

VYHODNOTENIE MEDZIREZORTNÉHO PRIPOMIENKOVÉHO KONANIA

Zákon, ktorým sa mení a dopĺňa 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 v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony

Spôsob pripomienkového konania

Počet vznesených pripomienok, z toho zásadných

195 /33

Počet vyhodnotených pripomienok

195

Počet akceptovaných pripomienok, z toho zásadných

121 /21

Počet čiastočne akceptovaných pripomienok, z toho zásadných

10 /4

Počet neakceptovaných pripomienok, z toho zásadných

64 /8

Rozporové konanie (s kým, kedy, s akým výsledkom)

MF SR dňa 15. 07. 2024, rozpor odstránený,
MO SR dňa 15. 07. 2024, rozpor odstránený,
ŠÚ SR dňa 16. 07. 2024, rozpor odstránený,
ÚDZS dňa 29. 07. 2024, rozpor odstránený,
VŠZP dňa 29. 07. 2024 rozpor odstránený,
Dôvera zdravotná poisťovňa, a. s. dňa 29. 07. 2024, rozpor odstránený,
Union zdravotná poisťovňa, a. s. dňa 29. 07. 2024, rozpor odstránený,
AZZZ SR dňa 31. 07. 2024, rozpor odstránený.

Sumarizácia vznesených pripomienok podľa subjektov

Č.	Subjekt	Pripomienky do termínu	Pripomienky po termíne	Nemali pripomienky	Vôbec nezaslali
1.	Asociácia zamestnávateľských zväzov a združení Slovenskej republiky	11 (7o,4z)	0 (0o,0z)		
2.	DEPAUL SLOVENSKO, nezisková organizácia	3 (3o,0z)	0 (0o,0z)		
3.	DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s.	31 (31o,0z)	0 (0o,0z)		

4.	Generálna prokuratúra Slovenskej republiky	7 (7o,0z)	0 (0o,0z)		
5.	Komisárka pre osoby so zdravotným postihnutím	1 (1o,0z)	0 (0o,0z)		
6.	Ministerstvo dopravy Slovenskej republiky	4 (4o,0z)	0 (0o,0z)		
7.	Ministerstvo financií Slovenskej republiky	6 (2o,4z)	0 (0o,0z)		
8.	Ministerstvo hospodárstva Slovenskej republiky	1 (0o,1z)	0 (0o,0z)		
9.	Ministerstvo cestovného ruchu a športu Slovenskej republiky	4 (4o,0z)	0 (0o,0z)		
10.	Ministerstvo kultúry Slovenskej republiky	5 (5o,0z)	0 (0o,0z)		
11.	Ministerstvo obrany Slovenskej republiky	2 (1o,1z)	0 (0o,0z)		
12.	Ministerstvo pôdohospodárstva a rozvoja vidieka Slovenskej republiky	2 (2o,0z)	0 (0o,0z)		
13.	Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky	8 (6o,2z)	0 (0o,0z)		
14.	Ministerstvo spravodlivosti Slovenskej republiky	6 (6o,0z)	0 (0o,0z)		
15.	Národný bezpečnostný úrad	5 (5o,0z)	0 (0o,0z)		
16.	Odbor aproximácie práva sekcie vládnej legislatívy Úradu vlády SR	3 (3o,0z)	0 (0o,0z)		
17.	Slovenská komora zubných lekárov	1 (1o,0z)	0 (0o,0z)		
18.	Slovenská lekárska komora	2 (2o,0z)	0 (0o,0z)		
19.	Štatistický úrad Slovenskej republiky	3 (0o,3z)	0 (0o,0z)		
20.	Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou	43 (25o,18z)	0 (0o,0z)		
21.	Union zdravotná poisťovňa, a. s.	10 (10o,0z)	0 (0o,0z)		

22.	Verejnosť	14 (14o,0z)	0 (0o,0z)		
23.	Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s.	21 (21o,0z)	0 (0o,0z)		
24.	Zväz ambulantných poskytovateľov	2 (2o,0z)	0 (0o,0z)		
25.	Úrad jadrového dozoru Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)	x	
26.	Úrad priemyselného vlastníctva Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)	x	
27.	Národná banka Slovenska	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)	x	
28.	Ministerstvo investícií, regionálneho rozvoja a informatizácie Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)	x	
29.	Ministerstvo školstva, výskumu, vývoja a mládeže Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)	x	
30.	Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)	x	
31.	Úrad pre verejné obstarávanie	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)	x	
32.	Úrad pre normalizáciu, metrológiu a skúšobníctvo Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)	x	
33.	Ministerstvo životného prostredia Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)	x	
34.	Úrad geodézie, kartografie a katastra Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)	x	
35.	Ministerstvo zahraničných vecí a európskych záležitostí Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)	x	
36.	Protimonopolný úrad Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)	x	
37.	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
38.	Úrad vlády Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
39.	Správa štátnych hmotných rezerv Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x

40.	Najvyšší kontrolný úrad Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
41.	Najvyšší súd Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
42.	Kancelária Ústavného súdu Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
43.	Slovenská poľnohospodárska a potravinárska komora	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
44.	Združenie miest a obcí Slovenska	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
45.	Splnomocnenec vlády Slovenskej republiky pre rómske komunity	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
46.	Konfederácia odborových zväzov Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
47.	Republiková únia zamestnávateľov	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
48.	Konferencia biskupov Slovenska	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
49.	Asociácia priemyselných zväzov a dopravy	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
50.	Klub 500	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
51.	Úrad vlády Slovenskej republiky - podpredseda vlády Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
52.	Žilinský samosprávny kraj	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
53.	Košický samosprávny kraj	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
54.	Banskobystrický samosprávny kraj	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
55.	BRATISLAVSKÝ SAMOSPRAVNÝ KRAJ	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
56.	Trnavský samosprávny kraj	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
57.	Prešovský samosprávny kraj	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x

58.	Nitriansky samosprávny kraj	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
59.	Trenčiansky samosprávny kraj	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
60.	Hlavné mesto Slovenskej republiky Bratislava	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
61.	Únia miest Slovenska	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
62.	Úrad pre územné plánovanie a výstavbu Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
63.	Úrad pre reguláciu sieťových odvetví	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
64.	Samosprávne kraje Slovenska	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
65.	Národná rada Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
	Spolu	195 (162o,33z)	0 (0o,0z)		

Subjekt	Pripomienka	Typ	Vyh.	Spôsob vyhodnotenia
AZZZ SR	<p>Čl. II zákon č. 576/2004 Z. z. Čl. II – zákon č. 576/2004 Z. z. Navrhujeme vypustiť znenie Čl. II v plnom rozsahu. odôvodnenie: Uvedené navrhujeme vzhľadom na to, že sestra ADOS poskytuje domácu ošetrovateľskú starostlivosť na základe indikácie lekára, ktorý okrem iného indikuje a predpisuje aj liečivá, lieky a zdravotnícke pomôcky podľa Prílohy č. 15 Odborného usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o vedení zdravotnej dokumentácie č. 07594/2009 – OZS, ktoré sestra aplikuje v rámci poskytovanej zdravotnej starostlivosti. V opačnom prípade je potrebné doplniť informáciu o tom, kto bude v týchto prípadoch indikovať zdravotnú starostlivosť, predpisovať liečbu a ďalej konzultovať prípadnú reakciu na liečbu a jej pokračovanie.</p>	O	N	Ustanovenie doplnené – činnosť sestry bude vykonávaná v rozsahu ošetrovateľskej praxe poskytovanej samostatne sestrou alebo pôrodnou asistentkou podľa osobitného predpisu, pri použití voľnopredajných liekov a voľnopredajného špecializovaného zdravotníckeho materiálu.
AZZZ SR	<p>Čl. IV Čl. I bod 78 Čl. IV - zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení Čl. I bod 78 V § 29b ods. 20 navrhujeme za slová „poskytuje“ doplniť slová „najmenej raz za 7 dní“. V súvislosti s uvedeným zároveň za § 38ezh navrhujeme doplniť § 38ezi, ktorý vrátane nadpisu znie: „§ 38ezi Prechodné ustanovenie k úpravám účinným od 01. januára 2026 Národné centrum zdravotníckych informácií poskytne príslušnej zdravotnej poisťovne údaje podľa §29b ods. 20 prvýkrát do 10. januára 2026.“. odôvodnenie: Navrhujeme doplniť lehotu na poskytovanie údajov zo strany NCZI. Zároveň navrhujeme upraviť lehotu na prvé poskytnutie údajov podľa § 29b ods. 20 zákona</p>	O	A	
AZZZ SR	<p>Čl. IV Čl. I bod 80 Čl. IV - zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení Čl. I bod 80 V § 38ezh navrhujeme zmeniť názov na „Prechodné ustanovenia k úpravám účinným od 1. januára 2025“ a doplniť odsek 2 v nasledovnom znení: „(2) Mesačné prerozdeľovanie podľa tohto zákona v znení účinnom od 1. januára 2025 sa vykoná prvýkrát v marci 2025 za január 2025 a ročné prerozdeľovanie podľa tohto zákona v znení účinnom od 1. januára 2025 sa vykoná prvýkrát za rok 2025 v roku 2026.“. odôvodnenie: Úprava súvisiaca s vykonaním mesačného a</p>	O	A	

	ročného prerozdelenia po účinnosti novely.			
AZZZ SR	<p>Čl. Článok I bod 16</p> <p>Čl. IV - zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení Článok I bod 16 V novelizačnom § 8 ods. 8, navrhujeme poslednú vetu „O vykonanej oprave je zdravotná poisťovňa povinná informovať osobu, ktorá prihlášku podala“ vypustiť. odôvodnenie: Navrhovanú povinnosť informovania poistenca považujeme za nadbytočnú a zbytočnú (ďalšiu) administratívnu záťaž pre zdravotné poisťovne. Nevidíme žiadnu pridanú hodnotu v tom, že poistenca informujeme o oprave zjavných chýb v písaní, pokiaľ tie boli odstránené na základe ním predloženého občianskeho preukazu.</p>	Z	A	
AZZZ SR	<p>Čl. IV Čl. I bod 54</p> <p>Čl. IV - zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení K článku I bod 54 nový § 27f odôvodnenie: Vo vzťahu k novo navrhovanému parametru prerozdelenia upozorňujeme, že pokiaľ nepoznáme špecifikáciu tohto parametra, bez toho, aby MZ bližšie špecifikovalo, ako bude tento parameter vstupovať do prerozdelenia, nevieme uplatniť žiadne pripomienky. Zároveň upozorňujeme, že je potrebné zdefinovať ešte parameter zvlášť pre deti, ktoré do tej skupiny dlhodobo nespadnú.</p>	O	A	Index rizika bude určený štandardným spôsobom, ako pre všetky ostatné skupiny v prerozdeľovaní. Parameter pre deti do 7 rokov upravený.
AZZZ SR	<p>§ 6 ods. odsek 12</p> <p>Čl. IV - zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení Navrhujeme vypustiť v § 6 odsek 12 a doterajšie odseky 13 a 14 označiť ako odseky 12 a 13. odôvodnenie: Navrhujeme vypustiť pôvodné znenie 15 v § 6 zákona č. 580/2004 Z. z. týkajúce sa povinnosti zdravotnej poisťovne do jedného mesiaca od prijatia informácie o prijatí prihlášky poistenca v inej zdravotnej poisťovni v listinnej alebo elektronickej podobe informovať poistenca. Ide o zvýšenú administratívnu záťaž aj finančnú záťaž pre zdravotnú poisťovňu. Navyše máme za to, že poistenec je informovaný o zmene zdravotnej poisťovne listom, ktorý je zdravotná poisťovňa, v ktorej si podal prihlášku, povinná zasielať v zmysle § 25 ods. 1 písm. n) zákona č. 580/2004 Z. z. Ide o duplicitnú informáciu pre poistenca, že zmenil zdravotnú poisťovňu – na jednej strane od</p>	O	N	Doručenie informácie poistencovi o prijatí prihlášky v inej zdravotnej poisťovni je dôležitý nástroj na predchádzanie podvodným prepoisteniam.

	zdravotnej poisťovne, v ktorej si prihlášku na zmenu podal, a na strane druhej od zdravotnej poisťovne, z ktorej sa prepoistil.			
AZZZ SR	<p>Čl. IV § 22 ods. 2 písm. f) Čl. IV - zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení V § 22 ods. 2 písm. f) – navrhujeme vypustiť slová „písm. a) až f), h), i), m) až q) a s) až u)“. odôvodnenie: V platnom znení vyššie uvedeného ustanovenia má poistenec povinnosť poskytnúť súčinnosť pri preukazovaní platiteľa – štát avšak z tejto povinnosti sú vylúčené kategórie poistenca štátu podľa § 11 ods. 7 písm. g), j), k), l) a r), máme za to, že poistenec aj keď ide o kategórie, ktoré si oznamuje sám pri vzniku platiteľa by mal mať aj povinnosť poskytnúť zdravotnej poisťovni súčinnosti pri preukazovaní nároku na trvanie tejto kategórie poistenca štátu – uvedená súčinnosť je potrebná najmä pri ukončovaní kategórie poistenca štátu.</p>	O	A	
AZZZ SR	<p>§ 29 ods. za odsek 23 Čl. IV - zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení V § 29b navrhujeme za odsek 23 doplniť nový odsek 24, ktorý znie: „(24) Súd poskytuje elektronicky do elektronickej schránky(16m) zdravotnej poisťovne, ktorá prihlásila pohľadávku alebo záväzok do dedičského konania, právoplatné rozhodnutie o dedičstve(55h) alebo o zastavení dedičského konania 55g), a to najneskôr do 15 dní odo dňa nadobudnutia právoplatnosti takéhoto rozhodnutia.“. Poznámky pod čiarou k odkazu 55g) a 55h) znejú: „55g) § 187 a 188 zákona č. 161/2015 Z. z. Civilný mimosporový poriadok v znení neskorších predpisov. 55h) § 203 zákona č. 161/2015 Z. z. Civilný mimosporový poriadok v znení neskorších predpisov.“ odôvodnenie: Zdravotným poisťovniam nie je automaticky zo strany súdov/notárov zasielané právoplatné rozhodnutie o skončení dedičského konania, v prípadoch keď nie sú zdravotné poisťovne účastníkmi dedičského konania, ale len prihlasovali svoje pohľadávky/záväzky do dedičského konania, čo má za následok oddialenie vymáhania pohľadávok zdravotných poisťovní od dediča, za ktoré dedič zodpovedá do výšky ceny nadobudnutého dedičstva ako aj oddialenie vrátenia záväzkov zo strany zdravotných poisťovní</p>	O	N	Nad rámec rozsahu novely. Zmena nebola predmetom MPK a nemohlo by sa k nej vyjadriť vecne príslušné ministerstvo.

	dedičovi/dedičom.			
AZZZ SR	<p>Čl. IV bod 6 zákon č. 581/2004 Z. z. Čl. IV - zákon č. 581/2004 Z. z. Článok IV bod 6 Odvolávku na osobitný predpis v novelizačnom ustanovení § 6a ods. 12 navrhujeme upraviť nasledovne: „18ed) § 42 ods., 4 a zákona č. 577/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov § 88 ods. a 6 zákona č. 363/2011 Z. z. v znení neskorších predpisov.“. odôvodnenie: Zahnúť do limitu 0,5% úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej nezmluvným poskytovateľom a ním predpísané lieky, či zdravotný výkon, ktorý nie je uvedený v Zozname zdravotných výkonov indikovaných pri jednotlivých chorobách, hrađený len s predchádzajúcim súhlasom revízneho lekára, by akcelerovalo trend znižovania dostupnosti ambulantnej zdravotnej starostlivosti na Slovensku. Táto kompetencia zdravotných poisťovní nemôže byť limitovaná, často zabezpečuje kontinuitu poskytovanej ZS po vystúpení PZS zo siete verejných poskytovateľov ZS. Do dôvodovej správy – osobitná časť, prosíme doplniť text: „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 choroby • 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 tak u detí, seniorov ako aj žien a mužov v produktívnom veku.“</p>	Z	A	
AZZZ SR	<p>Čl. IV bod 52 zákon č. 581/2004 Z. z. Čl. IV - zákon č. 581/2004 Z. z. K článku IV bodu 52 V § 76 sa odsek 3 dopĺňa písmenami m) a n) Nesúhlasíme s doplneným písm. m) odôvodnenie: S navrhovaným doplnením nesúhlasíme a navrhujeme ho vypustiť. Podľa osobitného predpisu, na ktorý písm. m) odkazuje, sú Rade pre rozpočtovú zodpovednosť povinné poskytovať súčinnosť subjekty verejnej správy.</p>	Z	ČA	Vypustená poznámka pod čiarou, odkazujúca na potrebu súčinnosti subjektov verejnej správy. Samotná povinnosť ponechaná, nakoľko zdravotné poisťovne hospodária s financiami, ktoré sú vo svojej podstatnej časti súčasťou

	Súkromne zdravotné poisťovne nie sú subjekty verejnej správy, preto je pre nich plnenie tejto povinnosti nevykonateľné.			rozpočtu verejnej správy. Po prerokovaní pripomienky s jej predkladateľom rozpor odstránený.
AZZZ SR	<p>Čl. IV § 6 ods. ods. 1 písm. f) Čl. IV - zákon č. 581/2004 Z. z. Navrhujeme v § 6 ods. 1 písm. f) za slovo „poistného“ vložiť slová: „vo veci vykonávania verejného zdravotného poistenia; poradenstvo pozostáva aj z aktívneho vyhľadávania a stanovovania rizikových faktorov ochorení a poradenstva o zdraví, životospráve, zdravom životnom štýle, preventívnych zdravotníckych programoch slúžiacich na odhaľovanie ochorení a podporu zdravého spôsobu života a zdravia poistencov a motivácie k pozitívnym zmenám pri predchádzaní ochoreniam“.</p> <p>odôvodnenie: V súvislosti s novými benefítmí zdravotných poisťovní s možnosťou „aktívneho poradenstva“ zo strany poisťovní a na potrebu meniť správanie poistencov pozitívnym smerom, a to nielen k vyššej starostlivosti o zdravie ale aj k absolvovaniu preventívnych prehliadok predovšetkým u všeobecných lekárov, navrhujeme spresnenie v nadväznosti na aktivity zdravotných poisťovní súvisiacich s poradenstvom o zdravom životnom štýle (napr. preventívne pripomienky), že poradenstvo sa týka aj poradenstva o zdraví, životospráve, zdravom životnom štýle, preventívnych zdravotníckych programoch slúžiacich na odhaľovanie ochorení a podporu zdravého spôsobu života a zdravia poistencov. Za týmto účelom by zdravotná poisťovňa aktívne komunikovala s poistencami. Pri vykonávaní poradenstva ako jednej z činností zdravotnej poisťovne môže dochádzať aj k spracúvaniu osobných údajov, vrátane osobitnej kategórie osobných údajov poistencov alebo platiteľov poistného, ktoré zdravotná poisťovňa môže spracúvať bez súhlasu dotknutej osoby podľa ustanovenia § 16 ods. 7 predmetného zákona, podľa ktorého: „Zdravotná poisťovňa pri svojej činnosti spracúva osobné údaje^{35ca}) dotknutých osôb v rozsahu svojej činnosti a iné údaje poistencov a ich zákonných zástupcov, tretích osôb, voči ktorým má zdravotná poisťovňa pohľadávku podľa osobitného predpisu,^{35cb}) platiteľov poistného a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na účely vykonávania verejného</p>	Z	N	Nad rámec rozsahu novely. Definícia činností zdravotnej poisťovne (§ 6 ods. 1) nie je predmetom tejto novely. Po prerokovaní pripomienky s jej predkladateľom rozpor odstránený.

	zdravotného poistenia určené v tomto zákone alebo v osobitných predpisoch.35cc) Na spracovanie osobných údajov sa na tento účel nevyžaduje súhlas dotknutej osoby.35ca)“.			
Depaul	Celému materiálu Navrhujeme v celom zákone nahradiť slovo "bezdomovec" pomenovaním "človek bez domova". Odôvodnenie: Pomenovanie "človek bez domova" a od neho odvodené výrazy nahradili v odbornej diskusii pomenovanie "bezdomovec". Tento výraz používa aj oficiálny materiál k danej téme - Národná koncepcia prevencie a ukončovania bezdomovstva. Zároveň je výraz "človek bez domova" viac humánný ako výraz "bezdomovec".	O	A	
Depaul	Čl. I. § 9 ods. 8 V čl. I. v § 9 ods. 8 navrhujeme doplniť nové písmeno h) a v rámci neho doplniť "ústavnej a ambulantnej psychiatrickej starostlivosti". Odôvodnenie: Podľa WHO majú ľudia v chudobe celosvetovo duševnú poruchu dvakrát častejšie. Rizikami sú najmä hlad, zadlženosť alebo zlé podmienky bývania. Problémy sa najviac vyskytujú u ľudí s nízkym vzdelaním a u nezamestnaných. Špeciálnou skupinou sú ľudia bez domova – štúdie z rôznych krajín identifikovali u tejto skupiny vyšší výskyt duševných porúch ako vo väčšinovej spoločnosti, napr. 33 % výskyt (Laporte et al., 2018) alebo 45 % diagnostikovaných na duševné poruchy a 80 % sťažujúcich sa na duševné problémy (Homeless Link, 2014). Táto skupina ľudí má zníženú dostupnosť ústavnej a ambulantnej psychiatrickej starostlivosti kvôli dlhu na zdravotnom poistení a zároveň má vysokú prevalenciu závislostí na psychoaktívnych látkach a neliečených psychiatrických diagnóz. Pre vyššie menovanú skupinu je riešenie ich psychiatrickej diagnózy, dostupnosť liekov a liečba závislostí nedostupná aj v prípade, že by boli motivovaní svoju situáciu riešiť. Zároveň daný stav prináša dodatočné riziká pre poskytovateľov sociálnych služieb, najmä nízkoprahových, a ich zamestnancov pri prevádzke daných služieb a práci s klientmi v týchto službách, keďže mnohí klienti, s dlhé roky neliečenou psychiatrickou diagnózou, sa často prejavujú zvýšenou agresivitou. Rovnako	O	N	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 poistencovi verejného zdravotného poistenia dispenzarizácia, frekvencia vyšetrení a poskytovatelia zdravotnej starostlivosti vykonávajúci dispenzarizáciu, čím sa konkretizujú chronické ochorenia.

	môžu byť ohrozením aj pre bežnú verejnosť. Zdostupnení ústavnej a ambulantnej psychiatrickej starostlivosti aj pre dlžníkov na zdravotnom poistení by vo výraznej miere pomohlo pri riešení spomenutých problémov.			
Depaul	<p>Čl. I. § 9 ods. 8</p> <p>V čl. I. v § 9 ods. 8 v písm. f) navrhujeme doplniť "ošetrovateľskú starostlivosť poskytovanú v zariadení sociálnych služieb". Odôvodnenie: Vo vybraných zariadeniach sociálnych služieb sa poskytuje ošetrovateľská starostlivosť na základe indikácie. Zariadeniam sociálnych služieb je následne ošetrovateľská starostlivosť preplácaná zdravotnými poisťovňami a to paušálnymi platbami (pokiaľ majú podpísanú zmluvu so ZP). Týka sa to však iba klientov zariadení, ktorí nemajú dlh na zdravotnom poistení. Navrhujeme doplniť možnosť úhrady za poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnych služieb aj pre ľudí bez domova a dlžníkov na zdravotnom poistení. Vzhľadom k tomu, že klienti týchto zariadení sú odkázaní na pomoc inej fyzickej osoby a ošetrovateľská starostlivosť je indikovaná, vnímame zdostupnenie tejto starostlivosti aj pre dlžníkov ako preventívne opatrenie a predchádzanie zhoršeniu ich zdravotného stavu, ktoré by mohlo u daných ľudí viesť ku ohrozeniu ich života a následnej potrebe poskytnúť neodkladnú zdravotnú starostlivosť.</p>	O	A	
DÔVERA	<p>Čl. I bodu 3</p> <p>§ 5 sa dopĺňa odsekmi 4, 5 a 6, ktoré znejú: „(4) Verejné zdravotné poistenie zaniká u poistenca, ak súčasne platí, že a) poistenec dosiahol vek 105 rokov, b) poistenec nemá uzatvorenú dohodu o poskytovaní všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti8e) so žiadnym poskytovateľom všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti a zároveň c) príslušná zdravotná poisťovňa za posledných päť rokov neviduje poskytnutie zdravotnej starostlivosti poistencovi na území Slovenskej republiky ani v cudzine, (5) Verejné zdravotné poistenie zaniká u poistenca, ak súčasne platí, že a) poistenec nemá uzatvorenú dohodu o poskytovaní všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti8e) so žiadnym poskytovateľom všeobecnej</p>	O	N	Podmienka veku 105 rokov je zásadná pre riešenie problematiky tzv. „mŕtvych duší“.

	<p>ambulantnej zdravotnej starostlivosti, b) príslušná zdravotná poisťovňa za posledných päť rokov neeviduje poskytnutie zdravotnej starostlivosti poistencovi na území Slovenskej republiky ani v cudzine, c) príslušná zdravotná poisťovňa za posledných päť rokov neeviduje žiadnu komunikáciu zo strany poistenca a zároveň d) poistenec za posledných päť rokov nezmenil zdravotnú poisťovňu. (6) Ak došlo k zániku verejného zdravotného poistenia u poistenca podľa odseku 4 alebo 5 a po tomto zániku prestala platiť niektorá z podmienok uvedených v odseku 4 písm. b) a c) alebo 5 písm. a) až d), účasť na verejnom zdravotnom poistení tomuto poistencovi trvá naďalej a verejné zdravotné poistenie tohto poistenca nezaniklo.“ Odôvodnenie: Pre zdravotnú poisťovňu Dôvera by navrhovaná zmena s vekovou hranicou 105 rokov bola dôvodom pre zánik verejného zdravotného poistenia pre zanedbateľný počet poistencov. Návrh s vekovou hranicou 105 rokov nerieši situácie, keď napríklad poistenec zomrie v zahraničí a o tejto skutočnosti nebol vydaný úmrtný list alebo poistenec žije dlhodobo v zahraničí a neoznámil túto skutočnosť zdravotnej poisťovni, pričom zdravotná poisťovňa ho eviduje ako poistenca verejného zdravotného poistenia z dôvodu trvalého pobytu. Takéto osoby zdravotné poisťovne evidujú ako samoplatiteľov s dlhom. Navrhujeme preto doplniť odsek 5, v zmysle ktorého po kumulatívnom splnení podmienok v ňom uvedených zanikne verejné zdravotné poistenie poistencovi bez ohľadu na vek. Zároveň v odseku 4 navrhujeme vypustiť podmienky uvedené pod písmenami d) a e), pretože ak je vysoká pravdepodobnosť, že poistenec zomrel, tak sú tieto podmienky nadbytočné. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.</p>			
<p>DÔVERA</p>	<p>Nad rámec návrhu zákona – výdavky na prevádzkové činnosti § 6a zákona č. 581/2004 Z. z. vrátane nadpisu znie: „§ 6a Výdavky na prevádzkové činnosti zdravotnej poisťovne (1) Zdravotná poisťovňa môže 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 vypočíta podľa vzorca, ktorý je uvedený v prílohe č. 1, a zaokrúhľuje sa na dve desatinné miesta smerom nahor. (2) Výdavky na prevádzkové činnosti</p>	<p>O</p>	<p>N</p>	<p>Nad rámec rozsahu novely. Prevádzková činnosť je sledovaná na nákladovom princípe.</p>

	<p>zdravotnej poisťovne podľa odseku 1 sú výdavky, ktoré nie sú uvedené v odseku 3. (3) Výdavky na prevádzkové činnosti zdravotnej poisťovne podľa odseku 1 nie sú: a) úhrada za zdravotnú starostlivosť, b) príspevok na činnosti operačných stredísk tiesňového volania záchranej zdravotnej služby (§ 8a), c) príspevok na činnosť úradu (§ 30), d) preplatok z ročného zúčtovania poistného,18b) e) záväzok z mesačného prerozdeľovania preddavkov na poistné,18ba) f) záväzok z ročného prerozdeľovania poistného,18bb) g) dane a poplatky odvádzané do štátneho rozpočtu, h) úhrada čiastky, o ktorú bol limit spoluúčasti prekročený [§ 6 ods. 1 písm. s)], i) príspevok na činnosť Národného centra zdravotníckych informácií (ďalej len „národné centrum“) (§ 8b), j) preplatenie úhrady pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v rámci ústavnej pohotovostnej služby podľa osobitného predpisu,18c) k) príspevok na činnosť Národného inštitútu pre hodnotu a technológie v zdravotníctve (ďalej len „inštitút“) (§ 15a),18d) l) úhrada trov starých exekúcií podľa osobitného zákona.18da) (4) Ročný úhrn podľa odseku 1 sa vypočíta ako súčet preddavkov na poistné18f) splatných v príslušnom kalendárnom roku, nedoplatkov z ročného zúčtovania poistného18g) splatných v príslušnom kalendárnom roku a úrokov z omeškania18h) splatných v príslušnom kalendárnom roku znížený o preplatky z ročného zúčtovania poistného18b) splatné v príslušnom kalendárnom roku. (5) Ustanovenia odsekov 1 až 4 sa nevzťahujú na použitie a) vlastných zdrojov zdravotnej poisťovne pri zabezpečení platobnej schopnosti (§ 14), b) peňažných prostriedkov, ktoré zdravotná poisťovňa získala v príslušnom kalendárnom roku z predaja nepotrebného majetku zdravotnej poisťovne, c) peňažných prostriedkov zodpovedajúcich kladnému rozdielu medzi sumou rovnajúcou sa podielu na ročnom úhrne podľa odseku 1 za minulé obdobia a výdavkami na prevádzkové činnosti zdravotnej poisťovne vynaloženými za minulé obdobia; minulými obdobiami sú kalendárne roky, ktoré predchádzajú príslušnému kalendárnemu roku, d) peňažných prostriedkov získaných z poplatkov za vydanie európskych preukazov zdravotného poistenia,18i) e) peňažných prostriedkov získaných z poplatkov za vydané výkazy nedoplatkov podľa osobitného predpisu.18j)“. Poznámky pod čiarou k odkazom 18ba, 18bb, 18da znejú: „18ba) § 27 ods. 9 zákona č.</p>		
--	--	--	--

	<p>580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov. 18bb) § 27a ods. 10 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov. 18da) Zákon č. 233/2019 Z. z. o ukončení niektorých exekučných konaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov.“ Odôvodnenie Praktická vykonateľnosť a kontrola údajov podľa aktuálne účinného paragrafového znenia sú zmätočné. Aktuálna úprava obsahuje nesprávne pomenovania kľúčových účtovných položiek vstupujúcich do výpočtu nákladov na zdravotnú starostlivosť. Tieto nekorešpondujú s Opatrením Ministerstva financií Slovenskej republiky, ktorým sa ustanovujú podrobnosti o usporiadaní a označovaní položiek individuálnej účtovnej závierky, obsahom vymedzení týchto položiek a rozsahu údajov určených z účtovnej závierky na zverejnenie pre zdravotné poisťovne v znení neskorších predpisov. Racionálnym riešením pre navrátenie transparentnosti procesu ekonomickej regulácie zdravotných poisťovní a jej efektívnej kontroly je znovuzavedenie a stanovenie limitu výdavkov na prevádzkové činnosti zdravotnej poisťovne. Ide o opačnú reguláciu ako stanovenie minimálnych nákladov na zdravotnú starostlivosť, v praxi dlhodobo fungujúcu a pomerne jednoducho a účinne kontrolovateľnú. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.</p>			
<p>DÔVERA</p>	<p>Čl. I bodu 16 Článok I bod 16 znie: V novelizačnom § 8 ods. 8, navrhujeme doplniť poslednú vetu: „Za tým účelom je zdravotná poisťovňa opravená overovať pravosť a platnosť priložených dokladov totožnosti v registri Ministerstva vnútra Slovenskej republiky podľa osobitného predpisu xx).“ Poznámka pod čiarou k odkazu xx) znie: „xx) § 16 ods. 5 zákona č. 395/2019 Z. z. o občianskych preukazoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.“ Odôvodnenie: Podľa zákona o občianskych preukazoch sa údaje z evidencie dokladov, ktorú vedie Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky poskytujú štátnym orgánom, orgánom územnej samosprávy a iným osobám na plnenie ich úloh v rozsahu a spôsobom ustanoveným osobitnými predpismi. V poznámke pod čiarou zdravotné poisťovne nie sú explicitne uvedené. Navrhujeme, aby bolo vyslovene uvedené, že v súvislosti s</p>	<p>O</p>	<p>N</p>	<p>Predmetná zmena nebola predmetom MPK a nemohlo sa k nej vyjadriť vecne príslušné ministerstvo.</p>

	povinnosťou prikladať doklad totožnosti k prihláške, je zdravotná poisťovňa overovať pravosť a platnosť priložených dokladov totožnosti. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.			
DÔVERA	<p>Čl. I Ku všetkým výskytom pojmu „identifikačné číslo poistenca v centrálnom registri poistencov“ vyskytujúcim sa v článku I bodoch 36, 37, 38, 43, 61, 62, 64, 66, 71 a 73, navrhujeme toto doplnenie z návrhu zákona vypustiť v celom rozsahu. Odôvodnenie: V návrhu absentuje účel spracovania osobných údajov. V prípade ponechania doplneného údaj - „identifikačného čísla poistenca v centrálnom registri poistencov“ navrhujeme zosúladienie znenia návrhu zákona s § 13 ods. 2 zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v platnom znení. Podľa tohto zákona platí: Právny základ na spracúvanie osobných údajov podľa odseku 1 písm. c) a e) musí byť ustanovený v tomto zákone, osobitnom predpise alebo v medzinárodnej zmluve, ktorou je Slovenská republika viazaná; osobitný zákon musí ustanovovať účel spracúvania osobných údajov, kategóriu dotknutých osôb a zoznam spracúvaných osobných údajov alebo rozsah spracúvaných osobných údajov. Spracúvané osobné údaje na základe osobitného zákona možno z informačného systému poskytnúť, preniesť alebo zverejniť len vtedy, ak osobitný zákon ustanovuje účel poskytovania alebo účel zverejňovania, zoznam spracúvaných osobných údajov alebo rozsah spracúvaných osobných údajov, ktoré možno poskytnúť alebo zverejniť, prípadne príjemcov, ktorým sa osobné údaje poskytnú. V neposlednom rade je to osobný údaj iného prevádzkovateľa, UDZS, kedy ani zdravotné poisťovne neposkytujú svoje identifikačné čísla poistencov UDZS, preto nevidíme dôvod na spracovanie tohto typu osobného údaje na strane zdravotných poisťovní. Túto pripomienku považujeme za obyčajnú.</p>	O	N	Pojem identifikačné číslo poistenca v centrálnom registri poistencov“ v návrhu zákona ponechaný, nakoľko sa jedná o údaj, zabezpečujúci jednoznačnú identifikáciu poistenca naprieč informačnými systémami všetkých zdravotných poisťovní a centrálného registra poistencov. Účel spracovania osobných údajov o poistencovi už je v súčasnosti v zákone uvedený (vykonávanie verejného zdravotného poistenia).
DÔVERA	<p>Čl. IV bod 13, V bod 1,2,6 Ku všetkým výskytom pojmu „identifikátor fyzickej osoby“ v článku IV bodu 13, článku V bodom 1, 2 a 6, navrhujeme doplniť odkaz na právny predpis, ktorý ho upravuje. Odôvodnenie: Navrhujeme doplniť odkaz na právny</p>	O	N	Účel spracovania osobných údajov o poistencovi už je v súčasnosti v zákone uvedený (vykonávanie verejného zdravotného poistenia).

	<p>predpis, ktorý upravuje identifikátor fyzickej osoby, aby bolo zrejmé, kto je referenčným registrom v tomto prípade a kto zodpovedá za správnosť tohto osobného údajja. V neposlednom rade aj v zmysle pripomienky k článku I bodom 36, 37, 38, 43, 61, 62, 64, 66, 71 a 73 - ku všetkým výskytom pojmu „identifikačné číslo poistenca v centrálnom registri poistencov“, by malo byť odôvodnené, aký je účel spracovania tohto údajja, ak „hlavným“ identifikátorom je rodné číslo poistenca, a to v zmysle minimalizácie spracúvania osobných údajov potrebných na dosiahnutie daného účelu. Túto pripomienku považujeme za obyčajnú.</p>			
DÔVERA	<p>Na rámec návrhu zákona NÁVRH K TELEMEDICÍNE Informatívny návrh vykonávacieho predpisu, vykonávací predpis bude mať vlastné legislatívne konanie NARIADENIE VLÁDY č. .../2023 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov, v znení nariadenia č. 223/2005 Z. z. a nariadenia č. 246/2018 Z. z. Vláda Slovenskej republiky na vykonanie § 2 odsek 2 a podľa § 3 odsek 1 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov nariaďuje: Čl. I Nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov sa mení takto: 1. Všeobecná časť – Spoločné výkony, I. Rady a štandardné vyšetrenia, bod 2. Štandardné vyšetrenia sa vkladajú kódy 1b, 1c a 11a a IV. Predpisovanie, písomné oznámenia, potvrdenia sa vkladá kód 70, ktoré znejú: Výkony Telemedicíny Výkon 1b - Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahujúca cieleňu anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly, vo vzťahu k jednému orgánovému systému, popis subjektívnych ťažkostí, diagnostický záver, poučenie o diéte a životospráve, v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/zdravotníckej pomôcky, ktoré vyplynuli z konzultácie ohľadom zdravotného stavu, elektronicou formou, prípadne</p>	O	N	<p>Nad rámec rozsahu novely. Problematika telemedicíny bude riešená v osobitnej novele zákona č. 578/2004 Z. z.</p>

<p>záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie. Vykazovanie výkonu: • výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta; • zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii; • súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj z online prostredia (časový údaj o realizácii telefonického rozhovoru, emailu a sms správy), popis zdravotného výkonu dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára; • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi; • výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta; • vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň; Vykonávanie výkonu: výkon vykonáva lekár, klinický psychológ 11a - Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor) Konzultácia s pacientom prostredníctvom doložiteľnej elektronickej komunikácie (webová aplikácia, videohovor) v online prostredí, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie, realizáciu fotografií pacienta / vyšetrovaného orgánu pre pridanie do zdravotnej dokumentácie a obsahuje ciele anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom, zhodnotenie výsledkov, vypísanie receptov elektronicou formou, prípadne vypísanie žiadaniek na ďalšie vyšetrenie, poučenie pacienta, diagnostický záver, určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára. Vykazovanie zdravotného výkonu: • výkon sa vykazuje ako komplexná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia • súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia, • popis zdravotného výkonu • diagnostický záver, ak je potrebné dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly • prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára. • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi • ak je po konzultácii potrebná aj kontrola v ambulancii, vykazujú sa len výkony, ktoré sa vykonali ambulantne a výkon sa nevykazuje • výkon sa vykazuje samostatne, najviac 1x deň Vykonávanie výkonu: Vykonávanie</p>			
--	--	--	--

	<p>výkonu: výkon vykonáva lekár, neplatí pre zubno-lekársku zdravotnú starostlivosť. 1c – Krízová konzultácia psychiatrom a psychológom prostredníctvom elektronickej komunikácie Konzultácia s pacientom telefonicky alebo prostredníctvom elektronickej pošty alebo webovej aplikácie alebo videohovoru obsahujúca ciele anamnézu, popis subjektívnych ťažkostí, krízovú psychoterapeutickú intervenciu ako okamžité opatrenie pri akútnej psychickej dekompenzácii (napríklad pokus o samovraždu), diagnostický záver, poučenie o psychohygiene, v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie</p> <p>Vykazovanie výkonu: • výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez osobnej prítomnosti pacienta zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii • súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj z online prostredia, popis zdravotného výkonu v trvaní najmenej 45 minút, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi. • výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta. • výkon sa vykazuje samostatne, najviac 1x za deň • opakované vykázanie v jednom liečebnom prípade vyžaduje osobitné zdôvodnenie v zdravotnej dokumentácii</p> <p>Vykonávanie výkonu: výkon vykonáva lekár so špecializáciou psychiatria, detská psychiatria, gerontopsychiatria a klinický psychológ 70 - Opakované predpísania humánneho lieku a dietetickej potraviny na lekársky predpis alebo zdravotníckej pomôcky na lekársky poukaz Vystavenie predpisov a/alebo poukazov elektronicou formou pre lieky/ zdravotné pomôcky, ktoré pacient užíva dlhšie ako 3 mesiace a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku</p> <p>Vykazovanie výkonu: • výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta • súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia • údaj, kedy bol predpis alebo poukaz vypísaný • údaj o predpise lieku/ zdravotnej pomôcky pacientovi prostredníctvom elektronickej služby • výkon sa vzťahuje na jedného</p>		
--	---	--	--

	pacienta bez ohľadu na počet liekov/ zdravotnej pomôcky, ktoré boli pacientovi predpísané • výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi Vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň, bez ohľadu na počet vystavených predpisov a/alebo poukazov. Vykonávanie zdravotného výkonu: výkon vykonáva lekár Túto pripomienku považujeme za zásadnú.			
DÔVERA	<p>Na rámec návrhu zákona</p> <p>NÁVRH K TELEMEDICÍNE V § 2 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len ako „zákon č. 576/2004 Z. z.“) sa dopĺňa nový odsek 41, ktorý znie: „(41) Elektronická komunikácia na účely tohto zákona je prenos informácií prostredníctvom elektronických správ, vrátane zvukových, zvukovoobrazových a obrazových správ, elektronickými prostriedkami medzi komunikujúcimi subjektmi.“ V § 8 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z. z. sa na konci pripája nasledujúca veta: „Ambulantná starostlivosť sa poskytuje osobe aj bez prítomnosti osoby v ambulancii prostredníctvom elektronickej komunikácie podľa odseku 13.“ V § 8 zákona č. 576/2004 Z. z. sa dopĺňa nový odsek 13, ktorý znie: „(13) Všeobecný lekár, lekár so špecializáciou alebo psychológ je oprávnený po overení totožnosti osoby a poistného vzťahu s jej príslušnou zdravotnou poisťovňou poskytnúť osobe konzultáciu a aj opakovane predpísať humánny liek a dietetickú potravinu na lekárske predpis alebo zdravotnícku pomôcku na lekárske poukaz podľa osobitného právneho predpisu 9) prostredníctvom elektronickej komunikácie bez prítomnosti osoby v ambulancii, pokiaľ sa na tom zdravotná poisťovňa a poskytovateľ zdravotnej starostlivosti dohodli v zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Poskytnutie konzultácie prostredníctvom elektronickej komunikácie musí zdravotnícky pracovník poskytujúci zdravotnú starostlivosť podľa prvej vety zapísať do zdravotnej dokumentácie osoby.“ Poznámka pod čiarou k odkazu 9) znie: „9) Zákon č. 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.“</p> <p>Odôvodnenie: S ohľadom na rozvoj telemedicíny ako súčasť poskytovania</p>	O	N	Nad rámec rozsahu novely. Problematika telemedicíny bude riešená v osobitnej novele zákona č. 578/2004 Z. z.

	<p>zdravotníckych služieb, by možnosť poskytovať ambulatnú starostlivosť vo forme konzultácií prostredníctvom elektronickej komunikácie bez prítomnosti pacienta v ambulancii mala byť bežnou súčasťou poskytovania zdravotnej starostlivosti a nemala by byť obmedzená len na obdobie mimoriadnej situácie, núdzového stavu alebo výnimočného stavu vyhláseného v súvislosti s ochorením COVID- 19, ako je to v súčasnosti (§ 49k ods. 1 zákona č. 576/2004 Z. z.). Prax ukazuje, že poskytovanie konzultácií telefonicky, e-mailom, resp. prostredníctvom iných elektronických komunikácií, je v krajinách s vyspelým zdravotníckym systémom už súčasťou bežného štandardu poskytovania zdravotnej starostlivosti. Poskytovanie konzultácií prostredníctvom elektronickej komunikácie môže významným spôsobom prispieť k zníženiu počtu osobných návštev pacientov v ambulanciách, a v tejto súvislosti aj k úspore času, ale aj finančných prostriedkov spojených napr. s cestovaním za účelom osobnej návštevy ambulancie na strane pacientov, ako aj k lepšiemu časovému manažmentu na strane samotných lekárov, a tým k celkovej efektívnosti poskytovanej zdravotnej starostlivosti a rozvoju elektronizácie zdravotníctva. Aj u samotných pacientov je táto forma poskytovania zdravotnej starostlivosti vnímaná mimoriadne pozitívne. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.</p>			
<p>DÔVERA</p>	<p>Čl. IV Navrhujeme v § 6 ods. 1 písm. f) za slovo „poistného“ vložiť slová: „vo veci vykonávania verejného zdravotného poistenia; poradenstvo pozostáva aj z aktívneho vyhľadávania a stanovovania rizikových faktorov ochorení a poradenstva o zdraví, životospráve, zdravom životnom štýle, preventívnych zdravotníckych programoch slúžiacich na odhaľovanie ochorení a podporu zdravého spôsobu života a zdravia poistencov a motivácie k pozitívnym zmenám pri predchádzaní ochoreniam“. Odôvodnenie V súvislosti s novými benefitmi zdravotných poisťovní s možnosťou „aktívneho poradenstva“ zo strany poisťovní a na potrebu meniť správanie poistencov pozitívnym smerom, a to nielen k vyššej starostlivosti o zdravie ale aj k absolvovaniu preventívnych prehliadok predovšetkým u všeobecných lekárov, navrhujeme spresnenie v</p>	<p>O</p>	<p>N</p>	<p>Nad rámec rozsahu novely. Definícia činností zdravotnej poisťovne (§ 6 ods. 1) nie je predmetom tejto novely.</p>

	<p>nadväznosti na aktivity zdravotných poisťovní súvisiacich s poradenstvom o zdravom životnom štýle (napr. preventívne pripomienky), že poradenstvo sa týka aj poradenstva o zdraví, životospráve, zdravom životnom štýle, preventívnych zdravotníckych programoch slúžiacich na odhaľovanie ochorení a podporu zdravého spôsobu života a zdravia poistencov. Za týmto účelom by zdravotná poisťovňa aktívne komunikovala s poistencami. Pri vykonávaní poradenstva ako jednej z činností zdravotnej poisťovne môže dochádzať aj k spracúvaniu osobných údajov, vrátane osobitnej kategórie osobných údajov poistencov alebo platiteľov poistného, ktoré zdravotná poisťovňa môže spracúvať bez súhlasu dotknutej osoby podľa ustanovenia § 16 ods. 7 predmetného zákona, podľa ktorého: „Zdravotná poisťovňa pri svojej činnosti spracúva osobné údaje35ca) dotknutých osôb v rozsahu svojej činnosti a iné údaje poistencov a ich zákonných zástupcov, tretích osôb, voči ktorým má zdravotná poisťovňa pohľadávku podľa osobitného predpisu,35cb) platiteľov poistného a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na účely vykonávania verejného zdravotného poistenia určené v tomto zákone alebo v osobitných predpisoch.35cc) Na spracovanie osobných údajov sa na tento účel nevyžaduje súhlas dotknutej osoby.35ca)“. Zásadná pripomienka</p>			
<p>DÔVERA</p>	<p>§ 6 ods. 12 Navrhujeme vypustiť v § 6 odsek 12 a doterajšie odseky 13 a 14 označiť ako odseky 12 a 13. Odôvodnenie Navrhujeme vypustiť pôvodné znenie 15 v § 6 zákona č. 580/2004 Z. z. týkajúce sa povinnosti zdravotnej poisťovne do jedného mesiaca od prijatia informácie o prijatí prihlášky poistenca v inej zdravotnej poisťovni v listinnej alebo elektronickej podobe informovať poistenca. Ide o zvýšenú administratívnu záťaž aj finančnú záťaž pre zdravotnú poisťovňu. Navyše máme za to, že poistenec je informovaný o zmene zdravotnej poisťovne listom, ktorý je zdravotná poisťovňa, v ktorej si podal prihlášku, povinná zasielať v zmysle § 25 ods. 1 písm. n) zákona č. 580/2004 Z. z. Ide o duplicitnú informáciu pre poistenca, že zmenil zdravotnú poisťovňu – na jednej strane od zdravotnej poisťovne, v ktorej si prihlášku na zmenu</p>	<p>O</p>	<p>N</p>	<p>Doručenie informácie poistencovi o prijatí prihlášky v inej zdravotnej poisťovni je dôležitý nástroj na predchádzanie podvodným prepoisteniam.</p>

	podal, a na strane druhej od zdravotnej poisťovne, z ktorej sa prepoistil.			
DÔVERA	<p>Čl. IV bod 15</p> <p>Navrhujeme vypustiť znenie § 15 ods. 8 zákona č. 581/2004 Z. z. v celom rozsahu . V prípade ak nebude znenie § 15 ods. 8 vypustené, navrhujeme ho prepracovať. Odôvodnenie: Návrh ma za cieľ podrobnejšie regulovať výdavky jednotlivých zdravotných poisťovní na jednotlivé typy ZS. Doterajšie skúsenosti s tzv. programovou vyhláškou ukazujú, že čím podrobnejšie sa vyhláška snaží nastaviť, alebo odhadnúť úhrady pre jednotlivé typy ZS a jednotlivé ZP, tým viac sa stáva nepresnejšou. Z pohľadu regulátora, ktorý chce presadzovať svoju zdravotnú politiku, by mali byť dané skôr rámcové ciele s ohľadom na výsledky v súlade s metodickým pokynom MF SR pre programové rozpočtovanie („programovým rozpočtovaním (rozpočtovaním orientovaným na výsledky) systém založený na plánovaní úloh a aktivít vlády Slovenskej republiky (ďalej len „vláda“) v nadväznosti na jej priority a alokovanie disponibilných zdrojov do programov, s dôrazom na výsledky a efektívnosť vynakladania rozpočtových prostriedkov“) Vydanie vyhlášky až 31.3. kalendárneho roka je príliš neskorý termín. Aj posledné roky bola vyhláška vydávaná koncom marca, čo spôsobuje, že cenové podmienky sú upravované najskôr k 1.5., ale vo väčšine prípadov k 1.6., 1.7. resp. neskôr. Pri takto neskorej úprave cenových podmienok musí byť medziročný nárast zabezpečený strmým navyšovaním jednotkovej ceny resp. objemu, čo zároveň spôsobuje vysoký dopad tzv. dobehu cenových úprav na ďalší kalendárny rok. V období kedy vyhláška neexistovala boli cenové úpravy vo väčšine prípadov uzatvorené k 1.4. daného kalendárneho roku. K § 15 ods. 8 písm. a) a c) - Podľa návrhu znenia je ambíciou vyhlášky určiť pre jednotlivé zdravotné poisťovne a jednotlivé typy ZS minimálnu sumu a zároveň tzv. intersektorálny podiel na celkových výdavkoch konkrétnej ZP. Takýmto spôsobom bola postavená vyhláška 100/2023 a žiadnej zo zdravotných poisťovní sa nepodarilo splniť zároveň intersektorálny podiel aj minimálnu sumu. Zo strany ZP, MZ SR aj UDZS bolo viac krát konštatované, že dodržať intersektorálny podiel aj minimálne sumy je objektívne nemožné. Zároveň neexistuje žiaden objektívny</p>	O	ČA	Ustanovenie prepracované.

	<p>dôvod regulovať aj intersektorálny podiel aj minimálne sumy, regulátor by si mal vybrať, prostredníctvom ktorého nástroja chce regulovať výšku úhrady pre jednotlivé typy ZS. K § 15 ods. 8 písm. b) - Podľa nášho názoru nie je dôvod na to, aby vyhláška určovala celkové výdavky na ZS pre jednotlivé ZP. Ide o duplicitu s § 6a, ktorý už určuje aké % z vybraného poistného je ZP povinná vynaložiť na ZS. Neexistuje dôvod, aby vyhláška tento podiel upravovala pre jednotlivé ZP odlišne. K § 15 ods. 8 písm. g) - Pokiaľ ide o úsporné opatrenia, tak v posledných rokoch ich revízia výdavkov alebo rozpočet verejnej správy definoval najmä pre také oblasti, ktoré sú v rukách regulátora (referencovanie liekov, lab. vyšetrení, eLAB, eVymenný lístok...). Pokiaľ bolo úsporné opatrenie definované pre konkrétnu ZP, bolo to vždy iba pre ZP, ktorá je v pôsobnosti regulátora. Neexistuje teda dôvod, aby regulátor určoval úsporné opatrenia rôzne pre jednotlivé ZP resp. veľa z doposiaľ nadefinovaných úsporných opatrení sa dá dosiahnuť mimo zdravotných poisťovní. V prípade ak by mali byť upravené aj úsporné opatrenia, dátum vydania vyhlášky by musel byť najneskôr do 30. septembra predchádzajúceho kalendárneho roka, inak takáto regulácia absolútne stráca zmysel. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.</p>			
<p>DÔVERA</p>	<p>Čl. II Navrhujeme vypustiť znenie Čl. II v plnom rozsahu Odôvodnenie Uvedené navrhujeme vzhľadom na to, že sestra ADOS poskytuje domácu ošetrovateľskú starostlivosť na základe indikácie lekára, ktorý okrem iného indikuje a predpisuje aj liečivá, lieky a zdravotnícke pomôcky podľa Prílohy č. 15 Odborného usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o vedení zdravotnej dokumentácie č. 07594/2009 – OZS, ktoré sestra aplikuje v rámci poskytovanej zdravotnej starostlivosti. V opačnom prípade je potrebné doplniť informáciu o tom, kto bude v týchto prípadoch indikovať zdravotnú starostlivosť, predpisovať liečbu a ďalej konzultovať prípadnú reakciu na liečbu a jej pokračovanie.</p>	<p>O</p>	<p>N</p>	<p>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 poistencovi verejného zdravotného poistenia dispenzarizácia, frekvencia vyšetrení a poskytovatelia zdravotnej starostlivosti vykonávajúci</p>

				dispenzarizáciu, čím sa konkretizujú chronické ochorenia.
DÔVERA	<p>Na rámec návrhu zákona</p> <p>Navrhujeme zrušiť povinnosť zdravotných poisťovní podľa § 7 ods. 3 zákona č. 581/2004 Z. z. mať uzavretú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s každým poskytovateľom lekárenskej starostlivosti. Odôvodnenie Sme presvedčení, že je postačujúce, ak zdravotné poisťovne budú mať povinnosť uzavrieť zmluvu poskytovaní zdravotnej starostlivosti napr. iba na úrovni 95% všetkých poskytovateľov lekárenskej starostlivosti. Zdravotné poisťovne aktuálne majú zákonnú povinnosť mať uzavretú zmluvu aj s lekárňami a výdajňami, u ktorých zistili v rámci výkonu revízných a kontrolných právomocí závažné porušenie zmluvných podmienok resp. porušovanie zákona, avšak nemajú možnosť s takýmito poskytovateľmi lekárenskej starostlivosti z tohto dôvodu ukončiť zmluvu a nepokračovať v zmluvnom vzťahu. Vo vzťahu k niektorým poskytovateľom lekárenskej starostlivosti došlo na základe kontrolných zistení aj k podaniu trestného oznámenia. Pre názornosť uvádzame niekoľko príkladov závažného a/alebo opakovaného konania poskytovateľov lekárenskej starostlivosti, pri ktorých by bolo vhodné, aby zdravotná poisťovňa mala k dispozícii možnosť ukončenia zmluvného vzťahu a zároveň nemala povinnosť uzavrieť s takýmto poskytovateľom (novú) zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti: - vykázanie neposkytnutej lekárenskej starostlivosti (poskytovatelia počas kontrolovaného obdobia v neprospech zdravotnej poisťovne neoprávnene vykázali zo sledovaných registrovaných kategorizovaných liekov, zdravotníckych pomôcok alebo dietetických potravín množstvo v určitej hodnote, ktorými však nedisponovali a ktoré nenakúpili, pričom neoprávnene vykazané a účtované sumy presahujú v niektorých prípadoch aj niekoľko stotisíc EUR); - vydávanie liekov, zdravotníckych pomôcok alebo dietetických potravín na inom mieste, ako je lekárňou alebo pobočka verejnej lekárne (napr. zistené porušenie na základe fyzicky vykonanej kusovej kontroly zdravotníckych pomôcok na sklade výdajne, keď sa zdravotnícke pomôcky nenachádzali v skladových zásobách</p>	O	N	Nad rámec rozsahu novely.

	<p>výdajne, ale v zariadeniach opatrovateľskej služby alebo v domovoch dôchodcov); - porušenie povinnosti viesť riadne a v súlade so skutočným stavom kusovú evidenciu liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín a systém kusovej evidencie sprístupniť zdravotnej poisťovni na požiadanie tak, aby táto mohla účinne skontrolovať správnosť predpisovania, výdaja a overiť skutočnosť, či poskytovateľ v kontrolovanom období disponoval humánnym liekom, zdravotníckou pomôckou a dietetickou potravinou v množstve a cene zodpovedajúcej množstvu a cene vykázananej zdravotnej poisťovni; - nepreukázanie pravosti a pravdivosti nadobúdacích dokladov za zdravotnícke pomôcky od distribučnej spoločnosti (distribučné spoločnosti zdravotnej poisťovne nedoručili žiadne nadobúdacie doklady, ktoré boli vystavené pre kontrolovaného poskytovateľa a na kontrolované produkty v kontrolovanom období); - zistené falošné účtovné doklady; - nákup zdravotníckych pomôcok neoznačených registračným kódom ŠÚKL (Poskytovateľ zdravotníckym pomôckam pridelil chýbajúci registračný kód ŠÚKL sám podľa neznámych pravidiel a príjmovým dokladom tovar prijal na skladové zásoby lekárne ako zdravotné pomôcky hradené z verejného zdravotného poistenia). Túto pripomienku považujeme za zásadnú.</p>			
<p>DÔVERA</p>	<p>Čl. IV bod 6 Odvolávku na osobitný predpis v novelizačnom ustanovení § 6a ods. 12 navrhujeme upraviť nasledovne: „18ed) § 42 ods., 4 a zákona č. 577/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov § 88 ods. a 6 zákona č. 363/2011 Z. z. v znení neskorších predpisov.“. Odôvodnenie Zahrnúť do limitu 0,5% úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej nezmluvným poskytovateľom a ním predpísané lieky, či zdravotný výkon, ktorý nie je uvedený v Zozname zdravotných výkonov indikovaných pri jednotlivých chorobách, hradený len s predchádzajúcim súhlasom revízneho lekára, by akcelerovalo trend znižovania dostupnosti ambulantnej zdravotnej starostlivosti na Slovensku. Táto kompetencia zdravotných poisťovní nemôže byť limitovaná, často zabezpečuje kontinuitu poskytovanej ZS po vystúpení PZS zo siete verejných poskytovateľov ZS. Do dôvodovej správy – osobitná časť, prosíme doplniť</p>	<p>O</p>	<p>A</p>	

	<p>text: „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 choroby • 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 tak u detí, seniorov ako aj žien a mužov v produktívnom veku.“ Zásadná pripomienka</p>			
DÔVERA	<p>Nad rámec návrhu zákona – návrat k výdavkom na prevádzkové činnosti Príloha č. 1 vrátane nadpisu znie: „Príloha č. 1 k zákonu Národnej rady Slovenskej republiky č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov VZOREC PRE VÝPOČET PODIELU NA ROČNOM ÚHRNE Limit (v %) = 2,45 + 2 000 000/PPZP kde PPZP je počet poistencov zdravotnej poisťovne.“ Odôvodnenie V súvislosti so znovuzavedením limitu výdavkov na prevádzkové činnosti zdravotnej poisťovne podľa § 6a sa navrhuje upraviť vzorec pre jeho výpočet. Navrhovaný limit výdavkov na prevádzkové činnosti dostatočne zohľadňuje výšku oprávnených nákladov malých zdravotných poisťovní a výšku fixných nákladov zdravotnej poisťovne (aj malá zdravotná poisťovňa musí mať zabezpečenú verejnú minimálnu sieť, zabezpečené IT systémy a podobne). Takto nastavený limit súčasne umožňuje vstup novým zdravotným poisťovňami na trh. Navrhovaná úprava je neutrálna z pohľadu celkových maximálnych možných výdavkov na prevádzkové náklady. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.</p>	O	N	Nad rámec rozsahu novely. Prevádzková činnosť je sledovaná na nákladovom princípe.
DÔVERA	<p>Na rámec návrhu zákona PROGRAMY ZDRAVIA ALTERNATÍVA č. 1 V § 6 zákona č. 581/2004 Z. z. sa dopĺňajú nové odseky 12 až 14, ktoré znejú: (12) Na účely zabezpečenia zlepšenia zdravia poistencov, zabránenia zhoršovania zdravia poistencov, podpory zdravého spôsobu života poistencov, zvyšovania kvality a efektivity poskytovanej zdravotnej starostlivosti môže zdravotná poisťovňa poskytovať</p>	O	N	Nad rámec rozsahu novely. Problematika programov zdravia bude riešená v osobitnej novele zákona č. 578/2004 Z. z.

	<p>pre svojich poistencov poradenstvo v oblasti zdravia, prevencie chorôb, zdravej životosprávy a zdravého životného štýlu, poskytovať pre poistencov programy zdravia zamerané na zlepšenie zdravia poistencov, na zabránenie zhoršovaniu zdravia poistencov alebo na včasné odhaľovanie ochorení a vykonávať analýzu efektívnosti týchto programov. (13) Na účely uvedené v odseku 12 zdravotná poisťovňa je povinná analyzovať a spracúvať osobné údaje svojich poistencov v rozsahu stanovenom v § 16 ods. 2 zákona. (14) Zdravotná poisťovňa na základe analýz vypracovaných na základe odseku 13 je povinná poskytnúť svojim poistencom relevantné poznatky reflektujúce ich zdravotný stav ako aj odporúčania absolvovať preventívnu prehliadku, vyšetrenie alebo iné poskytnutie zdravotnej starostlivosti, ktoré si vyžaduje zdravotný stav poistenca. Odôvodnenie: Pre programy zdravia zamerané na zlepšenie zdravia poistencov je kľúčovým determinantom úspechu zvýšenie angažovanosti poistenca o svoje zdravie. Napríklad pri diagnóze diabetes mellitus II. typu sa odhaduje, že až 85% z úspechu liečby má v rukách práve samotný pacient. Zvýšenie tejto angažovanosti je možné hlavne na základe cielenej dlhodobej komunikácie zo strany lekára ako aj zdravotnej poisťovne (napr. pozvánka na potrebné vyšetrenie, pripomienka kontrolných vyšetrení a pod.), ktorá je základným nástrojom programov zdravia vo svete. V záujme využívania takejto komunikácie pri programoch zdravia preto považujeme za žiadúce precizovanie návrhu, ktoré umožní naplno využiť potenciál programov zdravia, beneficiantom ktorých bude v prvom rade poistenec/pacient. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.</p>			
<p>DÔVERA</p>	<p>Na rámec návrhu zákona PROGRAMY ZDRAVIA ALTERNATÍVA č. 2 V § 6 ods. 1 písm. f) zákona č. 581/2004 Z. z. znie: „f) vykonáva poradenskú činnosť pre poistencov a platiteľov poistného. Poradenstvo pre poistencov sa okrem poradenstva týkajúceho sa vykonávania verejného zdravotného poistenia môže týkať aj poradenstva o zdraví, programoch zdravia a riadenia chorôb, životospráve a zdravom životnom štýle. Za účelom poskytovania poradenskej činnosti poistencom a platiteľom poistného zdravotná poisťovňa spracúva poistencom</p>	<p>O</p>	<p>N</p>	<p>Nad rámec rozsahu novely. Problematika programov zdravia bude riešená v osobitnej novele zákona č. 578/2004 Z. z.</p>

<p>alebo platiteľom poistného poskytnuté osobné údaje. Na spracovanie osobných údajov 35ca) vrátane osobitných kategórií údajov sa nevyžaduje súhlas dotknutej osoby,“. V § 6 ods. 6 zákona č. 581/2004 Z. z. sa dopĺňa písmeno h), ktoré znie: „h) organizovať ako súčasť verejného zdravotného poistenia pre poistencov programy zdravia a programy riadenia chorôb, ktoré súvisia s existujúcim alebo hroziacim ochorením poistenca na účely včasného odhaľovania ochorení, so zvyšovaním kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti, so zdravým spôsobom života a zdravia poistencov a s odporúčaniami na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ktoré si vyžaduje zdravotný stav poistenca; zdravotná poisťovňa sa na organizácii programov zdravia môže dohodnúť s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (§ 7 a § 7a), so zdravotníckym pracovníkom alebo právnickou osobou so zodpovedajúcim predmetom činnosti,“. Odôvodnenie: K § 6 ods. 1 písm. f) - Spresňuje sa jedna z činností zdravotnej poisťovne týkajúca sa poradenstva pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia poskytovaného poistencom a platiteľom poistného. Je potrebné spresnenie, že poradenstvo sa môže týkať aj poradenstva o zdraví, programoch zdravia a riadenia chorôb, životospráve a zdravom životnom štýle, ktoré súvisia s vykonávaním verejného zdravotného poistenia a ktoré už v súčasnosti zdravotné poisťovne vykonávajú, nakoľko si to ich klienti žiadajú. Pri vykonávaní poradenstva môže dochádzať k poskytovaniu osobných údajov, vrátane osobitnej kategórie osobných údajov zo strany poistencov alebo platiteľov poistného. Určuje sa preto povinnosť zdravotnej poisťovne spracovať tieto osobné údaje pre tento účel. K § 6 ods. 6 písm. h) - Navrhuje sa zavedenie možnosti pre zdravotnú poisťovňu organizovať pre svojich poistencov zdravotné programy a programy riadenia chorôb (disease management programs) a možnosť dohodnúť si ich poskytovanie s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, inými zdravotníckymi pracovníkmi alebo právnickými osobami so zodpovedajúcim predmetom činnosti. Programy riadenia chorôb, cielené zdravotné programy sú vo svete bežnými aktivitami, ktoré pomáhajú v zlepšovaní zdravia pacientov a účelnému vynakladaniu zdrojov z verejného zdravotného poistenia. Navrhovaná úprava okrem iného</p>			
---	--	--	--

	realizuje požiadavku vyjadrenú v § 6a ods. 8 písmeno c) v súvislosti s použitím prostriedkov fondu kvality zdravia zdravotnou poisťovňou na úhradu nákladov spojených s realizáciou činností pri preventívnych programoch alebo programoch zdravia. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.			
DÔVERA	Nad rámec návrhu zákona – návrat k výdavkom na prevádzkové činnosti V § 15 ods. 1 písmeno t) znie: „t) dodržiavať ustanovenú výšku výdavkov na prevádzkové činnosti (§ 6a),“. Odôvodnenie V súvislosti s opätovným zavedením limitu výdavkov na prevádzkové činnosti sa ustanovuje sa povinnosť zdravotných poisťovní dodržiavať zákonom stanovený limit výdavkov na prevádzkové činnosti. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.	O	N	Nad rámec rozsahu novely. Prevádzková činnosť je sledovaná na nákladovom princípe.
DÔVERA	Nad rámec návrhu zákona – úprava kritérií kvality V § 15 sa odsek 1 dopĺňa písmenom an), ktoré znie: „an) oznámiť úradu každoročne do 30. apríla plnenie kritérií kvality za predchádzajúci kalendárny rok a zaslať podklady k vyhodnoteniu kritérií kvality. Odôvodnenie Navrhuje sa povinnosť zdravotných poisťovní oznamovať Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou plnenie kľúčových ukazovateľov výkonnosti za predchádzajúci kalendárny rok a zasielať podklady, na základe ktorých bude úrad rozhodovať o splnení kritérií kvality. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.	O	N	Nad rámec rozsahu novely. Novela nerieši určenie kritérií kvality.
DÔVERA	Nad rámec návrhu zákona – úprava kritérií kvality V § 18 ods. 1 sa za písmeno w) vkladá nové písmeno x), ktoré znie: „x) rozhoduje o splnení kritérií kvality (§ 6ab),“. Doterajšie písmeno x) sa označuje ako písmeno y). Odôvodnenie Navrhuje sa nová kompetencia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, rozhodovať o splnení kritérií kvality. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.	O	N	Nad rámec rozsahu novely. Novela nerieši určenie kritérií kvality.
DÔVERA	§ 22 ods. 2 V § 22 ods. 2 písm. f) – navrhujeme vypustiť slová „písm. a) až f), h), i), m) až q) a s) až u)“. Odôvodnenie V platnom znení vyššie uvedeného ustanovenia má poistenec povinnosť poskytnúť súčinnosť pri preukazovaní platiteľa – štát	O	A	

	avšak z tejto povinnosti sú vylúčené kategórie poistenca štátu podľa § 11 ods. 7 písm. g), j), k), l) a r), máme za to, že poistenc aj keď ide o kategórie, ktoré si oznamuje sám pri vzniku platiteľa by mal mať aj povinnosť poskytnúť zdravotnej poisťovni súčinnosť pri preukazovaní nároku na trvanie tejto kategórie poistenca štátu – uvedená súčinnosť je potrebná najmä pri ukončovaní kategórie poistenca štátu.			
DÔVERA	Čl. I bod 63 V § 28 ods. 5 navrhuje doplniť nasledovnú novú vetu: „Ministerstvo zdravotníctva doplní k údajom o poistencoch informáciu, či poistenc v danom roku zmenil zdravotnú poisťovňu spôsobom platným pre zaradenie do skupiny nadmerného prepoistenia podľa § 27f.“ Odôvodnenie: Táto informácia je potrebná na zreplikovanie výpočtu indexu rizika s novou skupinou nadmerného prepoistenia. Túto pripomienku považujeme za obyčajnú.	O	N	Údaj o zaradení poistenca do skupiny nadmerného prepoistenia bude zdravotným poisťovňam poskytovať ÚDZS.
DÔVERA	§ § 28a ods. 7 V § 28a ods. 7 zákona č. 580/2004 Z. z. navrhujeme doplniť upresnenie, na základe ktorých rokov je poistenc zaradený do skupiny nadmerného prepoistenia. Teda napríklad keď Úrad oznámi zdravotnej poisťovni zaradenie poistencov do skupiny nadmerného prepoistenia vo februári roku 2025, toto zaradenie sa určí podľa zmien zdravotnej poisťovne k 1. 1. rokov 2019 až 2025, alebo podľa zmien k 1. 1. rokov 2018 až 2024? Je to nevyhnutné pre upresnenie postupu. Túto pripomienku považujeme za obyčajnú.	O	A	
DÔVERA	§ 29b V § 29b navrhujeme za odsek 23 doplniť nový odsek 24, ktorý znie: „(24) Súd poskytuje elektronicky do elektronickej schránky(16m) zdravotnej poisťovne, ktorá prihlásila pohľadávku alebo záväzok do dedičského konania, právoplatné rozhodnutie o dedičstve(55h) alebo o zastavení dedičského konania 55g), a to najneskôr do 15 dní odo dňa nadobudnutia právoplatnosti takéhoto rozhodnutia.“. Poznámky pod čiarou k odkazu 55g) a 55h) znejú: „55g) § 187 a 188 zákona č. 161/2015 Z. z. Civilný mimosporový poriadok v znení neskorších predpisov. 55h) § 203 zákona č. 161/2015 Z. z. Civilný	O	N	Nad rámec rozsahu novely. Zmena nebola predmetom MPK a nemohlo by sa k nej vyjadriť vecne príslušné ministerstvo.

	mimosporový poriadok v znení neskorších predpisov.“ Odôvodnenie Zdravotným poisťovniam nie je automaticky zo strany súdov/notárov zasielané právoplatné rozhodnutie o skončení dedičského konania, v prípadoch keď nie sú zdravotné poisťovne účastníkmi dedičského konania, ale len prihlasovali svoje pohľadávky/závazky do dedičského konania, čo má za následok oddialenie vymáhania pohľadávok zdravotných poisťovní od dediča, za ktoré dedič zodpovedá do výšky ceny nadobudnutého dedičstva ako aj oddialenie vrátenia záväzkov zo strany zdravotných poisťovní dedičovi/dedičom.			
DÔVERA	Čl. Čl. I bod 78 V § 29b ods. 20 navrhujeme za slová „poskytuje“ doplniť slová „najmenej raz za 7 dní“. V súvislosti s uvedeným zároveň za § 38ezh navrhujeme doplniť § 38ezi, ktorý vrátane nadpisu znie: „§ 38ezi Prechodné ustanovenie k úpravám účinným od 01. januára 2026 Národné centrum zdravotníckych informácií poskytne príslušnej zdravotnej poisťovne údaje podľa §29b ods. 20 prvýkrát do 10. januára 2026.“. Odôvodnenie Navrhujeme doplniť lehotu na poskytovanie údajov zo strany NCZI. Zároveň navrhujeme upraviť lehotu na prvé poskytnutie údajov podľa § 29b ods. 20 zákona.	O	A	
DÔVERA	Čl. Čl. I bod 80 V § 38ezh navrhujeme zmeniť názov na „Prechodné ustanovenia k úpravám účinným od 1. januára 2025“ a doplniť odsek 2 v nasledovnom znení: „(2) Mesačné prerozdeľovanie podľa tohto zákona v znení účinnom od 1. januára 2025 sa vykoná prvýkrát v marci 2025 za január 2025 a ročné prerozdeľovanie podľa tohto zákona v znení účinnom od 1. januára 2025 sa vykoná prvýkrát za rok 2025 v roku 2026.“. Odôvodnenie Úprava súvisiaca s vykonaním mesačného a ročného prerozdeľovania po účinnosti novely.	O	A	
DÔVERA	Čl. IV bod 52 V § 76 sa odsek 3 dopĺňa písmenami m) a n) Nesúhlasíme s doplneným písm. m) Odôvodnenie S navrhovaným doplnením nesúhlasíme a navrhujeme ho vypustiť. Podľa osobitného predpisu, na ktorý písm. m) odkazuje, sú Rade pre rozpočtovú zodpovednosť povinné poskytovať súčinnosť subjekty verejnej	O	ČA	Vypustená poznámka pod čiarou, odkazujúca na potrebu súčinnosti subjektov verejnej správy. Samotná povinnosť ponechaná, nakoľko zdravotné poisťovne hospodária s financiami, ktoré

	správy. Súkromne zdravotné poisťovne nie sú subjekty verejnej správy, preto je pre nich plnenie tejto povinnosti nevykonateľné. Zásadná pripomienka			sú vo svojej podstatnej časti súčasťou rozpočtu verejnej správy.
DÔVERA	<p>Na rámec návrhu zákona</p> <p>V § 8a ods. 2 zákona č. 580/2004 Z.z. sa slová „najneskôr do 31. októbra kalendárneho roka“ nahrádzajú slovami „do 14 dní odo dňa doručenia oznámenia o prijatí prihlášky na zmenu zdravotnej poisťovne poistencovi podľa § 25 ods. 1 písm. n)“ Odôvodnenie: Navrhovaná zmena odstráni špekulatívne podávania späťvzatí prihlášok. Po ukončení možnosti podať prihlášku na zmenu zdravotnej poisťovne k 30.9. vzniká veľký tlak na poistencov z príslušnej poisťovne, aby si rozhodnutie zmeniť poisťovňu premysleli a podali späťvzatie do 31.10. Poistenci sú zmätení celým procesom a lehotami, kedy majú možnosť v totožnom období podať späťvzatie, ale aj podať prihlášku na zmenu zdravotnej poisťovne k nasledujúcemu prepoisťovacímu obdobiu (napr. zmena zdravotnej poisťovne k 1.1.2025, možnosť podať prihlášku od 1.10.2023-30.9.2024 a späťvzatie od 1.10.2023 do 31.10.2024 a možnosť podať prihlášku na zmenu zdravotnej poisťovne od 1.1.2026 v období od 1.10.2024 a späťvzatie od 1.10.2024 – 31.10.2024 za zmenu k 1.1.2025). Navrhovaná zmena zamedzí špekulatívnym praktikám pri uplatňovaní inštitútu späťvzatia prihlášky. V súvislosti so skrátením lehoty na podanie späťvzatia prihlášky poukazujeme aj na odstúpenie od zmluvy uzavretej na diaľku podľa zákona č. 102/2014 Z.z. o ochrane spotrebiteľa pri predaji tovaru alebo poskytovaní služieb na základe zmluvy uzavretej na diaľku alebo zmluvy uzavretej mimo prevádzkových priestorov predávajúceho a o zmene a doplnení niektorých zákonov (účinného do 30.06.2024). V súlade s § 7 ods. 1 zákona č. 102/2014 Z.z. môže spotrebiteľ odstúpiť od zmluvy uzavretej na diaľku do 14 dní odo dňa prevzatia tovaru, a to v prípade zmluvy uzavretej na diaľku, predmetom ktorej je predaj tovaru. Z uvedeného dôvodu je 14-dňová lehota na podanie späťvzatia prihlášky postačujúca a predstavuje pre poistenca dostatočný čas na prípadne podanie späťvzatia prihlášky. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.</p>	O	N	Nad rámec rozsahu novely. Inštitút späťvzatia prihlášky predstavuje významný nástroj na zamedzenie špekulatívnych prepoistení; pri naviazaní na doručenie informácie o prepoistení nie je vhodné ho viazať na § 25 ods. 1 písm. n), ale na § 6 ods. 15.

DÔVERA	<p>Čl. Článok I bod 16</p> <p>V novelizačnom § 8 ods. 8, navrhujeme poslednú vetu „O vykonanej oprave je zdravotná poisťovňa povinná informovať osobu, ktorá prihlášku podala“ vypustiť. Odôvodnenie Navrhovanú povinnosť informovania poistenca považujeme za nadbytočnú a zbytočnú (ďalšiu) administratívnu záťaž pre zdravotné poisťovne. Nevidíme žiadnu pridanú hodnotu v tom, že poistenca informujeme o oprave zjavných chýb v písaní, pokiaľ tie boli odstránené na základe ním predloženého občianskeho preukazu. Zásadná</p>	O	A	
DÔVERA	<p>Čl. K článku I bod 54</p> <p>Vo vzťahu k novo navrhovanému parametru prerozdelenia upozorňujeme, že pokiaľ nepoznáme špecifikáciu tohto parametra, bez toho, aby MZ bližšie špecifikovalo, ako bude tento parameter vstupovať do prerozdelenia, nevieme uplatniť žiadne pripomienky. Zároveň upozorňujeme, že je potrebné zadať ešte parameter zvlášť pre deti, ktoré do tej skupiny dlhodobo nespádajú.</p>	O	A	Index rizika bude určený štandardným spôsobom, ako pre všetky ostatné skupiny v prerozdeľovaní. Parameter pre deti do 7 rokov upravený.
DÔVERA	<p>Nad rámec návrhu zákona – úprava kritérií kvality</p> <p>Za § 20a sa vkladá § 20b, ktorý vrátane nadpisu znie: „§ 20b Rozhodnutie o splnení kritérií kvality (1) Úrad rozhoduje o splnení kritérií kvality (§ 6ab) v každom kalendárnom roku za predchádzajúci kalendárny rok. (2) Úrad doručí každej zdravotnej poisťovni a ministerstvu zdravotníctva do 15. júna kalendárneho roka rozhodnutie o výsledku plnenia kritérií kvality za predchádzajúci kalendárny rok a percentuálnu hodnotu ich splnenia. (3) Rozhodnutie úradu je preskúmateľné správnym súdom. Podanie správnej žaloby proti rozhodnutiu úradu o splnení kritérií kvality má odkladný účinok. (4) Na toto konanie sa vzťahuje všeobecný predpis o správnom konaní.62)“. Odôvodnenie Navrhujú sa lehoty súvisiace s rozhodovaním Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou o splnení kritérií kvality zdravotných poisťovní. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.</p>	O	N	Nad rámec rozsahu novely. Novela nerieši určenie kritérií kvality.
DÔVERA	<p>Nad rámec návrhu zákona – regulácia zisku a kritériá kvality</p> <p>Za § 6a sa vkladajú § 6aa a § 6ab, ktoré vrátane nadpisov znejú: „§ 6aa Kladný</p>	O	N	Nad rámec rozsahu novely. Novela nerieši

	<p>výsledok hospodárenia zdravotnej poisťovne (1) Zdravotná poisťovňa môže nakladať s kladným výsledkom hospodárenia pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia za podmienok ustanovených týmto zákonom. (2) Primeraný výsledok hospodárenia je súčet a) sumy 1 % z predpísaného poistného v hrubej výške a b) sumy určenej ako výsledok plnenia kritérií kvality zdravotnej poisťovne (ďalej len „kritériá kvality“) podľa § 6ab; takto určená suma nemôže byť vyššia ako 1 % z predpísaného poistného v hrubej výške. (3) Predpísané poistné v hrubej výške je úhrn predpísaného poistného zaúčtovaného v účtovnom období, v ktorom sa kladný výsledok hospodárenia vytvoril, podľa auditovanej účtovnej závierky. (4) Ak zdravotná poisťovňa dosiahne v účtovnom období kladný výsledok hospodárenia, ktorý je po zdanení a po vykonaní povinného doplnenia rezervného fondu podľa § 15 ods. 5 (ďalej len „upravený výsledok hospodárenia“) vyšší ako je primeraný výsledok hospodárenia podľa odseku 2, rozdiel medzi upraveným výsledkom hospodárenia a primeraným výsledkom hospodárenia použije zdravotná poisťovňa na tvorbu alebo doplnenie fondu kvality zdravia. (5) Prostriedky fondu kvality zdravia musí zdravotná poisťovňa použiť do dvoch rokov od skončenia účtovného obdobia, z ktorého rozdielu medzi upraveným výsledkom hospodárenia a primeraným výsledkom hospodárenia bol vytvorený, na úhradu a) liekov podľa osobitného predpisu, 18ja) b) skriningov zameraných na zachytenie onkologickej choroby podľa osobitného predpisu, 18jb) c) nákladov spojených s realizáciou činností pri preventívnych programoch alebo programoch zdravia 1. vykonávaných podľa tohto zákona alebo osobitného predpisu, 18jc) ktorých cieľom je zlepšenie zdravia poistencov, zabránenie zhoršovania zdravia poistencov, alebo podpora zdravého spôsobu života poistencov, 2. zameraných na zvyšovanie kvality a efektivity poskytovanej zdravotnej starostlivosti, alebo d) zdravotných výkonov, ktoré nie sú uvedené v Katalógu zdravotných výkonov, a na ktorých úhradu udelil revízny lekár zdravotnej poisťovne predchádzajúci súhlas. 18jd) (6) Ak v ktoromkoľvek z predchádzajúcich účtovných období nebol dosiahnutý primeraný výsledok hospodárenia, zdravotná poisťovňa môže v účtovnom období, kedy primeraný výsledok hospodárenia dosiahnutý bol, znížiť sumu pre doplnenie fondu</p>		<p>určenie kritérií kvality.</p>
--	---	--	----------------------------------

	<p>kvality zdravia najviac do výšky 1,5 % z predpísaného poistného v hrubej výške, pričom už raz takto odpočítanú sumu nemožno použiť na zníženie sumy pre doplnenie fondu kvality zdravia opakovane. § 6ab Kritériá kvality (1) Kritériá kvality, ich váhu, podrobnosti ich plnenia, posudzovanie percentuálnej miery ich naplnenia a označenie zdroja údajov, z ktorých budú kritériá kvality spracované, podrobnosti o kritériách kvality a podrobnosti o spôsobe ich vyhodnotenia ustanoví ministerstvo zdravotníctva po prerokovaní so zdravotnými poisťovňami všeobecne záväzným právnym predpisom, ktorý vydá ministerstvo zdravotníctva najneskôr do 15. decembra kalendárneho roka, ktorý predchádza kalendárnemu roku, na ktorý sa kritériá kvality ustanovujú.</p> <p>(2) Kritérium kvality musí byť merateľné, ustanovené jednoznačne, nediskriminačným a transparentným spôsobom tak, aby bolo ekonomicky primerané, technicky splniteľné, pričom je pri posudzovaní jeho plnenia potrebné prihliadnúť aj na možnosť zdravotnej poisťovne zabezpečiť súčinnosť tretej strany, ak je splnenie kritéria kvality závislé od tejto súčinnosti, a na mimoriadne okolnosti, ktoré boli prekážkou pre splnenie stanoveného kritéria kvality alebo pre ktoré je použitie stanoveného kritéria kvality neprimerane prísne. (3) Ak nedôjde k vydaniu všeobecne záväzného právneho predpisu podľa odseku 1, na účely tohto zákona sa za kritériá kvality ustanovujú kritériá kvality, ktorými sú a) zabezpečenie platobnej schopnosti zdravotnej poisťovne (§ 14), b) zabezpečenie úhrady plánovanej zdravotnej starostlivosti poistencom zaradeným v zozname [§ 6 ods. 1 písm. o)], c) tvorba rezervného fondu aspoň v minimálnej zákonnej výške (§ 15 ods. 5), d) dodržiavanie ustanovení o výške výdavkov na prevádzkové činnosti (§ 6a). (4) Všetky kritériá kvality podľa odseku 3 majú rovnakú váhu. (5) Splnenie kritérií kvality za predchádzajúci kalendárny rok vyhodnocuje úrad formou rozhodnutia do 15. júna podľa § 20b ods. 2. (6) Návrhy na zavedenie a zmeny v kritériách kvality môžu zaslať zdravotné poisťovne a úrad ministerstvu zdravotníctva každoročne do 31. júla. Súčasťou návrhu na nové kritérium kvality musí byť popis kritéria kvality, jeho plnenie a spôsob vyhodnotenia. Ministerstvo zdravotníctva je povinné prerokovať s úradom a zdravotnými poisťovňami ich návrhy pred vydaním všeobecne záväzného predpisu podľa odseku 1.“. Poznámky pod čiarou k</p>		
--	--	--	--

	<p>odkazom , 18ja až 18jd znejú: 18ja) § 88 ods. 7 a 8 zákona č. 363/2011 Z. z. v znení neskorších predpisov. 18jb) § 2 ods. 7 písm. f) a g) zákona č. 576/2004 Z. z. 18jc) § 10 a 14 zákona č. 355/2007 Z. z. v znení zákona č. 306/2012 Z. z. 18jd) § 42 ods. 5 a 6 zákona č. 577/2004 Z. z. Vypúšťajú sa poznámky pod čiarou 18ea až 18ec. Odôvodnenie Navrhuje sa doplniť reguláciu zisku zdravotných poisťovní zavedením kritérií kvality zdravotných poisťovní, ktorými bude štát presadzovať kľúčové ciele štátnej politiky v oblasti zdravotníctva. Motivačným aspektom pre zdravotné poisťovne je možnosť dosiahnuť primeraný zisk maximálne o 1 % z predpísaného poistného vyšší ako v prípade, ak by tieto kritériá kvality nespĺnili. Parametre kritérií kvality zdravotných poisťovní určí ministerstvo zdravotníctva každý rok vydaním všeobecne záväzného právneho predpisu, v ktorom zohľadní aktuálne priority štátnej zdravotnej politiky, ako napríklad zlepšenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti, sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, podpora účasti na prevencii, skracovanie čakacích lehôt, rozvoj DRG systému, a pod.. Zdravotným poisťovniam tak určí úlohy, ktoré sú pre štát prioritou. Týmto návrhom štát zefektívni vynakladanie zdrojov verejného zdravotného poistenia tým, že môže presunúť zodpovednosť za plnenie niektorých dôležitých úloh v oblasti zdravotníctva na zdravotné poisťovne. Zdravotné poisťovne zaviazajú a zároveň motivujú realizovať projekty v prospech pacienta a štát získa väčšiu kontrolu nad systémom verejného zdravotného poistenia. Pre prípad, ak ministerstvo zdravotníctva nestanoví parametre kritérií kvality zdravotných poisťovní na konkrétny kalendárny rok a v zákonom stanovenej lehote nevydá dotknutý všeobecne záväzný právny predpis, stanovujú sa kritériá kvality priamo zákonom. Alternatívne navrhujeme, aby sa pre prípad nevydania vyhlášky upravila možnosť zdravotným poisťovniam automaticky vytvoriť primeraný zisk navýšený o maximálne 1 % z predpísaného poistného. Je legitímnou požiadavkou štátu nastavovať reguláciu zisku zdravotných poisťovní transparentným spôsobom tak, aby zároveň motivovala zdravotné poisťovne naplňovať priority štátnej zdravotnej politiky. Zároveň by však bolo v rozpore s legitímnymi očakávaniami zdravotných poisťovní, ak by boli ukrátené o možnosť tvorby primeraného zisku len pre to, že štát z vlastného rozhodnutia</p>			
--	--	--	--	--

	<p>neustanovil na konkrétny kalendárny rok kritériá kvality zdravotných poisťovní. Kritériá kvality zdravotných poisťovní bude ministerstvo zdravotníctva stanovovať tak, aby spĺňali nasledovné kvalitatívne podmienky:</p> <ul style="list-style-type: none"> • merateľnosť – kritérium kvality musí byť jasne stanovené číselnou hodnotou tak, aby ho bolo možné použiť vo vzorci pre výpočet percenta odplaty, • jednoznačnosť – kritérium kvality musí byť stanovené tak, aby bolo možné jednoznačne posúdiť jeho splnenie na základe vopred určených kritérií a pri jeho výpočte bude možná vždy práve jedna výsledná hodnota, • princíp rovnakého zaobchádzania – kritérium kvality musí byť stanovené takým spôsobom, aby pozitívne či negatívne nediskriminoval žiadnu zo zdravotných poisťovní, ktorá ho má naplniť, • technická splniteľnosť - kritérium kvality musí byť stanovené tak, aby mali zdravotné poisťovne technické a legislatívne možnosti ho splniť a ovplyvniť; nie je možné použiť taký parameter, na hodnotu ktorého nebude mať zdravotná poisťovňa svojou činnosťou dosah, • ekonomická primeranosť – hodnota parametra musí byť stanovená tak, aby odrážala dôležitosť parametra pre dosahovanie konečného cieľa. <p>Konkrétne kritériá kvality určí osobitný právny predpis, ktorý stanoví názov kritérií kvality, popis, prípustnú odchýlku, váhu, určenie časového obdobia, za ktoré bude kritérium kvality vyhodnotené, označenie zdroja údajov, z ktorých bude kritérium kvality spracované, formát údajov, ktoré je zdravotná poisťovňa povinná poskytnúť úradu pre vyhodnotenie kritérií kvality, metodiku spôsobu získania výslednej hodnoty kritéria kvality (obsah čitateľa, obsah menovateľa, spôsob výpočtu, vrátane štandardizácie, ak je potrebná), formu prezentácie kritéria kvality, spôsob interpretácie kritéria kvality. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.</p>			
<p>GPSR</p>	<p>4. K čl. I bodu 74 (§ 28a ods. 8) – O: Na konci § 28a ods. 8 odporúčame slová „aj na základe vlastného podnetu“ nahradit' slovami „aj bez návrhu“. Slovné spojenie na základe vlastného podnetu je nelogické. Podnet má zmysel len vtedy, ak príde od subjektu, ktorý o veci nerozhoduje. Uvedené ustanovenie umožňuje vytvorenie farmaceuticko-nákladovej skupiny, diagnostickej skupiny a nákladovej skupiny na návrh</p>	<p>O</p>	<p>A</p>	

	úradu alebo zdravotnej poisťovne. Stačí preto uviesť, že ministerstvo zdravotníctva tak môže urobiť aj bez návrhu.			
GPSR	2. K čl. I bodu 3 (§ 5 ods. 5) – O: Navrhované znenie § 5 ods. 5 formuluje konštrukciu, v ktorých prípadoch dôjde k zániku verejného zdravotného poistenia poistenca s tým, že ak po zániku jeho verejného zdravotného poistenia prestane platiť niektorá z podmienok uvedených v odseku 4 písm. b) až e), jeho účasť na verejnom zdravotnom poistení trvá naďalej a jeho verejné zdravotné poistenie nezaniklo. Z dôvodu, že navrhované ustanovenie je v rozpore so základnými zásadami výrokovej logiky, odporúčame preformulovať dané ustanovenie tak, aby bolo zrejmé, že právne účinky zániku poistenia nenastali a zdravotné poistenie trvá naďalej.	O	A	
GPSR	7. K čl. V bodu 3 [§ 12 ods. 3 písm. x) štvrtý bod] – O: Slovo „Príslušnej“ odporúčame nahradiť slovom „príslušnej“.	O	A	
GPSR	6. K čl. IV bodu 31 (§ 20 ods. 6) – O: V § 20 ods. 6 odporúčame slovo „desiateho“ nahradiť slovom „deviateho“, keďže § 20 ods. 1 písm. e) bude mať po novelizácii iba deväť bodov (bod 25).	O	A	
GPSR	5. K čl. III (§ 3 ods. 23) – O: V § 3 ods. 23 odporúčame bodku na konci nahradiť čiarkou a pripojiť tieto slová: „ktorá zomrela.“. Z textu aj účelu navrhovaného ustanovenia je zrejmé, že ide o uhrádzanie zdravotných výkonov na osobách, ktoré zomreli.	O	A	
GPSR	1. K čl. I bodu 3 [§ 5 ods. 4)] – O: V § 5 ods. 4 písm. d) odporúčame vypustiť slovo „zároveň“ ako nadbytočné, keďže úvodné ustanovenie tohto odseku uvádza, že verejné zdravotné poistenie zaniká, ak súčasne (teda kumulatívne) platia podmienky ustanovené v písmenách a) až e).	O	A	
GPSR	3. K čl. I bodu 11 (§ 6 ods. 14) – O:	O	A	

	<p>Z dôvodu terminologickej správnosti, presnosti a zrozumiteľnosti odporúčame odsek 14 uviesť v tomto znení: „(14) Ak sa na poistenca v určitom období vzťahovali právne predpisy iného členského štátu a táto skutočnosť bola zdravotnou poisťovňou zistená až po skončení tohto obdobia, prihláška poistenca v zdravotnej poisťovni platná bezprostredne pred začiatkom obdobia, kedy sa na neho vzťahovali právne predpisy iného členského štátu, sa pokladá za platnú aj v čase bezprostredne po skončení tohto obdobia. Povinnosť ustanovená v odseku 1 sa považuje za splnenú.“. Zároveň odporúčame v dôvodovej správe uviesť bližšiu konkretizáciu právnych predpisov iného členského štátu Európskej únie, ktoré sa na poistenca v relevantnom období vzťahovali. Vo všeobecnosti sa na každého poistenca vzťahujú právne predpisy iného členského štátu Európskej únie, akonáhle prekročí hranice tohto členského štátu.</p>			
<p>KOZP</p>	<p>§ § 19 až ods. 6-10 Zásadná pripomienka K bodom 19 až 21 - § 9 – úprava rozsahu úhrady zdravotnej starostlivosti – novela má ambíciu rozšíriť rozsah uhrádzanej zdravotnej starostlivosti v prípade dlžníkov a osôb bez domova. Vzhľadom na to, že medzi osobami bez domova sa nachádza pomerne vysoký počet osôb, ktoré sú zároveň osobami so zdravotným postihnutím, resp. mnohé osoby so zdravotným postihnutím môžu byť dlžníkmi na poistnom z dôvodu prepadu medzi osoby v hmotnej núdzi, pričom sa práve z dôvodu zdravotného stavu nevedia z tohto postavenia dostať a status im mohol vzniknúť pred tým, než sa bola ich status zraniteľnej osoby formalizovaný (poberateľ dávky v hmotnej núdzi, držiteľ preukazu osoby s ŤZP, osoba invalidná), máme za to, že tieto skupiny osôb by nemali počas trvania tohto statusu mať obmedzený prístup k zdravotnej starostlivosti z dôvodu pretrvávania dlhu na poistnom (ktorý sa ďalej nezvyšuje, keďže platiteľom je už štát). Podľa čl. 25 Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím () zmluvné strany uznávajú, že osoby so zdravotným postihnutím majú právo na dosiahnutie najlepšieho možného zdravia bez diskriminácie na základe zdravotného postihnutia. Zmluvné strany prijímú všetky príslušné opatrenia, ktorými zabezpečia osobám so zdravotným</p>	<p>O</p>	<p>A</p>	

	<p>postihnutím prístup k zdravotnej starostlivosti vrátane liečebnej rehabilitácie, ktoré zohľadňujú rodový aspekt. Zmluvné strany musia najmä a) poskytovať osobám so zdravotným postihnutím rovnaký rozsah, kvalitu a štandard bezplatnej alebo cenovo dostupnej zdravotnej starostlivosti a programov, ktoré sa poskytujú ostatným osobám, a to aj v oblasti zdravotníckych programov zameraných na sexuálne a reprodukčné zdravie a programov v oblasti verejného zdravia určených pre celú populáciu; b) 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; c) poskytovať túto zdravotnú starostlivosť čo najbližšie k miestu bydliska danej osoby vrátane vidieckych oblastí; d) vyžadovať od zdravotníckych pracovníkov, aby osobám so zdravotným postihnutím poskytovali starostlivosť v tej istej kvalite ako ostatným osobám, a to aj na základe slobodného a informáciami podloženého súhlasu, okrem iného aj zvyšovaním povedomia o ľudských právach, dôstojnosti, nezávislosti a o potrebách osôb so zdravotným postihnutím prostredníctvom odborného vzdelávania a zverejňovania etických noriem pre verejnú aj súkromnú zdravotnú starostlivosť; e) zakázať diskrimináciu osôb so zdravotným postihnutím pri poskytovaní zdravotného poistenia a životného poistenia, ak toto poistenie povoľuje vnútroštátne právo, a toto poistenie sa musí poskytovať spravodlivým a primeraným spôsobom; f) zamedziť diskriminačné odopretie zdravotnej starostlivosti alebo zdravotníckych služieb alebo jedla a tekutín na základe zdravotného postihnutia. Úrad komisára pre osoby so zdravotným postihnutím je názoru, že 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 teda objektívne v situácii, kedy sú obzvlášť zraniteľné a tiež objektívne neschopné napr. splácať svoj existujúci dlh na poistnom. Z tohto dôvodu navrhujem namiesto rozširovania rozsahu uhrádzanej zdravotnej starostlivosti dlžníkom na poistnom ako takým (napr. aj osoby, ktoré objektívne môžu svoj dlh splácať, ale nerobia tak) rozšíriť skupinu</p>			
--	--	--	--	--

	<p>dlžníkov, na ktorých sa neaplikuje obmedzenie rozsahu úhrady zdravotnej starostlivosti v § 9 ods. 2 o ďalšie skupiny osôb, a to: - osoby s ťažkým zdravotným postihnutím, - osoby invalidné, - osoby bez domova, - osoby v hmotnej núdzi. Ide o osoby, u ktorých je predpoklad, že majú zvýšenú potrebu zdravotnej starostlivosti a sú vystavené zvýšenému riziku, že v prípade nezabezpečenia starostlivosti sa ich zdravotný stav zhorší a náklady na liečbu budú výrazne vyššie, a zároveň ide o osoby, ktoré sa nachádzajú v nepriaznivej finančnej situácii, ktorá im bráni v splácaní dlhu, sťažuje im možnosť sa z tejto zlej finančnej situácie vymaniť a znemožňuje im zabezpečiť si zdravotnú starostlivosť na vlastné náklady.</p>			
<p>MDSR</p>	<p>Čl. čl. I 1. V čl. I bode 1 odporúčame vložiť na začiatku písmena k) pred slovom „nezaopatrené“ slovo „je“. 2. V čl. I bode 4 sa v § 6 navrhuje vypustiť odseky 2 až 4 a následne odseky 5 až 16 označiť ako odseky 2 až 13, je potrebné v ďalších ustanoveniach návrhu túto zmenu premietnuť do znenia vnútorných odkazov, napríklad v (terajšom) § 6 ods. 11 písm. a) a d) sa odkazuje na odsek 5 a odsek 10 písm. b), pripomienka platí primerane aj pre (terajšie) odseky 8, 10, 14 až 16. 3. V čl. I bode 7 odporúčame nahradiť slová „§ 6 ods. 11“ slovami „odseku 8“. 4. V čl. I bode 11 navrhujeme slová „táto skutočnosť bola zdravotnou poisťovňou zistená“ nahradiť slovami „túto skutočnosť zdravotná poisťovňa zistila“. 5. V čl. I bode 12 navrhujeme pred slová „ods. 2“ vložiť slová „§ 6“. 6. V čl. I navrhujeme spojiť body 13 a 18 do jedného bodu, ktorý bude znieť: „13. V § 8 ods. 1 písm. c) a § 8a ods. 5 sa slová „§ 6 ods. 2 až 4“ nahrádzajú slovami „§29b ods. 1“., z dôvodu legislatívnej hospodárnosti, zároveň nie je potrebné uvádzať písmená a) až d), keďže § 29b ods. 1 nemá a ani nemá mať viac pododsekov. 7. Čl. I bod 19 odporúčame formulovať ako: „V § 9 ods. 2 úvodná veta znie:“. 8. V čl. I bode 21 § 9 ods. 8 úvodnej vete odporúčame vypustiť slová „písm. a) až h)“ a v písmene c) nahradiť slová „za účelom“ slovami „na účely“. 9. V čl. I bode 22 navrhujeme pred slová „ods. 10“ a „ods. 7“ vložiť slová „§ 6“. 10. V čl. I bode 26 v § 17c ods. 1 písm. i) navrhujeme vypustiť slová „podľa osobitného predpisu“ z dôvodu</p>	<p>O</p>	<p>A</p>	

	nadbytočnosti a v poznámke pod čiarou k odkazu 51daa navrhujeme vypustiť slová „v znení neskorších predpisov“. 11. V čl. I bode 31 odporúčame vložiť za slová „ods. 9“ slová „písm. a)“. 12. V čl. I bode bodoch 32 a 33 navrhujeme uviesť v úvodzovkách ochrانيčujúcich nahrádzaný text a nahrádzajúci text aj okrúhle zátvorky. 13. V čl. I bode 41 odporúčame uviesť slová „§ 11 ods. 1 písm. a) až c) a § 11 ods. 2“ do hranatých zátvoriek. 14. V čl. I bode 80 v § 38ezh navrhujeme vypustiť slová „tohto zákona“.			
MDSR	Čl. čl. IV V čl. IV bode 33 odporúčame upraviť takto: „33. V § 46a ods. 5 sa slová „podávateľ podnetu“ nahrádzajú slovom „adresát“ a slová „podávateľovi podnetu“ sa nahrádzajú slovami „adresátovi“, keďže nejde o taký rozsah zmien, ktorý by odôvodňoval použitie predkladateľom zvolenej novelizačnej inštrukcie.	O	A	
MDSR	Čl. čl. IV V čl. IV bode 39 odporúčame nahradiť slovo „povinností“ slovom „povinnosti“.	O	A	
MDSR	Čl. čl. V V čl. V bode 3 odporúčame nahradiť slovo „Príslušnej“ slovom „príslušnej“ a na konci bodu vložiť pred úvodzovkami čiarku.	O	A	
MFSR	Celému materiálu Návrh je potrebné zosúladiť s prílohou č. 1 Legislatívnych pravidiel vlády SR (ďalej len „príloha LPV“) [napríklad v čl. I bode 1 § 3 ods. 3 písm. k) na začiatok pred slovo „nezaopatrené“ vložiť slovo „je“, v bode 2 nad slovom „predpise“ odkaz „10a“ nahradiť odkazom „8e“ vrátane príslušnej poznámky pod čiarou, v bode 3 § 5 ods. 4 písm. b) nad slovom „starostlivosti“ odkaz „8e“ nahradiť odkazom „8f“ vrátane príslušnej poznámky pod čiarou, v súvislosti s vypustením odseku 3 v § 6 v bode 4 upozorňujeme, že legislatívna skratka „(ďalej len „ústav“)“ sa ďalej používa v platnom znení zákona, a preto je potrebné ju znovu na vhodnom mieste zaviesť, v súvislosti s vypustením	O	A	

<p>odsekov 2 až 4 v § 6 v bode 4 je potrebné v celom texte § 6 upraviť vnútorné odkazy, v bode 4 na konci pripojiť túto vetu: „Poznámka pod čiarou k odkazu 12 sa vypúšťa.“, v bode 7 slová „ods. 11“ nahradiť slovami „§ 6 ods. 11“ a slová „ods. 8“ nahradiť slovami „odseku 8“, v bode 11 § 6 ods. 14 slovo „pokladá“ nahradiť slovom „považuje“, bod 13 preformulovať takto: „13. V § 8 ods. 1 písm. c) a § 8a ods. 5 písm. c) sa slová „§ 6 ods. 2 až 4“ nahrádzajú slovami „§ 29b ods. 1.“ a zároveň vypustiť bod 18 ako nadbytočný, v bode 15 za slovo „alebo“ vložiť slovo „fotokópia“, v bode 16 § 8 ods. 8 doplniť lehotu, v ktorej je zdravotná poisťovňa povinná informovať osobu, ktorá podala prihlášku, v bode 19 za slová „ods. 2“ vložiť slová „úvodnej vete“, v bode 20 za slová „ods. 4“ vložiť slová „prvej vete“, v bode 21 § 9 ods. 8 úvodnej vete vypustiť slová „písm. a) až h)“ ako nadbytočné, v bode 22 poznámke pod čiarou k odkazu 16hdc slová „neskorších predpisov“ nahradiť slovami „zákona č. 180/2022 Z. z“, v poznámke pod čiarou k odkazu 16hdd na konci pripojiť slová „v znení neskorších predpisov“, v bode 26 § 17c ods. 1 písm. i) slová „podľa osobitného predpisu, 51daa)“ nahradiť slovami „podľa § 187 a 188 Civilného mimosporového poriadku“ v súlade s bodom 22.9 prílohy LPV a vypustiť poznámku pod čiarou k odkazu 51daa ako nadbytočnú, v bode 31 za slová „ods. 9“ vložiť slová „písm. a)“, v bode 35 § 25 ods. 9 nad slovom „predpise“ odkaz „10a“ nahradiť odkazom „8e“, v bodoch 36 až 38 a 57, 58 a 60 za slová „druhý“ a „tretí“ vložiť slovo „bod“, v bode 39 druhej vete za slová „tretí“ a „štvrtý“ vložiť slovo „bod“, v bode 40 za slová „piaty“ a „šiesty“ vložiť slovo „bod“, v bode 46 § 27b ods. 5 druhej vete slovo „počtom“ nahradiť slovom „počtu“, v bode 50 § 27d ods. 7 druhej vete slovo „počtom“ nahradiť slovom „počtu“, v bode 53 § 27e ods. 7 druhej vete slovo „počtom“ nahradiť slovom „počtu“, v bode 62 za slovami „ods. 5“ vypustiť slovo „v“, v bode 65 za slová „ods. 8“ vložiť slová „prvej vete“, vypustiť slovo „a“ a za slovo „pomôcok“ vložiť čiarku, v bode 72 za slová „ods. 7“ vložiť slová „úvodnej vete“, bod 79 vypustiť, pretože ide o prechodné ustanovenie vzťahujúce sa iba na rok 2005, v bode 80 § 38ezh slová „Dňom účinnosti tohto zákona“ nahradiť slovami „Od 1. januára 2025“ a vypustiť slová „tohto zákona“ ako nadbytočné, v čl. II úvodnej vete slová „zákona č. 420 Z. z.“</p>			
--	--	--	--

	<p>nahradiť slovami „zákona č. 420/2022 Z. z.“; slová „zákona č. 529/2023 Z. z. a zákona č. 40/2024 Z. z.“ nahradiť slovami „zákona č. 529/2023 Z. z., zákona č. 40/2024 Z. z. a zákona č. 125/2024 Z. z.“; v čl. III úvodnej vete slová „zákona č. 518/2022 Z. z. a zákona č. 285/2023 Z. z.“ nahradiť slovami „zákona č. 518/2022 Z. z., zákona č. 285/2023 Z. z. a zákona č. 125/2024 Z. z.“; v čl. IV úvodnej vete za slovami „zákona č. 420/2022 Z. z.“ slovo „a“ nahradiť čiarkou, v bode 1 poznámke pod čiarou k odkazu 14 na konci pripojiť slová „v znení neskorších predpisov.“; v bode 3 poznámke pod čiarou k odkazu 17g na konci pripojiť slová „v znení neskorších predpisov.“; v bode 5 vypustiť poznámky pod čiarou k odkazom 18b až 18d, pretože uvedené poznámky pod čiarou sú v totožnom znení už súčasťou platného zákona, v bode 6 poznámke pod čiarou k odkazu 18ed druhej citácii vypustiť slová „v znení neskorších predpisov.“ ako nadbytočné, v bodoch 10 a 11 slová „§ 7, § 7a a 7b“ nahradiť slovami „§ 7 až 7b, v bode 15 § 15 ods. 8 na konci úvodnej vety vypustiť dvojbodku, v bode 25 druhej vete za slovo „siedmy“ vložiť slovo „bod“, v bode 27 poznámke pod čiarou k odkazu 41aad na konci pripojiť slová „v znení neskorších predpisov“, v bode 31 § 20 ods. 3 slová „kód vydaný“ nahradiť slovami „číselný kód pridelený“, v bode 36 slová „za bodkočiarkou vypúšťajú tieto slová:“ nahradiť slovami „vypúšťajú slová“, v bode 39 § 47f ods. 2 písm. c) za slovo „opakovaného“ vložiť slovo „porušenia“, v bode 40 za slová „písm. a)“ vložiť čiarku, v bode 49 vypustiť slovo „zmeny“ a na konci za slovo „výkonov“ vložiť čiarku, v bode 52 poznámke pod čiarou k odkazu 95ba na konci pripojiť slová „o rozpočtovej zodpovednosti.“; v poznámke pod čiarou k odkazu 95bb vypustiť slová „v znení neskorších predpisov.“ ako nadbytočné, v čl. V bode 1 za slovom „osoby“ čiarku nahradiť slovom „a“, slová „vypúšťá čiarka a pripájajú sa“ nahradiť slovom „pripájajú“ a na konci za slovom „poisťovňou“ vypustiť čiarku, v bode 3 § 12 ods. 3 písm. x) štvrtom bode slovo „Príslušnej“ nahradiť slovom „príslušnej“ a bodku na konci za slovom „číslo“ nahradiť čiarkou].</p>			
MFSR	<p>Čl. IV bodu 15 § 15 ods. 8 V § 15 ods. 8 písm. a) žiadame za slovom „starostlivosti“ vypustiť bodkočiarku</p>	Z	A	Ustanovenie § 15 ods. 8 po dohode s predkladateľom pripomienky

	a slová „výdavkami sa rozumejú údaje uvedené v účtovnej osnove pre zdravotnú poisťovňu bez zmeny technických rezerv a iných rezerv“. Opatrenie Ministerstva financií Slovenskej republiky č. MF/22930/2005-74, ktorým sa ustanovujú podrobnosti o postupoch účtovania a rámcovej účtovej osnove pre zdravotné poisťovne v znení neskorších predpisov v účtovej osnove neustanovuje výdavky, ale náklad, pričom ide o dva významovo (vecne) odlišné pojmy. Zároveň rámcová účtová osnova pre zdravotné poisťovne uvedená v prílohe č. 1 tohto opatrenia neposkytuje údaje v tak detailnej štruktúre, ako požaduje návrh. Definíciu výdavkov upravuje platné znenie § 2 ods. 4 písm. g) zákona č. 431/2002 Z. z. o účtovníctve.			prepracované. Na rozporovom konaní zo dňa 15. 07. 2024 rozpor odstránený.
MFSR	Čl. IV bodu 15 § 15 ods. 8 V § 15 ods. 8 úvodnej vete nesúhlasíme s návrhom predĺženia termínu vydania všeobecne záväzného právneho predpisu, ktorý ustanoví minimálnu celkovú sumu v eurách určenú pre jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti pre jednotlivé zdravotné poisťovne, do 31. marca. Uvedený všeobecne záväzný predpis je dôležitý nástroj, na základe ktorého zdravotné poisťovne vyjednávajú s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Máme za to, že Ministerstvo zdravotníctva SR po schválení rozpočtu verejnej správy vie navrhnúť, ako rozdeliť alokované zdroje určené na jednotlivé segmenty zdravotnej starostlivosti, keďže z týchto údajov vychádzalo pri jeho zostavovaní. Preto je potrebné, aby tento všeobecne záväzný právny predpis nadobudol účinnosť najneskôr 1. februára.	Z	A	
MFSR	Celému materiálu V Analýze vplyvov na rozpočet verejnej správy, na zamestnanosť vo verejnej správe a financovanie návrhu v tabuľke č. 4 je potrebné upraviť v bežných výdavkoch riadok „Na platené poistné za skupiny osôb ustanovené zákonom (641031)“ na správne zaradenie EKRK: program 07A01 - poistné za poistencov štátu EKRK 642031.	O	A	
MFSR	Celému materiálu Žiadame precizovať Analýzu vplyvov na podnikateľské prostredie. Nie je jasné	Z	N	Na základe zásadnej pripomienky MH SR analýza vplyvov na podnikateľské

	z čoho vychádza odhad sumy 397 eur na 1 podnik na administratívne náklady spojené s oznamovaním pracovnej neschopnosti, keďže jednotlivé podniky majú rôzny počet zamestnancov.			prostredie z materiálu vypustená. Pripomienka bezpredmetná. Vec vysvetlená na rozporovom konaní konanom dňa 15. 07. 2024.
MFSR	Celému materiálu Žiadame precizovať Analýzu vplyvov na rozpočet verejnej správy, na zamestnanosť vo verejnej správe a financovanie návrhu v súvislosti s rozšírením poskytovanej zdravotnej starostlivosti pre dlžníkov a ľudí bez domova. Výpočet potrebných zdrojov odvíjajúci sa od počtu ľudí (aj to iba tých bez domova, s dlžníkmi odhad výpočtu nepracuje) považujeme za nereálny. Pri vyčísľovaní vplyvu možno očakávať výrazne zvýšený dopyt po službách všeobecnej ambulantnej starostlivosti ako len uvedených 19 osôb bez domova v roku 2022 alebo 34 osôb v roku 2023.	Z	A	Vypustená časť Analýzy vplyvov na rozpočet verejnej správy, týkajúca sa predmetnej zmeny. Po prerokovaní na rozporovom konaní dňa 15. 07. 2024 rozpor odstránený.
MHSR	Doložke vybraných vplyvov V doložke vybraných vplyvov žiadame odstrániť označenie pozitívneho vplyvu na podnikateľské prostredie a vyznačiť žiadny vplyv na podnikateľské prostredie. V nadväznosti na uvedené je potrebné v ďalšom legislatívnom procese nepredkladať analýzu vplyvov na podnikateľské prostredie. Odôvodnenie: Regulácia, ktorú predkladateľ uvádza ako pozitívum na podnikateľské prostredie, neuberá záťaž na podnikateľské prostredie, ale zadáva povinnosti NCZI. Na vznik pozitívneho vplyvu je potrebné zrušiť reguláciu, ktorou má podnikateľský subjekt povinnosť dané oznámenie a informácie poskytovať. Predkladateľ taktiež nepredložil kompletnú dokumentáciu, pričom chýba kalkulačka nákladov a overenie výpočtov bolo možné spraviť iba podľa popisu, kde predkladateľ neuvádza zdroje a odôvodnenia použitia daných hodnôt. Pri materiáli, kde bude predkladateľ rušiť dané povinnosti pre podnikateľov, bude potrebné výpočet upraviť a zdôvodniť použitia zdrojov. Máme za to, že pri takomto výpočte je potrebné zmeniť subjekty na počty práce neschopností, početnosť daných práce neschopností za posledné roky, taktiež frekvenciu plnenia predkladateľ uvádza mesačnú, kde	Z	A	

	podnikateľ má povinnosť danú udalosť urobiť iba raz, preto je potrebné udať frekvenciu raz ročne, keď predkladateľ bude uvádzať počty práce neschopností na základe historických ročných priemerov.			
MINCRS	Čl. IV Odporúčame novelizačné body 10 a 11 spojiť do jedného novelizačného bodu, vzhľadom na to, že ide o rovnakú zmenu a zosúladí sa to aj s postupom použitým v bode 13. V bode 20 odporúčame v citácii čiarku na konci vypustiť, vzhľadom na jej nadbytočnosť.	O	A	
MINCRS	Čl. III úvodnej vete Odporúčame v úvodnej vete za zákon č. 285/2023 Z. z. doplniť zákon č. 125/2024 Z. z. a následne primerane tomu presunúť spojku „a“.	O	A	
MINCRS	Čl. IV bodu 29 V § 20 ods. 1 písm. s) prvom bode zákona č. 581/2004 Z. z. sa uvádza, že úrad poskytuje údaje z hlásenia o úmrtí príslušnému úradu poverenému vedením matriky, národnému centru a štatistickému úradu bezodkladne po prehliadke mŕtveho tela. Vložením slov „na štatistické účely“ za slová „štatistickému úradu“ vyplýva, že na tieto účely sa budú poskytovať tieto údaje všetkým trom inštitúciám. Ak to má platiť len pre štatistický úrad, odporúčame upraviť primerane tak, aby bolo zrejmé, že uvedené platí len vo vzťahu k ŠÚ SR.	O	A	
MINCRS	Čl. I V bode 3 odporúčame v navrhovanom znení § 5 ods. 4 písm. d) vypustiť slovo „zároveň“, vzhľadom na to, že už v úvodnej vete je napísané, že súčasne musia platiť podmienky uvedené v písmenách a) až e), pričom podľa bodu 5.1. prílohy č. 1 k Legislatívnym pravidlám vlády Slovenskej republiky platí „Ak majú právne následky alebo podmienky nastať spoločne, kladie sa medzi posledné dve možnosti zlučovacia spojka „a“. Z uvedeného vyplýva, že aj slová „súčasne platí, že“ v úvodnej vete odseku 4 sú nadbytočné. V bode 14 odporúčame pri navrhovanej zmene v § 8 ods. 3 zároveň za slová „o poistenca“ vložiť čiarku. Ide o gramatickú pripomienku. V bode 18 odporúčame za slová	O	A	

	<p>„ods. 5“ vložiť slová „písm. c)“ a v bode 31 za slová „ods. 9“ vložiť slová „písm. a)“. Ide o o zosúladienie jednotlivých novelizačných bodov, napr. s bodom 33 a špecifikáciu časti ustanovenia, ktorej sa daná zmena týka. Odporúčame v bode 36 za slová „druhý“ a „tretí“ vložiť slovo „bod“ a primerane upraviť aj v bodoch 37, 38, 57, 58 a 60, a to v súlade s bodom 22.7. prílohy č. 1 k Legislatívnym pravidlám vlády Slovenskej republiky. Ide aj o zosúladienie s novelizačným bodom 25 v čl. IV, pričom rovnako za slovo „siedmy“ odporúčame vložiť slovo „bod“. V bode 70 odporúčame novelizovať jednotlivé písmená postupne, t. j. vypustiť najprv písmeno c) a písmená d) až f) preznačiť ako písmená c) až e) a až následne vypustiť nové písmeno d) a písmeno e) preznačiť ako písmeno d).</p>			
MKSR	<p>K čl. II 1. V úvodnej vete odporúčame slová „zákona č. 420 Z. z.“ nahradiť slovami „zákona č. 420/2022 Z. z.". 2. V úvodnej vete odporúčame doplniť aj zákon č. 125/2024 Z. z., ktorým bol taktiež zákon č. 576/2004 Z. z. novelizovaný. Odôvodnenie: Legislatívna technika.</p>	O	A	
MKSR	<p>K čl. I bod 29 V navrhovanom znení § 23 ods. 3 písm. e) odporúčame slovo „uviesť“ nahradiť slovami „predložiť kópiu dohody o bezodplatnom vykonávaní činnosti, ktorá obsahuje“, za slovo „číslo“ vložiť bodku a zvyšok vety vypustiť.“ Odôvodnenie: V aplikačnej praxi používajú rehoľné spoločnosti na Slovensku na dokladovanie tohto stavu svojich členov dohodu o bezodplatnom vykonávaní činnosti. Keď sa člen rehoľného spoločenstva prihlási v zdravotnej poisťovni na status poistenca štátu, dokladuje to v súčasnosti potvrdením rehole, že je jej členom a kópiou dohody o bezodplatnom vykonávaní činnosti. Požadované „identifikačné údaje organizácie" sú duplicitne dokladované v oboch dokumentoch. Predložením kópie dohody o bezodplatnom vykonávaní činnosti sa zamedzí zbytočnej duplicitne a zdravotná poisťovňa získa relevantné údaje, nakoľko táto dohoda obsahuje údaje dvoch zmluvných strán – zmluvnej strany organizácie obsahujúcej údaje, ktoré vyžaduje odsek e) (názov, sídlo,</p>	O	A	

	IČO) a zmluvnej strany fyzickej osoby člena obsahujúcej jeho údaje, ktoré musia byť totožné s údajmi poistenca zdravotnej poisťovne. Týmto sa zabezpečí aj kontrolný mechanizmus a zamedzí prípadné zneužívanie. Uvedené sa dá aplikovať aj na všetky iné charitatívne organizácie, nielen rehole. Takto aj organizácia presne vie, kto sa na jej IČO hlási ako poistenec štátu a uzatvorenie dohody s ňou je jasným deklarováním, že ide o člena alebo osobu vykonávajúcu činnosť bez príjmu. Znenie, ako je pôvodne navrhované, by naďalej podporovalo nejasné vysvetľovanie, ktoré sa deje aj v súčasnosti. V praxi sa stáva, že pracovníci zdravotnej poisťovne žiadajú: aj (1) potvrdenie organizácie, že daná fyzická osoba je jej členom, aj (2) čestné vyhlásenie fyzickej osoby, že je členom organizácie, aj (3) doklad o vykonávaní pracovnej činnosti bez príjmu. Zavedením povinnosti predkladať jedínú kópiu dohody o bezodplatnom vykonávaní činnosti sa systém sprehľadní, zjednoduší, zamedzí sa zbytočnej byrokracii, no údaje potrebné aj na kontrolné systémy sa zachovajú.			
MKSR	K čl. IV V novelizačnom bode č. 3 odporúčame v navrhovanom znení textu poznámky pod čiarou k odkazu 17g) na konci doplniť slová „v znení neskorších predpisov“. Odôvodnenie: Legislatívna technika.	O	A	
MKSR	K čl. III V úvodnej vete odporúčame doplniť aj zákon č. 125/2024 Z. z., ktorým bol taktiež zákon č. 577/2004 Z. z. novelizovaný. Odôvodnenie: Legislatívna technika.	O	A	
MKSR	K čl. IV V úvodnej vete odporúčame spojku „a“ nachádzajúcu sa za slovami „zákona č. 420/2022 Z. z.“ nahradiť čiarkou. Odôvodnenie: Legislatívna technika.	O	A	
MOSR	čl. V návrhu zákona V novelizovanom zákone č. 153/2013 Z. z. o národnom zdravotníckom informačnom systéme a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení	O	N	Nie je potrebné ďalšie špecifikovanie vymedzenia údajov, ktoré sa neposkytujú, keďže už terajšie znenie vraví o „okrem

	neskorších predpisov odporúčame v § 12 ods. 3 písm. x) bode 3 za slová „Vojenskému úradu sociálneho zabezpečenia” zväziť vloženie čiarky a slov „ak ide o sociálne zabezpečenie profesionálnych vojakov”. Odôvodnenie Navrhujeme zachovanie poskytovania údajov o dočasnej pracovnej neschopnosti zaznamenatej v systéme elektronického zdravotníctva v elektronickej podobe (ePN) zo strany Národného centra zdravotníckych informácií Sociálnej poisťovni, ak nejde o údaje týkajúce sa sociálneho zabezpečenia profesionálnych vojakov.		údajov poskytovaných platiteľovi poistného podľa osobitného predpisu ^{36e)} a Vojenskému úradu sociálneho zabezpečenia podľa osobitného predpisu, ^{36f)} “ s odkazom na zákon o sociálnom zabezpečení policajtov a vojakov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Bod 2 citovaného uznesenia hovorí práve o zasielaní týchto údajov Vojenskému úradu sociálneho zabezpečenia. Ustanovenie zákona je už účinné a dochádza k správne poskytovaniu údajov.
MOSR	čl. V bode 2 návrhu zákona Znenie čl. V bode 2 návrhu zákona žiadame nahradiť týmto znením: „2. V § 12 ods. 3 písm. x) druhý bod znie: „2. Ministerstvu obrany Slovenskej republiky a Vojenskému úradu sociálneho zabezpečenia, údaje z registra dočasných pracovných neschopností v rozsahu údajov podľa prílohy č. 2 časť 1 písmena a) prvého bodu v rozsahu údajov meno a priezvisko, dátum narodenia, rodné číslo, ak je pridelené, identifikátor fyzickej osoby, bezvýznamové identifikačné číslo, prílohy č. 1b písmena a) v rozsahu údajov variabilný symbol platiteľa poistného pridelený zdravotnou poisťovňou a v rozsahu údajov 2a. podľa § 6a ods. 1, ak ide o sociálne zabezpečenie profesionálnych vojakov podľa osobitného predpisu, ^{36f)} 2b. podľa § 6a ods. 1 okrem údajov o kóde choroby, ak ide o zabezpečenie osôb, ktoré sú v štátnozamestnaneckom, pracovnoprávnom vzťahu alebo v inom obdobnom vzťahu(x) k Ministerstvu obrany Slovenskej republiky alebo rozpočtovej organizácii v jeho pôsobnosti, podľa osobitného predpisu,y)”.“. Poznámky pod čiarou k odkazom x a y znejú: „,x) Napríklad Zákonník práce v znení neskorších predpisov, § 2 ods. 3 zákona č. 321/2002 Z. z. o ozbrojených silách Slovenskej republiky v znení zákona č.	Z	N Na rozporvom konaní zo dňa 15. 07. 2024 sa MO SR a MZ SR dohodli, že návrh bude zapracovaný v samostatnej novele zákona č. 153/2013 Z. z.; rozpor bol týmto odstránený.

<p>477/2019 Z. z., § 2 zákona č. 462/2003 Z. z. o náhrade príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti zamestnanca a zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, zákon č. 552/2003 Z. z. o výkone práce vo verejnom záujme v znení neskorších predpisov, zákon č. 55/2017 Z. z. o štátnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. y) Zákon č. 462/2003 Z. z. v znení neskorších predpisov“. Túto pripomienku považuje Ministerstvo obrany Slovenskej republiky za zásadnú. Odôvodnenie Národné centrum zdravotníckych informácií ako správca zdravotníckych informačných systémov poskytuje údaje z registra dočasných pracovných neschopností elektronicky napr. Sociálnej poisťovni a Vojenskému úradu sociálneho zabezpečenia. Poskytovanie údajov z registra dočasných pracovných neschopností žiadame zabezpečiť aj priamo pre Ministerstvo obrany Slovenskej republiky v prípade zamestnancov v štátnej službe, zamestnancov pri výkone práce vo verejnom záujme, zamestnancov podľa Zákonníka práce, príp. ďalších zamestnancov podľa § 2 zákona č. 462/2003 Z. z. v znení neskorších predpisov, a to nielen z dôvodu zníženia administratívnej záťaže pri vykazovaní údajov o poistencoch pri dočasnej pracovnej neschopnosti (ePN), ale aj z dôvodu bezpečnosti. Vzhľadom na aktuálny právny stav je na dosiahnutie tohto zámeru nevyhnutná legislatívna úprava zákona č. 153/2013 Z. z. o národnom zdravotníckom informačnom systéme a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov doplnením § 12 ods. 3 písm. x). Zapracovanie požadovanej úpravy do zákona č. 153/2013 Z. z. v znení neskorších predpisov umožní poskytovať uvedené údaje cez technické riešenie, ktoré je otestované, plne funkčné a reálne využívané, pri zachovaní štruktúry, rozsahu údajov a spôsobu šifrovania, ako je uvedené aj v Dohode o integračnom zámere medzi Vojenským úradom sociálneho zabezpečenia a Národným centrom zdravotníckych informácií zo dňa 19. septembra 2022. Takéto riešenie považujeme za efektívne, účelné a hospodárne z hľadiska budúcej prevádzky aj z hľadiska bezpečnosti. Poskytovanie údajov o dočasnej pracovnej neschopnosti zaznamenatej v systéme elektronického zdravotníctva v elektronickej podobe (ePN) zo strany Národného centra</p>			
---	--	--	--

	zdravotníckych informácií Sociálnej poisťovni by zostalo zachované.			
MPRVSR	K čl. IV bodom 1 a 3 V poznámkach pod čiarou k odkazom 14 a 17g odporúčame na konci pripojiť slová "v znení neskorších predpisov", keďže citované ustanovenia boli predmetom novelizácií.	O	A	
MPRVSR	K čl. II a III V úvodných vetách čl. II a III odporúčame do výpočtu novelizácií doplniť aj skrátenú citáciu zákona č. 125/2024 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony.	O	A	
MPSVRSR	K Čl. I bodu 21 K Čl. I bodu 21 (novela zákona 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 v znení neskorších predpisov) Zásadne žiadam v súvislosti s v Čl. I bode 21 navrhovaným § 9 ods. 8 o úpravu v tom zmysle, aby poistenec, ktorý je bezdomovcom alebo dlžníkom a nespĺňa podmienky podľa § 9 ods. 2 písm. a) až h) zákona 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 v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení“), mal právo na úhradu ošetrovateľskej starostlivosti poskytovanej v zariadení sociálnych služieb. Odôvodnenie: V súlade s § 10a zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vybrané druhy zariadení sociálnych služieb poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť. Na základe poskytovaných ošetrovateľských úkonov zdravotné poisťovne prispievajú na túto ošetrovateľskú starostlivosť formou paušálu, ktorý je vo výške 12,06 eur osoba/deň. Zásadne žiadam, aby zariadenie sociálnych služieb mohlo uplatniť	Z	A	

	paušál aj na klientov zariadenia sociálnych služieb, ktorí sú bezdomovcami alebo dlžníkmi v tom prípade, že im bude ošetrovateľská starostlivosť poskytovaná.			
MPSVRSR	<p>K Čl. I K Čl. I (novela zákona 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 v znení neskorších predpisov) Odporúčam v Čl. I bode 21 navrhovanom § 9 ods. 8 slovo „bezdomovcom“ nahradiť slovom „človekom bez domova“. Odporúčam nad rámec predkladaného návrhu doplniť Čl. I o novelizačné body, ktorými sa v § 9 ods. 4, § 9 ods. 5 písm. a) a § 29ba ods. 2 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení slovo „bezdomovec“ vo všetkých tvaroch nahradí slovami „človek bez domova“ v príslušnom tvare. Odôvodnenie: Scitlivovanie jazyka v oblasti bezdomovstva je v súlade so strategickým dokumentom Národná koncepcia prevencie a ukončovania bezdomovstva (uznesenie vlády Slovenskej republiky č. 158 z 12. apríla 2023) a Akčným plánom na roky 2024 – 2026 k Národnej koncepcii prevencie a ukončovania bezdomovstva (uznesenie vlády Slovenskej republiky č. 310 z 29. mája 2024). Národná koncepcia prevencie a ukončovania bezdomovstva uvádza pojem človek bez domova a vysvetľuje jeho dôležitosť. Pojem človek bez domova je zaužívaný aj v iných odborných a akademických materiáloch. Slovenská republika sa zaviazala scitlivovať jazyk a vnímanie verejnosti ohľadom zraniteľnej skupiny ľudí bez domova, čo sa uvádza aj ako jedno z opatrení v predmetných dokumentoch. Zároveň takéto precizovanie textu odstráni prípadné pochybnosti spojené s pojmom „bezdomovec“ v kontexte medzinárodného práva, t. j. osoby bez štátneho občianstva. Nahradenie pojmu „bezdomovec“ pojmom „človek bez domova“ je potrebné aj v sprievodných dokumentoch, ako je predkladacia správa, dôvodová správa, doložka vybraných vplyvov, analýza sociálnych vplyvov a analýza vplyvov na rozpočet verejnej správy na zamestnanosť vo verejnej správe a financovanie návrhu.</p>	O	A	
MPSVRSR	K Čl. II	Z	A	

	<p>K Čl. II (novela zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov) Zásadne žiadam v súvislosti s v Čl. II navrhovaným § 8 ods. 5 písm. g) o úpravu, v tom zmysle, aby odporúčanie všeobecného lekára alebo elektronický záznam o odporúčaní lekára na špecializovanú ambulantnú starostlivosť sa nevyžadoval na poskytnutie ošetrovateľskej starostlivosti poskytovanej v zariadení sociálnych služieb osobe, ktorou je bezdomovec v zmysle § 9 ods. 4 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení. Odôvodnenie: V súlade s § 10a zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vybrané druhy zariadení sociálnych služieb poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť. Na základe poskytovaných ošetrovateľských úkonov zdravotné poisťovne prispievajú na túto ošetrovateľskú starostlivosť formou paušálu, ktorý je vo výške 12,06 eur osoba/deň. Zásadne žiadam, aby odporúčanie všeobecného lekára alebo elektronický záznam o odporúčaní lekára na špecializovanú ambulantnú starostlivosť sa nevyžadoval na poskytnutie ošetrovateľskej starostlivosti poskytovanej v zariadení sociálnych služieb osobe, ktorou je bezdomovec v tom prípade, že mu bude ošetrovateľská starostlivosť poskytovaná.</p>			
<p>MPSVRSR</p>	<p>K Čl. IV bodu 13 K Čl. IV bodu 13 (novela zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov) Podľa osobitnej časti dôvodovej správy sa pojem „počítačové číslo občana“ používaný v zákone č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach“) nahrádza pojmom „identifikátor fyzickej osoby“. Predkladateľ návrhu poukazuje na to, že v aplikačnej praxi Sociálnej poisťovne, Ústredia práce, sociálnych vecí a rodiny, atď. sa používa pojem „identifikátor fyzickej osoby“,</p>	<p>O</p>	<p>A</p>	<p>Text o Sociálnej poisťovni a Ústredí práce z osobitnej časti dôvodovej správy vypustený.</p>

<p>pod ktorým sa rozumie rovnaký údaj, ako „počítačové číslo občana“ používané v zákone č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach. Zároveň s prihliadnutím na to, že v budúcnosti bude jedným z podstatných identifikátorov používaným v procese vzájomnej výmeny údajov medzi Úradom pre dohľad na zdravotnú starostlivosť 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. o zdravotných poisťovniach nahrádza pojmom „identifikátor fyzickej osoby“. V tejto súvislosti uvádzam, že zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení“) nepoužíva pojem „identifikátor fyzickej osoby“. Jednoznačným identifikátorom fyzickej osoby na účely sociálneho poistenia je od účinnosti zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení, t. j. od 1. januára 2004, identifikačné číslo sociálneho zabezpečenia fyzickej osoby, za ktoré bolo ustanovené rodné číslo (§ 235 ods. 1 zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení). Používanie rodného čísla ako súčasť identifikácie fyzickej osoby je ustanovené aj zákonom č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach. Možno konštatovať, že ohľadom používania rodného čísla v oboch právnych predpisoch nevidím žiadnu nezgodu. Nie je však známe, z čoho predkladateľ návrhu zákona vyvodil, že pojem „identifikátor fyzickej osoby“ sa používa v aplikačnej praxi Sociálnej poisťovne. Z právnej úpravy zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení to nevyplýva. Od 1. januára 2021 sa v sociálnom poistení, ako súčasť identifikácie fyzickej osoby, používa aj identifikačné číslo právneho vzťahu (IČPV) zamestnanca. Sociálna poisťovňa je povinná pridelit' toto číslo a sprístupnit' ho zamestnávateľovi bezodkladne po doručení prihlášky zamestnanca do registra poistencov a sporiteľov starobného dôchodkového sporenia. Následne podľa § 235 ods. 2 zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení je zamestnávateľ povinný IČPV zamestnanca uvádzať pri komunikácii so Sociálnou poisťovňou. Ide však výlučne len o identifikačné číslo zamestnanca a prijatie predmetnej právnej úpravy súviselo s potrebou viesť v sociálnom poistení evidenciu údajov o zamestnancovi na úrovni konkrétneho</p>			
--	--	--	--

	<p>právneho vzťahu najmä na účely posudzovania nároku na dávky sociálneho poistenia. V aplikačnej praxi to znamená, že fyzickej osobe s jedným rodným číslom prislúcha viac IČPV zamestnanca, v závislosti od počtu právnych vzťahov zakladajúcich právo na príjem zo závislej činnosti. Ak by predkladateľ zákona považoval IČPV zamestnanca v sociálnom poistení za pojem analogický s navrhovaným pojmom „identifikátor fyzickej osoby“, musím konštatovať, že ich ako analogické pojmy nevidím s ohľadom na uvedené skutočnosti. Ak chce predkladateľ návrhu zákona v odôvodnení argumentovať aplikačnou praxou Sociálnej poisťovne, je potrebné jednoznačne uviesť, ktorý konkrétny pojem používaný v sociálnom poistení, zodpovedá navrhovanému „identifikátoru fyzickej osoby“. Ak taký pojem na podporu svojho konštatovania v zákone č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení nenájde, príslušný text je potrebné z odôvodnenia vypustiť, keďže nemá právny základ. Dávam do pozornosti, že podľa zákona č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (príloha č. 1 časť E) Sociálna poisťovňa poskytuje Ústrediu práce, sociálnych vecí a rodiny identifikačné číslo sociálneho zabezpečenia. Pojem identifikačné číslo sociálneho zabezpečenia a IČPV používa aj zákon č. 215/2021 Z. z. o podpore v čase skratenej práce a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.</p>			
<p>MPSVRSR</p>	<p>K Čl. V bodom 1 a 6 K Čl. V bodom 1 a 6 (novela zákona č. 153/2013 Z. z. o národnom zdravotníckom informačnom systéme a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov) V zákone č. 153/2013 Z. z. o národnom zdravotníckom informačnom systéme a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 153/2013 Z. z. o národnom zdravotníckom informačnom systéme“) sa navrhuje rozšíriť rozsah údajov poskytovaných Národným centrom zdravotníckych informácií (NCZI) platiteľovi poistného podľa zákona č. 328/2002 Z. z. o sociálnom zabezpečení policajtov a vojakov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, ak ide o sociálne zabezpečenie policajtov, a Vojenskému</p>	<p>O</p>	<p>A</p>	<p>Text o Sociálnej poisťovni a Ústredí práce z osobitnej časti dôvodovej správy vypustený.</p>

	<p>úradu sociálneho zabezpečenia, ak ide o sociálne zabezpečenie profesionálnych vojakov podľa zákona č. 328/2002 Z. z. o sociálnom zabezpečení policajtov a vojakov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, o identifikátor fyzickej osoby. O tento údaj sa navrhuje rozšíriť aj rozsah údajov spracúvaných v národnom registri elektronických zdravotných knižiek. Deje sa tak s prihliadnutím na to, že v budúcnosti bude, podľa predkladateľa návrhu, 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. Predkladateľ návrhu aj v tomto prípade poukazuje na to, že v aplikačnej praxi Sociálnej poisťovne sa pojem „identifikátor fyzickej osoby“ už používa. Aj v tejto pripomienke konštatujem (rovnako ako v odporúčacej pripomienke Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky k Čl. IV bodu 13), že právna úprava zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení taký pojem neobsahuje. Vzhľadom na uvedené pripomienka Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky k Čl. IV bodu 13 platí v plnom rozsahu aj k Čl. V bodom 1 a 6.</p>			
<p>MPSVRSR</p>	<p>Pripomienka nad rámec predkladaného návrhu k Čl. I Pripomienka nad rámec predkladaného návrhu k Čl. I (novela zákona 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 v znení neskorších predpisov) Odporúčam nad rámec predkladaného návrhu Čl. I doplniť o dva novelizačné body X a Y, ktoré znejú: „X. Poznámka pod čiarou k odkazu 5 znie: „5) § 49 zákona č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.“. „Y. V poznámke pod čiarou k odkazu 55f sa slová „o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov.“ nahrádzajú slovami „v znení zákona č. 175/2015 Z. z.“. Odôvodnenie: V zariadeniach sociálnych služieb sa podľa zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o</p>	<p>O</p>	<p>A</p>	

	živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov znení neskorších predpisov neposkytuje starostlivosť dieťaťu na základe rozhodnutia súdu.			
MPSVRSR	K analýze sociálnych vplyvov V prípade akceptovania zásadných pripomienok Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky k Čl. I bodu 21 a Čl. II je potrebné úpravu návrhu zákona premietnuť do analýzy sociálnych vplyvov ako pozitívny vplyv. Odôvodnenie: Potreba úpravy vyplýva z Jednotnej metodiky na posudzovanie vybraných vplyvov.	O	A	Analýza sociálnych vplyvov upravená v zmysle pripomienky.
MPSVRSR	K Čl. I bodu 78, Čl. V bodom 3 až 7 a Čl. VI V súvislosti s úpravou týkajúcou sa účinnosti zmien pri poskytovaní údajov ohľadne elektronického potvrdzovania dočasnej pracovnej neschopnosti (tzv. ePN) z Národného centra zdravotníckych informácií (NCZI) zdravotným poisťovníam zdôrazňujem v súvislosti s budovaním integrácie rozhraní informačných systémov NCZI a zdravotných poisťovní aj potrebu prepojenia informačných systémov NCZI a Ústredia práce, sociálnych vecí a rodiny pre možnú elektronickú komunikáciu a výmenu informácií pre potvrdzovanie dočasnej pracovnej neschopnosti, tak na účely poskytovania pomoci v hmotnej núdzi, ako aj na účely služieb zamestnanosti. Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky spolupracuje na príprave technickej špecifikácie, ako aj na projekte Životné situácie, ale v súčasnosti rezortu práce, sociálnych vecí a rodiny nie sú známe bližšie informácie o ďalšom technickom a časovom postupe v danej veci.	O	A	
MSSR	Čl. I § 6 ods. 7 písm. b) novelizačný bod 10 Keďže sa v danom ustanovení nachádza slovo „podania“ dvakrát, navrhujeme upraviť novelizačnú vetu do množného čísla.	O	ČA	Ustanovenie prepracované.
MSSR	Čl. I § 3 ods. 3 písm. k) novelizačný bod 1 Navrhujeme pred slovo „nezaopatrené“ vložiť slovo „je“.	O	A	

MSSR	K vlastnému materiálu Navrhujeme vložiť pred Čl. I úvodnú vetu: "Národná rada Slovenskej republiky sa uzniesla na tomto zákone:".	O	A	
MSSR	Čl. I § 8 ods. 8 novelizačný bod 16 Navrhujeme z dôvodu spresnenia nahradiť slovo „uvedené“ slovami „pri týchto údajoch uvedených“, aby bolo jasné, že len tieto údaje môžu pracovníci opraviť.	O	A	
MSSR	Čl. I § 17c ods. 1 písm. j) novelizačný bod 26 V tomto odseku sa upravujú prípady, kedy zdravotná poisťovňa odpíše pohľadávku voči platiteľovi poistného. V predložennom materiáli sa navrhuje sa doplniť, že pohľadávka sa odpíše aj na základe právoplatného uznesenia súdu „o vykonaní rozvrhu výťažku speňaženia majetku poručiteľa medzi veriteľov, na základe ktorého zanikajú proti dedičom neuspokojené pohľadávky veriteľov“. Podľa § 208 Civilného mimosporového poriadku súd vykoná rozvrh výťažku speňaženia majetku poručiteľa medzi veriteľov. Na rozvrh výťažku sa primerane použijú ustanovenia Exekučného poriadku o rozvrhu výťažku z predaja nehnuteľnosti. Podľa § 160 Exekučného poriadku o rozvrhu výťažku sa spisuje zápisnica, ktorá sa doručuje oprávneným osobám a orgánom. Do troch dní je možné vzniesť proti rozvrhu námietky. V záujme odbremenenia rozhodovacej činnosti súdu súd schvaľuje rozvrh výťažku len v prípade vznesených námietok. Po márnom uplynutí lehoty na námietky sa rozvrh považuje za schválený. Z uvedeného vyplýva, že nie v každom prípade vydáva súd uznesenie. Navrhujeme preto použiť všeobecnejšie slovné spojenia napríklad „o nariadení likvidácie dedičstva a jej právoplatnom skončení“.	O	A	
MSSR	Čl. I § 6 ods. 2 až 4 novelizačný bod 4 Vypustením odsekov sa vypustí aj legislatívna skratka názvu "ústav na výkon väzby alebo ústav na výkon trestu odňatia slobody (ďalej len „ústav“)", ktorá sa však v ďalšom texte používa. Navrhujeme ju doplniť na inom mieste.	O	A	

NBÚ	K vlastnému materiálu – Čl. I, novelizačný bod 22. Vo vlastnom materiáli v Čl. I v novelizačnom bode 22. poznámky pod čiarou k odkazom 16hdc a 16hdd znejú: „16hdc) § 4 zákona č. 395/2019 Z. z. o občianskych preukazoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 180/2022 Z. z. 16hdd) § 73 zákona č. 404/2011 Z. z. v znení neskorších predpisov a § 73a zákona č. 404/2011 Z. z. v znení zákona č. 75/2013 Z. z.“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka.	O	A	
NBÚ	K vlastnému materiálu – Čl. I, novelizačný bod 26. Vo vlastnom materiáli v Čl. I v novelizačnom bode 26. poznámka pod čiarou k odkazu 51daa znie: „51daa) § 187 a 188 Civilného mimosporového poriadku.“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka.	O	A	
NBÚ	K vlastnému materiálu – Čl. IV, novelizačný bod 1. Vo vlastnom materiáli v Čl. IV v novelizačnom bode 1. poznámka pod čiarou k odkazu 14 znie: „14) § 6 ods. 7 a § 25 ods. 1 písm. c) zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka.	O	A	
NBÚ	K vlastnému materiálu – Čl. IV, novelizačný bod 3. Vo vlastnom materiáli v Čl. IV v novelizačnom bode 3. poznámka pod čiarou k odkazu 17g znie: „17g) § 9a zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 220/2013 Z. z., § 9b a § 9d zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka.	O	A	
NBÚ	K vlastnému materiálu – Čl. IV, novelizačný bod 6. Vo vlastnom materiáli v Čl. IV v novelizačnom bode 6. poznámka pod čiarou k odkazu 18ed znie: „18ed) § 42 ods. 1, 4 a 5 zákona č. 577/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov. § 88 ods. 1 a 6 zákona č. 363/2011 Z. z.“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka.	O	A	
OAPSVLÚVSR	Všeobecne k návrhu zákona Čl. I bod 20: Navrhovanou úpravou § 9 ods. 4 návrhu zákona sa pri dlžníkoch a	O	N	Minimálna zdravotná starostlivosť v rozsahu neodkladnej zdravotnej

	<p>osobách bez domova 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. Zároveň sa v návrhu zákona mení definícia bezdomovca, pričom sa dopĺňa podmienka štátneho občianstva alebo bydliska v zmysle nariadenia (ES) 883/2004 v platnom znení. Zavedením podmienky štátneho občianstva alebo bydliska sa z nároku na neodkladnú zdravotnú starostlivosť vynímajú osoby, ktoré tento preukázateľný vzťah k Slovenskej republike nemajú. Výbor OSN pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva vo všeobecnom komentári č. 3 uviedol, že štáty majú za každých okolností minimálnu povinnosť zabezpečiť uspokojenie aspoň minimálnej, základnej úrovne každého práva zaručeného v Medzinárodnom pakte o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach (a teda aj práva na zdravie). Ide o základný obsah, jadro každého práva, ktoré štát musí napĺňať za každých okolností, bez ohľadu na rozpočtové či iné problémy. Vo vzťahu k právu na zdravie Výbor vo všeobecnom komentári č. 14 výslovne uviedol aj záväzky, ktoré síce nepovažuje za jadro práva na zdravie, ale ktoré majú, podľa jeho slov, porovnateľnú prioritu ako napríklad zdravotná starostlivosť poskytovaná v súvislosti s tehotenstvom, pediatrika starostlivosť či očkovanie za účelom prevencie infekčných ochorení. Máme za to, že navrhovanou úpravou by došlo k porušeniu práva na minimálnu zdravotnú starostlivosť u osôb, ktoré nie sú štátnymi občanmi Slovenskej republiky a nemajú bydlisko v Slovenskej republike. Na základe uvedeného je preto potrebné aj pre tieto osoby zaručiť minimálne nároky na ochranu zdravia v zmysle Medzinárodného paktu o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach.</p>			<p>starostlivosti je v SR zabezpečená pre každú osobu. Predmetné ustanovenie rieši iba úhradu za poskytovanú zdravotnú starostlivosť pre osoby bez poistenia, ktorá sa obmedzuje v prípade nepoistených osôb na osoby bez domova s preukázateľným vzťahom k Slovenskej republike. Nie je v záujme SR z pohľadu finančnej udržateľnosti systému uhrádzať z prostriedkov štátneho rozpočtu zdravotnú starostlivosť každej osobe, ktorá vstúpila do SR bez väzby na SR (napr. turisti).</p>
<p>OAPSVLÚVSR</p>	<p>K osobitnej časti dôvodovej správy Článok 1 K bodom 19 až 21: Žiadame upraviť citáciu nariadenia nasledovne: „nariadenie (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) v platnom znení“:</p>	<p>O</p>	<p>A</p>	

OAPSVLÚVSR	<p>K doložke zlučiteľnosti V treťom bode písm. b) žiadame uviesť tiež nariadenie (ES) 883/2004 v platnom znení a nariadenie (ES) č. 987/2009 v platnom znení vrátane ich gestorov.</p>	O	A	
SKZL	<p>Čl. IV bod 15 1. Žiadame v § 15 ods. 8 slová „a združeniami“ nahradiť slovami „..., združeniami a stavovskými organizáciami“. Odôvodnenie: Pripomienka je zásadná. Slovenská komora zubných lekárov si dovoľuje za účelom odstránenia akýchkoľvek pochybností a v súlade so zámerom Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky na vytvorenie štatútu Rady pre tvorbu verejného zdravotného poistenia navrhnúť doplnenie § 15 ods. 8 zákona č. 581/2004 Z. z. o stavovské organizácie. Podľa § 44 ods. 2 zákona č. 578/2004 Z. z.: „Slovenská komora zubných lekárov združuje zubných lekárov, ktorí sú jej členmi.“. Slovenská komora zubných lekárov je najväčším zástupcom poskytovateľov zubno-lekárskej zdravotnej starostlivosti. Akýkoľvek zužujúci výklad, v zmysle ktorého by Slovenská komora zubných lekárov nemala byť účastná rokovaní o tzv. programovej vyhláske je možné považovať za neprijateľný a nesúladný s právnou úpravou.</p>	O	A	
SLK	<p>Čl. čl. I bod 21 Navrhujeme vypustiť bod 21. Odôvodnenie: Navrhované rozšírenie nárokov dlžníkov a bezdomovcov o poskytnutie a úhradu všeobecnej ambulantnej starostlivosti a ošetrovateľskej starostlivosti poskytovanej prostredníctvom agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti mimo neodkladnej zdravotnej starostlivosti považujeme za diskutabilné. Je možné, že v stredne a dlhodobom horizonte dôjde k zníženiu nákladov vynakladaných na neodkladnú zdravotnú starostlivosť dlžníkov a bezdomovcom na urgentných príjmoch, na druhej strane sa vysielá signál, že verejné zdravotné poistenie nie je potrebné platiť, nakoľko každá osoba bez ohľadu na to, či si platí alebo neplatí verejné zdravotné poistenie má nárok na úhradu všeobecnej zdravotnej starostlivosti nad rámec neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Zároveň nie je jasné v akom</p>	O	N	<p>Zdravotná poisťovňa bude aj naďalej vymáhať dlžné poistné od dlžníkov štandardnými nástrojmi (výkaz nedoplatkov, exekúcia...). Slovenská republika ako jeden z mála štátov v EÚ má v legislatíve pomerne kontroverzné ustanovenie o obmedzení základného rozsahu zdravotnej starostlivosti pre dlžníkov; predkladateľ pristupuje k úprave tohto ustanovenia a neustanovuje, že nie je potrebné platiť zdravotné poistenie, ako uvádza predkladateľ pripomienky.</p>

	rozhlasu bude mať dlžník nárok na poskytnutie všeobecnej zdravotnej starostlivosti a či bude mať nárok aj na poskytnutie preventívnej prehliadky z verejného zdravotného poistenia.			
SLK	<p>Čl. čl. IV bod 8</p> <p>Navrhujeme vypustiť bod 8 Odôvodnenie: Máme za to, že rozsah zdravotnej starostlivosti musí byť súčasťou zmluvy, resp. je podstatnou náležitosťou zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Zmluva musí obsahovať vymedzenie rozsahu ako predmetu poskytovania zdravotnej starostlivosti. Bez dohody o rozsahu, predmetu poskytovania zdravotnej starostlivosti, nemôže zmluva vzniknúť (analogicky ani zmluva o dielo nemôže vzniknúť bez definovania diela). Ak je cieľom navrhovanej právnej úpravy zníženie administratívnej záťaže poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti, uvádzame, že rozsah zdravotnej starostlivosti môže byť v zmluve dohodnutý odkazom na zákon alebo podzákonnú normu.</p>	O	N	Vypúšťa sa povinnosť existencie dohody o poskytovaní údajov na účel monitorovania dostupnosti a vyhodnotenia kvality a efektívnosti ošetrovateľskej starostlivosti v rámci dlhodobej zdravotnej starostlivosti v nadväznosti na vypustenie § 6c ods. 2 a 3. Predkladateľom spomínaný rozsah je uvedený v písm. b).
ŠÚSR	<p>Čl. V nad rámec návrhu zákona</p> <p>Žiadame do čl. V predloženého návrhu zákona, ktorým sa novelizuje zákon č. 153/2013 Z. z. o národnom zdravotníckom informačnom systéme a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, doplniť ďalšími novelizačnými bodmi, ktoré znejú: "9. V prílohe č. 3 v prvom bode sa slová „Hlásenie o úmrtí a príčinách smrti“ nahrádzajú slovami „List o prehliadke mŕtveho a štatistické hlásenie o úmrtí“. 10. V prílohe č. 3 v prvom bode sa v písmene a) Zoznam spracúvaných osobných údajov vypúšťajú slová " "trvanie základnej choroby". 11. V prílohe č. 3 v prvom bode sa v písmene a) Zoznam spracúvaných osobných údajov slová "socioekonomický stav" nahrádzajú slovami "dosiahnuté vzdelanie, zamestnanie (hlavné alebo posledné vykonávané)". 12. V prílohe č. 3 v prvom bode písmeno e) znie: "e) Zoznam osobných údajov, ktoré možno poskytnúť: Údaje o zomrelej osobe (rodné číslo, kód obce trvalého pobytu), zdravotná poisťovňa, dátum, hodina úmrtia, miesto úmrtia, kde nastalo úmrtie, dátum narodenia, miesto narodenia (okres, obec), pohlavie, štátne občianstvo, národnosť, trvalý pobyt (okres, obec, ulica a</p>	Z	N	NCZI pripravuje zmenu zákona č. 153/2013 Z. z., ktorá bude v mesiaci august 2024 v medzirezortnom pripomienkovom konaní. V návrhu tejto zmeny sa upravujú informácie týkajúce sa hlásenia o úmrtí (dopĺňajú sa do údajovej základne § 3, a zároveň sa vyhadzujú z § 10 a tiež sa mení Príloha č. 3, ktorá už neobsahuje hlásenia o úmrtí). Tieto zmeny boli vo februári 2024 prekonzultované so ŠÚSR. Po rozporovom rokovaní rozpor odstránený.

	<p>číslo, štát), dosiahnuté vzdelanie, zamestnanie (hlavné alebo posledné vykonávané)". Odôvodnenie: Platným názvom hlásenia o úmrtí je stále „List o prehliadke mŕtveho a štatistické hlásenie o úmrtí“. Položka "trvanie základnej choroby" sa nenachádza na uvedenom štatistickom hlásení. Položky "dosiahnuté vzdelanie" a "zamestnanie (hlavné alebo posledné vykonávané)" sú súčasťou štatistického hlásenia. Preto je potrebná aj úprava zoznamu osobných údajov, ktoré možno poskytnúť. Táto pripomienka je zásadná. Číslovanie navrhovaných bodov nadväzuje na číslovanie v druhej zásadnej pripomienke.</p>			
ŠÚSR	<p>Čl. V nad rámec návrhu Žiadame do čl. V predloženého návrhu zákona, ktorým sa novelizuje zákon č. 153/2013 Z. z. o národnom zdravotníckom informačnom systéme a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, vložiť ako prvý novelizačný bod nasledujúce ustanovenie: "1. V § 10 ods. 6 sa vypúšťajú slová "meno a priezvisko, rodné priezvisko". Nasledujúce novelizačné body sa primerane prečísľujú. Odôvodnenie: Štatistický úrad Slovenskej republiky nezbiera meno, priezvisko a rodné priezvisko zomretého. Táto pripomienka je zásadná.</p>	Z	N	<p>NCZI pripravuje zmenu zákona č. 153/2013 Z. z., ktorá bude v mesiaci august 2024 v medzirezortnom pripomienkovom konaní. V návrhu tejto zmeny sa upravujú informácie týkajúce sa hlásenia o úmrtí (dopĺňajú sa do údajovej základne § 3, a zároveň sa vyhadzujú z § 10 a tiež sa mení Príloha č. 3, ktorá už neobsahuje hlásenia o úmrtí). Tieto zmeny boli vo februári 2024 prekonzultované so ŠÚSR. Po rozporovom rokovaní rozpor odstránený.</p>
ŠÚSR	<p>Čl. IV bodu 14 a nad rámec návrhu k účinnému zneniu zákona č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov Žiadame v uvedenom novelizačnom bode v § 15 ods. 1 písm. ah) a nad rámec predloženej novely v § 6c ods. 3 písm. a), § 12 ods. 2 písm. a), § 15 ods. 1 písm. z) a písm. ad) a písm. al), § 16 ods. 2 písm. r), § 20 ods. 1 písm. e) prvom bode až štvrtom bode, šiestom bode a deviatom bode, písm. p) a písm. r) druhom bode a treťom bode zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov termín "identifikačné číslo"</p>	Z	A	

	nahradiť zákonným pomenovaním všeobecného identifikátora právnických osôb, podnikateľov a orgánov verejnej moci, ktorým je "identifikačné číslo organizácie", a to z dôvodu požiadavky terminologickej správnosti, presnosti, všeobecnej zrozumiteľnosti a používania správnych a ustálených právnych pojmov podľa § 3 ods. 2 zákona č. 400/2015 Z. z. Novelizovaný zákon už v súčasnosti uvádza viacero typov identifikátorov osôb, čo môže byť neprehľadné. Táto pripomienka je zásadná.			
ÚDZS	<p>Čl. I bod 80 § 38ezh</p> <p>§ 38ezh navrhujeme upraviť nasledovne: „(1) Poistencovi, ktorý ku dňu 01. januára 2025 spĺňa podmienky pre zánik verejného zdravotného poistenia podľa § 5 ods. 4 tohto zákona, poistný vzťah zaniká dňa 01. januára 2025. (2) Mesačné prerozdelenie preddavkov na poistné podľa tohto zákona v znení účinnom od 1. januára 2025 sa vykoná prvýkrát v marci 2025 za január 2025. Ročné prerozdelenie poistného podľa tohto zákona v znení účinnom od 1. januára 2025 sa vykoná prvýkrát v roku 2026 za rok 2025.“ Odôvodnenie: K odseku 1 - znenie prechodného ustanovenia tak, ako je uvedené v návrhu novely je z nášho pohľadu nedostatočne určité a vyvoláva riziko interpretačných rozdielov a aplikačnej praxi. Dátum účinnosti zákona č. 580/2004 Z. z. ako takého totiž nastal ešte v roku 2004 (resp. 2005) nie 01.01.2025 (01.01.2025 sa predpokladá len začiatok účinnosti novely zákona č. 580/2004 Z. z. nie zákona č. 580/2004 Z. z. ako takého, pričom v predložennom znení nie je uvedené, že ide o zákon č. 580/2004 Z. z. v znení účinnom od 01.01.2025). Navyše je zo znenia pôvodne navrhnutého ustanovenia § 38ezh možné vyvodiť, že každému poistencovi, ktorý spĺňa podmienky podľa § 5 ods. 4 zákona č. 580/2004 Z. z. (teda aj v prípade tých poistencov, ktorí tieto podmienky budú spĺňať v budúcnosti) bude poistný vzťah ukončený ku dňu účinnosti zákona č. 580/2004 Z. z. K odseku 2 – v záujme odstránenia prípadných interpretačných a aplikačných problémov úrad pre dohľad navrhuje jednoznačné zadefinovanie prechodného ustanovenia vo vzťahu k úpravám účinným od 1. januára 2025 s nadväznosťou na proces mesačného prerozdelenia preddavkov na poistné a na proces ročného prerozdelenia</p>	O	A	

	poistného.			
ÚDZS	<p>Čl. I bod 15</p> <p>Bod 15 predloženého návrhu navrhujeme upraviť podľa zámeru predkladateľa spôsobom, ktorý nebude vyvolávať riziko interpretačných rozdielov v aplikačnej praxi. Odôvodnenie: Z predloženého návrhu novely ustanovenia § 8 ods. 7 zákona č. 580/2004 Z. z. sa vec javí tak, že v prípade, ak za poistenca koná jeho zákonný zástupca, tento si môže vybrať, či k prihláške priloží kópiu identifikačného dokladu poistenca, ktorého číslo je uvedené na prihláške, alebo kópiou svojho identifikačného dokladu (v návrhu je totiž použité slovo „alebo“). Za účelom predchádzania riziku interpretačných problémov v aplikačnej praxi je z pohľadu úradu pre dohľad nutné presne uviesť, či v prípade, ak za poistenca, ktorý už je držiteľom identifikačného dokladu, ktorého číslo je uvádzané na prihláške, sa bude k prihláške prikladať aj kópia identifikačného dokladu poistenca aj jeho zákonného zástupcu, ktorý za neho koná, alebo sa bude prikladať len kópia identifikačného dokladu zákonného zástupcu, ktorý za poistenca koná, alebo len kópia identifikačného dokladu poistenca, ktorého číslo je uvedené na prihláške (napr. v prípade poistencov, ktorí sú ešte maloletí, avšak už sú držiteľmi občianskeho preukazu). Zároveň považujeme za potrebné zohľadniť skutočnosť, že napr. v prípade osoby, ktorá bola obmedzená (v minulosti – do účinnosti civilného mimosporového poriadku - prípadne aj pozbavená) spôsobilosti na právne úkony, za ňu nekoná zákonný zástupca, ale súdom ustanovený opatrovník. Za účelom predchádzania riziku interpretačných rozdielov v aplikačnej praxi preto navrhujeme znenie bodu 15 vyprecizovať spôsobom, ktorý predkladateľ sledoval (keďže ani z dôvodovej správy nie je možné zamer predkladateľa jednoznačne identifikovať), a tiež spôsobom, ktorý bude zodpovedať všetkým alternatívam, ktoré môžu v aplikačnej praxi nastať (t. j. že za poistenca nemusí konať len zákonný zástupca, ale napr. aj súdom ustanovený opatrovník). Zároveň je z pohľadu úradu pre dohľad nutné riešiť aj alternatívu, keď prihlášku za poistenca podáva splnomocnený zástupca poistenca (kópiu akého dokladu je</p>	O	A	

	potrebné k prihláške prikladať v tomto prípade).			
ÚDZS	<p>Čl. I bod 2</p> <p>Bod č. 2 navrhujeme z návrhu novely zákona č. 580/2004 Z. z. vypustiť. Odôvodnenie: Zaradenie navrhovaného znenia bodu č. 2 do ustanovení § 5 zákona č. 580/2004 Z. z. nie je zo systematického hľadiska vhodné ani dôvodné. Ustanovenia § 5 zákona č. 580/2004 Z. z. upravujú zánik verejného zdravotného poistenia. Právna úprava navrhovaná v bode č. 2 predloženej novely nijakým spôsobom bezprostredne nesúvisí so zánikom verejného zdravotného poistenia. Rozsah nároku na úhradu poskytovanej zdravotnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia upravuje zákon č. 577/2004 Z. z., nie zákon č. 580/2004 Z. z. Úpravu tohto nároku v čl. III predloženého návrhu novely považujeme za postačujúcu.</p>	O	N	Uvedené ustanovenie v rámci § 5 pokladá predkladateľ za vhodné a žiaduce, nakoľko sa jedná o špecifickú situáciu, kedy dochádza k úhrade výkonov vykonaných v čase, kedy verejné zdravotné poistenie podľa prvej vety ustanovenia už zaniklo.
ÚDZS	<p>Čl. I § 27a ods. 9 písm. a) nad rozsah novely</p> <p>Druhý bod v § 27a ods. 9 písm. a) navrhujeme upraviť nasledovne: „počet poistencov podľa odseku 2 písm. b) a počet poistencov podľa pohlavia a veku podľa odseku 12“ Odôvodnenie: V ustanovení § 27a ods. 2 písm. b) zákona č. 580/2004 Z. z. sa údaj o pohlaví a veku poistencov neuvádza, navrhujeme preto znenie ustanovenia § 27a ods. 9 písm. a) bod 2 zákona č. 580/2004 Z. z. vyprecizovať vyššie uvedeným spôsobom.</p>	O	A	
ÚDZS	<p>Čl. II</p> <p>Navrhujeme zmeniť kritériá kladené na osobu zodpovednú za poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnej pomoci definované v ustanoveniach § 10a ods. 3 až 5 Odôvodnenie: Úrad pre dohľad v zmysle platného znenia § 18 ods. 1 písm. d) zákona č. 581/2004 Z. z. bude od 01.07.2024 vykonávať dohľad nad poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti výlučne v zariadeniach sociálnej pomoci, ktoré sú vedené v registri zariadení sociálnej pomoci poskytujúcich ošetrovateľskú starostlivosť (§ 20 ods. 1 písm. e) desiaty bod zákona č. 581/2004 Z. z.). V zmysle prechodného ustanovenia boli zariadenia sociálnej pomoci, ktoré chceli poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť aj po 01.07.2024 povinné v období od 01.01.2023 do 30.06.2024</p>	O	N	Nad rámec rozsahu novely. Problematika kritérií kladených na osobu zodpovednú za poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnej pomoci bude riešená v osobitnej novele zákona č. 576/2004 Z. z.

	<p>požiadať úrad pre dohľad o pridelenie číselného kódu zariadenia sociálnej pomoci. Túto povinnosť si mnohí poskytovatelia dosiaľ nesplnili a o kód žiadajú v súčasnosti. Ukázalo sa však, že väčšina z nich nedokáže splniť zákonom definované kritériá na zodpovednú osobu uvedené v ustanovení § 10a ods. 3 až 5 zákona č. 576/2004 Z. z. Tieto kritéria považujeme za neprimerane prísne (napr. obmedzenie počtu miest výkonu, zákaz súbehu výkonu funkcie zodpovedaného zástupcu s odborným zástupcom, podmienka VŠ II. stupňa, zúženie okruhu špecializačných odborov) a s ohľadom na trh práce za nereálne. Ak nedôjde k úprave, nemali by zariadenia sociálnej pomoci poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť, čo môže viesť ku kolapsu systému. Vo vzťahu k zariadeniam sociálnej pomoci, ktoré nebudú vedené v registri zariadení sociálnej pomoci navyše úrad nebude môcť od 01.07.2024 vykonávať dohľad nad poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti.</p>			
<p>ÚDZS</p>	<p>Čl. IV bod 4 § 6a ods. 2 a 11 Prvú vetu v § 6a odsek 2 navrhujeme upraviť nasledovne: „Súčet položiek z účtovnej závierky zdravotnej poisťovne z výkazu ziskov a strát, ktorými sú náklady na poistné plnenia, zmena stavu iných technických rezerv okrem zmeny stavu rezervy na prerozdeľovanie poistného a ostatné technické náklady okrem prijatých a zaplatených úrokov a okrem nákladov na prerozdeľovanie poistného, znížený o ostatné technické výnosy okrem prijatých a zaplatených úrokov a okrem výnosov z prerozdeľovania poistného, musí byť vo výške najmenej súčtu koeficientu podľa odseku 5 a 95,1 % z predpísaného poistného v hrubej výške upraveného o vplyv prerozdeľovania poistného za účtovné obdobie, za ktoré sa upravuje výsledok hospodárenia (ďalej len „náklady na zdravotnú starostlivosť“), ak v odseku 11 nie je uvedené inak.“ Prvú vetu v § 6a odsek 11 navrhujeme upraviť nasledovne: „Ak ide o zdravotnú poisťovňu, ktorá má povolenie, a má v priemere za každý kalendárny mesiac podľa údajov v centrálnom registri poistencov do 1 000 000 poistencov, náklady na zdravotnú starostlivosť predstavujú súčet položiek z účtovnej závierky zdravotnej poisťovne z výkazu ziskov a strát, ktorými sú náklady na poistné plnenia, zmena stavu iných technických rezerv okrem zmeny stavu rezervy na</p>	<p>Z</p>	<p>A</p>	

	<p>prerozdeľovanie poistného a ostatné technické náklady okrem prijatých a zaplatených úrokov a okrem nákladov na prerozdeľovanie poistného, znížený o ostatné technické výnosy okrem prijatých a zaplatených úrokov a okrem výnosov z prerozdeľovania poistného, musí byť vo výške najmenej súčtu koeficientu podľa odseku 5 a 94,3 % z predpísaného poistného v hrubej výške upraveného o vplyv prerozdeľovania poistného za účtovné obdobie, za ktoré sa upravuje výsledok hospodárenia.“ Odôvodnenie: Navrhujeme zjednotenie použitej terminológie s Opatrením MF SR č. MF/22933/2005-74, ktorým sa ustanovujú podrobnosti o usporiadaní a označovaní položiek individuálnej účtovnej závierky, obsahovom vymedzení týchto položiek a rozsahu údajov určených z účtovnej závierky na zverejnenie pre zdravotné poisťovne v aktuálnom znení. Návrh predložený predkladateľom do MPK zahŕňal do súčtu nákladov na zdravotnú starostlivosť riadok účtovnej závierky s názvom „Náklady na poistné plnenia v hrubej výške“, do súčtu by mal byť však zahrnutý riadok s názvom „Náklady na poistné plnenia“. V predmetnom opatrení riadok „Zmena stavu iných technických rezerv“ už nezahŕňa rezervy na prerozdeľovanie poistného, takže nie je potrebné ich vynímať.</p>			
ÚDZS	<p>Čl. I a IV nad rozsah novely Spoločná pripomienka k čl. I a k čl. IV Návrh novely zákona č. 581/2004 Z. z. a zákona č. 580/2004 Z. z. predpokladá také zmeny, ktoré si budú nevyhnutne vyžadovať úpravu informačného systému úradu pre dohľad (zavedenie nového parametra do procesu prerozdeľovania, zavedenie nového dôvodu ukončenia poistného vzťahu poisťencov). Z uvedeného dôvodu si dovoľujeme upozorniť na potrebu zabezpečenia dostatočnej dĺžky legisvakančnej doby, aby mal úrad pre dohľad po prijatí navrhovanej novely dostatočný časový priestor na úpravu svojho informačného systému.</p>	O	A	Vzhľadom k skutočnosti, že prvé mesačné prerozdelenie podľa pravidiel upravených novelou sa vykoná v marci 2025, predkladateľ má za to, že táto doba je dostatočná.
ÚDZS	<p>Čl. I bod 17 Text „z dôvodu zmeny zdravotnej poisťovne“ navrhujeme nahradiť textom „za účelom zmeny zdravotnej poisťovne“ Odôvodnenie: Štylistická úprava, spresnenie znenia zákonného ustanovenia. Prihlášky sú podávané za účelom</p>	O	A	

	zmeny zdravotnej poisťovne.			
ÚDZS	<p>Čl. I bod 3 § 5 ods. 5 Ustanovenie § 5 ods. 5 navrhujeme preformulovať nasledovne: „Ak sa po zániku verejného zdravotného poistenia poistenca podľa odseku 4 dodatočne zistí, že niektorá z podmienok uvedených v odseku 4 písm. b) až e) nebola vo vzťahu k tomuto poistencovi ku dňu zániku verejného zdravotného poistenia splnená, alebo sa dodatočne zistí, že tento poistenec žije, má sa za to, že verejné zdravotné poistenie tohto poistenca nezaniklo.“ Odôvodnenie: Návrh predložený do MPK predpokladá, že niektorá z podmienok podľa ods. 4 písm. b) až e) prestane po zániku verejného zdravotného poistenia poistenca platiť, t. j., ako keby niektorá z podmienok definovaných v odseku 4 písm. b) až e) najskôr bola daná ale dodatočne zanikla. Táto formulácia nie je z pohľadu úradu pre dohľad z hľadiska obsahu týchto podmienok presná. Zároveň nie je možné s určitosťou vylúčiť, že by sa mohli v praxi vyskytnúť prípady, že všetky podmienky zadefinované v odseku 4 by boli splnené, a aj napriek tomu poistenec žije. Je potrebné zohľadniť aj túto alternatívu. Navrhujeme preto znenie ustanovenia § 5 ods. 5 preformulovať vyššie uvedených spôsobom.</p>	O	A	
ÚDZS	<p>Čl. IV § 14 ods. 3 nad rozsah novely V § 14 ods. 3 v prvej vete navrhujeme slovo „troch“ nahradiť slovom „dvoch“. Odôvodnenie: Za účelom včasného odhalenia rizík v hospodárení zdravotnej poisťovne a za účelom včasného odhalenia prípadnej hospodárskej nestability zdravotnej poisťovne, navrhujeme zväziť sprísnenie podmienok sledovanej platobnej schopnosti, a to formou skrátenia sledovaného obdobia s neuhradenými záväzkami z troch na dva mesiace.</p>	O	N	Pripomenka nad rámec rozsahu novely.
ÚDZS	<p>Čl. IV § 16 ods. 2 písm. a) V § 16 ods. 2 navrhujeme v písm. a) na konci doplniť text v nasledovnom znení: „identifikačné číslo poistenca v príslušnej zdravotnej poisťovni a identifikačné číslo poistenca v centrálnom registri poistencov“ Odôvodnenie: Pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia zdravotné poisťovne často používajú identifikačné číslo poistenca v zdravotnej poisťovni (ID ZP) a</p>	O	N	Súčasný rozsah identifikačných údajov evidovaných v účte poistenca je pre identifikáciu poistenca postačujúci.

	<p>identifikačné číslo poistenca v centrálnom registri poistencov (ID CRP). Ide o identifikátor, ktorý zabezpečuje jednoznačnú a nespochybniteľnú identifikáciu poistenca najmä v komunikácii s úradom pre dohľad a ďalšími externými subjektami. ID ZP, ale najmä ID CRP majú povahu osobných údajov, ktoré zdravotné poisťovne vedú v rámci svojho informačného systému vo vzťahu k poistencovi. Bolo by preto žiaduce doplniť výpočet identifikačných údajov evidovaných vo vzťahu k poistencom v rámci dokumentácie zdravotnej poisťovne o ID ZP a ID CPR.</p>			
ÚDZS	<p>Čl. IV § 16 ods. 6 nad rozsah novely V § 16 ods. 6 navrhujeme na konci prvej vety doplniť text „a údaje o tomto preukaze.“ Odôvodnenie: Zo strany zdravotných poisťovní je úradu pre dohľad zaslaný nielen údaj o tom, že poistencovi bol vydaný preukaz EÚ, ale aj údaje o tomto preukaze (dátum vydania, dôvod vydania, dátum ukončenia platnosti atď.). Z uvedeného dôvodu navrhujeme doplniť znenie prvej vety ustanovenia § 16 ods. 6 zákona č. 581/2004 Z. z. vyššie navrhovaným spôsobom.</p>	O	N	<p>Pripomienka nad rámec rozsahu novely. „Údaj o preukaze“ je všeobecný pojem, pričom v predmetnom zákonom ustanovení sú definované konkrétne jednoznačné údaje.</p>
ÚDZS	<p>Čl. IV § 16 ods. 6 nad rozsah novely V § 16 ods. 6 v prvej vete navrhujeme text „zasielať úradu automatizovaným spôsobom prostredníctvom informačného systému verejnej správy podľa osobitného predpisu35caa) vždy k 8. a k 20. dňu príslušného kalendárneho mesiaca“ nahradiť textom „sprístupniť úradu elektronicky“ a znenie druhej vety navrhujeme upraviť nasledovne: „Zdravotná poisťovňa je povinná sprístupniť úradu elektronicky zoznamy podľa odseku 1 písm. g) až k).“ Odôvodnenie: Za účelom efektívnejšej výmeny údajov medzi zdravotnými poisťovňami a úradom pre dohľad, s cieľom eliminácie rizika výskytu chýb a s cieľom zrýchlenia komunikácie medzi zdravotnými poisťovňami a úradom pre dohľad, navrhujeme v ustanovení § 16 ods. 6 zákona č. 581/2004 Z. z. upraviť výmenu údajov medzi zdravotnými poisťovňami a úradom pre dohľad formou priamej integrácie, t. j. elektronicky. Úrad pre dohľad by tak mal na dennej báze aktuálne údaje evidované zdravotnými poisťovňami, čo by zlepšilo aj kvalitu údajov evidovaných úradom pre dohľad. V tejto veci predpokladáme</p>	Z	N	<p>Súčasný znenie ustanovenia dostatočne presne popisuje spôsob sprístupňovania údajov. Po prerokovaní pripomienky na rozporovom konaní dňa 29. 07. 2024 rozpor odstránený.</p>

	<p>zhodu so zdravotnými poisťovňami, s ktorými je úrad v tejto veci v komunikácii. Takéto nastavenie vzájomnej výmeny údajov medzi zdravotnými poisťovňami a úradom pre dohľad totiž predpokladá aj projekt manažmentu údajov, ktorý by mal slúžiť na efektívne manažovanie dát, s ktorými úrad pre dohľad v rámci svojej činnosti pracuje.</p>			
ÚDZS	<p>Čl. IV bod 30 § 20 ods. 2 V § 20 ods. 2 navrhujeme vložiť nové písm. s), ktoré znie: „s) metodické usmernenie úradu k zabezpečeniu činnosti odborných konzultantov pre potreby výkonu dohľadu“ Písm. s) (po zohľadnení bodu č. 30 predloženej novely) navrhujeme označiť ako písm. t) Odôvodnenie: V zmysle zákona č. 581/2004 Z. z. spolupracuje úrad pre dohľad pri výkone dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou s odbornými konzultantami. V tejto súvislosti má úrad pre dohľad spracovanú internú metodiku upravujúcu zabezpečovanie činnosti a odmeňovanie odborných konzultantov. 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, navrhujeme do rozsahu dokumentov, ktoré je úrad pre dohľad povinný zverejňovať vo svojom vestníku doplniť aj metodické usmernenie, ktoré sa týka oblasti zabezpečovania činnosti odborných konzultantov.</p>	O	A	
ÚDZS	<p>Čl. I § 27 ods. 6 nad rozsah novely V § 27 ods. 6 navrhujeme vypustiť druhú vetu. Odôvodnenie: Popis spôsobu výpočtu výsledku mesačného prerozdelenia preddavkov na poistné uvádzaný v ustanovení § 27 ods. 6 zákona č. 580/2004 Z. z. navrhujeme zosúladiť so znením vyhlášky č. 67/2018 Z. z. (príloha č. 5 bod č. 7). V zmysle ustanovenia § 27 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. je základom mesačného prerozdelenia 96 % z celkovej sumy zaplatených preddavkov na poistné po odpočítaní súčtu preddavkov na nadlimitnú sumu podľa odseku 12 za všetky zdravotné poisťovne. V zmysle súčasného znenia ustanovenia § 27 ods. 6 je</p>	Z	A	

<p>výsledkom mesačného prerozdelenia pre zdravotnú poisťovňu rozdiel celkovej sumy z mesačného prerozdelenia podľa odseku 5 pre zdravotnú poisťovňu a základu mesačného prerozdelenia pre zdravotnú poisťovňu. Výsledok mesačného prerozdelenia pre zdravotnú poisťovňu sa zvýši o mesačný preddavok na nadlimitnú sumu podľa odseku 12. V zmysle vyhlášky č. 67/2018 Z. z. (príloha č. 5, bod č. 7) sa výsledok mesačného prerozdelenia určuje nasledovne: $F(j) = P(j) - A(j) + C(j)$ Kde $P(j)$ je celková suma, na ktorú má j-ta zdravotná poisťovňa nárok po mesačnom prerozdeľovaní preddavkov podľa § 27 ods. 5 zákona č. 580/2004 Z. z., $A(j)$ je 96 % z celkovej sumy zaplatených preddavkov na poistné pre j-tu zdravotnú poisťovňu, teda nie základ mesačného prerozdelenia podľa § 27 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z., ale len 96% z celkovej sumy zaplatených preddavkov na poistné (základom mesačného prerozdelenia je 96% z celkovej sumy zaplatených preddavkov po odpočítaní súčtu preddavkov na nadlimitnú sumu) a $C(j)$ je preddavok na nadlimitnú sumu j-tej zdravotnej poisťovne podľa § 27 ods. 12 zákona č. 580/2004 Z. z. Znenie ustanovenia § 27 ods. 6 zákona č. 580/2004 Z. z. teda nezodpovedá vzorcu výpočtu výsledku mesačného prerozdelenia zadanému vyhláškou č. 67/2018 Z. z. (príloha č. 5, bod č. 7). Súčasné znenie ustanovenia § 27 ods. 6 zákona č. 580/2004 Z. z. totiž vŕha do výpočtu výsledku mesačného prerozdelenia mesačný preddavok na nadlimitnú sumu dvakrát. Raz v prvej vete v rámci základu mesačného prerozdelenia (základ mesačného prerozdelenia definuje 27 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. ako 96 % z celkovej sumy zaplatených preddavkov na poistné po odpočítaní súčtu preddavkov na nadlimitnú sumu) a raz v rámci druhej vety § 27 ods. 6 zákona č. 580/2004 Z. z. Za účelom zabezpečenia logickej a matematickej správnosti, ako aj za účelom zosúladenia znenia § 27 ods. 6 zákona č. 580/2004 Z. z. so vzorcom výpočtu definovaným vo vyhláške č. 67/2018 Z. z. (príloha č. 5, bod č. 7) navrhujeme zo znenia § 27 ods. 6 zákona č. 580/2004 Z. z. vypustiť druhú vetu. Pre úplnosť dodávame, že rovnakým spôsobom (ako navrhujeme) je v zákone č. 580/2004 Z. z. zadaný aj spôsob výpočtu výsledku ročného prerozdelenia (v § 27a ods. 6 zákona č.</p>			
--	--	--	--

	580/2004 Z. z.).			
ÚDZS	<p>Čl. I bod 41 § 27a ods. 12 V § 27a ods. 12 na konci navrhujeme doplniť text v znení „Údaj o počte poistencov pre účely zaradenia do jednotlivých viacročných nákladových skupín podľa § 27c ods. 1 až 4 za rozhodujúce obdobie za každú zdravotnú poisťovňu úrad získava z údajov z centrálného registra poistencov; zaradenie poistencov do príslušnej viacročnej nákladovej skupiny úrad vykoná na základe údajov oznámených úradu podľa § 28a ods. 6.“ Odôvodnenie: Uvedené navrhujeme doplniť z dôvodu potreby vyprecizovania právnej úpravy, z dôvodu potreby jednoznačného vymedzenia zdroja, odkiaľ úrad pre dohľad získava údaje o počte poistencov pre účely ich zaradenia do jednotlivých viacročných nákladových skupín pre účely ročného prerozdelenia poistného, z dôvodu odstránenia rizika interpretačných problémov v aplikačnej praxi a z dôvodu potreby zosúladenia znenia zákona č. 580/2004 Z. z. a vyhlášky č. 67/2018 Z. z. (§ 3 ods. 5 a §1 ods. 8), nakoľko úrad pre dohľad musí aj pri výpočte ročného prerozdelenia poistného zabezpečiť splnenie podmienky, že poistenci, ktorí nie sú v centrálnom registri poistencov evidovaní ako poistenci príslušnej zdravotnej poisťovne ani jeden deň obdobia, za ktoré sa prerozdelenie vykonáva, sa do viacročných nákladových skupín nezaradia.</p>	Z	A	
ÚDZS	<p>Čl. I § 27a ods. 9 písm. a) nad rozsah novely V § 27a ods. 9 písm. a) navrhujeme vypustiť bod č. 8 Znenie § 27aa ods. 7 navrhujeme upraviť nasledovne: „Ministerstvo zdravotníctva oznamuje úradu do 31. októbra na účely určenia preddavku na nadlimitnú sumu podľa § 27 ods. 12 pre potreby mesačných prerozdelení preddavkov na poistné na nasledujúci kalendárny rok a na účely vykonania ročného prerozdelenia poistného za predchádzajúci kalendárny rok počet poistencov každej zdravotnej poisťovne s nenulovou nadlimitnou sumou za predchádzajúci kalendárny rok a celkovú výšku nadlimitnej sumy, ktorá predstavuje súčet nadlimitných súm za všetkých poistencov zdravotnej poisťovne s nenulovou nadlimitnou sumou za predchádzajúci kalendárny rok.“ Odôvodnenie: Z</p>	Z	A	

	<p>údajov, ktoré sú za súčasného právneho stavu úradu pre dohľad zasielané v zmysle ustanovenia § 27aa ods. 7 zákona č. 580/2004 Z. z. čerpá úrad pre dohľad výlučne len údaj o počte poistencov s nenulovou nadlimitnou sumou a údaj o celkovej výške nadlimitnej sumy za každú zdravotnú poisťovňu. Nie je preto dôvodné, aby boli úradu pre dohľad zasielané údaje v tak širokom rozsahu, ako je v súčasnosti zadaný v ustanovení § 27aa ods. 7 zákona č. 580/2004 Z. z. Uvedené nezodpovedá jednej zo základných požiadaviek kladených zo strany GDPR na ochranu osobných údajov, a to zásade minimalizácie osobných údajov. Úradu pre dohľad sú totiž z MZ SR v zmysle súčasného znenia § 27aa ods. 7 zákona č. 580/2004 Z. z. poskytované osobné údaje poistencov zdravotných poisťovní v rozsahu, ktorý pre potreby prerozdelenia nie je dôvodný ani opodstatnený, keďže, ako bolo uvedené, úrad pre dohľad pre potreby prerozdelenia potrebuje výlučne len údaj o celkovej výške nadlimitnej sumy za každú zdravotnú poisťovňu a údaj o počte poistencov s nenulovou nadlimitnou sumou za každú zdravotnú poisťovňu. To, že sú úradu pre dohľad zasielané údaje nad potrebný rozsah je tak nielen v kolízii s GDPR, ale zároveň to úradu pre dohľad spôsobuje problémy súvisiace so zabezpečením ochrany týchto údajov v procese správneho konania, v ktorom sú vydávané rozhodnutia o prerozdeľovaní, ktorého účastníkom sú všetky tri zdravotné poisťovne. Zároveň navrhujeme v znení ustanovenia § 27aa ods. 7 zákona č. 580/2004 Z. z. explicitne uviesť, že údaje, ktoré budú úradu pre dohľad zo strany MZ SR v zmysle tohto ustanovenia zákona č. 580/2004 Z. z. do 31. októbra kalendárneho roka zaslané, slúžia na určenie preddavku na nadlimitnú sumu, ktorý sa nasledujúci kalendárny rok bude používať pri výpočte mesačného prerozdeľovania preddavkov na poistné a na určenie nadlimitnej sumy, ktorá bude použitá pri výpočte ročného prerozdeľovania poistného za prechádzajúci kalendárny rok.</p>			
<p>ÚDZS</p>	<p>Čl. I bod 74 § 28a V § 28a navrhujeme doplniť nový odsek 8 v znení: „(8) Úrad oznámi zdravotnej poisťovni do konca februára na účely výpočtu mesačných prerozdeľovaní údaje o poistencoch zdravotnej poisťovne podľa stavu k 1.</p>	<p>O</p>	<p>A</p>	

	<p>januáru v rozsahu a) rodné číslo poistenca zaradeného v skupine nadmerného prepoistenia, ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, bezvýznamové identifikačné číslo a dátum narodenia, b) identifikačné číslo poistenca v centrálnom registri poistencov.“ Odsek 8 navrhovaný v bode 74 predkladateľom návrhu novely navrhujeme označiť ako odsek 9. Odôvodnenie: V súvislosti so zavedením nového atribútu vstupujúceho do procesu prerozdelenia (skupina nadmerného prepoistenia) a na to nadväzujúcu potrebu vzájomnej výmeny údajov medzi zdravotným poisťovními a úradom pre dohľad navrhujeme zaviesť do ustanovenia § 28a zákona č. 580/2004 Z. z. nový typ oznámenia, ktorým by úrad pre dohľad oznamoval zdravotným poisťovním údaje o poistencoch zaradených do skupiny nadmerného prepoistenia. Máme za to, že spoločné oznámenie, ktoré by obsahovalo údaje o poistencoch zaradených do viacročných nákladových skupín, a zároveň by obsahovalo údaje o poistencoch zaradených do skupiny nadmerného prepoistenia (ako v bode č. 73 navrhuje predkladateľ návrhu novely) by bolo mátaúce, a to najmä z dôvodu, že pri viacročnej nákladovej skupine (oznámenie podľa § 28a ods. 7 zákona č. 580/2004 Z. z.) sa v oznámení uvádzajú údaje len o poistencoch s nenulovým indexom, zatiaľčo pri skupine nadmerného prepoistenia by sa mali v oznámení uvádzať údaje o všetkých poistencoch, ktorí spĺňajú kritériá pre ich zaradenie do skupiny nadmerného prepoistenia, a to bez ohľadu na hodnotu ich indexu v rámci viacročnej nákladovej skupiny.</p>			
<p>ÚDZS</p>	<p>Čl. IV § 29 ods. 1 písm. b) nad rozsah novely V § 29 ods. 1 písm. b) navrhujeme odstrániť text „denne prepočítavať majetok a záväzky vyjadrené v cudzej mene na eurá podľa referenčného výmenného kurzu určeného a vyhláseného Európskou centrálnou bankou alebo Národnou bankou Slovenska,45a) ktorý je platný k tomuto dňu.“ V nadväznosti na to navrhujeme odstrániť poznámku pod čiarou k odkazu 45a. Odôvodnenie: 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</p>	<p>Z</p>	<p>A</p>	

	záväzkom vyjadreným v cudzej mene. Za účelom predchádzania interpretačných rozdielov v aplikačnej praxi, ku ktorým dochádza z dôvodu duplicitnej právnej úpravy upravujúcej rovnakú otázku, navrhujeme vyššie uvedený text zo znenia § 29 ods. 1 písm. b) vypustiť.			
ÚDZS	<p>Čl. I bod 75</p> <p>V § 29b ods. 1 písm. a) navrhujeme za text „pozbavený spôsobilosti na právne úkony“ doplniť text „alebo obmedzený v spôsobilosti na právne úkony, ak sa toto obmedzenie podľa právoplatného rozsudku súdu vzťahuje aj na právne úkony vykonávané vo veciach verejného zdravotného poistenia“ a text „vykonáva zákonný zástupca poistenca“ navrhujeme nahradiť textom „vykonáva súdom ustanovený opatrovník poistenca“</p> <p>Odôvodnenie: 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.</p> <p>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. Máme za to, že právna úprava zákona č. 580/2004 Z. z. by mala zodpovedať aktuálnemu právnemu stavu v oblasti konania súdov o obmedzení spôsobilosti fyzických osôb na právne úkony a mala by reflektovať skutočnosť, že za súčasného právneho stavu je možné vydávať len rozhodnutia o obmedzení spôsobilosti fyzickej osoby na právne úkony, pričom v prípade obmedzenia fyzickej osoby v spôsobilosti na právne úkony jej súd ustanovuje</p>	O	A	

	opatrovníka (vid'. § 231 a nasl. civilného mimosporového poriadku).			
ÚDZS	<p>Čl. IV § 30 ods. 1 nad rozsah novely V § 30 ods. 1 navrhujeme slová „20. januára“ nahradiť slovami „5. januára“. Odôvodnenie: Navrhujeme zmenu dátumu poukázania príspevku na činnosť úradu pre dohľad (resp. prvej kvartálnej splátky v zmysle poslednej schválenej novely zákona č. 581/2004 Z. z.) z 20. januára na 05. januára z dôvodu potreby prijatia finančných prostriedkov nevyhnutných pre kontinuálne riadne zabezpečenie činnosti úradu pre dohľad. Splatnosť príspevku na činnosť úradu pre dohľad (resp. prvej kvartálnej splátky príspevku v zmysle poslednej schválenej novely zákona č. 581/2004 Z. z.) k 20. januáru má totiž za následok, že úrad pre dohľad musí v mesiaci január do prijatia príspevku na zabezpečenie svojej činnosti a na uspokojenie mzdových nárokov svojich zamestnancov čerpať finančné prostriedky z iných zdrojov.</p>	O	A	
ÚDZS	<p>Čl. IV § 43 ods. 6 písm. a) nad rozsah novely V § 43 ods. 6 písm. a) navrhujeme odstrániť text „na základe zmluvy 61aa) uzatvorenej s úradom“ V nadväznosti na uvedené navrhujeme odstrániť poznámku pod čiarou k odkazu 61aa. Odôvodnenie: V niektorých (najmä naliehavých) prípadoch, resp. v prípadoch, kedy je potrebné jednorazovo zabezpečiť stanovisko odborného konzultanta v určitej oblasti odbornosti je rýchlejšie a efektívnejšie zabezpečenie odborného stanoviska na základe objednávky. Z uvedeného dôvodu navrhujeme z ustanovenia § 43 ods. 6 písm. a) zákona č. 581/2004 Z. z. vypustiť povinnosť úradu pre dohľad zabezpečovať stanoviská odborných konzultantov výlučne len na základe zmluvy uzatvorenej s úradom pre dohľad. Objednávka, ako aj následná úhrada za poskytnutie odborného stanoviska by prirodzene podliehala povinnému zverejňovaniu. Zabezpečovaním odborných konzultantov prostredníctvom objednávok by tak nebola nijakým spôsobom dotknutá transparentnosť.</p>	Z	A	
ÚDZS	<p>Čl. IV § 43a ods. 9 písm. c) nad rozsah novely V § 43a ods. 9 písm. c) navrhujeme slovo „a“ nahradiť slovom „alebo“ a na konci navrhujeme doplniť text „alebo zákonnosti postupu zdravotnej</p>	Z	A	

	<p>poisťovne“ Odôvodnenie: Cieľom právnej úpravy účinnej od 01.01.2023 bolo, aby v prípade, ak zo strany podávateľa podnetu na výkon dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti ide o opakované, alebo zjavne bezdôvodné uplatňovanie práva na prešetrovanie správnosti poskytnutej zdravotnej starostlivosti, mohol úrad pre dohľad takýto podnet odmietnuť. Cieľom tejto právnej úpravy tak bolo, 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 navrhujeme v ustanovení § 43a ods. 9 písm. c) zákona č. 581/2004 Z. z. slovo „a“ nahradiť slovom „alebo“, aby z toho ustanovenia bolo jednoznačne zrejmé, že dôvody odmietnutia podnetu uvádzané v ustanovení § 43a ods. 9 písm. c) zákona č. 581/2004 Z. z. nemusia byť splnené kumulatívne, ale každý z týchto dôvodov samostatne zakladá povinnosť úradu pre dohľad podnet na výkon dohľadu odmietnuť. Zároveň navrhujeme doplniť, že aj v prípade, ak ide o podnet smerovaný voči postupu zdravotnej poisťovne, je tento možné odmietnuť, ak je z neho zrejmé, že o opakované, alebo zjavne bezdôvodné uplatňovanie práva.</p>			
<p>ÚDZS</p>	<p>Čl. IV § 43a ods. 2 nad rozsah novely V § 43b ods. 2 navrhujeme text „Výkon dohľadu začína vydaním poverenia úradu podľa § 43 ods. 4.“ nahradiť textom „Výkon dohľadu začína dňom uvedeným v poverení.“ Odôvodnenie: 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 dôvodu navrhujeme znenie ustanovenia § 43b ods. 2 zákona č. 581/2004 Z. z. upraviť tak, aby bol za dátum začatia výkonu dohľadu</p>	<p>Z</p>	<p>A</p>	

	považovaný dátum, ktorý je v poverení uvedený ako dátum začatia výkonu dohľadu a nie dňom vydania poverenia (t. j. dňom jeho podpísania). Zamestnanec úradu pre dohľad tak bude môcť v poverení vytvoriť dostatočný časový priestor na jeho schválenie a následné podpísanie.			
ÚDZS	Čl. IV § 43b ods. 3 nad rozsah novely V § 43b ods. 3 navrhujeme na začiatok doplniť text v znení: „Poverenie úradu na výkon dohľadu možno vydať v listinnej alebo v elektronickej podobe. Poverenie vydané v elektronickej podobe musí byť autorizované podľa osobitného predpisu.62a“ V nasledujúcej časti za textom „odtlačok pečiatky“ navrhujeme doplniť text „ak bolo poverenie vydané v listinnej podobe“ Odôvodnenie: Za účelom efektívnejšej realizácie procesov súvisiacich s výkonom dohľadu sa poverenia na výkon dohľadu vydávajú aj v elektronickej podobe, čomu je potrebné prispôbiť aj náležitosti týchto poverení. Za týmto účelom navrhujeme doplniť a upraviť aktuálne znenie § 43b ods. 3 zákona č. 581/2004 Z. z. uvádzaným spôsobom.	O	A	
ÚDZS	Čl. IV § 45 ods. 7 nad rozsah novely V § 45 ods. 7 druhú vetu navrhujeme upraviť nasledovne „Identifikačné údaje osôb, ktoré vykonali dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti a podklady pre vyhotovenie protokolu sa nesprístupňujú.“ Odôvodnenie: 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.	O	A	
ÚDZS	Čl. IV § 46 nad rozsah novely V § 46 navrhujeme doplniť nový odsek 4 v znení: „Dňom skončenia následného dohľadu nahrádza protokol vydaný v rámci následného dohľadu v celom rozsahu protokol, ktorý bol vydaný v rámci predchádzajúceho dohľadu v tej istej veci.“ Odôvodnenie: Zákon č. 581/2004 Z. z. predpokladá výkon následného dohľadu, avšak nerieši otázku toho, ako sa má úrad pre dohľad vysporiadať s protokolom, ktorý bol vydaný v rámci už ukončeného	Z	A	

	<p>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 navrhujeme do ustanovenia § 46 zákona č. 581/2004 Z. z. upravujúceho inštitút následného dohľadu 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 prechádzajúceho dohľadu vedeného v tej istej veci.</p>			
<p>ÚDZS</p>	<p>Čl. IV § 46 ods. 1 nad rozsah novely V § 46 ods. 1 za text „ak vyjdú najavo nové skutočnosti alebo dôkazy, ktoré mohli mať podstatný vplyv na výsledok výkonu dohľadu a nemohli sa uplatniť počas výkonu dohľadu bez zavinenia dohliadaného subjektu,“ navrhujeme doplniť text, „ak výsledok výkonu dohľadu vychádza z nesprávneho právneho posúdenia veci“ a na konci navrhujeme doplniť novú vetu v znení: „Úrad je povinný informovať dohliadaný subjekt o dôvodoch začatia výkonu následného dohľadu.“ Odôvodnenie: Dôvody začatia výkonu následného dohľadu sú v zákone č. 581/2004 Z. z. zadefinované taxatívne, pričom súčasné znenie § 46 ods. 1 zákona č. 581/2004 Z. z. pripúšťa vykonanie následného dohľadu len v prípade, ak vyjdú najavo nové skutočnosti, alebo ak výsledok výkonu dohľadu vychádza z nedostatočne zisteného stavu veci. V aplikačnej praxi sa však môžu vyskytnúť prípady, kedy nevyšli najavo nové skutočnosti, ani nebol skutkový stav veci zistený nedostatočne, avšak osoba vykonávajúca dohľad vec nesprávne právne posúdila (nesprávne právne kvalifikovala). Z uvedeného dôvodu navrhujeme znenie § 46 ods. 1 zákona č. 581/2004 Z. z. doplniť tak, aby aj nesprávne právne posúdenie veci bolo dôvodom pre začatie výkonu následného dohľadu, aby tak neboli dohliadanému subjektu kladené za vinu porušenia právnych predpisov, ktorých sa dohliadaný subjekt reálne nedopustil. Za účelom ochrany práv a záujmov dohliadaných subjektov zároveň navrhujeme do ustanovenia § 46 ods. 1 zákona č. 581/2004 Z. z. doplniť explicitne povinnosť úradu pre dohľad upovedomiť dohliadaný subjekt</p>	<p>Z</p>	<p>ČA</p>	<p>Nad rámec rozsahu novely. Po prerokovaní pripomienky doplnená posledná veta. Rozpor odstránený.</p>

	o dôvodoch začatia výkonu následného dohľadu.			
ÚDZS	<p>Čl. IV § 46b nad rozsah novely</p> <p>V § 46b navrhujeme doplniť nový odsek 3, ktorý znie: „(3) V konaní podľa odseku 1 úrad rozhodne do 90 dní od začatia konania, vo zvlášť zložitých prípadoch do 120 dní; ak nemožno vzhľadom na povahu veci rozhodnúť ani v tejto lehote, môže ju primerane predĺžiť predseda úradu, alebo ním poverený zamestnanec úradu. Ak úrad nemôže rozhodnúť do 90 dní, prípadne do 120 dní, je povinný o tom účastníka konania s uvedením dôvodov upovedomiť.“</p> <p>Odôvodnenie: V súčasnosti sa v správnych konaniach vedených vo veci uloženia sankcie za nedostatky zistené v procese poskytovania zdravotnej starostlivosti v súvislosti s lehotami na vydanie rozhodnutia aplikuje (z dôvodu absencie špeciálnej úpravy v zákone č. 581/2004 Z. z.) všeobecný predpis o správnom konaní, t. j. správny poriadok. Správne konania vedené vo vzťahu k subjektom sankcionovaným za nedostatky zistené v procese poskytovania zdravotnej starostlivosti sa však vyznačujú náročnosťou dokazovania. Náročnosť dokazovania pri objasňovaní správnych deliktov, spočívajúcich vo väčšine prípadov v porušení § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. si vyžaduje súčinnosť odborníkov/znalcov z oblasti medicíny, čo výrazne predlžuje proces dokazovania v správnom konaní a proces obstarávania podkladov potrebných pre náležité objasnenie skutkového stavu veci a pre vydanie rozhodnutia vo veci. Lehoty určené správnym poriadkom sú preto pri tomto type konaní nedostatočné. Z uvedeného dôvodu navrhujeme prijatie osobitnej právnej úpravy, ktorá by zadefinovala lehoty na vydanie rozhodnutia v procese správnych konaní vedených vo vzťahu k subjektom sankcionovaným za nedostatky zistené pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.</p>	Z	N	Nad rámec rozsahu novely. Na predĺženie správneho konania v odôvodnených prípadoch je možné použiť už platné znenie správneho poriadku.
ÚDZS	<p>Čl. IV § 50 nad rozsah novely</p> <p>V § 50 navrhujeme doplniť nový ods. 16 v nasledovnom znení: „(16) Ak úrad pri výkone dohľadu u toho istého poskytovateľa zdravotnej starostlivosti zistí, že zdravotná starostlivosť v rovnakej špecializácii nebola závažným spôsobom opakovane poskytnutá správne, môže podľa závažnosti zistených nedostatkov</p>	Z	N	Nad rámec rozsahu novely.

	<p>podat' na príslušnom orgáne⁷¹) návrh na zrušenie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia.“. V § 19 ods. 2 zákona č. 578/2004 Z. z. navrhujeme na konci doplniť vetu v znení: „Orgán príslušný na vydanie povolenia môže zrušiť povolenie, ak držiteľ povolenia závažným spôsobom opakovaně v rovnakej špecializácii porušil povinnosť poskytovať zdravotnú starostlivosť správne podľa osobitného predpisu.“21aaa 21aaa) § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov Odôvodnenie: V prípade opakovaného závažného pochybenia poskytovateľa zdravotnej starostlivosti pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, v dôsledku ktorého dochádza napríklad k opakovanému poškodzovaniu zdravia pacientov, považujeme možnosť ukladania pokuty úradom pre dohľad za nedostatočnú. V niektorých prípadoch môžu byť súkromní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti motivovaní ziskom do takej miery, že ani opakované uloženie pokuty úradom pre dohľad (vzhľadom na maximálnu výšku pokút) nie je pre poskytovateľa zdravotnej starostlivosti dôvodom na zmenu spôsobu práce a zvýšenie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti a bezpečnosti pacienta pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Možnosť úradu pre dohľad uložiť zákaz výkonu zdravotníckeho povolania odbornému zástupcovi poskytovateľa zdravotnej starostlivosti je taktiež neefektívnym opatrením, nakoľko takúto situáciu môže poskytovateľ zdravotnej starostlivosti relatívne jednoducho riešiť zmenou odborného zástupcu. Považujeme preto za potrebné vytvoriť v právnej úprave legislatívny priestor aj na zrušenie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia takéhoto poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.</p>			
<p>ÚDZS</p>	<p>Čl. IV § 50 ods. 1 nad rozsah novely V § 50 ods. 1 za textom „môže podľa závažnosti“ navrhujeme odstrániť čiarku a text „miery zavinenia“ Odôvodnenie: Zavinenie je vo všeobecnosti definované ako vnútorný psychický vzťah páchatelia 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 poisťovniam za spáchanie správneho</p>	<p>Z</p>	<p>A</p>	

	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. Z uvedeného dôvodu navrhujeme odstrániť „mieru zavinenia“ z výpočtu atribútov, ktoré je úrad pre dohľad povinný v procese ukladania sankcií zdravotným poisťovňiam za spáchanie správneho deliktu zohľadňovať.			
ÚDZS	Čl. IV § 50 ods. 2,4 pís. a),5,12-15 nad rozsah novely V § 50 ods. 2, ods. 4 písm. a), ods. 5, ods. 12 až 15 navrhujeme odstrániť text „a ich následkov“. Odôvodnenie: Pri výkone dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti (vzhľadom na zložitosť niektorých prípadov) je mimoriadne náročné 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 častokrát 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 navrhujeme z vybraných ustanovení zákona č. 581/2004 Z. z. upravujúcich ukládanie sankcií poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, odstrániť následok zistených nedostatkov z výpočtu atribútov, ktoré je úrad pre dohľad povinný pri ukladaní sankcií poskytovateľom zdravotnej starostlivosti zohľadňovať.	Z	A	
ÚDZS	Čl. I bod 10 § 6 ods. 7 písm. b) bod 1 V § 6 ods. 7 písm. b) bod 1 navrhujeme upraviť nasledovne: „1. elektronicky oznámiť úradu dátum prijatia prihlášky, dátum podania prihlášky, dátum prijatia späťvzatia prihlášky a dátum doručenia späťvzatia prihlášky do piatich	Z	ČA	Priebežné oznamovanie prijatých prihlášok má väzbu na následné oznamovanie tejto informácie pôvodnej zdravotnej poisťovni poistenca a na

<p>dni po skončení kalendárneho mesiaca, v ktorom bola prihláška alebo späťvzatie prihlášky zdravotnou poisťovňou prijatá“. Odôvodnenie: Oznamovanie údajov o prihláškach podávaných za účelom zmeny zdravotnej poisťovne na dennej báze spôsobuje veľkú neprehľadnosť v spracúvaných údajoch a značne komplikuje prácu tak na strane zdravotných poisťovní, ako aj na strane úradu pre dohľad. Vzhľadom na uvedené navrhujeme prijatie takej právnej úpravy, v zmysle ktorej budú úradu pre dohľad zo strany zdravotných poisťovní údaje o prijatých prihláškach na zmenu zdravotnej poisťovne a o prijatých späťvzatiach prihlášok na zmenu zdravotnej poisťovne zasielané na mesačnej báze, a to vždy do piatich dní po skončení kalendárneho mesiaca. Spracovanie údajov o prijatí prihlášok a o späťvzatí prihlášok na zmenu zdravotnej poisťovne sa tak sprehľadní, zjednoduší a eliminuje sa riziko chybovosti pri spracúvaní týchto údajov. Uvedená úprava by prispela k zjednodušeniu a k sprehľadneniu procesov tak na strane zdravotných poisťovní, ako aj na strane úradu pre dohľad. V tejto veci predpokladáme zhodu aj so zdravotnými poisťovňami. Zároveň upozorňujeme na nesúlad predkladateľom predloženého znenia legislatívnej zmeny uvádzanej v bode č. 10 s dôvodovou správou. Kým v zmysle predkladateľom navrhovaného znenia bodu č. 10 sa v celom ustanovení § 6 ods. 7 písm. b) bod 1 má zmeniť slovo „podania“ na slovo „doručenia“, čo by znamenalo, že aj vo vzťahu k prihláškam (nielen vo vzťahu k ich späťvzatiom) sa bude úradu pre dohľad oznamovať dátum ich doručenia (nie dátum ich podania), z dôvodovej správy vyplýva, že táto zmena sa má týkať len späťvzatí prihlášok. Upozorňujeme, že táto zmena (teda oznamovanie dátum doručenia, namiesto dátumu podania) je skutočne aplikovateľná výlučne len pre prípady späťvzatí prihlášok (tak, ako sa uvádza v dôvodovej správe), v žiadnom prípade nie aj pre prihlášky ako také, ako to vyplýva z predkladateľom navrhovaného znenia bodu č. 10 novely zákona č. 580/2004 Z. z. V zmysle zákona je totiž možné prihlášku PODAŤ do 30. septembra (vid'. § 7 ods. 2 zákona č. 580/2004 Z. z.), v prípade prihlášok je teda rozhodujúci dátum podania, nie dátum doručenia, na rozdiel od prípadov späťvzatia prihlášky, kedy je rozhodujúci dátum doručenia (vid'. § 8a ods. 2 zákona č. 580/2004 Z. z.). Vo vzťahu k prihláškam je preto nevyhnutné úradu</p>		<p>následné oznamovanie tejto skutočnosti poisťencovi. Po prerokovaní pripomienky s jej predkladateľom ustanovenie upravené tak, aby sa dátum doručenia vzťahoval iba na späťvzatie prihlášky.</p>
---	--	--

	pre dohľad oznamovať dátum ich podania (tak, ako je to aj za súčasného právneho stavu) nie dátum ich doručenia. Úradu pre dohľad musí byť za účelom posúdenia prípadných duplicitne podaných prihlášok nevyhnutne známy dátum ich podania (dátum doručenia totiž vo vzťahu k prihláškam nie je rozhodujúci, ten je rozhodujúci len vo vzťahu k spätvzatiam prihlášok).			
ÚDZS	<p>Čl. I § 28 ods. 14 nad rozsah novely</p> <p>V druhej vete § 28 ods. 14 navrhujeme za text „Na toto konanie sa“ doplniť slovo „primerane“ a na konci navrhujeme doplniť novú vetu v znení: „Zoznamy podľa § 27 ods. 2 písm. e), f), h) a j) a oznámenia podľa § 27aa ods. 7 a podľa § 28a ods. 6 sa v konaniach vedených vo veci prerozdeľovania nesprístupňujú.“ Odôvodnenie: Ročné prerozdeľovanie poistného a mesačné prerozdeľovanie preddavkov na poistné je osobitný typ konania, na ktoré nie je objektívne možné aplikovať všetky ustanovenia správneho poriadku, ako je tomu v iných štandardných typoch správnych konaní. Preto navrhujeme do ustanovenia § 28 ods. 14 explicitne uviesť, že ustanovenia správneho poriadku sa na správne konania vedené vo veci prerozdeľovania aplikujú primerane (teda nie bezvýnimočne, ale len v rozsahu, ktorý je na tieto konania aplikovateľný). Zároveň je potrebné mať na zreteli, že úradu pre dohľad sú v procese správnych konaní vedených vo veci prerozdeľovania zasielané oznámenia, resp. zoznamy obsahujúce veľký rozsah mimoriadne citlivých osobných údajov o poistencoch jednotlivých zdravotných poisťovní. Účastníkom správnych konaní vedených vo veciach prerozdeľovania sú všetky tri zdravotné poisťovne, ktorým v zmysle správneho poriadku v primeranom rozsahu (po zohľadnení osobitosti správneho konania vedeného vo veci prerozdeľovania) prislúchajú práva a povinnosti viažuce sa na účastníkov konania, medzi ktoré patrí aj právo nahliadnuť do spisu vedeného vo veci prerozdeľovania. Nie je vhodné, žiaduce ani primerané, aby boli každej zdravotnej poisťovni len z titulu jej postavenia ako účastníka konania vedeného vo veci prerozdeľovania sprístupnené tak citlivé a tak rozsiahle údaje o poistencoch zostávajúcich dvoch zdravotných poisťovní. Z pohľadu úradu pre dohľad nie je vhodné, žiaduce ani primerané, aby každá zdravotná poisťovňa,</p>	Z	A	

	<p>len z titulu jej postavenia ako účastníka správneho konania vedeného vo veci prerozdelenia získala prístup ku komplexným údajom a informáciám o poistencoch zostávajúcich dvoch zdravotných poisťovní. Vzhľadom na počet účastníkov konania a rozsah údajov, s ktorými úrad pre dohľad v procese prerozdelenia pracuje nie je mysliteľné ani to, aby úrad pre dohľad všetky údaje pre každú zdravotnú poisťovňu osobitne za zostávajúce dve zdravotné poisťovne anonymizoval a upravoval a pri nahliadaní do spisu vyberal v závislosti od toho, ktorá zdravotná poisťovňa aktuálne od spisu nahliada. Z uvedeného dôvodu sa ani v súčasnosti oznámenia a zoznamy zasielané úradu pre dohľad pre potreby prerozdelenia vo forme elektronických dávok, ktoré obsahujú mimoriadne široký rozsah citlivých osobných údajov o poistencoch jednotlivých zdravotných poisťovní, najmä s prihliadnutím na ustanovenia zákona o ochrane osobných údajov a GDPR účastníkom konania v správnych konaniach vedených vo veci prerozdelenia nesprístupňujú. Z hľadiska právnej istoty však považujeme za vhodné tento v aplikačnej praxi uplatňovaný postup zameraný primárne na ochranu osobných údajov poistencov jednotlivých zdravotných poisťovní, ale aj na ochranu práv a oprávnených záujmov samotných zdravotných poisťovní (keďže nie je vhodné, aby každá zdravotná poisťovňa získala komplexný prehľad o poistnom kmeni ostatných dvoch zdravotných poisťovní) zakotviť explicitne do zákona. Odkaz na ustanovenie § 27aa ods. 7 je potrebné v navrhovanom výpočte nesprístupňovaných podkladov uvádzať len v prípade neakceptovania pripomienky (návrhu úradu pre dohľad) k § 27aa ods. 7, ak bude legislatívny návrh úradu pre dohľad k § 27aa ods. 7 akceptovaný, odkaz na ustanovenie § 27aa ods. 7 nebude potrebné vo výpočte nesprístupňovaných oznámení v § 28 ods. 14 uvádzať, nakoľko by oznámenie podľa § 27aa ods. 7 už neobsahovalo osobné údaje poistencov jednotlivých zdravotných poisťovní.</p>			
<p>ÚDZS</p>	<p>Čl. IV bod 26 § 18 ods. 1 písm. d) V nadväznosti na zmeny navrhované predkladateľom novely v bode 26, navrhujeme v § 18 ods. 1 písm. d) text „ktoré sú vedené v registri zariadení sociálnej pomoci poskytujúcich ošetrovateľskú starostlivosť [§ 20 ods. 1 písm.</p>	<p>O</p>	<p>A</p>	

	e) desiaty bod]“ nahradit’ textom „ktoré sú vedené v registri zariadení sociálnej pomoci, ktorým bol úradom pridelený číselný kód [§ 20 ods. 1 písm. e) deviaty bod]“. Odôvodnenie: Legislatívno – technická pripomienka vychádzajúca z navrhovanej zmeny uvádzanej predkladateľom novely zákona č. 581/2004 Z. z. v bode č. 26, v zmysle ktorej úrad pre dohľad už nebude viesť „register zariadení sociálnej pomoci poskytujúcich ošetrovateľskú starostlivosť“, ale bude viesť „register zariadení sociálnej pomoci, ktorým bol úradom pridelený číselný kód“. V súvislosti s uvedeným je zároveň potrebné zmeniť aj odkaz uvádzaný v hranatej zátvorke, a to z dôvodu navrhovaného vypustenia bodu 6 z ustanovení § 20 ods. 1 písm. e) zákona č. 581/2004 Z. z. Po vypustení bodu 6 sa doterajšie body 7 až 10 prečíslovávajú na body 6 až 9 (viď. bod 25 predloženej novely zákona č. 581/2004 Z. z.).			
ÚDZS	Čl. IV bod 31 § 20 ods. 5 a 6 V navrhovanom ustanovení § 20 ods. 5 a ods. 6 navrhujeme slovné spojenie „desiateho bodu“ nahradit’ slovným spojením „deviateho bodu“ Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka. Podľa bodu 25 predloženej novely návrhu zákona č. 581/2004 Z. z. sa z ustanovenia § 20 ods. 1 písm. e) vypúšťa šiesty bod, v dôsledku čoho sa doterajšie body 7 až 10 prečíslovávajú na body 6 až 9. Preto pôvodný desiaty bod bude v zmysle novely označený ako deviaty bod (register zariadení sociálnej pomoci).	O	A	
ÚDZS	Čl. IV bod 15 § 15 ods. 8 V predkladateľom navrhovanom znení ustanovenia § 15 ods. 8 zákona navrhujeme: v písm. a) vypustiť text za bodkočiarkou v písm. b) navrhujeme za text „jednotlivo pre každú zdravotnú poisťovňu“ doplniť text v znení: „ktorá je pre zdravotnú poisťovňu záväzná ako minimálna suma celkových výdavkov na zdravotnú starostlivosť pre všetky typy zdravotnej starostlivosti spolu,“ znenie písm. f) navrhujeme upraviť nasledovne: „f) spôsob, rozsah a termíny predkladania oznámenia o výdavkoch podľa typov zdravotnej starostlivosti zdravotnou poisťovňou,“ písm. g) a h) navrhujeme vypustiť. Odôvodnenie: K písm. a) - navrhujeme nepreberať definíciu výdavkov v znení „výdavkami sa	Z	ČA	Ustanovenie prepracované. Na rozporovom konaní zo dňa 29. 07. 2024 rozpor odstránený.

	<p>rozumejú údaje uvedené v účtovnej osnove pre zdravotnú poisťovňu bez zmeny technických rezerv a iných rezerv za obdobie kalendárneho roka, za ktorý sa údaje predkladajú a vecne a časovo s ním súvisia,“ z vyhlášky č. 10/2022 Z. z. z dôvodu, že táto definícia výdavkov je nepresná a mätúca. Pojem „údaje uvedené v účtovnej osnove pre zdravotnú poisťovňu“ je výraz, ktorý nijako nešpecifikuje, o aké údaje sa jedná. Aplikácia prax navyše ukázala, že výklad definície výdavkov, ktorá je momentálne uvedená vo vyhláške č. 10/2022 Z. z. je nepresná a každá zdravotná poisťovňa si ju vykladá inak. Alternatívne, ak má predkladateľ novely za to, že je nevyhnutné definíciu výdavkov zakotviť aj v rámci textu zákona č. 581/2004 Z. z., navrhujeme nasledovné znenie: „Výdavkami sa rozumejú položky účtované v účtovnej skupine 50 Náklady na poistné plnenia podľa účtovnej osnovy pre zdravotné poisťovne podľa osobitného predpisu,36), ktoré vecne a časovo súvisia s vykazovaným obdobím bez obmedzenia účtovnej uzávierky vykazovaného obdobia, avšak bez vplyvu technických rezerv zaúčtovaných ku dňu, ku ktorému sa pripravuje oznámenie.“ Tento údaj by mal korešpondovať s hodnotou nákladov na zdravotnú starostlivosť ocenených produkciou vykazovaného obdobia. Termín predkladania oznámenia je potrebné posunúť na 31. marca nasledujúceho roka, aby bolo zdravotným poisťovníam umožnené zohľadniť doúčtovania daného roka, ktoré prebiehajú v značnej miere aj v marci nasledujúceho roka. Pre prípad zapracovania vyššie uvedenej definície súčasne upozorňujeme na potrebu novelizácie definície skutočných výdavkov v rámci § 4 odsek 2 vyhlášky č. 10/2022 Z. z. s účinnosťou od 1. januára 2025. K písm. b) - úrad pre dohľad vníma potrebu zvýraznenia záväznej povahy celkovej sumy výdavkov určenej na zdravotnú starostlivosť. Celková suma je tvorená súčtom minimálnych súm pre jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti a hodnotou rezervy, ktorá má zdravotným poisťovníam poskytnúť určitú flexibilitu v rámci jednotlivých typov zdravotnej starostlivosti, avšak celková suma určená v rozpočte na zdravotnú starostlivosť má byť dodržaná a použitá na pokrytie potrieb systému verejného zdravotného poistenia. K písm. f) - terminologická úprava, predkladá sa oznámenie o výdavkoch, nie samotné výdavky. K písm. g) – z predloženého návrhu novely zákona č. 581/2004 Z. z.</p>			
--	--	--	--	--

	<p>a jeho príloh nie je zrejmé, za akým účelom má MZ SR programovou vyhláškou ustanoviť úsporné opatrenia pre jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti. V tejto súvislosti poukazujeme na navrhované ustanovenie § 51 zákona č. 581/2004 Z. z. (bod č. 44 predloženej novely), ktoré slúži na riešenie situácie, pri ktorej je potrebné zdravotnej poisťovni ukladať úsporné opatrenia. Navrhovaným ustanovením § 51 zákona č. 581/2004 Z. z. sa predpokladá uloženie povinnosti zdravotnej poisťovni predložiť úradu pre dohľad na schválenie návrh ozdravného plánu, ktorý by z hľadiska svojho obsahu pre prípad, že si to hospodárska situácia zdravotnej poisťovne bude vyžadovať, mal obsahovať konkrétne úsporné opatrenia. Navrhované znenie § 15 ods. 8 písm. g) zákona č. 581/2004 Z. z. je z nášho pohľadu spôsobilé zasiahnuť do výlučnej kompetencie úradu pre dohľad v otázke ukladania úsporných opatrení, ktoré môžu byť predmetom ozdravného plánu. K písm. h) – z predloženého návrhu novely zákona č. 581/2004 Z. z. a jeho príloh nie je zrejmé, za akým účelom má MZ SR programovou vyhláškou ustanoviť ukazovatele produkcie pre jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti.</p>			
<p>ÚDZS</p>	<p>Čl. I bod 5 V predložennom znení bodu č. 5 navrhujeme text „na základe oznámenia úradu o podaných prihláškach“ nahradiť textom „na základe oznámenia úradu podľa odseku 8 písm. a)“ Odôvodnenie: Za účelom predchádzania riziku interpretačných rozdielov v aplikačnej praxi navrhujeme presne špecifikovať aké oznámenie úradu pre dohľad sa navrhovaným ustanovením rozumie. Navrhujeme presne uviesť, že má ísť o oznámenie, ktoré je úrad pre dohľad povinný zasielať zdravotným poisťovniam v zmysle ustanovenia § 6 ods. 8 písm. a) zákona č. 580/2004 Z. z. po prečíslovaní v zmysle navrhovanej novely, t. j. podľa § 6 ods. 11 písm. a) zákona č. 580/2004 Z. z. v aktuálnom znení. Cieľom ja zamedziť riziku takého výkladu predmetného ustanovenia, ktorý by mohol navodiť dojem, že úrad pre dohľad bude oprávnený (resp. povinný) v tejto veci zasielať aj iné oznámenia než tie, ktoré má povinnosť zasielať v zmysle už aktuálneho znenia zákona č. 580/2004 Z. z.</p>	<p>O</p>	<p>A</p>	

<p>ÚDZS</p>	<p>Čl. I bod 6 V predloženom znení bodu č. 6 navrhujeme text „na základe oznámenia úradu o podaných prihláškach“ nahradiť textom „podľa oznámenia úradu zaslaného zdravotnej poisťovni podľa odseku 8 písm. a)“ Odôvodnenie: Za účelom predchádzania riziku interpretačných rozdielov v aplikačnej praxi navrhujeme presne špecifikovať aké oznámenie úradu pre dohľad sa navrhovaným ustanovením rozumie. Navrhujeme presne uviesť, že má ísť o oznámenie, ktoré je úrad pre dohľad povinný zasielať zdravotným poisťovniam v zmysle ustanovenia § 6 ods. 8 písm. a) zákona č. 580/2004 Z. z. po prečíslovaní v zmysle navrhovanej novely, t. j. podľa § 6 ods. 11 písm. a) zákona č. 580/2004 Z. z. v aktuálnom znení. Cieľom ja zamedziť riziku takého výkladu predmetného ustanovenia, ktorý by mohol navodiť dojem, že úrad pre dohľad bude v tejto veci oprávnený (resp. povinný) zasielať aj iné oznámenia než tie, ktoré má povinnosť zasielať v zmysle už aktuálneho znenia zákona č. 580/2004 Z. z.</p>	<p>O</p>	<p>A</p>	
<p>ÚDZS</p>	<p>Čl. IV § 20 ods. 1 písm. e) nad rozsah novely V prvom bode § 20 ods. 1 písm. e) navrhujeme na konci doplniť text v znení: „a údaje o tomto preukaze.“ Odôvodnenie: Zo strany zdravotných poisťovní je úradu pre dohľad zaslaný nielen údaj o tom, že poistencovi bol vydaný preukaz EÚ, ale aj údaje o tomto preukaze (dátum vydania, dôvod vydania, dátum ukončenia platnosti atď.), ktoré následne úrad pre dohľad eviduje v centrálnom registri poistencov. Z uvedeného dôvodu navrhujeme upraviť znenie ustanovenia § 20 ods. 1 písm. e) bod 1 zákona č. 581/2004 Z. z. navrhovaným spôsobom (uvedené nadväzuje na navrhované doplnenie § 16 ods. 6 zákona č. 581/2004 Z. z.).</p>	<p>O</p>	<p>N</p>	<p>Pripomienka nad rámec rozsahu novely. „Údaj o preukaze“ je všeobecný pojem, pričom v predmetnom zákonom ustanovení sú definované konkrétne jednoznačné údaje.</p>
<p>ÚDZS</p>	<p>Čl. IV § 20 ods. 1 písm. e) bod 4 nad rozsah novely V štvrtom bode § 20 ods. 1 písm. e) navrhujeme na konci doplniť text v znení „identifikačné údaje poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v rozsahu webové sídlo, telefónne číslo, faxové číslo, adresa elektronickej pošty a informáciu o bezbariérovom prístupe zdravotníckeho zariadenia pre osoby so zdravotným</p>	<p>O</p>	<p>A</p>	

	<p>postihnutím“. Odôvodnenie: Podľa § 18 ods. 1 písm. k) zákona č. 581/2004 Z. z. vykonáva úrad pre dohľad činnosť národného 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. Zároveň má úrad pre dohľad pri výkone činnosti národného kontaktného miesta povinnosť podľa § 20d ods. 8 písm. b) a f) zákona č. 581/2004 Z. z. na svojom webovom sídle zverejňovať zoznam poskytovateľov zdravotnej starostlivosti podľa osobitného predpisu, ktorí majú vydanú licenciu, povolenie na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia alebo povolenie podľa osobitného predpisu, v rozsahu meno, priezvisko, adresa výkonu zdravotnej činnosti, druh zdravotníckeho zariadenia a jeho odborné zameranie, webové sídlo, telefónne číslo, faxové číslo, adresa elektronickej pošty, ak ide o fyzickú osobu; ak ide o právnickú osobu, aj meno a priezvisko štatutárneho orgánu alebo členov štatutárneho orgánu a meno a priezvisko odborného zástupcu a zoznam poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktorí majú bezbariérový prístup pre osoby so zdravotným postihnutím. Úrad pre dohľad zároveň vedie register poskytovateľov zdravotnej starostlivosti podľa § 20 ods. 1 písm. e) bod 4 zákona č. 581/2004 Z. z., obsahujúci údaje o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, ktoré musia byť na účely plnenia informačných povinností národného kontaktného miesta na žiadosť sprístupňované a zverejňované na webovom sídle úradu pre dohľad. V súčasnosti teda úrad pre dohľad musí okrem vedenia registra poskytovateľov zdravotnej starostlivosti podľa § 20 ods. 1 písm. e) bod 4 zákona č. 581/2004 Z. z. viesť aj osobitný zoznam poskytovateľov zdravotnej starostlivosti s údajmi nad rámec rozsahu registra poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktoré sú potrebné na plnenie informačnej povinnosti národného kontaktného</p>			
--	--	--	--	--

	miesta. Za účelom efektívneho spracúvania údajov o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti je potrebné viesť len jeden zdroj týchto údajov, a teda je potrebné do registra poskytovateľov zdravotnej starostlivosti doplniť aj kontaktné údaje poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a údaje o bezbariérovom prístupe.			
ÚDZS	<p>Čl. I bod 40 § 27a ods. 9 V úvodnej vete § 27a ods. 9 navrhujeme text „do 15. decembra“ nahradiť textom „do 20. decembra“. Odôvodnenie: Navrhujeme posun termínu na vydanie a doručenie rozhodnutia o ročnom prerozdeľovaní poistného z pôvodne určeného termínu - 15. december na termín 20. december kalendárneho roka nasledujúceho po kalendárnom roku, za ktorý sa ročné prerozdeľovanie poistného vykonáva. Dôvodom je pomerne krátky časový úsek, v rámci ktorého, v zmysle aktuálne platnej právnej úpravy, úrad pre dohľad musí spracovať údaje potrebné pre výpočet ročného prerozdeľovania poistného, začať konanie vo veci, spracovať a vydať rozhodnutie o ročnom prerozdeľovaní poistného a doručiť predmetné rozhodnutie všetkým trom zdravotným poisťovniam. Aplikčná prax úradu pre dohľad ukázala, že aktuálne platný termín na vydanie a doručenie rozhodnutia o ročnom prerozdeľovaní poistného, a to aj vzhľadom na narastajúci počet atribútov zohľadňovaných v procese prerozdeľovania, nie je postačujúca. Pôvodný termín 15. december bol zvolený s ohľadom na skutočnosť, že v minulosti boli príspevky vybraným subjektom pôsobiacim v sektore zdravotníctva (úrad pre dohľad, operačné strediská, NIHO, NCZI), ktoré sa odvíjajú od výsledku ročného prerozdeľovania poistného uhrádzané v decembri kalendárneho roka, v ktorom sa ročné prerozdeľovanie poistného vykonávalo, a to na nasledujúci kalendárny rok. Nakoľko sú za súčasného právneho stavu príspevky predmetným subjektom splatné až v príslušnom roku (v januári kalendárneho roka na daný kalendárny rok), tento dôvod na doručenie rozhodnutia o ročnom prerozdeľovaní poistného v termíne do 15. decembra pominul.</p>	O	A	
ÚDZS	<p>Čl. I bod 73 § 28a ods. 7</p>	O	A	

	<p>Znenie bodu 73 navrhujeme upraviť nasledovne: V § 28a sa odsek 7 dopĺňa písmenom c), ktoré znie: „c) identifikačné číslo poistenca v centrálnom registri poistencov.“ Odôvodnenie: Navrhujeme, aby úrad pre dohľad v rámci plnenia svojej oznamovacej povinnosti voči zdravotným poisťovniam v zmysle § 28a ods. 7 zákona č. 580/2004 Z. z., realizoval oznámenie len vo vzťahu k viacročnej nákladovej skupine bez toho, aby súčasťou tohto oznámenia boli aj predkladateľom navrhované údaje o poistencoch zaradených v skupine nadmerného prepoistenia. Dôvodom je skutočnosť, že pri viacročnej nákladovej skupine sa uvádzajú údaje len o poistencoch s nenulovým indexom. Ak by súčasťou tohto oznámenia mali byť aj údaje o poistencoch zaradených v skupine nadmerného prepoistenia, potom by v rámci tohto oznámenia boli uvedení len tí poistenci spadajúci do skupiny nadmerného prepoistenia, ktorým by prislúchal nenulový index v rámci viacročnej nákladovej skupiny, bolo by totiž problematické, neprehľadné a mátauce v rámci jedného oznámenia poskytnúť kompletne údaje ako o poistencoch s nenulovým indexom, tak aj o poistencoch s identifikovaným nadmerným prepoistením, v prípade ktorých môže index nulový. Pre zasielanie údajov vo vzťahu k poistencom zaradeným do skupiny nadmerného prepoistenia navrhujeme zaviesť osobitný typ oznámenia doplnením odseku 8 do ustanovenia § 28a zákona č. 580/2004 Z. z.</p>			
Union ZP	<p>Čl. II nad rámec MPK § 25 ods. 1 písm. e) navrhujeme upraviť nasledovne: "príslušnej zdravotnej poisťovne na účely vykonávania verejného zdravotného poistenia celom rozsahu," Navrhujeme rozšíriť účel sprístupnenia zdravotnej dokumentácie, a to z dôvodu, že zdravotná dokumentácia je potrebná pre zdravotnú poisťovňu aj vo vzťahu k iným činnostiam, ako len revízia kontrola, napr. pri uplatňovaní regresných nárokov. Pripomienku považujeme za obyčajnú.</p>	O	N	Nad rámec rozsahu novely.
Union ZP	<p>Čl. I § 27f Do §27f navrhujeme doplniť druhú vetu, ktorá znie: "Ak má poistenec menej ako 7 rokov, do skupiny nadmerného prepoistenia sa zaradí, ak v období siedmich kalendárnych rokov predchádzajúcich kalendárnemu roku, na ktorý</p>	O	A	

	sa určuje index rizika nákladov, zmenil zdravotnú poisťovňu spôsobom podľa § 7 ods. 2 prvej vety najmenej dvakrát." Považujeme za potrebné doriešiť aj skupinu poistencov, ktorí by nespádali do obdobia siedmich kalenárnych rokov trvania ich poistného vzťahu. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.			
Union ZP	Čl. I § 8 ods. 8 Druhú vetu v § 8 ods. 8 navrhujeme vypustiť. Navrhovanú povinnosť informovania poistenca považujeme za nadbytočnú, neúčelnú, nehospodárnu a ďalšiu zbytočnú administratívnu záťaž pre zdravotné poisťovne. Nevidíme žiadnu pridanú hodnotu v tom, že poistenca informujeme o oprave zjavných chýb v písaní, pokiaľ tie boli odstránené na základe ním predloženého občianskeho preukazu. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.	O	A	
Union ZP	Čl. IV § 15 ods. 8 Navrhujeme odsek 8 vypustiť v celom rozsahu. Vyhláška, ktorú MZ vydáva na základe tohto splnomocňujúceho ustanovenia je už dva roky po sebe vydaná v rozpore s týmto ustanovením, MZ ňou nezohľadňuje pomer výdavkov zdravotných poisťovní spred dvoch rokov, nezohľadňuje potreby poistného kmeňa tej-ktorej zdravotnej poisťovne, núti neefektívne a nehospodárne financovať tie segmenty, v ktorých poistenci našej zdravotnej poisťovne reálne nečerpajú zdravotnú starostlivosť, naopak, poskytuje nedostatočne prostriedky v tom segmente, kde to naši poistenci potrebujú. Takáto regulácia je nerozumná, neúčelná a nespravodlivá. Pokiaľ by našej požiadavke na vypustenie odseku 8 nebolo vyhovené, alternatívne navrhujeme nasledovné úpravy: 1. Súčasná právna úprava predpokladá, že štruktúra výdavkov vychádza z pomerov výdavkov spred dvoch rokov. V navrhovanej právnej úprave absentuje takýto východiskový parameter, čím nie je zabezpečená predvídateľnosť výdavkov na ten-ktorý typ zdravotnej starostlivosti u jednotlivej zdravotnej poisťovni, a reálne hrozí, že ministerstvom nadiktovaná štruktúra nebude zohľadňovať potreby poistného kmeňa jednotlivej zdravotnej poisťovne. 2. Nesúhlasíme s tým, aby MZ SR malo lehotu na vydanie vyhlášky do 31.3. Vydanie vyhlášky v priebehu kalendárneho roka, na ktorý sa vzťahuje,	O	N	Ustanovenie § 15 ods. 8 prepracované.

<p>je tzv. nepriamou retroaktivitou. Nepravá retroaktivita nie je štandardný vstup do existujúcich právnych vzťahov. Je však ústavne prípustná, ak existujú závažné dôvody všeobecného záujmu, ktoré si môže vyžiadať alebo odôvodniť prelomenie zásady zákazu spätnej pôsobnosti v prospech slobodnej tvorby právnej úpravy zo strany zákonodarcu. V prípade vydania vyhlášky po prvom kvartáli kalendárneho roku nie sú naplnené tieto ústavné požiadavky. Vyhláška vydaná do 31.03. zasahuje už do existujúcich zmluvných vzťahov, teda skutkové podstaty, ktoré sa udiali pred jej účinnosťou (uzatvorenie zmlúv s poskytovateľmi a uhrádzanie zdravotnej starostlivosti počas prvého kvartála) spája s novými právnymi následkami (povinnosť počas troch kvartálov navýšiť výdavky na niektoré typy zdravotnej starostlivosti, aby sa na konci rokov „zmestila“ do stanovených percent). A tým zasahuje do legitímnych očakávaní zdravotných poisťovní. Takto vydaná vyhláška by bola vydaná v rozpore so zákazom retroaktivity. 3. Nesúhlasíme s písm. b) navrhovaného znenia a navrhujeme ho vypustiť. Zákon č. 581/2004 Z. z. v § 6a určuje minimálnu výšku výdavkov na zdravotnú starostlivosť. Navrhované písm. b) je tak nadbytočné a zároveň môže byť rozporné so zákonom. 4. Nesúhlasíme s písm. c) navrhovaného znenia a navrhujeme ho vypustiť. Už vo vyhláške č. 55/2024 Z. z. absentuje tento údaj (napriek tomu, že ho zákon predpokladá), čo znamená, že už dnes MZ SR ako tvorca vyhlášky považuje tento parameter za nerelevantný. 5. Navrhujeme vypustiť písm. e) navrhovaného znenie, keďže spôsob určenia minimálnych súm výdavkov pre typy zdravotnej starostlivosti musia byť určené zákonom (viď tiež bod 1). 6. Navrhujeme vypustiť písm. g) navrhovaného znenia. Považujeme to za dvojité a nadbytočnú reguláciu výdavkov zdravotných poisťovní, keďže vyhláška určuje výdavky na jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti, čo v sebe by malo obsahovať aj štátom požadované úspory. Zdravotné poisťovne s ohľadom na potreby svojho poisťného kmeňa vedia najlepšie identifikovať možnosti úspor, tak aby dodržali vyhláškou požadovanú výdavkovú štruktúru. 7. Ustanovenie písmena h) je nevykonateľné vzhľadom na jeho nezrozumiteľnosť (pojem „ukazovatele produkcie“ je nejasný, neurčitý). Navrhujeme ho vypustiť. Zároveň upozornujeme na fakt, že zdravotné poisťovne sú povinné vypracovať</p>		
---	--	--

	<p>obchodno-finančný plán, ktorý však s ohľadom na reguláciu prostredníctvom programovej vyhlášky a jej neskoré vydanie nie je možné objektívne naplniť. Obchodno-finančný plán za takých predpokladov neplní svoj účel, na druhej strane s jeho neplnením je spojená aj hrozba sankcie. Navrhujeme preto, ak by našej požiadavke na vypustenie odseku 8 nebolo vyhovené, vypustiť povinnosť predkladať obchodno-finančný plán podľa § 11 ods. b) zákona č. 581/2004 Z. z. a § 15 ods. 1 písm. u) zákona č. 581/2004 Z. z. Pripomienku považujeme za zásadnú.</p>			
Union ZP	<p>Čl. IV nad rámec MPK</p> <p>Navrhujeme v § 6 ods. 1 písm. f) za slovo „poistného“ vložiť slová: „vo veci vykonávania verejného zdravotného poistenia; poradenstvo pozostáva aj z aktívneho vyhľadávania a stanovovania rizikových faktorov ochorení a poradenstva o zdraví, životospráve, zdravom životnom štýle, preventívnych zdravotníckych programoch slúžiacich na odhaľovanie ochorení a podporu zdravého spôsobu života a zdravia poistencov a motivácie k pozitívnym zmenám pri predchádzaní ochoreniam“. V súvislosti s možnosťou „aktívneho poradenstva“ zo strany zdravotných poisťovní a na potrebu meniť správanie poistencov pozitívnym smerom, a to nielen k vyššej starostlivosti o zdravie ale aj k absolvovaniu preventívnych prehliadok predovšetkým u všeobecných lekárov, navrhujeme spresnenie v nadväznosti na aktivity zdravotných poisťovní súvisiacich s poradenstvom o zdravom životnom štýle (napr. preventívne pripomienky), že poradenstvo sa týka aj poradenstva o zdraví, životospráve, zdravom životnom štýle, preventívnych zdravotníckych programoch slúžiacich na odhaľovanie ochorení a podporu zdravého spôsobu života a zdravia poistencov. Za týmto účelom by zdravotná poisťovňa aktívne komunikovala s poistencami. Pri vykonávaní poradenstva ako jednej z činností zdravotnej poisťovne môže dochádzať aj k spracúvaniu osobných údajov, vrátane osobitnej kategórie osobných údajov poistencov alebo platiteľov poistného, ktoré zdravotná poisťovňa môže spracúvať bez súhlasu dotknutej osoby podľa ustanovenia § 16 ods. 7 predmetného zákona, podľa ktorého: „Zdravotná poisťovňa pri svojej činnosti spracúva osobné údaje35ca)</p>	O	N	<p>Nad rámec rozsahu novely. Definícia činností zdravotnej poisťovne (§ 6 ods. 1) nie je predmetom tejto novely.</p>

	dotknutých osôb v rozsahu svojej činnosti a iné údaje poistencov a ich zákonných zástupcov, tretích osôb, voči ktorým má zdravotná poisťovňa pohľadávku podľa osobitného predpisu,35cb) platiteľov poistného a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na účely vykonávania verejného zdravotného poistenia určené v tomto zákone alebo v osobitných predpisoch.35cc) Na spracovanie osobných údajov sa na tento účel nevyžaduje súhlas dotknutej osoby.35ca)“. Pripomienku považujeme za obyčajnú.			
Union ZP	Čl. IV nad rámec MPK Navrhujeme vypustiť odsek 2 v § 8d. Dôvodom je skutočnosť, že aplikačná prax ukázala, že lehotu 60 dní pre oznámenia zmien v revízných pravidlách nie je možné dodržať. Zmena revízných pravidiel vyplýva v drvivej väčšine z rokovaní o zmluvných podmienkach PZS so zdravotnými poisťovňami. Aktualizované revíznej pravidlá pre ten-ktorý segment sa v takom prípade uplatňujú hneď, prípadne niekedy aj spätne. V takých prípadoch nie je možné dodržať lehotu 60 dní. Pripomienku považujeme za zásadnú.	O	N	Nad rámec rozsahu novely.
Union ZP	Čl. IV § 76 ods. 3 písm. m) Písmeno m) doplnené do odseku 3 § 76 navrhujem vypustiť. Podľa osobitného predpisu, na ktorý písm. m) odkazuje, sú Rade pre rozpočtovú zodpovednosť povinné poskytovať súčinnosť subjekty verejnej správy. Súkromne zdravotné poisťovne nie sú subjekty verejnej správy, preto je pre nich plnenie tejto povinnosti nevykonateľné. Pripomienku považujeme za obyčajnú.	O	ČA	Vypustená poznámka pod čiarou, odkazujúca na potrebu súčinnosti subjektov verejnej správy. Samotná povinnosť ponechaná, nakoľko zdravotné poisťovne hospodária s financiami, ktoré sú vo svojej podstatnej časti súčasťou rozpočtu verejnej správy.
Union ZP	Čl. I § 9 ods. 8 S návrhom na rozšírenie rozsahu zdravotnej starostlivosti dlžníkom nesúhlasíme a vnímame ho ako demotivujúce pre disciplínu platenia zdravotných odvodov. Obmedzenie zdravotnej starostlivosti je nástrojom ako motivovať dlžníka k úhrade, pričom zrušenie tohto obmedzenia môže byť negatívne vnímané platiteľmi, ktorí si svoje odvody riadne platia a voči nim nespravodlivé. Zároveň upozorňujeme, že od poslednej novely, ktorá rozšírila nárok dlžníkov na úhradu zdravotnej starostlivosti nedošlo k vyjasneniu toho,	O	N	Zdravotná poisťovňa bude aj naďalej vymáhať dlžné poistné od dlžníkov štandardnými nástrojmi (výkaz nedoplatkov, exekúcia...). Slovenská republika ako jeden z mála štátov v EÚ má v legislatíve pomerne kontroverzné ustanovenie o obmedzení základného rozsahu zdravotnej starostlivosti pre

	aká zdravotná starostlivosť spadá do rozsahu zdravotnej starostlivosti poskytovanej na liečbu chronického ochorenia, resp. ktoré ochorenia máme pre tento účel považovať za chronické. Môžu tak vznikáť rozdielne prístupy k úhrade zdravotnej starostlivosti a rozdielnemu nároku dlžníkov na úhradu zdravotnej starostlivosti. Pripomienku považujeme za obyčajnú.			dlžníkov; predkladateľ pristupuje k úprave tohto ustanovenia a neustanovuje, že nie je potrebné platiť zdravotné poistenie, ako uvádza predkladateľ pripomienky.
Union ZP	Čl. I § 5 ods. 4 a 5 V súvislosti s riešením problematiky tzv. mrtvých duší považujeme za potrebné obdobne riešiť aj poistné vzťahy osôb, ktoré si neplnia oznamovaciu povinnosť najmä v súvislosti s odchodom do zahraničia a do zákona doplniť domnienku zániku ich poistného vzťahu za splnenia prísnejších podmienok. Dôvodom je, že pri vykonávaní ich verejného zdravotného poistenia vznikajú neopodstatnené náklady zdravotnej poisťovni a častokrát sa spätne ukáže, že poistný vzťah týchto osôb mal zaniknúť oveľa skôr. Pripomienku považujeme za obyčajnú	O	N	Nad rámec rozsahu novely.
Union ZP	Čl. I § 6 ods. 2 až 4 V súvislosti s touto úpravou navrhujeme upresniť, aké práva a povinnosti majú byť realizované v mene osoby pozbavenej osobnej slobody. Či ide o všetky práva a povinnosti podľa zákona č. 580/2004 Z. z. ako aj iných osobitných predpisov (napr. vrátenie limitu spoluúčasti, vrátenie preplatku, či plnenie oznamovacích povinností má realizovať iba ÚVTOS, či zdravotná poisťovňa má komunikovať len s ÚVTOS). Ak by tomu tak malo byť, upozorňujeme, že zdravotné poisťovne nemajú informáciu o tom, v ktorom zariadení sa jej poistenec vo výkone trestu nachádza. Dochádza preto k praktickým problémom pri realizácii práv a povinností osôb umiestnených v ÚVTOS. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.	O	A	Upravený rozsah oprávnenia v § 29b zákona.
Verejnoscť	Čl. zákon č. 581/2004 Z. § §6 zásadná Navrhujeme v § 6 ods. 1 písm. f) za slovo „poistného“ vložiť slová: „vo veci vykonávania verejného zdravotného poistenia; poradenstvo pozostáva aj z aktívneho vyhľadávania a stanovovania rizikových faktorov ochorení a poradenstva o zdraví, životospráve, zdravom životnom štýle, preventívnych	O	N	Nad rámec rozsahu novely. Definícia činností zdravotnej poisťovne (§ 6 ods. 1) nie je predmetom tejto novely.

	<p>zdravotníckych programoch slúžiacich na odhaľovanie ochorení a podporu zdravého spôsobu života a zdravia poistencov a motivácie k pozitívnym zmenám pri predchádzaní ochoreniam“. V súvislosti s novými benefitmi zdravotných poisťovní s možnosťou „aktívneho poradenstva“ zo strany poisťovní a na potrebu meniť správanie poistencov pozitívnym smerom, a to nielen k vyššej starostlivosti o zdravie ale aj k absolvovaniu preventívnych prehliadok predovšetkým u všeobecných lekárov, navrhujeme spresnenie v nadväznosti na aktivity zdravotných poisťovní súvisiacich s poradenstvom o zdravom životnom štýle (napr. preventívne pripomienky), že poradenstvo sa týka aj poradenstva o zdraví, životospráve, zdravom životnom štýle, preventívnych zdravotníckych programoch slúžiacich na odhaľovanie ochorení a podporu zdravého spôsobu života a zdravia poistencov. Za týmto účelom by zdravotná poisťovňa aktívne komunikovala s poistencami. Pri vykonávaní poradenstva ako jednej z činností zdravotnej poisťovne môže dochádzať aj k spracúvaniu osobných údajov, vrátane osobitnej kategórie osobných údajov poistencov alebo platiteľov poistného, ktoré zdravotná poisťovňa môže spracúvať bez súhlasu dotknutej osoby podľa ustanovenia § 16 ods. 7 predmetného zákona, podľa ktorého: „Zdravotná poisťovňa pri svojej činnosti spracúva osobné údaje35ca) dotknutých osôb v rozsahu svojej činnosti a iné údaje poistencov a ich zákonných zástupcov, tretích osôb, voči ktorým má zdravotná poisťovňa pohľadávku podľa osobitného predpisu,35cb) platiteľov poistného a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na účely vykonávania verejného zdravotného poistenia určené v tomto zákone alebo v osobitných predpisoch.35cc) Na spracovanie osobných údajov sa na tento účel nevyžaduje súhlas dotknutej osoby.35ca)“. AZPSR - zásadná</p>			
<p>Verejnost'</p>	<p>Celému materiálu Navrhujeme v celom zákone nahradiť slovo "bezdomovec" pomenovaním "človek bez domova". Odôvodnenie: Pomenovanie "človek bez domova" a od neho odvodené výrazy nahradili v odbornej diskusii pomenovanie "bezdomovec". Tento výraz používa aj oficiálny materiál k danej téme - Národná koncepcia prevencie a ukončovania bezdomovstva. Zároveň je výraz</p>	<p>O</p>	<p>A</p>	

	"človek bez domova" viac humánny ako výraz "bezdomovec". Typ pripomienky: bežná			
Verejnosť	<p>§ §6 Navrhujeme vypustiť v § 6 odsek 12 a doterajšie odseky 13 a 14 označiť ako odseky 12 a 13. Navrhujeme vypustiť pôvodné znenie 15 v § 6 zákona č. 580/2004 Z. z. týkajúce sa povinnosti zdravotnej poisťovne do jedného mesiaca od prijatia informácie o prijatí prihlášky poistenca v inej zdravotnej poisťovni v listinnej alebo elektronickej podobe informovať poistenca. Ide o zvýšenú administratívnu záťaž aj finančnú záťaž pre zdravotnú poisťovňu. Navyše máme za to, že poistenec je informovaný o zmene zdravotnej poisťovne listom, ktorý je zdravotná poisťovňa, v ktorej si podal prihlášku, povinná zasielať v zmysle § 25 ods. 1 písm. n) zákona č. 580/2004 Z. z. Ide o duplicitnú informáciu pre poistenca, že zmenil zdravotnú poisťovňu – na jednej strane od zdravotnej poisťovne, v ktorej si prihlášku na zmenu podal, a na strane druhej od zdravotnej poisťovne, z ktorej sa prepoistil. AZPSR</p>	O	N	Doručenie informácie poistencovi o prijatí prihlášky v inej zdravotnej poisťovni je dôležitý nástroj na predchádzanie podvodným prepoisteniam.
Verejnosť	<p>Čl. Čl. II Navrhujeme vypustiť znenie Čl. II v plnom rozsahu. Uvedené navrhujeme vzhľadom na to, že sestra ADOS poskytuje domácu ošetrovateľskú starostlivosť na základe indikácie lekára, ktorý okrem iného indikuje a predpisuje aj liečivá, lieky a zdravotnícke pomôcky podľa Prílohy č. 15 Odborného usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o vedení zdravotnej dokumentácie č. 07594/2009 – OZS, ktoré sestra aplikuje v rámci poskytovanej zdravotnej starostlivosti. V opačnom prípade je potrebné doplniť informáciu o tom, kto bude v týchto prípadoch indikovať zdravotnú starostlivosť, predpisovať liečbu a ďalej konzultovať prípadnú reakciu na liečbu a jej pokračovanie. AZPSR</p>	O	N	Ustanovenie doplnené –činnosť sestry bude vykonávaná v rozsahu ošetrovateľskej praxe poskytovanej samostatne sestrou alebo pôrodnou asistentkou podľa osobitného predpisu, pri použití voľnopredajných liekov a voľnopredajného špecializovaného zdravotníckeho materiálu.
Verejnosť	<p>Čl. Článok IV bod 6 zásadná Odvolávku na osobitný predpis v novelizačnom ustanovení § 6a ods. 12 navrhujeme upraviť nasledovne: „18ed) § 42 ods., 4 a zákona č. 577/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov § 88 ods. a 6 zákona č. 363/2011 Z. z. v znení</p>	O	A	

	neskorších predpisov.“. Zahrnúť do limitu 0,5% úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej nezmluvným poskytovateľom a ním predpísané lieky, či zdravotný výkon, ktorý nie je uvedený v Zozname zdravotných výkonov indikovaných pri jednotlivých chorobách, hradený len s predchádzajúcim súhlasom revízneho lekára, by akcelerovalo trend znižovania dostupnosti ambulantnej zdravotnej starostlivosti na Slovensku. Táto kompetencia zdravotných poisťovní nemôže byť limitovaná, často zabezpečuje kontinuitu poskytovanej ZS po vystúpení PZS zo siete verejných poskytovateľov ZS. Do dôvodovej správy – osobitná časť, prosíme doplniť text: „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 choroby • 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 tak u detí, seniorov ako aj žien a mužov v produktívnom veku.“ AZPSR - zásadná			
Verejnost'	§ § 22 ods. 2 písm. f) V § 22 ods. 2 písm. f) – navrhujeme vypustiť slová „písm. a) až f), h), i), m) až q) a s) až u)“. V platnom znení vyššie uvedeného ustanovenia má poistenec povinnosť poskytnúť súčinnosť pri preukazovaní platiteľa – štát avšak z tejto povinnosti sú vylúčené kategórie poistenca štátu podľa § 11 ods. 7 písm. g), j), k), l) a r), máme za to, že poistenec aj keď ide o kategórie, ktoré si oznamuje sám pri vzniku platiteľa by mal mať aj povinnosť poskytnúť zdravotnej poisťovni súčinnosti pri preukazovaní nároku na trvanie tejto kategórie poistenca štátu – uvedená súčinnosť je potrebná najmä pri ukončovaní kategórie poistenca štátu. AZPSR	O	A	
Verejnost'	§ § 29b V § 29b navrhujeme za odsek 23 doplniť nový odsek 24, ktorý znie: „(24) Súd	O	N	Nad rámec rozsahu novely. Zmena nebola predmetom MPK a nemohlo by sa k nej

	<p>poskytuje elektronicky do elektronickej schránky(16m) zdravotnej poisťovne, ktorá prihlásila pohľadávku alebo záväzok do dedičského konania, právoplatné rozhodnutie o dedičstve(55h) alebo o zastavení dedičského konania 55g), a to najneskôr do 15 dní odo dňa nadobudnutia právoplatnosti takéhoto rozhodnutia.“. Poznámky pod čiarou k odkazu 55g) a 55h) znejú: „55g) § 187 a 188 zákona č. 161/2015 Z. z. Civilný mimosporový poriadok v znení neskorších predpisov. 55h) § 203 zákona č. 161/2015 Z. z. Civilný mimosporový poriadok v znení neskorších predpisov.“ Zdravotným poisťovniam nie je automaticky zo strany súdov/notárov zasielané právoplatné rozhodnutie o skončení dedičského konania, v prípadoch keď nie sú zdravotné poisťovne účastníkmi dedičského konania, ale len prihlasovali svoje pohľadávky/záväzky do dedičského konania, čo má za následok oddialenie vymáhania pohľadávok zdravotných poisťovní od dediča, za ktoré dedič zodpovedá do výšky ceny nadobudnutého dedičstva ako aj oddialenie vrátenia záväzkov zo strany zdravotných poisťovní dedičovi/dedičom. AZPSR</p>			vyjadriť vecne príslušné ministerstvo.
Verejnost'	<p>Čl. Čl. I bod 78 V § 29b ods. 20 navrhujeme za slová „poskytuje“ doplniť slová „najmenej raz za 7 dní“. V súvislosti s uvedeným zároveň za § 38ezh navrhujeme doplniť § 38ezi, ktorý vrátane nadpisu znie: „§ 38ezi Prechodné ustanovenie k úpravám účinným od 01. januára 2026 Národné centrum zdravotníckych informácií poskytne príslušnej zdravotnej poisťovne údaje podľa §29b ods. 20 prvýkrát do 10. januára 2026.“. Navrhujeme doplniť lehotu na poskytovanie údajov zo strany NCZI. Zároveň navrhujeme upraviť lehotu na prvé poskytnutie údajov podľa § 29b ods. 20 zákona. AZPSR</p>	O	A	
Verejnost'	<p>Čl. Čl. I bod 80 V § 38ezh navrhujeme zmeniť názov na „Prechodné ustanovenia k úpravám účinným od 1. januára 2025“ a doplniť odsek 2 v nasledovnom znení: „(2) Mesačné prerozdeľovanie podľa tohto zákona v znení účinnom od 1. januára 2025 sa vykoná prvýkrát v marci 2025 za január 2025 a ročné prerozdeľovanie podľa tohto zákona v znení účinnom od 1. januára 2025 sa vykoná prvýkrát za</p>	O	A	

	rok 2025 v roku 2026.“. Úprava súvisiaca s vykonaním mesačného a ročného prerozdelenia po účinnosti novely. AZPSR			
Verejnosť	<p>Čl. K článku IV bodu 52</p> <p>V § 76 sa odsek 3 dopĺňa písmenami m) a n) Nesúhlasíme s doplneným písm. m) S navrhovaným doplnením nesúhlasíme a navrhujeme ho vypustiť. Podľa osobitného predpisu, na ktorý písm. m) odkazuje, sú Rade pre rozpočtovú zodpovednosť povinné poskytovať súčinnosť subjekty verejnej správy. Súkromne zdravotné poisťovne nie sú subjekty verejnej správy, preto je pre nich plnenie tejto povinnosti nevykonateľné. AZPSR</p>	O	ČA	Vypustená poznámka pod čiarou, odkazujúca na potrebu súčinnosti subjektov verejnej správy. Samotná povinnosť ponechaná, nakoľko zdravotné poisťovne hospodária s financiami, ktoré sú vo svojej podstatnej časti súčasťou rozpočtu verejnej správy.
Verejnosť	<p>Čl. I. § 9 ods. 8</p> <p>V čl. I. v § 9 ods. 8 v písm. f) navrhujeme doplniť "ošetrovateľskú starostlivosť poskytovanú v zariadení sociálnych služieb". Odôvodnenie: Vo vybraných zariadeniach sociálnych služieb sa poskytuje ošetrovateľská starostlivosť na základe indikácie. Zariadeniam sociálnych služieb je následne ošetrovateľská starostlivosť preplácaná zdravotnými poisťovňami a to paušálnymi platbami (pokiaľ majú podpísanú zmluvu so ZP). Týka sa to však iba klientov zariadení, ktorí nemajú dlh na zdravotnom poistení. Navrhujeme doplniť možnosť úhrady za poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnych služieb aj pre ľudí bez domova a dlžníkov na zdravotnom poistení. Vzhľadom k tomu, že klienti týchto zariadení sú odkázaní na pomoc inej fyzickej osoby a ošetrovateľská starostlivosť je indikovaná, vnímame z dostupnenie tejto starostlivosti aj pre dlžníkov ako preventívne opatrenie a predchádzanie zhoršeniu ich zdravotného stavu, ktoré by mohlo u daných ľudí viesť ku ohrozeniu ich života a následnej potrebe poskytnúť neodkladnú zdravotnú starostlivosť.</p>	O	A	
Verejnosť	<p>Čl. Článok I bod 16</p> <p>V novelizačnom § 8 ods. 8, navrhujeme poslednú vetu „O vykonanej oprave je zdravotná poisťovňa povinná informovať osobu, ktorá prihlášku podala“ vypustiť. Navrhovanú povinnosť informovania poistenca považujeme za nadbytočnú a zbytočnú (ďalšiu) administratívnu záťaž pre zdravotné</p>	O	A	

	poisťovne. Nevidíme žiadnu pridanú hodnotu v tom, že poisťovňa informujeme o oprave zjavných chýb v písaní, pokiaľ tie boli odstránené na základe ním predloženého občianskeho preukazu. AZPSR: bežná			
Verejnosť	Čl. K článku I bod 54 Typ: obyčajná Vo vzťahu k novo navrhovanému parametru prerozdelenia upozorňujeme, že pokiaľ nepoznáme špecifikáciu tohto parametra, bez toho, aby MZ bližšie špecifikovalo, ako bude tento parameter vstupovať do prerozdelenia, nevieme uplatniť žiadne pripomienky. Zároveň upozorňujeme, že je potrebné zadefinovať ešte parameter zvlášť pre deti, ktoré do tej skupiny dlhodobo nespádajú. AZPSR	O	A	
Verejnosť	Celému materiálu Zjednotiť alebo zjednodušiť postup opravy poistného v zdravotnom poistení so sociálnym poistením: Právna úprava v zákone č. 461/2003 Z.z. o sociálnom poistení ("ZSP") od 1.1.2020: V súlade s ust. § 65a ods. 1 ZSP: "Ak skutočnosťou rozhodujúcou na posúdenie vzniku, trvania alebo zániku sociálneho poistenia a na posúdenie platenia poistného na sociálne poistenie je dovŕšenie dôchodkového veku alebo priznanie dôchodku, právne účinky: a) dovŕšenia dôchodkového veku nastávajú dňom, ktorý Sociálna poisťovňa určila ako deň dovŕšenia dôchodkového veku, najskôr dňom jeho určenia, b) priznania dôchodku nastávajú dňom vydania rozhodnutia o priznaní dôchodku. To znamená, že ak je zamestnancovi priznaný dôchodok spätne, zamestnávateľ je povinný od 1.1.2020 opravovať mesačné výkazy poistného a príspevkov odo dňa vydania rozhodnutia o priznaní dôchodku, a nie odo dňa jeho priznania - ako platilo do 31.12.2019. Aj preplatok na poistnom môže vzniknúť najskôr odo dňa vydania rozhodnutia o priznaní dôchodku. **** Právna úprava v zákone č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení: Postup opravy poistného pri spätnom uznaní invalidity nad 40% (spojenej aj s priznaním invalidného dôchodku) sa realizuje na účely zdravotného poistenia inak. Rozhodujúci je dátum uznania invalidity (aj priznania invalidného dôchodku), a nie deň vydania rozhodnutia Sociálnej poisťovne o jeho priznaní. Takže v zdravotnom	O	ČA	Zrušená povinnosť spätných opráv za obdobia, za ktoré doposiaľ nemalo byť vykonané ročné zúčtovanie poistného.

<p>poistení sa uplatňuje systém opravy poistného stále taký, aký platil v sociálnom poistení len do 31.12.2019. § 24 ods. 1 písm. m) ZZZP: "Platiteľ poistného, ktorý je zamestnávateľom, samostatne zárobkovo činnou osobou alebo platiteľom poistného podľa § 11 ods. 2, je povinný v elektronickej podobe zaslať opravené nesprávne vykázané údaje v mesačnom výkaze alebo oznámení zamestnávateľa o poistencoch pri zmene platiteľa poistného na základe chybového protokolu zaslaného zdravotnou poisťovňou do 30 dní odo dňa jeho doručenia, ak ide o zamestnávateľa; chybovým protokolom sa rozumie výstup zo spracovania mesačného výkazu alebo oznámenia zamestnávateľa o poistencoch pri zmene platiteľa poistného, v ktorom sú zosumarizované chyby medzi vykázanými alebo oznámenými údajmi a údajmi evidovanými zdravotnou poisťovňou v informačnom systéme § 12 ods. 2 a 3 ZZZP: Na účely tohto zákona sa za osobu so zdravotným postihnutím považuje fyzická osoba a) uznaná za invalidnú,48) b) s ťažkým zdravotným postihnutím, ktorého miera funkčnej poruchy je najmenej 50 %.49) Sadzba poistného pre osoby so zdravotným postihnutím sa uplatní v kalendárnom mesiaci, v ktorom bola táto osoba považovaná za osobu so zdravotným postihnutím aspoň jeden deň. **** NÁVRH RIEŠENIA 1 - zjednotiť postup so sociálnym poistením: Doplniť do zákona do § 12 nový ods. 4 ZZZP: "Ak skutočnosťou rozhodujúcou na posúdenie platenia preddavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie je uznanie osoby za osobu so zdravotným postihnutím podľa § 12 ods. 2 ZZZP, právne účinky nastávajú dňom vydania rozhodnutia o uznaní osoby za invalidnú alebo dňom vydania preukazu občana s ťažkým zdravotným postihnutím alebo preukazu občana s ťažkým zdravotným postihnutím so sprievodcom. Doplniť do § 24 ods. 1 písm. a) text vyznačený boldom: "Platiteľ poistného, ktorý je zamestnávateľom, samostatne zárobkovo činnou osobou alebo platiteľom poistného podľa § 11 ods. 2, je povinný vypočítať preddavok na poistné, riadne a včas platiť a odvádzať preddavky na poistné a vykazovať poistné príslušnej zdravotnej poisťovni (§ 15 až 17 a § 20) a odvádzať preddavky na poistné za poistencov, ktorých potvrdené prihlášky sa stali predmetom prevodu poistného kmeňa podľa osobitného predpisu,53bb); za osobu so zdravotným postihnutím sa sadzba poistného pre osoby so</p>			
---	--	--	--

	<p>zdravotným postihnutím uplatní v kalendárnom mesiaci, v ktorom bolo vydané rozhodnutie o uznaní osoby za invalidnú alebo v ktorom bol vydaný preukaz občana s ťažkým zdravotným postihnutím alebo preukazu občana s ťažkým zdravotným postihnutím so sprievodcom. Záver: To znamená, že oprava už vykázaných preddavkov na poistné sa bude vykonávať rovnako ako v sociálnom poistení od mesiaca, kedy bolo vydané rozhodnutie SP, a nie spätne (aj niekoľko mesiacov dozadu), kedy bola spätne uznaná invalidita (zmena v zákone o sociálnom poistení platná od 1.1.2020). NÁVRH RIEŠENIA 2 - zachovať súčasný právny stav a korekciu poistného bude vykonávať ZP v RZZP: Doplniť do § 24 ods. 1 písm. a) text vyznačený boldom: "Platiteľ poistného, ktorý je zamestnávateľom, samostatne zárobkovo činnou osobou alebo platiteľom poistného podľa § 11 ods. 2, je povinný vypočítať preddavok na poistné, riadne a včas platiť a odvádzať preddavky na poistné a vykazovať poistné príslušnej zdravotnej poisťovni (§ 15 až 17 a § 20) a odvádzať preddavky na poistné za poistencov, ktorých potvrdené prihlášky sa stali predmetom prevodu poistného kmeňa podľa osobitného predpisu,53bb); za osobu so zdravotným postihnutím sa sadzba poistného pre osoby so zdravotným postihnutím uplatní v kalendárnom mesiaci, v ktorom bolo vydané rozhodnutie o uznaní osoby za invalidnú alebo v ktorom bol vydaný preukaz občana s ťažkým zdravotným postihnutím alebo preukazu občana s ťažkým zdravotným postihnutím so sprievodcom. Doplniť do § 24 ods. 1 písm. m) ZZP text vyznačený boldom: "Platiteľ poistného, ktorý je zamestnávateľom, samostatne zárobkovo činnou osobou alebo platiteľom poistného podľa § 11 ods. 2, je povinný v elektronickej podobe zaslať opravené nesprávne vykázané údaje v mesačnom výkaze alebo oznámení zamestnávateľa o poistencoch pri zmene platiteľa poistného na základe chybového protokolu zaslaného zdravotnou poisťovňou do 30 dní odo dňa jeho doručenia, ak ide o zamestnávateľa; chybovým protokolom sa rozumie výstup zo spracovania mesačného výkazu alebo oznámenia zamestnávateľa o poistencoch pri zmene platiteľa poistného, v ktorom sú zosumarizované chyby medzi vykázanými alebo oznámenými údajmi a údajmi evidovanými zdravotnou poisťovňou v informačnom systéme. Uvedené neplatí, ak nastala počas predchádzajúceho</p>		
--	--	--	--

<p>kalendárneho roka zmena sadzby poistného podľa § 12 ods. 2 a 3 ZZP (zamestnanec bol uznaný/prestal byť za osobu so zdravotným postihnutím podľa § 12 ods. 2 ZZP), kedy korekciu preddavkov na poistné vykoná zdravotná poisťovňa v ročnom zúčtovaní poistného podľa § 19 ZZP. To znamená, že zachová sa súčasne platný právny stav a oprava preddavkov na poistné sa bude vykonávať naďalej spätne ako doteraz, ale vykonávať spätne ju bude zdravotná poisťovňa v RZZP; zamestnávateľ zohľadní zmenu sadzby pri platení preddavkov odo dňa vydania relevantného dokladu (napr. odo dňa vydania rozhodnutia Sociálnou poisťovňou). **** Oprava preddavkov na poistné na ZP spätne (príklad z praxe) Zamestnávateľ ukončil so zamestnancom pracovný pomer ku dňu 30.9.2023 zo zdravotných dôvodov. Zamestnancovi bolo vyplatené aj odstupné, nakoľko predložil lekársky posudok, na základe ktorého zamestnávateľ nemal pre neho iný druh práce. Minulý týždeň (jún 2024) bol zamestnávateľovi zaslaný chybový protokol - neakceptovaný výkaz zo zdravotnej poisťovne, nakoľko vystúpený zamestnanec bol na základe rozhodnutia Sociálnej poisťovne spätne (od 18.9.2023) uznaný za invalidného s poklesom schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť viac ako 40%. Rozhodnutie Sociálnej poisťovne bolo vydané v apríli 2024, ale invalidita bola uznaná spätne k 18.9.2023 a zdravotná poisťovňa požaduje opraviť odvedené preddavky na poistné spätne za mesiac september 2023. Je zamestnávateľ povinný opraviť mesačný výkaz preddavkov na poistné za mesiac september 2023? Nemôže to opraviť zdravotná poisťovňa v ročnom zúčtovaní zdravotného poistenia a vyplatiť preplatok na poistnom zamestnancovi a zamestnávateľovi? O d p o v e d' : V kalendárnom mesiaci, v ktorom je osoba považovaná za osobu so zdravotným postihnutím (v súlade s § 12 ods. 2 zákona "je uznaná za invalidnú" aspoň jeden deň), sa za celý tento kalendárny mesiac platí poistné na ZP v polovičnej sadzbe poistného. Nakoľko zamestnanec bol uznaný za invalidného od 18.9.2023 (spätne), zamestnávateľ a zamestnanec bol povinný zaplatiť a vykázat preddavky na ZP za mesiac september v polovičnej výške, príp. ak ich zaplatil a vykázal v plnej výške, zamestnávateľ je povinný za mesiac september opraviť mesačný výkaz preddavkov na ZP a zdravotná poisťovňa vráti zamestnávateľovi navyše</p>			
--	--	--	--

	<p>odvedené preddavky na poistné. Opravu preddavkov na poistné na ZP môže zamestnávateľ vykonať zaslaním opravného alebo aditívneho mesačného výkazu. Pre úplnosť uvádzame, že ak by zamestnanec pracoval u zamestnávateľa na dohodu (napr. na dohodu o pracovnej činnosti), preddavky na poistné by sa neplatili (spätne) odo dňa, kedy mu bol (spätne) priznaný invalidný dôchodok, t.j. od 18.9.2023, a za obdobie od 1.9.2023 do 17.9.2023 by sa preddavky na poistné ZP (aj spätne) platili v polovičnej sadzbe poistného. Po zapracovaní legislatívnej zmeny by bol postup nasledovný: Zamestnávateľ a zamestnanec by neboli povinný opravovať spätne už vykázané preddavky na poistné na ZP za 09/2023 (od kedy bol spätne uznaný za invalidného), nakoľko polovičná sadzba na poistné sa použije od mesiaca, kedy bolo vydané rozhodnutie SP o uznaní invalidity, t.j. od 04/2004 - VARIANT 1. Zamestnávateľ a zamestnanec by neboli povinný opravovať spätne už vykázané preddavky na poistné na ZP za 09/2023 (od kedy bol spätne uznaný za invalidného), nakoľko polovičná sadzba na poistné sa u zamestnávateľa použije od mesiaca, kedy bolo vydané rozhodnutie SP o uznaní invalidity, t.j. od 04/2004 a poistné spätne od 09/2023 opraví ZP v RZZP - VARIANT 2.</p>			
<p>VšZP</p>	<p>Čl. IV nad rámec návrhu § 6 ods. 3 písm. c) a ods. 4 Túto pripomienku považujeme za zásadnú: 1. V § 6 ods. 3 navrhujeme pôvodné znenie písmena c) nahradiť novým znením: „c) plánovanej zdravotnej starostlivosti u nezmluvných poskytovateľov alebo u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte podľa osobitného predpisu) pre poistencov zaradených v zozname, ak osoba nesúhlasí s predpokladaným dátumom poskytnutia plánovanej starostlivosti prekračujúcim lehotu časovej dostupnosti ústavnej starostlivosti a zdravotná poisťovňa nezabezpečí poskytnutie plánovanej starostlivosti v lehote časovej dostupnosti ústavnej starostlivosti;“. Poznámka pod čiarou k odkazu x) znie: „x) § 40 ods. 13 a ods. 14 zákona č. 540/2021 Z. z.“. 2. V § 6 navrhujeme pôvodné znenie odseku 4 nahradiť novým znením: „(4) Zdravotná poisťovňa vykazuje v podsúvahovej evidencii podmienené záväzky vyplývajúce z plánovanej zdravotnej starostlivosti pre poistencov zaradených v zozname, ak predpokladaný dátum</p>	<p>O</p>	<p>A</p>	

<p>poskytnutia plánovanej zdravotnej starostlivosti je neskorší ako 30 dní odo dňa vyhotovenia návrhu na plánovanú zdravotnú starostlivosť, vo výške potrebnej na úhradu plánovanej zdravotnej starostlivosti. Podmienené záväzky zahŕňajú aj všetky predpokladané náklady spojené s vykonaním úhrady plánovanej zdravotnej starostlivosti; výška podmienených záväzkov sa stanovuje vo výške sumárnych cien plánovanej zdravotnej starostlivosti za poistencov zaradených v zozname.“. Odôvodnenie: Zákonodarca ustanovením § 6 ods. 3 písm. c) a § 6 ods. 4 ukladá poisťovniam povinnosť vytvárať v účtovnej závierke rezervy nad rámec a v rozpore so základnou právnou normou upravujúcou vedenie účtovníctva účtovných jednotiek, t.j. so zákonom č. 431/2002 Z. z. o účtovníctve v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 431/2002 Z. z.“). Týmto sa neodôvodnene zvyšujú záväzky poisťovní a zároveň sa zvyšuje nákladová zaťaženosť o náklady, pri ktorých nie je pravdepodobné zníženie ekonomických úžitkov. Zákon č. 431/2002 Z. z. definuje záväzky a rezervy nasledovne: - § 2 ods. 4 písm. b) - záväzkom sa rozumie existujúca povinnosť účtovnej jednotky, ktorá vznikla z minulých udalostí, je pravdepodobné, že v budúcnosti zníži ekonomické úžitky účtovnej jednotky a dá sa spoľahlivo oceniť podľa § 24 až 28; vykazuje sa v účtovnej závierke v súvahe alebo vo výkaze o majetku a záväzkoch, - § 26 ods. 5 - rezervy sú záväzky s neistým časovým vymedzením alebo výškou. Podrobnejšie sú zásady pre vykazovanie záväzkov a rezerv upravené v Postupoch účtovania pre zdravotné poisťovne § 17 Zásady pre tvorbu a použitie rezerv (2) Rezervy sa tvoria na základe zásady opatrnosti na riziká a straty. Rezerva je záväzkom predstavujúcim existujúcu povinnosť účtovnej jednotky, ktorá vznikla z minulých udalostí a je pravdepodobné, že v budúcnosti zníži ekonomické úžitky účtovnej jednotky. Rezerva sa účtuje vo výške najlepšieho odhadu sumy, potrebnej na splnenie existujúcej povinnosti ku dňu, ku ktorému sa zostavuje účtovná závierka; pri zisťovaní najlepšieho odhadu sa zohľadňujú všetky riziká a neistota, ktoré sú nevyhnutným charakteristickým znakom každej udalosti. (4) Rezervy sú záväzky s neurčitým časovým vymedzením alebo neurčitou výškou alebo aj s neurčitým časovým vymedzením aj s neurčitou výškou. Zjednodušene teda platí, že rezerva sa vykazuje ak: • účtovná jednotka má súčasnú povinnosť</p>			
--	--	--	--

<p>(zmluvnú alebo mimozmluvnú) ako výsledok minulej udalosti; • je pravdepodobné, že na vysporiadanie povinnosti bude potrebný úbytok zdrojov stelesňujúcich ekonomické úžitky, a • možno urobiť spoľahlivý odhad výšky záväzku. Ak tieto podmienky nie sú splnené, žiadna rezerva sa nevykazuje. Aby záväzok spĺňal kritériá na vykazovanie, musí na vysporiadanie tejto povinnosti existovať nielen súčasná povinnosť, ale aj pravdepodobný úbytok zdrojov stelesňujúcich ekonomické úžitky – čo pri súčasnej forme financovania zdravotnej starostlivosti neplatí. Pojem „je pravdepodobné“ znamená, že účtovná jednotka predpokladá, že pravdepodobnosť odlivu ekonomických úžitkov je väčšia ako 50 %. V prípade, že je nižšia ako 50 %, uvádza sa v poznámkach ako iné pasívum. 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. Preto navrhujeme, 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. Na podporu nášho návrhu prikladáme základné pravidlá pre vykázanie podmieneného záväzku: Ak nie je pravdepodobné, že existuje súčasná povinnosť, účtovná jednotka zverejňuje podmienený záväzok, pokiaľ nie je možnosť úbytku zdrojov stelesňujúcich ekonomické úžitky len nepatrná. Podmienený záväzok je: a) možná povinnosť, ktorá vzniká z minulých udalostí a ktorej existencia sa potvrdí jedine nastaním alebo nenastaním jednej alebo viacerých neurčitých budúcich udalostí, ktoré nie sú úplne pod kontrolou účtovnej jednotky, alebo b) súčasná povinnosť, ktorá vzniká z minulých udalostí, ale nevykazuje sa, pretože: i) nie je pravdepodobné, že na vysporiadanie povinnosti bude potrebný úbytok zdrojov stelesňujúcich</p>			
--	--	--	--

	ekonomické úžitky, alebo ii) výšku povinnosti nie je možné oceniť s dostatočnou spoľahlivosťou.			
VŠZP	<p>Čl. II</p> <p>Túto pripomienku považujeme za zásadnú: Podľa návrhu novely zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov - § 8 ods. 5 písm. g) sa odporúčanie všeobecného lekára alebo elektronický záznam o odporúčaní lekára na špecializovanú ambulantnú starostlivosť podľa odseku 4 nevyžaduje na poskytnutie ošetrovateľskej starostlivosti prostredníctvom agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti osobe podľa osobitného predpisu.8aa) Podľa novely zákona 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 (v znení zákona č. 718/2004 Z. z.) v znení neskorších predpisov - § 9 ods. 4 za bezdomovca zdržiavajúceho sa na území Slovenskej republiky uhrádza zdravotnú starostlivosť v rozsahu podľa odseku 8 zdravotná poisťovňa s najväčším počtom poistencov; za bezdomovca zdržiavajúceho sa na území Slovenskej republiky sa považuje osoba, ktorá nemôže preukázať poistný vzťah preukazom poistenca, poistný vzťah nemožno zistiť v centrálnom registri poistencov, nie je zdravotne poistená v inom členskom štáte a je štátnym občanom Slovenskej republiky alebo má bydlisko8aa) v Slovenskej republike. Náklady, ktoré vznikli podľa prvej vety uhradí zdravotnej poisťovni ministerstvo zdravotníctva. Odôvodnenie: Vzhľadom na to, že sestra ADOS poskytuje domácu ošetrovateľskú starostlivosť na základe indikácie lekára, ktorý okrem iného indikuje a predpisuje aj liečivá, lieky a zdravotnícke pomôcky, ktoré sestra aplikuje v rámci poskytovanej starostlivosti, je potrebné doplniť informáciu o tom, kto bude v týchto prípadoch indikovať zdravotnú starostlivosť, predpisovať liečbu a ďalej konzultovať prípadnú reakciu na liečbu a jej pokračovanie.</p>	O	N	Ustanovenie doplnené –činnosť sestry bude vykonávaná v rozsahu ošetrovateľskej praxe poskytovanej samostatne sestrou alebo pôrodnou asistentkou podľa osobitného predpisu, pri použití voľnopredajných liekov a voľnopredajného špecializovaného zdravotníckeho materiálu.
VŠZP	Čl. I nad rámec návrhu § 22 ods. 2 písm. f)	O	A	

	<p>Túto pripomienku považujeme za zásadnú: V § 22 ods. 2 písm. f) navrhujeme vypustiť slová „písm. a) až f), h), i), m) až q) a s) až u)“. Odôvodnenie: V platnom znení vyššie uvedeného ustanovenia má poistenec povinnosť poskytnúť súčinnosť pri preukazovaní platiteľa poistného – štát, avšak z tejto povinnosti sú vylúčené kategórie poistenca štátu podľa § 11 ods. 7 písm. g), j), k), l) a r) zákona č. 580/2004 Z. z., máme za to, že poistenec, aj keď ide o kategórie, ktoré si oznamuje sám pri vzniku platiteľa, by mal mať aj povinnosť poskytnúť zdravotnej poisťovni súčinnosti pri preukazovaní nároku na trvanie tejto kategórie poistenca štátu – uvedená súčinnosť je potrebná najmä pri ukončovaní kategórie poistenca štátu.</p>			
VŠZP	<p>Čl. I nad rámec návrhu § 27 Túto pripomienku považujeme za zásadnú: V § 27 navrhujeme za odsek 12 vložiť nový odsek 13, ktorý znie: „(13) Údaje za rozhodujúce obdobie o počte poistencov zaradených do skupiny nadmerného prepoistenia (§ 27f) úrad získava z údajov z centrálného registra poistencov.“. Odôvodnenie: Navrhujeme z dôvodu jednoznačnosti upraviť, že údaje týkajúce sa počtu poistencov zaradených do skupiny nadmerného prepoistenia, ktoré Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou uvedie v rozhodnutí o mesačnom prerozdeľovaní, získava z centrálného registra poistencov. Navrhujeme rovnakú úpravu ako je aj v § 27a ods.12 zákona č. 580/2004 Z. z.</p>	O	A	Po prerokovaní pripomienky a vzájomnej dohode predkladateľa pripomienky, predkladateľa návrhu zákona a ÚDZS doplnený § 27 ods. 2 písmenami k) a l).
VŠZP	<p>Čl. I nad rámec návrhu § 28 ods. 4 Túto pripomienku považujeme za zásadnú: V § 28 odsek 4 navrhujeme za písmeno g) vložiť nové písmeno h), ktoré znie: "h) údaje o poistencoch zaradených v skupine nadmerného prepoistenia oznámených úradom podľa § 28a odsek 7 písm. c) podľa stavu k 1. januáru kalendárneho roka, ktorý predchádza kalendárnemu roku, na ktorý sa vypočítava index rizika nákladov, v rozsahu 1. rodné číslo poistenca zaradeného v skupine nadmerného prepoistenia, ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, bezvýznamové identifikačné číslo a dátum narodenia, 2. identifikačné číslo poistenca v centrálnom registri poistencov,“. Doterajšie písmeno h) sa označuje</p>	O	A	

	ako písmeno i). Odôvodnenie: Navrhujeme v § 28 ods. 4 písmená h) rozšíriť dátovú požiadavku na zdravotné poisťovne a na MZ SR pre účely potreby výpočtu pridaného indexu skupiny nadmerného prepoistenia.			
VŠZP	<p>Čl. I nad rámec návrhu § 29b</p> <p>Túto pripomienku považujeme za zásadnú: V § 29b navrhujeme za odsek 23 vložiť nový odsek 24, ktorý znie: „(24) Súd poskytuje elektronicky do elektronickej schránky(16m) zdravotnej poisťovne, ktorá prihlásila pohľadávku alebo záväzok do dedičského konania, právoplatné rozhodnutie o dedičstve(55h) alebo o zastavení dedičského konania 55g), a to najneskôr do 15 dní odo dňa nadobudnutia právoplatnosti takéhoto rozhodnutia.“. Poznámky pod čiarou k odkazu 55g) a 55h) znejú: „55g) § 187 a 188 zákona č. 161/2015 Z. z. Civilný mimosporový poriadok v znení neskorších predpisov. 55h) § 203 zákona č. 161/2015 Z. z. Civilný mimosporový poriadok v znení neskorších predpisov.“ Odôvodnenie: Zdravotným poisťovníam nie je automaticky zo strany súdov/notárov zasielané právoplatné rozhodnutie o skončení dedičského konania, v prípadoch keď nie sú zdravotné poisťovne účastníkmi dedičského konania, ale len prihlasovali svoje pohľadávky/záväzky do dedičského konania, čo má za následok oddialenie vymáhania pohľadávok zdravotných poisťovní od dediča, za ktoré dedič zodpovedá do výšky ceny nadobudnutého dedičstva ako aj oddialenie vrátenia záväzkov zo strany zdravotných poisťovní dedičovi/dedičom.</p>	O	N	Nad rámec rozsahu novely. Zmena nebola predmetom MPK a nemohlo by sa k nej vyjadriť vecne príslušné ministerstvo.
VŠZP	<p>Čl. I bod 78 § 29b ods. 20</p> <p>Túto pripomienku považujeme za zásadnú: V navrhovanom § 29b ods. 20 navrhujeme za slovo „poskytuje“ vložiť slová „najmenej raz za 7 dní“.</p> <p>Odôvodnenie: Navrhujeme doplniť lehotu na poskytovanie údajov zo strany Národného centra zdravotníckych informácií.</p>	O	A	
VŠZP	<p>Čl. I bod 80 § 38ezh</p> <p>Túto pripomienku považujeme za zásadnú: V navrhovanom § 38ezh navrhujeme zmeniť názov na „Prechodné ustanovenia k úpravám účinným od 1. januára 2025“ a vložiť nové odseky 2 a 3, ktoré znejú: „(2) Mesačné</p>	O	A	

	<p>prerozdeľovanie podľa tohto zákona v znení účinnom od 1. januára 2025 sa vykoná prvýkrát v marci 2025 za január 2025 a ročné prerozdeľovanie podľa tohto zákona v znení účinnom od 1. januára 2025 sa vykoná prvýkrát za rok 2025 v roku 2026. (3) Fyzická osoba, ktorá sa považovala za poistenca štátu podľa § 11 ods. 7 písm. r) v znení účinnom do 31. decembra 2024 je povinná splniť oznamovaciu povinnosť podľa § 23 ods. 3 písm. e) v znení účinnom od 1. januára 2025 do 31. januára 2025.“. Odôvodnenie: Navrhujeme úpravu súvisiacu s vykonaním mesačného a ročného prerozdeľovania po účinnosti novely. Zároveň vzhľadom na zmenu definície poistenca štátu podľa § 11 ods. 7 písm. r) zákona č. 580/2004 Z. z. je potrebné, aby osoby, ktoré sa do účinnosti novely zákona považovali za poistenca štátu podľa § 11 ods. 7 písm. r) zákona č. 580/2004 Z. z., si nanovo splnili oznamovaciu povinnosť a preukázali, že aj po 01.01.2025 spĺňajú podmienky na evidenciu tejto štátom platenej kategórie. V prípade nepreukázania tejto skutočnosti zdravotná poisťovňa ukončí poistencovi túto kategóriu ku dňu 31.12.2024.</p>			
<p>VšZP</p>	<p>Čl. IV § 6a ods. ods. 2 a 3 Túto pripomienku považujeme za zásadnú: V ustanovení § 6a ods. 2 navrhujeme v poslednej vete ustanovenia vypustiť čiarku a slová: „ktorých rozsah a výšku určuje tento zákon (odsek 3)“ a navrhujeme vypustiť znenie odseku 3 v plnom rozsahu. Odôvodnenie: Aktuálne znenie § 6a ods. 3 je zmätočné a vnáša do praxe značné neistoty pri vykazovaní nákladov na zdravotnú starostlivosť, pretože náklady na zdravotnú starostlivosť sú podľa nášho názoru jasne zadefinované v § 6a ods. 2 súčtom špecifikovaných položiek z výkazu ziskov a strát a to nasledovne: Súčet položiek z účtovnej závierky zdravotnej poisťovne z výkazu ziskov a strát, ktorými sú zmena stavu technickej rezervy na poistné plnenia v hrubej výške, zmena stavu iných technických rezerv okrem zmeny stavu rezervy na prerozdeľovanie poistného a ostatné technické náklady okrem prijatých a zaplatených úrokov a okrem nákladov na prerozdeľovanie poistného, znížený o ostatné technické výnosy okrem prijatých a zaplatených úrokov a okrem výnosov z prerozdeľovania poistného, musí byť vo výške najmenej súčtu koeficientu podľa odseku 5 a</p>	<p>O</p>	<p>A</p>	<p>Ustanovenie prepracované.</p>

	<p>95,1 % z predpísaného poistného v hrubej výške upraveného o vplyv prerozdelenia poistného za účtovné obdobie, za ktoré sa upravuje výsledok hospodárenia (ďalej len „náklady na zdravotnú starostlivosť“). Zároveň sa v ods. 2 uvádza: Ekonomicky oprávnenými nákladmi sa rozumejú náklady preukázateľne a v nevyhnutnom rozsahu vynaložené na vykonávanie verejného zdravotného poistenia, ktorých rozsah a výšku určuje tento zákon (odsek 3). Tzn. že v ods. 3 by sa mal špecifikovať rozsah a výška Ekonomicky oprávnených nákladov, čomu ale súčasne znenie ods. 3 nezodpovedá a nepokrýva všetky typy technických nákladov a výnosov spojených so zabezpečením verejného zdravotného poistenia. Máme za to, že nami navrhovaná úprava špecifikácie ekonomicky oprávnených nákladov ako „nákladov preukázateľne a v nevyhnutnom rozsahu vynaložených na vykonávanie verejného zdravotného poistenia“ je postačujúca a v kombinácii s postupmi účtovania pre zdravotné poisťovne jasná a zrozumiteľná.</p>			
VŠZP	<p>Čl. I nad rámec návrhu prechodné ustanovenia Túto pripomienku považujeme za zásadnú: Za § 38ezh navrhujeme vložiť nový § 38ezi, ktorý vrátane nadpisu znie: „§ 38ezi Prechodné ustanovenie k úpravám účinným od 1. januára 2026 Národné centrum zdravotníckych informácií poskytne príslušnej zdravotnej poisťovni údaje podľa § 29b ods. 20 prvýkrát do 10. januára 2026.“. Odôvodnenie: Navrhujeme upraviť lehotu na prvé poskytnutie údajov podľa § 29b ods. 20 zákona č. 580/2004 Z. z.</p>	O	A	
VŠZP	<p>Čl. I nad rámec návrhu § 11 ods. 7 písm. u) V § 11 ods. 7 písm. u) navrhujeme poznámku pod čiarou k odkazu 21) upraviť nasledovne: „21) § 22 zákona č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.“. Odôvodnenie: Navrhujeme spresnenie znenia 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</p>	O	A	

	informáciu o vyplácaných peňažných príspevkoch na osobnú asistenciu.			
VšZP	Čl. I nad rámec návrhu § 19 ods. 8 V § 19 ods. 8 navrhujeme za slová „odseku 2“ vložiť slová „poistencom alebo“. Odôvodnenie: 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.	O	A	
VšZP	Čl. IV bod 31 § 20 ods. 6 V § 20 ods. 6 navrhujeme slovo „desiateho“ nahradiť slovom „deviateho“. Odôvodnenie: Legislatívno – technická pripomienka z dôvodu chyby v označení ustanovenia. V bode 25 návrhu je návrh na vypustenie šiesteho bodu ustanovenia § 20 ods. 1 písm. e) a doterajší siedmy až desiaty bod sa označujú ako šiesty bod až deviaty bod.	O	A	
VšZP	Čl. I nad rámec návrhu § 24 ods. 1 V § 24 ods. 1 navrhujeme za písmeno n) vložiť nové písmeno o), ktoré znie: „o) oznámiť číslo bankového účtu platiteľa poistného, ktorý je samostatne zárobkovo činnou osobou, v prípade, ak má zriadený účet.“. Odôvodnenie: Jednou z povinností platiteľa poistného podľa § 23 ods. 8 zákona č. 580/2004 Z. z. je oznámiť zmenu čísla bankového účtu do 8 dni odo dňa zmeny. Zároveň však v zákone absentuje povinnosť platiteľa poistného, ktorým je samostatne zárobkovo činná osoba, oznámiť bankové spojenie v čase keď sa platiteľ prihlasuje v zdravotnej poisťovni, za účelom zosúladenia tohto stavu navrhujeme zaviesť túto povinnosť (oznámiť číslo bankového účtu) medzi povinnosti platiteľa poistného. Číslo bankového účtu platiteľa poistného, ktorý je zamestnávateľom, je súčasťou oznámenia o vzniku alebo o zmene podľa ustanovenia § 24 ods. 1 písm. k) zákona č. 580/2004 Z. z.	O	N	Nad rámec rozsahu novely.
VšZP	Čl. I nad rámec návrhu § 6 ods. 12 V § 6 navrhujeme vypustiť odsek 12. Doterajšie odseky 13 a 14 sa označujú ako odseky 12 a 13. Odôvodnenie: Navrhujeme vypustiť pôvodné znenie	O	N	Doručenie informácie poistencovi o prijatí prihlášky v inej zdravotnej poisťovni je dôležitý nástroj na predchádzanie

	<p>týkajúce sa povinnosti zdravotnej poisťovne do jedného mesiaca od prijatia informácie o prijatí prihlášky poistenca v inej zdravotnej poisťovni v listinnej alebo elektronickej podobe informovať poistenca. Ide o zvýšenú administratívnu záťaž aj finančnú záťaž pre zdravotnú poisťovňu. Navyše máme za to, že poistenec je informovaný o zmene zdravotnej poisťovne listom, ktorý je zdravotná poisťovňa, v ktorej si podal prihlášku, povinná zasielať v zmysle § 25 ods. 1 písm. n) zákona č. 580/2004 Z. z. Ide o duplicitnú informáciu pre poistenca, že zmenil zdravotnú poisťovňu – na jednej strane od zdravotnej poisťovne, v ktorej si prihlášku na zmenu podal, a na strane druhej od zdravotnej poisťovne, z ktorej sa prepoistil.</p>			<p>podvodným prepoisteniam.</p>
<p>VŠZP</p>	<p>Čl. IV nad rámec návrhu § 6 ods. 1 písm. f) V § 6 ods. 1 písm. f) navrhujeme za slovo „poistného“ vložiť slová: „vo veci vykonávania verejného zdravotného poistenia; poradenstvo pozostáva aj z aktívneho vyhľadávania a stanovovania rizikových faktorov ochorení a poradenstva o zdraví, životospráve, zdravom životnom štýle, preventívnych zdravotníckych programoch slúžiacich na odhaľovanie ochorení a podporu zdravého spôsobu života a zdravia poistencov a motivácie k pozitívnym zmenám pri predchádzaní ochoreniam“. Odôvodnenie: V súvislosti s možnosťou „aktívneho poradenstva“ zo strany zdravotných poisťovní a na potrebu meniť správanie poistencov pozitívnym smerom, a to nielen k vyššej starostlivosti o zdravie ale aj k absolvovaniu preventívnych prehliadok predovšetkým u všeobecných lekárov, navrhujeme spresnenie v nadväznosti na aktivity zdravotných poisťovní súvisiacich s poradenstvom o zdravom životnom štýle (napr. preventívne pripomienky), že poradenstvo sa týka aj poradenstva o zdraví, životospráve, zdravom životnom štýle, preventívnych zdravotníckych programoch slúžiacich na odhaľovanie ochorení a podporu zdravého spôsobu života a zdravia poistencov. Za týmto účelom by zdravotná poisťovňa aktívne komunikovala s poistencami. Pri vykonávaní poradenstva ako jednej z činností zdravotnej poisťovne môže dochádzať aj k spracúvaniu osobných údajov, vrátane osobitnej kategórie osobných údajov poistencov alebo platiteľov poistného, ktoré zdravotná poisťovňa môže spracúvať bez</p>	<p>O</p>	<p>N</p>	<p>Nad rámec rozsahu novely. Definícia činností zdravotnej poisťovne (§ 6 ods. 1) nie je predmetom tejto novely.</p>

	súhlasu dotknutej osoby podľa ustanovenia § 16 ods. 7 predmetného zákona, podľa ktorého: „Zdravotná poisťovňa pri svojej činnosti spracúva osobné údaje35ca) dotknutých osôb v rozsahu svojej činnosti a iné údaje poistencov a ich zákonných zástupcov, tretích osôb, voči ktorým má zdravotná poisťovňa pohľadávku podľa osobitného predpisu,35cb) platiteľov poistného a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na účely vykonávania verejného zdravotného poistenia určené v tomto zákone alebo v osobitných predpisoch.35cc) Na spracovanie osobných údajov sa na tento účel nevyžaduje súhlas dotknutej osoby.35ca)“.			
VšZP	Čl. IV nad rámec návrhu § 76 ods. 5 písm. a) bod 5 V § 76 ods. 5 písm. a) bod 5 navrhujeme za slová „pri výkone sociálneho poistenia,95c)“ vložiť slová „alebo ak ide o vykonávanie činností pri určovaní uplatniteľnej legislatívy podľa osobitného predpisu 3a)“. Odôvodnenie: 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 mnohokrát disponujú informáciami, ktoré sú potrebné pri určení uplatniteľnej legislatívy. Navrhuje sa teda výmena týchto informácií medzi zdravotnou poisťovňou a Sociálnou poisťovňou.	O	A	
VšZP	Čl. IV nad rámec návrhu § 76 ods. 5 písm. a) bod 6 V § 76 ods. 5 písm. a) bod 6 navrhujeme slová „Ústredím práce, sociálnych vecí a rodiny“ nahradiť slovami „orgánmi štátnej správy v oblasti sociálnych vecí, rodiny a služieb zamestnanosti podľa osobitného predpisu XY)“. Poznámka pod čiarou k odkazu XY) znie: „XY“ § 2 zákona č. 453/2003 Z. z. o orgánoch štátnej správy v oblasti sociálnych vecí, rodiny a služieb zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov“. Odôvodnenie: 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	O	A	

	správy v tejto oblasti považujú Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej, 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.			
VŠZP	<p>Čl. I nad rámec návrhu § 9</p> <p>V § 9 navrhujeme za odsek 8 vložiť nový odsek 9, ktorý znie: „(9) Na účely uplatňovania úhrady nákladov za poskytnutú zdravotnú starostlivosť podľa odseku 7 sú súdy a orgány štátnej správy, právnické osoby a fyzické osoby povinné poskytovať poisťovní potrebnú súčinnosť, najmä predkladať v ustanovenej lehote požadované doklady a oznamovať požadované údaje.“.</p> <p>Odôvodnenie: Poskytovanie súčinnosti FO, PO, OVM na účely realizácie nároku zdravotnej poisťovne podľa ods. 7. Zdravotná poisťovňa má v zmysle zákona právo uplatniť regresný nárok na úhradu nákladov za poskytnutú zdravotnú starostlivosť. Poisťovňa pre účely posúdenia dôvodnosti uplatnenia regresného práva vyhodnocuje údaje, ktoré majú k dispozícii iné právnické osoby a fyzické osoby, súdy a orgány štátnej správy. Takáto povinnosť súčinnosti bola výslovne upravená aj v § 57 ods. 4 zákona č. 273/1994 Z. z. tak, že na účely náhrady vynaložených nákladov sú súdy a orgány štátnej správy, právnické osoby a fyzické osoby povinné poskytovať poisťovní potrebnú súčinnosť, najmä predkladať v ustanovenej lehote požadované doklady a oznamovať požadované údaje.</p>	O	N	Nad rámec rozsahu novely.
VŠZP	<p>Čl. IV nad rámec návrhu § 9 ods. 5</p> <p>V § 9 ods. 5 navrhujeme na konci pripojiť tieto vety: „Na účely tohto zákona sa činnosť revíznych lekárov a revíznych farmaceutov považuje za znaleckú činnosť. Výstup kontrolnej činnosti revíznych lekárov a revíznych farmaceutov</p>	O	N	Nad rámec rozsahu novely.

	je úkonom znaleckej činnosti. x)”. Poznámka pod čiarou k odkazu X) znie: „x) § 16 zákona č. 382/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov“. Odôvodnenie: Vychádzajúc z aplikačnej praxe z dôvodu opakovaného laického spochybňovania odbornosti revíznych pracovníkov zdravotnej poisťovne a aj záverov ich revíznej činnosti navrhujeme, aby ich činnosť bola považovaná za znaleckú činnosť.			
VŠZP	<p>Čl. I nad rámec návrhu § 9f</p> <p>V § 9f navrhujeme za odsek 4 vložiť nové odseky 5 a 6, ktoré znejú: „(5) Konanie o predchádzajúcom súhlase sa začína dorúčením úplnej žiadosti podľa odseku 2 a 3. (6) Zdravotná poisťovňa konanie preruší ak sa začalo konanie o predbežnej otázke, ak účastník konania nemá zákonného zástupcu, alebo ustanoveného opatrovníka, hoci ho má mať, alebo z dôvodu potreby zistenia skutočného stavu veci a potreby zabezpečenia vyjadrenia účastníka konania k podkladom rozhodnutia. Zdravotná poisťovňa v konaní pokračuje z vlastného podnetu, alebo na podnet účastníka konania, len čo odpadnú dôvody, pre ktoré sa konanie prerušilo. Proti rozhodnutiu o prerušení konania sa nemožno odvolať. Ak je konanie prerušené, lehoty podľa zákona neplynú.“. Doterajšie odseky 5 až 9 sa označujú ako odseky 7 až 11. Odôvodnenie: V zmysle § 9f ods. 9 zák. č. 580/2004 Z. z. sa na konanie podľa odsekov 1 a 5 až 8 vzťahuje všeobecný predpis o správnom konaní, ak tento zákon neustanovuje inak. V zmysle § 18 ods. 2 zák. č. 71/1967 Zb. je konanie začaté dňom, keď podanie účastníka konania došlo správneho orgánu príslušnému vo veci rozhodnúť, pričom okamihom začatia správneho konania začína plynúť lehota pre rozhodnutie vo veci udelenia súhlasu podľa § 9f ods. 1, ktorá je v zmysle aktuálne platnej legislatívy 15 pracovných dní. V zmysle § 32 zák. č. 71/1967 Zb. je povinnosťou správneho orgánu presne a úplne zistiť skutočný stav veci a za týmto účelom si obstarat' potrebné podklady pre rozhodnutie, pričom nie je viazaný len návrhmi účastníka konania. Zároveň v zmysle § 33 je správny orgán povinný dať účastníkom konania možnosť, aby sa pred vydaním rozhodnutia mohli vyjadriť k jeho podkladu a k spôsobu jeho zistenia, prípadne navrhnúť jeho doplnenie. Úpravu navrhujeme z dôvodu potreby vytvorenia</p>	O	N	Nad rámec rozsahu novely. Zdravotná poisťovňa môže už dnes prerušiť správne konanie, ak je žiadosť neúplná.

	<p>reálnych podmienok pre plnenie povinností zdravotných poisťovní, ktorými sú v zmysle platnej legislatívy viazané, a z dôvodu odstránenia administratívnej záťaže, ktorá je prenášaná z poistenca a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti klinických pracovísk na zdravotné poisťovne. Z činnosti zdravotnej poisťovne je možné konštatovať nárast počtu predložených žiadostí, ktoré nie sú potvrdené klinickým pracoviskom príslušného špecializačného odboru. Prerušenie konania z dôvodov absencie potreby zdravotnej indikácie a odôvodnenia potreby poskytnutia navrhovanej liečby klinickým pracoviskom má rovnako negatívny dopad aj na samotných poskytovateľov - ako príklad možno uviesť situáciu, kedy poskytovateľ nevidí potrebu poskytnutia zdravotnej starostlivosti v zahraničí, z uvedeného dôvodu túto žiadosť nepotvrdí. Poistenc vďaka vyjadreniu poskytovateľa zašle žiadosť do zdravotnej poisťovne, ktorá konanie preruší a vyzve ho na doloženie príslušných dokladov. Poistenc opätovne oslovuje zástupcov klinických, nakoľko obdržal od zdravotnej poisťovne výzvu na doloženie potrebných dokladov. Zavedením možnosti prerušenia konania z dôvodu potreby zistenia skutočného stavu veci a potreby zabezpečenia vyjadrenia účastníka konania k podkladom rozhodnutia by sa vytvoril časový priestor pre plnenie povinností, ktoré zdravotným poisťovniam vyplývajú zo zák. č. 71/1967.</p>			
<p>Zväz ambulantných poskytovateľov</p>	<p>Čl. čl. I bod 21 Navrhujeme vypustiť bod 21. Navrhované rozšírenie nárokov dlžníkov a bezdomovcov o poskytnutie a úhradu všeobecnej ambulantnej starostlivosti a ošetrovateľskej starostlivosti poskytovanej prostredníctvom agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti mimo neodkladnej zdravotnej starostlivosti považujeme za demotivujúce pre platenie zdravotných odvodov a môže odradiť poistencov od platenia zdravotných odvodov. Zároveň z návrhu nie je jasné v akom rozhlasu bude mať dlžník nárok na poskytnutie všeobecnej zdravotnej starostlivosti a či bude mať nárok aj na poskytnutie preventívnej prehliadky z verejného zdravotného poistenia.</p>	<p>O</p>	<p>N</p>	<p>Zdravotná poisťovňa bude aj naďalej vymáhať dlžné poistné od dlžníkov štandardnými nástrojmi (výkaz nedoplatkov, exekúcia...). Slovenská republika ako jeden z mála štátov v EÚ má v legislatíve pomerne kontroverzné ustanovenie o obmedzení základného rozsahu zdravotnej starostlivosti pre dlžníkov; predkladateľ pristupuje k úprave tohto ustanovenia a neustanovuje, že nie je potrebné platiť zdravotné poistenie, ako</p>

				uvádza predkladateľ pripomienky.
Zväz ambulantných poskytovateľov	<p>Čl. čl. IV bod 8</p> <p>Navrhujeme vypustiť bod 8. Odôvodnenie: Máme za to, že rozsah zdravotnej starostlivosti musí byť súčasťou zmluvy, resp. je podstatnou náležitosťou zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Zmluva musí obsahovať vymedzenie rozsahu ako predmetu poskytovania zdravotnej starostlivosti. Bez dohody o rozsahu, predmetu poskytovania zdravotnej starostlivosti, nemôže zmluva vzniknúť (analogicky ani zmluva o dielo nemôže vzniknúť bez definovania diela). Ak je cieľom navrhovanej právnej úpravy zníženie administratívnej záťaže poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti, uvádzame, že rozsah zdravotnej starostlivosti môže byť v zmluve dohodnutý odkazom na zákon alebo podzákonnú normu.</p>	O	N	Vypúšťa sa povinnosť existencie dohody o poskytovaní údajov na účel monitorovania dostupnosti a vyhodnotenia kvality a efektívnosti ošetrovateľskej starostlivosti v rámci dlhodobej zdravotnej starostlivosti v nadväznosti na vypustenie § 6c ods. 2 a 3. Predkladateľom spomínaný rozsah je uvedený v písm. b).