Ustanovuje sa povinnosť pre zdravotnú poisťovňu oznámiť ministerstvu zdravotníctva vykonávanie preventívnych prehliadok a skríningov z dôvodu nutnosti pre štát mať tieto údaje a ďalej ich spracovávať za účelom lepšieho nastavenia štátnej zdravotnej politiky. Skríning je cielený a špecifický prístup vo vyhľadávaní jedincov pri predpokladanom záchyte nerozpoznaných ochorení u zdanlivo zdravej bezpríznakovej populácie prostredníctvom testov, vyšetrení alebo iných postupov, ktoré sa dajú rýchlo a ľahko aplikovať na cieľovú populáciu. Cieľom skríningu je zvýšenie záchytu včasných štádií nie len onkologického ochorenia, zvýšenie podielu záchytu včasných štádií na úkor štádií pokročilých, zníženie úmrtnosti a incidencie, redukcia paliatívnych chirurgických operácií a paliatívnych výkonov v pokročilých štádiách.

**K bod 5 (§ 9 ods. 7 a 9)**

Legislatívno-technické spresnenie znenia, s ohľadom na inú súvisiacu legislatívu. Dietetické potraviny sú osobitná skupina.

**K bodu 6 (§ 11 ods. 1 písm. b))**

Legislatívno-technické spresnenie a zosúladenie so zákonom č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách, podľa ktorého sú subjekty povinné predkladať rozpočet na tri nasledujúce roky.

**K bodu 7 (§ 11 ods. 12)**

Ustanovuje sa povinnosť zdravotnej poisťovne zostavovať výdavky verejného zdravotného poistenia podľa štruktúry určenej po dohode s ministerstvom zdravotníctva so zohľadnením zásadných smerov a priorít štátnej zdravotnej politiky. Účelom je hospodárne, efektívne a účelné vynakladanie finančných prostriedkov verejného zdravotného poistenia.

**K bodu 8 (§ 15 ods. 1 písm. e))**

V súčasnosti je táto povinnosť účelne, efektívne a hospodárne nakladať s verejnými prostriedkami zdravotnej poisťovne definovaná len pri uzatváraní zmluvného vzťahu, pričom vzhľadom na nakladanie s verejnými prostriedkami, je nevyhnutné výslovne zabezpečiť plnenie tejto povinnosti počas trvania zmluvného vzťahu s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.

**K bodu 9 (§ 15 ods. 1 písm. w) a § 20 ods. 1 písm. e))**

Slovenská republika už niekoľko rokov požaduje zápis do prílohy IV Nariadenia EP a Rady č. 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia, v ktorej sú uvedené štáty poskytujúce viac práv pre dôchodcov, ktorí sa vrátia do príslušného členského štátu. Obmedzenie rozsahu zdravotnej starostlivosti len na potrebnú zdravotnú starostlivosť pre dôchodcov poberajúci dôchodok zo Slovenskej republiky s bydliskom v inom členskom štáte uvedených v § 3 ods. 4 je pre poistenca obmedzujúce, administratívne komplikované a najmä z ekonomického hľadiska neopodstatnené, pretože cena poskytnutej zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike je spravidla lacnejšia, ako tá istá zdravotná starostlivosť v inom členskom štáte. Vydávanie samostatného typu preukazu „P“ je administratívne komplikované, bez pridanej hodnoty.

**K bodu 10 (§ 15 ods. 1 písm. af) až ah))**

Podľa článku 4 ods. 2 nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009 zo 16. septembra 2009, ktorým sa stanovuje postup vykonávania nariadenia (ES) č. 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia v platnom znení (ďalej len „vykonávacie nariadenie“), ktoré nadobudlo účinnosť 1. mája 2010, sú Sociálna poisťovňa, úrad a Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny („ÚPSVaR“), zdravotné poisťovne („ZP“) povinné uskutočňovať elektronickú výmenu dát medzi inštitúciami členských štátov Európskej únie, štátov, ktoré sú zmluvnou stranou dohody o Európskom hospodárskom priestore a Švajčiarskej konfederácie (ďalej len „členské štáty“) prostredníctvom prístupových bodov najneskôr do konca roka 2019. Prístupový bod do systému EESSI v SR je v správe Sociálnej poisťovne.

Z dôvodu presunu funkcie prístupového bodu pre vecné dávky z úradu na Sociálnu poisťovňu, vzniká potreba novelizovať vybrané ustanovenia zákona č. 581/2004 Z. z. tak, aby boli jasne vymedzené povinnosti zdravotnej poisťovne ako príslušnej inštitúcie a inštitúcie v mieste pobytu a bydliska podľa § 6 ods. písm. r) zákona a úradu ako styčného orgánu pre vecné dávky podľa § 18 ods. 1 písm. g) zákona v elektronickej výmene dát na národnej úrovni s prístupovým bodom.

**K bodom 11 a 12 (§ 16 ods. 2 písm. b) a d))**

Upresňuje sa znenie ustanovenia účtu poistenca, kde zdravotná poisťovňa má uvádzať celkovú úhradu za zdravotnú starostlivosť, teda aj výšku paušálnej úhrady alebo výšku kapitácie v členení podľa písmena b) z dôvodu väčšej zrozumiteľnosti.

**K bodu 13 (§ 16 ods. 3 štvrtá veta)**

Navrhuje sa vypustiť poplatok za výpis z účtu. V súčasnosti sa písomné požiadavky dostávajú značne do úzadia a poistenci preferujú elektronickú formu. Z toho dôvodu sa výška príjmu z písomných žiadostí o výpis z účtu stáva zanedbateľnou položkou, ktorá zároveň ani nepokrýva všetky náklady spojené s vydaním výpisu z účtu poistenca. Zároveň predmetný poplatok kladie zvýšené nároky na administráciu celého procesu vydávania výpisu z účtu na základe písomnej žiadosti poistenca. Jeho zrušením by sa proces zjednotil a najmä zjednodušil.

**K bodu 14 (§ 16 ods. 7)**

V záujme nutnosti zosúladiť tento zákon so znením GDPR sa dopĺňa oprávnenie na spracovanie osobných údajov pre účely vykonávania verejného zdravotného poistenia, ktoré doteraz nebolo vyslovene upravené pre všetky skupiny osobných údajov.

**K bodom 15 a 16 (§ 18 ods. 1 písm. a) tretí, štvrtý bod)**

Navrhuje sa, aby pohľadávky na poistnom uplatňovala zdravotná poisťovňa povinne výkazom nedoplatkov a nie aj prostredníctvo úradu platobným výmerom. Z dôvodu právnej istoty poistenca sa navrhuje, aby konanie vo veciach vymáhania nedoplatkov z verejného zdravotného poistenia spadalo pod osobitné konanie, pričom zdravotné poisťovne majú byť prvostupňovým orgánom v tejto oblasti. Úlohy druhostupňového (odvolacieho) orgánu v plnej miere prevezme Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad“). Vypúšťa sa možnosť vymáhať pohľadávky na poistnom formou platobného výmeru.

**K bodu 17 (§ 18 ods. 1 písm. o) prvý bod)**

Navrhuje sa predĺžiť lehotu, v ktorej je úrad povinný vyhlásiť ďalšie verejné obstarávanie na organizátora prehliadok mŕtvych tiel. Stanovená jednomesačná lehota na opakované vyhlásenie predtým neúspešného verejného obstarávania je príliš krátka z hradiska efektivity a hospodárnosti práce úradu.

**K bodu 18 (§ 18 ods. 1 písm. r) druhý a tretí bod)**

Súčasná právna úprava neumožňuje úradu uhradiť úhradu za vykonanie prehliadky mŕtveho tela mimo ústavného zdravotníckeho zariadenia na základe rozpisu úradu poskytovateľovi ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Prehliadajúci lekár, ktorý zároveň prevádzkuje zdravotnícke zariadenie ambulantnej starostlivosti, je v súčasnosti povinný úhradu za prehliadku mŕtveho tela vyúčtovať ako fyzická osoba, čo v praxi spôsobuje komplikácie pri zdaňovaní tohto príjmu. Navrhovanou úpravou sa umožní, aby prehliadky mŕtvych tiel na základe rozpisu úradu vyúčtovali prehliadajúci lekári, ktorí neprevádzkujú zdravotnícke zariadenie ambulantnej starostlivosti, ako aj poskytovatelia ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ktorých lekári vykonali prehliadku mŕtveho tela.

Prehliadky mŕtvych tiel v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti v praxi zabezpečuje poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti prehliadajúcimi lekármi, ktorí sú s poskytovateľom ústavnej zdravotnej starostlivosti v pracovnoprávnom vzťahu, ako aj externe prehliadajúcimi lekármi poskytovateľa ambulantnej zdravotnej starostlivosti (t.j. lekármi, ktorí prevádzkujú zdravotnícke zariadenie ambulantnej starostlivosti alebo sú zamestnancami zdravotníckeho zariadenia ambulantnej starostlivosti) a prehliadajúcimi lekármi, ktorí neprevádzkujú zdravotnícke zariadenie ambulantnej starostlivosti a nie sú zamestnancami zdravotníckeho zariadenia ambulantnej starostlivosti (napríklad lekár, ktorý je dôchodca). Zákon v súčasnosti neumožňuje uhradiť prehliadku mŕtveho tela poskytovateľovi ústavnej starostlivosti, ani poskytovateľovi ambulantnej starostlivosti, ktorého lekár vykonáva prehliadky mŕtvych tiel v ústavnom zdravotníckom zariadení. Podľa súčasného znenia zákona úrad uhrádza úhradu za prehliadky mŕtvych tiel v ústavnom zdravotníckom zariadení priamo prehliadajúcemu lekárovi, ktorým je zdravotnícky pracovník v povolaní lekár, ktorý má vydané oprávnenie na vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel. Prehliadku mŕtveho tela teda musí úradu vyúčtovať prehliadajúci lekár ako fyzická osoba, čo v praxi spôsobuje komplikácie pri zdaňovaní tohto príjmu. Navrhovaná úprava umožní uhradiť úhradu prehliadajúcemu lekárovi, poskytovateľovi ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktorý zabezpečuje vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel v tomto zdravotníckom zariadení, ako aj poskytovateľovi ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ktorého lekár externe vykonal prehliadku mŕtveho tela v ústavnom zdravotníckom zariadení.

**K bodu 19 (§ 18 ods. 1 písm. t))**

Je vhodné, aby úrad vzdelával prehliadajúcich lekárov o kazuistikách – prípadových štúdiách úradu týkajúcich sa príčin úmrtí vzhľadom na skreslené štatistické údaje o príčinách úmrtia, spôsobené nedôsledným výkonom prehliadky mŕtvych.

**K bodu 20 (§ 20 ods. 1 písm. k))**

V súvislosti so zabezpečením služby prepravy mŕtvych sa na činnosť úradu vzťahujú právne predpisy v oblasti verejného obstarávania. Ročne úrad vynaloží cca 270.000,00 € na úhradu nákladov na prepravu mŕtvych. Novelizované znenie § 20 ods. 1 písm. k) zákona č. 581/2004 Z. z. ukladá úradu povinnosť uhrádzať náklady na prepravu mŕtveho tela aj osobe, ktorá je blízkou osobou zomrelému. Uvedené ustanovenie neurčuje maximálnu výšku nákladov, do akej je úrad povinný tieto náklady blízkej osobe zomrelého uhrádzať, z čoho vyplýva, že úrad by mal uhrádzať všetky reálne náklady blízkej osoby vynaložené na prepravu mŕtveho z miesta úmrtia na pitvu na príslušné pracovisko úradu a späť do miesta úmrtia alebo do miesta pohrebu, ak toto miesto nie je vzdialenejšie ako miesto úmrtia alebo do chladiaceho zariadenia pohrebnej služby, ak pohrebná služba bude zabezpečovať pohreb. Na jednej strane sa úrad v procese verejného obstarávania snaží zabezpečiť vykonávanie služby prepravy mŕtvych pohrebnými službami za najvýhodnejšiu cenu na trhu a na druhej strane je povinný uhrádzať náklady na prepravu mŕtveho jemu blízkej osobe bez možnosti ovplyvniť výšku týchto nákladov, čo môže výrazne ovplyvniť jeho rozpočet. Navrhuje sa preto upraviť znenie predmetného ustanovenia tak, aby úrad uhrádzal náklady blízkej osobe alebo pohrebnej službe za cenu najnižšiu na trhu.

**K bodu 21 (§ 20 ods. 1 písm. r))**

Úprava súvisí so zriadením jedného prístupového bodu pre EESSI v Sociálnej poisťovni a potrebou vymedziť podrobnosti národnej výmeny dát medzi zdravotnou poisťovňou a úradom ako styčným orgánom v oblasti refundácií a spätného vymáhania s cieľom zabezpečiť funkčnú výmenu na národnej úrovni podľa zadefinovaných pravidiel a v stanovených štandardoch.

**K bodu 22 (§ 20 ods. 2 vypustenie písm. q))**

Podľa súčasného znenia zákona je v pôsobnosti úradu uhrádzanie vykonávania prehliadok mŕtvych tiel a prepravy prehliadajúceho lekára na miesto vykonania prehliadky mŕtveho tela. V prípade, ak prehliadky mŕtvych tiel mimo ústavného zdravotníckeho zariadenia vykonáva organizátor prehliadok mŕtvych tiel, výška úhrady je predmetom zmluvy o zabezpečení vykonávania prehliadok mŕtvych tiel s organizátorom prehliadok mŕtvych tiel. V ostatných prípadoch prehliadok mŕtvych tiel mimo ústavného zdravotníckeho zariadenia a v prípadoch prehliadok mŕtvych tiel v ústavnom zdravotníckom zariadení, nie je výška úhrady právne upravená. Vzhľadom na absenciu právnej úpravy je potrebné, aby výšku a spôsob úhrady za prehliadky mŕtvych tiel a prepravu prehliadajúcich lekárov na miesto vykonania prehliadky, ako aj podrobnosti vykonávania prehliadok mŕtvych tiel upravoval úrad metodickým usmernením. Zmocňovacie ustanovenie na vydanie metodického usmernenia v zákone, bude znamenať väčšiu právnu vymožiteľnosť povinností v ňom stanovených.

**K bodu 23 (§ 20b)**

Navrhuje sa aktualizovať kompetencie a činnosti Centra pre klasifikačný systém. Navrhuje sa napríklad v rámci kompetencií Centra pre klasifikačný systém pre urýchlenie a zjednodušenie vydávať dokumenty súvisiace s klasifikačným systémom, ako napríklad definičnú príručku, katalóg prípadových paušálov a pod. nie vo forme metodických usmernení úradu. Úrad by mal byť ďalej referenčným pracoviskom pre DRG systém, v prípade, ak u užívateľov klasifikačného systému vzniknú spory alebo nezrovnalosti súvisiace s DRG systémom. Zároveň sa navrhuje vypustiť vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov v akreditovanom certifikačnom študijnom programe certifikovanej pracovnej činnosti klasifikačný systém v zdravotníctve. Úrad takéto vzdelávanie neuskutočňuje, nakoľko prax pri zavádzaní DRG systému v Slovenskej republike ukázala, že takéto vzdelávanie nie je potrebné. Spolu s vypustením tohto vzdelávania je potrebné zrušiť aj certifikovanú pracovnú činnosť klasifikačný systém v zdravotníctve, upravenú v nariadení vlády SR č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností v znení neskorších predpisov.

Navrhuje sa vypustiť dôvetok v odseku 2, aby sa užívateľmi klasifikačného systému stali všetci poskytovatelia ústavnej zdravotnej starostlivosti – nemocnice a aby v rámci DRG systému kalkulovali všetky nemocnice v Slovenskej republike.

**K bodom 24 až 29 (§ 20c)**

Osoby zapísané v zozname odborne spôsobilých osôb častokrát už nie sú zamestnancami poskytovateľov a zariadení, ktoré sú v zozname uvedené ako ich zamestnávatelia, t.j. tieto osoby si nesplnili povinnosť oznámiť úradu zmenu údajov. Keďže zákon tu neukladá sankciu za nesplnenie tejto povinnosti, navrhuje sa preniesť povinnosť nahlasovať údaje o svojich odborne spôsobilých osobách na užívateľov klasifikačného systému.

Navrhujeme doplniť do zákona povinnosť odborne spôsobilej osoby používať klasifikačné zoznamy podľa pravidiel kódovania.

**K bodu 30 (§ 20ca)**

Navrhuje sa zásadná úprava procesu osvedčovania zhody. Samotný certifikačný proces a jeho podmienky sú stanovené a vydané certifikačnou autoritou, úradom - centrom pre klasifikačný systém v zmysle dokumentu „Podrobnosti o osvedčení zhody“. Proces certifikácie musí byť flexibilný, zákon by mal len nastaviť základné pravidlá procesu certifikácie a nie ho detailne popisovať.

Úrad v procese zhody neposudzuje počítačový program ako celok, ale výstupy z neho. Zákon by nemal definovať parametre, ktoré sú posudzované v rámci procesu certifikácie, aj z dôvodu chráneného know-how a takisto flexibility ďalšieho vývoja. Navyše, vstupné a výstupné parametre sa môžu v priebehu fungovania systému DRG meniť, nie je preto vhodné ich ustanovovať' v zákone.

Navrhuje sa, aby prevzatie podkladov k procesu certifikácie bolo riešené zmluvne medzi úradom a žiadateľom o certifikáciu so záväzkom mlčanlivosti. Úrad poskytne žiadateľovi špecifikácie potrebné pre zostavenie groupera len na základe písomnej zmluvy, ktorou úrad realizuje svoj záväzok voči spoločnosti lnstitut fur das Entgeltsystem im Krankenhaus (ďalej len „InEK) so sídlom v Nemecku, zachovávať mlčanlivosť a ochranu dôverných informácií a údajov, ktoré boli úradu poskytnuté zo strany InEK za účelom zavedenia DRG v Slovenskej republike.

Úrad za všetky výkony uvedené v zmluve uhradil IneK nemalú čiastku, v tejto súvislosti je preto opodstatnené, aby komerční vývojári grouperov, ktorým úrad na vytvorenie ich grouperov poskytne potrebné špecifikácie, uhradili úradu za poskytnutie potrebnej dokumentácie poplatok. Rovnako je opodstatnené, aby tieto osoby v procese osvedčovania zhody uhradili úradu poplatok za vydanie osvedčenia o zhode ich groupera. Zavedením poplatku by sa úrad vyhol situácii, keď niektoré osoby môžu od úradu vyžadovať poskytnutie špecifikácie potrebnej pre vytvorenie groupera, bez reálneho záujmu grouper vytvoriť. Poplatok sa navrhuje doplniť do vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 765/2004 Z. z. o výške úhrady za úkony Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v znení neskorších predpisov. Predpokladá sa, že adekvátna čiastka vzhľadom k možnej komerčnej hodnote výstupu – vlastného grouperu, v prípade jeho predaja poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo iným užívateľom klasifikačného systému, bude vo výške 1500 eur za poskytnutie špecifikácií a 500 eur za prvú certifikáciu vlastného groupera.

**K bodu 31 (§ 23 ods. 1 písm. g))**

Vzhľadom na navrhovanú úpravu § 18 ods. 1 písm. a) bod 3. a 4. a § 77a zákona č. 581/204 Z. z. sa navrhuje doplniť novú kompetenciu predsedu úradu s ohľadom na zmenu systému predpisovania pohľadávok zdravotných poisťovní.

**K bodu 32 (§ 28 ods. 4)**

Navrhuje sa legislatívne zosúladiť predkladanie návrhu rozpočtu úradu s predkladaním návrhu rozpočtu verejnej správy v zmysle zákona č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy v znení neskorších predpisov.

**K bodu 33 (§ 28 ods. 6)**

Navrhuje sa doplniť medzi príjmy úradu aj iné úhrady zo štátneho rozpočtu vzhľadom na možné dofinancovanie prehliadok mŕtvych tiel zo štátneho rozpočtu.

**K bodu 34 (§ 31 písm. d))**

V nadväznosti na kompetencie úradu definované v zákone a vzhľadom na to, že tieto činnosti presahujú rámec činností dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti alebo dohľadu na vykonávaní verejného zdravotného poistenia sa ustanovuje, že vydávanie osvedčenia o zhode bude podliehať úhrade.

**K bodu 35 (§ 33 ods.1 písm. l))**

Definuje sa splnenie podmienky nemať konflikt záujmov už pri podaní žiadosti o predchádzajúci súhlas (§ 33).

**K bodu 36 (§ 33 ods. 5 písm. c))**

Dozorná rada zdravotnej poisťovne je kontrolný orgán, z uvedeného dôvodu sa požiadavka na riadiace skúsenosti javí ako nadbytočná. Osobitne pri kandidátoch do dozornej rady, z ktorých sú volení členovia dozornej rady za zamestnancov, je takéto ustanovenie až diskriminačné, nakoľko je výber kandidátov veľmi obmedzený.

**K bodu 37 (§ 38 ods. 3)**

V súčasnosti je právna úprava uvedená v § 38 nedostatočná, preto sa navrhuje, aby úrad postupoval podľa správneho poriadku pri zmene povolenia na vykonávanie verejného zdravotného poistenia.

**K bodu 38 (§ 48 ods. 5 písm. f))**

Navrhuje sa doplniť možnosť vykonať pitvu aj v prípade podozrenia na násilnú smrť, ktorá sa pitvou potvrdí alebo vyvráti.

**K bodu 39 (§ 48 ods. 14)**

Úradu sa množia požiadavky na vydanie vzoriek biologického materiálu odobratého pri pitve od blízkych osôb zomrelých, znalcov ustanovených týmito osobami a pod. Navrhuje sa doplniť právnu úpravu nakladania s takými vzorkami z dôvodu jej absencie.

**K bodom 40 (§ 50 ods. 8 a § 64 ods. 6)**

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na to, že uvedené ustanovenie bolo zo zákona už vypustené, citované ustanovenia teda odkazujú na neexistujúcu normu.

**K bodu 41 (§ 77a)**

V § 77a sa navrhuje zmena v úprave konania a rozhodovania o pohľadávkach z verejného zdravotného poistenia. Vymáhanie pohľadávok na poistnom sa realizuje v súčasnosti dvoma spôsobmi, výkazom nedoplatkov prostredníctvom zdravotných poisťovní alebo platobným výmerom prostredníctvom úradu pre dohľad na podnet zdravotnej poisťovne. Navrhuje sa zrušiť možnosť vydania platobného výmeru Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „Úrad“), nakoľko tento nemal dostatočný čas na preverenie situácie poistenca. Navrhuje sa, aby pohľadávky na poistnom uplatňovala zdravotná poisťovňa v prvostupňovom konaní vždy iba výkazom nedoplatkov. Rovnako ako dnes, ak poistenec podá námietky proti výkazu nedoplatkov s ich odôvodnením, zdravotná poisťovňa im môže v plnom rozsahu vyhovieť a výkaz nedoplatkov zrušiť alebo vydať nový výkaz nedoplatkov podľa § 17a ods. 6 a 7 alebo ak im v plnom rozsahu nevyhovie zdravotná poisťovňa do 30 dní od ich doručenia podá úradu návrh na vydanie platobného výmeru spolu s námietkami platiteľa poistného a stručným stanoviskom zdravotnej poisťovne k námietkam. Podaním návrhu na vydanie platobného výmeru na úrad výkaz nedoplatkov stráca platnosť bez upovedomenia platiteľa poistného. O návrhu je úrad povinný rozhodnúť do 15 dní odo dňa jeho prijatia.

V navrhovanej právnej úprave zdravotná poisťovňa nenavrhne Úradu pre dohľad vydať platobný výmer, ale ak námietka poistenca nevyhovie, predloží celý spisový materiál Úradu na rozhodnutie. Úrad bude postupovať podľa správneho konania, takže bude mať dostatočný čas na preskúmanie všetkých podkladov od zdravotnej poisťovne a od platiteľa poistného.

Ak úrad zo spisového materiálu zistí, že zdravotná poisťovňa napríklad pridelila poistencovi zlú kategóriu platiteľa poistného, alebo vypočítala nesprávne ročné zúčtovanie poistného alebo určila nesprávny preddavok na platenie poistného, výkaz nedoplatkov zmení alebo zruší.

**K bodu 42 (§ 77b a § 77c)**

Zavádza sa všeobecnejšia formulácia, nakoľko predkladané údaje sa využijú vo všeobecnosti pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia, nielen pri výpočte limitu spoluúčasti (napr. oprava údajov v registri poistencov úradu pri určovaní kategórie platiteľa poistného).

**K bodu 43 (poznámka 98e)**

Legislatívno-technická úprava – aktualizácia poznámky pod čiarou.

**K bodu 44 až 46 (§ 85h ods. 1 až 3)**

Vzhľadom na navrhované úpravy § 77a a navrhované úpravy § 17a v zákone 580/2004 Z. z., podľa ktorých sa ruší kompetencia úradu vydávať platobné výmery (navrhovaný § 18 ods. 1 písm. a) bod 3. a 4. zákona č. 581/2004 Z. z.), sa zosúlaďujú s touto zmenou aj tieto ustanovenia zákona.

**K bodu 47 (§ 86z)**

Ustanovuje sa prechodné ustanovenie pre konania začaté pred účinnosťou zákona, preukázanie neexistencie konfliktu záujmov a prehliadok mŕtvych.

**Čl. II (zákon č. 578/2004 Z. z.)**

**K bodom 1 a 2**

Zjednocujú sa termíny na predkladanie údajov centru pre klasifikačný systém.

**K bodu 3**

Dopĺňa sa povinnosť pre poskytovateľa vykonávať prehliadky a skríningové programy, jej vyšpecifikovanie vyplýva z nedostatočného vykonávania preventívnych prehliadok a skríningov.

**K bodu 4**

V nadväznosti na navrhovanú povinnosť sa táto premieta do pokút.

**Čl. III (zákon č. 580/2004 Z. z.)**

**K bodu 1 (§ 3 ods. 3 písm. a))**

Pre jednoznačnosť sa dopĺňa vylučujúca podmienka účasti na zdravotnom poistení pre osoby podľa odseku 9 (konatelia z cudziny mimo členských štátov).

**K bodu 2 (§ 3 ods. 3 písm. j))**

Spresnenie ustanovenia z dôvodu potreby presne zadefinovať začiatok nároku na verejné zdravotné poistenie (narodenie na území na SR) a ukončenie nároku (dosiahnutie 18 roku veku).

**K bodu 3 (§ 8 ods. 1 písm. b))**

Navrhuje sa u cudzincov doplniť aj údaj o dobe prechodného pobytu na Slovensku, nakoľko tento získavajú najčastejšie.

**K bodu 4 (§ 8 ods. 1 písm. h))**

Pri rozhodovaní v konaniach, týkajúcich sa sporov ohľadom podania prihlášky je potrebné mať k dispozícii aj informáciu, kedy bola prihláška prijatá v zdravotnej poisťovni.

**K bodu 5 (§ 8 ods. 6)**

Navrhuje sa doplnenie ďalších kontaktných údajov z dôvodu zjednodušenia a urýchlenia komunikácie s poistencom.Číslo bankového účtu sa navrhuje doplniť na účely vrátenia poistného zaplateného napríklad bez právneho dôvodu alebo preplatok z ročného zúčtovania poistného. U cudzincov- zamestnancov preplatok na adresu v zahraničí poštovým poukazom pošta nedoručuje. Účet poistenca zdravotná poisťovňa nemá k dispozícii alebo má evidovaný účet jednej styčnej osoby/účtovníka, ktorá zabezpečuje určitej skupine cudzincov formality na Slovensku. Tiež by sa vylúčilo riziko prevzatia preplatku poukázaného poštovým poukazom treťou (neoprávnenou) osobou.

**K bodu 6 (§ 9 ods. 2 písm. h))**

Pre osoby, ktoré boli obeťou obchodovania s ľuďmi, je potrebné v zmysle európskej legislatívy zabezpečiť plnú zdravotnú starostlivosť, ak sa najmä z dôvodu toho, že boli obeťami obchodovania s ľuďmi stali dlžníkmi.

**K bodom 7 a 8 ( § 9g, § 10a, § 22)**

Slovenská republika už niekoľko rokov požaduje zápis do prílohy IV Nariadenia EP a Rady č. 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia, v ktorej sú uvedené štáty poskytujúce viac práv pre dôchodcov, ktorí sa vrátia do príslušného členského štátu. Obmedzenie rozsahu zdravotnej starostlivosti len na potrebnú zdravotnú starostlivosť pre dôchodcov poberajúci dôchodok zo Slovenskej republiky s bydliskom v inom členskom štáte uvedených v § 3 ods. 4 je pre poistenca obmedzujúce a najmä z ekonomického hľadiska neopodstatnené, pretože cena poskytnutej zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike je spravidla lacnejšia, ako tá istá zdravotná starostlivosť v inom členskom štáte.

**K bodu 9 (§ 11 ods. 3)**

Vzhľadom k skutočnosti, že ekonomická činnosť dôchodcov, študentov a pod. z dohôd o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru je už explicitne vylúčená z definície zárobkovej činnosti v § 10b ods. 1, opätovné vylúčenie týchto činností v tomto ustanovení sa javí ako nadbytočné.

**K bodu 10 (§ 11 ods. 7 písm. j))**

Navrhuje sa doplniť, že štát platí poistné iba za jednu osobu starajúcu sa celodenne o jedno a to isté dieťa. Navrhované znenie nevylučuje, aby v čase dochádzalo k zmene tejto osoby; nie je umožnené len súbežné platenie poistného za 2 a viac osôb pri jednom a tom istom dieťati.

**K bodu 11 (§ 11 ods. 7 písm. k))**

Navrhuje sa doplniť, že štát platí poistné iba za jednu osobu, ktorá opatruje fyzickú osobu s ťažkým zdravotným postihnutím odkázanú podľa posudku vydaného podľa osobitného predpisu alebo opatruje blízku osobu, ktorá je staršia ako 80 rokov a nie je umiestnená v zariadení sociálnych služieb alebo v zdravotníckom zariadení.

**K bodu 12 (§ 11 ods. 7 písm. n))**

Od 1. januára 2014 nadobudol účinnosť zákon č. 417/2013 Z. z. o pomoci v hmotnej núdzi a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktorý zaviedol pojem „pomoc v hmotnej núdzi“ a nahradil ním pojem „dávka v hmotnej núdzi a príspevok k dávke v hmotnej núdzi“ alebo „dávka v hmotnej núdzi a príspevky k dávke v hmotnej núdzi“, v tejto súvislosti sa ustanovenia zosúlaďuje s uvedeným zákonom.

**K bodu 13 (§ 11 ods. 7 písm. v)**

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na zrušenie kompetencie Úradu pre dohľad vydávať platobné výmery.

**K bodu 14 (§ 12 ods. 1 písm. f)**

Navrhuje sa, aby sa ročná suma poistného plateného štátom ustanovila zákonom o štátnom rozpočte na príslušný rozpočtový rok a nie ako sadzba z vymeriavacieho základu.

**K bodu 15 (§ 13 ods. 11)**

Rozšírenie okruhu osôb, ktorým sa znižuje minimálny základ o osoby, ktoré boli obeťou obchodovania s ľuďmi a osoby vyhlásené za nezvestné. Cieľom je zamedziť situácii, kedy tieto osoby boli za dané obdobie považované za osoby s povinnosťou platiť poistné z minimálneho základu. Aby nedochádzalo k zneužívaniu tohto inštitútu, obdobie kedy boli pokladaní za obete bude dokladované na základe potvrdenia príslušného orgánu (MV SR).

**K bodom 16 a 17 (§ 13 a § 16)**

V návrhu zákona sa navrhuje, aby sa ročná suma poistného plateného štátom ustanovila zákonom o štátnom rozpočte na príslušný rozpočtový rok. Zároveň sa navrhuje, aby sa platenie preddavkov a ročné zúčtovanie poistného vzťahovalo na poistné platené štátom. Ak bude poistenec poistencom štátu iba časť obdobia, platba za poistenca štátu bude pomerná k počtu týchto dní. Celková platba štátu za poistencov štátu musí vychádzať z príjmov podľa prognózy Výboru pre daňové prognózy a predpokladaných výdavkov, z celkových výdavkov zdravotného poistenia za rok, ktorý dva roky predchádza roku, na ktorý sa určuje platba štátu, zo všeobecne záväzných právnych predpisov a navrhovaných právnych predpisov schválených vládou Slovenskej republiky a revízie výdavkov a miery inflácie.

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na stanovovanie platby štátu zákonom o štátnom rozpočte.

**K bodom 18 a 19 (§ 16 ods. 8 a 9)**

Navrhuje sa pre jednoznačnosť doplniť spôsob výpočtu preddavku o jeho výšku pre samostatne zárobkovo činné osoby, ktoré sú zároveň poistencami štátu alebo zamestnancami.

**K bodu 20 (§ 17 ods. 8)**

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na vypustenie kompetencie úradu vydávať platobný výmer a v súvislosti s návrhom, aby pohľadávky na poistnom uplatňovala zdravotná poisťovňa v prvom stupni výkazom nedoplatkov.

**K bodu 21 až 29 (§ 17a, § 17b)**

Ustanovuje sa postup pri vymáhaní pohľadávok zdravotnej poisťovne, ktoré zdravotná poisťovňa uplatňuje voči poistencom alebo platiteľom poistného výkazom nedoplatkov.

Vymáhanie pohľadávok na poistnom sa realizuje v súčasnosti dvoma spôsobmi, výkazom nedoplatkov prostredníctvom zdravotných poisťovní alebo platobným výmerom prostredníctvom úradu pre dohľad na podnet zdravotnej poisťovne. Navrhuje sa zrušiť možnosť vydania platobného výmeru Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „Úrad“), nakoľko tento nemal dostatočný čas na preverenie situácie poistenca. Navrhuje sa, aby pohľadávky na poistnom uplatňovala zdravotná poisťovňa v prvostupňovom konaní vždy iba výkazom nedoplatkov. Rovnako ako dnes, ak poistenec podá námietky proti výkazu nedoplatkov s ich odôvodnením, zdravotná poisťovňa im môže v plnom rozsahu vyhovieť a výkaz nedoplatkov zrušiť alebo vydať nový výkaz nedoplatkov podľa § 17a ods. 6 a 7 alebo ak im v plnom rozsahu nevyhovie zdravotná poisťovňa do 30 dní od ich doručenia podá úradu návrh na vydanie platobného výmeru spolu s námietkami platiteľa poistného a stručným stanoviskom zdravotnej poisťovne k námietkam. Podaním návrhu na vydanie platobného výmeru na úrad výkaz nedoplatkov stráca platnosť bez upovedomenia platiteľa poistného. O návrhu je úrad povinný rozhodnúť do 15 dní odo dňa jeho prijatia.

V navrhovanej právnej úprave zdravotná poisťovňa nenavrhne Úradu pre dohľad vydať platobný výmer, ale ak námietka poistenca nevyhovie, predloží celý spisový materiál Úradu na rozhodnutie. Úrad bude postupovať podľa správneho konania, takže bude mať dostatočný čas na preskúmanie všetkých podkladov od zdravotnej poisťovne a od platiteľa poistného.

Ak úrad zo spisového materiálu zistí, že zdravotná poisťovňa napríklad pridelila poistencovi zlú kategóriu platiteľa poistného, alebo vypočítala nesprávne ročné zúčtovanie poistného alebo určila nesprávny preddavok na platenie poistného, výkaz nedoplatkov zmení alebo zruší.

Navrhovanými zmenami sa poistencovi zaručuje, že úrad pre dohľad sa bude dôkladne venovať prípadu a že preskúma celý spis v dostatočnom čase. Poistenec nebude zbytočne atakovaný predložením platobného výmeru zo strany Úradu pre dohľad, ktorý v tejto fáze konania bol len preposielačom toho, čo navrhla zdravotná poisťovňa. Odbremení sa proces úradu pre dohľad o jeden zbytočný úkon, nakoľko poistenec sa mohol odvolať voči platobnému výmeru a úrad sa tým aj tak musel znovu zaoberať.

**K bodu 30 (§ 17c)**

V súčasnosti platnom znení zákona absentujú ustanovenia o odpisovaní pohľadávok voči platiteľom poistného a zdravotné poisťovne postupujú len podľa všeobecných právnych predpisov. Vzhľadom k skutočnosti, že práca s týmito pohľadávkami je významnou činnosťou zdravotnej poisťovne sa javí ako potrebné ustanoviť jednoznačné pravidlá pre odpisovanie pohľadávok priamo v zákone. Ide o analogickú úpravu odpisovania pohľadávok ako má Sociálna poisťovňa v zákone č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov.

V poznámke pod čiarou sa odkazuje na § 61n ods. 1 písm. a), c) a d) zákona NRSR č. 233/1995 Z. z. podľa ktorého je možné odpísať pohľadávku, ak bol výkon rozhodnutia zastavený exekútorom alebo na základe rozhodnutia súdu z týchto dôvodov:

a) oprávnený alebo povinný zanikol bez právneho nástupcu alebo dedičské konanie po oprávnenom alebo povinnom bolo zastavené z dôvodu, že nezanechal žiadny majetok alebo len majetok nepatrnej hodnoty,

c) pri exekúcii vedenej na majetok právnickej osoby sa do 30 mesiacov od začatia exekúcie alebo od posledného zexekvovania majetku nepodarilo zistiť majetok alebo príjmy, ktoré by mohli byť postihnuté exekúciou a ktoré by stačili aspoň na úhradu trov exekútora,

d) pri exekúcii vedenej na majetok fyzickej osoby sa do piatich rokov od začatia exekúcie alebo od posledného zexekvovania majetku nepodarilo zistiť majetok alebo príjmy, ktoré by mohli byť postihnuté exekúciou a ktoré by stačili aspoň na úhradu trov exekútora.

**K bodu 31 (§ 18 ods. 1)**

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na vypustenie kompetencie úradu vydávať platobný výmer a v súvislosti s návrhom, aby pohľadávky na poistnom uplatňovala zdravotná poisťovňa v prvom stupni výkazom nedoplatkov.

**K bodu 32 (§ 18 ods. 3)**

Navrhuje sa možnosť povoliť splátky pre platiteľa poistného podľa § 11 ods. 1 písm. a), ktorému môže vzniknúť nedoplatok z ročného zúčtovania poistného a tento nedoplatok zdravotná poisťovňa oznámila a predpísala výkazom nedoplatkov.

**K bodom 33 a 34 (§ 19 ods. 13 a 14)**

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na vypustenie kompetencie úradu vydávať platobný výmer a v súvislosti s návrhom, aby pohľadávky na poistnom uplatňovala zdravotná poisťovňa v prvom stupni výkazom nedoplatkov. Úprava postupu pri uplatňovaní pohľadávok z ročného zúčtovania poistného tak, aby odkazy boli v súlade s novo navrhovaným znením § 17a.

S cieľom precizovať znenie zákona bolo doplnené aj ustanovenie o nemožnosti vymáhania poistného priamo od poistencov z mzdy, ktorá bola vykázaná ale nebola im nevyplatená, v súlade s doposiaľ platným znením ustanovení o vymeriavacom základe zamestnanca tak, aby nebol možný nejednoznačný výklad ustanovení zákona. Vzhľadom k skutočnosti, že zdravotná poisťovňa nemá k dispozícii informáciu o nevyplatení mzdy, poistenec túto skutočnosť preukazuje v námietkach voči výkazu nedoplatkov. Samotné preukazovanie nie je možné v zákone bližšie špecifikovať, vzhľadom k skutočnosti, že sa bude jednať pri každom takomto prípade o značne osobité konania. Poistenec preukáže skutočnosť nevyplatenia mzdy napr. výplata dávky z garančného poistenia, potvrdená prihláška do konkurzu, predmetom ktorej je nevyplatená mzda, daňové priznanie s uvedením výšky príjmov zo závislej činnosti a pod.

**K bodom 35 a 36 (§ 19 ods. 19 a 20)**

V odseku 19 sa navrhujú vypustiť slová „a suma získaná vynásobením vymeriavacieho základu a sadzby poistného štátu sa zaokrúhľuje na najbližší eurocent nahor“ vzhľadom na stanovenie platby za poistencov štátu v zákone o štátnom rozpočte a vzhľadom na to, že táto suma stanovená v zákone o štátnom rozpočte sa už nebude zvyšovať, iba sa po ročnom zúčtovaní s poistencami prerozdelí medzi zdravotné poisťovne podľa skutočného počtu poistencov štátu.

V odseku 20 sa navrhuje ustanoviť postup a povinnosti pre MZSR na základe ročného zúčtovania poistného s poistencami štátu podaného zdravotnými poisťovňami vypočítať podiel jednotlivých zdravotných poisťovní na celkovej platbe stanovej v zákone o štátnom rozpočte.

**K bodu 37 (§ 21 ods. 4)**

Inštitút absolútnej historickej nepremlčateľnosti nároku na predpis poistného je neprimerane ustanovený, aj vzhľadom na premlčateľnosť iných porušení zákona, aj v trestnom práve (napr. vražda). Aj z pohľadu právnej istoty pre občanov je súčasný stav (kedy poisťovňa môže po napr. 25 alebo 50 rokoch predpísať poistné pri zistení nových skutočností – pričom občan už nemusí mať k dispozícii doklady o ekonomickej činnosti po tak dlhej dobe) značne znevýhodňujúci pre občana. Zmyslom ustanovenia tohto inštitútu premlčania je čeliť zložitým sporom, ktoré by mohli vznikať pri príliš dlhej možnosti uplatniť právo na súde, pretože čím dlhšia doba uplynie od vzniku práva, tým zložitejšie je vykonávania dôkazov. Právo preto v súlade so zásadou vigilantibus iura scripta sunt (práva patria bdelým) časovo obmedzuje vykonateľnosť práv, bez toho aby boli zrušené.

**K bodu 38 (§ 23 ods. 2)**

Vyskytujú sa prípady, kedy zamestnávateľ uzatvorí so zamestnancom pracovnú zmluvu, zamestnanec vykonáva pre zamestnávateľa prácu, ale ten ho neoznámil v príslušnej zdravotnej poisťovni ako svojho zamestnanca, pričom v ojedinelých prípadoch mu aj vyplatil mzdu.

Umožňuje sa priamo zamestnancovi, aby zdravotnej poisťovni relevantnými dokladmi preukázal vznik pracovného pomeru (ak to nevykonal jeho zamestnávateľ). Povinnosť zamestnávateľa nahlasovať naďalej tieto zmeny (a jeho sankcionovanie v prípade porušenia) týmto nie je dotknuté.

**K bodu 39 (§ 23 ods. 7)**

Navrhuje sa zmena z listinnej na elektronickú komunikáciu, s cieľom zrýchliť a zjednodušiť túto komunikáciu.

**K bodu 40 (§ 23 ods. 14)**

Legislatívno-technická úprava. Zaslanie upovedomenia o samoplatiteľovi je od 1.1.2017 zrušené.

**K bodu 41 (§ 24 písm. c))**

Vpúšťa sa povinnosť zamestnávateľa oznamovať údaje podľa § 11 ods. 7 písm. g), j), k), l) a r), nakoľko uvedené povinnosti sú už v ustanovené v povinnostiach poistenca (§ 23), pričom poistenec je povinný oznámiť skutočnosti rozhodujúce pre vznik alebo zánik povinnosti štátu platiť za neho poistné.

**K bodu 42 (§ 25 ods. 1)**

Upresňuje sa forma vrátenia preplatku na poistnom.

**K bodu 43 (§ 26 ods. 1)**

Legislatívno-technická úprava vzhľadom na to, že predchádzajúcimi novelami bol doplnený § 24 o nové písmená, ktoré určujú platiteľovi povinnosť predkladať opravné mesačné výkazy. Povinnosti, ktoré vyplývali zo zákona aj v súčasnosti sa z dôvodu jednoznačnosti doplnili do § 26 - do sankcií za nesplnenie týchto povinností.

**K bodom 44 až 67 (§ 27 až § 28a)**

MZ SR v spolupráci s Asociáciou zdravotných poisťovní upravilo prerozdeľovací mechanizmus tak, aby odrážal viac posudzovaných parametrov a bol tak metodicky správnejší a spravodlivejší ako doteraz. Základným predpokladom je snaha o predikciu budúcich nákladov, na základe ktorých je vybrané poistné prerozdeľované medzi zdravotné poisťovne. Čím vyššia je predikčná sila modelu, tým presnejšie definujeme budúce náklady jednotlivých poistencov.

Z tohto dôvodu bol do prerozdeľovacieho mechanizmu doplnený dodatočný parameter a to výška nákladov na poistenca za predchádzajúce obdobie (2-3 roky). V zahraničí sa tento parameter ukázal ako veľmi spoľahlivý. Na základe predbežných analýz je dopad na predikčnú silu modelu na úrovni 8 percentuálnych bodov, čo pri súčasnej hodnote približne 17% predstavuje významný posun k spravodlivejšiemu a presnejšiemu prerozdeleniu.

Pre účely zvýšenia predikčnej sily prerozďelovacieho modelu dochádza pri vekovej skupine 0 – 5 rokov k osobitnému vyčleneniu skupiny 0 – 1 rokov a k osobitnému sledovaniu nákladov tejto skupiny, nakoľko z pohľadu nákladovosti tejto skupiny sa skupina javí ako významná.

Zároveň sa tiež z dôvodu zvýšenia predikčnej sily modelu prerozdelenia zavádzajú viacročné nákladové skupiny, pre ktoré sa budú určovať osobitné indexy rizika nákladov a do ktorých budú poistenci zaraďovaní v závislosti od histórie ich nákladov na zdravotnú starostlivosť za predchádzajúce 3 roky. Zdravotné poisťovne a Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou budú môcť navrhovať zmeny v štruktúre týchto skupín; zmeny budú akceptované, ak zvýšia predpovedaciu silu prerozdelenia minimálne o 1%.

Práve implementácia výšky historických nákladov do mechanizmu predstavuje hlavný dôvod na vypnutie nadlimitného prerozdelenia, ktorý sa z tohto dôvodu návrhom zákona vypúšťa, keďže vo svojej podstate majú oba faktory eliminovať rovnaké riziko. Jediným rozdielom je, že v prípade ex-ante prerozdelenia nedochádza k takému pokriveniu efektivity nákupu zdravotnej starostlivosti, aké hrozí v prípade ex-post prerozdelenia.

V prípade dodatočného prerozdelenia nadlimitnej sumy však nešlo o zvýšenie predikčnej sily prerozdeľovacieho mechanizmu, ale o tzv. ex-post prerozdelenie, na základe ktorého bolo eliminované riziko zdravotných poisťovní, vyplývajúce z príliš vysokých nákladov na individuálnych poistencov, ktoré nebolo kryté súčasným modelom (kombinácia demografických faktorov populácie a chronicita ochorení jednotlivých poistencov). Nedostatkom ex-post prerozdelenia je, že môže viesť k plytvaniu disponibilných zdrojov, keďže sú zdravotné poisťovne motivované hradiť akúkoľvek aditívnu starostlivosť pre svojich „nadlimitných“ poistencov, na úkor starostlivosti pre poistencov, ktorí do tejto skupiny nespadajú.

Dopad navrhovaného nového parametra „viacročných nákladových skupín“ a vypustenie parametra „nadlimitnej sumy“ prináša cca viac o 8 mil. eur pre chronicky chorých a nákladných poistencov.

**K bodu 68 (§ 29b ods. 8 až 14 a19)**

Zavádza sa všeobecnejšia formulácia, nakoľko predkladané údaje sa využijú vo všeobecnosti pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia, nielen pri ročnom zúčtovaní poistného (napr. oprava údajov v registri poistencov pri určovaní kategórii platiteľov poistného).

**K bodu 69 (§ 29b ods. 8 písm. d))**

Pre osoby, ktoré boli obeťou obchodovania s ľuďmi, je potrebné v zmysle európskej legislatívy zabezpečiť plnú zdravotnú starostlivosť. Z dôvodu zamedzeniu zneužívania tohto inštitútu je potrebné, aby relevantný orgán (MV SR) oznamoval zdravotnej poisťovni, ktorých osôb sa uvedená skutočnosť týka a za aké obdobie.

**K bodu 70 (§ 38en až § 38ep)**

Ustanovuje sa prechodné ustanovenie pre proces prerozdelenia v období rokov 2019 a 2020, kedy sa v období 2 roky nazad ešte nevykonávalo prerozdelenie s parametrom viacročných nákladových skupín a pre konania začaté pred účinnosťou tohto zákona, k ročnému zúčtovaniu za rok 2018 a ku konaniam, ktoré neboli právoplatne ukončené do nadobudnutia účinnosti tohto zákona.

**K Čl. IV**

Navrhuje sa účinnosť zákona, pričom konanie bude mať odloženú účinnosť na 1. 3.2019.

V Bratislave dňa 26. septembra 2018

Peter Pellegrini

predseda vlády

Slovenskej republiky

Andrea Kalavská

ministerka zdravotníctva

Slovenskej republiky