



## Asociácia zamestnávateľských zväzov a združení SR

**Materiál na rokovanie HSR SR**  
**Dňa 27. septembra 2021**

**č. 10)**

### **Stanovisko k Zákonu o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov**

#### **Všeobecne k návrhu:**

Návrh zákona o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov predkladá Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky na základe plánu legislatívnych úloh vlády SR na mesiac jún až december 2021, ktorý bol schválený uznesením vlády SR č. 340 z 16. júna 2021, na mesiac december p. č. 40, z ktorého vyplýva Ministerstvu zdravotníctva SR úloha predložiť „návrh zákona o zmene a doplnení niektorých zákonov v súvislosti s reformou siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v zdravotníctve“, pričom ako dôvod predloženia predmetného návrhu uvádza „definovanie novej optimálnej siete a mechanizmov jej pravidelného vyhodnocovania s cieľom posilnenia všeobecného lekárstva a optimalizácie siete nemocníc“.

#### **Optimalizácia siete nemocníc**

Navrhovaná právna úprava predstavuje novú koncepciu ústavnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „ústavná starostlivosť“), ktorej cieľom je zabezpečenie kvalitnej a dostupnej ústavnej starostlivosti pre pacienta. Koncepcia vychádza z prístupu Hodnota za peniaze a z Plánu obnovy a odolnosti, ktorým sa Slovenská republika zaviazala zefektívniť, okrem iného, aj oblasť zdravotníctva. Jej cieľom je vykonať v ústavnej starostlivosti všetky potrebné zmeny nevyhnutné na to, aby finančné prostriedky z verejného zdravotného poistenia vynakladané na ústavnú starostlivosť prinášali pacientovi vyššiu hodnotu v podobe kvalitnejšej a dostupnejšej ústavnej starostlivosti. Navrhované zmeny vyplývajú aj z Programového vyhlásenia vlády SR na obdobie 2021 - 2024, podľa ktorého má každý pacient mať nárok na kvalitnú, bezpečnú a dostupnú ústavnú starostlivosť.

Kľúčovým predpokladom definovania optimálnej siete je definícia toho, aká zdravotná starostlivosť sa poskytuje v nemocniciach a na čo má pacient nárok. Toto bude zabezpečené pomocou tzv. kategorizácie ústavnej starostlivosti, ktorá sa bude aktualizovať ročne za účasti zástupcov odborníkov, zdravotných poisťovní, pacientov, úradu pre dohľad, zástupcov nemocníc a ministerstva zdravotníctva. Prvá verzia kategorizácie sa v spolupráci s odbornými spoločnosťami už vytvára.

Ústavná starostlivosť bude rozdelená do 5 úrovní – podľa náročnosti, početnosti, ako aj potreby jej blízkosti k pacientovi. Ústavná starostlivosť bude rozdelená do programov a medicínskych služieb, pričom pre každú úroveň bude definovaný zoznam povinných, nepovinných a doplnkových programov a zoznam povinných, nepovinných a doplnkových medicínskych služieb v rámci programu. Medzi povinnými službami budú spravidla akútne alebo náročné služby, pri ktorých je potrebné dodržať stanovenú geografickú dostupnosť a kvalitu (napr. liečba úrazov, akútnych srdcových alebo mozgových príhod alebo zápalu slepého čreva). Medzi nepovinné programy budú spravidla patriť veľkoobjemové a plánované výkony, napr. výmena bedrového kĺbu, operácia kĺbových žíl a pod. Doplnkové programy predstavujú programy, ktoré sú spravidla povinnými programami vyššej úrovne než akú má nemocnica, ale v určitých prípadoch je žiadúce ich poskytovať aj v nemocniciach nižšieho typu, spravidla z dôvodu potreby vyššej kapacity alebo dostupnosti.

Kategorizácia ústavnej starostlivosti pre vybrané programy a služby podľa potreby zároveň zavedie ďalšie podmienky ich poskytovania – najmä špecifické požiadavky na materiálno-technického vybavenie, personálne zabezpečenie, minimálny počet výkonov, ktoré musí poskytovateľ alebo lekár vykonať za rok, maximálny čas pacienta na čakacej listine, ako aj indikátory kvality. Plnenie týchto podmienok a indikátorov kvality bude každoročne vyhodnocované a výsledky budú zverejňované - pacient si tak bude vedieť pred nástupom do nemocnice overiť jej kvalitu a podľa toho si zvoliť poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

Nárok na úhradu zo zdravotného poistenia získa nemocnica až tzv. zaradením do siete, ktoré pre akútne nemocnice (úrovne 2 až 5) určí ministerstvo na základe stanovených podmienok:

- nemocnica musí plniť minimálny programový profil pre úroveň, do ktorej je zaradená,
- pre každú úroveň starostlivosti musí byť zabezpečená geografická dostupnosť,
- každá nemocnica určitej úrovne musí mať dostatočný spád obyvateľov, ktorý jej umožní finančnú udržateľnosť a zabezpečenie dostatočnej kvality pre pacientov,
- na každej úrovni musí byť zabezpečený dostatočný počet lôžok podľa ich typu.

Nemocnica zaradená do siete v určitej úrovni bude musieť poskytovať všetky povinné programy a medicínske služby, čím sa zabezpečí reálna geografická dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre pacientov (dnes sa nemocnica môže rozhodnúť niektoré služby vôbec neposkytovať, napr. preto, že nie sú finančne až tak výhodné).

Zdravotné poisťovne budú môcť uzatvoriť zmluvu na ústavnú starostlivosť určitej úrovne len v nemocniciach zaradených do siete v danej úrovni alebo vyššej. Zároveň budú musieť uzatvoriť zmluvu všetky povinné programy a doplnkové programy v nemocniciach príslušnej úrovne. Pri nepovinných programoch a službách si budú môcť vybrať z dostupných poskytovateľov v sieti (danej úrovne alebo vyššej) podľa vlastných (transparentne zverejnených) podmienok, pri dodržaní legislatívou určených štandardov.

Cieľom navrhovanej právnej úpravy je taktiež primárne zvýšiť bezpečnosť pacienta a vytvoriť predpoklady na zvýšenie kvality poskytovanej ústavnej starostlivosti. Kvalita a efektívne využitie zdrojov majú byť tiež podporené vytvorením úrovni nemocníc (komunitná, regionálna, komplexná, koncová a národná) so zadanými rozsahmi poskytovanej zdravotnej starostlivosti prostredníctvom zavádzanej kategorizácie ústavnej starostlivosti, v rámci ktorej sa zadanujú aj ďalšie podmienky a pravidlá pre poskytovanie ústavnej starostlivosti, ako napríklad maximálne čakacie doby, minimálne počty vybraných zdravotných výkonov, ako aj indikátory kvality poskytovanej ústavnej starostlivosti.

V navrhovanej úprave je taktiež zefektívnený koncept zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti.

### **Reforma siete všeobecnej ambulantnej starostlivosti**

Zámerom predkladaného návrhu zákona je zavedenie nového spôsobu definovania minimálnej siete poskytovateľov, ktorí prevádzkujú ambulanciu všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre dospelých a všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre deti a dorast so zohľadnením kapacitnej priepustnosti (dostatok lekárov pre obyvateľov) a miestnej dostupnosti (čas dojazdu) na úroveň okresov. Zavádza nový nástroj na identifikáciu rizikových okresov, kde nie je dostatočne zabezpečená všeobecná ambulantná starostlivosť.

Na rozdiel od predošlého stavu ide o dynamické definovanie siete na základe určených parametrov s každoročným vyhodnocovaním, monitorovaním siete a klasifikáciou okresov ako zabezpečených, nedostatkových, rizikovo nedostatkových a kriticky nedostatkových. Parametre pre klasifikáciu okresov sú počet obyvateľov okresu, ktorí nemajú zabezpečenú miestnu dostupnosť, kapacitná priepustnosť a demografická štruktúra lekárov.

Oproti súčasnému stavu, kde nový lekár (záujemca o zriadenie novej praxe) nemá k dispozícii informačný zdroj, kde sú uvedené poddimenzované miesta vhodné na doplnenie kapacity, novou úpravou má nový lekár na jednom mieste, pravidelne aktualizované informácie o voľných miestach v okrese a naopak, kde je sieť z hľadiska dostupnosti všeobecnej ambulantnej starostlivosti zabezpečená. Navrhovaná úprava posilňuje rolu vyšších územných celkov, ktoré majú nielen z titulu ich právomoci ako sú napríklad vydávanie povolení alebo schvaľovanie ordinačných hodín, vziať na seba úlohu priamej koordinácie siete, úlohu aktívnej súčinnosti s obcami pri hľadaní možností zabezpečenia siete, lebo sú tým prvým kontaktným miestom pre nového lekára so záujmom otvorenia praxe. Posilňuje sa aj výmena údajov o poskytovateľoch medzi orgánmi verejnej moci a ostatnými zúčastnenými subjektmi s cieľom jednotnosti údajov v jednotlivých evidenciách.

Ministerstvo zdravotníctva novou úpravou zavádza finančnú podporu na zriaďovanie nových praxí v nedostatkových okresoch a to formou jednorazového príspevku. Cieľom je odstraňovanie finančných bariér vzniku nových ambulancií.

Zmyslom navrhovanej právnej úpravy je, aby sa špecializovaná zdravotná starostlivosť a niektoré typy, najmä invazívnych operačných zdravotných výkonov koncentrovali do nemocníc, kde na jej poskytnutie majú zdravotnícki pracovníci potrebné zručnosti a skúsenosti, čím sa zabezpečí lepšia kvalita poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

### **Zisk zdravotných poisťovní**

Navrhovanou úpravou sa zabezpečuje realizácia základných práv občanov podľa čl. 40 Ústavy Slovenskej republiky (ďalej len „ústava“) tým, že sa ustanovujú podmienky dostupnosti základného práva na bezplatnú zdravotnú starostlivosť na náklady zdravotného poistenia. Systém verejného zdravotného poistenia je limitovaný objemom finančných prostriedkov, ktorý sa vytvára na základe povinnosti platiť poistné na zdravotné poistenie. Objem finančných prostriedkov nie je konštantný, ale kolíše v čase. Štát má podľa čl. 40 v spojení s čl. 55 ods. 1 ústavy povinnosť reagovať na zmenu finančných možností zabezpečenia bezplatnej zdravotnej starostlivosti na náklady zdravotného poistenia pohybom právnej úpravy tak nahor, ako aj nadol. Za istých okolností zvýši objem finančných prostriedkov odvádzaných od poistencov, za iných okolností tento objem zníži vždy za účelom vytvorenia optimálneho finančného zázemia pre poskytovanie bezplatnej zdravotnej starostlivosti na náklady zdravotného poistenia.

Cieľom novely je použitie verejných prostriedkov zdravotného poistenia predovšetkým na úhradu zdravotnej starostlivosti, teda v prospech poistencov. Novela má zároveň za cieľ zabrániť neprimeranej návratnosti vloženého súkromného kapitálu, ktorá bola doposiaľ dosahovaná.

### **Nezávislosť Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou**

Navrhovanou úpravou sa tiež posilňuje stabilita a nezávislosť postavenia predsedu úradu, ako nezávislého orgánu vykonávajúceho dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti a nad verejným zdravotným poistením vrátane zdravotných poisťovní, obdobne ako je vykonávaný dohľad Národnou bankou Slovenska nad finančným trhom. Navrhovaná úprava je súčasťou opatrení smerujúcich k naplneniu cieľa deklarovaného v Programovom vyhlásení vlády Slovenskej republiky na roky 2021-2024 v oblasti starostlivosti o zdravie obyvateľstva, ktorým je posilnenie pozície štátu v oblasti zdravotného poistenia a zvýšenie kvality zdravotníctva. Štát prinavrátia do centra svojej pozornosti ako svoj primárny záujem zdravie občanov, ktorý nebude ustupovať silným záujmovým a finančným skupinám v pozadí.

Vzhľadom na dĺžku legislatívneho procesu sa navrhuje účinnosť zákona od 1. januára 2022 s výnimkou ustanovení o kategorizácii ústavnej starostlivosti pri podávaní žiadostí a vyhodnotení siete kategorizovaných nemocníc, ustanovení týkajúcich sa zoznamu čakajúcich poistencov z dôvodu nutnosti prípravy informačných systémov zdravotných poisťovní, Národného centra zdravotníckych informácií a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktoré nadobúdajú účinnosť 1. januára 2023 a okrem ustanovení týkajúcich sa povinností pri kategorizácii ústavnej starostlivosti, zrušení doterajšej koncovej siete a jej nahradením 5 sieťami nemocníc, pri ktorých sa účinnosť navrhuje na 1. januára 2024.

## **Stanovisko AZZZ SR :**

### **1. Zásadná pripomienka - všeobecná**

**Navrhujeme doplniť zákon o úpravu procesu vytvorenia novej siete nemocníc a prispôsobenia nemocníc novým pravidlám a podmienkam z pohľadu financovania a finančných tokov.**

#### Odôvodnenie:

Návrh zákona neobsahuje úpravu zabezpečenia financovania pre vytvorenie novej siete nemocníc a prispôsobenia nemocníc novým pravidlám a podmienkam v zmysle de novo konštruovanej koncepcie ústavných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Zároveň v doložke vplyvov k zákonu bol doplnený **dopad na štátny rozpočet, ktorý však považujeme za nedostatočne kvantifikovaný a nezodpovedajúci skutočnosti, vrátane kvantifikácie dopadu na podnikateľské prostredie v rámci prevádzkovateľov ústavných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.**

### **2. Zásadná pripomienka - Čl. I § 12 ods. 1**

#### **Možnosť podať žiadosť o podmienené zaradenie do siete**

**Z nám neznámeho dôvodu bolo z návrhu vypustené ustanovenie čl. I § 10 ods. 3 Pôvodného návrhu.** Ustanovenie čl. I § 12 ods. 1 návrhu však naďalej stanovuje možnosť požiadať o podmienené zaradenie do siete

aj pre tzv. budúceho prevádzkovateľa nemocnice, teda fyzickú a právnickú osobu, ktorá podala žiadosť o vydanie povolenia na prevádzkovanie všeobecnej alebo špecializovanej nemocnice.

#### Odôvodnenie:

V súvislosti s doplneným ustanovením podľa predchádzajúceho odseku upozorňujeme, že toto ustanovenie **nerieši „riziko“, že napriek podaniu žiadosti tejto žiadosti Budúceho prevádzkovateľa vyhovené nebude**, a to napriek skutočnosti, že napr. nemocnica Budúceho prevádzkovateľa môže lepšie spĺňať kvalitatívne podmienky, ako nemocnice už zaradené do siete.

### **3. Zásadná pripomienka k Čl. I § 19 ods. 2)**

**Potreba predloženia znenia vykonávacích predpisov v súbehu s predloženým znením návrhu zákona:**

Požadujeme doplniť podmienky pridelovania bodov v plnení podmienok pre tvorbu siete a v plnení podmienok kategorizácie ústavnej starostlivosti, **a to priamo do návrhu zákona alebo do všeobecne záväzného právneho predpisu, ktorý bude predmetom legislatívneho procesu spolu so zákonom.**

#### Odôvodnenie:

Podľa § 7 ods. 1 písm. f) zákona č. 400/2015 Z. z. o tvorbe právnych predpisov a o Zbierke zákonov Slovenskej republiky a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a čl. 17 Legislatívnych pravidiel vlády SR, návrh zákona predkladaný do pripomienkového konania musí obsahovať tiež návrh vykonávacích právnych predpisov, ak zákon obsahuje splnomocňovacie ustanovenia na ich vydanie. Zároveň poukazujeme na skutočnosť, **že jedným z princípov právneho štátu, ktorý chráni aj Ústava SR, je princíp právnej istoty a ochrany legitímnych očakávaní.** Legitímnym očakávaním sa v zmysle rozhodovacej praxe najvyšších súdnych autorít SR rozumie garancia čitateľnosti správania sa orgánov verejnej moci a ochrana súkromných osôb pred nepredvídateľným mocenským zásahom do ich právnej situácie, na vyústenie ktorej do určitého výsledku sa spoliehali.

**Bez určitého, transparentného a vopred známeho spôsobu a súboru kritérií pre pridelovanie bodov, ktorých výška je rozhodujúca pre zaradenie do siete kategorizovaných nemocníc je vylúčená spravodlivá súťaž medzi jednotlivými prevádzkovateľmi nemocníc o poskytnutie čo najkvalitnejšej ústavnej starostlivosti a tým sú, okrem podstatného negatívneho zásahu do práv prevádzkovateľov nemocníc, priamo a systémovo poškodené aj práva pacienta na kvalitnú a dostupnú ústavnú starostlivosť.**

### **4. Zásadná pripomienka - Čl. I § 45 ods. 7**

#### **EU fondy**

V návrhu je doplnené ustanovenie, podľa ktorého Ministerstvo zdravotníctva v rozhodnutí o podmienenom zaradení nemocníc do siete v súvislosti s vytvorením tzv. prvého zoznamu kategorizovaných nemocníc, môže rozhodnúť o podmienenom zaradení nemocnice, ktorá neplní podmienky pre tvorbu siete, ak čerpala alebo čerpá v období od februára 2021 do júna 2023 finančné prostriedky v hodnote najmenej 3 milióny eur z Európskej únie (ďalej aj „**Nemocnice čerpajúce EU fondy**“). Pre Nemocnice čerpajúce EU fondy pritom Ministerstvo zdravotníctva v rozhodnutí o podmienenom zaradení stanoví aj dátum vyradenia zo siete.

Vo všeobecnosti uvádzame, že ustanovenie o Nemocniciach čerpajúcich EU fondy **upravuje možnosť a nie povinnosť Ministerstva zdravotníctva** podmieniť tieto nemocnice zaradiť do siete, pričom nie je zrejmé, aké podmienky, resp. úvahy Ministerstva zdravotníctva sa budú aplikovať v súvislosti s využívaním tejto možnosti a nie je zrejmé, podľa akých podmienok bude Ministerstvo zdravotníctva stanovovať dátum vyradenia zo siete, ktorý je podľa predmetného ustanovenia povinnou náležitosťou rozhodnutia o podmienenom zaradení.

Zároveň ustanovenie o Nemocniciach čerpajúcich EU fondy neupravuje a podľa nášho názoru sa ani **netýka nemocníc, ktoré sú, resp. v čase zostavovania tzv. prvého zoznamu kategorizovaných nemocníc budú vo výstavbe.**

### **5. Zásadná pripomienka - Čl. I § 45 ods. 13**

**Prechodné obdobie platnosti zmlúv so zdravotnými poisťovňami k akceptovanej pripomienke so zapracovaním znenia ustanovenia do návrhu zákona:**

V návrhu zákona (ďalej len „návrh“) je doplnené nové ustanovenie, podľa ktorého platí, že ak má prevádzkovateľ nemocnice uzatvorenú zmluvu so zdravotnou poisťovňou k 01.01.2022 a táto nemocnica nie je zaradená do tzv. prvého zoznamu kategorizovaných nemocníc, príslušná zmluva naďalej platí (aj po 01.01.2022), pričom objem

úhrad za ústavnú zdravotnú starostlivosť v danej nemocnici za obdobie od 01.01.2022 do 31.12.2023 nesmie klesnúť pod objem úhrad za ústavnú zdravotnú starostlivosť uhradených príslušnému prevádzkovateľovi nemocnice v roku 2021.

V súvislosti s novým ustanovením podľa predchádzajúceho odseku uvádzame, že toto ustanovenie:

- upravuje len režim v nemocniciach, ktorých prevádzkovatelia budú mať so zdravotnou poisťovňou uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti k 01.01.2022, a teda neupravuje režim pre nemocnice, ktoré k danému termínu zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenú nebudú mať, pretože napr. vzniknú až po 01.01.2022;
- jednoznačne neurčuje, dokedy budú príslušné zmluvy platné (aj keď z kontextu je možné vyvodiť, že obdobie platnosti by malo byť najviac do 31.12.2023);
- neupravuje situáciu, čo ak príslušná nemocnica síce nebola zaradená do tzv. prvého zoznamu kategorizovaných nemocníc, ale bude zaradená do tzv. druhého zoznamu kategorizovaných nemocníc.

V súvislosti s vyššie uvedeným upozorňujeme tiež na to, že v návrhu **je v článku V** doplnené tiež ustanovenie, podľa ktorého „Z verejného zdravotného poistenia sa uhrádza ústavná zdravotná starostlivosť poskytovaná v nemocnici zaradenej do siete kategorizovaných nemocníc alebo v nemocnici, ktorá nie je zaradená do siete kategorizovaných nemocníc a má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti so zdravotnou poisťovňou, v rozsahu ustanovenom kategorizáciou ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa osobitného zákona.“ (ďalej aj „**Ustanovenie o úhradách z verejného ZP**“).

Ustanovenie o úhradách z verejného ZP pritom podľa návrhu nadobúda účinnosť dňa 01.01.2022.

Odôvodnenie:

**Vzhľadom na znenie Ustanovenia o úhradách z verejného ZP a ustanovenia návrhu podľa nášho názoru možno dospieť k výkladu, že od 01.01.2022 budú úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia možné len nemocniciam, ktoré buď sú zaradené v zozname kategorizovaných nemocníc, alebo im bude úhrada inak určená podľa ustanovení návrhu, a to napr. podľa vyššie uvedených podmienok nemocniciam, ktorých prevádzkovatelia budú mať so zdravotnou poisťovňou uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti k 01.01.2022.**

## **6. Pripomienka k Čl. VIII bodu 6**

**V § 19 ods. 26 navrhujeme odstrániť text „v sume vyššej ako 1 % z celkovej sumy z ročného prerozdeľovania pre zdravotnú poisťovňu podľa § 27a ods. 5“**

Odôvodnenie:

V prípade, ak sa dodatočne zistí, že výsledok ročného prerozdeľovania poistného na verejné zdravotné poistenie nebol správny, úrad by mal v každom prípade pristúpiť k prepočítaniu a k oprave výsledku ročného prerozdeľovania bez ohľadu na výšku sumy, ktorá bola v pôvodnom rozhodnutí o ročnom prerozdeľovaní uvedená nesprávne. Nie je dôvodné, aby bol úrad povinný pristúpiť k prepočítaniu výsledku ročného prerozdeľovania poistného len v prípade, ak by sa dodatočne zistilo, že postup podľa ods. 24 mal vplyv na výsledok ročného prerozdeľovania poistného ktorejkoľvek zdravotnej poisťovne v sume vyššej ako 1 % z celkovej sumy z ročného prerozdeľovania pre zdravotnú poisťovňu. Celkové sumy z ročného prerozdeľovania pre zdravotnú poisťovňu podľa § 27a ods. 5 zákona č. 580/2004 Z. z. sú vysoké (rádovo v miliardách eur), preto aj rozdiel do 1% by pre zdravotnú poisťovňu predstavoval pomerne veľký rozdiel. Je preto nevyhnutné, aby bol výsledok ročného prerozdeľovania poistného prepočítaný v každom prípade, kedy sa dodatočne zistí, že výsledok ročného prerozdeľovania nebol správny.

## **7. Pripomienka k Čl. IX bodu 16**

**V § 10 ods. 3 v úvodnej vete navrhujeme text „informovať úrad o akejkoľvek skutočnosti, najmä, ak táto skutočnosť môže“ nahradiť textom „informovať úrad o skutočnosti, ktorá môže“ a zároveň navrhujeme vypustiť písm. d)**

Odôvodnenie:

Formulácia použitá predkladateľom zákona v úvodnej vete § 10 ods. 3 je vágna, nejednoznačná, príliš všeobecná, a preto v aplikačnej praxi nevykonateľná. V tejto súvislosti si dovoľujeme dať do pozornosti spôsob úpravy tejto otázky v zákone o bankách, ktorý presne definuje, aké informácie, ktoré audítor zistil pri výkone

svojej činnosti je povinný Národnej banke Slovenska oznamovať. Predkladateľom navrhované znenie by v aplikačnej praxi vzhľadom na jeho vágny charakter viedlo k vzniku množstva interpretačných rozdielov a ako bolo uvedené, bolo by prakticky nevykonateľné. Zároveň navrhujeme odstrániť z ustanovenia § 10 ods. 3 písm. d), a to rovnako z dôvodu prílišnej všeobecnosti, nejednoznačnosti a rizika rôznych interpretácií v aplikačnej praxi. Toto ustanovenie by bolo v praxi pre jeho príliš vágnu formuláciu nevykonateľné, nakoľko nie je zrejmé, aké „akékoľvek skutočnosti“ okrem tých, ktoré sú uvádzané v písm. a) až c) by mal audítor úradu oznamovať.

## **8. Pripomienka k Čl. IX bod 18**

**§ 15 sa ods. 1 písm. aj) navrhujeme vypustiť.**

### Odôvodnenie:

Už v súčasnosti je v zákone č. 581/2004 Z. z., v zákone č. 580/2004 Z. z. a v na ne nadväzujúcich podzákonných normách definovaný široký okruh údajov, ktoré musia zdravotné poisťovne, v rôznych lehotách, v rôznych časových intervaloch, v rôznej štruktúre ÚDZS zasielať. ÚDZS si zároveň môže od zdravotných poisťovní kedykoľvek vyžiadať ďalšie údaje potrebné napr. pre výkon dohľadu. Zároveň ÚDZS disponuje s obrovským rozsahom údajov, ktoré sú mu poskytované zo strany množstva externých subjektov. Zadefinovanie povinnosti zdravotnej poisťovne predkladať ÚDZS ďalšie, zákonom nijak bližšie nedefinované a nevymedzené údaje nie je preto dôvodné ani žiaduce. Navyše kontrola niektorých činností, ktoré zdravotné poisťovne vykonávajú nie je zákonom zverená ÚDZS, ale iným subjektom (napr. úradu na ochranu osobných údajov pokiaľ ide o nakladanie s osobnými údajmi, inšpektorátu práce pokiaľ ide o dodržiavanie pracovnoprávných predpisov, najvyššiemu kontrolnému úradu v rozsahu jeho kompetencií a pod.). ÚDZS preto nemôže byť zákonom založené oprávnenie žiadať od zdravotných poisťovní akékoľvek podklady, ktoré sa týkajú akejkoľvek činnosti zdravotných poisťovní (ako navrhuje predkladateľ zákona), ale môže mu byť zákonom založené oprávnenie žiadať len tie informácie a podklady, ktoré sa týkajú tých činností zdravotných poisťovní, nad ktorými je v zmysle zákona č. 581/2004 Z. z. ÚDZS oprávnený vykonávať dohľad, pričom toto zákonné oprávnenie je už v súčasnosti v platnej právnej úprave veľmi široko zadefinované, nakoľko, ako bolo uvedené vyššie, platná právna úprava zakladá zdravotným poisťovniam povinnosť predkladať ÚDZS veľmi rozsiahly okruh údajov a informácií. Zastávame názor, že predkladateľ zákona by mal prihliadať aj na značnú administratívno-technickú záťaž, ktorá je spojená s poskytovaním akýchkoľvek ďalších údajov. Navyše, ak by malo dôjsť k poskytnutiu aj osobných údajov nie je takto široko koncipovaná povinnosť zdravotných poisťovní poskytovať ÚDZS osobné údaje poistencov v súlade s príslušnými ustanoveniami zákona o ochrane osobných údajov a s GDPR. Ak by totiž malo dôjsť aj k poskytnutiu osobných údajov poistencov, bolo by nutné presne zadefinovať okruh osobných údajov, ktoré by mali zo strany zdravotných poisťovní ÚDZS poskytované, účel ich poskytnutia atď. Na poskytovanie osobitných údajov tretím subjektom totiž kladie platná právna úprava upravujúca oblasť ochrany osobných údajov prísne legislatívne podmienky.

## **9. Pripomienka k Čl. I § 39**

**Navrhujeme zväziť rozsah poskytovaných dát, ktorý má poisťovňa predložiť ministerstvu zdravotníctva elektronicky, konkrétne máme na mysli údaje definované v § 39 písm. a) okrem ods. 5; písm. b).**

### Odôvodnenie:

Vzhľadom na rozsah súčasného vykazovania dát pre Národné centrum zdravotníckych informácií a pre Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou navrhujeme zjednotiť tok informácií tak, aby Ministerstvo zdravotníctva SR pracovalo s jedným zdrojom údajov, napríklad využitím údajov z existujúcich databáz Národného centra zdravotníckych informácií. **S odvolaním sa na Programové vyhlásenie vlády Slovenskej republiky sa vláda zaväzuje odbúrať duplicitné administratívne úkony s využívaním dostupných informácií verejnou správou a získavaním relevantných informácií z informačných systémov verejnej správy. V dikcii tohto záväzku bola 24.7.2021 prijatá novela č. 310/2021, ktorou sa mení a dopĺňa zákon č. 177/2018 o niektorých opatreniach na znížovanie administratívnej záťaže využívaním informačných systémov verejnej správy, ktorá s účinnosťou od 1.1.2024 dopĺňa požiadavky aj na Národný zdravotnícky informačný systém. Vzhľadom na nastavený trend vlády odbúrať duplicitu, prosíme o opätovné prehodnotenie našej pripomienky.“**

## **10. Pripomienka k regulácii zisku zdravotných poisťovní**

S navrhovanou úpravou na reguláciu zisku zdravotných poisťovní **nesúhlasíme**. Akceptujeme snahy regulovať zisk zdravotných poisťovní, ale máme za to, že takáto regulácia má byť **v prvom rade ústavne konformná**,

**spravodlivá, predvídateľná a stabilná.** Ani novo predložený návrh nereflektuje tieto predpoklady regulácie zisku. Navyiac je nejasný aj v tom, že spája zisk so základným či vlastným imaním, pričom medzi nimi neexistuje žiadny logický vzťah, najmä pri spoločnostiach, ktoré sú na trhu dlhšie. Základné imanie hovorí o histórii financovania firmy a nemá žiaden priamy vzťah so ziskovosťou. Okrem toho použitý pojem „hodnota kapitálu vloženého do vlastného imania“ je legislatívne nejednoznačný.

Na rokovaní pracovnej skupiny uskutočnenej dňa 22.09.2021 k téme „regulácie zisku zdravotných poisťovní“, ktorého návrh je súčasťou návrhu zákona o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov aktuálne predloženého na rokovanie Hospodárskej a sociálnej Rady Vlády Slovenskej republiky, **neprebehla** diskusia k časti návrhu týkajúcom sa stanovenia sumy optimálneho výsledku hospodárenia zdravotnej poisťovne spôsobom výpočtom cez „10% z hodnoty kapitálu vloženého akcionárom do vlastného imania zdravotnej poisťovne k 1. januáru kalendárneho roka“.

Záveru pracovnej skupiny nie je možné vykladať ako súhlas jej členov s predloženým návrhom. Naopak, z tejto aj z predchádzajúcich diskusií vyplynul ako všeobecne akceptovateľnejší prístup k riešeniu regulácie zisku v intenciách fixného a variabilného nároku zdravotnej poisťovne na zisk v spojení s vyhodnotením dohodnutých kritérií (ďalej len „KPI“).

1. Navrhujeme realizovať reguláciu zisku zdravotných poisťovní:
  - a) na úrovni maximálne 1,5 % z hodnoty poistného uvedenej v riadku 02 výkazu ziskov a strát účtovnej závierky zdravotnej poisťovne, a to za účtovné obdobie, za ktoré sa účtovná závierka zdravotnej poisťovne vyhotovuje (ďalej ako „Predpísané poistné“),
  - b) s pripočítaním variabilných 0,50 % z Predpísaného poistného na základe splnenia dohodnutých KPI.

Za účelom minimalizácie arbitrárnosti určenia KPI, ich častých zmien a objektívnej nerealizovateľnosti zo strany zdravotných poisťovní, by základný právny rámec KPI mal byť stanovený v zákone a v jeho intenciách majú byť v podzákonnom predpise určené samotné parametre.

2. Navrhujeme, aby mohol byť zdravotnými poisťovňami následne realizovaný aj prenos (kumulácia) nevyčerpaného zisku do ďalších účtovných období a vytvorenie tzv. Fondu zo zisku, napr.

*„Ak bol v účtovnom období rozdiel medzi sumou predstavujúcou xxx percent Predpísaného poistného a dosiahnutým ziskom kladný, zdravotná poisťovňa môže po skončení nasledujúcich účtovných období o tento kladný rozdiel znížiť sumu zisku, ktorú je povinná použiť na tvorbu Fondu zo zisku. Postupom podľa prvej vety nemožno sumu kladného rozdielu za účtovné obdobie použiť na zníženie sumy zisku, ktorú je povinná použiť na tvorbu Fondu zo zisku opakovane.“*

*Na účely § xxx ods. y sa účtovným obdobím rozumie účtovné obdobie, ktoré začalo najskôr 1. januára 2022.*

3. V nadväznosti na návrh obsiahnutý v bode 2 vyššie navrhujeme nediskriminačné použitie Fondu zo zisku z pohľadu typov zdravotnej starostlivosti v porovnaní s návrhom obsiahnutým v aktuálnom návrhu zákona.

Máme za to, že takto úzko zákonom preferované použitie „fondu kvality zdravia“ LEN na lieky a oportúnny skrining je zjavne diskriminujúci vo vzťahu k ostatným typom zdravotnej starostlivosti, prevencie či preventívnych programov. Je to nekoncepčné a najmä nespravodlivé k poskytovateľom iného typu zdravotnej starostlivosti, ktorí sa zapojením do preventívnych programov snažia predchádzať chronickým ochoreniam a iným závažným, osobitne, onkologickým ochoreniam v štádiu, kedy je to pre pacienta príjemnejšie, šetrnejšie a pre zdroje verejného zdravotného poistenia efektívnejšie.

Z uvedeného dôvodu navrhujeme doplnenie zdravotnej starostlivosti a nákladov na prevenciu po vzore českého „fondu prevence“:

Navrhované znenie:

*„Fond zo zisku vytvorený podľa § xxx ods. xxx možno použiť iba na úhradu:*

- a) *poskytnutej zdravotnej starostlivosti*
- b) *nákladov spojených s realizáciou činností a aktivít zameraných na zlepšenie zdravia poistencov, alebo na zabránenie zhoršovaniu zdravia poistencov, alebo podporujúcich zdravý spôsob života poistencov alebo zameraných na zvyšovanie kvality a efektivity poskytovanej zdravotnej starostlivosti, najmä poskytovanie poradenstva v oblasti zdravia, prevencie chorôb, zdravej*

*životosprávy a zdravého životného štýlu, zabezpečovanie programov zdravia zameraných na zlepšenie zdravia poistencov, na zabránenie zhoršovaniu zdravia poistencov alebo na včasné odhaľovanie ochorení.“*

## **11. Ďalšie pripomienky k návrhu**

Pojmy, na ktorých predložený návrh postavený nie sú často legislatívne a účtovne jasne definované. Uvedená nejasnosť návrhu právnej normy spôsobuje už v tomto štádiu chaos vo výklade, nejednoznačnosť v takto dôležitej právnej úprave prináša so sebou riziko problémov v ďalšej aplikačnej praxi, pričom po schválení návrhu zákona bude jediným orgánom príslušným na jeho výklad súd.

Máme za to, že prostredie verejného zdravotného poistenia nepotrebuje ďalšie zdĺhavé súdne konania, práve naopak, kvalita a presnosť právnej úpravy má umožniť zdravotným poisťovních sústrediť sa na vykonávanie svojej hlavne činnosti a prinášanie inovácií do systému.

Len príkladom si dovoľíme poukázať na predmetnú nejasnosť navrhovanej právnej úpravy:

- a) *“musí byť vo výške najmenej súčtu koeficientu podľa odseku 3 a 95,1 % z predpísaného poistného v hrubej výške za príslušný kalendárny rok zníženého o sumu optimálneho výsledku hospodárenia vypočítanú podľa odseku 4“*

Kombinácia percenta a absolútnych súm nedáva reálny zmysel, navyše absolútne sumy nezodpovedajú požiadavke všeobecnosti právnej normy do budúcnosti, kedy reálna hodnota v dôsledku inflácie akejkoľvek meny môže byť zásadne odlišná. Suma „optimálneho výsledku hospodárenia“, t.j. absolútneho čísla sa má odpočítať od súčtu koeficientu podľa odseku 3 a 95,1 % z predpísaného poistného v hrubej výške, čiže percenta, čo nedáva zmysel a čo je matematicky zrejme nemožné.

- b) Odkazy na „kalendárny rok“ pôsobia zmätočne, účtovné postupy zasahujú viaceré kalendárne roky, chýba definícia, ktorý rok mal zákonodarca na zreteli, ten za ktorý sa účtovná závierka vyhotovuje, v ktorom sa vyhotovuje, iná možnosť?
- c) Pojmy „hospodársky výsledok“, „výsledok hospodárenia“
- d) Pojem „hodnota kapitálu vloženého akcionárom do vlastného imania“ neexistuje. Odkaz na riadok súvahy účtovnej závierky je snahou o bližšiu špecifikáciu, ale aj napriek tomu nie sú vyjadrené pochybnosti o tom, či sa myslí naozaj celá položka riadku 56 Vlastne imanie, keďže v zákone je použité odlišné pomenovanie.
- e) Slovné spojenie „môže dosahovať“: Otázka je, či toto ustanovenie je kogentné (zrejme je) a či teda nezakazuje tvoriť stratu (záporný výsledok hospodárenia).
- f) Slovné spojenie „súčet položiek“ : Toto slovné vyjadrenie zrejme nereflektuje zamýšľaný cieľ – položky budú napr. 3, ale zrejme sa chce spočítavať sumy uvedené v jednotlivých položkách.
- g) Slovné spojenie „musí byť“: Nakoľko účtovná závierka sa zostavuje zo skutočností minulých, táto úprava znamená, že ZP musí odhadovať v priebehu účtovného obdobia tieto položky, dúfajúc, že splní tieto kritériá.
- h) Dôvodová správa ráta s tým, že sa koeficient bude určovať vyhláškou, ktorá má byť prijatá „po dohode“ s MZ SR. Tento text ale už navrhované znenie neupravuje. Ak má byť výška zisku určovaná podzákonne, tak by mali ZP participovať na tvorbe týchto kritérií.
- i) Slovné spojenie „ďalšie navýšenie je možné“ je neurčité – navodzuje dojem, že aj po splnení podmienok (kritérií) nie je jasné, či dôjde k navýšeniu (nie je jasné, či vznikne nárok, alebo či to bude podliehať odsúhlaseniu ministerstva).

### **Záver :**

AZZZ SR odporúča materiál na ďalšie legislatívne konanie až po zapracovaní predložených pripomienok.