

Dôvodová správa

B. Osobitná časť

Článok I (zákon č. 580/2004 Z. z.)

K bodu 1

Úprava textu poznámky pod čiarou, reflektujúca aktuálny právny stav. V súčasnosti platná poznámka pod čiarou odkazuje na zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov, pričom ale v zariadeniach sociálnych služieb sa neposkytuje starostlivosť na základe tohto zákona.

K bodu 2

Navrhuje sa upraviť zdravotné poistenie detí, ktoré sa narodia v cudzine (majú síce štátne občianstvo SR ale nemajú v SR trvalý pobyt, nemajú rodný list) nie sú tam zdravotne poistené a sú umiestnené na území SR do zariadení na základe rozhodnutia súdu (napr. neodkladné opatrenie) alebo sú na základe neodkladného opatrenia zverené do starostlivosti fyzickej osoby na území SR. Obdobne má uvedenú situáciu upravenú aj Česká republika.

Zároveň sa navrhuje pôvodné znenie § 3 ods. 3 písm. k) zákona č. 580/2004 Z. z. týkajúce sa osôb, ktoré odplatne vykonávajú šport za športovú organizáciu na základe zmluvy o profesionálnom vykonávaní športu podľa osobitného predpisu, vypustiť a to z dôvodu, že tieto osoby sa od 1. 1. 2022 považujú na účely zdravotného poistenia za zamestnancov. Tieto osoby budú vstupovať do systému verejného zdravotného poistenia za rovnakých podmienok ako aj iné osoby z tretích krajín a teda za splnenia podmienky podľa § 3 ods. 3 písm. a) zákona č. 580/2004 Z. z. a v prípade, ak by tieto podmienky neboli splnené resp. ak by tieto podmienky prestali splňať, tak im verejné zdravotné poistenie v SR zanikne rovnako ako ostatným osobám z tretích krajín.

K bodom 3 a 47

Ustanovuje sa úhrada z verejného zdravotného poistenia pre náklady spojené s odberom ľudských orgánov, ľudských tkanív, ľudských buniek a výkonom vedúcim k pôrodu v dobe, kedy je už poistenec mŕtvy.

K bodu 4

V systéme verejného zdravotného poistenia dlhodobo pretrváva problém tzv. mŕtvych duší, t. j. poistencov, u ktorých je (vzhľadom na ich vek, dlhodobé nečerpanie zdravotnej starostlivosti a absenciu zmluvného vzťahu s poskytovateľom všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti) dôvodné predpokladať, že títo poistenci už nežijú, avšak v príslušných registroch (register fyzických osôb, matriky) absentuje údaj o ich úmrtí, a to primárne z dôvodu nedostatkov v evidenciách údajov o úmrtí fyzických osôb z minulosti. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad pre dohľad“) ako správca centrálného registra poistencov v spolupráci s relevantnými subjektami (matriky, MV SR, Štatistický úrad SR atď.) dlhodobo vyvíja maximálne úsilie smerujúce k riešeniu tejto problematiky. Údaj o úmrtí fyzických osôb sa však nepodarí úspešne dohľadať v každom jednotlivom prípade. Evidencia poistného vzťahu medzi zdravotnou poisťovňou a poistencami, ktorí už veľmi pravdepodobne nežijú, má dopad aj na systém verejného zdravotného poistenia. Štát za týchto poistencov uhrádza zdravotným poisťovňam poistné ako za poistencov štátu, títo poistenci sú

zohľadňovaní v procese prerozdelenia poistného. Z uvedeného dôvodu sa navrhuje zaviesť nový dôvod zániku poistného vzťahu, a to vo vzťahu k poistencom, u ktorých je možné, vzhľadom na ich vysoký vek a dlhodobé nečerpanie žiadnej zdravotnej starostlivosti sa domnievať, že títo poistenci už nežijú. Všetky podmienky – vek nad 105 rokov, nečerpanie zdravotnej starostlivosti za posledných 5 rokov, neexistencia dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti so všeobecným lekárom, neexistencia komunikácie zdravotnej poisťovne s týmto poistencom, dlhodobý poistný vzťah k jednej zdravotnej poisťovni, by pritom museli byť splnené kumulatívne, aby sa eliminovalo riziko zániku poistného vzťahu poistenca, ktorý je žijúci.

Zároveň sa pristupuje aj k riešeniu nepravdepodobných prípadov, kedy by následne bolo zistené, že takýto poistenec žije; pri tomto zistení by sa poistenec stal znovu verejne zdravotne poistený bez potreby jeho súčinnosti a jeho verejné zdravotné poistenie by nezaniklo (ak nedošlo medzičasom k jeho zániku z iného dôvodu, napr. z dôvodu úmrtia poistenca).

K bodu 5

Vypúšťa sa duplicitná úprava. § 29b ods. 1 zákona č. 580/2004 Z. z. už ustanovuje vo všeobecnosti výkon práv a povinností vyplývajúcich z celého zákona pre osobu pozbavenú spôsobilosti na právne úkony, osobu vo väzbe, výkone trestu, detencie a maloletého poistenca. Osobitné ustanovenie pri práve podať prihlášku sa javí ako duplicitné a máťuce, keďže toto právo je už obsiahnuté v súčasnom znení § 29b ods. 1 zákon č. 580/2004 Z. z.

K bodom 6 a 8

Bližšie sa špecifikuje spôsob, na základe ktorého má zdravotná poisťovňa k dispozícii informáciu o prihláškach podaných vo viacerých zdravotných poisťovniach.

K bodom 7, 9, 13, 14, 16 až 18, 41 až 46 a 97

Legislatívno-technické úpravy v súvislosti so zmenou v bode 5.

K bodu 10

Zjednotenie lehoty na oznamovanie údajov o prihláške s lehotou, ktorá je určená pri prihláškach na zmenu a legislatívno-technické úpravy v súvislosti so zmenou v bode 5.

K bodu 11

Ustanovenie presného termínu, do ktorého je zdravotná poisťovňa povinná oznámiť odmietnutie prihlášky.

K bodu 12

Ustanovenie má určiť údaje, ktoré zdravotná poisťovňa oznamuje úradu pre dohľad. Dátum podania späťvzatia sa nahrádza dátumom doručenia späťvzatia, keďže späťvzatie prihlášky musí byť zdravotnej poisťovni doručené najneskôr do 31. októbra kalendárneho roka. Z uvedeného vyplýva, že podstatným údajom je dátum doručenia späťvzatia prihlášky a nie dátum jeho podania.

K bodu 15

V aplikačnej praxi dochádza k prípadom, kedy je poistencovi zdravotnej poisťovne (najčastejšie na základe spätného posúdenia výkonu ekonomickej aktivity vo viacerých členských štátoch) inštitúciou v mieste bydliska určená spätne uplatniteľná legislatíva iného členského štátu, a teda je mu v minulosti ukončená účasť na systéme verejného zdravotného poistenia v SR. Následne (podľa doposiaľ platného právneho stavu) by mal tento poistenec

podat' v zdravotnej poisťovni so spätnou platnosťou prihlášku s dátumom, kedy skočilo uplatňovanie tejto legislatívy iného členského štátu. Toto podanie prihlášky so spätným dátumom však predstavuje iba administratívnu záťaž pre poistenca, nakoľko jeho poisťovňa v tomto minulom období je už známa, a teda toto podanie prihlášky je zbytočný administratívny úkon pre poistenca. Navrhuje sa, aby sa zdravotná poisťovňa, v ktorej bol v minulosti (v čase, ktorého sa spätné určenie legislatívy a vyňatie zo systému týka) poistenec poistený pokladala za jeho príslušnú zdravotnú poisťovňu v minulosti aj po skončení obdobia vyňatia zo systému, teda aby poistenec nemusel znova podávať prihlášku poistenca so spätným dátumom.

K bodu 19

Ustanovuje sa forma identifikačného dokladu, ktorý sa predkladá pri prihláške, ktorá nebola podaná osobne, v prípade existencie zákonného zástupcu poistenca.

K bodu 20

V aplikačnej praxi výkonu verejného zdravotného poistenia sa vyskytujú prípady, kedy má prihláška chyby v písaní, pričom podľa pripojenej fotokópie dokladu totožnosti ide o zjavné chyby v písaní. Takéto prihlášky však zdravotná poisťovňa musí vrátiť osobe, ktorá ich podala a čakať na jej opravu. Navrhuje sa, aby takéto zjavné chyby v písaní (omyl v písmene, v čísle pri adrese a podobne) mohla vo svojom informačnom systéme opraviť priamo zdravotná poisťovňa.

K bodu 21

Je potrebné explicitne ustanoviť ako postupovať v prípade, ak si poistenec, ktorý podal prihlášku na zmenu do viac ako jednej zdravotnej poisťovne, nesplní povinnosť vziať späť všetky prihlášky okrem tej, na ktorej trvá.

K bodom 22, 24 až 26 a 101

Pri dlžníkoch a osobách bez domova sa rozširuje ich nárok na poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti aj o poskytnutie a úhradu všeobecnej ambulantnej starostlivosti a ošetrovateľskej starostlivosti poskytovanú prostredníctvom agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti.

Z analýzy neziskovej organizácie Depaul Slovensko, zameranej na pomoc ľuďom bez domova vyplýva, že priemerný človek bez domova navštívi ročne určitú formu urgentnej zdravotnej starostlivosti cca 4-4,4-krát tak často ako človek z bežnej populácie. Rovnako aj cena návštev urgentnej zdravotnej starostlivosti na počet ľudí bez domova je v porovnaní s cenou návštev urgentnej zdravotnej starostlivosti na počet ľudí z bežnej populácie 4-4,4-krát taká drahá. Cena hospitalizácii ľudí bez domova tvorí až 5% ceny všetkých hospitalizácii, napriek tomu, že ľudia bez domova tvoria iba 1,3% z celkovej populácie. V prepočte na počet ľudí v danej skupine stoja hospitalizácie na bežnú populáciu 256 eur na človeka a v prepočte na počet ľudí bez domova sú hospitalizácie tejto skupiny 986 eur na človeka bez domova, čo je 3,84-krát viac. To znamená, že ľudia bez domova tvoria cca 4% všetkých hospitalizácii, napriek tomu, že tvoria iba 1,3% celkovej populácie (cca 71 000).

Umožnenie poskytovania všeobecnej ambulantnej starostlivosti a ošetrovateľskej starostlivosti poskytovanú prostredníctvom agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti má za cieľ v stredne a dlhodobom horizonte znížiť náklady, vynakladané na neodkladnú zdravotnú starostlivosť pre tieto osoby.

Vzhľadom k skutočnosti, že väčšina osôb bez domova spadá do kategórie štandardne poistených osôb v pozícii dlžníka zdravotnej poisťovne, rozširuje sa aj nárok dlžníka zdravotnej poisťovne na poskytnutie a úhradu všeobecnej ambulantnej starostlivosti a ošetrovateľskej starostlivosti poskytovaných prostredníctvom agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti z vyššie uvedeným odôvodnením.

Zároveň sa z dôvodu potrieb aplikačnej praxe navrhuje zmena pri definovaní osoby bez domova. Navrhuje sa vypustiť podmienka o neohlásení pobytu v konkrétnej nehnuteľnosti, nakoľko mnohí ľudia bez domova majú v dokladoch formálne nahlásený pobyt v konkrétnej nehnuteľnosti v SR, avšak reálne sa v tejto nehnuteľnosti nezdržujú. Pre bližšiu definíciu tejto osoby sa navrhuje doplniť aj podmienka štátneho občianstva alebo bydliska (vo význame podľa definície nariadenia (ES) Európskeho parlamentu a Rady 883/2004 z 29. apríla 2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia (Mimoriadne vydanie Ú. v. EÚ, kap.05/ zv.005, Ú. v. ES L 166 30.4.2004) ako miesta, kde sa osoba zvyčajne zdržuje) v Slovenskej republike tak, aby nemohla vzniknúť pochybnosť o tom, na aké osoby sa uvedené ustanovenie vzťahuje. Zároveň sa pomenovanie "bezdomovec" a od neho odvodené výrazy nahrádzajú pomenovaním "človek bez domova", v súlade s terminológiou, používanou v odborných diskusiách k danej téme.

Osoba zaradená v dispenzári (podľa písm. e) bude mať nárok na úhradu zdravotnej starostlivosti, ak pôjde o chronické ochorenie. Novelou sa odkazuje na § 6 ods. 5 zákona č. 581/2004 Z. z., na základe ktorého sa vydala Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 127/2014 Z. z., ktorou sa ustanovuje zoznam chorôb, pri ktorých sa poskytuje poisťencovi verejného zdravotného poistenia dispenzarizácia, frekvencia vyšetrení a poskytovatelia zdravotnej starostlivosti vykonávajúci dispenzarizáciu, čím sa konkretizujú chronické ochorenia.

K bodu 23

Osoby so zdravotným postihnutím nebudú v prípade vzniku dlhu sankcionované obmedzením uhrádzanej zdravotnej starostlivosti. Uvedená úprava je vo väzbe na Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím a Opčný protokol k Dohovoru OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím podpísaný prezidentom Slovenskej republiky.

SR sa v dokumente zaväzuje prijať opatrenia, ktorými zabezpečia osobám so zdravotným postihnutím prístup k zdravotnej starostlivosti vrátane liečebnej rehabilitácie, poskytovať zdravotnú starostlivosť, ktorú osoby so zdravotným postihnutím vrátane detí a starších osôb špecificky potrebujú v dôsledku svojho zdravotného postihnutia, a to vrátane včasného zistenia, prípadne intervencie a služby určené na minimalizáciu alebo prevenciu ďalšieho zdravotného postihnutia.

V zmysle záväzkov vyplývajúcich z tohto Dohovoru by štát nemal obmedzovať osobám so zdravotným postihnutím prístup k zdravotnej starostlivosti, zvlášť ak sa nachádzajú v stave hmotnej núdze, a v situácii, kedy sú obzvlášť zraniteľné a tiež objektívne neschopné napr. splácať svoj existujúci dlh na poisťnom.

K bodu 27

Zosúladenie textu zákona so znením § 6 ods. 1 písm. a) zákona 581/2004 Z. z., v zmysle ktorého zdravotná poisťovňa vydáva preukazy poisťencov verejného zdravotného poistenia, ak poisťencovi nebol vydaný občiansky preukaz s elektronickým čipom alebo doklad o pobyte s elektronickým čipom.

K bodu 28

Spresnenie textu za účelom odstránenia možného dvojitého výkladu; explicitne sa uvádza, že osoba je poistencom, za ktorého platí poistné štát len do získania prvého vysokoškolského titulu 2. stupňa.

K bodom 29 a 40

Upresnenie znenia ustanovenia zákona, ktoré určuje, za koho je platiteľom poistného štát. Doterajšie znenie (výkon pracovnej činnosti pre cirkevné, rehoľné a charitatívne spoločenstvo, bez spresňujúcich odkazov a bez ďalšej definície týchto spoločenstiev) ponechával pomerne široké pole pre možné výklady tohto ustanovenia. V navrhovanom znení sa upresňuje o akú formu výkonu pracovnej činnosti sa musí jednať a presne sa stanovuje, akých subjektov sa výkon tejto pracovnej činnosti týka.

K bodu 30

Spresnenie znenia odkazu a jeho zosúladenie s ustanovením § 29b ods. 12 zákona č. 580/2004 Z. z.. Oznamovacia povinnosť za fyzickú osobu, ktorá vykonáva osobnú asistenciu, je plnená externou inštitúciou podľa § 29b ods. 12 zákona č. 580/2004 Z. z., pričom Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny poskytuje zdravotnej poisťovni informáciu o vyplácaných peňažných príspevkoch na osobnú asistenciu.

K bodu 31

Spresňuje sa text ustanovenia, nakoľko pri konkurzoch podľa štvrtej časti zákona č. 7/2005 Z. z. sa uskutočňuje rozvrh výťažku (a nie konečný rozvrh výťažku).

K bodu 32

Ustanovujú sa ďalšie dôvody na povinný odpis pohľadávky, ak súd zastaví dedičské konanie z dôvodu, že porúčiteľ nezanechal žiadny majetok, a ak je vykonaný rozvrh výťažku speňaženia majetku a zanikajú neuspokojené pohľadávky veriteľov.

K bodom 33, 34 a 37

V aplikačnej praxi dochádza k situáciám, kedy zamestnávateľ vykáže preddavky na poistné v čase ich určenia správne, podľa v tom čase platných rozhodnutí. Následne dochádza k spätnému priznaniu dôchodku niekoľko mesiacov do minulosti, prípadne k spätnému priznaniu ZŤP a zníženiu sadzby poistného. V súčasnosti má zamestnávateľ povinnosť vykonať spätne opravy už vykázaných preddavkov na poistné, pričom k tejto situácii nedošlo jeho zavinením, je to iba následok vydania rozhodnutia o priznaní dôchodku (rozhodnutia o priznaní statusu ZŤP) spätne do minulosti. Navrhuje sa, aby sa v minulosti vykázané údaje za obdobia, za ktoré doposiaľ nebolo vykonané ročné zúčtovanie poistného pokladali za správne a aby k oprave a vysporiadaniu poistného došlo až v rámci výkonu ročného zúčtovania poistného.

K bodu 35

Ustanovenie rieši situáciu, kedy už poistenec v čase vykonania ročného zúčtovania poistného nie je platiteľom poistného, pričom v období, za ktoré sa ročné zúčtovanie poistného vykonáva, platiteľom poistného bol.

K bodu 36

Ustanovenia o postupe v prípade chybného oznámenia zdravotnej poisťovne pri vykázaní počtu poistencov, za ktorých platí poistné štát už boli súčasťou znenia zákona do 31. decembra 2023, kedy, z dôvodu pochybenia pri poslaneckom návrhu došlo k ich vypusteniu (cieľom poslaneckého návrhu bol návrat k plateniu poistného štátom na základe sadzby poistného, ako

to bolo v minulosti a z tohto dôvodu bolo znenie § 19 zmenené tak, aby znelo ako v čase, keď sa platilo poistné štátu sadzbou, pričom boli z tohto ustanovenia zákona vypustené aj všetky zmeny, ktoré sa uskutočnili v tomto medziobdobí). Vzhľadom k skutočnosti, že predkladateľ vníma ako potrebné mať v zákone popísaný postup v prípade, kedy dôjde k chybnému oznámeniu o počte poistencov štátu, navrhuje sa opätovne do zákona uviesť tento postup s miernymi úpravami, ktoré reflektujú zmeny, ktoré nastali od obdobia, kedy tieto ustanovenia boli zo zákona vypustené (rozšírenie počtu prijímateľov príspevku, zmena spôsobu určenia platby za poistencov štátu).

K bodom 38 a 39

Zosúladenie so znením § 23 ods. 6 zákona č. 580/2004 Z. z. Novelou zákona č. 580/2004 Z. z. účinnou od 1. 1. 2023 sa z § 23 ods. 6 zákona č. 580/2004 Z. z. vypustila povinnosť zamestnanca oznamovať zamestnávateľovi skutočnosti podľa § 11 ods. 7 písm. g), j), k), l) a r), preto nie je možné požadovať od zamestnávateľa aby plnil tieto oznamovacie povinnosti za zamestnanca, keď zamestnanec nemá povinnosť mu tieto skutočnosti oznámiť. Zároveň sa ustanovuje povinnosť pre poistenca poskytnúť súčinnosť zdravotnej poisťovni na základe jej vyžiadania pri preukazovaní skutočností, na základe ktorých má za poistenca platiť poistné štát.

K bodom 48 až 50, 74 až 80, 82, 84, 91 a 93

Vzhľadom k potrebe jednotnej referenčnej základne pre údaje použité v procese prerozdelenia poistného, ktorou má byť centrálny register poistencov sa navrhuje z dôvodu jednoznačnej identifikácie každého záznamu mať k údajom priradené aj identifikačné číslo v centrálnom registri poistencov.

K bodom 51, 56, 58, 71 až 73

V rámci modelu prerozdelenia poistného sa zavádza nový parameter – nadmerné prepoistenie.

Analýzou dát o nákladoch poistencov bolo zistené, že táto skupina poistencov (ktorí často menia zdravotnú poisťovňu) je v doposiaľ platnom modeli nákladovo nadhodnotená. Vyčlenenie tejto osobitnej skupiny v rámci výpočtu indexu rizika má za cieľ zvýšiť predpovednú silu modelu.

Pre účely výpočtu tohto indexu budú zohľadnené zmeny zdravotnej poisťovne k 1. januáru obdobia, ktoré predchádza obdobiu, na ktoré sa index vypočítava o 2 až 7 rokov (t. j. pri výpočte indexu na rok 2025 budú zohľadnené zmeny zdravotnej poisťovne k 1. januáru 2018, 2019, 2020, 2021, 2022 a 2023).

Pre účely zaradenia poistenca do tejto skupiny budú zohľadnené zmeny zdravotnej poisťovne k 1. januáru od obdobia v ktorom sa prerozdelenie realizuje až po obdobie, ktoré 5 rokov predchádza tomuto obdobiu (t. j. pri zaraďovaní poistencov pri prerozdeľovaní v r. 2025 budú zohľadnené zmeny zdravotnej poisťovne k 1. januáru 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025).

K bodom 52, 54, 55, 57, 60 a 89

Odstránenie nejednoznačnosti popisu výpočtu mesačného prerozdelenia a precizovanie znenia.

K bodu 59

Údaje evidované v centrálnom registri poistencov podliehajú neustálej aktualizácií, a to aj vo vzťahu k údajom, ktoré vstupujú do procesu ročného prerozdelenia poistného. Nie je preto vylúčené, že po vykonaní ročného prerozdelenia poistného dôjde k zmene aj niektorých z tých údajov, ktoré vstúpili do výpočtu ročného prerozdelenia poistného (zdravotné poisťovne napr. aj spätne nahlasujú vznik alebo zánik poistného vzťahu, zmenu statusu poistencov – z poistencov štátu na ekonomicky aktívnych alebo na samoplatiteľov a naopak, v

registri fyzických osôb sa zaznamenávajú dodatočne zistené údaje o úmrtí poistencov atď.). V aplikačnej praxi nie je realizovateľné, aby každá dodatočná zmena akéhokoľvek údaje, ktorý vstupuje do procesu ročného prerozdelenia poistného mala za následok potrebu prepočítania výsledku ročného prerozdelenia poistného. Takýto postup nie je žiaduci ani z hľadiska právnej istoty, ani nie je právne akceptovateľný a udržateľný. Od výsledku ročného prerozdelenia poistného sa totiž odvíja množstvo ďalších inštitútov (napr. výška príspevkov na činnosť zákonom zadaných subjektov a pod.). Vzhľadom na uvedené sa navrhuje (odsek 13), aby bolo explicitne uvedené (tak, ako sa v aplikačnej praxi už aj v súčasnosti deje), že akékoľvek prípadné zmeny údajov evidovaných v centrálnom registri poistencov, ktoré budú vykonané po výpočte ročného prerozdelenia poistného, nezakladajú dôvod na prepočítanie výsledku ročného prerozdelenia poistného.

Zároveň sa do zákona dopĺňa (odsek 14) ustanovenie, ktorým sa určuje postup vysporiadania rozdielov v už uhradených príspevkoch pre inštitúcie, ku ktorému môže prísť, ak by došlo k zmene už právoplatného rozhodnutia o ročnom prerozdeľovaní poistného.

K bodom 61 až 63, 65 až 70

Úprava podmienok pre zaradenie skupín do zoznamu s cieľom vyhnúť sa situácii, kedy by bola nezaraďovaná skupina obsahujúca malý počet poistencov z ktorých každý má vysoké náklady, pri ktorých podiel celkových dodatočných nákladov na celkových ročných nákladoch bude menší ako 0,01 %, ale ich priemerné dodatočné náklady budú viac ako 15 % priemerných nákladov na poistenca.

K bodu 64

Navrhuje sa zmena termínu na zasielanie návrhov na zmeny skupín pre prerozdeľovanie poistného tak, aby tento termín predchádzal termínu na doručovanie dát pre výpočet týchto skupín.

K bodu 81

Upravuje sa termín na zasielanie údajov pre zdravotné poisťovne v prípade, ak došlo k zaslaní chybového protokolu a nastala potreba opravy dát zo strany zdravotnej poisťovne.

K bodu 83

Vypúšťajú sa zo zasielania chybového protokolu údaje, ktoré nie sú pokladané za chyby.

K bodu 85

Vypustenie vety z dôvodu potreby odstrániť duplicitu s § 27b ods. 4.

K bodom 86 až 88#

Určujú sa podrobnosti k procesu prerozdelenia poistného, ktoré je na základe potrieb aplikačnej praxe nutné mať podrobne určené vo všeobecne záväznom právnom predpise.

K bodu 90

Vypúšťa sa duplicitná úprava. Proces, uvedený vo vypúšťaných ustanoveniach je už popísaný v § 28a ods. 5 písm. a).

K bodu 92

Dopĺňa sa účel poskytnutia údajov.

K bodu 94

Ustanovuje sa (odsek 8) postup zasielania údajov v súvislosti so zmenou v bode 71 z Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou na zdravotné poisťovne.

Zároveň sa (odsek 9) zadefinuje referenčný zoznam farmaceuticko-nákladových skupín, diagnostických skupín a nákladových skupín zdravotníckych pomôcok (t. j. referenčný zoznam, z ktorého sa následne vyberajú a testujú skupiny pre zaradenie do zoznamov skupín). Tento zoznam v praxi de facto existuje od počiatku existencie týchto skupín, avšak nebol doposiaľ legislatívne ukotvený. Pre zvýšenie transparentnosti procesu prerozdeľovania poisťného sa navrhuje, aby bol tento referenčný zoznam zverejňovaný na webovom sídle Ministerstva zdravotníctva SR.

K bodom 95 a 96

Zmena v písm. a) je navrhovaná s cieľom zosúladiť znenie zákona s platným právnym stavom v oblasti obmedzenia spôsobilosti na právne úkony. V minulosti bolo možné fyzickú osobu buď pozbaviť spôsobilosti na právne úkony, alebo jej spôsobilosť na právne úkony obmedziť. Za súčasného právneho stavu už pozbavenie spôsobilosti na právne úkony nie je možné, nakoľko v zmysle aktuálne platného civilného mimosporového poriadku je možné fyzickú osobu len v jej spôsobilosti na právne úkony obmedziť. Uvedenou právnou úpravou Slovenská republika reagovala na skutočnosť, že pozbavenie spôsobilosti na právne úkony je v rozpore s európskymi ľudskoprávnymi štandardami. Z minulosti sa ešte môžu vyskytovať rozhodnutia súdov o pozbavení fyzickej osoby spôsobilosti na právne úkony, od účinnosti civilného mimosporového poriadku (rok 2016) však už prichádzajú do úvahy len rozhodnutia o obmedzení spôsobilosti fyzickej osoby na právne úkony, pričom vo výroku rozhodnutia, ktorým súd obmedzuje fyzickú osobu v jej spôsobilosti na právne úkony musí súd povinne vymedziť rozsah, v akom spôsobilosť fyzickej osoby na právne úkony obmedzil a ustanoviť jej opatrovníka. S cieľom, aby úprava zákona č. 580/2004 Z. z. zodpovedala aktuálnemu právnemu stavu v oblasti konania súdov o obmedzení spôsobilosti fyzických osôb na právne úkony sa predkladá táto zmena.

Zmena v písm. b) - v súčasnej právnej úprave je oprávnenie ústavu na výkon väzby, ústavu na výkon trestu odňatia slobody a detenčného ústavu uvedené všeobecne, ako oprávnenie na zastupovanie pri všetkých právach a povinnostiach poistenca, čo by znamenalo aj výkon viacerých práv a povinností (napr. vrátenie limitu spoluúčasti, vrátenie preplatku, úhrada nedoplatku na poisťnom či plnenie všeobecných oznamovacích povinností), ktoré ústav nemá možnosť realizovať za poistenca. Z tohto dôvodu sa navrhuje toto oprávnenie vzťahovať iba na presne určené situácie (podanie prihlášky na vznik poistenia, ak poistenec nie je verejne zdravotne poistený a oznámenie skutočnosti o vzniku/zániku poistenia a platiteľa poisťného), t. j. povinnosti, ktoré vykonávajú tieto ústavy už v súčasnosti.

K bodu 98

Ustanovenie rieši potrebu získať informácie o všetkých fyzických osobách s ťažkým zdravotným postihnutím, uznaných úradom práce, z dôvodu, aby im mohla byť uplatnená znížená sadzba poisťného bez nutnosti predkladať zdravotnej poisťovni doklady o priznaní ťažkého zdravotného postihnutia. Dátum priznania preukazu nemusí byť rovnaký s dátumom uznania ťažkého zdravotného postihnutia a vypršanie lehoty platnosti a neobnovenie preukazu neznamená, že fyzická osoba prestáva byť uznanou za ťažko zdravotne postihnutú.

K bodu 99

Umožňuje sa poskytovanie súčinnosti pre subjekty verejnej správy nielen pri ročnom zúčtovaní poisťného ale aj pri výkone verejného zdravotného poistenia z dôvodu, aby nemusel občan nahlasovať zdravotnej poisťovni údaje, ktoré táto môže získať od iného subjektu verejnej správy.

K bodu 100

Ustanovuje sa povinnosť pre Národné centrum zdravotníckych informácií poskytovať zdravotnej poisťovni informácie o dočasných pracovných neschopnostiach. Tieto údaje má po zavedení elektronickej PN Národné centrum k dispozícii. Zároveň sa ruší táto povinnosť (oznamovať PN zamestnanca) pre zamestnávateľa (za predpokladu, že ide o elektronicnú PN).

K bodu 102

Prechodné ustanovenia v súvislosti s úpravou v bode 4, rozšírením skupín pre prerozdelenie poistného (bod 71) a novou definíciou poistenca štátu podľa § 11 ods. 7 písm. r) (bod 29).

Článok II (zákon č. 576/2004 Z. z.)

V súvislosti so zmenou v čl. I, bodoch 25 a 26 sa pri osobe podľa § 9 ods. 4 zákona č. 580/2004 Z. z. pri poskytnutí ošetrovateľskej starostlivosti prostredníctvom agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti upúšťa od povinnosti odporúčania všeobecného lekára, nakoľko tieto osoby (vzhľadom k skutočnosti, že nie sú verejne zdravotne poistené) nemajú určeného všeobecného lekára. Ustanovenie odkazuje na § 28 ods. 5 zákona č. 578/2004 Z. z., na základe ktorého bola vydaná vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 95/2018 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom.

Článok III (zákon č. 577/2004 Z. z.)

V súvislosti so zmenou v čl. I, bodoch 2 a 35 sa ustanovuje úhrada z verejného zdravotného poistenia pre náklady spojené s odberom ľudských orgánov, ľudských tkanív, ľudských buniek a výkonom vedúcim k pôrodu v dobe, kedy je už poistenec mŕtvy.

Článok IV (zákon č. 581/2004 Z. z.)

K bodom 1 a 32

Legislatívno-technická úprava v súvislosti s úpravou v čl. I (zákon č. 580/2004 Z. z.), bod 5.

K bodu 2

Umožňuje sa sprístupnenie informácií elektronicke o tom, aký humánny liek, ktorý lekár oprávnený predpisovať humánne lieky predpísal, bol poistencovi vydaný aj pre poskytovateľa lekárenskej starostlivosti, s ktorým má zdravotná poisťovňa uzatvorenú zmluvu.

K bodom 3 a 4

Doplnenie odkazu na príslušné zákonné ustanovenie osobitného predpisu, s cieľom presne definovať spôsob tvorby rezerv. Zároveň sa navrhuje, aby poisťovne vykazovali predpokladané náklady spojené s vykonaním úhrady plánovanej zdravotnej starostlivosti na poistencov zaradených v zozname ku dňu, ku ktorému sa tvorí účtovná závierka, v podsúvahovej evidencii ako podmienené záväzky. V súlade so zákonom č. 580/2004 Z. z. môže poistenec zmeniť príslušnú zdravotnú poisťovňu vždy k 1. januáru nasledujúceho kalendárneho roka. Zo zákona je tým limitovaná dĺžka trvania zmluvného vzťahu minimálne na lehotu 1 roka. Povinnosť vždy zahŕňa ďalšiu zmluvnú stranu, voči ktorej povinnosť existuje. V tomto prípade poisťovňa nemôže spoľahlivo určiť, či v momente poskytnutia zdravotnej starostlivosti poistenec bude stále poistencom zdravotnej poisťovne a tým jej vznikne povinnosť uhrádzať plánovanú

zdravotnú starostlivosť poistencovi zaradenému v zozname ku dňu, ku ktorému sa tvorí účtovná závierka.

K bodom 5 až 7

Zjednotenie použitej terminológie s Opatrením MF SR č. MF/22933/2005-74, ktorým sa ustanovujú podrobnosti o usporiadaní a označovaní položiek individuálnej účtovnej závierky.

K bodu 8

Ustanovuje sa legislatívny rámec pre poskytovanie tzv. benefitov zdravotnými poisťovňami a zároveň sa určuje horná hranica objemu takto poskytovaných benefitov tak, aby nedochádzalo k poskytovaniu týchto benefitov na úkor ustanoveného rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia.

Benefity zdravotných poisťovní budú svojim obsahom pomáhať naplňovať Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030. Jednotlivé zdravotné poisťovne budú svoje benefity tvoriť so zameraním na tieto oblasti: srdcovo-cievne ochorenia, cukrovka, chronické ochorenia dýchacích ciest, duševné zdravie, neurologické poruchy, onkologické ochorenia, prenosné ochorenia. Kritériá určené a uverejnené zdravotnou poisťovňou (podľa § 42 ods. 4 zákona č. 577/2004 Z. z. a § 88 ods. 6 zákona č. 363/2011 Z. z.) budú používať nástroje primárnej, sekundárnej aj terciárnej prevencie.

K bodom 9 až 11 a 19

S cieľom znížiť administratívnu záťaž poskytovateľov zdravotnej starostlivosti sa ruší povinnosť oznamovania údajov na účely monitorovania dostupnosti a vyhodnotenia kvality a efektívnosti ošetrovateľskej starostlivosti. Požadované údaje si zabezpečí MZ SR zo zdrojov, ktoré sú oznamované do systému eZdravie (bez potreby sprostredkovateľa v podobe zdravotnej poisťovne).

K bodu 12

Zmena dátumu poukázania príspevku na činnosť inštitúcií (resp. prvej kvartálnej splátky) z 20. januára na 5. januára z dôvodu potreby prijatia finančných prostriedkov nevyhnutných pre kontinuálne riadne zabezpečenie činnosti inštitúcie od začiatku kalendárneho roka.

K bodu 13

Doplnenie ustanovenia o možnosť pre zdravotnú poisťovňu vykonávať kontrolu poskytovania zdravotnej starostlivosti aj v prípade urgentného príjmu.

K bodom 14 a 27

Úprava textu zákona z dôvodu z dôvodu potreby terminologickej správnosti, presnosti, všeobecnej zrozumiteľnosti a používania správnych a ustálených právnych pojmov (pojem „identifikačné číslo organizácie“).

K bodu 15

Ustanovením sa dopĺňa kompetencia úradu pre dohľad začať konanie o odňatí predchádzajúceho súhlasu, ak vyjdú najavo skutočnosti, ktoré preukazujú, že osoby vo funkcii člena predstavenstva, dozornej rady, prokuristu, vedúceho zamestnanca v priamej riadiacej pôsobnosti predstavenstva zdravotnej poisťovne alebo osoby zodpovednej za výkon vnútornej kontroly zdravotnej poisťovne, vykonávajúcej svoju funkciu na základe predchádzajúceho súhlasu úradu pre dohľad, nespĺňajú podmienky dôveryhodnosti definované v § 33 ods. 3 zákona č. 581/2004 Z. z.

K bodu 16

V aplikačnej praxi sa používa pojem „identifikátor fyzickej osoby“, pod ktorým sa rozumie rovnaký údaj, ako „počítačové číslo občana“ používané v zákone č. 581/2004 Z. z. Vzhľadom na uvedenú skutočnosť, a tiež s prihliadnutím na to, že v budúcnosti bude jedným z podstatných identifikátorov používaným v procese vzájomnej výmeny údajov medzi úradom pre dohľad a externými subjektami práve identifikátor fyzickej osoby, a tiež s cieľom zjednocovania terminológie používanej v jednotlivých právnych predpisoch na označovanie totožných inštitútov, sa pojem „počítačové číslo občana“ používaný v zákone č. 581/2004 Z. z. nahrádza pojmom „identifikátor fyzickej osoby“.

K bodu 17

Rozsah údajov poskytovaných zdravotnou poisťovňou Národnému centru zdravotníckych informácií sa upravuje v súlade s rozsahom ustanoveným v zákone č. 153/2013 Z. z.

K bodu 18

V nadväznosti na aplikačnú prax sa upravuje splnomocňovacie ustanovenie na vydanie tzv. programovej vyhlášky a zreálnuje dátum jej vydania.

K bodom 20, 29 a 31

Spresenie znenia zákona. Úrad pre dohľad nevedie úplný register poskytovateľov, ale vedie register len tých poskytovateľov, ktorým bol úradom pre dohľad pridelený číselný kód. Z uvedeného dôvodu sa upresňuje znenie, aby nevznikli pochybnosti o tom, ktorých poskytovateľov úrad pre dohľad v registri vedie. Zároveň sa do výpočtu údajov vedených v registri poskytovateľov dopĺňa adresa odborného zástupcu a údaje o kvalifikovanej osobe zodpovednej za odborné poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti, za účelom jednoznačnej a nezameniteľnej identifikácie tejto osoby.

K bodu 21

Legislatívno-technická úprava. Úprava odkazu tak, aby smeroval na aktuálne znenie príslušného ustanovenia zákona č. 580/2004 Z. z.

K bodom 22, 24, 50 až 52

Zjednodušenie administratívy pre záujemcov o výkon činnosti prehliadajúceho lekára, keďže podľa súčasnej platnej úpravy úrad pre dohľad vydáva dva samostatné dokumenty, a to osvedčenie o absolvovaní školenia a následne oprávnenie na vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel (v niektorých prípadoch je osvedčenie o absolvovaní školenia prílohou žiadosti o vydanie oprávnenia). Pre potreby praxe postačuje jeden dokument, ktorým bude oprávnenie na vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel, ktoré sa bude vydávať na základe absolvovaného školenia bezprostredne po jeho absolvovaní.

K bodu 23

V súvislosti s implementáciou projektu ePrehliadky sa do pôsobnosti úradu pre dohľad dopĺňa prevádzkovanie informačného systému na zabezpečenie vykonávania prehliadok mŕtvych tiel, ktorého súčasťou je aj elektronické hlásenie o úmrtí, ktoré vyplňa prehliadajúci lekár.

K bodu 25

Ustanovenie § 20 ods. 1 písm. e) zákona č. 581/2004 Z. z. v bode č. 4, 5 a 10 predpokladá nielen pridelenie, ale aj pozastavenie, ukončenie pozastavenia a ukončenie platnosti kódov zdravotníckych pracovníkov, poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a zariadení sociálnej pomoci. Ustanovenie § 20 ods. 1 písm. d) zákona č. 581/2004 Z. z. však neupravuje

kompetenciu úradu pozastavovať, ukončovať pozastavenie alebo ukončovať platnosť kódov zdravotníckych pracovníkov, poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a zariadení sociálnej pomoci. Vzhľadom na uvedené je potrebné do ustanovenia § 20 ods. 1 písm. d) zákona č. 581/2004 Z. z. zapracovať uvedenú kompetenciu úradu pre dohľad.

K bodu 26

Vypustenie nadbytočného ustanovenia. V súčasnosti sa údaje o úmrtí poistencov do centrálného registra poistencov automatizovaným spôsobom čerpajú z registra fyzických osôb, úrad pre dohľad tak v centrálnom registri poistencov automaticky zaeviduje každé úmrtie, ktoré bude zaevidované v registri fyzických osôb.

K bodu 28

Zmena súvisiaca s bodom 23 a doplnenie údajov o poskytovateľoch, ktoré sú pre úrad potrebné z dôvodu výkonu činnosti kontaktného miesta v rozsahu ustanovenom v § 20d zákona č. 581/2004 Z. z. V rámci výkonu pôsobnosti národného kontaktného miesta má úrad pre dohľad podľa § 20d ods. 2 písm. b) a f) zákona č. 581/2004 Z. z. povinnosť poskytnúť poistencovi iného členského štátu na jeho žiadosť informácie o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti či majú vydanú licenciu, či majú vydané povolenie na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia alebo povolenie podľa osobitného predpisu, či nemajú pozastavenú činnosť, ich adresy, webové sídla, kontakty, a informáciu o bezbariérovom prístupe zdravotníckych zariadení pre osoby so zdravotným postihnutím.

K bodu 30

Ruší sa register osôb oprávnených na výkon dohľadu, keďže nemá v aplikačnej praxi žiaden význam a jeho aktuálne vedenie je v praxi nereálne vzhľadom na sústavnú zmenu osôb oprávnených na výkon dohľadu, najmä v oblasti dohľadov nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Pre potreby výkonu dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti postačuje úradu pre dohľad vedenie interného zoznamu prizvaných konzultantov úradu pre dohľad, ktorý sa upravuje podľa potreby, t. j. v závislosti od toho, ktorí konzultanti majú s úradom pre dohľad aktuálne uzatvorenú zmluvu o spolupráci. V oblasti dohľadu nad verejným zdravotným poistením sú osobami oprávnenými na výkon dohľadu len zamestnanci úradu pre dohľad, a teda vedenie registra o zamestnancoch nemá význam. Z registra nečerpajú údaje iné subjekty.

K bodu 33

Doplnenie ustanovenia zákona v súlade s požiadavkami aplikačnej praxe. V praxi dochádza k prípadom, kedy je potrebné zabezpečiť prepravu mŕtveho tela na pitvu aj z chladiaceho zariadenia pohrebnej služby nachádzajúceho sa na inom mieste, než je miesto úmrtia.

K bodu 34

Špecifikácia účelu poskytovania údajov z elektronického hlásenia o úmrtí Štatistickému úradu SR v súvislosti s implementáciou projektu ePrehliadky.

K bodom 35 a 36

Doplnenie ustanovení o pridelení číselných kódov zdravotníckym pracovníkom, poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a zariadeniam sociálnej pomoci. Číselné kódy úrad pre dohľad pridelené vždy len na základe predchádzajúcej písomnej žiadosti. Pozastavenie platnosti číselného kódu, ukončenie pozastavenia platnosti číselného kódu alebo ukončenie platnosti číselného kódu však už úrad pre dohľad vykonáva buď na základe písomnej žiadosti, alebo ex offo, napr. ak je podľa osobitného predpisu poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti

zrušené povolenie, alebo licencia a pod. Z uvedeného dôvodu je potrebné v odseku 3 explicitne upraviť, že pridelenie číselného kódu je vždy viazané na podanie prechádzajúcej písomnej žiadosti, a teda, aby bolo jednoznačne zrejmé, že číselné kódy úrad pre dohľad nikdy nevydáva ex offo (na rozdiel od pozastavenia platnosti alebo ukončenia platnosti číselného kódu).

Vzhľadom na počet odborných konzultantov, s ktorými úrad pre dohľad v procese výkonu dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou spolupracuje a vzhľadom na potrebu operatívneho prijímania prípadných zmien týkajúcich sa činnosti odborných konzultantov a ich odmeňovania, má byť úrad pre dohľad povinný zverejňovať vo svojom vestníku aj metodické usmernenie, ktoré sa týka oblasti zabezpečovania činnosti odborných konzultantov.

V súvislosti s agendou číselných kódov úrad pre dohľad spracúva osobné údaje. Za účelom zabezpečenia súladu s GDPR a so zákonom na ochranu osobných údajov je potrebné vytvoriť pre toto spracúvanie osobných údajov právny základ. Zároveň úrad pre dohľad poskytuje údaje o kódoch zdravotným poisťovniam, a to pre potreby vykonávania verejného zdravotného poistenia. Je preto potrebné zadefinovať túto povinnosť v zákone a vytvoriť tak právny základ pre poskytovanie údajov o kódoch jednotlivým zdravotným poisťovniam.

K bodu 37

Legislatívno-technická úprava. Úprava legislatívneho odkazu tak, aby odkazoval na aktuálne ustanovenie Správneho poriadku, ktorý upravuje ustanovenie znalca.

K bodu 38

V zmysle ustanovenia § 29 ods. 1 písm. a) zákona č. 581/2004 Z. z. je úrad pre dohľad povinný viesť účtovníctvo podľa osobitného predpisu. Týmto osobitným predpisom sa rozumie zákon č. 431/2002 Z. z. o účtovníctve v znení neskorších predpisov, ktorý definuje povinnosti účtovnej jednotky k majetku a záväzkom vyjadreným v cudzej mene. Za účelom predchádzania interpretačných rozdielov v aplikačnej praxi, ku ktorým dochádza z dôvodu duplicitnej právnej úpravy upravujúcej rovnakú otázku, sa navrhujeme vypustenie textu.

K bodu 39

V naliehavých prípadoch a v prípadoch, kedy je potrebné jednorazovo zabezpečiť stanovisko odborného konzultanta v určitej oblasti odbornosti je rýchlejšie a efektívnejšie zabezpečenie odborného stanoviska na základe objednávky. Objednávka, ako aj následná úhrada za poskytnutie odborného stanoviska naďalej podlieha povinnému zverejňovaniu. Zabezpečením odborných konzultantov prostredníctvom objednávok nie je nijakým spôsobom dotknutá transparentnosť.

K bodu 40

Cieľom právnej úpravy je, aby v prípade, ak zo strany podávateľa podnetu na výkon dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti ide o opakované, alebo zjavne bezdôvodné uplatňovanie práva na prešetrenie správnosti poskytnutej zdravotnej starostlivosti, mohol úrad pre dohľad takýto podnet odmietnuť. Cieľom tejto právnej úpravy tak je, aby tieto dôvody boli od seba oddelené, teda podmienkou odmietnutia podnetu na výkon dohľadu nemalo byť to, aby oba tieto dôvody boli splnené súčasne. Z uvedeného dôvodu sa navrhuje v ustanovení slovo „a“ nahradiť slovom „alebo“, aby z toho ustanovenia bolo jednoznačne zrejmé, že dôvody odmietnutia podnetu nemusia byť splnené kumulatívne, ale každý z týchto dôvodov samostatne zakladá povinnosť úradu pre dohľad podnet na výkon dohľadu odmietnuť. Zároveň sa navrhuje uvedený postup uplatniť aj v prípade podnetu smerovaného voči postupu zdravotnej poisťovne.

K bodu 41

Úprava podľa poznatkov z aplikačnej praxe. Poverenie na výkon dohľadu možno považovať za vydané až dňom jeho podpísania oprávnenou osobou (vedúcim zamestnancom) úradu pre dohľad. Nakoľko poverenie na úrade pre dohľad spravidla prechádza viacstupňovým schvaľovacím procesom, nie vždy je pri spracúvaní poverenia možné odhadnúť, kedy presne vedúci zamestnanec oprávnený na podpísanie poverenia na výkon dohľadu, poverenie aj reálne podpíše. Najmä v prípade elektronicky vydaných poverení tak môže nastať situácia, že dátum začatia výkonu dohľadu uvedený v texte poverenia (keďže ide o povinnú náležitosť poverenia) nekorešponduje s dátumom jeho podpísania podľa časovej pečiatky, teda s dňom vydania poverenia. Z uvedeného sa navrhuje znenie ustanovenia § 43b ods. 2 zákona č. 581/2004 Z. z. upraviť tak, aby bol za dátum začatia výkonu dohľadu považovaný dátum, ktorý je v poverení uvedený ako dátum začatia výkonu dohľadu a nie deň vydania poverenia (t. j. deň jeho podpísania).

K bodom 42 a 43

Vzhľadom k skutočnosti, že poverenia na výkon dohľadu sa vydávajú aj v elektronickej podobe, je potrebné prispôbiť aj v zákone uvádzaný popis náležitosti týchto poverení.

K bodu 44

Protokol, ktorý je výsledkom výkonu dohľadu obsahuje všetky podstatné informácie, ktoré úrad v procese výkonu dohľadu bral do úvahy. Dotknutá osoba, resp. jej zákonný zástupca tak má všetky relevantné informácie, ktoré sú potrebné pre riadne a efektívne obhajovanie svojich práv a záujmov.

K bodu 45

Za účelom ochrany práv a záujmov dohliadaných subjektov sa zároveň dopĺňa povinnosť úradu pre dohľad upovedomiť dohliadaný subjekt o dôvodoch začatia výkonu následného dohľadu.

K bodu 46

Pri výkone následného dohľadu súčasná úprava nerieši otázku toho, ako sa má úrad pre dohľad vysporiadať s protokolom, ktorý bol vydaný v rámci už ukončeného predchádzajúceho dohľadu vykonaného v tej istej veci. Po ukončení výkonu následného dohľadu totiž popri sebe existujú dva protokoly týkajúce sa tej istej veci, čo v aplikačnej praxi spôsobuje právnu neistotu a interpretačné problémy. Z uvedeného dôvodu sa navrhuje explicitne zapracovať ustanovenie, v zmysle ktorého protokol vydaný v rámci následného dohľadu automaticky, ex lege, dňom skončenia výkonu následného dohľadu v celom rozsahu nahradí protokol vydaný v rámci predchádzajúceho dohľadu vedeného v tej istej veci.

K bodu 47

Sprensenie ustanovenia, keďže fyzické osoby a právnické osoby majú právo byť zastúpené. Nielen podávateľ podnetu, ale aj dohliadaný subjekt môže byť zastúpený splnomocneným zástupcom a s tým je potrebné aj v rozsahu splnomocnenia konať, vrátane doručovania písomností.

K bodu 48

Zmena periodicity zasielania rozpisov prehliadajúcich lekárov. Za účelom zabezpečenia aktuálneho prehľadu o prehliadajúcich lekároch v ústavných zdravotníckych zariadeniach je potrebné, aby poskytovatelia ústavnej zdravotnej starostlivosti zasielali úradu pre dohľad rozpis prehliadajúcich lekárov v nemocniciach bezodkladne po jeho vyhotovení. Zasielanie rozpisu

poskytovateľa na mesačnej báze spôsobuje problémy v aplikačnej praxi vzhľadom na organizáciu práce v ústavných zdravotníckych zariadeniach.

K bodu 49

Doplnenie ustanovenia o poskytovaných údajoch prehliadajúceho lekára. Za účelom jednoznačnej identifikácie prehliadajúceho lekára a možnosti jeho kontaktovania zo strany úradu pre dohľad sa dopĺňajú nevyhnutné údaje do rozpisu poskytovateľa.

K bodu 53

Rozšírenie sankčných opatrení úradu pre dohľad v prípade zistenia závažného alebo opakovaného porušenia povinnosti zo strany obhliadajúceho lekára.

K bodu 54

Vypúšťa sa pre Úrad pre dohľad povinnosť vyhodnocovať mieru zavinenia, nakoľko zavinenie je vo všeobecnosti definované ako vnútorný psychický vzťah páchatel'a k objektívnym znakom trestného činu (resp. správneho deliktu). Predstavuje vzťah vedomosti a vôle k protiprávnemu konaniu ako celku, ako aj k jednotlivým znakom skutkovej podstaty. Ustanovenie § 50 ods. 1 zákona č. 581/2004 Z. z. upravuje podmienky ukladania sankcií zdravotným poisťovňam za spáchanie správneho deliktu. Zdravotné poisťovne sú právnickými osobami, v prípade ktorých nemožno posudzovať ich psychický vzťah k jednotlivým znakom správneho deliktu. Navyše zodpovednosť za spáchanie správneho deliktu je spravidla založená na objektívnom princípe (zodpovednosť za výsledok), čo znamená, že sa posudzuje bez ohľadu na zavinenie. Skúmanie zavinenia v prípade zdravotnej poisťovne v procese ukladania sankcií za správne delikty tak neprichádza do úvahy.

K bodu 55

Pri výkone dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti (vzhľadom na zložitosť niektorých prípadov) je mimoriadne náročné až nemožné posúdiť a vyhodnotiť následky porušenia povinností (dopad na poškodenie, resp. zhoršenie zdravia pacienta, prípadne na jeho život). V procese výkonu dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti sú často zistené pochybenia poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, avšak nie vždy je možné jednoznačne a bez akýchkoľvek pochybností ustáliť záver o tom, čo bolo bezprostredným následkom sankcionovaného pochybenia poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (z hľadiska dopadu na zdravie, resp. na život pacienta). Z uvedeného dôvodu sa z vybraných ustanovení zákona upravujúcich ukládanie sankcií poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, odstraňuje následok zistených nedostatkov z výpočtu atribútov, ktoré je Úrad pre dohľad povinný pri ukladaní sankcií poskytovateľom zdravotnej starostlivosti zohľadňovať.

K bodu 56

Legislatívno-technická úprava, nakoľko aktuálne znenie § 50 ods. 2 už neobsahuje delenie na písmená.

K bodom 57, 58, 61 a 62

Legislatívno-technická úprava odkazu na príslušné ustanovenie a odstránenie diskrepancie.

K bodu 59

Legislatívno-technická úprava. Predchádzajúcou novelou zákona došlo k prečíslovaniu ustanovenia upravujúceho povinnosti dohliadaného subjektu, ktoré sú aktuálne upravené v § 43e ods. 2, preto je potrebné rovnako upraviť aj vnútorné odkazy v zákone.

K bodu 60

Zvyšuje sa kontrolná a dohľadová činnosť Úradu pre dohad nad zdravotnou starostlivosťou v prípade zdravotných poisťovní. Úrad bude môcť nariadiť zdravotnej poisťovni, aby predložila na schválenie ozdravný plán, ak vykazuje straty, v dôsledku ktorých výška vlastného imania zdravotnej poisťovne klesla pod minimálnu hodnotu základného imania podľa § 33 ods. 1 písm. a).

K bodom 63 a 64

Upresnenie znenia zákona s cieľom odstrániť možný odlišný gramatický výklad.

Riadiaci výbor pre úhradové mechanizmy a reguláciu cien pracuje už niekoľko rokov. Poslednou novelizáciou uvedených ustanovení sa rozdelil riadiaci výbor na riadiaci výbor pre ústavnú a ambulantnú zdravotnú starostlivosť. Novelizácia však spôsobila, že gramatickým výkladom novela rozdelila riadiace výbory na dve samostatné komisie samostatne pre úhradové mechanizmy a samostatne pre reguláciu cien. Zosúladuje sa gramatické znenie zákona a jednoznačne sa určuje jeden riadiaci výbor pre úhradové mechanizmy a reguláciu cien pre ústavnú zdravotnú starostlivosť a jeden riadiaci výbor pre úhradové mechanizmy a reguláciu cien pre ambulantnú zdravotnú starostlivosť.

V aplikačnej praxi dochádza k situáciám, kedy sa člen riadiaceho výboru na zasadnutie nemôže dostaviť, napr. zo zdravotných alebo súkromných dôvodov. Aby sa predišlo situáciám, kedy riadiace výbory nebudú môcť fungovať pre nedostatok členov, subjekty riadiaceho výboru by mali mať možnosť navrhnúť zástupcov členov riadiacich výborov, ktorí budú menovaní ministrom zdravotníctva a budú môcť fungovať v riadiacom výbore ako plnohodnotní členovia, v prípade ak sa riadni členovia nebudú môcť zasadiť riadiacich výborov zúčastniť

K bodom 65 a 66

Odstránenie duplicity. Zoznam ambulantných zdravotných výkonov upravuje § 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

Zároveň sa z dôvodu právnej istoty jednoznačne určuje, že Správny poriadok sa na posudzovanie návrhov podľa odseku 5 neuplatňuje.

K bodom 67 a 68

Umožňuje sa zverejňovanie údajov s cieľom čo najtransparentnejšieho procesu fungovania DRG systému. Ku prepočítaniu DRG systému disponuje Centrum pre klasifikačný systém aj metodikami, ktoré by pre transparentnosť a objektívnosť mali byť uverejnené, preto sa rozširuje zoznam metodík a pravidiel, ktoré sú uverejňované o tie, ktoré sú vedené a na základe nich sa prepočítava úhradový mechanizmus DRG.

K bodu 69

Rozšírenie okruhu oprávnených subjektov, pri ktorých poskytnutie informácie nepredstavuje porušenie mlčanlivosti a z dôvodu vylúčenia pochybností o oprávnenosti týchto subjektov žiadať údaje od zdravotných poisťovní. Obe inštitúcie plnia úlohy v oblasti verejného záujmu.

K bodu 70

Sociálna poisťovňa ako príslušná inštitúcia určuje uplatniteľnú legislatívu v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 z 29. apríla 2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia (Mimoriadne vydanie Ú.v. EÚ, kap. 5/zv. 5; Ú.v. EÚ L 200, 7.6.2004) v platnom znení, pričom zdravotné poisťovne často z aplikačnej praxe disponujú informáciami, ktoré sú významné pri určení uplatniteľnej legislatívy. Navrhuje sa legislatívne

ukotvenie možnosti výmeny týchto informácií medzi zdravotnou poisťovňou a Sociálnou poisťovňou.

K bodu 71

Spresnenie znenia v nadväznosti na zákon č. 453/2003 Z. z. o orgánoch štátnej správy v oblasti sociálnych vecí, rodiny a služieb zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Podľa uvedeného zákona sa za orgány štátnej správy v tejto oblasti považujú Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky, Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny a úrady práce, sociálnych vecí a rodiny. Ak sa výmena informácií v súvislosti s vedením evidencie uchádzačov o zamestnanie a lekárskej posudkovej činnosti podľa osobitného zákona pri plnení povinností na úseku sociálnych vecí, sociálnych dávok a poskytovania pomoci v hmotnej núdzi vykonávaných podľa osobitných predpisov má realizovať s oprávneným subjektom tak tým subjektom nie je len Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny, ale aj ostatné orgány štátnej správy v zmysle č. 453/2003 Z. z., ktoré činnosti v tejto oblasti vykonávajú.

K bodu 72

Prechodné ustanovenie, súvisiace s bodom 51 (Oprávnenia na vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel).

Článok V (zákon č. 153/2013 Z. z.)

K bodom 1 a 6

V aplikačnej praxi sa používa pojem „identifikátor fyzickej osoby“. Vzhľadom na uvedenú skutočnosť, a tiež s prihliadnutím na to, že v budúcnosti bude jedným z podstatných identifikátorov používaným v procese vzájomnej výmeny údajov medzi NCZI a externými subjektami práve identifikátor fyzickej osoby, a tiež s cieľom zjednocovania terminológie používanej v jednotlivých právnych predpisoch na označovanie totožných inštitútov, sa navrhuje rozšírenie rozsahu poskytovaných údajov o tento údaj.

K bodom 2, 4 a 5

Upravuje sa definícia rozsahu poskytovaných údajov s dôvodu potreby zosúladenia popisu týchto údajov v zákone č. 153/2013 Z. z. a v súvisiacich právnych predpisoch a s cieľom jednoznačne určiť potrebný rozsah poskytovaných údajov.

K bodom 3 a 7

Upravuje sa poskytovanie údajov o ePN v súvislosti so zmenou v čl. I bode 100.

Článok VI (účinnosť)

Navrhuje sa účinnosť zákona vzhľadom na predpokladanú dĺžku legislatívneho procesu.

Účinnosť zmien, týkajúcich sa zjednotenia použitej terminológie s Opatrením MF SR č. MF/22933/2005-74, ktorým sa ustanovujú podrobnosti o usporiadaní a označovaní položiek individuálnej účtovnej závierky sa navrhuje tak, aby mohla byť použitá už na účtovné obdobie kalendárneho roka 2024.

Účinnosť zmien, týkajúcich sa poskytovania údajov o ePN z NCZI zdravotným poisťovníam (čl. I bod 78 a čl. V body 3 a 7) sa navrhuje od 1. januára 2026, predovšetkým z dôvodov potreby budovania integrácie rozhraní informačných systémov NCZI a zdravotných poisťovní už na nový systém eZdravie, ktorý má byť odovzdaný do užívania v septembri 2025. Z tohto

dôvodu sa budovanie nových rozhraní na súčasný systém eZdravia a následné opätovné budovanie na nový systém javí ako neefektívne a náročné na verejné zdroje. Rovnako personálne kapacity na NCZI sú plne vyťažené rozvojovými aktivitami pre projekty budovania projektu Životné situácie, Rozšírenie portfólia služieb a inovácia služieb elektronického zdravotníctva a Online procesy eZdravia, pričom každá aktivita nad tieto projekty znamená vyťažovanie tých istých kapacít a ohrozuje už naplánované aktivity.