**Dôvodová správa**

1. Všeobecná časť

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „ministerstvo zdravotníctva“) 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 ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony, ktorého predloženie vyplýva zo schváleného Plánu legislatívnych úloh vlády SR – úloha č. 12 na mesiac september 2022.

Navrhovaná právna úprava rieši viaceré oblasti týkajúce sa systému verejného zdravotného poistenia, zdravotných poisťovní a výkonu dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou.

Vo vzťahu k zákonu o zdravotných poisťovniach má za cieľ upraviť výkon dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti a ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb a zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately.

Navrhovaná úprava taktiež rieši potrebu zverejňovať pravidlá uznávania a uhrádzania zdravotných výkonov (pravidlá kontrolnej činnosti), precizuje postup pri uplatňovaní inštitútu predchádzajúceho súhlasu, spresňuje pravidlá pre výkon dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou podľa potrieb aplikačnej praxe, pravidlá pre inštitút finančného zúčtovania a ustanovuje podrobností pre prehliadky mŕtvych tiel, zabezpečovaných Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

Navrhovaná právna úprava tiež zabezpečuje reguláciu tvorby zisku zdravotných poisťovní. Regulácia zisku v navrhovanej novele sa navrhuje cez definovanie tzv. optimálneho výsledku hospodárenia, ktorý má predstavovať sumu, s ktorou bude vlastník zdravotnej poisťovne narábať tak ako doposiaľ, podľa vlastného uváženia. Regulácia spočíva v skutočnosti, že v prípade dosiahnutia zisku vyššieho, ako je optimálny hospodársky výsledok, bude musieť byť suma, o ktorú skutočný zisk presahuje optimálny hospodárky výsledok, použitá iba na zabezpečenie zdravotnej starostlivosti pre poistencov zdravotnej poisťovne.

Vo vzťahu k zákonu o zdravotnom poistení ide predovšetkým o úpravu vzťahov v systéme verejného zdravotného poistenia, najmä pravidiel pri zmene zdravotnej poisťovne s cieľom obmedziť na minimum tzv. podvodné prepoistenia. Zároveň sa v tomto článku zavádza doposiaľ absentujúci minimálny základ zamestnanca pre odvod poistného, zabezpečuje sa prístup k zdravotnej starostlivosti pre všetkých účastníkov systému verejného zdravotného poistenia a navrhujú sa prijať nové administratívne pravidlá ohľadom uhrádzania zdravotnej starostlivosti v SR pre žiadateľov o azyl.

Prijatie predloženého návrhu zákona bude mať pozitívny aj negatívny vplyv na rozpočet verejnej správy, nebude mať vplyv na podnikateľské prostredie, bude mať pozitívne aj negatívne sociálne vplyvy, nebude mať vplyv na životné prostredie, informatizáciu spoločnosti, vplyv na služby verejnej správy pre občana, ani vplyv na manželstvo, rodičovstvo a rodinu.

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.

**Doložka vybraných vplyvov**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Základné údaje** | | | | | | | | | | |
| **Názov materiálu** | | | | | | | | | | |
| 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 ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony | | | | | | | | | | |
| **Predkladateľ (a spolupredkladateľ)** | | | | | | | | | | |
| Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky | | | | | | | | | | |
| **Charakter predkladaného materiálu** | |  | | Materiál nelegislatívnej povahy | | | | | | |
|  | | Materiál legislatívnej povahy | | | | | | |
|  | | Transpozícia práva EÚ | | | | | | |
| *V prípade transpozície uveďte zoznam transponovaných predpisov:* | | | | | | | | | | |
| **Termín začiatku a ukončenia PPK** | | | | | | *12. – 21. júl 2022* | | | | |
| **Predpokladaný termín predloženia na pripomienkové konanie** | | | | | | *júl – august 2022* | | | | |
| **Predpokladaný termín začiatku a ukončenia ZP\*\*** | | | | | |  | | | | |
| **Predpokladaný termín predloženia na rokovanie vlády SR\*** | | | | | | *september 2022* | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 1. **Definovanie problému** | | | | | | | | | | |
| Zo súčasne nastavenej právnej úpravy vznikajú rôzne problémy v aplikačnej praxi, pre odstránenie ktorých je nevyhnutná zmena legislatívy. Pri zhodnotení súčasného stavu, týkajúceho sa oblastí, ktoré sú predmetom právnej úpravy, je možné skonštatovať, že tieto oblasti nie sú v súčasnom znení zákona popísané detailne, prípadne z nových poznatkov a podnetov z aplikačnej praxe vyplýva nutnosť zmeny a podrobnejšieho popisu týchto oblastí.  **K čl. I (zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach)**  ***Pravidlá uznávania a uhrádzania zdravotných výkonov (pravidlá revíznej činnosti)***  Vo všeobecnosti platí, že zdravotná poisťovňa uzatvára s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti (ďalej len „poskytovateľ“) zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zmluva“), v ktorej je stanovený istý postup revízneho pracovníka pri revíznej činnosti. Niektoré z revíznych pravidiel sú uvedené v zmluvách a časti pravidiel môžu byť zverejňované na webových stránkach zdravotných poisťovní. Revízne pravidlá ako celok nie sú jednotné, a to v zmysle, že každá zdravotná poisťovňa má v súčasnosti vytvorené svoje vlastné pravidlá revíznej činnosti. Zdravotná poisťovňa môže pravidlá meniť za predpokladu, že sú v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi (napríklad zo Zoznamom zdravotných výkonov). Neexistuje však zákonná povinnosť zverejňovať tieto pravidlá, a ani informovať poskytovateľov zdravotnej starostlivosti o ich zmene. Z aplikačnej praxe jednoznačne vyplýva, že poskytovatelia zdravotnej starostlivosti nemajú úplný prístup k revíznym pravidlám, a nie sú pre nich prehľadné. V praxi tak nastáva problém, kedy sú poskytovatelia zbytočne administratívne zaťažovaní pri vykazovaní zdravotných výkonov, ktoré im následne nebudú uznané a uhradené zo strany zdravotnej poisťovne. Navyše, nie je možné vylúčiť, že revízni pracovníci v rámci rovnakej zdravotnej poisťovne postupujú rôzne, nakoľko si vykladajú revízne pravidlá tej-ktorej zdravotnej poisťovne odlišne. Ak by však všetky pravidlá revíznej činnosti boli zverejnené, resp. by k nim mali poskytovatelia prístup, je možné očakávať, že administratívna záťaž v tejto súvislosti by bola podstatne nižšia a poskytovateľ by mal zároveň vyššiu mieru istoty vo vzťahu k uznaniu vykázaného zdravotného výkonu.  ***Výkon dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou***  Výkon dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou bol čiastočne novelizovaný zákonom č. 392/2020 Z. z. Niektoré z prijatých úprav (napr. povinnosť úradu vytvárať predbežný protokol, záverečný protokol a zápisnicu) sa v praxi preukázali ako administratívne náročne vykonateľné zo strany Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad“) pričom však v aplikačnej praxi prinášajú len malú pridanú hodnotu pacientom a poistencom.  ***Inštitút predchádzajúceho súhlasu úradu a predkladanie čestného prehlásenia (konflikt záujmov)***  V súčasnosti úrad v zmysle zákona vydáva zdravotnej poisťovni predchádzajúci súhlas vo vzťahu k rôznym skutočnostiam – jednou z nich je aj voľba členov predstavenstva, dozornej rady, menovanie prokuristov, ustanovenie za vedúcich zamestnancov v priamej riadiacej pôsobnosti predstavenstva zdravotnej poisťovne a osôb zodpovedných za výkon vnútornej kontroly. Takéto osoby zároveň majú povinnosť predložiť úradu čestné prehlásenie pri demonštrovaní neexistencie konfliktu záujmov. Neexistuje však postup, ktorým by zákon ustanovoval, ako má úrad postupovať, ak osoba nepredloží čestné prehlásenie, resp. predloží čestné prehlásenie, v ktorom nie sú uvedené pravdivé, resp. úplné údaje.  ***Ďalšie úpravy súvisiace s***   * podrobnosťami výkonu prehliadok mŕtvych tiel, * legislatívnym rozšírením kategórie prevádzkových výdavkov (§ 6a ods. 3) o príspevok na činnosť Národného inštitútu pre hodnotu a technológie v zdravotníctve (zavedenie príspevku bolo nereflektované vo vzťahu k prevádzkovým výdavkom), * precizovaním inštitútu finančného zúčtovania a znovuzavedením právomoci úradu vydávať metodické usmernenie vo vzťahu k zúčtovacej dávke.   **K čl. VI (zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení)**  ***Minimálny vymeriavací základ zamestnanca***  Na rozdiel do ostatných skupín platiteľov poistného (osoby samostatne zárobkovo činné a dobrovoľne nezamestnané osoby) neexistuje u zamestnanca žiaden minimálny vymeriavací základ.  Zamestnancovi postačuje akýkoľvek čiastkový úväzok na to, aby uhrádzal poistné na verejné zdravotné poistenie zo sumy reálne vyplatenej z tohto úväzku. Kvôli tomuto nedostatku dochádza k špekulatívnym uzatváraniam pracovných pomerov (napr. úväzok 1/10 a pod.), tieto osoby platia mesačne poistné na úrovni niekoľko eur a majú zabezpečené verejné zdravotné poistenie (ak by nemali žiaden úväzok a boli by dobrovoľne nezamestnaní, vznikla by im povinnosť platiť poistné na úrovni minimálnej výšky odvodu, čo je pre rok 2022 suma 79,31 eur).  Preto sa navrhuje zavedenie minimálneho vymeriavacieho základu zamestnanca na rok a to vo výške 12-násobku životného minima pre jednu plnoletú osobu. Ak zamestnanec nebol zamestnancom celé rozhodujúce obdobie, minimálny vymeriavací základ sa bude pomerne krátiť. Minimálny vymeriavací základ sa nemá vzťahovať na zamestnanca, ktorý je zároveň poistencom štátu (napr. poberateľ dôchodku).  Ak príjem zamestnanca nedosiahne úroveň minimálneho vymeriavacieho základu, zamestnanec bude musieť odviesť poistné na verejné zdravotné poistenie z minimálneho vymeriavacieho základu. Povinnosť zamestnávateľa odvádzať poistné sa nemení. Ostáva zachovaná aj odvodová odpočítateľná položka.  ***Zmena zdravotnej poisťovne***  Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v každom prepoisťovacom období rieši podnety poistencov, ktorým bola zmenená zdravotná poisťovňa, avšak podľa ich vyjadrení oni túto zmenu nevykonali. Riešenie týchto podnetov je extrémne komplikované, nakoľko v procese zmeny zdravotnej poisťovne už boli vykonané určité kroky, v konečnom dôsledku je postihnutým vždy poistenec, ktorý musí riešiť túto situáciu s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, následné dokazovanie podvodného konania zo strany neznámeho páchateľa, prípadné skúmanie pravosti podpisu. Preto sa javí účelné a správne zaviesť do procesu prepoisťovania pravidlá, ktoré podobné podvodné jednanie s cieľom finančného profitu (podávanie podvodných prihlášok s cieľom získania odmeny za získanie nových poistencov) obmedzia na čo možno najnižšiu mieru.  Ide predovšetkým o nasledovné opatrenia:   * presné určenie náležitostí prihlášky, ktoré nie sú podávané osobne, ale sú zasielané poštou alebo elektronicky (predovšetkým overenie podpisu poistenca) * určenie pravidiel pre späťvzatie prihlášky, v obdobnej miere ako pri podaní prihlášky * riešenie podávania prihlášok za maloletých, ktorí sú rozhodnutím súdu zverení do starostlivosti inému subjektu * ustanovenie výmeny údajov pri zmene poisťovne medzi zdravotnými poisťovňami a Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou   ***Prístup k zdravotnej starostlivosti pre poistencov systému verejného zdravotného poistenia***  Osoby verejne zdravotne poistené v SR majú nárok na poskytnutie a úhradu zdravotnej starostlivosti v rozsahu ustanovenom osobitným predpisom (zákon č. 577/2004 Z. z. rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov.)  Výnimkou sú osoby s dlhom na poistnom, ktoré majú nárok iba na poskytnutie a úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Ak dlžník má dlh z minulosti, nespĺňa žiadnu z vyššie uvedených podmienok, má stále prístup iba k neodkladnej zdravotnej starostlivosti a to bez ohľadu na to, či platí alebo neplatí bežné poistné. Tento nástroj nemal byť nikdy koncipovaný ako nástroj na ušetrenie prostriedkov verejného zdravotného poistenia (obmedzenie uhrádzanej zdravotnej starostlivosti), ale ako nástroj, ktorý by efektívne donútil poistencov platiť si poistné a postihoval predovšetkým špekulatívnych neplatičov (osoba má prostriedky na úhrady zdravotného poistenia, ale poistné neplatí).  Je však možné skonštatovať, že toto ustanovenie vo veľkej miere postihuje aj najohrozenejšie nízkopríjmové skupiny, pri ktorých často dlh v minulosti vzniká nie z úmyslu neplatiť si poistné, ale iba z nevedomosti a nesplnenia si oznamovacej povinnosti. Nedá sa hovoriť ani o krátkodobých ziskoch. Vylúčenie zo štandardnej zdravotnej starostlivosti zaťažuje jednotlivcov progresívnym a neodvratným zhoršovaním ich zdravotného stavu a systém financovania zdravotnej starostlivosti je zaťažovaný výdavkami na riešenie predchádzateľných ochorení v pokročilom štádiu.  V prípade, že poskytovateľ nájde pacienta na zozname dlžníkov a zistí, že má nárok na poskytovanie len neodkladnej zdravotnej starostlivosti, ocitá sa pred zložitou morálno-etickou dilemou. Poskytovateľ musí vyhodnotiť, či zdravotný stav pacienta spadá pod definíciu neodkladnej zdravotnej starostlivosti. V niektorých prípadoch to samozrejme nie je problematické, napr. pri akútnych stavoch, pri pôrode. V prípade chronických ochorení, ale aj vo väčšine ďalších ochorení, sú lekári postavení pred dilemu, či pacientovi poskytnúť zdravotnú starostlivosť a riskovať, že zdravotná poisťovňa vyhodnotí stav ako nespadajúci pod definíciu neodkladnej starostlivosti a úkon im nepreplatí, alebo pacienta odmietnuť a riskovať zhoršenie zdravotného stavu v budúcnosti. Nehovoriac o preventívnej zdravotnej starostlivosti, ktorá pod neodkladnú starostlivosť nespadne nikdy (napr. preventívne gynekologické prehliadky, prehliadky zamerané na prevenciu rakoviny u určitých vekových skupín, atď.).  Lekári majú ešte alternatívu nechať pacienta uhradiť zdravotnú starostlivosť v hotovosti, avšak veľká väčšina dlžníkov tieto prostriedky k dispozícii nemá, hlavne ak ide o zákroky finančne náročné, prípadne ak si ochorenie vyžaduje pravidelnú liečbu, ktorú si dlhodobo nemôžu dovoliť. Lekári tak nesú hlavné bremeno rozhodovania, či zdravotnú starostlivosť týmto osobám poskytnú alebo nie. Lekári by ale nemali byť pred takúto dilemu vôbec postavení.  ***Zdravotná starostlivosť pre žiadateľov o azyl v SR***  Žiadatelia o azyl, o poskytnutie dočasného útočiska a osoby v programe asistovaných návratov majú aj v súčasnosti nárok na poskytnutie a úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Táto zdravotná starostlivosť je v súčasnosti zabezpečovaná prostredníctvom Ministerstva vnútra SR.  Pre zjednodušenie procesu poskytovania a úhrady tejto zdravotnej starostlivosti sa navrhuje, aby bola zabezpečovaná prostredníctvom zdravotnej poisťovne, ktorej následne náklady refunduje MZ SR.  ***Ďalšie podnety z aplikačnej praxe verejného zdravotného poistenia***   * zdravotné poistenie pre cudzincov a pre osoby v cudzine, * predkladanie dokladov pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti v cudzine, * spätné vydanie rozhodnutia o dôchodku (zníženie byrokratickej záťaže pri spätných opravách výkazov), * odpisy pohľadávok zdravotnej poisťovne. | | | | | | | | | | |
| 1. **Ciele a výsledný stav** | | | | | | | | | | |
| *Uveďte hlavné ciele predkladaného materiálu (aký výsledný stav má byť prijatím materiálu dosiahnutý, pričom dosiahnutý stav musí byť odlišný od stavu popísaného v bode 2. Definovanie problému).*  ***Pravidlá uznávania a uhrádzania zdravotných výkonov (pravidlá revíznej činnosti)***  Cieľom v tejto oblasti je zvýšenie miery istoty poskytovateľov pri vykazovaní zdravotných výkonov, a to tak, že budú oboznámení so všetkými revíznymi pravidlami pred uzatváraním zmluvy so zdravotnou poisťovňou, ako aj počas trvania právneho vzťahu. Zároveň, zverejňovanie revíznych pravidiel umožní úradu efektívnejší výkon dohľadu nad verejným zdravotným poistením.  ***Výkon dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou***  Za účelom dosiahnutia proporcionality medzi mierou administratívnej záťaže úradu a informáciami z výkonu dohľadu, o ktorých má byť podávateľ podnetu informovaný, sa navrhuje zjednotenie záverečného protokolu a zápisnice. V aplikačnej praxi teda bude úrad pri ukončovaní výkonu dohľadu vypracovávať protokol a zápisnicu, pričom podávateľ podnetu bude mať prístup k výsledku výkonu dohľadu a aj k týmto dokumentom. Právo dohliadaného subjektu na podanie námietok k výkonu dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou pritom ostáva zachované (táto možnosť bola zavedená do právnej úpravy v roku 2020).  ***Inštitút predchádzajúceho súhlasu úradu a predkladanie čestného prehlásenia (konflikt záujmov)***  Cieľom je stanovenie postupu pre úrad pri konaní o odňatí predchádzajúceho súhlasu vo vzťahu k § 13 ods. 1 písm. c) zákona o zdravotných poisťovniach.  ***Regulácia zisku zdravotných poisťovní***  Cieľom je ustanoviť jasné pravidlá (cez tzv. optimálny výsledok hospodárenia) na výplatu zisku, ktoré na jednej strane nebudú demotivujúce pre vlastníkov zdravotných poisťovní a na strane druhej budú brániť nekontrolovanému odlivu zdrojov zo systému verejného zdravotného poistenia).  ***Minimálne poistné zamestnanca***  Cieľom je zavedenie minimálneho poistného pre zamestnanca.  ***Zmena zdravotnej poisťovne***  Cieľom je vyššia transparentnosť a kontrola procesu zmeny zdravotnej poisťovne s ambíciou zabrániť podvodným prepoisteniam.  ***Prístup k zdravotnej starostlivosti pre poistencov systému verejného zdravotného poistenia***  Cieľom je umožniť prístup k definovanej zdravotnej starostlivosti pre dlžníkov.  ***Zdravotná starostlivosť pre žiadateľov o azyl v SR***  Cieľom je zabezpečiť financovanie tejto zdravotnej starostlivosti prostredníctvom MZ SR | | | | | | | | | | |
| 1. **Dotknuté subjekty** | | | | | | | | | | |
| *Uveďte subjekty, ktorých sa zmeny predkladaného materiálu dotknú priamo aj nepriamo:*  Ministerstvo zdravotníctva SR  Ministerstvo vnútra SR  Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou  Zdravotné poisťovne  Poistenci verejného zdravotného poistenia  Zamestnávatelia  Platitelia poistného na verejné zdravotné poistenie  Národné centrum zdravotníckych informácií  Operačné stredisko záchrannej zdravotnej služby SR  Žiadatelia o azyl v SR  Podávatelia podnetov na výkon dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou  Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR (v pozícii subjektu podávajúceho podnet na výkon dohľadu) | | | | | | | | | | |
| 1. **Alternatívne riešenia** | | | | | | | | | | |
| *Aké alternatívne riešenia vedúce k stanovenému cieľu boli identifikované a posudzované pre riešenie definovaného problému?*  Nie sú.  *Nulový variant - uveďte dôsledky, ku ktorým by došlo v prípade nevykonania úprav v predkladanom materiáli a alternatívne riešenia/spôsoby dosiahnutia cieľov uvedených v bode 3.*  ***Pravidlá revíznej činnosti:***  Nulový variant: poskytovatelia zdravotnej starostlivosti by nemali istotu pri vykazovaní zdravotnej starostlivosti.  ***Výkon dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou***  Nulový variant: vysoká miera administratívnej náročnosti pre Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a absencia efektivity pri niektorých inštitútoch v rámci výkonu dohľadu.  ***Predchádzajúci súhlas úradu***  Nulový variant: úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou by nemohol konať v prípade existencie konfliktu záujmov a pri nedoručení čestného prehlásenia.  ***Minimálny vymeriavací základ zamestnanca***  Nulový variant: pre existenciu zdravotného poistenia bude naďalej postačovať minimálny úväzok s minimálnym možným odvodom  ***Zmena zdravotnej poisťovne***  Nulový variant: počty prípadov podvodného prepoistenia budú ostávať bez zmeny, prípadne budú ďalej narastať  ***Zdravotná starostlivosť pre žiadateľov o azyl v SR***  Nulový variant: financovanie tejto zdravotnej starostlivosti bude zabezpečovať MV SR | | | | | | | | | | |
| 1. **Vykonávacie predpisy** | | | | | | | | | | |
| *Predpokladá sa prijatie/zmena vykonávacích predpisov?* | | | | | | | **Áno** | | **Nie** | |
| *Ak áno, uveďte ktoré oblasti budú nimi upravené, resp. ktorých vykonávacích predpisov sa zmena dotkne:*   * Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 232/2014 Z. z., ktorou sa upravuje postup poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, zdravotnej poisťovne a Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou pri poskytovaní cezhraničnej zdravotnej starostlivosti * Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 765/2004 Z. z. o výške úhrady za úkony Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v znení neskorších predpisov | | | | | | | | | | |
| 1. **Transpozícia práva EÚ** | | | | | | | | | | |
| *Uveďte, v ktorých konkrétnych ustanoveniach (paragrafy, články, body, atď.) ide národná právna úprava nad rámec minimálnych požiadaviek EÚ (tzv. goldplating) spolu s odôvodnením opodstatnenosti presahu.*  Predkladateľ má za to, že národná právna úprava nejde v žiadnych ustanoveniach nad rámec minimálnych požiadaviek EÚ. | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 1. **Preskúmanie účelnosti** | | | | | | | | | | |
| *Uveďte termín, kedy by malo dôjsť k preskúmaniu účinnosti a účelnosti predkladaného materiálu.*  *Uveďte kritériá, na základe ktorých bude preskúmanie vykonané.*  Preskúmanie účinnosti a účelnosti navrhovaného predpisu bude vykonávané priebežne po nadobudnutí jeho účinnosti na základe údajov od zdravotných poisťovní a Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. | | | | | | | | | | |
| \* vyplniť iba v prípade, ak materiál nie je zahrnutý do Plánu práce vlády Slovenskej republiky alebo Plánu legislatívnych úloh vlády Slovenskej republiky.  \*\* vyplniť iba v prípade, ak sa záverečné posúdenie vybraných vplyvov uskutočnilo v zmysle bodu 9.1. jednotnej metodiky. | | | | | | | | | | |
| 1. **Vybrané vplyvy materiálu** | | | | | | | | | | |
| **Vplyvy na rozpočet verejnej správy** |  | | **Pozitívne** | |  | | **Žiadne** |  | | **Negatívne** |
| z toho rozpočtovo zabezpečené vplyvy,  v prípade identifikovaného negatívneho  vplyvu |  | | Áno | |  | | Nie |  | | Čiastočne |
| **v tom vplyvy na rozpočty obcí a vyšších územných celkov** |  | | **Pozitívne** | |  | | **Žiadne** |  | | **Negatívne** |
| z toho rozpočtovo zabezpečené vplyvy,  v prípade identifikovaného negatívneho vplyvu |  | | Áno | |  | | Nie |  | | Čiastočne |
| **Vplyvy na podnikateľské prostredie** |  | | **Pozitívne** | |  | | **Žiadne** |  | | **Negatívne** |
| z toho vplyvy na MSP |  | | Pozitívne | |  | | Žiadne |  | | Negatívne |
| Mechanizmus znižovania byrokracie  a nákladov sa uplatňuje: |  | | Áno | | |  |  |  | | Nie |
| **Sociálne vplyvy** |  | | **Pozitívne** | |  | | **Žiadne** |  | | **Negatívne** |
| **Vplyvy na životné prostredie** |  | | **Pozitívne** | |  | | **Žiadne** |  | | **Negatívne** |
| **Vplyvy na informatizáciu spoločnosti** |  | | **Pozitívne** | |  | | **Žiadne** |  | | **Negatívne** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vplyvy na služby verejnej správy pre občana, z toho** |  |  |  | |  |  |  |
| **vplyvy služieb verejnej správy na občana** |  | **Pozitívne** | |  | **Žiadne** |  | **Negatívne** |
| **vplyvy na procesy služieb vo verejnej správe** |  | **Pozitívne** | |  | **Žiadne** |  | **Negatívne** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vplyvy na manželstvo, rodičovstvo a rodinu** |  | **Pozitívne** |  | **Žiadne** |  | **Negatívne** |

|  |
| --- |
| 1. **Poznámky** |
| *V prípade potreby uveďte doplňujúce informácie k identifikovaným vplyvom a ich analýzam.*  *Ak predkladaný materiál má marginálny (zanedbateľný) vplyv na niektorú zo sledovaných oblastí v bode 9 a z tohto dôvodu je tento vplyv označený ako žiadny vplyv, uveďte skutočnosti vysvetľujúce, prečo je tento vplyv marginálny (zanedbateľný).*  *Informácie v tejto časti slúžia na zhrnutie vplyvov alebo aj na vyjadrenie sa k marginálnym vplyvom a nie ako náhrada za vypracovanie príslušných analýz vybraných vplyvov.* |
| 1. **Kontakt na spracovateľa** |
| Ministerstvo zdravotníctva SR  Odbor poisťovníctva  Limbová 2  837 52 Bratislava  [zakon580@health.gov.sk](mailto:zakon580@health.gov.sk) |
| 1. **Zdroje** |
| *Uveďte zdroje (štatistiky, prieskumy, spoluprácu s odborníkmi a iné), z ktorých ste pri príprave materiálu a vypracovávaní doložky, analýz vplyvov vychádzali. V prípade nedostupnosti potrebných dát pre spracovanie relevantných analýz vybraných vplyvov, uveďte danú skutočnosť.*  Súvisiace platné právne predpisy, údaje Úradu pre dohľad nad zdravotnou poisťovňou a zdravotných poisťovní, Národné centrum zdravotníckych informácií, údaje od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, údaje z Makroekonomickej prognózy IFP, údaje občianskeho združenia Proti prúdu |
| 1. **Stanovisko Komisie na posudzovanie vybraných vplyvov z PPK č. 152/2022**   (v prípade, ak sa uskutočnilo v zmysle bodu 8.1 Jednotnej metodiky) |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Súhlasné** | **Súhlasné s návrhom na dopracovanie** | **Nesúhlasné** |   **Uveďte pripomienky zo stanoviska Komisie z časti II. spolu s Vaším vyhodnotením:**  **II. Pripomienky a návrhy zmien**: Komisia uplatňuje k materiálu nasledovné pripomienky a odporúčania:  **Všeobecne**  Novela zákona je zameraná na boj s osobami, ktoré sa vyhýbajú plateniu zdravotných odvodov cez čiastočné úväzky. Veľakrát sa jedná o majiteľov firiem, ktorí si vyplácajú niekoľko eurové mzdy, aby nemuseli platiť zdravotné odvody ako samoplatcovia. Napriek tomu, že ide o spôsob neželanej optimalizácie, uvedená skupina predstavuje malý podiel (10% až 20%) na celkovej skupine zasiahnutých osôb (viac ako 200 tis. osôb). Z tohto pohľadu novela zákona neefektívne rieši uvedený problém a má škodlivý vplyv na zamestnanosť a negatívne sociálne efekty práve pre citlivú skupinu nízkopríjmových zamestnancov. Komisia žiada predkladateľa pripraviť detailnú analýzu, koľko osôb sa dotkne navrhovaná zmena a pri koľkých z nich sa jedná o majiteľov firiem, ktorí si účelovo vyplácajú nízku mzdu (deklarovaný cieľ opatrenia).  Hlavnou zasiahnutou skupinou uvedenej novely sú nízkopríjmoví zamestnanci na čiastočných úväzkoch. Túto skupinu tvoria osoby, ktoré nemôžu pracovať na dlhodobý úväzok z rôzneho titulu (zdravotné alebo sociálne problémy, rodinný stav a iné). Nízkopríjmovým zamestnancom tak vzrastie zaťaženie práce niekoľkonásobne. To je v rozpore s Programovým vyhlásením vlády SR, ktoré sa zaviazalo znížiť „daňovo-odvodového zaťaženia nízko-príjmových skupín obyvateľstva, vrátane posilnenia odpočítateľnej položky pre nízkopríjmových“. Zároveň je to v rozpore s odporúčaniami medzinárodných organizácii (OECD, MMF), ktoré upozorňujú na už existujúce vysoké zaťaženie pre nízkopríjmových  V nadväznosti na uvedené Komisia žiada prehodnotiť úpravu odvodovo odpočítateľnej položky (OOP). V súčasnej podobe je využívaná hlavne pri čiastočných úväzkoch. Úpravou odvodovej položky by sa mohlo znížiť zaťaženie nízkopríjmových zamestnancov aj v okolí súčasnej minimálnej mzdy. Uvedená zmena by tak mala pozitívne efekty na disponibilné príjmy tejto skupiny, ako aj na celkovú zamestnanosť z nej plynúci ekonomický rast. Komisia nevidí dôvod zrušiť jednu z mála politík, ktorá má pomáhať zamestnávaniu nízkopríjmových osôb. Vhodnejšie riešenie je prehodnotiť existujúce parametre odvodovej odpočítateľnej položky. Pri dizajne parametrov a opatrenia vie byť MF SR (konkrétne IFP) nápomocné.  Zmena sa dotkne aj zamestnancov, ktorým krátkodobo klesne mzda pod minimálny základ. Aj keď sa im naviac zaplatené odvody vrátia v ročnom zúčtovaní, títo zamestnanci budú dotovať systém zdravotného poistenia.  Ďalšiu komplikáciu vidí Komisia u zamestnancov s viacerými čiastočnými úväzkami. Táto skupina bude dodatočne zasiahnutá zvýšenými preddavkami z jedného z daných úväzkov a to aj napriek tomu, že ich kumulatívny mesačný základ môže presiahnuť minimálny mesačný základ.  Čo sa týka samotného naviazania, nie je jasné prečo bolo zvolené naviazanie na minimálnu mzdu (ktorá je pri automate 57% priemernej mzdy z pred 2 rokov), keď samoplatcovia aktuálne platia z 50% priemernej mzdy z pred 2 rokov.  Z hľadiska spravodlivosti medzi zamestnancom a zamestnávateľom predpokladá návrh, že celý rozdiel do minimálneho vymeriavacieho základu má platiť zamestnanec (14% sadzba). Čo je dôvod, prečo sa zamestnávateľ nemusí spolupodieľať?  **K vplyvom na rozpočet verejnej správy**  Predkladateľ v doložke vybraných vplyvov označil pozitívny, rozpočtovo zabezpečený vplyv na rozpočet verejnej správy. Z tabuľky č. 1 analýzy vplyvov na rozpočet verejnej správy vyplýva pozitívny, aj negatívny vplyv na rozpočet verejnej správy. Uvedené žiada Komisia zosúladiť.  V časti 2.1.1 analýzy vplyvov predkladateľ uvádza, že: “Návrhu nezakladá úbytok príjmov alebo zvýšenie výdavkov v rozpočte verejnej správy.“ Podľa tabuľky č. 1 analýzy vplyvov však predložený materiál predpokladá zvýšenie výdavkov verejnej správy na roky 2023 – 2026. Komisia žiada uvedené upraviť.  V tabuľkách č. 1, č. 2, č. 3 a č. 4 sú kvantifikované sumy na roky 2023 až 2026. V zmysle Jednotnej metodiky na posudzovanie vybraných vplyvov je potrebné uvádzať kvantifikácie na bežný rok a tri nasledujúce rozpočtové roky (v tomto prípade 2022 až 2025).  V zmysle bodu D analýzy vplyvov sa presúvajú finančné prostriedky z kapitoly MV SR do kapitoly MZ SR. Uvedené je potrebné zohľadniť v tabuľke č. 1 analýzy vplyvov.  Tabuľku č. 4 je potrebné vypracovať za každý subjekt verejnej správy zvlášť.  S materiálom bude možné súhlasiť len za podmienky, že z neho nebude vyplývať rozpočtovo nekrytý vplyv, t. j. všetky vplyvy z neho vyplývajúce budú zabezpečené v rámci schválených limitov dotknutých subjektov verejnej správy.  **K vplyvom na podnikateľské prostredie**  Komisia žiada predkladateľa o vyznačenie negatívneho vplyvu na podnikateľské prostredie v Doložke vybraných vplyvov.  Odôvodnenie: Reguláciou zisku zdravotných poisťovní je priamo ovplyvnené podnikateľské prostredie, rovnako aj administratívne povinnosti, ktoré sú taktiež negatívnym vplyvom pre podnikateľské prostredie.  Komisia žiada predkladateľa o priloženie Kalkulačky nákladov.  Odôvodnenie: Kalkulačka nákladov je podľa aktuálnej Jednotnej metodiky povinnou súčasťou Analýzy vplyvov.  **K sociálnym vplyvom**  Komisia žiada, aby predkladateľ riadne identifikoval a zhodnotil sociálne vplyvy predloženého návrhu a analýzu sociálnych vplyvov vypracoval tak, aby boli návrhy opatrení so sociálnym vplyvom (vo všetkých bodoch tejto analýzy, v ktorých sa vykonáva hodnotenie) hodnotené jednotlivo, pri každom hodnotenom návrhu opatrenia bol zrejmý jeho opis, vplyv (ktorý môže byť pozitívny alebo negatívny alebo pozitívny aj negatívny), porovnanie navrhovaného opatrenia so súčasným stavom, špecifikácia dotknutých skupín a kvalitatívne a pokiaľ možno aj kvantitatívne zhodnotenie sociálneho vplyvu. Analýzu sociálnych vplyvov žiada Komisia vypracovať v súlade s Metodickým postupom pre analýzu sociálnych vplyvov (Príloha č. 4 Jednotnej metodiky na posudzovanie vybraných vplyvov).  V súvislosti s návrhom na zavedenie minimálneho vymeriavacieho základu zamestnanca a jeho významným negatívnym vplyvom na nízkopríjmových zamestnancov (s príjmom nižším ako minimálna mzda), ktorých počet predkladateľ odhaduje na približne 250 tis., žiada Komisia, aby osobitná pozornosť v analýze sociálnych vplyvov bola venovaná tomuto navrhovanému opatreniu, jeho podrobnému zhodnoteniu tak, aby boli dotknuté skupiny čo najpresnejšie špecifikované (o aké skupiny ide z počtu 250 tis. zamestnancov) a Komisia žiada doplniť aj vhodne zvolené modelové príklady na prezentovanie negatívnych vplyvov na hospodárenie domácností dotknutých týmto návrhom aj podľa ich špecifikácie. V tejto súvislosti Komisia žiada zhodnotiť aj zrušenie odvodovej odpočítateľnej položky.  Odôvodnenie: Predložená analýza sociálnych vplyvov svojim rozsahom spracovania nemôže byť akceptovaná ako postačujúca, o to viac v prípade, ak predložený návrh zakladá takéto významné negatívne finančné vplyvy na nízkopríjmové osoby.  **K vplyvom na informatizáciu spoločnosti**  Predkladateľ pripojil analýzu na informatizáciu spoločnosti no nevyznačil pozitívny vplyv do doložky vplyvov. Zároveň Komisia upozorňuje predkladateľa na potrebu vyznačenia možných elektronických služieb súvisiacich s elektronickými konaniami a zasielaním elektronických dokumentov k nim.  ...  **Stanovisko predkladateľa**  **Minimálny vymeriavací základ zamestnanca**  Na rozdiel do ostatných skupín platiteľov poistného (osoby samostatne zárobkovo činné a dobrovoľne nezamestnané osoby) neexistuje u zamestnanca žiaden minimálny vymeriavací základ.  Zamestnancovi postačuje akýkoľvek čiastkový úväzok na to, aby uhrádzal poistné na verejné zdravotné poistenie zo sumy reálne vyplatenej z tohto úväzku. Kvôli tomuto nedostatku dochádza k špekulatívnym uzatváraniam pracovných pomerov (napr. úväzok 1/10 a pod.), tieto osoby platia mesačne poistné na úrovni niekoľko eur a majú zabezpečené verejné zdravotné poistenie v plnom rozsahu (ak by nemali žiaden úväzok a boli by dobrovoľne nezamestnaní, vznikla by im povinnosť platiť poistné na úrovni minimálnej výšky odvodu, čo je pre rok 2022 suma 79,31 eur).  Navrhuje sa, aby sa zaviedol minimálny odvod poistného pre zamestnanca na úrovni odvodu zo sumy životného minima pre jednu plnoletú osobu (v r. 2023 suma 234,42 eur), pričom ak by vypočítaný odvod nedosiahol túto výšku, zamestnanec by musel doplatiť sumu rozdielu, vrátane rozdielu v odvode zamestnávateľa). Uvedeným opatrením nebudú postihnuté osoby v pracovnom pomere s príjmom vyšším ako je životné minimum; osoby s nižšími príjmami si budú musieť doplatiť poistné do tejto výšky. Povinnosť doplatku sa bude týkať iba zamestnanca; odvodová povinnosť zamestnávateľa bude nezmenená, z dôvodu nezvyšovania ceny práce.  Povinnosť vykonať odvod najmenej vo výške minimálneho odvodu sa nebude vzťahovať na poistencov, ktorí sú zároveň poistencami štátu (napr. deti, dôchodcovia, osoby evidované na úrade práce, osoby poberajúce dávku v hmotnej núdzi...).  Vzhľadom k skutočnosti, že hranica životného minima je stanovená ako hranica pre evidenciu na úrade práce, a tiež osoby s tak nízkymi príjmami v riziku chudoby (vzhľadom na hodnotu majetku) majú nárok na dávky v hmotnej núdzi, z tohto titulu sa (za predpokladu, že osoby nemajú iné príjmy), máme za to, že tieto osoby sú už dnes poistencami štátu podľa § 11 ods. 7 zákona č. 580/2004 z. z. (napr. študenti, dôchodcovia, osoby na rodičovskej dovolenke, osoby evidované na úrade práce atď.) Na poistencov štátu sa vyššie uvedená povinnosť doplatku do minimálneho odvodu vzťahovať nebude a teda v tejto oblasti zákon nebude postihovať nízkopríjmové skupiny osôb.  **Odpočítateľná položka**  Na základe prehodnotenia pripomienok MPK, odpočítateľná položka bola zachovaná po prekročení sumy životného minima.  K samotnému opatreniu odpočítateľnej položky ako nástroja na podporu zamestnanosti – Ministerstvo zdravotníctva SR nepokladá za vhodný spôsob realizácie sociálnej pomoci cestu odvodov na verejné zdravotné poistenie. Sociálna pomoc by mala byť poskytovaná spôsobom, ktorý je na to určený – t. j. cestou sociálnych odvodov a sociálnych dávok – a systém zdravotných odvodov by mal slúžiť na to, na čo bol pôvodne určený – na zabezpečovanie zdravotnej starostlivosti pre poistencov systému verejného zdravotného poistenia. Je potrebné zdôrazniť, že akékoľvek opatrenie na podporu zamestnanosti (ktoré je realizované cestou zníženia odvodov na verejné zdravotné poistenie pre časť poistencov) znamená v konečnom dôsledku menej prostriedkov v systéme zdravotného poistenia a menej zdravotnej starostlivosti pre všetkých občanov SR. Z tohto dôvodu by opatrenia v sociálnej oblasti mali byť prioritne smerované na sociálny a nie zdravotný systém.  **Vplyv na podnikateľské prostredie**  Predkladateľ nesúhlasí s pripomienkou, že navrhovaná regulácia zisku zdravotných poisťovní má mať (akýkoľvek) vplyv na podnikateľské prostredie.  Podľa záverov Európskej komisie z dňa 15. 10. 2014, podľa ktorého v slovenskom systéme zdravotného poistenia prevládajú sociálne ciele, jedná sa o systém založený najmä na zásade solidarity, pričom Komisia dospela k záveru, že dotknuté činnosti (výkon verejného zdravotného poistenia) nemajú ekonomickú povahu (<http://europa.eu/rapid/press-release_IP-14-1158_sk.htm>). Tento záver sa vzťahuje na osobitný spôsob, akým je táto činnosť na Slovensku organizovaná a vykonávaná, a týka sa preto tohto konkrétneho systému v Slovenskej republike. V súlade s vyššie uvedenými závermi Európskej komisie nie je možné pokladať reguláciu zisku zdravotných poisťovní vytvoreného z povinných odvodov (t. j. zo zdrojov verejného zdravotného poistenia počas výkonu verejného zdravotného poistenia) za ekonomickú činnosť, a teda nie je tu možné pozorovať a určiť akýkoľvek vplyv na podnikateľské prostredie v SR.  Uvedené stanovisko je v súlade s oficiálnym stanoviskom Slovenskej republiky, či už v konaní pred Európskou komisiou, prípadne následným konaním pred Súdnym dvorom EU, pričom dňa 11. 6. 2020 Súdny dvor EÚ (veľká komora) v spore (C-262/18 P a C-271/18 P) rozhodol v rozsudku v prospech Slovenskej republiky a stotožnil sa s vyššie uvedeným stanoviskom Európskej komisie. Test primeranosti a nevyhnutnosti bol doplnený do dôvodovej správy.  **Vplyv na rozpočet verejnej správy**  Predkladateľ upravil časť 2.1.1. analýzy, v zmysle pripomienok.  V zmysle pripomienok mali byť tabuľky 1, 2, 3, 4 kvantifikované na bežný rok (2022) a na tri nasledujúce roky. Nakoľko účinnosť novely sa predpokladá až od 1. januára 2023, kvantifikácia akýchkoľvek dopadov pre rok 2022 nie je možná (návrh nebude mať žiaden dopad na rok 2022).  Presun prostriedkov z rozpočtu MV SR do rozpočtu MZ SR bol v tabuľke č. 1 zohľadnený, v zmysle pripomienky.  Tabuľka č. 4 bola vypracovaná za každý subjekt verejnej správy zvlášť, v zmysle pripomienky. |
| 1. **Stanovisko Komisie na posudzovanie vybraných vplyvov zo záverečného posúdenia č. ..........** (v prípade, ak sa uskutočnilo v zmysle bodu 9.1. Jednotnej metodiky) |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Súhlasné** | **Súhlasné s  návrhom na dopracovanie** | **Nesúhlasné** |   **Uveďte pripomienky zo stanoviska Komisie z časti II. spolu s Vaším vyhodnotením:** |

**Analýza vplyvov na rozpočet verejnej správy,**

**na zamestnanosť vo verejnej správe a financovanie návrhu**

**2.1 Zhrnutie vplyvov na rozpočet verejnej správy v návrhu**

Tabuľka č. 1

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vplyvy na rozpočet verejnej správy** | **Vplyv na rozpočet verejnej správy (v eurách)** | | | |
| **2 022** | **2 023** | **2 024** | **2 025** |
| **Príjmy verejnej správy celkom** | **0** | **34 855 126** | **36 264 054** | **37 245 289** |
| v tom: za každý subjekt verejnej správy zvlášť |  | 0 | 0 | 0 |
| ***z toho:*** |  |  |  |  |
| ***- vplyv na ŠR*** |  | **0** | **0** | **0** |
| -          *rozpočet MZ SR (príjem zo zvýšenia percenta odvodu na operačné strediská, NCZI)* |  | 13 524 921 | 14 465 464 | 15 120 320 |
| -          *rozpočet MZ SR (príspevok na zdravotnú starostlivosť pre žiadateľov o azyl)* |  | 50 000 | 50 000 | 50 000 |
| -          *rozpočet MV SR príspevok na zdravotnú starostlivosť pre žiadateľov o azyl)* |  | -50 000 | -50 000 | -50 000 |
| *Rozpočtové prostriedky* |  | **0** | **0** | **0** |
| *EÚ zdroje* |  | 0 | 0 | 0 |
| ***- vplyv na obce*** |  | **0** | **0** | **0** |
| ***- vplyv na vyššie územné celky*** |  | **0** | **0** | **0** |
| ***- vplyv na ostatné subjekty verejnej správy*** |  | 21 330 205 | 21 798 590 | 22 124 969 |
| -          *vplyv na rozpočet Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou* |  | **40 000** | **40 000** | **40 000** |
| -          *vplyv na rozpočet verejného zdravotného poistenia* |  | **21 290 205** | **21 758 590** | **22 084 969** |
| **Výdavky verejnej správy celkom** | **0** | **34 855 126** | **36 264 054** | **37 245 289** |
| v tom: za každý subjekt verejnej správy / program zvlášť |  | 0 | 0 | 0 |
| ***z toho:*** |  |  |  |  |
| ***- vplyv na ŠR*** |  | **0** | **0** | **0** |
| -          *rozpočet MZ SR (financovanie bežnej činnosti operačných stredísk, NCZI)* |  | 13 524 921 | 14 465 464 | 15 120 320 |
| -          *rozpočet MZ SR (zdravotná starostlivosť pre žiadateľov o azyl)* |  | 50 000 | 50 000 | 50 000 |
| -          *rozpočet MV SR (zdravotná starostlivosť pre žiadateľov o azyl)* |  | -50 000 | -50 000 | -50 000 |
| *Rozpočtové prostriedky* |  | **0** | **0** | **0** |
| *EÚ zdroje* |  | 0 | 0 | 0 |
| *spolufinancovanie* |  | 0 | 0 | 0 |
| ***- vplyv na obce*** |  | **0** | **0** | **0** |
| *z toho vplyv nových úloh v zmysle ods. 2 Čl. 6 ústavného zákona č. 493/2011 Z. z. o rozpočtovej zodpovednosti* |  | 0 | 0 | 0 |
| ***- vplyv na vyššie územné celky*** |  | **0** | **0** | **0** |
| *z toho vplyv nových úloh v zmysle ods. 2 Čl. 6 ústavného zákona č. 493/2011 Z. z. o rozpočtovej zodpovednosti* |  | 0 | 0 | 0 |
| ***- vplyv na ostatné subjekty verejnej správy*** |  | 21 330 205 | 21 798 590 | 22 124 969 |
| -          *vplyv na rozpočet Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou* |  | **40 000** | **40 000** | **40 000** |
| -          *vplyv na rozpočet verejného zdravotného poistenia* |  | **21 290 205** | **21 758 590** | **22 084 969** |
| **Vplyv na počet zamestnancov** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| ***- vplyv na ŠR*** |  | **0** | **0** | **0** |
| ***- vplyv na obce*** |  | **0** | **0** | **0** |
| ***- vplyv na vyššie územné celky*** |  | **0** | **0** | **0** |
| ***- vplyv na ostatné subjekty verejnej správy*** |  | **0** | **0** | **0** |
| **Vplyv na mzdové výdavky** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| ***- vplyv na ŠR*** |  | **0** | **0** | **0** |
| ***- vplyv na obce*** |  | **0** | **0** | **0** |
| ***- vplyv na vyššie územné celky*** |  | **0** | **0** | **0** |
| ***- vplyv na ostatné subjekty verejnej správy*** |  | **0** | **0** | **0** |
| **Financovanie zabezpečené v rozpočte** |  | **0** | **0** | **0** |
| v tom: za každý subjekt verejnej správy / program zvlášť |  | 0 | 0 | 0 |
| **Iné ako rozpočtové zdroje** |  | **0** | **0** | **0** |
| **Rozpočtovo nekrytý vplyv / úspora** |  | **0** | **0** | **0** |

**2.1.1. Financovanie návrhu - Návrh na riešenie úbytku príjmov alebo zvýšených výdavkov podľa § 33 ods. 1 zákona č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy:**

Návrh zakladá zvýšenie výdavkov v rozpočte verejnej správy. Zvýšenie výdavkov verejnej správy je v plnej miere kompenzované nárastom príjmov rozpočtu verejnej správy.

**2.2. Popis a charakteristika návrhu**

**2.2.1. Popis návrhu:**

K navrhovaným úpravám v opatrení:

1. **Zavedenie mesačného minimálneho základu zamestnanca**

Na rozdiel do ostatných skupín platiteľov poistného (osoby samostatne zárobkovo činné a dobrovoľne nezamestnané osoby) neexistuje u zamestnanca žiaden minimálny vymeriavací základ.

Zamestnancovi postačuje akýkoľvek čiastkový úväzok na to, aby uhrádzal poistné na verejné zdravotné poistenie zo sumy reálne vyplatenej z tohto úväzku. Kvôli tomuto nedostatku dochádza k špekulatívnym uzatváraniam pracovných pomerov (napr. úväzok 1/10 a pod.), tieto osoby platia mesačne poistné na úrovni niekoľko eur a majú zabezpečené verejné zdravotné poistenie v plnom rozsahu (ak by nemali žiaden úväzok a boli by dobrovoľne nezamestnaní, vznikla by im povinnosť platiť poistné na úrovni minimálnej výšky odvodu, čo je pre rok 2022 suma 79,31 eur).

Navrhuje sa, aby sa zaviedol minimálny odvod poistného pre zamestnanca na úrovni odvodu zo sumy životného minima pre jednu plnoletú osobu (v r. 2023 suma 234,42 eur), pričom ak by vypočítaný odvod nedosiahol túto výšku, zamestnanec by musel doplatiť sumu rozdielu, vrátane rozdielu v odvode zamestnávateľa). Uvedeným opatrením nebudú postihnuté osoby v pracovnom pomere s príjmom vyšším ako je životné minimum; osoby s nižšími príjmami si budú musieť doplatiť poistné do tejto výšky. Povinnosť doplatku sa bude týkať iba zamestnanca; odvodová povinnosť zamestnávateľa bude nezmenená, z dôvodu nezvyšovania ceny práce.

Povinnosť vykonať odvod najmenej vo výške minimálneho odvodu sa nebude vzťahovať na poistencov, ktorí sú zároveň poistencami štátu (napr. deti, dôchodcovia, osoby evidované na úrade práce, osoby poberajúce dávku v hmotnej núdzi...).

Vzhľadom k skutočnosti, že hranica životného minima je stanovená ako hranica pre evidenciu na úrade práce, a tiež osoby s tak nízkymi príjmami v riziku chudoby (vzhľadom na hodnotu majetku) majú nárok na dávky v hmotnej núdzi, z tohto titulu sa (za predpokladu, že osoby nemajú iné príjmy), máme za to, že tieto osoby sú už dnes poistencami štátu podľa § 11 ods. 7 a 8 zákona č. 580/2004 z. z. (napr. študenti, dôchodcovia, osoby na rodičovskej dovolenke, osoby evidované na úrade práce atď.) Na poistencov štátu sa vyššie uvedená povinnosť doplatku do minimálneho odvodu vzťahovať nebude a teda v tejto oblasti zákon nebude postihovať nízkopríjmové skupiny osôb.

1. **Úprava obmedzenia prístupu k zdravotnej starostlivosti pre dlžníkov**

Úprava obmedzenia prístupu k zdravotnej starostlivosti pre dlžníkov spočíva v rozšírení zdravotnej starostlivosti pre p poistencov, ktorí je dlžníkom podľa § 25a ods. 1 a nespĺňa podmienky podľa § 9 ods. 2 písm. a) až h), a po novom bude mať právo na úhradu

1. zdravotnej starostlivosti poskytovanej v súvislosti s tehotenstvom,
2. očkovania za účelom prevencie infekčných ochorení ako aj liečbu infekčného ochorenia,
3. liečby chronického ochorenia, ktoré má bez liečby za následok ťažké a nevratné zmeny zdravia vedúce k predčasnému úmrtiu, ak ide o osoby podľa § 11 ods. 7.“.

Nepredpokladáme, že by takáto úprava mala vplyv na pokles úspešnosti výberu poistného.

Prípadný dopad na výdavkovej strane sa nepredpokladá, nakoľko zdravotná starostlivosť, ktorá nebola dočasne poskytovaná dlžníkom by napokon vždy mala byť poskytnutá, či už po úhrade dlhu, alebo po tom, ako sa z odkladnej zdravotnej starostlivosti stane neodkladná, často aj vo vyššej sume, ako by stála v čase, kým neodkladnou nebola (akútna zdravotná starostlivosť je vždy drahšia, ako včasná liečba ochorenia).

Z vyššie uvedených dôvodov preto v tejto časti nepredpokladáme pozitívny ani negatívny dopad na rozpočet verejného zdravotného poistenia.

1. **Zmena spôsobu uhrádzania zdravotnej starostlivosti pre žiadateľov o azyl a ďalšie osoby**

Skupina osôb, ktorá zahŕňa žiadateľov o azyl, žiadateľov o poskytnutie dočasného útočiska a osoby v programe asistovaného dobrovoľného návratu do krajiny pôvodu, má nárok na poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti aj v súčasnosti. Návrh nezakladá rozšírenie tohto rozsahu, iba zmenu subjektu, ktorý má túto zdravotnú starostlivosť uhrádzať – namiesto Ministerstva vnútra SR to má byť Ministerstvo zdravotníctva SR.

Z uvedeného dôvodu nepredpokladáme dopad na štátny rozpočet, iba presun finančných prostriedkov, vyčlenených na tento účel z kapitoly MV SR do kapitoly MZ SR.

1. **Nárok predsedu Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou na paušálnu náhradu na pokrytie nevyhnutných výdavkov.**

Navrhuje sa v zákone ustanoviť nárok predsedu ÚDZS na mesačnú paušálnu náhradu na pokrytie nevyhnutných výdavkov za služby a iných osobných výdavkov súvisiacich s vykonávaním funkcie v sume maximálne 50 % platu, obdobne, ako je to u iných vysokých ústavných činiteľov. Paušálne náhrady sú štandardnou súčasťou právnych predpisov upravujúcich odmeňovanie a platové pomery verejných funkcionárov. Paušálne náhrady patria napr. vedúcemu zamestnancovi vo verejnej funkcii v služobnom úrade, ktorým je ministerstvo, vedúcemu ústredného orgánu štátnej správy (§ 150 zákona č. 55/2017 Z. z.), predsedovi a podpredsedovi Najvyššieho kontrolného úradu SR (§ 21a zákona č. 120/1993 Z. z.), verejnému ochrancovi práv (§ 26 zákona č. 564/2001 Z. z.), predsedovi Úradu na ochranu oznamovateľov protispoločenskej činnosti (§ 14 zákona č. 54/2019 Z. z.) a pod.

Návrh zákona upravuje len hornú hranicu paušálnej náhrady, ktorú možno predsedovi úradu určiť, konkrétnu výšku bude určovať správna rada úradu aj s ohľadom na finančné možnosti úradu. Paušálne náhrady budú čerpané z existujúceho rozpočtu úradu – nezavádza sa zvyšovanie príspevku úradu.

1. **Zvýšenie pokút uložených zdravotným poisťovniam**

Návrh zákona zavádza opakovanú sankciu v prípadoch kedy zdravotná poisťovňa opakovane poruší tú istú zákonnú povinnosť. Návrh má slúžiť ako preventívna funkcia.

1. **Zvýšenie percenta príspevkov, odvádzaných zdravotnými poisťovňami**

Navrhuje sa zvýšenie príspevkov zdravotných poisťovní na činnosti operačných stredísk tiesňového volania záchrannej zdravotnej služby zo súčasnej sadzby 0,35% na sadzbu 0,45%.

Navrhuje sa zvýšenie príspevkov na správu a rozvoj národného zdravotníckeho informačného systému zo súčasnej sadzby 0,41% na sadzbu 0,55%.

1. **Regulácia zisku zdravotných poisťovní**

Cieľom návrhu je zaregulovať maximálnu hodnotu kladného hospodárskeho výsledku, ktorú si budú môcť akcionári zdravotnej poisťovne vyplatiť vo forme dividend tak, aby na jednej strane neboli odčerpávané zdroje verejného zdravotného poistenia mimo systém v miere vyššej, ako je primeraná odmena za správu verejných zdrojov a výkon zdravotného poistenia a na druhej strane, aby potencionálna odmena, ktorú môže získať akcionár zdravotnej poisťovne vo forme dividendy pokrývala náklady, spojené s výkonom týchto činností a bola motivujúca.

**2.2.2. Charakteristika návrhu:**

zmena sadzby

zmena v nároku

nová služba alebo nariadenie (alebo ich zrušenie)

X kombinovaný návrh

iné

**2.2.3. Predpoklady vývoja objemu aktivít:**

Jasne popíšte, v prípade potreby použite nižšie uvedenú tabuľku. Uveďte aj odhady základov daní a/alebo poplatkov, ak sa ich táto zmena týka.

Tabuľka č. 2

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objem aktivít** | **Odhadované objemy** | | | |
| **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |
| Indikátor ABC |  |  |  |  |
| Indikátor KLM |  |  |  |  |
| Indikátor XYZ |  |  |  |  |

Predloženým návrhom zmeny zákona nedochádza k zmene vývoja objemu aktivít.

**2.2.4. Výpočty vplyvov na verejné financie**

Zistený dopad odpočítateľnej položky v zdravotnom poistení v eur za predošlé obdobia bol nasledovný

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **rok** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** | **2021** |
| preddavky | 41 183 155 | 7 131 652 | 4 393 487 | 2 654 472 | 2 188 089 |
| RZP za predchádzajúci rok | 137 293 020 | 104 090 028 | 24 485 102 | 19 539 236 | 18 790 150 |
| dopad celkom | 178 476 175 | 111 221 679 | 28 878 589 | 22 193 708 | 20 978 239 |
|  |  |  |  |  |  |

Odhad v eur za nasledujúce obdobia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **rok** | **2022\*** | **2023\*** | **2024\*** | **2025\*** |
| preddavky | 1 400 000 | 1 000 000 | 500 000 | 200 000 |
| RZP za predchádzajúci rok | 14 000 000 | 10 000 000 | 5 000 000 | 1 000 000 |
| dopad celkom | 15 400 000 | 11 000 000 | 5 500 000 | 1 200 000 |
| \*odhad |  |  |  |  |

1. **Zavedenie mesačného minimálneho základu zamestnanca**

Je reálny predpoklad, že časť poistencov, ktorí v súčasnosti využívajú prácu na skrátené úväzky prehodnotí svoj status (jednak osoby, ktorým by sa nová zmena finančne neoplatila kvôli navýšeniu odvodu na úroveň ich príjmu, jednak osoby, ktoré tento inštitút využívali zo špekulatívnych dôvodov s cieľom vyhnúť sa povinnosti platiť odvody v plnej výške) a teda pri odhade pozitívneho dopadu na príjem zdravotných poisťovní je treba zohľadniť aj túto skutočnosť. Je teda potrebné odhad pozitívneho dopadu znížiť o tieto osoby – odhad, je, že by sa táto zmena statusu mohla týkať 40% osôb.

Nasledujúca analýza vychádza z údajov, ktoré poskytli zdravotné poisťovne.

Negatívny dopad môže vzniknúť pri osobách s príjmom vyšším ako životné minimum (234,42 eur) a zároveň nižším ako 329 eur, kde negatívny dopad na príjem zamestnanca predstavuje sumu od 0,02 eur mesačne (osoby s príjmom 328 eur) do 9,32 eur mesačne (osoba s príjmom 235 eur); negatívny vplyv zaniká pre nízkopríjmové skupiny s príjmom od 329 eur mesačne (odvod zamestnávateľa už pokrýva celú sumu minimálneho odvodu).

Podľa údajov od zdravotných poisťovní za 1. štvrťrok roku 2022 bol počet zamestnancov s príjmom do výšky životného minima 85 - 95 tis. osôb. Za predpokladu, že osoby s reálne nízkym príjmom z tejto skupiny budú zároveň poistencami štátu, by v tejto skupine osôb nemali byť zaznamenané negatívne vplyvy na sociálne ohrozené skupiny.

Podľa údajov od zdravotných poisťovní by mala skupina osôb s príjmami v intervale od 234 eur do 329 eur predstavovať cca 35 tis. osôb. Osoby z tejto skupiny by zaznamenali negatívny dopade na ich príjmy vo výške 4,66 eur / mesačne (priemerný dopad z tabuľky nižšie).

Počet zamestnancov s vymeriavacím základom nižším ako životné minimum (bez poistencov štátu): 95 000 osôb

Úhrn skutočných vymeriavacích základov týchto osôb za 1 mesiac: 1 200 000 ‬eur.

Úhrn vymeriavacích základov týchto osôb, ak je vymeriavací základ životné minimum:  234,42 eur x 95 000 = 22 269 900 eur

Zníženie o 40%:  234,42 eur x (95 000 – (40% z 95 000)) = 13 361 940 eur

Navýšenie vymeriavacích základov za 1 mesiac: 13 361 940 eur – 1 200 000 eur = 12 161 940 eur

Navýšenie príjmov verejného zdravotného poistenia za 1 mesiac: 14% z 12 161 940 eur = 1 702 671,6 eur

Navýšenie príjmov verejného zdravotného poistenia za 1 rok: 1 702 671,6 eur x 12 = 20 432 059,2 eur.

Tento dopad odhadujeme aj na ďalšie roky, navýšený o odhadovanú infláciu podľa poslednej makroekonomickej prognózy MF SR -

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4,2 | 2,2 | 1,5 |
| 2022 | 2023 | 2024 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **rok** | **2023** | **2024** | **2025** | **2026** |
| suma | 21 290 205,47 | 21 758 589,99 | 22 084 968,84 | 22 482 498,28 |

Navrhuje sa, aby sa zaviedol minimálny odvod poistného pre zamestnanca na úrovni odvodu zo sumy životného minima pre jednu plnoletú osobu (v r. 2023 suma 234,42 eur), pričom ak by vypočítaný odvod nedosiahol túto výšku, zamestnanec by musel doplatiť sumu rozdielu, vrátane rozdielu v odvode zamestnávateľa). Uvedeným opatrením nebudú postihnuté osoby v pracovnom pomere s príjmom vyšším ako je životné minimum; osoby s nižšími príjmami si budú musieť doplatiť poistné do tejto výšky. Povinnosť doplatku sa bude týkať iba zamestnanca; odvodová povinnosť zamestnávateľa bude nezmenená, z dôvodu nezvyšovania ceny práce.

Príklad dopadu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **životné minimum** | 234,42 | k 1. 1. 2023 |
| **odp. položka** | 380,00 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **mzda  (eur)** | súčasnosť | | nový návrh | | **nový dopad** | |
| zamestnanec – odvod 4% | zamestnávateľ – odvod 10% | zamestnanec – 4% | zamestnávateľ – 10% | **zamestnanec (rozdiel nový návrh a súčasnosť)** | **zamestnávateľ (rozdiel nový návrh a súčasnosť)** |
| **10** | 0,00 | 1,00 | 31,82 | 1,00 | 31,82 | 0,00 |
| **20** | 0,00 | 2,00 | 30,82 | 2,00 | 30,82 | 0,00 |
| **30** | 0,00 | 3,00 | 29,82 | 3,00 | 29,82 | 0,00 |
| **40** | 0,00 | 4,00 | 28,82 | 4,00 | 28,82 | 0,00 |
| **50** | 0,00 | 5,00 | 27,82 | 5,00 | 27,82 | 0,00 |
| **60** | 0,00 | 6,00 | 26,82 | 6,00 | 26,82 | 0,00 |
| **70** | 0,00 | 7,00 | 25,82 | 7,00 | 25,82 | 0,00 |
| **80** | 0,00 | 8,00 | 24,82 | 8,00 | 24,82 | 0,00 |
| **90** | 0,00 | 9,00 | 23,82 | 9,00 | 23,82 | 0,00 |
| **100** | 0,00 | 10,00 | 22,82 | 10,00 | 22,82 | 0,00 |
| **200** | 0,00 | 20,00 | 12,82 | 20,00 | 12,82 | 0,00 |
| **218** | 0,00 | 21,80 | 11,02 | 21,80 | 11,02 | 0,00 |
| **219** | 0,00 | 21,90 | 10,92 | 21,90 | 10,92 | 0,00 |
| **220** | 0,00 | 22,00 | 10,82 | 22,00 | 10,82 | 0,00 |
| **230** | 0,00 | 23,00 | 9,82 | 23,00 | 9,82 | 0,00 |
| **234** | 0,00 | 23,40 | 9,42 | 23,40 | 9,42 | 0,00 |
| **235** | 0,00 | 23,50 | 9,32 | 23,50 | **9,32** | **0,00** |
| **240** | 0,00 | 24,00 | 8,82 | 24,00 | **8,82** | **0,00** |
| **250** | 0,00 | 25,00 | 7,82 | 25,00 | **7,82** | **0,00** |
| **260** | 0,00 | 26,00 | 6,82 | 26,00 | **6,82** | **0,00** |
| **270** | 0,00 | 27,00 | 5,82 | 27,00 | **5,82** | **0,00** |
| **280** | 0,00 | 28,00 | 4,82 | 28,00 | **4,82** | **0,00** |
| **290** | 0,00 | 29,00 | 3,82 | 29,00 | **3,82** | **0,00** |
| **300** | 0,00 | 30,00 | 2,82 | 30,00 | **2,82** | **0,00** |
| **303** | 0,00 | 30,30 | 2,52 | 30,30 | **2,52** | **0,00** |
| **304** | 0,00 | 30,40 | 2,42 | 30,40 | **2,42** | **0,00** |
| **305** | 0,00 | 30,50 | 2,32 | 30,50 | **2,32** | **0,00** |
| **306** | 0,00 | 30,60 | 2,22 | 30,60 | **2,22** | **0,00** |
| **310** | 0,00 | 31,00 | 1,82 | 31,00 | **1,82** | **0,00** |
| **320** | 0,00 | 32,00 | 0,82 | 32,00 | **0,82** | **0,00** |
| **325** | 0,00 | 32,50 | 0,32 | 32,50 | **0,32** | **0,00** |
| **326** | 0,00 | 32,60 | 0,22 | 32,60 | **0,22** | **0,00** |
| **327** | 0,00 | 32,70 | 0,12 | 32,70 | **0,12** | **0,00** |
| **328** | 0,00 | 32,80 | 0,02 | 32,80 | **0,02** | **0,00** |
| **329** | 0,00 | 32,90 | 0,00 | 32,90 | 0,00 | 0,00 |
| **330** | 0,00 | 33,00 | 0,00 | 33,00 | 0,00 | 0,00 |
| **350** | 0,00 | 35,00 | 0,00 | 35,00 | 0,00 | 0,00 |
| **380** | 0,00 | 38,00 | 0,00 | 38,00 | 0,00 | 0,00 |
| **400** | 2,40 | 40,00 | 2,40 | 40,00 | 0,00 | 0,00 |
| **450** | 8,40 | 45,00 | 8,40 | 45,00 | 0,00 | 0,00 |
| **500** | 14,40 | 50,00 | 14,40 | 50,00 | 0,00 | 0,00 |
| **550** | 20,40 | 55,00 | 20,40 | 55,00 | 0,00 | 0,00 |
| **600** | 24,00 | 60,00 | 24,00 | 60,00 | 0,00 | 0,00 |
| **650** | 26,00 | 65,00 | 26,00 | 65,00 | 0,00 | 0,00 |

Povinnosť vykonať odvod najmenej vo výške minimálneho odvodu sa nebude vzťahovať na poistencov, ktorí sú zároveň poistencami štátu (napr. deti, dôchodcovia, osoby evidované na úrade práce, osoby poberajúce dávku v hmotnej núdzi...).

Vzhľadom k skutočnosti, že hranica životného minima je stanovená ako hranica pre evidenciu na úrade práce, a tiež osoby s tak nízkymi príjmami v riziku chudoby (vzhľadom na hodnotu majetku) majú nárok na dávky v hmotnej núdzi, z tohto titulu sa (za predpokladu, že osoby nemajú iné príjmy), máme za to, že tieto osoby sú už dnes poistencami štátu podľa § 11 ods. 7 a 8 zákona č. 580/2004 z. z. (napr. študenti, dôchodcovia, osoby na rodičovskej dovolenke, osoby evidované na úrade práce atď.) Na poistencov štátu sa vyššie uvedená povinnosť doplatku do minimálneho odvodu vzťahovať nebude a teda v tejto

oblasti zákon nebude postihovať nízkopríjmové skupiny osôb.

Príklad

zamestnanec má príjem 300 eur

dnes neplatí 4% z 300 eur, lebo sa na túto sumu uplatňuje odpočítateľná položka

zamestnávateľ zaplatí 30 eur (10% z 300)

po novom bude musieť zamestnávateľ preveriť, či

výsledok, t.j. odvod za zamestnanca plus odvod za zamestnávateľa (v tomto prípade 30 eur) je rovný 14% z 234,42,

ak nie je (čo v tomto prípade nie je), bude musieť strhnúť zamestnancovi zvyšok, v tomto prípade pôjde o sumu 2 eurá 81 centov,

ak je, ponechá odvod bez zmeny.

Vzhľadom na zmenu sumy minimálneho základu (životné minimum), by zavedenie minimálneho základu nemalo mať vplyv na daňové príjmy.

1. **Úprava obmedzenia prístupu k zdravotnej starostlivosti pre dlžníkov**

Nepredpokladáme pozitívny ani negatívny dopad na rozpočet verejného zdravotného poistenia.

Ľudia bez domova často trpia rôznymi ochoreniami, obyčajne chronického charakteru. Podľa Záverečnej správy z výskumu a sčítania ľudí́ bez domova na území mesta Bratislavy v roku 2016 prítomnosť dlhodobého zdravotného problému uviedlo 49 % dospelých osôb, v starších vekových skupinách sa týkal až 60 % osôb. K najčastejšie uvádzaným dlhodobým zdravotným problémom patrili problémy s nohami a problémy so srdcom a tlakom. Výrazné zastúpenie mali aj duševné problémy či ťažkosti s dýchaním. Aj podľa Záverečnej správy z registračného týždňa rodín v bytovej núdzi v Košiciach z roku 2021 respondenti medzi najčastejšiemu zdravotnými problémami uviedli problémy s dýchaním, neurologické ochorenia, ochorenia srdca a vysoký krvný tlak, ochorenia pohybového aparátu a cukrovku. Najväčším problémom zlého zdravotného stavu ľudí bez domova však býva kritické prehlbovanie chronických ochorení s fatálnymi následkami. Odopieranie inej, než neodkladnej ZS v prípade chronického ochorenia ľudí bez domova často vystavuje bolestiam, nedostatku potrebných liekov a významne znižuje predpokladanú dĺžku ich života.

Podľa analýzy predkladateľa nárok dlžníkov na zdravotnú starostlivosť v plnom rozsahu nemá merateľný vplyv na príjmy ani výdavky systému verejného zdravotného poistenia.

Obmedzenie nároku na zdravotnú starostlivosť pri dlžníkovi iba na neodkladnú je zrejme najtvrdšie v EU; veľká väčšina členských štátov EU (vrátane Českej republiky) takéto obmedzenie vôbec nemá a napriek tomu v týchto krajinách nie je evidovaný žiaden pokles úspešnosti výberu poistného v porovnaní so SR. Zdravotným poisťovniam naďalej ostáva k dispozícii celé spektrum nástrojov na vymáhanie, vrátane exekučných konaní.

Pokiaľ ide o šetrenie prostriedkov na zdravotnú starostlivosť, veľmi často je práve akútna zdravotná starostlivosť drahšia, ako prevencia a odkladná zdravotná starostlivosť.

Ustanovenie bolo prepracované. Úprava obmedzenia prístupu k zdravotnej starostlivosti pre dlžníkov spočíva v rozšírení zdravotnej starostlivosti pre poistencov, ktorí sú dlžníkmi podľa § 25a ods. 1 a nespĺňa podmienky podľa § 9 ods. 2 písm. a) až h), a po novom bude mať právo na úhradu

1. zdravotnej starostlivosti poskytovanej v súvislosti s tehotenstvom,
2. očkovania za účelom prevencie infekčných ochorení ako aj liečbu infekčného ochorenia,
3. liečby chronického ochorenia, ktoré má bez liečby za následok ťažké a nevratné zmeny zdravia vedúce k predčasnému úmrtiu, ak ide o osoby podľa § 11 ods. 7.
4. **Zmena spôsobu uhrádzania zdravotnej starostlivosti pre žiadateľov o azyl a ďalšie osoby**

Nepredpokladáme pozitívny ani negatívny dopad na štátny rozpočet.

Predpokladáme nutnosť presunu sumy, určenej na úhradu zdravotnej starostlivosti pre tieto osoby z kapitoly MV SR do kapitoly MZ SR.

Sumy, určené na úhradu zdravotnej starostlivosti pre tieto soby v minulosti (zdroj: MV SR):

|  |  |
| --- | --- |
| rok | suma úhrad za zdravotnú starostlivosť v tisícoch eur |
| 2019 | 29 |
| 2020 | 19 |
| 2021 | 37 |

Odhad sumy v budúcnosti je veľmi problematický, nakoľko významným nepredvídateľným parametrom je situácia v okolitých krajinách, možný vznik migračnej krízy alebo inej krízovej humanitárnej situácie.

Odhad (pri vyššie uvedenej miere neistoty) je cca 50 tis. eur ročne.

*(poznámka: tento odhad nezahŕňa náklady, spojené s poskytovaním zdravotnej starostlivosti pre obete v súčasnosti prebiehajúceho vojnového konfliktu na Ukrajine, nakoľko týmto osobám je už v súčasnosti poskytovaná a uhrádzaná zdravotná starostlivosť podľa iných platných ustanovení - § 9h ods. 2 a § 38eza zákona č. 580/2004 Z. z.).*

1. **Nárok predsedu Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou na paušálnu náhradu na pokrytie nevyhnutných výdavkov**

Navrhovaný nárok predsedu ÚDZS na mesačnú paušálnu náhradu na pokrytie nevyhnutných výdavkov za služby a iných osobných výdavkov súvisiacich s vykonávaním funkcie v sume maximálne 50 % platu, bude mať negatívny dopad na rozpočet ÚDZS.

1. **Zvyšovanie pokút uložených zdravotných poisťovniam**

Zvyšovanie pokút by nemalo mať merateľný dopad na príjmy rozpočtu, nakoľko ani v súčasnosti nie sú ukladané pokuty v najvyššej výške, ktorú umožňuje zákon. Zvýšenie hornej sadzby pri opakovanom porušení má zabezpečiť preventívnu funkciu.

1. **Zvýšenie percenta príspevkov, odvádzaných zdravotnými poisťovňami**

Príspevok na činnosti operačných stredísk tiesňového volania záchrannej zdravotnej služby

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **rok** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |
| **základ** | **5 635 383 857** | **6 027 276 663** | **6 300 133 262** | **6 591 049 050** |
| **výška príspevku pri sadzbe 0,35%** | 19 723 843 | 21 095 468 | 22 050 466 | 23 068 672 |
| **výška príspevku pri sadzbe 0,45%** | 25359227,35 | 27122744,98 | 28350599,68 | 29659720,7 |
| **rozdiel (dopad)** | 5 635 384 | 6 027 277 | 6 300 133 | 6 591 049 |

Príspevok na správu a rozvoj národného zdravotníckeho informačného systému

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **rok** | **2023** | **2024** | **2025** | **2026** |
| **základ** | **5 635 383 857** | **6 027 276 663** | **6 300 133 262** | **6 591 049 050** |
| **výška príspevku pri sadzbe 0,41%** | 23 105 074 | 24 711 834 | 25 830 546 | 27 023 301 |
| **výška príspevku pri sadzbe 0,55%** | 30994611,21 | 33150021,64 | 34650732,94 | 36250769,8 |
| **rozdiel (dopad)** | 7 889 537 | 8 438 187 | 8 820 187 | 9 227 469 |

celkom:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **rok** | **2023** | **2024** | **2025** | **2026** |
| **celkom** | 13 524 921 | 14 465 464 | 15 120 320 | 15 818 518 |

Celkový dopad predstavuje negatívny vplyv na rozpočet verejného zdravotného poistenia a pozitívny vplyv na rozpočet operačných stredísk tiesňového volania a na pozitívny vplyv na rozpočet správcu národného zdravotníckeho informačného systému.

Zvýšené príjmy oboch rozpočtových organizácií budú použité na financovanie ich bežnej činnosti.

Pokiaľ ide o zvyšovanie percenta na OS ZZS a pre NCZI, aj napriek zvýšenému objemu zdrojov verejného zdravotného poistenia, ani tieto zvýšené prostriedky nepokrývajú náklady týchto inštitúcií, zvýšené prostriedky majú slúžiť na nové činnosti. (viac v dôvodovej správe osobitnej a analýze verejnej správy). Aj keď sa stotožňujeme s myšlienkou, aby všetky zdroje verejného zdravotného poistenia boli použité na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ak by boli tieto organizácie príspevkovými organizáciami, malo by to vplyv na štátne verejné zdroje, s čím nebude súhlasiť MFSR, nakoľko by sa prehlboval dlh SR.

**Vplyv na výdavky rozpočtu Ministerstva zdravotníctva SR**

**Operačné stredisko záchrannej zdravotnej služby SR**

Aj v prípade, že projektovaný medziročný nárast zdrojov vo verejnom zdravotnom poistení sa stane realitou, nebude to stačiť na pokrytie nákladov na prevádzku OS ZZS SR. Analýza OS nepočíta so žiadnou významnou investíciou nad rámec existujúcich systémov. Ide iba o pravidelnú aktualizáciu s výnimkou projektu eZZS, ktorého dopad je zhruba 300 tis. EUR ročne. V analýze je započítané aj avizované zvýšenie miezd vo verejnej správe (7% od 1.1.2023 a následne o 10% od 1.9.2023). V prípade, že výber verejného zdravotného poistenia bude naozaj vo výške projektovanej MF SR, odhadujeme deficit v rozpočte OS ZZS SR na rok 2023 bude. Z týchto dôvodov sme názoru, že navýšenie percenta z 0,35 na 0,45 percentuálneho bodu je plne opodstatnené a aj nevyhnutné na plynulú prevádzku OS ZZS SR ako súčasti kritickej infraštruktúry a integrovaného záchranného systému.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **v tis. EUR** | **2018** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** | **2026** |
| **MZDY A ODVODY** | 13 153 | 15 329 | 16 221 | 15 950 | 17 066 | 18 869 | 20 756 | 22 209 | 23 764 |
| **DOPLATOK MZDY** | - | - | - | 2 224 | - | - | - | - | - |
| **DIS** | 1 451 | 1 759 | 2 393 | 2 142 | 2 064 | 2 256 | - | - | - |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **NÁJOM** | 372 | 372 | 372 | 372 | 372 | 372 | 372 | 372 | 372 |
| **ENERGIE** | 126 | 121 | 121 | 104 | 200 | 250 | 300 | 350 | 400 |
| **eZZS** | - | - | - | - | - | 300 | 300 | 300 | 300 |
| **OSTATNÉ TOVARY A SLUŽBY** | 1 223 | 1 260 | 1 205 | 987 | 1 343 | 1 206 | 1 275 | 1 385 | 1 351 |
| **NÁKLADY SPOLU** | 16 324 | 18 840 | 20 312 | 21 778 | 21 045 | 23 953 | 24 603 | 26 616 | 28 187 |
| **ZÁKLAD (OS)** | 4 491 058 | 4 608 494 | 4 878 417 | 5 162 510 | 5 216 315 | 5 320 641 | 5 427 054 | 5 535 595 | 5 646 307 |
| **ZÁKLAD (MF)** | - | - | - | - | - | 6 345 133 | 6 632 350 | 6 938 577 | 7 238 577 |
| **PRÍSPEVOK (ZO ZÁKLADU OS)** | 15 719 | 16 130 | 17 074 | 18 069 | 18 257 | 18 622 | 18 995 | 19 375 | 19 762 |
| **PRÍSPEVOK (ZO ZÁKLADU MF)** | - | - | - | - | - | 22 208 | 23 213 | 24 285 | 25 335 |
| **ROZDIEL (OS)** | **-0,61** | **-2,71** | **-3,24** | **-3,71** | **-2,79** | **-5,33** | **-5,61** | **-7,24** | **-8,42** |
| **ROZDIEL (MF)** |  |  |  |  |  | **-1,75** | **-1,39** | **-2,33** | **-2,85** |
| **OPTIMÁNE PERCENTO PRÍSPEVKU (OS)** | **0,363%** | **0,409%** | **0,416%** | **0,422%** | **0,403%** | **0,450%** | **0,453%** | **0,481%** | **0,499%** |
| **OPTIMÁNE PERCENTO PRÍSPEVKU (MF)** |  |  |  |  |  | **0,378%** | **0,371%** | **0,384%** | **0,389%** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

NCZI

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  | **Rok 2022** | **Rok 2023** | **Rok 2024** | **Rok 2025** |
| Variabilné nálady | 9 610 219,51 | 5 472 605,56 | 5 472 605,56 | 5 462 605,56 |
| Fixné náklady | 5 598 849,09 | 5 344 676,44 | 6 261 315,44 | 6 859 846,44 |
| personálne výdavky | 11 624 776,00 | 11 800 034,00 | 12 773 372,00 | 13 398 307,00 |
| Energie a vodne stočné | 307 042,42 | 295 372,00 | 295 372,00 | 295 372,00 |
| plán inv.akcií | 23 045 393,51 | 63 541 170,73 | 9 798 817,35 | 9 798 817,35 |
| Spolu | 50 186 280,53 | 86 453 858,73 | 34 601 482,35 | 35 814 948,35 |

**2.2.4.1 Úhrnný vplyv na rozpočet verejného zdravotného poistenia**

Priamy vplyv na rozpočet verejného zdravotného poistenia má časť A, B materiálu.

Zvýšenie príjmov zdravotných poisťovní sa prejaví na zvýšení výdavkov – úhrady poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.

Úhrn týchto vplyvov je nasledovný:

Dopad na príjmy zdravotných poisťovní:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **rok** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |
| stanovenie minimálneho vymeriavacieho základu |  | 21 290 205 | 21 758 590 | 22 084 969 |
| spolu |  | 21 290 205 | 21 758 590 | 22 084 969 |

Dopad na výdavky zdravotných poisťovní:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **rok** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |
| zvýšenie príspevkov |  | 13 524 921 | 14 465 464 | 15 120 320 |
| úhrady poskytovateľom |  | 7 765 284 | 7 293 126 | 6 964 649 |
| spolu |  | 21 290 205 | 21 758 590 | 22 084 969 |

Tabuľka č. 3

Vplyv na príjmy rozpočtu verejného zdravotného poistenia

v tabuľke č. 3 Vplyv na príjmy rozpočtu Ministerstva zdravotníctva SR riadok „Dopad na príjmy verejnej správy celkom“, vzhľadom na to, že sa číselný údaj za rok 2026 správne matematicky nezhoduje so súčtom číselných údajov uvedených ako jednotlivé položky ekonomickej klasifikácie – transfery.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Príjmy (v eurách)** |  | **Vplyv na rozpočet verejnej správy** | | | **poznámka** |
| **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |  |
| **Daňové príjmy (100)1** |  |  |  |  |  |
| verejné zdravotné poistenie (154) |  | 21 290 205 | 21 758 590 | 22 084 969 |  |
| **Nedaňové príjmy (200)1** |  |  |  |  |  |
| **Granty a transfery (300)1** |  |  |  |  |  |
| **Príjmy z transakcií s finančnými aktívami a finančnými pasívami (400)** |  |  |  |  |  |
| **Prijaté úvery, pôžičky a návratné finančné výpomoci (500)** |  |  |  |  |  |
| **Dopad na príjmy verejnej správy celkom** | **0** | 21 290 205 | 21 758 590 | 22 084 969 |  |

1 – príjmy rozpísať až do položiek platnej ekonomickej klasifikácie

**Poznámka:**

Ak sa vplyv týka viacerých subjektov verejnej správy, vypĺňa sa samostatná tabuľka za každý subjekt.

Vplyv na príjmy rozpočtu Ministerstva zdravotníctva SR

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Príjmy (v eurách)** |  | **Vplyv na rozpočet verejnej správy** | | | **poznámka** |
| **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |  |
| **Daňové príjmy (100)1** |  |  |  |  |  |
| **Nedaňové príjmy (200)1** |  |  |  |  |  |
| **Granty a transfery (300)1** |  |  |  |  |  |
| transfery zo štátneho rozpočtu (312001) |  | **50 000** | **50 000** | **50 000** | zvýšenie rozpočtu kapitoly z dôvodu uhrádzania zdravotnej starostlivosti pre žiadateľov o azyl) |
| transfery zo zdravotných poisťovní (312003) |  | 13 524 921 | 14 465 464 | 15 120 320 | zvýšenie percenta príspevkov odvádzaných zdravotnými poisťovňami |
| **Príjmy z transakcií s finančnými aktívami a finančnými pasívami (400)** |  |  |  |  |  |
| **Prijaté úvery, pôžičky a návratné finančné výpomoci (500)** |  |  |  |  |  |
| **Dopad na príjmy verejnej správy celkom** | **0** | **13 574 921** | **14 515 464** | **15 170 320** |  |

1 – príjmy rozpísať až do položiek platnej ekonomickej klasifikácie

**Poznámka:**

Ak sa vplyv týka viacerých subjektov verejnej správy, vypĺňa sa samostatná tabuľka za každý subjekt.

Vplyv na príjmy rozpočtu Ministerstva vnútra SR

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Príjmy (v eurách)** |  | **Vplyv na rozpočet verejnej správy** | | | **poznámka** |
| **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |  |
| **Daňové príjmy (100)1** |  |  |  |  |  |
| **Nedaňové príjmy (200)1** |  |  |  |  |  |
| **Granty a transfery (300)1** |  |  |  |  |  |
| transfery zo štátneho rozpočtu (312001) |  | **– 50 000** | **– 50 000** | **– 50 000** | zníženie rozpočtu kapitoly z dôvodu uhrádzania zdravotnej starostlivosti pre žiadateľov o azyl) |
| **Príjmy z transakcií s finančnými aktívami a finančnými pasívami (400)** |  |  |  |  |  |
| **Prijaté úvery, pôžičky a návratné finančné výpomoci (500)** |  |  |  |  |  |
| **Dopad na príjmy verejnej správy celkom** | **0** | **– 50 000** | **– 50 000** | **– 50 000** |  |

1 – príjmy rozpísať až do položiek platnej ekonomickej klasifikácie

**Poznámka:**

Ak sa vplyv týka viacerých subjektov verejnej správy, vypĺňa sa samostatná tabuľka za každý subjekt.

Tabuľka č. 4

Vplyv na príjmy rozpočtu Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Príjmy (v eurách)** |  | **Vplyv na rozpočet verejnej správy** | | | **poznámka** |
| **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |  |
| **Daňové príjmy (100)1** |  | **– 40 000** | **– 40 000** | **– 40 000** | zníženie rozpočtu úradu z dôvodu zvýšených výdavkov na paušálne náhrady pre predsedu |
| **Nedaňové príjmy (200)1** |  |  |  |  |  |
| **Granty a transfery (300)1** |  |  |  |  |  |
| transfery zo štátneho rozpočtu (312001) |  |  |  |  |  |
| **Príjmy z transakcií s finančnými aktívami a finančnými pasívami (400)** |  |  |  |  |  |
| **Prijaté úvery, pôžičky a návratné finančné výpomoci (500)** |  |  |  |  |  |
| **Dopad na príjmy verejnej správy celkom** | **0** | **– 40 000** | **– 40 000** | **– 40 000** |  |

1 – príjmy rozpísať až do položiek platnej ekonomickej klasifikácie

**Poznámka:**

Ak sa vplyv týka viacerých subjektov verejnej správy, vypĺňa sa samostatná tabuľka za každý subjekt.

Vplyv na výdavky rozpočtu verejného zdravotného poistenia

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Výdavky (v eurách)** |  | **Vplyv na rozpočet verejnej správy** | | | **poznámka** |
| **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |  |
| **Bežné výdavky (600)** |  |  |  |  |  |
| Mzdy, platy, služobné príjmy a ostatné osobné vyrovnania (610) |  |  |  |  |  |
| Poistné a príspevok do poisťovní (620) |  |  |  |  |  |
| Tovary a služby (630)2 |  |  |  |  |  |
| * poplatky a odvody (637012) |  |  |  |  |  |
| * platby zdravotníckym zariadeniam (637034) |  | 7 765 284 | 7 293 126 | 6 964 649 | zvýšenie výdavkov zdravotných poisťovní poskytovateľom z dôvodu zvýšenia príjmov z titulu zavedenia minimálneho poistného zamestnanca |
| Bežné transfery (640)2 (641006) |  | 13 524 921 | 14 465 464 | 15 120 320 | zvýšenie percenta príspevkov odvádzaných zdravotnými poisťovňami |
| Splácanie úrokov a ostatné platby súvisiace s  úverom, pôžičkou, návratnou finančnou výpomocou a finančným prenájmom (650)2 |  |  |  |  |  |
| **Kapitálové výdavky (700)** |  |  |  |  |  |
| Obstarávanie kapitálových aktív (710)2 |  |  |  |  |  |
| Kapitálové transfery (720)2 |  |  |  |  |  |
| **Výdavky z transakcií s finančnými aktívami a finančnými pasívami (800)** |  |  |  |  |  |
| **Dopad na výdavky verejnej správy celkom** | **0** | **21 290 205** | **21 758 590** | **22 084 969** |  |

2 – výdavky rozpísať až do položiek platnej ekonomickej klasifikácie

**Poznámka:**

Ak sa vplyv týka viacerých subjektov verejnej správy, vypĺňa sa samostatná tabuľka za každý subjekt.

Vplyv na výdavky rozpočtu Ministerstva zdravotníctva SR

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Výdavky (v eurách)** |  | **Vplyv na rozpočet verejnej správy** | | | **poznámka** |
| **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |  |
| **Bežné výdavky (600)** |  |  |  |  |  |
| Mzdy, platy, služobné príjmy a ostatné osobné vyrovnania (610) |  |  |  |  |  |
| Poistné a príspevok do poisťovní (620) |  |  |  |  |  |
| Tovary a služby (630)2 |  |  |  |  |  |
| Bežné transfery (640)2 |  |  |  |  |  |
| * zabezpečovanie bežnej činnosti Operačného strediska záchrannej zdravotnej služby SR a Národného centra zdravotníckych informácií (641001) |  | 13 524 921 | 14 465 464 | 15 120 320 |  |
| * Sociálnej poisťovni a zdravotným poisťovniam (641 003) |  | **50 000** | **50 000** | **50 000** | *úhrady zdravotnej starostlivosti pre žiadateľov o azyl (refundácia pre VšZP)* |
| Splácanie úrokov a ostatné platby súvisiace s  úverom, pôžičkou, návratnou finančnou výpomocou a finančným prenájmom (650)2 |  |  |  |  |  |
| **Kapitálové výdavky (700)** |  |  |  |  |  |
| Obstarávanie kapitálových aktív (710)2 |  |  |  |  |  |
| Kapitálové transfery (720)2 |  |  |  |  |  |
| **Výdavky z transakcií s finančnými aktívami a finančnými pasívami (800)** |  |  |  |  |  |
| **Dopad na výdavky verejnej správy celkom** | **0** | **13 574 921** | **14 515 464** | **15 170 320** |  |

2 – výdavky rozpísať až do položiek platnej ekonomickej klasifikácie

**Poznámka:**

Ak sa vplyv týka viacerých subjektov verejnej správy, vypĺňa sa samostatná tabuľka za každý subjekt.

Vplyv na výdavky rozpočtu Ministerstva vnútra SR

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Výdavky (v eurách)** |  | **Vplyv na rozpočet verejnej správy** | | | **poznámka** |
| **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |  |
| **Bežné výdavky (600)** |  |  |  |  |  |
| Mzdy, platy, služobné príjmy a ostatné osobné vyrovnania (610) |  |  |  |  |  |
| Poistné a príspevok do poisťovní (620) |  |  |  |  |  |
| Tovary a služby (630)2 |  |  |  |  |  |
| Bežné transfery (640)2 |  |  |  |  |  |
| * Sociálnej poisťovni a zdravotným poisťovniam (641 003) | **0** | * **50 000** | * **50 000** | * **50 000** | *zníženie výdavkov o úhrady zdravotnej starostlivosti pre žiadateľov o azyl* |
| Splácanie úrokov a ostatné platby súvisiace s  úverom, pôžičkou, návratnou finančnou výpomocou a finančným prenájmom (650)2 |  |  |  |  |  |
| **Kapitálové výdavky (700)** |  |  |  |  |  |
| Obstarávanie kapitálových aktív (710)2 |  |  |  |  |  |
| Kapitálové transfery (720)2 |  |  |  |  |  |
| **Výdavky z transakcií s finančnými aktívami a finančnými pasívami (800)** |  |  |  |  |  |
| **Dopad na výdavky verejnej správy celkom** | **0** | * **50 000** | * **50 000** | * **50 000** |  |

2 – výdavky rozpísať až do položiek platnej ekonomickej klasifikácie

**Poznámka:**

Ak sa vplyv týka viacerých subjektov verejnej správy, vypĺňa sa samostatná tabuľka za každý subjekt.

Vplyv na výdavky rozpočtu Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Výdavky (v eurách)** |  | **Vplyv na rozpočet verejnej správy** | | | **poznámka** |
| **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |  |
| **Bežné výdavky (600)** |  |  |  |  |  |
| Mzdy, platy, služobné príjmy a ostatné osobné vyrovnania (610) |  | **40 000** | **40 000** | **40 000** | paušálna náhrada pre predsedu ÚDZS |
| Poistné a príspevok do poisťovní (620) |  |  |  |  |  |
| Tovary a služby (630)2 |  |  |  |  |  |
| Bežné transfery (640)2 |  |  |  |  |  |
| Splácanie úrokov a ostatné platby súvisiace s  úverom, pôžičkou, návratnou finančnou výpomocou a finančným prenájmom (650)2 |  |  |  |  |  |
| **Kapitálové výdavky (700)** |  |  |  |  |  |
| Obstarávanie kapitálových aktív (710)2 |  |  |  |  |  |
| Kapitálové transfery (720)2 |  |  |  |  |  |
| **Výdavky z transakcií s finančnými aktívami a finančnými pasívami (800)** |  |  |  |  |  |
| **Dopad na výdavky verejnej správy celkom** | **0** | **40 000** | **40 000** | **40 000** |  |

2 – výdavky rozpísať až do položiek platnej ekonomickej klasifikácie

**Poznámka:**

Ak sa vplyv týka viacerých subjektov verejnej správy, vypĺňa sa samostatná tabuľka za každý subjekt.

Tabuľka č. 5

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zamestnanosť** | |  | **Vplyv na rozpočet verejnej správy** | | | **poznámka** | | | |
| **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |  | | | |
| **Počet zamestnancov celkom** | |  |  |  |  |  | | | |
| **z toho vplyv na ŠR** | |  |  |  |  |  | | | |
| **Priemerný mzdový výdavok (v eurách)** | |  |  |  |  |  | | | |
| **z toho vplyv na ŠR** | |  |  |  |  |  | | | |
| **Osobné výdavky celkom (v eurách)** | | **0** | **0** | **0** | **0** |  | | | |
| **Mzdy, platy, služobné príjmy a ostatné osobné vyrovnania (610)** | |  |  |  |  |  | | | |
| **z toho vplyv na ŠR** | |  |  |  |  |  | | | |
| **Poistné a príspevok do poisťovní (620)** | |  |  |  |  |  | | | |
| **z toho vplyv na ŠR** | |  |  |  |  |  | | | |
|  | |  |  |  |  |  | | |  |
| **Poznámky:** | |  |  |  |  |  | | |  |
|  | Ak sa vplyv týka viacerých subjektov verejnej správy, vypĺňa sa samostatná tabuľka za každý subjekt. Ak sa týka rôznych skupín zamestnancov, je potrebné počty, mzdy a poistné rozpísať samostatne podľa spôsobu odmeňovania (napr. policajti, colníci ...).  Priemerný mzdový výdavok je tvorený podielom mzdových výdavkov na jedného zamestnanca na jeden kalendárny mesiac bežného roka. | | | | |  | | | |
|  | Kategórie 610 a 620 sú z tejto prílohy prenášané do príslušných kategórií prílohy „výdavky“ | | | | | |  |  | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Analýza sociálnych vplyvov**  **Vplyvy na hospodárenie domácností, prístup k zdrojom, právam, tovarom a službám, sociálnu inklúziu, rovnosť príležitostí a rovnosť žien a mužov a vplyvy na zamestnanosť**  **(**Ak v niektorej z hodnotených oblastí sociálnych vplyvov (bodov 4.1 až 4.4) nebol identifikovaný vplyv, uveďte v príslušnom riadku analýzy poznámku „Bez vplyvu.“.) | | |
| **4.1 Identifikujte, popíšte a kvantifikujte vplyv na hospodárenie domácností a špecifikujte ovplyvnené skupiny domácností, ktoré budú pozitívne/negatívne ovplyvnené.** | | |
| *Vedie návrh k zvýšeniu alebo zníženiu príjmov alebo výdavkov domácností?*  *Ktoré skupiny domácností/obyvateľstva sú takto ovplyvnené a akým spôsobom?*  *Sú medzi potenciálne ovplyvnenými skupinami skupiny v riziku chudoby alebo sociálneho vylúčenia?*  **(V prípade vyššieho počtu hodnotených opatrení doplňte podľa potreby do tabuľky pred bod 4.2 ďalšie sekcie - 4.1.1 Pozitívny vplyv/4.1.2 Negatívny vplyv).** | | |
| *a)* | ***4.1.1 Pozitívny vplyv*** | |
| *b)* | ***Popíšte*** *opatrenie a jeho vplyv na hospodárenie domácností s uvedením, či ide o zvýšenie príjmov alebo zníženie výdavkov:* | **Zdravotná starostlivosť poskytovaná dlžníkom**  Podľa súčasného stavu, osoby verejne zdravotne poistené v Slovenskej republike majú nárok na úhradu zdravotnej starostlivosti v zákonnom rozsahu. Výnimkou sú osoby s dlhom na poistnom voči zdravotnej poisťovni (ďalej len „dlžník“), ktoré majú nárok iba na úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Na to aby mal dlžník nárok na úhradu plného rozsahu poskytnutej zdravotnej starostlivosti, musí buď splatiť svoj dlh, alebo spĺňať jednu z taxatívne vymedzených zákonných podmienok (napr. vyhlásená exekúcia a pod.).  Súčasný právny stav vo veľkej miere postihuje aj najohrozenejšie nízkopríjmové skupiny, pri ktorých často dlh v minulosti vzniká nie z úmyslu neplatiť si poistné, ale iba z nevedomosti a nesplnenia si oznamovacej povinnosti (napr. osoba dostane v práci výpoveď, nezaregistruje sa na úrade práce, prípadne sa zaregistruje oneskorene, odíde na určitý čas do cudziny, kde však nie je zdravotne poistená alebo ekonomicky činná). Tejto osobe vzniká v zdravotnej poisťovni za toto obdobie dlh ako samoplatiteľovi. Vzhľadom k nízkym príjmom takejto osoby táto nemá voľné finančné prostriedky ani na úhradu minimálnej splátky splátkového kalendára a ostáva osobou s nárokom iba na neodkladnú zdravotnú starostlivosť *de facto* až do smrti. Zo systémového hľadiska sú však náklady na zdravotnú starostlivosť dlžníkov vyššie pre ich neschopnosť riešiť zdravotné problémy včas a ambulantne. Dostupná štandardná zdravotná starostlivosť, zahŕňajúca skorý záchyt ochorení a ich liečbu v skorších štádiách, je z dlhodobého hľadiska pre systém verejného zdravotného poistenia lacnejšia a pre samotných poistencov prospešnejšia.  Ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nájde pacienta na zozname dlžníkov a zistí, že má nárok na poskytovanie neodkladnej zdravotnej starostlivosti, ocitá sa pred zložitou morálno-etickou dilemou. Poskytovateľ musí vyhodnotiť, či zdravotný stav pacienta spadá pod definíciu neodkladnej zdravotnej starostlivosti. V niektorých prípadoch to samozrejme nie je problematické, napr. pri akútnych stavoch, pri pôrode. V prípade chronických ochorení, ale aj vo väčšine ďalších ochorení, sú však lekári postavení pred dilemu, či pacientovi poskytnúť zdravotnú starostlivosť a riskovať, že zdravotná poisťovňa vyhodnotí stav ako nespadajúci pod definíciu neodkladnej starostlivosti a zdravotný výkon im neuhradí, alebo či pacienta odmietnuť a riskovať zhoršenie zdravotného stavu v budúcnosti. Nehovoriac o preventívnej zdravotnej starostlivosti, ktorá pod neodkladnú zdravotnú starostlivosť definične nespadá (napr. preventívne prehliadky u všeobecného lekára, preventívne gynekologické prehliadky, prehliadky zamerané na prevenciu rakoviny u určitých vekových skupín, atď.).  Lekári disponujú aj alternatívou nechať pacienta uhradiť za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v hotovosti, avšak veľká väčšina dlžníkov tieto prostriedky k dispozícii nemá, hlavne ak ide o zákroky finančne náročné, prípadne ak si ochorenie vyžaduje pravidelnú liečbu, ktorú si dlhodobo nemôžu dovoliť.  Z vyššie uvedených dôvodov sa navrhuje, aby bola táto právna úprava vypustená a aby mali dlžníci nárok na poskytnutie definovanej zdravotnej starostlivosti.  Rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti pre dlžníka – bude mať právo na úhradu   1. zdravotnej starostlivosti poskytovanej v súvislosti s tehotenstvom, 2. očkovania za účelom prevencie infekčných ochorení ako aj liečbu infekčného ochorenia, 3. zdravotnej starostlivosti poskytovanej na liečbu chronického ochorenia, ktoré má bez liečby za následok ťažké a nevratné zmeny zdravia vedúce k predčasnému úmrtiu, ak ide o osoby podľa § 11 ods. 7.   Z pohľadu sociálnych vplyvov bude toto opatrenie predstavovať zníženie výdavkov na zdravotnú starostlivosť pre túto skupinu, a teda pozitívny vplyv na hospodárenie domácností. |
| *c)* | ***Špecifikujte*** *ovplyvnené skupiny:* | *Dlžníci na verejnom zdravotnom poistení* |
| *-* | *-* |
| *d)* | ***Kvantifikujte*** *rast príjmov alebo pokles výdavkov* ***za jednotlivé******ovplyvnené******skupiny*** *domácností / skupiny jednotlivcov a počet obyvateľstva/domácností ovplyvnených predkladaným návrhom.* | |
| *e)* | * *priemerný rast príjmov/ pokles výdavkov v skupine v eurách a/alebo v % / obdobie:* * *veľkosť skupiny (počet obyvateľov):* | *-* |
| *-* | *-* |
| *f)* | *Dôvod chýbajúcej kvantifikácie:* | Nie sú známe odhady, akú časť svojich príjmov dlžníci investujú do čerpanej zdravotnej starostlivosti, na ktorú v súčasnosti nemajú zo zákona nárok. Je dôvodný predpoklad, že tieto skupiny (predovšetkým nízkopríjmové) neinvestujú do zdravotnej starostlivosti takmer žiadne príjmy a súčasný právny stav sa odráža na zhoršovaní ich zdravotného stavu, kedy chronické ochorenia prechádzajú do akútnej fázy. |
| *g)* | ***4.1.1.1******Z toho pozitívny vplyv na skupiny v riziku chudoby alebo sociálneho vylúčenia***  *(V prípade významných vplyvov na príjmy alebo výdavky domácností v riziku chudoby, identifikujte a kvantifikujte pozitívny vplyv na chudobu obyvateľstva (napr. znižovanie miery rizika chudoby, priemerný rast príjmov/ pokles výdavkov v skupine)* | |
| *h)* | ***Popíšte*** *opatrenie a jeho vplyv na hospodárenie domácností s uvedením, či ide o zvýšenie príjmov alebo zníženie výdavkov:* | Skupina osôb s existujúcim dlhom na zdravotnom poistení sa vo veľkej miere prekrýva so skupinou osôb s nízkymi príjmami. |
| *i)* | ***Špecifikujte*** *ovplyvnené skupiny:* | *Nízkopríjmové skupiny s dlhom na zdravotnom poistení* |
| *-* | *-* |
| *j*) | ***Kvantifikujte*** *rast príjmov alebo pokles výdavkov* ***za jednotlivé ovplyvnené skupiny*** *domácností / skupiny jednotlivcov a počet obyvateľstva/domácností ovplyvnených predkladaným návrhom.* | |
| *k)* | * *priemerný rast príjmov/ pokles výdavkov v skupine v eurách a/alebo v % / obdobie:* * *veľkosť skupiny (počet obyvateľov):* | *-* |
| *-* | *-* |
| *l)* | *Dôvod chýbajúcej kvantifikácie:* | Nie sú známe odhady, akú časť svojich príjmov tieto skupiny investujú do zdravotnej starostlivosti, na ktorú v súčasnosti nemajú nárok zo zákona.  Je dôvodný predpoklad, že tieto skupiny (predovšetkým nízkopríjmové) neinvestujú do zdravotnej starostlivosti takmer žiadne príjmy a súčasný právny stav sa odráža na zhoršovaní ich zdravotného stavu, kedy chronické ochorenia prechádzajú do akútnej fázy. |
| *a)* | ***4.1.2 Negatívny vplyv*** | |
| *b)* | ***Popíšte*** *opatrenie a jeho vplyv na hospodárenie domácností s uvedením, či ide o zníženie príjmov alebo zvýšenie výdavkov:* |  |
| *c)* | ***Špecifikujte*** *ovplyvnené skupiny:* |  |
| *-* | *-* |
| *d)* | ***Kvantifikujte*** *pokles príjmov alebo rast výdavkov* ***za jednotlivé******ovplyvnené******skupiny*** *domácností / skupiny jednotlivcov a počet obyvateľstva/domácností ovplyvnených predkladaným návrhom.* | |
| *e)* | * *priemerný pokles príjmov/ rast výdavkov v skupine v eurách a/alebo v % / obdobie:* * *veľkosť skupiny (počet obyvateľov):* |  |
| *-* | *-* |
| *f)* | *Dôvod chýbajúcej kvantifikácie:* |  |
| *g)* | ***4.1.2.1******Z toho negatívny vplyv na skupiny v riziku chudoby alebo sociálneho vylúčenia***  *(V prípade významných vplyvov na príjmy alebo výdavky domácností v riziku chudoby, identifikujte a kvantifikujte negatívny vplyv na chudobu obyvateľstva (napr. zvyšovanie miery rizika chudoby, priemerný pokles príjmov/ rast výdavkov v skupine)* | |
| *h)* | ***Popíšte*** *opatrenie a jeho vplyv na hospodárenie domácností s uvedením, či ide o zníženie príjmov alebo zvýšenie výdavkov:* |  |
| *i)* | ***Špecifikujte*** *ovplyvnené skupiny:* | *-* |
| *-* | *-* |
| *j*) | ***Kvantifikujte*** *pokles príjmov alebo rast výdavkov* ***za jednotlivé ovplyvnené skupiny*** *domácností / skupiny jednotlivcov a počet obyvateľstva/domácností ovplyvnených predkladaným návrhom.* | |
| *k)* | * *priemerný pokles príjmov/ rast výdavkov v skupine v eurách a/alebo v % / obdobie:* * *veľkosť skupiny (počet obyvateľov):* | *-* |
| *-* | *-* |
| *l)* | *Dôvod chýbajúcej kvantifikácie:* |  |

***II. K zavedeniu minimálneho vymeriavacieho základu zamestnanca***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4.1 Identifikujte, popíšte a kvantifikujte vplyv na hospodárenie domácností a špecifikujte ovplyvnené skupiny domácností, ktoré budú pozitívne/negatívne ovplyvnené.** | | |
| *Vedie návrh k zvýšeniu alebo zníženiu príjmov alebo výdavkov domácností?*  *Ktoré skupiny domácností/obyvateľstva sú takto ovplyvnené a akým spôsobom?*  *Sú medzi potenciálne ovplyvnenými skupinami skupiny v riziku chudoby alebo sociálneho vylúčenia?*  **(V prípade vyššieho počtu hodnotených opatrení doplňte podľa potreby do tabuľky pred bod 4.2 ďalšie sekcie - 4.1.1 Pozitívny vplyv/4.1.2 Negatívny vplyv).** | | |
| *a)* | ***4.1.1 Pozitívny vplyv*** | |
| *b)* | ***Popíšte*** *opatrenie a jeho vplyv na hospodárenie domácností s uvedením, či ide o zvýšenie príjmov alebo zníženie výdavkov:* |  |
| *c)* | ***Špecifikujte*** *ovplyvnené skupiny:* |  |
| *Ovplyvnená skupina č. 3* |  |
| *d)* | ***Kvantifikujte*** *rast príjmov alebo pokles výdavkov* ***za jednotlivé******ovplyvnené******skupiny*** *domácností / skupiny jednotlivcov a počet obyvateľstva/domácností ovplyvnených predkladaným návrhom.* | |
| *e)* | * *priemerný rast príjmov/ pokles výdavkov v skupine v eurách a/alebo v % / obdobie:* * *veľkosť skupiny (počet obyvateľov):* |  |
| *Ovplyvnená skupina č. 3* |  |
| *f)* | *Dôvod chýbajúcej kvantifikácie:* |  |
| *g)* | ***4.1.1.1******Z toho pozitívny vplyv na skupiny v riziku chudoby alebo sociálneho vylúčenia***  *(V prípade významných vplyvov na príjmy alebo výdavky domácností v riziku chudoby, identifikujte a kvantifikujte pozitívny vplyv na chudobu obyvateľstva (napr. znižovanie miery rizika chudoby, priemerný rast príjmov/ pokles výdavkov v skupine)* | |
| *h)* | ***Popíšte*** *opatrenie a jeho vplyv na hospodárenie domácností s uvedením, či ide o zvýšenie príjmov alebo zníženie výdavkov:* |  |
| *i)* | ***Špecifikujte*** *ovplyvnené skupiny:* |  |
| *Ovplyvnená skupina č. 3* |  |
| *j*) | ***Kvantifikujte*** *rast príjmov alebo pokles výdavkov* ***za jednotlivé ovplyvnené skupiny*** *domácností / skupiny jednotlivcov a počet obyvateľstva/domácností ovplyvnených predkladaným návrhom.* | |
| *k)* | * *priemerný rast príjmov/ pokles výdavkov v skupine v eurách a/alebo v % / obdobie:* * *veľkosť skupiny (počet obyvateľov):* |  |
| *Ovplyvnená skupina č. 3* |  |
| *l)* | *Dôvod chýbajúcej kvantifikácie:* |  |
| *a)* | ***4.1.2 Negatívny vplyv*** | |
| *b)* | ***Popíšte*** *opatrenie a jeho vplyv na hospodárenie domácností s uvedením, či ide o zníženie príjmov alebo zvýšenie výdavkov:* | Na rozdiel do ostatných skupín platiteľov poistného (osoby samostatne zárobkovo činné a dobrovoľne nezamestnané osoby) neexistuje u zamestnanca žiaden minimálny vymeriavací základ.  Zamestnancovi postačuje akýkoľvek čiastkový úväzok na to, aby uhrádzal poistné na verejné zdravotné poistenie zo sumy reálne vyplatenej z tohto úväzku. Kvôli tomuto nedostatku dochádza k špekulatívnym uzatváraniam pracovných pomerov (napr. úväzok 1/10 a pod.), tieto osoby platia mesačne poistné na úrovni niekoľko eur a majú zabezpečené verejné zdravotné poistenie v plnom rozsahu (ak by nemali žiaden úväzok a boli by dobrovoľne nezamestnaní, vznikla by im povinnosť platiť poistné na úrovni minimálnej výšky odvodu, čo je pre rok 2022 suma 79,31 eur).  Navrhuje sa, aby sa zaviedol minimálny odvod poistného pre zamestnanca na úrovni odvodu zo sumy životného minima pre jednu plnoletú osobu (v r. 2023 suma 234,42 eur), pričom ak by vypočítaný odvod nedosiahol túto výšku, zamestnanec by musel doplatiť sumu rozdielu, vrátane rozdielu v odvode zamestnávateľa). Uvedeným opatrením nebudú postihnuté osoby v pracovnom pomere s príjmom vyšším ako je životné minimum; osoby s nižšími príjmami si budú musieť doplatiť poistné do tejto výšky. Povinnosť doplatku sa bude týkať iba zamestnanca; odvodová povinnosť zamestnávateľa bude nezmenená, z dôvodu nezvyšovania ceny práce.  Povinnosť vykonať odvod najmenej vo výške minimálneho odvodu sa nebude vzťahovať na poistencov, ktorí sú zároveň poistencami štátu (napr. deti, dôchodcovia, osoby evidované na úrade práce, osoby poberajúce dávku v hmotnej núdzi...).  Vzhľadom k skutočnosti, že hranica životného minima je stanovená ako hranica pre evidenciu na úrade práce, a tiež osoby s tak nízkymi príjmami v riziku chudoby (vzhľadom na hodnotu majetku) majú nárok na dávky v hmotnej núdzi, z tohto titulu sa (za predpokladu, že osoby nemajú iné príjmy), máme za to, že tieto osoby sú už dnes poistencami štátu podľa § 11 ods. 7 zákona č. 580/2004 z. z. (napr. študenti, dôchodcovia, osoby na rodičovskej dovolenke, osoby evidované na úrade práce atď.) Na poistencov štátu sa vyššie uvedená povinnosť doplatku do minimálneho odvodu vzťahovať nebude a teda v tejto oblasti zákon nebude postihovať nízkopríjmové skupiny osôb.  Predmetné ustanovenie bude mať sociálny vplyv vo forme zníženia príjmov domácnosti, ktorých členovia sú zamestnanci s príjmom pod úrovňou životného minima. |
| *c)* | ***Špecifikujte*** *ovplyvnené skupiny:* | Domácnosti, ktorých členovia sú zamestnanci s príjmom pod úrovňou životného minima. |
| *-* | *-* |
| *d)* | ***Kvantifikujte*** *pokles príjmov alebo rast výdavkov* ***za jednotlivé******ovplyvnené******skupiny*** *domácností / skupiny jednotlivcov a počet obyvateľstva/domácností ovplyvnených predkladaným návrhom.* | |
| *e)* | * *priemerný pokles príjmov/ rast výdavkov v skupine v eurách a/alebo v % / obdobie:* * *veľkosť skupiny (počet obyvateľov):* | *Podľa údajov zdravotných poisťovní má zamestnanecký pomer s príjmom nižším ako životné minimum cca 95 tis. osôb.*  *Z tejto skupiny sa zmena dotkne iba tých, ktorí nemajú žiaden ďalší pracovný pomer a ich zotrvávanie v tejto skupine nemalo špekulatívny charakter (s cieľom platiť nižšie odvody); odhad je cca 35 tis. osôb.*  *Pokles príjmov (mesačne) predstavuje sumu doplatku do minimálneho odvodu, t. j. cca 4,66 eur/osoba/mesačne.* |
| *-* | *-* |
| *f)* | *Dôvod chýbajúcej kvantifikácie:* |  |
| *g)* | ***4.1.2.1******Z toho negatívny vplyv na skupiny v riziku chudoby alebo sociálneho vylúčenia***  *(V prípade významných vplyvov na príjmy alebo výdavky domácností v riziku chudoby, identifikujte a kvantifikujte negatívny vplyv na chudobu obyvateľstva (napr. zvyšovanie miery rizika chudoby, priemerný pokles príjmov/ rast výdavkov v skupine)* | |
| *h)* | ***Popíšte*** *opatrenie a jeho vplyv na hospodárenie domácností s uvedením, či ide o zníženie príjmov alebo zvýšenie výdavkov:* | Opatrenie sa dotkne aj domácností v riziku chudoby alebo sociálneho vylúčenia, ak člen domácnosti je zamestnaný iba na pracovný pomer s príjmom nižším ako životné minimum. |
| *i)* | ***Špecifikujte*** *ovplyvnené skupiny:* | *-* |
| *-* | *-* |
| *j*) | ***Kvantifikujte*** *pokles príjmov alebo rast výdavkov* ***za jednotlivé ovplyvnené skupiny*** *domácností / skupiny jednotlivcov a počet obyvateľstva/domácností ovplyvnených predkladaným návrhom.* | |
| *k)* | * *priemerný pokles príjmov/ rast výdavkov v skupine v eurách a/alebo v % / obdobie:* * *veľkosť skupiny (počet obyvateľov):* | *-* |
| *-* | *-* |
| *l)* | *Dôvod chýbajúcej kvantifikácie:* | Nie sú k dispozícii údaje o počte takýchto domácností. |

Je reálny predpoklad, že časť poistencov, ktorí v súčasnosti využívajú prácu na skrátené úväzky prehodnotí svoj status (jednak osoby, ktorým by sa nová zmena finančne neoplatila kvôli navýšeniu odvodu na úroveň ich príjmu, jednak osoby, ktoré tento inštitút využívali zo špekulatívnych dôvodov s cieľom vyhnúť sa povinnosti platiť odvody v plnej výške) a teda pri odhade pozitívneho dopadu na príjem zdravotných poisťovní je treba zohľadniť aj túto skutočnosť. Je teda potrebné odhad pozitívneho dopadu znížiť o tieto osoby – odhad, je, že by sa táto zmena statusu mohla týkať 40% osôb.

Nasledujúca analýza vychádza z údajov, ktoré poskytli zdravotné poisťovne.

Negatívny dopad môže vzniknúť pri osobách s príjmom vyšším ako životné minimum (234,42 eur) a zároveň nižším ako 329 eur, kde negatívny dopad na príjem zamestnanca predstavuje sumu od 0,02 eur mesačne (osoby s príjmom 328 eur) do 9,32 eur mesačne (osoba s príjmom 235 eur); negatívny vplyv zaniká pre nízkopríjmové skupiny s príjmom od 329 eur mesačne (odvod zamestnávateľa už pokrýva celú sumu minimálneho odvodu).

Podľa údajov od zdravotných poisťovní za 1. štvrťrok roku 2022 bol počet zamestnancov s príjmom do výšky životného minima 85 - 95 tis. osôb. Za predpokladu, že osoby s reálne nízkym príjmom z tejto skupiny budú zároveň poistencami štátu, by v tejto skupine osôb nemali byť zaznamenané negatívne vplyvy na sociálne ohrozené skupiny.

Podľa údajov od zdravotných poisťovní by mala skupina osôb s príjmami v intervale od 234 eur do 329 eur predstavovať cca 35 tis. osôb. Osoby z tejto skupiny by zaznamenali negatívny dopade na ich príjmy vo výške 4,66 eur / mesačne (priemerný dopad z tabuľky nižšie).

Počet zamestnancov s vymeriavacím základom nižším ako životné minimum (bez poistencov štátu): 95 000 osôb

Úhrn skutočných vymeriavacích základov týchto osôb za 1 mesiac: 1 200 000‬ eur.

Úhrn vymeriavacích základov týchto osôb, ak je vymeriavací základ životné minimum:  234,42 eur x 95 000 = 22 269 900eur

Zníženie o 40%:  234,42 eur x (95 000 – (40% z 95 000)) = 13 361 940eur

Navýšenie vymeriavacích základov za 1 mesiac: 13 361 940eur – 1 200 000 eur = 12 161 940 eur

Navýšenie príjmov verejného zdravotného poistenia za 1 mesiac: 14% z 12 161 940 eur = 1 702 671,6eur

Navýšenie príjmov verejného zdravotného poistenia za 1 rok: 1 702 671,6 eur x 12 = 20 432 059,2 eur.

Tento dopad odhadujeme aj na ďalšie roky, navýšený o odhadovanú infláciu podľa poslednej makroekonomickej prognózy MF SR -

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4,2 | 2,2 | 1,5 |
| 2022 | 2023 | 2024 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **rok** | **2023** | **2024** | **2025** | **2026** |
| suma | 21 290 205,47 | 21 758 589,99 | 22 084 968,84 | 22 482 498,28 |

Navrhuje sa, aby sa zaviedol minimálny odvod poistného pre zamestnanca na úrovni odvodu zo sumy životného minima pre jednu plnoletú osobu (v r. 2023 suma 234,42 eur), pričom ak by vypočítaný odvod nedosiahol túto výšku, zamestnanec by musel doplatiť sumu rozdielu, vrátane rozdielu v odvode zamestnávateľa). Uvedeným opatrením nebudú postihnuté osoby v pracovnom pomere s príjmom vyšším ako je životné minimum; osoby s nižšími príjmami si budú musieť doplatiť poistné do tejto výšky. Povinnosť doplatku sa bude týkať iba zamestnanca; odvodová povinnosť zamestnávateľa bude nezmenená, z dôvodu nezvyšovania ceny práce.

Príklad dopadu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **životné minimum** | 234,42 | k 1. 1. 2023 |
| **odp. položka** | 380,00 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **mzda  (eur)** | súčasnosť | | nový návrh | | **nový dopad** | |
| zamestnanec – odvod 4% | zamestnávateľ – odvod 10% | zamestnanec – 4% | zamestnávateľ – 10% | **zamestnanec (rozdiel nový návrh a súčasnosť)** | **zamestnávateľ (rozdiel nový návrh a súčasnosť)** |
| **10** | 0,00 | 1,00 | 31,82 | 1,00 | 31,82 | 0,00 |
| **20** | 0,00 | 2,00 | 30,82 | 2,00 | 30,82 | 0,00 |
| **30** | 0,00 | 3,00 | 29,82 | 3,00 | 29,82 | 0,00 |
| **40** | 0,00 | 4,00 | 28,82 | 4,00 | 28,82 | 0,00 |
| **50** | 0,00 | 5,00 | 27,82 | 5,00 | 27,82 | 0,00 |
| **60** | 0,00 | 6,00 | 26,82 | 6,00 | 26,82 | 0,00 |
| **70** | 0,00 | 7,00 | 25,82 | 7,00 | 25,82 | 0,00 |
| **80** | 0,00 | 8,00 | 24,82 | 8,00 | 24,82 | 0,00 |
| **90** | 0,00 | 9,00 | 23,82 | 9,00 | 23,82 | 0,00 |
| **100** | 0,00 | 10,00 | 22,82 | 10,00 | 22,82 | 0,00 |
| **200** | 0,00 | 20,00 | 12,82 | 20,00 | 12,82 | 0,00 |
| **218** | 0,00 | 21,80 | 11,02 | 21,80 | 11,02 | 0,00 |
| **219** | 0,00 | 21,90 | 10,92 | 21,90 | 10,92 | 0,00 |
| **220** | 0,00 | 22,00 | 10,82 | 22,00 | 10,82 | 0,00 |
| **230** | 0,00 | 23,00 | 9,82 | 23,00 | 9,82 | 0,00 |
| **234** | 0,00 | 23,40 | 9,42 | 23,40 | 9,42 | 0,00 |
| **235** | 0,00 | 23,50 | 9,32 | 23,50 | **9,32** | **0,00** |
| **240** | 0,00 | 24,00 | 8,82 | 24,00 | **8,82** | **0,00** |
| **250** | 0,00 | 25,00 | 7,82 | 25,00 | **7,82** | **0,00** |
| **260** | 0,00 | 26,00 | 6,82 | 26,00 | **6,82** | **0,00** |
| **270** | 0,00 | 27,00 | 5,82 | 27,00 | **5,82** | **0,00** |
| **280** | 0,00 | 28,00 | 4,82 | 28,00 | **4,82** | **0,00** |
| **290** | 0,00 | 29,00 | 3,82 | 29,00 | **3,82** | **0,00** |
| **300** | 0,00 | 30,00 | 2,82 | 30,00 | **2,82** | **0,00** |
| **303** | 0,00 | 30,30 | 2,52 | 30,30 | **2,52** | **0,00** |
| **304** | 0,00 | 30,40 | 2,42 | 30,40 | **2,42** | **0,00** |
| **305** | 0,00 | 30,50 | 2,32 | 30,50 | **2,32** | **0,00** |
| **306** | 0,00 | 30,60 | 2,22 | 30,60 | **2,22** | **0,00** |
| **310** | 0,00 | 31,00 | 1,82 | 31,00 | **1,82** | **0,00** |
| **320** | 0,00 | 32,00 | 0,82 | 32,00 | **0,82** | **0,00** |
| **325** | 0,00 | 32,50 | 0,32 | 32,50 | **0,32** | **0,00** |
| **326** | 0,00 | 32,60 | 0,22 | 32,60 | **0,22** | **0,00** |
| **327** | 0,00 | 32,70 | 0,12 | 32,70 | **0,12** | **0,00** |
| **328** | 0,00 | 32,80 | 0,02 | 32,80 | **0,02** | **0,00** |
| **329** | 0,00 | 32,90 | 0,00 | 32,90 | 0,00 | 0,00 |
| **330** | 0,00 | 33,00 | 0,00 | 33,00 | 0,00 | 0,00 |
| **350** | 0,00 | 35,00 | 0,00 | 35,00 | 0,00 | 0,00 |
| **380** | 0,00 | 38,00 | 0,00 | 38,00 | 0,00 | 0,00 |
| **400** | 2,40 | 40,00 | 2,40 | 40,00 | 0,00 | 0,00 |
| **450** | 8,40 | 45,00 | 8,40 | 45,00 | 0,00 | 0,00 |
| **500** | 14,40 | 50,00 | 14,40 | 50,00 | 0,00 | 0,00 |
| **550** | 20,40 | 55,00 | 20,40 | 55,00 | 0,00 | 0,00 |
| **600** | 24,00 | 60,00 | 24,00 | 60,00 | 0,00 | 0,00 |
| **650** | 26,00 | 65,00 | 26,00 | 65,00 | 0,00 | 0,00 |

Povinnosť vykonať odvod najmenej vo výške minimálneho odvodu sa nebude vzťahovať na poistencov, ktorí sú zároveň poistencami štátu (napr. deti, dôchodcovia, osoby evidované na úrade práce, osoby poberajúce dávku v hmotnej núdzi...).

Vzhľadom k skutočnosti, že hranica životného minima je stanovená ako hranica pre evidenciu na úrade práce, a tiež osoby s tak nízkymi príjmami v riziku chudoby (vzhľadom na hodnotu majetku) majú nárok na dávky v hmotnej núdzi, z tohto titulu sa (za predpokladu, že osoby nemajú iné príjmy), máme za to, že tieto osoby sú už dnes poistencami štátu podľa § 11 ods. 7 zákona č. 580/2004 z. z. (napr. študenti, dôchodcovia, osoby na rodičovskej dovolenke, osoby evidované na úrade práce atď.) Na poistencov štátu sa vyššie uvedená povinnosť doplatku do minimálneho odvodu vzťahovať nebude a teda v tejto oblasti zákon nebude postihovať nízkopríjmové skupiny osôb.

Príklad

zamestnanec má príjem 300 eur

dnes neplatí 4% z 300 eur, lebo sa na túto sumu uplatňuje odpočítateľná položka

zamestnávateľ zaplatí 30 eur (10% z 300)

po novom bude musieť zamestnávateľ preveriť, či

výsledok, t.j. odvod za zamestnanca plus odvod za zamestnávateľa (v tomto prípade 30 eur) je rovný 14% z 234,42,

ak nie je (čo v tomto prípade nie je), bude musieť strhnúť zamestnancovi zvyšok, v tomto prípade pôjde o sumu 2 eurá 81 centov,

ak je, ponechá odvod bez zmeny.

Vzhľadom na zmenu sumy minimálneho základu (životné minimum), by zavedenie minimálneho základu nemalo mať vplyv na daňové príjmy.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.2 Identifikujte, popíšte a kvantifikujte vplyvy na prístup k zdrojom, právam, tovarom a službám u jednotlivých ovplyvnených skupín obyvateľstva a vplyv na sociálnu inklúziu.** | | | | | | | | | |
| *Má návrh vplyv na prístup k zdrojom, právam, tovarom a službám?*  *Popíšte hodnotené opatrenie, špecifikujte ovplyvnené skupiny obyvateľstva a charakter zmeny v prístupnosti s ohľadom na dostupnosť finančnú, geografickú, kvalitu, organizovanie a pod. Uveďte veľkosť jednotlivých ovplyvnených skupín.* | | | | | | | | | |
| *a)* | | | *Rozumie sa najmä na prístup k:*   * *sociálnej ochrane, sociálno-právnej ochrane, sociálnym službám (vrátane služieb starostlivosti o deti, starších ľudí a ľudí so zdravotným postihnutím),* * *kvalitnej práci, ochrane zdravia, dôstojnosti a bezpečnosti pri práci pre zamestnancov a existujúcim zamestnaneckým právam,* * *pomoci pri úhrade výdavkov súvisiacich so zdravotným postihnutím,* * *zamestnaniu, na trh práce (napr. uľahčenie zosúladenia rodinných a pracovných povinností, služby zamestnanosti), k školeniam, odbornému vzdelávaniu a príprave na trh práce,* * *zdravotnej starostlivosti vrátane cenovo dostupných pomôcok pre občanov so zdravotným postihnutím,* * *k formálnemu i neformálnemu vzdelávaniu a celo­životnému vzdelávaniu,* * *bývaniu a súvisiacim základným komunálnym službám,* * *doprave,* * *ďalším službám najmä službám všeobecného záujmu a tovarom,* * *spravodlivosti, právnej ochrane, právnym službám,* * *informáciám,* * *k iným právam (napr. politickým).* | | | | Návrh má pozitívny vplyv na prístup k zdravotnej starostlivosti pre skupiny osôb v riziku chudoby alebo sociálneho vylúčenia, pri ktorých je vysoká pravdepodobnosť existencie dlhu na poistnom na verejné zdravotné poistenie.. | | |
| *b)* | | | *Má návrh významný vplyv na niektorú zo zraniteľných skupín obyvateľstva alebo skupín v riziku chudoby alebo sociálneho vylúčenia?*  *Špecifikujte ovplyvnené skupiny v riziku chudoby a sociálneho vylúčenia a popíšte vplyv na ne. Je tento vplyv väčší ako vplyv na iné skupiny či subjekty? Uveďte veľkosť jednotlivých ovplyvnených skupín.* | | | | | | |
| *c)* | | | *Zraniteľné skupiny alebo skupiny v riziku chudoby alebo sociálneho vylúčenia sú napr.:*   * *domácnosti s nízkym príjmom (napr. žijúce iba zo sociálnych príjmov, alebo z príjmov pod hranicou rizika chudoby, alebo s príjmom pod životným minimom, alebo patriace medzi 25% domácností s najnižším príjmom),* * *nezamestnaní, najmä dlhodobo nezamestnaní, mladí nezamestnaní a nezamestnaní nad 50 rokov,* * *deti (0 – 17),* * *mladí ľudia (18 – 25 rokov),* * *starší ľudia, napr. ľudia vo veku nad 65 rokov alebo dôchodcovia,* * *ľudia so zdravotným postihnutím,* * *marginalizované rómske komunity* * *domácnosti s 3 a viac deťmi,* * *jednorodičovské domácnosti s deťmi (neúplné rodiny, ktoré tvoria najmä osamelé matky s deťmi),* * *príslušníci tretích krajín, azylanti, žiadatelia o azyl,* * *iné zraniteľné skupiny, ako sú napr. bezdomovci, ľudia opúšťajúci detské domovy alebo iné inštitucionálne zariadenia* | | | Áno, návrh má pozitívny vplyv na prístup k zdravotnej starostlivosti pre skupiny osôb v riziku chudoby alebo sociálneho vylúčenia, pri ktorých je vysoká pravdepodobnosť existencie dlhu na poistnom na verejné zdravotné poistenie. | | | |
| **4.3 Identifikujte a popíšte vplyv na rovnosť príležitostí.**  **Identifikujte, popíšte a kvantifikujte vplyv na rovnosť žien a mužov.** | | | | | | | |
| *a)* | | *4.3.1 Dodržuje návrh povinnosť rovnakého zaobchádzania so skupinami alebo jednotlivcami na základe pohlavia, rasy, etnicity, náboženstva alebo viery, zdravotného postihnutia, veku, sexuálnej orientácie alebo iného statusu? Mohol by viesť k nepriamej diskriminácii niektorých skupín obyvateľstva? Ak áno, ktoré skupiny sú takto ovplyvnené a akým spôsobom?* | | | | | |
| *b)* | | Návrh zákona dodržiava povinnosť rovnakého zaobchádzania so skupinami alebo jednotlivcami na základe pohlavia, rasy, etnicity, náboženstva alebo viery, zdravotného postihnutia a sexuálnej orientácie. Návrh zákona nemá vplyv na rovnosť príležitostí. | | | | | |
| *c)* | | *4.3.2 Môže návrh viesť k zväčšovaniu nerovností medzi ženami a mužmi? Podporuje návrh rovnosť príležitostí? Má návrh odlišný vplyv na ženy a mužov? Popíšte vplyvy.* | | | | | |
| *d)* | | *Popíšte riziká návrhu, ktoré môžu viesť k zväčšovaniu nerovností:* | | | Bez vplyvu. | | |
| *e)* | | *Popíšte pozitívne vplyvy návrhu na dosahovanie rovnosti žien a mužov, rovnosti príležitostí žien a mužov, prípadne vplyvy na ženy a mužov, ak sú odlišné:* | | |  | | |
| *f)* | | *Má návrh významné vplyvy na niektorú zo zraniteľných skupín obyvateľstva? Ak áno, aké? Akým spôsobom? Zraniteľnou skupinou obyvateľstva sa rozumejú najmä ženy ohrozené viacnásobnou diskrimináciou, tehotné matky, seniorky, ženy patriace do marginalizovaných skupín obyvateľstva, migrantky, ženy a dievčatá so zdravotným postihnutím, obete násilia a pod.* | | |  | | |
| *g)* | | *Pri identifikovaní vplyvov na rovnosť žien a mužov treba vziať do úvahy existujúce rozdiely medzi ženami a mužmi, ktoré sú relevantné k danej politike. Podpora rovnosti  žien a mužov nespočíva len v odstraňovaní obmedzení a bariér pre plnohodnotnú účasť na ekonomickom, politickom a sociálnom živote spoločnosti ako aj rodinnom živote, ale taktiež v podpore rovnosti medzi nimi.*  *V ktorých oblastiach podpory rovnosti žien a mužov návrh odstraňuje prekážky a/alebo podporuje rovnosť žien a mužov? Medzi oblasti podpory rovnosti žien a mužov okrem iného patria:*   * *podpora slobodného výberu povolania a ekonomickej činnosti* * *podpora vyrovnávania ekonomickej nezávislosti,* * *zosúladenie pracovného, súkromného a rodinného života,* * *podpora rovnosti príležitostí pri participácii na rozhodovaní,* * *boj proti domácemu násiliu,  násiliu na ženách a obchodovaniu s ľuďmi,* * *podpora vnímania osobnej starostlivosti o dieťa za rovnocennú s ekonomickou činnosťou a podpora neviditeľnej práce v domácnosti ako takej,* * *rešpektovanie osobných preferencií pri výbere povolania a zosúlaďovania pracovného a rodinného života.* | | | Bez vplyvu. | | |
| **4.4 Identifikujte, popíšte a kvantifikujte vplyvy na zamestnanosť a na trh práce.**  *V prípade kladnej odpovede pripojte* ***odôvodnenie*** *v súlade s Metodickým postupom pre analýzu sociálnych vplyvov.* | | | | | | | | |
| *a)* | *Uľahčuje návrh vznik nových pracovných miest? Ak áno, ako? Ak je to možné, doplňte kvantifikáciu.* | | | | | | | |
| *b)* | *Identifikujte, v ktorých sektoroch a odvetviach ekonomiky, v ktorých regiónoch, pre aké skupiny zamestnancov, o aké typy zamestnania /pracovných úväzkov pôjde a pod.* | | | Bez vplyvu. | | | | |
| *c)* | *Vedie návrh k zániku pracovných miest?* *Ak áno, ako a akých? Ak je to možné, doplňte kvantifikáciu* | | | | | | | |
| *d)* | *Identifikujte, v ktorých sektoroch a odvetviach ekonomiky, v ktorých regiónoch, o aké typy zamestnania /pracovných úväzkov pôjde a pod. Identifikujte možné dôsledky, skupiny zamestnancov, ktoré budú viac ovplyvnené a rozsah vplyvu.* | | | Zavedením minimálneho vymeriavacieho základu zamestnanca môže prísť k zániku pracovných miest, ktoré boli vytvorené na čiastkové úväzky, predovšetkým pri veľmi malých úväzkoch, kedy by minimálny odvod poistného výrazne navýšil náklady zamestnanca.  Pracovných miest, ktoré sú vytvorené na plný úväzok (100%) sa táto zmena nedotýka. | | | | |
| *e)* | *Ovplyvňuje návrh dopyt po práci? Ak áno, ako?* | | | | | | | |
| *f)* | *Dopyt po práci závisí na jednej strane na produkcii tovarov a služieb v ekonomike a na druhej strane na cene práce.* | | | Bez vplyvu. | | | | |
| *g)* | *Má návrh dosah na fungovanie trhu práce?* *Ak áno, aký?* | | | | | | | |
| *h)* | *Týka sa makroekonomických dosahov ako je napr. participácia na trhu práce, dlhodobá nezamestnanosť, regionálne rozdiely v mierach zamestnanosti.* *Ponuka práce môže byť ovplyvnená rôznymi premennými napr. úrovňou miezd, inštitucionálnym nastavením (napr. zosúladenie pracovného a súkromného života alebo uľahčovanie rôznych foriem mobility).* | | | Bez vplyvu. | | | | |
| *i)* | *Má návrh špecifické negatívne dôsledky pre isté skupiny profesií, skupín zamestnancov či živnostníkov?* *Ak áno, aké a pre ktoré skupiny?* | | | | | | | |
| *j)* | *Návrh môže ohrozovať napr. pracovníkov istých profesií favorizovaním špecifických aktivít či technológií.* | | | Bez vplyvu. | | | | |
| *k)* | *Ovplyvňuje návrh špecifické vekové skupiny zamestnancov? Ak áno, aké? Akým spôsobom?* | | | | | | | |
| *l)* | *Identifikujte, či návrh môže ovplyvniť rozhodnutia zamestnancov alebo zamestnávateľov a môže byť zdrojom neskoršieho vstupu na trh práce alebo predčasného odchodu z trhu práce jednotlivcov.* | | | Bez vplyvu. | | | | |

**Doložka zlučiteľnosti**

**návrhu zákona s právom Európskej únie**

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **Navrhovateľ zákona:** Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky |
|  |  |
| **2.** | **Názov návrhu zákona:** Návrh zákona, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony. |
|  |  |
| **3.** | **Predmet návrhu zákona je upravený v práve Európskej únie:** |
|  | 1. *v primárnom práve*   čl. 168 Zmluvy o fungovaní Európskej únie   1. *v sekundárnom práve*   Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2011/24/EÚ z 9. marca 2011 o uplatňovaní práv pacientov pri cezhraničnej zdravotnej starostlivosti (Ú. v. EÚ L 88, 4. 4. 2011) v platnom znení.  *Gestor: Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky*  Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2013/33/EÚ z 26. júna 2013, ktorou sa stanovujú normy pre prijímanie žiadateľov o medzinárodnú ochranu (prepracované znenie) (Ú. v. EÚ L 180, 29.6.2013)  *Gestor: Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky* |
|  | 1. *v judikatúre Súdneho dvora Európskej únie* |
|  | Rozsudok Súdneho dvora (veľká komora) z 11. júna 2020 v spojených veciach C‑262/18 P a C‑271/18 P (Európska komisia a Slovenská republika proti Dôvera zdravotná poisťovňa, a. s.)   * *„Hoci prípadné zisky, ktoré títo poskytovatelia dosiahnu, môžu byť použité a rozdelené, musí to byť v súlade s požiadavkami na zabezpečenie udržateľnosti systému a dosahovanie sociálnych a solidárnych cieľov, na ktorých je systém založený. Zdá sa teda, že možnosť usilovať sa o zisk a dosahovať ho je značne obmedzená zákonom a na rozdiel od úvah Všeobecného súdu rozvinutých v bodoch 63 a 64 napadnutého rozsudku ju nemožno považovať za okolnosť, ktorá by mohla vyvrátiť sociálny a solidárny charakter vyplývajúci zo samotnej povahy dotknutých činností.“* * *„Možnosť poskytovateľov poistenia usilovať sa o zisk, používať ho a rozdeľovať ho je značne obmedzená zákonom, účelom týchto zákonných povinností je zabezpečiť životaschopnosť a kontinuitu povinného zdravotného poistenia.“*   Rozsudok Súdneho dvora zo 16. marca 2004, AOK Bundesverband a i., C 264/01, C 306/01, C 354/01 a C 355/01, EU:C:2004:15   * *„Zavedenie konkurenčného prvku do systému s charakteristikami uvedenými v bode 32 tohto rozsudku s ohľadom na to, že jeho cieľom je motivovať hospodárske subjekty k výkonu ich činnosti v súlade so zásadami dobrej správy, teda čo najefektívnejšie a s čo najnižšími nákladmi, v záujme riadneho fungovania systému sociálneho zabezpečenia, nemení povahu tohto systému.*“   Rozsudok Súdneho dvora (tretia komora) z 5. marca 2009, Kattner Stahlbau proti Maschinenbau‑ und Metall‑ Berufsgenossenschaft, C 350/07   * *„členský štát nezveruje správu systému sociálneho zabezpečenia jedinému poskytovateľovi poistenia, ale rôznym poskytovateľom, nemôže spochybniť zásadu solidarity, na ktorej je založený tento systém, a to tým skôr, že v rámci uvedeného systému si dotknutí poskytovatelia medzi sebou prerozdeľujú náklady a riziká.“*   Rozsudok Súdneho dvora (veľká komora) zo 16. mája 2006 vo veci Watts, C-372/04 (The Queen na návrh Yvonne Watts proti Bedford Primary Care Trust)   * *„čakacia doba, ktorá vyplýva z cieľov plánovania a riadenia nemocničnej ponuky sledovaných vnútroštátnymi orgánmi v závislosti od klinických priorít vopred určených všeobecným spôsobom, v rámci ktorých možno dostať nemocničnú liečbu vyžadovanú zdravotným stavom pacienta v zariadení patriacom do predmetného vnútroštátneho systému, neprekračuje prijateľnú dobu so zreteľom na objektívne medicínske posúdenie klinických potrieb dotknutej osoby s ohľadom na stav choroby, zdravotné záznamy a pravdepodobný ďalší vývoj ochorenia, stupeň bolesti a/alebo charakter postihnutia v čase žiadosti o súhlas.“* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4.** | **Záväzky Slovenskej republiky vo vzťahu k Európskej únii:** | |
|  | a) | lehota na prebratie smernice alebo lehota na implementáciu nariadenia alebo rozhodnutia   * Lehota na prebratie smernice 2011/24/EÚ platnom znení bola do 25. 10. 2013. Lehota na prebratie smernice 2013/33/EÚ v platnom znení bola do 20. 07. 2015. |
|  |  |  |
|  | b) | informácia o začatí konania v rámci „EÚ Pilot“ alebo o začatí postupu Európskej komisie, alebo o konaní Súdneho dvora Európskej únie proti Slovenskej republike podľa čl. 258 a 260 Zmluvy o fungovaní Európskej únie v jej platnom znení, spolu s uvedením konkrétnych vytýkaných nedostatkov a požiadaviek na zabezpečenie nápravy so zreteľom na nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 1049/2001 z 30. mája 2001 o prístupe verejnosti k dokumentom Európskeho parlamentu, Rady a Komisie   * žiadne informácie |
|  |  |  |
|  | c) | informácia o právnych predpisoch, v ktorých sú preberané smernice už prebraté spolu s uvedením rozsahu tohto prebratia   * Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2011/24/EÚ z 9. marca 2011 o uplatňovaní práv pacientov pri cezhraničnej zdravotnej starostlivosti (Ú. v. EÚ L 88, 4. 4. 2011) v platnom znení bola transponovaná do nasledovných právnych prepisov:   Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov  Zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov  Zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov  Zákon č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti  Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov  Zákon č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov  Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 341/2013 Z. z., ktorou sa ustanovuje cezhraničná zdravotná starostlivosť, ktorá podlieha predchádzajúcemu súhlasu príslušnej zdravotnej poisťovne na účely jej preplatenia  Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 232/2014 Z. z., ktorou sa upravuje postup poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, zdravotnej poisťovne a Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou pri poskytovaní cezhraničnej zdravotnej starostlivosti.   * Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2013/33/EÚ z 26. júna 2013, ktorou sa stanovujú normy pre prijímanie žiadateľov o medzinárodnú ochranu (prepracované znenie) (Ú. v. EÚ L 180, 29.6.2013) bola transponovaná do nasledovných právnych prepisov:   Zákon č. 480/2002 Z. z. o azyle a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších prepisov  Zákona č. 404/2011 Z. z. o pobyte cudzincov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,  Zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov,  Zákon č. 71/1967 Zb. o správnom konaní (správny poriadok) v znení neskorších predpisov, Zákon č. 332/2011 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 327/2005 Z. z. o poskytovaní právnej pomoci osobám v materiálnej núdzi a o zmene a doplnení zákona č. 586/2003 Z. z. o advokácii a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov v znení zákona č. 8/2005 Z. z. v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony,  Zákon č. 162/2015 Z. z. Správny súdny poriadok,  Ústavný zákon č. 460/1992 Zb. Ústava Slovenskej republiky v znení neskorších predpisov, Zákon č. 564/2001 Z. z. o verejnom ochrancovi práv.  Zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.  Zákon č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov,  Zákon č. 568/2009 Z. z. o celoživotnom vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov,  Zákon č. 36/2005 Z. z. o rodine a o zmene a doplnení niektorých zákonov,  Zákon č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník,  Zákon č. 55/2017 Z. z. o štátnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov,  Zákon č. 552/2003 Z. z. o výkone práce vo verejnom záujme,  Zákon č. 586/2003 Z. z. o advokácii a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov,  Zákon č. 308/1993 Z. z. o zriadení Slovenského národného strediska pre ľudské práva,  Zákon č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov,  Zákon č. 153/2001 Z. z. o prokuratúre. |
|  |  |  |
| **5.** | **Návrh zákona je zlučiteľný s právom Európskej únie** | |
|  |  | Stupeň zlučiteľnosti – úplný. |

**Dôvodová správa**

*B. Osobitná časť*

**K čl. I (581/2004 Z. z.)**

**K bodom 1, 3 a 5 (§ 4 ods. 1 a 2 písm. e) a ods. 3 písm. a))**

Súčasná právna úprava je nastavená v znení, podľa ktorého členom predstavenstva, dozornej rady, prokuristom a vedúcim zamestnancom nemôže byť člen alebo zamestnanec pôsobiaci v zahraničnej zdravotnej poisťovni. Predstavenstvo je štatutárnym orgánom zdravotnej poisťovne, riadi činnosť zdravotnej poisťovne, koná v jej mene a rozhoduje o všetkých záležitostiach zdravotnej poisťovne. Dozorná rada je najvyšším kontrolným orgánom zdravotnej poisťovne, dohliada na výkon pôsobnosti predstavenstva a uskutočňovanie činností zdravotnej poisťovne.

Zdravotné poisťovne vykonávajú verejné zdravotné poistenie výlučne v Slovenskej republike, najmä podľa slovenskej právnej úpravy. Pôsobenie zdravotných poisťovní je vzhľadom na špecifickú vnútroštátnu právnu úpravu rozdielne vo vzťahu k zahraničným zdravotným poisťovniam. Zámer súčasnej právnej úpravy konfliktu záujmov je zrejmý vo vzťahu k inej zdravotnej poisťovni pôsobiacej v SR, avšak vo vzťahu k osobe pôsobiacej v zahraničnej zdravotnej poisťovni sa daná požiadavka javí ako neopodstatnená. Práve naopak, rozšírenie a vyňatie osôb zahraničnej zdravotnej poisťovne môže byť pre slovenskú zdravotnú poisťovňu prínosom. Navrhovaná úprava nevylučuje vyžadované splnenie podmienky dôveryhodnosti a odbornej spôsobilosti podľa § 33 odsekov 3 a 5.

*Poznámka k zvolenej legislatívnej technike:*

§ 2 ods. 1 zákona o zdravotných poisťovniach rozpoznáva pod pojmom zdravotná poisťovňa výlučne zdravotnú poisťovňu pôsobiacu v Slovenskej republike, a teda tuzemskú zdravotnú poisťovňu. V zmysle vyššie uvedeného a navrhovaného je z konfliktu záujmov vylúčená osoba pôsobiaca v inej zahraničnej zdravotnej poisťovne, a teda člen predstavenstva, dozornej rady, prokurista a vedúci zamestnanec v SR môže byť člen alebo zamestnanec pôsobiaci v zahraničnej zdravotnej poisťovni.

**K bodom 2, 4, 6 (§ 4 ods. 1 a 2 písm. h) a odsek 3 písm. c))**

Vzhľadom na aktuálne možnosti nadväzovania právnych vzťahov zdravotných poisťovní so zahraničnými subjektami, vrátane subjektov pôsobiacich v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti či v oblasti liekovej politiky, je potrebné rozšíriť ustanovenia zákona upravujúce konflikt záujmov aj o zahraničné subjekty.

Pokiaľ ide o zaužívaný pojem „dodávateľ, ktorý zdravotnej poisťovni dodáva materiál alebo služby“, pôjde o dodávateľa akýchkoľvek tovarov alebo služieb, ktoré sú na základe dohody alebo zmluvy (bez ohľadu na jej formu), ktorej jednou zo zmluvných strán je zdravotná poisťovňa, buď odplatne alebo bezodplatne dodávané priamo zdravotnej poisťovni alebo jej poistencom.

**K bodu 7 (§ 6 ods. 1 písm. c))**

Legislatívno-technická úprava z dôvodu precizovania ustanovenia. Úrad pre dohľad rozhoduje vo veciach prerozdelenia poistného, pričom samotné prerozdeľovanie poistného (t. j. činnosť, ktorá zabezpečí reálny presun poistného z účtu jednej zdravotnej poisťovne na účet ďalšej, resp. ďalších zdravotných poisťovní) vykonávajú v aplikačnej praxi zdravotné poisťovne.

**K bodu 8 (§ 6 ods. 1 písm. o))**

Legislatívno-technická úprava súvisiaca s povinnosťami, ktoré zdravotnej poisťovni vyplývajú v súvislosti s konceptom zoznamu poistencov čakajúcich na plánovanú starostlivosť.

**K bodu 9 (§ 6 ods. 2 písm. g)**

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na absentujúcu legislatívnu skratku.

**K bodu 10 (§ 6 ods. 3 písm. c))**

Legislatívno-technická úprava súvisiaca s povinnosťami, ktoré zdravotnej poisťovni vyplývajú v súvislosti s konceptom zoznamu poistencov čakajúcich na plánovanú starostlivosť.

**K bodu 11 (§ 6 ods. 6 písm. d))**

V súvislosti s úpravou pravidiel tvorby zisku zdravotnej poisťovne už nebude zákonom stanovená výška výdavkov na prevádzkové činnosti zdravotnej poisťovne, preto sa upravuje možnosť zdravotnej poisťovne financovať ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov. Predkladateľ navrhuje špecifikovať zdroje, z akých môžu zdravotné poisťovne financovať ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov.

**K bodu 12 (§ 6 ods. 9)**

Navrhovaná zmena vychádza z dôvodu predchádzania vzniku konfliktu záujmov u osôb vykonávajúcich nábor poistencov pre rôzne zdravotné poisťovne a finančné inštitúcie.

**K bodom 13 a 14 (§ 6a a 6aa – Kladný výsledok hospodárenia zdravotnej poisťovne a kritéria kvality)**

Cieľom novely je použitie verejných prostriedkov zdravotného poistenia predovšetkým na úhradu zdravotnej starostlivosti, a teda v prospech poistencov. Nástrojom na dosiahnutie tohto cieľa je prísnejšia regulácia hospodárenia zdravotných poisťovní vrátane návratnosti vloženého súkromného kapitálu.

V období rokov od 2008 do 2020 bolo hospodárenie zdravotných poisťovní nasledovné:

V období rokov 2008 až 2020 Dôvera zdravotná poisťovňa, a. s. (ďalej len „Dôvera“) dosiahla celkom zisk 679 mil. EUR, čo predstavuje 4,71 % z prijatého poistného, popri tom vynaložila v priemerne na prevádzku 2,84 % a na zdravotnú starostlivosť vynaložila 92,45 %.

UNION zdravotná poisťovňa, a. s. (ďalej len „Union“) v období rokov 2008 až 2020 dosiahla celkom zisk 15 mil. EUR, čo predstavuje 0,34 % z prijatého poistného, na prevádzku vynaložila 5,22 % a na zdravotnú starostlivosť vynaložila 94,44 %.

Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s. (ďalej len „VšZP“)  v období rokov 2008 až 2020 dosiahla celkom stratu 153 mil. EUR, čo predstavuje 0,41 % z prijatého poistného, popri tom vynaložila v priemerne na prevádzku 2,83 % a na zdravotnú starostlivosť vynaložila 97,58 %.

Pre porovnanie, holandská spoločnosť Achmea za roky 2016 až 2020 dosiahla stratu z poskytovania verejného zdravotného poistenia 268 mil. EUR (-0,43 % výnosov verejného zdravotného poistenia). Z doplnkového poistenia (komerčné poistenie) dosiahla spol. Achmea za rovnaké obdobie zisk 375 mil. EUR (5,96 % výnosov doplnkového poistenia). Návratnosť vlastného imania spoločnosti Achmea predstavovala v priemere z verejného zdravotného poistenia - 0,53 % (strata) a z doplnkového poistenia 0,75 % (zisk).

VšZP v období 2008-2020 dosiahla celkom zápornú priemernú ročnú návratnosť Základného imania -7,07 %  a priemernú ročnú zápornú návratnosť Vlastného imania v hodnote -18,20 %.

ZP Dôvera v období 2008-2020 dosiahla celkom priemernú ročnú návratnosť Základného imania 192,59 %  a priemernú ročnú návratnosť Vlastného imania 25,38 %.

ZP Union v období 2008-2020 dosiahla priemernú ročnú návratnosť Základného imania 3,22 % (priemernú ročnú návratnosť Vlastného imania 4,70%)

Návratnosť vlastného imania holandskej spoločnosti Achmea z verejného zdravotného poistenia predstavovala v priemere -0,53% (strata) a z doplnkového poistenia 0,75% (zisk).[[1]](#footnote-1)

Zabezpečenie bezplatnej zdravotnej starostlivosti na základe verejného zdravotného poistenia je pozitívny záväzok ústavodarcu, ktorý je zakotvený v čl. 40 Ústavy SR. Zákonodarca v roku 2007, resp. 2008 prijal legislatívu, ktorá zakazovala vytváranie zisku zdravotným poisťovniam. Reakciou bolo podanie na ústavný súd skupinou poslancov, ktorý nálezom vo veci sp. zn. PL. ÚS 3/09 rozhodol o protiústavnosti časti napadnutého právneho predpisu.

Pôvodná legislatíva (ďalej ako „zákaz zisku“) bola zakotvená v § 15 ods. 6 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach. V princípe prikazovala zdravotným poisťovniam v prípade dosiahnutia kladného hospodárskeho výsledku tento použiť len na úhradu nákladov súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

Ústavný súd v náleze PL. ÚS 3/09 pomerne dopodrobna analyzoval, v čom vidí protiústavnosť prijatej novely. Podrobil ju testu proporcionality v ktorom neprešla 2. krokom (kritérium nevyhnutnosti). Test proporcionality aplikovaný ústavným súdom má 3 kroky (subtesty). V prvom subteste sa analyzuje kritérium vhodnosti. Ide o posúdenie, či právna norma sleduje legitímny cieľ a či je reálne spôsobilá tento cieľ aj naplniť. Druhým subtestom je kritérium nevyhnutnosti, v ktorom sa posudzuje, či príslušné legislatívne opatrenie spôsobujúce obmedzenie práv bolo v okolnostiach posudzovanej veci naozaj nevyhnutné, teda či na dosiahnutie legitímneho cieľa nebol k dispozícii aj menej obmedzujúci, resp. menej invazívny či šetrnejší právny prostriedok. Posledným, tretím subtestom je test proporcionality  v užšom zmysle. V rámci neho sa predovšetkým zisťuje, či posudzovaná právna norma je primeraná vo vzťahu k zamýšľanému cieľu, t. j. či príslušné legislatívne opatrenie obmedzujúce základné práva alebo slobody nemôže svojimi negatívnymi dôsledkami prevyšovať pozitíva stelesnené v presadení verejného záujmu sledovaného týmto opatrením.

Ústavný súd v náleze PL. ÚS 3/09 zdôraznil najmä existenciu a potrebu použitia menej invazívnych zásahov s uvedením konkrétnych možností, ktoré mal zákonodarca k dispozícii a ktoré v danom prípade nevyužil (*napr. povinnosť zdravotných poisťovní vytvoriť technické rezervy, povinnosť zabezpečovať platobnú schopnosť zdravotnej poisťovni po celý čas výkonu zdravotného poistenia, inštitút ozdravného plánu, percentuálne obmedzenie výdavkov na prevádzkové činnosti...)*. Ústavný súd vo vzťahu k zákazu zisku explicitne uviedol, že štátu sa nesporne ponúkajú aj iné možnosti využitia existujúceho status quo súkromného poistenia vo verejnom rámci napríklad zmenou už existujúceho regulačného rámca alebo úpravou systému prerozdelenia. Zároveň ide podľa názoru ústavného súdu o právne prostriedky, ktoré nenarúšajú zásadnejším spôsobom legitímne očakávania zdravotných poisťovní. Napriek výroku o protiústavnosti zákazu zisku teda Ústavný súd zároveň jednoznačne skonštatoval, že zmena regulačného rámca je nielen legitímnym cieľom v zmysle prvého subtestu pri teste proporcionality, ale dal najavo, že prejde aj subtestom nevyhnutnosti v prípade, že i) budú všetky iné možnosti na zlepšenie situácie v systéme zdravotníctva vyčerpané ii) zásah nebude priveľmi invazívny a iii) bude existovať korelácia medzi napĺňaním pozitívneho záväzku zakotveného v článku 40 ústavy a jednotlivými legislatívnymi opatreniami t. j. legislatíva bude smerovať k poskytovaniu lepšej zdravotnej starostlivosti.

V kontexte súčasného vývoja a navrhovanej právnej úpravy je potrebné konštatovať, že menej invazívne možnosti regulácie, na ktoré poukázal aj ústavný súd, už zákonodarca vyčerpal, preto pristupuje k novej úprave vzťahov v rámci systému zdravotného poistenia.

Ústavný súd v náleze PL. ÚS 3/09 judikoval, že zákaz zisku neprešiel subtestom nevyhnutnosti, keďže „*existovali miernejšie a prijateľnejšie zásahy do práv nadobudnutých zdravotnými poisťovňami legálne v zmysle pôvodného znenia zákona o zdravotných poisťovniach*“*.*

**Navrhovaná úprava reflektuje na tieto výhrady.** Na rozdiel od zákazu zisku, ktorý bol vyhodnotený ako neakceptovateľný zásah do práv, **volí cestu miernejšej regulácie**, ktorá je v súlade so subtestom nevyhnutnosti. Zdravotné poisťovne, na rozdiel od zákazu zisku, budú mať možnosť vyplácať zisk.

Či navrhovaná právna úprava prejde testom nevyhnutnosti, v rámci druhého kroku (štádia) testu proporcionality – subtestu nevyhnutnosti – treba posúdiť, či príslušné legislatívne opatrenie spôsobujúce obmedzenie ústavou garantovaných práv bolo v okolnostiach posudzovanej veci naozaj nevyhnutné, teda či na dosiahnutie legitímneho cieľa nebol k dispozícii aj menej obmedzujúci, resp. menej invazívny (šetrnejší) právny prostriedok. Ústavný súd v náleze PL. ÚS 3/09 poukázal pri kritériu nevyhnutnosti na ďalšie možné a menej invazívne prostriedky na efektívnejšie vykonávanie verejného zdravotného poistenia, ako napríklad povinnosť vytvorenia technických rezerv, inštitút ozdravného plánu či percentuálne obmedzenie výdavkov na prevádzkové činnosti. Preto nepovažoval taký drastický zásah, akým bol absolútny zákaz zisku zdravotných poisťovní, za nevyhnut­ný.

V tejto súvislosti je potrebné uviesť, že v zmysle platnej legislatívy vytvorenie technických rezerv u zdravotných poisťovní už funguje (§ 6 ods. 9 zákona č. 581/2004 Z. z.). Inštitút ozdravného planú je taktiež zakotvený v platnej legislatíve (§ 51 a nasl. zákona č. 581/2004 Z. z.) a bol v minulosti využitý (napr. rok 2017). Rovnako tak percentuálne obmedzenie výdavkov na prevádzkové činnosti zakotvuje v súčasnosti § 6a zákona č. 581/2004 Z. z. Z týchto dôvodov je možné uviesť, že **menej invazívne prostriedky na zefektívnenie fungovania verejného zdravotného poistenia sú už využité, avšak legitímny cieľ v podobe zlepšenia poskytovania zdravotnej starostlivosti stále pretrváva**. Nie je preto zrejmé, akým iným spôsobom ako vytvorením Fondu kvality zdravia by sa v súčasnosti mohlo efektívne zabezpečiť zlepšenie poskytovania zdravotnej starostlivosti a efektívnejšie využívanie už vybraného poistného. V tejto súvislosti je potrebné konštatovať, že navrhovaná právna úprava reguluje použitie zisku, ktorý pochádza z verejného zdravotného poistenia, a to na účely úhrady zdravotnej starostlivosti presne vymedzeného druhu. Obmedzenie zisku z vybraného zdravotného poistenia na účel jeho použitia na úhradu konkrétne špecifikovanej zdravotnej starostlivosti predstavuje ústavne konformnú právnu reguláciu, aj keď ovplyvňuje vlastnícke právo.

V tejto súvislosti je namieste pripomenúť aj závery ďalšieho rozhodnutia Ústavného súdu, na ktoré sám rozsiahlo poukázal aj v náleze PL. ÚS 3/09: „...*obmedzenie, resp. zasahovanie do ústavou chránených práv a slobôd, a teda aj do základného práva podnikať a uskutočňovať inú zárobkovú činnosť podľa čl. 35 ods. 1 ústavy, je ústavne akceptovateľné len vtedy, ak je ustanovené zákonom, zodpovedá niektorému ustanovenému legitímnemu cieľu a je nevyhnutné v demokratickej spoločnosti na dosiahnutie sledovaného cieľa, t. j. ospravedlňuje ho existencia naliehavej spoločenskej potreby a primerane (spravodlivo) vyvážený vzťah medzi použitými prostriedkami a sledovaným cieľom (mutatis mutandis PL. ÚS 3/00, I. ÚS 4/02, I. ÚS 36/02 alebo I. ÚS 193/03).*“[[2]](#footnote-2)

Test nevyhnutnosti nie je možné vnímať absolútne, t. j. zákonodarca nemusí extenzívne a vyčerpávajúco vylúčiť alebo označiť všetky možné varianty, ktoré by mohli byť použité. Týmto by nielen poprel svoju „*margin of appreciation*“ t. j. voľnú úvahu pri výkone zákonodarnej moci, ale samotné prijímanie novej legislatívy by sa stalo *de facto* nemožným. Tento záver podporuje aj rozhodnutie Ústavného súdu PL. ÚS 31/2015: „*Ústavný súd už vyslovil svoj právny názor, že vlastnícke právo možno obmedziť v tej miere, v akej rozumnú úvahu o všeobecnom prospechu pripúšťa zákonodarca za účelnú. Ochrana základných práv sa preto môže obmedziť len na odmietnutie protiústavných, nadmerne zaťažujúcich úprav (porovnaj napr.*[*PL. ÚS 37/99*](https://www.judikaty.info/document/ussr/1691)*).*“

Ministerstvo zdravotníctva SR v spolupráci s Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou analyzoval aké všetky regulácie – možnosti existujú na dosiahnutie cieľa – zabezpečiť viac finančných prostriedkov pre zadlžujúce sa prostredie slovenského zdravotníctva.

Podľa analýzy existujú tri možné cesty na dosiahnutie tohto cieľa:

1. zmena legislatívy upravujúcej účtovanie, vykazovanie a požiadavky na kapitálovú primeranosť zdravotných poisťovní tak, aby sa čo najviac priblížila princípom zakotveným v Medzinárodných štandardoch finančného výkazníctva (IFRS) a smernici Solvency II, vrátane tvorby technických rezerv na neposkytnutú zdravotnú starostlivosť, zavedenia cenotvorby na výške poistného a rozvoja doplnkového zdravotného poistenia, alebo
2. zmena súčasného systému zdravotných poisťovní na systém správcovských spoločností alebo
3. zastropovanie maximálnej výšky zisku, ktorý si môže zdravotná poisťovňa vyplatiť.

**Solvency II**

Zmena legislatívy upravujúcej účtovanie, vykazovanie a požiadavky na kapitálovú primeranosť zdravotných poisťovní tak, aby sa čo najviac priblížila princípom zakotveným v Medzinárodných štandardoch finančného výkazníctva (IFRS) a smernici Solvency II, vrátane tvorby technických rezerv na neposkytnutú zdravotnú starostlivosť, zavedenia cenotvorby na výške poistného a rozvoja doplnkového zdravotného poistenia. S ohľadom na dlhodobú udržateľnosť verejných financií je to jeden z nevyhnutných krokov, ktoré bude treba realizovať, avšak nedá sa urobiť ihneď. Zaviedla by sa tým mimo iné povinnosť zdravotných poisťovní tvoriť rezervy v dostatočnej výške tak, aby pokrývali náklady na neposkytnutú zdravotnú starostlivosť. Potrebné by súčasne bolo aj výrazné dofinancovanie kapitálu všetkých troch poisťovní, keďže v súčasnosti sú podľa európskych štandardov slovenské zdravotné poisťovne vo všeobecnosti podkapitalizované a nemajú dostatočnú likviditu.

Plnenie vybraných ukazovateľov v zmysle štandardu EÚ možno zjednodušene vyhodnotiť cez dve nasledujúce kľúčové kritéria:

- Kapitálová primeranosť sa javí na základe holandského modelu Solvency II ako dostatočná, ak celkový kapitál predstavuje cca 20 % ročného poistného

- Likvidita sa javí podľa európskeho štandardu ako optimálna, ak zásoba peňažných prostriedkov postačuje na 2 - 3 mesiace prevádzky, za stav ohrozenia sa považuje hranica 30 dní

Na základe finančných výsledkov za rok 2021 Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou pripravil prepočet naplnenia dvoch kľúčových ukazovateľov – kapitálovej primeranosti a likvidity - pre všetky tri zdravotné poisťovne pôsobiace na slovenskom trhu verejného zdravotného poistenia. Z analýzy vyplýva, že všetkým trom poisťovniam chýbajú stovky miliónov eur kapitálu a dve z nich nemajú dostatočnú likviditu na riadnu prevádzku. A to je v rozpore nielen s medzinárodným štandardom, ale aj princípom obozretného hospodára, ktorý je zakotvený aj slovenskom obchodnom zákonníku (§ 135a a § 194 Obchodného zákonníka). V každom prípade je priamym dôsledkom chýbajúcej regulácie, vzhľadom na európsky štandard, nedostatočná tvorba rezerv na neposkytnutú zdravotnú starostlivosť a nepostačujúce kapitálové vybavenie zdravotných poisťovní na Slovensku, pričom stovky miliónov eur chýbajú štátnemu, ako aj dvom súkromným akcionárom. Nepostačujúca je aj likvidita dvoch z troch poisťovní, ktoré ju majú bežne len na pár týždňov prevádzky. Kontrola nad pretekajúcimi tokmi je nevyhnutná aj z pohľadu stability verejných financií. Tak ako vysvetľuje Rada pre rozpočtovú zodpovednosť, súčasťou sektora verejnej správy je aj tá časť hospodárenia súkromných zdravotných poisťovní, ktorá súvisí s verejným zdravotným poistením vrátane výplaty dosiahnutého zisku alebo splátok úverov.

<https://rokovania.gov.sk/RVL/Material/27435/2>

**Zmena súčasného systému zdravotných poisťovní na systém správcovských spoločností.**

V niektorých európskych krajinách sa úspešne používa model, v ktorom zdravotná poisťovňa vystupuje ako správca, ktorý zodpovedá za správnu distribúciu zdrojov medzi poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Za jeho činnosť mu prináleží odmena v podobe správcovského poplatku, ktorý je vyjadrený v percentách z poistného. Samotné finančné zdroje, ktoré do zdravotníctva odvedú poistenci a štát, však nie sú jeho majetkom a on s nimi nemôže svojvoľne disponovať. Akékoľvek nevyužité financie (t. j. prebytok poistného nad výdavkami na zdravotnú starostlivosť po odpočítaní správcovského poplatku) sú odložené ako rezerva na budúce výdavky na zdravotnú starostlivosť, medicínsky výskum a pod., a teda sú bezvýhradne vrátené do systému zdravotníctva.

Určité atribúty správcovského modelu je možné identifikovať už v súčasnom modeli, keďže v zmysle rozsudku Najvyššieho súdu SR z 26. júna 2013, sp. zn. 7 Sžso 40/2012) je zrejmé, že „...vykonávanie zdravotného poistenia je činnosťou vo verejnom záujme, pri ktorej sa hospodári s verejnými prostriedkami a nie s vlastným majetkom zdravotných poisťovní“. Pre možné adoptovanie si tohto modelu je absolútne kľúčové zavedenie DRG systému, ktorý by presne a jednoznačne stanovil jednotlivé platby, čoho výsledkom by bolo zúženie negociačného procesu medzi zdravotnými poisťovňami a ostatnými subjektmi. Pre plnú aplikáciu správcovského modelu budú taktiež potrebné určité legislatívne opatrenia, ktoré budú musieť reflektovať judikatúru, keďže príde k určitej transformácii postavenia zdravotných poisťovní v systéme. V prípade prijatia správcovského modelu je možné očakávať vyššiu transparentnosť v systéme.

<https://rokovania.gov.sk/RVL/Material/27435/2>

**Zastropovanie zisku zdravotných poisťovní**

Zaviesť do praxe reguláciu zisku zdravotných poisťovní by znamená prijať legislatívnu úpravu, ktorá by zohľadňovala záujem pacienta. Na zdravotnú starostlivosť by sa z vybraného verejného zdravotného poistenia malo v závislosti od počtu poistencov vrátiť 95 až 97 %, bolo by však možné ho krátiť o primeraný zisk. Hranice rozpätia primeraného zisku, ktoré doteraz absentovali, by mali zohľadňovať aj kritéria kvality naviazané na potreby pacienta, čo aj predstavuje tento podľa nášho názoru, najmenej invazívny,návrh:

*K Odseku 1*

Novela zisk nezakazuje, iba ho reguluje, čo je vo všeobecnosti charakteristické pre systém, v ktorom do trhového mechanizmu vstupuje sociálny a solidárny rozmer až do tej miery, že je dominantný. Regulácia je tým podstatnejšia, že v Slovenskej republike pôsobia len tri zdravotné poisťovne.

*K Odseku 2 a 3*

**Limit podľa súčasnej právnej úpravy:**

Zdravotná poisťovňa mohla v znení zákona platnom do 31. 12. 2022 v kalendárnom roku vynaložiť na prevádzkové činnosti výdavky najviac do výšky zodpovedajúcej podielu na úhrne poistného pred prerozdelením poistného za kalendárny rok (ďalej len „ročný úhrn“). Podiel na ročnom úhrne sa vypočítal podľa vzorca, ktorý bol uvedený v prílohe č. 1 a bol stanovený percentuálne ako súčet cez minimálny limit nasledovne:

Limit = 2.9% + (2.000.000/(1.000.000+PPZP)

Ilustratívny výpočet pre poisťovňu s počtom poistencov 1 milión znamená, že na prevádzkové náklady môže minúť maximálne 3.9 % z príjmov verejného zdravotného poistenia.

**Limit podľa navrhovanej právnej úpravy:**

Návrhom zákona sa obdobne ako doteraz ukladá zdravotným poisťovniam povinnosť použiť na zdravotnú starostlivosť a súvisiace náklady podiel najmenej vo výške 95,1 % z poistného v hrubej výške za príslušný kalendárny rok zvýšený o koeficient stanovený zákonom, obráteným vzorcom sa len obmedzujú prípady zneužitia, ktoré doteraz definícia prevádzkových výdavkov nepokryla a zdôrazňuje sa zároveň maximálny limit pre prevádzkové náklady:

Limit = 95,1% + PPZP/1 500 000

Ilustratívny výpočet pre poisťovňu s počtom poistencov 1 milión znamená, obdobne ako doteraz, že na prevádzkové náklady môže minúť maximálne 3.9 % z príjmov VZP a na zdravotnú starostlivosť sa má vrátiť 96.1 % z poistného v hrubej výške za príslušný kalendárny rok.

Koeficient obdobne ako doteraz zohľadňuje veľkosť zdravotnej poisťovne a súvisiace synergie pri jej správe. V prípade priemernej poisťovne, ktorá má počet poistencov 1.500.000 bude koef=1 a teda náklady na ZS vyjdú 96,1%. Na konkrétne poisťovne to vyjde takto:

* VšZP vychádza limit 97,03
* Dôvere vychádza limit 96,23
* Union bude mať 95,5

Po znížení o primeraný výsledok hospodárenia, dostaneme sa o jedno prípadne dve percentá nižšie (podľa splnenia kritérií):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **x** | **VšZP** | **Dôvera** | **Union** |
| počet poistencov |  | 2 900 000 | 1 700 000 | 600 000 |
| Koeficient (v %) = PPZP/x | 1 500 000 | 1,93 | 1,13 | 0,40 |
| **Limit nákladov na ZS (v %) = 95.1% +  koeficient** |  | **97,03** | **96,23** | **95,50** |
| **Limit nákladov na ZS po odčítaní primeraného VH** |  | **95,03** | **94,23** | **93,50** |

Náklady na zdravotnú starostlivosť sú definované v nadväznosti na náklady zverejnené v účtovnej závierke vo výkaze ziskov a strát, ktorá podlieha auditu, čím sa zabezpečí vyššia miera transparentnosti než je doteraz.

Stručne zhrnuté, prepísaný len pôvodný vzorec pre výpočet prevádzkových výdavkov tak, aby bolo možné skutočné prevádzkové náklady previazať na auditovanú účtovnú závierku a zabezpečila sa tým nevyhnutná transparentná kontrola použitia verejných zdrojov.

Zdravotná poisťovňa za účtovné obdobie dosiahne výsledok hospodárenia (zisk alebo stratu), ktorý nie je možné určiť. Následne sa musí vykonať povinné doplnenie rezervného fondu a až potom sa na účely § 6a návrhu môže kladný výsledok hospodárenia zdravotnej poisťovne upravovať. Prerozdeľovanie poistného funguje ako nástroj na distribúciu zdrojov z verejného zdravotného poistenia medzi jednotlivými zdravotnými poisťovňami na princípe solidarity. Prostriedky slúžia na pokrytie nákladov na zdravotnú starostlivosť pre tú zdravotnú poisťovňu, ktorá má kvôli vyššej chorobnosti kmeňa aj vyššie náklady na zdravotnú starostlivosť, bez ohľadu na to, na účty ktorej zdravotnej poisťovne boli prvotne vyzbierané. Preto ak chceme vyjadriť, koľko zdrojov má zdravotná poisťovňa k dispozícii (primárne) na úhradu zdravotnej starostlivosti pre svojich poistencov, musíme predpísané poistné upraviť o vplyv prerozdeľovania poistného.

Zmenou v súčasnosti platného ustanovenia § 6a ods. 3 bolo vypustené aj explicitné vymenovanie výdavkov, ktoré nie sú výdavkami na prevádzkové činnosti, t. j. z uvedeného dôvodu navrhujeme zachovať obdobnú úpravu nákladov na zdravotnú starostlivosť.

K Odsekom 4 až 6:

Hodnota predstavuje sumu, ktorú dostane akcionár za svoje investované prostriedky späť do spoločnosti, pričom by mala zohľadniť, že ide o podnikanie so silným dôrazom na verejný záujem a spoločenskú zodpovednosť.

Ukazovateľ návratnosti kapitálu vo výške 10 %, ktorý je stanovený ako podiel zisku po zdanení a vlastného imania, vychádza z databanky Finstat Ultimate.

Podľa databanky FINSTAT Ultimate je aritmetický priemer 18 porovnateľných subjektov v bankovom sektore za obdobie posledných 10 rokov na úrovni 10 % *per annum*. Ak by sa hodnotilo len posledných 5 rokov, ukazovateľ by bol na úrovni 9% a ak posledné 3 roky, čo je odporúčaný štandard OECD pre oblasť transferových cien, ukazovateľ by bol iba 8%. Zhrnutie je v tabuľke nižšie.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FINSTAT Ultimate | Zisk po zdanení/vlastné imanie | |
| Rok | Aritmetický priemer | Medián |
| 2011 | 13 % | 11 % |
| 2012 | 10 % | 8 % |
| 2013 | 10 % | 7 % |
| 2014 | 10 % | 8 % |
| 2015 | 11 % | 9 % |
| 2016 | 12 % | 8 % |
| 2017 | 9 % | 7 % |
| 2018 | 9 % | 7 % |
| 2019 | 9 % | 7 % |
| 2020 | 6 % | 5 % |
|  |  |  |
| priemer 10 rokov | 10 % | 8 % |
| priemer 5 rokov | 9 % | 7 % |
| priemer 3 roky | 8 % | 6 % |

Ukazovateľ ziskovosti voči kapitálu v navrhovanej výške 10% je na hornej hranici z pohľadu odporúčaní ECB ako aj toho, čo v súčasnosti očakávajú súkromní investori. Pre porovnanie údaje za rok 2020:

* ACHMEA: 0.7 %
* Penta Investments 5.5 %[[3]](#footnote-3)

Návrh zákona umožní z rozdielu, ktorý presahuje sumu regulovaného optimálneho hospodárskeho výsledku, vytvoriť fond kvality zdravia. Ten je určený v prospech poistencov a to na  úhradu tzv. *liekov na výnimku* alebo na realizáciu skríningov zameraných na včasné zachytenie onkologických chorôb v prospech poistencov.

Príklad s výpočtom:

Vlastné imanie (Účtovná závierka, Pasíva, riadok 56):                                                       110 000 000 EUR

Suma primeraného hospodárskeho výsledku (110 000 000 \* 10 %)                                    11 000 000 EUR

Výsledok hospodárenia za účtovné obdobie (Výkaz ziskov a strát, riadok 45):                 25 000 000 EUR

Rozdelenie hospodárskeho výsledku:

-                    Prídel do rezervného fondu (10 % podľa obchodného zákonníka):                2 500 000 EUR

-                     Prídel do samostatného fondu, suma presahujúca vyrátaný primeraný

hospodársky výsledok (25 000 000 – 2 500 000 –11 000 000):                             11 500 000 EUR

-                     Preúčtovanie primeraného hospodárskeho výsledku na

Výsledok hospodárenia minulých rokov:                                                     11 000 000 EUR

Navrhovaná právna úprava vychádza z nálezu PL. ÚS 3/09, ktorého intencie v plnej miere rešpektuje, keďže explicitne zakotvuje možnosť zdravotných poisťovní tvoriť „kladný hospodársky výsledok“ – zisk. Z tejto dikcie je zrejmé, že z pohľadu ústavného práva ide o diametrálne odlišnú právnu úpravu v porovnaní s tou, ktorá neprešla testom ústavnosti v náleze PL. ÚS 3/09. Regulovanie zisku je z pohľadu ústavného práva možné, o to zvlášť v segmente ako je zdravotníctvo, kde štát v zmysle nielen slovenskej, ale aj európskej judikatúry zabezpečuje podmienky pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Navrhovaná legislatíva je teda plne v súlade s rozhodnutím PL. ÚS 23/06 v ktorom ústavný súd stanovil: *„Právna norma totiž v podmienkach materiálneho právneho štátu nemôže obmedzovať základné právo alebo slobodu viac, než je nevyhnutné na dosiahnutie cieľa ňou sledovaného, resp. právna norma by mala dosahovať sledovaný cieľ najmenej drastickým spôsobom*.“

            V rozhodnutí PL. ÚS 3/09 ústavný súd zdôraznil, že na to, aby legislatívne opatrenie prešlo aj tretím subtestom v teste proporcionality, je nevyhnutné, aby zákonodarca sledoval legitímny cieľ – v tomto prípade zlepšenie poskytovania zdravotnej starostlivosti pre poistencov. Vo vzťahu k  zákazu zisku pritom ústavný súd konštatoval, že „*pozitívny dopad napadnutej právnej úpravy na spoločenské vzťahy je v okolnostiach posudzovanej veci minimálne otázny*“*.* Navrhovaná legislatíva však nemá za cieľ zakázať zdravotným poisťovniam tvoriť zisk, ale zastropovať maximálny možný zisk zdravotných poisťovní, a to výlučne v prospech vytvorenia fondu, ktorého prostriedky budú použité iba v prospech pacientov, teda na reálne zlepšenie kvality zdravotnej starostlivosti. Vzhľadom na to, že podnikanie v sektore zdravotníctva je charakteristické silným regulačným rámcom (čo potvrdzuje aj európska judikatúra uvedená nižšie), ide o legitímne opatrenie zamerané na reálne a konkrétne špecifikované zlepšenie poskytovania zdravotnej starostlivosti.[[4]](#footnote-4)

            Judikatúra Súdneho dvora Európskej únie (ďalej aj „SD EÚ“) taktiež podporuje vyššie uvedený záver o legitímnosti a najmä ústavnosti opatrení zameraných na posilnenie sociálneho charakteru na úkor trhových princípov (vo význame maximalizácie zisku). V tomto kontexte Súdny dvor EÚ spresnil, že skutočnosť, že *„členský štát nezveruje správu systému sociálneho zabezpečenia jedinému poskytovateľovi poistenia, ale rôznym poskytovateľom, nemôže spochybniť zásadu solidarity, na ktorej je založený tento systém, a to tým skôr, že v rámci uvedeného systému si dotknutí poskytovatelia medzi sebou prerozdeľujú náklady a riziká“.*

            Pre účely prijatia novej legislatívy je nutné podotknúť, že z pohľadu SD EÚ „*zavedenie konkurenčného prvku do systému s charakteristikami uvedenými v bode 32 tohto rozsudku s ohľadom na to, že jeho cieľom je motivovať hospodárske subjekty k výkonu ich činnosti v súlade so zásadami dobrej správy, teda čo najefektívnejšie a s čo najnižšími nákladmi, v záujme riadneho fungovania systému sociálneho zabezpečenia, nemení povahu tohto systému*“.[[5]](#footnote-5)  Súdny dvor explicitne stanovil, že možnosť regulovania zisku v záujme lepšej zdravotnej starostlivosti je k dispozícii: *„Navyše, ako vyplýva z bodu 64 napadnutého rozsudku, hoci prípadné zisky, ktoré títo poskytovatelia dosiahnu, môžu byť použité a rozdelené, musí to byť v súlade s požiadavkami na zabezpečenie udržateľnosti systému a dosahovanie sociálnych a solidárnych cieľov, na ktorých je systém založený. Zdá sa teda, že možnosť usilovať sa o zisk a dosahovať ho je značne obmedzená zákonom a na rozdiel od úvah Všeobecného súdu rozvinutých v bodoch 63 a 64 napadnutého rozsudku ju nemožno považovať za okolnosť, ktorá by mohla vyvrátiť sociálny a solidárny charakter vyplývajúci zo samotnej povahy dotknutých činností*.“[[6]](#footnote-6) Z

Záver o ústavnosti navrhovanej právnej úpravy sa opiera taktiež o bod 62 rozsudku SD EÚ vo veci Dôvera, v ktorom uviedol, že *„možnosť poskytovateľov poistenia usilovať sa o zisk, používať ho a rozdeľovať ho je značne obmedzená zákonom, účelom týchto zákonných povinností je zabezpečiť životaschopnosť a kontinuitu povinného zdravotného poistenia“.* Z tejto citácie je zrejmé, že aj regulovanie zisku prostredníctvom určenia tzv. horného limitu je v systéme poskytovania zdravotnej starostlivosti primerané a prípustné opatrenie.

V tomto kontexte je ešte potrebné zdôrazniť, že z hľadiska ústavnoprávneho, ale aj medzinárodnoprávneho, existuje širšia miera úvahy („*margin of appreciation*“) pre zákonodarcu pri regulovaní zisku v sektore zdravotníctva. Samotné zastropovanie zisku je diametrálne odlišné od zákazu zisku, keďže investor nie je ukrátený o svoju investíciu a nie je vystavený situácii, že by boli jeho potenciálne úžitky „uzamknuté“, resp. by sa k nim nevedel dostať. Z tohto titulu je potrebné dôsledne odlišovať navrhovanú úpravu od predchádzajúcej úpravy zákazu zisku.

V prípade, že by sme prijali prezumpciu, že zákonodarca nemôže prijímať žiadnu reguláciu, ktorá sa dotkne distribúcie prostriedkov vybraných z verejného zdravotného postenia, išli by sme do príkreho rozporu s ústavou a právom zákonodarcu na tvorbu legislatívy a aj do rozporu s medzinárodným investičným právom, ktoré explicitne zakotvuje tzv. *„right to regulate“* V prípade predkladanej legislatívy ide o súbor opatrení, ktoré sú prijímané proporčne a sledujú legitímny cieľ v podobe zlepšenia poskytovania zdravotnej starostlivosti a zlepšenia zdravia obyvateľstva. Kým zákaz zisku bol vyhodnotený ako nekompatibilný s ústavou,  regulácia zisku je ústavne konformná, a to práve v kontexte nálezu PL. ÚS 3/09. Plénum ústavného súdu v odôvodnení stanovilo, že prvý krok v teste proporcionality (účelnosť) bol splnený aj v prípade zákazu zisku, z čoho je zrejmé že zastropovanie zisku s cieľom vytvorenia fondu kvality zdravia je bezpochyby v súlade s prvým subtestom v teste proporcionality.

Ústavný súd v predmetnom náleze judikoval, že zákaz zisku neprešiel subtestom nevyhnutnosti, keďže „*existovali miernejšie a prijateľnejšie zásahy do práv nadobudnutých zdravotnými poisťovňami legálne v zmysle pôvodného znenia zákona o zdravotných poisťovniach*“. Navrhovaná úprava reflektuje na tieto výčitky a na rozdiel od zákazu zisku, ktorý bol vyhodnotený ako neakceptovateľný zásah do práv, volí cestu miernejšej regulácie, ktorá je v súlade so subtestom nevyhnutnosti. Zdravotné poisťovne, na rozdiel od zákazu zisku, budú mať možnosť vyplácať zisk. Ako uviedol aj arbitrážny súd v prípade Eureko: „*Aj keď niektoré opatrenia, ktoré zasahujú do toho, aby investor využíval svoje vlastnícke právo k investícii, môžu byť také závažné, že z právneho hľadiska predstavujú takéto pozbavenie, nie všetky opatrenia zasahujúce [do práva] sú schopné to dosiahnuť.*“[[7]](#footnote-7)

Navrhovaná legislatívna úprava taktiež spĺňa kritérium proporcionality v užšom zmysle t. j. tretieho kroku testu, v ktorom sa posudzuje, či príslušná právna norma je primeraná vo vzťahu k zamýšľanému cieľu, t. j. či príslušné legislatívne opatrenie obmedzujúce základné práva alebo slobody nemôže svojimi negatívnymi dôsledkami prevyšovať pozitíva stelesnené v presadení verejného záujmu sledovaného týmto opatrením. V prípade, že zdravotná poisťovňa vytvorí vyšší zisk, ako si bude môcť vyplatiť, sa rozdielová suma presunie do fondu kvality zdravia.

V tomto kontexte je zrejmé, že regulovanie zisku nie je „samoúčelné“, ale motiváciou je zlepšenie poskytovania zdravotnej starostlivosti pre poistenca v súlade s čl. 40 ústavy. Na Slovensku sme opakovane svedkami prípadov, keď sú pacienti trpiaci zriedkavými chorobami, resp. ťažkými onkologickými diagnózami, odkázaní na verejné zbierky, ktoré majú zabezpečiť či už uhradenie liekov alebo poskytnutie liečby. Zákonodarca teraz vytvára fond kvality zdravia. Cieľom tohto opatrenia je vytvorenie špecifického fondu, ktorý bude pokrývať takéto prípady a zmierňovať súčasnú situáciu, keď sa pacienti dlhodobo nevedia dostať k finančným prostriedkom potrebným na liečbu. Tento prvok taktiež zdôrazňuje sociálny a solidárny charakter systému tak, ako je zakotvený nielen v slovenskej legislatíve, ale ako ho potvrdil aj v už vyššie citovanom rozhodnutí SD EÚ. Kým pri zákaze zisku mal ústavný súd pochybnosti, či zákaz zisku ako taký sám osebe smeruje k lepšej zdravotnej starostlivosti[[8]](#footnote-8), pri navrhovanej právnej úprave je nespochybniteľné, že sledovaným cieľom je poskytnutie lepšej zdravotnej starostlivosti pre poistencov a zastropovanie zisku je iba nástrojom na dosiahnutie tohto cieľa.

V súvislosti s odsekom 6 a so splnomocňovacími ustanoveniami na vydanie kritérií kvality alebo na ustanovenie činnosti a aktivít pre použitie fondu kvality zdravia je potrebné uviesť, že ide o štandardný legislatívny proces, keď podzákonná norma ustanoví podrobnú aplikáciu a kritériá v rozsahu určenom zákonom. V tejto súvislosti je možné citovať rozhodnutie ústavného súdu sp. zn. PL. ÚS 10/2013, kde stanovil podmienky pre takéto nastavenie: „*ústavný súd konštatoval, že nie je nevyhnutné detailné opísanie jednotlivých práv a povinností, ktoré má upraviť podzákonný právny predpis. Ak si porovnáme to, čo konštatoval Ústavný súd SR s jednotlivými citovanými ustanoveniami zákona o regulácii, tak môžeme konštatovať, že predmetné ustanovenia sú plne v súlade s právnym názorom Ústavného súdu SR...*“

Ústava v čl. 13 špecifikuje možnosti podmienok ukladania povinností,[[10]](https://mail.mzsr.sk/owa/" \l "x__ftn10" \o ") konkrétne zákonom alebo na základe zákona a v jeho medziach. V materiálnom právnom štáte je evidentný účel ochrany poskytovanej ustanovením tohto článku, za ktorý možno považovať ochranu jednotlivcov pri určovaní povinností obmedzujúcich základné práva a slobody pred verejnou mocou, resp. pred extenzívnym uplatňovaním právomoci orgánov verejnej moci. K článku 13 ods. 1 ústavy vo všeobecnosti ústavný súd už uviedol, že „*toto ustanovenie neobsahuje konkrétnu garanciu základného práva a slobody, ale obsahuje len pravidlo, že povinnosti možno ukladať zákonom alebo na základe zákona, v jeho medziach a pri zachovaní základných práv a slobôd. Uvedené ustanovenie je akýmsi základným či všeobecným ustanovením limitujúcim zásahy štátu vo vzťahu k nositeľom základných práv a slobôd.*“ (III. ÚS 13/2013).

Regulácia zisku v navrhovanej novele je zabezpečená definovaním tzv. „primeraného výsledku hospodárenia“, ktorý má predstavovať sumu, s ktorou bude vlastník zdravotnej poisťovne narábať tak ako doposiaľ, podľa vlastného uváženia (napr. aj vyplatiť si ju ako dividendu). Regulácia spočíva v skutočnosti, že v prípade dosiahnutia zisku vyššieho, ako je primeraný hospodársky výsledok bude musieť byť suma, o ktorú skutočný zisk presahuje primeraný hospodárky výsledok, použitá iba na zabezpečenie zdravotnej starostlivosti pre poistencov zdravotnej poisťovne.

Ústavný súd sa v rozhodnutí PL. ÚS 3/09 okrajovo vyjadril k testu proporcionality v užšom zmysle, keďže vyjadril pochybnosť, že samotný zákaz zisku zdravotných poisťovní prinesie lepšiu zdravotnú starostlivosť. Ústavný súd vyjadril „*...úvahu o tom, či vôbec možno prostredníctvom nej naplniť sledovaný cieľ – zvýšiť kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti poistencom, t. j. pozitívny dopad napadnutej právnej úpravy na spoločenské vzťahy je v okolnostiach posudzovanej veci minimálne otázny.*”[[9]](#footnote-9)

Z vyššie uvedenej citácie je zrejmé, že ústavný súd posudzoval otázku, či zákaz zisku ako taký, t. j. sám osebe, prinesie zlepšenie zdravotnej starostlivosti. V súčasnosti **navrhovaná právna úprava však nehovorí o zákaze zisku, ale o jeho regulácii**, a to aj prostredníctvom tvorby Fondu kvality zdravia, ktorý ma slúžiť pre ďalšie uhrádzanie zdravotnej starostlivosti pre pacientov, resp. služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. V zmysle zákona o zdravotnom poistení sa uhrádzajú zdravotné odvody, ktoré následne zdravotná poisťovňa používa na zaplatenie zdravotnej starostlivosti pre poistenca. V prípade, že je vytvorený kladný hospodársky výsledok, musí byť časť prostriedkov nasmerovaná do Fondu kvality zdravia. Takáto regulácia nepredstavuje ústavnoprávny problém, nakoľko ide iba o ďalší medzistupeň v procese možnej tvorby zisku, ktorý podčiarkuje solidárny a sociálny charakter zdravotného poistenia v podmienkach Slovenskej republiky.

Ústavný súd sa v náleze PL. ÚS 3/09 vyjadril, že v prípade zákazu zisku ide fakticky o odňatie práva podnikať v okruhu verejného zdravotného poistenia.[[10]](#footnote-10) **V prípade regulácie zisku však nejde o totožnú situáciu**, keďže sa tu zavádza iba určitý medzistupeň, ktorý musí zdravotná poisťovňa splniť skôr, ako by si vyplatila zisk. V prípade akceptovania výhrady prezentovanej zdravotnou poisťovňou by nikdy nebolo možné prijať žiadne legislatívne zmeny, napr. úpravu výšky technických rezerv, nakoľko by išlo o modifikovanie povinnosti, ktorú už dnes má zdravotná poisťovňa. Právomoc zákonodarcu prijímať v tejto oblasti reguláciu je potvrdená aj judikatúrou ESĽP, napr. *James a ostatní proti Spojenému kráľovstvu* (z 21. februára 1986, č. 8793/79).[[11]](#footnote-11)

Cieľom navrhovanej právnej úpravy je zvýšiť podiel prostriedkov určený na  úhradu tzv. *liekov na výnimku* alebo na realizáciu skríningov zameraných na včasné zachytenie onkologických chorôb v prospech poistencov, a to prostredníctvom vytvorenia Fondu kvality zdravia. Vzhľadom na to, že systém zdravotného poistenia v Slovenskej republike je financovaný zo zdravotných odvodov, nie je možné vykonať legislatívnu úpravu iným spôsobom. Podobná právna úprava sa vyskytuje vo viacerých iných oblastiach (napr. pri fungovaní dôchodcovských správcovských spoločností, keď sa determinuje maximálna výška poplatku za vedenie indexového fondu), pričom takáto regulácia nenaráža na ústavné limity.

Test proporcionality v užšom zmysle zahŕňa praktickú konkordanciu (praktickú súladnosť), t. j. test zacho­vania maxima z obidvoch základných práv, resp. vážiaci vzorec.[[12]](#footnote-12) V prípade navrhovanej regulácie zisku nepochybne ide o určitú formu obmedzenia práva zdravotných poisťovní, ale zároveň po evaluácii praktickej konkordancie je zrejmé, že legitímny cieľ prevažuje nad týmto obmedzením.[[13]](#footnote-13) V prípade vytvorenia fondu kvality zdravia sa sleduje cieľ zabezpečenia kvalitnejšej zdravotnej starostlivosti pre širší okruh pacientov v porovnaní s dnešným stavom, preto je možné považovať tento cieľ za primeraný. Ochranu zdravia ako legitímny cieľ obmedzenia výkonu iných základných práv Ústavný súd najnovšie potvrdil aj v rozhodnutí PL. ÚS 14/2020 zo 4. novembra 2020. Všeobecne možno uviesť, že čím väčší verejný (spoločenský) záujem štát preukáže, tým aj intenzívnejšie obmedzenie práva vlastniť majetok môže byť považované za primerané...[[14]](#footnote-14)

Obdobne ako náš Ústavný súd, aj Európsky súd pre ľudské práva uznáva, že zásah do základných práv a slobôd možno považovať za prípustný, iba ak k nemu dochádza na základe zákona, ak sleduje verejný záujem a ak je vo vzťahu k nemu proporcionálny. Podľa judikatúry ESĽP štáty požívajú širokú mieru uváženia pri určovaní verejného záujmu. Iba zbavenie majetku preukázateľne bez rozumného základu neuspokojuje požiadavku sledovania verejného záujmu (rozsudok ESĽP z 28. 7. 1999 vo veci *Immobiliare Saffi proti Taliansku*, sťažnosť č. 22774/93, § 49).

V neposlednom rade Ústavný súd stanovil kritérium kauzality t. j. existenciu väzby medzi použitým prostriedkom a chráneným verejným záujmom.[[15]](#footnote-15) Ak má posudzovaná právna úprava vyhovieť testu proporcionality, je nevyhnutné, aby sa preukázala funkčnosť väzby medzi použitým prostriedkom a chráneným verejným záujmom. Táto funkčnosť potom ústavne legitimizuje aj cieľ preskúmavanej právnej úpravy, keďže mu dáva punc dostatočnej dôležitosti, ktorá ospravedlňuje obmedzenie základného práva alebo slobody.

Vzhľadom na vyššie uvedené je potrebné konštatovať, že navrhované opatrenie spĺňa kritérium proporcionality v užšom zmysle, resp. primeranosti. Spĺňa ho, preto, lebo financovanie systému je previazané na vybrané zdravotné odvody, ktoré sú určené na úhradu konkrétneho druhu zdravotnej starostlivosti. Vytvorenie špecifického fondu, ktorý zlepší postavenie pacienta a jeho liečbu, nie je možné dosiahnuť iným cieľom ako dôsledným využívaním vybraného poistného pre úhradu zdravotnej starostlivosti a z hľadiska proporcionality v užšom zmysle ho možno jednoznačne akceptovať za cenu väčšej regulácie zisku zdravotných poisťovní.

Je vhodné uviesť nosné aspekty rozsudku C-262/18 a C-271/18 P,[[16]](#footnote-16) keďže majú zásadný význam pre definovanie slovenského systému verejného zdravotného poistenia, a tým aj pre otázku regulácie zisku zdravotných poisťovní.

Predmetom konania bola otázka možnej nelegálnej štátnej pomoci zo strany štátu pre verejnú zdravotnú poisťovňu. V tejto súvislosti sa posudzoval komplexný charakter systému zdravotného poistenia na Slovensku, a to najmä z pohľadu jeho účelu a fungovania. Zadefinovanie základných atribútov systému je potrebné pre zodpovedanie otázky, či v ňom prevláda sociálny a solidárny charakter alebo naopak prevažujú trhové princípy. V prípade, že prevažujú trhové princípy, mohli by byť zdravotné poisťovne definované ako podnik (ang. „*undertaking*“) v zmysle európskeho súťažného práva. Súdny dvor Európskej únie k tomu uviedol: „*Na posúdenie, či činnosť vykonávaná v rámci systému sociálneho zabezpečenia nemá hospodársku povahu, uskutočňuje celkové posúdenie predmetného systému a na tieto účely zohľadní nasledujúce skutočnosti, a to sledovanie sociálneho cieľa týmto systémom, ním uplatňovanú zásadu solidarity, neexistenciu zámeru dosiahnuť vykonávanou činnosťou zisk a štátny dohľad nad ním*.“[[17]](#footnote-17)

Analýza možnosti tvorby zisku predstavuje imanentnú časť rozsudku, avšak sama o sebe nedokáže determinovať charakter systému zdravotného poistenia ako takého. Súdny dvor sa vyjadroval k širšej škále otázok a možnosť tvorby zisku zdravotnou poisťovňou bola iba jednou z nich. Preto je potrebné vnímať hodnotenie systému Súdnym dvorom ako mozaiku, kde jednotlivé súčasti spolu tvoria jeden celok. Súdny dvor uviedol: „*Pokiaľ ide v prvom rade o možnosť poskytovateľov poistenia spravujúcich slovenský systém povinného zdravotného poistenia usilovať sa o dosiahnutie zisku, treba uviesť, že skutočnosť, podľa ktorej títo poskytovatelia boli podľa slovenskej právnej úpravy účinnej od 1. januára 2005 povinní pretransformovať sa na akciové spoločnosti v rámci súkromného práva zamerané na dosahovanie zisku, neumožňuje kvalifikovať ich ako ‛podniky’ z hľadiska práva hospodárskej súťaže Únie. Podľa judikatúry uvedenej v bode 28 tohto rozsudku takáto kvalifikácia totiž nezávisí od právneho postavenia dotknutého subjektu,* ***ale od všetkých faktorov charakterizujúcich jeho činnosť****. Navyše, ako vyplýva z bodu 64 napadnutého rozsudku, hoci prípadné zisky, ktoré títo poskytovatelia dosiahnu,* ***môžu byť použité a rozdelené, musí to byť v súlade s požiadavkami na zabezpečenie udržateľnosti systému a dosahovanie sociálnych a solidárnych cieľov, na ktorých je systém založený****. Zdá sa teda, že* ***možnosť usilovať sa o zisk a dosahovať ho je značne obmedzená zákonom*** *a na rozdiel od úvah Všeobecného súdu rozvinutých v bodoch 63 a 64 napadnutého rozsudku ju nemožno považovať za okolnosť, ktorá by mohla vyvrátiť sociálny a solidárny charakter vyplývajúci zo samotnej povahy dotknutých činností.*”[[18]](#footnote-18)

Z vyššie uvedenej citácie Súdneho dvora je jednoznačne možné odvodiť, že tvorba zisku ako taká je na jednej strane povolená, no na druhej strane podlieha silnej regulácii v záujme zabezpečenia udržateľnosti systému pre dosahovanie jeho sociálnych a solidárnych cieľov. Medzi tieto ciele je bezpochyby možné zaradiť zlepšenie poskytovania zdravotnej starostlivosti pre pacienta. V tejto súvislosti je potrebné uviesť, že Fond kvality zdravia má slúžiť na presne vymedzený účel, a to úhradu konkrétne určenej ďalšej zdravotnej starostlivosti. V tomto smere sú podstatné nasledujúce závery Súdneho dvora: „*Okrem toho a predovšetkým z odôvodnenia 94 sporného rozhodnutia vyplýva, že* ***možnosť poskytovateľov poistenia usilovať sa o zisk, používať ho a rozdeľovať ho je značne obmedzená zákonom, účelom týchto zákonných povinností je zabezpečiť životaschopnosť a kontinuitu povinného zdravotného poistenia.*** *V tom istom duchu požiadavka kladená na poskytovateľov poistenia pôsobiacich v slovenskom systéme povinného zdravotného poistenia mať právnu formu akciovej spoločnosti v rámci súkromného práva zameranej na dosahovanie zisku a otvorenosť tohto systému pre poskytovateľov poistenia kontrolovaných súkromnými subjektmi má podľa zistení v odôvodnení 13 tohto rozhodnutia za* ***cieľ posilniť efektívne využívanie dostupných prostriedkov a kvalitu zdravotnej starostlivosti****.*“[[19]](#footnote-19)

Súdny dvor sa síce explicitne nevyjadroval k otázke regulácie zisku zdravotných poisťovní, no pri analýze systému determinoval mantinely a určil základné vlastnosti, ktoré charakterizujú systém ako taký. **Z pohľadu Súdneho dvora je primárnou zložkou systému napĺňanie cieľa, t. j. poskytnutie lepšej zdravotnej starostlivosti, a preto prípadné obmedzenie možnosti tvorby zisku je nutné vnímať v tomto kontexte.** **Vytvorenie Fondu kvality zdravia neznamená, že zisk ako taký je zakázaný ani že je zastropovaná jeho výška v absolútnom vyjadrení.** Zdravotná poisťovňa si môže v zmysle navrhovanej legislatívy vyplatiť zisk. Je však potrebné, aby predtým splnila všetky zákonom stanovené podmienky, ktoré sa postupom času môžu aj meniť a dopĺňať. Takto nastavený systém môže byť, tak ako každá legislatívna úprava, predmetom diskusie z hľadiska jeho možných vylepšení, resp. úvahy či zákonodarca nemá k dispozícii jednoduchšiu formu zákonnej úpravy, avšak jeho podstata ani technické nastavenie nenaráža na limity nastavené ústavou, ústavnými zákonmi alebo právom Európskej únie.[[20]](#footnote-20)

V tejto súvislosti treba dať do pozornosti aj rozhodnutie Všeobecného súdu vo veci Dôvera (voči ktorému prebehlo odvolanie a následne rozhodol Veľký senát v prípade C-262/18 a C-271/18 P). Súdny dvor zrušil toto rozhodnutie Všeobecného súdu, ktorý v ňom nesprávne posúdil systém ako taký. Napriek tomu, pre posilnenie argumentácie v prospech ústavnosti, resp. konformity s právom Európskej únie, je možné uviesť, že už aj samotný Všeobecný súd zdôraznil, že „***možnosť využívať a rozdeľovať zisky je regulovaná prísnejšie ako v bežných obchodných odvetviach, keďže táto právomoc je v tomto prípade podmienená splnením požiadaviek, ktorých cieľom je zabezpečiť kontinuitu systému a dosiahnutie sociálnych a solidárnych cieľov, o ktoré sa opiera***.“[[21]](#footnote-21)

Na záver možno ešte citovať zo stanoviska Generálneho advokáta Pikamäe, ktorý poukázal na systém verejného vzdelávania, v ktorom skutočnosť, že niektoré subjekty poskytujúce toho vzdelávanie sú súkromné (teda vykonávajú túto činnosť za účelom dosiahnutia zisku), nemá vplyv na nehospodársky charakter tejto činnosti.[[22]](#footnote-22)

**Vzhľadom na vyššie uvedené je možné zhrnúť, že Súdny dvor svojím rozhodnutím jasne potvrdil, že tvorba zisku zdravotných poisťovní je veľmi obmedzená (aj keď stále možná) a táto tvorba je silne limitovaná, keďže primárnym cieľom systému je zabezpečenie lepšej zdravotnej starostlivosti, nie tvorby zisku.**

Pokiaľ ide o možné porušenie legitímneho očakávania súkromných akcionárov zdravotných poisťovní v tejto súvislosti je nutné uviesť, že v rozhodnutí PL. ÚS 3/09 Ústavný súd posudzoval tzv. absolútny zákaz zisku, t. j. nemožnosť tvorby zisku za žiadnych okolností. Takúto právnu úpravu označil súd za protiústavnú. **Z rozhodnutia Ústavného súdu však nie je možné ani len nepriamo determinovať záver, že prijatie akejkoľvek právnej úpravy, ktorá sa dotýka tvorby a regulácie zisku, je porušenie legitímnych očakávaní s ústavnou intenzitou. Naopak, z rozhodnutia vyplýva, že ďalšia regulácia zisku je možná, ale musí byť zrejmé, za akým účelom sa k nej pristupuje a musí mať svoj konkrétny prínos v podobe zlepšenia zdravotnej starostlivosti.** V prípade, že by sme prijali prezumpciu, že zákonodarca nemôže prijímať žiadnu reguláciu, ktorá sa dotkne distribúcie prostriedkov vybraných z verejného zdravotného postenia, išli by sme do príkreho rozporu so samotným zmyslom existencie verejného zdravotného poistenia. Bol by to tiež rozpor s právom zákonodarcu na tvorbu legislatívy a aj s medzinárodným investičným právom, ktoré explicitne zakotvuje tzv. „*right to regulate*“. **V prípade predkladanej legislatívy ide o súbor opatrení, ktoré sú prijímané proporčne a sledujú legitímny cieľ v podobe zlepšenia poskytovania zdravotnej starostlivosti.**[[23]](#footnote-23) Nie každý zásah do legitímnych očakávaní automaticky dosiahne ústavnú intenzitu.

Ústavný súd v rozhodnutí PL. ÚS 12/05 z 12. mája 2005 uviedol na ochranu legitímnych očakávaní[[24]](#footnote-24) nasledovné: „*...ústavný súd zdôrazňuje, že v súlade s tendenciami príznačnými pre modernú európsku konštitucionalistiku podlieha z hľadiska princípu právnej istoty ochrane aj tzv. legitímne očakávanie (legitimate expectation, der Ver­trauenschutz),* ***ktoré je užšou kategóriou ako právna istota****. Štát, aj keď nekoná retroak­tívne alebo nezasiahne do nadobudnutých práv, môže vertikálnym mocenským zásahom, napríklad náhlou, resp. neočakávanou zmenou pravidiel, na ktoré sa adresáti právnych noriem spoliehali, porušiť princíp právneho štátu. Ide o jeden z množstva konkrétnych výrazov princípu materiálneho právneho štátu, v ktorom sú všetci nositelia verejnej moci vrátane parlamentu podriadení ústave a jej princípom...*“

V rozhodnutí I. ÚS 361/2018 z 10. októbra 2018 Ústavný súd uviedol: „*Nad rámec uvedeného ústavný súd dopĺňa, že nemožno rozporovať skutočnosť, že v dôsledku zmeny právnej úpravy, ktorá vniesla do existujúcich právnych vzťahov nový mechanizmus nepravou retroaktivitou, došlo k narušeniu legitímnych očakávaní sťažovateľky vo vzťahu k výške odmeny. Ústavný súd dáva za pravdu sťažovateľke aj v tom smere, že nepravá retroaktivita nemôže byť paušálna, svojvoľná, ale vždy je nevyhnutné proporčne sledovať zamýšľaný cieľ v kontraste s rozsahom zavádzaných zmien.*“ Z vyššie citovanej judikatúry ústavného súdu je možné vyvodiť, že nie každá (akákoľvek) zmena zákona znamená automaticky porušenie tzv. legitímnych očakávaní. Ústavný súd vyhodnocuje intenzitu zásahu a sledovaný cieľ a preto **nie je možné akceptovať, že prijatie akejkoľvek právnej úpravy, ktoré v konečnom dôsledku môže mať vplyv na vyplatenie zisku akcionárom, je automaticky narušenie ich legitímnych očakávaní**.

**K bodu 15 (§ 7 ods. 9 písm. e))**

Navrhuje sa rozšíriť ustanovenie o možnosť využívať klasifikačný systém aj na úhradu jednodňovej ústavnej starostlivosti.

**K bodu 16 (§ 8aa ods. 2 písm. l))**

Legislatívno-technická úprava súvisiaca s možnosťou úradu určiť aj ďalšie náležitosti zúčtovacej dávky, s ohľadom na jednotlivé typy vykazovanej zdravotnej starostlivosti.

**K bodu 17 (§ 8aa ods. 4)**

Zdravotné poisťovne a poskytovatelia zdravotnej starostlivosti pri finančnom zúčtovaní volia spôsob dohodnutý v zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a postupujú podľa zrušených metodických usmernení úradu pre dohľad, ktoré úrad do 31. decembra 2020 vydával na základe § 8 ods. 1 a § 20 ods. 2 písm. k) zákona č. 581/2004 Z. z.. Z toho dôvodu sa navrhuje znovu-zaviesť kompetencia a zároveň aj povinnosť úradu vydávať metodické usmernenia pri zúčtovacích dávkach.

**K bodu 18 (§ 8a)**

Operačné stredisko záchrannej zdravotnej služby Slovenskej republiky (OS ZZS SR) je financované podľa § 8a zákona č. 581/2004 Z. z. sumou, ktorá zodpovedá 0,35 % z celkovej sumy ročného prerozdeľovania poistného. Posledná novelizácia výšky príspevku prebehla v roku 2009. Stav je teda nemenný za posledných 12 rokov, čo absolútne nezodpovedá ako požiadavkám kladeným na samotnú prevádzku OS ZZS SR, tak ani vývoju platov, základnej valorizácii a všeobecnému stavu na trhu práce. Dôležitým faktom v tejto oblasti je istá nenahraditeľnosť pracovníkov Linky tiesňového volania (LTV) na ktorých sú kladené špecifické personálne a vedomostné predpoklady. Zohnať na pracovnom trhu vhodného kandidáta je čím ďalej ťažšie a zamestnanci opúšťajú OS ZZS SR vzhľadom k neatraktívnemu finančnému ohodnoteniu v porovnaní s inými príležitosťami alebo pre výkon práce v zahraničí.

Keďže personálne náklady, ktoré sú už teraz nedostatočné, tvoria majoritu výdavkov OS ZZS SR aj v tomto čase kedy je OS ZZS SR personálne poddimenzované, je nevyhnutné situáciu riešiť úpravou podielového percenta ktorým je OS financované tak, aby bol v najbližších rokoch dosiahnutý aspoň vyrovnaný rozpočet hospodárenia OS.

Do roku 2018 hospodárilo OS ZZS SR s prebytkom a teda príspevok postačoval na pokrytie nákladov spojených s prevádzkou. V roku 2018 sa výrazne zvýšili náklady na tovar a služby zakúpením nového dispečerského informačného systému (DIS). Náklady na DIS tvoria väčšinu nákladov na tovar a služby (cca 2,5 mil. EUR) a tvoria jednu z hlavných položiek, ktoré nie sú kryté štandardným príspevkom.

Nárast je možné vidieť aj v personálnych nákladoch (valorizácia platov vo verejnej správe a zmeny vo odmeňovaní zamestnancov od roku 2019 nastavené v roku 2018). Nominálna výška príspevku medziročne rástla v priemere o 5 % avšak náklady spojené s prevádzkou OS ZZS rástli ročne v priemere o 8 % percent. Rok 2020 bol z pohľadu mzdových nákladov poznačený veľkým množstvom nadčasov pre prebiehajúcu pandémiu. Pre najbližšie obdobie sa predpokladá kontinuálny nárast mzdových nákladov z dôvodu plošného navyšovania miezd vo verejnej správe.

Pre zabezpečenie prevádzky je každoročne nutné uzavrieť dodatok ku kontraktu medzi MZ SR a OS ZZS SR, z kapitálových zdrojov MZ SR. Táto situácia neumožňuje plánovanie rozvoja a investícii nakoľko ročný príspevok nepokrýva ani prevádzkové náklady, čím hrozí okrem iného ďalší odliv zamestnancov a ohrozenie samotnej prevádzky OS ZZS SR.

|  |
| --- |
| *Detailná analýza vývoja nákladov* |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **v tis. EUR** | **2018** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** | | **MZDY A ODVODY** | 13 153 | 15 329 | 16 221 | 15 950 | 17 066 | 18 261 | 19 539 | 20 907 | | **DOPLATOK (19-21)** | - | - | - | 2 224 | - | - | - | - | | **DIS** | 1 451 | 1 759 | 2 393 | 2 142 | 2 064 | 2 256 | 2 267 | 2 399 | | **NÁJOM + ENERGIE** | 497 | 493 | 493 | 475 | 550 | 625 | 699 | 774 | | **eZZS** | - | - | - | - | - | 300 | 300 | 300 | | **OSTATNÉ TOVARY A SLUŽBY** | 1 223 | 1 260 | 1 205 | 987 | 1 343 | 1 206 | 1 275 | 1 385 | | **NÁKLADY SPOLU** | 16 323 | 18 840 | 20 312 | 21 777 | 21 023 | 22 647 | 24 081 | 25 765 | | **SUMA Z PREROZDELENIA** | 4 491 058 | 4 608 494 | 4 878 417 | 5 162 510 | 5 216 315 | 5 320 641 | 5 427 054 | 5 535 595 | | **PRÍSPEVOK** | 15 719 | 16 130 | 17 074 | 18 069 | 18 257 | 18 622 | 18 995 | 19 375 | | **ROZDIEL** | **-0,60** | **-2,71** | **-3,24** | **-3,71** | **-2,77** | **-4,03** | **-5,09** | **-6,39** | | **OPTIMÁNE PERCENTO PRÍSPEVKU** | **0,36%** | **0,41%** | **0,42%** | **0,42%** | **0,40%** | **0,43%** | **0,44%** | **0,47%** | |

Skokový nárast nákladov na mzdy v roku 2022 je spôsobené opravou chybného ohodnocovania operátorov linky tiesňového volania 155. Zároveň sa jednorazovo v roku 2021 spätne doplatili rozdiely za roky 2019 až 2021. V nákladoch na nájom a energie sa očakáva nárast nákladov z dôvodu plošného zvyšovania cien energií. Od 2023 sa počíta s prevádzkovými nákladmi na elektronický záznam pacienta (projekt eZZS).

Z toho dôvodu sa navrhuje zvýšenie alokačného príspevku zo súčasných 0,35 % na 0,45 % bez ktorého nebude možné pokryť náklady spojené s prevádzkou OS ZZS SR na roky 2023 – 2025.

**K bodu 19 (§ 8b)**

Navrhuj sa legislatívna úprava, ktorou sa zabezpečí zvýšenie príspevku na správu a rozvoj národného zdravotníckeho informačného systému z 0,41 % na 0,55 %. Predpokladaný odhad vplyvu na Rozpočet verejného zdravotného poistenia je uvedený v tabuľke:

Výška príspevku na správu a rozvoj národného zdravotníckeho informačného systému nebola navýšená od 1. mája 2015. Odvtedy Národnému centru zdravotníckych informácií v rámci noviel zákona č. 153/2013 Z. z. o národnom zdravotníckom informačnom systéme, iných noviel zákonov a projektov pribudlo množstvo povinností a kompetencií avšak bez navýšenia a krytia nákladov na prevádzku Národného zdravotníckeho informačného systému (ďalej len „NZIS“).

Napríklad

* vznikol Národný register asistovanej reprodukcie (zákon č. 41/2017 Z. z.), Národný register organizácií zaobchádzajúcich s liekmi (zákon č. 41/2017 Z. z.), ktorý sa následne zmenil na Národný register organizácií s osobitnými úlohami v zdravotníctve,
* rozšíril sa rozsah subjektov, ktorým sa sprístupňujú údaje z Elektronickej knižky občana,
* zvyšuje sa množstvo spravodajských jednotiek, ktoré nahlasujú údaje do Národného registra zdravotníckych pracovníkov (zákon č. 351/2017 Z. z.),
* zabezpečenie kontrolovaného prístupu do priestorov ePZP, v ktorých sa vytvárajú elektronické preukazy zdravotníckych pracovníkov (zákon 69/2018 Z. z.) a zvýšenie fyzickej bezpečnosti na pracoviskách Zvolen a Dunajská,
* vytvorenie rezortného dohľadového centra pre sektor zdravotníctva (zákon č. 95/2019 Z. z. a zákon č. 69/2018 Z. z.),
* zabezpečenie kontinuálnej a udržateľnej prevádzky nutnou obnovou, aktualizáciou, upgrade-om komponentov prostredia NZIS (zákon č. 95/2019 Z. z. a zákon č. 69/2018 Z. z.),
* vznikol Národný skríningový register (zákon č. 392/2020 Z. z.),
* rozšíril sa Národný register zdravotníckych pracovníkov o údaje z Centrálneho registra zdravotníckych pracovníkov o ďalšom vzdelávaní (zákon č. 252/2021 Z. z.),
* zriadenie a udržiavanie krízového riadenia, ako napríklad za posledné cca 2 roky
* zabezpečenie prístupov vo vzťahu k záznamom o očkovaní, v súvislosti s pandémiou COVID-19, (zákon č. 125/2020 Z. z.),
* poskytovanie súčinnosti orgánom štátnej správy na úseku verejného zdravotníctva a kompletné zabezpečenie systémov a informovanie osôb v súvislosti so zamedzením šírenia COVID-19 (zákon č. 286/2020 Z. z.),
* vydávanie a sprístupňovanie digitálnych COVID preukaz EÚ (252/2021 Z. z.).

Ďalej ako dôvody požiadavky je možné uviesť **plnenie plánovaných projektov**, ktoré súvisia so správou a rozvojom NZIS, a to:

* správa NZIS pri vystavovaní dočasnej pracovnej neschopnosti v elektronickej podobe,
* správa NZIS v rámci automatického prideľovania rodných čísiel narodeným deťom, deťom odloženým v hniezde záchrany a deťom narodených pri utajenom pôrode,
* správa NZIS pri automatickej výmene údajov súvisiacich s posudzovaním nároku na príspevok pri narodení jedného alebo viacerých detí,
* správa NZIS pri efektívnom používaní služieb ESO1 zo strany poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na celom území Slovenskej republiky (projekt ESO1 – D),
* vývoj online procesov eZdravia (napr. online tok údajov v elektronickej knižke občana o dohodách o poskytovaní všeobecnej zdravotnej starostlivosti a o poskytovaní špecializovanej gynekologickej zdravotnej starostlivosti),
* rozšírenie portfólia služieb a inovácia služieb elektronického zdravotníctva,
* zabezpečenie činnosti súvisiacich s LOINC štandardom,
* informatizácia služieb zdravotníctva v oblasti tvorby centrálneho systému "OnkoAsist" s využitím existujúcich integračných štandardov vrátane sprostredkovania jednotného detailného prehľadu údajov o onkologickom pacientovi pre lekára alebo nádorovú komisiu,
* vytvorenie a realizácia „Komunitného zdravotníckeho cloudu“,
* vytvorenie a prepojenie hlavných webových sídiel \_ WEB.nczi,
* vytvorenie a správa NZIS pri riešení projektu elektronického objednávania pacientov na vyšetrenie,
* vytvorenie a správa NZIS pri riešení projektu elektronizácie laboratórnych žiadaniek, resp. zdravotnej dokumentácie v rámci kompletnej laboratórnej diagnostiky.

**K bodu 20 (§ 8d)**

Zdravotná poisťovňa uzatvára s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zmluva“), v ktorej je stanovený istý postup zdravotnej poisťovne pri revíznej činnosti. Niektoré z pravidiel revíznej činnosti sú uvedené v zmluvách pričom časti pravidiel môžu byť zverejňované na webových stránkach zdravotných poisťovní.

Revízne pravidlá ako celok nie sú jednotné, a to v zmysle, že každá zdravotná poisťovňa má v súčasnosti vytvorené svoje vlastné pravidlá revíznej činnosti. Zdravotná poisťovňa môže pravidlá meniť za predpokladu, že sú v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi (napríklad s Katalógom zdravotných výkonov[[25]](#footnote-25)). Neexistuje však zákonná povinnosť zverejňovať tieto pravidlá, a ani informovať poskytovateľov zdravotnej starostlivosti o ich zmene. Z aplikačnej praxe a stanovísk poskytovateľov jednoznačne vyplýva záver, že poskytovatelia zdravotnej starostlivosti nemajú úplný prístup k revíznym pravidlám, a ak ho majú, častokrát nie sú pre nich pravidlá prehľadné.

Zdravotné poisťovne informujú a usmerňujú poskytovateľov zdravotnej starostlivosti o nesprávnosti vykázanej zdravotnej starostlivosti prostredníctvom tzv. protokolov.[[26]](#footnote-26) Tie sú však zasielané až po vykázaní poskytnutého zdravotného výkonu. Vo všeobecnosti platí, že zdravotné poisťovne pri vykazovaní zdravotnej starostlivosti požadujú správne, pravdivé a úplne údaje. Ak však poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nepozná všetky pravidlá revíznej činnosti, *de facto* je vystavený tomu, ževykáže zdravotné výkony nesprávne alebo neúplne. Je teda otázne do akej miery je správne a férové, že poskytovateľ zdravotnej starostlivosti má plniť podmienky vykazovania, s ktorými reálne nebol oboznámený.

Ak sa počas trvania zmluvného vzťahu zmenia pravidlá vykazovania obsiahnuté v zmluve, zdravotná poisťovňa môže navrhnúť zmeny prostredníctvom dodatku k zmluve. Pokiaľ však má zdravotná poisťovňa k niektorým zdravotným výkonom uvedenú priamo v zmluve odvolávku na svoju webovú stránku, vzniká riziko, že poskytovateľ zmenu pravidiel revíznej činnosti ani nezaregistruje. Z toho dôvodu sa navrhuje aby zdravotná poisťovňa poskytovateľa upozornila na významné zmeny (t. j. také, ktoré majú vplyv na uznanie a následnú úhradu zdravotného výkonu). Odsek 2 umožňuje zdravotnej poisťovni, aby si vybrala spôsob oznámenia zmeny – napríklad zverejnením na webovom sídle alebo v elektronickej pobočke, alebo písomným oznámením zaslaným poskytovateľovi. Písomným oznámením je oznámenie zaslané v elektronickej alebo listinnej forme.

V praxi tak nastáva problém, kedy sú poskytovatelia zbytočne administratívne zaťažovaní pri vykazovaní zdravotných výkonov, ktoré im následne nemusia byť uznané a uhradené zo strany zdravotnej poisťovne. Navyše, v súčasnosti nie je možné vylúčiť, že revízni pracovníci v rámci rovnakej zdravotnej poisťovne postupujú pri revíznej činnosti rôzne, nakoľko si vykladajú revízne pravidlá tej-ktorej zdravotnej poisťovne odlišne. Okrem administratívnej záťaže tak vzniká aj neistota či bude ten-ktorý výkon uhradený. Ak by však všetky pravidlá revíznej činnosti boli transparentne zverejnené, resp. by k nim mali poskytovatelia prístup, je možné očakávať, že administratívna záťaž v tejto súvislosti by bola podstatne nižšia a poskytovateľ by mal zároveň vyššiu mieru istoty vo vzťahu k uznaniu vykázaného zdravotného výkonu.

Druhým dôvodom na zavedenie povinnosti zverejňovať pravidlá revíznej činnosti je zefektívnenie výkonu dohľadu nad nákupom zdravotnej starostlivosti zo strany Úradu pre dohľad. Z informácii poskytnutých úradom vyplýva, že v rámci viacerých dohľadov, ktoré úrad v uplynulom období realizoval na podnety poskytovateľov bolo zistené, že zdravotná poisťovňa v rámci revízie zdravotných výkonov nepristupuje ku všetkým poskytovateľov jednotne – jednému poskytovateľovi za zdravotný výkon uhradí a druhému poskytovateľovi tej istej odbornosti, ktorý vykázal ten istý výkon s tou istou diagnózou výkon zamietne. Táto situácia nastáva aj prípade, že majú obaja poskytovatelia so zdravotnou poisťovňou uzatvorené obsahovo identické zmluvy.

Komplexné revízne pravidlá naviac nie sú uvedené v zmluvách, ani v iných zverejnených dokumentoch zdravotnej poisťovne a z uvedeného dôvodu poskytovatelia nemajú právnu istotu aký rozsah zdravotných výkonov a v akých kombináciách im daná zdravotná poisťovňa uhradí. Vzhľadom na nejednotný prístup revíznych pracovníkov ku kontrole vykázaných zdravotných výkonov aj v rámci jednej zdravotnej poisťovne je z dôvodu väčšej právnej istoty pre poskytovateľov a pacientov nevyhnutné, aby boli zo strany zdravotnej poisťovne transparentne zverejnené všetky pravidlá uznávania a uhrádzania vykázaných zdravotných výkonov uplatňovaných pri revíznej činnosti, t. j. kritériá, na základe ktorých zdravotná poisťovňa rozhodne o úhrade z verejného zdravotného poistenia.

Nejednotný prístup pri revíziách v rámci jednej a tej istej zdravotnej poisťovne dostáva do nevýhodného postavenia nielen poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ale aj pacientov daných poskytovateľov, keďže rôznymi revíznymi prístupmi je jednej skupine poistencov u jednej skupiny poskytovateľov výkon dostupný (zo strany zdravotnej poisťovne akceptovaný a uhrádzaný), ale druhej skupine poistencov, ktorí majú tú istú diagnózu, avšak navštevujú iného poskytovateľa v tej istej odbornosti tento výkon dostupný nie je (nakoľko ho zdravotná poisťovňa danému poskytovateľovi neuznáva, pričom však zmluvné podmienky majú obidve skupiny poskytovateľov z hľadiska rozsahu v zmluve uvedených výkonov identické).

Predkladateľ má za to, že súčasný stav nie je z medicínskeho ani z právneho hľadiska prijateľný, a preto je nevyhnutné, aby mali zdravotné poisťovne zákonom stanovenú povinnosť uverejniť na svojom webovom sídle všetky pravidlá uznávania a uhrádzania vykázaných zdravotných výkonov uplatňované pri kontrolnej činnosti.

**K bodu 21 (§ 10 ods. 4)**

Navrhuje sa doplniť povinnosť audítora poskytnúť úradu pre dohľad všetky dokumenty týkajúce sa skutočností, ktoré audítor oznamuje úradu podľa § 10 ods. 3 vrátane podkladov týkajúcich sa kľúčových záležitostí auditu. Za kľúčové záležitosti auditu sú považované najmä skutočnosti, ktoré môžu mať vplyv na riadne vykonávanie verejného zdravotného poistenia, a ktoré sú uvádzané v správe audítora a následne aj v Správe o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia. Môže ísť napríklad o ocenenie záväzkov zo zdravotného poistenia, odhady výnosov a záväzkov vyplývajúcich z verejného zdravotného poistenia, opravné položky k pohľadávkam, neistoty pri oceňovaní rezerv na zdravotné poistenie, a pod.

**K bodu 22 (§ 11 ods. 1 písm. b))**

Informácie z plánu činnosti sú obsiahnuté aj v obchodno-finančnom pláne, t. j. z dôvodu duplicity sa navrhuje túto povinnosť vypustiť a zachovať povinnosť vytvárať obchodno-finančný plán. Vynakladanie finančných prostriedkov je účelne, efektívne a hospodárne na základe obchodno-finančného plánu, ktorý má byť schválený čím skôr, t. j. aj čím skôr predložený.

**K bodu 23 (§ 13 ods. 3):**

Dopĺňa sa povinnosť zdravotnej poisťovne informovať úrad pre dohľad o zániku výkonu funkcie osoby, vo vzťahu ku ktorej bol úradom vydaný predchádzajúci súhlas podľa § 13 ods. 1 písm. c), nakoľko po tom ako úrad vydá prechádzajúci súhlas a je mu zaslané písomné oznámenie, že osoba, vo vzťahu ku ktorej bol predchádzajúci súhlas vydaný, bola ustanovená do funkcie, úrad už ďalej nemá prehľad o tom, či daná osoba ďalej túto funkciu vykonáva, alebo či bola z tejto funkcie odvolaná a pod. (najmä v prípade funkcií, ktoré nie sú zapísané v obchodnom registri). Je žiaduce, aby mal úrad prehľad o tom, či osoba, vo vzťahu ku ktorej vydal predchádzajúci súhlas, ešte túto funkciu vykonáva, alebo z nej bola odvolaná, resp. jej funkcia zanikla.

**K bodu 24 (§ 13 ods. 5 až 9)**

V súčasnej právnej úprave absentujú ustanovenia upravujúce následky nezaslania čestného vyhlásenia podľa § 4 ods. 4 úradu osobou ustanovenou do riadiacich a kontrolných orgánov zdravotnej poisťovne, ako aj následky poskytnutia nepravdivého čestného vyhlásenia zo strany týchto osôb. Ak sa preukáže, že osoba ustanovená do riadiacich a kontrolných orgánov zdravotnej poisťovne zaslala úradu nepravdivé čestné vyhlásenie o neexistencii konfliktu záujmov, alebo čestné vyhlásenie úradu nezaslala vôbec, hoci jej v tom nebránila žiadna objektívna prekážka (napr. vážny zdravotný stav) úrad bude môcť bezodkladne začať konanie o odňatí predchádzajúceho súhlasu vydaného vo vzťahu k tejto osobe. V prípade, že konflikt záujmov bude následne preukázaný, úrad bude mať právomoc odňať predchádzajúci súhlas vydaný vo vzťahu k tejto osobe. Obdobný proces odňatia predchádzajúceho súhlasu bude použitý aj vo vzťahu k osobe, na strane ktorej došlo k vzniku konfliktu záujmov počas výkonu funkcie člena riadiacich alebo kontrolných orgánov zdravotnej poisťovne.

Nakoľko úrad pri konaní o odňatí predchádzajúceho súhlasu vystupuje v pozícii správneho orgánu, na konanie sa bude uplatňovať Správny poriadok, pokiaľ osobitný zákon neustanovuje inak.

**K bodu 25 (§ 15 ods. 1 písm. t))**

V súvislosti s úpravou pravidiel tvorby zisku zdravotnej poisťovne v § 6aa už nebude zákonom stanovená výška výdavkov na prevádzkové činnosti zdravotnej poisťovne, preto sa povinnosť zdravotnej poisťovne dodržiavať ustanovenú výšku výdavkov na prevádzkové činnosti nahrádza povinnosťou použiť predpísané poistné na náklady na zdravotnú starostlivosť najmenej v určenom rozsahu.

**K bodu 26 (§ 15 ods. 1 písm. an))**

Vzhľadom na navrhovanú úpravu súvisiacu s kritériami kvality sa zavádza povinnosť zdravotným poisťovniam oznamovať úradu podklady, na základe ktorých úrad pre dohľad bude kritéria kvality vyhodnocovať. Medzi podklady budú patriť údaje, na základe ktorých bude úrad rozhodovať. Môže ísť napríklad o zoznam zazmluvnených poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v rámci verejnej minimálnej siete alebo siete kategorizovaných nemocníc, údaje z hlavnej knihy o sume v rezervnom fonde, a pod.

**K bodu 27 (§ 15 ods. 8)**

Navrhujeme upraviť podmienky zostavenia programového rozpočtu tak, aby sa

* zvýšila predvídateľnosť vynakladania zdrojov verejného zdravotného poistenia, a
* zaviedol mechanizmus umožňujúci v praxi vykonať ustanovenia zákona č. 363/2011 Z. z. stanovujúce strop prostriedkov, ktoré môže zdravotná poisťovňa vynaložiť na tzv. výnimkové lieky.

Stanovenie minimálnej celkovej sumy výdavkov je potrebné pre zabezpečenie prenosu príjmov zdravotných poisťovní do zmluvnej praxe a zabezpečenie zvýšenej predvídateľnosti príjmov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Minimálna celková suma výdavkov zodpovedá celkovej sume výdavkov uvedenej v rozpočte verejnej správy („Výdavky VZP celkom“). Stanovenie sumy v eurách pre jednotlivé zdravotné poisťovne je nevyhnutné pre zabezpečenie vykonateľnosti zavedenie stropu výdavkov zdravotnej poisťovne na výnimkové lieky v zmysle § 88 ods. 18 a § 98h ods. 6 zákona č. 363/2011 Z. z. v znení novely č. 266/2022 Z. z. Bez uvedenia celkovej sumy zdravotná poisťovňa nedokáže vypočítať strop na výnimkové lieky prepočtom z celkovej výšky výdavkov na lieky, ktorú uvádza rozpočet verejnej správy. Zo zámeru zákonodarcu v zákone č. 363/2011 Z. z. je zrejmé, že strop na výnimkové lieky nemajú zdravotné poisťovne k dispozícii v sume 3x3,9 % ale len 1x3,9 %.

**K bodom 28 a 29 (§ 15a)**

Legislatívno-technická úprava súvisiaca so zmenami vyplývajúcimi zo zákona č. 358/2021 Z. z. o Národnom inštitúte pre hodnotu a technológie v zdravotníctve. Vzhľadom na skoršie zavedenie legislatívnej skratky sa vypúšťa celý názov inštitútu v názve pod § 15a. Predmetný právny predpis ustanovil zdravotnej poisťovni povinnosť uhrádzať príspevok na činnosť Národného inštitútu pre hodnotu a technológiu v zdravotníctve. Táto zmena však nebola premietnutá do ustanovenia o prevádzkových výdavkov zdravotnej poisťovne. V súčasnosti sa medzi prevádzkové výdavky nezaraďujú aj ostatné príspevky, ktoré zdravotné poisťovne uhrádzajú – príspevok na činnosť Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, na správu a rozvoj národného zdravotníckeho informačného systému a na činnosti operačných stredísk tiesňového volania záchrannej zdravotnej služby. Účelom tejto legislatívnej zmeny je zjednotenie právneho rámca.

**K bodu 30 (§ 16 ods. 1 písm. f))**

Legislatívno-technické doplnenie nadväzujúce na zmeny v koncepte zoznamu poistencov.

**K bodu 31 (§ 16 ods. 2 písm. g)**

V nadväznosti na zmeny v § 40 a § 42 zákona č. 540/2021 Z. z. v súvislosti s tvorbou zoznamov čakajúcich poistencov sa tieto premietajú aj do účtu poistenca.

**K bodu 32 (§ 16 ods. 5 písm. h)**

V nadväznosti na zmeny v § 40 a § 42 zákona č. 540/2021 Z. z. v súvislosti s tvorbou zoznamov čakajúcich poistencov sa tieto premietajú aj do odseku na výmenu údajov od zdravotnej poisťovne, ktorá naposledy vykonávala verejné zdravotné poistenie poistenca, ktorá je povinná tieto údaje poskytnúť novej zdravotnej poisťovni.

**K bodu 33 (§ 16 ods. 6)**

Centrálny register poistencov (CRP) v praxi plní nezastupiteľnú úlohu a údaje z neho sú podkladom aj pre výpočet ročného a mesačného prerozdeľovania, je preto potrebné zabezpečiť, aby údaje v ňom evidované boli v každom okamihu správne a čo možno najaktuálnejšie. Základným zdrojom údajov evidovaných v CRP, vrátane osobných údajov, sú zdravotné poisťovne. V súlade so zásadami ochrany osobných údajov sa ustanovuje rozsah a účel poskytovaných údajov, forma a periodicita ich poskytovania. Vo vzťahu k poistencom, ktorým nie je pridelené rodné číslo, je potrebné v centrálnom registri poistencov evidovať bezvýznamové identifikačné číslo. Zároveň sa ustanovuje, že na niektoré údaje sa nebude vzťahovať povinnosť zasielania, pokiaľ nimi zdravotná poisťovňa nedisponuje.

**K bodu 34 (§ 18 ods. 1 písm. a) 7. bod))**

V konaniach o vydaní predmetných rozhodnutí vystupuje úrad pre dohľad voči zdravotným poisťovniam z pozície orgánu verejnej moci. V rámci tohto procesu je úrad viazaný zákonom č. 305/2013 Z. z. a tieto rozhodnutia vyhotovuje vo forme pôvodného elektronického dokumentu, ktorý následne zasiela zdravotným poisťovniam do ich elektronickej schránky, ktorá im bola zriadená v zmysle zákona č. 305/2013 Z. z. Vzhľadom na uvedené zasiela úrad aj ministerstvu zdravotníctva tieto rozhodnutia do elektronickej schránky ako pôvodný elektronický dokument, nie ako jeho kópiu. Vzhľadom na uvedené sa upravuje znenie tak, aby zodpovedalo aplikačnej praxi, nakoľko jeho súčasné znenie je už vzhľadom na elektronizáciu verejnej správy prekonané.

**K bodu 35 (§ 18 ods. 1 písm. a) 10. bod))**

Dopĺňa sa pôsobnosť úradu pre dohľad pri vykonávaní dohľadu nad verejným zdravotným poistením v oblasti sledovania a vyhodnocovania údajov obsiahnutých vo výkazoch, hláseniach a správach, ktoré sú zdravotné poisťovne povinné úradu v rôzne definovaných časových intervaloch predkladať. Úrad pre dohľad na základe takto vykázaných údajov sleduje napr. príjmy, výdavky, hospodárenie a platobnú schopnosť zdravotných poisťovní.

**K bodu 36 (§ 18 ods. 1 písm. c))**

Upravuje sa kompetencia úradu pre dohľad vykonávať dohľad v detenčnom ústave aj nad správnym vedením zdravotnej dokumentácie obdobne ako pri iných výkonoch dohľadu.

**K bodu 37 (§ 18 ods. 1 písm. d))**

Upravuje sa kompetencia úradu pre dohľad vykonávať dohľad v zariadeniach sociálnej pomoci poskytujúcich ošetrovateľskú starostlivosť, ktoré sú vedené v registri zariadení sociálnej pomoci poskytujúcich ošetrovateľskú starostlivosť. Tento register vedie úrad pre dohľad. Zároveň sa rozširuje kompetencia úradu viesť výkon dohľadu aj nad povinnosťou zariadenia požiadať o pridelenie číselného kódu zariadenia sociálnej pomoci poskytujúceho ošetrovateľskú starostlivosť a registrovať sa tak v registri zariadení sociálnej pomoci poskytujúcich ošetrovateľskú starostlivosť.

**K bodu 38 (§ 18 ods. 1 písm. x))**

Nakoľko úrad pre dohľad v súčasnosti vykonáva dohľad nad verejným zdravotným poistením, navrhuje sa ustanoviť povinnosť pre úrad pre dohľad vyhodnocovať aj kritériá kvality.

**K bodu 39 (§ 20 ods. 1 písm. a))**

Navrhuje sa zmeniť súčasné znenie daného ustanovenia nakoľko určovanie spôsobu a formy vykazovania poistného nevykonáva úrad ale ministerstvo. Zároveň sa dopĺňa kompetencia úradu určovať formu a štruktúru zúčtovacej dávky a z toho dôvodu sa navrhuje túto kompetenciu doplniť do daného ustanovenia.

**K bodu 40 (§ 20 ods. 1 písm. e))**

Upravuje sa rozsah centrálneho registra poistencov. Vo vzťahu k poistencom, ktorým nie je pridelené rodné číslo, je potrebné v centrálnom registri poistencov evidovať bezvýznamové identifikačné číslo.

**K bodu 41 (§ 20 ods. 1 písm. e) siedmeho bodu)**

Vzhľadom na úpravou zákona č. 580/2004 Z. z., ktorou došlo k vypusteniu času podania a prijatia prihlášky z náležitostí prihlášky, je potrebné tieto údaje vypustiť aj z registra podaných prihlášok na verejné zdravotné poistenie.

**K bodu 42 (§ 20 ods. 1 písm. s)**

V rámci pripravovanej implementácie systému elektronického výkonu prehliadok mŕtvych tiel a v súlade s požiadavkami zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov sa ustanovuje okruh osôb, ktorým budú poskytované údaje z Listu o prehliadke mŕtveho a štatistické hlásenie o úmrtí.

**K bodu 43 (§ 20 ods. 1 písm. t) a u))**

Úrad pre dohľad podľa § 20 ods. 1 písm. e) body 1, 5 a 8 zákona č. 581/2004 Z. z. vedie centrálny register poistencov, register zdravotníckych pracovníkov a register úmrtí fyzických osôb alebo vyhlásení za mŕtveho, ktoré obsahujú aj osobné údaje dotknutých osôb. Vzhľadom na dlhodobú požiadavku vyplývajúcu z praxe je potrebné zákonom zabezpečiť podmienky elektronického overovania údajov z týchto registrov v súlade s požiadavkami Nariadenia GDPR a zákona č. 18/2018 Z. z., ktorý sa vzťahuje na nakladanie s osobnými údajmi zomrelých osôb. Údaje o poistnom vzťahu poistenca, úmrtí fyzickej osoby a platnom kóde zdravotníckeho pracovníka budú poskytované tretím stranám prostredníctvom informačného systému úradu (portálu na overenie poistných vzťahov, portálu na overenie úmrtia a portálu na overenie kódu) po zadaní rodného čísla poistenca, zomrelej osoby, alebo po zadaní kódu zdravotníckeho pracovníka. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, vrátane poskytovateľov lekárenskej starostlivosti, zariadenia sociálnej pomoci, ako aj zdravotné poisťovne potrebujú overovať príslušnú zdravotnú poisťovňu poistenca, ktorému bola poskytnutá zdravotná starostlivosť. Pre potreby realizácie EESSI je potrebné zabezpečiť overovanie poistných vzťahov Sociálnou poisťovňou a Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny SR. Ostatným fyzickým osobám a právnickým osobám bude po zadaní rodného čísla poistenca poskytnutá len informácia o príslušnej zdravotnej poisťovni a dátume zmeny zdravotnej poisťovne. Jedná sa napríklad o zamestnávateľov, komerčné poisťovne, iné orgány verejnej správy, ktoré pre výkon svojej činnosti potrebujú overovať príslušnosť zdravotnej poisťovne, ako aj samotných poistencov, ktorí si týmto spôsobom môžu overiť, či v ich prípade nedošlo k neoprávnenej zmene zdravotnej poisťovne. Pre potreby poskytovania zdravotnej starostlivosti a vykonávania verejného zdravotného poistenia je potrebné umožniť overovanie úmrtí z registra úmrtí fyzických osôb alebo vyhlásení za mŕtveho a overovanie platného kódu zdravotníckeho pracovníka z registra zdravotníckych pracovníkov, pričom informačný systém úradu umožní určeným subjektom aj hromadné elektronické overovanie týchto údajov.

**K bodu 44 (§ 20 ods. 2 písm. q) a r))**

V súvislosti s úpravou znenia v § 8aa v oblasti finančného zúčtovania sa dopĺňa úradu pre dohľad kompetencia vydávať metodické usmernenia k obsahu a štruktúre zúčtovacích dávok.

**K bodu 45 (§ 20b)**

Nakoľko úrad pre dohľad vykonáva dohľad nad verejným zdravotným poistením, navrhuje sa do jeho právomoci doplniť aj rozhodovanie o plnení kritérií kvality. zároveň sa ustanovujú lehoty.

**K bodu 46 (§ 23 ods. 2)**

V súčasnosti môže zastupovať predsedu úradu, v rozsahu určenom predsedom, len zástupca predsedu úradu alebo riaditeľ pobočky úradu. Za účelom zabezpečenia efektívneho výkonu pôsobnosti úradu sa dopĺňa možnosť predsedu úradu určiť rozsah zastupovania aj iným vedúcim zamestnancom úradu než je riaditeľ pobočky, a to napr. riaditeľom sekcie či odboru na ústredí úradu. Vedúci zamestnanci majú v mnohých prípadoch vecne príslušnejšiu funkciu na zastupovanie, než riaditelia inej pobočky úradu.

**K bodu 47 (§ 23 ods. 4)**

Zákon v súčasnosti nepriznáva predsedovi úradu nárok na odmenu, ani náhradu na pokrytie výdavkov súvisiacich s výkonom funkcie, ako je zaužívané u iných verejných funkcionárov vrátane predsedov regulačných a kontrolných orgánov, napríklad predsedu Úradu na ochranu oznamovateľov protispoločenskej činnosti alebo predsedu Úradu pre reguláciu sieťových odvetví. Z toho dôvodu sa navrhuje, aby predseda úradu mal nárok na pokrytie nevyhnutných výdavkov súvisiacich s vykonávaním funkcie, najviac do výšky 20 % zo mzdy. Navrhovaným sa nezvýši príspevok na činnosť úradu; úrad bude vykrývať vyššie výdavky z existujúcich zdrojov.

**K bodu 48 (§ 25 ods. 1 písm. g)**

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na kompetenciu správnej rady prostredníctvom uznesenia určovať výšku paušálnej náhrady predsedovi.

**K bodu 49 (§ 31 a 32)**

Legislatívno-technická úprava existujúceho § 31 a 32.

*K § 31 odseku 1*

Precizovanie textu a pojmov.

*K odseku 2*

Ak budú splnené zákonné podmienky pre nariadenie ozdravného plánu zdravotnej poisťovne podľa § 51, úrad má zákonnú povinnosť konať, pričom povinnosť úradu konať v tomto prípade nemôže byť podmieňovaná úhradou poplatku zo strany zdravotnej poisťovne. Ak by totiž bolo konanie úradu vo veci ozdravného plánu zdravotnej poisťovne viazané na úhradu poplatku zo strany zdravotnej poisťovne, zdravotná poisťovňa by sa veľmi jednoducho vyhla nariadeniu ozdravného plánu, a to nezaplatením poplatku. Z uvedeného dôvodu je potrebné vyňať neuhradenie poplatku za predloženie ozdravného plánu na schválenie (ods. 1 písm. d) z dôvodov zastavenia konania a na riešenie prípadu neuhradenia poplatku za predloženie ozdravného plánu na schválenie prijať iný právny režim.

*K odseku 3*

Aj v súčasnom znení zákona a vyhlášky nie sú sumy ustanovené percentuálnu sumou. Z toho dôvodu sa navrhuje ponechať určovanie výlučne pevnou sumou.

**K bodu 50 (§ 33 ods. 1)**

Žiadateľom tak, ako je definovaný v úvodnej časti vety § 33 ods. 1 (zakladateľ akciovej spoločnosti) môže byť fyzická, ako aj právnická osoba. Do konfliktu záujmov tak, ako je definovaný v § 4, sa však môže dostať len fyzická osoba, preto je potrebné znenie § 33 ods. 1 písm. l) upraviť tak, ako by zodpovedalo tejto skutočnosti, t. j. treba definovať okruh fyzických osôb žiadateľa (zakladateľa akciovej spoločnosti), vo vzťahu ku ktorým sa bude posudzovať neexistencia konfliktu záujmov.

Návrh sa vzťahuje len na žiadateľa o vydanie povolenia, nie na osoby v kontrolných a riadiacich orgánoch samotnej zdravotnej poisťovne. Prípady, kedy by došlo ku vzniku konfliktu záujmov počas výkonu funkcie osoby v riadiacom alebo kontrolnom orgáne zdravotnej poisťovne sú vyriešené v návrhu týkajúcom sa konania o odňatí predchádzajúceho súhlasu, a teda nie povolenia. Navyše, návrh má odstrániť aktuálnu neaplikovateľnosť ustanovenia § 33 ods. 1 písm. l), ak je žiadateľom právnická osoba. Ak je totiž žiadateľom právnická osoba, nemožno komplexne posúdiť existenciu konfliktu záujmov podľa § 4, nakoľko tento je primárne koncipovaný vo vzťahu k fyzickým osobám (právnická osoba napr. nemôže byť zamestnancom inej zdravotnej poisťovne, nemôže byť členom vlády SR, či Národnej rady SR, nemôže byť štátnym tajomníkom, atď.), ak by teda žiadateľom podľa § 33 ods. 1 bola právnická osoba, posúdenie konfliktu záujmov podľa § 4 by vo väčšej časti bolo nerealizovateľné.

**K bodu 51 (§ 33 ods. 3 písm. e))**

Niektoré osoby, ktoré sú navrhované zo strany zdravotných poisťovní do ich riadiacich a kontrolných orgánov, skôr pôsobili aj ako samostatne zárobkovo činné osoby. Vzhľadom na potrebu zabezpečenia dôveryhodnosti osôb vykonávajúcich funkciu členov riadiacich a kontrolných orgánov zdravotných poisťovní je žiaduce, aby sa skúmali prípadné nedoplatky osôb navrhovaných do riadiacich a kontrolných orgánov zdravotných poisťovní, ktoré im vznikli aj ako samostatne zárobkovo činným osobám, nielen ako osobám pôsobiacim v štatutárnych orgánoch obchodných spoločností, ako je to za súčasného právneho stavu. Úpravou ustanovenia sa zabezpečuje, aby sa členmi štatutárnych a kontrolných orgánov zdravotných poisťovní mohli stať skutočne len dôveryhodné osoby, ktoré budú garanciou riadneho plnenia zákonných povinností zdravotnej poisťovne.

Zákonné kritérium dôveryhodnosti zohráva pri posudzovaní osôb navrhovaných do riadiacich a kontrolných orgánov zdravotných poisťovní dôležitú úlohu, pričom osoby navrhované do týchto štruktúr zdravotných poisťovní by mali poskytovať záruku toho, že zdravotná poisťovňa si bude riadne plniť všetky svoje zákonné povinnosti. Ak osoba navrhovaná do riadiacich alebo kontrolných orgánov zdravotnej poisťovne v rámci svojho predchádzajúceho pôsobenia v obchodnej spoločnosti (alebo aj ako SZČO) nezabránila vzniku daňových nedoplatkov tejto obchodnej spoločnosti (prípadne ako SZČO), pôsobenie takejto osoby v riadiacich alebo kontrolných orgánoch zdravotnej poisťovne neposkytuje dostatočnú záruku toho, že táto osoba prispeje k zabezpečeniu riadneho plnenia zákonných povinností zo strany zdravotnej poisťovne, a to bez ohľadu na výšku nedoplatku, ktorému v rámci svojho predchádzajúceho pôsobenia táto osoba nezabránila. Zároveň sa navrhuje znížiť dolnú hranicu nedoplatku voči daňovému úradu z 3 319 eur na 1 000 eur, a zároveň zaviesť hranicu nedoplatku vo vzťahu k sociálnemu poisteniu alebo pohľadávkam voči zdravotnej poisťovne, vo výške 1 000 eur.

**K bodu 52 (§ 33 ods. 3 písm. h))**

Pri posudzovaní dôveryhodnosti osoby navrhovanej do riadiacich alebo dozorných orgánov zdravotnej poisťovne je potrebné posúdiť, či priamo táto osoba (nielen obchodné spoločnosti, v ktorých pôsobila) riadne vykonávala správu majetku, a teda sa nedostala do postavenia dlžníka, ktorého záväzky by bolo nutné riešiť prostredníctvom konkurzu či oddlženia podľa zákona č. 7/2005 Z. z. Navrhovanie sa týka konkurzu vyhláseného priamo na majetok navrhovanej osoby, nie na majetok spoločnosti, v ktorej navrhovaná osoba pôsobila v niektorej z riadiacich alebo dozorných funkcií. Tieto prípady totiž rieši odsek 3 písm. d), ktorý jasne definuje aj posudzované obdobie aj definuje prípady, kedy sa na vyhlásenie konkurzu na majetok obchodnej spoločnosti, v ktorej navrhovaná osoba pôsobila v riadiacich či dozorných orgánoch v procese posudzovania dôveryhodnosti navrhovanej osoby neprihliada.

**K bodu 53 (§ 33 ods. 10)**

V prípade predkladania potvrdení z cudziny je potrebné predložiť aj úradne osvedčený preklad, aby nevznikali pochybnosti o obsahu predloženého dokumentu. Uvedené sa nevyžaduje, ak je predložená listina v štátnom jazyku Českej republiky. Podzákonné normy v tejto veci nie sú jednotné, preto je potrebné právnu úpravu zapracovať priamo do zákona ako do právneho predpisu vyššej právnej sily.

**K bodu 54 (§ 36 ods. 1)**

Dvojmesačná lehota na vydanie povolenia na vykonávanie verejného zdravotného poistenia je vzhľadom na rozsah dokumentov a informácií, ktoré je potrebné posúdiť neprimerane krátka, a to najmä v kontexte s odsekom 2 písm. a), podľa ktorého je úrad povinný na odstránenie prípadných nedostatkov žiadosti poskytnúť žiadateľovi lehotu, ktorá nesmie byť kratšia ako 30 dní.

**K bodu 55 (§ 39 ods. 1 písm. d))**

Pre prípady, kedy zdravotná poisťovňa porušuje zákon č. 581/2004 Z. z., prípadne iné právne predpisy, sú v platnej legislatíve upravené primerané sankčné mechanizmy, ktoré by mali viesť k zjednaniu nápravy, prípadne v rámci generálnej a individuálnej prevencie k zabráneniu opakovania porušovaní zákona v budúcnosti. Za porušenie zákona, ktoré nijakým spôsobom neohrozuje schopnosť zdravotnej poisťovne vykonávať verejné zdravotné poistenie by v záujme stability systému nemalo hroziť odňatie povolenia, ale použitie iných druhov sankcií, ktoré platná právna úprava predpokladá. Ak by totiž úrad striktne aplikoval súčasné znenie § 39 ods. 1 písm. d), všetkým zdravotnými poisťovniam by už bolo povolenie odňaté, nakoľko úrad v rámci svojej dohľadovej činnosti aj opakovane zisťuje nedostatky v činnosti zdravotných poisťovní (napr. v súvislosti s výpočtom RZP, s vedením zoznamu dlžníkov, s prijímaním prihlášok na zmenu zdravotnej poisťovne, a pod.). Tieto nedostatky však nijak zásadnejšie neovplyvňujú schopnosť zdravotnej poisťovne vykonávať verejné zdravotné poistenie a v prípade ich zistení úrad pristupuje skôr k uloženiu opatrení smerujúcich k odstráneniu zistených nedostatkov, či k uloženiu pokuty.

**K bodu 56 (§ 39 ods. 5)**

Legislatívno-technická úprava. Vzhľadom na úpravu ustanovenia § 68 Obchodného zákonníka, ku ktorej došlo s účinnosťou od 1. 10. 2020, už odkaz uvádzaný v poslednej vete § 39 ods. 5 zákona č. 581/2004 Z. z. nie je aktuálny.

**K bodu 57 (§ 41 ods. 5)**

Legislatívno-technická pripomienka z dôvodu precizovania textu. V súčasnosti platí, že oznamovacia povinnosť vo vzťahu k vybraným  úkonom a predchádzajúcemu patrí predstavenstvu zdravotnej poisťovne. Účastníkom konania je však zdravotná poisťovňa, a preto sa navrhuje aby sa povinnosť informovať úrad vzťahovala na zdravotnú poisťovňu. To, či za túto osobu koná predstavenstvo alebo iná oprávnená osoba už vyplýva z ustanovení príslušných právnych predpisov, prípadne zo stanov zdravotnej poisťovne.

**K bodu 58 (§ 42 ods. 2)**

Je potrebné ustanoviť, že jedna žiadosť o vydanie predchádzajúceho súhlasu sa môže viazať vždy len k jednej navrhovanej osobe. V súčasnosti zdravotné poisťovne podávajú jednu žiadosť, do ktorej zahrnú niekoľko osôb, vo vzťahu ku ktorým žiadajú o vydanie predchádzajúceho súhlasu súčasne. Úrad tak musí v rámci jedného správneho konania a v rámci jedného rozhodnutia posudzovať niekoľko osôb súčasne. Uvedené tak vyvoláva v aplikačnej praxi značné problémy, a to najmä ak vo vzťahu k jednej osobe zahrnutej v návrhu je dôvod na zastavenie konania, vo vzťahu k inej dôvod na prerušenie konania a pod. Úrad sa pri rozhodovaní o predchádzajúcom súhlase vo vzťahu k lehotám bude riadiť Správnym poriadkom.

**K bodu 59 (§ 43 až 47) – Výkon dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou**

***K odstráneniu diskrepancií v súčasnom znení zákona***

Zavádza sa jednoznačná definícia oboch typov dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou. Jednoznačne sa definujú aj prizvané osoby, medzi ktoré patria odborní konzultanti úradu a súdni znalci. Odstraňujú sa doterajšie diskrepancie v zákone, napr. že prizvaná osoba pri dohľade na mieste nemusí mať odbornú spôsobilosť ako prizvaná osoba pri dohľade na diaľku, alebo že prizvaná osoba pri dohľade na diaľku nie je s ohľadom na súčasné znenie odseku 4 aj osobou oprávnenou na výkon dohľadu.

Oba typy poverenia musia spĺňať predpísané náležitosti, nielen poverenie pri dohľade na diaľku. Pri dohľade na diaľku v prípade výkonu dohľadu nad zdravotným poistením sa poverenie nevyhotovuje. Úrad bude môcť požiadať znalca o vypracovanie znaleckého posudku aj v iných závažných prípadoch, pričom sa odstraňujú možné výkladové diskrepancie.

***K nevydávaniu poverení na výkon dohľadu***

Nevydávanie poverení na výkon dohľadu na diaľku vedenom v zdravotných poisťovniach je odôvodnené tým, že ide o pomerne početné dohľady (najmä v období tesne po skončení prepoisťovacej kampane prichádzajú na úrad stovky podaní) a vyhotovovanie poverení by predstavovalo, aj vzhľadom na skutočnosť, že dohľady vykonávajú spravidla tí istí zamestnanci úradu (t. j. na rozdiel od dohľadov nad zdravotnou starostlivosťou nedochádza k takej rotácií zamestnancov vykonávajúcich dohľad) zvýšenú administratívnu záťaž a predĺženie doby vybavovania dohľadov, nakoľko poverenia zamestnancov vykonávajúcich dohľad v zdravotných poisťovniach v súčasnosti podpisuje priamo predseda úradu. V súčasnosti sa poverenia na výkon dohľadu na diaľku v zdravotnej poisťovni nevydávajú, úrad písomne informuje zdravotnú poisťovňu, že začína s výkonom dohľadu a v akej veci, pričom toto oznámenie podpisuje riaditeľ odboru dohľadu nad zdravotnými poisťovňami. V aplikačnej praxi to nespôsobuje žiadne problémy.

***K spočívaniu lehoty na výkon dohľadu a k prizvaným osobám***

Podľa poskytnutých informácií, úrad pre dohľad v čase, kedy musel znalcov obligatórne oslovovať[[27]](#footnote-27) v prípadoch spojených s úmrtím nemá do obdobia júna 2022 doručené všetky vyžiadané posudky. Z toho dôvodu nie je možné dodržať súčasne nastavené lehoty na vybavenie podnetu.

Z aplikačnej praxe jednoznačne vyplýva nedostatok súdnych znalcov vo väčšine odboroch, pričom v mnohých odbornostiach nie je v Slovenskej republike ani jeden súdny znalec. Prizvaná osoba - konzultant, má už v súčasnosti zákonom definované vzdelanie a aj prax (§ 43 ods. 7) a návrh zákona explicitne stanovuje, že odborný konzultant poskytujúci konzultačnú činnosť pri výkone dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti bude musieť mať odbornú spôsobilosť v tých pracovných činnostiach, v ktorých sa má vykonávať dohľad, a najmenej päťročnú odbornú zdravotnícku praxv oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti.

***Podávateľ podnetu***

Precizuje sa podávateľ podnetu a podnet na výkon dohľadu. Nová úprava logicky spresňuje okolnosti v súvislosti so súhlasom dotknutej osoby. Súhlas tejto osoby nebude potrebný, ak úrad začne dohľad z vlastného podnetu (ak úrad získa vážne indície o pochybení alebo systémovej chybe pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia). V takomto prípade nesmie byť možnosť konať závislá na vôli (resp. súhlase) dotknutej osoby, aby v prípade jeho nezískania nemusel úrad dohľad ukončiť, nakoľko uvedené odporuje princípom *ex offo* konania a nie je vo verejnom záujme. Ak sa výkon dohľadu začne na základe poznatkov MPSVaR alebo ministerstva zdravotníctva, úrad pre dohľad iniciatívne požiada pacienta o súhlas, inak sa dohľad nesmie vykonať. Takáto iniciatíva je v súlade s princípmi ochrany osobných údajov. Zároveň sa spresňujú a samostatne vymedzujú náležitosti podnetu na výkon dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti aj podnetu na výkon dohľadu nad verejným zdravotným poistením.

Pacienti a poistenci sa na ministerstvo zdravotníctva obracajú so žiadosťou o prešetrenie postupu poskytovateľa pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo zdravotnej poisťovne pri výkone verejného zdravotného poistenia. Uvedomujúc si svoje zákonné právomoci, ministerstvo zdravotníctva spravidla odporučí poistencom, aby sa obrátili priamo na úrad. V niektorých prípadoch ministerstvo postúpi podnet priamo na úrad na priame vybavenie. Táto činnosť nepatrí do hodnotiacej, dozornej alebo kontrolnej činnosti ministerstva, a preto sa navrhuje neobmedzovať činnosti na základe ktorých ministerstvo môže požiadať úrad o výkon dohľadu. Ministerstvo zdravotníctva a MPSVaR nie sú považované za podávateľov podnetu, tými sú výlučne pacienti alebo poistenci (dotknuté osoby) alebo ich zákonní zástupcovia, a v niektorých prípadoch aj ich blízke osoby (§ 43a ods. 1 a 2 zákona).

Záverom však platí, že podávateľ podnetu by sa mal najskôr obrátiť na poskytovateľa, ak sa domnieva, že mu nebola správne poskytnutá zdravotná starostlivosť a vykonzultovať si svoje otázky priamo s poskytovateľom, nakoľko mimosporové riešenie je preferované v celom právnom systéme. Pacientovi (prípadne inému podávateľovi podnetu) i poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti to vytvára priestor k náprave, ak je možná alebo umožňuje vysvetlenie nedorozumení v komunikácii či zvolenom postupe, a to v nepomerne kratšom čase oproti dĺžke reálneho výkonu dohľadu.

***Začatie, zastavenie a skončenie výkonu dohľadu, doručovanie písomností***

Jednoznačne sa definujú dôvody na začatie výkonu dohľadu. Zo súčasného znenia možnosti úradu začať výkon dohľadu *ex offo*  vyplýva, že pojem *vlastná činnosť úradu* jevýkladovo neistý. Z toho dôvodu sa navrhuje legislatívno-technická úprava v znení „*vlastný podnet úradu“*, ktorý je širší a korektnejší termín.

Jednoznačne sa definuje začiatok a skončenie výkonu dohľadu, čo je dôležité z pohľadu zákonom určených lehôt a ich plynutia. Spresňujú sa dôvody zastavenia výkonu dohľadu; ak dotknutá osoba požiadala o zastavenie výkonu dohľadu, jej právo musí byť rešpektované v prípade dohľadov, ktoré začali na podnet podávateľa alebo podaní na základe kontrolnej, dohľadovej a hodnotiacej činnosti Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky alebo z poznatkov ministerstva zdravotníctva. Ak sa dohľad vykonáva z vlastného podnetu úradu, dotknutá osoba nemôže dať relevantný impulz na zastavenie dohľadu.

Ustanovuje sa doručovanie písomností, spôsoby a fikcia doručenia, nakoľko aplikácia Správneho poriadku je vylúčená a v procese dohľadu je nutné jasne definovať doručovanie a počítanie lehôt.

Po skončení výkonu dohľadu bude podávateľ podnetu oboznámený so zistenými skutočnosťami a výsledkom výkonu dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou. Podávateľ, pacient a jeho zákonný zástupca má právo, v prípade dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti, aj na sprístupnenie kópie protokolu, písomných námietok dohliadaného subjektu a zápisnice, okrem identifikačných údajov osôb, ktoré vykonali dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

Rozširuje sa okruh osôb, ktoré majú mať právo na sprístupnenie zistených skutočností a výsledku dohľadu (resp. kópie protokolu, písomných námietok a zápisnice) o blízku osobu pacienta a splnomocneného zástupcu, ktorí by mali mať taký rozsah oprávnení, aké im udelí splnomocniteľ. Blízka osoba osoby zomrelej má podľa zákona č. 576/2004 Z. z. právo na sprístupňovanie údajov zo zdravotnej dokumentácie, má právo podať podnet na vykonanie dohľadu, preto by mala dostať aj informáciu o zistených skutočnostiach a aj výsledku dohľadu.

V prípade podávateľov živých pacientov pôjde o pacientov zdravotne indisponovaných podať podnet (napr. o pacientov v kóme, nevidiacich, plegikov) a neposkytnutie výsledkov dohľadu a zistených skutočnostiach podávateľom – osobám, ktoré sa o takýchto pacientov starajú a údaje o ich zdravotnom stave majú, je nelogické a neetické.

Samostatne sa upravujú osobitosti nového (následného) dohľadu. Obsahovo je úprava obdobná ako v súčasnom znení zákona. Následný dohľad bude možný v prípadoch, ak vyjdú najavo nové skutočnosti alebo dôkazy, ktoré mohli mať podstatný vplyv na výsledok výkonu dohľadu, no nemohli sa uplatniť počas výkonu dohľadu, a to bez zavinenia dohliadaného subjektu.

Novo sa upravuje proces ukončovania dohľadu v prípade zastavenia výkonu dohľadu, ktorý doteraz ukotvený nie je a v praxi to spôsobuje vážne problémy (navrhuje sa forma oznámenia o zastavení výkonu dohľadu, v ktorom sa uvedie dôvod zastavenia výkonu dohľadu).

***Zastupovanie podávateľa podnetu***

Zastupovanie sa upravuje tak, aby nebol redukovaný jeho zmysel a účel. Ak sa osoba nechá zastupovať, prejavuje tým vôľu aby v jej mene konal iný subjekt. Súčasné znenie zákona redukuje inštitút zastúpenia, pričom komunikácia zo strany úradu pre dohľad nelogicky prebieha aj s dotknutou osobou aj s podávateľom podnetu a aj so splnomocneným zástupcom, čo okrem zbytočnej administratívy prináša aj právnu neistotu dotknutej osoby a podávateľa podnetu (osoba, ktorej práva alebo právom chránené záujmy mohli byť porušené sa domnieva, že podávateľ nekoná; podávateľ sa domnieva, že splnomocnený zástupca nekoná, nakoľko im úrad priebežne musí doručovať písomnosti - tento stav spôsobuje súčasné znenie poslednej vety § 43a ods. 5, kde je široko koncipovaná výnimka). Ustanovuje sa, že všetky písomnosti budú doručované výlučne splnomocnenému zástupcovi (okrem prípadu, ak má podávateľ podnetu niečo vykonať osobne), pokiaľ podávateľ podnetu nechce konať priamo, ale prostredníctvom splnomocneného zástupcu.

Rovnako sa jednoznačne definuje okruh osôb, s ktorými úrad pre dohľad komunikuje, ak nebol ustanovený splnomocnený zástupca. Od prijatia podnetu, počas výkonu dohľadu a po skončení dohľadu sa navrhuje konať výlučne s podávateľom podnetu a nie súčasne aj s dotknutou osobou, ktorej zdravotný stav jej neumožňoval podať podnet. Osobnostné práva dotknutej osoby nebudú dotknuté, nakoľko obligatórnou náležitosťou podnetu je preukázateľný súhlas tejto osoby s výkonom dohľadu. Ak teda dotknutá osoba chce, aby v jeho mene konal podávateľ podnetu a dá k tomu súhlas, je namieste jej želanie rešpektovať. Ak dotknutá osoba, ktorá nebola podávateľom podnetu, následne prejaví vôľu vo výkone dohľadu nepokračovať, môže kedykoľvek priamo požiadať úrad o zastavenie dohľadu. V aplikačnej praxi pôjde iba o situáciu, kedy zdravotný stav pacienta sa zlepšil natoľko, že už je schopný konať sám a neželá si pokračovať v prešetrovaní podnetu, ktorý podal podávateľ - blízka osoba s jeho preukázateľným súhlasom.

***K obligatórnemu odmietnutiu podnetu***

Za účelom zabránenia šikanóznych podnetov sa dopĺňajú dôvody odmietnutia podnetu. Obligatórne bude môcť úrad odmietnuť podnet aj ak podávateľ podnetu žiada prešetriť zdravotnú starostlivosť, v období viac ako 5 rokov pred podaním podnetu, a aj ak je z podnetu zrejmé, že ide o formálne alebo periodické, zjavne bezúspešné uplatňovanie práva na prešetrenie správnosti poskytnutej zdravotnej starostlivosti.

Prešetrovanie správneho poskytovania zdravotnej starostlivosti pred viac ako 5 rokmi nie je raritné, no podávateľ podnetu, pokiaľ mu skutočne ide o zjednanie nápravy alebo získanie vysvetlenia alebo zistenie, či zdravotná starostlivosť bola poskytnutá správne, resp. zdravotné poistenie bolo vykonávané správne, nemá racionálny dôvod podávať podnet po viac ako piatich rokoch. I v prípade podnetu, ktorý podávajú blízke osoby zomrelého pacienta, neexistuje dôvod čakať s podaním podnetu viac ako 5 rokov. Predkladateľ však má za to, že uvedené však nelimituje úrad, aby dohľad vykonal *ex offo* i za obdobie staršie ako je 5 rokov od podania podnetu, ak je to pre odborné posúdenie prípadu potrebné. S postupujúcim časom klesá šanca na výkon dohľadu, nakoľko niektorí poskytovatelia zdravotnej starostlivosti zaniknú, alebo sa znehodnotí zdravotná dokumentácia. Ak sa dohľad podarí vykonať, často nevedie k náprave v poskytovaní zdravotnej starostlivosti, nakoľko medicínske postupy sa medzitým zmenili.

Pri výkone verejného zdravotného poistenia môže ísť aj o dlhšie obdobia. Ak sa napríklad poistenec presťahuje do cudziny, neodhlási sa zo slovenského systému verejného zdravotného poistenia a vzniká mu dlh na poistnom, ktorý je následne vymáhaný exekútorom, poistenec sa v nadväznosti na to obráti na úrad s podnetom o výkon dohľadu. V takom prípade je žiaduce aby bol dodatočne informovaný o svojich právach a povinnostiach, ktoré má ako poistenec.

Za formálne alebo zjavne bezúspešné uplatňovanie práva na prešetrenie správnosti poskytnutej zdravotnej starostlivosti treba považovať podnety, ktorých obsahom je napríklad riešenie sporov medzi manželmi počas rozvodového konania, resp. po ňom, prípadne súdnych konaní o zverení maloletého dieťaťa, majetkových sporov, či iných vzájomných sporov (podania na pediatra, psychiatra, psychológa a pod.), iracionálne podania pacientov trpiacich vážnym psychiatrickým ochorením, podnety so zjavne nelogickými tvrdeniami.

***Dohliadané subjekty a osoby oprávnené na výkon dohľadu***

Precizuje sa ustanovenie o námietkach zaujatosti podaných dohliadaným subjektom. Úrad pre dohľad v rámci výkonu dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti vždy oznámi dohliadanému subjektu písomne okruh osôb, ktoré sú oprávnené na výkon dohľadu, v prípade dohľadov nad verejným zdravotným poistením sa zdravotné poisťovne túto informáciu dozvedia z upovedomenia o začatí výkonu dohľadu pri dohľadoch na diaľku, resp. z poverenia pri dohľadoch na mieste. V praxi vznikajú prípady, keď v čase oznámenia osôb oprávnených na výkon dohľadu dohliadané subjekty nepodajú námietku zaujatosti a až následne, keď úrad vyhodnotí postup dohliadaného subjektu ako nesprávny, sa dohliadané subjekty snažia spochybniť závery dohľadu tým, že poukazujú na možnú zaujatosť osoby oprávnenej na výkon dohľadu, čo následne predlžuje a komplikuje výkon dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou. Súčasne sa lehota 5 kalendárnych dní na rozhodnutie o oznámení osoby oprávnenej na výkon dohľadu, že je vylúčená z výkonu dohľadu z dôvodu zaujatosti a na rozhodnutie o námietkach dohliadaného subjektu o zaujatosti osoby oprávnenej na výkon dohľadu, predlžuje na 10 dní, aby bolo možné zrealizovať úkony potrebné na vydanie rozhodnutia, najmä ak počas lehoty plynie víkend alebo sviatok.

Dopĺňa sa *expressis verbis* povinnosť osoby oprávnenej na výkon dohľadu umožniť na základe žiadosti dohliadaného subjektu nahliadnuť do spisu dohľadu a v prípade dohľadov nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti vyzvať dohliadaný subjekt pred vyhotovením protokolu na vyjadrenie sa k podkladom pre vyhotovenie protokolu. Posilňuje sa tým zásadným spôsobom právna ochrana dohliadaného subjektu, nakoľko bude mať možnosť vyjadriť sa k všetkým podkladom pre vydanie protokolu ešte pred jeho vydaním a získa tak priestor a čas na obhájenie svojho postupu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti ešte pred vyhotovením protokolu. Týmto spôsobom stratí zmysel vydávať dva typy protokolov – predbežný a záverečný, nakoľko tento proces je neprehľadný a zásadným spôsobom administratívne zaťažujúci nielen pre úrad, ale aj pre dohliadané subjekty, nakoľko okrem týchto písomností sa samostatne vyhotovuje aj vyjadrenie k písomným námietkam a zápisnica o prerokovaní písomných námietok. Nový proces bude prehľadnejší, administratívne menej náročný a zabezpečí vyššiu ochranu práv a právom chránených záujmov dohliadaných subjektov.

Osoba oprávnená na výkon dohľadu bude mať právomoc nahliadať do zdravotnej dokumentácie pacienta a vyžadovať jej sprístupnenie formou zaslania kópie v rozsahu a lehote určenej osobou oprávnenou na výkon dohľadu. Sprístupňovanie zdravotnej dokumentácie formou zaslania kópie bude musieť spĺňať bezpečnostné opatrenia tak, aby boli poskytnuté dostatočné záruky pre práva dotknutých osôb.

Dopĺňajú sa práva dohliadaného subjektu, korelujúce s povinnosťami osoby oprávnenej na výkon dohľadu. Zásadne sa posilňuje právo dohliadaného subjektu na spravodlivý proces (ktorý neprinieslo zavedenie inštitútu záverečného protokolu) tým, že dohliadaný subjekt bude mať v prípade dohľadov nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti pred vyhotovením protokolu možnosť vyjadriť sa k podkladom pre vyhotovenie protokolu. V praxi sa v prípade dohľadov nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti pri prerokovávaní protokolu úrad pravidelne stretáva s argumentáciou dohliadaného subjektu, že nemal možnosť oboznámiť sa s obsahom spisu, ako aj s posudkami prizvaných osôb, v dôsledku čoho nemal možnosť účinne sa brániť.

Určujú sa obligatórne a fakultatívne náležitosti protokolu, najmä sa určujú identifikačné údaje dohliadaného subjektu, ktoré sú dnes neúplné pre všetky typy dohľadaných subjektov. Protokol obsahuje zistené skutočnosti (najmä údaje zo zdravotnej dokumentácie, prípadne údaje z vyjadrenia dohliadaného subjektu) a výsledok dohľadu (v prípade zistených nedostatkov obsahuje skutkové a právne vymedzenie s uvedením konkrétnych ustanovení všeobecne záväzných právnych predpisov). Zároveň sa definujú náležitosti zápisnice o vyhodnotení opodstatnenosti písomných námietok.

Záverom sa určuje funkčná príslušnosť na uloženie sankcie a definuje sa spôsob zverejňovania informácií o ukončených dohľadoch nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Nakoľko dohľad nad vedením zdravotnej dokumentácie je zverený dvom subjektom – úradu a orgánu, ktorý vydáva povolenia, je nutné, aby nedošlo k dvojitému trestaniu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti za rovnaký delikt, nakoľko je to právne neprípustné. Uvedené je možné zo strany úradu zabezpečiť informovaním orgánu o začatí konania o uložení pokuty (prekážka litispendencie). Oznamovanie (právoplatného) uloženia pokuty, ako je tomu doteraz (prekážka *rei iudicata*) je nedostatočné. Rovnakú povinnosť by mal mať smerom k úradu aj orgán, ktorý vydáva povolenie.

**K bodu 60 (§ 47 až 47aa)**

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na zmeny pri výkone dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou. Obsah § 47a a 47aa je obsiahnutý v navrhovanom § 47.

**K bodu 61 (§ 47b ods. 3)**

Legislatívno-technická úprava súvisiaca so zjednotením názvu výstupného dokumentu. Predmetná zmena dokumentu bola odsúhlasená Štatistickým úradom SR ako vlastníkom dokumentu na základe komunikácie medzi ÚDZS a ŠÚ SR v rámci realizácie projektu ePrehliadky.

**K bodu 62 (§ 47b až § 48)**

Súčasný názov šiestej časti zákona o zdravotných poisťovniach je nazvaný ako Dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. § 47b až 48 sú zahrnuté v tejto časti, ich obsah však nezodpovedá názvu šiestej časti. Z toho dôvodu sa navrhuje legislatívno-technická úprava názvu šiestej časti a následnej zmeny označenia častí 7 až 10.

**K bodu 63 (§ 47c)**

Upravujú sa podrobnosti výkonu prehliadky mŕtveho tela v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti. Súčasný stav v praxi spôsobuje problémy v komunikácii medzi úradom, prehliadajúcimi lekármi a poskytovateľom. Úprava zabezpečí skvalitnenie informovanosti úradu o vykonávaní prehliadok mŕtvych v zdravotníckych zariadeniach ústavnej zdravotnej starostlivosti a zefektívnenie komunikácie medzi lekármi súdnolekárskych a patologicko-anatomických pracovísk úradu a prehliadajúcimi lekármi v týchto zdravotníckych zariadeniach. Úprava zároveň vyplýva z požiadavky pripravovaného systému elektronického výkonu prehliadok mŕtvych tiel na presné zadefinovanie zoznamu prehliadajúcich lekárov.

**K bodu 64 (§ 48)**

V súvislosti s vyňatím ustanovení § 47b až 48 (upravujúcich prehliadky mŕtvych tiel a pitvy) z piatej časti zákona (ktorá upravuje dohľad nad zdravotnou starostlivosťou) sa ustanovenie o trovách súdnej pitvy nariadenej orgánmi činnými v trestnom konaní (keďže pitva nie je súčasťou dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou) dopĺňa do príslušného ustanovenia § 48, ktorý upravuje vykonávanie pitvy.

Zároveň je potrebné zabezpečiť realizáciu projektu ePrehliadky v ústavných zdravotníckych zariadeniach. Od 1. decembra 2022 bude mať každý prehliadajúci lekár podľa § 47b ods. 3 povinnosť po prehliadke mŕtveho tela vyplniť elektronicky oznámenie o úmrtí (od 1. 1. 2023 navrhujeme zmeniť označenie na hlásenie o úmrtí). Poskytovateľ teda musí zabezpečiť podmienky pre splnenie zákonných povinností prehliadajúceho lekára, najmä internetové pripojenie a prístup prehliadajúceho lekára do systému ePrehliadok.

**K bodu 65 (§ 49)**

Navrhuje sa vypustiť ustanovenie z dôvodu duplicity. Trovy dohľadu sú upravené v novom ustanovení § 46c. Trovy spojené s výkonom pitvy sú upravené v novom ustanovení § 48 odsek 15.

**K bodu 66 (§ 50 ods. 2)**

Legislatívno-technická úprava. Existujúci odsek 2 (nesprávne poskytovanie zdravotnej starostlivosti u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti) a odsek 12 (marenie dohľadu) predkladateľ navrhuje spojiť do jedného odseku za účelom prehľadnosti. Obdobne je v jednom odseku upravená aj sankcia pri zariadeniach sociálnej pomoci (§ 50 ods. 4), detenčnom ústave (§ 50 ods. 5) a škole (§ 50 ods. 15 v súčasnom znení).

**K bodu 67 (§ 50 ods. 3)**

Legislatívno-technická úprava a precizovanie textu. Úrad pre dohľad môže zistiť iné nedostatky nielen v činnosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ale aj v činnosti zdravotníckeho pracovníka, voči ktorému môže napríklad príslušná komora začať disciplinárne konanie. Úrad môže zistiť nedostatky aj v rámci svojej inej činnosti, nielen pri výkone dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou. Úrad pri svojej činnosti nezistí porušenie povinností poskytovateľa zdravotnej starostlivosti alebo zdravotníckeho pracovníka podľa osobitného predpisu, ale môže zistiť nedostatky, ktoré môžu byť dôvodom na začatie konania pred iným príslušným orgánom. Konštatovanie porušenia povinností ustanovených v osobitnom predpise patrí do vecnej pôsobnosti príslušného orgánu verejnej moci a je výsledkom konania, ktoré vedie tento príslušný orgán podľa predmetného osobitného predpisu.

**K bodu 68 (§ 50 ods. 4)**

Upravuje sa kompetencia úradu pre dohľad uložiť sankciu zariadeniu sociálnej pomoci, ktoré poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť, aj za porušenie povinnosti viesť správne zdravotnú dokumentáciu, a v prípade zistenia nedostatkov podľa osobitných predpisov sa dopĺňa kompetencia úradu pre dohľad podať návrh na konanie príslušnému orgánu, napríklad Ministerstvu práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky, ktoré podľa zákona č. 448/2008 Z. z. vykonáva dohľad nad dodržiavaním zákona a všeobecne záväzných právnych predpisov pri poskytovaní sociálnej služby.

**K bodu 69 (§ 50 ods. 5 a 15)**

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na navrhované zmeny výkonu dohľadu.

**K bodu 70 (§ 50 ods. 12)**

Legislatívno-technická úprava. Existujúci odsek 12 sa za účelom prehľadnosti spája s existujúcim § 50 ods. 2.

**K bodu 71 (§ 51 ods. 1 písm. c))**

Navrhuje sa vypustiť zistenie nedostatku v činnosti zdravotnej poisťovne v súvislosti podmienkou pre vydanie povolenia „mať splatené základné imanie vo výške 16 600 000 eur“ ako dôvod na uloženie sankcie podľa § 50 ods. 1 písm. d). Uvedená podmienka by mala byť skúmaná len v súvislosti s podaním žiadosti o vydanie povolenia. Uvedené navrhujeme aj z dôvodu, že zdravotná poisťovňa má naďalej povinnosť plniť obchodno-finančný plán a zabezpečovať platobnú schopnosť.

**K bodu 72 (§ 54 ods. 2 písm. e))**

Legislatívno-technická úprava v súvislosti s aktualizáciou pojmu.

**K bodu 73 (§ 64 ods. 1)**

Navrhuje sa, aby sa za účelom zabezpečenia preventívnej funkcie pokuty ako sankcie s cieľom zabezpečiť dodržiavanie zákonných povinností zdravotnými poisťovňami, ktorých porušovanie by mohlo viesť k nestabilite systému verejného zdravotného poistenia, upravila sadzba pokuty pre zdravotnú poisťovňu pri opakovanom porušení povinnosti.

**K bodu 74 (poznámka pod čiarou k odkazu 71a)**

Úrad má právomoc uložiť v zmysle súčasného § 64 ods. 5 poskytovateľovi pokutu za nesprávne vedenie zdravotnej dokumentácie až do výšky 1 000 eur. V poznámke pod čiarou k odkazu 71a) sa vypúšťa príslušné ustanovenie zákona o zdravotnej starostlivosti (povinnosť viesť zdravotnú dokumentáciu) a sankcia za túto povinnosť sa upravuje samostatne v § 64 ods. 9 za účelom právnej istoty.

**K bodu 75 (§ 64 ods. 9)**

Legislatívno-technická úprava. Navrhovaný odsek 9 je uvedený už v súčasnom znení zákona. Úrad má právomoc uložiť v zmysle súčasného § 64 ods. 5 poskytovateľovi pokutu za nesprávne vedenie zdravotnej dokumentácie až do výšky 1 000 eur. Nakoľko sa v poznámke pod čiarou k odkazu 71a vypúšťa príslušné ustanovenie zákona o zdravotnej starostlivosti (povinnosť viesť zdravotnú dokumentáciu), sankcia je vyňatá osobitne do samostatného ustanovenia.

**K bodu 76 (§ 64 ods. 10)**

Legislatívno-technická úprava. Navrhovaný odsek 10 je súčasný odsek 14. Predradenie odseku navrhujeme z dôvodu istoty - aby nebola pochybnosť o tom, že aj na pokutu uloženú škole sa vzťahujú ustanovenia odsekov 10 až 13.

**K bodu 77 (§ 64 ods. 15)**

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na predradenie existujúceho odseku 14 do odseku 10.

**K bodu 78 (§ 67a ods. 2 a ods. 3)**

V súčasnosti sa riadiaci výbor zaoberá výlučne otázkami súvisiacimi s DRG. Za účelom efektivity a vecnej správnosti sa navrhuje umožniť vytvorenie rôznych riadiacich výborov, a to osobitne pre ambulantné úhradové mechanizmy a reguláciu cien, a osobitne pre klasifikačný systém a pre úhradové mechanizmy a reguláciu cien v ústavnej zdravotnej starostlivosti. Zvyšuje sa počet členov riadiaceho výboru na 11 o zástupcu úradu pre dohľad a zástupcu Slovenskej lekárskej komory.

**K bodu 79 (§ 67a ods. 5)**

Návrhy na zmeny je potrebné zanalyzovať, navrhnúť ich zapracovanie do definičnej príručky a ďalších dokumentov, otestovať tieto navrhované zmeny a zaradiť do nového zoznamu tak, aby sa stihol legislatívny proces s účinnosťou zoznamu od 1. januára nasledujúceho roka. Pôvodný termín neumožňuje zrealizovať všetky nevyhnutné aktivity. V zahraničí sú termíny na zmeny dokumentov určené podobne, napr. v Nemecku.

**K bodu 80 (§ 67a ods. 6)**

Zosúladenie znenia ustanovenia tak, aby zodpovedal obsahu odseku 5, na ktorý sa odkazuje. V súčasnom znení zákona bol v tomto odseku nesprávne uvedený postup z agendy osvedčovania zhody, ktorému sa venuje § 67d.

**K bodu 81 (§ 67b ods. 1 písm. b)**

Legislatívno-technická úprava. Z pôvodnej formulácie textu nie je jasné, komu Centrum pre klasifikačný systém návrhy predkladá a akým spôsobom sa tieto ďalej využívajú.

**K bodu 82 (§ 67b ods. 1 písm. d))**

Precizovanie textu. Z pôvodnej formulácie nie je jasné, komu Centrum pre klasifikačný systém návrhy predkladá a akým spôsobom sa tieto ďalej využívajú.

**K bodu 83 (§ 67b ods. 1 písm. j))**

Precizovanie textu tak, aby bolo zrejmé, že Centrum pre klasifikačný systém zabezpečuje ochranu údajov od všetkých užívateľov.

**K bodu 84 (§ 67b ods. 1)**

Vypúšťa sa povinnosť zamestnávať Odborne spôsobilé osoby, ktoré dnes plnia čisto formálnu úlohu, keďže potreby pre používanie klasifikačného systému sú v každej nemocnici rozdielne a aplikačná prax ukazuje, že v nemocniciach neplní odborne spôsobilá osoba úlohu, s ktorou bola vytváraná. Znalosť klasifikačného systému v nemocniciach je spravidla rozdelená medzi viacerých zamestnancov podľa charakteru informácií (kódovanie, vykazovanie medicínskych dát, aplikácia kalkulačnej príručky). Zároveň sa ruší povinnosť pre ministerstvo zabezpečovať odbornú prípravu na získanie odbornej spôsobilosti a ich ďalšie vzdelávanie.

**K bodu 85 (§ 67b ods. 2)**

Rozširuje sa skupina užívateľov klasifikačného systému o poskytovateľov jednodňovej zdravotnej starostlivosti tak, aby mohol byť tento typ zdravotnej starostlivosti financovaný prostredníctvom klasifikačného systému, keďže ide o podobnú zdravotnú starostlivosť, aká sa poskytuje v ústavnej zdravotnej starostlivosti. Zjednotenie vykazovania a priblíženie úhradového mechanizmu umožní podporu presunu pacientov z ústavnej zdravotnej starostlivosti do jednodňovej zdravotnej starostlivosti, ktorá je pre určité skupiny pacientov medicínsky výhodnejšia aj finančne efektívna.

**K bodu 86 (§ 67b ods. 3 písm. f))**

Legislatívno-technická úprava z dôvodu precizovania textu.

**K bodu 87 (§ 67c)**

Vypúšťa sa povinnosť zamestnávať Odborne spôsobilé osoby, ktoré dnes plnia čisto formálnu úlohu, keďže potreby pre používanie klasifikačného systému sú v každej nemocnici rozdielne a aplikačná prax ukazuje, že v nemocniciach neplní odborne spôsobilá osoba úlohu, s ktorou bola vytváraná. Znalosť klasifikačného systému v nemocniciach je spravidla rozdelená medzi viacerých zamestnancov podľa charakteru informácií (kódovanie, vykazovanie medicínskych dát, aplikácia kalkulačnej príručky).

**K bodu 88 (§ 76 ods. 1)**

Legislatívno-technická úprava. Inštitút vyrovnacieho konania bol zákonom č. 7/2005 Z. z. nahradený inštitútom reštrukturalizačného konania a reštrukturalizácie, preto je znenie potrebné aktualizovať na súčasný právny stav.

**K bodu 89 (§ 76 ods. 2)**

Vzhľadom na novo zavedenú povinnosť audítora v § 10 ods. 4 sa navrhuje aby úrad pre dohľad musel zachovávať vo vzťahu k získaným informáciám.

**K bodu 90 (§ 76 ods. 3 písm. c))**

V súčasnosti platná právna úprava, na rozdiel od minulosti, nezaraďuje medzi orgány činné v trestnom konaní súdy, nakoľko tieto majú v rámci trestného konania osobitné postavenie. Táto skutočnosť však po prijatí tejto zmeny v rámci trestného konania nebola premietnutá do zákona č. 581/2004 Z. z., v dôsledku čoho by tak v súčasnosti nemali zdravotné poisťovne poskytovať v rámci trestného konania súčinnosť súdom, nakoľko súčasné znenie § 76 ods. 3 nepovažuje za porušenie povinnosti zachovávať mlčanlivosť len prípady, ak sú informácie poskytnuté súdom v civilnom konaní. V trestnom konaní sa za porušenie povinnosti zachovávať mlčanlivosť nepovažuje len prípad, ak sú informácie poskytnuté orgánom činným v trestnom konaní, kam však súdy nepatria.

**K bodu 91 (§ 76 ods. 3 písm. h))**

Legislatívno-technická úprava. Inštitút vyrovnacieho konania bol zákonom č. 7/2005 Z. z. nahradený inštitútom reštrukturalizačného konania a reštrukturalizácie, preto je znenie potrebné aktualizovať na súčasný právny stav.

**K bodu 92 (§ 76 ods. 5 bod 8.)**

Úrad vlády SR plní v zmysle viacerých právnych predpisov úlohy orgánu zabezpečujúceho ochranu finančných záujmov EÚ. V rámci plnenia týchto úloh je Úrad vlády SR okrem iného aj koordinačným útvarom pre boj proti podvodom podľa nariadenia EP a Rady (EÚ, Euratom) č. 883/2013, ktorý svoje úlohy vykonáva aj prostredníctvom poskytovania súčinnosti pri administratívnom vyšetrovaní Európskeho úradu pre boj proti podvodom (ďalej len OLAF), zabezpečovania, koordinácie a monitorovania výmeny informácií medzi subjektmi verejnej správy a vo vzťahu k OLAF-u, ak ide o podozrenia z podvodov a ďalších protiprávnych konaní pri poskytovaní príspevku. Ak si OLAF vyžiada v rámci týchto administratívnych vyšetrovaní informácie, ktoré sú uvedené v § 25 ods. 4 písm. a) až c) zákona č. 580/2004 Z. z., nie je *de facto* možné tieto informácie od zdravotnej poisťovne získať, nakoľko Úrad vlády SR nemá so zdravotnými poisťovňami informačný systém verejnej správy, prostredníctvom ktorého by bolo možné získať informácie v takomto rozsahu. Preto sa na efektívne plnenie úloh koordinačného útvaru pre boj proti podvodom upravuje ustanovenie § 25 predmetného zákona a § 76 ods. 5 písm. a) bod 8 zákona č. 581/2004 Z. z. tak, aby sa možnosti stanovené legislatívou dali aj reálne využiť v praxi, a to najmä za účelom ochrany finančných záujmov EÚ a SR.

**K bodu 93 (§ 76 ods. 5 trinásty bod)**

Ministerstvu zdravotníctva sú doručované podnety od osôb alebo orgánov a inštitúcií, súvisiace s výkonom verejného zdravotného poistenia. Typickým príkladom z aplikačnej praxe sú prípady, kedy zdravotná poisťovňa neschváli poistencovi žiadosť o poskytnutie predchádzajúceho súhlasu, alebo schváli poistencovi nižšiu sumu než pacient za poskytnutú cezhraničnú zdravotnú starostlivosť uhradil poskytovateľovi v inom členskom štáte Európskej únie. Poistenci kontaktujú ministerstvo zdravotníctva a hľadajú riešenia, resp. odôvodnenia.

Výkon verejného zdravotného poistenia je právomoc zákonne patriaca zdravotnej poisťovni. Pri mnohých podnetoch ministerstvo zdravotníctva osloví zdravotnú poisťovňu za účelom získania jej stanoviska a za účelom spolupráce pri jeho vypracovávaní. Zamestnanci zdravotnej poisťovne častokrát odmietajú poskytnúť stanovisko odvolávajúc sa na povinnosť zdravotnej poisťovne zachovávať mlčanlivosť. Z toho dôvodu sa explicitne navrhuje stanoviť ministerstvo zdravotníctva ako subjekt, voči ktorému zdravotná poisťovňa pri riešení podnetov nemusí zachovávať mlčanlivosť. Zároveň sa však striktne stanovuje účel za akým zdravotná poisťovňa môže poskytnúť informácie na účel podnetov, s rešpektovaním zásad ochrany osobných údajov. Zamestnanec ministerstva si od poistenca vypýta súhlas so spracovaním osobných údajov, ktorý bude následne preukázaný zdravotnej poisťovni.

**K bodu 94 (§ 76 ods. 6)**

Zdravotné poisťovne oznamujú úradu pre dohľad údaje aj podľa iných právnych predpisov, než je zákon č. 581/2004 Z. z., napr. údaje podľa zákona č. 580/2004 Z. z., a to pre potreby ročného alebo mesačného prerozdeľovania. Táto oznamovacia povinnosť sa navrhuje pretaviť do ustanovenia, kde sa upravuje výnimka z povinnosti zachovávať mlčanlivosť.

**K bodom 95 (§ 76 ods. 10)**

Zdravotné poisťovne pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia nakladajú s verejnými zdrojmi, je tak aj vo verejnom záujme, aby nakladanie s týmito prostriedkami, a teda hospodárenie zdravotných poisťovní a dodržiavanie ich zákonných povinností podliehalo verejnej kontrole. Na základe uvedeného sa ustanovuje možnosť úradu verejne informovať o hospodárení zdravotných poisťovní aktívne verejne informovať o tých skutočnostiach, ktoré by bol úrad inak povinný na základe prípadnej infožiadosti v zmysle zákona č. 211/2000 Z. z. poskytnúť.

**K bodu 96 (Prechodné ustanovenia)**

*K odseku 1 a 3*

Vzhľadom k skutočnosti, že výkon dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou a konania o udelení pokuty zdravotným poisťovniam prebiehajú aj na prelome kalendárnych rokov, je nevyhnutné stanoviť akým spôsobom sa majú subjekty vysporiadať pri prebiehajúcich konaniach po nadobudnutí účinnosti zákona. Navrhuje sa, aby výkon dohľadu, ktorý nebol právoplatne ukončený do 31. decembra 2022 bol dokončený v znení, ktoré bolo účinné do totožného dátumu. Rovnako sa bude postupovať pri konaniach o uložení pokuty zdravotným poisťovniam.

*K odseku 2*

Pri podnetoch, v ktorých boli dohľady začaté do 30. apríla 2021 úrad podávateľovi podnetu poskytoval záver dohľadu vo forme „oznámenia o prešetrení podnetu“, v ktorom detailne informoval o rozsahu a obsahu vykonaného dohľadu/dohľadov, o odbornosti prizvaných osôb a detailne popísal podávateľovi priebeh poskytovanej zdravotnej starostlivosti a aj ju zhodnotil a oznámil záver dohľadu. Výnimočne podávateľ (pacient) požiadal v zmysle zákona č. 211/2000 Z. z. o protokol, a ten mu úrad sprístupnil. Tlak na poskytovanie protokolov bol minimálny, aj keď postupne rástol.

Pri podnetoch, v ktorých boli dohľady začaté po 01. máji 2021 až do súčasnosti, úrad v zmysle platnej úpravy sprístupňuje „závery dohľadu“ nasledovne:

* podávateľovi (ktorý je súčasne pacientom/zákonným zástupcom) úrad poskytuje komplexnú informáciu,
* podávateľovi (ktorý je blízkou osobou pacienta) a splnomocnenému zástupcovi úrad poskytuje stručnú informáciu v rozsahu opodstatnený/neopodstatnený.

Postup podľa druhého bodu vyvoláva nespokojnosť väčšiny podávateľov a žiadajú následne sprístupnenie protokolov (na ten podľa platného § 43a ods. 12 majú nárok pacient/jeho zákonný zástupca a ich splnomocnený zástupca; podávateľ - blízka osoba teda nie). Opätovné nesprístupnenie vyvoláva nespokojnosť, ktorá je následne riešená cez 211-kové žiadosti (podľa dostupných údajov ich v roku 2022 bolo 14), a množstva sťažností.

Z toho dôvodu, v zmysle navrhovaného prechodného ustanovenia, bude po skončení dohľadu podávateľ podnetu oboznámený so zistenými skutočnosťami a výsledkom výkonu – obsiahly a detailný záver dohľadu (ako tomu bolo pri dohľadoch začatých do 30. apríla 2021) a následne budú mať právo aj na sprístupnenie kópie protokolu, písomných námietok a zápisnice. Nevložením navrhovaného prechodného ustanovenia by došlo k situácií, kedy časť podávateľov, v ktorých podnety boli šetrené formou dohľadu, ktoré začali v období od 01. mája 2021 do účinnosti novely, mali neodôvodnene menej práv ako podávatelia v identickom právnom postavení, ktorých podnet bol dohliadaný mimo uvedeného časového obdobia.

*K odseku 4*

Podľa § 49p zákona č. 267/2022 Z. z. ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti (prechodné ustanovenie k úpravám účinným od 1. augusta 2022) majú zariadenia sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately, ktoré poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť podľa zákona v znení účinnom do 31. júla 2022 povinnosť mať zodpovednú osobu najneskôr do 30. júna 2024. Ak zariadenie v súčasnosti nemá zodpovednú osobu (pretože nemusí), tak úrad pre dohľad zariadenie nezapíše do registra zariadení sociálnej pomoci poskytujúcich ošetrovateľskú starostlivosť, a tým by nemohol vykonať kontrolu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti, čo je z pohľadu ochrany práv dieťaťa neprijateľné. V zariadeniach sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately sú spravidla umiestňované deti na základe rozhodnutia súdu, časť týchto detí potrebuje ošetrovateľskú starostlivosť a štát zodpovedá za to aby jej poskytovanie bolo správne. I napriek tomu, že tieto zariadenia v registri zariadení sociálnej pomoci poskytujúcich ošetrovateľskú starostlivosť vedené (ešte) nie sú, poskytujú za zákonom upravených podmienok ošetrovateľskú starostlivosť a nad jej poskytovaním musí byť zabezpečený dohľad. V nadväznosti na vyššie uvedené sa navrhuje prechodným ustanovením v zákone č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach zabezpečiť, aby do obdobia 30. júna 2024 úrad mal právomoc vykonáva dohľad v zariadení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately aj ak ešte nie je vedené v registri zariadení sociálnej pomoci poskytujúcich ošetrovateľskú starostlivosť.

*K odseku 5 a 6*

Určuje sa obdobie, v ktorom budú po prvýkrát použité ustanovenia o primeranom výsledku hospodárenia a povinnosti tvorby osobitného fondu zo zisku, ktorý prevyšuje kladný výsledok hospodárenia. Toto obdobie sa určuje s ohľadom na zachovanie právnej istoty tak, aby nezasahovalo do obdobia pred účinnosťou tohto zákona.

*K odseku 7*

Navrhuje sa prechodné obdobie na tvorbu technických rezerv v súvislosti s úpravami v koncepte zoznamu poistencov čakajúcich na plánovanú zdravotnú starostlivosť.

**K bodu 97**

V nadväznosti na vypustenie úpravy ohľadom prevádzkových výdavkov, sa vypúšťa vzorec na výpočet prevádzkových výdavkov.

**K čl. II (zákon č. 480/2002 Z. z.)**

Legislatívno-technické zmeny v zákone o azyle, v súvislosti so zmenou subjektu, ktorý má uhrádzať zdravotnú starostlivosť, poskytnutú žiadateľom o azyl, podľa navrhovanej novely zákona č. 580/2004 Z. z.

**K čl. III (zákon č. 576/2004 Z. z.)**

**K bodom 1 a 2 (§ 10a ods. 2)**

Rozširuje sa povinnosť zariadenia sociálnej pomoci poskytujúceho ošetrovateľskú starostlivosť, dodržiavať pri vedení zdravotnej dokumentácie aj ustanovenia § 21 ods. 4 až 6 zákona č. 576/2004 Z. z. Zariadeniu sociálnej pomoci, ktoré poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť, sa ustanovuje povinnosť požiadať o zápis do registra zariadení sociálnej pomoci poskytujúcich ošetrovateľskú starostlivosť vedeného úradom pre dohľad. Väčšina zariadení sociálnej pomoci, ktoré v praxi poskytujú, resp. mali by poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť, sa do tohto registra neprihlási, v dôsledku čoho úrad pre dohľad nemá vedomosť o tom, ktoré zariadenie sociálnej pomoci poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť, čo je podstatná informácia na posúdenie, či je úrad pre dohľad kompetentný v zariadení vykonávať dohľad nad ošetrovateľskou starostlivosťou. Získavanie tejto informácie predlžuje vybavenie podnetov občanov a zbytočne zaťažuje aj samotné zariadenia.

**K bodu 3 (§ 10a ods. 9)**

Podľa § 93 ods. 6 zákona č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele môžu zariadenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately zamestnávať fyzickú osobu v pracovnoprávnom vzťahu s odbornou spôsobilosťou na vykonávanie odborných metód fyzioterapie pre deti, ktorým sa poskytuje starostlivosť v centre pre deti a rodiny pobytovou formou. Vzhľadom na aplikačnú prax je však v záujme zvýšenia kvality vykonávaných odborných činností potrebné spresniť podmienky tejto činnosti v centrách pre deti a rodiny rovnako ako pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v centrách pre deti a rodiny.

**K bodu 4 (§ 12 ods. 8)**

Ak je dieťa na základe rozhodnutia súdu umiestnené v zariadení (napríklad v centre pre deti a rodiny) je zariadenie povinné bezodkladne dieťaťu zabezpečiť zdravotnú starostlivosť aj podpísaním dohody o poskytovaní všeobecnej ambulantnej starostlivosti s pediatrom v spádovej oblasti miesta pobytu dieťaťa.

**K bodom  5 a 6 (§ 17 ods. 1 a 2)**

Spresňuje sa identifikácia osoby, ktorá môže požiadať poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nápravu alebo vysvetlenie, ak sa domnieva, že pacientovi nebola správne poskytnutá zdravotná starostlivosť. Taktiež sa rozširuje okruh osôb oprávnených domáhať sa u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti nápravy alebo vysvetlenia a okruh týchto osôb sa zjednocuje s ustanoveniami zákona č. 581/2004 Z. z. upravujúcimi výkon dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Takéto rozšírenie okruhu oprávnených osôb umožňuje domáhať sa nápravy alebo vysvetlenia aj blízkym osobám v prípade úmrtia osoby, ktorej bola zdravotná starostlivosť priamo poskytovaná. Prípadné podanie vysvetlenia zo strany poskytovateľa zdravotnej starostlivosti by oprávnenej osobe mohlo objasniť postup pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, čo by mohlo prispieť k  dôkladnému zváženiu potreby a nutnosti obrátiť sa na úrad pre dohľad s podnetom na vykonanie dohľadu. To by zároveň mohlo v určitom rozsahu pomôcť predchádzať podávaniu podnetov na výkon dohľadu bez zjavného medicínskeho opodstatnenia.

**K bodu 7 (poznámka pod čiarou)**

Legislatívno-technická úprava súvisiaca s úpravami vo výkone dohľadu, kde sa upravuje právomoc nahliadať do zdravotnej dokumentácie.

**K bodu 8 (§ 25 ods. 1 písm. k)**

V prípade pochybností o porušení povinnosti postupovať *lege artis*, ktorá môže byť vyvolaná sťažnosťou pacienta alebo iných osôb existuje na strane poskytovateľa legitímna potreba objektívneho zistenia, či v starostlivosti o pacienta postupoval správne. Platná úprava mu dnes umožňuje požiadať o znalecké skúmanie, ale len v prípade smrti pacienta. Rovnaký dôvod však existuje aj pri situáciách kedy pacient žije. Režim vykonávania znaleckej činnosti (povinná mlčanlivosť atď.), ako aj prísny režim ochrany osobných údajov už dnes vytvára dostatočné záruky pre dodržanie pacientových práv v prípade sprístupnenia zdravotnej dokumentácie zo strany poskytovateľa znalcovi. Za účelom predchádzania zbytočných podaní na Úrad, alebo eskalovaniu nespokojnosti zo strany pacienta alebo jeho blízkych podávaním civilných žalôb alebo iných podaní je dôvodné umožniť poskytovateľovi, aby aj v prípade ak pacient nezomrel mal možnosť na výzvu pacienta/blízkych osôb reagovať na základe objektívneho prieskumu prostredníctvom znalca. Preto navrhujeme, aby sa poskytovateľovi takáto možnosť dala aj pre situácie, kedy pacient nezomrel.

**K bodu 9 (§ 25 ods. 2)**

Úrad vykonáva dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti ako činnosť vo verejnom záujme. Platná právna úprava je koncipovaná tak, že podľa niektorých výkladov bráni sprístupniť zdravotnú dokumentáciu vedenú v písomnej forme prostredníctvom zaslania jej kópie (viď znenie § 25 ods. 2 v spojení s ods. 5 zákona č. 576/2004 Z. z., ktorý upravuje ako sa sprístupnenie realizuje). Vzhľadom na problémy z aplikačnej praxe navrhujeme doplniť, že dohliadaný subjekt na základe žiadosti oprávnenej osoby sprístupní dokumentáciu aj zaslaním jej kópie osobe oprávnenej na dohľad. Sprístupňovanie zdravotnej dokumentácie formou zaslania kópie bude musieť spĺňať bezpečnostné opatrenia tak, aby boli poskytnuté dostatočné záruky pre práva dotknutých osôb. Ochrana zdravotnej dokumentácie je pri výkone dohľadu zabezpečená dostatočne: a) v prvom rade platí všeobecná zásada povinnosti zachovávať mlčanlivosť podľa § 76 zákona č. 581/20004 Z. z., b) počas a po skončení výkonu dohľadu je v citovanom zákone striktne definované, ktoré subjekty majú prístup k údajom o zdravotnom stave a k zdravotnej dokumentácii vôbec; c) k samostatnej zdravotnej dokumentácii je prístup striktne definovaný v zákone č. 576/2004 Z. z.), d) narábanie s údajmi o zdravotnom stave (teda aj so samotnom zdravotnou dokumentáciou) upravuje aj zákon č. 211/2000 Z. z. o slobodnom prístup e k informáciám.

**K bodu 10 (Príloha č. 3)**

Z databázy Notifikácie národných vykonávacích opatrení (MNE) vyplýva, že Európskej komisii bol k smernici 2005/36/ES v platnom znení notifikovaný ako transpozičné opatrenie aj zákon č. 392/2020 Z. z. spolu s tabuľkou zhody. Z predmetnej notifikovanej tabuľky zhody vyplýva, že transpozícia smernice 2005/36/ES v platnom znení sa okrem zákona č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov a zákona č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov zabezpečila aj zákonom č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov (čl. 21 ods. 6 smernice 2005/36/ES v platnom znení). Podľa Prílohy č. 3 k zákonu č. 576/2004 Z. z. (transpozičná príloha), smernica 2005/36/ES v platnom znení v Zozname preberaných právne záväzných aktov EÚ absentuje. Je preto potrebné do Čl. V návrhu zákona doplniť samostatný novelizačný bod, ktorým sa predmetná smernica do nej doplní.

**K čl. IV (zákon č. 577/2004 Z. z.)**

V súčasnosti je právna úprava nastavená tak, že výška príspevku poskytnutého za zdravotnú starostlivosť poskytnutú nezmluvným poskytovateľom nesmie prekročiť cenu obvyklú u zmluvných poskytovateľov v príslušnom čase, na príslušnom mieste a za príslušnú zdravotnú starostlivosť. Nakoľko v aplikačnej praxi vystávajú rôzne výklady pojmov *cena obvyklá* a *príslušne miesto*, navrhuje sa toto ustanovenie nahradiť obdobne ako je upravené pri koncepte cezhraničnej zdravotnej starostlivosti v zákone o zdravotnom poistení, a teda precíznejším pojmom „priemerná úhrada“. Zároveň sa zohľadňuje zmena navrhovaná v oblasti zoznamu čakajúcich poistencov (§ 40 ods. 14 zákona č. 540/2021 Z. z.).

**K čl. V (zákon č. 578/2004 Z. z.)**

**K bodu 1 (§ 19 ods. 1 písm. l))**

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na vypustenie § 79 ods. 10 a 12 a prečíslovanie odsekov.

**K bodu 2 (§ 19 ods. 4 písm. e))**

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na vypustenie § 79 ods. 10 a 12 a prečíslovanie odsekov.

**K bodu 3 (§ 79 ods. 1 písm. zb))**

Legislatívno-technická úprava v súvislosti s navrhovanými zmenami v zákone o zdravotných poisťovniach. Rozširuje sa skupina užívateľov klasifikačného systému o poskytovateľov jednodňovej zdravotnej starostlivosti tak, aby mohol byť tento typ zdravotnej starostlivosti financovaný prostredníctvom klasifikačného systému, keďže ide o podobnú zdravotnú starostlivosť, aká sa poskytuje v ústavnej zdravotnej starostlivosti. Zjednotenie vykazovania a priblíženie úhradového mechanizmu umožní podporu presunu pacientov z ústavnej zdravotnej starostlivosti do jednodňovej zdravotnej starostlivosti, ktorá je pre určité skupiny pacientov medicínsky výhodnejšia aj finančne efektívna.

**K bodom 4 až 7 (§ 79 ods. 1 písm. zb prvý až štvrtý bod)**

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na vypustenie § 79 ods. 10 a 12. Zároveň sa upravujú termíny v nadväznosti na zmeny v termínoch v § 67b zákona o zdravotných poisťovniach.

**K bodu 8 (§ 79 ods. 1 písm. ze))**

Legislatívno-technická úprava v súvislosti s vypustením inštitútu odborne spôsobilej osoby z § 67c zákona č. 581/2004 Z. z. Zároveň sa ustanovuje povinnosť prevádzkovateľa nemocnice a aj poskytovateľa jednodňovej zdravotnej starostlivosti, ktorý prevádzkuje zariadenie jednodňovej zdravotnej starostlivosti vykazovať zdravotnej poisťovni zdravotné výkony.

**K bodu 9 (§ 79 ods. 1 písm. af))**

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na vypustenie § 79 ods. 10 a 12

**K bodu 10 (§ 79 ods. 10 a 12)**

Navrhuje sa vypustiť povinnosť vydávať Zoznam zdravotných výkonov a pravidlá kódovania vo forme všeobecne záväzného právneho predpisu. V súlade so zákonom č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach ministerstvo zdravotníctva vydáva všetky dokumenty definujúce klasifikačný systém v určitom časovom harmonograme. Vyčlenenie dostatočného času na vydávanie zoznamu zdravotných výkonov a pravidiel kódovania ako všeobecne záväzných predpisov by si vyžadovalo zmenu harmonogramu pre ostatné, na týchto dokumentoch závislé dokumenty, čím by sa buď skrátilo obdobie na každoročné predkladanie návrhov na zmenu alebo obdobie na následné zapracovanie týchto zmien do informačných systémov po ich zverejnení. Z tohto dôvodu navrhujeme zachovanie harmonogramu podľa § 79 zákona č. 581/2004 Z. z.

**K bodom 11 a 12 (§ 79 ods. 19 a § 79 ods. 1 písm. c))**

V nadväznosti na zmeny v zoznamoch čakajúcich poistencov v § 40 a 42 zákona č. 540/2021 Z. z. sa tieto premietajú aj do povinností poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

**K bodu 13 (§ 81 ods. 1 písm. j))**

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na vypustenie § 79 ods. 10 a 12 a následné prečíslovanie.

**K bodu 14 (§ 82 ods. 22)**

Nakoľko dohľad nad vedením zdravotnej dokumentácie je zverený dvom subjektom – úradu pre dohľad a orgánu, ktorý vydáva povolenia, je nutné, aby nedošlo k dvojitému trestaniu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti za rovnaký delikt, nakoľko je to právne neprípustné. Uvedené je možné zo strany úradu zabezpečiť informovaním orgánu o začatí konania o uložení pokuty (prekážka litispendencie). Oznamovanie (právoplatného) uloženia pokuty, ako je tomu doteraz (prekážka *rei iudicata*) je však nedostatočné. Rovnakú povinnosť musí mať smerom k úradu aj orgán, ktorý vydáva povolenie.

**K čl. VI (580/2004 Z. z.)**

**K bodu 1 (§ 3 ods. 2 písm. c))**

Posudzovanie dokladov súvisiacich so zdravotným poistením v cudzine (mimo štátov EHP) je náročné a v mnohých prípadoch až nemožné. Osoby nepredkladajú požadované doklady riadne a včas z dôvodu, že dlhodobo žijú v cudzine. Samotná existencia alebo neexistencia zdravotného poistenia v SR je z pohľadu pobytu v cudzine mimo členských štátov EHP irelevantná a nezakladá tejto osobe žiadne nároky v štáte jeho súčasného pobytu. Z uvedených dôvodov je zrejmé, že samotný dlhodobý pobyt v cudzine je postačujúcou skutočnosťou pre zánik verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike.

**K bodom 2 a 5** **(§ 3 ods. 3 písm. a), § 3 ods. 12)**

S rozvojom práce z domu dochádza aj k tomu, že prácu pre zamestnávateľa so sídlom v Slovenskej republike vykonávajú aj osoby z cudziny mimo členských štátov (napr. práca v callcentrách IT podpory), ktoré sa po celý čas výkonu práce zdržiavajú v cudzine, nemajú oprávnenie na pobyt na území SR a z tohto dôvodu ani nemôžu reálne čerpať zdravotnú starostlivosť uhrádzanú z verejného zdravotného poistenia v SR. Z tohto dôvodu sa javí ako potrebné presne určiť postavenie týchto osôb vo väzbe na účasť na systéme zdravotného poistenia v SR, pričom nie je účelné, aby tieto osoby boli verejne zdravotne poistené, mali povinnosť vypisovať a doručovať prihlášku do nimi zvolenej zdravotnej poisťovne a boli im vystavované a doručované preukazy zdravotnej poisťovne.

**K bodu 3** **(§ 3 ods. 3 písm. b))**

Navrhuje sa, aby pre vznik účasti na verejnom zdravotnom poistení cudzincov nebolo postačujúcou podmienkou vydanie oprávnenia na výkon podnikania, ale aj existencia povolenia

na pobyt v SR. Uvedená zmena sa navrhuje z dôvodu, že v praxi vznikajú často situácie, kedy cudzinec má vydané živnostenské oprávnenie, avšak príslušný orgán ešte nerozhodol o udelení pobytu a cudzinec ešte nevstúpil na územie SR a živnosť nemôže ešte vykonávať. Obdobne, napr. v prípade administratívneho vyhostenia cudzinca dochádza k situáciám, že živnosť cudzinca nie je ukončená, pričom on sám už na území SR nie je, nemôže si plniť oznamovacie povinnosti voči zdravotnej poisťovni a ani nemôže platiť poistné. Nastávajú situácie, kedy zdravotným poisťovniam vznikajú pohľadávky, ktoré sú nevymožiteľné.

**K bodu 4 (§ 3 ods. 3 písm. l))**

Cieľom navrhovaných zmien je poskytnúť zdravotné poistenie financované z verejných zdrojov štipendistom z radov študentov prvého až tretieho stupňa VŠ a z radov VŠ učiteľov a vedcov počas ich pobytu na Slovensku, ktorí prichádzajú z krajín mimo EÚ. Navrhované zmeny majú prispieť k hlavnému cieľu formulovanému v Komponente 10 Plánu obnovy a odolnosti SR (POO), ktorý znie: „Cieľom je vytvoriť účinné politiky a nástroje na úspešné zapojenie Slovenska do obehu mozgov („brain circulation“) motivujúce zahraničných pracovníkov, vrátane emigrantov zo Slovenska, študentov, či podnikateľov k príchodu na Slovensko. Cieľom politík na podporu mobility je zmierniť narastajúci demografický tlak, prilákať ľudský kapitál nevyhnutný na rast slovenskej ekonomiky a plne profitovať z európskeho trhu s talentmi.“

Začlenenie štipendistov do verejného zdravotného poistenia taktiež vyplýva zo Stratégie internacionalizácie vysokého školstva do roku 2030, ktorú schválila vláda Slovenskej republiky svojim uznesením č. 731 z 8. 12. 2021 a ktorá je zároveň jedným z hlavných míľnikov pre napĺňanie POO. Zabezpečenie zdravotného poistenia počas pobytov financovaných z verejných zdrojov prispeje k zvýšeniu atraktivity pobytov cudzincov v rámci štipendijných schém, ktoré sú financované aj jednostrannými štipendiami ponúkanými vládou Slovenskej republiky alebo Ministerstvom školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky a teda ide o zrovnoprávnenie postavenia takýchto štipendistov s osobami, ktoré už v súčasnosti prichádzajú na účel štúdia na pobyty v rámci medzinárodných zmlúv a ktoré sú financované zo štátneho rozpočtu (podobne ako ostatné štipendijné programy). Vo všetkých prípadoch totiž ide o záujem Slovenskej republiky prilákať cudzincov na Slovensko, ktorý je deklarovaný aj vládou Slovenskej republiky (pozri bod B.1 uznesenia vlády Slovenskej republiky č. 731 z 8. 12. 2021). Zdravotné poistenie ako súčasť štipendijnej podpory je bežnou praxou v iných krajinách, pričom riešenia sú aplikované rôzne (napr. Maďarsko kombinuje verejné zdravotné poistenie s príspevkom na doplnkové zdravotné poistenie, Nemecko poskytuje prostredníctvom DAAD zdravotné poistenie všetkým štipendistom formou hromadnej poistky).

V súčasnosti nie sú naše štipendiá pre študentov konkurencieschopné, lebo sú v prepočte na paritu kúpnej sily len polovičné oproti Česku, či Poľsku. Ak by sme k nim pridali pokrytie zdravotného poistenia, tak by sme sa aspoň priblížili Maďarsku. Inými slovami nie sme konkurencieschopní ani len v porovnaní s ostatnými štátmi V4, pričom náš problém s nedostatkom talentu je výrazne horší ako v susedných krajinách. V prípade, že podmienky pre talentovaných ľudí zo zahraničia nezatraktívnime, hrozí, že nenaplníme ani ciele POO v zmysle prilákania najkvalitnejších ľudí, ktorí radšej budú smerovať do krajín s lepšou podporou. Zároveň, aby nedochádzalo k zbytočnej administrácii pri krátkych pobytoch (a to aj s prihliadnutím na existujúce zákonné lehoty pri vzniku poistenia podľa § 6), navrhujeme aplikovať toto povinné zdravotné poistenie až pri pobytoch trvajúcich dlhšie ako 1 mesiac. Pre prehľadnosť a jednoduchšie overenie toho, ktorých štipendijných programov sa zapojenie štipendistov do verejného zdravotného poistenia týka, sa v návrhu zavádza povinnosť pre Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky zverejňovať zoznam všetkých relevantných programov na svojom webovom sídle.

Rovnaký prístup sa už v súčasnosti uplatňuje napr. pri vydávaní národných víz podľa uznesenia vlády Slovenskej republiky č. 731 z 8. 12. 2021, ktorý sa osvedčil ako administratívne nenáročný a rýchlo overiteľný element (pozri https://www.minedu.sk/zoznam-programov-zaujem-slovenskej-republiky/ - existujúci zoznam by sa len rozšíril o prípadný dátum ukončenia programu, ak by k nemu došlo počas existencie zoznamu). Zahraniční štipendisti predstavujú aj ekonomický prínos pre hosťujúcu krajinu. Na ilustráciu možno uviesť, že viaceré štúdie v rôznych krajinách ukazujú na ekonomické prínosy zahraničných študentov pre domácu ekonomiku, napr. Fínsko,[[28]](#footnote-28) Španielsko,[[29]](#footnote-29) Česko,[[30]](#footnote-30) a pod. Zároveň v prípade študentov – cudzincov, ktorých podpora sa očakáva vo zvýšenej miere práve s ohľadom na očakávanú investíciu 3 Komponentu 10 POO vzhľadom na relatívne mladý vek a s tým súvisiacu predpokladanú nízku chorobnosť (porovnateľnú s rovnakou populáciou slovenských študentov v obdobnom veku), by nemali predstavovať zvýšenú finančnú záťaž pre systém verejného zdravotného poistenia, teda výdavky z poistného.

**K bodom 6 a 14 (§ 6 ods. 4 písm. a), § 6 ods. 11, písm. c))**

Na základe informácií z aplikačnej praxe, dochádza k situáciám, kedy rodičia detí, ktoré boli rozhodnutím súdu zverené do starostlivosti inému subjektu, bez vedomia tohto subjektu, menia deťom zdravotnú poisťovňu. Zariadenia, ktorým boli tieto deti zverené do starostlivosti sa o tejto skutočnosti spravidla dozvedia až pri návšteve lekára. Uvedené spôsobuje mimoriadne komplikácie najmä v prípadoch, kedy nová zdravotná poisťovňa dieťaťa nie je v zmluvnom vzťahu s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorého dieťa dlhodobo navštevuje, v dôsledku čoho musia zariadenia, ktorým je dieťa zverené do starostlivosti hľadať nového poskytovateľa, čo je v niektorých prípadoch (napr. v prípade detských psychiatrov) pomerne náročné, pričom zároveň takáto zmena poskytovateľa zdravotnej starostlivosti môže byť pre dieťa stresujúca. V záujme ochrany maloletých detí, ktoré boli odňaté ich rodičom zo starostlivosti, je potrebné prijať úpravu tak, aby bolo zrejmé, že v prípade, ak je dieťa na základe právoplatného rozhodnutia súdu zverené do starostlivosti inej fyzickej osoby alebo do starostlivosti právnickej osoby, zdravotnú poisťovňu môže tomuto dieťaťu zmeniť len táto osoba a nie aj rodič, ktorému bolo dieťa zo starostlivosti odňaté.

Vzhľadom k skutočnosti, že zdravotná poisťovňa nemá informáciu o zverení dieťaťa do starostlivosti inému subjektu, môže v aplikačnej praxi nastať prípad, že zdravotná poisťovňa takúto prihlášku na zmenu zdravotnej poisťovne prijme. Následne sa bude postupovať podľa novonavrhnutého ustanovenia § 6 ods. 11 písm. c).

**K bodu 7 (§ 6 ods. 5)**

Legislatívno-technická úprava vzhľadom na úpravu znenia § 7 ods. 2 v predošlých novelách.

**K bodu 8 (§ 6 ods. 5)**

S účinnosťou od 1.1.2021 bol z povinných náležitostí prihlášky na verejné zdravotné poistenie odstránený údaj o čase prijatia prihlášky a o čase podania prihlášky (§ 8 ods. 1 písm. a) a h) zákona č. 580/2004 Z. z.). Uvedená zmena je vzhľadom na ustanovenie § 7 ods. 5 a 6 zákona č. 580/2004 Z. z. v poriadku pri prihláškach na zmenu zdravotnej poisťovne, pri prihláškach na vznik verejného zdravotného poistenia však má potenciál spôsobiť v aplikačnej praxi problémy, a to vzhľadom na súčasné znenie § 6 ods. 5. Ak poistenec podá v jeden deň prihlášku na vznik verejného zdravotného poistenia vo viac ako jednej zdravotnej poisťovni, pričom na prihláške nebude uvedený čas jej podania, nebude možné určiť, ktorej zdravotnej poisťovni bola prihláška podaná ako prvej. Vzhľadom na uvedené sa ustanovuje, že príslušnou bude zdravotná poisťovňa, ktorá eviduje vyšší počet poistencov.

**K bodom 9 a 17 (§ 6 ods. 9, § 8 ods. 1)**

Ustanovujú sa pravidlá, kedy je zdravotná poisťovňa povinná odmietnuť prijatie a potvrdenie prihlášky poistenca. Zdravotná poisťovňa nemôže prijať každú prihlášku, ktorá jej je doručená. Prijatiu prihlášky by mala predchádzať kontrola úplnosti a v rozsahu údajov, ktorými zdravotné poisťovne disponujú aj správnosti údajov uvádzaných na prihláške. Tento mechanizmus plní predovšetkým preventívnu funkciu, eliminuje riziko tzv. nezákonných prepoistení. Nakoľko sa však v aplikačnej praxi v tejto súvislosti vyskytli výkladové rozdiely, za účelom odstránenia akýchkoľvek pochybností je potrebné do zákona doplniť znenie, z ktorého bude jednoznačne zrejmé, že ak prihláška neobsahuje obligatórne zákonné náležitosti, zdravotná poisťovňa takúto prihlášku bez odstránenia týchto nedostatkov nemôže akceptovať. Zároveň je potrebné prijať úpravu, ktorá umožní zdravotnej poisťovni akceptovať výlučne len tie prihlášky, ktoré budú podané elektronicky podpísané kvalifikovaným elektronickým podpisom alebo ktoré budú podané osobne poistencom alebo osobou oprávnenou konať za poistenca priamo na pracovisku zdravotnej poisťovne (pobočky, expozitúry, ústredie). Len právna úprava umožňujúca podávanie prihlášok výlučne týmito formami odstráni riziko nezákonných prepoistení, ku ktorým každoročne dochádza. Navrhovaná právna úprava zamedzí tomu, aby boli prihlášky poistencami podávané na ulici, v nákupných centrách či na staniciach, t.j. na miestach, ktoré nevytvárajú pre poistenca optimálne podmienky pre riadne posúdenie a zváženie, či skutočne chce k zmene zdravotnej poisťovne pristúpiť a kde nie je dostatočná garancia, že poistencovi poskytuje informácie o poistnom vzťahu dostatočne odborne spôsobilá osoba. Zároveň tieto spôsoby podávania prihlášok garantujú, že prihlášku skutočne podáva osoba, ktorej údaje sú na prihláške uvedené a ktorá prihlášku reálne podpisuje. V praxi sa totiž bežne vyskytovali prípady, kedy poistenci spochybňovali podanie prihlášky, tvrdili, že prihlášku nepodávali ani ju nepodpísali, pričom preukazovanie pravdivosti týchto tvrdení je mimoriadne náročné. Vzhľadom na dlhodobé a pretrvávajúce problémy spojené s podávaním prihlášok do zdravotných poisťovní je nevyhnutné sprísnenie právnej úpravy upravujúcej proces podávania prihlášok do zdravotných poisťovní, a to tak v záujme poistencov, ako aj v záujme ochrany samotných zdravotných poisťovní.

Z dôvodu eliminácie nezákonných prepoistení sa ustanovujú štyri spôsoby podania prihlášky a ich náležitosti. Za účelom riadnej identifikácie poistenca sa stanovuje, že prihlášku môže poistenec alebo osoba oprávnená konať za poistenca podať na pracovisku zdravotnej poisťovne, kde ho pracovník zdravotnej poisťovne overí podľa identifikačného dokladu, ďalej poštou alebo elektronickými prostriedkami, kedy na overenie identifikácie poistenca slúži fotokópia identifikačného dokladu poistenca alebo osoby oprávnenej konať za poistenca, ktorá je povinnou prílohou takto podanou prihláškou, v ostatných prípadoch podania prihlášky musí byť podpis poistenca alebo osoby oprávnenej konať za poistenca úradne osvedčený. Tento mechanizmus plní predovšetkým preventívnu funkciu.

Za účelom jednoznačnej identifikácie osoby, a to aj v prípade diaľkovej komunikácií s poistencom, sa stanovuje povinná príloha prihlášky, ktorou je fotokópia identifikačného dokladu, ktorého číslo je uvedené na prihláške podanej elektronickými prostriedkami podpísanej elektronickým podpisom podľa § 8 alebo v prípade, ak poistenec zasiela prihlášku poštou. Zaručuje sa tak overenie osoby, ktorá prihlášku podáva.

V roku 2020 bolo 6 994 neakceptovaných prihlášok na zmenu zdravotnej poisťovne (z toho spať vzatých 2 379) a až 37 135 neakceptovaných prihlášok v roku 2021, čo je cca 5 násobný nárast oproti predošlému roku (počet spať vzatých nebol špecifikovaný). Nová úprava legislatívy by tak pomohla výrazne znížiť náklady poisťovní na prepoistenie.

**K bodom 10 a 12 (§ 6 ods. 10 písm. a), § 6 ods. 11 písm. a))**

S účinnosťou od 1.1.2021 bol z povinných náležitostí prihlášky na verejné zdravotné poistenie odstránený údaj o čase prijatia prihlášky a o čase podania prihlášky. Z uvedeného dôvodu sa vypúšťa údaj o čase podania a čase prijatia prihlášky tak, aby tieto ustanovenia neboli v kolízií s ustanovením § 8 ods. 1 zákona č. 580/2004 Z. z. upravujúcim obligatórne náležitosti prihlášky, a teda, aby zdravotné poisťovne a úrad pre dohľad neboli viazané zákonnou povinnosťou vzájomne si oznamovať údaje, ktoré im nie sú známe.

**K bodom 11 a 13 (§ 6 ods. 10 písm. b), § 6 ods. 11 písm. b))**

Ustanovujú sa povinnosti zdravotnej poisťovne a Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou pri výmene údajov súvisiacich s rozhodnutím poistenca zmeniť poisťovňu vo väzbe na ďalšie navrhované úpravy v tejto novele.

**K bodu 15 (§ 6 ods. 14 a 15)**

*K odseku 14*

V aplikačnej praxi sa opakovane vyskytujú prípady, kedy zdravotná poisťovňa neoznámi úradu údaje o prijatých prihláškach v termínoch zadefinovaných zákonom. Dôvody bývajú rôzne, tak objektívne (neskoré doručenie prihlášky do zdravotnej poisťovne, hoci prihláška bola na poštovú prepravu poistencom podaná v zákonnom termíne a v dostatočnom časovom predstihu), ako aj subjektívne (zlyhanie zamestnancov zdravotnej poisťovne v procese spracúvania prihlášky). V súčasnosti platná právna úprava neupravuje spôsob riešenia týchto prípadov. Ak by však úrad pre dohľad striktne všetky prihlášky oznámené zdravotnou poisťovňou po zákonom zadefinovanom termíne neakceptoval, poistencovi by bolo odňaté jeho zákonné právo na výber zdravotnej poisťovne, hoci z jeho strany boli splnené všetky zákonom predpokladané podmienky (riadne a včasné podanie prihlášky). Zlyhanie tretieho subjektu (napr. poštového prepravcu, zdravotnej poisťovne), o ktoré sa poistenec nijakým spôsobom nepričinil, a ktoré objektívne nemal možnosť nijakým spôsobom ovplyvniť, by nemalo mať negatívny dopad na poistenca a na jeho práva. Z uvedeného dôvodu je potrebné vytvoriť legislatívny priestor pre riešenie týchto situácií, a to tak, že zdravotná poisťovňa môže úradu pre dohľad oznámiť prijatie prihlášky aj po uplynutí zákonom zadefinovaného termínu, avšak v prípade, ak dôvod oneskoreného oznámenia nastal na strane zdravotnej poisťovne, táto by bola, aj napriek možnosti dodatočného oznámenia údajov o prijatej prihláške, plne zodpovedná za neoznámenie týchto údajov v riadnom termíne so všetkými s tým spojenými právnymi následkami.

*K odseku 15*

Vzhľadom na skúsenosti z aplikačnej praxe a s cieľom zamedziť podvodne podávaným prihláškam sa ustanovuje povinnosť predchádzajúcej zdravotnej poisťovni pri zmene zdravotnej poisťovne písomne oboznámiť poistenca o prijatí informácie o podaní prihlášky v inej zdravotnej poisťovni tak, aby v prípade podania podvodnej prihlášky mal poistenec vytvorený dostatočný časový priestor na namietnutie pravosti prihlášky ešte predtým, ako nastanú účinky vyplývajúce zo zmeny zdravotnej poisťovne.

**K bodom 16 (§ 7 ods. 4 až 6), 20 (§ 8a) a 53 (§ 25 ods. 1 písm. b))**

V prepoisťovacom období 10/2020 – 9/2021 bol zaznamenaný enormný nárast počtu späťvzatí prihlášok na zmenu zdravotnej poisťovne, z ktorých veľká časť neobsahovala ani len základné náležitosti, ktoré je nutné vyžadovať na to, aby bolo možné tieto späťvzatia považovať za právne relevantné. Späťvzatia prihlášok na zmenu zdravotnej poisťovne podané vo vzťahu k maloletým osobám napr. neobsahovali žiadne údaje o osobe, ktorá späťvzatie za maloletého poistenca podávala, neobsahovali úplné údaje o poistencovi, ktoré by umožňovali jeho jednoznačnú a nespochybniteľnú identifikáciu a pod. V aktuálne platnej právnej úprave absentuje ustanovenie, ktoré by jasne definovalo náležitosti späťvzatia prihlášok na zmenu zdravotnej poisťovne. Z aplikačnej praxe jednoznačne vyplýva potreba prijatia tejto právnej úpravy, a to v záujme právnej istoty tak na strane poistencov, ako aj na strane zdravotných poisťovní a v končenom dôsledku aj na strane úradu pre dohľad, ktorý spracúva údaje o prihláškach a ich späťvzatiach.

Zdravotnú poisťovňu zmenilo od 1. 1. 2022 52-tisíc ľudí, výsledky prepoistenia indikujú vyostrenie konkurenčného boja. Úrad v roku 2021 evidoval 189 015 prihlášok na zmenu zdravotnej poisťovne. Akceptovaných bolo predbežne 151 905 prihlášok, neakceptovaných bolo 37 110. V porovnaní s rokom 2020 ide o viac než 500 %-ný nárast neakceptovaných prihlášok, ktoré zahŕňajú duplicitné aj späť-vzaté prihlášky. Z uvedeného nárastu je zrejmé vyostrenie konkurenčného boja o poistenca. Úrad v roku 2021 riešil celkom 414 podaní týkajúcich sa neoprávnenej zmeny zdravotnej poisťovne od 1. 1. 2022 a nekalých praktík pri nábore poistencov zo strany zdravotných poisťovní. Podania doručené v roku 2021 sa týkali cca 10 000 osôb, nakoľko úradu boli doručené aj hromadné podania za viacerých poistencov.

**K bodu 18** **(§ 8 ods. 1 písm. b))**

Z povinných náležitostí prihlášky sa vypúšťa rodné priezvisko, na základe podnetov a poznatkov z aplikačnej praxe. Tento údaj nie je podstatný pri podávaní prihlášky.

**K bodu 19 (§ 8 ods. 7)**

Na účely overenia totožnosti sa ustanovuje príloha k zaslanej alebo podanej prihláške.

**K bodom 21 až 25 (§ 9 ods. 2 až 4, § 9 ods. 5, § 9 ods. 7 písm. e), § 9 ods. 8)**

Osoby verejne zdravotne poistené v SR majú nárok na poskytnutie a úhradu zdravotnej starostlivosti v rozsahu ustanovenom osobitným predpisom (zákon č. 577/2004 Z. z. rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov.)

Výnimkou sú osoby s dlhom na poistnom, ktoré majú nárok iba na poskytnutie a úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti. (Neodkladná zdravotná starostlivosť je zdravotná starostlivosť poskytovaná osobe pri náhlej zmene jej zdravotného stavu, ktorá bezprostredne ohrozuje jej život alebo niektorú zo základných životných funkcií, bez rýchleho poskytnutia zdravotnej starostlivosti môže vážne ohroziť jej zdravie, spôsobuje jej náhlu a neznesiteľnú bolesť alebo spôsobuje náhle zmeny jej správania a konania, pod ktorých vplyvom bezprostredne ohrozuje seba alebo svoje okolie.)

Aby tieto osoby získali prístup k plnému rozsahu zdravotnej starostlivosti, musia splatiť svoj dlh, alebo spĺňať niektorú z nasledovných podmienok:

* uzavretá dohoda o splátkach dlhu, pričom dlžník dohodu riadne plní,
* splácanie dlhu splátkami exekútorovi,
* vyhlásený konkurz alebo povolená reštrukturalizácia,
* súdom nariadená ochranná liečba.

Ak dlžník má dlh z minulosti, nespĺňa žiadnu z vyššie uvedených podmienok, má stále prístup iba k neodkladnej zdravotnej starostlivosti a to bez ohľadu na to, či platí alebo neplatí bežné poistné. Tento nástroj nemal byť nikdy koncipovaný ako nástroj na ušetrenie prostriedkov verejného zdravotného poistenia (obmedzenie uhrádzanej zdravotnej starostlivosti), ale ako nástroj, ktorý by efektívne donútil poistencov platiť si poistné a postihoval predovšetkým špekulatívnych neplatičov (osoba má prostriedky na úhrady zdravotného poistenia, ale poistné neplatí).

Je však možné skonštatovať, že toto ustanovenie vo veľkej miere postihuje aj najohrozenejšie nízkopríjmové skupiny, pri ktorých často dlh v minulosti vzniká nie z úmyslu neplatiť si poistné, ale iba z nevedomosti a nesplnenia si oznamovacej povinnosti (napr. osoba dostane v práci výpoveď, nezaregistruje sa na úrade práce, prípadne sa zaregistruje oneskorene, odíde na určitý čas do cudziny, kde však nie je zdravotne poistená alebo ekonomicky činná). Tejto osobe vzniká v zdravotnej poisťovni za toto obdobie dlh ako samoplatiteľovi. Vzhľadom k nízkym príjmom takejto osoby táto nemá voľné finančné prostriedky ani na úhradu minimálnej splátky splátkového kalendára a ostáva osobou s nárokom iba na neodkladnú zdravotnú starostlivosť *de facto* až do smrti – a to aj napriek skutočnosti, že sa stane dôchodcom, za ktorého už platí v plnej výške poistné štát). Súčasný systém neanalyzuje, a preto nepozná, aké skupiny obyvateľov SR sú dlžníkmi. Nepoznáme, aké je ich vekové, socioekonomické alebo vzdelanostné zloženie; ktoré skupiny sú dlžníkmi dlhodobo a ktoré sú dlžníkmi opakovane. Nedá sa ani zistiť, ako dopadá postih vylúčenia na ľudí so zdravotnými problémami a odkiaľ a za akú cenu získavajú financie na splatenie dlhu v prípade potreby zdravotnej starostlivosti.

Okrem znižovania kapacity jednotlivcov vrátiť sa do platbyschopnej situácie toto opatrenie dopadá aj na nákladovosť dlžníkov pre zdravotný systém. Zo systémového hľadiska sú náklady na zdravotnú starostlivosť vylúčených osôb vyššie pre ich neschopnosť riešiť zdravotné problémy včas a ambulantne. Mnohé štúdie preukázali, že dostupná štandardná zdravotná starostlivosť, zahŕňajúca skorý záchyt ochorení a ich liečbu v raných štádiách, je z dlhodobého hľadiska pre systém lacnejšia.

Nedá sa hovoriť ani o krátkodobých ziskoch. Vylúčenie zo štandardnej zdravotnej starostlivosti zaťažuje jednotlivcov progresívnym a neodvratným zhoršovaním ich zdravotného stavu a systém financovania zdravotnej starostlivosti je zaťažovaný výdavkami na riešenie predchádzateľných ochorení v pokročilom štádiu. V prípade, že poskytovateľ nájde pacienta na zozname dlžníkov a zistí, že má nárok na poskytovanie len neodkladnej zdravotnej starostlivosti, ocitá sa pred zložitou morálno-etickou dilemou. Poskytovateľ musí vyhodnotiť, či zdravotný stav pacienta spadá pod definíciu neodkladnej zdravotnej starostlivosti.

V niektorých prípadoch to samozrejme nie je problematické, napr. pri akútnych stavoch, pri pôrode. V prípade chronických ochorení, ale aj vo väčšine ďalších ochorení, sú lekári postavení pred dilemu, či pacientovi poskytnúť zdravotnú starostlivosť a riskovať, že zdravotná poisťovňa vyhodnotí stav ako nespadajúci pod definíciu neodkladnej starostlivosti a úkon im nepreplatí, alebo pacienta odmietnuť a riskovať zhoršenie zdravotného stavu v budúcnosti. Nehovoriac o preventívnej zdravotnej starostlivosti, ktorá pod neodkladnú starostlivosť nespadne nikdy (napr. preventívne gynekologické prehliadky, prehliadky zamerané na prevenciu rakoviny u určitých vekových skupín, atď.). Lekári majú ešte alternatívu nechať pacienta uhradiť zdravotnú starostlivosť v hotovosti, avšak veľká väčšina dlžníkov tieto prostriedky k dispozícii nemá, hlavne ak ide o zákroky finančne náročné, prípadne ak si ochorenie vyžaduje pravidelnú liečbu, ktorú si dlhodobo nemôžu dovoliť. Lekári tak nesú hlavné bremeno rozhodovania, či zdravotnú starostlivosť týmto osobám poskytnú alebo nie. Lekári by ale nemali byť pred takúto dilemu vôbec postavení.

Ako bolo uvedené vyššie, obmedzenie prístupu k zdravotnej starostlivosti pre dlžníkov nemalo slúžiť na šetrenie zdrojov zdravotných poisťovní, ale mal to byť jeden z nástrojov na zlepšenie výberu poistného, ktorý mal prinútiť osoby, ktoré neplatili poistné zo špekulatívnych dôvodov, aby toto poistné začali platiť.

Ustanovenie o obmedzení zdravotnej starostlivosti je v legislatíve zavedené od roku 2005, avšak v praxi bolo toto opatrenie spočiatku uplatňované len na poskytovanie/neposkytovanie kúpeľnej starostlivosti. K reálnemu uplatňovaniu širších obmedzení v prístupe k zdravotnej starostlivosti v praxi začalo dochádzať postupne až v od rokov 2011 – 2012, pričom do súčasnej sofistikovanej podoby (elektronické zoznamy dlžníkov, prepojenie zdravotných poisťovní, poskytovateľov) sa vypracovalo v nasledujúcich rokoch (cca do roku 2015). Ak by toto obmedzenie malo merateľný vplyv na úspešnosť výberu poistného, malo by prísť po r. 2012 k postupnému nárastu úspešnosti. V skutočnosti však úspešnosť výberu poistného aj pred aj po zavedení reštrikčných obmedzení voči dlžníkom osciluje na úrovni cca 98 %; t. j. toto opatrenie nemá merateľný vplyv na úspešnosť výberu poistného.

V súvislosti s výberom poistného od dlžníkov je potrebné upozorniť na ďalší paradox - pri obmedzení zdravotnej starostlivosti pre nízkopríjmové skupiny dlžníkov, ktoré nemajú prostriedky ani na minimálnu splátku a ktoré sa stanú poistencami štátu (napr. začatie poberania starobného dôchodku) je týmto osobám naďalej poskytovaná iba neodkladná zdravotná starostlivosť, avšak poistné odvádzané štátom krátené nie je; odvádza sa v rovnakej výške ako za iných poistencov štátu, ktorí ale majú nárok na plný rozsah zdravotnej starostlivosti. Obdobná situácia nastane, aj ak sa dlžník zamestná.

Z vyššie uvedených dôvodov sa navrhuje upraviť rozsah zdravotnej starostlivosti, na ktorú majú určité vybrané skupiny poistencov nárok. Dlžník, ktorý nebude spĺňať zákonom stanovené podmienky, (§ 9 ods. 2) bude mať právo na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytovanej v súvislosti s tehotenstvom, očkovania za účelom prevencie infekčných ochorení ako aj liečbu infekčného ochorenia, a úhradu zdravotnej starostlivosti poskytovanej na liečbu chronického ochorenia, ktoré má bez liečby za následok ťažké a nevratné zmeny zdravia vedúce k predčasnému úmrtiu, ak pôjde o poistencov štátu.

**K bodom 26 až 31 (§ 9f)**

Cezhraničná zdravotná starostlivosť je koncept vyplývajúci z transpozície smernice EP a Rady 2011/24/EÚ o uplatňovaní práv pacientov pri cezhraničnej zdravotnej starostlivosti.

Žiadosť o poskytnutie predchádzajúceho súhlasu v súvislosti s cezhraničnou zdravotnou starostlivosťou v súčasnosti obsahuje niekoľko obligatórnych náležitostí, okrem iného aj výpočet predpokladaných nákladov plánovanej zdravotnej starostlivosti vypracovaný poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte, v ktorom sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť, a potvrdenie o možnom prijatí poistenca u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v cudzine po kladnom rozhodnutí zdravotnej poisťovne. Žiadosť musí obsahovať aj odôvodnenie potreby poskytnutia navrhovanej liečby v cudzine klinickým pracoviskom príslušného špecializačného odboru a potvrdenie o možnom prijatí poistenca u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v cudzine po kladnom rozhodnutí zdravotnej poisťovne.

Smernica EP a Rady 2011/24/EÚ o uplatňovaní práv pacientov pri cezhraničnej zdravotnej starostlivosti nepredpokladá, že by žiadosť o predchádzajúci súhlas mohla byť zamietnutá, napr. na základe absencie vyúčtovania nákladov alebo na základe toho, že pacient nedoložil potvrdenie o prijatí od zahraničného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. V zmysle judikatúry Súdneho dvora Európskej únie vyplýva, *že čl. 20 nariadenia 883/2004 v spojení s článkom 26 ods. 4 nariadenia č. 987/2009 nevyžadujú aby lekárske stanovisko podporujúce žiadosť o predchádzajúci súhlas týkajúci sa liečby, ktorá sa má poskytnúť v inom členskom štáte, než je členský štát bydliska poistenca, vydal lekár pôsobiaci vo verejnom systéme zdravotného poistenia členského štátu bydliska tohto poistenca, a nebráni ani tomu, aby sa v priebehu konania vo veci vydania súhlasu zohľadnilo druhé lekárske stanovisko vydané lekárom pôsobiacim v členskom štáte, do ktorého poistenec zamýšľa pricestovať na účely tejto liečby.“*[[31]](#footnote-31)

Všetky vyššie spomenuté obligatórne náležitosti sa môžu javiť ako neprimeraná administratívna záťaž pre pacienta. Z toho dôvodu sa navrhuje upustiť od povinnosti disponovať výlučne názorom klinického pracoviska v Slovenskej republike, pričom medicínske odôvodnenie môže poskytnúť aj poskytovateľ zdravotnej starostlivosti z iného členského štátu EÚ a zároveň aj od povinnosti disponovať potvrdením o možnom prijatí poistenca u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v cudzine po kladnom rozhodnutí zdravotnej poisťovne.

**K bodom 32 až 35 a 61 (§ 9h, § 38ezc ods. 1)**

Žiadatelia o azyl, žiadatelia o poskytnutie dočasného útočiska a osoby v programe dobrovoľných asistovaných návratov majú aj v súčasnosti nárok na poskytnutie a úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Táto zdravotná starostlivosť je v súčasnosti zabezpečovaná prostredníctvom Ministerstva vnútra SR. Pre zjednodušenie procesu poskytovania a úhrady tejto zdravotnej starostlivosti sa navrhuje, aby bola zabezpečovaná prostredníctvom zdravotnej poisťovne, ktorej následne náklady refunduje MZ SR. Nejedná sa o rozšírenie rozsahu nároku, iba o administratívnu zmenu pri realizácii úhrady, pričom táto zmena je v prospech týchto osôb a tiež aj v prospech poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti týmto osobám bude prebiehať u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na celom území SR, ktorí si následne budú (elektronicky, cez dávky) fakturovať túto zdravotnú starostlivosť na Všeobecnú zdravotnú poisťovňu, a. s.. Ak by VšZP tento údaj nemala k dispozícii, museli by lekári k fakturácii predkladať aj identifikačné doklady týchto osôb, následne by si ich musela VšZP jednotlivo preverovať na MV SR, pričom celý proces poskytovania a uhrádzania zdravotnej starostlivosti by sa neúmerne predĺžil, skomplikoval a zbyrokratizoval. Údaje o začatí konania o udelenie azylu ministerstvo vnútra neoznamuje v prípade, ak o udelenie azylu požiada cudzinec, ktorý má na území Slovenskej republiky udelený prechodný pobyt alebo trvalý pobyt, alebo už má udelený azyl alebo poskytnutú doplnkovú ochranu. Údaje o ukončení konania o udelenie azylu ministerstvo vnútra oznamuje aj v prípade, ak sa žiadateľovi v konaní udelil azyl alebo poskytla doplnková ochrana, ale cudzinec je stále aj žiadateľom vzhľadom na prípadné preskúmanie rozhodnutia o neudelení azylu alebo neposkytnutí doplnkovej ochrany v tej časti, ktorej sa mu nevyhovelo.

**K bodu 36 (§ 10 ods. 4)**

Súčasná právna úprava vyžaduje predkladanie faktúr za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v cudzine na prelome rokov, a to za každých okolností vo vzťahu k všetkým poistencom, ktorí takúto zdravotnú starostlivosť na prelome rokov čerpali. Táto požiadavka je oproti cieľom vyplývajúcim zo Smernice o cezhraničnej zdravotnej starostlivosti neprimeraná, a to z dôvodu administratívnej záťaže. Z toho dôvodu sa navrhuje upresniť, že poistenec bude mať takúto administratívnu povinnosť len ak zmení zdravotnú poisťovňu. Zmena zdravotnej poisťovne v zmysle zákona môže byť účinná vždy k 1. januáru kalendárneho roka. Ak však poistenec ostane poistený v tej istej zdravotnej poisťovni, predkladanie viacerých faktúr je neprimerane administratívne zaťažujúce.

**K bodu 37 (§ 10a ods. 1)**

Navrhovaná úprava úmerne predlžuje čas potrebný na tlač a distribúciu preukazov poistenca pri zmene zdravotnej poisťovne oproti bežnému vzniku verejného zdravotného poistenia.

Podľa aktuálnej legislatívy sú ZP pri vydaní preukazu aj pri zmene ZP časovo limitované okamihom potvrdenia prihlášky (v zmysle zákona od 20. do 30. novembra) a následne plynúcou lehotou 10 pracovných dní od jej potvrdenia. Zadefinovaním maximálneho termínu na vydanie preukazov pri zmene ZP by reálne nedošlo k posunu ich vydania (s prihliadnutím na skutočnosť ak by sa potvrdzovali až 30.novembra). Vypustením podmienky počítania lehoty na vydanie preukazu odo dňa potvrdenia prihlášky by ale poisťovne pri takomto hromadnom vydávaní preukazov v rámci zmenových prihlášok získali viac času. Zmena neovplyvní negatívne poistenca, nakoľko platnosť preukazu pri zmene zdravotnej poisťovne je až od 1. januára nasledujúceho roka.

**K bodom 38, 41 a 45 (§ 10b ods. 2, § 13 ods. 2, § 16 ods. 2 písm. b))**

Už súčasné znenie zákona určuje povinnosť odvádzať poistné a preddavky na poistné aj z príjmov, ktoré nepodliehajú dani z príjmov z dôvodu, že tak ustanovujú predpisy o zamedzení dvojitého zdanenia. Z tohto dôvodu je potrebné jednoznačne stanoviť ako postupovať pri prepočte sumy týchto príjmov, ak je vyjadrená v cudzej mene a akým spôsobom má táto suma vstupovať do vymeriavacieho základu.

**K bodu 39 (§ 11 ods. 7 písm. w))**

Legislatívna úprava nadväzujúca na novozavedený § 3 ods. 3 písm. l), na základe ktorej majú byť štipendisti z tretích krajín byť poistencami štátu. Cieľom navrhovaných zmien je poskytnúť zdravotné poistenie financované z verejných zdrojov štipendistom z radov študentov prvého až tretieho stupňa VŠ a z radov VŠ učiteľov a vedcov počas ich pobytu na Slovensku, ktorí prichádzajú z krajín mimo EÚ. Navrhované zmeny majú prispieť k hlavnému cieľu formulovanému v Komponente 10 Plánu obnovy a odolnosti SR (POO), ktorý znie: „Cieľom je vytvoriť účinné politiky a nástroje na úspešné zapojenie Slovenska do obehu mozgov („brain circulation“) motivujúce zahraničných pracovníkov, vrátane emigrantov zo Slovenska, študentov, či podnikateľov k príchodu na Slovensko. Cieľom politík na podporu mobility je zmierniť narastajúci demografický tlak, prilákať ľudský kapitál nevyhnutný na rast slovenskej ekonomiky a plne profitovať z európskeho trhu s talentmi.“ Začlenenie štipendistov do verejného zdravotného poistenia taktiež vyplýva zo Stratégie internacionalizácie vysokého školstva do roku 2030, ktorú schválila vláda Slovenskej republiky svojim uznesením č. 731 z 8. 12. 2021 a ktorá je zároveň jedným z hlavných míľnikov pre napĺňanie POO. Poskytnutie zdravotného poistenia počas pobytov financovaných z verejných zdrojov prispeje k zvýšeniu atraktivity pobytov cudzincov v rámci štipendijných schém, ktoré sú financované aj jednostrannými štipendiami ponúkanými vládou Slovenskej republiky alebo Ministerstvom školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky a teda ide o zrovnoprávnenie postavenia takýchto štipendistov s osobami, ktoré už v súčasnosti prichádzajú na účel štúdia na pobyty v rámci medzinárodných zmlúv a ktoré sú financované zo štátneho rozpočtu (podobne ako ostatné štipendijné programy). Vo všetkých prípadoch totiž ide o záujem Slovenskej republiky prilákať cudzincov na Slovensko, ktorý je deklarovaný aj vládou Slovenskej republiky (pozri bod B.1 uznesenia vlády Slovenskej republiky č. 731 z 8. 12. 2021). Zdravotné poistenie ako súčasť štipendijnej podpory je bežnou praxou v iných krajinách, pričom riešenia sú aplikované rôzne (napr. Maďarsko kombinuje verejné zdravotné poistenie s príspevkom na doplnkové zdravotné poistenie, Nemecko poskytuje prostredníctvom DAAD zdravotné poistenie všetkým štipendistom formou hromadnej poistky). V súčasnosti sú naše štipendiá pre študentov nekonkurencieschopné, lebo sú v prepočte na paritu kúpnej sily len polovičné oproti Česku, či Poľsku. Ak by sme k nim pridali pokrytie zdravotného poistenia, tak by sme sa aspoň priblížili Maďarsku. Inými slovami nie sme konkurencieschopní ani len v porovnaní s ostatnými štátmi V4, pričom náš problém s nedostatkom talentu je výrazne horší ako v susedných krajinách. V prípade, že podmienky pre talentovaných ľudí zo zahraničia nezatraktívnime, hrozí, že nenaplníme ani ciele POO v zmysle prilákania najkvalitnejších ľudí, ktorí radšej budú smerovať do krajín s lepšou podporou. Zároveň, aby nedochádzalo k zbytočnej administrácii pri krátkych pobytoch (a to aj s prihliadnutím na existujúce zákonné lehoty pri vzniku poistenia podľa § 6), navrhujeme aplikovať toto povinné zdravotné poistenie až pri pobytoch trvajúcich dlhšie ako 1 mesiac. Pre prehľadnosť a jednoduchšie overenie toho, ktorých štipendijných programov sa zapojenie štipendistov do verejného zdravotného poistenia týka, sa v návrhu zavádza povinnosť pre Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky zverejňovať zoznam všetkých relevantných programov na svojom webovom sídle. Rovnaký prístup sa už v súčasnosti uplatňuje napr. pri vydávaní národných víz podľa uznesenia vlády Slovenskej republiky č. 731 z 8. 12. 2021, ktorý sa osvedčil ako administratívne nenáročný a rýchlo overiteľný element (pozri https://www.minedu.sk/zoznam-programov-zaujem-slovenskej-republiky/ - existujúci zoznam by sa len rozšíril o prípadný dátum ukončenia programu, ak by k nemu došlo počas existencie zoznamu). Zahraniční štipendisti predstavujú aj ekonomický prínos pre hosťujúcu krajinu. Na ilustráciu možno uviesť, že viaceré štúdie v rôznych krajinách ukazujú na ekonomické prínosy zahraničných študentov pre domácu ekonomiku, napr. Fínsko (<https://www.oph.fi/en/statistics-and-publications/publications/facts-express4b2014-what-do-we-know-about-economic-impact>),

Španielsko (<https://monitor.icef.com/2019/06/economicimpact-of-foreign-students-in-spain-estimated-at-e2-2-billion/>),

Česko (http://www.msmt.cz/vzdelavani/vysoke-skolstvi/ipn-kredo-kvalita-relevance-efektivita-diverzifikace-a - konkrétne časť podkladov pre strategické rozhodovanie českého ministerstva školstva pre oblasť Internacionalizácie) a pod. Zároveň v prípade študentov – cudzincov, ktorých podpora sa očakáva vo zvýšenej miere práve s ohľadom na očakávanú investíciu 3 Komponentu 10 POO vzhľadom na relatívne mladý vek a s tým súvisiacu predpokladanú nízku chorobnosť (porovnateľnú s rovnakou populáciou slovenských študentov v obdobnom veku), by nemali predstavovať zvýšenú finančnú záťaž pre systém verejného zdravotného poistenia, teda výdavky z poistného.

**K bodom 40, 41, 42, 43, 44, 46 (§ 13 ods. 1, § 13 ods. 5, § 13 ods. 10 a 11, § 13b, § 16 ods. 8 písm. f), § 16a, § 19 ods. 1)**

Na rozdiel do ostatných skupín platiteľov poistného (osoby samostatne zárobkovo činné a dobrovoľne nezamestnané osoby) neexistuje u zamestnanca žiaden minimálny vymeriavací základ.

Zamestnancovi postačuje akýkoľvek čiastkový úväzok na to, aby uhrádzal poistné na verejné zdravotné poistenie zo sumy reálne vyplatenej z tohto úväzku. Kvôli tomuto nedostatku dochádza k špekulatívnym uzatváraniam pracovných pomerov (napr. úväzok 1/10 a pod.), tieto osoby platia mesačne poistné na úrovni niekoľko eur a majú zabezpečené verejné zdravotné poistenie v plnom rozsahu (ak by nemali žiaden úväzok a boli by dobrovoľne nezamestnaní, vznikla by im povinnosť platiť poistné na úrovni minimálnej výšky odvodu, čo je pre rok 2022 suma 79,31 eur).

Navrhuje sa, aby sa zaviedol minimálny odvod poistného pre zamestnanca na úrovni odvodu zo sumy životného minima pre jednu plnoletú osobu (v r. 2023 suma 234,42 eur), pričom ak by vypočítaný odvod nedosiahol túto výšku, zamestnanec by musel doplatiť sumu rozdielu, vrátane rozdielu v odvode zamestnávateľa). Uvedeným opatrením nebudú postihnuté osoby v pracovnom pomere s príjmom vyšším ako je životné minimum; osoby s nižšími príjmami si budú musieť doplatiť poistné do tejto výšky. Povinnosť doplatku sa bude týkať iba zamestnanca; odvodová povinnosť zamestnávateľa bude nezmenená, z dôvodu nezvyšovania ceny práce.

Povinnosť vykonať odvod najmenej vo výške minimálneho odvodu sa nebude vzťahovať na poistencov, ktorí sú zároveň poistencami štátu (napr. deti, dôchodcovia, osoby evidované na úrade práce, osoby poberajúce dávku v hmotnej núdzi...).

Vzhľadom k skutočnosti, že hranica životného minima je stanovená ako hranica pre evidenciu na úrade práce, a tiež osoby s tak nízkymi príjmami v riziku chudoby (vzhľadom na hodnotu majetku) majú nárok na dávky v hmotnej núdzi, z tohto titulu sa (za predpokladu, že osoby nemajú iné príjmy), máme za to, že tieto osoby sú už dnes poistencami štátu podľa § 11 ods. 7 a 8 zákona č. 580/2004 z. z. (napr. študenti, dôchodcovia, osoby na rodičovskej dovolenke, osoby evidované na úrade práce atď.) Na poistencov štátu sa vyššie uvedená povinnosť doplatku do minimálneho odvodu vzťahovať nebude a teda v tejto oblasti zákon nebude postihovať nízkopríjmové skupiny osôb.

Je reálny predpoklad, že časť poistencov, ktorí v súčasnosti využívajú prácu na skrátené úväzky prehodnotí svoj status (jednak osoby, ktorým by sa nová zmena finančne neoplatila kvôli navýšeniu odvodu na úroveň ich príjmu, jednak osoby, ktoré tento inštitút využívali zo špekulatívnych dôvodov s cieľom vyhnúť sa povinnosti platiť odvody v plnej výške) a teda pri odhade pozitívneho dopadu na príjem zdravotných poisťovní je treba zohľadniť aj túto skutočnosť. Je teda potrebné odhad pozitívneho dopadu znížiť o tieto osoby – odhad, je, že by sa táto zmena statusu mohla týkať 40% osôb.

Nasledujúca analýza vychádza z údajov, ktoré poskytli zdravotné poisťovne.

Negatívny dopad môže vzniknúť pri osobách s príjmom vyšším ako životné minimum (234,42 eur) a zároveň nižším ako 329 eur, kde negatívny dopad na príjem zamestnanca predstavuje sumu od 0,02 eur mesačne (osoby s príjmom 328 eur) do 9,32 eur mesačne (osoba s príjmom 235 eur); negatívny vplyv zaniká pre nízkopríjmové skupiny s príjmom od 329 eur mesačne (odvod zamestnávateľa už pokrýva celú sumu minimálneho odvodu).

Podľa údajov od zdravotných poisťovní za 1. štvrťrok roku 2022 bol počet zamestnancov s príjmom do výšky životného minima 85 - 95 tis. osôb. Za predpokladu, že osoby s reálne nízkym príjmom z tejto skupiny budú zároveň poistencami štátu, by v tejto skupine osôb nemali byť zaznamenané negatívne vplyvy na sociálne ohrozené skupiny.

Podľa údajov od zdravotných poisťovní by mala skupina osôb s príjmami v intervale od 234 eur do 329 eur predstavovať cca 35 tis. osôb. Osoby z tejto skupiny by zaznamenali negatívny dopade na ich príjmy vo výške 4,66 eur / mesačne (priemerný dopad z tabuľky nižšie).

Počet zamestnancov s vymeriavacím základom nižším ako životné minimum (bez poistencov štátu): 95 000 osôb

Úhrn skutočných vymeriavacích základov týchto osôb za 1 mesiac: 1 200 000 ‬eur.

Úhrn vymeriavacích základov týchto osôb, ak je vymeriavací základ životné minimum:  234,42 eur x 95 000 = 22 269 900 eur

Zníženie o 40%:  234,42 eur x (95 000 – (40% z 95 000)) = 13 361 940 eur

Navýšenie vymeriavacích základov za 1 mesiac: 13 361 940 eur – 1 200 000 eur = 12 161 940 eur

Navýšenie príjmov verejného zdravotného poistenia za 1 mesiac: 14% z 12 161 940 eur = 1 702 671,6 eur

Navýšenie príjmov verejného zdravotného poistenia za 1 rok: 1 702 671,6 eur x 12 = 20 432 059,2 eur.

Tento dopad odhadujeme aj na ďalšie roky, navýšený o odhadovanú infláciu podľa poslednej makroekonomickej prognózy MF SR -

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4,2 | 2,2 | 1,5 |
| 2022 | 2023 | 2024 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **rok** | **2023** | **2024** | **2025** | **2026** |
| suma | 21 290 205,47 | 21 758 589,99 | 22 084 968,84 | 22 482 498,28 |

Navrhuje sa, aby sa zaviedol minimálny odvod poistného pre zamestnanca na úrovni odvodu zo sumy životného minima pre jednu plnoletú osobu (v r. 2023 suma 234,42 eur), pričom ak by vypočítaný odvod nedosiahol túto výšku, zamestnanec by musel doplatiť sumu rozdielu, vrátane rozdielu v odvode zamestnávateľa). Uvedeným opatrením nebudú postihnuté osoby v pracovnom pomere s príjmom vyšším ako je životné minimum; osoby s nižšími príjmami si budú musieť doplatiť poistné do tejto výšky. Povinnosť doplatku sa bude týkať iba zamestnanca; odvodová povinnosť zamestnávateľa bude nezmenená, z dôvodu nezvyšovania ceny práce.

**K bodu 45** **(§ 17c ods. 1 písm. b))**

Zo súčasného znenia zákona nie je jednoznačný časový termín odpisu pohľadávky zdravotnej poisťovne v prípade splnenia reštrukturalizačného plánu (ďalej len „RP“), resp. časový okamih v otázke dĺžky evidovania iného majetkového práva veriteľa, kt. má byť uspokojený zo zisku dlžníka. S prihliadnutím aj na ustanovenie § 155a a § 159b zákona č. 7/2005 Z. z o konkurze a reštrukturalizácií v znení účinnom od 29.04.2015 do 31.12.2016, ako aj v znení účinnom od 01.01.2017 bez zmeny doterajšej právnej úpravy môže nastať stav, že dlžník bude po splnení RP dlhodobo evidovaný v zozname dlžníkov. Teda do času vykonania odpisu pohľadávky, ktorého termín zo súčasného znenia zákona nie je jednoznačný. Navrhovanou zmenou právnej úpravy by sa stanovil presný okamih odpisu pohľadávky - t.j. po splnení RP. Odpis pohľadávky neznamená jej zánik, ak by platiteľ poistného v budúcnosti generoval zisk, tak zdravotná poisťovňa má nárok na uspokojenie odpísanej pohľadávky zo zisku platiteľa vykázaného v účtovnej závierke, ktorý platiteľ poistného nepotrebuje k zachovaniu prevádzku podniku alebo jej podstatnej časti predpokladanej plánom (viď § 159b ods. 1 ZKR). Odpis pohľadávky by teda nevylučoval uplatnenie postupu veriteľa podľa § 159a a § 159b ZKR v prípade splnenia zákonných podmienok. Spresnenie právnej úpravy je dôvodné jednak za účelom stanovenia presných pravidiel odpisovania nevymožiteľných pohľadávok na poistnom a jednak za účelom zabezpečenia právnej istoty na strane veriteľa ako aj na strane dlžníka.

**K bodu 47 (§ 19 ods. 19)**

Súčasné znenie zákona zaväzuje zdravotnú poisťovňu vždy zrušiť oznámenie o výsledku ročného zúčtovania poistného, ak dodatočne zistí z oznámených a predkladaných informácií, že výsledok mal byť iný. V praxi sa pritom môže jednať aj o nízke sumy, ktoré majú za následok administratívu v podobe rušenia o opätovného vydávania rozhodnutí, často aj v prípadoch, kedy ani poistenec nemá záujem na takejto zmene. Navrhuje sa preto ponechať tento proces iba vo forme fakultatívnej možnosti. Uvedená zmena sa týka iba konania zdravotnej poisťovne bez podnetu poistenca alebo platiteľa poistného. Právo poistenca a platiteľa poistného podať voči výsledku ročného zúčtovania námietky nie je týmto ustanovením dotknuté.

**K bodu 48** **(§ 21 ods. 1)**

Súčasné znenie § 21 ods. 1 je vo vzťahu k premlčaniu práva zdravotnej poisťovne uplatniť si nárok na nedoplatok na poistnom vzniknutý z titulu vykonania ročného zúčtovania poistného prakticky neaplikovateľné, nakoľko nedoplatok na poistnom, ktorý je výsledkom ročného zúčtovania poistného je splatný až po vydaní výkazu nedoplatkov, ktorým si zdravotná poisťovňa nedoplatok voči platiteľovi poistného uplatnila. Kým si teda zdravotná poisťovňa výkazom nedoplatkov nedoplatok z ročného zúčtovania poistného neuplatní, tento nie je splatný, a teda premlčacia doba nezačne plynúť. Ak už si ale zdravotná poisťovňa nárok uplatní, teda vydá výkaz nedoplatkov, právna úprava premlčania na uplatnenie nároku stráca opodstatnenie. Za súčasného právneho stavu je tak právo zdravotnej poisťovne uplatniť si nárok na nedoplatok na poistnom z ročného zúčtovania poistného prakticky nepremlčateľné. Vzhľadom na uvedené skutočnosti sa ustanovenie upravuje tak, že v prípade preddavkov na poistné začína premlčacia doba plynúť od splatnosti preddavku na poistné a v prípade nedoplatku na poistnom z ročného zúčtovania poistného začne premlčacia doba určená na uplatnenie nároku plynúť od prvého dňa kalendárneho roka nasledujúceho po kalendárnom roku, v ktorom bol zdravotná poisťovňa povinná vykonať ročné zúčtovanie poistného.

**K bodu 49 (§ 22 písm. l))**

V súvislosti s doplnení fotokópie identifikačného dokladu ako povinnej prílohy prihlášky alebo späťvzatia prihlášky pri jej elektronickom podaní alebo poštou, stanovuje sa povinnosť aj pre poistencov predkladať tento doklad.

**K bodu 50 (§ 23 ods. 6)**

Vypúšťa sa oznamovacia povinnosť zamestnanca voči zamestnávateľovi ohľadom platenia poistného štátom, nakoľko táto povinnosť sa javí ako nadbytočná.

**K bodu 51 (§ 23 ods. 12)**

Ustanovuje sa oznamovacia povinnosť voči zdravotnej poisťovni pre občana iného štátu.

**K bodu 52 (§ 23 ods. 17)**

Skracuje sa lehota, v ktorej má príslušný úrad poverený vedením matriky oznámiť Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou narodenie dieťaťa, na základe podnetov z aplikačnej praxe, nakoľko súčasná 30 a viacdňová lehota je príliš dlhá a môže spôsobovať problémy pri vykazovaní a uhrádzaní zdravotnej starostlivosti za narodené dieťa. Zároveň, pre zníženie administratívneho zaťaženia občana, je potrebné, aby si informáciu o narodení dieťaťa vzájomne poskytovali organizácie verejnej správy medzi sebou a nebol zaťažovaný občan povinnosťou nahlasovať tieto údaje do príslušnej zdravotnej poisťovne.

**K bodu 53 a 54 (§ 25 ods. 1)**

Vzhľadom na následok, ktorý môže priniesť zmena zdravotnej poisťovne pre poistenca, stanovuje sa povinnosť zdravotnej poisťovne informovať poistencov, ktorých prihlášku prijala, o tom, kde nájdu zoznam poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, s ktorými má zdravotná poisťovňa uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ďalej o možnosti vziať prihlášku späť, obrátiť sa na úrad s podnetom v prípade podozrenia z neoprávneného prepoistenia či o iných právach a povinnostiach súvisiacich s podaním prihlášky na zmenu zdravotnej poisťovne a zdravotným poistením. Poistenec tak bude mať najmä možnosť overiť si, či jeho poskytovateľ má uzatvorenú zmluvu so zdravotnou poisťovňou, v ktorej podal prihlášku na zmenu zdravotnej poisťovne, pričom bude mať dostatok času na uplatnenia práva podať späťvzatie prihlášky. Účelom tohto ustanovenia je poskytnúť poistencovi dostatočné informácie spojené so zmenou zdravotnej poisťovne, ako aj eliminácia neoprávnených prepoistení tým, že poistencovi bude doručené oznámenie o prijatí prihlášky na zmenu zdravotnej poisťovne ešte pred tým, ako sa stane poistencom novej zdravotnej poisťovne a predtým, ako by uplynula lehota na podanie späťvzatia prihlášky.

**K bodu 55 (§ 26 ods. 1 písm. a))**

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na úpravu povinností poistenca pri podávaní prihlášky na verejné zdravotné poistenie.

**K bodu 56 (§ 25 ods. 4 a 5)**

Úrad vlády SR plní v zmysle viacerých právnych predpisov úlohy orgánu zabezpečujúceho ochranu finančných záujmov EÚ. V rámci plnenia týchto úloh je Úrad vlády SR okrem iného aj koordinačným útvarom pre boj proti podvodom podľa nariadenia EP a Rady (EÚ, Euratom) č. 883/2013, ktorý svoje úlohy vykonáva aj prostredníctvom poskytovania súčinnosti pri administratívnom vyšetrovaní Európskeho úradu pre boj proti podvodom (ďalej len OLAF), zabezpečovania, koordinácie a monitorovania výmeny informácií medzi subjektmi verejnej správy a vo vzťahu k OLAF-u, ak ide o podozrenia z podvodov a ďalších protiprávnych konaní pri poskytovaní príspevku. V prípade, ak si OLAF vyžiada v rámci týchto administratívnych vyšetrovaní informácie, ktoré sú uvedené v § 25 ods. 4 písm. a) až c) zákona č. 580/2004 Z. z., nie je *de facto* možné tieto informácie od zdravotnej poisťovne získať, nakoľko Úrad vlády SR nemá so zdravotnými poisťovňami informačný systém verejnej správy, prostredníctvom ktorého by bolo možné získať informácie v takomto rozsahu. Preto sa na efektívne plnenie úloh koordinačného útvaru pre boj proti podvodom dôležité upravuje ustanovenie § 25 zákona č. 580/2004 Z. z. a § 76 ods. 5 písm. a) bod 8 zákona č. 581/2004 Z. z. tak, aby sa možnosti stanovené legislatívou dali aj reálne využiť v praxi, a to najmä za účelom ochrany finančných záujmov EÚ a SR.

Podľa § 25 ods. 5 zákona č. 580/2004 Z. z. zdravotná poisťovňa na žiadosť orgánu verejnej moci podľa osobitného predpisu55d) poskytne prostredníctvom informačného systému verejnej správy podľa osobitného predpisu55c) na účely preukázania skutočnosti ustanovenej osobitným predpisom informáciu o evidovaných pohľadávkach po splatnosti ku dňu poskytnutia informácie a informáciu o nesplnení povinnosti poistenca podľa § 23 ods. 1 písm. b) alebo platiteľa poistného podľa § 20 ods. 1. V zmysle uvedeného ustanovenia poskytuje zdravotná poisťovňa prostredníctvom informačného systému verejnej správy údaje o evidovaných pohľadávkach po splatnosti. Zákon č. 580/2004 Z. z. teda výslovne stanovuje, že takéto údaje sa poskytujú orgánom verejnej moci podľa zákona č. 177/2018 Z .z. o niektorých opatreniach na znižovanie administratívnej záťaže využívaním informačných systémov verejnej správy a o zmene a doplnení niektorých zákonov (zákon proti byrokracii) v znení zákona č. 221/2019 Z. z. Agentúra štátom podporovaného nájomného bývania v zmysle zákona č. 222/2022 Z. z. však medzi orgánmi verejnej moci podľa zákona č. 177/2018 Z. z. o niektorých opatreniach na znižovanie administratívnej záťaže využívaním informačných systémov verejnej správy a o zmene a doplnení niektorých zákonov (zákon proti byrokracii) v znení zákona č. 221/2019 Z. z. uvedená nie je . A teda jej nemôžu na základe zákona č. 580/2004 Z. z. poskytnúť zdravotné poisťovne informácie v zmysle § 25 ods. 5 zákona č. 580/2004 Z. z.. Podľa § 76 ods. 5 písm. a) bod 8 zákona č. 581/2004 Z. z. za porušenie povinnosti zachovávať mlčanlivosť sa ďalej nepovažuje výmena informácií medzi zdravotnou poisťovňou a orgánmi podľa osobitného predpisu,95f) ktoré sú poskytované z informačných systémov zdravotnej poisťovne elektronicky prostredníctvom informačného systému verejnej správy, Teda za porušenie povinnosti zachovávať mlčanlivosť sa nepovažuje výmena informácií s orgánmi podľa § 25 zákona č. 580/2004 Z. z.. (agentúra štátom podporovaného nájomného bývania však medzi nimi nie je). V zmysle § 7 ods. 3 zákona č. 222/2022 Z. z. o štátnej podpore nájomného bývania (3) Na účely overenia splnenia kritérií záujemcom na získanie postavenia nájomcu v súlade s týmto zákonom je agentúra alebo ňou poverená právnická osoba oprávnená získavať údaje z informačných systémov verejnej správy podľa osobitného predpisu.13) Ak údaj alebo dokument, ktorým sa splnenie kritérií overuje, informačné systémy verejnej správy neevidujú alebo neposkytujú, preukazuje záujemca splnenie kritérií podľa odseku 1 potvrdením nie starším ako 30 dní. Odkaz 13) k uvedenému zákonu § 1 ods. 1 a 4 zákona č. 177/2018 Z. z. o niektorých opatreniach na znižovanie administratívnej záťaže využívaním informačných systémov verejnej správy a o zmene a doplnení niektorých zákonov (zákon proti byrokracii) v znení neskorších predpisov. § 25 ods. 5 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 221/2019 Z. z. Z vyššie uvedených dôvodov sa navrhuje upraviť poznámku pod čiarou 55d) tak aby aj Agentúra štátom podporovaného nájomného bývania patrila medzi orgány , ktorým zdravotné poisťovne môžu poskytovať informácie o nedoplatkoch. Agentúra štátom podporovaného nájomného bývania má síce v zmysle zákona č. 222/2022 Z. z. oprávnenie získavať údaje z informačných systémov verejnej správy (vid odkaz 13 k § 7 ods. 3) avšak podľa nášho zákona nepatrí k orgánom oprávneným požadovať tieto informácie.

Navrhovaný § 25 ods. 5 druhá veta má zabezpečiť zrýchlenie a zefektívnenie získavania informácií pre účely dedičského konania. Navrhovaná zmena sa navrhuje s účinnosťou od 1. júla 2023. Zároveň sa upravuje rozsah poznámok pod čiarou tak, aby boli pokryté aj iné programové obdobia, počas ktorých môžu taktiež byť poskytované finančné prostriedky EÚ.

**K bodu 57 (§ 29b ods. 1 písm. d))**

Z aktuálneho znenia ustanovenia 29b ods. 1 písm. d) bod 1 nie je bezpochyby zrejmé, či práva a povinnosti za maloletého poistenca vykonávajú zákonní zástupcovia a iné fyzické alebo právnické osoby, ktorým je dieťa zverené do starostlivosti nahrádzajúcej starostlivosť rodičov, popri sebe alebo ak je dieťa zverené do starostlivosti nahrádzajúcej starostlivosť rodičov inej osobe, práva a povinnosti podľa zákona o zdravotnom poistení vykonáva len táto osoba a zákonný zástupca iba vtedy, ak neexistuje rozhodnutie súdu o zverení dieťaťa do náhradnej starostlivosti nahrádzajúcej starostlivosť rodičov. Z praktického hľadiska navrhovaná zmena zabráni možnej kolízii pri výkone práv a povinností za maloletého poistenca medzi zákonným zástupcom a osobou, ktorej bolo maloleté dieťa zverené do náhradnej osobnej starostlivosti rozhodnutím súdu. Túto pripomienku považujeme za obyčajnú.

**K bodu 58 (§ 38zb)**

Žiadatelia o azyl, žiadatelia o poskytnutie dočasného útočiska a osoby v programe dobrovoľných asistovaných návratov majú aj v súčasnosti nárok na poskytnutie a úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Táto zdravotná starostlivosť je v súčasnosti zabezpečovaná prostredníctvom Ministerstva vnútra SR. Pre zjednodušenie procesu poskytovania a úhrady tejto zdravotnej starostlivosti sa navrhuje, aby bola zabezpečovaná prostredníctvom zdravotnej poisťovne, ktorej následne náklady refunduje MZ SR. Nejedná sa o rozšírenie rozsahu nároku, iba o administratívnu zmenu pri realizácii úhrady, pričom táto zmena je v prospech týchto osôb a tiež aj v prospech poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti týmto osobám bude prebiehať u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na celom území SR, ktorí si následne budú (elektronicky, cez dávky) fakturovať túto zdravotnú starostlivosť na Všeobecnú zdravotnú poisťovňu, a. s.. Ak by VšZP tento údaj nemala k dispozícii, museli by lekári k fakturácii predkladať aj identifikačné doklady týchto osôb, následne by si ich musela VšZP jednotlivo preverovať na MV SR, pričom celý proces poskytovania a uhrádzania zdravotnej starostlivosti by sa neúmerne predĺžil, skomplikoval a zbyrokratizoval. Údaje o začatí konania o udelenie azylu ministerstvo vnútra neoznamuje v prípade, ak o udelenie azylu požiada cudzinec, ktorý má na území Slovenskej republiky udelený prechodný pobyt alebo trvalý pobyt, alebo už má udelený azyl alebo poskytnutú doplnkovú ochranu. Údaje o ukončení konania o udelenie azylu ministerstvo vnútra oznamuje aj v prípade, ak sa žiadateľovi v konaní udelil azyl alebo poskytla doplnková ochrana, ale cudzinec je stále aj žiadateľom vzhľadom na prípadné preskúmanie rozhodnutia o neudelení azylu alebo neposkytnutí doplnkovej ochrany v tej časti, ktorej sa mu nevyhovelo.

**K čl. VII (153/2013 Z. z.)**

Štatistika umožní pre poistenca overenie si zaradenia návrhu do zoznamu. Cez funkčnosť vyhľadávania poistenec zadá identifikátor návrhu a následne bude presmerovaný do príslušnej štvrtej úrovne, zoznamu návrhov obsahujúceho hľadaný návrh.

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

**K bodu 1 (§ 2 ods. 7 až 9)**

Ustanovuje sa, že časovú dostupnosť ústavnej starostlivosti pre medicínsku službu ustanoví kategorizácia ústavnej zdravotnej starostlivosti, t. j. komisia pre ústavnú zdravotnú starostlivosť na základe schválených odporúčaní odborníkov z praxe ustanoví maximálnu lehotu, po ktorú ba mal pacient čakať na poskytnutie zdravotnej starostlivosti. Je na rozhodnutí komisie na akú plánovanú zdravotnú starostlivosť ustanoví takúto maximálnu lehotu. Následne, ak lekár takúto starostlivosť indikuje pacientovi, lehotu plánovanej starostlivosti spravidla musí určiť v rámci lehoty časovej dostupnosti ústavnej starostlivosti.

Bolo nelogické viazať plynutie lehoty časovej dostupnosti na prvú indikáciu konkrétnej medicínskej služby (akýmkoľvek) nemocničným lekárom. To, že lekár v nemocnici indikuje poskytnutie konkrétneho výkonu zdravotnej starostlivosti, žiaľ, neznamená, že poistenec ako pacient súhlasí s poskytnutím indikovaného výkonu, ani že s ním súhlasí v čase prvej indikácie, ani, ak súhlasí s výkonom, že má záujem, aby mu bol poskytnutý v nemocnici, kde mu bol indikovaný. Lehota plánovanej starostlivosti z pohľadu pacienta, logicky, môže začať plynúť až vtedy, keď s jej poskytnutím prejaví súhlas a je mu vyhotovený návrh na plánovanú starostlivosť. Poistenec sa môže kedykoľvek rozhodnúť, že si podstúpenie indikovaného zdravotného výkonu rozmyslí, alebo navštívi iné pracovisko. Až sa nakoniec rozhodne pre podstúpenie zdravotného výkonu v konkrétnej nemocnici a pristúpi na vyhotovenie návrhu, lehota časovej dostupnosti ústavnej starostlivosti už môže byť na svojom konci, alebo uplynúť.

Ak by bola zachovaná pôvodná dikcia zákona mohli by nastávať situácie, v ktorých by indikujúci lekár poistenca odmietol ešte pri indikácii s odôvodnením, že mu nemôže dať termín kvôli vlastnej vyťaženosti taký, ktorý by prekračoval lehotu plánovanej starostlivosti pri danej medicínskej službe. Dochádzalo by k situáciám, kedy by boli všetky lehoty v súlade s vyhláškami, avšak v skutočnosti by sa poistenci odsúvali na iné termíny, mimo oficiálne zaznamenaných štatistík. Zdravotná poisťovňa by tak bez vystaveného návrhu nemohla hľadať pre poistenca náhradu. Preto sa ustanovuje, že lekár nemôže odmietnuť vystaviť poistencovi návrh na plánovanú zdravotnú starostlivosť iba na základe dôvodu, že predpokladaný dátum plánovanej starostlivosti prekročí časovú dostupnosť medicínskej služby. V praxi môže nastať situácia, kedy poistenec môže sám akceptovať dlhšiu lehotu čakania, ako je lehota časovej dostupnosti určená vyhláškou, napr. z dôvodu, že preferuje daného poskytovateľa/ lekára.

Ustanovuje sa, že lekár nemôže nestanoviť lehotu plánovanej zdravotnej starostlivosti a nevystaviť návrh iba z dôvodov, že prevádzkovateľ nemocnice nevie garantovať časovú dostupnosť medicínskej služby. Práve prevádzkovateľ nemocnice by mal byť garantom, že poistenec sa dostane k plánovanej zdravotnej starostlivosti v intenciách časovej dostupnosti ústavnej starostlivosti stanovenej kategorizáciou ústavnej zdravotnej starostlivosti. A malo by byť primárne vecou prevádzkovateľa nemocnice prijať také organizačno-technické opatrenia aby časovú dostupnosť vedel garantovať. Parameter časovej dostupnosti sa vyhodnocuje v rámci vyhodnocovania siete pre všetky nemocnice. Rovnako sa uvedené vzťahuje aj na poskytovateľa jednodňovej zdravotnej starostlivosti, ak poskytuje rovnaké medicínske služby, pre ktoré kategorizácia ústavnej zdravotnej starostlivosti ustanovila časovú dostupnosť ústavnej starostlivosti.

**K bodom 2 a 4 (§ 40)**

Ustanovujú sa povinnosti zdravotnej poisťovne pri tvorbe a vedení zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zoznam“). Oba subjekty - zdravotná poisťovňa aj poskytovateľ zdravotnej starostlivosti sú povinní zasielať údaje tak, aby národné centrum vedelo na dennej báze aktualizovať súhrnný zoznam podľa medicínskych služieb a podľa zmluvných poskytovateľov v rozsahu jedinečný identifikačný kód poistenca, dátum zaradenia, kód zdravotného výkonu, kód zmluvného poskytovateľa, názov zmluvného poskytovateľa, dátum vyradenia a predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej zdravotnej starostlivosti. Podľa jedinečného identifikačného kódu poistenca - v nadväznosti na zverejnenie zoznamu, nebude možné zistiť o akého konkrétneho pacienta ide; zásady ochrany osobných údajov sú tak dodržané. Zároveň sa ustanovuje, že jedinečný identifikačný kód vystaví poistencovi poskytovateľ pri vystavovaní návrhu na plánovanú zdravotnú starostlivosť. Cieľom je sprehľadniť systém tvorby čakacích zoznamov a zjednotiť postup a zároveň transparentné vedenie zoznamov. Pokiaľ zdravotný stav poistenca vyžaduje zaradenie do zoznamu, mal by byť zaradený a zdravotná starostlivosť by mu mala byť spravidla poskytnutá najneskôr do uplynutia lehoty časovej dostupnosti. Navrhuje sa, aby vedenie zoznamov bolo vedené výlučne elektronicky a online. Súčasne musí byť určené, že zdravotný stav poistenca vyžaduje poskytnutie zdravotnej starostlivosti do konkrétnej lehoty podľa indikácie lekára (tzn. nie že je uňho predpoklad na operáciu o 5 rokov), a poskytovateľ zdravotnej starostlivosti musí byť schopný ju aj v rámci svojich kapacít do lehoty stanovenej lekárom, ktorá spravidla nesmie presiahnuť lehotu časovej dostupnosti, poskytnúť. Oproti zneniu platného od 14. decembra 2021 sa v návrhu zákona spresňuje, že zdravotná poisťovňa po zaslaní návrhu na plánovanú zdravotnú starostlivosť prevádzkovateľom nemocnice má vykonať kontrolu a overiť, či už nebol zaslaný iný návrh od iného prevádzkovateľa nemocnice. Ak rovnaký návrh už bol zaslaný, tento návrh zamietne, inak mu úplný návrh potvrdí a poistenca zaradí do zoznamu čakajúcich poistencov. Poistenci sa budú zaraďovať podľa predpokladaného dátumu poskytnutia zdravotnej starostlivosti, nakoľko podľa indikácie lekára, ak by aj lekár navrhoval zaradiť pacienta s určitým zdravotným stavom napríklad na dátum 15. v mesiaci a príde iný pacient neskôr ako ten prvý, ktorého zdravotný stav bude vyžadovať poskytnutie plánovanej starostlivosti skôr, nebude záležať na tom, kedy prevádzkovateľ vypisuje návrh na plánovanú starostlivosť, ale zadá predpokladaný dátum poskytnutia starostlivosti. Identifikačný kód návrhu bude prideľovať prevádzkovateľ nemocnice, následne prostredníctvom identifikačného kódu si pacient bude môcť skontrolovať svoje zaradenie v súhrnnom zozname zverejnenom na webom sídle Národného centra zdravotníckych informácií. Zdravotná poisťovňa je povinný viesť zoznam čakajúcich poistencov podľa jednotlivých nemocníc a medicínskych služieb, aby bolo možné porovnávať jednotlivé nemocnice a ich čakacie doby, aktualizovať ho, zasielať údaje národnému centru.

Navrhuje sa upraviť postup ak existujú duplicitné návrhy na plánovanú starostlivosť tak, že skorší (pôvodný, starší) návrh zdravotná poisťovňa zamietne nakoľko novší návrh presnejšie odzrkadľuje momentálnu vôľu poistenca. Keďže poistenec vedome prejavil preferenciu dlhšieho čakania na plánovanú zdravotnú starostlivosť, povinnosť zdravotnej poisťovne postupovať podľa § 42 ods. 12 a 13 sa neuplatňuje. Poistenec by si mal byť vedomý duplicity pri podpise návrhu na plánovanú zdravotnú starostlivosť a takisto by si mal byť vedomý, že svojím podpisom nového návrhu súhlasí s vyradením pôvodne podpísaného návrhu na identickú plánovanú zdravotnú starostlivosť. Ak poistenec požiada iného poskytovateľa prevádzkovateľa nemocnice o vystavenie návrhu na plánovanú starostlivosť, malo by byť povinnosťou zdravotnej poisťovne túto jeho vôľu rešpektovať.

NCZI je povinné vytvárať konsolidované, i. e. súhrnné zoznamy čakajúcich poistencov a tieto zverejňovať. Povinnosť zdravotnej poisťovne uverejňovať na svojom webovom sídle zoznam čakajúcich poistencov, nakoľko ide o duplicitnú informáciu, s informáciou (zoznamom), ktorú ude zverejňovať NCZI. Mohli by zbytočne nastať komplikácie ak zoznamy na stránke zdravotnej poisťovne a NCZI nebudú presne zosynchronizované. Zároveň na webe NCZI bude k dispozícii celkový a nie len čiastkový zoznam poistencov jednej zdravotnej poisťovne. Zdravotná poisťovňa bude údaje o zozname čakajúcich poistencov zobrazovať na účte poistenca. Pre poistenca by mohlo byť mätúce, ak by sa našiel v dvoch, akoby rozdielnych zoznamoch, preto sa navrhuje ustanoviť, aby poisťovňa nebola povinná zverejňovať svoje parciálne zoznamy čakajúcich poistencov, ale miesto toho linkovať súhrnné zoznamy NCZI, t.j. zverejňovať link na jeden súhrnný zoznam.

Zdravotná poisťovňa nezabezpečuje zdravotnú starostlivosť poistencovi, najmä v prípade plánovanej zdravotnej starostlivosti. Indikácia a návrh plánovanej zdravotnej starostlivosti je vždy vecou medzi poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a poistencom. Zároveň v záujme zabezpečenie efektívneho, účelného a hospodárneho vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia sa navrhuje ustanoviť, aby náklady u nezmluvného lekára boli limitované maximálnu sumou, aby sa neúmerne nezvyšovali prostriedky verejného zdravotného poistenia. Zároveň sa zavádza, aby poistenec informoval zdravotnú poisťovňu, že hodlá čerpať plánovanú zdravotnú starostlivosť u nezmluvného lekára a následne musí zdravotnej poisťovni predložiť faktúru o zaplatení takejto plánovanej zdravotnej starostlivosti, ako aj potvrdenie o tom aká medicínska služba sa mu poskytla. Cieľom je predísť situáciám, kedy poistenec pošle zdravotnej poisťovni faktúru za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a zdravotná poisťovňa nestihla poistencovi ponúknuť alternatívu u iného zmluvného poskytovateľa alebo iného nezmluvného poskytovateľa. Pričom výška takejto úhrady môže byť podstatne vyššia ako u zmluvného poskytovateľa čo nekorešponduje s úlohou zdravotnej poisťovne hospodárne nakladať s prostriedkami verejného zdravotné ho poistenia. Zároveň je možné zefektívniť manažment čakacích zoznamov, pokiaľ poistenec má povinnosť vopred nahlásiť to, že si dohodol plánovanú zdravotnú starostlivosť u nezmluvného poskytovateľa a je možné uvoľniť pôvodne naplánovaný termín u zmluvného poskytovateľa pre iných poistencov.

Navrhuje sa zmena znenia § 40 ods. 13 písm. b), ktorý odkazuje na § 9b ods. 10 zákona č. 580/2004 Z. z. v z. n. p., t.j. plánovanú zdravotnú starostlivosť v inom členskom štáte, jednak určuje, že má byť pri vydávaní nárokového dokladu dodržaný proces, uvedený v § 9b citovaného zákona, čo predpokladá podanie riadne vyplnenej žiadosti zo strany poistenca (žiadosť musí obsahovať meno, priezvisko, dátum narodenia, rodné číslo, ak je pridelené, adresu bydliska poistenca, diagnózu poistenca a odôvodnenie potreby plánovanej zdravotnej starostlivosti v cudzine poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, potvrdenie zdravotnej indikácie a odôvodnenie potreby poskytnutia navrhovanej liečby v cudzine klinickým pracoviskom príslušného špecializačného odboru, výpočet predpokladaných nákladov plánovanej zdravotnej starostlivosti v cudzine vypracovaný poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v cudzine, kde sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť, a potvrdenie o možnom prijatí poistenca u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v cudzine). § 40 vo svojom odseku 13 písm. b) zákona č. 540/2021 Z. z. neprinášalo nič nové, resp. žiaden benefit pre poistenca. Toto právo, t.j. požiadať o vydanie nárokového dokladu podľa § 9b ods. 10 písm. a), teda z dôvodu, že „ochorenie nie je možné liečiť v Slovenskej republike v lehote časovej dostupnosti ústavnej zdravotnej starostlivosti stanovenej kategorizáciou ústavnej zdravotnej starostlivosti“ má poistenec aj dnes, a keďže ide o správne konanie, predpokladá aj určitú časovú náročnosť. Preto sa navrhuje ustanoviť ako z časového hľadiska pre poistenca výhodnejšie a logickejšie riešenie odkázať sa na § 9d zákona č. 580/2004 Z. z. s tým, že právo požiadať § 9f ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. o dodatočné vydanie súhlasu podľa § 9b ods. 10 citovaného zákona mu zostane zachované resp. poistenec bude tak či tak oprávnený požiadať o vydanie predchádzajúceho súhlasu podľa § 9b ods. 10 písm. a) citovaného zákona.

**K bodu 3 (§ 39)**

Navrhuje sa zjednotiť rozsah údajov zo zoznamu poistencov za účelom ich spresnenia a zavedenia identifikátora návrhu na plánovanú zdravotnú starostlivosť.

**K bodu 5 (§ 42)**

V nadväznosti na novo-upravené čakacie zoznamy sa upravujú aj povinnosti prevádzkovateľa nemocnice v súvislosti s vedením zoznamu poistencov čakajúcich na zdravotnú starostlivosť. Prevádzkovateľ nemocnice v súlade so zásadou rovnakého zaobchádzania navrhne poistencovi, ktorý má indikovanú plánovanú starostlivosť, zaradenie do zoznamu čakajúcich poistencov a oznámi mu predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti. Túto skutočnosť uvedie v zdravotnej dokumentácii poistenca. Ak poistenec so zaradením do zoznamu čakajúcich poistencov súhlasí podpisom daným do zdravotnej dokumentácie poistenca, prevádzkovateľ nemocnice vyhotoví návrh na plánovanú starostlivosť a vykoná elektronický záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca; prevádzkovateľ nemocnice poistencovi vydá kópiu návrhu na plánovanú starostlivosť, ak o ňu poistenec požiada, spolu s identifikátorom návrhu. Postup podľa prvej vety sa neuplatňuje na poistenca, ktorého zdravotný stav spĺňa kritériá na poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Návrh na plánovanú starostlivosť musí obsahovať kód lekára, ktorý indikoval plánovanú starostlivosť, a kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, u ktorého je indikujúci lekár v pracovnoprávnom vzťahu, meno poistenca, priezvisko poistenca, rodné číslo alebo bezvýznamové identifikačné číslo poistenca, členský štát poistenca alebo zmluvný štát podľa medzinárodných zmlúv, ktorými je Slovenská republika viazaná, telefonický kontakt poistenca a emailovú adresu poistenca, ak ju poistenec má, dátum vyhotovenia návrhu na~~,~~ plánovanú starostlivosť (§ 2 ods. 8), kód medicínskej služby, kód diagnózy, kód plánovaného zdravotného výkonu zo zoznamu zdravotných výkonov pre klasifikačný systém, poznámku, predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti, identifikátor záznamu návrhu na plánovanú starostlivosť, ak bol poistenec odoslaný k prevádzkovateľovi nemocnice iným prevádzkovateľom nemocnice alebo poskytovateľom špecializovanej ambulantnej starostlivosti, kód odosielajúceho lekára špecializovanej ambulantnej starostlivosti, kód odosielajúceho poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, a dátum odoslania.

Súčasné znenie nerešpektovalo vôľu poistenca a nedávalo mu možnosť disponovať s termínom, kedy by mu mala byť plánovaná starostlivosť poskytnutá. Poistenec sa môže dostať do takej životnej situácie, kedy mu nebude vyhovovať termín, ktorý mu poskytovateľ bude ponúkať (napr. svadba, životné jubileum, dlhodobo plánovaná dovolenka, narodenie dieťaťa, dovolenka alebo práceneschopnosť zvoleného operatéra a pod.). V prípade, ak si poistenec navrhovaným postupom bude mať možnosť vybrať aj neskorší termín, aplikovať postup podľa § 40 ods. 12 a 13 by bolo v takom prípade nadbytočné.

Písomné poučenie poistenca o jeho právach a povinnostiach je kľúčové, aby bolo možné spravodlivo a efektívne manažovať čakacie listiny. Poistenec musí mať písomne jasne uvedené ako má postupovať v jednotlivých situáciách, aby sa jeho návrh na plánovanú zdravotnú starostlivosť mohol efektívne aktualizovať a v akých situáciách môže byť vyradený z čakacích zoznamov. Poučenie bude štandardizované a vydá ho MZSR (zdravotné poisťovne budú povinné poučenie zverejniť na svojich webových sídlach a v účtoch poistencov/elektronické pobočky).

**K bodom 6 až 10 (§ 43 ods. 1)**

V súvislosti so zavedenými povinnosťami, ustanovenie vymedzuje skutkové podstaty správnych deliktov, ktorých sa dopustí prevádzkovateľ nemocnice pri porušení zákonom stanovených povinností. Skutkové podstaty v ich samotnej podstate odzrkadľujú povinnosti v § 41 a § 42. Porušenia sa aktualizujú v nadväznosti na zmeny v § 42.

**K bodu 11**

Ustanovuje sa prechodné ustanovenie v súvislosti s doteraz existujúcimi čakacími listinami.

Zaradenie poistencov, ktorí sú dnes zaradení do čakacích zoznamov podľa doterajších predpisov, do nových zoznamov nie je možné spraviť automaticky. Navrhuje sa, aby poskytovatelia zdravotnej starostlivosti nanovo nahlasovali poistencov do zoznamov čakajúcich poistencov od dátumu začiatku platnosti nových ustanovení a to na základe podkladov od zdravotných poisťovní. Neexistujú relevantné údaje, ktoré by mala zdravotná poisťovňa k dispozícii aby mohla tieto zoznamy automaticky „preklopiť“ (predovšetkým údaje o medicínskych službách).

**K bodom 12 až 14 (účinnosť)**

Vzhľadom na predpokladaný reálny termín nadobudnutia platnosti návrhu novely publikovaním v zbierke zákonov v priebehu mesiaca december a vzhľadom na technickú implementačnú náročnosť všetkých predpokladaných zmien v návrhu novely, bude legisvakačná doba do 1. januára 2023 neadekvátna. Minimálny časový posun na implementáciu technického riešenia sú tri mesiace. Bežne je nevyhnutné na implementáciu technických zmien minimálne šesť mesiacov, v tomto prípade je nevyhnutné rátať s tým, že veľa vecí je možné si predpripraviť na základe existujúceho zákona. Tieto body však musia nadobudnúť účinnosť 31. decembra 2022, nakoľko posúvajú účinnosť ustanovení zákona č. 540/2021 Z. z. týkajúcich sa plánovanej zdravotnej starostlivosti, ktoré meníme týmto návrhom zákona a ktoré je nutné, aby nadobudli účinnosť 1. júna 2023.

**K čl. IX (účinnosť)**

*K čl. I bodom 1 až 9, 11, 13 až 19, 21 až 30, 33 až 48, 50 až 96, čl. II až čl. V bodom 1 až 10 a čl. V bodom 13 a 14 a čl. VI bodom 1 až 25 a bodom 32 až 58, sa ustanovuje účinnosť 1. januára 2023* (ide o ustanovenia ohľadom štatutárnych zástupcov, minimálneho vymeriavacieho základu, dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti, dohľadu nad poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti, zisku zdravotných poisťovní okrem kritériá kvality ohľadom tvorby čakacích zoznamov na plánovanú zdravotnú starostlivosť).

*K § 6 ods. 9 zákona č. 581/2004 Z. z. s účinnosťou od 15. januára 2023*

Navrhuje sa účinnosť zákona vzhľadom na predpokladanú dĺžku legislatívneho procesu. Vzhľadom k skutočnosti, že v súčasnosti platný zákon č. 540/2021 Z. z. s účinnosťou od 1. januára 2023 vypúšťa viaceré odseky v § 6 zákona č. 581/2004 Z. z., pričom táto novela má okrem iného za cieľ novelizovať aj § 6, navrhuje sa posun účinnosti novelizačných bodov, týkajúcich sa § 6 na 15. január 2023 tak, aby nedošlo pri rovnakom termíne účinnosti zmeny ku konfliktu návrhu tohto právneho predpisu a už platného zákona č. 540/2021 Z. z.

*K § 9f (zákon č. 580/2004 Z. z.) s účinnosťou od 1. mája 2023*

V súvislosti so zmenami pri cezhraničnej zdravotnej starostlivosti a odstránením niektorých administratívnych požiadaviek zo žiadostí bude nevyhnutné novelizovať vyhlášku Ministerstva zdravotníctva SR č. 232/2014 Z. z., ktorou sa upravuje postup poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, zdravotnej poisťovne a Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou pri poskytovaní cezhraničnej zdravotnej starostlivosti. Nakoľko v súčasnosti prebieha komunikácia medzi ministerstvom a útvarmi Európskej komisie v súvislosti s transpozíciou Smernice o uplatňovaní práv pacientov pri cezhraničnej zdravotnej starostlivosti vo vzťahu k tejto vyhláške, je nevyhnutné posunúť účinnosť ustanovení a aj novelizáciu vyhlášky tak, aby sa prípadné zmeny vykonávali naraz.

*K § 8d zákona č. 581/2004 Z. z. s účinnosťou od 1. júla 2023*

Vo vzťahu k novozavedeným povinnostiam zdravotnej poisťovne v súvislosti s pravidlami revíznej činnosti sa navrhuje účinnosť od 1. júla 2023 tak, aby mali zdravotné poisťovne dostatok času na novú povinnosť.

*K čl. I k § 6 ods. 3 písm. c) (bod 10), k § 6aa ods. 2 písm. c) (bod 14) k bodom 31 a 32 [(§ 16 ods. 2 písm. g) a ods. 5 písm. h)] v zákona č. 581/2004 Z. z., k čl. V k § 79a ods. 1 písm. c) , k čl. VIII bodom 1 až 11 sa ustanovuje účinnosť na 1. júna 2023*

*Ustanovenie upravujú nanovo práva a povinnosti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti – nemocnice a poskytovateľov jednodňovej zdravotnej starostlivosti v súvislosti so vznikom, vedením a vyraďovaním zo zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti. Vzhľadom na nutnosť prípravy informačných systémov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a zdravotných poisťovní ako aj prípravy súhrnného zoznamu, ktorý má viesť Národné centrum zdravotníckych informácií, je nutné účinnosť týchto ustanovení posunúť na 1. júna 2023.*

*K čl. V k § 79 ods. 19 (bod 11) s účinnosťou od 1. januára 2024*

*Zavádzajú sa povinnosti pre poskytovateľa jednodňovej zdravotnej starostlivosti v súvislosti s dodržiavaním minimálneho počtu medicínskych služieb v súvislosti s kategorizáciou ústavnej zdravotnej starostlivosti. Účinnosť sa navrhuje v rovnakom termíne ako pre všetky nemocnice, ktoré rovnako majú dodržiavať minimálny počet medicínskych služieb ustanovených kategorizáciou ústavnej zdravotnej starostlivosti.*

V Bratislave dňa 28. septembra 2022

**Eduard Heger, v. r.**

**predseda vlády**

**Slovenskej republiky**

**Vladimír Lengvarský, v. r.**

**minister zdravotníctva**

**Slovenskej republiky**

1. <https://www.udzs-sk.sk/wp-content/uploads/2021/07/Regulacia_ziskZP_2021jul26-final.pdf> [↑](#footnote-ref-1)
2. Nález Ústavného súdu PL. ÚS 67/07 zo 6. februára 2008. [↑](#footnote-ref-2)
3. <https://www.pentainvestments.com/en/fileGet.aspx?f=yqzzisppi&m=2> [↑](#footnote-ref-3)
4. Legislatíva spĺňa podmienku primeranosti v súvislosti so sledovaným cieľom a nejde nad rámec toho, čo je na dosiahnutie týchto cieľov nevyhnutné. Pozri aj Joined Cases C-105/12 to C-107/12 Staat der Nederlanden v Essent et al. 2013, bod. 66. [↑](#footnote-ref-4)
5. Pozri v tomto zmysle rozsudok zo 16. marca 2004, AOK Bundesverband a i., C 264/01, C 306/01, C 354/01 a C 355/01, EU:C:2004:150, bod 56. [↑](#footnote-ref-5)
6. C‑262/18 P a C‑271/18 P, Dôvera v. Komisia, bod. 40. [↑](#footnote-ref-6)
7. *While some measures that interfere with the enjoyment by an investor of its rights of ownership of an investment may be so severe as to amount in law to such a deprivation, not all measures of interference are capable of doing so.* Achmea B.V. v. Slovak Republic, Final Award 7 December 2012, PCA Case No. 2008-13, bod 288. Pozri aj Duke Energy Electroquil Partners & Electroquil S.A. v. Republic of Ecuador, ICSID Case No. ARB/04/19, Award, 18 August 2008. [↑](#footnote-ref-7)
8. „...legitímnu úvahu o tom, či vôbec možno prostredníctvom nej naplniť sledovaný cieľ – zvýšiť kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti poistencom, t. j. pozitívny dopad napadnutej právnej úpravy na spoločenské vzťahy je v okolnostiach posudzovanej veci minimálne otázny.“ [↑](#footnote-ref-8)
9. Nález Ústavného súdu PL. ÚS 3/09, s. 74. [↑](#footnote-ref-9)
10. *Ibid*. [↑](#footnote-ref-10)
11. „*Súd považuje za normálne, že zákonodarca disponuje voľnosťou pri rozhodovaní o ekonomickej a sociálnej politike a rešpektuje spôsob, akým koncipuje imperatívy, všeobecného záujmu s výnimkou prípadov, keď sa jeho rozhodnutie zdá ako zjavne bez racionálneho základu.*“ [↑](#footnote-ref-11)
12. OROSZ, L., SVÁK, J. a kol. *Ústava Slovenskej republiky. Komentár. Zväzok I.* Bratislava : Wolters Kluwer SR s. r. o., 2021, s. 27. [↑](#footnote-ref-12)
13. Podľa ustálenej judikatúry Ústavného súdu obmedziť základné práva a slobody možno len v záujme dosiahnutia legitímneho cieľa spočívajúceho v ochrane dôležitého verejného záujmu, pričom opatrenie obmedzujúce základné práva a slobody musí byť vo vzťahu k sledovanému cieľu proporcionálne (PL. ÚS 1/2017). [↑](#footnote-ref-13)
14. OROSZ, L., SVÁK, J. a kol. *Ústava Slovenskej republiky. Komentár. Zväzok I.* Bratislava : Wolters Kluwer SR s. r. o., 2021, s 277. [↑](#footnote-ref-14)
15. Pozri nález Ústavného súdu PL. ÚS 20/2014. [↑](#footnote-ref-15)
16. C‑262/18 P a C‑271/18 P., Európska komisia a Slovenská republika proti Dôvera zdravotná poisťovňa, Rozsudok Súdneho dvora (veľký senát) z 11. júna 2020. ECLI:EU:C:2020:450. [↑](#footnote-ref-16)
17. (pozri v tomto zmysle rozsudky zo 17. februára 1993, *Poucet a Pistre*, C-159/91 a C 160/91, EU:C:1993:63, body 8 až 10, 14, 15 a 18; z 22. januára 2002, *Cisal*, C- 218/00, EU:C:2002:36, body 34, 38 a 43; zo 16. marca 2004, *AOK Bundesverband* a i., C 264/01, C 306/01, C 354/01 a C 355/01, EU:C:2004:150, body 47 až 50; z 5. marca 2009, *Kattner Stahlbau*, C-350/07, EU:C:2009:127, body 35, 38 a 43, ako aj z 3. marca 2011, *Prévoyance*, C-437/09, EU:C:2011:112, body 43 až 46). bod.30 rozsudku C‑262/18 P a C‑271/18 P. [↑](#footnote-ref-17)
18. Body 39 – 40 rozsudku. [↑](#footnote-ref-18)
19. Bod 62 rozsudku. [↑](#footnote-ref-19)
20. Takisto nie je možné hovoriť o tzv. nepriamom vyvlastnení z pohľadu medzinárodného práva, nakoľko dané opatrenie nedosahuje takú intenzitu. [↑](#footnote-ref-20)
21. *Indeed, the Commission rightly states that the ability to use and distribute profits is regulated more strictly than in normal commercial sectors, since that power is, in the present case, subject to the fulfilment of requirements intended to ensure the continuity of the scheme and the attainment of the social and solidarity objectives underpinning it.* Bod. 64. T‑216/15 Dôvera zdravotná poisťovňa, a.s. proti Európska komisia, Rozsudok Všeobecného súdu (druhý senát) z 5. februára 2018, ECLI:EU:T:2018:64 (rozsudok dostupný iba v angličtine). [↑](#footnote-ref-21)
22. Návrhy generálneho advokáta Priit Pikamäe v spojených veciach C-262/18 P a C-271/18 P Európska komisia a Slovenská republika proti Dôvera zdravotná poisťovňa, a. s., prednesené 19. decembra 2019, bod. 105. [↑](#footnote-ref-22)
23. Ústavný súd v rozhodnutí PL. ÚS 3/09 uviedol: *Ak sa napadnutým § 15 ods. 6 zákona o zdravotných poisťovniach zdravotným poisťovniam ako subjektom oprávneným vykonávať aj podnikateľskú činnosť odňala možnosť autonómne rozhodovať o použití kladného hospodárskeho výsledku (zisku) vytvoreného vo sfére verejného zdravotného poistenia, resp. ustanovil príkaz použiť ho len na úhrady zdravotnej starostlivosti, tak v danom prípade nepochybne ide o zásah do práva na podnikanie, ktorý je zároveň zásahom do jeho podstaty a zmyslu.* V nadväznosti na vyššie uvedené je však nutné uviesť, že možnosť autonómne rozhodovať o použití zisku v aktuálne predloženom návrhu pretrváva, nakoľko jedinou podmienkou pre vyplatenie zisku je vytvorenie Fondu kvality zdravia s legitímnym a presne špecifikovaným účelom. To je zásadný rozdiel oproti predchádzajúcej úprave, ktorá len generálne prikazovala použiť zisk na úhrady zdravotnej starostlivosti, bez špecifikácie, akým spôsobom a akej zdravotnej starostlivosti. [↑](#footnote-ref-23)
24. Ústavný súd v tomto smere vychádza z judikatúry ESĽP týkajúcej sa ochrany majetku podľa čl. 1 ods. 1 Dodatkového protokolu k Dohovoru o ochrane ľudských práv a základných slobôd (ďalej len „dodatkový protokol“). V tejto judikatúre možno rozoznať dva druhy alebo dve línie rozhodnutí týkajúcich sa legitímnych očakávaní (pozri Sigron, M. Legitimate expectations. Intersentia, 2014. s. 4 – 5 a s. 176). Samotný ESĽP konštatoval existenciu rôznych línií týchto rozhodnutí vo veci Bélané Nagy proti Maďarsku, sťažnosť č. 53080/13 (pozri bod 77 a 78, v ktorých sa hovorí o „*different lines of cases concerning legitimate expectations*“). Toto rozhodnutie odkazovalo okrem iného aj na vec Kopecký proti Slovenskej republike, sťažnosť 44912/98, v ktorom sú tieto línie opísané a rozlíšené (pozri bod 45 a k nemu bod 48 odôvodnenia, „*another aspect of legitimate expectations*“). Prvá línia rozhodnutí (a to aj historicky) je reprezentovaná rozhodnutím vo veci Pine Valley Developments Ltd a ďalší proti Írsku, sťažnosť č. 12742/87, resp. neskôr aj Stretch proti Spojenému kráľovstvu, sťažnosť č. 44277/98; druhá línia je reprezentovaná rozhodnutím vo veci Pressos Compania Naviera S. A. a ďalší proti Belgicku, sťažnosť č. 17849/91. [↑](#footnote-ref-24)
25. Príloha k Nariadeniu vlády Slovenskej republiky č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov [↑](#footnote-ref-25)
26. Dôvera zdravotná poisťovňa a. s. a UNION zdravotná poisťovňa, a. s. vyhotovujú tzv. Protokol sporných dokladov. VšZP, a. s. vyhotovuje chybové protokoly. [↑](#footnote-ref-26)
27. § 43 ods. 12 zákona č. 581/2004 Z. z. v účinnosti od 1. mája 2021 do 15. júna 2021. [↑](#footnote-ref-27)
28. <https://www.oph.fi/en/statistics-and-publications/publications/facts-express4b2014-what-do-we-know-about-economic-impact>. [↑](#footnote-ref-28)
29. <https://monitor.icef.com/2019/06/economicimpact-of-foreign-students-in-spain-estimated-at-e2-2-billion/>. [↑](#footnote-ref-29)
30. <http://www.msmt.cz/vzdelavani/vysoke-skolstvi/ipn-kredo-kvalita-relevance-efektivita-diverzifikace-a>. [↑](#footnote-ref-30)
31. Rozsudok zo 6. októbra 2021, TS a i., C-538/19, EU:C:2021:809. [↑](#footnote-ref-31)